

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**ŽIVOT S ATOPICKÝM EKZÉMEM Z POHLEDU  
DOSPĚLÝCH OSOB S TOUTO DIAGNÓZOU  
LIVING WITH ATOPIC ECZEMA FROM THE  
PERSPECTIVE OF ADULTS WITH THIS  
DIAGNOSIS**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Barbara Valíková  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph. D.

**Olomouc  
2016**

## **Poděkování**

Děkuji doc. PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph. D. za jeho vedení, čas strávený konzultacemi a cenné rady.

Děkuji účastníkům výzkumu, bez kterých by tato práce nikdy nevznikla, za jejich odhodlání a ochotu sdílet své zkušenosti.

**Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Život s atopickým ekzémem z pohledu dospělých osob s touto diagnózou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis .....

# OBSAH

Úvod.....	6
I. Teoretická část.....	8
1. Psychosomatika.....	9
1.1 Vymezení pojmu psychosomatické onemocnění .....	9
1.2 Historický vývoj oboru psychosomatika .....	10
1.3 Základní psychosomatické koncepce .....	11
1.4 Psychosomaticky nemocní a jejich obecná charakteristika.....	12
1.5 Psychosomatické onemocnění a jeho význam .....	14
2. Atopický ekzém jako diagnóza .....	16
2.1 Vymezení pojmu atopický ekzém .....	16
2.2 Funkce kůže.....	17
2.3 Pruritus .....	19
2.4 Stadia a formy onemocnění .....	20
2.5 Epidemiologie atopického ekzému.....	22
2.6 Léčba atopického ekzému a její úspěšnost.....	23
3. Atopický ekzém jako psychosomatické onemocnění .....	26
4. Etiologie atopického ekzému .....	27
4.1 Biologické faktory .....	27
4.2 Faktory životního prostředí .....	28
4.3 Psychosociální faktory.....	29
4.3.1 Stres .....	29
4.3.2 Psychické dispozice .....	31
4.3.3 Emoce .....	32
4.3.4 Rodina.....	33
5. Přehled výzkumů týkajících se AE u dospělých osob u dospělých osob.....	35
6. Předpokládaný význam poznatků pro praxi .....	35
II. Výzkumná část .....	36
7. Výzkumný problém.....	37
8. Cíle výzkumu .....	37
9. Výzkumné otázky.....	37
10. Popis zvoleného metodologického rámce a metod .....	37
10.1 Zvolený typ výzkumu.....	37

10.2 Efekt výzkumníka.....	38
10.3 Metody získávání dat.....	38
10.4 Metody zpracování a analýzy dat.....	39
11. Výzkumný soubor .....	40
12. Etické problémy a způsob jejich řešení.....	42
13. Průběh výzkumu.....	42
14. Analýza dat.....	44
14.1 Kategorie .....	44
14.2 Strategie .....	50
14.3 Psychologická pomoc .....	54
14.4 Role AE .....	57
14.5 Intervenující podmínky .....	60
14.6 Zasazení do paradigmatického modelu zakotvené teorie .....	62
14.7 Analýza rozhovorů jednotlivých párů .....	78
15. Výsledky výzkumu.....	85
16. Diskuze.....	90
17. Závěry .....	95
Souhrn.....	98
Seznam použitých zdrojů literatury: .....	102
Přílohy	
Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce	
Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce	
Příloha č. 3: Informovaný souhlas	
Příloha č. 4: Záznamový arch	
Příloha č. 5: Otázky semistrukturovaného interview	
Příloha č. 6: Ukázka kódování	

## Úvod

Atopický ekzém je chronické onemocnění, které patří k nejčastěji vyskytujícím se kožním chorobám současnosti s prevalencí u dospělých osob 2 – 10%. Tato choroba je charakteristická úporným svěděním, které je někdy tak neúnosné, že takřka znemožňuje každodenní běžnou činnost, změnami na kůži, jež nehezky mění fyzický vzhled, což může přinášet nemocnému psychické potíže, a v neposlední řadě také prognózou nevyлéčitelnosti této kožní choroby.

V této práci se budeme zabývat vztahem tělesné, psychické a sociální roviny u konkrétního onemocnění. Cílem bude pokusit se popsat, zmapovat a porozumět zkušenosti osob s diagnózou atopický ekzém z hlediska role tohoto symptomu v jejich životě, strategií zvládání a jejich představ o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují.

Myšlenka zvolit si téma atopického ekzému u dospělých osob pro naši bakalářskou práci vznikla na základě osobní zkušenosti a postupně se rozvíjela se zjištěním, jak velké množství osob tímto onemocněním trpí, a následným záměrem nalézt faktory, které se podílejí na vzniku, výskytu a průběhu této choroby. Jsme si vědomi toho, že toto onemocnění je multifaktoriální, a proto nelze vypátrat jednoznačnou příčinu této kožní choroby, jsme však přesvědčeni o tom, že z hlediska úpornosti této choroby je nutné se tímto tématem zabývat a nacházet nové souvislosti ovlivňující vznik, výskyt a průběh tohoto onemocnění.

O atopickém ekzému už bylo mnoho zkoumáno, a to zejména v souvislosti s genetikou, hormonálními vlivy, životním prostředím, výskytem emocí, depresivitou, úzkostí a kvalitou života. Je však velmi málo výzkumů zabývajících se celostní problematikou na toto téma a zatím se žádný výzkum nezabýval strategiemi zvládání této nemoci ani představou samotných osob s AE o faktorech, které mohou ovlivňovat výskyt této choroby, a proto jsme se na tyto aspekty zaměřili.

Z tohoto důvodu jsme si pro tuto práci zvolili kvalitativní design; tato metoda je vhodná způsobem sběru dat k získání bohatých a detailních informací, které pak spolu s analýzou těchto dat pomocí zakotvené teorie napomohou objasnit podstatu daného jevu a umožní získat nový pohled na uvedenou problematiku.

Cílem této práce je porozumět vztahu tělesné, psychické a sociální roviny u atopického ekzému (dále také AE). Danému záměru je uzpůsoben obsah teoretické části, tvořící šest základních kapitol. První kapitola je věnována psychosomatice; vymezujeme tento pojem, zabýváme se historickým vývojem psychosomatiky coby oboru a základními psychosomatickými koncepcemi, obecnou charakteristikou psychosomaticky nemocných a významem psychosomatického onemocnění. Druhá kapitola je jádrem teoretické části; zabývá se AE z hlediska diagnózy: vymezením pojmu, funkcí kůže a pruritem – základním znakem tohoto onemocnění. Popisujeme stadia, formy a léčbu AE, nedílnou součástí je také epidemiologie této choroby. Náplní třetí kapitoly je pohled na ekzém z psychosomatické perspektivy a čtvrtá kapitola se zabývá etiologií AE, kterou tvoří faktory životního prostředí, biologické a psychosociální faktory. V páté kapitole uvádíme přehled výzkumů, týkající se problematiky AE, a šestá kapitola nabízí předpokládaný význam poznatků našeho výzkumu pro praxi.

# **I. Teoretická část**



# 1. Psychosomatika

## 1.1 Vymezení pojmu psychosomatické onemocnění

Psychosomatika se věnuje jak psychosomatickým souvislostem mezi psychikou jedince, tzn. mezi vyvolávajícími zátěžovými situacemi a odpověďmi na ně (tělesnými příznaky), tak i souvislostem somatopsychickým, tzn. Zejména psychickými reakcemi na choroby, především chronického typu. (Poněšický, 2010).

Danzer (2010) poukazuje na to, že nelze přisoudit prvenství tomu či onomu aspektu – tělu nebo duši (byť se často dostává některý z nich do popředí), neboť onemocní vždy celá „*bio-psycho-sociální jednotka člověk*“ (2010,13). Dle Poněšického (2014) jde o propojené systémy, spojené nádoby, a ne o dvě nezávislé sféry. Kriticky k pojmu *psychosomatika* se ve 40. letech vyjádřil Otto Fenichel, žák Sigmunda Freuda, pro něhož tento výraz „zavání“ dualismem. Měli bychom spíše brát v potaz také ducha člověka a vztahy k ostatním lidem a světu kolem nás, takže bychom měli mluvit spíše o „*sociálně-duševně-spirituální somatice*“ (Danzer, 2010, 14) nebo „*bio – psycho – sociálně – spirituální*“ jednotě (Orel, Facová et al., 2009, 118).

Dle Weisse (1977, in Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993) se o psychosomatické onemocnění jedná tehdy, pokud splňuje jeden z následujících předpokladů:

a) etiologie onemocnění může přímo souviset s předchozí událostí nebo s osobnostní charakteristikou jedince, b) nezávisle na etiologii choroby na její průběh signifikantně působí psychologické faktory, c) primární symptom onemocnění se bezprostředně vztahuje k jedinému psychologickému faktoru, d) symptomy se vyznačují neúměrnou intenzitou nebo prodlužováním a jeví se v souvislosti somatického onemocnění.

Jak Poněšický (2014) uvádí, mnoho laiků, ale i lékařů, vnímají pojem psychosomatika jako označení pro různé psychogenní poruchy. Pacienti se tomuto pojmenování brání, neboť se obávají, že jejich duševní život není v pořádku a jejich zvládání života nedostatečné. Mnoho lékařů je zatíženo předsudky vůči psychosomatickému přístupu, a pokud nenaleznou u nemocného jedince poruchu ryze tělesné nebo biochemické povahy, označí takového pacienta za neurotika či simulanta. Duševní původ nemoci těla může být vysvětlován okolím jako vlastní zavinění nemocného jedince, ale organické příčiny nemoci naopak představují dle Bieracha (1995) spíše osvobození se od vlastní viny. Psychická participace na nějaké

chorobě tak vyvolává u mnohých osob téměř dojem, že nemocný jedinec není zcela v pořádku duševně či povahově. Tělesná nemoc je společensky přijatelnější než nemoc duševní, dá se o ní snáze hovořit, je společností respektována. Je snadné za sebe nechat mluvit své tělo, nechat si předepsat od lékaře léky. V porovnání s tím však už těžší bude změnit své chování nebo vyrovnat se se svým životem. Jedinec se brání spoluzodpovědnosti za svou chorobu, a proto raději věří na zcela výhradní tělesnou příčinu svého onemocnění.

Navzdory tomu, že si spousta jedinců propojení psychických faktorů se somatickými potížemi nepřipouští, Klímová (2015b) naopak tvrdí, že psychosomatika je v dnešní době běžný pojem; tento pojem je přijímán laickou veřejností stále více, lidé projevují ochotu a vstřícnost rozšířit myšlenkové schéma za dosavadní hranice. Bylo tomu ale tak vždy? O vývoji pohledu na souvislost fyzických a psychických procesů v organismu jedince z historického pohledu pojednává následující kapitola.

## 1.2 Historický vývoj oboru psychosomatika

Na kontext těla a duše bylo v historii nahlíženo různými pohledy. Ve Starém Řecku lékaři zastávali názor, že na onemocnění mají podíl stejnou měrou fyzické i psychické činitele a Hippokrates byl přesvědčen o tom, že jednotlivé orgány mohou být ovládnuty pocity jedince: „*srdce se ve zlosti stahuje, v radosti rozšiřuje*“ (Morschitzky & Sator, 2007, 12).

Výraz psychosomatika byl poprvé použit v roce 1818 lékařem Heinrothem v souvislosti s poruchami spánku, v jeho knize Učebnice poruch duševního života. Domníval se, že za příčinami těchto poruch stojí určité nálady nebo duševní stavy jedince (Danzer, 2010). Dle něj však byla choroba výsledkem hříchu, kterého se člověk dopustil tím, že svobodnou vůli povýšil nad harmonii stvoření, a tudíž duševně nemocný člověk nese za svou nemoc plnou zodpovědnost (Baštecká et al., 2003). Heinrotha doplnil o deset let později Jakobi výrazem „*somatopsychický*“ (Baštecký et al., 1993). Jak Baštecký et al. (1993) dále uvádí, psychosomatika se dále vyvíjela v rámci psychoanalýzy. Freud sice termín psychosomatika nepoužil, ale věnoval se tématu konverze, která pro něj symbolizovala intrapsychický konflikt v tělesné oblasti. Koncept konverze rozpracoval Groddeck a rozšířil ji z rámce neurózy nejen na další somatická onemocnění, ale zejména na psychosomatická.

Psychosomatika v pojetí psychoanalýzy končí ve 30. letech, rozvíjí se dále v zámoří po emigraci analytiků do USA a vrcholí prací Alexandra.

V druhé polovině 19. století na základě rozmachu bakteriologie převládl názor o relativně jednoduché příčinné souvislosti mezi patogenními původci a výsledným onemocněním. Psychosomatickým hnutím byl obnoven názor evropského směru lékařství v 17. a 18. století, který uznával vliv psychických faktorů na zdraví jedince. Byla rozpracována koncepce psychogeneze, která svým pojetím vycházejícím z psychoanalýzy významně přispěla k rozvoji moderní psychosomatické medicíny (Baštecký et al., 1993).

Během zrodu a rozvoje psychosomatiky vznikala celá řada psychosomatických teorií; pro základní orientaci uvádíme zásadní koncepce, tvořící samotné jádro psychosomatiky z historického hlediska, v následující kapitole.

### 1.3 Základní psychosomatické koncepce

Jak Baštecký et al. (1993) uvádí, základy psychosomatiky stojí z hlediska historie na psychoanalýze, teorii stresu a kortikoviscerální koncepci.

Psychoanalytické psychosomatické pojetí vychází z psychoanalytické léčby, která se v rámci individuální hlubinné psychologie soustředí na uspořádání vnitřního světa jedince a na metody, kterými jedinec sladuje potřeby okolního světa s interními pudovými tlaky (Baštecký et al., 1993). Dle Poněšického (2014) Freud vysvětluje tělesné symptomy psychologicky jako neurotické symptomy, prostřednictvím kterých se jedinec „*vyhýbá nelibosti (např. konfliktům) a usiluje o slast či pohodu*“ (2014, 28). Dle Danzera (2010) se o nejvýznamnější psychoanalytickou koncepci zasloužil Franz Alexander, který popsal sedm základních psychosomatických onemocnění, které mají svou specifickou psychodynamiku: peptický vřed, vysoký krevní tlak, astma, migréna, revmatická artritida, colitis ulcerosa a neurodermitida. V jeho pojetí určitá choroba vzniká na základě specifického psychického konfliktu, který je nevědomý, a je pro něj klíčový konflikt buď mezi dvěma žádostmi, nebo mezi zákazem a žádostí. Jednotlivé symptomy pak Alexander vysvětluje rozdílnou aktivací sympatických či parasympatických nervů, která závisí na rozdílném založení jednotlivce. Tato teorie specifčnosti je dnes však již překonána, stejně tak jako teorie na základě typů osobnosti. Danzer (2010) dále poukazuje na to, že jednostranné psychosomatické koncepce

redukuje komplexnost psychosomatiky, protože neberou v potaz individualitu jedince, jeho specifický způsob chování a prožívání a různorodost životních podmínek, rovněž participujících na vyvolání choroby.

Významnou koncepcí psychosomatiky je teorie stresu (viz kap. 4.3.1. Stres). Kortikoviscerální teorie, coby psychofyzicky orientovaná koncepce, rozpracovává Pavlovovo učení o podmíněných reflexech. Její představitelé Bykov a Kurcin prokázali úzkou souvztažnost mezi vyšší nervovou činností a vegetativní a somatickou složkou organismu. Za hlavní patogenní faktory pokládali především dlouhotrvající záporné intenzivní emoce. Významně přispěli zejména potvrzením Alexandrovovy hypotézy o zprostředkující úloze parasymptiku při vředové chorobě žaludku a dvanáctníku coby psychosomatických chorobách (Baštecký et al., 1993).

Neméně významnou koncepcí je alexythimie, avšak, jak Procházka (2009) uvádí, je hraniční koncepcí psychosomatiky. Dle Vágnerové (2004) je alexythimie porucha prožívání, neboli „*emoční analfabetismus*“ (Vymětal, 1994, in Vágnerová, 2004), která je typická neschopností porozumět svým vlastním emocím, někdy i vnímat emoční naladění druhých, tendencí potlačovat své city, a somaticky odpovídat na psychickou zátěž. Procházka (2009) rozděluje alexythimii na primární, kterou reprezentuje významný dispoziční činitel provázející nebo udržující somatické onemocnění, a na sekundární, nasedající na chorobu. Opakem je lexythimie, kterou najdeme u jedince s vysokým sebehodnocením i sebedůvěrou, emočně inteligentního, který má v životě schopnost překonávat náročné situace (Procházka, 2009).

U některých osob se somatizace vyskytuje častěji, někdy téměř denně; u některých jedinců je tento jev přítomen méně či zcela chybí. Zajímalo nás, zda existují určité společné charakteristiky takových osob, které jsou k psychosomatickým projevům náchylnější.

#### 1.4 Psychosomaticky nemocní a jejich obecná charakteristika

Dle Gjuričové a Kubičky (2003) zahrnuje somatizující klientelu celá řada osob; od těch, kteří jsou pouze více citliví na pocity svého těla a vyjadřují je, přes ty, kteří skutečně trpí určitou poruchou či chorobou a intenzivně se svými potížemi zaobírají, až po klienty, u nichž se vyskytují somatické bludy. Všichni tito lidé vyhledávají lékařskou pomoc; lékařům se jejich

symptomy zdají být podivné, mnohdy nápadně přesahující obtíže, které jsou vzhledem k fyzickým nálezům očekávány. To vytváří podhoubí nedůvěry lékařů k pacientům a na druhé straně pacientovu snahu lékaře přesvědčit o svém onemocnění a utrpení. Ve způsobu vyjadřování emocí hrají roli nejen tradice rodiny a kulturní zvyky, ale zjevné jsou i genderové rozdíly: muži budou spíše mluvit o svých fyzických obtížích než o svých nejistotách. U žen zase nacházíme častý postoj „žena musí vše vydržet“. V některých rodinných tradicích jsou nežádoucí projevy smutku, nárok na péči mají skutečně „jen ti opravdu nemocní“.

Baštecký et al. (1993, 145) shledává u psychosomatických jedinců jako nejnápadnější *„posun od psychických a sociálních problémů k somatickým steskům“*. Takový jedinec psychosociální potíže bagatelizuje, nejde však o jakousi nechuť či neochotu se těmito problémy zabývat, ale zpravidla se jedná o kombinaci neschopnosti jedince orientovat se ve svých emocích, určitá snížená dovednost týkající se mezilidských vztahů a pocit neřešitelnosti problémů, které jedince sužují. Dle Bašteckého et al. (1993) se u psychosomatických pacientů často vyskytuje sklon k vytváření závislých vztahů, sociální neobratnost, zato ale konformnost a sklon lékaři vyhovět. Často se obávají medikamentózní léčby z důvodu možné závislosti na lécích, a následně je samovolně vysazují z důvodu špatné snášenlivosti jejich vedlejších účinků.

Bierach (1995) za jedince, inklinující k psychosomatickým chorobám, pokládá osoby tíhnoucí ke strnulosti, rigiditě, neznalosti správně si vyložit informace přicházející z mozku a nepoddajnost. Dle Franze Alexandra *„příčiny všech psychosomatických nemocí leží mezi póly nedostatečný smysl pro vlastní skutečnost a nedostatečná pružnost“* (Bierach, 1995, 108). Bierach (1995) dále poukazuje na to, že základem určité psychosomatické choroby je vrozená nebo získaná dispozice, nazývaná lékaři jako *„locus minoris resistentiae“* (1995,11). Je to „individuální slabina“, místo v těle nejméně rezistentní vůči nějaké chorobě.

Balint (1964, in Baštecký et al., 1993) poukazuje na stěžejní úlohu lékaře při zmírnění potíží pacienta; dle něj je lékař sám pro pacienta drogou, jež má své způsoby léčby a dávkování. V této souvislosti Bierach (1995) uvádí, že pokud by u pacienta došlo u chronického onemocnění k výraznému zlepšení již po první návštěvě u lékaře ke zlepšení, musel by brát lékař na zřetel myšlenku, že k vyléčení došlo díky jeho vlastní osobnosti a pacientově obrazotvornosti.

Pokud vezmeme v úvahu, že se psychický stav jedince promítá do fyzické sféry jedince tak znatelně, že onen jedinec je nucen navštěvovat opakovaně lékaře či není schopen vykonávat určité činnosti nebo jej nemoc natolik svazuje, že mu znemožňuje fungovat v běžném životě, pak se ptáme, k čemu toto fyzické strádání slouží? Čím je pro daného jedince symptom důležitý, co pro něj znamená?

## 1.5 Psychosomatické onemocnění a jeho význam

Jak Dahlke (1995) uvádí, pokud existuje mezi tělesnými funkcemi spolupráce, vzniká ideální stav, námi pociťován jako harmonie, a je nazýván zdravím. Nemoc znamená nerovnováhu – narušení harmonie, která začíná ve vědomí, ale je projevena v těle jedince jako příznak. Tvrzení, že je nemocné tělo, je mylné, protože onemocnět může jen člověk. Dahlke nazývá symptom signálem, který, ať chceme nebo ne, si vynucuje naši pozornost. To na jedince působí rušivě, a proto začíná proti příznaku bojovat. Dle klasické medicíny je symptom nahodilou událostí, jejíž původ tkví ve funkčních procesech těla, a proto se klasická medicína zaměřuje při odstranění symptomu na čistě funkční kroky.

Nejde nám o to kritizovat klasickou medicínu, je v mnoha ohledech naprosto nezastupitelná. Jde o to, pohlížet na symptom v širších souvislostech, v rámci celé bio – psycho – sociálně – spirituální rovině člověka.

Dahlke (1995) nazývá symptom také nositelem určité informace, somatickou kondenzací toho, co nám chybí, čeho se nám ve vědomí nedostává. K vyléčení nedochází na základě boje s nemocí, ale prostřednictvím přeměny nemoci, dosažením přidání chybějícího. V příznaku se projeví to, co nechceme prožít ve svém vědomí a naopak ukrýváme a vytěšňujeme do oblasti Stínu. Ale díky Stínu se stáváme nepoctivými vůči sami sobě. Je třeba poznat sama sebe jako celistvou bytost, a ne jen pouhé Já. Jak Jung (1997) uvádí, k poznání sebe sama je nutné se se svým vlastním Stínem setkat. „*Stín je ovšem úžlabina, úzká brána, jež je trýznivě těsná, a toho nezůstane ušetřen nikdo, kdo sestoupí do hluboké studny*“ (Jung, 1997, 119). Jung (1995) však nepohlíží na Stín jako na něco zcela zlého, protože tento archetyp sice obsahuje určité primitivní či infantilní znaky, ty by ale mohly být do určité míry oživením nebo ozvláštňením bytí člověka, pokud by člověk nebyl svázán pravidly a konvencemi. Vzdělaný člověk však nechce přijmout svou stínovou stránku a snaží se ji potlačit, protože nechce uznat svou primitivnější a nepříjemnější část své psychiky;

poznání své temnější stránky je však důležité k nalezení svého pravého středu. Po seznámení se svým Stínem se takový člověk sice bude potýkat s nově nalezenými konflikty a problémy, ale dojde k sebeuvědomění – jedinec pozná, že to, co existuje v okolním světě jako zlé, je ve skutečnosti i v něm samém, a pokud se mu podaří se s touto skutečností vyrovnat, může lépe pochopit alespoň některé problémy současnosti. Naopak, čím méně bude stín začleněn do lidského vědomého života, tím bude temnější a pevnější. Přílišné vytěsněné tendence stínu vedou k zesílení tohoto archetypu, který vede k neuróze. K vyléčení „*je třeba najít cestu, na níž vědomá osobnost a stín mohou žít spolu*“ (Jung, 1995, 181).

Bierach (1995, 189) nazývá nemoci „*zašifrovanými poselstvími*“ nebo „*varovnými signály duše*“ (1995, 189, 10), jejichž odhalení znamená nejen vyléčení samotné choroby, ale zásluhou sebepoznání napomůže značně zkorigovat a nově nasměrovat náš život. Pokud se na světlo dostanou závažné pacientovy problémy, nemoc je tedy nakonec pomocníkem v jeho dalším životě.

Dle svých zkušeností s výše uvedeným odstavcem souhlasíme, nicméně se domníváme, že k odhalení symptomů dané nemoci vede mnohdy skutečně dlouhá a krkolomná cesta. Pokud jsme navíc přesvědčeni např. o stěžejním vlivu genetiky či environmentálních vlivů na naše onemocnění, naše cesta k pochopení významu symptomu dané choroby bude o to delší a složitější. Na druhé straně bychom měli tyto faktory brát v potaz; měli bychom nahlížet na jedince v již zmiňovaném bio – psycho – sociálním kontextu, a na nemoc z hlediska multifaktoriální symptomatiky, neboť žádný z faktorů nemůže být zanedbán.

O specifikách AE v rámci diagnózy této choroby pojednáváme v následující kapitole.

## 2. Atopický ekzém jako diagnóza

V této kapitole bude vymezen atopický ekzém jako jeden z nejčastějších kožních onemocnění; v jednotlivých podkapitolách bude popsán samotný pojem atopický ekzém a jeho vznik, dysfunkce kůže u ekzému, stadia, formy a způsoby léčby AE, incidenci a prevalenci tohoto onemocnění a dále faktory, které ovlivňují výskyt choroby. I když se budeme ve výzkumné části této práce zabývat atopickým ekzémem u dospělých osob, pro srovnání a hlubší pochopení souvislostí této problematiky uvádíme také některé skutečnosti, týkající se výskytu ekzému u dětí a dospívání.

### 2.1 Vymezení pojmu atopický ekzém

Pojem ekzém pochází z řeckého slova *ekdzein*, znamenající „*vyvěrat, prýštit, vřít*“ (Novotný, Novák, & Kalenský, 1993, 13), označující něco, co „*vyvěrá nebo vyublává na povrch*“ (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2010, 11). Toto označení poprvé použil Aetius z Amidy v roce 543, ale pojem původně zahrnoval více kožních onemocnění. Prvním dokumentovaným jedincem s AE „*byl pravděpodobně císař Augustus, který trpěl těžkým pruritem, sezónní rinitidou a stísněným dechem*“ (Nečas, 2011, 8). V roce 1800 byl Willanem ekzém definován jako neinfekční dermatóza a až v roce 1892 byl Besnierem rozlišen kontaktní ekzém a ekzém chronický, který vyplývá z individuálních dispozic. Pojem atopie zavedli Coca a Cooke v roce 1923 (Novotný et al., 1993). Výraz pochází z řeckého slova *atopos* a znamená něco cizího, zvláštního, atypického, neobvyklého (Čapková et al., 2010, Novotný, 2010). Dnes je tento pojem chápán jako vrozená alergie na rozmanité alergeny, které jsou zejména vdechovány nebo polykány, na rozdíl od kontaktního ekzému, který je alergií získanou, a jejímž spouštěčem je dotykový alergen (Novotný, 2010).

Jak Benáková (2010) uvádí, ekzém bývá též označován jako atopická dermatitida; setkat se můžeme rovněž s názvy neurodermatitis atopica nebo prurigo Besnier (Jiráková, 2012). Pojem dermatitida se používá spíše v anglosaských zemích. V německy mluvících zemích, zejména v Německu a ve Švýcarsku, a u nás v praxi, se běžně využívá označení atopický ekzém pro lepší srozumitelnost pacientům (Benáková, 2010, Novotný, 2010), i když jak Nečas (2011) uvádí, v poslední době se pojem atopická dermatitida začíná používat stále častěji i ve středoevropském regionu včetně naší země.



Dle Čapkové et al. (2010, 11) je atopický ekzém „*silně svědivé, obvykle léta trvající zánětlivé kožní onemocnění, spojené s častým výskytem průduškové záduchy (astmatu) nebo senné rýmy. Sklon k těmto třem chorobám, pro které se používá jednotícího názvu atopie, bývá dědičný*“. Jak Čapková et al. (2010) dále uvádí, atopická reakce je projevem vzájemně prolínajících se složitých biochemických, imunologických (obránných), nervově reflexních, klimatických, ale také psychologických dějů.

Atopický ekzém se vyskytuje nejčastěji na ruce, v loketních a zákolenních jamkách, na krku, v obličejové části a na hrudníku. Může se vyskytnout také izolovaně, v tzv. frustní formě, a to v obličejové části na rtech, očních víčkách, perorálně, v koutcích úst, a dále na prsních bradavkách, vulvě, hýždích, krku a rukách (Benáková, 2010), nebo v larvované formě jako zhrubění, olupování nebo ztmavnutí kůže (Čapková et al., 2010). Ekzém však v některých vážných případech může postihnout takřka celé tělo.

Pro vyléčení ekzému je nepostradatelná správná funkce kůže, věnujeme jí proto následující kapitolu.

## 2.2 Funkce kůže

*„Člověk může žít, když je slepý a hluchý, když neslyší a nerozpozná chuti, ale jakmile mu nefunguje kůže, není schopen života“* (Helen Keller, in Morschitzky & Sator, 2007).

Kůže je nejrozsáhlejším lidským orgánem těla člověka, zaujímá 1,5 až 2 čtvereční metry (Morschitzky & Sator, 2007, Baštecký et al., 1993). Je složena ze tří vrstev: pokožky (epidermis), vlastní kůže (dermis, škára) a podkožní tukové vrstvy, ta už se však za složku vlastní kůže nepovažuje (Merkunová & Orel, 2008). Rohová vrstva je zcela na povrchu epidermis a tvoří ji odumřelé buňky bez jader. Ty se neustále odlupují a jsou nahrazovány buňkami, které postupují z nižších vrstev kůže. Dermis tvoří svazky elastických a kolagenních vláken a jsou zde uschovány mazové, pachové a potní žlázy, krevní cévy, smyslové receptory tepla a tlaku. Přítomna jsou také nervová vlákna, fungují jako receptory bolesti a prostupují až do pokožky (Morschitzky & Sator, 2007).

Protože kůže a centrální nervová soustava byly vyvinuty v embryonální fázi vzniku jedince z téhož základu, a proto buňky obou soustav pocházejí z totožného zárodečného listu, a tím jsou si tyto dvě soustavy blízké, nabízí se tímto vysvětlení reakce kůže na prudká pohnutí stavu mysli jedince. „*Bohaté vzájemné spojení kůže a nervové soustavy zajišťuje 7 – 135 hmatových tělísek na 1 cm<sup>2</sup> kůže a přibližně 1,5 miliónů senzitivních vláken od vrcholu papil k míše*“ (Gieler, 1984, in Baštecký et al., 1993, 280). Dle Bašteckého et al. (1993) svědčí o blízkosti obou soustav rovněž kožní produkce určitých neurotransmiterů, jež transportují impulzy mezi nervy. Jednotlivé segmenty kůže tedy mají souvislost díky míše s různými tělesnými orgány a prostřednictvím toho můžeme např. masážemi nebo vstříkáním různých látek do kůže působit na vnitřní orgány z vnějšku. A naopak: určitá onemocnění vnitřních orgánů nám mohou být „sdělována“ prostřednictvím kůže na jejich specifických místech (např. v oblasti levého ramene a paže se ukazují srdeční potíže). Kůže plní rozmanité funkce. Tvoří hranici mezi samotným tělem jedince a zevním prostředím a chrání jej tak před nepříznivými vlivy okolního světa – fyzikálními a chemickými, před mikroorganismy a nejrůznějšími škodlivými látkami (Baštecký et al. 1993; Morschitzky & Sator, 2007). Podílí se na metabolismu organismu (tvoří keratin, vitamín D, melanin, ochranné látky, řadu enzymů a pot), termoregulaci organismu a je tvůrcem imunologické bariéry (Baštecký et al., 1993). Pokud organismus onemocní, kůže se může otevřít směrem zevnitř ven v podobě vyrážky, zánětu nebo abscesu, nebo zevně – operativním zákrokem nebo poraněním (Morschitzky & Sator, 2007).

Kůže umožňuje tělesný kontakt s okolním světem jako formu komunikace, která hraje klíčovou úlohu v tělesném, emocionálním a sociálním vývoji dítěte, protože skýtá blízkost, která je pak podstatou kvalitních partnerských vztahů. Zprostředkovává jedinci vnímání tepla a chladu, bolesti, svědění, pálení, hmatové kvality, dotyky a sexuální vjemy, a proto nám umožňuje vnímat nejen smyslové slasti, ale i mnohé strasti (Morschitzky & Sator, 2007). Dle Bašteckého et al. (1993) je čistá kůže znakem osobní atraktivity, a my se proto snažíme na druhé působit jejím zdokonalováním nebo zkrášlováním. Některé jizvy získané následkem těžší kožní choroby, operace nebo nehody, mohou zanechat také stopy na duši a může dojít ke snížení sebevědomí, pocitu vlastní hodnoty a atraktivity (Morschitzky & Sator, 2007). Jak Baštecký et al. (1993, 280) dále uvádí: „*Adaptace na ztrátu fyzické přitažlivosti je u některých dermatóz těžká a pacienti bývají reaktivně depresivní*“. Z generace na generaci se totiž předávají vědomé i nevědomé představy o významu kůže, jakožto viditelné dermatózy a obavy před nákazou, a vyvolávají pocity zahanbení, viny

nebo trestu. Vogel (1959, in Baštecký et al., 1993) v této souvislosti poukazuje na tzv. *thersitovský komplex*. Tento pojem vznikl podle starořecké báje o Thersitovi, což byl nejošklivější Řek v té době, mající nejen ošklivou vizáž, ale i špatný charakter.

Jak Morschitzky & Sator (2007) uvádějí, kůže plní také funkci sexuálního a erotického vyznařování, např. zdobení těla náušnicemi a jinými ozdobami, tetováním. Je zrcadlem našich niterných vjemů a pocitů. Emocionální reakce jako strach, nervozita, vzrušení, odpor, stud, tréma, a šok či hrůza se do kůže promítají jako zblednutí, pocení, husí kůže, zčervenání, vlhké nebo chladné ruce, naježení vlasů. „*V tomto smyslu je kůže zrcadlem duše. Je to otevřená kniha, v níž může každý číst*“ (Morschitzky & Sator, 2007, 97). Bývá také přirovnávána k malířskému plátnu, na kterém se projevuje psyché. Na odporu kůže je založen detektor lži, který na základě elektrické vodivosti kůže měří psychickou aktivaci jedince a prozradí tak jeho emocionální pohnutí (Morschitzky & Sator, 2007).

### 2.3 Pruritus

Pruritus neboli svědění, běžně označováno jako nepříjemný pocit, vyvolávající touhu po škrábání, je základním rysem atopické dermatitidy. Vzhledem k vysokému dopadu na kvalitu života, většina pacientů hodnotí závažnost ekzému intenzitou svědění spíše než mírou výskytu kožních lézí. Je známá řada spouštěcích faktorů, které uvolňují stěžejní buněčné mediátory nebo vyvolávají vazomotorické reakce a pocení, které zapříčiňují svědění a které mohou podléhat emocionálním vlivům. Narušená bariéra kůže, snížená schopnost zrohovatělé vrstvy vázat vodu a změny Ph pokožky mohou aktivovat receptory svědění. Nejběžnějším spouštěcím faktorem pruritu je pocení, způsobené tepelným nebo emocionálním stimulem. Exogenními iritátory jsou zejména přímý kontakt s vlnou, rozpouštědla, dezinfekční prostředky, kontaktní a vzdušné alergenů, mikrobi, bakterie, přísady zvyšující krevní oběh/tok, řídící vazodilataci nebo uvolňující histamin, mohou pruritus také spustit. Svědění zvyšuje také horko, horké a kořeněné jídla, horké nápoje, a alkohol (Ständer & Steinhoff, 2002).

Jak Potenzieri & Udem (2013) uvádějí, pruritus vzniká po aktivaci periferních zakončení smyslových nervů po poškození nebo vystavení zánětlivých mediátorů a stoupá míchou do mozku přes spinální thalamický trakt. Stimul způsobující svědění je zpracován v somatosenzorických oblastech mozku. Zobrazovací studie u lidí prokázaly aktivaci primární

senzorické kůry, primární motorické kůry, doplňkové motorické oblasti, a premotorické mozkové kůry, po podání histaminu do kůže.

Baštecký et al. (1993) poukazuje na to, že pruritus úzce souvisí s pocitem bolesti. Zatímco bolestivý podnět je přenášen vlákny A $\delta$  a C zadních míšních nervů, pruritus je pravděpodobně veden specifickými vlákny typu C, protože vydatné škrábání kůže, které může být až bolestivé, svědění zmírňuje. Pruritus je podmíněn rozšířením cév v kůži a uvolněním biochemických mediátorů jako je histamin, bradykinin a další.

Čapková et al. (2010) poukazuje na to, že problémem u osob s atopickým ekzémem bývá jejich práh pro svědění, který je snížený, a proto svědění může vyvolat i slabší podráždění kůže. To vynutí škrábání, další podráždění kůže a následně zhoršení ekzému, které doprovází opětovné silné svědění. Nemoc tedy často pokračuje v kruhu a často tak může trvat měsíce. Novotný et al. (1993) uvádí, že i když osoby s AE vědí, že škrábání jim uleví jen na okamžik, nelze tomuto silnému nutkání zabránit a mnohdy dojde k rozškrábání až do krve. Svědění je tak úporné, že nemocný bývá psychicky vyčerpan a neovládatelnost škrábání může často vyvolat kromě stavů vyčerpání také depresivní stavy.

## 2.4 Stadia a formy onemocnění

*„AD je choroba multifaktoriální – genetická dispozice vede k dysfunkci kožní bariéry a imunologické dysbalanci, jež jsou navzájem provázané a u konkrétního jednotlivce různě vyjádřené. Vedou k hyperreaktivitě kůže a různé fenotypické manifestaci“* (Benáková, 2010, 223).

U jedinců s AE jsou sledovány imunitní změny; u 80 % pacientů je nalezena vysoká hladina IgE (Novotný et al., 1993), jehož produkci umožňují B-lymfocyty, a to zejména u osob trpících současně sennou rýmou nebo astma bronchiale. Nízká hladina IgE však neznamena neexistenci AE, protože zvýšenou hladinu IgE způsobuje větší měrou respirační alergie než samotný AE (Novotný, 2010).

*„Pruritus lze u AD považovat za primární projev“* (Benáková, 2010, 222). Následuje zčervenání a otok kůže. Pokud se v této fázi podaří odstranit příčinu, vyvolávající tuto reakci, kůže bývá brzy zahojena, zůstane však vysušena díky porušení ochranné bariéry kůže. Přichází-li kůže do styku s příčinou opakovaně, nebo není-li odstraněna, zánět bývá prohlouben a na kůži se objevují puchýřky a pupínky, které svědí. Dojde-li k jejich

rozškrábání, kůže začne mokvat, a vytváří se stroupky. Kůže opakovaným podrážděním z důvodu škrábání zhrubne a dochází k jejímu rozpraskání a olupování. Takto se ekzém stává chronickým (Čapková et al., 2010).

Novotný (2010) rozlišuje atopický ekzém na dvě formy: extrinsickou, která bývá spojena s respiračními potížemi a u níž je prokázána přecitlivělost na alergeny vnějšího prostředí, a intrinsickou, kde tato senzibilace prokázána není a kde hodnoty IgE nejsou zvýšeny (Novotný, 2010). Benáková (2010) poukazuje na to, že ať už se ekzém vyskytne v raném dětství nebo u dospělé osoby, nemoc postupuje od intrinické fáze - v počátku výskytu se jedná o ekzém bez senzibilizace, po extrinsickou - k senzibilizaci dochází později na různé alergeny vnějšího prostředí nebo potravin. Choroba často přejde do autoimunitní fáze - dojde k senzibilizaci na autologní proteiny a vzniku autoimunity. Dle Novotného et al. (1993) se před a během rozsáhlejší a vážnější formy ekzému objevují celkové příznaky jako mrazení, chvění, zvýšená teplota, poruchy zažívání a nespavost. Akutní ekzém doprovází otok s případným mokváním, vyskytují se bolesti hlavy a horečka. Subjektivně nemocný pociťuje zejména svědění různé intenzity, vyskytovat se mohou také pocity pálení, napětí, píchání nebo bodání v postižených místech.

Čapková et al. (2010) rozlišuje tři formy ekzému: kojeneckou, dětskou a dospělou, Novotný (2010) zmiňuje také formu atopického ekzému u dospívajících. Zatímco v dětství je udáváno jako nejkritičtější a nejtěžší období poslední čtvrtina prvního roku života dítěte pro úpornost ekzému a velký rozsah postižených oblastí, dále onemocnění slábne a až u 75 % dětí školního věku je ekzém zhojen (Čapková et al., 2010). Novotný (2010) udává 80 procentní spontánní zhojení u dětí do devíti let. Jak dále uvádí, ve 20% případů se následně k ekzému přidružuje bronchiální astma, které zůstává buď pouze samostatně asi ve 30%, nebo se souběžně vyskytuje také alergická rýma. Dle Novotného et al. (1993, 2010) u dospívajících dochází k dalšímu vzplanutí působením hormonálních změn a nervové lability. Benáková (2010) se domnívá, že do dospělosti přetrvává až 30% případů, ale může se také objevit jako zcela první projev, a to i u osob, které atopickým ekzémem nikdy netrpěly. Místa postižená ekzémem bývají podobná jako u dětské formy, ale průběh je závažnější a chroničtější a kůže více svědí (Benáková, 2010, Čapková et al., 2007).

## 2.5 Epidemiologie atopického ekzému

Výskyt onemocnění je vymežován dvěma základními statistickými ukazateli: incidencí a prevalencí. Incidence je výskyt, v medicíně a v psychologii označuje „*počet výskytu nových onemocnění v populaci za určitý časový úsek*“ (Hartl & Hartlová, 2000, 227), zatímco prevalence znamená „*počet nemocných v populaci v určitém časovém období*“ (Hartl & Hartlová, 2000).

Dle Benákové (2007) patří atopický ekzém mezi častá onemocnění s celosvětovou kumulativní prevalencí v rozmezí 13 – 37%, ve střední Evropě 10%. Prevalence u dětí je 15 – 30%, u dospělých osob 2 – 10% (Jiráková, Bernardová, & Hercogová, 2011); a jak Benáková (2007, 111) uvádí: „*nepříznivými faktory pro přetrvávání do dospělosti jsou pozitivní rodinná anamnéza, časný vznik v kojeneckém věku, těžší průběh AD v dětství a přítomnost respirační atopie*“. Začíná vzrůstat pozornost o tuto věkovou kategorii, nejen pro mírné zvýšení případů oproti předchozím letům, ale také pro výskyt této choroby u osob (cca 20 %), u kterých nebyla prokázána senzibilizace. U těchto osob není zvýšeno IgE, atopická rodinná anamnéza je negativní, osoby nemají v osobní anamnéze další atopické onemocnění a zpravidla mají i mírnější průběh AE. Vyskytuje se častěji u žen. (Benáková, 2007).

Zatímco v 80. letech došlo až k epidemickému nárůstu atopické dermatitidy, který se „*obvykle přisuzuje vlivům životního prostředí, změnám v životním stylu jedince, rodiny, společnosti, shrnovaným pod pojmem tzv. hygienické teorie*“ (Benáková, 2010, 222), v 90. letech došlo k zastavení tohoto nárůstu, zvláště v řadě západoevropských zemí. Naopak ve státech méně vyspělých, kde byla do té doby prevalence nízká, počet případů atopického ekzému vzrostl (Benáková, 2010). Deckers et al. (2012) provedli systematický přehled epidemiologických studií s cílem prozkoumat trendy v incidenci a prevalenci AE v letech 1990 až 2010. Bylo zjištěno, že neexistuje žádný celkový trend výskytu nebo prevalence atopického ekzému po celém světě. Nicméně výsledky ukázaly, že v Africe, východní Asii, západní Evropě a v severní části Evropy (tj. v UK) byla prevalence AE převážně zvýšena.

Atopickým ekzémem jsou postiženy mírně více ženy, naopak v dětském věku převládá výskyt ekzému u mužského pohlaví. Méně častější incidence je u dětí narozených na jaře a

začátku léta, častěji jsou ekzémem postiženy děti narozené na podzim. Čím dříve nastupuje ekzém v raném věku, tím častěji dochází k přidružení bronchiálního astmatu. Respirační změny následují obvykle za kožními projevy (Novotný et al., 1993).

V naší populaci výskyt atopického ekzému neustále stoupá; v roce 2009 bylo predikováno, že pokud by počet případů atopie narůstal dosavadním tempem, očekávalo se, že by se v roce 2015 stal každý druhý Evropan alergikem (Horwitz et al., 2009, in Jiráková, 2012). Tyto odhady však zatím nebyly potvrzeny.

Pokud by byl nárůst AE skutečně tak dramatický, pak se musíme zabývat tím, jaké jsou postupy v léčbě tohoto onemocnění, a do jaké míry je léčba úspěšná. Toto téma rozvíjíme v následující kapitole.

## 2.6 Léčba atopického ekzému a její úspěšnost

Novotný (2010) poukazuje na to, že k léčbě AE by mělo být přistupováno komplexně, tzn. na základě akutnosti či chronicity, věku, lokalizace a závažnosti je vhodné propojit zevní léčbu s fyzikální, interní, preventivní a psychologickou.

Zevní léčba spočívá v pokládání obkladů na postižená místa, je využíváno léčebných koupelí, tekutých pudrů, krémů, gelů a mastí. Obvyklé je, a v akutním stadiu téměř nezastupitelné, podávání lokálních kortikoidních preparátů (Benáková, 2010), ty však mají při dlouhodobé aplikaci na kůži negativní důsledky, protože jejím neustálým nanášením se kůže ztenčuje a atrofuje. Na kortikoidech může také vzniknout závislost nebo si na daný preparát kůže může navykhnout. Je rovněž možné použít novější bezkortikoidní přípravky (Protopic a Elidel). Existují studie, v nichž byla prokázána redukce případů nových vzplanutí AE u těch osob, které tyto přípravky používaly preventivně. Zde je však riziko impetiginizace, v jejímž případě je nutné tyto přípravky dočasně vysadit (Novotný, 2010). Základem vnitřní terapie bývají zejména antihistaminika. Užít se mohou také hypnotika, sedativa a psychofarmaka, a to u osob, které trpí nespavostí a jsou rozladěné, anebo potřebují zmírnit svědění. V případě impetiginizace je nutné nasadit interní antibiotika. Využívají se také imunosupresivní a imunostimulační léky (Novotný, 2010).

Na výzkum probiotik, coby potencionálně nového terapeutického postupu při léčbě ekzému, se zaměřili výzkumníci Drago a Toscano (2015), kteří vycházeli z již dříve zmíněné teze, že zánětlivé choroby spojené se střevem jsou schopny oslabit střevní bariéru, což vede ke zvýšení propustnosti sliznice a následné dysregulace střevního imunitního systému. To hraje významnou roli ve zhoršení alergických onemocnění, a má souvislost se střevními bakteriemi, protože střevní mikroflóra je schopna ovlivnit imunitní systém. Bylo prokázáno, že vyvážení střevní mikroflóra, tedy řízené podání probiotik, může vést ke zlepšení klinických příznaků a mělo by být používáno při klinickém léčení alergických onemocnění. Nicméně mnohé studie ukazují variabilní a protichůdné výsledky o účinnost probiotické terapie při prevenci a léčbě alergických onemocnění. Důvody této diskrepance je značná heterogenita testovacího protokolu, charakteristiky pacientů zařazených do klinických studií, doba trvání léčby a probiotické kmeny použité v terapii. Jsou potřebné další studie k hlubšímu prozkoumání všech prospěšných účinků jednotlivých probiotických bakterií v řízení alergických onemocnění, za účelem rozpoznání a vybrání konkrétních probiotických kmenů, které mají být použity v léčbě všech typů ekzémů a alergií.

Fyzikální terapie je založena na využití přírodních prvků (Novotný, 2010). Jak Benáková (2010) uvádí, fototerapie je dostupná a relativně bezpečná volba léčby, nevyužívá se však u těžších forem AE. Snižuje zejména svědění. V souvislosti s léčbou AE bývá zmiňována biolampa, nebyly však žádnou studií dosud prokázány léčebné účinky. Ekzematikům prospívá delší pobyt v horách nebo u moře. Za zmínku stojí alternativní léčba AE, do které Novotný (2010) řadí: psychoterapii, homeopatii, fototerapii, muzikoterapii, akupunkturu, akupresuru, hypnózu a z relaxačních technik autogenní trénink.

Domníváme se, že psychoterapie by u AE neměla zůstat pouhou alternativní formou léčení ekzému, ale její nedílnou součástí. Otázkou zůstává, na kolik by s takovou léčbou souhlasil klient či byl ochoten o ní uvažovat.

Relativně novou technikou k léčbě AE a jiných kožních onemocnění je tzv. floating, nazýván také technikou omezené zevní stimulace (Kupka et al., 2012 in Kavková, Malůš, Taušová, & Válková, 2013), který sestává z nádrže ve tvaru vejce naplněnou speciálním hustým roztokem  $Mg_2SO_4$ , jež simuluje podmínky Mrtvého moře, a jedinec tak zažívá pocit nadnášení nebo vznášení se, aniž by se potopil; může relaxovat či dokonce usnout.



Tato technika je rovněž zajímavá tím, že skýtá nejkompexnější obyčejně dostupnou a užívanou redukci vnější stimulace, která působí na největší množství smyslů. Omezuje vliv gravitace, redukuje světlo díky uzavření víka a zhasnutí světla, tichá místnost zmírňuje hluk a teplota vody odpovídá teplotě čela, čímž redukuje působení teploty na pokožku jedince. Relaxační účinek této metody je vysvětlován omezením vnějších stimulů, což způsobuje soustředění se do svého nitra než do okolního světa, tělo díky gravitaci relaxuje a mysl zůstává bdělá. Dochází ke sladění obou mozkových hemisfér, redukcii stresu a naopak zvýšení produkce endorfinů. Tato metoda však není vhodná pro osoby trpící klaustrofobií či úzkostnými stavy, u žen v době menstruace a těhotenství (Kavková et al., 2013).

Dle Bašteckého et al. (1993) nelze atopickou konstituci výrazně ovlivnit lokální ani celkovou léčbou, ale ke zmírnění průběhu onemocnění mohou pacientovi podstatně napomoci vhodné životní návyky a psychoterapie.

Terapie AE si za hlavní cíle klade snížení výskytu závažných příznaků choroby, předcházení její recidivy či omezení jejich množství. Neméně významná je prevence a soustavná léčba, jimiž lze příznivě měnit celkový průběh choroby. Tohoto cíle je však možné dosáhnout pouze při dostatečné spolupráci dermatologa se specialisty z oblastí alergologie, imunologie, psychologie, psychiatrie a praktického lékařství, u dětí pediatrie. Neměla by také chybět dobrá spolupráce lékaře s pacientem, popř. celou rodinou. Pro pacienta je klíčové porozumění nemoci a akceptace skutečnosti, že AE je choroba chronická, dispozice k ní je celoživotní a AE proto není možné definitivně vyléčit (Čapková, 2008, in Jiráková, 2012).

Domníváme se, že porozumění nemoci je důležitým aspektem u pacienta s AE, avšak poslední myšlenka o nevléčitelnosti choroby vyznívá značně pesimisticky. Otázkou totiž zůstává, zda je nutné se skutečně s tak bezútěšnou prognózou smířit, anebo zda hledat nové způsoby a cesty, jak nad touto nemocí zvítězit. Následuje proto kapitola pojednávající o ekzému z hlediska psychosomatiky, která nabízí na problematiku AE jiný pohled.

### 3. Atopický ekzém jako psychosomatické onemocnění

Dle Koblenzerové (1983, in Baštecký et al., 1993, 281) patří atopický ekzém v rámci psychodermatóz do stavů, které jsou „*pravděpodobně závislé na vrozených faktorech nebo na vlivech prostředí, jejichž průběh může být ovlivněn emoční zátěží*“, kdy psychosociální faktory mají u těchto dermatóz kauzální spoluúčast.

Poněšický (2010) řadí atopický ekzém (neurodermitis) do psychosomatóz (též chronická psychosomatická onemocnění) F54, L20, což „*jsou onemocnění s morfologickými patologickými změnami, v nichž hraje důležitou roli neurotická složka osobnosti*“ (2010, 37). Klíčovou roli zde hraje emocionální deficit, který byl spuštěn určitou situací psychosociálního charakteru a promítl se do tělesné sféry. Příčiny a podmínky, jež se podílejí na vzniku a průběhu onemocnění, jsou z hlediska etiopatogeneze multifaktoriálně komplexní a úloha psychických a somatických činitelů má u jednotlivce individuální vyjádření. Pokud výraznou roli hraje u jedince dědičný faktor, pak k propuknutí onemocnění bude stačit menší psychické zatížení než u jedince, který takové silné dědičné dispozice nemá, a kde bude na vyvolání onemocnění mít vliv např. ambivalence mezi přáním mít silný emocionální vztah a současně úzkosti ze závislosti a touze po osamostatnění.

Danzer (2010) poukazuje na to, že historický vývoj psychosomatického pohledu na atopický ekzém, neboli neurodermitidu, prošel dlouhým procesem. Psychoanalýza klasifikovala ekzém jako „*„exhibicionismus a masochismus“ jako uspokojení pudů formou předvádění se a škrábání nebo, exhibicionismus a sadomasochismus' za účelem pozornosti, lásky a přednosti*“ (Danzer, 2010, 113). Zatímco Dunbar staví do popředí pocit slasti vznikající škrábáním, Krichhauffová spatřuje příčinu ekzému v neukojenosti v raném dětství. Rechenbergová a Detigová poukazují na narušené vztahy jedince zejména k matce v raném dětství, prostřednictvím čehož se vytváří ambivalentní chování, projevující se na kůži jako „*základní konflikt strachu z blízkosti a oddálení*“ (Danzer, 2010, 113). Jungovská analytička Maguirová dává ekzém do souvislosti s neurotickou matkou, „*kteřá přenáší na dítě mocnou přítomnost archetypu matky jako nevědomé nepřátelství a úzkost*“ (Danzer, 2010, 114) a nazývá ekzém „*vulkánem v miniatuře*“, který se týká zejména „*explozivních afektů v nitru*“ (2010, 117). Sack za stěžejní úlohu u pacientů s AE pokládá disharmonickou vegetativní nervovou soustavu, zejména její afektivní složku, a nazývá jej citlivostní neurózou.

Příčinou ekzému je dle Obermayera a Borreli neklid, duševní napětí, nedostatečná komunikace, nedostatek vůle s absencí schopnosti se prosadit. Schröpl spatřuje původ AE ve stísněnosti dítěte, které je frustrováno přílišnou péčí, a škrábáním tak ventiluje napětí. Adler poukazuje na potlačené pocity méněcennosti, které vznikají při neschopnosti vlastní silou zdolávat životní obtíže, a následně se projeví v pasivní formě skrze chorobu, kdy ekzém coby orgán kontaktu signalizuje mezilidskou patologii. (Danzer, 2010). Dle Poněšického (2014) se mnoho autorů shoduje v tom, že se jedinec s AE vyznačuje výraznou symbiotickou vazbou na matku. Soustavné zabývání se kůží pak představuje kompenzaci emočního kontaktu.

Protože ekzém je řazen k chorobám multifaktoriálním, a dosud nebyla zjištěna jednoznačná příčina tohoto onemocnění, neboť působící vlivy se sdružují a prolínají, a jejich samostatné odhalení je proto značně nesnadné (Čapková et al., 2010), následuje kapitola, která se zabývá etiologií AE.

#### **4. Etiologie atopického ekzému**

Protože etiologie je „*nauka o původu a příčinách nemocí*“ (Hartl & Hartlová, 2000), obsahem následující kapitoly je objasnění hlavních faktorů, biologických, psychologických, sociálních a faktorů životního prostředí, které se podílejí na výskytu a vzniku AE.

##### **4.1 Biologické faktory**

K biologickým faktorům je řazena zejména dědičnost tzv. atopické konstituce, což „*obecně znamená zvýšený, dědičně daný sklon kůže a sliznice k časným reakcím přecitlivělosti na různé alergeny zevního prostředí*“ (Novotný et al., 1993, 118). U atopického ekzému nebyl sice přesně stanoven přesný typ dědičnosti, ale „*uvádí se autozomálně dominantní nebo recesivní dědičnost. Vše svědčí pro polygenní a multifaktoriální dědičnost s prahovým efektem*“ (Novotný et al. 1993, 119). Jinými slovy, k participaci více genů se přidružují vnější provokační vlivy, vzbuzující jak alergické, tak nealergické reakce. Svou roli zde hraje také hormonální, nervová a gastrointestinální dysbalance. Jak Novotný (2010, 21) uvádí: „*U atopiků jsou evidentní vlivy vegetativního nervového systému, kterým se odrážejí psychické pohnutky do kůže*“. Novotný (2010) dále poukazuje na to, že tak jako dochází ke zčervenání kůže při trémě nebo studu a ke zblednutí při leknutí, dochází v těchto asociacích k pocitům svědění kůže u atopických osob.

Na vznik a průběh ekzému má jednoznačně vliv již výše zmíněný věk. Pohlaví rovněž ovlivňuje výskyt AE. Intraindividuální výkyvy v závažnosti výskytu ekzému jsou často pozorovány u žen, a to v souvislosti s hormonálními vlivy, které se vyskytují zejména při menstruaci a těhotenství (Čapková et al., 2010; Werfel & Kapp, 1998), šestinedělí (Čapková et al., 2010) a v menopauze (Werfel & Kapp, 1998). Dle výzkumu Werfela & Kappa (1998) byla prevalence premenstruačního zhoršení příznaků ekzému 33% ze 150 hodnocených žen; těhotenství mělo nepříznivý vliv v 52% případů, i když u značného podílu žen (24%) se ekzém v průběhu těhotenství zlepšil. Novotný et al. (1993) udává časté úplné vymizení ekzému v graviditě. Co se týká spojitosti výskytu ekzému s interními chorobami u dospělých osob, jako častější souvztažnost se uvádí dvanáctník a žaludeční vřed, (což patrně souvisí s neurovegetativní a psychickou nerovnováhou), hypertyreóza, nefritida, zácpa, hepatitida a oční změny, které mají obvykle alergický základ (Novotný et al., 1993).

#### 4.2 Faktory životního prostředí

Za fyzikální faktory ovlivňující průběh atopického ekzému jsou považovány: teplota – nadměrný chlad či teplo, vlhko, sychravé počasí podzimu nebo předjaří, konzumace některých nevhodných potravin - alergenů, kontakt s různými saponáty, mýdly, chlorovaná voda, umělé tkaniny, zvířata, prach. Ke zhoršení onemocnění dochází mnohdy také při virových i bakteriálních nákazách, jako je angína, chřipka, záněty horních cest dýchacích a středního ucha, i běžná rýma (Čapková et al., 2010).

Na prevalenci atopického ekzému u dospělých osob v souvislosti s životním prostředím se ve své studii zaměřili Rönmark et al. (2012) a Pesce et al. (2014). Kromě toho, že výsledky obou výzkumů ukázaly vyšší prevalenci atopického ekzému u žen než u mužů, ve studii Pesce et al. (2014), kdy okolo 60% respondentů žijících v Itálii trpících ekzémem udávalo nástup onemocnění až v dospělém věku, byla prevalence spojena s místem bydliště v blízkosti průmyslových závodů a vysoké hladiny hustého provozu blízko domova a s životem v centrální jižní Itálii. Výzkum Rönmarka et al. (2012) ve Švédsku dosáhl zjištění, že kromě dědičných faktorů má vliv na výskyt ekzému vystavení plynu, prachu a kouře.

### 4.3 Psychosociální faktory

Jak uvádí Vágnerová (2004), pro výskyt psychosomatických onemocnění obecně platí, že zatímco v dětském věku bývá nejčastěji sociálním stresorem rodina, škola nebo vztahy s vrstevníky, v dospělosti jde zejména o partnerské problémy nebo nesnáze při uplatnění ve společnosti. Dle Benákové (2010, 224) jsou psychickými faktory ovlivňujícími výskyt a průběh ekzému zejména „*duševní zátěž, stresy, nedostatek odpočinku a relaxace*“. Morschitzky & Sator (2007) udávají jako nejčastější psychogenní činitele AE problémy ve vztazích, kritické události v životě jedince a psychosociální stres.

V následujících kapitolách se budeme věnovat vybraným faktorům, které se mohou podílet na vzniku a průběhu výskytu AE. Jsou jimi: stres, psychické dispozice, emoce a rodina.

#### 4.3.1 Stres

Dle Mohapla (1992, in Křivohlavý, 2001) je stresem míněna zátěž, jež dolehla na organismus jedince. Přitom, jak uvádí Křivohlavý (2001), klíčový je poměr mezi intenzitou stresoru a silou se s touto situací vypořádat. O stresovou situaci se jedná v tom případě, kdy „*míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout*“ (2001, 171).

Jak dále Křivohlavý (2001) uvádí, stres byl zkoumán mnoha badateli. Cannon na základě experimentů se zvířaty zjistil, že v situaci ohrožení je celý organismus mobilizován a zvýší se činnost sympatiku. S pokusy se zvířaty jej následoval Selye, který popsal jednotlivé fáze obecného adaptačního syndromu, k němuž dochází bez ohledu na typ stresoru. V poplachové fázi hraje největší úlohu sympatický nervový systém, uvolňuje se adrenalin, zvyšuje se krevní tlak, krev se soustřeďuje do svalů končetin. V organismu nastává reakce typu „*bojůj nebo uteč*“ (Křivohlavý, 2001, 167). Organismus pak začíná se stresem bojovat, což je podstatou fáze rezistence. Pokud boj trvá déle, může dojít ke snížení činnosti imunitního systému. Ve fázi vyčerpání se organismus hroutí - stresoru podléhá. Lazarus se na rozdíl od dvou předchozích badatelů soustředil výhradně na psychiku člověka ve stresových situacích. Vyzoroval, že u jedince nastává dvojí vyhodnocování situace – zvážení situace v rámci ohrožení a zvládnutí této situace.

Merkunová & Orel (2008) poukazují na to, že zdravé fungování našeho organismu zabezpečuje imunitní systém, který má za úkol jednak rozlišit cizorodé látky od vlastních a zničit je a jednak vytvářet odolnost proti mikroorganismům. Každý organismus disponuje přirozenou a získanou imunitou. Přirozená imunita je schopnost organismu ničit látky, které nejsou tělu vlastní; tuto funkci vykonávají monocyty, neutrofilní granulocyty a NK (natural killers) buňky, které jsou velmi významné, co se týká ničení nádorových buněk a buněk napadených virem. Získaná imunita, kterou zajišťují T – lymfocyty, vzniká zcitlivěním imunitního systému vůči konkrétní cizorodé látce a přetrvává dlouhodobě až trvale. Stres má nepochybně vliv na zdraví jedince a jak Křivohlavý (2001) uvádí, jako první prokázali vztah mezi imunitním a nervovým systémem Ader a Cohen, kteří provedli pokus s krysami. Tento výzkum odstartoval sérii dalších výzkumů, prováděných jak na zvířatech, tak na lidech, a položil základy tzv. psychoneuroimunologie. Dále bylo zjištěno, že existuje významný rozdíl v chování imunitního systému, a to působením akutního stresu a stresu chronického, na lidský organismus. Zatímco akutní stres vyvolá posílení imunitního systému, u chronického dochází k jeho poklesu. Akutním stresem vzroste počet NK buněk, což pro organismus znamená zvýšení schopnosti bojovat s virem nebo s rakovinovými buňkami; chronický stres spustí sekreci adrenokortikotropního hormonu a kortizolu, protože je aktivován hypotalamo – hypofyzární systém a kůra nadledvin; za těchto podmínek se množství NK buněk snižuje. Proto má chronický stres větší dopad na imunitní systém (Křivohlavý, 2001).

Co se týká AE, dle Morschitzky & Sator (2007) vyvolává psychický stres intenzivní imunologickou odezvu, kdy dle posledních výzkumů může trvalá zátěž vést až k poruše kožních imunitních buněk, protože dochází k vylučování zánětlivých látek přes nervová zakončení a uvolnění stresových hormonů do krve. Porucha regulace imunitního systému může nastávat v případě chronických kožních zánětlivých onemocnění. Kožní choroby se hojí hůře v případech oslabení imunitního systému stresem, a to nehledě na příčiny. Morschitzky & Sator (2007) dále poukazují na to, že stresem, vyvolávajícím onemocnění, je pro každého jedince něco jiného: od rodinných nebo milostných problémů, přes pracovní přetížení, hněv, až po úzkost nebo depresi. Pokud se jedinci nepodaří vymezit se buď vůči druhým, nebo úkolům, které jsou nad rámec jejich schopností či možností, stav může je pak zhoršovat sociální úzkost. Neustálé svědění a viditelnost kožní choroby často vyvolává snížené sebehodnocení, sociální izolace až depresi a úzkost, což vyvolává další zhoršení kožních projevů a nemoc tak putuje v kruhu.

Jak Werfel & Kapp (1998) uvádějí, existuje rostoucí počet studií zdůrazňujících význam psychologických faktorů na výskyt atopického ekzému ve zhoršení a udržování kožních příznaků nemoci, jako jsou osobnostní rysy nebo psychosociální stres. Stresující životní události často předcházejí zhoršení, což se projevuje nejčastěji v důsledku zvýšení svědění. King & Wilson (1991, in Werfel & Kapp, 1998) prokázali významný vztah mezi interpersonálním stresem předchozího dne a stavem pokožky dne následujícího. Bylo prokázáno, že denní emocionální stres jako jsou problémy spojené s ekzémem, rigidní struktura rodiny nebo negativní komunikace mohou předcházet závažnosti symptomů u pacientů s AE (Gil et al., 1987, Ehlers et al., 1994, in Werfel & Kapp, 1998).

#### 4.3.2 Psychické dispozice

Dle Vágnerové (2004) se na vzniku psychosomatického onemocnění podílejí určité psychické dispozice, ke kterým patří: osobnost, emoční reaktivita, která je dána typem temperamentu, odolnost a způsoby zvládání situací zátěže.

Jak Vágnerová (2004, 109) dále uvádí: „*Uznávanou příčinou vzniku psychosomatického onemocnění je silný a subjektivně důležitý vnitřní konflikt mezi dvěma osobně významnými motivy*“, kdy psychosomatická odpověď organismu je jeho únikovým řešením. Balcar (1995, in Vágnerová, 2004, 109) uvádí dva typy vnitřních konfliktů vedoucí jedince do stavu „*duševní tísně*“ a to: „*konflikt mezi vnějším tlakem a vnitřními zábranami*“ a „*konflikt mezi potřebou lásky a hostilitou*“. Kebza (2005) poukazuje na to, že zdraví jedince ovlivňují dva póly faktorů: vulnerabilita a resilience. Vulnerabilita neboli zranitelnost může mít biologický základ, ale může být zvýšena v důsledku působení stresorů. Dle Šolcové (2009) má resilience označovat nejen přizpůsobivost a odolnost vůči stresogenním událostem, ale také „*pružnost návratu systému k původním podmínkám, aniž by došlo k jeho deformaci*“ (Šolcová, 2009,54). Jak Šolcová (2009) dále uvádí, rozdíl odolných jedinců od těch méně odolných spočívá v odlišných proměnných měnících negativní dopad stresu na zdraví, kterými jedinec disponuje. Proměnné jsou také souhrnně označovány jako salutoprotektivní charakteristiky, ke kterým patří: chování typu A/B, smysl pro koherenci, sebevědomí, atribuční styl, lokalizace kontroly, osobní kontrola, optimismus, hardiness, explanační styl, zásobenost zdroji a negativní efektivita/stabilita. Vztah mezi stresem a nemocí však zprostředkovává a mnohdy i urychluje osobnost a osobnostní rysy. To vysvětluje fakt, proč

se někteří jedinci ocitají v situacích vyvolávajících stres a jiní nikoliv, a také způsob, jakým jedinec v těchto podmínkách reaguje.

Co se týká profilu osobnosti u pacientů s diagnostikovaným atopickým ekzémem, White, Horne & Varigos (2007) provedli průzkumu 40 pacientů s dlouholetým atopickým ekzémem, kterým byla podána série standardizovaných testů osobnosti. Výsledky byly porovnány s výsledky kontrolní skupiny pro každý test. Bylo prokázáno, že osoby s atopickým ekzémem mají signifikantně vyšší hladinu úzkostnosti a problémy s vyrovnáváním se s hněvem a nepřátelstvím než osoby bez AE. Z tohoto výzkumu mimo jiné vyplývá, že s výskytem AE souvisí i emoční nastavení jedince. Emocím proto věnujeme následující kapitolu.

### 4.3.3 Emoce

Emoce jsou nepostradatelnou součástí lidské psychiky, umožňují nám vyjádřit naše city a pocity, obohacují náš život. Jejich prostřednictvím se můžeme přizpůsobovat změnám, které se týkají jak nás samotných, tak i okolního sociálního prostředí, což nám následně dává možnost vhodně reagovat. Můžeme tak lépe vyjednávat i vycházet s druhými, protože lépe pochopíme jejich současný stav.

Jak Plháková (2003) uvádí, emoce mají kromě subjektivní fenomenologické a expresivní komponenty také svůj fyziologický doprovod. Intenzivní emoce, jako je vztek nebo strach, provází různé tělesné změny, kterými jsou například zrychlený tep, pocení sucho v ústech či zvýšené svalové napětí. Na základě výzkumů lze předpokládat, že intenzivní emoce ovlivňují aktivaci autonomního nervového a hormonálního systému, ale nabízí se i jak opačné stanovisko, tak i domněnka, že podporování je vzájemné.

Poněšický (2014) poukazuje na to, že ač je člověk reaktivní tvor, jeho obvyklou reakcí je zejména u negativních emocí, jako je smutek či zloba, snaha tyto projevy potlačit. Člověk na rozdíl od zvířat sice tuto vymoženost či svobodu má, avšak domněnka, že tím budou jeho emočně fyziologické reakce oslabeny, je jen iluzí. Naopak, čím více se jedinec bude spontánní odezvě vyhýbat, tím silněji se projeví v těle.



Na souvislost emocí a výskytu AE se ve svém výzkumu soustředili Gingsburg, Prystowsky, Kornfeld, & Wolland (1993), kteří vycházeli ve svém výzkumu z teze, že hněv hraje u atopiků důležitou roli. Provedli proto srovnávací výzkum skupiny atopických pacientů, pacientů s psoriázou a kontrolní skupinou. Ukázalo se, že jedinci s AE se cítili snadněji rozzlobeni, ale bylo u nich méně pravděpodobné, že hněv vyjádří, byli úzkostnější a méně asertivní, a cítili menší efektivnost při vyjádření hněvu. Jediný rozdíl mezi pacienty s psoriázou a kontrolní skupinou byla menší schopnost vyjadřovat hněv. Atopičtí pacienti byli více chronicky nervóznější než výzkumné osoby s psoriázou.

Klímová (2015b) tvrdí, že každá emoce má svou biologickou podstatu, a tou je aminokyselina, resp. peptid coby jejich nejkratší řetězec. Tyto řetězce mění v řádu vteřin svou strukturu dle povahy dané emoce, a protože nikdy neprožíváme v jednu chvíli jen jednu emoci, ale někdy celé kaskády, pak v našem těle putují desítky, někdy i stovky bílkovinných struktur, které se specifickým způsobem zachytávají do buněčných membrán a předávají informace buňce o tom, jak se má chovat. Každá buňka je dle Klímové součástí nadřazenějšímu vyššímu celku – orgánu. Pokud emoce přichází opakovaně či dlouhodobě, buňky začnou vykazovat jinou funkci a to i v rámci orgánu; nejprve se objeví funkční porucha a při dlouhodobém přetížení i porucha struktury. Buněčná struktura se tedy natolik promění, že se v orgánu začnou dít materiální změny, např. zánět, rozpad či fibrotizace aj. a tento stav se pak může rozšířit do celého orgánového systému.

Křivohlavý (2001) poukazuje na to, že na zdraví má významný vliv ventilace emocí. Její účinnost zkoumali ve svém experimentu Francis a Pennebaker (1992, in Křivohlavý, 2001), kdy výzkumné osoby – studenti, dostali za úkol před zkouškou např. napsat o svých depresivních zážitcích. Bylo zjištěno signifikantní snížení míry deprese v porovnání s kontrolní skupinou bez vystavení tomuto postupu. Metoda byla využita také u zaměstnanců fakulty, u kterých byly prokázány pozitivnější symptomy zdravotního stavu při možnosti vypovídat se ze svých těžkostí.

#### 4.3.4 Rodina

Dle Kramera (1980, in Sobotková, 2001, 22) je rodina:

*skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Kdykoliv mezi blízkými lidmi existují intenzivní a*

*kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde např. o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.*

Rodina má na jedince vliv nepochybně již od raného dětství. Anglický psychoanalytik John Bowlby vytvořil teorii přimknutí, kdy „attachmentem“ se míní emocionální pouto k druhé osobě, které se vytváří u dětí v raném dětství k jejich pečovatelům. Tato citová vazba má významný dopad, který poznamená jedincův celý život, zejména budoucí vztahy (Cherry, 2006). Slaměník (2011) poukazuje na to, že na základě rané zkušenosti s pečující osobou si dítě vytváří určitý systém přesvědčení, emocí a očekávání, které se týkají jak sama sebe, tak i druhých osob. Z tohoto modelu vychází potřeba udržovat si vazbu s blízkými osobami a tato potřeba je zřejmá především v ohrožujících situacích, a životních ztrátách. Model pokračuje i v dospělosti, kdy pečující osoba je nahrazena partnerem. Dle Bowlbyho je pak raný attachment vzorem vztahů dospělosti (Slaměník, 2011).

Dle Gjuričové a Kubičky (2003) se rodiny liší v tom, jak jsou schopny spolu komunikovat o osobní nepohodě. Existují rodiny velmi citlivé projevy emočního nesouladu, negativních emocí a signálů úzkosti a nespokojenosti jednotlivých členů; typické je pro ně hojné vyjadřování emocí. V rodinách, kde se naopak o pocitech nemluví, a emoční nepohoda bývá terčem kritiky nebo je přehlížena, mohou být tyto problémy nebo potřeby transformovány do tělesné roviny v podobě symptomů. Gjuričová a Kubička (2003) dále poukazují na to, že zdravotní symptomy se často opakují napříč generacemi; „*V některých rodinách je tendence vyjadřovat prožívané tělesné i emoční strádání prostřednictvím tělesných symptomů - jde o tzv. somatizaci*“ (2003, 106). Popíráním či nerozpoznáním emočních potřeb se pak takto vzniklá somatizace stává komunikačním vzorcem rodiny, který se přenáší z generace na generaci. Na psychoterapeutické působení u psychosomatických rodinných poruch se zaměřil Minuchin (2013). Uvádí, že lidská mysl za svůj život získává a zpracovává obrovské množství informací přicházejících jak z okolního tak i z vnitřního světa. Způsoby vnímání, informace i postoje se jsou ukládány a vstřebávány a postupně vytváří jedincův přístup k okolnímu světu. Tento proces výrazně ovlivňuje rodina. Minuchin (2013) pohlíží na symptom nemoci jako na projev určitého problému v rodinném systému, ale který je zároveň jen jeho dílčí výpovědí. Choroba dle něj vznikala v určitém kontextu, na základě interakce a chování členů rodiny, a cílem terapie je tedy proměna celého systému v rodinné ovzduší provázanosti, podpory a vzájemné závislosti.

## **5. Přehled výzkumů týkajících se AE u dospělých osob u dospělých osob**

Při průzkumu dosavadních výzkumů týkajících se dospělých osob s dg. atopický ekzém jsme vycházeli z databáze EBSCO a Google Scholar. Zjistili jsme, že dosavadní výzkumy s tematikou AE se týkají těchto oblastí:

genetiky atopické dermatitidy (Kozáčiková, & Vašků, 2011), analýzy genderových rozdílů u pacientů s ekzémem rukou (Mollerup, et al., 2014), reakcí na potraviny u dospívajících a dospělých pacientů s atopickým ekzémem (Čelakovská, J., 2013), epidermální bariéry u AE (Kozáčiková & Březinová, 2014), svědění u AE (Ständer & Steinhoff, 2002, Potenzieri & Udem, 2013), preventivních opatření AE (Cipriani, 2014), probiotik coby prevence AE (Allen, 2014; Drago & Toscano, 2015), výskytu AE v kontextu s životním prostředím (Rönmark et al., 2012; Pesce et al., 2014), výskytu AE v souvislosti s hormonálními vlivy (Werfel & Kapp, 1998), kvality života u chronických kožních onemocnění (Pärna et al., 2015), měření kvality života u ekzému rukou (Chen, et al., 2013), souvislosti emocí a výskytu AE (Ginsburg et al., 1993), profilu osobnosti u pacientů s AE (White, Horne & Varigos, 2007), významu stresu u výskytu AE (Werfel & Kapp, 1998), depresivity a úzkosti u vybraných kožních onemocnění (Hůlková et al., 2008), výskytu deprese a úzkosti v souvislosti s kvalitou života u osob s AE (Boehm et al., 2012), léčebné výživy při onemocnění AE (Bočková, 2013), kvality života pacientů s AE (Šustová, 2014) a nemoci AE jako sdělení (Peterková, 2007).

V těchto výzkumech se nám nepodařilo nalézt takový kvalitativní výzkum, který by se zabýval pohledem dospělých osob na tuto diagnózu v souvislosti se strategiemi zvládnání, a s faktory, které tyto osoby samy pokládají za ovlivňující výskyt AE, a s jejich náhledem na symptom z hlediska role v jejich životě, a proto jsme se v této práci na tyto aspekty zaměřili.

## **6. Předpokládaný význam poznatků pro praxi**

Zjištěné nové souvislosti by mohly napomoci hlubšímu porozumění zkušenostem osob s AE a tyto zjištěné poznatky by mohly být aplikovány v psychologické nebo psychoterapeutické praxi nebo podnítit další výzkum zkoumaného jevu, a to opět buď v rámci kvalitativního designu pro rozšíření zjištěných informací anebo prostřednictvím kvantitativního přístupu s cílem ověřit nově vytvořenou teorii.

## **II. Výzkumná část**

## **7. Výzkumný problém**

V této bakalářské práci zkoumáme, jak osoby s AE nahlízejí na tento symptom v jejich životě, jaké strategie zvládání v rámci AE využívají, jaké mají představy o faktorech, které se podílejí na výskytu tohoto onemocnění, a zdali tyto osoby využívají psychologické pomoci. Dále zkoumáme, jak na onemocnění nahlízejí partneři osob s AE, a to z důvodu komplexnějšího popisu zkoumaného jevu.

## **8. Cíle výzkumu**

Cílem výzkumu je pokusit se popsat, zmapovat a porozumět zkušenosti osob s dg. atopický ekzém z hlediska role tohoto symptomu v jejich životě, strategií zvládání, a jejich představě o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují, a zmapovat, jakou roli hraje při tomto onemocnění u osob s AE psychologická pomoc a zda jí tyto osoby využily či využívají. Cílem je rovněž zmapovat, jak na onemocnění nahlízejí partneři osob s AE.

## **9. Výzkumné otázky**

Na základě cílů výzkumu jsme si položili tyto výzkumné otázky:

*Jak osoby s atopickým ekzémem hodnotí tento symptom z hlediska role v jejich životě?*

*Jaké strategie využívají ke zvládání tohoto onemocnění?*

*Jaká je jejich představa o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují?*

*Jakou roli hraje při tomto onemocnění u osob s AE psychologická pomoc?*

*Jak tento symptom hodnotí partneři osob s AE?*

*A jak mohou být tyto poznatky využity v psychoterapeutické praxi?*

## **10. Popis zvoleného metodologického rámce a metod**

Metodologický rámec a metody byly zvoleny s ohledem na povahu zkoumaného jevu.

### **10.1 Zvolený typ výzkumu**

Ve výzkumech lze využít kvantitativní, kvalitativní či smíšený design. Jak Strauss a Corbinová (1999) uvádějí, pro volbu kvantitativního či kvalitativního designu je stěžejní zkoumaná oblast a podstata zkoumaného jevu. Pokud se snažíme odhalit jádro zkušeností s určitým jevem, týkající se např. nemoci, závislostí aj., a chceme porozumět této podstatě a odhalit souvislosti u jevů, u nichž toho mnoho nevíme, nebo získat nové pohledy na jevy,

o nich již informace máme, či potřebujeme – li získat detailnější popis zkoumaného jevu, je vhodné zvolit kvalitativní design.

Proto jsme ve výzkumu využili kvalitativní přístup, s cílem zajistit úplný a bohatý popis zkoumaného jevu. Miovský (2006) poukazuje na to, že kvalitativní výzkum využívá principů jedinečnosti, neopakovatelnosti, procesuality, dynamiky a kontextuálnosti. Nedílnou součástí je princip reflexivity, tzn. zabývání se tím, jak se výzkumník podílí na procesu výzkumu a jaký má tento aspekt vliv na respondenty.

Jelikož je reflexivita významnou charakteristikou kvalitativního výzkumu, která se výrazně podílí na výzkumu, a ovlivňuje tak jeho průběh i kvalitu, pojednáváme o ní v následující kapitole.

## 10.2 Efekt výzkumníka

Dle Miovského (2006) není možné, aby byl výzkumník nezávislý, naopak výzkumník je sám účastník výzkumu, neboť je součástí jak psychologických, tak sociálních vazeb ve výzkumu a osobní vztah s respondenty a jeho autentičnost je základním předpokladem validity výzkumu a zároveň jeho úspěchem. Výzkumník je však zatížen svými vlastními zkušenostmi, znalostmi, předsudky a osobní historií, osobností, očekáváními, emocemi a vztahy s blízkými osobami. S touto skutečností je nutné ve výzkumu počítat, nicméně je nutné ve výzkumném procesu tento vliv poznávat a pracovat s ním. Jde o schopnost autoreflexe, tedy schopnosti porozumět svým vlastním pocitům a motivům a být schopen oddělit jejich působení na výzkumníkův pohled na svět od procesu objektivního popisu či hodnocení vnější či vnitřní reality.

## 10.3 Metody získávání dat

Základní metodou kvalitativního výzkumu je interview. Dle Miovského (2006) je interview moderovaný rozhovor s jednou, max. třemi osobami, jehož provedení musí korespondovat s cílem výzkumu a jeho účelem. Rozhovor nelze provádět bez pozorování a bez schopnosti sebereflexe. Při rozhovoru je důležité pracovat s motivací respondenta a navodit atmosféru důvěry a otevřenosti, což je klíčové pro vytváření vztahu s účastníkem výzkumu. Výzkumník se tak může dostat hlouběji k jádru problému a získat bohatší a validnější data.

Jak Miovský (2006) uvádí, interview má buď formu strukturovanou, semistrukturovanou nebo nestrukturovanou. Každý typ interview má své výhody, ale i nevýhody. Zatímco strukturovaný má přesný plán a strukturu, kterou nelze během výzkumu měnit a při kladení otázek je nutné dodržet standardizované podmínky, u nestrukturovaného se nedržíme předem připraveného plánu; podobá se běžnému rozhovoru. Polostrukturované interview spojuje výhody obou typů. Vytváříme si sice určité schéma, kterého se při rozhovoru držíme, ale je možné přizpůsobovat situaci probandovi.

Jelikož bylo v tomto výzkumu důležité s ohledem na povahu zkoumaného jevu se maximálně přizpůsobit probandovi z důvodu jeho onemocnění, a to jak za účelem jeho komfortu, tak i respektování jeho soukromí, nebylo žádoucí dodržet standardizované podmínky. Na druhou stranu bylo nutné brát v potaz účel výzkumu, a tedy zodpovědět na výzkumné otázky a mít proto rámeček, kterého bychom se drželi. Proto jsme ve výzkumu použili právě tento typ, polostrukturované hloubkové interview, zaměřené na závažnost symptomu atopického ekzému

#### 10.4 Metody zpracování a analýzy dat

Jako metodu zpracování dat jsme vybrali otevřené kódování, které se dle Strausse a Corbinové (2006) zabývá označováním pojmů a jejich sdružováním do kategorií. Je to proces, kdy rozebíráme, prozkoumáváme a porovnáváme získané údaje. Jednotlivým větám nebo odstavcům přidělujeme určité jméno, které reprezentuje daný jev; toto jméno je možno přisoudit i podobným jevům, a to na základě porovnávání. Pojmy, které jsou nalezeny prostřednictvím tohoto postupu, pak seskupujeme s podobnými, a tím je sdružujeme do kategorií. Názvy kategorií volíme příhodně, s logickou návazností na seskupované údaje; vytvořené pojmy však můžeme v průběhu zpracování měnit.

Po otevřeném kódování následuje axiální kódování, kdy je zjišťován kontext mezi jednotlivými jevy (kategoriemi), příčinné a intervenující podmínky jevu, jednání a interakce v rámci jednotlivých jevů a jejich následky a tímto procesem jsou vytvářeny subkategorie jednotlivých kategorií. Selektivní kódování je završením kódování a obsahuje nalezení důležitých informací z údajů a shrnutím závěrů (Strauss & Corbinová, 2006), kterému, jak Miovský (2006) uvádí, předchází nalézání ústředního jevu – centrální kategorie, kterou dále uvádíme do vztahu s ostatními námi vytvořenými kategoriemi, a vytvoření kostry příběhu.

Metoda analýzy dat byla zvolena s ohledem na povahu zkoumaného jevu a je pokračováním zmíněného kódování. Jedná se o metodu zakotvené teorie, kterou vyvinuli sociologové Anselm Strauss a Barney Glaser. Podstatou této teorie je indukce zkoumaného jevu; je to metoda, která je zakotvena v datech provedeného výzkumu. Je vytvořena shromažďováním údajů o zkoumaném fenoménu, které jsou následně analyzovány. Pokud je tato teorie dobře vytvořená, vyhovuje čtyřem kritériím, jimiž jsou: a) shoda - je zakotvená v realitě, b) srozumitelnost a smysluplnost, c) obecnost – měla by být do té míry pružná, aby se dala aplikovat v rozmanitých situacích v rámci zkoumaného fenoménu a d) kontrola; teorie by měla mít následně schopnost vlivu na zkoumaný jev (Strauss & Corbinová, 2006).

## 11. Výzkumný soubor

K získávání potenciaálních účastníků výzkumu byla zvolena kombinace metody samovýběru, příležitostného výběru a metody sněhové koule, za účelem zvýšení pravděpodobnosti různorodosti vybraného vzorku. Metoda samovýběru spočívala v umístění inzerátu do internetových diskuzí a svépomocných skupin, týkajících se buď problematiky AE, nebo psychosomatiky obecně a do čekáren kožních lékařů, praktických lékařů a lékařů alternativní medicíny; bylo osloveno 18 lékařů, z nichž 11 souhlasilo s umístěním inzerátu; odmítli však oslovovat své pacienty, aby se do výzkumu přihlásili, mohlo se tak tedy dít pouze na základě dobrovolnosti pacientů. Příležitostný výběr byl založen na oslovování známých samotným výzkumníkem. Někteří známí výzkumníka zase oslovovali své známé, což je podstatou metody sněhové koule.

Jako nejefektivnější metoda se ukázala metoda samovýběru, kdy sedm osob reagovalo na inzerát na internetových fórech a dvě osoby se ozvaly na základě inzerátu v čekárně praktického a kožního lékaře; dva lidé byli osloveni přímo prostřednictvím příležitostného výběru a dva byli získáni pomocí sněhové koule. Do výzkumu se přihlásilo celkem 13 osob, z nichž bylo vybráno 10, které splnili následující kritéria pro výzkum: a) byly dospělými osobami ve věku minimálně 18 let, b) byl jim v průběhu života diagnostikován atopický ekzém, který se vracel i po medikamentózní léčbě, c) byly ochotny sdílet své zkušenosti s touto nemocí. Základní výzkumný vzorek tedy utvořilo osm žen a dva muži ve věku od 22 do 48 let. Tyto osoby byly dále dotázány, zda mají partnera a pokud ano, zda je možnost rozhovoru také s nimi. Ukázalo se, že bez partnera jsou nyní tři participanti; další tři respondenti s účastí partnera/partnerky ve výzkumu nesouhlasili – jedna účastnice výzkumu



toto odmítla z důvodu nadměrné pracovní vyčerpání manžela, jedna respondentka uvedla, že má přítele krátce a jeho účast ve výzkumu by nebyla vhodná; a jeden participant byl zrovna ve stadiu odloučení s manželkou, a nechtěl proto svou manželku do výzkumu zahrnout; tito tři účastníci výzkumu se svých partnerů/partnerek na účast ve výzkumu nezeptali. Čtyři respondentky a jeden participant byli naopak ochotni se partnerů zeptat; partnerka respondenta účast ve výzkumu odmítla; partneři probandek s rozhovorem souhlasili; jednalo se o tři muže od 28 do 43 let. Celkem tedy výzkumný vzorek zahrnoval 10 osob s AE a 3 partnery těchto osob.

Základní vlastnosti výzkumného souboru, které byly získány prostřednictvím vstupního dotazníku (viz příloha č. 4), uvádíme v následující tabulce:

Číslo	Jméno respondenta (pseudonym)	Věk	Vzdělání	Zaměstnání/škola	Současný stav AE	Partner/ka	Jméno partnera (pseudonym)
1.	Alena	38	VŠ	notářská tajemnice	relaps	Ano	Martin
2.	Beáta	24	SŠ	Bc. student	remise	Ne	
3.	Cecílie	42	VŠ	policistka	relaps	Ano	
4.	Dita	34	SOU	švadlena	relaps	Ne	
5.	Eva	27	VŠ	Ph. D. student	remise	Ano	Lukáš
6.	Františka	36	SŠ	administrativní pracovníce	relaps	Ano	Karel
7.	Gabriela	40	SŠ	obchodní poradce	remise	Ano	
8.	Helena	22	VŠ	Mgr. student	remise	Ne	
9.	Ivan	39	SŠ	technolog výroby	relaps	Ano	
10.	Jiří	48	SOU	svářeč	relaps	Ano	

## **12. Etické problémy a způsob jejich řešení**

Potencionální účastníci výzkumu byli seznámeni s cíli výzkumu, a s metodami a postupy, které budou ve výzkumu používány. Byli informováni, že mohou kdykoliv od výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Dále byli ujisti o tom, že veškeré získané údaje budou anonymně zpracovány. Pro stvrzení těchto informací byl účastníky výzkumu i výzkumníkem podepsán informovaný souhlas s účastí ve výzkumu ve dvojím vyhotovení. Vzor informovaného souhlasu přikládáme v příloze č. 3.

Jména respondentů i jejich partnerů byla nahrazena pseudonymy, aby byla zachována anonymita účastníků. Zvukové nahrávky byly ihned po přepsání do elektronické podoby vymazány. Tyto elektronická data jsou uchovány v počítači pod pseudonymy účastníků a zabezpečeny heslem, ke kterému má přístup pouze výzkumník. Data v psané podobě jsou uzamčena; po ukončení výzkumu dojde k jejich skartování. Elektronická data budou převedena na datový nosič a chráněna heslem.

## **13. Průběh výzkumu**

Potencionální účastníky výzkumu jsme oslovili prostřednictvím e-mailu nebo telefonu s cílem ověřit, zda splňují kritéria výzkumu, a domluvili místo a čas schůzky rozhovoru, vyhovující pro obě strany.

Jelikož bylo nutné minimalizovat ovlivnění respondentů zkušenostmi s AE, které sama výzkumnice získala prostřednictvím tohoto onemocnění, bylo nutné ještě před realizací rozhovorů provést autoreflexi, tedy všechny své zkušenosti ohledně AE, jakož i názory a předsudky, které se jej týkaly, vypsát, a uvědomit si své pocity a názory, porozumět jim, odložit je stranou a oddělit je tak od procesu objektivního dotazování a popisu během výzkumu.

Před realizací výzkumu byly výzkumníkem zvoleny hlavní otázky, které korespondovaly s výzkumnými, za účelem získání relevantních informací; byly tedy zaměřeny na následující oblasti: a) zkušenosti s atopickým ekzémem, b) strategie zvládnutí AE, c) představa o faktorech, které manifestaci AE ovlivňují, d) ochota/neochota respondentů k návštěvě

psychologa a důvod tohoto smýšlení. Respondentům byly dále kladeny otázky doplňující, zaměřeny na okruhy: s cílem získat ucelenější a bohatší popis zkoumaného jevu (v příloze č. 5).

Pro partnery osob s AE byly připraveny pouze základní otázky s cílem zjistit jejich náhled na onemocnění jejich partnerek. Důvodem pro zařazení těchto partnerů do výzkumu bylo pokusit se zmapovat, jak partneři hodnotí tento symptom z hlediska role v životě partnerek, jakými strategiemi zvládání jejich partnerky disponují, jakou mají oni sami představu o faktorech, které manifestaci AE ovlivňují a zda jejich partnerky přemýšlely či nepřemýšlely o návštěvě psychologa a z jakého důvodu takto smýšlely. Pokud oba partneři souhlasili, následoval jejich společný rozhovor, který byl opět zaměřen na oblast výzkumných otázek ve smyslu shrnutí dosavadních informací, s cílem zjistit nové informace o zkoumaném jevu a případné rozdíly či shody ve výpovědích. Byla pozorována interakce mezi partnery; sledováno, „jak se o tom doma mluví“ a zdali se o tom vůbec mluví.

Rozhovory byly uskutečněny v Severomoravském, Olomouckém a Jihomoravském kraji, a to buď přímo v místě bydliště respondentů, v kavárně nebo prostoru univerzity. Kritériem výběru místa setkání byl pocit pohodlí, klidu a soukromí za účelem maximálního otevření se a sdílení participantů. Ještě před samotnými rozhovory byl potencionálními účastníky výzkumu vyplněn záznamový arch o jejich věku, stavu, stupni vzdělání a stavu onemocnění (viz příloha č. 4), a podepsán informovaný souhlas (viz příloha č. 3). První rozhovor proběhl 10. října 2015 a poslední 22. února 2016. Zvukový záznam rozhovorů trval u osob s AE 22 až 53 minut, u partnerů osob a závěrečných rozhovorů se pohyboval max. kolem 15 minut. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány. Jména osob byla nahrazena pseudonymy a přepisy rozhovorů byly několikrát přečteny.

## 14. Analýza dat

Proces analýzy dat byl proveden podle již zmíněné koncepce zakotvené teorie (Strauss & Corbinová, 2006), kde jsme na základě otevřeného kódování označovali pojmy, které jsme sdružovali a třídili do jednotlivých kategorií a subkategorií. Nejprve jsme se zaměřili na vyhledávání pojmů bezprostředně souvisejících s výzkumnými otázkami a následně jsme určili další kategorie a subkategorie, které byly nalezeny v kontextu zkoumaného jevu. V průběhu axiálního a selektivního kódování jsme pak stanovili centrální a pomocnou kategorii a kategorie a subkategorie byly v průběhu na základě kontextu uvedeny do vzájemných vztahů dle paradigmatu zakotvené teorie, které zahrnuje: příčinné podmínky, jev, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky (Strauss & Corbinová, 1999).

První část analýzy je zaměřena na vyhodnocení dat z rozhovorů s osobami s AE, následující podkapitoly mají název Kategorie, Strategie zvládnání, Psychologická pomoc, Role AE a Intervenující podmínky. Následuje uvedení kategorií do vzájemných vztahů dle paradigmatu zakotvené teorie v kapitole 14.6. Další kapitolu tvoří analýza dat ze společných rozhovorů. Využitelnost poznatků v psychoterapeutické praxi bude projednána v kapitole Diskuze.

### 14.1 Kategorie

Na základě pojmenování jednoho z účastníků výzkumu byly určeny dvě hlavní kategorie faktorů, ovlivňujících výskyt AE, a to kategorie **Hardware** a **Software**. Subkategorie Hardware zahrnuje všechny faktory, které respondenti vypožorovali, ovlivňující AE z vnějšího prostředí a obsahují také tělesné faktory, zatímco software zahrnuje faktory psychického rázu. Protože se k faktorům ovlivňujícím výskyt AE se vyjadřovali také partneři osob s AE – jejich úryvky výpovědí jsou zde rovněž zahrnuty.

#### Kategorie **Hardware**

Jako velmi častý faktor ovlivňujícím výskyt AE byl účastníky výzkumu udáván vliv vnějšího prostředí, který se týkal zejména **změny počasí**, a to buď:

a) v rámci **změn ročních období**: „... takže on se z toho pomalinku, ale jistě stává celoroční boj, jo, ale rozhodně je to horší během toho půlroku, kdy je teplo, léto...“ (Alena). „V létě

se mi to udělalo strašně, jak byly tropické vedra...“ (Dita). „Je to jak na houpačce...podle toho, jestli je léto nebo zima“ (Helena).

b)nebo v souvislosti s **alergií**: „Začal jsem pravidelně v květnu a červenci mít problémy s alergií a současně s tím se mi zhoršoval ekzém na rukách...“ (Ivan). „Lékaři říkají, že je to alergický, že to souvisí s alergickou, s pylovou sezónou, takže vlastně je fakt, že to vždycky začne březem, dubem a s příchodem podzimu to jako ustoupí...“ (Alena).

Jako rozporuplný se ukázal vliv pobytu u **moře**, kdy docházelo buď k významnému zhoršení či zlepšení: „Tak jsme to léčili, ty kortikoidy na tohle nezabíraly, pak jsme k tomu moři odjeli, u toho moře se člověk tak nějak opálil, docela to bylo jako lepší, vrátila jsem se domů a já jsem 14 dnů od příjezdu domů od moře byla na pohotovosti, protože jsem byla slitá úplně od hlavy až k patě. To bylo snad nejhorší, co jsem kdy prostě...“ (Alena). „Tam se to rapidně zlepšilo...za týden prostě neskutečná změna“ (Martin). „Jak jsme byli v Egyptě – super, tam jí to pomáhá...ale jednou, jak jsme byli v Chorvatsku, tak se jí to tak zhoršilo...“ (Karel). Respondenti uváděli jako pravděpodobnou příčinu této diskrepance zaléčení kortikoidy ještě před výjezdem k moři, tzn., zda kůže byla při pobytu u moře narušená nebo ne: „...ale je pravda, že jak jsme tam jeli, neměla jsem to jakoby v té akutní fázi, tam v tom Chorvatsku jo. Takže záleží možná, že ta kůže nebyla narušená.“ (Františka). „V červnu jsem byla na kožním pro kortikoidy, paní doktorka říkala, že nemůžu s rozjetým, a to jsem to měla jen na rukách červený, že s tím nemůžu k moři, že by mě to hrozně štípalo, že to musíme zahojit. Zaléčit“ (Alena).

Probandi také jako významný faktor způsobující zhoršení AE uváděli alergie na různé **potraviny**: „... no a ta potravinová alergie, to teda od mala si dávám pozor na potraviny, na které vím, že jsem alergická... Mám citrusové plody, rajčata, kyselé věci obecně, jakoby okurky, zelí a takhle, čokoláda, alkohol...“ (Františka). „Posledních pár měsíců jsem zjistila, že mi to ovlivňuje laktóza a mléčné výrobky“ (Beáta).

Dalším faktorem spouštějícím AE se ukázala být alergie na **zvířata**: „Měla jsem to i kdysi, když jsem měla morče. Nemůžu mít psa, kočku, křečka, papouška, nic.“ (Dita). „Psy můžu hladit jen v rukavicích...“ (Cecilie). „Když jsem třeba malá jela na koni a měla jsem kraťasy, to jsem se osypala hodně...“ (Helena). „...králíky jsme měli, když jsem na ně sahala, začaly mě hrozně svědit ruce“ (Cecilie).

Zhoršení stavu AE si účastníci výzkumu také všimli při práci s **čisticími prostředky**, v kontaktu s **chemií, prachem a zhoršeným ovzduším a nevhodným oblečením**: „...sama mám zkušenost, že psi, když se zhorší ovzduší, je tam nějaká chemie nebo prach, prostě špatné rozptylové podmínky, co si obleču, jestli je to čistá bavlna...“ (Cecílie). „Voda, nějaké přípravky na mytí. Jar šmejd. Musím kupovat kvalitní a drahé jary. Prášek na praní“ (Dita). „Totéž občas po vyprání oblečení, asi když to není dobře vymáchané“ (Eva).

Pět žen uvádělo změnu výskytu AE v rámci **hormonálních vlivů**, a to buď v souvislosti:

- a) s menstruací: „Většinou mi to naskakuje před a po našich dnech“ (Dita). „Na tu menopauzu se těším, mám to většinou před tou menstruací a těch 10 dnů se to opravdu začíná zhoršovat a potom je jedno, co jím...kolem té menstruace nic nepomůže“ (Cecílie).
- b) s těhotenstvím, kde měly dvě ženy výrazně odlišné zkušenosti: „Když je člověk těhotnej, tak nemá vůbec ekzém, nebo aspoň já mám tu zkušenost, a mám ju dvakrát po sobě... je to zajímavý, nikdo mi to nevysvětlil, ale v těhotenství to mizí“ (Alena). „...a potom se mi to šíleně vyrazilo v těhotenství, a to jsem pak měla tři nebo čtyři roky úplně...“ (Františka).
- c) s porodem, u kterého obě ženy uvádí negativní zkušenost: „...začalo se mi to objevovat a tím porodem, vlastně tím těhotenstvím, se mi to spustilo úplně po celém těle...po porodu. Takže jako dělím to na tu dobu před a po, protože po tom porodu to bylo něco strašného.“ (Františka). „...rok po tom porodu té první jsem poprvé skončila na kortikoidech...u té druhé...tak to už jsem v porodnici zjistila, že mě strašně svědí kůže...“ (Alena).
- d) s nástupem puberty: „začalo to v době puberty s tou menstruací...“ (Cecílie). „... spíš nelehká puberta... v těch jedenácti to tak nějak začalo a ve 14, 15 to byla úplná katastrofa...“ (Helena).

Jedna účastnice výzkumu uvedla, že dle jejího názoru se na vzniku AE podílí **imunita**: „Ekzém patří do autoimunitních onemocnění, ale mám dále alergii i cukrovku, což je obojí autoimunitní, tak myslím, že imunita v tom hraje roli“ (Beáta).

**Genetickou zátěž** jako možný faktor uvedlo pět respondentů: „Ona (maminka) tím trpěla taky, ale uvědomila si to až později. Takže je možné, že je to nějakým způsobem i genetický.“ (Eva). „I mamka to měla a hodně se jí to objevovalo v době těhotenství, to se jí to zhoršovalo. Taťka je alergik, tak to mám i slušné dispozice od rodičů“ (Beáta). „Moje matka myslím trpí na ekzémy, na různé druhy“ (Ivan). „Víte, to je zvláštní, rodiče to neměli, ale babička kdysi říkala, že má kontaktní ekzém. ...mám tři sestry a dvě z nás mají atopický ekzém... Musí tam

být nějaká genetická zátěž, protože to má i můj bratranec“ (Gabriela). „...Má to taťka i babička. Taťka a mamka jsou alergici a sestra to má výjimečně, ale jim to často mizí. Nejvíce to mám já a babička.“ (Helena).

### Kategorie **Software**

Z faktorů psychické povahy ovlivňujících výskyt AE, kterých si účastníci výzkumu všimli, nejčastěji uváděli **stres**. Stres má však pro každého jedince jiný význam a vzniká z různých příčin, a proto i účastníci výzkumu udávali jeho odlišný zdroj. U obou respondentů, mužů, se jednalo zejména o stres z **pracovního přetížení**: „Myslím, že na to má vliv práce. Jako práce mě baví, ale je toho moc, je toho fakt moc. Pracuju na směny dlouho v kuse“ (Jiří). „Je pravda, že jsem vyzoroval na sobě, že když jsem pod velkým tlakem a stresem, tak se mi to zhorší. V práci mám stres pořád“ (Ivan). Jedna účastnice výzkumu jako jednu z hlavních příčin stresu uvedla **nejistotu** udržení pracovního poměru: „... a vlastně jsme skoro pořád mluvily hlavně o zaměstnání, jo, o tom, jak je to v práci, já pracuju na dobu určitou, neustále nevím, kdy bude prodloužená znovu ta smlouva...“ (Alena). Další respondentka vidí hlavní příčinu stresu v **manželství**: „Nedělala jsem ze začátku nic, myslím, že to způsobil stres z manželství, potom, co se dělo. Nejhorší to bylo v manželství, nebo spíš po rozvodu“ (Gabriela). Participantky rovněž uváděly jako stresující faktor **zkouškové období**: „...tu dobu, když jsem chodila do školy a měla jsem doma děti...a takový ten stres před těma zkouškami jo, takže to bylo jako takový šestitýdenní trvajících nervy u zkouškového období“ (Alena). „To bylo taky v době zkouškového, myslím, že to byl leden...“ (Eva).

Častým stresovým faktorem se ukázal být **kolotoč** všedního života, spojený se staráním o domácnost a blízké osoby: „...no teďka v poslední době toho bylo nejvíce, že manžel se zajímá o fitness, jako o kulturistiku, a takhle, ale je to takový kolotoč prostě, ráno vstanu brzo, chystat jídla, práce, škola, dítě...teď honem jídlo navařit, a krabičky...večer a todle a todle... každý den to tak jelo prostě... a furt to prostě nemá konce“ (Františka). „Běžné stresy. Nestíháte, máte sto chutí se na to...“ (Dita). „Jezdím se starat o dědečka a babičku, kterým je 86 a 87, takže toho mám hodně na hrbu...Mám v péči tři dospělé děti a dvě malé... Myslím, že jsme sendvičová generace, kdy nám ještě děti neodrostly, máme štěstí, že máme rodiče a prarodiče... Mám je ráda, tak to pro ně udělám, ale zase nemám čas žít, jen se starám. Jsem v permanentním stresu, už to trvá pár let a já neumím vypnout“ (Cecílie).

Dvě respondentky si všimly, že příčinou výskytu AE by mohla být **opožděná reakce na stres**: „protože to je moment, že ze mě opadne největší stres a jsem konečně zase v takovém klidu, tak se projeví tohle. Předtím stres a nával...a já v pohodě zvládám a pak je klid a prásk...“ (Eva). „...a i ten stres asi, teď jsme mluvily o tom, jestli vnitřní nebo jakoby ten, který já ventiluju...ale nevím, jak na to rychle reaguje ta kůže...“ (Františka).

Dalším faktorem, který by mohl ovlivnit výskyt AE, se ukázala být **emoční zátěž** respondentů, která měla původ buď:

a) v traumatickém zážitku či zkušenosti z minulosti: „...Jo, to bych se musela vyvarovat sexu. Mám partnera a zjistila jsem, že když dochází k fyzickému kontaktu, tak ten ekzém je horší...Byla jsem znásilněná. Nevím, jestli je to spojené s tím...“ (Cecílie). Jedna respondentka na otázku, co všechno ovlivňovalo výskyt ekzému, odpověděla: „No psychika...bylo tam zneužívání nějaké... to byla první vlastně věc...“ (Helena).

b) ve zklamání: „...místo toho, abych to řešila s rodinou, tak jsem to řešila s přáteli. Jenže prostě ve chvíli, kdy jsem zjistila, že prostě přátelé nejsou takoví, jací jsem si myslela, že jsou, tak najednou jsem se octla úplně sama, a v tu chvíli prostě přišel ten zlom, a já jsem se úplně vnitřně zhroutila, a propadla jsem se sama do sebe...takže v tu chvíli prostě tělo udělalo: Aha, ty máš nějaký stres, tak prostě ti to projeví, ty s tím musíš pracovat. Takže prostě mi vyrašil ekzém...“ (Helena).

c) ve ztrátě emoční podpory: „...připadala jsem si sama a pak to propuklo. Dokud jsem měla nějakou podporu, tak to bylo v pohodě...pokud tam není podpora emoční, tak to nemusí zmizet.“ (Helena).

d) ve vlivu nepříznivých okolností: „...to byl rok, kdy jsem se rozešla po šesti letech známosti s přítelem, zemřel dědeček, zemřela babička, stalo se hodně takových změn výraznejch, takže mě už třeba napadalo v poslední době, že asi se to nějak spustilo, s otcem jsem třeba měla problémy a on v tom roce zrovna ještě jako odešel...“ (Alena).

e) v rodinném prostředí: „takže je možné, že je to nějakým způsobem i genetický. Na druhou stranu řekněme, že rodinné prostředí, ve kterém jsem vyrůstala, nebylo ideální“ (Eva). „Pak přišly i jiné nemoci, proto si myslím, že tam stres a to dětství hrálo roli...Někdy se to může somatizovat do onemocnění třeba autoimunitních jako je ekzém, alergie“ (Beáta).



Dvě respondentky uvedly jako možnou přitěžující okolnost k výskytu AE **úzkostnost**: „...je fakt, že mám v sobě pořád takovou úzkost z něčeho...“ (Alena). „Když je člověk třeba nervózní nebo úzkostnější, to mohlo určitě ovlivnit, že se člověk asi více škrábe, takže ten ekzém vyleze nahoru“ (Beáta).

**Předjímání** ve smyslu očekávání výskytu ekzému bylo respondenty zvažováno také jako negativní možný faktor přispívající ke vzniku AE: „že to taky není úplně normální, abych si to takhle zafixovala v té hlavě, takže to už samo o sobě by byl asi příznak...že už je docela možný, že už si to vyvolávám, že prostě přijde březem a já už přemýšlím, že by se to mělo vobjevit no...“ (Alena). „Ona si to sama přivolává...ona si to přivozuje částečně i sama, když na to třeba myslí člověk, že to má, já si myslím, že to může ovlivňovat ten ekzém...“ (Karel).

**Klid** byl popisován respondenty jako pozitivní faktor: „... v období klidu můžu všechno, a někdy nemůžu nic a člověk má strach vypít obyčejnou vodu, že se osype...“ (Cecílie). „pak jsem teda po té střední škole byla normálně v práci, tam to bylo v pohodě, v klidu, ekzém jsem neměla prakticky...“ (Františka). „...Zatím jen to, že když jsem v klidu, tak je to lepší, po určité době to úplně zmizí.“ (Ivan). „S druhým manželem jsem se dala do klidu a úplně se mi to ztratilo...Neřeším už hlouposti, dokážu se s věcmi vyrovnat. Jsem nad věci.“ (Gabriela). Jedna participantka však uvedla, že se jí často stává, že když se dostane do klidového stavu, AE se jí objeví. Dává to ale do souvislosti s opožděnou reakcí na stres (viz výše – Eva).

Účastníci výzkumu dále uvedli, že si myslí, že AE nespouští vždy jen jeden faktor, ale více faktorů souběžně: „Potom časem jsem si to dala dohromady a nikdo to není jen o stresu, ale o stravě, ale musí tam být nějaká genetická zátěž...“ (Gabriela). „... mám pocit, že člověk reaguje na všechno v různých kombinacích...“ (Cecílie). „Je možné, že faktory jsou předtím, ale naskočí to až s počasím...“ (Eva). „Myslím si, že v těle vše funguje celostně.“ (Beáta).

Z analýzy dat dále vyplynulo, že pokud byly pozitivní faktory účastníky skutečně zaznamenány a odhaleny, mohly být následně využity jako strategie zvládnání AE; odhaleným negativním faktorům se respondenti naopak snažili vyhnout nebo jim předcházet.

## 14.2 Strategie

Na základě seskupení pojmů do vyšších abstraktních celků byly vymezeny následující kategorie: *Nežádoucí strategie*, *Neověřené strategie*, *Potlačování*, *Účinné strategie*, *Předsevzetí*, *Přání*.

### *Nežádoucí strategie*

Nežádoucí strategií je dle respondentů **škrábání**. Nedá se zcela říci, že je neúčinné, protože na krátkou dobu skutečně svědění ekzému zmírní, ale způsobí poškození kůže a ekzém se pak hůře hojí. Ovládání škrábání je obtížně ovlivnitelné, někdy zcela nemožné: „...říkala, že se nemám drápat, ale to nejde ovlivnit...Ráno jsem se vzbudila a byla jsem poškrábaná.“ (Beáta). „Někdy to rozdrápu úplně do krve. Někdy se stane, že to rozškrábu natolik, že kůži seškrábnu a ona musí znovu narůst, tak to zmizí. Ale většinou to zůstane a je to ještě horší.“ (Ivan). „Pořád se škrábu, nejde se neškrábat...Na chvíli to pomáhá, ale pak se to ještě zhorší...“ (Jiří).

### *Potlačování*

Potlačování projevů AE je strategie krátkodobá. To se děje dle participantů prostřednictvím **kortikoidů**, **antibiotik** nebo **přípravků měnících imunitní systém** - buď venkovní péčí o kůži – mastmi, nebo vnitřním podáním – farmaky. Strategie je krátkodobě účinná, nemoc se ale znovu vrací: „Byl jsem několikrát na kožní, tam mi dala vždy to samé – Triamcinolon, kortikoidy. To se vždycky rychle vyléčilo, ale stejně rychle se to vrátilo.“ (Ivan). „...ale není na to bohužel lék kromě kortikoidů, jenže ony ty kortikoidy zabírají jenom na chvíli“ (Alena). „A pak samozřejmě nějaké ty antibiotika, kortikoidy a takhle, ale to je jenom zase, že to vtlačí dovnitř...“ (Františka). „... a navíc ten Protopic udělal tu práci za mě, nevyléčil to sice, ale potlačil...“ (Helena). Potlačování projevů AE má ale dle respondentů význam v akutní fázi AE: „...tohle mě dohnalo na kožní a tam mi dali kortikoidy, které to aspoň trochu zklidnily...“, „Nebo mít u sebe zásobu kortikoidů a je mi jedno, co to dělá se vším ostatním, protože to je nejrychlejší řešení...“ (Eva). „...já vždycky skončím na těch kortikoidech. Když se mi to tak rozjede“ (Alena). „...použiju, i když vím, že je to špatně, kortikoidy, nic jiného na to nezabírá“ (Ivan). „nejhorší bylo, že pomáhaly jen kortikoidy v akutních stavech. Já to tak nechtěla řešit, ale tak to bylo hrozné...svědění.“ (Gabriela).

### **Neověřené strategie**

Tyto strategie za určitých okolností fungovat mohly, ale bylo obtížné identifikovat jejich účinnost z důvodu dalších intervenujících vlivů nebo nežádoucích účinků, nebo o nich respondenti zatím jen uvažovali. Jednalo se zejména o využití alternativní léčby, jako je **fototerapie**: „...až pak jsem se dozvěděla, že tahle ta druhá kožní má tenhle ten přístroj alespoň, takže ta už jednou zkoušela tu fototerapii, ale to je třeba zase čtyři roky dozadu, a v té době jsem to neměla zase ještě tak hrozný jako teď. Takže já nevím, jestli to pomáhalo, nebo jenom prostě jsem byla v té době ještě na mateřské, nechodila jsem do práce, jo, a teďka budu tu fototerapii vlastně zkoušet znova...“ (Alena); a **homeopatie**: „...homeopatie, bylinky, to bylo v dětství... dostala jsem nějakou směs bylin šílených, tím, že bych si měla vyčistit organismus... No ta první fáze byla, že se mi to vyrazilo úplně všude, začalo mi to mokvat na krku, na rukách, všude možně, kdy už jsme byli ve fázi, kdy už jsem si ani vlasy neumyla, tak jsem brečela nad vanou, ať mi mamka umyje hlavu, a prostě jsem řekla dost, že prostě tohle ne. No protože jsme nevěděli vlastně, jak dlouho to bude trvat...“ (Františka). Homeopatie měla ale na výskyt AE u jedné respondentky pozitivní vliv (viz dále). Co se týká **antihistaminik**, někteří respondenti si nebyli jistí, zda tyto léky na ekzém zabírají: „Zkoušela jsem to, jestli párkrát Xyzal na ten ekzém, nevšimla jsem si, že by se to nějak výrazně zlepšilo. Tak jsem to vypustila.“ (Eva).

### **Účinné strategie**

Účinné strategie jsou ty, které dokážou AE dlouhodobě výrazně omezit, zastavit nebo v rámci prevence jej ani nenechat rozvinout. **Prevence** se ukázala jako velmi účinná strategie, důležité u ní bylo však vystihnout, kdy ji aplikovat. Co se týká:

a) vnějších vlivů, respondentka uvedla: „myslím, že mám strategii, jak to nějak zvládat, jednak na zimu pozor, jakmile smrkám a je mi zima, okamžitě mazat, to je po ruce jelení lůj...mažu obličej i placentou...Pak je potřeba vychytat oblečení a nechat to větrat. Nedráždit to mechanicky, nechat to volně a moc do toho nešťourat“ (Eva). „Nějaké péče venkovní, jako je koupání v čaji, v olivovém oleji se mazat, různé jiné éterické oleje. Všechno možné. Aloe. Bylo toho docela dost“ (Helena)

b) psychických vlivů: „Mám ráda určité štosování věcí, ale jsou momenty, kdy se to přetáhne, a já začínám nezvládat. Víím, že je toho hodně i na mě. Tomu se snažím vyhýbat. Zastavit to dřív, než to přijde.“, „Co jsem se naučila je, se zklidňovat...nenechat se úplně dohnat do fáze, kdy je toho na mě hodně...snažit se sama sebe držet v klidu tak, abych se

nevyprovokovala až moc...“ (Eva). Probandka ale dodává, že musí zachovat určitou míru: „...zase určitou míru toho nabuzení potřebuju, abych něco udělala.“

Jedna účastnice výzkumu hodnotí jako účinnou strategii určitou **zanepřázdněnost**: „...zajímavé je, že čím větší jsem workoholik, tím lépe to na mě působí, jako že nemám čas si myslet na ekzém nebo na takové věci...Takže čím víc té práce mám, tím lépe na tom jsem...“ (Helena).

**Změna stravování** patřila k dalším strategiím respondentů a dle nich byla účinná. Tato strategie však mohla být využívána účinně jen tehdy, pokud mezi potravinami poznali skutečný spouštěč: „No nejvíc mi asi pomohlo, když se mi začalo dělat špatně z masa, že začalo být na mě příliš těžké, abych ho jedla, takže jsem přestala jíst maso, to byl jako první krok, kdy jsem zjistila, že jíst třeba jenom zeleninu mi pomáhá...“ (Helena). „Posledních pár měsíců jsem zjistila, že mi to hodně ovlivňuje laktóza a mléčné výrobky. Když jsem je vysadila, tak se i rapidně zlepšilo hodně zdravotních věcí a právě se i zmírnil ekzém.“ (Beáta)

Jedna respondentka uvedla jako účinnou strategii: „**Kombinace půstu a mastičky**. Při půstu se tělo čistí a vše jde ven. Ekzém se rapidně zhorší, tak si to namažu, aby to nebylo výrazné, zase se to zatlačí zpátky, ale po půstu jo. Pokud je půst dlouhodobý tak mastičky, ale po týdnů v klidu a v pohodě.“ (Cecílie). Této respondentce dále pomohla: „**Homeopatie, bylinky, koupel v ovesných vločkách** – to mi dělá dobře.“

Dalšími účinnými strategiemi se ukázala být **hospitalizace**: „Hospitalizace pomohla. Možná, že i to, že je to jiné prostředí, člověk tam prostě vypne, vypadne z toho, anebo je fakt to, že dostanu prostě léky, masti, klidový režim...“ (Františka). Ke zlepšení AE došlo i vlivem **detoxikace**: „Snažila jsem se to pročišťovat občas nějakou lehčí detoxikací, ekzém se zmírnil“ (Beáta).

Jako prospěšné se ukázalo **vyhledávání informací** o AE: „Hodně mi pomohlo, co jsem si o ekzému vyhledala na internetu. Napadlo mě, že když tělo potřebuje kortikoidy ke zlepšení ekzému, tak má asi nedostatek...Našla jsem, že co se kortizolu týče, tak souvisí se správnou funkcí nadledvinek hlavně ve stresovém období. Četla jsem o tom různé články na internetu. Hledala jsem i něco obecně o tom, které orgány u člověka ovlivňují stav kůže.“

*V nadledvinkách se totiž tvoří kortizol a při velké psychické zátěži může dojít ke špatné práci nadledvinek. Tak jsem si našla, jak to napravit...jak je pročistit fyzicky a pak na sobě pracovat i po psychické stránce“ (Helena).*

Další poměrně účinnou strategií se ukázalo nevšímání si projevů AE ve smyslu **přijetí** této situace: „...snažit se nevšímat si toho. Prostě brát to tak, že když už to tu je tak to přijmout. Nějak se tím nezabývat, kromě toho, že se snažit nějak ochránit, nedráždit to ještě předtím a prevence“ (Eva). „...řekl bych, že tomu hodně nechává volný průběh. Nesnaží se to ničím mazat a nechává to samovolně zahojit“ (Lukáš). „Člověk to musí přijmout a říct ano jsem nemocná, potřebuji léky a budu fungovat. Je tolik nemocných lidí. Třeba sousedka má leukemii, bude muset na transplantaci kosti a zuby se jí budou dělat. Myslím, že mám úžasný život, jsem v pohodě“ (Cecílie).

Jedna respondentka uvádí jako možnou strategii, kterou objevila, **projevování emocí**: „Jsem člověk, který je od určité doby dává najevo. Tím se to možná i zlepšilo. Nedělá mi problém plakat“ (Gabriela).

**Změna** se ukázala jako účinná strategie u jedné z participantek, a to jak změna v prosazování sebe sama, tak změna okruhu přátel: „Taky jsem si začala více prosazovat tu svou, že jsem si prostě řekla: Ne, teďka mě prostě baví tohle, tak já prostě za tím jdu...takže jsem prostě změnila okruh přátel, změnila jsem místa, kde jsem byla, začala jsem více jezdit do Brna, mezi lidi, kteří opravdu začali už být mí blízcí lidé, že to prostě nebylo tak, že se na tebe zvyška vykašlou... Tatka chtěl, abych pokračovala v závodění a já nechtěla, chtěla jsem dělat aikido a tatka jako, že je to škoda a já ne, já to chci. Tak se mi ulevilo, že jsem to mohla dělat a mohla jsem být drzejší“ (Helena).

Na AE mělo také pozitivní vliv **sdílení**: „...ale fakt prostě to byli hodně dobří lidé, a pořád je mám ve svém životě...takže jako nemluvila jsem s nimi o svých problémech, ale spíš jsem mluvila o těch společných zájmech, což právě se mi na tom líbilo.“, „Hodně problémů jsem si nosila sebou. Skončila jsem v nemocnici s otravou alkoholem. Zkušenost to byla výborná, konečně mě to donutilo otevřít se rodině. Všechny ty věci, co se mi stávaly, jsem ze sebe vyklopila. Řekla jsem to mamce, napsala jsem to na papír.“ (Helena); a **práce na sobě**: „...spíš jsem od určité doby, asi tak 10 let jsem změnila spoustu věcí, tím, že jsem začala na sobě pracovat. Po duchovní stránce, splnila jsem si některé sny. Udělala jsem si kurz

*psychologie, hodně mě to zajímá. Začala jsem na sobě pracovat a myslím, že i to hodně ovlivnilo, že se mi to nevrací.“ (Gabriela). „Konečně si i vnitřně řeším problémy z minulosti a odpoutávám se od nich, jakoby tu nebyly.“ (Helena).*

### ***Předsevzetí***

Respondenti si dávali také některá předsevzetí, týkající se zlepšení stavu AE, což poukazuje na silnou motivaci průběh onemocnění změnit. Např. předsevzetím jedné respondentky bylo: *„vychytat někdy ty kritické momenty, kdy vím, že to přichází, což můžu mít takové předsevzetí do dalšího léta, protože to evidentně nebyla ojedinělá událost, když to bylo dvě léta po sobě. Můžu to zkusit.“ (Eva). Další participantka uvedla: „Jo, teď to stále beru, ale chci se toho zbavit...“ (Helena).*

### ***Přání***

Kategorie Přání je zvláštní kategorií, protože obsahuje všechny nesplněné a nevykonané, avšak zároveň také potencionálně možné strategie, a pro respondenty je velmi důležitá, neboť jim dává naději a směr do dalšího života. Častá přání probandů se v souvislosti s AE týkala dosažení vnitřního klidu: *„Chtěl bych se dostat do většího klidu a myslím, že by to byl přínos pro tuto nemoc, nebo jak to nazvat...“ (Ivan). „...mít toho trochu méně“ (Cecílie). „No to bych si přála...abych byla zdravá, že za deset let už ekzém mít nebudu, že to zvládnou a že von zmizí, že se něco stane, pořád si říkám, něco se stane, já na to jenom musím přijít, co a kde to je, já to najdu, a až to najdu, nebo třeba i ten klid vlastní nebo něco takového jo...“ (Alena). „Jo, určitě to chce ten vnitřní klid“ (Karel).*

## **14.3 Psychologická pomoc**

Během rozhovorů bylo u respondentů zjišťováno, zda uvažovali o návštěvě psychologa a pokud ano, zda tomu tak bylo v souvislosti s AE.

Tři respondenti (Beáta, Ivan, Jíří) se vyjádřili, že o návštěvě psychologa neuvažovali a ani v jiném kontextu než s AE; v souvislosti s ekzémem jedna respondentka (Alena) psychologické pomoci využila. Dvě účastnice výzkumu (Františka, Eva) v souvislosti s AE tuto možnost zvažovaly, tři respondentky (Cecílie, Gabriela, Helena) služeb psychologa využily, ale ne v kontextu s ekzémem. Jedna participantka (Dita) dochází k psychiatrovi, ale její návštěvy se rovněž netýkají AE.

Ukázalo se, že důležitým faktorem pro návštěvu psychologa nebo zvažování této možnosti hraje *role AE*. A to jednak:

a) v souvislosti s *dlouhodobým zatížením AE*:

*“Jo, teď v srpnu jsem o tom začala uvažovat velice vážně, když jsem seděla na kožním, a skoro se už slzama v očích jsem jí vykládala, že už na to nemám nervy“ (Alena);*

b) nebo v kontextu s *akutní fází AE*:

*„Jo, uvažovala několikrát...I dřív...ale to jsem měla ...spíš možná to jsme měli takové to po tom porodu, že fakt toho bylo i moc, i ten ekzém...i mě to obtěžovalo, že fakt jako že neto...A pak až teďka, tak rok zpátky nebo teď, jak se mi to vždycky vyhodí tak nějak akutně, tak jako uvažujeme, jestli je to nahromaděný nějaký stres anebo jako čím to může být“ (Františka);*

c) nebo z hlediska *priority AE*, a to jak nízké:

*„Odcházela jsem s hodně podnětama, co bych chtěla, akorát jak to není akutně prioritní tak mám spoustu věcí, kterým dávám čas...Takže je to spíše moje lenost. Říkám si po krůčkách zkusím sama, ale nechtělo se mi asi čistě z časového hlediska, vyžaduje to další úsilí, jít do terapie. Ne, že bych to zavrhovala, ona asi bude fajn, já v tom určitou šanci vidím, jak si to srovnat a vůbec se psychosomatiky zbavit.“ (Eva);*

tak vysoké:

*„...a že nemít děcka, tak už fakt někdy nevím, že bych jako měla chuť si vzít nějaký léky a lehnout si, usnout a zaspat to a probudit se, ne jen tak si jako ublížit, ale prostě tady nebýt jako u toho a dostala jsem okamžitě (směje se) jako doporučení, takže je fakt, že jsem se objednala a už jsem tam i poprvé byla, takže toto je jako úplně nová věc teďka, kterou ještě nemůžu posoudit, protože jsem tam byla poprvé v září...“ (Alena).*

d) nebo z hlediska prosté potřeby *sdílení* ohledně AE:

*„Anebo možná tím, že fakt jako abych si šla v uvozovkách pokecat a neobtěžovala tím rodinu“ (Františka). „Povídání si s terapeutem by mohlo být fajn, nejen kvůli tomu, ale i všeobecně mi to nevadí si povídat, i mamčina kamarádka je psychoterapeutka a párkrát jsme spolu seděli, jen si to zkusit. Líbilo se mi to“ (Eva).*

Další faktorem ovlivňujícím rozhodnutí týkající se návštěvy psychologa bylo **uvědomění** si možné souvislosti výskytu AE a psychické příčiny:

*„V momentě, kdy jsem si připustila, že to bude psychosomatika, což bylo nejpозději kolem druhého slepého střevního záchvatu. Kdy to nemohlo být ani dietní chybou ani ničím, což jsem si u toho prvního myslela, ale ten druhý fakt nebyl, že bych se pláskala něčím ostatním, tak mi došlo, že to asi bude někde jinde. Asi to bude mít společného jmenovatele. Tak jasně i díky vzdělání mě napadlo, že by asi šlo si s někým minimálně promluvit o tom, co mě stresuje, na co kůže reaguje, nebo ne. Nějak se s tím pokusit pracovat a srovnat si to v sobě.“* (Eva). Pro jednu respondentku však zjištění možné souvislosti AE a psychické příčiny bylo značně nesnadné: *„a teprve až nedávno jsem si začala říkat, jestli to fakt jako nemá vliv na to, jestli ta psychika na to nemá až jako takovej vliv, se mi tomu úplně tak jako nechce uvěřit, protože jestli to tak je, tak je to hrozný, protože máš furt něco, furt něco, a že já jsem vlastně tak strašně neschopná to zpracovat, já si jako myslím na venek, že su schopná, že to zvládnu, ale ono to uvnitř to tělo prostě jako takhle nezpracuje a vyhodí to tím ekzémem, třeba jo, že mi to vlastně přijde jako hrozná slabost, když by to teda takhle měla jako ta psychika strašně ovlivnit“* (Alena). I když si tato respondentka nebyla jista, zda AE je dostatečný důvod k návštěvě: *„...a když jsem tam seděla, tak jsem nabyla dojmu, že tam vůbec nemám být, že takový prasečiny, jaký já jí tam vykládám..., že lidi jako mají větší problémy, víš...“*, chce v terapii pokračovat, a objednala se na další sezení.

Z důvodu AE tedy navštívila psychologa jen jedna participantka, ale protože sezení proběhlo jen jednou, nemohla tuto pomoc zhodnotit: *„takže toto je jako úplně nová věc teďka, kterou ještě nemůžu posoudit, protože jsem tam byla poprvé v září...“* (Alena).

Tři respondentky, které neuvažovaly o psychologické pomoci z důvodu AE, využily služeb psychologa z důvodů **životních těžkostí**: *„Skončila jsem v nemocnici s otravou alkoholem“* (Helena). *„Probírali jsme život, dětství, dospívání, děti. Prostě život... S psycholožkou jsem řešila patnáct let spoustu věcí s přestávkami. Ted' mám zase nějaký problém, tak ho budu řešit“* (Cecílie). *„Potom jsem byla podruhé, jak jsem řešila takovou krizi v druhém manželství, potřebovala jsem si něco ujasnit.“* (Gabriela).

Probandky, které využily psychologické pomoci, i když z jiného důvodu než kvůli onemocnění AE, hodnotily návštěvy psychologa kladně.



## 14.4 Role AE

Z rozhovorů s účastníky výzkumu vyplynulo, že to, jakou roli hraje AE v životě respondentů, má stěžejní význam pro jejich chování, jednání a užívání strategií zvládnání v rámci AE. Proto byla **Role AE** určena centrální kategorií. Ukázalo se, že pro tři respondenty hraje AE hlavní roli v jejich životě, zatímco pro ostatní má výskyt AE druhotný význam. Role AE byla z tohoto důvodu vymezena v dimenzi priorita - sekundárnost. Pro příklad uvádíme úryvky z rozhovorů respondentek, pro jednu, z nichž je role AE v jejím životě stěžejní, a pro druhou nikoliv:

a) Priorita: „...pro mě je furt jenom prostě ta kůže a kůže.....člověk je jako strašně zaujatej sám sebou, jako já naštěstí vůbec nemám nemocný děcka, asi abych měla čas si prohlížet jenom sama sebe, ale když se to ztratí, tak to je jako strašná úleva, a celkově jako ten ekzém způsobil to, že mě jako celkem nezajímá, jestli mám vrásky nebo ne, já na to absolutně nemám jako čas..na to už nemám prostor jo..jestli se mi někde už udělala nějaká vráska nebo neudělala jo prostě...“ (Alena).

b) Sekundárnost: „Ekzém jsem jako takový nikdy moc neřešila, je to druhotná věc. Mám i jiné problémy a tohle nebylo tak akutní, nějak to vyplynulo, že se to začalo zlepšovat. Nebyla to pro mě prioritní nemoc, kterou bych řešila“ (Beáta).

Role AE byla určována probandy na základě různých souvislostí, které byly označeny následujícími subkategoriemi: **Vlastnosti AE, Kontakt s lidmi, Sebehodnocení, Nadhled**

Z **Vlastností AE** se ukázaly být důležité tyto aspekty:

a) délka výskytu AE: „Ale před těmi deseti lety... nebo těch posledních deset let se to zhoršuje a zhoršuje...“ (Alena).

b) fyzické strádání spojené s AE: „Ta bolest. Člověk se vůbec nemůže hýbat. Je to strašné. Ležíš v posteli a bojíš se usnout. Víš, že když usneš, tak se budeš škrábat a neovlivníš to. Když se poškrábeš, tak se to špatně zahojí. No nevyspíš se. Je to katastrofa. Ta bolest je hrozná. Nemáš sílu nic dělat. Prostě zamčená ve svém těle“ (Helena).

c) lokalizace AE: „Říkáš si, já tam nemůžu jít ven. Vypadáš jak obluda. Odlupuje se ti obličej, kusy těly, hnus. Navíc ta kůže smrdí. To si pamatuju, jak to máš rozedřené, tak je to hmusný puch“ (Helena).

### **Kontakt s lidmi**

Hodnocení okolí se ukázalo být dalším důležitým činitelem k určení role AE. Jedna respondentka zhodnotila kontakt s lidmi při onemocnění ekzému jako velmi obtížný:

*„Kontakt s lidma. Vůbec jako jít mezi lidi. Nestáhnout se do sebe. Musíš i přesto, že se Ti nechce, tak vyhledat tu situaci, a jít do ní, protože jak do ní jednou nepůjdu, jak jednou nevyjdu z toho domu, nebo nějak, jak třeba jsem já nevím, příklad, rodičovské sdružení, jsem důvěrník třídy, takže musím na rodičovské sdružení. A před rodičovským sdružením musím navštívit tu schůzku těch důvěrníků, a pak musím celé třídě říct, co se na té schůzce řeklo, a je to v červnu a já mám celé... já mám na obličejích, kolem pusy a na rukách fleky a je hezky, takže jsem málo oblečená. A já prostě od rána vím, že prostě předstoupím před ty rodiče a oni si mě budou prohlížet, a já 10x ruku na počítači že jako na klávesnici, že na ten rodičák nemůžu... Ale nesmím, musím na ten rodičák jít, musím se před ně postavit, a dělat jako že to tam není, na té kůži - Já tam vůbec nic nevidím. Takže to je hrozně těžký... a takový to, jak pořád ty lidi přicházejí a říkají: ježíš marja, ty máš ekzém, ježíš a tobě se to teďka zase zhoršilo, a už jsi zkusila toto? A nesnáším větu: a už jsi zkusila toto? Protože to je... já už jsem zkusila ledasjaký věci, vždycky zabraly buď chvilku, nebo vůbec, takže toto. Ten kontakt s těma lidma. Jako prosím vás vůbec se na mě nedívejte nebo prosím vás se semnou o tom radši ani nebavte. Dělejte, jako že to tam není“ (Alena).*

I když respondenti uváděli reakce od okolí na AE jako nepříjemné, někteří probandi projevovali **Nadhled** nad situací:

*„...lidé se Vás straní. Nejsou to pěkné reakce, spíše negativní, že hnus, fuj to je hnus, je to nepříjemné... To je u nich bezprostřední reakce a potom si uvědomují, že o tom nic neví, tak se můžou cítit pohoršeni, jak vidí takového člověka je to prostě netypické a lidi s lupenkou to mají ještě horší ty reakce okolí. Já jsem na tom ještě dobře, někdy to ještě zamrzí, je to nepříjemné, ale lidi o tom nic neví a nejsou informovaní. A pokud někdo je neinformovaný tak se na něho nemůžu zlobit“ (Cecílie).*

*„Snažím se i ostatním předat, že se necítím o moc jiná, ale беру to tak, že teď je to moje součást, je to projev něčeho co se nahromadilo, půjde to zase pryč, jen se o to musím starat...akorát jo občas to bolí a mokvá, sorry, že na to musíte koukat, ale líp to neumím“ (Eva).*

*„Každý se na vás dívá, jako byste měla lepru nebo bůh ví co... Já už je nevnímám. Nic si z toho nedělám“ (Dita).*

*„Zase máte životní nadhled, zkušenosti, a pokud se s tím srovnáte, tak se s tím dá žít... Vezměte si, že se někdo narodí bez ruky a co naděláte. Máte to taky do konce života. A ten ekzém není nic tak hrozného myslím si, že se s tím dá žít“ (Cecílie).*

### ***Sebehodnocení***

Ukázalo se, že míra výskytu, lokalizace AE a kontakt s lidmi mohou mít určující vliv na sebehodnocení a tím i na sebevědomí respondenta. Čím byl u některých probandů výskyt AE na těle větší, tím ohroženější bylo probandovo sebepojetí. Kritickou událostí, která výrazně ohrozila sebevědomí, se ukázal výskyt ekzému na rukou a na obličeji:

*„...já mám třeba strašnej problém jenom vstát a odejít do práce jako když je to takhle rozjetý a právě proto když je to přes ten púľrok, kdy člověk chodí málo voblečenej, to je tak pitomej paradox, já kdybych to měla v zimě, tak je to nepříjemný ale vo púľku míň, protože já musím jít do práce, je krásný teplo, já bych chtěla mít jo...a celý léto já se dívám na ty svoje ruce, na kterých mám fleky, takže to spíš jako narušuje sebevědomí a ještě dělám v kanceláři, kam chodí lidi, a ověřuju jim podpisy a oni se pořád všichni dívají na ty ruce, já mám vždycky chuť napsat tam cedulku nebojte se, to nechytíte, to je jenom ekzém atopickéj...“, „a poslední dobou mi přijde, že vždycky jak už je nějaká potřeba, abych já někam šla a vypadala, tak vždycky vypadám hrozně. Kolikrát se stane, že děti řeknou: maminko, pojď s námi na velikonoční dílnu, budeme tam vyrábět a já se na to celej týden připravuju, a já už přemýšlím, pane Bože, pane Bože, jen abych neměla ekzém tolik, je to duben, takže mám trošku jako jenom, ať to není moc hrozný, nebo, ty ruce, ježíš marja, já tam zas budu vyrábět, zas mi budou všichni koukat na ruce, já na to nemám nervy už jako“ (Alena).*

*„To, co jsem měla po tom porodu, tak to jsem fakt nezažila, a taky už jsem skončila v nemocnici potom, měli jsme teda babičku, o kterou jsme doma pečovali, do toho dítě, do toho prostě všechno, takže jakoby z tohoto nemám pěkný zážitek, projevílo se to i v partnerském životě, kdy jsme prakticky...manžel si našel milenku, nebo partner, ještě jsme nebyli vzatí, takže to prostě bylo do toho, protože já jsem ho jakoby odmítala vzhledem k tomu, že jsem se neměla ráda jakoby sebe asi. Protože jsem se cítila jakoby ošklivá, škaredá prostě...k ničemu, když to tak vezmu....ale kolikrát jsem zkoušela třeba i dát si make up nebo něco, ale mně se kůže loupe, mám ji rudou, takže pak už vlastně nemám chuť prostě jako kdyby dělat ze sebe tu ženu, protože se tak prostě necítím“ (Františka).*

*“Měl jsem to na viditelných místech převážně na rukou a krku, což je vidět. Sem tam se někdo zarazí, co to je. Je to nepříjemné, zvlášť před ženskou. Reakce okolí jsou různé. Někdo si všimne, podívá se. Někdo se zeptá. Je mi to trapné a stydím se za to. Když jsem to tak někde měl, snažil jsem se to zakrývat“ (Ivan).*

## 14.5 Intervenující podmínky

U probandů se však kromě role AE vyskytovaly podmínky, které měly vliv na následné chování respondentů a jejich výběr strategií zvládnutí AE, a byly pojmenovány jako: **Vhled, Vliv, Nejistota, Zvyk, Bezmoc.**

### **Vhled**

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že na volbě následného jednání probandů a jejich strategií zvládnutí AE má vliv také pochopení souvislostí, za jakých dochází k výskytu AE. Jedná se o hluboké porozumění situaci v souvislosti s AE, kdy respondenti dosáhli zjištění, který faktor nebo faktory ovlivňují vznik AE a za jakých okolností k tomuto dochází. Proto byla určena pomocná kategorie **Vhled**. K vhledu docházelo buď postupně vlivem zkušeností, informací, nebo náhle ve formě tzv. aha zážitku:

*„...a já jsem se úplně vnitřně zhroutila, a propadla jsem se sama do sebe. Takže v tu chvíli prostě tělo udělalo: Aha ty máš nějaký stres, tak prostě ti to projeví, ty s tím musíš pracovat. Takže prostě mi vyrašil ekzém...“ (Helena).*

*„S druhým manželem jsem se dala do klidu a úplně se mi to ztratilo.“ (Gabriela).*

*„Posledních pár měsíců jsem zjistila, že mi to hodně ovlivňuje laktóza a mléčné výrobky. Když jsem je vysadila, tak se i rapidně zlepšilo hodně zdravotních věcí a právě se i zmírnil ekzém.“ (Beáta).*

*„...když mám třeba delší volno, třeba když jsem byla v Bulharsku, nebo všeobecně na dovolené, delší volno, delší klid. Tak mi to zmizí ekzém z prstu, z nohou. Když nejsem delší dobu v práci, je to pryč“ (Ivan).*

*„Hodně mi pomohlo, co jsem si o ekzému vyhledala na internetu... Hledala jsem i něco obecně o tom, které orgány u člověka ovlivňují stav kůže. V nadledvinkách se totiž tvoří kortizol a při velké psychické zátěži může dojít ke špatné práci nadledvinek. Tak jsem si našla, jak to napravit...“ (Helena).*

Protože u probandů došlo k uvědomění si spouštějících faktorů, tento Vhled do situace následně respondentům usnadnil výběr vhodných strategií zvládnání AE a zvýšil ovlivnitelnost projevů ekzému a tím také kontrolu nad jeho výskytem. Proto byla vytvořena subkategorie Vliv.

### **Vliv**

Probandi, kteří si uvědomili spouštěč AE, měli pak kontrolu ekzému ve svých rukou:

*„Když občas selžu a něco si dám s mlékem, tak se to zase zhorší, ale vím, že to více mám ve svých rukou. Snažila jsem se to i pročišťovat občas nějakou lehčí detoxikací, tak se zmírni.“* (Beáta).

*„Z toho nejhoršího jsem se dostala díky tvrdé práci sama na sobě...“* (Helena).

*„Myslím, že jsem to ovlivnila“* (Gabriela). Na otázku, kdy si tuto skutečnost respondentka uvědomila, odpovídá: *„Když jsem se začala zajímat o alternativní léčbu, psychologii. Jak vše se vším souvisí a zapadá. Bylo to v druhém manželství.“*

### **Bezmoc**

Někteří respondenti zažívali bezmoc nad tím, že AE nemohou ovlivnit: *„...a vono se to prostě rozjelo, úplně si to jelo svůj vlastní život... Takže vono mě prostě přijde, že mám něco, co..., že mám nějakou strašně zvláštní věc, co nikdo si s tím neví rady, pak když jdeš za kožní, řekneš jí, žes byla na pohotovosti a že to bylo takhle hrozný a že já jsem byla takhle odhodlaná lehnout si na kapačky nebo kamkoliv, a ona mi řekne, ale né, ale já vás ale nemám kam poslat, jako na nějaký lůžkový kožní prostě, ona mě nikdy nikam neposlala, takže já fakt nevím, už kolikrát nevím, jestli narážím na blbý lidi, jo, že by pořád ještě nějaká cesta se našla, ...kdybych narazila na toho správnýho“* (Alena).

Účastníci výzkumu, kteří neprohlédli faktory ovlivňující výskyt AE, zůstali v **Nejistotě**. Příčinou nedosažení vhledu byla zejména obtížnost nalezení spouštěcích faktorů z hlediska velkého množství: *„Já si vždycky chvílku myslím, že už jsem na to přišla, a že už jako jsem na to jako...přečůrala ho, ale pak vždycky stejně narážím na to, že ne. A vono mi přijde, že každá ta nová vlna, každý ten rok, je vždycky horší a horší“* (Alena).

*„...je pravda, že vracím se jakoby do minulosti, přemýšlím, co se dělo třeba, klidně zpátky, co by to mohlo být. Ale nevím...“* (Františka).

*„No tam je spíš záhada a to je docela pro mě takový zarážející, že ona vlastně neví, co jí to spouští, že jako za ty leta, co to má, se trochu divím, že jako nepřišla na to, co to vlastně způsobuje“ (Martin).*

*„A je pravda, že i když mám nějakou rýmu, něco...tak se mi to na té kůži projeví a pak já nevím vlastně, jestli to mám od kůže, od toho, protože teď jsem měla období čtyři týdny, kdy se mi vracely teploty, a teď jsem nevěděla, jsem nemocná? Reaguje mi jenom kůže? Cokoliv...třeba šla jsem si zaběhat, tak jsem měla horečku. A nevěděla jsem z čeho vlastně, že to mám narušené. A teď jsem přesně taky uvažovala: Je to tím, že jsem prostě se nervovala v práci? Je toho moc? Doma něco se děje? Ted' počasí, nemoc, čím by to vlastně mohlo být?“ (Františka).*

### **Zvyk**

U dvou probandů v přístupu k jejich onemocnění hrál roli zvyk: *„já jsem si na to zvykla. Jako pokud to mám fakt hodně, že mi to praská, tak musím k doktorce. Ale takové to slabé neřeším“ (Dita).* *„Už to neřeším...už jsem se aklimatizoval jako na to“ (Jiří),* a tito respondenti zůstali také v nejistotě.

Probandi se tedy buď nesnažili dopátrat příčiny výskytu AE kvůli přivyknutí na toto onemocnění, nebo možných faktorů ovlivňujících AE bylo tak veliké množství, že bylo obtížné rozeznat, který faktor v dané chvíli ekzém spouští. V obou případech měli respondenti na vývoj nemoci slabý vliv a jejich kontrola nad AE byla tedy nízká.

## **14.6 Zasazení do paradigmatického modelu zakotvené teorie**

Dle zakotvené teorie jsme v procesu analýzy dat využili paradigmatický model (Strauss & Corbinová, 1999, 72):

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D)  
INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A  
INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY

Jak Strauss a Corbinová (1999) uvádějí, jev je ústřední myšlenkou, případem nebo děním, jež je určující pro souhrn strategií jednání nebo interakcí, který má s ústředním jevem nějaký vztah. Identifikace jevu spočívá v kladení si otázek typu: *„Čeho se údaje týkají? O čem je*

*vlastně toto jednání nebo interakce?*“ (1999, 73). Příčinné podmínky vedou k přítomnosti ústředního jevu, zapříčiňují jeho výskyt. Kontext je soubor vlastností daného jevu, který zároveň reprezentuje soubor podmínek, za kterých jsou prosazovány určité strategie jednání nebo interakce. Intervenující podmínky pak představují širší kontext daného jevu, ovlivňují užití strategií jednání nebo interakcí - znesnadňují je, či jim brání, nebo je naopak usnadňují. Strategie jednání nebo interakce pak mohou být buď záměrné, reflexivní nebo neuskutečněné. Strategie jednání pak spějí k určitým následkům, ty se však mohou stát v jiném kontextu součástí podmínek jiného jednání (Strauss & Corbinová, 1999).

**Vyložení kostry příběhu pro tento výzkum:**

Zdá se, že hlavní příběh vycházející z analýzy dat tohoto výzkumu je o tom, jak osoby a atopickým ekzémem hodnotí tento symptom z hlediska role v jejich životě. To má pak spolu s proniknutím nebo neproniknutím do příčin tohoto onemocnění hlavní vliv na strategie zvládnání tohoto onemocnění. Následně pak strategie zvládnání mají vliv na to, zda mají respondenti onemocnění pod kontrolou, to znamená, zda jej oni sami mohou svým chováním či jednáním ovlivňovat tak, aby onemocnění buď výrazně zmírnili, nebo zcela odstranili.

## ROLE

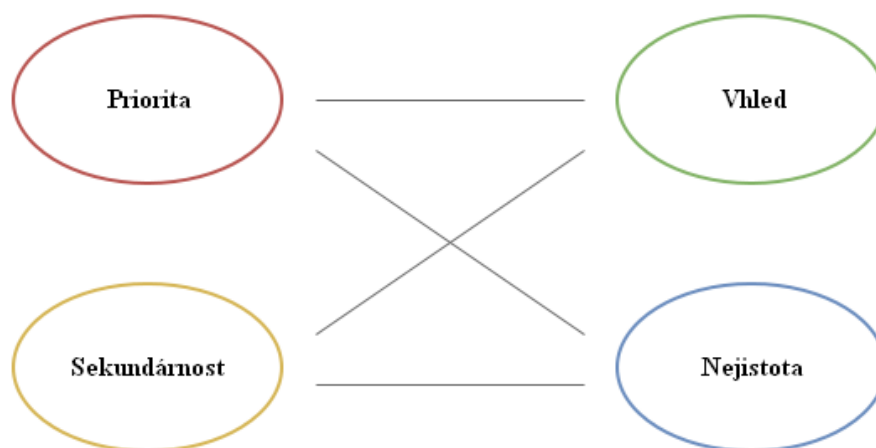
Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že to, jakou roli hraje AE v životě respondentů, je klíčovým momentem pro jejich jednání a volbu strategií zvládnání nemoci. Proto byla určena centrální kategorie Role. Jelikož z analýzy dat vyplynulo, že AE hraje v životě respondentů buď stěžejní roli, anebo podružnou, byla vymezena dimenze této kategorie jako **PRIORITA → SEKUNDÁRNOST**.

## VHLED

Dále se ukázalo, že dalším významným okamžikem, týkajícím se následného jednání a strategií zvládnání AE je vhléd do symptomu nemoci, kterým je pochopení souvislostí vzniku, výskytu a případného zlepšení ekzému či jeho úplného vymizení. Vhléd vznikl v rámci odhalení faktorů ještě během onemocnění nebo po uzdravení a měl následně vliv na volbu strategií zvládnání AE. Proto byla určena pomocná kategorie Vhléd. Nepřítomnost vhlédu pak způsobilo u respondentů to, že zůstali v NEJISTOTĚ, což vedlo k volbě odlišných strategií zvládnání než v případě Vhlédu.

To, jaké strategie zvládání respondenti využívají, tedy závisí na roli, jakou AE v jejich životě hraje, v dimenzi priorit – sekundárnost, a na tom, zda disponují vhladem či zůstávají v nejistotě. Z dat vyplynulo, že tyto čtyři aspekty jsou na sobě zcela nezávislé, nepodmiňují se navzájem. Vzniknou nám tedy čtyři možné kombinace faktorů, působící na volbu strategií zvládání:

Obr. č. 1



Prostřednictvím spojením kategorií a subkategorií pak můžeme toto základní schéma na základě paradigmatického modelu vymezit takto:

**FAKTORY (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) → AE (JEV) → PRIORITA/SEKUNDÁRNOST (KONTEXT) → VHLED/NEJISTOTA (INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) → STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ (STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) → KONTROLA NAD AE (NÁSLEDKY)**

Na základě těchto zjištěných pravidelností jsme předpokládali rozdělení respondentů do čtyř základních skupin, zjistili jsme však, že u jedné skupiny participantů se vyskytují další intervenující podmínky, které zásadním způsobem mění jejich strategie jednání a interakce a proto jsme probandy rozdělili do pěti skupin. Skupiny jsme nazvali podle kombinací hlavní



a pomocné kategorie, jejich názvy tedy zní: Priorita – Nejistota, Priorita – Vhled, Sekundárnost – Nejistota, Sekundárnost – Vhled A, Sekundárnost – Vhled B. Pro každou skupinu osob uvádíme charakteristické kategorie a subkategorie, které danou skupinu vystihují a kterými se také skupiny odlišují. Neuvádíme zde proto subkategorii Nežádoucí strategie; čas od času se během onemocnění poškrábal každý participant, a míru škrábání není možné objektivně posoudit; kategorie Přání se vyskytovala také u všech skupin, a proto ji nezmiňujeme. Specifika každé skupiny spolu se základním příběhem každého z respondentů uvádíme na následujících řádcích.

### Skupina Priorita – Nejistota

Pro tuto skupinu jsou stěžejní tyto kategorie a subkategorie: *Role AE (Priorita), Vlastnosti AE, Sebehodnocení, Předjímání, Nejistota, Bezmoc, Potlačování, Neověřené strategie*

#### ALENA, FRANTIŠKA

Obě respondentky žijí s partnerem a mají děti. Ekzém měly v dětství. Mívaly sice období, kdy ekzémem netrpěly vůbec nebo málo, ale poslední roky v dospělosti se jim AE zhoršuje, mívají ekzémem někdy pokryté celé tělo a často se jim ekzém projevuje i na rukou a obličeji. Nacházejí se v situaci, kdy je výskyt ekzému velice tíží. Probandky tímto velmi trpí, protože, jak samy uvádějí, narušuje jim to sebevědomí:

*„...a celý léto já se dívám na ty svoje ruce, na kterých mám fleky, takže to spíš jako narušuje sebevědomí...a připadám si jako, ta jako taková...poslední hmyz...na zemi..., takovej odpornej hmyz, kterej je prostě k politování jako...a to mně jako hrozně vadí...“ (Alena), „Takže jakoby z tohoto nemám pěkný zážitek, projevilo se to i v partnerském životě, kdy jsme prakticky..., manžel si našel milenku, nebo partner, ještě jsme nebyli vzatí, takže to prostě bylo do toho, protože já jsem ho jakoby odmítala vzhledem k tomu, že jsem se neměla ráda jakoby sebe asi. Protože jsem se cítila jakoby ošklivá, škaredá prostě...k ničemu, když to tak vezmu..., a bylo teda znát i v tom partnerském životě protože člověk vlastně jakože se cítí takový... jakožeženská neženská...a je to...obtěžuje to jako takhle..., ale kolikrát jsem zkoušela třeba i dát si make up nebo něco, ale mně se kůže loupe, mám ji rudou, takže pak už vlastně nemám chuť se prostě jako kdyby dělat ze sebe tu ženu, protože se tak prostě necítím“ (Františka). Naopak, když jsou probandky ve fázi remise a ekzém se jim zlepšil, je to pro ně velká úleva a cítí se „žensky“.*

Pro respondentky je vyléčení ekzému prioritou, na otázku, co by si přály, obě odpovídají „*Nemít ekzém*“, AE je nutí neustále se jím zabývat: „...*já se neustále jako prohlížím..., člověk je jako strašně zaujatej sám sebou..., pro mě je furt jenom prostě ta kůže a kůže*“ (Alena).

Z faktorů, které ovlivňují výskyt AE, participantky uvádějí alergii na pyl, na potraviny a hormonální změny, se kterými měly obě výraznou zkušenost v době těhotenství a porodu. Zatímco Alena uvádí těhotenství jako pozitivní faktor: „*Když je člověk těhotnej, tak nemá vůbec ekzém, nebo aspoň já mám tu zkušenost, a mám ju 2x po sobě.*“, Františka si zažila během těhotenství a po porodu v souvislosti s AE velmi těžké chvíle: „...*a tím porodem, vlastně tím těhotenstvím se mi to spustilo úplně po celém těle, po porodu. Takže jako dělím to na tu před a po, protože po tom porodu to bylo něco strašného.*“

Zjistit faktory, které ekzém spouštějí, bylo kromě těhotenství a porodu pro respondentky velmi obtížné vysledovat, protože faktorů je mnoho a překrývají se, nebo se AE projeví až za nějakou dobu a není jasné, který faktor změnu způsobil: „*A nevěděla jsem z čeho vlastně, že to mám narušené...A teď jsem přesně taky uvažovala: Je to tím, že jsem prostě se nervovala v práci? Je toho moc... doma něco se děje? Teď počasí, nemoc, čím by to vlastně mohlo být?*“ (Františka). „*Já si vždycky chvíli myslím, že už jsem na to přišla, a že už jako jsem na to jako přečůrala ho, ale pak vždycky stejně narazím na to, že ne. A vono mi přijde, že každá ta nová vlna, každej ten rok, je vždycky horší a horší.*“ ...*Takže vono mě prostě přijde, že mám něco, co ..., že mám nějakou strašně zvláštní věc, co nikdo si s tím neví rady*“ (Alena). Intervenující podmínkou, která je respondentkami hodnocena negativně, je předjímání – očekávání výskytu AE v situacích, které ještě nenastaly, a bezmoc.

Obě participantky tedy žijí v nejistotě a ony samy uvádějí, že nemohou zatím průběh AE ovlivnit a z toho také vyplývá jejich volba strategií: „...*ale strategie na to moc...já ještě nemůžu říct, že bych to jako zvládla, já vždycky skončím na těch kortikoidech. Když se mi to tak rozjede...*“ (Alena). Návrhy, jak by výskyt ekzému ovlivnit možná mohly, mají, ty zatím však spadají do jejich přání: „*Já nevím, tak asi jo, možná fakt tím chováním nebo ne chováním, jak to říct, no naučit se mít ráda sebe i s tím...*“ (Františka), „...*já si představuju, že za deset let už ekzém nebudu mít, že to zvládnou, a že von zmizí, že se něco stane, pořád si říkám, něco se stane, já na to jenom musím přijít, co a kde to je, já to najdu, a až to najdu,*

*nebo třeba i ten klid vlastní nebo něco takovýho jo...“ (Alena). Obě respondentky zvažovaly souvislost výskytu ekzému s psychickou nepohodou a stresem a zvažovaly návštěvu psychologa. Jedna z probandek (Alena) už dokonce psychologické pomoci využila, ale jelikož se tak zatím stalo jen jednou, nemůže zatím efekt zhodnotit.*

Strategie těchto žen jsou tedy zatím omezeny na Potlačování, kam spadá zaléčení kortikoidy a Neověřené strategie, kdy zkoušejí omezit potraviny, které jim nedělají dobře a vyhledávají informace o možných faktorech ovlivňujících výskyt AE a způsobech léčení ekzému, zatím však neúspěšně. Také ale zároveň tuší, co by jim možná mohlo pomoci, což je jim nadějí, jak situaci změnit, zatím však tyto přání nejsou zrealizovány.

Jejich míra kontroly nad touto nemocí je tedy zatím nízká.

Situace vyjádřená v paradigmatu zakotvené teorie:

FAKTORY PODMIŇUJÍCÍ VZNIK AE (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) → AE (JEV) →  
PRIORITA, SEBEHODNOCENÍ (KONTEXT) → NEJISTOTA, PŘEDJÍMÁNÍ  
(INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) → POTLAČOVÁNÍ, NEOVĚŘENÉ STRATEGIE  
(STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) → NÍZKÁ MÍRA KONTROLY NAD AE  
(NÁSLEDKY)

## Skupina Priorita –Vhled

Do této skupiny patří jen jedna participantka. Zde se uplatňují kategorie a subkategorie: *Role AE (Priorita), Emoční zátěž, Sebehodnocení, Vhled, Účinné strategie, Potlačování*

### HELENA

Helena je mladá žena studující vysokou školu. Atopický ekzém má od dětství, ale nejhorší období prožila v období puberty, kdy se jí vyrazil ekzém po celém těle: *„Člověk se vůbec nemůže hýbat. Je to strašné. Ležíš v posteli a bojíš se usnout. Víš, že když usneš, tak se budeš škrábat a neovlivníš to. Když se poškrábeš, tak se to špatně zahojí. No nevyspíš se. Je to katastrofa. Ta bolest je hrozná. Nemáš sílu nic dělat. Prostě zamčená ve svém těle. Říkáš si, já tam nemůžu jít ven. Vypadáš jak obluda. Odlupuje se ti obličej, kusy těly, hnus. Navíc ta kůže smrdí. To si pamatuju, jak to máš rozedřené, tak je to hnusný puch.“*

Faktory, které respondentce nedělaly dobře, zjišťovala postupně, v jedné chvíli však pochopila, že stěžejním problémem pro tak náhlý výsev ekzému byla emoční zátěž: „*bylo tam zneužívání nějaké...to byla první vlastně věc...místo toho, abych to řešila s rodinou, tak jsem to řešila s přáteli. Jenže prostě ve chvíli, kdy jsem zjistila, že prostě přátelé nejsou takoví, jací jsem si myslela, že jsou, tak najednou jsem se octla úplně sama, a v tu chvíli prostě přišel ten zlom, a já jsem se úplně vnitřně zhroutila, a propadla jsem se sama do sebe...takže v tu chvíli prostě tělo udělalo: Aha, ty máš nějaký stres, tak prostě ti to projeví, ty s tím musíš pracovat. Takže prostě mi vyrašil ekzém...*“

Vhled participantce umožnil pochopení dané situace a zároveň s vysokou motivací jí pomohl k rozhodnutí pro změnu: „*a najednou prostě já jsem si říkala, sakra, já to tak nemůžu nechat, protože já jsem nemohla spát, já jsem nemohla nic dělat, já jsem nemohla se ani pořádně mazat, protože to máš po celém těle, to svědí...člověk se škrábe...takže jsem málo spala, protože mě to bolelo, když jsem se poškrábala, tak to krvácelo, když to zaschlo a já jsem to nedejbože narovнала, tak to zas popraskalo, jo, takže to už byl hodně začarovaný kruh, takže jsem se musela zvednou a říct si: ne, teďka prostě budu na sobě pracovat, teďka to prostě tak nenechám, nejsem prostě žádné béčko. Tak jsem na sobě začala pracovat...*“ Respondentka touto prací na sobě míní zejména změnu okruhu přátel i jídelníčku, a dále jí pomohlo, že si vyhledala informace na internetu: „*...našla jsem, že co se kortizolu týče, tak souvisí se správnou funkcí nadledvinek hlavně ve stresovém období. V nadledvinkách se totiž tvoří kortizol a při velké psychické zátěži může dojít ke špatné práci nadledvinek. Tak jsem si našla, jak to napravit...jak je pročistit fyzicky a pak na sobě pracovat i po psychické stránce...*“. Jak však účastnice výzkumu tvrdí, byla už z této „práce na sobě“ hodně vyčerpaná, a proto si zašla k lékaři, kde jí byl předepsán Protopic. I když jej užívá stále, jak říká, chtěla by se jej do budoucna zbavit.

Respondentka tedy využívá Účinných strategií, protože ví, že mají pozitivní vliv, ale zároveň využívá Potlačování, kterého by se chtěla v budoucnu vzdát. Míra kontroly nad AE není tedy vysoká, ale probandka o ni usiluje.

Situace vyjádřená v paradigmatu zakotvené teorie:

FAKTORY PODMIŇUJÍCÍ VZNIK AE (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) → AE (JEV) →  
PRIORITA (KONTEXT) → VHLED, VYČERPÁNÍ (INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) →

## ÚČINNÉ STRATEGIE, POTLAČOVÁNÍ, PŘÁNÍ (STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) → ČÁSTEČNÁ KONTROLA NAD AE (NÁSLEDKY)

### Skupina Sekundárnost - Nejistota

Pro tuto skupinu jsou stěžejní tyto kategorie a subkategorie: *Role AE (Sekundárnost), Nadhled, Zvyk, Nejistota, Potlačování.*

#### DITA

Dita žije sama s dvěma malými dětmi a momentálně je bez práce. Na dětství nevzpomíná ráda, říká, že byla v dětství týraná, psychicky i fyzicky. Respondentka sama neví, co mohlo ekzém tenkrát spustit, ale stalo se tak nějakou dobu poté, co si ji dědeček vzal do pěstounské péče, kdy bylo probandce dvanáct let. Říká: „*Ale mysleli jsme si, že to je jakoby ze špíny. Že když se umyjete, vydrbete, tak že to je odřené, nebo děláte na zahradě, máte ruce od hlíny, děláte s hnojem, tam posrané prase, jdete na dříví, sbíráte uhlí. Tak jsme to brali, že je to spíše poškrábané, než aby to byl ekzém.*“ Pak se AE začal objevovat vždy, když měla Dita před menstruací, ale pak se dlouho zase neobjevoval, a proto tomu s dědečkem nedávali váhu. Nejvíce se jí ekzém rozvinul v těhotenství, respondentka říká, že jí opuchly ruce a musela do nemocnice.

V současné době se Dita se ekzém vyskytuje na ruce a jako příčinu shledává mnoho faktorů: „*Stres. Všechno možné. Únava. Začne vás svědět dlaň a potom už to jede všude. Voda, nějaké přípravky na mytí. Jar šmejd. Musím kupovat kvalitní a drahé jary. Prášek na praní.*“ Také uvádí alergii na zvířata. Kromě hormonální změny v období menstruace jsou ale faktory, způsobující ekzém, nepřehledné, je jich mnoho a mohou se vyskytovat v různých kombinacích, pro respondentku je obtížné vysledovat skutečné příčiny. Probandka tvrdí, že si na AE zvykla, a říká: „*Jako pokud to mám fakt hodně, že mi to praská, tak musím k doktorce. Ale takové to slabé neřeším.*“ Pak si místa namaže mastí, která jí na chvíli zabere. Respondentka si nemyslí, že by mohla výskyt ekzému sama nějak ovlivnit.

Participantka vnímá reakce druhých na AE jako negativní: „*Každý se na Vás dívá, jako byste měla lepru nebo bůh ví co.*“, jí samotné se to ale už nedotýká: „*Já už je nevnímám. Nic si z toho nedělám.*“ Sama sebe popisuje Dita jako otevřeného člověka, emoce projevuje naplno, dokáže jít také do konfliktu. Kromě ekzému trpí respondentka depresemi, navštěvuje

psychiatra. Prioritou jsou pro ni děti, ale přála by si mít méně stresu, pořádně se prospat a méně se rozčilovat.

## JIŘÍ

Jiří pracuje jako svářeč ve směnném provozu. Ekzém se u něj projevil náhle ve dvaceti letech, co by však mohlo být spouštěčem, si respondent neuvědomuje. Dětství popisuje jako „vynikající“, v dospívání také žádné potíže neměl. Jeho rodiče AE neměli. Ekzém má, jak říká, skoro všude, postupně se mu po těle „stěhuje“: „*Dva měsíce to mám třeba na kotníkách, pak nic...pak na ruce, pak na hřbetě a cestuje to...*“. Bez ekzému od té doby, co se mu projevil poprvé, respondent nebyl. Na otázku, co by mu ekzém mohlo spouštět teď v dospělosti, odpovídá: „*To je těžká otázka, ptal jsem se doktorky...Bud' je to to, že se potím hodně v práci...Mohlo by to být ze stresu...možné to je, ale nevím...*“. O stresu přemýšlí proband v souvislosti s prací, ale spíše v tom smyslu, že je práce hodně, práce jej baví. AE jej neomezuje, říká: „*Nevadí mi...Mám padesát roků, kdyby to bylo jako tenkrát ve dvaceti? Jako takhle: Kdyby nějaká holka, ve dvaceti...na koupališti...ta by to měla horší, ale já v padesáti...*“. Když respondent ekzém svědí, namaže si jej. Dřív mu lékařka dávala Triamcinolon, nyní si na recept vyzvedává nějakou mast přímo vyrobenou v lékárně. Informace o AE participant nikdy nevyhledával. Sám sebe proband popisuje jako klidného člověka, když se s někým dostane do konfliktu, tak se z toho „vymluví“. Respondent si na ekzém zvyknul, říká: „*Už to neřeším...už jsem se aklimatizoval jako na to*“. Myslí si, že on výskyt AE nijak nemůže ovlivnit.

Oba respondenti si nejsou jisti skutečnými faktory, které by ovlivňovali výskyt AE. Oba si na onemocnění zvykli a nepřipisují AE velkou váhu, mají také nad situací Nadhled. Užívají jen strategii Potlačování. Jejich situace ve schématu zakotvené teorie pak vypadá takto:

FAKTORY PODMIŇUJÍCÍ VZNIK AE (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) → AE (JEV) → SEKUNDÁRNOST, NADHLED, (KONTEXT) → NEJISTOTA, ZVYK (INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) → POTLAČOVÁNÍ (STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) → NÍZKÁ MÍRA KONTROLY NAD AE (NÁSLEDKY)

## Skupina Sekundárnost – Vhled (A)

Vybrané kategorie a subkategorie pro tuto skupinu jsou: *Role AE (Sekundárnost), Vhled, Nadhled, Účinné strategie*

### BEÁTA

Beáta je studentkou vysoké školy. AE má od dětství a jak sama tvrdí, dispozice k této nemoci má od rodičů. Ekzém se jí často vyskytoval na ruku, v podkolenních jamkách a někdy na krku a na hrudi. Beáta trpí také cukrovkou a alergií. Myslí si však, že určitou roli na rozvoji těchto onemocnění, mohlo mít podíl nelehké dětství, atmosféra doma nebyla příjemná, rodiče se často hádali, „nezačleňovali“ ji, a jak Beáta sama tvrdí, byla citlivým dítětem. Říká, že se necítila úplně jako dcera. Oporu nacházela a nachází zejména u své babičky a přátel, ale jak říká, v dospělosti se k ní snaží rodiče najít cestu a Beáta se snaží s tím taky „bojovat“. Dříve jí dětství a vztah s rodiči trápil, nyní se ale dokáže podívat na celou situaci více s nadhledem: *„když jsem viděla, jak se ostatní maminka a tatínkové chovají k dětem, tak jsem si říkala škoda, že jsem to nezažila, ale teď se dívám zpětně, tak bych asi nebyla takový člověk, jak jsem teď. Ne, že bych byla na sebe pyšná, ale takové to zdravé sebehodnocení, ke kterému jsem postupně dospěla, vždycky jsem byla úzkostlivá, méněcenná, ale postupně těžkými chvílemi v životě, jak jsem se s nimi vypořádala, tak moje vnitřní sebeúcta narostla. Tak nevím, jestli bych něco změnila, i když to bylo fakt těžké, ale myslím, že kdybych tím prošla jako růžovým sadem, tak bych teď byla někdo jiný. Vnímám to neutrálně, mohlo to být lepší, ale respektuju to, jak je to. Věřím v to, že jsem teď spokojená a budu v budoucnu. Neřeším minulost.“*

V poslední době respondentka zjistila, že jí ekzém způsobuje laktóza a mléčné výrobky a když tyto potraviny vyřadila, kromě ekzému se jí zlepšila řada zdravotních problémů. Sama sebe popisuje jako člověka, který nemá rád spory s lidmi, a nerada projevuje vztek, ale když je sama, tak se uvolní a vypláče. Také říká, že v současnosti častěji než dříve dokáže řešit problémy a „nestrká hlavu do písku“. Ekzém pro Beátu není prioritou, říká: *„Ekzém jsem jako takový nikdy moc neřešila, je to druhotná věc. Mám i jiné problémy a tohle nebylo tak akutní, nějak to vplynulo, že se to začalo zlepšovat. Nebyla to pro mě prioritní nemoc, kterou bych řešila.“*

O tom, že by zašla k psychologovi kvůli ekzému, nikdy nepřemýšlela a psychologické pomoci nevyužila ani v jiné souvislosti. O psychologii se ale zajímá, studuje ji. Tvrdí, že ji ekzém nikdy neomezoval: „*Neomezuje a neomezovalo, někdy to nebylo příjemné, jak mě to svédělo, nebo jsem se škrábala, ale nebylo to tak silné, že by mi to narušovalo život.*“ Reakce okolí pro respondentku jsou někdy nepříjemné, ale ne zatěžující: „*...možná trošku je nepříjemné, že na sebe můžu připoutat více pozornosti, ale já jsem to neměla v tak akutní fázi, že by mi pozornost byla nepříjemná. Nebo jsem si toho nevšimala, že by se na mě lidi dívali, někdy to někdo řekl, že ty máš ekzém, ale měla jsem to jednou za pár měsíců, takže mě to nijak neobtěžovalo.*“ Beáta je toho názoru, že v těle vše funguje celostně, a „*kdyby tělo celkově bylo v lepší pohodě, tak se to pak promítá na pleť, ekzému. Pokud je člověk v pohodě, tak může mít i nemoci v klidovější fázi.*“

## GABRIELA

Gabriela měla ekzém od svých deseti let, který se objevil po senné rýmě. Pak se u ní projevilo také astma. AE se u ní rozvinul v dospělosti nejvíce v prvním manželství a po rozvodu. Pak, jak říká, jí ekzém vymizel: „*S druhým manželem jsem se dala do klidu a úplně se mi to ztratilo. Když jsem to měla mírnější, tak se to úplně nevrátilo, ale taky jsem změnila stravování.*“ Nyní je již deset let ve stadiu remise. Podíl na nemoci připisuje částečně genetice, říká ale, že nemoc se dá přesto ovlivnit: „*Myslím, že je to dané geneticky, nějaké to procento, je to nějak dané. Ale i ten, kdo má 80 procent, tak to nemusí mít, pokud dělá zaopatření. Myslím, že jsem to ovlivnila.*“ Říká, že si možnost svého vlivu na onemocnění uvědomila, když se začala zajímat o alternativní léčbu a psychologii, uvědomila si: „*Jak vše se vším souvisí a zapadá. Bylo to v druhém manželství.*“ Pak, jak říká, začala na sobě pracovat po duševní stránce, splnila si některé sny a změnila stravování. Možné zlepšení stavu AE připisuje také tomu, že začala od určité doby projevovat emoce: „*Tím se to možná i zlepšilo. Nedělá mi problém plakat.*“

Respondentka svoje dětství popisuje jako: „*Špatné. Vyrůstala jsem u otce, rodiče se rozvedli a oba byli alkoholici i maminka. My jsme se sestrou táhli domácnost.*“ Pro Gabrielu bylo důležité odpustit rodičům: „*Odpustila jsem jim a myslím, že je to dobré. Hodně mi to dalo to dětství, hodně zkušeností jsem tím získala, myslím, že kdyby se mi to nedělo, jsem jiný člověk. Vlastně jsem za to ráda.*“ Probandka využila dvakrát psychologické pomoci, ale ne v souvislosti s AE. Spokojená byla až s výběrem druhé psycholožky: „*Jednou to bylo, jak jsem řešila první manželství, ale nebyla to vystudovaná psycholožka. Byla jsem z toho na*



*nervy. Potom jsem byla podruhé, jak jsem řešila takovou krizi v druhém manželství, potřebovala jsem si něco ujasnit, to byla super paní, hodně mi pomohla.“ I když respondentka líčí jedno období s AE jako kritické: „Hrozné to bylo. Já jsem se ze začátku snažila hodně mazat, ale potom jsem byla zoufalá, že jsem skončila na práškách, bylo to hrozné, na těch zádech. Nikdy jsem to neměla úplně do krve, že bych to měla rozdrásané, hodně vydržím, ale bylo to strašné“, tvrdí, že se nikdy necítila méněcenná, ale přičítá to tomu, že místa a AE, nebyla vidět, a neměla jej ani na obličejí.*

Protože obě ženy pochopily, které faktory skutečně ovlivňují výskyt ekzému, a to na základě zkušeností, kdy si všimnuly zlepšení AE. Respondentky se snaží ekzému nyní předcházet, což se jim daří, mají na onemocnění vliv a situaci mají tedy pod kontrolou.

Jejich schéma situace, zasazené do paradigmatu vypadá takto:

FAKTORY PODMIŇUJÍCÍ VZNIK AE (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) → AE (JEV) → SEKUNDÁRNOST, NADHLED (KONTEXT) → VHLED (INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) → ÚČINNÉ STRATEGIE (STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) → VYSOKÁ MÍRA KONTROLY NAD AE (NÁSLEDKY)

### Skupina Sekundárnost – Vhled (B)

Zde jsou uplatňovány kategorie a subkategorie: *Role AE (Sekundárnost), Nadhled, Vhled, Omezení, Potlačování, Účinné strategie*

#### CECÍLIE

Cecilie měla dle její maminky ekzém od narození, na což si nepamatuje, ale vzpomíná na dobu puberty, kdy se jí ekzém velmi zhoršil a to zejména s nástupem menstruace. Má ale také alergii na jídlo, na psy, na prach a AE také reaguje na práci s hlínou, na ovzduší, a když má nějaké psychické vypětí. Jak ale říká: „...mám pocit, že člověk reaguje na všechno v různých kombinacích“. Ekzém má často v obličejí, na rukou, na krku a plecích. Objevuje se jí také po fyzickém kontaktu s partnery, což může mít spojitost s traumatickým zážitkem z minulosti: „Mám partnera a zjistila jsem, že když dochází k fyzickému kontaktu, tak ten ekzém je horší...“ a dále pak dodává: „Byla jsem znásilněná. Nevím, jestli je to spojené s tím, nikdy v životě mně nenapadlo to takhle brát, potom manžel pod různými záminkami..., nechala jsem se do toho natlačit, tak to nebylo příjemné. Teď se už nenechám do ničeho

*tlačít. “ Ekzém dlouhou dobu řešila jen kortikoidy, pak zjistila, že jí pomáhají půsty, nejlépe v kombinaci s mastičkami, homeopatika, koupele v ovesných vločkách a MMS. AE ji omezuje v kontaktu s lidmi, říká, že se jí lidé straní, tvrdí ale, že to je součást života, na reakce těchto lidí si zvykla. I když ji to občas ještě zamrzí, říká, že lidé nejsou informovaní. „A pokud někdo je neinformovaný tak se na něho nemůžu zlobit. Má takovou reakci, nebyl vychovaný zdrženlivě, tak je chudák nevychovaný. “*

Respondentka své dětství hodnotí jako ne moc dobré, a to v souvislosti s její maminkou. Na dospívání také nevzpomíná ráda. V dospělosti je ale spokojenější, dokonce říká: *„Mám se úžasně, si myslím“*. Na druhou stranu žije už řadu let v permanentním stresu, je deset let rozvedená a žije sama s dvěma dětmi a dojíždí také za prarodiči, o které se stará. Postarat se o blízké je pro respondentku prioritou. Co se týká AE a názoru na vyléčení, říká: *„Já jsem velký realista díky všem těm událostem a vím, že je to nereálné. Ono je to onemocnění na celý život, akorát má různé formy...“*

Sama sebe hodnotí respondentka jako vnímavého, citlivého až přecitlivělého, čitelného člověka. Emoce nevyjadřuje jen v případě, kdy to není společensky vhodné. Probandka psychologa navštěvovala, a když má problémy, stále ještě navštěvuje, ale ne v souvislosti s AE: *„...myslím si, že mně to až tak neobtěžuje. Mám to asi i nějak potlačené. Vezměte si, že se někdo narodí bez ruky a co naděláte. Máte to taky do konce života. A ten ekzém není nic tak hrozného, myslím si, že se s tím dá žít. Člověk to musí přijmout a říct ano jsem nemocná, potřebuji léky a budu fungovat. Je tolik nemocných lidí. Třeba sousedka má leukemii, bude muset na transplantaci kosti a zuby se jí budou dělat. Myslím, že mám úžasný život, jsem v pohodě. Tohle jsem s psychologem nepotřebovala řešit, třeba to, abych mohla mít děti. Nechtěl jsem mít děti, ale kdybych je chtěla, měla jsem pocit, že je budu vychovávat jako mně maminka. Proto jsem prošla dvouletou terapií, abych vůbec mohla si uvědomit, že asi budu schopna vychovávat děti. Ten ekzém a opary to chvíli je a chvíli není, já to nemám tak akutní, že bych to měla po celém těle, už to tak není.“* Respondentka hodnotí psychologickou pomoc velmi kladně: *„Úleva, obrovská úleva. K nikomu nemám takovou důvěru. Jen k ní a k dětem. Jinak ne. Mám své tajné komnaty, ani partner to neví.“*

Cecílie si myslí, že sama může ovlivnit ekzém tím, že bude více v klidu, což pro ni znamená mít toho trochu méně, nemyslet na starosti, v současné době to však není možné, protože je zaměstnána na plný úvazek péčí o své blízké, což je pro ni momentálně prioritou.

## IVAN

Ivanovi se začal ekzém objevovat od šestnácti let, současně s alergií. Zpočátku se vyskytoval jen v určitou roční dobu, ale později se zhoršil a pak jej začal mít celoročně. Ivan říká, že jeho matka trpí na ekzémy různého druhu. Otec měl alergii, ale nevšímal si toho, a dle respondenta vedl ke stejnému přístupu také Ivana. Na AE proband vždy používal jen kortikoidy a trápí jej svědění. Faktor, který by AE v době dospívání spustil, respondent nezná, ale vyzoroval, že když je pod velkým stresem a tlakem, zejména v práci, ekzém se mu zhorší. Pracuje jako technolog výroby ve velké firmě a jak říká, jsou na něj kladeny velké požadavky. Tlak a stres vymezuje jako: „*No přílišné požadavky v práci, nebo když nestihám nebo se mi nedaří.*“ Naopak, když má delší volno, ekzém mu zmizí: „*To jsem vyzoroval, že když mám třeba delší volno, třeba když jsem byla v Bulharsku, nebo všeobecně na dovolené, delší volno, delší klid. Tak mi to zmizí ekzém z prstu, z nohou. Když nejsem delší dobu v práci, je to pryč. Tak to právě připisuju z toho důvodu stresu. V práci mám stres pořád.*“ Co se týká využití psychologické pomoci, proband o ní nikdy neuvažoval, a to ani v souvislosti s ekzémem.

Respondent mívá AE na krku, na dlani, na loktech, na kloubech a na chodidlech. Když má ekzém na viditelných místech, jsou mu nepříjemné reakce okolí: „*Měl jsem to na viditelných místech převážně na rukou a krku, což je vidět. Sem tam se někdo zarazí, co to je. Je to nepříjemné, zvláště před ženskou. Reakce okolí jsou různé. Někdo si všimne, podívá se. Někdo se zeptá. Je mi to trapné a stydím se za to. Když jsem to tak někde měl, snažil jsem se to zakrývat.*“

Žije momentálně v odloučeném stavu od manželky, děti bydlí s ním. Sám sebe hodnotí jako pořádkumilovného člověka, nemá rád změny a emoce většinou drží v sobě. Když se mu zlepší AE, má velkou radost a chuť do života. Ivan si myslí, že by mohl stav ekzému ovlivnit, kdyby byl ve větším klidu, říká: „*a myslím, že by to bylo přínos pro tuto nemoc, nebo jak to nazvat.*“ Tvrdí ale, že lidé mají horší problémy, nevidí AE jako prioritu ve svém životě. Navíc musí živit rodinu, a tak jak říká, nemůže si dovolit zvolnit a nechodit do práce.

EVA

Eva je studentkou doktorandského studia. Trpěla ekzémem už jako miminko, ale v jejích dvanácti letech přišel intenzivní záchvat této nemoci, na což respondentka dodnes nerada vzpomíná, protože měla AE nejčastěji na obličeji a jak říká: *„bylo to mokvaný, hnisavý a nedalo se s tím usmívat, mluvit, nic. Nehledě na to, že to vizuálně fakt nebylo přitažlivý.“* Respondentka je názoru, že se na této nemoci u ní mohla podílet genetika, ale rodinné prostředí nepopisuje jako ideální kvůli hodně napjaté atmosféře: *„takže rozlišit co je genetika a co je stejný psychosomatický projev na to jakoby dusno ve vzduchu, je složitý“.*

Nyní je probandka ve stadiu remise, ale mívá ekzém zejména v létě v podkolenních jamkách. Mívala AE také na obličeji, ale tomu se naučila předcházet preventivním opatřením: *„Myslím si, že mám strategii jak to nějak zvládat, jednak na zimu pozor, jakmile smrkám a je zima okamžitě mazat, to je po ruce jelení lůj“.* Faktory ovlivňující výskyt AE vidí respondentka v souběhu ročního období, kdy je buď velké horko, nebo mráz, a v protražované reakci na stres: *„...co jsem vyzozorovala je, že je to v období, kdy byl stres, stres, stres, pak je volno a v ten moment to nastoupí. Nevím, jestli mě to má držet v pozoru, nebo že to doběhne. Nebo v momentech, které se snažím eliminovat a stresu je hodně a je to přes moji míru. Mám ráda určité štosování věcí, ale jsou momenty, kdy se to přetáhne, a já začínám nezvládat. Vím, že je toho hodně i na mě. Tomu se snažím vyhýbat. Zastavit to dřív, než to přijde, ale jakmile tento moment přijde, tak se bojím, že mi to vyraší. Že to s tím celkem jede.“*

Eva sama sebe hodnotí jako „barometr“, jako citlivého člověka. Emoce vyjadřuje otevřeně, nemá problém vyjádřit vztek ani radost, když je toho na ni moc, tak pláče. Názory také vyjadřuje otevřeně, ale pokud uzná, že by diskuze nebyla s někým produktivní, snaží se ji ventilovat jinde. Probandka si sice dělala starosti, když měla ekzém na viditelných místech, jak ekzém vnímají druzí, ale spíše v kontextu toho, že by si mohli myslet, že je to nakažlivé. Nikdy si však nepřišla méněcenná. *„Spíš, aby ti ostatní dovedli pochopit, že jsem to pořád já, protože já se cítím pořád jako já, jen momentálně mám tento projev a prosím mluvte se mnou a dělejte, jakoby to nebylo.... Snažím se i ostatním předat, že se necítím o moc jiná, ale беру to tak, že teď je to moje součást, je to projev něčeho co se nahromadilo, půjde to zase pryč.“*

Respondentka v souvislosti s AE o návštěvě psychologa přemýšlela, a to ve chvíli, kdy připustila, že by se mohlo jednat o psychosomatický projev: „*V momentě, kdy jsem si připustila, že to bude psychosomatika, což bylo nejpozději kolem druhého, slepého střevního záchvatu. Kdy to nemohlo být ani dietní chybou ani ničím, což jsem si u toho prvního myslela, ale ten druhý fakt nebyl, že bych se pláskala něčím ostatním, tak mi došlo, že to asi bude někde jinde. Asi to bude mít společného jmenovatele. Tak jasně i díky vzdělání mě napadlo, že by asi šlo si s někým minimálně promluvit o tom, co mě stresuje, na co může reaguje, nebo ne. Nějak se s tím pokusit pracovat a srovnat si to v sobě. Povídání si s terapeutem by mohlo být fajn*“. Pak ale dodává, že má nastavené priority jinde: „*neberu to jako středobod svého bytí*“, takže v momentě, kdy ekzém nemá, nemá problém, a nic ji netlačí situaci řešit. Věří ale tomu, že je to cesta, a pokud by nastala situace, kdy by nebylo zbylí, psychologa by vyhledala. Zatím ale, jak říká, nepřekonala svou lenost k tomuto činu.

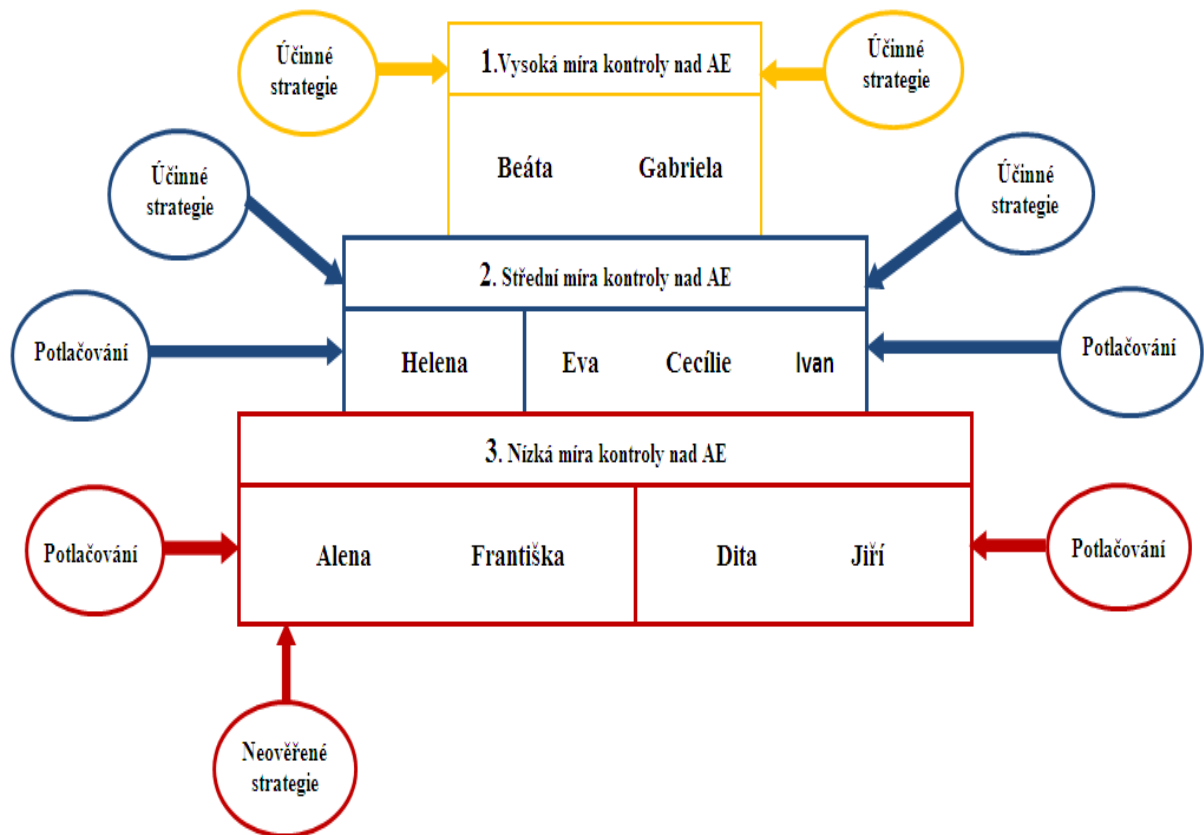
I když mají respondenti v této skupině zcela jiné životní zkušenosti, spojuje je přístup k jejich onemocnění. Ekzém pro ně není prioritou, mají nad onemocněním určitý nadhled a znají faktory, které ekzém spouštějí. Co jim však brání k dostatečné kontrole nad jejich nemocí, je určité omezení, které momentálně nemohou nebo nechtějí změnit. Pro Cecílii a Ivana je to nemožnost eliminace stresu z důvodu zodpovědnosti, nebo starosti o druhé a pro Evu je to dočasná neochota ekzém zatím řešit. Pokud mohou, využívají účinné strategie, ale někdy se potlačování projevů nemoci neubrání. Schéma situace této skupiny, se dá vyjádřit takto:

FAKTORY PODMIŇUJÍCÍ VZNIK AE (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) → AE (JEV) → SEKUNDÁRNOST, NADHLED (KONTEXT) → VHLED, OMEZENÍ (INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) → POTLAČOVÁNÍ, ÚČINNÉ STRATEGIE (STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) → ČÁSTEČNÁ KONTROLA NAD AE (NÁSLEDKY)

## SROVNÁNÍ RESPONDENTŮ

Pokud bychom srovnávali respondenty podle jejich dosažené míry kontroly nad atopickým ekzémem, pak bychom je uspořádali podle této hierarchie (obr. je na následující straně):

Obr. č. 2



### 14.7 Analýza rozhovorů jednotlivých párů

V rámci našeho výzkumu se uskutečnily rozhovory se třemi partnery žen s AE (Martin, Karel, Lukáš). Důvodem pro zařazení těchto partnerů do výzkumu bylo pokusit se zmapovat, jak partneři hodnotí tento symptom z hlediska role v životě partnerek, jakými strategiemi zvládnání jejich partnerky disponují, jakou mají oni sami představu o faktorech, které manifestaci AE ovlivňují, a zda jejich partnerky přemýšlely či nepřemýšlely o návštěvě psychologa. Rozhovory partnerů navazovaly na rozhovory s partnerkami, a následoval jejich společný rozhovor, který byl opět zaměřen na oblast výzkumných otázek ve smyslu shrnutí dosavadních informací, s cílem zjistit nové informace o zkoumaném jevu a případné rozdíly či shody ve výpovědích. Byla pozorována interakce mezi partnery; sledováno, „jak se o tom doma mluví“ a zdali se o tom vůbec mluví.

## Pár Alena – Martin

### MARTIN

Partner Aleny hodnotí během rozhovoru nejprve strategie zvládnání AE manželky, které se shodují s těmi, které uvedla Alena. Jedná se zejména o masti a různé diety. Pozitivně hodnotí pobyt u moře, ale vyjadřuje tak jako Alena zklamání nad tím, že do čtrnácti dnů po příjezdu se manželce ekzém opět vrátil. Faktory spouštějící AE jsou pro Martina „záhadou“, říká: „*a to je docela pro mě takový zarážející, že ona vlastně neví, co jí to spouští, že jako za ty léta, co to má, se trochu divím, že jako nepřišla na to, co to vlastně způsobuje.*“ Říká, že se manželce stává, že předjímá výskyt AE: „*...pak jsme byli u známejch, tam nám dali tři panáky, jsme si vypili, to si přiznám, ale ona už říkala, no to zas prostě budu vypadat...*“, ale on sám si není jistý v tom, že by alkohol ekzém spouštěl. Říká, že v případě strategie diet jsou to u manželky spíše nárazové akce, bez důslednosti. Zmiňuje se o těhotenství, kdy manželce ekzém vymizel, novým pohledem na tento fakt oproti manželce je možná duševní pohoda v souvislosti s očekáváním rodiny. Jiné psychické příčiny Martin nevysledoval, jak ale uvádí, manželka je často podrážděná a nevyrovnaná, což přičítá možné souvislosti s AE, ale nediví se jí, že je taková, zvláště když se jí například ekzém vyskytne na obličeji, na puse. Na otázku, zda Alena chtěla někdy navštívit psychologa, Martin odpovídá, že ano, bavili se o tom, myslí si, že tam ještě nebyla, ale zdá se mu, že má už sezení domluveno, ale netuší, jak to dopadlo.

### ALENA + MARTIN

Alena s Martinem ochotně souhlasili se společným rozhovorem, Alena je během rozhovoru sdílnější; oba nad tématem hodně přemýšlejí.

Zkušenost s AE oba hodnotí jako nepříjemnou a Alena dále dodává, že je to zkušenost otravná a zatěžující. Oba se shodují v tom, že nemoc zatěžuje celou rodinu, ale zatímco Alena shledává otravnost v tom, že se dost lituje, a neustále se sleduje v souvislosti s AE: „*...a kolikrát ani nemyslím na to, jak oni to jako vnímají, já to beru, jako že jich se to netýká, jako že oni to nemají na té kůži, jako že to mám jen já, a že to bolí, a myslím si, že to jako votravuje všechny a už ty děcka jsou větší, a že už to vnímají.*“, Martin nepříjemnost vidí v důsledcích AE – v chování své ženy, jako je nervozita a vztek. Alena uvádí své strategie, které využívá, které se týkají zejména léků, kortikoidů a úpravy stravování, kterou ale neshledává příliš účinnou, přemýšlí o vlivu psychiky na AE a zmiňuje se o své návštěvě u psychologa. Říká, že je v bludném kruhu, a neví, co má dělat, čím se AE dá léčit. Zkusí

fototerapii, kterou jí nabídla lékařka, ale říká, že tomu moc nevěří. Oba zmiňují kladnou zkušenost s pobytem u moře. Alena si myslí, že se jí ekzém objevuje v souvislosti s pylovou sezónou, ale Martin si tím není jistý. V těhotenství i přes pylovou sezónu ekzém neměla a AE se jí objevil i po sbírání jablek, kdy už pyly také nebyly v ovzduší. Alena by se chtěla dozvědět, co tělo v období těhotenství produkuje, že se u ní v té době ekzém nevyskytoval.

Z rozhovoru s partnery je zřejmé, že se tématu nevyhýbají a oba spolu o AE doma komunikují. Oba hodnotí nemoc jako zatěžující, ale každý z jiného pohledu. Zatímco Martin vidí hlavní problém v důsledku AE, kterým je určitá nevyrovnanost jeho ženy, již ale v tomhle ohledu rozumí, Aleně vadí nejvíce její sebelítost a zaujetí onemocněním. Navíc Alena trpí ohrožením sebevědomí vždy, když se jí ekzém objeví na viditelných místech. Co se týká strategií zvládnutí, oba hodnotí úpravu stravování jako neúčinnou. Jakub zpochybňuje souvislost AE s pylovou sezónou, čemuž právě Alena přikládá význam. Spouštěcí faktory oba vnímají jinak. Alena připouští možnost psychického vlivu na AE, kdežto Martin, až na zmizení AE v těhotenství manželky, kdy přemýšlí o možném vlivu duševního klidu na tuto nemoc, nevidí jinou psychickou příčinu jako ovlivňující; zaměřuje se spíše na důsledky nemoci. O psychologické pomoci se Martin nevyjadřuje ani kladně, ani záporně. O tom, že manželka přemýšlela o návštěvě psychologa, sice věděl, ale o skutečné návštěvě již spraven nebyl.

Jestliže Alena nemá nad ekzém téměř žádnou kontrolu a AE ji velmi zatěžuje, má zvýšenou potřebu sdílení, která se projevuje stížnostmi a litováním se, a jelikož je bezradná, co by jí v souvislosti s AE mohlo pomoci, zvažuje psychologickou pomoc a odchází k psychologovi, pak schéma situace zasazené do paradigmatu zakotvené teorie můžeme vyjádřit takto:

NÍZKÁ MÍRA KONTROLY NAD AE (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) → POTŘEBA SDÍLENÍ (JEV) → PROJEVY STÍŽNOSTÍ (KONTEXT) → POTŘEBA NEZATĚŽOVAT RODINU, BEZRADNOST (INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) → ZVAŽOVÁNÍ PSYCHOLOGICKÉ POMOCI (STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) → NÁVŠTĚVA PSYCHOLOGA (NÁSLEDKY)



## Pár Františka – Karel

### KAREL

Karel bere ekzém jako manželčinu součást, nevadí mu; když se s manželkou poznali, už ekzémem trpěla. Jako hlavní faktory ovlivňující výskyt AE u jeho manželky shledává jídlo, počasí a změnu ovzduší. Myslí si, že je manželka citlivá na změny, například i v souvislosti s klimatizací v práci – domnívá se, že její tělo potřebuje určité klima a pokud se změní, narušení to i fyzickou schránku. Z psychických faktorů jmenuje stres a nálady – říká, že by u ní výskyt AE mohl být dán i tím, že si její manželka přivozuje částečně sama: „...*když na to třeba myslí člověk, že to má, já si myslím, že to může ovlivňovat ten ekzém, že ona se snaží to tak dát pryč, že prostě se stresuje sama...že by jí to mohlo způsobovat to, že jí to prostě zůstává, místo toho, aby to odešlo...ale nevím. To je jenom myšlenka.*“ Je toho názoru, že „*hlava hodně spouští*“. Říká: „*Ona věří v to, že prostě je to špatně, mi to nejde, toto tamto a už to, že si řekne, tak ten mozek dá impuls tělu*“. Co si myslí Karel, že by jí pomohlo, je vnitřní klid. Říká, že na tom manželka není psychicky nejlépe, Karel tomu rozumí, snaží se ji podporovat. O tom, že by manželka uvažovala o návštěvě psychologa, nic neví.

### FRANTIŠKA + KAREL

Františka s Karlem se společným rozhovorem souhlasí, Karel se pak v průběhu něho snaží vtipkovat a odlehčovat situaci, což se mu víceméně daří. Rozhovor probíhá ve velmi přátelské atmosféře.

Oba manželé hodnotí ekzém negativně, Františka je toho názoru, že to odnáší celá rodina, protože je nepříjemná na okolí: „*mě to obtěžuje, jo, dávám jim to najevo, přitom oni za to nemůžou...*“. Karel sice souhlasí s tím, že to manželka dává najevo, ale tvrdí, že on je vůči tomu „imunní“, takže její to nezatěžuje, zatěžuje to jen manželku: „*Takže to spíš ji, že se musí pořád mazat, a pořád vymýšlí, jak se toho zbavit, a tím, že psychicky si povolí to, že prostě to má a že se toho nezbaví, tak si to vlastně přivodí sama sobě.*“, což Františka vysvětluje tím, že je to o komfortu, cítí se nepohodlně. Ekzém také ohrožuje její „ženskost“, když se jí AE vyskytuje na viditelných místech (viz str. 65). Poté shrnuje, co všechno již vyzkoušela, aby se ekzému zbavila, ale pokusy nebyly účinné. Pak oba dlouho vypráví o tom, jak byli u moře v Chorvatsku, kde se jí ekzém rapidně zhoršil, ale naopak v Egyptě na ni nemělo moře žádný vliv; to Františka přičítá tomu, že neměla ekzém v akutní fázi, když tam jeli, zatímco do Chorvatska už s rozvinutým AE přijela. Františka hovoří o tom, že o

návštěvě psychologa několikrát uvažovala v souvislosti s ekzémem, zejména když se u ní ekzém rozvine do akutního stadia. Přemýšlí o tom, že by ekzém mohl být výsledkem nahromaděného stresu, říká: „*jako fakt abych si šla v uvozovkách pokecat a neobtěžovala tím rodinu.*“ Karel s tímto souhlasí, ale tvrdí, že jej manželčina nemoc neobtěžuje, že si možná zvykl, přivykl i tomu, že si manželka postěžuje, ale ona dodává, že jí stěžování stejně nepomáhá, což Karel uzavírá tím, že si myslí, že manželka psychologa opravdu potřebuje, že si nemoc sama přivolává.

Z vyjadřování a chování partnerů během rozhovorů vyplynulo, že doma komunikují o AE, ale tuto komunikaci nehodnotí oba partneři jako uspokojující; Karel sice manželku nechá vypovídat a postěžovat si, a tvrdí, že ji podporuje, ale oba jsou názoru, že stížnosti ke klidu manželky nepomáhají. Oba jsou toho názoru, že by návštěva psychologa Františky prospěla. Z rozhovorů je ale zřejmé, že toto téma probírají poprvé. Karel opakovaně poukazuje na podíl Františky na její nemoci, zejména ve smyslu přílišného se zaobírání AE. V dalších faktorech ovlivňujících výskyt onemocnění se partneři ve faktorech víceméně shodují.

Příběh Františky a Karla je v základní linii podobný příběhu Aleny a Karla. Františku také AE velmi zatěžuje, má zvýšenou potřebu sdílení, která se projevuje stížnostmi, jelikož jí ale stěžování nepomáhá, zvažuje psychologickou pomoc, aby stížnostmi „neobtěžovala“ rodinu. Zatím však psychologa nenavštívila; o této akci uvažuje teprve krátce.

Schéma situace zasazené do paradigmatu zakotvené teorie je téměř shodné se situací prvního páru:

NÍZKÁ MÍRA KONTROLY NAD AE (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) → POTŘEBA SDÍLENÍ (JEV) → PROJEVY STÍŽNOSTÍ (KONTEXT) → POTŘEBA NEZATĚŽOVAT RODINU, BEZRADNOST (INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) → KRÁTCETRVAJÍCÍ ZVAŽOVÁNÍ PSYCHOLOGICKÉ POMOCI (STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) → NÁVŠTĚVA PSYCHOLOGAZATÍM NEUSKUTEČNĚNA (NÁSLEDKY)

## Pár Eva – Lukáš

### LUKÁŠ

Lukáš o onemocnění své partnerky hovoří stručně. Tvrdí, že si není jist, zda přítelkyně AE měla, když se poznali, nevšiml si toho, protože jak říká, přítelkyně to nedává na sobě znát a nese to statečně, do soukromého života jim její onemocnění nijak nezasahuje. Dle Lukáše Eva: *„tomu hodně nechává volný průběh, nesnaží se to ničím mazat a nechává to samovolně zahojit...když je to už úplně v koncích tak si myslím, že sáhne po nějaké masti nebo takhle, ale spíš to nechává samovolně doznít.“* Faktory připisuje spíše „hardwarovým důvodům“, jako je slunce nebo voda a horko, AE se Evě objevoval i u moře. O stresu, jak říká, nic neví, nevypozoroval v tomto žádné změny. Lukášovi onemocnění partnerky vůbec nevadí, ale není mu to jedno, chtěl by, aby Eva byla zdravá, ale říká, že je to v ničem neomezuje. Na otázku, zda se partneři někdy bavili o tom, že by Eva navštívila psychologa, odpovídá: *„Myslím, že nikdy jsme to neprobírali tady tím způsobem, že by to chtěla řešit přes psychologa.“*

### EVA + LUKÁŠ

Eva s Lukášem jsou ochotní ke společnému rozhovoru.

Lukáš znova shrnuje, že z jeho pohledu si nemoci nevšímá, a dle něj to musí Eva dobře kamuflovat, ale dodává, že víc si všímá alergie. Eva ale tvrdí, že Lukáš o AE ví, ale jak říká: *„Vzhledem k tomu, že si nemyslím, že by byla z tvojí strany možnost mi s tím nějak pomoci, tak to neřeším.“* Je však ráda za Lukášovu podporu; Lukáš se často ptá, jak se Evě daří. Teprve teď se Eva zmiňuje o své alergii, o které se v samostatném rozhovoru s námi nezmínila. Má alergii na pyly a kočky a psy, ale říká: *„ale jestli budeme chtít mít psa, alergie mi v tom nezabrání. To odmítám, jaksi principiálně.“* Pak hovoří o lécích na alergii a tvrdí, že na ekzém nezabírají. Shrnuje faktory, které jsme řešili v prvotním rozhovoru; shodují se v nich s Lukášem až na efekt ročního období, Lukáš si myslí, že větší vliv má na Evu léto, ale Eva upřesňuje, že ji s AE Lukáš v zimě už nezažil, protože se tomu naučila předcházet mazáním obličeje. Na otázku, zda se někdy s partnerem bavili o tom, že by Eva navštívila terapeuta, říká: *„Spolu jsme se o tom určitě nebavili. Snažila jsem se to taky řešit. Ponimrej se sama v sobě. Sama jsem zvažovala, ne tak jako jít nebo nejít, ale v rovině, ano kdybych tohle chtěla řešit, tak mi nezbude nic moc jiného, než se do něčeho takového pustit. Zatím to nebyla top priorita a snažím se to udržet. Věřím tomu, že je to cesta a pokud se jednou seberu*

*a půjdu tak to bude jedna z věcí, o které se budeme bavit. Ale nepřekonala jsem svou lenost k tomu. “*

Ze společného rozhovoru partnerů je zřejmé, že téma psychologické pomoci spolu neprobírali. To je dáno tím, že pro Evu není AE prioritou, zatím tuto nemoc řešit nepotřebuje, ale pokud by to bylo nutné, psychologické pomoci by využila a s partnerem by o tomto tématu komunikovala. Dle Lukáše Eva příliš nesdílí s partnerem své „stížnosti“ ohledně projevů ekzému; to je dáno tím, že toto onemocnění poměrně slušně zvládá díky svým strategiím, zejména prevenci AE, a dále pak si Eva uvědomuje, že není v Lukášových silách jí v tomto směru pomoci. Faktory spouštějící AE vidí oba odlišně; zatímco Lukáš spatřuje hlavní podíl na výskytu ekzému jen ve vlivu počasí, Eva k těmto faktorům přidává i psychické vlivy, zejména stres. AE do jejich společného život nezasahuje.

Podle paradigmatu zakotvené teorie můžeme schéma situace v tomto případě vyjádřit jako:

ČÁSTEČNÁ KONTROLA NAD AE, PŘESVĚDČENÍ O NEMOŽNOSTI PARTNEROVY POMOCI (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) → NÍZKÁ POTŘEBA SDÍLENÍ (JEV) → CHYBÍ PROJEVY STÍŽNOSTÍ (KONTEXT) → LENOST (INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) → ODKLÁDÁNÍ PSYCHOLOGICKÉ POMOCI (STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) → NÁVŠTĚVA PSYCHOLOGANEUSKUTEČNĚNA (NÁSLEDKY)

## 15. Výsledky výzkumu

Ze získaných dat vyplývají tyto výsledky a s nimi i odpovědi na naše výzkumné otázky:

### *1. Jak osoby s atopickým ekzémem hodnotí tento symptom z hlediska role v jejich životě?*

Pro osoby s AE v našem výzkumném vzorku je tento symptom z hlediska role v jejich životě buď záležitostí priority, nebo plní v jejich životě podružnou úlohu, což se ukázalo být klíčovým momentem pro jejich následné jednání a volbu strategií zvládání nemoci. Na určení této role mají dle respondentů významný vliv vlastnosti ekzému, jako je délka výskytu, lokalizace a fyzické strádání spojené s tímto onemocněním, jako je bolest nebo svědění. Nejkritičtěji probandi hodnotili lokalizaci ekzému na viditelných místech, zejména na rukou a na obličeji; ti, kterých se výskyt ekzému v uvedených oblastech týkal, hodnotili výskyt AE na obličeji jako nejvíce zatěžující faktor, a to buď z hlediska kontaktu s lidmi, coby sociální stigmatizace, tak z hlediska negativního sebehodnocení a sníženého sebevědomí v důsledku pocitu snížené atraktivity vůči opačnému pohlaví; dvě respondentky uvedly pocit ztráty ženskosti. Jedna participantka mající AE na obličeji a viditelných místech naopak projevila nadhled nad situací a s nepříjemnými reakcemi okolí se dokázala vypořádat, což dokázali další čtyři respondenti; těm se však AE na obličeji nevyskytoval, některým pouze na rukou. Dalším významným okamžikem, týkajícím se následného jednání a strategií zvládání AE, se ukázal být vhled do symptomu nemoci, který se týká pochopení souvislostí vzniku, výskytu a případného zlepšení ekzému či jeho úplného vymizení. Vhled vznikl v rámci odhalení faktorů ještě během onemocnění nebo po uzdravení a měl následně vliv na volbu strategií zvládání AE, a jeho nepřítomnost pak způsobila u probandů nejistotu, což vedlo k volbě odlišných strategií zvládání (viz 2. výzkumná otázka, str. 86). Na volbě strategií mají podíl také intervenující podmínky, které buď znesnadňují, nebo usnadňují volbu strategií a interakcí. Bylo zjištěno, že významným pozitivním aspektem je vhled - to, zda probandi proniknou či neproniknou do symptomu nemoci, to znamená, zda pochopí souvislostí vzniku, výskytu a případného zlepšení ekzému či jeho úplného vymizení, a pak mohou mít vliv na průběh onemocnění. Dalšími intervenujícími podmínkami podílejícími se na volbě strategií byla u probandů bezmoc v důsledku přesvědčení o vlastní neovlivnitelnosti nemoci v případě nejistoty, zvyk na nemoc, jenž snížil míru motivace k vyléčení AE a určitá omezení, která znemožňovala respondentům dosáhnout vnitřního klidu, snížit tak riziko výskytu AE a mít nad onemocněním kontrolu.

## *2. Jaké strategie využívají ke zvládnutí tohoto onemocnění?*

To, jaké strategie zvládnutí respondenti využívají, závisí na roli, jakou AE v jejich životě hraje, v dimenzi priorit – sekundárnost, a na tom, zda disponují vzhledem či zůstávají v nejistotě a na již zmíněných intervenujících podmínkách. Respondenty byly popsány tyto strategie zvládnutí onemocnění: nežádoucí strategie, neověřené strategie, potlačování, účinné strategie, předsevzetí a přání. Častým způsobem zvládnutí nemoci se ukázalo být potlačování projevů nemoci mastmi a léky, tato strategie je ale dle respondentů krátkodobě účinná, protože po vysazení preparátů se nemoc znovu vrací; potlačování projevů AE má, ale dle respondentů, význam v akutní fázi onemocnění. Nežádoucí strategií je škrábání, které sice na krátkou dobu svědění ekzému zmírní, ale způsobí poškození kůže a ekzém se pak hůře hojí. Ovládnutí škrábání je obtížně ovlivnitelné, někdy zcela nemožné. Neověřené strategie za určitých okolností fungovat mohly, ale bylo obtížné identifikovat jejich účinnost z důvodu dalších intervenujících vlivů nebo nežádoucích účinků, nebo o nich respondenti zatím jen uvažovali. Jednalo se zejména o využití alternativní léčby, jako je fototerapie a homeopatie. Homeopatie však byla pro jednu probandku účinnou strategií. Léčba antihistaminiky byla participanty hodnocena skepticky, nebyli si jisti, zda léky na ekzém zabírají, a jedna respondentka byla názoru, že nefungují. Účinné strategie se ukázaly být ty, které dokázaly AE dlouhodobě výrazně omezit, zastavit nebo jej ani nenechat rozvinout. Bylo zjištěno, že do těchto strategií patří prevence; ta se ukázala jako velmi účinná, důležité u ní bylo však vystihnout, kdy ji aplikovat. U jedné z participantek se ukázala jako účinná strategie změna, a to jak změna v prosazování sebe sama, tak změna okruhu přátel. Respondenti také poukazovali na účinný způsob vlivu na výskyt AE prostřednictvím změny stravování. Mezi další účinné strategie probandů řadili: zaneprázdněnost ve smyslu nevšímání si nemoci, detoxikace organismu – půsty, bylinky, homeopatie, koupele v ovesných vločkách; hospitalizace - zde byl zvažován také účinek klidového režimu, přijetí nemoci, projevování emocí, vyhledávání informací, sdílení, vnitřní klid. Probandi si dávali také některá předsevzetí, týkající se zlepšení stavu AE, což poukazuje na zvýšenou motivaci průběh onemocnění změnit. Nesplněné a nevykonané strategie, avšak zároveň také potenciálně možné, jsou přání, jež se ale ukázaly pro respondenty jako velmi důležité, neboť jim dávají naději a směr do dalšího života. Častá přání probandů se v souvislosti s AE týkala dosažení vnitřního klidu. Ukázalo se, že účinné strategie využívá šest respondentů z deseti; z toho čtyři zároveň využívají i strategii potlačování projevů AE. Příznaky AE potlačuje celkem osm participantů z deseti; dvě účastnice výzkumu využívá i neověřených strategií, neboť si nejsou jisty, jak dostat AE pod kontrolu.

### 3. Jaká je jejich představa o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují?

Faktory hodnocené respondenty jako ovlivňující výskyt AE se ukázaly být: a) *vlivy okolního prostředí*, ke kterým patří: změny počasí v souvislosti se změnami ročních období nebo s pylovou sezónou, pobyt u moře, reakce na potraviny, alergie na zvířata, nevhodný oděv, čisticí prostředky, chemie, prach a zhoršené ovzduší; b) *tělesné faktory*: zejména hormonální vlivy - v souvislosti s menstruací, těhotenstvím a porodem, imunita a genetická zátěž; c) *psychické faktory*: nejčastěji byl jmenován stres, který byl respondenty dále rozlišen na stres pramenící buď z pracovního přetížení, nebo nejistoty z udržení si pracovního poměru, potíží v manželství, zkuškového období, kolotoče všedního dne. Dvě respondentky uvedly jako možný faktor podílející se na výskytu AE opožděnou reakci na stres. Ukázalo se, že na AE může mít vliv také emoční zátěž, kterou probandí upřesnili jako pocházející z traumatického zážitku z minulosti, ze zklamání, ztráty emoční podpory, jako následek vlivu nepříznivých životních okolností nebo z rodinného prostředí. Jako možný faktor ovlivnění výskytu ekzému bylo uvedeno také předjímání výskytu AE, úzkostnost, nebo naopak klid. Ze všech uvedených faktorů byl jednoznačně jako pozitivní faktor zjištěn klid, který se pak často také vyskytoval v přáních respondentů. I když jedna respondentka uvedla výskyt ekzému právě v období klidu, sama tuto skutečnost upřesnila jako pravděpodobný důsledek opožděné reakce na stres. Pozitivním faktorem se ukázal pobyt u moře, ten byl ale prospěšný jen v tom případě, že došlo ještě před pobytem k zaléčení nemoci. U jedné probandky mělo na výskyt AE pozitivní vliv těhotenství. Pět participantů se domnívalo, že AE nespouští vždy jen jeden faktor, ale více faktorů souběžně. Dále bylo zjištěno, že pokud byly pozitivní faktory účastníky skutečně zaznamenány a odhaleny, mohly být následně využity jako strategie zvládnání AE; odhaleným negativním faktorům se respondenti naopak snažili vyhnout nebo jim předcházet.

V našem výzkumu se na základě zjištěných pravidelností dělí respondenti do pěti skupin podle toho, jakou roli AE hraje v jejich životech a které intervenující podmínky zasahují do procesu onemocnění. Z hlediska volby strategií a z toho vyplývající míry kontroly nad AE bylo zjištěno, že: skupina respondentů, pro niž byl ekzém prioritou, a zároveň si nebyli jisti faktory, které ovlivňují výskyt AE, volili strategii potlačování příznaků a neověřené strategie, a proto měli nad onemocněním nízkou míru kontroly. Stejně tak nízkou míru kontroly měli ti probandí, pro které nebyl ekzém prioritou, ale také zůstávali v nejistotě; ti využívali jen strategií potlačování z důvodu zvyku na přítomnost ekzému – to jim bylo nízkou motivací dostat AE pod kontrolu. Do skupiny, pro kterou bylo onemocnění prioritou,

a zároveň dosáhla vzhledu, co se týče faktorů, ovlivňujících ekzém, patří jen jedna respondentka. Má pod kontrolou ekzém jen částečně, protože sice užívá účinných strategií na základě vzhledu, ale na základě vyčerpání kvůli neustálému boji s ekzémem se neubrání strategii potlačování příznaků. Skupiny, pro které je ekzém podružnou záležitostí a zároveň mají vzhled do situace, jsou dvě: jedna skupina je na tom z hlediska kontroly nad AE nejlépe; využívá účinných strategií, protože jí nic nebrání v tomto procesu, a má nemoc pod kontrolou. Naopak druhá skupina sice ví, co by měla udělat, aby snížila riziko výskytu AE na minimum, ale v realizaci jí brání určitá omezení, jako je permanentní stres z důvodu péče o své blízké – děti a prarodiče současně, nebo setrávání v pracovním v procesu, který je nadměrně zatěžující, nebo osobní charakteristika: z důvodu momentální remise odkládání zabývat se řešením této situace. Z hlediska kontroly nad onemocněním je zřejmé, která skupina je na tom nejlépe; z hlediska spokojenosti respondentů tomu tak být nemusí.

#### *4. Jakou roli hraje při tomto onemocnění u osob s AE psychologická pomoc?*

Z analýzy dat vyplynulo, že na rozhodování o návštěvě psychologa má vliv míra kontroly nad AE. Pokud byla nízká, pak se zvedla potřeba sdílení participantek. Svými stížnostmi nechtěly zatěžovat rodinu, a protože zároveň také zvažovaly podíl psychologických faktorů na daném onemocnění, přemýšlely o návštěvě psychologa. V souvislosti s AE přemýšlely o návštěvě psychologa v kontextu zkoumaného jevu zatím jen tři participantky. Z těchto probandek návštěvu psychologa podnikla jen jedna; nemůže však zatím psychologickou pomoc zhodnotit, neboť návštěvy využila zatím jen jednou. Druhá participantka zatím o této možnosti uvažuje jen krátce, proto návštěvu zatím nezrealizovala. Respondentka, která částečně dokázala kontrolovat onemocnění a zároveň byla přesvědčena o tom, že jí partner nemůže s AE pomoci, neměla potřebu sdílení tak vysokou. I když o psychologické pomoci někdy uvažovala, vyskytuje se nyní ve stadiu remise a jak tvrdí, její lenost a podružnost AE v jejím životě jí zatím brání návštěvu zrealizovat. Co se týká dalších participantů, tři o využití služeb psychologa neuvažovali, a to ani z jiných důvodů, než z důvodu ekzému. Tři respondentky využily psychologické pomoci z jiných důvodů, než je AE, a to ve spojitosti s těžkostmi v životě, jako je nešťastné manželství, traumatizující zážitky nebo stres. Tyto respondentky hodnotí psychologickou pomoc kladně. Jedna participantka dochází k psychiatrovi z důvodu depresí.



### *5. Jak tento symptom hodnotí partneri osob s AE?*

Partneri respondentek, kteří souhlasili s rozhovorem, na nemoc nahlíží poměrně odlišně než jejich partnerky, a to zejména z hlediska faktorů, které onemocnění spouštějí, tak z hlediska vlivu AE na jejich společný život. U prvního páru oba partneri vnímají onemocnění jako zatěžující, ale oba z jiného důvodu, Alenu spíše zatěžuje její vlastní sebelítost a zaujetí onemocněním, u Martina je to důsledek nemoci, a to nevyrovnanost jeho ženy. Na možnost psychického vlivu na AE nahlíží partneri také rozdílně, Alena je této možnosti více nakloněna, Martin na ni poukazuje je v souvislosti s těhotenstvím manželky. Druhý pár se ve faktorech ovlivňujících AE shoduje více, nicméně Karel je přesvědčen o významném vlivu psychických faktorů na AE, zejména přílišným zaobíráním se AE partnerky, kdežto Františka o tomto vlivu zatím jen přemýšlí. Zatímco Františka je přesvědčena o zatížení její nemoci celou rodinou, Karel takto nesmýšlí; opět poukazuje na hlavní problém, a to je přílišné zaujetí jeho partnerky touto nemocí. Obě partnerky – Alena i Františka, mají velkou potřebu sdílení, protože jejich kontrola onemocnění je nízká. S tím pak také souvisí zvažování psychologické pomoci, která roste s myšlenkou, že psychické faktory mohou mít na výskyt AE vliv. Tyto dva páry spolu komunikují o nepohodě a zátěži, kterou AE skýtá; nelze však posoudit, do jaké míry. Probandky a jejich partneri hovořili spíše o stěžování si na projevy nemoci ze strany partnerek, i když se partneri dle jejich výpovědi snaží své partnerky podpořit. U třetího páru je situace poněkud odlišná, protože partnerka Eva částečně dokáže projevy AE kontrolovat a protože je si vědoma nemožnosti pomoci ze strany partnera s daným onemocněním, nemá tak velkou potřebu sdílení. I když o psychologické pomoci někdy uvažovala, její lenost a podružnost AE v jejím životě jí zatím brání návštěvu zrealizovat. Tento pár spolu komunikuje o onemocnění minimálně. Partner pak hodnotí symptom této nemoci jako nezatěžující a nezasahující do společného života.

### *6. A jak mohou být tyto poznatky využity v psychotherapeutické praxi?*

Výpovědi respondentů i jejich partnerů v našem výzkumu nám přiblížily život osob s AE, jejich náhled na symptom, představy o faktorech, které onemocnění ovlivňují a strategie zvládání, které využívají. Z hlediska psychoterapie tak pak můžeme těmto osobám lépe porozumět v jejich prožívání a chování a vhodně je pak podpořit a pomoci jim.

## 16. Diskuze

Diskuze se zabývá srovnáním výsledků výzkumu s již zjištěnými poznatky, validitou výzkumu, limity studie, a implikací zjištěných výsledků pro praxi.

### SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ

Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že faktory hodnocené respondenty jako ovlivňující výskyt AE byly z větší části v souladu s již zjištěnými faktory z výzkumů nebo uvedenými v existující literatuře, ale probandi je dokázali blíže specifikovat, a to zejména stresové faktory a faktory emoční zátěže (viz c)). Ostatní jmenované faktory již byly uvedené v teoretické části výzkumu:

a) *vlivy okolního prostředí*, ke kterým patří: změny počasí v souvislosti se změnami ročních období nebo s pylovou sezónou, pobyt u moře (srov. Novotný, 2010); reakce na potraviny (srov. Čelakovská, J., 2013); alergie na zvířata, nevhodný oděv, čisticí prostředky (Novotný, 1993); chemie, prach a zhoršené ovzduší (srov. Pesce et al., 2014; Rönmark et al. 2012),

b) *tělesné faktory*: zejména hormonální vlivy; v souvislosti s menstruací, těhotenstvím a porodem (srov. Čapková et al., 2010; Werfel & Kapp, 1998); imunita (srov. Novotný et al., 1993) a genetická zátěž (srov. Koblenzerová, 1983, in Baštecký et al.; 1993; Novotný et al., 1993).

c) *psychické faktory*: nejčastěji byl jmenován stres (srov. Benáková, 2010, Morschitzky & Sator, 2007), který byl respondenty dále rozlišen na stres pramenící buď z pracovního přetížení, nebo nejistoty z udržení si pracovního poměru, potíží v manželství, zkouškového období, kolotoče všedního dne. Dvě respondentky uvedly jako možný faktor podílející se na výskytu AE opožděnou reakci na stres. Ukázalo se, že na AE může mít vliv také emoční zátěž (srov. Benáková, 2010; Poněšický, 2010; Koblenzerová, 1983, in Baštecký et al., 1993), kterou probandi upřesnili jako pocházející z traumatického zážitku z minulosti, ze zklamání, ztráty emoční podpory, jako následek vlivu nepříznivých životních okolností nebo z rodinného prostředí. Jako možný faktor ovlivnění výskytu ekzému bylo uvedeno také předjímaní výskytu AE, úzkostnost (srov. Boehm et al., 2012; Hůlková et al., 2008), nebo naopak klid. Vzhledem k tomu, že všichni jedinci v našem výzkumu připouštěli možnost stresu coby faktoru působícího na výskyt AE, toto je v souladu s Klímovou (2015b), která

tvrdí, že pojem psychosomatika je přijímán laickou veřejností stále více, lidé si více v dnešní době připouštějí propojení psychické a fyzické schránky; toto zjištění je však limitováno jen naším výzkumným vzorkem, nelze jej zobecnit na celou populaci osob s AE.

Z hlediska toho, že nebyl nalezen žádný výzkum, který by se zabýval strategiemi zvládnání atopického ekzému z hlediska osob s AE, není možné porovnat výsledky s podobnou studií. Pokud je ale porovnáme výsledky s názory lékařů z teoretické části naší práce, co se týká užívání kortikoidních preparátů, je v akutním stadiu nezastupitelné jejich podávání (Benáková, 2010), což potvrdili i respondenti. V literatuře jsou uváděny negativní důsledky na kůži, jako je atrofie kůže nebo zvyk či závislost na preparát (Benáková, 2010), což zmiňuje jen jedna respondentka, participanti si dále stěžovali na potlačování AE těmito preparáty, o čemž se naopak nezmiňuje literatura. Dle Benákové (2010) bývají základem vnitřní terapie zejména antihistaminika. Tyto léky označili respondenti v našem výzkumném vzorku jako neověřené, protože si nejsou vědomi žádné změny po jejich užívání, neví, zda pomáhají, jedna probandka vyjádřila spíše negativní postoj k těmto lékům. Novotný (2010) zmiňuje v souvislosti s AE užívání hypnotik, sedativ či psychofarmak u osob s nespavostí, rozladěností nebo výrazným svěděním, užití těchto léků respondenti neuvádějí. Svědění bylo ale respondenty popisováno jako velmi nepříjemné a neovladatelné vůlí; docházelo i k rozškrábání až do krve, na což poukazuje i literatura (srov. Novotný et al., 1993). Benáková (2010) pokládá fototerapii za dostupnou a relativně bezpečnou volbu léčby, která snižuje zejména svědění, nevyužívá se však u těžších forem AE. K této formě léčby se participanti vyjadřovali skepticky jako o neověřené strategii, ale mluvili o ní právě respondenti s těžší formou AE. Floating (Kavková et al., 2013) a léčbu probiotiky (Drago & Toscano, 2015) ani jeden z respondentů zatím nevyzkoušel. V literatuře se hovoří o prevenci jako o významné součásti léčby (Čapková, 2008, in Jiráková, 2012), což dokazuje zejména jedna participantka v našem výzkumu. Jako další možnosti léčby Novotný (2010) uvádí psychoterapii, homeopatii, muzikoterapii, akupunkturu, akupresuru, hypnózu a z relaxačních technik autogenní trénink. Účastníci výzkumu jmenovali homeopatii z těchto možností; zatímco jedna respondentka hodnotila tento způsob léčby jako úspěšný, druhá jej vnímala negativně, a to z důvodu znatelného zhoršení projevů AE po podání homeopatik.

O psychoterapii, resp. psychologické pomoci přemýšlely v souvislosti s AE tři participantky a jen jedna návštěvu v tomto kontextu uskutečnila. Dělo se tak ale v případech, kdy respondentky neměly onemocnění pod kontrolou a měly proto vyšší potřebu sdílení.

Na základě společných rozhovorů bylo zjištěno, že páry spolu komunikují o nepohodě a zátěži, kterou AE skýtá; nelze však posoudit, do jaké míry. Partnerské dvojice hovořily spíše o jednosměrném stěžování si na projevy nemoci ze strany respondentek s AE, i když se partneři dle jejich výpovědi snažili své partnerky podpořit. Otázkou zůstává, jak se mluví v těchto rodinách o ostatních záležitostech, a zdali v rodinách panuje emoční pohoda, protože jak Gjuričová a Kubička (2003) uvádějí, v rodinách, kde se naopak o pocitech nemluví, a emoční nepohoda bývá terčem kritiky nebo je přehlížena, mohou být tyto problémy nebo potřeby transformovány do tělesné roviny v podobě symptomů. Podobného názoru je Minuchin (2013), který pohlíží na symptom nemoci jako na projev určitého problému v rodinném systému, kdy choroba dle něj vznikala v určitém kontextu, na základě interakce a chování členů rodiny. Na to, abychom však mohli vyvozovat podobné závěry z našich rozhovorů s participanty, máme málo informací. Tato otázka překračuje rámec našeho výzkumu; a byla by pravděpodobně spíše záležitostí psychoterapie než výzkumnou otázkou, je však smysluplné o ni uvažovat. Další otázkou je využití psychologické pomoci u respondentek (Gabriela, Helena a Cecílie), které využily této pomoci ne v souvislosti s onemocněním, ale za účelem řešení životních těžkostí a krizí. Tyto tři participantky se jednoznačně shodují v tom, že psychologická sezení měla na jejich prožívání pozitivní vliv; pomohla jim ujasnit si určité skutečnosti v jejich životě a nasměrovat je v řešení určitých problémů. Respondentka, která je nyní ve stadiu remise a má vysokou kontrolu nad onemocněním, navštívila psychologa také v období bez výskytu AE. Další dvě participantky, které uskutečnily tuto návštěvu v období relapsu, mají nad AE částečnou kontrolu. Do jaké míry však měla tato psychologická pomoc vliv na výskyt AE u těchto osob, zůstává nejistý, a vyžadoval by podrobnější prozkoumání.

## VALIDITA VÝZKUMU

Dle Miovského (2006) jsou výsledky výzkumu validní tehdy, když je zajištěna pravdivost a jistota vyvozených výsledků. V případě zakotvené teorie, zvolené v našem výzkumu, se jedná o průběžné navracení se zpět k datům k ověřování teorie, kterou vytváříme, ale i navracení se do terénu, pokud obsah dat vykazuje určité nejasnosti. Tento postup jsme dodrželi; navracení se do terénu bylo využito u tří participantů (Helena, Ivan a Beáta). U Heleny a Ivana se jednalo o ověření role AE z důvodu správného zařazení do skupiny z hlediska upřesnění role AE v jejich životě a u Beáty to bylo ujasnění jejího smýšlení o návštěvě psychologa. Jak Miovský (2006) dále uvádí, protože validitu výzkumu ovlivňuje i výzkumník, v případě zkušenosti s daným fenoménem by měl být schopen reflektovat svoji

zkušenost; proto ještě před rozhovory jsme si své zkušenosti i názory na AE uvědomili a vypsalí, abychom je mohli odložit stranou a mohli tak být schopni oddělit jejich působení na náš pohled na svět od procesu objektivního popisu či hodnocení vnější či vnitřní reality. Miovský (2006) dále poukazuje na to, že autentičnost je zásadním předpokladem validity i úspěchu výzkumu. Domníváme se, že autentičnost spolu s naším zmíněním se o zkušenosti s AE zvýšila důvěru participantů a následně i jejich sdílnost. To bylo zjevné u osob trpících ekzémem; u partnerů osob s AE se taková sdílnost v poměru k respondentům s AE však neprojevila. Do jaké míry byl ale ovlivněn průběh výzkumu osobností a chováním výzkumníka, není možno objektivně posoudit.

## LIMITY STUDIE

Jako výzkumný soubor jsme si určili dospělé osoby s touto diagnózou. K získávání potenciálních účastníků výzkumu byla zvolena kombinace metody samovýběru, příležitostného výběru a metody sněhové koule, za účelem zvýšení pravděpodobnosti různorodosti vybraného vzorku, jako nejefektivnější metoda se ale ukázala metoda samovýběru, kdy sedm osob reagovalo na inzerát na internetových fórech. Tito respondenti však mohou vykazovat určité shodné charakteristiky. Již tento fakt vylučuje zobecnění dat získaných z výzkumu na celou populaci osob s AE. Součástí výzkumného vzorku byly také dvě studentky psychologie bakalářského a doktorandského studia (Beáta a Eva), které se s tématem psychosomatiky již během studia setkaly, a měly proto svým způsobem zjednodušený vhled do situace jejich onemocnění. Podíl mužů a žen v našem výzkumu je 2:8, vyrovnanějšího vzorku bychom docílili větším počtem mužů, získat jich více se nám však nepodařilo; jeden muž odstoupil od výzkumu ještě před rozhovorem z důvodu časové zaneprázdněnosti. Limitujícím faktorem je také účast nízkého počtu partnerů osob s AE v našem výzkumu, ta však nebyla zásadním kritériem pro účast potenciálních respondentů. I když v průběhu získávání dat došlo k saturaci, protože již poslední dva rozhovory nepřinášely nové informace, výsledky jsou přesto limitovány, neboť není vyloučeno, že navýšením počtu dalších účastníků by mohlo být nalezeno více souvislostí odkrývající podstatu daného jevu a výskytem jiných intervenujících podmínek by mohlo být odkryto více pravidelností.

Na základě zakotvené teorie byla schémata skupin, u kterých byly nalezeny určité pravidelnosti, zasazena do jejího paradigmatu; tato teorie by měla být do té míry pružná, aby se dala aplikovat v rozmanitých situacích v rámci zkoumaného fenoménu a dále by měla mít

následně schopnost vlivu na zkoumaný jev (Strauss & Corbinová, 2006). Tento cíl jsme se snažili splnit, ale do jaké míry jsme byli úspěšní, by však bylo nutné ověřit dalším výzkumem, zejména kvantitativní výzkumnou metodou.

## IMPLIKACE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ PRO PRAXI

Specifické výpovědi respondentů umožnily širší náhled do problematiky atopického ekzému jak z hlediska faktorů, strategií, tak i role AE z hlediska tohoto symptomu. Propojení souvislostí mezi těmito aspekty a následná teorie vytvořená na základě nalezení pravidelností může být využitelná v psychologické praxi; schémata vytvořená na základě zakotvené teorie by mohly pomoci při pochopení jednání a užívání strategií osob s AE.

Jako přínosné se rovněž ukázaly rozhovory partnerů osob s daným onemocněním; jejich náhled na symptom se ukázal být poněkud odlišný než u partnerek, a to jak z hlediska faktorů, které onemocnění ovlivňují, tak z hlediska vlivu AE na jejich společný život; tento odlišný pohled je přínosný, protože nahlíží na onemocnění z jiné perspektivy. Bylo zřejmé, že společným rozhovorem se místy dostala na povrch témata, o nichž se dříve mezi partnery nehovořilo. To by mohlo být aplikovatelné a přínosné pro oba partnery zejména v párovém poradenství nebo párové terapii.

## NÁVRHY DALŠÍHO VÝZKUMU

Co se týká nově vytvořené teorie, bylo by žádoucí ověřit ji v praxi kvantitativním způsobem. Protože existuje jen velmi málo výzkumů týkajících se AE využívajících kvalitativní přístup, chtěli bychom se tímto tématem v příštím výzkumu zabývat i nadále. Z hlediska kontroly nad onemocněním je v našem výzkumu zřejmé, která skupina respondentů je na tom nejlépe; z hlediska spokojenosti respondentů tomu tak být nemusí; proto by bylo prospěšné v budoucích výzkumech zaměřit se právě na životní spokojenost osob s AE. Jelikož bylo zjištěno, že u jedinců s lokalizací AE na viditelných místech, zejména na obličeji, má tento jev výrazný dopad na sebevědomí těchto osob, bylo by také prospěšné zmapovat specifika nemoci u těchto jedinců.

## 17. Závěry

Cílem výzkumu je pokusit se popsat, zmapovat a porozumět zkušenosti osob s diagnózou atopický ekzém z hlediska role tohoto symptomu v jejich životě, strategií zvládání, a jejich představě o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují, a zmapovat, jakou roli hraje při tomto onemocnění u osob s AE psychologická pomoc a zda jí tyto osoby využily či využívají. Cílem je rovněž zmapovat, jak na onemocnění nahlízejí partneři osob s AE.

Na základě získaných údajů z našeho výzkumu lze konstatovat tyto závěry:

- Faktory hodnocené respondenty jako ovlivňující výskyt AE byly z větší části v souladu s již zjištěnými faktory, ale probandi je dokázali blíže specifikovat. Potvrdilo se, že z psychických faktorů je vliv stresu na AE zřejmý. Novým zjištěním je možný vliv předjímání výskytu AE, a specifikace vlivu stresových faktorů, kterými jsou: pracovní přetížení, nejistota udržení si pracovního poměru, potíže v manželství, zkouškové období, kolotoč všedního dne, opožděná reakce na stres; a emoční zátěže, na které mohou mít podíl: traumatické zážitky z minulosti, zklamání, ztráta emoční podpory, následek vlivu nepříznivých životních okolností nebo rodinné prostředí. Klid coby pozitivní faktor se ukázal být významným aspektem zasahujícím do procesu onemocnění; probandi jej často zmiňovali i ve svých přáních.
- Jedincis AE se v tomto výzkumu se od sebe liší v představě o faktorech, které ovlivňují výskyt AE. Zatímco některým probandům jsou tyto faktory zřejmé, a to buď na základě dlouhodobé zkušenosti s touto nemocí, nebo náhlého pochopení, jiným jsou faktory zatím nejasné; to se děje zejména v situacích, kdy je faktorů mnoho a překrývají se. Pět respondentů uvedlo, že AE nespouští vždy jen jeden faktor, ale více faktorů souběžně.
- Náhled na roli AE v životě respondentů v dimenzi priorita – sekundárnost, a přítomnost či nepřítomnost vzhledu do procesu vzniku, rozvoje či vymizení daného onemocnění formuje způsob, jakým jedinec reaguje na zkušenost s atopickým ekzémem a jaké strategie přitom využívá. Přítomnost vzhledu přitom zajišťuje schopnost ovlivnění nemoci respondentem. Do tohoto procesu zasahují také další intervenující podmínky, které mají vliv na volbu strategií zvládání AE, jako je bezmoc v důsledku přesvědčení o vlastní neovlivnitelnosti nemoci v případě nejistoty, zvyk na nemoc, jenž snižuje míru motivace k vyléčení AE a určitá omezení, která znemožňují respondentům dosáhnout vnitřního klidu, snížit tak riziko výskytu AE a mít nad onemocněním kontrolu, ale i nadhled nad

onemocněním, který naopak průběh onemocnění osobám s AE usnadňuje. Participantů se pak dle kombinace aspektů formujících jejich strategie zvládnání nemoci dělí do skupin, které mají různou kontrolu nad onemocněním.

- Role AE může být také hodnocena osobami s atopickým ekzémem z hlediska míry zátěže a míry ohrožení sebevědomí těchto osob, odvíjejících se od vlastností ekzému, jako je délka výskytu, lokalizace a fyzické strádání spojené s tímto onemocněním, jako je bolest nebo svědění. Nejkritičtější byla probandy hodnocena lokalizace ekzému na viditelných místech, zejména na rukou a na obličeji; u respondentů s lokalizací výskytu AE na obličeji byl tento faktor hodnocen jako nejvíce zatěžující, a to buď z hlediska kontaktu s lidmi, coby sociální stigmatizace, nebo z hlediska negativního sebehodnocení a sníženého sebevědomí v důsledku pocitu snížené atraktivity vůči opačnému pohlaví; pro tyto osoby byl zároveň ekzém prvořadou záležitostí.
- U osob s AE v našem výzkumu má na rozhodování o využití psychologické pomoci vliv míra kontroly nad AE. Pokud byla míra kontroly nízká, pak se spolu se vzrůstající mírou zátěže spojenou s tímto onemocněním a ohrožením sebepojetí u osob s AE zvedla také potřeba sdílení, která pokud nebyla určitým způsobem naplněna v domácím prostředí, a navíc pokud respondentky braly v úvahu možné psychické faktory ovlivňující výskyt nemoci, vedla ke zvažování psychologické pomoci, protože probandky svými stížnostmi nechtěly zatěžovat rodinu. Z těchto participantek návštěvu psychologa podnikla jen jedna, ale právě z důvodu jen jednoho sezení nemůže tuto návštěvu zhodnotit; druhá respondentka zatím o této možnosti přemýšlí jen krátce, proto návštěvu zatím nezrealizovala. Respondentka, která částečně dokázala kontrolovat onemocnění a zároveň byla přesvědčena o tom, že jí partner nemůže AE pomoci, neměla pak potřebu sdílení tak vysokou. I když o psychologické pomoci někdy uvažovala, vyskytuje se nyní ve stadiu remise a její lenost a podružnost AE v jejím životě jí zatím brání návštěvu zrealizovat. Tři další respondentky využily psychologické pomoci bez souvislosti s AE, zaměřily se však na problémy, se kterými se v dané době potýkaly. I když probandky uváděly pozitivní vliv návštěv psychologa na jejich prožívání a řešení problémů, nelze určit míru ovlivnění výskytu AE touto pomocí.
- Probandi v této studii dosahují určité úrovně kontroly nad AE, a to prostřednictvím strategií, které užívají v procesu zkušenosti s atopickým ekzémem. Z hlediska této kontroly onemocnění se jako nejúspěšnější skupina ukázala ta, pro kterou AE nebyl



prioritou v životě, ale která porozuměla na základě souvislostí vzniku, výskytu či vymizení ekzému, ovlivňujícím faktorům. Tato skupiny využívala účinných strategií. Částečnou kontrolu pak nad onemocněním měli ti, kteří jako již zmíněná skupina měli do situace vhléd a nemoc pro ně nebyla prioritou, ale vyskytovaly se určité podmínky, které jejich úplné kontrole AE bránily, jako je nemožnost snížení stresové zátěže z důvodu nadměrné, ale nutné péče o své blízké, či z důvodu setrvávání v nadměrně náročném pracovním procesu, anebo z důvodu odkládání řešení pramenící z momentální remise. Pro tuto skupinu to znamenalo využívat částečně účinných strategií a částečně potlačování příznaků nemoci. Také jedna respondentka, která sama tvoří skupinu, měla částečnou kontrolu nad AE, ale z jiného důvodu. Pro tuto participantku byl ekzém prioritou a prohlédla faktory, které ovlivňovaly výskyt AE, ale byla nestálým bojem s nemocí unavena, a tak kromě účinných strategií využívala i potlačování projevů nemoci. Dvě skupiny měly nejnižší kontrolu nad onemocněním. Pro jednu skupinu byl AE podružná záležitost a ovlivňující faktory byly respondentům nejasné. Svou roli zde hrál i zvyk, a to vedlo k nízké motivaci pro změnu. Probandi se omezili na strategii potlačování projevů AE. Druhá skupina využívala rovněž potlačování, ale z hlediska motivace změnit průběh choroby zkoušela využívat i neověřené strategie. Pro tyto respondenty byl ekzém prvořadou záležitostí.

- Partneři respondentek, kteří byli ochotni poskytnout rozhovor, se spíše ve svém náhledu na nemoc od svých partnerek liší, a to zejména z hlediska psychických faktorů, které onemocnění ovlivňují, tak z hlediska vlivu AE na jejich společný život. Všechny tři páry se odlišují v hodnocení podílu psychických faktorů na výskytu a průběhu AE. Dále dva páry hodnotí sice onemocnění jako zatěžující, ale každý z páru tak smýšlí z jiného důvodu. Třetí pár se v hodnocení AE shoduje; oba partneři hodnotí AE jako nezatěžující a nezasahující do společného života.

## Souhrn

Volbu tématu této práce ovlivnila naše zkušenost s AE, zjištění o vysokém počtu jedinců trpících touto kožní chorobou a studium literatury zabývající se danou problematikou.

Cílem našeho výzkumu je pokusit se popsat, zmapovat a porozumět zkušenosti osob s diagnózou atopický ekzém z hlediska role tohoto symptomu v jejich životě, strategií zvládání a jejich představě o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují, a zda v souvislosti s daným onemocněním tyto osoby využívají psychologické pomoci. Zjišťujeme také, jak na symptom nahlízejí partneři osob s AE, a to z důvodu komplexnějšího popisu zkoumaného jevu.

Protože záměrem této práce je porozumět vztahu tělesné, psychické a sociální roviny u atopického ekzému, je danému cíli uzpůsoben i obsah teoretické části, tvořící šest základních kapitol. Jelikož nahlížíme na onemocnění z hlediska psychosomatiky, vycházíme v první kapitole teoretické části této práce z psychosomatického pojetí jedince coby bio – psycho – sociálně - spirituální jednoty (Orel, Facová, et al., 2009). Během zrodu a rozvoje psychosomatiky vznikala celá řada psychosomatických teorií; my zde uvádíme ty základní, mezi něž patří psychoanalýza, teorie stresu a kortikoviscerální koncepce (Baštecký et al., 1993). Dále se zamýšlíme nad tím, zda existuje obecná charakteristika psychosomaticky nemocných a jaký význam pro tyto osoby může mít symptom určité choroby. Jung (1995) v této souvislosti hovoří o archetypu Stínu a Bierach (1995) poukazuje na symptom jako na varovný signál duše, jehož odhalení může chorobu nejen vyléčit, ale také nově nasměrovat náš život.

Druhá kapitola je jádrem teoretické části; pojednává o specifikách AE z hlediska diagnózy. Vymezuje pojem AE a podrobněji se zabýváme funkcí kůže coby nejrozsáhlejšího lidského orgánu těla a pruritem, jež je označován za základní rys atopické dermatitidy. Popisujeme vznik tohoto stimulu a jeho proces zpracování v oblasti mozku. Zabýváme se také stádií a formami daného onemocnění. Co se týká epidemiologie AE, výskyt tohoto onemocnění neustále stoupá, predikce o rapidním nárůstu této choroby, kdy se měl stát každý druhý Evropan v roce 2015 alergikem (Horwitz et al., 2009, in Jiráková, 2012), se však zatím nepotvrdila. V následující kapitole se zabýváme léčbou AE a její úspěšností; prognóza se z pozice lékařů jeví spíše pesimisticky, a to z důvodů celoživotních dispozic k dané chorobě

a její nevléčitelnosti (Čapková, 2008, in Jiráková, 2012). Zmiňujeme potencionálně nový terapeutický postup při léčbě ekzému, a tím je užívání probiotik, na něž se ve svém výzkumu zaměřili, Drago a Toscano (2015). Relativně novou technikou k léčbě AE a jiných kožních onemocnění je tzv. floating, nazýván také technikou omezené zevní stimulace (Kupka et al., 2012 in Kavková et al., 2013)

Náplní třetí kapitoly je pohled na ekzém z psychosomatické perspektivy. Poněšický (2010) řadí AE do psychosomatóz F54, a jak dále uvádí, klíčovou úlohu u daného onemocnění hraje emocionální deficit, který byl spuštěn určitou psychosociální situací a promítl se do tělesné sféry. Příčiny a podmínky podílející se na vzniku a průběhu onemocnění shledává autor z hlediska etiopatogeneze multifaktoriálně komplexní, a podíl psychických a fyzických činitelů pak u jedince jako individuální. Pokud dominantní roli hraje u jedince dědičný faktor, pak k propuknutí onemocnění bude stačit menší psychické zatížení než u jedince, který takové silné dědičné dispozice nemá (Poněšický, 2010). I když se mnozí autoři různí ve svém psychosomatickém pohledu na symptom AE, dle Poněšického (2014) se naopak mnoho autorů shoduje v tom, že se jedinec s AE vyznačuje výraznou symbiotickou vazbou na matku. Soustavné zabývání se kůží pak představuje kompenzaci emočního kontaktu.

Protože ekzém je řazen k chorobám multifaktoriálním, a dosud nebyla zjištěna jednoznačná příčina tohoto onemocnění, neboť působící vlivy se sdružují a prolínají, a jejich samostatné odhalení je proto značně nesnadné (Čapková et al., 2010), v kapitole Etiologie AE pojednáváme o biologických a psychosociálních faktorech a faktorech životního prostředí, které se mohou spolupodílet na daném onemocnění. Psychosociální faktory dále rozvádíme v podkapitolách: Stres, Psychické dispozice, Emoce a Rodina.

V páté kapitole uvádíme přehled výzkumů, týkající se problematiky AE; v těchto výzkumech se nám nepodařilo nalézt takový kvalitativní výzkum, který by se zabýval pohledem dospělých osob na tuto diagnózu AE v souvislosti se strategiemi zvládnání, a s faktory, které tyto osoby samy pokládají za ovlivňující výskyt AE, a s jejich názorem na symptom z hlediska role v jejich životě, a proto jsme se v této práci na tyto aspekty zaměřili. Šestá kapitola nabízí předpokládaný význam poznatků našeho výzkumu pro praxi.

Na počátku empirické části naší studie jsme si na základě cílů výzkumu položili tyto výzkumné otázky: *Jak osoby s atopickým ekzémem hodnotí tento symptom z hlediska role v jejich životě? Jaké strategie využívají ke zvládnutí tohoto onemocnění? Jaká je jejich představa o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují? Jakou roli hraje při tomto onemocnění u osob s AE psychologická pomoc? Jak tento symptom hodnotí partneři osob s AE? A jak mohou být tyto poznatky využity v psychoterapeutické praxi?*

Vzhledem k uvedenému tématu a stanoveným výzkumným cílům i otázkám jsme si pro náš výzkum zvolili kvalitativní design, který klade důraz na proces při zkušenosti se zkoumaným jevem, a tím je zakotvená teorie. Proto bylo cílem rovněž vytvořit teoretický rámec týkající se zkušenosti s AE prostřednictvím této metody. Účastníci výzkumu byli získáni prostřednictvím kombinace metody samovýběru, příležitostného výběru a metody sněhové koule, z nichž nejúspěšnější se ukázala být metoda samovýběru. Do výzkumu se přihlásilo celkem třináct osob, z nichž bylo vybráno deset, které splnili následující kritéria pro výzkum: a) byly dospělými osobami ve věku minimálně 18 let, b) byl jim v průběhu života diagnostikován atopický ekzém, který se vracel i po medikamentózní léčbě, c) byly ochotny sdílet své zkušenosti s touto nemocí. Tyto osoby byly dále dotázány, zda mají partnera a pokud ano, zda je možnost rozhovoru také s nimi. S tímto souhlasili tři partneři probandek; výzkumný vzorek tedy nakonec utvořilo 13 osob. K získání dat jsme zvolili semistrukturované hloubkové interview, zaměřené na závažnost symptomu atopického ekzému. Tento typ interview jsme vybrali s ohledem na povahu zkoumaného jevu, kdy bylo žádoucí maximálně se přizpůsobit probandům jak z hlediska jejich komfortu, tak respektování jejich soukromí. Zároveň však bylo žádoucí mít utvořené schéma, kterého bychom se drželi, což bylo nutností pro zodpovězení výzkumných otázek.

Proces analýzy dat byl proveden podle koncepce zakotvené teorie na základě otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Byla vyložena základní kostra příběhu a zvolena centrální a pomocná kategorie. Kategorie a subkategorie byly následně na základě kontextu uvedeny do vzájemných vztahů dle paradigmatu zakotvené teorie (Strauss & Corbinová, 1999, 72): (A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY

Bylo zjištěno, že náhled na roli AE v životě respondentů v dimenzi priorit – sekundárnost, a jejich přítomnost či nepřítomnost vzhledu do procesu vzniku, rozvoje či vymizení daného onemocnění formuje způsob, jakým jedinec reaguje na zkušenost s atopickým ekzémem a jaké strategie přitom využívá. Určení role AE se přitom odvíjí od míry zátěže, kterou toto onemocnění skýtá, na čemž se podílí vlastnosti ekzému, jako je délka výskytu, lokalizace AE a fyzické strádání spojené s tímto onemocněním a z toho vyplývající určitá míra sociální stigmatizace a negativního sebehodnocení nebo naopak nadhled nad situací. Do tohoto procesu zasahují také další intervenující podmínky, které mají vliv na volbu strategií zvládnání AE a následně pak na míru kontroly daného onemocnění. Na základě těchto zjištěných pravidelností byli probandi odlišeni do pěti skupin a schémata jednotlivých skupin byla pak zasazena do uvedeného paradigmatu zakotvené teorie. Ukázalo se, že z hlediska míry kontroly nad AE jsou na tom nejlépe ti probandi, pro které onemocnění není prioritou v jejich životě, dosáhli vzhledu do procesu onemocnění a nebrání jim žádné další intervenující podmínky k vysoké kontrole nad jejich onemocněním. Postupu zakotvené teorie bylo také využito při analýze společných rozhovorů osob s AE a jejich partnerů, kde se jako základní linie příběhu ukázalo být u osob s AE zvažování psychologické pomoci. Při rozhodování o využití psychologické pomoci se ukázala jako stěžejní míra kontroly nad AE. Pokud byla míra kontroly nízká, pak se vzrůstající mírou zátěže spojenou s tímto onemocněním a ohrožením sebepojetí u osob s AE se zvedla také potřeba sdílení, která pokud nebyla určitým způsobem naplněna v domácím prostředí, a navíc pokud respondentky braly v úvahu možné psychické faktory ovlivňující výskyt nemoci, vedla ke zvažování psychologické pomoci, protože probandky svými stížnostmi nechtěly zatěžovat rodinu.

Výsledky a závěry našeho výzkumu mohou nalézt své uplatnění v psychologické praxi; nově vytvořená teorie může napomoci hlubšímu porozumění zkušenosti osob s atopickým ekzémem z hlediska role tohoto symptomu v jejich životě, strategií zvládnání, a jejich představě o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují, a principy této teorie mohou být přenositelné do psychotherapeutické praxe. Jako přínosný se rovněž ukázal být odlišný náhled na symptom partnerů osob s AE, který by mohl být aplikovatelný zejména v párovém poradenství nebo párové terapii. Nově vytvořená teorie má ale své limity; platí pro náš výzkumný vzorek osob s AE, a proto by bylo žádoucí podpořit ji buď rozšířením zjištěných informací prostřednictvím kvalitativního designu, nebo v rámci ověření nové teorie kvantitativním výzkumem.

## Seznam použitých zdrojů literatury:

Allen, S., Jordan, S., Storey, M., Thornton, C. A., Gravenor, M., Garajova, I.,...Morgan, G. (2014). *Probiotics in the prevention of eczema: a randomised controlled trial*. Archives of Disease in Childhood, 99(11), 1014 – 1019, doi: 10.1136/archdischild-2013-305799

Baštecká, B., et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál

Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada

Benáková, N. (2007). *Léčba atopické dermatitidy v ordinaci praktického lékaře*. Dermatologie pro praxi, 1(3), 111–118. Získáno 27. srpna 2015 z <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2007/03/05.pdf>

Benáková, N. (2010). *Léčba atopické dermatitidy/ekzému u dospělých*. Mezioborové přehledy. Medicína pro praxi, 7(5), 221–228. Získáno 29. srpna 2015 z <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/05/04.pdf>

Bierach, A. J. (1995). *Varovné signály duše*. Praha: Alternativa

Bočková, T. (2013). *Léčebná výživa při onemocnění atopickým ekzémem*. (Diplomová práce). Získáno 5. listopadu 2015 z [http://is.muni.cz/th/376240/lf\\_b/LV\\_pri\\_onemocneni\\_atopickym\\_ekzemem\\_Bockova.pdf](http://is.muni.cz/th/376240/lf_b/LV_pri_onemocneni_atopickym_ekzemem_Bockova.pdf)

Boehm, D., Schmid – Ott, G., Finkeldey, F., John, S. M., Dwinger, Ch., Werfel, T.,...Breuer, K. (2012). *Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema*. Contact Dermatitis, 67(4), 184 – 192. Doi: 10.1111/j.1600-0536.2012.02062.x.

Cipriani, F., Dondi, A., & Ricci, G. (2014). *Recent advances in epidemiology and prevention of atopic eczema*. Pediatric Allergy & Immunology, 25(7), 630 – 638, doi: 10.1111/pai.12309

Čapková, Š., Špičák, V., & Vosmík, F. (2010). *Atopický ekzém*. Praha: Galén

Čelakovská, J. (2013). *Reakce na potraviny u dospívajících u dospělých pacientů s atopickým ekzémem*. Česko – slovenská dermatologie, 88(1), 10 – 16, Získáno 15. září 2015 z <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=e69aa5f1-367d-407a-8b0e-f373de4377fe%40sessionmgr102&hid=104>

Dahlke, R. (1995). *Nemoc jako cesta*. Praha: Aquamarin

Danzer, G. (2010). *Psychosomatika*. Praha: Portál

Deckers, I. A. G., McLean, S., Linssen, S., Mommers, M., van Schayck, C. P., & Sheikh, A. (2012). *Investigating International Time Trends in the Incidence and Prevalence of Atopic Eczema 1990–2010: A Systematic Review of Epidemiological Studies*. Plos One, 7(7), 1 – 28. doi: 10.1371/journal.pone.0039803

- Drago, L., & Toscano, M. (2015). *Probiotics: A New Therapeutic Approach In The Treatment Of Allergy And Eczema*. International Journal of Probiotics and Prebiotics,10(1), 11-16. Získáno 30. srpna 2015 z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=803d3558-8978-452b-aa3a-fba1168389a1%40sessionmgr4002&hid=4202>
- Gingsburg, I. H., Prystowsky, J. H., Kornfeld, D. S., & Wolland. H. (1993). *Role of Emotional Factors in Adults with Atopic Dermatitis*. International Journal of Dermatology,32 (9), 656 – 660. doi: 10.1111/j.1365-4362.1993.tb04021.x
- Gjuričová, Š.,& Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie.Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál
- Hůlková, M., Hosák, L., Ettler, K., Bukač, J. (2008). *Depresivita a úzkost u vybraných kožních onemocnění – vliv na kvalitu života a léčbu*. Dermatologie pro praxi, 2(3), 150 – 152. Získáno 10. září z <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/03/09.pdf>
- Chen, Y., Wu, C., Lu, Y., Li, W., Ko, Y., Yu, H ...Lan, C. (2013). *Atopic dermatitis and non – atopic hand eczema have similar negative impact on quality of life: implications for clinical significance*. Acta Dermato -Venereologica, 93, 749 – 50, doi: 10.2340/00015555-1584
- Cherry, K. A. (2006). *What is attachment theory? About health*. Získáno 18. září 2015 z <http://psychology.about.com/od/loveandattraction/a/attachment01.htm>
- Jiráková, A., Bernardová, J., &Hercogová, J. (2011). *Praktický přístup k léčbě atopické dermatitidy*. Dermatologie pro praxi 2011, 5(2), 69–72. Získáno 22.srpna 2015 z <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2011/02/03.pdf>
- Jiráková, A. (2012). *Kvalita života pediatrických pacientů s atopickým ekzémem a jejich rodin*. (Dizertační práce). Získáno 22.srpna2015 z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/140023325>
- Jung, C. G. (1995). *Člověk a duše*. Praha: Academia
- Jung, C. G. (1997). *Výbor z díla II. Archetypy a nevědomí*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka
- Kavková, V., Maluš, M., Taušová, J., & Válková, H. (2013). *Floating – zapomenutá relaxační technika?* E-psychologie, 7 (2), 12-21. Získáno 22.srpna 2015 z [http://e-psycholog.eu/pdf/kavkova\\_etal.pdf](http://e-psycholog.eu/pdf/kavkova_etal.pdf)
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia
- Klímová, J., & Fialová, M. (2015a). *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressiveconsulting

Klímová, J. (2015b). *Nemusíme být nemocní, je do nás ale masírován strach, vzorce chování můžou i za rakovinu*. Aktuálně. TV. Získáno 10. listopadu 2015 z <http://video.aktualne.cz/dvtv/klimova-nemusime-byt-nemocni-je-do-nas-ale-masirovan-strach/r~7c0d6f407ef711e5a705002590604f2e/>

Kozáčiková, Z., & Vašků, V. (2011). *Genetika atopické dermatitidy*. Česko-slovenská dermatologie, 86(2), 90 – 96. Získáno 2. října 2015 z <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=66a2ad04-37ee-4f80-bd10-91d0d33bd203%40sessionmgr111&hid=104>

Kozáčiková, Z., & Březinová, E. (2014). *Epidermální bariéra u atopické dermatitidy a její hodnocení meračem transepidermální straty vody*. Česko – Slovenská Dermatologie, 89(2), 65 – 69, Získáno 10. Října 201 z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b904c512-8162-4405-b2bf-28a774177d7e%40sessionmgr4005&hid=4202>

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál

Merkunová, A., & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada

Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada

Mollerup, A., Veien, N. K., & Johansen, J. D. (2014). *An analysis of tender differences in patients with hand eczema – everyday exposures, severity, and consequences*. Academic Journal, 71(1), 21 – 30, doi: 10.1111/cod.12206.

Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál

Nečas, M. (2011). *Atopický ekzém*. Česká akademie dermatovenerologie, 2: 8 – 23. Získáno 25. srpna 2015 z <http://www.dermanet.eu/files/periodika/ceska-dermatovenerologie/cdv-2011-02.pdf>

Novotný, F., Novák, M., & Kalenský, J. (1993). *Ekzémová onemocnění v praxi*. Praha: Grada

Novotný, F. (2010). *Atopický ekzém*. Praha: Triton

Orel, M., Facová, V., et al. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada

Pärna, E., Aluoja, A., Kingo, K. (2015). *Quality of life and Emotional State in Chronic Skin Disease*. Acta Dermato - Venereologica, 95, 312 – 316, doi: 10.2340/00015555 – 1920.

Pesce, G., Marcon, A., Carosso, A., Antonicelli, L., Cazzoletti, L., Ferrari, M.,... de Marco, R. (2015). *Adult eczema in Italy: prevalence and associations with environmental factors*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, Vol. 29 (6), p. 1180-1187. doi: 10.1111/jdv.12784.x



- Peterková, H. (2007). *Nemoc jako sdělení*. (Nepublikovaná diplomová práce). Získáno 21. září 2015 z <http://theses.cz/id/c3k3na/?furl=%2Fid%2Fc3k3na%2F;lang=en>
- Plháčková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia
- Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton
- Poněšický, J. (2010). *Psychosomatické lékařství*. Získáno 29. srpna 2015 z [http://www.pvpsps.cz/data/document/20120309/05\\_Psychosom\\_FINAL.pdf?id=818](http://www.pvpsps.cz/data/document/20120309/05_Psychosom_FINAL.pdf?id=818)
- Potenzieri, C., & Udem, B. J. (2013). *Basic Mechanism of Itch*. *ClinExp Allergy*, 42(1), 8 – 19. doi: 10.1111/j.1365-2222.2011.03791
- Procházka, R. (2009). *Soudobé koncepce alexithymie*. *E-psychologie*, 3(3), 34 – 45. Získáno 3. září 2015 z <http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>
- Rönmark, E. P., Ekerljung, L., Lötvall, J., Wennergren, G., Torén, K., Rönmark, E., Lundbäck, B. (2012). *Eczema among adults: prevalence, risk factors and relation to airway diseases. Results from a large-scale population survey in Sweden*. *British Journal of Dermatology*, 166 (6), 1301-1308. doi: 10.1111/j.1365-2133.2012.10904
- Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada
- Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert
- Ständer, S., & Steinhoff, M. (2002). *Pathophysiology of pruritus in atopic dermatitis: an overview*. *Experimental dermatology*, 11(1), 12-24. doi: 10.1034/j.1600-0625.2002.110102.x.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada
- Šustová, M. (2014). *Kvalita života pacienta s atopickým ekzémem*. (Diplomová práce). Získáno 18. září 2015 z <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/14816/Kvalita%20zivota%20pacienta%20s%20atopickym%20ekzemem.pdf?sequence=1>
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
- Werfel T., & Kapp, A. (1998). *Environmental and other major provocation factors in atopic dermatitis*. *Allergy*, 53 (8), 731- 739. DOI: 10.1111/j.1398-9995.1998.tb03968.x.
- White, A., Horne, D. J. De L., & Varigos, G. A. (2007). *Psychological Profile Of The Atopic Eczema Patient*. *Australasian Journal of Dermatology*, 31(1), 13–16, doi: 10.1111/j.1440-0960.1990.tb00643

## **Přílohy**

# Příloha č. 1. Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

## Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
VALÍKOVÁ Barbara	Nedbalova 13, Ostrava - Moravská Ostrava	F130795

### TÉMA ČESKY:

Život s atopickým ekzémem z pohledu dospělých osob s touto diagnózou

### TÉMA ANGLICKY:

Living with atopic eczema from the perspective of adults with this diagnosis

### VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1) Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace
- 2) Studium odborné literatury z oblasti celostního přístupu k diagnóze atopického ekzému, klinické psychologie, psychoterapie, biologie, dermatologie a psychopatologie se zaměřením na biologické, sociální a psychologické faktory ovlivňující průběh atopického ekzému
- 3) Zpracování přehledu dosavadních výzkumů do teoretické části DP pomocí databáze EBSCO klíčové je zaměření na problematiku diagnózy atopického ekzému a na zkušenosti s touto diagnózou u dospělých osob
- 4) Rámcová osnova teoretické části
  - a) Vymezení pojmu atopický ekzém
  - b) Atopický ekzém jako diagnóza - popis z pohledu dermatologie se zaměřením na stadia onemocnění
  - c) Způsoby léčby atopického ekzému a jejich úspěšnost
  - d) Atopický ekzém a jeho specifika - celostní pohled na problematiku
  - e) Sociální a psychologické aspekty, které mohou negativně i pozitivně ovlivnit průběh atopického ekzému
  - f) Předpokládaný význam poznatků pro praxi
- 5) Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:
  - a) Vytvořit polostrukturovaný hloubkový rozhovor zaměřený na závažnost symptomu atopického ekzému a oslovit ideálně 10 až 15 vhodných participantů, tzn. osob, u kterých je atopický ekzém diagnostikován a u nichž se toto kožní onemocnění vrací i po medikamentózní léčbě;
  - b) Pokusit se popsat, zmapovat a porozumět zkušenosti osob s dg. atopický ekzém z hlediska role tohoto symptomu v jejich životě, strategií zvládání a jejich představě o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují;
  - c) Zpracovat data metodou zakotvené teorie.
- 6) Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuze s rozvahou o výsledcích s přínosem pro praxi a s doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Balint, M.(1999). Lékař, jeho pacient a nemoc. Praha: Grada

- Baštecká B.a kol. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. a kol. (1993). Psychosomatická medicína. Grada: Avicenum
- Danzer, G.(2001). Psychosomatika: Celostní pohled na zdraví těla i duše. Praha: Portál
- Honzák, R.( 1989). I v nemoci si buď přítelem. Praha: Avicenum
- Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia
- Komárek, S. (2005). Spasení těla: Moc, nemoc a psychosomatika. Praha: Mladá fronta
- Koukolík,F.( 2002). Lidský mozek. Praha: Portál
- Křivohlavý, J.( 2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál
- Křivohlavý, J.(2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada
- Morschitzky, H. (2007 ). Když duše mluví řečí těla. Praha, Portál
- Plante, T. G.( 2001). Současná klinická psychologie. Praha: Grada.
- Novotný, F. a kol. (1993). Ekzémová onemocnění v praxi. Praha: Grada
- Poněšický, J. (2002). Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty a laiky. Praha: Triton Poněšický, J. (2012). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton
- Poněšický, J. (2010). Psychosomatické lékařství. Dostupné z [http://www.pvpsps.cz/data/document/20120309/05\\_Psychosom\\_FINAL.pdf?id=818](http://www.pvpsps.cz/data/document/20120309/05_Psychosom_FINAL.pdf?id=818)
- Trapková, L., Chvála, V. (2009). Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha. Praha: Portál
- Turčeková, L. (2012). Psychosomatika v dermatologii. Psychosom. 2012; 10 (2), s. 84-92. Dostupné z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=2096](http://www.psychosom.cz/?page_id=2096)

**Podpis studenta:** .....

**Datum:** .....

**Podpis vedoucího práce:** .....

**Datum:** .....

## **Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Život s atopickým ekzémem z pohledu dospělých osob s touto diagnózou

**Autor práce:** Barbara Valíková

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph. D.

**Počet stran a znaků:** 105, 226 531

**Počet příloh:** 6

**Počet titulů použité literatury:** 59

**Abstrakt (800–1200 zn.):** V této práci se snažíme porozumět zkušenosti osob s diagnózou atopický ekzém z hlediska role tohoto symptomu v jejich životě, strategií zvládnání a jejich představ o faktorech, které manifestaci tohoto symptomu ovlivňují, zmapovat, zdali tyto osoby využívají psychologické pomoci, a zjistit, jak na onemocnění nahlíží partneři osob s atopickým ekzémem. Protože chceme zachytit úplný a bohatý popis zkušenosti účastníků výzkumu se zkoumaným jevem s cílem vytvořit novou teorii, volíme kvalitativní metodu zakotvené teorie. Docházíme k závěrům, že role atopického ekzému v životě respondentů v dimenzi priorita – sekundárnost a přítomnost či nepřítomnost vzhledu do procesu vzniku, rozvoje či vymizení daného onemocnění, formuje způsob, jakým jedinec reaguje na zkušenost s atopickým ekzémem a jaké strategie přitom využívá. Do tohoto procesu zasahují také další intervenující podmínky, které mají vliv na volbu strategií zvládnání a následně pak na míru kontroly daného onemocnění. Některé osoby s nízkou mírou kontroly nad onemocněním zvažují využití psychologické pomoci.

**Klíčová slova:** atopický ekzém – vzhled – role – strategie – vnitřní klid - zakotvená teorie

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Living with atopic eczema from the perspective of adults with this diagnosis

**Author:** Barbara Valíková

**Supervisor:** doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph. D.

**Number of pages and characters:** 105, 226 531

**Number of appendices:** 6

**Number of references:** 59

**Abstract (800–1200 characters):** In this study we try to understand the experience of people diagnosed with atopic eczema in terms of the role of this symptom in their life, coping strategies and their ideas about factors that manifestation of this symptom influence mapping, whether they can benefit from psychological support, and learn how to illness consult partners of people with atopic eczema. Because we want to capture the full and rich description of the experience of participating in the survey explored the phenomenon in order to create a new theory, we choose the qualitative method of grounded theory. We can conclude that the role of atopic eczema in the lives of the respondents in the dimension priority - secondariness and the presence or absence of insight into the process of the formation, development or disappearance of the disease, shapes the way an individual reacts to the experience of atopic eczema and what strategies they used yet. This process spreads to other intervening conditions, which affect the choice of coping strategies and subsequently the amount of control of the disease. Some people with low levels of control over the disease are considering the use of psychological help.

**Key words:** atopic eczema – insight – role – strategy –inner peace - grounded theory

## **Příloha č. 3. Informovaný souhlas**

### **Informovaný souhlas**

Pro výzkumný projekt: Život s atopickým ekzémem z pohledu dospělých osob s touto diagnózou

Období realizace: březen 2015 – březen 2016

Instituce: Univerzita Palackého v Olomouci, FF, katedra psychologie

Vedoucí práce: doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Jméno výzkumníka: Barbara Valíková

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je pokusit se popsat, zmapovat a porozumět zkušenosti osob s diagnózou atopický ekzém.

Byly Vám představeny základní informace o výzkumu. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají určité výhody, ale i rizika, se kterými jste byli seznámeni. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

#### **Prohlášení**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Výzkumnice mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají.

Souhlasím s účastí na rozhovoru týkající se problematiky atopického ekzému a také s jeho nahráváním a s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu, a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se výzkumnice zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý výzkumník.

Účastník výzkumu:.....

Jméno a příjmení (tiskacím)

Podpis

Místo

Datum

Výzkumník:.....

Jméno a příjmení (tiskacím)

Podpis

Místo

Datum



## **Příloha č. 4. Záznamový arch**

### Záznamový arch – dotazník

Pohlaví: a) žena

b) muž

Rok narození:

Stav: a) svobodná / svobodný

b) vdaná / ženatý

c) rozvedená / rozvedený

d) vdova / vdovec

Počet dětí:

Vzdělání: a) základní

b) vyučen

c) střední

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

Zaměstnání:

Současný průběh nemoci: a) relaps

b) remise

Odkud jsem se o výzkumu dozvěděl/a:

Poznámky:

## **Příloha č. 5. Otázky semistrukturovaného interview**

### **Základní otázky semistrukturovaného interview pro osobu s AE:**

- 1) Jaká je Vaše zkušenost s tímto onemocněním?
- 2) Co všechno jste vyzkoušel/a, abyste toto onemocnění zvládl/a?
- 3) Jaké jste vyzoroval/a příčiny ve Vašem životě, které nějakým způsobem ovlivnily výskyt a průběh tohoto onemocnění?
- 4) Chtěl/a jste někdy navštívit psychologa či jste jej navštívil/a a proč (ano/ne)?

### **Základní otázky semistrukturovaného interview pro partnera/partnerku osoby s AE:**

- 1) Jaká je Vaše zkušenost s onemocněním Vaší manželky/partnerky?
- 2) Co všechno Vaše manželka/partnerka vyzkoušel/a, aby toto onemocnění zvládl/a?
- 3) Jaké jste vyzoroval/a příčiny v životě Vaší manželky/partnerky, které nějakým způsobem ovlivnily výskyt a průběh tohoto onemocnění?
- 4) Chtěl/a Vaše manželka/partnerka někdy navštívit psychologa či jej navštívil/a a proč (ano/ne)?

### **Doplňující otázky semistrukturovaného interview**

- 1) Vývoj – dětství až dospělost  
Jak vnímáte Vaše dětství a dospívání – jaké bylo? A jaké je to v dospělosti?  
Jaký byl vztah mezi Vašimi rodiči a mezi Vámi a Vašimi sourozenci a jaký je teď?
- 2) Tělesný aspekt  
Od kdy trpíte AE a na jakých místech se u Vás vyskytuje?  
Co vše o nemoci víte?  
Jaký je obvykle průběh vašeho onemocnění?  
Trpíte ještě nějakým jiným onemocněním nebo jinými potížemi – fyzickými či psychickými, a pokud ano, jak se projevují a jak dlouho trvají?  
Omezuje Vás ekzém v nějakých činnostech? Při kterých?  
Jak se Vám daří zvládat svědění u AE?
- 3) Vztahy  
Jaký máte vztah ke své matce a otci, partnerovi/partnerce, sourozencům, ke svým dětem?  
Jak hodnotíte vztah k sobě samému? Jaký jste k sobě měl/a vztah, když jste ekzémem netrpěla?
- 4) Stres  
Jak u Vás ovlivňuje výskyt AE stres? Vnímáte nějakou souvislost mezi výskytem AE a Vaší psychickou pohodou/naladěním?
- 5) Emoce  
Jak vyjadřujete své emoce?  
Jak se cítíte a nad čím přemýšlíte, když se u Vás ekzém objeví?
- 6) Resilience  
Jak zvládáte situace, kdy se dostanete s někým do konfliktu?

Jak reagujete na změny ve svém životě?

Jak řešíte situace ve svém životě, když máte nějaké potíže?

7) Příčiny onemocnění

Kde vidíte příčiny Vašeho onemocnění?

Předcházely výskytu AE nějaké změny nebo významné události ve Vašem životě?

8) Pohled na onemocnění

Když jste se dozvěděl/a, že máte AE, jak jste cítila a co Vás napadalo? Jaká byla reakce vašich nejbližších?

Co je pro Vás u tohoto onemocnění nejhorší/nejtěžší a jak se s tím vyrovnáváte?

Pokud se u Vás vyskytují období, kdy ekzém máte a kdy ne, jak vnímáte tuto změnu?

Jak se změnil Váš život od té doby, co trpíte AE?

Myslíte si, že můžete průběh nemoci nějak ovlivnit a pokud ano, jak?

9) Pohled na život

Jak se díváte na svůj život? Je něco, co byste chtěl/a změnit?

Jak by měl vypadat den, kdy se budete cítit „ve své kůži“?

Jak vidíte svou budoucnost?

## Příloha č.6. Ukázka kódování

Faktory Strategie zvládání Role AE Psychologická pomoc

G: „Potom jsem byla podruhé, jak jsem řešila takovou krizi v druhém manželství, potřebovala jsem si něco ujasnit, to byla super paní, hodně mi pomohla.“

J: „Navštívila jste psychologa v souvislosti s ekzémem?“

G: „Ne to jsem neuvažovala. V té době jsem ho ani neměla, když jsem tam byla podruhé. A poprvé jsem to nějak nebrala, nenapadlo mě, že to mám ze stresu.“

J: „Co bylo nejhorší, když jste to měla?“

G: „Nejhorší bylo, že pomáhaly jen kortikoidy v akutních stavech. Já to tak nechtěla řešit, tak to bylo hrozné. Svědění. Bylo to nepříjemné. V té době jsem si myslela, že mi pomůžou jen kortikoidy.“

J: „Jaké byly reakce okolí?“

G: „Ono to nešlo nějak vidět, ale můj manžel byl překvapený, co to mám, ale nekvákal. Nešlo to až tak vidět, jen jak jsem se třeba osprchovala, nebo v horké a chlórované vodě. Nebo když byl se mnou, tak to viděl, nebo cítil, jsou to takové drsné místa, ale neměla jsem to na obličeji.“

J: „Jaký jste měla k sobě vztah?“

G: „Neměla jsem s tím problém, že bych se cítila nějaká méněcenná.“

J: „Jak vyjadřujete své emoce?“

G: „Jsem člověk, který je od určité doby dává najevo. Tím se to možná i zlepšilo. Nedělá mi problém plakat.“

J: „Změnil se teď nějak Váš život, od doby co nemáte ekzém?“

G: „Neřekla bych, že se změnil, že nemám ekzém, ale spíš jsem od určité doby, asi tak 10 let jsem změnila spoustu věcí, tím, že jsem začala na sobě pracovat. Po duchovní stránce, splnila jsem si některé sny. Udělala jsem si kurz psychologie, hodně mě to zajímá. Začala jsem na sobě pracovat a myslím, že i to to hodně ovlivnilo, že se mi to nevrací. Zajímám se o alternativní léčby, používám bylinky. Hodně jsem změnila stravu, tak to jde všechno dohromady.“