

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

**Rozdíly v procesu adaptace u adolescentů
a dospělých pacientů s diagnózou diabetes
mellitus I. typu**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. et PaedDr. Yvona Mazehová, Ph.D.

Vypracovala:

Pavla Uhlířová

České Budějovice 2012

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 26. 4. 2012

.....

Pavla Uhlířová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla především poděkovat PhDr. et PaedDr. Yvoně Mazehóové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za trpělivost a ochotu, se kterou se mi věnovala a za cenné rady a připomínky.

Zároveň bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se rozhodli spolupodílet se na praktické části.

V neposlední řadě děkuji své rodině a přítelovi za podporu během studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce bude zaměřena na problematiku sžívání se dospívajících a dospělých s nevyléčitelnou nemocí jakou diabetes mellitus je, a nejčastěji používanými obrannými mechanismy, kterých dospívající i dospělý během procesu adaptace na své onemocnění, ať vědomě či nevědomě, použije. Teoretická část bude věnována popisu diabetu mellitu, jeho projevům, dělení a základním pravidlům a cílům pro úspěšnou léčbu neomezující kvalitu života s touto nemocí. Dále bude popsána problematika adaptačních teorií a mechanismů, kterých diabetik využívá při seznamování se s nemocí, přivykání na ní nebo v časech, kdy se mu nedaří nemoc zvládat a působí jako stresor zhoršující kompenzaci diabetu.

Praktická část bude realizována kvalitativním způsobem pomocí hloubkových rozhovorů, kdy budou zkoumány nejčastěji využívané adaptační obranné mechanismy, které využívají dospívající a dospělí k vyrovnání se svou nemocí a stavy s ní souvisejícími.

Klíčová slova: diabetes mellitus, adaptace, obranné mechanismy, stres

ABSTRACT

This bachelor's thesis will focus on issues living with adolescents and adults with incurable diseases such as diabetes mellitus and frequently used defense mechanisms, which teens and adults during the process of adaptation to his illness, whether consciously or unconsciously use. The theoretical part will be dedicated to the description of diabetes mellitus, its manifestations, and division basic rules and objectives for the successful treatment doesn't restrict the quality of life with this disease. Further part will be discussed and mechanisms of adaptation theory, which uses the diabetic acquainted with the disease, getting used to, or at times when he can't cope with illness and acts as a stressor, worsening glycemic control.

The practical part will be realized qualitative way through interviews, which will be examined most commonly used adaptive defense mechanisms used by teens and adults to cope with their diseases and conditions associated with it.

Key words: diabetes mellitus, adaptation, coping mechanisms, stress

Obsah

Obsah	6
I. ÚVOD	9
II. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. DIABETES MELLITUS	11
1.1 Definice diabetu	11
1.2 Výskyt diabetu a jeho druhy	12
1.2.1 Diabetes mellitus I. typu	13
1.2.2 Diabetes mellitus II. typu	13
1.2.3 Sekundární diabetes mellitus	13
1.2.4 Gestační diabetes mellitus	14
1.3 Léčba diabetu mellitu	14
1.3.1 Cíle a možnosti léčby	15
1.3.2 Selfmonitoring	15
1.3.3 Dieta a pohyb	16
1.3.4 Peronální antidiabetika (PAD)	18
1.3.5 Inzulín	18
1.3.6 Transplatnace a výhled do budoucnosti	19
1.4. Psychika diabetika	20
1.4.1 Puberta a adolescence	22
1.4.2 Dospělost	23
2. OBRANNÉ MECHANISMY A ADAPTACE	24

2.1. Nemoc jako stres	24
2.1.1 Stres	24
2.1.2 Fáze reakce na stres	25
2.1.3 Předcházení stresu u DM	26
2.2 Strategie zvládnání stresu	28
2.3 Coping	29
2.3.1 Teorie zvládnání	29
2.3.2 Strategie zaměřená na problém	30
2.3.3 Strategie zaměřená na emoce	30
2.4 Obranné mechanismy (OM)	31
2.5 Adaptace	33
III. PRAKTICKÁ ČÁST	35
1. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	36
3. VÝZKUMNÝ DESIGN A POSTUP PŘI ZÍSKÁVÁNÍ DAT	38
3.1 Metoda výzkumu	38
3.2 Metoda sběru dat	38
4. ZPRACOVÁNÍ DAT	39
5. VÝSLEDKY	40
5.1. Kategorie I: obranné mechanismy adolescentů	40
5.2. Kategorie II: Obranné mechanismy dospělých	44
5.3. Kategorie III: vyrovnání se dle 5fázového modelu	48
5.4 Kategorie IV: školní kolektiv ZŠ	54

6. DISKUSE	58
<i>6.1 Kategorie I: Obranné mechanismy dospívajících</i>	58
<i>6.2 Kategorie II: obranné mechanismy dospělých</i>	59
<i>6.3 Kategorie III: vyrovnání se s nemocí dle 5fázového modelu</i>	59
<i>6.4 Kategorie IV: Školní kolektiv ZŠ</i>	64
<i>6.5 Shrnutí diskuse</i>	65
7. ZÁVĚR	67
<i>7.1 Odpovědi na výzkumné otázky</i>	70
8. SHRNU TÍ	72
IV. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
Seznam příloh	77

I. ÚVOD

Podle odhadu odborníků, trpí diabetem mellitem neboli cukrovkou, v současné době každý desátý Čech. Z celkového počtu 1 000 000 léčbu podstupuje přibližně 800 000 lidí, dalších 200 000 lidí o onemocnění zatím neví a cukrovka jim nebyla diagnostikována.¹ Celosvětově se mluví o 194 000 000 a toto číslo se neustále zvyšuje. Podle výzkumů světové zdravotnické organizace WHO se tento počet do roku 2035 zvýší na neuvěřitelných 333 000 000 lidí. Každý rok zemře na komplikace spojené s diabetem 4 000 000 lidí, což představuje neuvěřitelných 9% úmrtí celosvětově.² V příloze č. 1 se můžeme podívat na detailní rozložení diabetu ve světě.

Ve chvíli, kdy lékař oznámí diagnózu, vyvstanou dosud zdravému člověku v hlavě desítky otázek. Počínaje „Proč já, proč zrovna já?“, pokračujícíce „Naučím se píchat správně inzulin?“, „Jak na to bude reagovat rodina?“, „Jak kolegové v práci?“, „Nebudu muset hledat nové zaměstnání?“, později přijdou otázky typu: „Co když se někde zraním a budou mi muset vzít nohu?“, „Co když časem oslepnu?“, „Budu moci dělat na co jsem byl zvyklý?“, „Co když dostanu ještě nějakou další nemoc?“, „Neovlivní cukrovka nějak moji výkonnost, budu na vše stačit?“, „Nepřijde lékař na to, že jsem něco nedodržel?“, „Budou se mu zamlouvat moje výsledky, i když nejsou takové, jaké on po mě požaduje?“, „Nebude na mě zase našťvaný a „řvát“ na mě, že se mám víc snažit, i když se snažím?“, „Jak na to bude reagovat partner/ka, neopustí mě kvůli tomu?“, „Nebudou se mi spolužáci ve škole vysmívat, že vypadám jako „feťák“?“, Ženy si často pokládají otázku: „Budu moci mít dítě?“, „Bude to všechno bez komplikací?“, „Nenarodí se mi nějak postižené dítě?“, „Nedostane taky moje dítě cukrovku, když jí mám já?“, konče „Dá se to všechno zvládnout dohromady?“, „Budu na to mít dost síly?“, „Co když to prostě nepůjde, co se mnou bude?“ a spousty a spousty dalších otázek, na které dříve či později člověk nalezne odpověď.

Nicméně lidé, kterých se tato nemoc netýká, většinou žijí v představě, že největším omezením pro nemocné je odpírání si cukrářských výrobků a cukrovinek. Z jejich úst je pak nejčastěji slyšet „Chudáku, to ty teď nebudeš moc nic sladkého.“

¹ Zdroj: *Slovo úvodem*. www.rok1.cz

² Rocchiccioli, J. T., O'Donoghue, C. R., Buttigieg, S.: *Diabetes in Malta: Current Findings and Future Trends*

No to bych teda nevydržel.“ Skutečnost je ovšem taková, že spektrum potravin, které musí diabetici omezit, je mnohem rozsáhlejší, což pro některé z nich může představovat stresovou situaci, protože do této doby byli zvyklí jíst, co chtěli, kolik chtěli a kdy chtěli.

Všechny výše uvedené situace, které vyvstanou před každým nově podchyceným diabetikem, v něm vyvolávají pocity zmatenosti, úzkosti, slabé vůle, strachu a nejistoty jestli všechny požadavky nemoci zvládne. O tom, jakým způsobem se se všemi nástrahami nemoci, života a společnosti vyrovnává, by měla být právě tato práce, kterou jsem si vybrala z toho důvodu, že se již několik let sama probírám podobnými otázkami a hledám na ně odpovědi stejně jako všichni ostatní.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus (DM), běžněji v populaci znám jako cukrovka, je v posledních několika letech označován odborníky jako epidemie 21. století. Jeho počet neustále vzrůstá. Mnozí lidé si myslí, že není nebezpečný, často ho porovnávají s rakovinou. Nebolí, bezprostředně neohrožuje na životě. Opak je ale pravdou.

Cukrovka je závažné chronické onemocnění, které když není včas odhaleno a důsledně léčeno, může vést k trvalé invaliditě až smrti. Bohužel na cukrovku zatím neexistuje lék, který by ji dokázal vyléčit a obnovit stav organismu před propuknutím nemoci. Nicméně podle typu a závažnosti postižení, lze s cukrovkou prožít stejně plnohodnotný a bohatý život jako kdyby jí člověk neonemocněl.

1.1 Definice diabetu

Bartoš, Pelikánová a kol. (2000) charakterizují DM jako chronické, etiopatogeneticky heterogenní onemocnění³, jehož základním rysem je zvýšená hladina krevního cukru - hyperglykémie. Ta vzniká v důsledku deficitu nebo nedostatečného účinku inzulínu v těle projevující se kompletní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin.

„ Jako diabetes mellitus se označuje porucha látkové přeměny, při které nedovede organismus správně hospodařit s glukózou, takže se její koncentrace v krvi zvyšuje nad normální mez. Nejde o jedinou chorobnou jednotku, ale o syndrom, který je důsledkem nedostatku inzulínu nebo jeho nedostatečného účinku.“ (Páv, 1988, str. 129)

Zjednodušenou verzi pro dětskou a dospívající populaci uvádí Lebl, Průhová a kol. (2004), kdy diabetes mellitus charakterizují jako poruchu, při které tělo nedokáže dobře hospodařit s glukózou. Přičemž glukóza je hlavním zdrojem energie pro fungování celého organismu.

³ **Etiopatogeneticky heterogenní onemocnění** = onemocnění, kt. je charakteristické různorodým souborem příčin a mechanismů vedoucí ke vzniku

Mezi klasické příznaky počínajícího diabetu patří žízeň a polydipsie⁴, polyurie⁵, noční močení, úbytek hmotnosti při normální chuti k jídlu, únava, malátnost, rozostřené vidění, při nedetekování předchozích příznaků poruchy vědomí až kóma s dechem páchnoucím po acetonu.

1.2 Výskyt diabetu a jeho druhy

Výskyt diabetu se rok od roku zvyšuje. To dokládají i čísla ve výkazech jednotlivých diabetologických ordinací shromažďovaných v ÚZIS ČR⁶ (příloha č. 2).

Pokud bychom se chtěli podívat na rozložení v populaci, nejpočetněji zastoupenou skupinou jsou lidé středního věku a lidé důchodového věku, kterým byla nejčastěji diagnostikována cukrovka II. typu. Tato skupina tvoří 91,8% z celkového počtu léčených diabetiků. Diabetici I. typu tvoří druhou nejpočetnější skupinu v celkovém zastoupení 6,9%. Věkové rozhraní této skupiny se pohybuje od novorozenců, přes mladší školní věk, adolescenty až po mladé dospělé. Není však výjimkou, že se DM I. typu vyskytne i v pozdějším věku. Nejméně diabetiků zahrnuje třetí skupina pacientů se sekundárním diabetem, a to 1,3%. V tabulce č. 1 je možno vidět detailní zastoupení mezi pohlavími. Jak je patrné, ženy jsou DM postiženy o něco více než muži. Podle MUDr. Srba (2011) je to dáno tím, že se ženy dožívají průměrně vyššího věku než muži a že autoimunitní onemocnění postihuje obecně více právě ženy.

Pohlaví	Primární diabetes				Sekundární diabetes	
	Diabetes I. typu		Diabetes II. typu		diabetes	
	počet	%	počet	%	počet	%
Muži	27 474	7.3	343 785	91.2	5 784	1.5
Ženy	28 337	6.6	396 074	92.3	4 776	1.1
Celkem	55 811	6.9	739 859	91.8	10 560	1.3

Tabulka č. 1 Rozložení DM mezi pohlavími

⁴ **Polydipsie** = nadměrný příjem tekutin

⁵ **Polyurie** = nadměrné močení (více jak 2-3 l/24 h)

⁶ **ÚZIS ČR** = Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

1.2.1 Diabetes mellitus I. typu

Ve starší odborné literatuře můžeme najít DM označen také jako inzulin-dependentní DM, v současné době jako DM I. typu nebo také juvenilní diabetes. To je dáno tím, že tento druh nejčastěji postihuje děti od nejtělejšího věku, mladistvé a mladé až středně dospělé. Dle Bartoše, Pelikánové a kol. (2000) lze ovšem DM I. typu onemocnět v každém věku.

Pro DM I. typu je charakteristická úplná destrukce β -buněk v Langerhansonových ostrůvcích produkujících hormon inzulin ve slinivce břišní. Destrukce probíhá na základě autoimunitní reakce, kdy tělo pomocí imunitního systému postupem doby zničí veškeré β -buňky a jedinec je celoživotně odkázaný na přívod inzulinu exogenní⁷ formou v pravidelných časových intervalech.

1.2.2 Diabetes mellitus II. typu

Tento typ můžeme nalézt také pod názvem non-inzulin-dependentní DM a lidé, kteří onemocní tímto typem diabetu, nejsou celoživotně odkázáni na podávání inzulinu. Základní charakteristikou DM II. typu je inzulinová rezistence s poruchou sekrece inzulinu. Jedná se tedy o to, že tělo inzulin vyrábí, v některých případech i v nadbytku, ale buňky přestanou na inzulin reagovat.

Onemocnění bývá nejčastěji diagnostikováno kolem 40. roku a později. Často se na něj přijde náhodou, např. při preventivní prohlídce. Na rozdíl od předchozího typu, je tento geneticky podmíněný a vyskytuje se familiárně. Na vzniku se dále podílí i řada dalších faktorů jako je obezita, stres, nevhodné stravování, málo pohybu a kouření.

1.2.3 Sekundární diabetes mellitus

Jako sekundární DM můžeme označit různorodou skupinu nemocí, provázenou zvýšenou hodnotou glykémie, která se ale nevyznačuje klasickými příznaky pro DM I. nebo II. typu. Dle Brázdové (2000) je možné určit příčinu vzniku, kterou nejčastěji bývá onemocněním pankreatu, endokrinní onemocnění, dědičná porucha v oblasti inzulinu nebo toxický účinek léků, které pacient užívá.

⁷ **Exogenní** = přísunem zvenčí (např. injekční podání)

1.2.4 Gestační diabetes mellitus

Gestační DM se nejčastěji projevuje po 20. týdnu těhotenství. Jak uvádí Brázdová (2000), jedná se o poruchu metabolismu cukrů, zapříčiněnou zvýšenou produkcí placentárního laktogenu⁸, kdy tato porucha po porodu většinou opět vymizí. Porucha nebývá závažná, avšak je nutné se po celou dobu gravidity zaměřit na udržování normoglykémie⁹, aby se předešlo vzniku diabetické fetopatie¹⁰.

Výskyt gestačního diabetu se pohybuje kolem 2-3% v populaci. Protože je diagnostika velmi jednoduchá, provádí se u všech gravidních žen kontrola moče na glykosurii.

Požadavky na sledování a kompenzaci gestačního DM jsou stejné jako u ostatních typů diabetu a nemalou pozornost vyžaduje i vedení porodu a neonatální péče.

1.3 Léčba diabetu mellitu

V současné době můžeme léčbu DM rozdělit do čtyř základních skupin, přičemž poslední oblast, kterou je v této podkapitole okrajově uvedena, je hudbou budoucnosti a přáním většiny diabetiků po celém světě.

Léčebný postup jako takový určuje lékař-diabetolog. Ten pacientovi, v závislosti na jeho laboratorních výsledcích, doporučí, jak by si měl počínat v běžných, ale i zcela výjimečných situacích, aby jeho kompenzace byla co nejlepší a mohl tak prožít stejně kvalitní život jako ostatní lidé. Je nutné ovšem dodat, že jak bude celková léčba vypadat, záleží pouze na pacientovi. Bude-li dodržovat doporučení lékaře, nemusí se obávat pozdních komplikací a žít stejně kvalitní a bohatý život jako ostatní.

V neposlední řadě je také nutné uvést význam selfmonitoringu, který je výchozím krokem pro správné rozhodnutí v uskutečnění dalšího vhodného způsobu léčby.

⁸ **Placentální laktogen** = hormon ovlivňující růst plodu, mléč. žláz, stimuluje tvorbu mléka u matky a bílkovin v těle plodu

⁹ **Normoglykémie** = hladina cukru v krvi u zdravého člověka - od 3,3 do 6,0 mmol/l (po jídle do 7,8 mmol/l), u diabetika mohou být nastaveny individuálně, ale ve většině případů se požadují hodnoty jako u nediabetiků

¹⁰ **Diabetická fetopatie** = odchylky od normálního vývoje plodu způsobené hyperglykémiami v průběhu těhotenství (např. váha vyšší než 4000 g)

1.3.1 Cíle a možnosti léčby

Jak uvádí Páv (1988), hlavním primárním cílem v léčbě diabetu je dosažení normálního tělesného i duševního vývoje, jedná-li se o dospívajícího diabetika. U dospělého je to pak dosažení plnohodnotného aktivního a uspokojení přinášejícího života, s možností dožití se stejně vysokého věku jako u zdravého jedince.

Sekundárním cílem léčby by mělo být udržení přibližně stejné hladiny glykémie v krvi během dne v závislosti na jeho náplni. Pokud se vyskytnou velké výkyvy v hodnotách glykémie, tento stav nevratně poškozuje malé i velké cévy a nervová zakončení v těle a podporuje tím vznik pozdních komplikací diabetu. Na tomto místě je však nutné podotknout, že i přes veškerou snahu lékařů varovat diabetiky před postižením pozdními komplikacemi, není často dosahováno požadovaných výsledků a není naplňován vytyčený cíl. Ve značné míře dochází u diabetiků k mylné představě, že když občas povolí ve stanoveném režimu, nic se jim nestane a jejich tělu to neuškodí. Ovšem každé zvýšení glykémie si tělo pamatuje, občasné prohřešky sčítá a za pár let se objeví první známky poškození a vznik pozdních komplikací je na počátku svého rozvoje. Často se objevuje postoj, že diabetik je se svým dosavadním způsobem života spokojený, a tak na výzvy ke spolupráci nebo na práci na sobě ze strany lékaře nereaguje. Ty diabetik lékaři jednoznačně odkýve, ale projdou jedním uchem dovnitř a druhým ven. Na obou stranách pak panuje napětí, které se odráží hlavně v pacientově zdravotním stavu a tím a se rozbíhá jeden začarovaný kruh.

Terciálním cílem léčby by mohl být označen stav, kdy se u pacienta s diabetem již rozvinuly pozdní komplikace v důsledku nespolupráce a zanedbávání své nemoci, ale za pomoci podpůrných léčebných postupů se spolu s lékařem snaží udržet nebo zlepšit svůj dosavadní stav a tím předcházet dalšímu rozvoji komplikací, aby mohl být alespoň z části naplněn hlavní cíl.

1.3.2 Selfmonitoring

Termínem selfmonitoring v diabetologické oblasti rozumíme pacientovo vlastní monitorování zdravotního stavu. Tím se rozumí zjišťování hladiny glykémie v krvi v průběhu dne, popřípadě vyšetření moči diagnostickými proužky na případný výskyt přebytečné glukózy a ketolátek vznikající při katabolických reakcích v těle.

Protože hladina cukru v krvi během dne kolísá v závislosti na příjmu potravy, fyzické aktivitě, zdravotním a psychickým stavu, je nutné tento parametr několikrát denně zjišťovat. Frekvence měření se odvíjí od typu diabetu. Jedná-li se o diabetika, kterému byl diagnostikován sekundární DM, gestační DM, porucha glukózové tolerance či DM II. typu, je frekvence měření nižší než u diabetika, kterému byl zjištěn DM I. typu. U DM I. typu je frekvence nejméně 4x denně, u ostatních to může být v rozsahu 2x denně až 2x do týdne.

Měření diabetik provádí sám v domácím prostředí pomocí speciálního přístroje, tzv. glukometru. Díky hodnotě, kterou zjistí z kapky krve během několika vteřin, může přizpůsobit dávku léků, množství stravy, ale i množství fyzické zátěže a tím mu odpadá docházka do zdravotnického zařízení.

1.3.3 Dieta a pohyb

Jak uvádí Páv (1988), využití pohybu v léčbě diabetu může přinést značný užitek. Nejvíce kladný důraz na pohyb je u diabetiků II. typu, kteří bývají obézní a nejsou léčeni inzulínem. Tito pacienti mají zachovanou vlastní sekreci inzulínu, ale příčinou jeho nedostatku je malá účinnost v periferních tkáních. Vlivem větší svalové činnosti se u této skupiny pacientů zvyšuje účinnost inzulínu a zároveň klesá hodnota glykémie. U diabetiků I. typu a diabetiků II. typu léčených inzulínem je rovněž vhodné zařazovat pohyb do stanoveného léčebného režimu, ale s větší opatrností. Je-li pohybová zátěž nadměrná, vznikají této skupině nepříjemné akutní komplikace, stav hypoglykémie¹¹ nebo hyperglykémie¹². Dle Bartoše, Pelikánové a kol. (2000) lze fyzickou aktivitou předcházet vzniku DM II. typu a při gestačním DM může pohyb oddálit nebo zcela zabránit započetí podávání inzulínu. Rovněž je prokázáno, že fyzická aktivita může také příznivě ovlivnit kardiovaskulární systém, pohybový aparát, psychický stav a celou kompenzaci diabetu.

Co se týká dietních opatření, jsou pro většinu diabetiků stejná. Ve stravě diabetika je nutné omezit přísun sacharidů z potravy, aby nedocházelo ke zbytečnému zvyšování glykémie a zamezit přísunu sacharózy (řepný cukr) a jídlo

¹¹ **Hypoglykémie** = hladina cukru v krvi nižší než 3,3 mmol/l

¹² **Hyperglykémie** = hladina cukru v krvi vyšší než 8,5 mmol/l u nediabetika

rozdělit do několika malých porcí denně, aby bylo zajištěno průběžné doplňování sacharidů do organismu a udržování stálé hladiny cukru v krvi.

Pro lepší orientaci, kolik toho může diabetik sníst, byl vytvořen umělý pojem výměnná jednotka (VJ). Je to množství jídla, které ovlivní hladinu cukru v krvi přibližně stejně, ať si dá diabetik pomeranč, rýži, chleba, hranolky či cokoli jiného. Dříve byla označována jako „chlebová jednotka“. Tento pojem je převzatý z němčiny (BE, brötchen einheit). Důležité je říci, že jedna výměnná jednotka obsahuje 12 g sacharidů. V tabulce (příloha č. 3) je pro ilustraci uvedeno, jaké množství různých potravin může diabetik sníst na 1 VJ nebo kolik VJ obsahuje porce jídla či jeden kus.

Celkový denní příjem sacharidů ve stravě je odstupňován podle věku, pohlaví, tělesné stavby, fyzické aktivity, zdravotním stavu a množství aplikovaného inzulínu či peronálních antidiabetik. Rozmezí celkového denního příjmu je od 175g do 325g sacharidů za den. Tento obsah je rozdělen do 3 hlavních a 3 vedlejších (svačiny + 2. večeře) jídel denně. Každé z těchto jídel obsahuje určitý počet VJ, který u dospělého nepřesáhne 25 VJ v závislosti na výše uvedených faktorech. Příklad rozvržení VJ do jednotlivých jídel může být následující: snídaně 3 VJ, svačina 2 VJ, oběd 5 VJ, svačina 2 VJ, večeře 4 VJ, 2. večeře 2 VJ. Mezi potravinami se ale vyskytují i některé, ve kterých není žádný cukr a diabetik je může ve své podstatě bez omezení. Jedná se o maso, uzeniny, sýry, vajíčka a téměř všechnu zeleninu. Ovšem má-li diabetik ještě k cukrovce přidruženou např. obezitu, musí kontrolovat i tyto výše uvedené potraviny mimo zeleniny. Ta je všem diabetikům, i zdravým lidem, doporučována nejvíce. Mezi nápoje, které jsou diabetikům doporučovány a které nijak neovlivní glykémii, patří voda, neslazené minerální vody, všechny druhy neslazeného čaje a neupravená káva. Díky objevu a vyrobění umělých sladidel však není diabetik odkázán pouze na tyto druhy nápojů, ale může si dopřát i některé druhy „sladkých“ limonád. Ty jsou ovšem doporučovány jen občas, protože zvýšený příjem umělých sladidel má negativní vliv na organismus a může vyvolat zažívací obtíže, v nejhorším případě vést až k selhání ledvin. Proto je doporučováno umělá sladidla užívat s mírou nebo se raději naučit nesladit vůbec. Zcela nevhodné jsou pro diabetiky slazené limonády, s výjimkou těch, které nesou označení „light“ nebo „bez cukru“, nápoje s označením „se sníženým obsahem cukru“, energetické nápoje,

džusy a alkohol. Ve finále jsou ale dnešní výrobci kuplíři nejvyššího kalibru, a tak aby si diabetik nepřivodil hyperglykémii, je nucen detailně pročítat složení výrobků.

Pro diabetika přepočítávání jídla ze začátku nemoci znamená značnou překážku. Je nucen veškeré porce jídla vážit, aby později, půjde-li se najíst např. do restaurace, pouhým okem odhadl, kolik jídla může sníst a kolik ho musí nechat na talíři, popřípadě kolik inzulínu ještě připíchnout.

1.3.4 Peronální antidiabetika (PAD)

Peronální antidiabetika jsou látky s glukózo-snižujícím účinkem, jejichž podávání je zpravidla indikováno u nemocných s DM II. typu, u kterých nebyla dosažena kompenzace díky dietě a režimovým opatřením.

PAD ovlivňují sekreci inzulínu, snižují inzulínovou rezistenci a zpomalují vstřebávání glukózy ze zažívacího traktu. Jejich účinnost není nastálo, a tak později, když přestanou PAD účinkovat, přichází na řadu podávání inzulínu.

PAD nenahrazují diabetickou dietu, a tak je důležité v ní pokračovat. Mnozí lidé, kteří jsou léčeni touto formou, si myslí, že mají jen „lehkou“ cukrovku, žijí v představě, že nejsou ohroženi vznikem a rozvojem pozdních, dlouhodobých komplikací. Opak je pravdou a právě tyto pacienti znamenají pro zdravotní pojišťovny nejvyšší výdaje, které jdou na léčbu pozdních komplikací. Roční léčba cukrovky a jejích komplikací stojí pojišťovny pro jednoho pacienta 25 852 korun, za rok je to pro celé Česko 20 miliard. (zdroj: Zdravotnická organizace ČR, in idnes.cz)

1.3.5 Inzulín

Inzulín je hormon bílkovinné povahy produkovaný β -buňkami Langerhansových ostrůvků slinivky břišní, který snižuje hladinu glykémie v krvi. Opačně působí hormon glukagon, který slouží jako zásobárna cukru „na horší časy“. Oba tyto hormony se podílejí na udržení správné hladiny cukru.

Jak uvádí Bartoš (2000), je léčba inzulínem základním pilířem péče o nemocné s DM I. typu, jejichž osud se zásadně změnil až v roce 1921. V tento rok se podařilo kanadskému lékaři F. Bantingovi a studentovi medicíny CH. Bestovi extrahovat „čistý“ inzulín z krav a rok poté, r. 1922, jej aplikovali 14letému chlapci z Ameriky, kterému prodloužili život o dalších 13 let. Od tohoto roku se zvýšila

poptávka po inzulínu na celém světě. V Československu se začal inzulín vyrábět v roce 1926, ale nejednalo se o současnou podobu, jak ho známe dnes. Byly to stále extrakty z kravských a prasečích pankreatů. Uměle vytvořený inzulín, vyrobený polysynteticky za pomoci genetického inženýrství, spatřil světlo světa až v roce 1978. Nechá se tedy říci před nedávnem.

Inzulín je do těla dodáván pomocí jednorázových injekčních stříkaček, které ovšem nejsou moc přesné, inzulínových per, které v současné době díky designérům nejenže vypadají jako propisky, ale jsou zároveň mnohem odolnější, skladnější, přesnější a tím pádem praktičtější. Dalším nenahraditelným pomocníkem je i inzulínová pumpa, která svou funkcí dokáže alespoň z části napodobit funkci pankreatu. Jedná se o malý přístroj, který diabetik nosí neustále při sobě a z něhož je mu pomocí teflonové kanyly podáván inzulín nepřetržitě 24 hodin denně. O dávce, kterou mu má pumpa dodat, vždy ale rozhoduje sám diabetik.

Jak v případě injekčních stříkaček, inzulínových per i inzulínové pumpy je odhad dávky vždy určitým rizikem, jestli bude dávka přiměřená či nebude-li moc vysoká či moc nízká. Tento proces v začátcích přivádí mnoho diabetiků do stavu nejistoty, úzkosti, snižování sebehodnocení, v případě akutních komplikací pocit selhání a nekompetence. Postupem doby, jak diabetik s inzulínovými dávkami „experimentuje“ a získává zkušenosti, tyto stavy odezní.

1.3.6 Transplantace a výhled do budoucnosti

Jak uvádí Lebl (2004), v současné době zatím lékaři DM vyléčit neumí. Nelze ho ovlivnit ani návštěvami lidových léčitelů, homeopatie či jinými alternativními postupy ani pitím čajů dle zaručených receptur. Přesto je pravděpodobné, že se současná generace s DM v budoucnu setká s možností, kdy bude DM možné vyléčit. Ve snaze najít tu správnou cestu, lze rozlišit dva cíle, které by toto kritérium mohly splňovat, nalezení biologické cesty nebo technologické cesty. Transplantace pankreatu nebo lépe jenom samotných β -buněk představuje cestu biologickou, vytvoření umělého pankreatu, přesněji umělých β -buněk, cestu technologickou.

V této době se transplantace pankreatu provádějí pacientům, kteří jsou bezprostředně ohroženi na životě díky funkčnímu selhání ledvin. Při transplantaci se vloží do těla nová ledvina a část pankreatu, najde-li se vhodný dárce. Tato metoda je

odůvodněna tím, že po transplantaci by nemocný stejně musel brát imunosupresiva. V budoucnu by docházelo pouze k transplantaci extrahovaných β -buněk pomocí transfuze do pupeční žíly. Proudem krve by byly β -buňky unášeny do jater, kde by se uhnízdily a začaly tam fungovat.

Dle výše citovaného autora se v druhém případě vědci pokoušejí sestrojít umělé β -buňky v umělém pankreatu. Taková buňka by měla umět trvale sledovat hodnotu krevního cukru, umět rozhodnout, kolik inzulínu tělo potřebuje a umět inzulín do těla uvolňovat. Shrnutí do schématu, buňka by musela mít část vstupní, analytickou a výstupní. Takovéto schéma bylo navrženo již před 40 lety, ale do současné doby se nepodařilo vyvinout přijatelné technické provedení. Jistým předstupněm k tomuto provedení jsou již dnes běžně využívané inzulínové pumpy. Ty po celý den dávkují nemocnému do těla určité množství inzulínu, ale nedokážou analyzovat glykémii v těle. To provádí diabetik sám pomocí glukometru.

Zatím nepřekonaným problémem pro sestrojení umělé β -buňky je právě analytická část k vyhodnocování stavu glykemií. Je třeba vymyslet spolehlivé čidlo, protože na něm by mohl záviset život diabetika. Je možné, že současná populace diabetiků se jednou dočká, že cukrovka půjde vyléčit, vědci jen potřebují čas.

1.4. Psychika diabetika

Onemocnění cukrovkou přijde jako blesk z čistého nebe, bez varování a znamená šok, nejen pro jedince, který byl DM zasažen, ale i pro všechny členy rodiny.

Jedná-li se o dítě kojeneckého až předškolního věku, je veškerá práce více méně na rodičích. Pro ně to může znamenat ztrátu zaměstnání, díky tomu snížení příjmů, je-li v rodině více menších dětí, rozdělení pozornosti pro všechny stejně, strach, jestli dítěti nedali více inzulínu, než měli, představa, že mají píchnout injekční jehlu do svého dítěte, v nich vyvolává úzkost a mnoho dalších vypjatých situací spojených s léčbou.

Nechá se říci, že u žádného jiného onemocnění není tak zásadním a stěžejním pilířem dodržování dietního režimu. Proto tedy je-li diabetickému dítěti něco zakazováno a jeho zdravému sourozenci je to povoleno, cítí to diabetik jako nespravedlnost. Právě u těchto dětí se častěji projevuje agresivní chování vůči

hračkám i ostatním členům rodiny, soupeřivost, rivalita vůči sourozenci, hněv, vztek, vzdorovitost a někdy návrat k regresi.

Cukrovka vyžaduje velkou vnitřní disciplínu a přizpůsobení života určitým pravidlům. To někdy nechápou ostatní děti. Podle Čermákové a Neugebauerové (2001) může být vrstevnický tlak v lepším případě pozitivní, zaměřený na solidaritu s ostatními nebo negativní, kdy se stává slabší jedinec obětí šikany. K dětem méně sociálně nebo tělesně zdatným, často zaujímají ostatní vrstevníci postoj, jako by si za své nedostatky mohly „postižení“ sami a že požadovaná změna je na jejich vůli. Aby si odmítané dítě zachovalo sebeúctu, snaží se přízeň kamarádů získat jakýmkoliv způsobem. Může se jednat o „pouhé“ plnění úkolů, které jsou potřeba splnit ke vstupu do skupiny nebo dítě začne porušovat zásady režimových opatření a svou nemoc popírat.

Z hlediska role spolužáka, je nutné předpokládat i různá rizika integrace chronicky nemocného dítěte do kolektivu. Pokud učitel nebo jiný dospělý ostatním spolužákům nevysvětlí příčinu určitých nápadností nemoci postiženého spolužáka nebo ji podá nevhodným způsobem, chovají se k němu ostatní spolužáci způsobem, který diabetikovi rozhodně neulehčuje zvládání jeho nemoci (bagatelizace, že se pro jednou nic nestane, posměšky, urážky).

Složitý denní režim výrazně ovlivňuje fungování diabetika. Zdravému člověku je jedno, kdy se nají a co bude jíst, kdy půjde spát, kdy vstane, jaké bude mít zaměstnání. Toto jsou nejčastější situace, se kterými se diabetik denně potýká. Z důvodu dobré kompenzace jeho nemoci se musí naučit dodržovat v rámci dne pravidelný režim, jehož porušení má zásadní vliv na jeho zdravotní stav. Pokud ovšem nastane období, kdy si tělo začne „dělat co chce“ a nereaguje na úpravu dávek inzulínu požadovaným způsobem, připadá diabetikovi najednou všechno zbytečné a často začne na nějaký režim „kašlat“. Všechna práce mu přijde zbytečná a v některých případech mohou méně odolní jedinci skončit v péči psychologů i psychiatrů z důvodů deprese a bezvýchodnosti situace.

Kromě nutnosti vyrovnat se s chorobou, se každý diabetik musí vypořádat s běžnými problémy svého života a prožít ta samá vývojová období jako ostatní.

1.4.1 Puberta a adolescence

Podle Vágnerové (2008) je období dospívání období vytváření a hledání vlastní identity. Dospívající usiluje o sebeurčení a zachází za hranice aktuální reality. V této době dává dospívající na názory vrstevnické skupiny a nabývá ideálu, který si sám vytvořil. Významnou součástí identity se může stát i budoucí povolání, na které se adolescent připravuje a kde se projeví míra identifikace s rodinou a jejími hodnotami. V této době se také dokončuje vývoj ego-identity, kdy mnohdy nejde o hledání identity jako takové, ale o převzetí modelu, který je pro adolescenta charakteristický. Pro mnohé dospívající je vidina dospělosti spíše neatraktivní, protože ji mají spojenou se zodpovědností a mnoha omezeními, pro které nejsou ještě dostatečně zralí. Pro rozvoj genderové identity je důležité vymezení mužské a ženské role. Genderové rozdíly se pak projevují ve vztahu k sexualitě, tělesným změnám, sociálním rolím, ale i různým vlastnostem a kompetencím.

Jak vyplývá z informací 1. interní kliniky LF UK a FN Plzeň (2007), mnohé provedené výzkumy v této oblasti ukazují, že v období puberty a adolescence dochází poměrně často ke značnému zhoršení metabolické kontroly diabetu. Nezanedbatelnou příčinou tohoto zhoršení jsou psychické vlivy. Mezi ty můžeme podle Praška (2003) zahrnout např. neshody s rodiči, společné bydlení s rodiči, rozchod s partnerem, žárlivost, vyhození ze školy, drogy a alkohol, tělesné nebo psychické onemocnění člena rodiny, celkové zhoršení zdravotního stavu vlivem zvýšené hormonální aktivity v tomto období a mnoho dalších. Ty vedou k porušování a nedodržování dietního režimu a často také k manipulaci s inzulínem. Nejčastěji ve smyslu vynechávání injekcí, jenž může ústit do opakovaných ketoacidóz¹³. Ketoacidóza je nejčastější příčinou smrti u mladých diabetiků 1. typu. Nebo naopak dopíchování inzulínu, aby si mohl diabetik dopřát to, co je mu ze zásady odpíráno i ve větším množství a dokázal si tak, že i on si může dát to, co ostatní. Dalšími rizikovými body může být bagatelizace, přílišná úzkost ať pacienta či jeho blízkých, hyperprotektivita¹⁴, nerealistické cíle v léčbě, stres, problémy

¹³ **Ketoacidóza** = rozvrat metabolismu při úplném deficitu inzulínu a zvýšené hladině určitých stresových hormonů

¹⁴ **Hyperprotektivita** = nadměrná péče a kontrolování

v pracovních i partnerských vztazích a mnoho dalších. Chvála a Trapková (2008) řadí mezi tyto faktory ještě špatné socioekonomické pozadí, rodinu s nižší podporou a nedostatkem rodičovského zapojení do péče o cukrovku, popřípadě neřešené konflikty v nejbližším okruhu rodiny. I v období dospívání je rodina faktorem, který hraje důležitou roli v úrovni kompenzace cukrovky. Příznivé rodinné prostředí je spojováno s menším zhoršením kontroly diabetu a s menším výskytem akutních komplikací.

Mezi častější problémy spojené s diabetem a objevující se nejvíce v tomto věku, jsou poruchy příjmu potravy a manipulace s hmotností. Mentální anorexie či bulimie se u mladých diabetiček vyskytují 2 - 3× častěji než v běžné populaci. Dospívající často odmítají v tomto období svou nemoc, což je určitá součást procesu adaptace na život s diabetem, procesu osamostatnění se a přijetí zodpovědnosti za svůj život. Nedodržování režimu se průměrně objevuje 3 - 4 roky od začátku diabetu, nejčastěji kolem 15. roku života. Jak by mohl vypadat proces adaptace na život s diabetem a jakých technik by při něm mohlo být využito, o tom bude pojednávat některá z dalších částí práce.

1.4.2 Dospělost

Rozmezí dospělosti můžeme rozdělit na tři období, časnou dospělost (20 - 30 let), ve které je podle Vágnerové (2008) nakumulováno několik životních mezníků, a to nalezení stabilního profesního postavení, uzavření manželství a zplození dětí, střední dospělost (30 - 50 let) a pozdní dospělost (50 - 65 let). Podle Vymětala (2003) je hlavním úkolem dospělosti založení rodiny, výchova dětí a profesionální zakotvení.

Dle článku o cukrovce a zaměstnání (2010), pokud dospělý onemocní cukrovkou, bývá prožívána jedincem od jedince velmi rozdílně. Od hodnocení nemoci jako výzvy k aktivnímu přizpůsobení, k nastolení nutných změn a řešení vzniklých problémů až k prožívání nemoci jako životní krize (osobní, rodinné, finanční či pracovní). Spokojenost v pracovní oblasti je důležitou součástí kvality života obecně, u nemocných nevyjímaje. Zaměstnání (práce) není jen způsob získání finančních prostředků, ale uspokojuje další naše důležité potřeby, např. potřebu smysluplné činnosti, sociálního kontaktu, naplnění dne. Poskytuje uspokojení

z odvedené práce, pocit užitečnosti a potvrzuje naše schopnosti a kompetenci. Je-li narušen jeden z těchto předpokladů, jedinec se může cítit, že v něčem selhal, stresuje se a to následně zasahuje do kompenzace diabetu. Hlavním cílem v této oblasti je vybudování, udržení a posilování dlouhodobé motivace k léčbě a hledání kompromisů mezi požadavky na úspěšnou léčbu a přáním si žít vlastní život, jak by diabetik chtěl.

2. OBRANNÉ MECHANISMY A ADAPTACE

2.1. Nemoc jako stres

„Já to prostě nezvládnou!“ Jak často jste pronesli právě tyto slova, když jste se cítili úplně zahlceni vším, co jste chtěli dokončit v práci nebo doma? Jak často slyší lékaři od pacientů s DM: „Nezvládnou cukrovku ještě se vším, co dělám, prostě to nezvládnou.“ Přemýšlejí někdy lékaři nad tím, co tím pacient myslí a jak mu může pomoci se s nemocí vyrovnat? (Gray, 2000)

Zatímco se vzdělávací programy pro diabetiky snaží pokrýt alespoň základy vlastního vedení diabetu, jako je selfmonitoring, výživa, fyzická aktivita, podávání inzulínu a životospráva, v otázce stresu z diabetu mlčí.

Protože stres je prvním krokem k rozvoji adaptace a obranných mechanismů, je dobré se ve zkratce zmínit o tom, co je to stres a jak ho popř. řešit, protože DM můžeme dle níže popsaných znaků, klasifikovat jako dlouhodobý stresor.

2.1.1 Stres

Pojem stres prvně použil kanadský endokrinolog Selye, který jej charakterizoval jako stav charakteristických fyziologických projevů, díky nimž organismus reaguje na různé zátěže. Podle něj je stres „sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou¹⁵“ (Schettler a kol., 1993, s. 610 in Vágnerová, 2004, s. 50) V současné době má stres mnohem širší pojetí, např. stresovou situaci nebo stav člověka. Dle Vágnerové (2004) lze stres z psychologického hlediska chápat jako stav nadměrného zatížení nebo ohrožení, tedy v širším pojetí než je biomedicínské.

¹⁵ **Noxa** = škodlivina (dle ABZ slovníku cizích slov, www.slovník-cizich-slov.abz.cz), stresor

Ne vždy je však stres chápán jako negativní. Jeho přiměřená míra nebo určitá varianta může podněcovat člověka k aktivitě a k hledání řešení situace a tím rozvíjet jeho schopnosti. V některých případech jedinci stresové situace vyhledávají, protože jim přinášejí pocity radosti a uspokojení, např. při adrenalinových sportech.

Podle Praška a Praškové (2001) jsou dnešní stresory spíše povahy psychologického charakteru, ale organismus na ně reaguje stejně, jako kdyby se jednalo o fyzickou hrozbu. Spotřeba nahromaděné energie a stresových hormonů pomocí boje nebo útěku (tedy pohybem) neproběhne. Čím méně pohybu člověk má, tím méně organismus metabolizuje. Čím více je využíváno stresových mechanismů, tím více dochází k přetěžování organismu, kdy u slabších jedinců může vést k rozvoji civilizačních chorob, jak je charakterizován i DM.

Charakteristické znaky stresových situací, dle Vágnerové (2004, s. 50), vztaženo k DM:

- Pocit neovlivnitelnosti situace (např. neovlivnitelnost hladiny glukózy v krvi a nemožnost DM vyléčit)
- Pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace (např. vznik hypoglykémie, hyperglykémie)
- Pocit nezvládnutelnosti situace (např. strach z negativní reakce diabetologa na výsledky kompenzace DM, ale touha po získání pozitivního hodnocení)
- Nepříjemný tlak okolností vyžadující příliš mnoho změn (např. stav hypoglykémie u řidiče z povolání - snížení aktivity a pozornosti, potřeba se najíst, zvýšená frekvence měření glykémie, časová náročnost)

Když je stresorem diabetes, lidé s DM nejsou schopni tento stav odstranit, takže potřebují najít způsob, jak tento stav zvládnout. A za další, vedení diabetu je práce na plný úvazek, a tak vyrovnání se s diabetem je také práce na plný úvazek. (Grey, 2000, s. 167)

2.1.2 Fáze reakce na stres

Jedná se o proces, který probíhá ve třech fázích, které zachycují postup zvládnání této situace.

První fáze v sobě zahrnuje **aktivaci fyziologických a psychických obranných reakcí a uvědomění si zátěže**. Z biologického hlediska se jedná o podnět, který vyvolá specifickou i nespecifickou humorální odezvu, která může mít různou intenzitu, ale stejný charakter bez ohledu na kvalitu zátěže. Dle Selyeho se jedná o poplachovou reakci. K psychické reakci dochází teprve tehdy, vyvolá-li situace silně negativní pocity, tj. je-li takto prožívána. Způsob hodnocení situace jako stresové závisí na předchozí zkušenosti jedince, jeho schopnostech, aktuálním stavu, ale také podpoře, které se mu dostává. Tyto výše popsané faktory lze označit jako individuální míru frustrační tolerance. Pokud by byl člověk přesvědčen, že situaci snadno zvládne, necítil by se ve stresu.

Druhou fází je **hledání účelných strategií**, které by mohly vést ke zvládnutí či alespoň ke snížení účinku stresu. Hodně záleží na tom, jak moc velký pocit kontroly člověk nad situací má, a zda-li si myslí, že situaci může nějak změnit. Pokud dojde ke změně či zmírnění situace, fyziologické i psychické funkce se vracejí do normálního stavu a dojde k přizpůsobení.

Pokud se dlouhodobě nedaří situaci zvládnout, přechází stav do třetí fáze, kdy dochází k **rozvoji poruch podmíněných stresem**. Nejčastěji se jedná o psychosomatické potíže. (Vágnerová, 2004)

2.1.3 Předcházení stresu u DM

Nemoc staví jedince nejen před zhodnocení situace a adaptaci, ale také před mnohem naléhavějším úkolem, jak dané těžkosti zvládat. Krausová (2001) uvádí několik možností jak na to.

V prvním příkladu uvádí **využití vitamínů, minerálů a bylinek**. Pro prevenci na nervové a psychické problémy se osvědčily zejména vitamíny skupiny B, hořčík, který má relaxační a zklidňující účinky a bylinky, kterými jsou třezalka, meduňka, kozlík, mařinka nebo chmel. Prodávají se v lékárně jako dražé, kapky a sypané čaje. Chmel je prý k dispozici ještě i v jiné, mnohem známější formě, tu ale autorka nedoporučuje.

Jako další možnost uvádí autorka **metodu relaxace**, které definuje jako tělesné a duševní uvolnění, při němž se zklidňují i některé fyziologické funkce organismu (dech, tep) a tím ji odlišuje od odpočinku nebo rozptýlení. Naučený

postup relaxace může pomoci ve stresové situaci nebo k navození spánku. Relaxační techniky jsou nejčastěji založeny na uvolňování napětí ve svalech, řízení představivosti nebo využívání autoinstrukcí a regulaci dechu. Výsledkem je vždy zklidnění psychiky i tělesných procesů. Provádění relaxace vede prokazatelně ke zlepšení kompenzace hlavně u diabetiků II. typu.

Mezi další možnosti jak si pomoci od stresových situací je nejpřirozenější forma pomoci, kterou je **tělesná aktivita a sport**. Jak je všude uváděno, je pohyb pro zdraví diabetika velmi důležitý. Má však i své příznivé psychologické účinky. Pohyb vede k uvolnění napětí a zmírnění úzkosti, tělo při pohybu produkuje tzv. endorfiny (přirozené opiáty), které zlepšují náladu, proto se člověk cítí po tělesné aktivitě příjemně.

Nepopíratelně patří mezi bojovníky proti stresu i **pozitivní myšlení**. Většina lidí má tendenci vidět věci černěji, než ve skutečnosti jsou. Všímají si hlavně toho, co jim vadí, a to dobré berou jako samozřejmost. Většinou jsou to ale naučené postoje, které se nechají odnaučit. Proto by mělo být v zájmu každého člověka snažit se hledat v každé životní situaci to lepší a nenechat se otrávit hloupostmi, které většinou nestojí ani za to. Autorka u této metody uvádí čtyři možnosti, co vyzkoušet. 1. Hledat si pozitivní vzory (někoho, kdo svůj DM zvládá dobře, snažit se ho napodobit) 2. Vybrat si nějaké své osobní heslo, svou mantru, kterou si bude diabetik několikrát denně opakovat (Není tak nejhůř, aby nemohlo být ještě hůř, I pád na „hubu“ je pohybem dopředu.) 3. Psát si pozitivní deník (každý den si zapsat alespoň jednu hezkou pozitivní věc, která se ten den člověku udála.) 4. Každý den ráno a večer se na sebe usmát do zrcadla.

Jako další metodu uvádí **techniku vnitřního rozhovoru**, kdy si člověk sám sobě domlouvá a radí, polemizuje nad svými myšlenkami a snaží se negativní myšlenky zahnat. Pokud tato technika nezabírá, nabízí autorka tzv. **stop-techniku**, kdy si člověk má říct: „Tak dost!“ a začít myslet na něco úplně jiného nebo **techniku odvedení pozornosti**, kdy je problém odložen na pozdější dobu, kdy na něj bude nálada nebo bude aktuální.

Poslední obecnější technikou je **asertivita**. Je to schopnost rozumného a slušného sebezprosažení. Asertivní člověk se nebojí vyjádřit svůj názor, trvat na svých požadavcích, nenechává sebou manipulovat, ale zároveň respektuje práva

ostatních a nesnaží se s nimi manipulovat ve svůj prospěch. Jak uvádí Krausová (2001), v některých psychologických studiích se prokázalo, že pokud dokáže být diabetik asertivní, mívá lepší kompenzaci cukrovky, než ten diabetik, který je zvyklý jen ustupovat a podřizovat se potřebám a mínění ostatních.

Mezi ostatní požadavky, které nebyly výše popsány a jsou důležité pro dobrou kompenzaci, je nutno uvést samotné **přijetí nemoci** jako takové, **vědomí** toho, **co člověk** ve skutečnosti **chce**, **pocit kontroly**, že to, co diabetik dělá, dělá pro sebe, **pocit nezávislosti**, který je jednou z hlavních součástí sebedůvěry a optimismu, **sebedůvěru**, která se posiluje s nezávislostí, **dobré vztahy k lidem**, „**pravidlo dvou i**“ - **informovanost**, **iniciativa**, které jsou podmínkou úspěchu všude, i u diabetu, **humor**, je dobré si v každé situaci najít něco, z čeho si udělat legraci a **tvůrčí činnost**, člověk nemusí být nadaný, ale jde o sebevyjádření, které vede k uvolnění. *Jak řekl klasik české psychiatrie prof. Vondráček: „Veselý večer je prospěšnější než celá tuba uklidňujících léků.“* (Krausová, 2001, s. 59)

2.2 Strategie zvládnání stresu

Míra odolnosti vůči zátěži je označována jako frustrační tolerance, ale v literatuře se můžeme i s termínem hardiness (pevnost, tvrdost), který lze pojmut jako stupeň odolnosti, a pojem resilience (houževnatost či nezdolnost), jakým je chápáno odolávání v průběhu času.

Mezi nejčastěji využívané psychické reakce na stres se zahrnuje úzkost, vztek a agrese, apatie a deprese, někdy i oslabení kognitivních funkcí, což může představovat např. zhoršenou soustředěnost na práci. (Atkinson, 2003)

Různé způsoby vyrovnání se se zátěží, vychází ze dvou fylogeneticky starých mechanismů, kterými jsou únik a útok.

Útok představuje aktivní variantu a má tendenci s nepřijatelnou a ohrožující situací bojovat. Nástrojem útoku může být agrese, která může být vyjádřena přímo ke zdroji ohrožení, ale může být i obrácena vůči sobě samému v podobě sebeobviňování. Opakem agrese je asertivní jednání, kdy se jedinec snaží o sebeprosazení, realizaci vlastních plánů a uspokojení potřeb.

Naproti tomu únik je opačnou variantou řešení, kdy si jedinec myslí, že daná situace nemá řešení. Formami, jakými lze od problému odvrátit tvář, může být

skutečný útěk, přenesení odpovědnosti na jiného člověka nebo rezignace před uspokojením.

2.3 Coping

Téma zvládání životních těžkostí (včetně bolesti, akutní a chronické nemoci atp.) je nejčastěji v psychologické literatuře uváděna pod anglickým názvem coping. Tento termín pochází z řeckého slova kolaphos, což znamená rána uštědřená protivníkovi v boxu. Ten, kdo ránu v boxu s nemocí dává, je člověk, který onemocněl. Ten na koho je rána zaměřena, je nejčastěji útrapa s nemocí. (Křivohlavý, 2002)

Coping můžeme rozdělit na dvě skupiny, a to podle toho, zda jsou způsoby vyrovnávání se uvědomované či neuvědomované. Mezi uvědomovanou formu jsou zahrnovány mechanismy zaměřené na řešení problému a mechanismy zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem. Mezi neuvědomované mechanismy potom ty, které budou rozvedeny v kapitole Obranné mechanismy.

2.3.1 Teorie zvládání

Existuje mnoho definic zvládání (skoro tolik, jako existuje studií na toto téma), ale pravděpodobně nejužívanější definicí je od Pearlina a Schoolera, kteří definují zvládání jako chování, které chrání jedince před psychickým vyčerpáním způsobeným negativní zkušeností. Proces zvládání, který má ochrannou funkci, lze využít třemi způsoby (Grey, 2000):

- 1) odstranění nebo úprava stresorů,
- 2) kontrolu vnímání významnosti stresoru
- 3) udržování emočních důsledků v rámci mezí

Další běžněji užívanou definicí je definice od R. S. Lazaruse a S. Folkmanové, kteří definují zvládání jako neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí, zaměřené na řízení vnějších a/nebo vnitřních požadavků, které jsou člověkem hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje. (Grey, 2000, Křivohlavý, 2002) Jinak řečeno,

zvládání lidem umožňuje využívat různé schopnosti k řešení problémů, kterým čelí v běžném životě.

Podle Greyové (2000) je jádrem Lazarusovy a Folkmanové teorie zvládání orientace na proces, ne na zvláštnost, a zdůrazňuje, že lidé využívající přístupy ve vyrovnávání se v průběhu času, zkušenosti a povaze stresoru se spíše lépe vyrovnají než lidé, kteří jsou „předprogramováni“ k užívání stejného chování bez ohledu na stresující zážitek. Nicméně zvládání je proces, který je určen k zvládnutí problému, ale vyrovnání se s danou situací nemusí nutně znamenat, že člověk problém zvládl.

Lazarus s Folkmanovou vysvětlili dva hlavní typy copingu - zaměřený na problém a zaměřený na emoce.

2.3.2 Strategie zaměřená na problém

Podle Atkinsonové a kol. (2003) představuje strategie zaměřená na řešení problému vymezení problému, hledání možných řešení, zvažování alternativ z hlediska ztrát a zisků a volbu mezi alternativami a realizací vybrané možnosti řešení. Křivohlavý (2002) pak dále uvádí také vyvinutí vlastní aktivity a snaha konstruktivně daný problém řešit. Jak uvádí Vágnerová (2004) jedinec je prostě schopný problém řešit a dosáhnout vytyčeného cíle. Pokud si člověk zvolí tuto strategii, obvykle tuto zátěž i lépe zvládne. Nastávají ovšem situace, kdy je na dosah pouze limitované řešení, ale ani v tomto případě se nemusí jednat o negativní variantu a situace může být člověku ku prospěchu. Ukazuje se, že se strategií řešení problému se můžeme setkat už v dětském věku.

2.3.3 Strategie zaměřená na emoce

Vágnerová (2004) má tuto problematiku nazvanou jako coping na udržení přijatelné subjektivní pohody, uchování psychické rovnováhy a snížení negativních zážitků. Je to na místě, protože se skutečně jedná dle Atkinsonové (2003) o techniku, kterou se lidé snaží zabránit zaplavení negativními emocemi, který se radikálně změnil např. v důsledku dlouhodobé nemoci, traumatu, postižení atp. Podle Křivohlavého (2002) se může jednat o snížení míry obav a strachu nebo o snížení míry závislosti atd. Na rozdíl od strategie řešení problému, se se strategií zaměřenou

na emoce setkáváme až v adolescentním věku. U dospělých se pak tyto strategie objevují vedle sebe.

Existuje mnoho způsobů, jak se nechají řešit negativní emoce. Atkinsonová (2003) se zmiňuje o dvou strategiích, které dělí na behaviorální a kognitivní (tzv. maladaptace)

Behaviorální strategie zahrnují využití různých prostředků ke zmírnění naléhavosti problémů, např. pití alkoholu, kouření, tělesné cvičení, braní drog nebo vyhledávání psychické podpory u přátel. Právě tato strategie, hledání podpory u druhých se jeví jako dobrý pomocník. V několika výzkumech bylo zjištěno, že pokud se o své trápení může jedinec s někým „podělit“, je po fyzické stránce zdravější jak krátce po negativní události, tak v pozdější době. Na druhé straně se však kvalita sociální podpory od okolí stává spíše zátěží a může být pro jedince ještě více stresující.

Kognitivní strategie představují dočasné přesunutí problému do nevědomí (např. nestojí to za to, abych se tím trápil) a snížení ohrožení změnou významu situace („její vztek mě nemůže rozhodit“). Často dochází k přehodnocení situace a v některých případech nemusejí být obě tyto strategie ku prospěchu k adaptaci, ale ještě více člověka stresují.

2.4 Obranné mechanismy (OM)

Jak uvádí Nakonečný (2009), koncept obranných mechanismů pochází původně z psychoanalýzy, resp. z klinické psychologie, a patří mezi nejdůležitější objevy klasické psychoanalýzy. Freud považoval za nejvýraznější formu obrany potlačení (vytěsnění). Později téma obranných mechanismů rozpracovala jeho dcera, Anna Freudová.

Jak dále uvádí Nakonečný, OM jsou psychologickou analogií biologické imunity, tedy obrany organismu zajišťované imunologickými mechanismy, kdy dezintegrující zážitky působí na fungování psychického aparátu a jsou tak protikladem k adaptaci.

Podle Atkinsonové (2003) OM zaměřené na emoce nemění stresovou situaci, ale mění způsob, jak osoba o dané situaci přemýšlí. Podle autorky všechny obranné mechanismy v sobě zahrnují prvek sebeklamu.

Na rozdíl od výše popsaných strategií zvládnání, které jsou uvědomované, jsou OM neuvědomovanou složkou v chování jedince. Avšak se může stát, že jsou-li obranné mechanismy dovedené do krajnosti, mohou dle Atkinsonové, přivést jedince k využití některé maladaptivní vědomé strategie, která byla popsána výše.

Níže jsou v tabulce č. 2 popsány jednotlivé obranné mechanismy dle T. V. Costella a S. S. Zalkinda (1963, in Nakonečný, 1998 a 2009). Pro množství objevených mechanismů je tabulka rozdělena na dvě části, kdy pokračování tabulky je uveden v příloze č. 4. Příloha č. 5 pak uvádí mechanismy, ve kterých se autoři odlišují od OM, uvedených v tabulce č. 2.

<i>Mechanismus</i>	<i>Obsah</i>	<i>Příklad</i>
<i>kompence</i>	pocítuje-li osoba v určitém směru nedostatek, vytyčuje si a sleduje určité předsevzetí s vysokým nasazením, kterým nedostatek (inferioritu) odstraňuje	vezme-li si diabetik jídlo navíc, jde si např. zasportovat, aby příliš nestoupla hladina cukru
<i>přesunutí (sublimace)</i>	osoba přenáší negativní emoci na věc či osobu, která nemá k příčině vztah, agrese je přesunuta na náhradní objekt	diabetik dostane vynadáno od lékaře za špatné výsledky, ale může za ně např. žena, která upeče na neděli moučník
<i>útek do fantazie</i>	prožívání nedosažitelných uspokojení napomáhající v úniku z tíživé situace pomocí denního snění či jinou formou imaginace	vzpomínání na časy, když člověk cukrovku ještě neměl nebo představa vyléčení DM
<i>identifikace</i>	napodobování chování jiné osoby a zvnitřnění jejích hodnot a názorů, která je pro jedince vzorem a zvyšuje pocit jeho hodnoty	snaha dosáhnout stejných výsledků jako má kamarád odvedle
<i>projekce</i>	osoba se chrání před vlastními nechtěnými vlastnostmi a nepříjemnými city, které připisuje druhým	diabetik si nerozumí se svým lékařem, a tak říká, že ho lékař nemá rád
<i>záminková reakce (chování, které je záminkou)</i>	sklony, které nejsou jedincem akceptovány, jsou potlačeny a na jejich místo nastoupí protichůdné způsoby chování nebo postoje	diabetik si nemůže dát dort, a tak ho před ním nebudou jíst ani ostatní
<i>racionalizace</i>	nežádoucí pocity, chování a snahy jsou "zahalovány" do rozumných vysvětlení než skutečných	"Mám to takové a takové, protože jsem udělal tohle a tohle..."
<i>regrese</i>	člověk se vrací do dřívějšího způsobu chování, které mělo řešení	při špatné kompenzaci se diabetik navrátí k přesnému vážní jídlu

Tabulka č. 2 Obranné mechanismy dle T. V. Costella a S. S. Zalkinda

2.5 Adaptace

Termín adaptace je dílčím aspektem v boji s nemocí. Podle Křivohlavého (2002) předchází adaptaci etapa kognitivního zhodnocení situace, kdy se člověk nejdříve potřebuje vyznat v situaci, do které se dostal, využít vlastních schémat nemocí, které představují znalosti a zkušenosti s předchozími nemocemi, a nových informací odborného druhu, aby byl schopen si ujasnit, co všechno se změní v důsledku nemoci a jejím průběhu.

Boj s nemocí je rozdělen na několik etap, které jsou do jisté míry obdobné, jaké popsala Elizabeth Kübler-Rossová v terminální fázi nemoci, kdy první fází je šok, druhou agrese a hněv, třetí smlouvání, čtvrtou deprese a pátou fází je smíření se s nemocí, potažmo nadcházející smrtí. Níže je uveden model boje s nemocí dle Shnotze (1975, in Křivohlavý, 2002):

- 1. fáze - **Šok**. Pacient se dozvídá, že se u něj objevilo vážné onemocnění. Tento stav je charakteristický ustrnutím a zděšeným chováním, které se může v průběhu času střídat. Z psychologického hlediska jde o odpoutání se od reality, duchanepřítomnost.
- 2. fáze - **Usebrání**. Dochází k psychickému návratu do skutečnosti. Nejde však o zcela normální mentální stav, pacientovy emoce jsou výrazně negativní a myšlení je do určité míry neuspořádané. Projevují se u něj obavy, strach, zármutek, žal, pocit bezmoci a nedostatek pomoci. Celkově je pacient mnohem více vzrušený.
- 3. fáze - **Stažení se ze hry**. V této fázi odchází pacient vědomě do mentálního osamění, kde má možnost vše popřít, aby si ulehčil od duševní tíhy spojené se zjištěním nemoci. Tento druh stažení se ze hry umožňuje pacientovi i změnu pohledu na danou situaci a dává mu též příležitost k vypracování strategie dalšího postupu.
- 4. fáze - **Tvorba programu k řešení krize**. Během procesu vytváření programu řešení krize je dle Moose a Schaefera (1984, in Křivohlavý, 2002, str. 37) nutné se vypořádat s některými změnami:
 - změna osobní identity,
 - změna role, kterou pacient zaujímá,

- změna prostoru, v němž se pacient pohybuje
- změna v souboru osob, které mohou pacientovy poskytovat soc. oporu
- změna perspektivy - co může pacient v budoucnu očekávat

Tyto změny mohou zatěžovat pacientovi jeho psychický stav, a to:

- nepředvídatelností změny zdravotní situace
- nejasností v diagnóze
- postojem lékaře a vzájemnými sympatiemi či antipatiemi
- nejasností v pohledu na příčiny vzniku, průběhu a následkům nemoci
- požadavkům rychlého rozhodnutí v závažnějších situacích
- nezkušeností pacienta v situaci pro něho zcela nové nebo ve stejné situaci, kdy ale tělo zareaguje jinak, než bylo předpokládáno

Pojmem adaptace se tedy rozumí přizpůsobení se výše popsaným výsledkům hodnocení vlastní situace a poté také úprava či změna podmínek návyků a prostředí, v němž se pacient nachází, a na co byl doposud zvyklý. Obecně vzato a vztaheno k DM, nejlépe se na onemocnění adaptují, podle Čermákové a Neugebauerové (2001), děti v kojeneckém a batolecím věku, kdy s akceptací nemoci není téměř žádný problém.

Během procesu adaptace definovali Moos a Schaefer (1984, in Křivohlavý, 2002) sedm úkolů, které se k adaptaci vztahují. Jsou to zvládání bolesti, zvládání osobních problémů úzce souvisejících s vyšetřením u lékaře, zvládání mezilidských vztahů v nemocničním prostředí, zachování klidu a vyrovnaného citového stavu, zachování si tváře a důstojného obrazu vlastní osobnosti, neztracení sociální opory od rodiny a nejbližších známých a připravení se na věci, které budou stát před pacientem v rámci průběhu léčení.

III. PRAKTICKÁ ČÁST

Na teoretickou část navazuje část praktická, kde je zkoumáno, jaké nejčastější obranné mechanismy využívají vybrané skupiny respondentů k adaptaci na své onemocnění.

Praktická část bakalářské práce představuje kvalitativní sondu do poměrně často opomíjené problematiky, která jde do hloubky a mohla by být předvýzkumem pro ještě hlubší rozpracování tématu. Ve výzkumu je upřednostněn kvalitativní přístup před kvantitativním přístupem.

1. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem výzkumu je zjistit, jaké obranné mechanismy využívají dospívající a dospělý v procesu sžívání se nebo životem s nemocí a existuje-li nějaký rozdíl ve využívání obranných mechanismů u těchto dvou skupin.

HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA (HVO):

1. Jaké budou rozdíly v druzích obranných mechanismů u dospívajících a dospělých?

VEDLEJŠÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY (VVO):

1. Jaké obranné mechanismy se budou objevovat u dospívajících?

2. Jaké obranné mechanismy se budou objevovat u dospělých?

3. Jak proběhlo vyrovnávání se s nemocí dle 5fázového modelu (šok, popření a smlouvání, agrese, deprese, přijetí)?

4. Jakým způsobem budou reagovat spolužáci na ZŠ na fakt, že je jejich spolužák nemocný?

2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor tvoří dvě skupiny. Výzkumný soubor č. 1 - adolescenti (tabulka č. 3) a výzkumný soubor č. 2 - dospělí (tabulka č. 4). Zastoupení pohlaví v těchto souborech odpovídá poměru 5:1 a 4:2 ve prospěch ženského pohlaví. Všichni respondenti mají diabetes mellitus I. typu diagnostikovaný v dětství nebo dospívání. Ve dvou případech je k cukrovce ještě přidruženo další autoimunitní onemocnění, celiakie, v každém výzkumném souboru po jednom člověku. S výskytem další nemoci nebylo původně počítáno, a tak o stejném rozložení v obou skupinách lze mluvit jako o náhodě. V níže uvedených tabulkách jsou přehledně uvedeny další informace o zúčastněných. Ke každému změněnému jménu byla ještě přiřazena osobní zkratka (R1 - R12), aby se později dalo lépe pracovat s daty.

<i>Jméno</i>	<i>Věk</i>	<i>Místo bydliště (kraj)</i>	<i>Škola</i>	<i>Věk manifestace</i>	<i>Doba trvání nemoci</i>	<i>Aplikace inzulínu</i>	<i>Další nemoc</i>
<i>Andrea (R1)</i>	19	Chrudim (Pardubický)	SŠ Ekologie a ochrana krajiny	5 let	12 let	pera	Ne
<i>Nikola (R2)</i>	20	Židlochovice (Jihomoravský)	Víceleté gymnázium	14 let	6 let	pumpa	Ne
<i>Maruška (R2)</i>	15	Kamenný Újezd (Jihočeský)	ZŠ	6 let	9 let	pera	Ne
<i>Mirek (R3)</i>	20	Rýmařov (Moravskoslezský)	SŠ Hotelnictví	5 let	15 let	pumpa	Ne
<i>Kordula (R4)</i>	14	Kamenice n. Lipou (Vysočina)	ZŠ	9 let	5 let	pumpa	Celiakie ¹⁶
<i>Karin (R5)</i>	15	Hrazany (Jihočeský)	4leté gymnázium	7 let	8 let	pumpa	Ne

Tabulka č. 3 Výzkumný soubor č. 1 - adolescenti

K získání respondentů bylo využito metody sněhové koule, která je dle Miovskeho (2006), nejčastěji využívanou metodou v kvalitativním výzkumu. Jedná se o metodu, kdy jsou v první vlně osloveni respondenti účelně pro získání dalších respondentů. V tomto výzkumu se tedy jednalo o navázání kontaktu s diabetiky, kteří

¹⁶ **Celiakie** = chronické onemocnění tenkého střeva, projevující se nesnášenlivostí lepku (glutenu), který je obsažen v mnoha obilovinách. Onemocnění nelze vyléčit, ale při dodržování bezlepkové diety, jsou potlačeny veškeré příznaky.

byli dále požádáni o poskytnutí a oslovení ostatních diabetiků v jejich okolí. Dále bylo ke spolupráci na výzkumu osloveno několik respondentů přes diabetologickou instituci (sdružení, ambulance).

Při výběru respondentů byly upřednostněny tři kritéria, z nichž jedním byl věk respondentů, u adolescentů 14 - 20 let, u dospělých 21 - 60 let, druhým kritériem byla diagnóza diabetu I. typu a třetím kritériem doba trvání nemoci minimálně dva roky z důvodu individuální doby adaptace na onemocnění.

Z celkového počtu 42 oslovených respondentů se výzkumu zúčastnilo pouhých 12 účastníků. Důvodem neúčasti zbývajících oslovených byla v některých případech ignorace výzvy o spolupráci, nepřístupnost na podmínky, kterými byly data získávány, časová zaneprázdněnost nebo i v jednom případě byla překážkou vzdálenost a technická negramotnost v oblasti výpočetní techniky.

Díky výše popsané metodě se podařilo získat vzorek respondentů v zastoupení několika krajů. O jaké kraje se jedná, je možné dohledat v tabulce č. 3 a 4. Již v počátku výzkumu bylo nepravděpodobné, že by bylo možné sehnat respondenty z jedné oblasti.

<i>Jméno</i>	<i>Věk</i>	<i>Místo bydliště (kraj)</i>	<i>Vzdělání Zaměstnání</i>	<i>Věk manifestace</i>	<i>Doba trvání nemoci</i>	<i>Aplikace inzulínu</i>	<i>Další nemoc</i>
<i>Jarka (R6)</i>	29	Albrechtice n.Orl. (Královehradecký)	VOŠ účetnictví, MD	11 let	18 let	pumpa	Ne
<i>Patrik (R7)</i>	23	Přelouč (Pardubický)	student VŠ PřF	13 let	10 let	pera	Ne
<i>Markéta (R8)</i>	22	Milevsko (Jihočeský)	student VŠ PF	9 let	13 let	pumpa	Ne
<i>Tadeáš (R10)</i>	23	Kvilda (Jihočeský)	SOU zámečnick, údržbář	16 let	7 let	pumpa	Ne
<i>Irena (R9)</i>	50	ČB/Šumava (Jihočeský)	VŠZ, VŠT Praha, technik inz. pump	7 let	43 let	pumpa	Celiakie
<i>Květa (R10)</i>	21	Přelouč (Pardubický)	student ZSF JČU	8 let	13 let	pera	ne

Tabulka č. 4 Výzkumný soubor č. 2 - dospělí

3. VÝZKUMNÝ DESIGN A POSTUP PŘI ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Jako výzkumný design byla zvolena vícečetná případová studie, kdy analýza jednotlivých případů v průběhu celého výzkumu umožňuje sledovat, popisovat a vysvětlovat případ v celém kontextu a díky tomu dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Díky nim je možné lépe porozumět jednotlivým vztahům a celkovým souvislostem. (Miovský, 2006) Protože jde o výzkum zachycující nejmenší detaily, může vést k objevení nových, do této doby přehlížených detailů a k vytvoření nových hypotéz, které je však potom nutné ověřit lépe kontrolovatelnými projekty. (Ferjenčík, 2000)

3.1 Metoda výzkumu

Jako metoda výzkumu byly použity polostrukturované rozhovory, z důvodu, kterým je možnost položení dalších, doplňujících otázek, které můžou zajistit vyšší přesnost a výtěžnost než je tomu u plně strukturovaného rozhovoru. (Miovský, 2006) Pro rozhovory bylo dopředu připraveno 28 otázek (příloha č. 6). V rozhovorech bylo ovšem položeno více otázek, nejčastěji pro pochopení významu odpovědi nebo náhrada za některé již zodpovězené otázky v průběhu rozhovoru. Předpřipravené otázky jsou rozděleny do tří okruhů, a to na otázky zaměřené na získání obranných mechanismů, otázky ke zjištění průběhu sžití se s nemocí a otázky doplňující, které úzce souvisí s otázkami výše uvedenými a dokreslují tak celkový obraz toho, jak se jedinec s nemocí sžívá.

3.2 Metoda sběru dat

Díky rozmanitosti vzorku, jehož bylo dosaženo metodou sněhové koule, byly některé rozhovory zprostředkovány pomocí internetových komunikačních programů ICQ, Skype a sociální sítě Facebook, kdy docházelo k videochatu s daným respondentem, aby bylo možné zachytit gesta a mimiku, psaným rozhovorům (chatem) nebo přímému rozhovoru přes webovou kameru, kdy byl rozhovor zaznamenáván na diktafon. V ostatních případech se rozhovor konal v přímém kontaktu s respondentem, kdy byl rozhovor rovněž zaznamenáván na diktafon. V případě rozhovorů vedených psanou formou, se doba rozhovoru pohybovala v průměru kolem jedné a půl hodiny, v ostatních případech, tedy přímých

rozhovorech kolem 60 minut. Pro ilustraci je v příloze č. 7 jeden z rozhovorů přiložen.

Na začátku každého rozhovoru byl respondent seznámen, za jakým účelem je s ním rozhovor prováděn, ujištěn, že díky změně jeho údajů za účelem zachování anonymity, nebude dohledatelný, že do rozhovoru vstupuje dobrovolně a že nemusí na některé otázky odpovídat, pokud nebude chtít. Takto byl rozhovor ošetřen po etické stránce.

Dále pak byl každý respondent upozorněn na fakt, že cílem rozhovoru je získat informaci o tom, jak se s nemocí žije jemu samotnému, že tak jak by to mělo vypadat, si každý z nás může přečíst v literatuře. Tímto mělo být ošetřeno zkreslení výsledků výzkumu před jevem, kdy dotazovaná osoba bude vypovídat tak, aby se ukázala, v co možná nejlepším obraze.

Nakonec byla respondentům nabídnuta materiální odměna v podobě zaslání výsledků výzkumu, o kterou většina projevila zájem.

4. ZPRACOVÁNÍ DAT

Všechny rozhovory byly doslovně z diktafonu i historie jednotlivých komunikačních programů přepsány do jednotné podoby a vyhodnoceny metodou otevřeného kódování.

Metoda otevřeného kódování je podle Strausse a Corbinové (1999) část analýzy, která se zabývá označováním a tříděním pojmů do jednotlivých kategorií díky pečlivému studiu údajů. Během kódování jsou údaje rozebrány na jednotlivé části (kódy) a porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly. Kód je, jak uvádějí Lee a Fielding (2004, in Švaříček a Šedřová, 2007), slovo, slovní spojení nebo věta, která nějakým způsobem určuje význam kódu a odlišuje jej od ostatních. Během tohoto procesu jsou zkoumány vlastní i cizí domněnky, které mohou vést k novým objevům. (Strauss a Corbinová, 1999)

Dalším krokem bylo hledání souvislostí mezi jednotlivými kódy na základě jejich podobnosti nebo vnitřní souvislosti a kategorizování do skupin. Tímto vzniká hierarchický systém, na kterém velmi záleží, neboť se z něj podle Švaříčka a Šedřové (2007, str. 221) „stává zárodečné stádium budoucí teorie či analytického příběhu“. Jednotlivé kategorie i s jejich kódy jsou uvedeny v kapitole Výsledky.

Cílem techniky „vyložení karet“, která je nadstavbou otevřenému kódování, je strukturovat hrubá data a načrtnout příběh, na němž bude postavena výzkumná zpráva. Jedná se o proces, kdy výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorie uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě toho sestaví text tak, že převypráví obsah jednotlivých kategorií. Do výsledné analýzy není nutné zahrnovat všechny kódy, jen ty, které se nějakým způsobem vztahují k výzkumným otázkám nebo je-li mezi kódy nějaká větší provázanost. (Švaříček a Šed'ová, 2007)

U vyhodnocování kategorie I a II je ještě použita kvantitativní metoda četnosti, která ilustruje, kolikrát se daný OM v kategorii vyskytl pro případné zobecnění výsledků pro účely práce.

5. VÝSLEDKY

Díky metodě otevřeného kódování přepsaných rozhovorů, byly vytvořeny následující 4 kategorie, dle nichž jsou zodpovězeny výzkumné otázky:

- *kategorie I: obranné mechanismy adolescentů*
- *kategorie II: obranné mechanismy dospělých*
- *kategorie III: vyrovnání se s nemocí dle 5fázového modelu*
- *kategorie IV: školní kolektiv ZŠ*

U kategorie I a kategorie II budou v následujících kapitolách vždy uvedeny nejčastěji uváděné výpovědi, z důvodu častějšího výskytu daného jevu u jednoho respondenta. Pro identifikaci výpovědi je v závorce uvedena zkratka respondenta (např. R5).

5. 1. Kategorie I: obranné mechanismy adolescentů

Kategorie byla vyhodnocena z poloviny kvantitativní metodou četnosti, z poloviny kvalitativní metodou otevřeného kódování. V tabulce č. 5 jsou uvedeny jednotlivé kódy, četnosti kódů a celková četnost kódů. Kód v této kategorii zastupuje obranný mechanismus. Úkolem kategorie je vystihnout, jaké nejčastější obranné mechanismy využívají adolescenti v různých situacích. Na zjištění obranného mechanismu byly směřovány konkrétní otázky ze seznamu (příloha č. 6). Pro

zvýšenou četnost některých kódů jsou uváděny nejčetnější nebo zajímavé výpovědi respondentů.

Otázka č. 8 Je pro tebe těžké dodržovat jídlo a režim?

Kompenzace: *Záleží, jak si to člověk uspořádá. (R1) Jelikož mám pumpu, když si chci pospat o víkendu, jednoduše si nastavím procenta, kolik mi pumpa za hodinu píchne a čas dokdy to chci a nic se neděje. (R4)*

Popření: *Časový režim jsem nikdy nedodržoval a dodržovat nebudu. Přijde mi jako holý nesmysl to, proč by měl diabetik chodit spát v 22:00. (R4) Žádný problém nemám, jen když chci vypnout a na všechno se vykašlat. (R5)*

Kód/respondent	Adolescent												Celková četnost
	R1	Č	R2	Č	R3	Č	R4	Č	R5	Č	R6	Č	
vytěsnění	●	1	●	2		0	●	1		0		0	4
racionalizace	●	3	●	8	●	3	●	6	●	4	●	2	26
kompenzace	●	9	●	7	●	4	●	8	●	8	●	6	41
"anestézie"	●	1		0		0		0	●	1		0	2
popření	●	1	●	4	●	1	●	7	●	5	●	6	24
regrese		0	●	1		0		0		0		0	1
sebeobviňování		0		0	●	1		0		0		0	1
útěk do fantazie		0		0	●	1		0		0		0	1
agrese		0		0	●	1		0		0		0	1

Tabulka č. 5 Kódy zahrnuté v kategorii I

Otázka č. 9 Když sem tam ulítneš v jídle, vyčítáš si to nějak, nebo co se ti honí v hlavě?

Kompenzace: *Udělala jsem to, fajn, musím to napravit, ať inzulímem nebo pohybem. (R1) Budu se omezovat, půjdu si zacvičit, abych to vyrovnala. (R2) Dopíchnu si inzulín podle kolik toho sním. (R4) Časem jsem přestala nejen kvůli kompenzaci, ale i kvůli váze. (R6)*

Racionalizace: *Neměla bych, teď si dám a pak už ne. (R2) Říkám si, že nechci, aby se to opakovalo. (R3) Podvádím akorát sama sebe a ničím si tím svůj organismus. (R5) Jednou to nevadí, není to furt. (R6)*

Popření: *Na cukrovku se v tomto směru vůbec neohlížím. Neomezuju se vůbec na váze jídla. (R4) Snažila jsem se to omezovat, když ne přestat. (R6)*

„Anestezie“: *To Kordulka zapomene na to, že už jednou něco papala a pak si vezme ještě něco. (R5)*

Otázka č. 10 Mlžil/a jsi někdy glymči před doktorem? (A neříkej, že ne, dělaj to všichni 😊) Co se ti při tom honilo hlavou?

Kompenzace: *Neříkám, že si tam občas nějakou glymču nedopíšu. (R1) Číslo jsem dopsal, přepsal a prostě falšoval to tak nenápadně. (R4) Občas jsem šmelila, ale pak mi na to naši přišli a dohodli se společně, že tudy cesta nevede, že se to bude muset nějak řešit. (R5) Pokaždý, když jsem si teda dopřála, tak jsem si na to připichovala inzulín. (R6)*

Racionalizace: *Je to k ničemu a ničím si zdraví. (R3)*

Popření: *Pokaždé si je píšu do deníčku,... (na otázku ani jednou)... dobře, ale když to bylo fakt tragický přes 20. (R2)*

Otázka č. 14 Jak to bylo s dietou, začala mamka vařit podle tebe nebo ses přizpůsobil/a domácí stravě?

Kompenzace: *Přizpůsobil/a jsem já. (R1, R3, R4) Přizpůsobila se rodina (R2), jen si to vážím (R6), a mamina mi to dělá zvlášť, kvůli té bezlepce. (R5)*

Otázka č. 17 Stresuješ se kvůli cukrovce? Co děláš pro to, aby ne.

Kompenzace: *Stresuju se kvůli cukrovce, ale snažím se to nějak srovnat do normálu. (R3) Buď se z toho vyspím, nebo si s někým popovídám, pustím si muziku, jdu ven si pročistit hlavu, ale neúčinnější je čokoláda... (R5)*

Racionalizace: *Kdybych se měla kvůli cukrovce stresovat, musela bych se zbláznit. Vždycky se to dá nějak vymyslet. (R1) Samozřejmě stresuju. Souvisí to s mojí nedůslednou léčbou, že dělám prohřešky a nemám čisté svědomí. (R2) Cukrovku mám ve velmi dobrém stavu, takže minimálně. (R4) Stresuju se kvůli tomu, že už jsem si na to nějak i zvykla, co jinýho zbyde. (R6)*

Popření: *Upřímně, to ani neřeším, občas dokonce nevím, kde mám napíchlou pumpu. (R4) Nejde to ovlivnit. (R6)*

Otázka č. 21 Zasahuje vám nějak cukrovka do intimních chvil?

Kompenzace: *U postele je vždy něco sladkého k pití. (R1) No dalo by se říct, že ano, ale blbě se to popisuje. Když už teda to hypo mám, tak se napapám a jede se dál. A jinak to řeším procentama a více večere... (R5)*

Popření: *V intimním životě, si myslím, že cukrovka nemá absolutní vliv, není nic, co by mě po této stránce omezovalo. (R4)*

Otázka č. 22 Omezila tě cukrovka nějak v koníčcích nebo zájmech?

Kompenzace: *Když mi zjistili, že mám cukrovku, začala jsem intenzivněji sportovat. (R1) Díky rodičům, kteří jsou se mnou jezdit na kontroly až do Ústí n. L., kde jim jako jediným nevadilo, že dělám gymnastiku, ne. (R6)*

Popření: *Vzala mi dětský sen a více už bych se o tom zmiňovat nechtěl. (R4)*

Otázka č. 23 Neomezuje tě cukrovka při trávení prázdnin nebo dovolených?

Kompenzace: *Ne, vždycky je způsob jak to vymyslet. (R1) Dopadá to tak, že buď si tu pumpu musím hodně dobře schovat, když se jdu koupat, nebo říct obsluze u baru, jestli si to tam mohu nechat anebo mi to musí někdo pohlídat. (R2) Vpich mám většinou vlastně pod trenkami a nikdo to nevidí. (R4) Kvůli kanyle přecházím na pera a jídlo vozíme svoje, dovču tedy bereme bez jakékoli polopenze. (R5) Režim upravuju až podle toho co děláme, takže když se jezdí na kolech, snižuji bazál. (R6)*

Kódy, které se neobjevily ve výše popsanych výpovědích:

Vytěsnění: *Ze začátku jsem to nevnímala, ani jsem nevěděla, proč jsem v nemocnici. (R1) - výpověď k ot. č. 2*

Regrese: *Tak občas jo, ale říkám si, že lidi mě mají rádi takovou, a to mi vyhovuje.* (R2) - otázka položená mimo strukturu - Snažíš se na tom sebevědomí nějak pracovat?

Sebeobviňování: *...nebudu moc mít děti, kvůli tomu, jak to teď mám.* (R3) výpověď k ot. č. 25

Útěk do fantazie: *...říkám si, kéž by se spletli.* (R3) výpověď k ot. č. 3

Agrese: *...přinesla mi plno problémů a hádek s mamkou. Když se hádáme, je to jen kvůli té pitomé cukrovce!!* (R3) výpověď k ot. č. 26

5.2. Kategorie II: Obranné mechanismy u dospělých

Obsah a použité metody jsou stejné jako u předchozí kategorie s tím rozdílem, že kategorie je zaměřená na zjištění obranných mechanismů u dospělých diabetiků. Jednotlivé kódy, jejich četnosti a celkové četnosti jsou opět uvedeny v tabulce (tabulka č. 6) Rovněž se shodují i směrované otázky (příloha č. 6). Výpovědi u jednotlivých kódů jsou koncipovány jako v předchozí kategorii.

Responden/ Kód	Dospělý												Celková četnost
	R7	Č	R8	Č	R9	Č	R10	Č	R11	Č	R12	Č	
racionalizace	●	5	●	5	●	4	●	2	●	3	●	2	21
kompence	●	8	●	8	●	7	●	4	●	16	●	7	50
popření	●	2	●	6	●	2	●	3		0	●	3	16
rezignace	●	1	●	0	●	2		0		0		0	1
vytěsnění		0	●	1		0		0		0		0	1
útěk		0		0	●	1		0		0		0	1
sebeobviňování		0		0	●	1		0		0		0	1
agrese		0	●	1		0		0		0		0	1
superkonformita		0		0		0		0		0	●	1	1

Tabulka č. 6 Kódy zahrnuté v kategorii II

Otázka č. 8 Je pro tebe těžké dodržovat jídlo a režim?

Racionalizace: *Občas se něco povede, ale jinak se snažím držet se.* (R8) *Ze začátku jsem na tom asi nebyla dobře psychicky, protože pan doktor říkal...* (R7) *Když jsem si to tak porovnávala v hlavě, není na tom nic těžkého.* (R9) *Problém je*

samozřejmě dieta, kdy si myslím, že neexistuje člověk, který by to bez újmy na psychickém zdraví dodržoval naprosto striktně. (R11)

Kompenzace: *Když hřeším, tak vždycky v rámci toho, že něco dělám. (R11)*

Rezignace: *Dřív to bylo šílený, bylo mi jedno co jím, kolik toho jím v kolik to jím. (R9)*

Otázka č. 9 Když sem tam ulítneš (v jídle), vyčítáš si to, vysvětluješ si to nějak, co se ti honí v hlavě?

Racionalizace: *Když mám chuť na sladké, tak si to i dám, protože tu chuť mi žádná náhražka nezažene, a i když si jí dám, tak pak stejně dojdou k tomu, na co jsem měla chuť. (R7) Člověk si asi slibuje, že si dá příště pozor, aby ve třiceti neskončil na kryplkáře nebo jako slepý impotent. (R8) Řeknu si pro sebe, že buď budu doslova žrát, co budu chtít a pak třeba přijdu o zrak nebo se omezím a budu relativně zdravý. (R10) Začínám myslet i na to, že jednou chci mít zdravé dítě a pokud budu slepá či na dialýze, tak jako máma budu k ničemu. (R12) Přece si to kvůli něčemu takovému nepodělá, když to mám tak srovnaný. (R9) Ze začátku jsem si říkala, tak pro jednou se nic nestane, příště už si dám bacha. (R9)*

Kompenzace: *Důležité je, že když něco sním, musím dát bolus, nic víc, a to je podstata! (R11) Ted' se snažím, abych ulítávala co nejméně. (R12)*

Popírání: *Dřív jsem si to zas až tak nevyčítala. (R12)*

Rezignace: *Když k tomu docházelo, bylo mi to úplně šumák. (R9)*

Otázka č. 10 Mlžil/a jsi někdy glymči před doktorem? (A neříkej, že ne, dělají to všichni☺) Co se ti při tom honilo hlavou?

Racionalizace: *Časem mi došlo, že jsem blbá a ubližuji sama sobě. (R7) Že sem debil a dávám si na to už bacha. Člověk sám sebe neobelže. (R8) Před vlastní maminkou, protože se mi nechce poslouchat ty ciráty okolo, když mám hypo. (R11)*

Popírání: *Hlavně před lékařem nepřiznat, že jsem udělala chybu. Chtěla jsem vypadat jako vzorný diabetik. (R12)*

Kompenzace: *Trošku zaonačit výsledky nebo připíchnout. (R7) Neřeknu mamince, že je na glukometru 2.1, ale 3.1. (R11)*

Útěk: *Pro jistotu jsem se neměřila vůbec nebo jednou za čas. Věděla jsem, že tam budou hrozný numera. (R9)*

Sebeobviňování: *Strašně jsem se za to v hloubi duše tejrala. (R9)*

Otázka č. 14 Jak to bylo s dietou, začala mamka vařit podle tebe nebo ses přizpůsobil/a domácí stravě?

Kompenzace: *Nebyl problém, máma se i snažila mi třeba na Vánoce udělat diacukroví. (R7) Rodina se přizpůsobila. (R8, R10, R11, R12) Když jsem přijela domů z nemocnice, táta mi oznámil, že se kvůli mně vyvařovat nebude a že se bude prostě přepočítávat. (R9)*

Otázka č. 17 Stresuješ se kvůli cukrovce? Co děláš pro to, aby ne.

Kompenzace: *Snažím se nějakým způsobem vyřešit danou situaci, ubráním/přidáním inzulínu, méně jídla, více pohybu, četba, hudba, ... (R9) Černé myšlenky většinou odháním jízdou na kole, vycházkami, ... (R10) Většinou pohybem. Jdu si vylufitit hlavu do lesa. Vezmu si buď foťák nebo dalekohled nebo krmení, buď jdu zakrmit jeleny, nebo jdu fotit jeleny nebo jdu do lesa nebo jen tak ven. (R11)*

Popření: *Nestresuju se, někdy možná, když mě čekají odběry. (R12)*

Superkonformita: *Týden dopředu se před kontrolou opravdu chovám úplně vzorně. (R12)*

Racionalizace: *Ted' už ne, cukrovka je i v psychice, ale na to jsem si taky musela přijít postupem času. (R7)*

Otázka č. 21 Zasahuje vám nějak cukrovka do intimních chvilék?

Kompenzace: *No je prdel, když přijde hypo před orgasmem a nejlépe těsně před ním. Budu působit jako neslušnej chlap, ale jinak tu situaci ukázat nejde. Souložit dál nebo jíst? A ted' babo rad'. Ale tak musí se nechat, že když jsem se*

nehorázně rozklepal, tak slečna byla totálně mimo. Na to celkem rád vzpomínám. No, která ženská má doma živej vibrátor? Ale jinak mne to neomezuje, vždy si dám před tím něco na zub, co bych obvykle nejedl a je to v pohodě... Pokud se to neprotáhne na déle než tři hodiny. Pak ten cukr prostě dojde. (R8) Jednou nebo dvakrát se stalo, že jsem dostala hypo, ale vždy máme něco sladkého po ruce, takže se najím a můžeme nerušeně pokračovat dál. (R9) Pokud je hladina cukru v krvi na nižší úrovni, není výkon takový, jako když jsem v pořádku. (R10) Do intimního života ne, ale měla jsem dlouhodobej vztah, myslela jsem si, že to skončí svatbou a asi dva měsíce před svatbou, si pán sbalil kufry a odešel. Ani ne tak kvůli tomu, co udělal, ale co řekl, a to bylo, že můžu být jako krypl, a být ráda, že si mě někdo vůbec všimnul. A dneska jsem ráda, protože chlastá první ligu. (R11) Určitě, v těch nejméně vhodných chvílích se dostaví hypo a člověk musí jít jíst a třeba by chtěl dělat úplně jiné věci. (R12)

Otázka č. 22 Omezila tě cukrovka nějak v koníčcích nebo zájmech?

Kompenzace: Našla jsem si zájmy, které se dají s cukrovkou skloubit. (R7) Naopak, když mi bylo smutno, zahrála jsem si pár písniček na flétnu a hned bylo líp. (R9) Chodila jsem jezdit na Vondrov na koně, pak když jsem tam sebou jednou šlehla a kůň mi zaparkoval nohou mezi lopatky a začalo mi krváčet do oka, zjistila jsem, že je lepší vidět než jezdit na koni, ale našla jsem si místo toho focení. (R11) Při soutěžích v tancování jsem musela jíst, abych se vyhnula hypoglykemiím. (R12)

Vytěsnění: Mno šermuji dál, jen jsem jednou málem přišel o ruku, kvůli zanáčení rány, za což mohl cukr. Ale ruku mám, tak jedem dál. (R8)

Otázka č. 23 Neomezuje tě cukrovka nějak o prázdninách či dovolených?

Kompenzace: Většinu času trávím na hradech v duchu 13. století a s cukrem to vždy nějak zmáknou. (R8) Materiál i proužky a náhradní pera si vozím vždy, jídlo většinou máme taky své. (R9) Musím mít vždy vyřešené, kde a v kolik budu jíst. (R12)

Kódy, které se nevyskytly ve výše uvedených výpovědích:

Agrese: *Na základce jsem musel rozbít hubu pár lidem, ...* R(8) výpověď vztahující se k ot. č. 16

5.3. Kategorie III: vyrovnání se dle 5fázového modelu

Obsahem této kategorie je nastínění průběhu sžívání se s nemocí, který je v literatuře hojně zastoupen. Zastoupení kódů v této kategorii je uvedeno v příloze č. 8.

Během dne i života se člověk setkává s různě obtížnými situacemi. Tyto situace jsou označeny kódem **čas**. Tento kód se vyskytl u 7 respondentů.

...bylo těsně před Vánoci...(R1) Jeli jsme na školní výlet, kde jsme chodili s velkými bágly a na dlouhé túry. (R2) ...po útrapném měsíci.. (R4) Byla jsem na 3 dni na závodech v Polsku... (R6) Byla jsem nemocná se zápalom plic. (R7) Ten den, kdy se to vše zlomilo, jsem dostala angínu. (R9) Při tělocviku se mi udělalo špatně. (R10)

Tělo poté začne vykazovat obranu v podobě příznaků, kód **detekce příznaků**.

Hodně jsem pila, chodila na záchod, zhubla jsem a byla jsem unavená. (R1 - R6, R9 - R12) Mamka znala příznaky. (R11, R12) Na doporučení tety, která znala příznaky a měla tušení...(R6) Na cukrovku mi přišli náhodou, na kontrole u doktorky. (R7, R8)

Po navštívení lékaře a potvrzení, že s člověkem skutečně není něco v pořádku, přichází **diagnóza**.

Po vyšetření moči a krve mi diagnostikovali cukrovku. (R1-R12)

První fází adaptačního modelu je **šok**, který je i kódem v této kategorii. Je to prvotní reakce na oznámení nepříjemné skutečnosti. Tento kód se vyskytl ve výpovědi dvou respondentů.

Co to vlastně je a dokdy to budu mít. (R4)... asi to byl šok. (R6)

Úzce spjatým kódem je **reakce rodiny**. Onemocní-li dítě, je to šok pro celou rodinu. Reakce na novou skutečnost jsou od jednotlivých nejbližších členů rodiny různé.

Rodiče rozhodně reagovali, jak nejlépe mohli, nebrali jsme to jako nemoc, spíš jako něco, o co se musíme společný způsobem starat. (R1) Byly v šoku, ale podporovali mě, pořád mi říkali a říkají, že nejsem nemocná, že jsem naprosto zdravá. (R2) Zvládli to celkem dobře, nedávali to nějak najevo, snažili se to nechat v sobě i když vím, že to mamku občas mrzí. (R3) Rodiče z toho byly hodně špatní. (R4, R8) Mamka špatná, taťka v „pohodě“. (R5, R6, R11) Byli na tom hůř než já. (R7) Nevím, táta se prý složil, máma nevím, nikdy jsme se o tom nebavili. (R9) ...už ta klidní nebyli. (R10) Prarodiče obojí to obřečeli. (R11) Jedna babička má od té doby problémy s tlakem, druhá se snaží dodneška najít všechno možný, aby mi to cukrovku alespoň zlepšilo. (R6) Museli se smířit s faktem, ale srovnali se s tím, nic jiného jim ani nezbývalo. (R12) Ani nevím, jak to bral brácha, nikdy jsme se o tom nebavili, ale asi mu vadilo, že se mi věnovali víc. (R2, R9) Ségra to vzala celkem dobře, lépe jak mamina. (R5) a rodiče se nám věnovali stejně. (R3, R5, R7, R9) Brácha byl zodpovědnější a bral mou nemoc vážněji než já. (R4) Ségra to vzala dobře, měla o mě strach. (R6) Spíše mě litovali a dělali si srandu, že všechno nemůžu. (R10) Brácha z toho tenkrát neměl rozum, párkrát se za mě porval a spíš mě ochraňoval. (R11) Nikdy jsme se o tom s bráchou nebavili, takže nevím, jak to bral. (R9)

Kódy, které jsou bližší výše popsaným, je **absence zkušenosti** a kód **zmatek**. Těmi to kódy je vyjádřena situace, kdy se přemýšlí a hledá odpověď na to, proč se to stalo.

Nechápala jsem proč já, když v rodině nic takového nemáme. (R2, R7) Fakt jsem netušila, co to nějaký diabetes je. (R5) Byl to strašný zmatek, v rodině nikdo cukrovku neměl a nevěděli jsme, co to obnáší. (R4, R6) Stejně jako já, ani oni mnoho nevěděli. (R10)

Dalším kódem je **věk**. Tento pojem se vztahuje ke kódu šok. Proč je objasněno v kapitole výsledky, ale i v samotných výpovědích.

Ani si svoji reakci nepamatuju, byla jsem malá. (R1, R3, R6) Jako devítiletá jsem to tak asi nebrala. (R4)

Na tento věk je navázáno kódem „**pozitivní přijetí**“. To se vyskytlo v polovině výpovědí. Spojitost s předchozím kódem bude objasněna ve výsledcích.

Tuhle nemoc jsem rychle a bezproblémově přijala jako kousek sebe. (R1, R9) Takže jsem to vzala jako fakt (R8) a nějak jsem to neřešila. (R9) Už od začátku, když mi to rodiče řekli, jsem se s tím nějak sžil. (R4) Pochopila jsem, že už se toho nezbavím a vzala jsem to sportovně. (R5) Existují mnohem horší věci. (R10) Bylo mi dobře, protože ve špitálu měli velký akvárium, o které jsem se mohla starat. A nemusela jsem taky tolik chodit do školy. (R11) Ty si nikdy na prdel nesesedneš! Zvedni se a bojuj dál. Život jde dál. Proč si dělat starosti, když s tím lze žít. (R8)

Další fází sžívání se s nemocí je **agrese**, která je dalším kódem v této kategorii. Jedná se o situaci, kdy nemocný hledá odpovědi na otázky „Proč já? Kdo za to může? Co jsem komu udělal?“ a podobně. Tento kód se objevil u 9 respondentů. Nejčastější výpověď byla ve spojitosti s pocitem *Proč já?* (R2, R3, R6, R7, R12), v jednom případě šlo o přenesení a hledání viny. *Co jsem komu udělal? Nemůže za to stres nebo poruchou v těhotenství u matky?* (R4) V posledních dvou případech už se jednalo o chování v průběhu nemoci.

Byla jsem naštvaná, když mi naši zakazovali jíst, co jsem chtěla já. (R9) Když bylo v létě dlouho vidět... a babička v devět večer zavolala: Ivanko, inzulin. A to mě teda štválo. (R11)

Jako další fází procesu adaptace je **smlouvání**. Jedná se o situace, kdy rodina nebo i sám nemocný hledá naději, že se lékaři třeba spletli a jeho se nemoc nebude týkat. V souvislosti s tímto kódem, je nutno uvést ještě jeden a tím je **touha**. Touha po něčem, která je tak silná, že by kvůli ní udělal, člověk cokoli. Tento kód se objevil pouze u dvou respondentů, a to u R3 a R11.

Všichni v okolí mě utvrzovali, že je medicína v pokročilém stádiu a že jednou bude možnost to vyléčit. Musím říct, že tomu do teď věřím. (R2) Nechtěla jsem si dávat naděje a být pak zklamaná. Ale říkám si, kéž by se tenkrát spletli. (R3) Milionkrát mě napadlo, jestli to vlastně není všechno jenom velký žert. Rodiče se mnou jezdili i k terapeutovi, o které byli přesvědčeni, že pomocí jeho duchovní léčby mi cukrovku zlepší nebo vyléčí. (R4) Sama sobě jsem si říkala, že se časem uzdravím. (R6) Občas se zrodila myšlenka, co když se někde stala chyba. Ale pořád doufám, že jednou přijde lék, který mě dokáže plně uzdravit. (R10) Že když se budu snažit, že to zmizí. (R10, R12) Pořád jsem zkoušela, jestli by mi inzulín nemohl píchat děda nebo babička. Ale ta tendence si uskutečnit svůj sen - být na těch prázdninách, být tam kde se mi to líbí, mě donutila k tomu, že jsem se naučila píchat inzulín sama. (R11)

Jako další kód, stejně tak jako fáze, následuje **deprese**. Je to období, kdy se diabetikovi nemusí dařit, horší se mu kompenzace, nejraději by se na všechno vykašlal a vůbec tu nebyl.

Měla jsem toho po krk, nebavilo mě to a omezovalo. Několikrát jsem se pokoušela odrazit ze dna... (R2) Jsem skleslá, nic mě nebaví, říkám si, kéž by se spletli, co jsem komu udělala, proč tu musím vůbec být. (R3) Nenáviděl jsem svojí nemoc a byl jsem z toho špatnej. (R4) Často jsem smutná, kašlu na to, cukrovka mě štve a nechci jí mít. (R6) Vzдор proběhl hlavně ze začátku, ale deprese zrovna nevím. (R7) ... a byla rozhodnutá, že ten zbytek toho inzulínu do sebe prostě vtlačím, půjdu spát a bude po všem. (R9) Přišla doba, kdy jsem byla skleslá, ale více méně z toho, že jsem neviděla žádné východisko...to byl hodně kritickej, ale zlomovej rok. (R11) Měla jsem období, kdy jsem na fakt, že jsem nemocná, kašlala... (R12)

S výše popsaným kódem úzce souvisí pojmenování „šetrné vysvětlení“. Je to situace, kdy se lékaři snaží diabetikovi ukázat a vysvětlit, že s cukrovkou se žít dá. Jaký způsob zvolí je na jejich uvážení.

Věděla jsem, že je to napořád, bylo mi to „šetrně vysvětleno“. (R1) *Je to zážitek na celý život, když jsem byl malý, vzala mě paní doktorka na oddělení, kde jsem se setkal s diabetiky, kteří byli slepí, bez nohou nebo jim nohy od konečků prstů hnily. Vidět ty případy na vlastní oči nebylo nic příjemného.* (R4) *Až po vysvětlení jsem pochopila, že to bude...* (R5) *Diagnóza mi nebyla moc ohleduplně na můj věk sdělena.* (R12)

Poslední fází v adaptačním procesu je **smíření** se s nemocí. Je to stav, ke kterému by rád došel každý diabetik. Mít nadvládu nad svou nemocí, přijmout ji se všemi jejími úskalími a nelámat si s ní hlavu.

Můžu 100% odsouhlasit, že jsem se smířil/a. (R1, R8) *Jasně, že jsem se s ní smířila.* (R2, R6) *Nemoc jsem už teď přijal/a za svou.* (R4, R10, R12) *Skamarádila jsem se s cukrovkou a nedělá mi problém s ní žít.* (R5) *Musela jsem se s tím naučit žít.* (R7) *Ne na 100%, ale smířila.* (R9) *Cukrovka mi nevádí ani mi nepřijde, že by to mělo být jinak, že bych jí neměla. S cukrovkou se dá žít a je pořád lepší mít cukrovku než chodit na ozařování.* (R11) *Ještě jsem se s ní nesmířila.* (R3)

Do procesu adaptace na onemocnění se ale ještě promítají další a další faktory, které se mohou vzájemně ovlivňovat a negativně i pozitivně působit na celý proces přijetí nemoci. Následující kódy alespoň částečně pokrývají, co je skryto za pozitivním přijetím nemoci.

Kód **vrba**. Tím je chápáno, má-li diabetik na blízku někoho, na koho se může obrátit, když se mu nedaří.

Mám. Kamaráda/ku (R1 - 12, mimo R5), *mamku* (R2, R3), *bráchu/ségru* (R5, R11), *přítele/kyni*. (R8 - R11)

Kód **přátelé**. Obsahem těchto výpovědí je ukázáno, jak nemoc přijali bývalí kamarádi a přátelé, než jedinec onemocněl.

Berou mě taková, jaká/ý jsem. (R1, R7, R8, R9) Vzali to víc než skvěle. (R2) Nesetkala jsem se s nikým, kdo by mě nevzal jako normálního člověka. (R3) Většinou se zajímají. (R2, R3, R4, R5, R9, R12) Jsou tolerantní. (R6) Vědí, jak pomoci. (R4, R8, R9, R10, R11, R12) Litují, že si „nemůžu“ dát nic sladkého, někdy jsou až agresivní, ale ti nejlepší... (R10) Určitě o tom věděli. (R11)

Kód **škola** je podrobněji rozebrán v kategorii IV.

Kód **nejsem v tom sám a diaakce**. Tyto dva kódy spolu korespondují ruku v ruce. Díky akcím a možnostem, které jsou, se diabetici smířují, že se svou nemocí nejsou jediní na světě, i když jim to tak někdy může připadat.

Díky diahorám a diatáborům nebo lázeňským pobytům jsem poznal spoustu nových přátel. (R1-R7, R9, R11, R12) V nemocnici jsem potkal několik přátel. (R10)

Ke spokojenému životu člověk potřebuje i toho druhého. Kód **partner** ukazuje, jak se s informací vyrovnávají partneři diabetiků.

Přítel/kyně to vzal/a v pohodě, když něco neví, tak se zeptá a když je třeba dokáže pomoci. (R1, R4, R7, R8, R9, R10, R11) Přítel to vzal, ale kdy jsem měla třeba hypo, tak neřikal, jestli něco potřebuji, musela jsem si o to říct. (R2) Když jsem měla přítele, nechtěla jsem, aby o cukrovce věděl. (R3)

Ke zdárnému smíření s nemocí patří také přijetí budoucích rizik vyplívajících z nemoci. Kód **strach z budoucnosti** popisuje, čeho diabetici nejvíce obávají.

Bojím se pozdních komplikací. (R1, R2, R4, R6, R9, R11, R12)

Bojím se těhotenství. (R1, R3, R5, R9)

Posledním kódem v této kategorii je **přínos DM**. Ne nadarmo se říká, že všechno zlé je k něčemu dobré a i diabetik může ze své nemoci čerpat.

Přinesla mi spoustu nových kamarádů. (R1 - R12) Je to velká zodpovědnost. (R1) Řád. (R1, R2, R4, R9) Zkušenosti. (R1, R2, R6) Zdravěji se stravuji. (R2, R10) Negativa. (R2, R3, R6) Krásné dětství. (R4) Pravidelné stravování. (R4) Mám se radši. (R4, R8) Naučila jsem se víc vážit života a hlavně si rozmyslím, co udělám, abych toho nelitovala. (R5) S různými omezeními se dá normálně žít. (R7) Vzala mi kus dětství a dospívání. (R7, R9) Co mě nezabije, to mě posílí. (R8) Dříve jsem dospěla. (R9) DM je sítím na lidi. (R7, R9, R11) Všechno zlé je pro něco dobré. (R9)

5.4 Kategorie IV: školní kolektiv ZŠ

Záměrem této kategorie je objasnit, jak probíhá zpětné začlenění diabetika do kolektivu, který se s tímto onemocněním setkává v mnoha případech poprvé a nemá o ní vůbec žádné informace. V tabulce jsou uvedeny kódy. (viz tabulka č. 7)

Respondent/ Kód	Adolescenti						Dospělí					Četnost
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R11	R12	
Obdiv	●										●	2
Podpora		●								●		2
Informovanost			●									1
"Zdravý spolužák"				●		●						2
Moudrost					●					●		2
Vyloučení							●		●			2
"Šikana"					●		●	●		●		4
Protekce											●	1

Tabulka č. 7 Kódy zahrnuté v kategorii IV

Jak můžou vypadat reakce kolektivu na ZŠ, když se navrátí spolužák z nemocnice, ilustrují následující výpovědi respondentů.

V těch lepších případech to může být reakce zahrnuta pod kódem **obdiv**, kdy ostatní spolužáci diabetika obdivují, jak to všechno zvládá, jak se s nemocí pere a oni by to nedokázali.

Spolužáci to brali, tak jak to bylo. Přišla jsem jim hrozně zajímavá, všichni se na mě koukali, obdivovali mě, že jsem šikovná a že oni sami by to nezvládali. (R1)
Učitelé i kolektiv to vzali dobře, děcka to strašně zajímalo. (R12)

Mezi další kladný kód byl zahrnut pojem **podpora**. Ta je velice vítaným zdrojem ke zdárnému smíření se s nemocí a je jedno odkud přijde.

...měla jsem na to jedno pořekadlo, které mě naučil táta: „Lepší je mít cukrovku než být blbej.“ A rodiče mi prostě vysvětlili, že kdo cukrovku nemá, může jí dostat a je sám blbej, protože si o to koleduje v tom, že se mi posmívá. (R11)
Spolužáci jsou zlatí. Když jsem byla v nemocnici, tak se všichni složili, koupili mi dárky a postupně všichni navštěvovali. Zajímají se o to, ptají se mě, když jdeme večer ven a vidí, že si dám, tak mě hlídají, abych si nedala víc a nebylo mi zle. (R2)

Jako třetí pozitivní kód lze uvést **informovanost**. Kolektiv je obeznámen se situací spolužáka, ví, jak mu může pomoci.

Berou to dobře, jsou s tím seznámení a ví, co mají dělat. (R3)

Mezi posledními pozitivnějšími kódy je zahrnut pojem „**zdravý spolužák**“. Jedná se o situaci, kdy spolužáci i učitelé berou diabetika jako zdravého jedince bez jakýchkoliv úlev. Ve většině případů je to z popudu samotného diabetika.

Učitelé i spolužáci mě berou jako normálního zdravého žáka a spolužáka. Jsem možná ráda, že mi to pořád nepřipomínají. (R6) *...měl jsem určité výhody, spolužáci se mohli zbláznit, ale později už mě brali jako zdravého. V současné době mnozí učitelé i spolužáci ani neví, že cukrovku mám. (R4)*

Posledním pozitivnějším kódem, **moudrost**, je nazvána skupina odpovědí, která je reakcí na negativní zkušenost zahrnutou pod jiným kódem. Tímto kódem byla označena situace, kdy si diabetik zachoval klidnou hlavu a nereagoval na negativní poznámky.

...ale nějak jsem to neřešila. Po čase je to přestalo bavit... (R5) Většinou jsem mu řekla, že lepší mít cukrovku, než být blbej a postupem času jsem pochopila, že jediný, co člověk má, je čas. A já nemám čas na to, abych ho ztrácela v hádkách s blbcem. (R11)

Jak už bylo nastíněno výše, ne vždy se diabetik setká s kladným přijetím, a tak následující zbytek kódů ilustruje příklady negativních reakcí. Nejpočetněji zastoupenou skupinu tvoří kód s názvem „**šikana**“. Nejčastěji se jedná o útoky slovní agrese, kdy spolužáci diabetikovi nadávají, zesměšňují ho či ponižují.

Stalo se, že se mi posmívali. (R11) ...ale potom mi začali nadávat do feťáčky apod. (R5) ...párkrát jsem si vyslechla, že to mám z toho, že jsem jedla moc cukru. (R7) ...musel jsem pár lidem rozbít hubu, aby mi dali pokoj, aby si mne přestali dobírat a smát se mi. (R8)

Druhou nejčastěji uváděnou reakcí ve skupině negativních ohlasů, je jev zakódovaný jako **vyloučení**. Jedná se o situaci, kdy je diabetik z kolektivu nějakým způsobem vyřazen a tím je ještě více posilován pocit, že je jiný.

Když jsem se vrátila ze špitálu, tak jsem měla ve třídě v koutě vyhrazenou jednu lavici. (R7) Když jsem se vrátila po prázdninách do školy, třídní učitelka mě poslala za dveře, a když jsem se pak zeptala, co třídě říkala, někdo mi odpověděl, že mě mají nechat být a nevšímat si mě. Všichni to vzali doslova, nikdo se o to nezajímal, bylo mi to líto. Na druhém stupni to bylo lepší, ale ne o moc, a když se mělo jet na školní výlet, musel se mnou jet doprovod, jinak bych měla smůlu. (R9)

Posledním kódem v této kategorii je **strach z protekce**. Většina diabetiků má díky své nemoci jisté úlevy, kterých někdy využívá, jindy je naopak nechce vůbec, a to z důvodu připomínek ostatních spolužáků, nebo v některých případech i zneužívá.

Když jsem měla hypoglykémii, mohla jsem jíst a pít, jinak to ostatním bylo zakázáno, ale nikdy jsem to nezneužívala, měla jsem strach, aby někdo neřekl, že mám protekci. A stejně se pár takových blbců našlo, kteří to říkali. (R12)

Z výše uvedených výpovědí je vidět, jak může přijetí diabetika do kolektivu na ZŠ vypadat. Jaké jsou příčiny těchto reakcí, bude nastíněno v následující kapitole.

6. DISKUSE

V následující části práce budou výsledky práce okomentovány, porovnány s dosavadními poznatky a doplněny o nové jevy, které se jeví jako zajímavé, popřípadě přínosné pro oblast výzkumu.

6.1 Kategorie I: Obranné mechanismy dospívajících

Kategorie I postihuje nejčastěji využívané obranné mechanismy u dospívajících diabetiků. Na základě analýzy textu bylo nalezeno několik obranných mechanismů. Obranné mechanismy dělíme na uvědomované a neuvědomované (3.2, s. 29)

Mezi nejčastěji zastoupenou kategorií byl obranný mechanismus kompenzace, který byl zastoupen ve 41 případech. Druhým nejčastěji zastoupeným OM byl mechanismus racionalizace, a to 26 případech, následovaný OM popření v zastoupení 24 případů. Je tedy jisté, že pokud využívá diabetik OM kompenzace, snaží se o odstranění překážky náhradním cílem. Tento obranný mechanismus je odborníky považován za prospěšný, protože vybízí diabetika k tomu, aby se svým stávajícím stavem něco dělal, aby ho někam posunul.

V případě OM racionalizace se diabetik rozumově vysvětluje své jednání. Tyto dva mechanismy jsou nástrojem k dosažení úspěchu Příklady jednotlivých OM, jak je uváděli účastníci, jsou patrné v předchozí kapitole.

Třetím nejčastěji zaznamenaným OM, bylo popírání skutečnosti. Jedná se o vědomý mechanismus, kdy jedinec zavírá oči před jednáním, které by snižovalo jeho sebehodnocení.

Ostatní obranné mechanismy byly zastoupeny v minimálních výskytech případů. Lze usuzovat, že se jedná o individuální OM jedince, které využívá, ale pro tento vzorek účastníků nemá v jejich chování při zvládání zátěžových situacích význam. Každopádně tyto mechanismy nemusíme vyloučit, protože ač se v tomto případě vyskytly pouze v minimálním zastoupení, můžeme si o daném respondentovi udělat konkrétnější obrázek v jeho stylech zvládání náročných situací.

6.2 Kategorie II: obranné mechanismy dospělých

Kategorie II obsahuje nejčastěji využívané obranné mechanismy u dospělých diabetiků. Rovněž i v této skupině byl nejčetněji zastoupen OM kompenzace, a to v počtu 50 výskytů celkově, hned za ním je OM racionalizace, tentokrát v celkové četnosti 21 výskytů a posledním nejvíce zastoupeným OM bylo popření, celkem 16 výskytů.

Opět i zde byly stejně jako v předchozí kategorii OM, které byly zastoupeny v minimální četnosti. Jak bylo popsáno výše, i když tyto OM nevyužijí ostatní, můžou nám tyto OM poskytnout lepší obrázek o účastníkovi.

V níže uvedené tabulce jsou uvedeny poměry výskytu OM u obou výzkumných vzorků. Je zajímavé, že adolescenti vykazují vyšší výskyt OM popření a nižšího výskytu OM kompenzace.

Díky tomu, že jsou u výzkumných souborů v protikladu jejich četnosti obranných mechanismů, bylo by zajímavé například zkoumat, jestli vyšší četnost výskytu obranného mechanismu popírání nějak souvisí s přijetím nemoci.

Rovněž by bylo zajímavé vybrat k sobě dvě osoby se stejným obranným mechanismem a pokusit se najít, jestli spolu budou mít ještě něco společného či nikoli.

OM/ účastník	Adolescent	Dospělý
Kompenzace	41	50
Racionalizace	26	21
Popření	24	16

Tabulka č. 8 Poměry nejčetnějších OM

6.3 Kategorie III: vyrovnání se s nemocí dle 5fázového modelu

Jak už bylo nastíněno v teoretické části (kapitola 2.5, s. 33), než dojde k adaptaci na onemocnění, projde si většina nemocných, kteří mají nějakou nevyléčitelnou chorobu, 5fázovým modelem vyrovnávání se s nemocí. Nejinak tomu bylo i u 10 z 12 respondentů, kteří se účastnili výzkumu. Zbývající dva respondenti se z této kategorie vymykají tím, že u nich pětifázový model vůbec neproběhl. Zde se naskytuje místo pro otázku proč, na kterou bude podána odpověď později, která je pouhou domněnkou.

Spouštěčem nemoci bývá v některých případech jiná předcházející stresová situace, která vystaví tělo zátěži, ve kterém již několik týdnů či měsíců probíhá autoimunitní reakce, při které dochází k destrukci buněk produkujících inzulín a celkovému rozvratu organismu. U našich respondentů byl spouštěčem čas před Vánoci, který je obecně sám o sobě stresující, nadměrná fyzická zátěž, která už tak vyčerpané tělo ještě více oslabí, nepříznivé období plné napětí a stresu, nadměrná fyzická i psychická zátěž respondentky na závodech či pouhé onemocnění angínou či zápallem plic, který tělo ještě více zatěžuje. Tento jev byl již v literatuře popsán, a tak se pouze potvrdil.

Po tomto stádiu nastupují typické příznaky: velká žízeň, časté močení, nechutenství, únava a celková slabost (kapitola 1.1), jak uváděla většina respondentů ve výzkumu. Dojde-li k včasnému rozpoznání příznaků, jako tomu bylo u našich dvou respondentek, má diabetik i jeho rodina „vyhráno“. Nemá-li jedinec jedinou informaci o této nemoci, ani žádnou zkušenost ze svého nejbližšího okolí, nastává v některých rodinách zmatek, protože doposud se s něčím takovým nesetkali a situace může i dopadnout, jak uvedla jedna respondentka našeho výzkumu.

„Měla jsem klasické příznaky, hodně jsem pila, chodila hodně v noci na záchod, hodně jsem zhubla, byla jsem celkově unavená, ale nikdo z rodiny tomu nepřičítal větší pozornost. Tenkrát byly hodně velký horka, tak jsem hodně pila, na to konto jsem hodně chodila na záchod a hubla jsem z toho důvodu, že jsem pořád lítala někde venku. Ten den, kdy se to vše zlomilo, jsem dostala angínu, od lékařky jsem nemohla téměř dojít domů a večer ke mně volali známou, lékařku. Nemohla jsem dýchat, píchalo mě u srdce a bylo vysloveno podezření na infarkt ☺. Odvezli mě do pisecké nemocnice, a pak si pamatuju, jak mě na JIPu v ČB stavěli na váhu s dopomocí a drželi mě asi tři lidi. Z Písku, si pamatuju pouze to, že mě odvezli na nějaké vyšetření, kde byly na přístroji červené, žluté a zelené tečky, víc ani ťuk. Tuhle část mám z vyprávění od rodičů. Druhý den ráno si volali, co se mnou je. Oznámili jim, že jsem dostala cukrovku a že je vše v pořádku, komunikuju. Když se za mnou do nemocnice vypravili, personál na ně zůstal upřeně zírat, co tam dělají. Od ošetřujícího lékaře se dozvěděli, že ten den dopoledne, mě převezli v hlubokém bezvědomí a s proleženinami na nohách a zadku do Českých

Budějovic. Tam jsem ležela 4 dny v bezvědomí a lékaři mi dávali malou šanci na přežití. Ale asi jsem se jen tak nedala, a když za mnou rodiče přijeli, na svolení ošetřující lékařky ke mně pustili mámu na 5 minut, dala jsem jim znamení, že se z toho dostanu. Prý jsem něco zamumlala a druhý den jsem se probrala do plného vědomí. Z nemocnice mě propustili po měsíci a půl, a to jsem za sebou měla jednu plastickou operaci, rozpíchané prsty na cedník, modřiny všude, když jsem se učila píchat inzulín.“

A v tuto chvíli se již dostáváme k tématu pětifázového modelu sžívání se nemocí. Prvním stádiem tohoto procesu je šok a popírání, charakterizován to nemůže být pravda, určitě se spletli. V našem případě o této fázi se během rozhovoru přímo zmínili pouze dva respondenti.

Důvodem proč jich nebylo více, rozvedu na následujících řádcích. U více respondentů se objevila výpověď typu: „Nepamatuji se na to, byla jsem malá.“ To může být jeden z důvodů. Věk dítě, kdy mu na cukrovku přišli. Věkové rozpětí při manifestaci u respondentů je 5 - 16 let. Je tedy možné, že dítě takovouto závažnou zprávu o svém stavu zpracuje na vědomé úrovni až kolem 11-12 roku věku. Dalším významným bodem může být to, jaký vztah má dítě k autoritě. Je-li od malinka vedeno k tomu, že rodič je velitelem, ale i ochráncem, a o některých věcech se prostě nediskutuje a jsou dané, může tak reagovat i při oznámení diagnózy. Třetím důvodem, který mě k dané problematice napadl, je okolnost vzniku nemoci. Ve dvou případech se respondenti dostali do lékařské péče v poměrně vážném stavu, ve třetím případě byla respondentka ohrožena na životě. Vzhledem k tomu, že tyto 3 účastnice, nebyly schopné vnímat ani normální stav věcí, jak by mohly nějakým způsobem zpracovat informaci, že onemocněly. Jako poslední možné pravděpodobné vysvětlení vidím opět osobnost, jako takovou.

Nejenom postižený prochází šokem, ale i celá jeho rodina. Ve výpovědích respondentů byly pouze dvě, ve kterých bylo vidět, že rodiče nemoc přijali bez jakýchkoliv emočních či jiných doprovodů. V ostatních případech byla reakce rodičů přiměřená dané situaci, ale negativní po stránce emoční. V jediném případě účastnice uvedla, že od té doby, co má cukrovku, má jedna její babička problémy s tlakem.

Následuje fáze, fáze agrese, kdy diabetik hledá odpovědi na otázky typu: proč jsem to musel odnést já, proč to jiné děti nemají a já jo, do kdy to budu mít apod. Ve výzkumu se nejčastěji objevila výpověď: Proč já?, která jasně dokládá výskyt této reakce.

Následující fáze se vyznačuje hledáním všech možných alternativ nebo dávání si nadějí, že by přece jenom diabetik cukrovku mít nemusel. Fáze smlouvání. U respondentů se tato možnost objevila v 7 případech, kdy dva respondenti doufají ve vědce, kteří naleznou lék na vyléčení cukrovky, dva doufali v to, že když budou dodržovat veškerá doporučení, nemoc zmizí, v jednu případě si respondentka nechtěla smlouvání vůbec připustit, aby nebyla zklamaná a v jednom případě se jednalo o smlouvání, jestli by nemohl inzulin píchat babička nebo dědeček, ale vzhledem k tomu, že na to ani jeden z nich psychicky neměli a respondentka u prarodičů chtěla strávit prázdniny, vyhrála touha nad smlouváním a inzulin se naučila píchat sama. Posledními respondenty ve fázi smlouvání jsou muž a dívka, kteří ale nebyli hlavním aktérem smlouvání. Toto smlouvání v případě muže za něj vykonávali jeho rodiče, když s ním jezdili za jedním léčitелеm s tím, že jim třeba syna dokáže svými metodami vyléčit, v případě dívky, to pak je její babička, která se dodnes snaží najít nějaký prostředek, který by jí cukrovku alespoň zlepšil.

Předposlední fází před smířením se s nemocí je fáze deprese. Člověk se po vyčerpání všech jeho pokusů dostat se nějakým způsobem z područí nemoci „hrouť“. V některých případech se může skutečně jednat až o stavy deprese, ale většinou jsou to jen šedivé myšlenky, které za čas přejdou. U diabetiků se často objevuje pocit, kdy mají cukrovky „po krk“, nechtějí ji mít, jsou smutní, „kašlou“ na nemoc. A nejraději by vůbec nebyli, jak uvedla jedna účastnice výzkumu. Jedním ze způsobů, jak pomoci se diabetikovi vyrovnat se svou nemocí byl zážitek respondenta, kdy ho jeho ošetřující lékařka vzala na oddělení, kde viděl diabetiky slepé, bez nohou nebo jak jim nohy uhnívali od konečků prstů. Na tento zážitek prý nezapomene. Jak dále uvedl, ve věku, ve kterém mu byly tyto odstrašující fakta sdělena, reagoval na tuto skutečnost dodržováním režimu cca půl roku. Pak se vše vrátilo do starých kolejí. Je tedy dobré položit si otázku, kdy je vhodné s touto prevencí začít, kdy bude mít ten správný efekt.

A konečně poslední fází v procesu adaptace je smíření. Jedná se o stav, kdy jedinec přijal všechny požadavky nemoci, dokáže je aktivně řešit a udržuje si tak dobrou kompenzaci diabetu. Ve výpovědi o smíření se s nemocí odpověděli všichni účastníci kladně, tedy že se se svou nemocí smířili. Až na jednu účastnici, která se přiznala, že svou nemoc ještě nepřijala. Bylo to vidět i na jejích odpovědích a ochotě se o nemoci bavit. Rozhovor byl veden spíše v negativním náboji, respondentka odpovídala krátce a stručně. Každopádně jak bylo uvedeno v teoretické části (2.3.1, s. 30), vyrovnání se s danou situací nemusí znamenat, že ji člověk přijal.

K bezproblémovému přijetí jako takovému došlo u dvou respondentů, kteří během rozhovoru popřeli jakékoli známky modelu. U dalších třech došlo k částečnému bezproblémovému přijetí. Nemoc přijali za svou, když byli malí, ale dostali-li se do období puberty, 5fázový model u nich proběhl, stejně jako u všech ostatních respondentů. Na místě je otázka, jak to. Dalším jevem, který se během analýzy dat objevil, je ten, kdy se u některých respondentů objevilo pozitivní přijetí nemoci, zatímco reakce rodičů byla negativní a naopak. U jedné účastnice její rodiče nemoc přijali pozitivně, ale ona vykazuje znaky nepřijetí nemoci. Dalším zajímavým fenoménem se ukázalo, když rodiče reagovali nějakým negativním chováním, kompenzace jejich dítěte byla neuspokojivá. Je tedy možné, aby negativní chování rodičů mělo vliv na kompenzaci cukrovky dítěte? Možná. Ale to by mohl prokázat jedině další výzkum.

Mezi další faktory, které účastníci uváděli, že jim pomáhají se vyrovnat se svou nelehkou situací, jsou podpora a uznání ze strany přátel, nalezení nových přátel se stejným osudem, společně strávený čas na letních táborech, horách a v lázních, chápající a pozorný partner, koníčky, které je baví a nemuseli se jich vzdát, nejlepší kamarádka či kamarád, kterému se mohou vypovídat. Ve dvou případech se objevila zmínka o pomoci psychologa. V jednom případě, mimo rozhovor, byla podána informace, že péči psychologa by potřebovala zhruba 1/4 - 1/3 pacientů docházející do diabetologické ambulance. Podle výpovědi respondentky, se jedná o jedince, kteří jsou v jiných oblastech úspěšní, ale svou nemoc zatím nepřijali. Ve druhém případě se objevila možnost o využití služeb psychologa přímo v rozhovoru. Účastnice je toho názoru, že by měla být psychologická péče zahrnuta mezi komplexní péči

o diabetika. V této souvislosti mne napadá udělat výzkum mezi diabetologickou populací, jestli by služeb psychologa využili.

Pro každého diabetika jsou velkým strašákem pozdní komplikace, které se později, pokud diabetik svůj režim nedodrží, k diabetu přidají. Nejčastěji se jedná o postižení očí, postižení ledvin, diabetickou nohu a postižení nervových zakončení, které předcházejí diabetické noze. Nejinak tomu bylo i ve výpovědích účastníků výzkumu. Kromě pozdních komplikací, byla další odpovědí u žen, strach z těhotenství, které sebou přináší nemalé starosti ještě navíc.

Poslední otázka výzkumu byla zaměřena na pozitiva a negativa nemoci. Všichni účastníci si na faktu, že onemocněli nevyléčitelnou nemocí, dokázali najít pozitivum, které jim diabetes přinesl. Což může být přínosem jak pro jejich celkový psychický stav, tak i pro kladné přijetí nemoci.

6.4 Kategorie IV: Školní kolektiv ZŠ

Obsah kategorie má osvětlit postoj dětí ve třídě, když se k nim po nějaké době vrátí jejich spolužák a je nemocný. Tato kategorie vznikla z vlastní iniciativy na základě vlastní zkušenosti. Jak je možné vypořádat z odpovědí respondentů, kategorii lze rozdělit na dvě skupiny. Pozitivní přijetí spolužáka a naopak negativní přijetí. Toto rozdělení se nachází v poměru 9:7 pro pozitivní postoje spolužáků (tabulka č. 9). Mezi ně můžeme zahrnout obdiv, zájem o nemoc, ochotu pomoci, informovanost spolužáků a mnoho dalších, které by se jistě dali najít. Naproti tomu se v 7 případech objevili negativní postoje jako nadávky, posměšky a „vyčlenění“ diabetika z kolektivu. Proč se v některých případech setká diabetik s kladným přijetím a v některých s negativním?

Můžeme pro to mít hned několik vysvětlení.

Za prvé to může být z negativního podnětu učitele, kdy se s „problémem“ sám nechce zabývat, nevhodným vysvětlením nemoci zbytku třídy jako tomu bylo u respondentky R9 nebo pouze kantorovou autoritou, od které děti stále ještě v tomto věku (2. - 3. třída ZŠ) přebírají názory jako právoplatně platné.

Dalším vysvětlením mohou být podněty ze strany samotných spolužáků. Zde můžeme například uvést závist výhod, které diabetik má a ostatním jsou zamítnuty.

Tyto výhody mu pomáhají zvládnout jeho nový stav a později, když získá jisté zkušenosti, od těchto výhod upouští. Jako další možnost by sem mohla být zahrnuta reakce spolužáka na novou, neznámou událost a s ní související neinformovanost. Spolužák bude napadat diabetika rádoby vtipnými poznámkami, které někde slyšel, nebo mu připomněli nějakou podobnou situaci, a bude jimi kamaráda terorizovat.

Zajímavým jevem je také to, že s negativními reakcemi spolužáků se setkali diabetici tohoto času již dospělý (viz zvýrazněná část tabulky č. 7). To může být dáno tím, že dříve nebyl diabetes až tak rozšířený a méně se o něm mluvilo. V současné době se najde alespoň jeden diabetik na každé škole. Proto by bylo zajímavé tuto oblast prošetřit v některém výzkumu.

V posledním případě je také nutno zmínit, s jakým statutem dítě z kolektivu odcházelo, bylo-li hvězdou či outsiderem. Do hry také může vstupovat osobnost dítěte jako taková, její charakter, povahové vlastnosti a emoční ladění.

Pozitivní reakce	Negativní reakce
9	7

Tabulka č. 9 Poměr pozitivní a negativních reakcí

6.5 Shrnutí diskuse

Při vyhodnocování rozhovorů mne častokrát napadlo, že ne všechny otázky, jsem položila, tak jak jsem chtěla a tudíž tomu odpovídaly i odpovědi respondentů. Dále pak jsem si uvědomila, že v některých otázkách jsem mohla jít ještě hlouběji a vytěžit z odpovědí daleko více než se mi podařilo.

I přesto, že účastníci byly na začátku obeznámení, o co ve výzkumu jde, ne všichni odpovídali, tak jak jsem si představovala. To mohlo být dáno neochotou respondenta se o daném tématu bavit, vědomí toho, že jsou respondenti nějakým způsobem zkoumání, mým vlastním vystupováním vzhledem k účastníkům, i když jsem se snažila o co nejvstřícnější přístup i motivaci během rozhovoru.

Pro porovnání by bylo zajímavé pokusit se toto téma zpracovat kvantitativní formou. Je možné, že by se došlo ke stejným závěrům nebo by se vyskytly nové souvislosti, na které jsem mohla zapomenout nebo je účastníci nechtěli sdělit.

Rozhodně by ale celý výzkum bylo dobré provést na větším výzkumném vzorku, aby se popřípadě některé nové souvislosti nechali zobecnit, i přesto, že by se jednalo o dlouhodobý projekt, protože již tento zabral spoustu času.

7. ZÁVĚR

Na tomto místě budou shrnuty závěry, které vyplívají z kvalitativního výzkumu, do kterého bylo zahrnuto celkem 12 respondentů.

V rámci první kategorie je úkolem vystihnout nejčastěji využívané obranné mechanismy u dospívajících diabetiků. Do kategorie bylo zahrnuto 9 obranných mechanismů, tedy kódů, které se vyskytly v různé četnosti.

Nejčetněji zastoupeným kódem byl obranný mechanismus kompenzace (41x). Díky obrannému mechanismu kompenzace, se diabetik snaží o odstranění překážky náhradním cílem. Tento obranný mechanismus je odborníky považován za prospěšný. Diabetika vybízí k tomu, aby na svém stávajícím stavu pracoval a aby ho posunul směrem, který již nebude vyvolávat další potřebu ho nějakým způsobem řešit.

Druhým nejčetněji zastoupeným kódem je obranný mechanismus racionalizace (26x), díky němuž si diabetik rozumově vysvětluje své jednání, proč daný krok uskutečnit a proč ne.

Třetím nejčastěji zaznamenaným kódem OM, bylo popírání skutečnosti (24x). Jedná se o vědomý mechanismus, kdy jedinec zavírá oči před jednáním, které by snižovalo jeho sebehodnocení. Tedy je si vědom, že něco udělal, tak jak neměl a nechce si tuto chybu přiznat, aby se necítil provinile.

Zbývající kódy nevykazovali velké četnosti v porovnání s předchozími třemi. Jednalo se o kódy obranných mechanismů vytěsnění (4x), „anestézie“ (2x), regrese (1x), sebeobviňování (1x), útěk do fantazie (1x) a agrese (1x). Nicméně i když se tyto obranné mechanismy ve vyšší četnosti nevyskytly, jedná se o individuální způsoby zvládnání stresových situací konkrétního jedince. Nechalo by se dokonce říci, že mohou pomoci dokreslit představu, jakými způsoby jedinec řeší ostatní zátěžové situace.

V druhé kategorii jsou zachyceny kódy obranných mechanismů, které nejčastěji využívají dospělí diabetici. Do této kategorie bylo rovněž zahrnuto 9 obranných mechanismů, opět kódů, vyskytujících se v různé četnosti.

Nejčetnějším kódem v této kategorii je kód obranného mechanismu kompenzace (50x). Druhým nejčetněji zastoupeným kódem je obranný mechanismus racionalizace (21x), třetím pak kód obranného mechanismu popírání (16x).

Jako u předchozí kategorie, i zde vyskytly kódy obranných mechanismů s menší četností. Jednalo se o kódy obranných mechanismů rezignace (1x), vytěsnění (1x), útek (1x), sebeobviňování (1x), agrese (1x) a superkonformita (1x). Stejně tak jako u předchozí kategorie lze usuzovat o individuálních obranných mechanismech konkrétního jedince, díky nimž řeší zátěžové situace svým specifickým způsobem.

Podle výsledků výzkumu lze tedy říci, že v rámci sžívání se s diabetem využívají jedinci nejčastěji obranného mechanismu kompenzace, racionalizace a popírání. Využití ostatních obranných mechanismů se jeví v tomto případě jako individuální zvládnání dané situace.

V porovnání četností nejužívanějších obranných mechanismů se ukázalo, že u adolescentů se ve větší míře objevuje obranný mechanismus popírání než u dospělých (poměr 24 : 16). Naopak u dospělých se častěji objevil obranný mechanismus kompenzace (poměr 50 : 41). U obranného mechanismu racionalizace byly výsledky skoro vyrovnané (poměr 21: 26). Je tedy docela dost možné, že častější výskyt obranného mechanismu popírání u dospívajících může souviset s nepřijetím nemoci.

Třetí kategorie měla za úkol nastínit, jak se diabetik sžívá se svou nemocí dle 5fázového modelu. V kategorii bylo zastoupeno 23 kódů s různým rozložením četnosti.

Kódy s nejvyšší četností (12x): škola, vrba, přínos DM, přátelé, smíření, reakce rodiny. Jako další čteně zastoupené kódy se ukázaly partner/ka a nejsem v tom sám (11x). Za nimi následují díky své četnosti (10x) kódy detekce příznaků, diagnóza a dia akce. Kód agrese (proč já) a strach z budoucnosti se vyskytl v 9 případech. Kódy deprese a věk se ve výpovědích vyskytly celkem 8x, smlouvání a „pozitivní přijetí“ celkem 7x. Absence zkušenosti byla zakódována v 5 případech, „šetrné vysvětlení“ ve 4 případech a kódy šok, zmatek a touha pouze ve dvou případech.

Na prvních 3 místech jsou obsaženy kódy, ve kterých se za normálních okolností cítí i zdraví lidé dobře. Přijetí od spolužáků a učitelů, člověk, za kterým mohu jít, když je mi nejhůř a vyslechne mne, pozitivní reakce od kamarádů, smíření se rodičů s tím že, jsem nemocný, podpora od partnera, vědomí, že v tom nejsem sám, že je tolik lidí, co mají cukrovku a každoroční těšení se na čas, až s těmi lidmi

budu moci prožít dobrodružství a vyměnit si zkušenosti na táborech, horách či v lázních, dává diabetikovi mnohem větší šanci, že se se svou nemocí rychle sžije a přijme ji jako část sebe. Ve výzkumu tak bylo u jedenácti účastníků, jedna respondentka se přiznala, že se se svou nemocí stále ještě nesmířila.

V téměř všech případech došlo k prožití 5fázového modelu smíření se s nemocí. Dva respondenti si tímto modelem neprošli. To může být ovlivněno povahou osobnosti, věkem, kdy byla jedinci cukrovka zjištěna, reakcí rodiny na zjištění nemoci. I když je v tomto ohledu zajímavé, že u těch diabetiků, kde rodiče reagovali pozitivně, ještě nedošlo k přijetí nemoci a naopak, kde rodiče reagovali pozitivně, diabetik vykazuje nepřijetí nemoci. Dalším zajímavým bodem v této souvislosti je rovněž to, že pokud rodiče reagovali negativně, jsou v některých případech diabetici nekompensovaní.

I přesto, že si diabetici uvědomují rizika pozdních komplikací a ženy mají strach z těhotenství, které sebou nese ještě větší požadavky na kompenzaci, nikdo z diabetiků nedodržuje svůj režim na 100%.

Díky zjištění diabetu došlo u všech respondentů k nějakému nalezení pozitiv, co jim cukrovka přinesla. Ve většině případů to byli noví přátelé. V dalších odpovědích se pak vyskytly výpovědi, že jsou daleko horší věci, které člověka mohou postihnout a že se s diabetem dá žít, že ne každému se dá věřit a ne každý je kamarád, někteří respondenti si začali sami sebe více vážit a přehodnocovat svoje chování a jednání. Diabetes nepřináší jenom pozitiva, a tak se objevili ve výpovědích i negativní ohlasy na onemocnění. Nejčastěji uváděným negativem bylo omezení, často ve spojitosti s jídlem a časem.

Čtvrtá kategorie zjišťovala, jakým způsobem budou reagovat spolužáci na ZŠ na fakt, že je jejich spolužák nemocný. V kategorii bylo zahrnuto 8 kódů. Ty byly zastoupeny v různé četnosti. Podle povahy se nechají rozdělit do dvou skupin na pozitivní a negativní kódy.

Nejvíce zastoupeným negativním kódem byla „šikana“ (4x). S tímto kódem jsou provázány výpovědi respondentů R5, R7, R8 a R11.

Dalším zastoupeným kódem je vyloučení (2x). Ten je zastoupen ve výpovědích R7 a R9. Pouze jedním případem je charakterizován kód protekce. S touto reakcí se setkala respondentka (R12).

Mezi pozitivními kódy je zahrnut kód moudřejší (2x) u respondentů R5 a R11, „zdravý spolužák“ (2x), u R6 a R4, podpora (2x) u R2 a R11, obdiv (2x) u R1 a R12 a nakonec respondent R3 s kódem informovanost.

Podle četnosti lze tedy říci, že diabetici se setkávají jak s kladnými reakcemi spolužáků, tak i se zápornými. Proč k tomuto jevu dochází, lze vysvětlit několika důvody. Mezi ně určitě patří ochota třídního učitele se o daný problém zajímat, správné vysvětlení zásad nemoci ostatním spolužákům, možnost předvést spolužákům pomůcky, které léčbě diabetik používá, pozice diabetika v kolektivu, osobnost diabetika, jak se dokáže prosadit.

Ukázalo se zajímavým jevem, že s negativními reakcemi spolužáků se setkali diabetici tohoto času již dospělý. To může být dáno současnou osvětou kvůli zvyšujícímu se počtu diabetiků, které se v minulosti téměř nevěnovala pozornost.

7.1 Odpovědi na výzkumné otázky

V následující podkapitole budou uvedeny odpovědi na výzkumné otázky.

Vedlejší výzkumné otázky:

1. VVO: Jaké obranné mechanismy se budou objevovat u dospívajících?

U dospívajících se objevuje nejčastěji obranný mechanismus kompenzace, racionalizace a popírání.

2. VVO: Jaké obranné mechanismy se budou objevovat u dospělých?

U dospělých se nejčastěji objevuje obranný mechanismus kompenzace, racionalizace a popírání.

3. VVO: Jak proběhlo vyrovnání se s nemocí dle 5fázového modelu (šok a popření, agrese, smlouvání, deprese, přijetí)?

Všichni respondenti se až na jednu výjimku s nemocí vyrovnali. U dvou z respondentů chyběl průběh 5fázového modelu, všichni ostatní si jím prošli.

4. VVO: Jakým způsobem budou reagovat spolužáci na ZŠ na fakt, že je jejich spolužák nemocný

Spolužáci reagují dvojitým způsobem. Pozitivním přijetím (obdiv, zájem o nemoc) a negativním přijetím (nadávky, posměšky, vyloučení).

Hlavní výzkumná otázka:

1. HVO: Jaké budou rozdíly v druzích obranných mechanismů u dospívajících a dospělých?

Rozdíly v druzích obranných mechanismů u dospívajících a dospělých nejsou, obě skupiny využívají obranného mechanismu kompenzace, racionalizace a popírání.

8. SHRNUTÍ

Celá bakalářská práce je zaměřena na život jedince se zatím nevléčitelnou, ale léčitelnou nemocí diabetes mellitus a jak si na tento život po zjištění diagnózy zvyká. Jedná se o onemocnění, které postihuje jedince napříč jednotlivými věkovými skupinami a národnostmi. Ve většině případů změni každému člověku dosavadní život od základu. Diabetik díky cukrovce musí změnit svůj dosavadní režim, na který byl zvyklý, své stravovací zvyklosti, uzpůsobit si školní záležitosti, pracovní podmínky, ale i trávení volného času. Pro některé jedince to může znamenat nový způsob životního stylu, jiní své onemocnění ze začátku prožívají jako stres. K tomu, aby ho odstranili, využívají různých technik a strategií, jak se nemocí podřídit nebo jak si nemoc podřídit. Jakým způsobem k tomu dochází je i obsahem této práce.

Teoretická část je rozdělena na dvě hlavní kapitoly. V první kapitole je vysvětleno co to diabetes je, jak a v jaké míře se projevuje, jaké jsou hlavní druhy diabetu, jak je možné ho léčit a jaký má dopad na psychické zdraví jedince. Ve druhé kapitole je popsána problematika diabetu jako stresu, co to stres je, jaké jsou jeho znaky a jakými strategiemi ho lze zvládat. Tyto strategie jsou rozděleny do dvou skupin, na vědomé a nevědomé strategie. Vědomé strategie jsou zaměřeny na zvládání stresu jako řešení problému nebo jako řešení emocionálního stavu. Nevědomé potom na využívání jednotlivých obranných mechanismů, které byly zkoumány v praktické části práce.

Praktická část práce byla zaměřena na zjištění obranných mechanismů, které diabetici využívají ke smíření se a přijetí nemoci. Hlavním cílem bylo tedy zjistit, jaké rozdíly budou ve využívání obranných mechanismů u adolescentů a které budou využívat dospělý. Vedlejším cílem pak bylo zjistit, jak budou reagovat spolužáci na ZŠ na svého spolužáka-diabetika a jak se sžívali s nemocí podle 5faktorového modelu. Ke zjištění těchto cílů bylo využito metody polostrukturovaných rozhovorů, které umožnili nahlédnout do života s cukrovkou 12 diabetikům.

Po analýze dat metodou otevřeného kódování bylo zjištěno, že jak adolescenti, tak dospělý využívají ke smíření se s nemocí stejných obranných mechanismů, a to mechanismu kompenzace, racionalizace a popírání. Sžívání se s nemocí nemusí vždy proběhnout dle fázového modelu smíření se s nemocí, jak

ukázal tento výzkum a reakce spolužáků se dají rozdělit do dvou kategorií, a to na pozitivní reakce a negativní reakce.

Cílem této bakalářské práce by mělo být seznámení psychologické populace s problematikou diabetu jako takovou a nahlédnutí do mentality diabetika během sžívání se s nemocí, pro lepší pochopení, co se v takto „postiženém“ odehrává. Již existuje alespoň malé zastoupení literatury o sžívání se jedince s letálními či jinými chronickými onemocněními, ale o tomto tématu se zatím moc nepíše. Cukrovka sice není smrtelná nemoc, ale určitě zasáhne člověka stejným způsobem jako jiného, kterému byla diagnostikována např. roztroušená skleróza. Je možné, že se již za dveřmi psychologa objevil diabetik s prosbou o pomoc, ale vzhledem k tomu, že někteří psychologové o tomto tématu mnoho informací mít nemusejí, mohla by tato práce být něčím novým a přínosným.

V mém případě mi tato práce dala směr, kterým se bude ubírat mé profesní zaměření a pocit, kdy už po několika letech můžu říci, že jsem svoji nemoc přijala jako část sebe.

IV. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. **Atkinson, R. L. a kol.** (2003) *Psychologie*. Praha: Portál
2. **Bartoš, V., Pelikánová, T. a kol.** (2000). *Praktická diabetologie*. Praha: Maxdorf
3. **Brázdová, L. a kol.** (2000). *Průvodce diabetologií pro zdravotní sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně
4. **Čermáková, M., Neugebauerová, L.** (2001) *Rodiče, děti a jejich diabetes*. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR
5. **Ferjenčík, J.** (2000) *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál
6. **Krausová, Z.** (2001) *Psychické problémy diabetiků*. Praha: Svaz diabetiků České republiky
7. **Křivohlavý, J.** (2002) *Psychologie nemoci*. Praha: Grada
8. **Lebl, J., Průhová, Š. a kol.** (2004) *Abeceda diabetu. Příručka pro děti, mladé dospělé a jejich rodiče*. Praha: Maxdorf
9. **Miovský, M.** (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
10. **Nakonečný, M.** (2009) *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia
11. **Nakonečný, M.** (1998) *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia
12. **Páv, J.** (1988) *Klinická diabetologie*. Praha: Avicenum
13. **Praško, J.** (2003) *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada
14. **Praško, J., Prašková, H.** (2001) *Proti stresu krok za krokem aneb jak získat klid a odolnost vůči nepohodě*. Praha: Grada
15. **Smékal, V.** (2007) *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal
16. **Strauss, A., Corbinová, J.** (1999) *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce
17. **Švaříček, R., Šedřová, K. a kol.** (2007) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál
18. **Vágnerová, M.** (2004) *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
19. **Vágnerová, M.** (2008) *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum

20. **Vágnerová, M.** (2008) *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum
21. **Vymětal, J.** (2003) *Lékařská psychologie*. Praha: Portál

Internetové zdroje:

22. **Admin.** (2010) *Cukrovka a stres*. DIAinfo: Informace pro diabetiky [online]. č. 56, 26. 3. 2012 [cit. 2012-04-11]. Dostupné z: <http://www.dia-info.cz/?p=487>
23. **Admin.** (2010) *Cukrovka a zaměstnání*. DIAinfo: Informace pro diabetiky [online]. č. 54, 26. 3. 2012 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: <http://www.dia-info.cz/?p=295>
24. **Brandejská, A.** (2012) *Pro nové cukrovkáře možná nebudou moderní léky, varují lékaři*. In: *IDNES.cz: Zprávy* [online]. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/pro-nove-cukrovkare-mozna-nebudou-moderni-leky-varuji-lekari-pty-/domaci.aspx?c=A120227_104354_domaci_abr
25. *Diabetes je vážné onemocnění. Vymřeme na něj?* [online] (2011) Dostupné z: http://sdeleni.idnes.cz/diabetes-je-vazne-onemocneni-vymreme-na-nej-fkq-/zpr_sdeleni.aspx?c=A111214_131149_zpr_sdeleni_ahr
26. **Grey, M.** (2000) *Coping and diabetes*. *Diabetes spectrum* [online]. vol. 13, n. 3, 09/2000 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n3/pg167.htm>
27. **Chvála, V., Trapková L.** (2008) *Po čem žijí diabetici? PSYCHOSOM: časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu* [online]. č. 8, s. 83 - 97 [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=841
28. **Karla, S., Karla, B., Agrawal, N., Sahay, R., Unnikrishnan, A., Chawla, R.** (2010). *Coping strategies in diabetes*. *The internet journal of geriatrics and gerontology* [online]. vol. 5, n. 2 [cit. 2012-04-10]. ISSN 1937-8211. Dostupné z: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-geriatrics-and-gerontology/volume-5-number-2/coping-strategies-in-diabetes-4.html>
29. **Peterková, M.** (2011) *Ego-obranné mechanismy*. *Psychologické služby psyx.cz* [online] [cit. 2012-04-22] Dostupné z: <http://www.psyx.cz/texty/ego-obranne-mechanismy.php>

30. **Příspěvatelé wikipedie** (2012) *Inzulín: Historie objevu inzulínu*. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Inzulín>
31. *Psychologické aspekty dětského diabetu*. *Abbott diabetes care: Novinky a aktuality* [online]. 2007 [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: <http://www.abbottdiabetescare.cz/novinky-a-aktuality/psychologicke-aspekty-detskeho-diabetu.html>
32. **Rocchiccioli, J. T., O'Donoghue, C. R., Buttigieg, S.** (2005) *Diabetes in Malta: Current findings and future trends*. *Malta Medical Journal - University of Malta Medical School*, vol. 16, n. 1. Dostupné z: <http://www.um.edu.mt/umms/mmj/PDF/80.pdf>
33. **Srb, T.** (2011) *Aktuální informace ÚZIS ČR: Činnost oboru diabetologie, péče o diabetiky v roce 2010*. [online] Praha: ÚZIS. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/26_11.pdf
34. **Šlechta, P.** (1998) *Citační standardy APA a citace internetových pramenů*. *Psychologie v ekonomické praxi*, 33(3-4), 151-154. [online] [cit. 2012-04-21] Dostupné z: www.slechta.euweb.cz
35. **Www.rok1.cz.** (2010) *Máme se bát diabetu-2* [online]. Diabetická asociace České Republiky ve spolupráci Optima Health a.s. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: www.rok1.cz

Seznam příloh

Příloha č. 1 Rozložení diabetu mellitu ve světě - odhad do r. 2025

Příloha č. 2 Výskyt DM v roce 2007 a 2010

Příloha č. 3 Množství potravin v rámci dietního stravování

Příloha č. 4 Pokračování tabulky č. 2 Obranné mechanismy T. V. Costella a S. S. Zalkinda (1963, in Nakonečný, 1998, 2009)

Příloha č. 5 Obranné mechanismy dle dalších autorů (odlišné od Costella a Zalkinda, 1963, in Nakonečný, 1998, 2009)

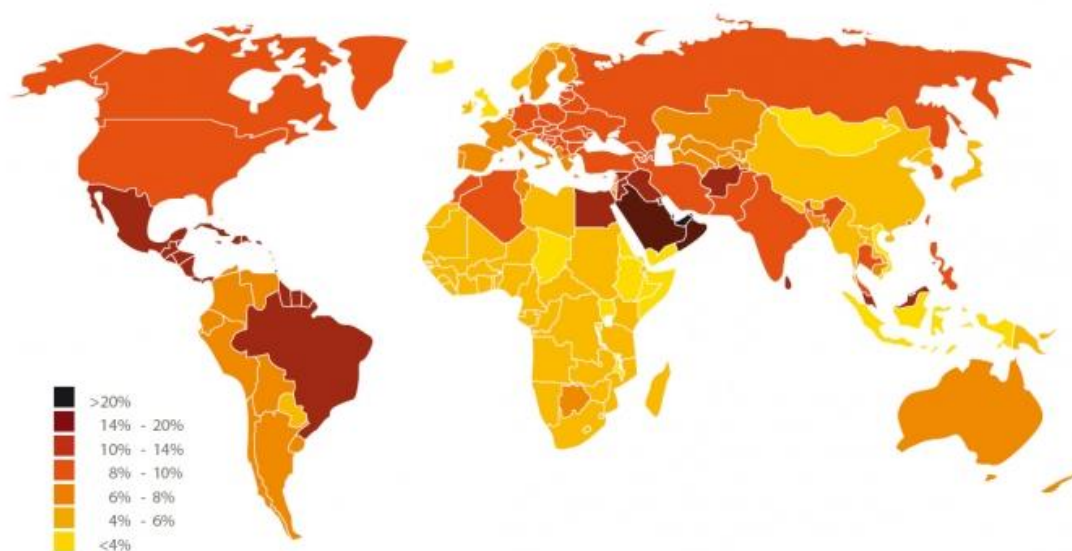
Příloha č. 6 Seznam otázek pro rozhovor

Příloha č. 7 Ukázka rozhovoru s dospělým - Patrik, 23 let

Příloha č. 8 Kódy zahrnuté v kategorii III

Příloha č. 1 Rozložení diabetu mellitu ve světě - odhad do r. 2025

Prevalence estimates of diabetes, 2025

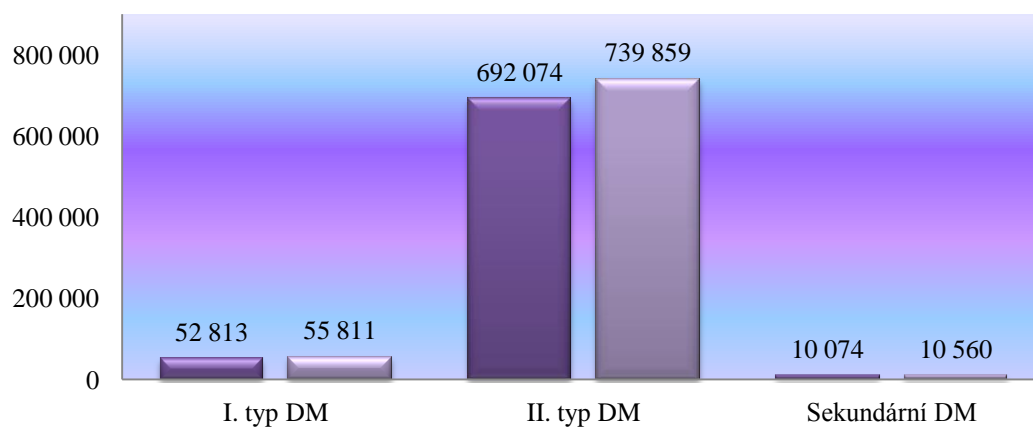


SOURCE: DIABETES ATLAS THIRD EDITION, © INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006

Zdroj: Sos03.com http://www.sos03.com/Diseases/Endocrine/Diabetes_Mellitus

Příloha č. 2 Výskyt DM v roce 2007 a 2010

Výskyt diabetu v roce 2007 a 2010



Druhy diabetu

■ Rok 2007 ■ Rok 2010

Příloha č. 3 Množství jídla v rámci dietního stravování

Druh jídla	Porce (g)	Běžná míra	VJ
Chléb, rohlík, houska	25 g	1/2 ks	1
Mouka pšeničná	15 g	1 PL	1
Brambory (vařené)	65 g		1
Hranolky	40 g	20 ks	1
Knedlík bramborový	50 g	1 1/2 ks	1
Knedlík houskový	30 g	1 ks	1
Těstoviny (vařené)	50 g		1
Bramborová kaše	100 g	2 PL	1
Rýže (vařená)	50 g	2 PL	1
Jablko	100 g	1 ks	1
Jahody	160 g	10 větších ks	1
Pomeranč	140 g	1 ks	1
Mandarinky	170 g	2 ks	1
Ananas	90 g	1 plátek	1
Banán	90 g	1/2 ks	1
Mléko	250 ml		1
Smetana	300 ml		1
Bílý jogurt	200 ml		1
Cukr krystal	12 g	2 ČL	1
Čokoláda mléčná	20 g	4 kostičky	1
Tatranka	25 g	1/2 ks	1
Smažený řízek		1 porce	2
Smažený sýr		1 porce	2
Pizza (střední)	300 g		6
Čočka, hrách (vařené)	200 g		4
Cappuccino (neslazené)	100 ml	1 porce	1
Coca-cola	100 ml		1
Pomerančový džus (100%)	110 ml		1
Dort pařížský	90 g	1 ks	2,5
Indiánek	45 g	1 ks	1
Špička	40 g	1 ks	2
Větrník	90 g	1 ks	3
Rakvička	30 g	1 ks	1
Studenská pečeť	100 g	1 bal.	4

Příloha č. 4 Pokračování tabulky č. 2 Obranné mechanismy T. V. Costella a S. S. Zalkinda (1963, in Nakonečný, 1998, 2009)

<i>Mechanismus</i>	<i>Obsah</i>	<i>Příklad</i>
<i>represe (potlačení)</i>	popudy, pocity a představy, které nejsou slučitelné s jedincovou morálkou, jsou přesouvány do nevědomí, aby se zabránilo pocitům viny a úzkosti	potlačování vzpomínek na zjištění nemoci, byla-li doprovázena komplikacemi
<i>fixace</i>	lpění na určitém způsobu chování, i když se opakovaně jeví jako neúspěšné nebo zcela nevyhovující	záměrné udržování vyšších hodnot glykemií, aby diabetik předešel vzniku hypoglykémie
<i>útěk</i>	vyhýbání se situaci, ve které osoba zažila ponížení či například neúspěch	vyhýbání se měření glykémie z důvodu předpokladu její vysoké hodnoty
<i>rezignace, apatie</i>	kontakt s nepříjemným okolím je přerušen a jedinec se odmítá zapojit jak osobně, tak emočně	diabetik, který neslyší jediné dobré slovo od svého lékaře, DM kontroluje, protože musí, a ne protože chce
<i>agrese</i>	jedinec se snaží dosáhnout cíle násilím, napadá zdroj frustrace a pokouší se rozbít překážku bránící v uspokojení, mstí se za porážku a omezení přímo nebo agresí přesouvá na věci či lidi, může probíhat i skrytou formou (pomluvy, intriky, sabotáže apod.)	v krajním případě může diabetik hodit glukometrem proti zdi, rozrhat deník s hodnotami glykemií, hádat se s okolím, ...
<i>sebeobviňování (autoakuzace)</i>	agrese zaměřená na sebe samého, jedinec se nejenom obviňuje, ale i trestá; obviňováním si zajišťuje lítost a pomoc, trestáním vyrovnání se s pocity viny	při vysokých glykemiích se může diabetik omezovat v jídle a hledat emoční podporu v okolí
<i>konverze (útěk do nemoci)</i>	emoční napětí a konflikty se projevují v psychosomatických symptomech (bolesti, kožní nemoci, vysoký krevní tlak aj.)	po kontrole u diabetologa, kt. se nesla v negativním duchu, se u diabetika projeví např. bolesti hlavy
<i>vzdor, odmítání</i>	nevědomí pasivní nebo aktivní odpor	u nově zjištěného DM odmítání si píchat inzulin
<i>popření skutečnosti</i>	jedinec zavírá vědomě oči před skutečností, aby se vyhnul snižování své hodnoty	diabetik, který je neustále od svého diabetologa kárán, si nechce připustit, že je to zapříčiněno jeho vinou
<i>superkonformita</i>	plnění povinností ve zvýšené míře po zjištění selhání, aby se předešlo dalším výtkám	diabetik, který byl lékařem kárán, plní svůj režim do detailu "podle předpisu"

Příloha č. 5 Obranné mechanismy dle dalších autorů (odlišných od Costella a Zalkinda, 1963, in Nakonečný, 1998, 2009)

Obranné mechanismy dle Atkinsonové a kol. (2003):

<i>Mechanismus</i>	<i>Obsah</i>	<i>Příklad</i>
<i>Intelektualizace</i>	vyjádření bolestných pocitů chladným a neosobním intelektuálním jazykem nebo zaměření intelektuálních zájmů na oblast vytěsněných přání	diabetik se může stát např. vědcem v diabetologii a tímto tématem se intenzivně zabývat

Obranné mechanismy dle Křivohlavého (2002):

<i>Mechanismus</i>	<i>Obsah</i>	<i>Příklad</i>
<i>introjekce</i>	promítání starostí druhých lidí do svého života	diabetik řeší problémy svého kamaráda, aby nemusel řešit své vlastní

Obranné mechanismy dle Smékala (2007):

<i>Mechanismus</i>	<i>Obsah</i>	<i>Příklad</i>
<i>ambivalence</i>	dvoznačnost prožívaných pocitů; člověk je pro nás ochráncem ale i trestající autorita, máme ho rádi, ale hledáme způsob, jak se mu "vymknout" z jeho područí apod.	diabetik může prožívat vztek a odpuštění vůči diabetologovi, úctu a pohrdání, chlad a vřelost, sympatie a antipatie, naději a zoufalství v léčbě, atd.
<i>"anestézie"</i>	neuvědomované využití fyziologických (alkohol, sedativa, stimulacia aj.) a psychologických (popření, vytěsnění, "zapomínání") "anestézií" k potlačení úzkosti nebo viny	"zapomenutí" že je člověk diabetik a dá si pivo, "zapomenutí" deníku pro diabetologa atd.
<i>verbalizace</i>	osoba, která není schopna skutečně prožívat a pociťovat, dovede většinou velmi přesně slovně vyjádřit své postoje a pocity, jako by je skutečně měla	diabetik, který není se svou nemocí zcela sžitý, tvrdí jak svou nemoc skvěle zvládá a jak mu nevadí

Příloha č. 5 Obranné mechanismy dle dalších autorů (odlišných od Costella a Zalkinda, 1963, in Nakonečný, 1998, 2009)

Obranné mechanismy dle Vágnerové (2004)

<i>Mechanismus</i>	<i>Obsah</i>	<i>Příklad</i>
<i>Substituace</i>	náhrada jednoho nedosažitelného uspokojení jiným, jež se jeví jako dostupné, tento přesun neodstraní zcela frustraci, ale zmírní její intenzitu	diabetik nemusí být přijat skupinou, tak jak by si představoval, najde si proto jinou a je ochotný udělat i co je mu proti vůli, aby byl novou skupinou akceptován

Příloha č. 6 Seznam otázek pro rozhovor

Seznam otázek pro rozhovor

Základní informace: věk, místo bydliště, škola/zaměstnání, doba trvání cukrovky, aplikace inzulínu: pera/pumpa

1. Jak ti na cukrovku přišli?
2. Když ti v nemocnici řekli, o co jde, co se ti honilo v hlavě, jak ses cítila?
3. Neříkala sis, že se spletli?
4. Nebyla jsi potom naštvaná na rodiče, na sebe, doktory, celý svět?
5. Myslela sis po nějaké době, že se to třeba vyléčí, že se tě to týkat přeci jen nebude?
6. Přišla doba, kdy jsi byla skleslá, nic tě nebavilo?
7. Můžeš říct, že jsi nemoc 100% přijala?
8. Je pro tebe těžké dodržovat jídlo a režim?
9. Když sem tam ulítneš (v jídle), vyčítáš si to, vysvětluješ si to nějak, co se ti honí v hlavě?
10. Mlžila jsi někdy glymči před doktorem? (A neříkej, že ne, dělají to všichni 😊)
Co se ti při tom honilo hlavou?
11. Jak na cukrovku reagovali rodiče?
12. Pokud máš sourozence, jak to bral on, nezáviděl ti někdy, že se o tebe rodiče víc starají?
13. Jaký spolu máte vztah? Pomáháte si navzájem?
14. Jak to bylo s dietou, začala mamka vařit podle tebe nebo ses přizpůsobila domácí stravě?
15. Leze ti výběr potravin do peněz? +
16. A jak to bylo/je ve škole? Jak to berou spolužáci, učitelé, máš nějaké výhody?
Zneužila jsi někdy výhod?
17. Stresuješ se kvůli cukrovce? Co děláš pro to, aby ne?
18. Máš se na koho obrátit v případě úspěchů, nesnází, špatných nálad?
19. Máš přítele? Jak to vzal on?
20. Můžeš se na něj spolehnout? Zajímá se o tvou nemoc, vyhledává si informace? +
21. Zasahuje vám nějak cukrovka do intimních chvil? +
22. Omezila tě nějak cukrovka v koníčcích nebo zájmech? +

Příloha č. 6 Seznam otázek pro rozhovor

23. Neomezuje tě cukrovka nějak o prázdninách či trávení dovolených? +

24. Co přátelé a kamarádi? Jak to vzali ti? Pomůžou, zajímají se?

25. Bojíš se něčeho do budoucna?

26. Přinesla ti cukrovka něco? Ať pozitivní nebo negativní.

27. Věříš si?

28. Jak by ses charakterizovala jako člověk?

Otázky doplňující

Otázky zjišťující obranné mechanismy

Otázky zaměřené na model sžívání

Příloha č. 7 Ukázka rozhovoru s dospělým - Patrik, 23 let

Pro pořádek a úplnost, tento rozhovor bude sloužit jako podklad pro výzkum do bakalářské práce, tvoje účast je v něm dobrovolná, všechny otázky by měly být okrajové, nicméně pokud nebudeš na nějakou chtít odpovědět, nemusíš. Jako odměnu ti budu moct poslat výsledky anebo i celou práci, když budeš chtít

P.: Na začátek budu potřebovat věk, město, školu popř. zaměstnání, jak dlouho máš cukrovku a jestli jsi na perech či pumpu

Pa.: 23let Přelouč, studuji v Hradci Králové na Přírodovědecké fakultě. Cukrovku mám od 2. 2. 2002, takže jsme si nedávno oslavili 10 let spolu... Jo a mám pera.

P.: První otázka, jak ti na cukrovku přišli?

Pa.: Na třináctileté prohlídce, takže náhodou. Zachyceno v remisi kdy slinivka ještě fungovala.

P.: Co se ti prohnalo hlavou, když ses dozvěděl, co všechno to bude obnášet?

Pa.: Ty si nikdy na prdel nesedneš! Zvedni se, tas meč a dál bojuj... Od té doby bojuji. Celá rodina byla psychicky zhroutená a já to vzal s úsměvem na tváři. Chodili se na mne dívat lidé z celé nemocnice, neboť něco takového se nikdy dřív nestalo. Do teď občas pomáhám začínajícím diabetikům postavit se na nohy. Vzal jsem to jako fakt. Ale život jde dál. Proč si dělat starosti když s tím žít lze

P.: Aha, takže takový ten klasický model proč já, můžou za to oni, možná se to vyléčí, ach jo, co bude a tak jo, ono to půjde, neproběhl?

Pa.: Vůbec ne. Proto jsem byl velká atrakce při mém pobytu ve špitále na zaučení.

Dalo mi to hodně. Zjistil jsem, že jsem psychicky velmi silná osobnost, a že co mne nezabije, to mne posílí. Dokonce jsem si sám sebe začal více vážit. Před tím jsem trošku trpěl komplexem méněcennosti.

P.: Takže nepředpokládám ani nějaké problémy v dodržování režimu nebo stravovací úlety, nebo jo?

Pa.: Tak samozřejmě že se občas něco povede... Nedej bože po zkouškách, kdy to jde člověk zapít..., ale průběžně se snažím držet se no. Pravda, že skoro přes rok nepiji. Namažu se vážně, jen když je nějaká významná událost

P.: No a když k něčemu takovému dojde co se ti honí hlavou?

Příloha č. 7 Ukázka rozhovoru s dospělým - Patrik, 23 let

- Pa.: Těžko říci člověk si asi slibuje, že si dá příště pozor, aby ve třiceti neskončil na kryplkáře, nebo jako slepý impotent... To bych asi už nepřežil..
- P.: Přijde mi zbytečný ptát se, jestli jsi šmelil glykemky, připadáš mi jako vzorník ☺
- Pa.: Šmelil, když jsem byl mladší, abych měl pokoj... Pak jsem zjistil, že jsem debil a dávám si na to už bacha. Člověk sebe neobelže, ale to mladému pubertákovu nedejde.
- P.: Myslela jsem ty začátky, ale tak Dr. na to stejně přijde a jak píšeš, člověk si k tomu musí dojít, že blbne.
- Pa.: Myslím si, že trochu šmelení dělal každý a nevěřím tomu, co tvrdí opak myslím, ty mladé teda
- P.: Předevčírem jsem dělala rozhovor s 20letou slečnou a vehementně se mě snažila přesvědčit, že ona vše dodržuje, když jsem se pak zeptala jinak, přiznala se.
- Pa.: Pochopitelně i já se občas rád nadlábnu no. Kdo ne? Ale pak už je to o tom jak člověk umí pracovat s inzulinem. To je celé. Když jí víc zdravý člověk, slinivka produkuje víc insulínu... Diabetik to nesmí dělat často, ale občas si prostě pošle víc jednotek a dopřeje si. To nezabilo ještě nikoho, když to bylo s mírou.
- P.: Kousek výš jsi psal, že to rodiče dost vzalo, řekni mi o tom trochu víc
- Pa.: Nevím, co o tom říkat a upřímně, o tom nemluví moc rád... Prostě byli špatní. To je celé. Měl jsem hodně práce s tím, je přesvědčit, že já to zvládnu... Ale tak to bývá, když má rodič jen jedno dítě...více o tom asi neřeknu mno.
- P.: Tak to víc rozebírat nebudem, jak jsem psala hned v úvodu, nemusíš odpovídat na vše, každopádně to docela chápu, když jsi sám..
- Pa.: Ještě tedy něco? Upřímně mne nenapadá, jaká otázky by ještě mohla být zajímavá.
- P.: Jak to bylo s režimem, přizpůsobili se vaši nebo ses přizpůsobil ty, třeba ohledně jídla?
- Pa.: Nejprve se přizpůsobila rodina a teď co jsem na VŠ už jedu defakto sám na sebe a zařizují se já...
- P.: Omezuje tě cukrovka nějak finančně (vyšší výdaje za kvalitnější potraviny) než ostatní lidi v tvém okolí?

Příloha č. 7 Ukázka rozhovoru s dospělým - Patrik, 23 let

- Pa.: Tak trochu. Víc toho sežeru, ne sice jídla co se počítá, ale abych nezdechl hladu, tak nemám problém vylupat půl štangle salámu... Já si prostě k sváče dát 6 rohlíků nemohu... Tak si dám 2 a k tomu kotel salámu nebo sýra nebo tak
- P.: Jo, tak o tom mi nemusíš vyprávět, čím se taky má člověk jinak dorazit, když nic moc nemůže
- Pa.: Asi tak... Ale to, že mohu masa kolik chci, mi vyhovuje, je ze mne sice trochu šelma a masožravec, ale co
- P.: Chápu, mám spolubydlu na koleji, vegetariánku, a někdy mě tak napadá, že bych to asi nezvládala bez masa.
- Pa.: To jsou lidi, co se sami připravují o moc energie...
- P.: Jak to tenkrát a i teď brali a berou spolužáci, kamarádi, známí?
- Pa.: Teď to berou v pohodě, ale na základce jsem musel rozbít pár lidem hubu, aby mi dali pokoj a přestali si mne dobírat a smát se mi. Nerad na ZŠ vzpomínám.
- P.: Nikdo z diabetiků, se kterými jsem se bavila. Taky mám blbý zkušenosti.
- P.: Můžeš se na přátele, co se týče cukrovky spolehnout, že by tě nenechali ve štychu?
- Pa.: Už se stalo, že mne srovnali v hypu i bývalá přítelkyně pomáhala.. Sice se pak sesypala sama psychicky, ale v maléru pomohla... Nová slečna je poučená, ale ještě neměla příležitost pomáhat. Ale lidi z mojí šermířské skupiny to na hradě zažili a všichni už ví, co a jak.
- P.: Když už jsi narazil na partnerky, jak to vzaly ony?
- Pa.: Jak by? Buďto se dívce zamlouvám natolik, že to přežije, nebo ne... Pokud by mne holka kvůli tomu nechtěla, tak o ni ztratím zájem i já... Partner má být oporou... Maminka bývalé přítelkyně je sestra u mého diabetologa... Po rozchodu bylo očividné, že je ráda... Tu jsem vskutku neměl rád...
- P.: Ach ty tchýně ☺
- Pa.: Asi tak, ale nyní ne docela bere v pohodě. Ono s Bárkou to taky ve finále dopadlo děsně, ale už je to za mnou ačkoli jsem půl roku byl na prášky a to doslova...
- P.: No a jakým způsobem ses s tím vyrovnával?

Příloha č. 7 Ukázka rozhovoru s dospělým - Patrik, 23 let

- Pa.: Špatně. Já rozchody беру zle, já si tu holku chtěl vzít, teď jsem rád, že jsem to nestihl
- P.: Možná lepší zjistit dřív, než pozdě
- Pa.: Jo to jo, ale kus mne umřel...
- P.: Vysvětloval sis to nějak, nebo sis našel nějaký jiný cíl v tom vyrovnávání se?
- Pa.: Dlouho trvalo než jsem se naučil opět někomu srdce dát... Teď mám přítelkyni výrazně mladší, ale nestěžuji si. Už ani nevím. Ten půlrok jsem vytěsnil tak nějak a pak nechoval jsem se zrovna nejlíp... Pár sexů na záplatu a podobně...
- P.: Někde se to odrazit musí... Ale co bylo, bylo a lepší je se neohlížet
- P.: Co cukrovka a intimní život, omezuje - neomezuje?
- Pa.: No je prdel, když přijde hypo před orgasmem a nejlépe těsně před ním.. Budu působit jako neslušný chlap, ale jinak na tu situaci ukázat nejde.... Souložit dál nebo jít? A teď babo rad'.
Doufám, že mé odpovědi projdou jistou cenzurou ☺
- P.: Proč neslušnej? To k tomu prostě patří... Taky jsem párkrát řešila tyhle dilemata..
Jistě, nevím, jak bych to před komisí vysvětlovala ☺
- Pa.: Ale tak zase musí se nechat, že když jsem se nehorázně rozklepal, tak slečna byla totálně mimo.. Na to celkem rád vzpomínám.. No, která má doma živý vibrátor? ☺
- P.: My už máme většinou někde v záloze připravenej hroznovej cukr, ale taky když to přišlo prvně, přítel plašil.
- Pa.: Jinak mne to nijak neomezuje ani nic podobného. Vždy si dám před tím něco na zub, co bych obvykle nejedl a je to v pohodě... Pokud se to neprotáhne na déle než 3 hodiny... Pak ten cukr prostě dojde
- P.: Stresuješ se někdy kvůli c.?
- Pa.: Cukrovce? Snad nikdy, ale jiné věci mne už serou, ale cukrovka ani ne :P
- P.: A kdyby k tomu mělo dojít, jak bys to řešil?
- Pa.: Netuším.
- P.: Neva, máš někoho za kým jít, když je ouvej?

Příloha č. 7 Ukázka rozhovoru s dospělým - Patrik, 23 let

- Pa.: Vždy se někdo najde.. Mám za jedno slečnu a za druhé mooc pěkných kamarádek, které by třeba i chtěly něco víc a rády toho využijí, když potřebuji obejmout.
- P.: No to není špatný A přítelkyni to nevadí?
- Pa.: Nevadí, ona ví, že jsem její
- P.: Rozumná a tolerantní.
Omezila tě cukrovka nějak v koníčcích nebo zájmech?
- Pa.: Jinak jsem označován za děsného kurevníka, neboť věčně jsou u mne jiné krásné dívky Mnooo ani ne, šermuji dál, jen jsem málem přišel o ruku kvůli zanícení rány, za což mohl cukr... Ale ruku mám, tak jedem dál.
- P.: Dovolené taky probíhají nerušeně... a prázdniny..
- Pa.: Jo celkem jo, tam si nemohu stěžovat, většinu času trávím na hradech v duchu 13. století a s cukrem to vždy nějak zmáknu
- P.: Máš z něčeho strach do budoucna?
- Pa.: Jo, jestli zmáknu státnice :d
- P.: Tak to je nás víc.
A trochu vzdálenější budoucnost?
- Pa.: Na bakuli jsem ještě skoro nesáhl
To ani ne žiju okamžikem.
- P.: Co ti cukrovka přinesla, jsi psal už na začátku, tak to nahradím, nepřemýšlel jsi o pumpě třeba? Ale vzhledem k šermu...
- Pa.: O pumpě nechci ani slyšet... Já nevnímám bolest, takže mi injekce nevadí, ale pumpa je na hovno, pač překází ,nemohl bych ani do zbroje... Nemluvě o hradech... hrůza...
- P.: Myslela jsem si to, že by to byl v tomto ohledu problém...
A poslední, jak by ses charakterizoval jako člověk?
- Pa.: Eh? Jaké že je téma bakule? to je věc, o které bych musel sepsat filosofické pojednání, které by zabralo tak 3 knihy...
- P.: Ve zkratce.

Příloha č. 7 Ukázka rozhovoru s dospělým - Patrik, 23 let

Pa.: Jsem nesmírně komplikovaná osobnost... Pokud to mám brát zjednodušeně, tak asi ztracený rytíř ve špatné době... Vypadám jako někdo velmi zlý, ale opak je pravdou... Lidé se mne často bojí

P.: Nevypadáš, pod tou šlupkou je cosi, co z tebe zlobra nedělá.

Pa.: Záleží na okolnostech

P.: Tak jo, máš ty na mě nějaký otázky nebo tak? Když jsem tě tu tak zpovídala... Nechci tě tedy nějak zdržovat, ale dávám ti možnost se zeptat

Pa.: Asi ani ne rád jsem byl nápomocen. Snad ti to k něčemu bude

P.: To si piš, že bude, to co potřebuji, už v tom vidím, takže to bude dobrý, děkuji moc

Příloha č. 8 Kódy zahrnuté v kategorii III

Kód/ Respondent	Adolescent						Dospělý					
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
Čas	●	●		●		●	●	●	●			
Detekce příznaků	●	●	●	●	●	●			●	●	●	●
Diagnóza	●	●		●	●	●	●	●		●	●	●
Absence zkušeností		●		●	●	●				●		
Reakce rodiny	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Šok				●		●						
Agrese (Proč já)		●	●	●	●	●	●		●		●	●
Smlouvání (naděje)		●	●	●		●				●	●	●
Deprese		●	●	●		●			●	●	●	●
Smíření	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
"Šetrné vysvětlení"	●			●	●							●
Věk	●	●	●	●	●	●	●					●
"Pozitivní přijetí"	●			●	●			●	●	●	●	
Nejsem v tom sám	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●
Zmatek				●		●						
Touha			●								●	
Díla akce	●	●	●	●	●	●	●			●	●	●
Přátelé	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Strach z budoucnosti	●	●	●	●	●	●			●		●	●
Přínos DM	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Vrba	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Škola	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Partner/ka	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●

