

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

MICHAELA DAMBORSKÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Osobní příčinná orientace ve zdraví a v nemoci (Souběžná validizace dotazníků DOPO a DOPO-Z)

Michaela Damborská

Psychologie, prezenční studium

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Praha 2019

Prague College of Psychosocial Studies



Personal causality orientation in health and in illness (Concurrent validation of the DOPO and the DOPO-Z questionnaires)

Michaela Damborská

Psychology, full-time study

The Bachelor Thesis Supervisor: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Prague 2019

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval/a samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Doc. PhDr. Karlu Balcarovi, CSc. za cenné rady, ochotu, trpělivost a za všechny čas, který mi věnoval při vedení mé bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá osobní příčinnou orientací v pojetí autorů Deciho a Ryana u zdravých lidí a u pacientů s diabetem I. typu ve věkovém rozmezí 18 – 42 let. Teoretická část přibližuje teorii osobní příčinné orientace a další koncepty příčinného přisuzování, věnuje se onemocnění diabetes mellitus a přibližuje problematiku prožívání chronické nemoci. Praktická část popisuje výzkum, ve kterém byla provedena souběžná validizace dotazníků DOPO a DOPO-Z a zjišťuje také rozdíl mezi osobní příčinnou orientací diabetiků a zdravých osob.

Klíčová slova:

Osobní příčinná orientace

Diabetes mellitus

Dotazník osobní příčinné orientace

Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci

ABSTRAKT

The Bachelor Thesis focuses on the personal causality orientation according to Deci and Ryan in healthy people and patients diagnosed with diabetes mellitus I. type from 18 to 42 years old. The theoretical part introduces the theory of the personal causality orientation and other concepts of causal attribution, furthermore it focuses on diabetes mellitus and the problem of living through chronic illness. The practical part describes the undertaken research which consists of the concurrent validation of the DOPO and the DOPO-Z questionnaires and the attempt to describe the differences in the personal causality orientation in healthy people and patients with diabetes mellitus.

Key words:

Personal causality orientation

Diabetes mellitus

Personal causality orientation questionnaire

Personal causality orientation questionnaire in health and in illness

OBSAH

ANOTACE	3
ABSTRAKT	4
OBSAH	5
ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Základní pojmy	8
2 Diabetes mellitus.....	9
2.1 Epidemiologie DM v ČR	9
2.2 Klinické příznaky diabetu a diagnostika	9
2.3 Klasifikace diabetes mellitus.....	10
2.4 Diabetes mellitus 1. typu	10
2.5 Akutní komplikace DM	11
2.6 Chronické komplikace DM.....	12
2.7 Léčba diabetu 1. typu	14
2.8 Závěr kapitoly	14
3 Psychologické aspekty chronického onemocnění	16
3.1 Chronické onemocnění.....	16
3.2 Fáze vyrovnání se s chronickým onemocněním.....	16
3.3 Fáze chronické nemoci	17
3.4 Prožívání chronické nemoci	17
3.5 Závěr kapitoly	18
4 Příčinné přisuzování a osobní příčinná orientace	19
4.1 Vybrané teorie příčinného přisuzování.....	19
4.2 Teorie osobní příčinné orientace podle Deciho a Ryana	21
4.3 Vztah osobní příčinné orientace a zdraví jedince	22
VÝZKUMNÁ ČÁST	24
5 Výzkumný projekt.....	24
5.1 Zkoumaný problém	24
5.2 Výzkumné otázky.....	24
5.3 Ověřované hypotézy.....	24
6 Metodika výzkumu	26
6.1 Zvolená metoda řešení	26
6.2 Popis použitých dotazníků	26
6.3 Výběr zkoumaných osob	28

6.4	Sběr dat	28
6.5	Etické aspekty výzkumu.....	29
6.6	Zpracování dat a analýza	29
7	Výsledky výzkumu	30
7.1	Souběžná validizace dotazníků DOPO a DOPO-Z	30
7.2	Rozdíl mezi zdravými lidmi a osobami s diabetem 1. typu	32
8	Diskuze	34
ZÁVĚR	36	
LITERATURA	37	
PŘÍLOHY	I - XII	

ÚVOD

To, jak člověk vnímá příčiny důležitých událostí, které se mu dějí, velmi ovlivňuje mnoho oblastí jeho života. Týká se to jeho motivace a stanovování cílů, sebedůvěry, ochoty překonávat překážky a v neposlední řadě i psychického a fyzického zdraví a přístupu k péči o něj. V psychologii osobnosti je na toto téma několik různých náhledů. Ve své práci se zabývám hlavně teorií „osobní příčinné orientace“ podle Deciho a Ryana. Podle těchto autorů hledají lidé příčiny svých událostí nejčastěji v sobě samých, v druhých lidech nebo ve vlivech mimo lidskou vůli (Balcar, 1996a).

V teoretické části práce seznamuji čtenáře s konceptem osobní příčinné orientace a s dalšími teoriemi příčinného přisuzování. Dále přibližuji onemocnění diabetes mellitus a zaměřuji se hlavně na diabetes mellitus 1. typu. Také se zabývám problematikou prožívání chronické nemoci a vyrovnávání se s ní.

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je provést souběžnou validizaci dvou dotazníkových nástrojů Dotazníku osobní příčinné orientace (DOPO) a Dotazníku osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci (DOPO-Z). V druhém výzkumném cíli chci zjistit, jak se liší osobní příčinná orientace zdravých lidí a diabetiků 1. typu. Za tímto účelem jsem provedla dotazníkové šetření, kde respondenti vyplňovali dotazníky DOPO, DOPO-Z a Škálu posouzení vlastního zdraví. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin: zdraví lidé a osoby s diagnostikovaným diabetem mellitus 1. typu.

Myslím si, že pochopení pacientova příčinného přisuzování může být klíčem k jeho úspěšné léčbě. Proto se domnívám, že výzkum v této oblasti je velice důležitý. Doufám, že do budoucna můžou i výsledky v mojí bakalářské práci pomoci nemocným, ale i zdravým lidem v péči o své zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní pojmy

V první kapitole vymezují základní pojmy, které jsou pro bakalářskou práci důležité.

Osobní příčinná orientace je trvalejší osobní sklon člověka vnímat příčiny důležitých událostí v životě a vidět je 1) ve vlastních rozhodnutích a činech; 2) v činech a rozhodnutích druhých lidí; 3) v jevech mimo lidskou vůli (Balcar, 1996b).

Diabetes mellitus je skupina onemocnění s různými vlivy, pro které je společná přítomnost hyperglykemie. Onemocnění je podmíněno buď absolutním nedostatkem inzulínu, nebo jeho sníženou účinností a tím vzniklým relativním nedostatkem (Anděl, 2001).

Diabetes mellitus 1. typu je autoimunitní onemocnění, které vzniká poté, co jsou buňky slinivky břišní, které produkují inzulín, zničeny nevhodnou imunitní reakcí. To má za následek to, že tělo nedokáže regulovat hladinu krevního cukru a pacient musí kontrolovat svůj metabolický stav a podstupovat inzulínovou substituční léčbu (Ayers & de Visser, 2015).

Dotazník osobní příčinné orientace (DOPO) je dotazníková metoda, která umožňuje měřit obecný sklon člověka vnímat příčiny závažných událostí v životě; a to buď v závislosti na vnitřní příčinné orientaci, vnější příčinné orientaci nebo neosobní příčinné orientaci (Balcar, 1996a).

Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci (DOPO-Z) je diagnostická metoda, která měří osobní příčinnou orientaci v kontextu zdraví a nemoci (Niederlová, n.d.).

2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM), česky také cukrovka, je skupina chronických onemocnění s různým původem. Mají ale společný příznak a tím je hyperglykémie, což je zvýšená koncentrace cukru v krvi. Krevní cukr nazýváme glukóza a do krve se dostává z jater, kde se vytváří ze sacharidů obsažených v potravinách. Pro vyjádření koncentrace glukózy v krvi je používán termín glykemie. Inzulin, hormon tvořený v pankreatu, reguluje glykemii a také umožňuje vstřebávání glukózy do buněk a tkání, pro které je glukóza hlavním zdrojem energie.

Všechny typy DM jsou podmíněny nedostatečným působením hormonu inzulin v cílových buňkách a to buď z důvodu jeho nedostatečné produkce, nebo neschopnosti inzulin normálně využívat. Diabetes mellitus není v dnešní době vyléčitelné onemocnění, proto musí od jeho diagnostiky pacient doživotně kontrolovat svůj metabolický stav a pomocí dietních opatření či případným dodáváním inzulinu regulovat hladinu krevního cukru (Rybka, 2007; Anděl, 2001; Ferenčík, Rovenský, Shoenfeld, & Mařha, 2005; Pelikánová & Bartoš, 2018; American Diabetes Association, 2010).

2.1 Epidemiologie DM v ČR

Prevalenci a incidenci diabetu v České republice eviduje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Podle jejich dat u nás výskyt evidovaných pacientů s diabetem neustále narůstá. Mezi lety 1975 a 1997 vzrostl počet evidovaných pacientů s diabetem z 234 071 na 600 306 pacientů. V roce 2016 to již bylo 861 450 pacientů. Tento počet představoval tou dobou 8,1 % naší populace. Pokud bude nemocných s DM přibývat tempem jako v minulých letech (tj. 10 000 za rok), mohlo by být v roce 2035 postiženo touto chorobou zhruba 10 % populace ČR bez ohledu na věk. Soudě podle narůstajícího množství diabetiků se o diabetu dá hovořit jako o pandemii (Pelikánová & Bartoš, 2018; Rybka, 2007; Diabetická asociace ČR, n.d.; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1016).

2.2 Klinické příznaky diabetu a diagnostika

Mezi nejčastější klasické příznaky DM se řadí žízeň a polydipsie (tj. patologicky nadměrná žíznivost), polyurie (tj. nadměrné a časté močení, diuréza vyšší než 2,5l/24 hodin), noční močení, hubnutí při normální chuti k jídlu, únavnost, malátnost, přechodové poruchy

zrakové ostrosti, poruchy vědomí až kóma a dech páchnoucí po acetonu (Pelikánová & Bartoš, 2018; Rybka, 2007; Škrha, 2009).

Pro diagnostiku diabetu je potřeba dokázat chronickou hyperglykemií. Pokud se u pacienta vyskytnou klinické příznaky, můžeme mít podezření na diabetes, to je ale nutné potvrdit či vyvrátit pomocí vyšetření glykemie standardní laboratorní metodou (Rybka, 2007; Alberti & Zimmet, 1998).

2.3 Klasifikace diabetes mellitus

Diabetes mellitus se dělí na tyto čtyři hlavní podtypy. Vzhledem k povaze svého výzkumu se v bakalářské práci budu zabývat hlavně diabetem mellitus 1. typu.

- 1) Diabetes mellitus 1. typu
 - a. *Imunitně podmíněný diabetes*
 - b. *Idiopatický DM 1. typu*
- 2) Diabetes mellitus 2. typu
- 3) Ostatní typy diabetu
- 4) Gestační diabetes mellitus (Pelikánová & Bartoš, 2018)

2.4 Diabetes mellitus 1. typu

DM 1. typu (DM1T) vzniká v důsledku selektivního zničení B buněk pankreatických ostrůvků, čímž je způsobeno velké snížení či úplné přerušení sekrece hormonu inzulin. To vede k celoživotní závislosti na exogenním podávání inzulinu. S DM1T se u nás podle dat z ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2015 léčilo 57 945 pacientů. Můžeme ho dělit na dva podtypy.

- 1) *Imunitně podmíněný diabetes* vzniká na základě autoimunitní reakce, která je geneticky predisponovaná a bývá spouštěna pravděpodobně virovou infekcí, případně stykem s jinými exogenními či endogenními činiteli. K tomu, aby se nemoc klinicky projevila, je zapotřebí, aby bylo zničeno přibližně 70 % tkáně, která produkuje inzulin.
- 2) *Idiopatický DM 1. typu* je popsán v africké a asijské populaci a jeho původ není znám. Dále se tímto typem nebudu zabývat (Pelikánová & Bartoš, 2018; Rybka, 2007).

2.4.1 Příčiny DM 1. typu

„Onemocnění DM 1. typu je typická multifaktoriální, polygenní choroba. Multifaktoriální proto, že v patogenezi se setkávají jak genetické, tak negenetické vlivy, které spolu interagují. Polygenní proto, že se na vnímavosti k chorobě (míře rizika) podílí mnoho genů či genových komplexů“ (Pelikánová & Bartoš, 2018, s. 73,74). Zdá se, že genetické i negenetické vlivy mají u DM1T podobný podíl, i když tento poměr je pro každého pacienta individuální. Děťší pacienti mají pravděpodobně převahu genetických vlivů, zatímco u pacientů, kterým onemocnění propukne ve vyšším věku se předpokládá převaha negenetických vlivů. Kombinace genů, která by byla pro vznik DM1T jak nezbytná, tak postačující, neexistuje. Dědí se pouze vlohy pro onemocnění a to často od rodičů, kteří diabetes mellitus nemají. Negenetické vlivy jsou v dnešní době podstatně méně známé než vlivy genetické. Jeden z hlavních spouštěcích mechanismů autoimunitní reakce jsou virová onemocnění. Mezi další možné faktory se řadí dietní vlivy (zde se stále diskutuje vliv časného podávání kravského mléka), stres a některé léky a toxické látky. Pravděpodobně se často jedná o větší množství faktorů, které samostatně nemají velký vliv (Pelikánová & Bartoš, 2018; Škrha, 2009).

2.5 Akutní komplikace DM

Jedná se o závažné stavy, které vznikají náhle většinou ve spojitosti s nedostatečnou či nadměrnou léčbou diabetu. Mezi akutní komplikace DM se řadí hypoglykemie, diabetická ketoacidóza, hyperglykemické (hyperosmolární) kóma a laktátová acidóza. Zde se budu podrobněji zabývat pouze hypoglykemií a diabetickou ketoacidózou, protože další dvě komplikace se týkají především DM 2. typu.

2.5.1 Hypoglykemie

Hypoglykemií považujeme za patologický stav, při němž klesá koncentrace glukózy v kapilární plasmě pod 3,3 mmol/l. Tento stav je zvláště nebezpečný pro mozkovou tkáň, která je závislá na přísunu glukózy. V praxi hypoglykemie vzniká nejčastěji kvůli nadbytku inzulinu. U diabetiků léčených inzulinem je velmi těžké se občasné hypoglykemií vyhnout, za normální můžeme považovat její výskyt cca 1-2x týdně a, pokud nemá pacient diabetes kombinovaný s dalšími chorobami, výrazně ho to neohrožuje. Mezi příčiny hypoglykemie se nejčastěji řadí fyzická zátěž, vynechání pravidelného jídla, alkohol či nesprávná dávka

inzulinu (Pelikánová & Bartoš, 2018). Hypoglykemické reakce můžeme z klinického hlediska rozdělit na 4 stupně: mírná, středně těžká, těžká a hypoglykemická kóma. Zatímco první dvě pacient zvládne nejčastěji sám, u těžké potřebuje pomoc druhé osoby. Hypoglykemická kóma je stav, kdy pacient ztrácí vědomí a může být doprovázen i křečí, k jeho zvládnutí je obvykle nutná hospitalizace. Mezi nejčastější symptomy hypoglykemie se řadí pocení, palpitace, anxieta, třes, hlad, bledost, zmatenost, atypické chování, špatná koncentrace, ospalost, poruchy koordinace, poruchy zraku, brnění kolem úst, obtížná řeč, slabost, nauzea, sucho v ústech a bolest hlavy (Rybka, 2007).

2.5.2 Diabetická ketoacidóza

Jedná se o život ohrožující stav vyvolaný akutním nedostatkem inzulinu a zvýšenou produkcí kontraregulačních hormonů. Diabetická ketoacidóza vzniká nejčastěji z těchto dvou příčin. 1) Produkce inzulinu zaniká, nebo došlo k nedostatečnému zevnímu přísunu. K tomu dochází nejčastěji u nově vzniklého DM1T nebo při chybné terapii. 2) Vzniká při stresogenních podnětech jako jsou: infekce, vaskulární příhody, či úrazy a operace (Pelikánová & Bartoš, 2018). Nedostatek inzulinu v kombinaci s nadbytkem kontraregulačních hormonů vede ke vzniku hyperglykémie, která vede k dehydrataci. Zároveň dochází k nadbytečnému vzniku ketokyselin a jejich hromadění zapříčiňuje metabolickou acidózu (Anděl, 2001). Následkem hyperglykemie nemocný pociťuje nadměrnou žízeň, dochází k polyurii, dostavuje se pocit slabosti, závratě a ortostatická hypotenze (= krátkodobý pokles tlaku způsobený změnou polohy). Ketoacidóza způsobuje nevolnosti, zvracení, až extrémní dušnost. Pozdním projevem jsou ztráty vědomí až kóma. Mezi časté příznaky se také řadí tzv. kussmaulovo dýchání při němž dech páchne po acetonu. Pro léčbu tohoto stavu je nutná hospitalizace (Pelikánová & Bartoš, 2018).

2.6 Chronické komplikace DM

Diabetes mellitus doprovází po letech mnohé komplikace, které jsou způsobeny v důsledku změněného metabolismu a hyperglykemie. Jedná se o patologické změny buněk i mimobuněčné hmoty, což zapříčiňuje postupné zhoršování funkce orgánů a tkání a může dojít až k jejich selhání. Největší měrou jsou poškozeny stěny cév v cévním řečišti. To je poškozeno celoplošně, ale v některých částech se mohou projevit výraznější odchylky. Takové změny, které vznikají v oblasti kapilár a v přilehlém žilním a arteriálním řečišti, jsou

souhrnně nazývány diabetická mikroangiopatie. V závislosti na to, jaký orgán či tkáň jsou tím poté poškozeny, se rozvíjí diabetická retinopatie, nefropatie a neuropatie. Pokud jsou zasaženy větší cévy, dochází ke změnám, které mají charakter aterosklerózy, a nazýváme je diabetická makroangiopatie. To může vyvolat ischemickou chorobu srdeční (ICHS), ischemickou chorobu dolních končetin a cévní mozkové příhody. Mezi další chronické komplikace DM patří syndrom diabetické nohy (Škrha, 2009; Pelikánová & Bartoš, 2018).

2.6.1 Oční komplikace DM – diabetická retinopatie

Jedna z nejvážnějších komplikací diabetu, diabetická retinopatie, způsobuje zhoršení zraku a může vést k úplné slepotě. Diabetická retinopatie je způsobena zasažením cév v sítnici oka. U pacientů s DM1T se 10 let od diagnostiky DM objeví známky diabetická retinopatie u 50 % pacientů, po 20 letech je to již 75 % a více. Zhoršení či ztráta zraku mohou pacientovi způsobit značné komplikace v samostatném zvládnání léčby DM (Škrha, 2009; Pelikánová & Bartoš, 2018; Rybka, 2007).

2.6.2 Diabetické onemocnění ledvin - diabetická nefropatie

Diabetická nefropatie je chronické progredující onemocnění ledvin, které vzniká na základě specifických morfologických a funkčních změn ledvin. V roce 2016 bylo podle dat ÚZIS postiženo poškozením ledvin téměř 12 % pacientů léčících se s DM. Diabetická nefropatie se v řadě rozvinutých zemí dá považovat za nejčastější příčinu chronického selhání ledvin (Škrha, 2009; Pelikánová & Bartoš, 2018; Rybka, 2007).

2.6.3 Diabetická neuropatie

„Mezinárodně uznávaná definice diabetické polyneuropatie je popsána jako „porucha funkce periferních nervů u diabetiků projevující se subjektivními příznaky a/nebo objektivními známkami postižení periferních nervů, pokud jsou vyloučeny jiné příčiny polyneuropatie“.“ (Pelikánová & Bartoš, 2018, s. 484). Jedná se o nejčastější komplikaci DM. Postiženy při ní bývají senzitivní, motorická i vegetativní vlákna periferního nervového systému (Pelikánová & Bartoš, 2018).

2.6.4 Diabetická makroangiopatie

Jedná se o označení pro všechny aterosklerotické projevy na arteriích diabetiků. Tyto projevy se nikterak neliší od aterosklerotických projevů u nediabetických pacientů. U nemocných s DM se však vyskytují 2-4x častěji, vznikají již v mladším věku a mívají rychlejší postup. Diabetická makroangiopatie je nejčastější příčina zvýšené úmrtnosti diabetiků (Pelikánová & Bartoš, 2018).

2.6.5 Syndrom diabetické nohy

Syndrom diabetické nohy je velmi vážná komplikace DM, která může končit amputací. V roce 2004 postihovala podle dat ÚZIS tato komplikace 5,6 % pacientů DM. Jedná se o destrukci hlubokých tkání dolní končetiny spojenou s neuropatií, angiopatií a infekcí. Diagnóza má velký sklon k recidivám. Syndrom diabetické nohy je nejčastější příčina hospitalizace diabetiků. Na nohách vznikají defekty a gangrény, které předchází případné amputaci. Jejich léčba je velmi zdoluhavá a je velmi důležitý rychlý a multidisciplinární přístup. Také mortalita pacientů se syndromem diabetické nohy je vysoká, 6-10 % umírá do 28 dnů, do 5 let je to 40-80 % (Rybka, 2007).

2.7 Léčba diabetu 1. typu

Diabetes mellitus 1. typu je onemocnění, které se v současné době nedá vyléčit. Léčba DM1T se snaží o dosažení optimální kompenzace. Je nutné přihlížet k věku, způsobu života, zaměstnání a fyzické aktivitě a celkově si klade za cíl udržet dlouhodobě kvalitní život a zabránit vzniku akutních a chronických komplikací DM. Pro pacienta se sestavuje léčebný plán, který zahrnuje dílčí opatření s podrobnou instruktáží, různá režimová opatření (například týkající se fyzické aktivity nebo zákazu kouření), podrobnou edukaci nemocného, farmakologickou léčbu a psychosociální opatření. U všech nemocných s DM1T je nutná léčba inzulinem, jeho dávky se určují na základě hodnot glykemie, které si pacient měří. Pro úspěšnou léčbu DM1T je zásadní správné stanovení léčebného plánu a klíčový je také pacientův zájem o spolupráci (Rybka, 2007).

2.8 Závěr kapitoly

V této kapitole jsem definovala onemocnění diabetes mellitus. Věnovala jsem se jeho epidemiologii, klinickým příznakům, klasifikaci, akutním a chronickým komplikacím a léčbě.

Kapitolu jsem zaměřila hlavně na diabetes 1. typu, protože ten se týká mé výzkumné části. Myslím si, že z kapitoly vychází, že DM je velmi vážné onemocnění, které navždy změní pacientův život a postihuje všechny jeho oblasti. Za velmi důležité považuji to, jak zásadní je pacientův aktivní přístup k léčbě.

3 Psychologické aspekty chronického onemocnění

3.1 Chronické onemocnění

Chronická nemoc se mnohdy projevuje velmi pomalu a trvá dlouho, než pacient zaznamená nenormální jevy a vyhledá lékaře. Jedinec se na onemocnění často dívá jako na akutní onemocnění, a tak očekává, že rychle odezní, a je pro něj velmi těžké připustit si, že onemocnění má na velmi dlouho nebo už do konce života. Dá se paradoxně říct, že kvůli zvyšující se kvalitě medicíny, přibývá chronicky nemocných jedinců, protože medicína dnes dokáže mnohé zachránit, ale ne zcela vyléčit. Chronické onemocnění postihuje různé oblasti lidského života, jako jsou: vnitřní prožívání a sociální život pacienta (Vymětal, 2003; Křivohlavý, 2002; Raudenská & Javůrková, 2011; Sarafino & Smith, 2012).

3.2 Fáze vyrovnání se s chronickým onemocněním

Poté, co se pacient dozví svou diagnózu, potřebuje určitý čas na to, aby se s tímto faktem vyrovnal. Psychiatrička Elisabeth Küblerová-Rossová rozdělila toto období do 5 fází.

- 1) *Šok, popření*: V tomto období pacient nevěří sdělení, že je nemocný, tuto informaci popírá. Je vhodné mu dát dostatek času, navázat s ním kontakt a získat si jeho důvěru.
- 2) *Hněv, vzpoura*: Pacient cítí zlost na všechno okolo, odmítá spolupracovat a nechat se ošetřit. Někdy i vyvolává konflikty. Na pacienta bychom se za to neměli zlobit, není vhodné ho napomínat, naopak bychom mu měli umožnit odreagování.
- 3) *Vyjednávání, smlouvání s osudem*: Pacient nemoc jakoby přijme, ale o jejích podmínkách smlouvá. Snaží se najít cestu k zázračnému uzdravení. Vyjednávají se sebou, bohem i zdravotníky a dávají sliby za uzdravení. V této fázi se doporučuje mít s pacientem trpělivost a snažit se ho motivovat k tomu, aby setrval v léčbě.
- 4) *Smutek, deprese*: Nemocný si plně uvědomí přítomnost a nezvratnost choroby. Někdy se vzdává a rezignuje na léčbu. Často cítí velký smutek a beznadějí. Je to náročná fáze, ale je nutné, aby proběhla. Je vhodné pacientovi naslouchat, podporovat ho, komunikovat i s jeho rodinou a společně hledat řešení.
- 5) *Smíření*: Pacient onemocnění přijímá se všemi aspekty. Začíná konstruktivně uvažovat a soustředí se víc na léčbu. S přijetím nemoci často přichází úleva.

Každý nemocný je individuální a tak tyto fáze probíhají vždy trochu jinak. Mohou být různě dlouhé a také mohou probíhat v jiném pořadí, někdy může být dokonce více fází najednou. Ne každý nemocný projde všemi fázemi, může nějakou vynechat zcela (Špírková, Fišerová, & Obermannová, 2015; Ayers & de Visser, 2015; Venglářová & Mahrová, 2006).

3.3 Fáze chronické nemoci

Nemocný s chronickou nemocí prochází 4 fázemi. Mezi těmito fázemi dochází k progresi i regresi.

- 1) *Fáze krize:* V této fázi se začínají objevovat první projevy nemoci. Nemocný přichází k lékaři, kde hledá úlevu, dochází k diagnostice a stanovení léčby. Nemocný někdy kromě lékaře vyhledává i jiné zdroje, které by mu mohli pomoci. Jsou to například spirituální pomoc, užívání či nadužívání léků či užívání jiných látek. Nemocný se může setkat s různými reakcemi na svoje onemocnění.
- 2) *Fáze stabilizace:* Již se projevila většina symptomů nemoci. Pacient má větší množství informací o chorobě. Chce se vrátit se k činnostem, které dělal předtím, než onemocněl. To ho ale může přetěžovat a vyčerpávat, často to vede k relapsům a pocitům selhání a zmaru. Pacient by měl svůj životní styl restrukturalizovat a stabilizovat.
- 3) *Fáze rozhodování a řešení:* Nemocný zcela chápe svoji nemoc a připouští si, že se už asi nikdy nevrátí do stavu před onemocněním. Základním cílem by mělo být nalezení nové identity a případně i individuální životní filosofie.
- 4) *Fáze integrování:* Přichází, pokud je jedinec schopný integrovat část své původní identity. Pacient v této fázi by se měl soustředit na tyto úkoly: najít vhodnou práci (nebo upravit podmínky práce, kterou měl před onemocněním), vytvořit nebo přebudovat síť sociálních kontaktů, zařadit nemoc do svého filosofického a spirituálního konceptu (Raudenská & Javůrková, 2011).

3.4 Prožívání chronické nemoci

Oblast, na kterou má chronické onemocnění velký dopad, je pacientovo sebepojetí. Identita pacienta (kdo jsem) je chronickou nemocí velmi postižena. S chronickou nemocí je někým jiným, než byl před její diagnostikou. Pacient se sám sobě může odcizit a může se cítit

méněcenný a necítí vlastní kompetenci. Tento stav se odborně nazývá non-person – nebytí osobností. Pacienta to často vede k přehodnocení mnohých věcí, odborně tento proces nazýváme jako strategické přebudování vlastní identity. Podle Dunkel-Schetterové se strategie zvládání chronické nemoci podobají strategiím zvládání stresu. Řadí se sem strategie distancování se od chronické nemoci (nemyslet na to), strategie emocionálního a kognitivního vyhýbání se skutečnosti, která pacienta ohrožuje, nebo řada strategií „zkratového“ řešení, což může být užívání drog, alkoholu nebo například přejídání se. Jedna ze strategií zvládání chronické nemoci je i snaha nalézt pozitivní aspekty onemocnění (Křivohlavý, 2002).

3.5 Závěr kapitoly

V této kapitole jsem popsala některé z psychologických aspektů chronického onemocnění. Definovala jsem chronické onemocnění a popsala jeho fáze a fáze vyrovnání se s ním. Touto kapitolou bych ráda poukázala na to, že chronické onemocnění, mezi něž diabetes mellitus bezesporu patří, je z psychologického hlediska velmi náročné. Každý pacient má individuální prožívání a do velké míry ovlivňuje značnou část jeho života.

4 Příčinné přisuzování a osobní příčinná orientace

Lidé v životě zažívají různé důležité situace a události, některé vnímají pozitivně, jiné negativně. Tyto situace vznikají na základě různých příčin a naše prožívání těchto situací je velkou měrou ovlivněno právě tím, kde jejich příčiny spatřujeme. Pro každou událost můžeme najít různé příčiny, někdy si za to můžeme víc sami, někdy to způsobili lidé v našem okolí a někdy se na vzniklé situaci podílely vlivy, které můžeme jen těžko kontrolovat. Zdá se ale, že lidé v průběhu života postupně získávají určitý trvalý sklon očekávat příčiny událostí častěji právě v jedné z těchto oblastí (Balcar, 1996a).

Tento úkaz je v psychologii osobnosti intenzivně zkoumán od padesátých let tohoto století. V odborné literatuře zde nacházíme několik významově spřízněných pojmů: „příčinné přisuzování“ („causal attribution“ – Heider 1958); „motiv kompetence“ („competence motive“ – White 1959); „místo ovládnutí“ („locus of control“ – Rotter 1966); „naučená bezmoc“ („learned helplessness“ – Seligman 1975); „vlastní účinnost“ („self-efficacy“ – Bandura 1977); „přisuzovací styl“ („attributional style“) aj. (Balcar, 1996a, s. 28).

4.1 Vybrané teorie příčinného přisuzování

4.1.1 Příčinné přisuzování (causal attribution)

Heider ve své teorii předpokládá, že se lidé přirozeně snaží porozumět chování svému i okolních lidí. Definuje dva hlavní atributy: 1) vnitřní atribuce znamená, že člověk se chová určitým způsobem na základě vlastních vnitřních pohnutek; 2) vnější atribuce znamená, že chování jedince je ovlivněno situací, ve které se nachází. Heider tvrdí, že pokud člověk nějaké chování vysvětlí pomocí vnitřní atribuce, vnímá to jako výsledek schopností, osobnosti, nálady, úsilí, postoje nebo dispozice. Při vysvětlení pomocí vnější atribuce je výsledek vnímán spíše jako splnění úkolu, štěstí nebo, že se dostalo pomoci od druhých lidí (Heider, 1982).

4.1.2 „Místo ovládnutí“ (locus of control)

Pojem „locus of control“ rozpracoval Rotter ve své práci publikované v roce 1966. Jedná se o jakési přesvědčení člověka o příčinách ovlivňujících významné události v jeho životě.

Rotter ve své teorii představil „internal locus of control“ (vnitřní) a „external locus of control“ (vnější). Přesvědčení jedince, jak velkou kontrolu nad svým životem má, tvoří určité kontinuum, kde na každém z konců můžeme najít jednu z těchto skupin. Většina lidí se ale nachází mezi těmito skupinami.

Lidé s interním locus of control jsou osoby, které vycházejí ze sebe a z vlastních schopností, možností a dovedností. Věří, že jevy v životě jsou závislé na jejich vlastním přičinění.

Lidé s externím locus of control věří, že situace v jejich životě jsou řízeny okolními vlivy. Předpokládají, že problémy se vyřeší samy, ať už zásahem druhé osoby, či jevů mimo lidskou vůli, což je například osud či štěstí (Rotter, 1900; Křivohlavý, 2009).

4.1.3 Naučená bezmocnost (learned helplessness)

S konceptem naučené bezmocnosti přišel v 60. letech minulého století Seligman a jeho spolupracovníci. V té době prováděli pokusy na zvířatech týkající se podmiňování reflexů. V průběhu těchto pokusů zaznamenali změny v chování u zvířat, kterým byly aplikovány bolestivé podněty a zvířata se jim nemohla vyhnout. Tato zvířata se v dalších pokusech, kdy již bylo možné se bolestivému podnětu vyhnout, nebyla schopná naučit adekvátní únikové reakci a bolestivým podnětům se pasivně vystavovala. V návaznosti na to byly prováděny experimenty s lidmi, ti byli vystavováni nepříjemnému zvuku. Skupina, které nejprve neměla možnost zvuk kontrolovat, se při dalším vystavení zvuku ani nepokoušela ho vypnout. Na základě výsledků z těchto experimentů vznikl teoretický koncept „naučené bezmocnosti“. Je to stav jedince, který vzniká na základě zkušenosti s tím, že svým chováním nedokáže ovlivnit situaci (nebo se tak alespoň domnívá), v níž se nachází, vzdá se a stává se pasivním. Seligman tvrdí, že důvodem bezmocnosti není nepříjemná situace, ale nemožnost ji ovládat. Naučená bezmocnost může poté ovlivňovat mnohé oblasti jedincova života, ať už vnímání světa, stanovení cílů a jejich následná realizace, vztah k vlastnímu zdraví a další (Seligman, 1972, 1975, 1976, 1978).

4.1.4 Vlastní účinnost (self-efficacy)

Bandura definoval pojem „self-efficacy“ jako sebedůvěru ve vlastní schopnosti plánovat a uskutečňovat své cíle. Tato sebedůvěra je základem lidské motivace, úspěchů a citové pohody. Bandura tvrdí, že lidé, kteří jsou přesvědčeni o vlastní možnosti ovládat děje ve

svém životě, lépe zvládají těžkosti, které se jim dějí a náročné úkoly vnímají jako výzvu. Naopak lidé, kteří nejsou přesvědčeni, že mohou děje v životě ovlivnit, jsou demotivováni k tomu, aby se vůbec snažili něco konat. Takovíto lidé jsou náchylnější k depresím a spíš podlehnou stresovým situacím.

Podle Bandurovy teorie jsou pro vyvinutí důvěry ve vlastní schopnosti důležité tyto 4 zdroje. Nejefektivnějším zdrojem jsou vlastní autentické zkušenosti. Pokud jsou úspěšné, tak utvrzují víru ve vlastní kompetenci. Neúspěšné pokusy ji snižují hlavně tehdy, když se dostaví dřív než důvěra ve vlastní kompetenci. Občasné neúspěchy, které se nám stanou poté, co již důvěru máme vybudovanou, ji neohrozí. Druhým zdrojem je zástupná zkušenost. Bandura tvrdí, že když lidé vidí ostatní uspět, zvyšuje to jejich víru ve vlastní kompetence. Třetím důležitým zdrojem je přesvědčování od druhých lidí o kompetenci něco vykonat. Vlastní účinnost se zvyšuje zvláště, pokud je toto přesvědčování založeno na reálných kompetencích. Poslední zdroj jsou podle Bandury informace vlastního těla o zdravotním stavu prostřednictvím pocitů, emocí či tělesných příznaků (Bandura, 1977, 1982, 2010).

4.2 Teorie osobní příčinné orientace podle Deciho a Ryana

Ve své bakalářské práci vycházím z pojetí podle autorů E. Deciho a R. Ryana, kteří tuto problematiku rozpracovali pod pojmem „osobní příčinné orientace“ („personal causality orientation“). Ti definují tři oblasti příčinné orientace, kde mohou lidé hledat a spatřovat příčiny různých životních situací. Jsou to vnitřní příčinná orientace, vnější příčinná orientace a neosobní příčinná orientace (Ryan & Deci, 2016).

- 1) *Vnitřní příčinná orientace* je taková orientace, kdy člověk přijímá zodpovědnost za událost, její příčiny a okolnosti spatřuje ve vlastních rozhodnutích a činech a vnímá vlastní kompetenci situaci ovládat.
- 2) *Vnější příčinná orientace* je taková orientace, kdy člověk vnímá své okolí a primárně druhé osoby jako zodpovědné za vzniklou situaci.
- 3) *Neosobní příčinná orientace* je taková orientace, kdy si člověk myslí, že o nastalé situaci rozhoduje okolní svět, má pocit, že tuto situaci nemůže kontrolovat, ani ovlivnit. Chápe to například jako osud nebo štěstí.

Jaký typ osobní příčinné orientace, v jaké míře a poměru se u člověka rozvine, závisí na osobních zkušenostech v průběhu života. Podstatnou měrou je člověk ovlivněn prostředím, v jakém se nachází a především v jakém se nacházel v prvních obdobích svého vývoje. Ke každému typu osobní příčinné orientace můžeme přiřadit typické prostředí, které mu odpovídá svou povahou.

- Vnitřní příčinná orientace se prohlubuje u lidí, kteří mají zkušenost s tím, že na ně okolí reaguje a podává mu zpětnou vazbu k jeho chování a informuje ho o vhodnosti či nevhodnosti jeho počínání v souvislosti se snahou splnit jím zvolené cíle. Člověk může tuto zkušenost ke směřování svého dalšího počínání a k volbě cílů.
- Vnější příčinná orientace se vyvíjí u lidí, kteří se pohybovali v prostředí, které jim jasně stanovilo, jak se mají chovat a za dodržování takového chování, byli poté odměňováni nebo trestáni. Lidé s touto zkušeností později své počínání přizpůsobují tomu, co si myslí, že od nich okolí chce. Uspokojení jejich vlastních potřeb je možné až v návaznosti na to, že splní očekávání okolí.
- Neosobní příčinná orientace je typická pro osoby, které se pohybovaly v prostředí nereagujícím na jednání člověka. Uspokojující či frustrující výsledky jim jsou poskytovány nezávisle na jejich chování a celkově bez uchopitelných pravidel. Člověk s touto zkušeností neví, jak postupovat, aby uspokojil své potřeby, to ho vede buď k pasivitě, nebo k impulzivním činům bez jasného cíle (Balcar, 1993, 1996a, 1996b; Niederlová, n.d.).

4.3 Vztah osobní příčinné orientace a zdraví jedince

Ačkoliv všechny tři možnosti osobního přisuzování mohou být v různých situacích zcela oprávněné, dopouští se lidé několika chyb v utváření osobní příčinné orientace. Tyto chyby mohou vést k osobním, zdravotním či společenským problémům. 1) Vnímaná příčinnost ne vždy odpovídá realitě, jedinec ji může vnímat chybně. 2) Člověk má tendenci k zobecnění dílčích vnímaných příčin u konkrétních situací na všechny situace podobného typu nebo na všechny situace obecně. Jedinec se poté může domnívat, že za všechno může on, lidé v okolí nebo, že vše se děje jen náhodně. 3) Již zažitý styl příčinné orientace má v průběhu života tendenci k sebezpotvrzování a sebeobnovování. Člověk má sklon k tomu, aby si nové informace vykládal podle starých postojů a pokud by nové situace byly v rozporu

s dosavadním nastavením, brání se je přijmout. 4) Již vytvořená osobní příčinná orientace ovlivňuje mnoho oblastí života člověka. Podílí se na jednání i motivaci člověka a tím má vliv na naplnění potřeb, chování jedince k druhým lidem i sám k sobě a s tím souvisí i jeho zdravotní stav. Dál popisují vztah mezi jednotlivými typy příčinné orientace a zdravím jedince.

Vnitřní příčinná orientace

Vnější příčinná orientace chápe vlastní činy jako příčiny událostí v životě. Je doprovázena pocitem odpovědnosti a pocit viny je nižší i v případě neúspěchu, který lidé s touto orientací vnímají spíše jako informace o tom, zda je jejich počínání vhodná cesta k splnění stanovených cílů. Jakoukoliv změnu mají ve své moci. Převládající vnitřní příčinná orientace má výrazný podíl na kvalitě duševního a psychosomatického zdraví.

Vnější příčinná orientace

Člověk s převažující vnější příčinnou orientací se snaží plnit požadavky okolí, ať už jsou skutečné nebo jen domnělé. To ho vede k tomu, že upozadí své potřeby a jejich signály. Má poté sklony být příliš aktivní a činorodý, klade na sebe vysoké nároky a usiluje o co nejvyšší výkon při jejich plnění. Dochází k potřebě hromadění výsledků (jako důkazu vlastního výkonu), v extrémních případech to vede k určité „posedlosti“ majetkem, mocí, společenským uznáním nebo dalšími důkazy o jedincově dostatečnosti. „Klinicky pak souvisí s psychosomatickými syndromy, například s onemocněními oběhové soustavy – s hypertenzí, s výskytem srdečního infarktu a dalšími následky přetížení“ (Balcar, 1993, s. 3).

Neosobní příčinná orientace

Tento typ orientace hledá příčiny všech událostí mimo vlastní kompetence i možnosti druhých lidí. To může člověka značně demotivovat, aby se snažil naplnit své potřeby nebo najít podporu u okolních osob. Člověka to vede k rezignované pasivitě nebo naopak k vykonávání činů, bez jasného cíle, uskutečňovaných chaoticky, impulzivně nebo abreaktivně. Pokud u člověka převládá neosobní příčinná orientace, vede to často k syndromu naučené bezmoci. V oblasti prožívání dochází k pocitům úzkosti, méněcennosti a sebeobviňování. V klinice může tento typ orientace souviset s depresivními onemocněními, v léčbě nemocí či poruch s psychosomatickou složkou může ztěžovat možné uzdravení (Balcar, 1993).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumný projekt

5.1 Zkoumaný problém

Výzkumný projekt bakalářské práce se dělí na 2 hlavní části.

- 1) Hlavní část tvoří popisný projekt. V něm se snažím zjistit a popsat, jak se shoduje anebo liší měření osobní příčinné orientace mezi metodami DOPO a DOPO-Z. Tedy popsat a porovnat výsledné skóry (IO, EO, MO) dotazníků DOPO a DOPO-Z. Dále chci zjistit, co to vypovídá o vnější validitě těchto metod.
- 2) V druhé části zkoumám zda, v čem a nakolik se liší výsledky získané dotazníky DOPO a DOPO-Z mezi skupinami zdravých osob a pacientů s diabetem mellitus 1. typu.

5.2 Výzkumné otázky

- 1) V jakém ohledu se shodují či navzájem liší výsledky měření sklonů osobní příčinné orientace dotazníkem DOPO a dotazníkem DOPO-Z u získaného souboru zkoumaných osob?
- 2) Jaký typ osobní příčinné orientace převažuje u zdravých lidí?
- 3) Jaký typ osobní příčinné orientace převažuje u pacientů s diabetem mellitus 1. typu?
- 4) Liší se převládající typ osobní příčinné orientace u zdravých lidí a pacientů s diabetem mellitus 1. typu?
- 5) Vnímají zdraví lidé rozdílně příčiny událostí týkajících se jejich zdravotního stavu od obecných událostí v jejich životě?
- 6) Vnímají pacienti s diabetem mellitus 1. typu rozdílně příčiny událostí týkajících se jejich zdravotního stavu od obecných událostí v jejich životě?

5.3 Ověřované hypotézy

V první části jsem ověřovala tuto hypotézu:

H₁: „Skóry v DOPO a v DOPO-Z spolu budou průkazně korelovat. Dotazníky jsou obsahově ekvivalentní.“

V druhé části jsem ověřovala tuto hypotézu:

H₂: „Zdraví lidé průkazně vykazují větší sklon k vnitřní osobní příčinné orientaci než diabetici 1. typu, kteří vykazují větší sklon k osobní příčinné orientaci vnější nebo neosobní.“

6 Metodika výzkumu

6.1 Zvolená metoda řešení

Výzkum jsem provedla pomocí kvantitativní dotazníkové studie.

Data jsem sbírala pomocí dotazníkové baterie sestavené z informovaného souhlasu, Dotazníku osobní příčinné orientace (DOPO), Dotazníku osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci (DOPO-Z) a Škály posouzení vlastního zdraví. Testovou baterii jsem administrovala jak osobně v papírové verzi, tak pomocí internetové verze na webové stránce Survio.com.

6.2 Popis použitých dotazníků

6.2.1 Dotazník osobní příčinné orientace DOPO

DOPO je metoda, vytvořená Karlem Balcarem, která si dává za cíl popsat respondentův sklon vnímání příčin závažných událostí v životě. V dotazníku je celkem 12 okruhů zobecněných životních situací. Každý z těchto okruhů se v dotazníku vyskytuje dvakrát, jednou v pozitivní a jednou v negativní podobě. Výsledný dotazník má tedy 24 položek. Respondent je požádán, aby rozdělil určitý pevně daný počet bodů mezi tři odpovědi, které reprezentují jednotlivé typy osobní příčinné orientace. Udává tak svůj odhad, jakou měrou závisí výskyt těchto událostí na a) člověku samém, b) někom jiném, c) příčinách mimo lidskou vůli (Balcar, 1996a).

Z odpovědí respondenta můžeme vypočítat 6 jednoduchých a 3 složené skóry dílčích stupnic DOPO. 6 dílčích stupnic vznikne sečtením hodnot přiřazených jednotlivým odpovědím a), b), c) napříč celým dotazníkem a to zvláště u pozitivních a negativních variant. 3 složené skóry vznikají sečtením jednotlivých odpovědí a), b), c) napříč celým dotazníkem nehledě na jejich pozitivní či negativní formulaci. Ve výsledku tedy získáme těchto 9 stupnic:

Stupnice vnitřní příčinné orientace

- PIO – vnitřní příčinná orientace vypočítaná z pozitivně vyjádřených okolností
- NIO – vnitřní příčinná orientace vypočítaná z negativně vyjádřených okolností
- IO – vnitřní příčinná orientace vypočítaná ze všech okolností

Stupnice vnější příčinné orientace

- PEO – vnější příčinná orientace vypočítaná z pozitivně vyjádřených okolností
- NEO – vnější příčinná orientace vypočítaná z negativně vyjádřených okolností
- EO – vnější příčinná orientace vypočítaná ze všech okolností

Stupnice neosobní příčinné orientace

- PMO – neosobní příčinná orientace vypočítaná z pozitivně vyjádřených okolností
- NMO – neosobní příčinná orientace vypočítaná z negativně vyjádřených okolností
- MO – neosobní příčinná orientace vypočítaná ze všech okolností (Balcar, 1996b)

6.2.2 Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci (DOPO-Z)

DOPO-Z je metoda, která umožňuje měřit osobnostní sklony osobní příčinné orientace probanda ve vztahu k zdraví, nemoci a zdravotní péči. Autorkou je Markéta Niederlová, která ve své práci uvádí: „Vytvořením této metody chceme poskytnout klinickopsychologickému zkoumání a praktické diagnostice poměrně jednoduchý nástroj pro zjišťování, jak testovaná osoba vědomě vnímá poměrný účinek vnitřních, vnějších a neosobních vlivů na její praktické počínání a tím i na skutečný zdravotní stav a výsledky péče o něj“ (2009, s. 3). Proband má na otázky odpovídat z obecného pohledu všech lidí, ne jen ze svých zkušeností. Dotazník se skládá z 15 otázek, které zahrnují rovnoměrně všechny hlavní fáze zdraví a péče o něj. U každé otázky jsou uvedeny tři možné zdroje vlivu a) situace závisí na vlastním rozhodnutí a chování člověka samotného, b) situace závisí na rozhodnutí a činech druhých, c) situace závisí na činech mimo lidskou vůli. Proband má u každé otázky přiřadit ke všem těmto možným vlivům zvláště vždy 0, 1, 2 nebo 3 body v závislosti na tom, jak důležité se mu zdají. Testovaný také může vepsat čtvrtou možnost a ohodnotit ji. Po vyhodnocení získáme tyto 3 skóry:

- IO – vnitřní příčinná orientace v součtu všech hodnocených položek zaměřených na vnitřní příčinnou orientaci
- EO – vnější příčinná orientace v součtu všech hodnocených položek zaměřených na vnější příčinnou orientaci
- MO – neosobní příčinná orientace v součtu všech hodnocených položek zaměřených na neosobní příčinnou orientaci (Niederlová, 2009)

6.2.3 Škála posouzení vlastního zdraví

Škála posouzení vlastního zdraví je krátký dotazník, vytvořený Karlem Balcarem. Proband má za úkol vybrat jednu z 5 možností, které odstupňovaně popisují zdravotní stav jedince, od velmi vážných potíží po úplné tělesné i duševní zdraví. Jedinec se má na svůj zdravotní stav podívat objektivně, tak, jak by to vyhodnotil lékař.

6.3 Výběr zkoumaných osob

Do výzkumu jsem zařadila dvě skupiny respondentů. Do první skupiny byli zařazeni zdraví lidé, kteří nemají diagnostikovanou žádnou chronickou nemoc. Druhá skupina se skládala z osob s diagnostikovaným diabetem 1. typu. Další kritérium pro výběr bylo dodržení věkového rozmezí 18-42 let a snaha udržet podobný podíl mužů a žen v obou souborech probandů.

Žádná další kritéria nebyla pro výběr respondentů zohledněna. Vzorek jsem se snažila získat co nejrozmanitější.

Celkem jsem posbírala data od 58 respondentů, z toho 27 zdravých osob a 31 diabetiků 1 typu.

6.4 Sběr dat

Sběr dat probíhal v období mezi listopadem 2018 a únorem 2019. Dotazníky jsem administrovala jak v papírové, tak v internetové podobě, aby se mi podařilo oslovit větší a různorodější skupinu respondentů. Internetovou verzi testové baterie jsem vytvořila na webové stránce Survio.com s drobnými změnami na rozdíl od papírových testů. 1) V papírové podobě metody DOPO respondenti rozdělovali mezi odpovědi u každé otázky 3 body, přičemž mohli dělit i na půlbody, zatímco v internetové verzi metody DOPO rozdělovali respondenti 6 bodů a dělení bodů na půlbody možné nebylo. 2) V metodě DOPO-Z jsem vynechala možnost doplnění vlastní odpovědi, protože se tato odpověď nezapočítávala do výsledného skóru. 3) V papírové podobě respondenti podepisovali informovaný souhlas, zatímco v internetové podobě poskytli souhlas s anonymizovaným zpravováním výsledků tím, že dotazník vyplnili a odeslali. Jsem přesvědčená, že tyto změny neovlivní validitu výzkumu.

Respondenty ze skupiny zdravých osob jsem oslovovala v okruhu svých známých a také pomocí sociálních sítí. Sebrala jsem celkem 27 dotazníků od zdravých lidí ve věku 18 – 42 let, medián věku byl 26 let. Ve skupině bylo zastoupeno 13 mužů a 14 žen. 9 respondentů vyplnilo dotazník v papírové podobě a 18 vyplnilo internetovou verzi dotazníku.

Respondenty do skupiny diabetiků 1. typu jsem oslovovala hlavně na sociálních sítích. Také jsem požádala lékaře Diabetologického centra 3. interní kliniky VFN a 1. LF UK v Praze o distribuci odkazu na webovou verzi dotazníku mezi své pacienty, kteří splňovali kritéria výzkumu. Celkem jsem sebrala 31 dotazníků od respondentů s diabetem mellitus 1. typu. Věkové rozmezí bylo 18 – 41 let, a medián je 31. Ve vzorku bylo 22 žen a 9 mužů. Celkem 9 respondentů vyplnilo dotazník v papírové podobě a 22 osob vyplnilo internetovou verzi.

Celkově bylo tedy sebráno 58 dotazníků od lidí ve věku 18-42. Modus věku je 24 a medián věku je 29. Vzorek zahrnoval 22 mužů a 36 žen.

V informovaném souhlasu pro papírovou verzi dotazníku, nebo v úvodu webové verze dotazníku jsem respondenty informovala o tom, kdo jsem a čeho se výzkum týká. Dále byli informováni o tom, že data budou ve výzkumu použita anonymně.

6.5 Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl prováděn pouze se souhlasem respondenta a ten byl ujistěn o tom, že může vyplňování kdykoliv přerušit a nedokončit. Data byla ve výzkumu použita zcela anonymizovaně. Každému probandovi jsem přidělila kód, pod kterým jsem poté výsledky zpracovávala.

6.6 Zpracování dat a analýza

Sebraná data jsem nejdříve vyhodnocovala. U Dotazníku osobní příčinné orientace (DOPO) jsem postupovala podle instrukcí v manuálu Pokyny k administraci, skórování a interpretaci Dotazníku osobní příčinné orientace – DOPO (Balcar, 1996b). Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci (DOPO-Z) jsem vyhodnocovala podle manuálu DOPO-Z Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci (Niederlová, n.d.). K výpočtům jsem využívala počítačový program Microsoft Excel 2013, ve kterém jsem také vytvořila souhrnnou tabulku výsledků.

7 Výsledky výzkumu

7.1 Souběžná validizace dotazníků DOPO a DOPO-Z

7.1.1 Tabulka 1: Vztahy mezi stupnicemi DOPO a DOPO-Z

Spearmanovy neparametrické korelace (oboustranné)

		Proměnné							
		Věk	DOPOio	DOPOeo	DOPOmo	DOPOzio	DOPOzeo	DOPOzmo	Zdrap5
Věk	Korelační koeficient	1,000							
	Pravděpodobnost								
	N	58,00							
DOPOio	Korelační koeficient	1,00	1,00						
	Pravděpodobnost	,00							
	N	58,00	58,00						
DOPOeo	Korelační koeficient	-,74	-,74	1,00					
	Pravděpodobnost	,00	,00						
	N	58,00	58,00	58,00					
DOPOmo	Korelační koeficient	-,71	-,71	,12	1,00				
	Pravděpodobnost	,00	,00	,38					
	N	58,00	58,00	58,00	58,00				
DOPOzio	Korelační koeficient	,17	,17	,04	-,33	1,00			
	Pravděpodobnost	,20	,20	,75	,01				
	N	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00			
DOPOzeo	Korelační koeficient	-,30	-,30	,28	,08	,00	1,00		
	Pravděpodobnost	,02	,02	,04	,57	,98			
	N	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00		
DOPOzmo	Korelační koeficient	-,23	-,23	,15	,16	-,05	,35	1,00	
	Pravděpodobnost	,08	,08	,26	,24	,70	,01		
	N	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00	
Zdrap5	Korelační koeficient	,18	,18	-,13	-,08	,04	,09	-,11	1,00
	Pravděpodobnost	,17	,17	,33	,55	,76	,49	,41	
	N	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00	58,00

7.1.2 Výsledky korelačního porovnání skóre stupnic DOPO a DOPO-Z

DOPO IO vs. DOPO-Z IO: Statisticky neprůkazná korelace 0,17 s koeficientem determinace 3 % společného rozptylu svědčí o značné odlišnosti obsahu stupnic vnitřní příčinné orientace v porovnávaných dotaznících.

DOPO EO vs. DOPO-Z EO: Statisticky průkazná korelace 0,28 s koeficientem determinace 8 % společného rozptylu svědčí o poměrně malé části společného rozptylu a tedy také o odlišnosti obsahu stupnic vnější příčinné orientace v porovnávaných dotaznících.

DOPO MO vs. DOPO-Z MO: Statisticky neprůkazná korelace 0,16 s koeficientem determinace 3 % společného rozptylu svědčí o značné odlišnosti obsahu stupnic neosobní příčinné orientace v porovnávaných dotaznících.

Hlavním poznatkem z korelační analýzy obsahových vztahů mezi stupnicemi dotazníku DOPO, měřícím relativní soběpřisouzení tří druhů příčinné orientace v životních situacích či událostech obecné povahy, a dotazníku DOPO-Z, měřícím relativní soběpřisouzení tří druhů příčinné orientace v životních situacích či událostech týkajících se výlučně oblasti zdraví a nemoci, je, že lze zamítnout souběžnou validizací ověřovanou hypotézu o obsahové ekvivalenci obou dotazníků. Uzavírám, že oba dotazníky zjišťují sebesouzení v týchž stupnicích příčinné orientace v natolik odlišných aspektech běžného života (pouze jedna dvojice otázek ze 12 v DOPO se týká zdraví a nemoci), že nejsou navzájem ekvivalentní a tedy ani v diagnostice zaměnitelné. Vyžadují proto každý samostatnou vnější a vnitřní validizaci, popřípadě diferenciální diagnostickou indikaci.

7.1.3 Obsahově podstatné souvislosti stupnic DOPO a DOPO-Z s věkem a s posouzením vlastního zdraví

Skór věku vykazuje vysokou průkaznou korelaci se stupnicí vnitřní příčinné orientace DOPO ve smyslu téměř naprosté statistické shody výše věku s přednostní volbou tohoto směru příčinného prisuzování. Oproti tomu, jak ostatně odpovídá užitému „ipsativnímu“ způsobu skórování odpovědí v DOPO, vykazuje věk vysoké průkazné záporné korelace s volbami vnější ($r = -0,77$, $r^2 = 59$ % společného rozptylu) a neosobní ($r = -0,71$, $r^2 = 50$ % společného rozptylu) příčinné orientace. Nabízí se hypotéza, že s věkem roste důvěra ve vlastní schopnost řídit události ve svém životě oproti vlivu druhých lidí či neosobních

událostí; anebo alternativně, že starší lidé mají sklon více se k vnitřní příčinné orientaci hlásit z jiných osobních příčin.

Skór posouzení vlastního zdraví vykazuje se skóry osobní příčinné orientace vesměs nízké a statisticky neprůkazné korelace. V dotazníkovém sebeposouzení se tedy neukazuje podstatný vztah mezi posouzením vlastního zdraví a přednostní volbou některé osobní příčinné orientace, a to ani v jedné z obou porovnávaných metod.

7.2 Rozdíl mezi zdravými lidmi a osobami s diabetem 1. typu

7.2.1 Tabulka 2: T-test rozdílů průměrů mezi zdravými respondenty a diabetiky 1. typu

Proměnná:	Průměr Z	Průměr D	T-test	Pravděpodobnost zamítnutí nulové hypotézy
Věk	28,0	30,0	t = -1.1	p = 26,7
IO-o	46,4	46,6	t = -0.1	p = 89,4
EO-o	15,3	15,0	t = 0,2	p = 83,0
MO-o	10,3	10,4	t = - 0,0	p = 97,6
IO-z	30,5	31,6	t = -0,6	p = 54,2
EO-z	24,9	22,5	t = 2,0	p = 4,8
MO-z	24,3	23,2	t = 0,9	p = 37,1
Zdrap-5	4,7	2,9	t = 7,3	p = 0,0

Poněkud překvapivě se svými výsledky v hlavních proměnných obou dotazníků ani věkem soubory zdravých a diabetiků průkazně neliší; jediný statisticky potvrzený rozdíl na pětiprocentní hladině průkaznosti je v posouzení vlivu druhých lidí na situace a události ve vlastním životě, který hodnotí zdraví jako větší než nemocní. Zde bychom očekávali, že spíše nemocní budou v chování ostatních lidí vnímat buď příčiny svého onemocnění, anebo naopak zdroj pomoci v jejich nemoci – léčby, péče, šetření... Nabízí se hypotéza, že chronicky nemocní s diabetem naopak od druhých už tolik neočekávají a, jak (ovšem statisticky neprůkazně) naznačují průměry stupnic DOPO E a DOPO-Z E, spíše si zvykli

spoléhat na sebe? Můžu zamítnout ověřovanou hypotézu, že zdraví lidé budou vykazovat vyšší sklon k osobní příčinné orientaci než diabetici.

Proměnná „Posouzení vlastního zdraví“ ovšem oba soubory vysoce průkazně odlišuje v očekávaném směru, tedy diabetici hodnotí své zdraví jako podstatně horší než zdraví.

8 Diskuze

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem se snažila zjistit, zda skórovací metody DOPO a DOPO-Z měří to samé. Souběžná validizace pomocí korelační analýzy obsahových vztahů mezi stupnicemi dotazníků DOPO a DOPO-Z ukázala, že každý dotazník měří něco jiného a není tedy možné je zaměnit. Pravděpodobným důvodem může být to, že otázky v jednotlivých metodách se mezi sebou značně liší. Zatímco DOPO obsahuje otázky týkající se obecných životních událostí, dotazník DOPO-Z se zaměřuje hlavně na otázky týkající se zdravotního stavu. Další možná příčina také může být to, že zatímco v DOPO má člověk odpovídat ze svého vlastního pohledu, v DOPO-Z je vybídnut k tomu, aby odpovídal všeobecně z pohledu všech lidí a nemocí. Tento výsledek podle mě také může poukazovat na to, že sklon osobního přisuzování lidí se může v různých oblastech života lišit, což obecně užívané metody pro zjišťování stylu osobního přisuzování ve výzkumech zpravidla nepředpokládají.

Výzkum se dále zabýval tím, zda zdraví lidé vnímají příčiny událostí ve svém životě jinak než diabetici 1. typu. Předpoklad, že u zdravých lidí bude převažovat vnitřní příčinné přisuzování, zatímco u diabetiků budou skóry vnitřní příčinné orientace nižší na úkor vnější a neosobní příčinné orientace, se nepotvrdil. Jako jeden z důvodů by mohlo být to, že diabetici musí na své léčbě výrazně participovat.

Výzkum ale poukázal na to, že s rostoucím věkem se zvyšuje podíl osobní příčinné orientace. Je možné, že to je z důvodu, že s věkem a zkušenostmi člověk více důvěřuje svým schopnostem. Jelikož byl věkový rozsah 18 – 42 let, mohl by být tento rozdíl způsoben také aktuální vývojovou fází. Myslím si, že souvislost věku a osobní příčinné orientace by mohlo být zajímavé téma pro další výzkum.

Mezi hlavní limitaci výzkumu patří malý a nereprezentativní vzorek. Výběr respondentů nebyl zcela náhodný. Většina respondentů byli lidé, kteří patří mezi mé známé anebo osoby, které používají sociální sítě a podařilo se mi je tam oslovit. Vzhledem k oslovování respondentů a konstrukci dotazníku také nebylo možné kontrolovat množství lidí, kteří výzkum nechtěli vyplnit nebo ho nedokončili. Z tohoto důvodu nelze výzkum zobecnit ani považovat za reprezentativní.

Vzhledem k tomu, že dotazníky nebyly publikovány, nejsou tedy veřejně dostupné, a proto je počet provedených výzkumů nepatrný. Odkazy na jiné výzkumy nacházíme pouze pro studii, která zkoumala vztah osobní příčinné orientace, měřené pomocí dotazníku DOPO, a úspěšnosti kurzu snižování nadváhy pomocí KBT. Tato studie ukázala, že nejmenší snížení váhy zaznamenaly účastnice, které vykazovaly vysoký skóre vnější příčinné orientace. Nejnižší úspěch tedy měly účastnice, které připisovaly svoje úspěchy či neúspěchy vnějším okolnostem například lektorovi nebo způsobu vedení kurzu (Kintrová & Schneidrová, 2009). O zjištění lokálních norem dotazníku DOPO se ve své diplomové práci pokusila Lucia Semanová. Ta se snažila zjistit, jaký sklon osobní příčinné orientace převládá u dospělých pacientů s epilepsií, přičemž měla skupinu kompenzovaných pacientů, nekompenzovaných pacientů a zdravých osob. V jejím výzkumu vykazovali nekompenzovaní pacienti s epilepsií vyšší skóre vnější příčinné orientace než zdravé osoby a kompenzovaní epileptici (Semanová, 2018).

Souběžná validizace metod DOPO a DOPO-Z nebyla zatím provedena, a tak si myslím, že výsledky výzkumu, i když nejsou reprezentativní, mohou být užitečné pro další práci s metodami a jejich případné užívání ve výzkumu či diagnostice.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem osobní příčinné orientace v podání autorů Deciho a Ryana. Nejprve jsem v teoretické části vymezila hlavní pojmy. Zabývala jsem se tématem osobní příčinné orientace, kde jsem se věnovala i dalším konceptům příčinného přisuzování. Také jsem se zaměřila na popis onemocnění diabetes mellitus, jeho definici, hlavní příznaky, diagnostiku, členění, akutní a chronické komplikace, přičemž jsem se podrobněji věnovala diabetu mellitus 1. typu, který se týká mého výzkumu. Také jsem zařadila kapitolu o prožívání chronické nemoci a etapy vyrovnávání se s ní.

V praktické části jsem popisovala provedené dotazníkové šetření a seznamovala čtenáře s jeho výsledky. Prvním cílem mého výzkumu bylo provedení souběžné validizace dotazníků DOPO a DOPO-Z a zjistit tak, zda oba dotazníky měří to samé. Druhá část výzkumu se snažila zjistit, zda se liší osobní příčinná orientace zdravých lidí a osob s diabetem 1. typu. Celkem 58 respondentů bylo rozděleno do dvou skupin, zdraví lidé a diabetici 1. typu, obě skupiny splňovaly věkové rozmezí 18 – 42 let. Respondenti vyplňovali dotazníky DOPO, DOPO-Z a Škálu posouzení vlastního zdraví. Výsledné skóry jsem poté statisticky porovnávala. Výzkum ukázal, že skóry dotazníků DOPO a DOPO-Z spolu nekorelují, a tudíž měří každý něco jiného. V druhé výzkumné otázce se ukázalo, že osobní příčinná orientace zdravých lidí a diabetiků se průkazně neliší, pouze skór vnější příčinné orientace u diabetiků byl nižší než u zdravých lidí. Byla ale prokázána korelace mezi věkem a stupnicí osobní příčinné orientace, zdá se tedy, že starší osoby mají vyšší míru vnitřní příčinné orientace než osoby mladší.

Vzorek respondentů tohoto výzkumu nebyl dostatečně reprezentativní, a tak není možné data zobecnit a je vhodné je brát jako orientační.

LITERATURA

1. Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology, 87*(1), 49.
2. Alberti, K. G. M. M., & Zimmet, P. F. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic medicine, 15*(7), 539-553.
3. American Diabetes Association. (2002). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes care, 25*(suppl 1), s33-s49.
4. American Diabetes Association. (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care, 33*(Supplement 1), S62-S69.
5. Anděl, M. (2001). *Diabetes Mellitus a další poruchy metabolismu*. Praha: Galén.
6. Ayers, S., & de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
7. Balcar, K. (1996a). Dotazník osobní příčinné orientace I: konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Československá psychologie, 40*(1), 28-37.
8. Balcar, K. (1996b). *Pokyny k administraci, skórování a interpretaci Dotazníku osobní příčinné orientace – DOPO* [manuál]. Nepublikovaný rukopis.
9. Balcar, K. (1993, leden). *K psychologii osobní příčinné orientace*. Docentská habilitační přednáška přednesená před vědeckou radou FF UK. Praha, Česká republika.
10. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review, 84*(2), 191.
11. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist, 37*(2), 122.
12. Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini encyclopedia of psychology, 1-3*.

13. *Diabetická asociace České republiky*. [website]. (n.d.). Dostupné z <http://diabetickaasociace.cz/co-je-diabetes/data-o-diabetu-v-cr/>
14. Ferenčík, M., Rovenský, J., Shoenfeld, Y., & Mařha, V. (2005). *Imunitní systém - informace pro každého*. Praha: Grada Publishing.
15. Heider, F. (1982). *The psychology of interpersonal relations*. Dostupné z <https://ebookcentral.proquest.com>
16. Hiroto, D. S., & Seligman, M. E. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of personality and social psychology*, 31(2), 311.
17. Kintrová, L., & Schneidrová, D. (2009). Osobní příčinná přientace a změna tělesné hmotnosti u účastnic kurzu snižování nadváhy. *Československá psychologie*, 261–270.
18. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
19. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví (Vyd. 3.)*. Praha: Portál.
20. Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general*, 105(1)
21. Niederlová, M. (2009). *DOPO-Z: Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci*. Nepublikovaný rukopis.
22. Niederlová, M. (n.d.). *DOPO-Z: Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci [manuál]*. Nepublikovaný rukopis.
23. Pelikánová, T., & Bartoš, V. (2018). *Praktická diabetologie (6. aktualizované a doplněné vydání)*. Praha: Maxdorf.
24. Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.
25. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.

26. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2016). *Self-determination theory : Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Dostupné z <https://ebookcentral.proquest.com>
27. Rybka, J. (2007). *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: Diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing.
28. Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2012). *Health psychology - Biopsychosocial interactions*. Wiley.
29. Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual review of medicine*, 23(1), 407-412.
30. Semanová, L. (2018). *Osobní příčinná orientace a prožívání smyslu v životě u dospělých pacientů trpících epilepsií ve vztahu k úspěšnosti léčby* (nepublikovaná diplomová práce). Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha.
31. Škrha, J. (2009). *Diabetologie*. Praha: Galén.
32. Špirková, A., Fišerová, L., & Obermannová, B. (2015). *Diabetes s nadhledem: průvodce tělem i duší dětí a dospívajících s diabetem*. Praha: Galén.
33. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2016). *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru diabetologie a endokrinologie za období 2007 – 2016*. Dostupný z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-strucny-prehled-cinnosti-oboru-diabetologie-endokrinologie-za-obdobi-2007>)
34. Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing.
35. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

PŘÍLOHY

Příloha 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: „*Osobní příčinná orientace ve zdraví a v nemoci (Souběžná validizace dotazníků DOPO a DOPO-Z)*“

Vážená paní, vážený pane,
obracím se na Vás s žádostí o spolupráci na dotazníkovém šetření osobní příčinné orientace, kterou provádím v rámci své bakalářské práce. Cílem bakalářské práce je zjistit kde lidé vnímají příčiny různých, buď frustrujících, nebo příznivých, událostí ve svém životě – zda je přičítají sobě, nebo druhým lidem, nebo událostem mimo lidskou vůli, a to buď povšechně, anebo vztažených konkrétně k oblasti zdraví a nemoci.

Pokud se svou účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení:

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Byly mi poskytnuty informace o podstatě výzkumu, jeho cílech, metodách a postupech. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

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

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

V _____ dne: _____

Jméno řešitele výzkumu: Michaela Damborská, podpis: _____

V _____ dne: _____

Jméno účastníka výzkumu: _____, podpis: _____

Příloha 2: Dotazník osobní příčinné orientace (DOPO)

Dotazník osobní příčinné orientace

JMÉNO:	MUŽ - ŽENA	VĚK:	roků
OBOR STUDIA nebo POVOLÁNÍ:			
MÍSTO:	DNE:		

PIO: HS ____ = STEN ____	PEO: HS ____ = STEN ____	PMO: HS ____ = STEN ____
NIO: HS ____ = STEN ____	NEO: HS ____ = STEN ____	NMO: HS ____ = STEN ____
IO: HS ____ = STEN ____	EO: HS ____ = STEN ____	MO: HS ____ = STEN ____

Pokyny:

V životě se stále setkáváme s různými příznivými i nepříznivými situacemi a událostmi. Někdy si je působíme spíše svým vlastním chováním, někdy nám je působí spíše někdo jiný, někdy jsou následkem okolností, které nezávisí na lidské vůli.

Dále jsou vypsány příklady takových okolností v životě člověka. Prosím, vyznačte u každé z nich, zda - podle Vašeho názoru - (a) si je obvykle rozhodující měrou způsobuje svým chováním ČLOVĚK SÁM, zda závisí na jeho rozhodnutí a činech, nebo zda (b) mu je obvykle rozhodující měrou způsobuje svým chováním NĚKDO DRUHÝ, zda závisí na rozhodnutí a činech jiného člověka či jiných lidí, nebo zda (c) mu jsou obvykle rozhodující měrou působeny příčinami MIMO LIDSKOU VŮLI, tedy zda mu za ně "nemůže nikdo", ani sám ani nikdo jiný, protože nezávisí na lidském rozhodnutí a snažení a vzhledem k lidským úmyslům a činům jde spíše o "náhodu", "štěstí" či "smůlu", nebo "osud".

Víme ovšem, že rozhodující příčiny stejné životní okolnosti nebývají v různých případech vždy stejného druhu; i u jedné takové věci jsou jednou spíše v člověku samém, jindy zas spíše mimo něj. Vaše posouzení nemusí proto platit vždy; spíše máte vyjádřit svůj odhad, jak tomu asi je v průměru či ve většině takových situací v životě, i když to někdy samozřejmě může být jinak.

U každé položky jsou vypsány všechny tři možnosti vysvětlení a u každé z nich je okénko. Prosím, do každého okénka vepište počet bodů, které uvedenému vysvětlení přisoudíte, a to takto:

- Do okének u každé položky rozdělíte pokaždé celkem 3 body.
- Připadá-li Vám jedno z nabídnutých vysvětlení jako daleko nejpravděpodobnější, pak do okénka k němu vepište 3 a do ostatních dvou po 0.
- Pokud pokládáte za důležitá aspoň dvě vysvětlení, vepište 2 k tomu, kterému přičítáte větší váhu; k tomu, kterému přičítáte menší význam, vepište 1; do zbývajících vepište 0.
- Pokud pokládáte všechna vysvětlení za důležitá přibližně stejnou měrou, vepište do všech tří okének 1.
- Jen kdyby vám bylo opravdu zatěžko rozdělit mezi (a), (b) a (c) tři body v celých jednotkách, můžete je dělit až na poloviny bodu; ne však už na menší části; třeba při nemožnosti rozhodnout, který z pouze dvou druhů příčin je v průměru významnější, můžete rozdělit body třeba tak, že k nim do příslušných okének vepište po 1,5 bodu a do zbývajících 0. Menších částí než polovinu bodu neužívejte.

Tento postup si vyzkoušejte na následujícím příkladě. – Pokud Vám něco nebude zcela jasné, zeptejte se!

Příklad:

Životní okolnost:		Závisí zpravidla na:	
0.	ÚSPĚŠNÉ SLOŽENÍ ZKOUŠKY	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli

- Soudíte-li, že úspěšné složení zkoušky pro vás závisí v rozhodující míře na tom, co a jak pro to člověk sám udělá, vyznačíte: a [3]; b [0]; c [0];
- pokud soudíte, že to závisí v rozhodující míře na tom, co mu někdo jiný (třeba právě zkoušející) určí nebo umožní, vyznačíte: a [0]; b [3]; c [0];
- pokud soudíte, že to závisí především na vnějších okolnostech (jaká člověku připadla otázka, co se odehrává v době zkoušení v nejbližším okolí, co komu právě přinese náhoda nebo určí osud atp.), vyznačíte: a [0]; b [0]; c [3].
- Pokud však usoudíte, že úspěšné složení zkoušky pro vás závisí ve větší míře třeba na okolnostech („štěstí“ nebo „smůla“, nezaviněná nemoc atp.) – tj. „c“, ale také se na tom v menší míře podílí i vlastní přičinění – tj. „a“, a na přispění nebo chování někoho dalšího přitom záleží až v poslední řadě, rozdělíte své tři body takto: a [1]; b [0]; c [2].
- Při jiném „pořadí“ rozhodujících vlivů budete postupovat obdobně – rozdělíte 2, 1 a 0 tak, jak to odpovídá Vaší zkušenosti a názoru.
- Kdybyste naproti tomu usoudil(a), že všechny tři druhy „příčin“ se na výsledku podílejí přibližně stejnou měrou, rozdělíte své tři body takto: a [1]; b [1]; c [1].

V tomto dotazníku nás zajímají VAŠE VLASTNÍ zkušenosti a názory – tedy jak v současnosti právě Vy cítíte, na čem uvedené věci v životě nejspíše závisejí. Protože různí lidé mají rozdílné zkušenosti a proto i rozdílné názory na to, co je rozhodující příčinou různých situací či událostí v životě, budou samozřejmě i odpovědi různých lidí odlišné.

Snažte se, prosím, upřímně vyjádřit, jaké vysvětlení právě Vám u každé uvedené situace připadá nejpravděpodobnější; je to věc spíše osobní životní zkušenosti a osobního citění, než rozumového uvažování, protože k těmto otázkám vlastně žádné obecně naprosto správné nebo nesprávné odpovědi neexistují. – Děkuji Vám za Vaši ochotu sdělit v tomto dotazníku právě svůj vlastní dojem.

Zkuste nyní, prosím, takto zodpovědět výše uvedenou otázku 0. Nejste-li si jistý(-á), zda odpovídáte tak, jak byste rád(a) odpověděl(a), zeptejte se.

Jestliže je Vám již jasné, jak postupovat, prosím, začněte odpovídat na dalším listě.

Životní okolnost:		Závisí zpravidla na:	
1.	HMOTNÁ NOUZE (takový nedostatek či tíseň ve věcech, které člověk potřebuje k životu, že mu působí citelné strádání a značné starosti)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
2.	CITOVÁ POHODA A VYROVNANOST (zakoušet zpravidla dobrou náladu, radost ze života, žít s nadějí do budoucna a bez velkého trápení procházet i obtížemi)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
3.	ÚSPĚCH V PRÁCI NEBO VE STUDIU (dobře zvládat jejich nároky, mít v nich úspěchy a vykonávat je s potěšením)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
4.	NEPŘÁTELSTVÍ S DRUHÝM ČLOVĚKEM (vznik vztahu naplněného vzájemnou záští, nesnášenlivostí, obviňováním, popřípadě i ubližováním)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
5.	VÁŽNÉ ONEMOCNĚNÍ (utrpět nemoc či úraz, který ohrozí život člověka nebo jej dlouhodobě omezí či mu způsobí značné utrpení)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
6.	ÚČINNÉ POSKYTNUTÍ POMOCI DRUHÉMU ČLOVĚKU (podstatně někomu přispět v situaci potřeby, pomoci mu k dobrému)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
7.	DOBRÁ ORIENTACE V OKOLNÍM SVĚTĚ (vyznat se v osobně důležitých situacích; rychle a dobře poznávat, "jak to v životě chodí", a umět si v nich poradit)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
8.	POKAŽENÉ RODINNÉ SOUŽITÍ (zakoušet v rodině vztahy neporozumění, vzájemného zklamávání, podezírání a obviňování, nespolupráce a nelásky)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli

Životní okolnost:		Závisí zpravidla na:	
9.	ŽIVOTNÍ PROHRA (zakusit celoživotní selhání či neúspěch, neuspět v naplnění životních cílů)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
10.	DOBŘÍ MANŽELSKÝ NEBO PARTNERSKÝ VZTAH (mít vztah naplněný důvěrou, láskou a vzájemnou podporou, který oběma partnerům dává jistotu a radost)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
11.	ZÁSADNÍ SPOKOJENOST SE SEBOU SAMÝM (přijímat se, jaký jsem i se svými omezeními, "mít se rád" bez podstatných výhrad a nedobrých pocitů či myšlenek o sobě)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
12.	POSTRÁDÁNÍ SMYSLU VE VLASTNÍM ŽIVOTĚ (pochybovat o hodnotě vlastního života nebo "nemít, pro co žít"; popřípadě zakoušet neúspěch ve snaze najít v něm smysluplné cíle)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
13.	DOBŘÍ HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ (zajištění obživy, bydlení a dalších věcí, které člověk potřebuje k životu bez hmotných starostí)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
14.	CITOVÉ TRÁPENÍ (zakoušet silné a dlouhodobé utrpení obavami, úzkostí, smutkem, zklamáním atp.)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
15.	NEÚSPĚCH V PRÁCI NEBO VE STUDIU (nezvládnout jejich nároky, selhat v nich či utrpět zásadní neúspěch)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
16.	DOBŘÍ PŘÁTELSTVÍ S DRUHÝM ČLOVĚKEM (vznik trvalého vztahu naplněného věrností, upřímností, vzájemnou náklonností a obětavou podporou)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli

Životní okolnost:		Závisí zpravidla na:	
17.	PEVNÉ ZDRAVÍ (stále se těšit dobrému tělesnému a duševnímu stavu a zdatnosti, snadno a úspěšně překonávat běžné zdravotní potíže)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
18.	NEÚMYSLNÉ UBLÍŽENÍ DRUHÉMU ČLOVĚKU (způsobit někomu nechtěně škodu nebo trápení)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
19.	ZTRÁTA ORIENTACE V OKOLNÍM SVĚTĚ (být zmaten, nevyznat se v osobně důležitých situacích a nevědět si rady s nároky okolí)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
20.	DOBŘÍ SOUŽITÍ V RODINĚ (zakoušet zde vztahy a ovzduší bezpečí, vzájemné vstřícnosti a tolerance, ohleduplnosti a dobré spolupráce všech)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
21.	ŽIVOTNÍ NAPLNĚNÍ (úspěšně překonat životní překážky a zažít uskutečnění svých hlavních cílů v životě)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
22.	ZKLAMÁNÍ V MANŽELSKÉM NEBO PARTNERSKÉM VZTAHU (dospět ke vztahu naplněnému vzájemnou nechutí, nedůvěrou, nesváry a zlomyslnostmi, který člověku přináší utrpení)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
23.	ZÁSADNÍ NESPOKOJENOST SE SEBOU SAMÝM (trápit se cty méněcenností, provinilostí, odmítat nebo i odsuzovat sám sebe)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli
24.	SMYSLUPLNÝ VLASTNÍ ŽIVOT (žít tak, aby vlastní život měl opravdovou hodnotu - stál za to, aby jej člověk prožil)	a []	člověku samém
		b []	někom jiném
		c []	příčinách mimo lidskou vůli

Příloha 3: Dotazník osobní příčinné orientace vůči zdraví a nemoci (DOPO-Z)

DOPO - Z

Názory na zdraví a nemoc

Prosíme, **dopište** nebo **podtrhněte** dále uvedené údaje o Vás: Dne: _____

Jméno: _____ Pohlaví: MUŽ – ŽENA Věk: _____

Dosažené vzdělání: ZÁKLADNÍ ŠKOLA – VYUČENÍ – STŘEDNÍ ŠKOLA – VYSOKÁ ŠKOLA

Zajímá nás Váš názor na to, co má vliv na zdraví člověka. Prosíme, přečtěte si dále uvedené výroky. V každém řádku (a), (b) a (c) **zakroužkujte** to číslo, které – na základě Vašich zkušeností – Váš názor vystihuje nejlépe. Jde o Vaše názory na zdraví, onemocnění a léčení u lidí vůbec. U různých lidí a různých nemocí pochopitelně budou dále uváděné vlivy důležité v rozdílné míře. Zde Vás však žádáme, abyste jejich důležitost odhadl(a) všeobecně, „v průměru“ pro všechny lidi a všechna možná onemocnění dohromady.

Číslo **0** znamená „vůbec ne“, **1** znamená „málo“, **2** znamená „značně“ a **3** znamená „nejvíce“. Ohodnoťte **každé** tvrzení, žádné nevynechávejte. Pokud někde chcete doplnit ještě jinou možnost, napište ji do řádku (d) a také pak u ní zakroužkujte číslo.

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJVÍCE
01 Aby člověk byl zdrav				
a) musí se o to přičinit on sám svým způsobem života	0	1	2	3
b) musí mít dobrou lékařskou péči nebo péči blízkých osob	0	1	2	3
c) musí mít příznivé prostředí a dědičné vlohy	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
02 Když je člověk nemocen a jeho stav se nelepší, mívá na tom vinu				
a) on sám tím, že se dostatečně neléčí	0	1	2	3
b) nepříznivé podmínky, které nikdo nemůže ovlivnit	0	1	2	3
c) nedbalá péče zdravotníků nebo nešetrné chování druhých lidí	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJVÍCE
03 Aby se člověk co nejlépe a nejrychleji uzdravil				
a) má co nejvíc ponechat své léčení na lékaři a na jeho opatřeních	0	1	2	3
b) má se sám co nejvíc podílet na rozhodování o své léčbě	0	1	2	3
c) má se spolehnout hlavně na uzdravující síly přírody	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
04 Aby si člověk své zdraví uchoval				
a) potřebuje se řídit pokyny odborníků	0	1	2	3
b) potřebuje mít štěstí na příznivé životní okolnosti	0	1	2	3
c) potřebuje si své zdraví chránit sám	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
05 Když se člověk z nemoci neuzdravuje či nezotavuje, překáží mu v tom zpravidla				
a) okolnosti, které nemůže ovlivnit ani on, ani druzí	0	1	2	3
b) nedostatek jeho vlastní snahy se léčit	0	1	2	3
c) nedostatek správné péče ze strany lékařů nebo jiných osob	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
06 Aby člověk své uzdravování co nejvíce uspil				
a) má se hlavně spolehnout na to, že jeho organismus si to sám zařídí nejrychleji a nejlépe	0	1	2	3
b) má přesně dodržovat to, co mu určil lékař	0	1	2	3
c) má si aktivně vyhledávat navíc ještě další možnosti, jak uzdravování napomoci	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJVÍCE
07 Aby člověk předešel vzniku onemocnění				
a) má si sám určit zdravý způsob života	0	1	2	3
b) má se řídit radami z odborných zdrojů	0	1	2	3
c) může učinit jen velmi málo, protože to stejně záleží na okolnostech, které nikdo neovlivní	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
08 Když člověka trápí nemoc, pomůže mu vědomí, že				
a) to může překonat vlastními silami	0	1	2	3
b) i to zlé může nakonec být k něčemu dobré	0	1	2	3
c) se mu určitě dostane pomoci	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
09 Člověku obvykle nejvíce brání v uzdravení				
a) druzí lidé, kteří mu to nějak ztěžují	0	1	2	3
b) on sám svým nevhodným přístupem	0	1	2	3
c) různé nepříznivé okolnosti v jeho životě	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3
10 Když člověk onemocní, bývá to proto, že				
a) k tomu přispěli druzí lidé svým nevhodným chováním k němu	0	1	2	3
b) to způsobily okolnosti nezávislé na lidské vůli	0	1	2	3
c) sám se svým zdravím špatně zacházel	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJVÍCE
---	-----------------	-------------	---------------	----------------

11 Člověku v jeho zápase s nemocí prospěje spoléhat se na				
a) léčivé schopnosti svého organismu	0	1	2	3
b) svůj vlastní rozum a vůli	0	1	2	3
c) odborné znalosti lékaře	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

12 Za úspěšný výsledek léčby mohou hlavně				
a) různé okolnosti, které nelze předvídat	0	1	2	3
b) ošetřující lékař se svými spolupracovníky	0	1	2	3
c) nemocní sami	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

13 Nemoci bývají obvykle způsobeny tím, že				
a) člověk sám zanedbal péči o své zdraví	0	1	2	3
b) lidé v jeho okolí nebrali dost ohledů na jeho zdraví	0	1	2	3
c) se výrazně zhoršily jiné okolnosti jeho života	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

14 Ke zhoršení stavu nemocného může přispět				
a) nevhodné jednání nebo opomenutí ze strany jeho okolí	0	1	2	3
b) on sám svým nevhodným chováním nebo zanedbáním léčby	0	1	2	3
c) nešťastná souhra událostí, které nikdo nemůže ovlivnit	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Podle mého názoru právě hodnocený výrok platí:	VŮBEC NE	MÁLO	ZNAČNĚ	NEJÍCE
---	-----------------	-------------	---------------	---------------

15 Jestliže se léčení nedaří, bývá to tím, že				
a) to není v lidské moci	0	1	2	3
b) člověku není věnována dostatečná péče	0	1	2	3
c) člověk se sám dost nesnaží	0	1	2	3
d) ještě jiná možnost (chcete-li, můžete ji dopsat):	0	1	2	3

Prosíme, sdělte nám nakonec ještě své postřehy:

1. Jak pro Vás bylo vyplňování dotazníku náročné? Prosím, zatrhněte, popřípadě dopište:

SNADNĚ

PONĚKUD NÁROČNĚ

ZNAČNĚ OBTÍŽNĚ

2. Co Vám přitom působilo obtíže?

Prosíme, vyplňte zde čísla těch položek, které Vám nebyly úplně jasné či srozumitelné:

Co byste ještě rád(a) sdělil(a)k tomuto dotazníku jeho autorům?

Děkujeme!

Příloha 4: Škála posouzení vlastního zdraví

POSOUZENÍ VLASTNÍHO ZDRAVÍ (K. B.)

Chci Vás poprosit o stručné posouzení Vašeho celkového zdravotního stavu. Prosím, přečtěte si dále uvedené výroky a zakroužkujte číslo u toho, který nejlépe vystihuje Váš současný stav - tedy nikoli "jak se cítíte", ale spíše "jak na tom doopravdy jste" z hlediska svého zdraví; asi tak, jak by to ohodnotil lékař, který by měl možnost Vás důkladně objektivně vyšetřit.

1. Trpím velmi vážným tělesným nebo duševním onemocněním či postižením, které mi brání normálně žít a kde mohu očekávat pouze další zhoršování.
2. Mám výrazné tělesné nebo duševní potíže, které jsou dlouhodobé a s nimiž žiji a zřejmě budu žít i dále.
3. Mám výrazné tělesné nebo duševní potíže, které jsou pravděpodobně přechodné a je naděje na jejich zmírnění nebo uzdravení.
4. Mám určité tělesné nebo duševní potíže, které mi někdy ztěžují život, avšak nejde o nic mimořádného.
5. Jsem po tělesné i duševní stránce zdrav(a) a bez potíží.

Chcete-li k tomu, jak prožíváte svou současnou situaci, ještě něco dodat, můžete to povědět nebo napsat zde:

Děkuji!

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autorky: Michaela Damborská

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Osobní příčinná orientace ve zdraví a v nemoci (Souběžná validizace dotazníků DOPO a DOPO-Z)

Počet stran (bez příloh): 41

Celkový počet stran příloh: 12

Počet titulů české literatury a pramenů: 19

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 14

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Rok dokončení práce: 2019

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Michaela Damborská**
 Obor studia: **Psychologie**
 Název práce: **Osobní příčinná orientace ve zdraví a v nemoci.**
 Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): **39**

Počet stránek příloh: **12**

Počet titulů v seznamu literatury: **35**

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

0	2			
---	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

1				
---	--	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

1				
---	--	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	2			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

1				
---	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

1				
---	--	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

1				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

1				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

1				
---	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

0	2			
---	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

1				
---	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	2			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	2			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1) Ve své práci jste zjistila, že teoreticky si odpovídající proměnné dotazníků DOPO a DOPO-Z navzájem sice kladně korelují, ovšem poměrně nevysoko a tedy neprůkazně. Přináší toto zjištění nějaký užitečný poznatek? Pokud soudíte, že ano, povězte jaký.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se ujala psychometricky užitečného úkolu – souběžné validizace dvou metod, které zjišťují osobní příčinnou orientaci; jedné, zjišťující obecné zaměření v tomto ohledu, a druhé, zjišťující osobní příčinnou orientaci vzhledem ke zdraví a k nemoci. K tomu si zvolila vzorek sestávající z klinicky zdravých osob, a vzorek z osob nemocných diabetem.

...V teoretické části důkladně, v oddíle věnovaném diabetickým onemocněním snad až příliš podrobně, somatickou problematiku této nemoci, její psychologickou stránku, a pak teoretické základy příčinného přisuzování a osobní příčinné orientace, na nichž byly vytvořeny dva české dotazníky.

...Ve výzkumné části statisticky porovnála jednak výsledky souboru zdravých osob a osob nemocných; zjistila, že průkazně se navzájem liší nemocní pouze menší mírou přisuzování příčin v dotazníku názorů na zdraví a nemoc vlivu druhých lidí, než činí zdraví. V korelační analýze vztahů mezi sobě si odpovídajícími stupnicemi osobní příčinné orientace tyto navzájem spolu korelují, ovšem – s výjimkou stupnic vnější příčinné orientace – neprůkazně.

Po formální stránce je studie poměrně dobře zpracována po stránce písařské, jazykové, i po stránce volby a uspořádání obsahu. Upozorňuji však na dvě písařská opomenutí, která překážejí správnému porozumění: Na s. 32 v tabulce 2 autorka označuje čísla v posledním sloupci jako p (pravděpodobnost) se rovná, v horním popise sloupce však schází dodatek „v %“, bez kterého jsou rovnice nesprávné. Na s. 33 v odst. 1, řádek 2 chybí před slovem „osobní“ výraz „vnitřní“, bez kterého je věta obsahově nesrozumitelná.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře až výborně – podle průběhu obhajoby**

Datum, podpis: **20. května 2019**



**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Michaela Damborská
Obor studia: Psychologie
Název práce: Osobní příčinná orientace ve zdraví a nemoci
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Balcar CSc.
Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 41
Počet stránek příloh: 12
Počet titulů v seznamu literatury: 35

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Napadlo by autorku jak prakticky aplikovat studované koncepty z teoretické části své práce do léčby lidí onemocněných diabetem?

Jak jinak by dnes koncipovala design svého výzkumu?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci. Autorka svojí bakalářskou práci rozdělila standardně na teoretickou a empirickou část. V teoretické části své práce nás seznamuje s onemocněním diabetes mellitus 1. typu. Rovněž popisuje prožívání pacientů s touto chronickou nemocí a jejich způsoby vyrovnávání s ní. Dále nás seznamuje s konceptem osobní příčinné orientace a dalšími teoriemi příčinného posuzování. V praktické části své práce provádí souběžnou validizaci dvou dotazníkových nástrojů Dotazníku osobní příčinné orientace (DOPO) a Dotazníku osobní příčinné orientace vůči zdraví a vůči nemoci (DOPO-Z) u zdravých lidí a pacientů s diabetem mellitus 1. typu. Kolegyně se pouští do tématu, které můžeme považovat za velmi přínosné a v souladu se studovaným oborem.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Z formálního hlediska autorka v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematicky shromažďovala všechny podstatné koncepty související se studovanou problematikou. Autorka v empirické části své práce stanovuje dvě hypotézy: 1. výsledky dotazníků DOPO a DOPO-Z budou korelovat. 2. Zdraví lidé vykazují větší sklon k vnitřní osobní příčinné orientaci než diabetici 1. typu. Obě hypotézy zamítla jako neprůkazné. Z metodologického hlediska prokazuje schopnost stanovit hypotézy, sesbírat data, zanalyzovat je a srozumitelně zinterpretovat.

Klady: Za největší přínos práce, považuji odvahu autorky pustit se do metodologicky nelehkého úkolu.

Nedostatky formální:

Text je velmi hustě strukturován (někdy i čtyři subkapitoly na stránce), což působí poněkud heslovitým dojmem.

Nedostatky obsahové:

Práce působí dojmem, že kolegyně stojí příliš v pozadí, chybí mi více vlastních názorů a interpretační odvaha autorky. Podr. viz otázka k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Datum:

Podpis:

28.5.2019

*

nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Michaela Damborská
Obor studia: Psychologie
Název práce: Osobní příčinná orientace ve zdraví a nemoci
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Balcar CSc.
Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 41
Počet stránek příloh: 12
Počet titulů v seznamu literatury: 35

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--