

Univerzita Karlova v Praze

**1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Bakalářská práce

Praha 2016

Miroslava Sokolová

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: ošetrovatelství

Studijní obor: všeobecná sestra



Miroslava Sokolová

**Negativní dopady diabetu mellitu
na psychosociální problematiku pacientů**

**The negative impacts of diabetes mellitus
on emotional well-being of patients**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Praha

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 1. 3. 2016

Miroslava Sokolová

Identifikační záznam:

Sokolová, Miroslava. Negativní dopady diabetu mellitu na psychosociální problematiku pacientů. (The negative impacts of diabetes mellitus on emotional well-being of patients). Praha, 2016. 61 s. 5 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mellanová, Alena.

Poděkování:

PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za vedení bakalářské práce.

Ing. Františku Sokolovi, M.B.A. za pomoc s překlady do angličtiny a se zpracováním dotazníku.

Lékařům a sestřám v diabetologických ambulancích za vstřícnost a distribuci dotazníků.

Všem pacientům za vyplnění dotazníku.

Abstract:

Práce pojednává o dopadech chronického onemocnění na psychiku pacienta, o způsobu jak pacient sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Chronické onemocnění často vede ke ztrátě sebedůvěry a k pocitům odcizení. Toto se negativně promítá do života pacientů a je žádoucí tyto vlivy vyloučit či minimalizovat.

Mapování situace bylo provedeno pomocí rozhovorů a dotazníků s pacienty. Vyplněné dotazníky odevzdalo celkem šedesát jedna respondentů, mužů a žen ve věkovém rozmezí 23 - 98 let.

Diabetikům byly položeny otázky týkající se jejich života, zvládání problémů a vyrovnání se s nemocí. Práce přehlednou formou podává pohled a hodnocení situace diabetiků jimi samými po potvrzení diagnózy diabetes mellitus, reakci na diagnózu, akceptaci nemoci jako součásti jejich života. V práci jsou uvedeny stresující faktory a možné způsoby, jak se s nimi vyrovnat. Výsledky vlastního šetření jsou matematicky zpracovány formou přehledných tabulek a grafů v programu Excel, MS office. V práci byly mimo jiné identifikovány a kvantifikovány rozdíly v hodnocení situace ze strany respondentů-mužů a respondentů-žen. Respondenti sami navrhli doporučení pro nově diagnostikované diabetiky.

Klíčová slova:

Diabetes mellitus, psychické komplikace diabetu, sociální identita diabetika, stigma, přijetí nemoci, diabetik v rodině a v pracovním kolektivu.

Abstract:

The work deals with chronic disease impacts on psychological well-being of patients, ways how patients see themselves and understand their position. Chronic disease is often leading to a loss of selfconfidence and feelings of alienation. These factors get negatively projected to the life of patients and it makes sense to eliminate or minimize them.

Situation has been investigated by using questionnaires and discussions with patients. Diabetic patients have been asked questions about their way of life and how they cope with problems caused by the disease. The work is providing an overview of diabetes mellitus linked stressing factors provided by the survey respondents and the ways how they cope with the disease..

Key words:

Diabetes mellitus, psychic complications of diabetes, social identity of a diabetic patient, disease acceptance, diabetic patient in a family and work team.

OBSAH

ÚVOD	8
1. DIABETES MELLITUS	9
1.1 Projevy	9
1.2 Diagnostika:.....	10
1.3 Léčba a omezení	12
1.4 Prevence a edukace	13
1.5 Chyby v péči o diabetiky.....	15
2. CO JE TO STRES	19
2.1 Co se děje v organismu při stresu?	20
2.2 Průběh a příznaky při stresu	21
2.3 Reakce jedince na stres	22
3. NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE	23
3.1 Potřeby pro zdravý vývoj jedince	24
3.2 Diabetes jako náročná životní situace.....	25
3.3 Životní příběhy	26
3.4 Důsledky náročných životních situací	27
3.5 Možná řešení náročných životních situací	28
4. EMPIRICKÁ ČÁST A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
4.1 Hlavní a dílčí cíle práce.....	30
4.2 Popis použitých metod	30
4.3 Organizace výzkumu.....	31
4.4 Charakteristika výzkumného vzorku	31
5. ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	32
DISKUSE	46
ZÁVĚR	48
SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY	50
PŘÍLOHY	52

ÚVOD

Více lidí, než si myslíme, je neustále nuceno žít se svými nestabilními sociálními identitami – nestabilními proto, že jejich obraz o sobě samých je denně konfrontován s mnohdy až urážlivou představou, kterou o nich mají ostatní. Ukázat svou vadu či nikoli, říci či neříci, lhát či nelhat, v každém případě komu, jak, kdy a kde. Jak se ukazovat světu, aby nás svět přijal. Těžké životní situace, kdo je nepoznal? Komu se vyhnuly? Kdo si může být jist tím, že se s nimi v další fázi života nesetká? Kdo si může dovolit zavírat před nimi oči a tvářit se, že se ho netýkají? Těžké životní situace mají různou podobu. Někdy přicházejí v podobě náhlého úmrtí blízkého člověka, jindy v podobě zklamání – jako například u rozvodu, při rozchodu s blízkými přáteli apod. Někdy mají podobu zásahu vyšší moci – například při autohavárii, úrazu, popálení, nemoci, nucené změně zaměstnání, bydliště, pracoviště apod. Jindy se dlouhodobě, plíživě vtírají do našeho života. Často jsou ryze osobní, třeba při zážitcích typu „na to nestačím“ nebo „to v daném čase nezvládnou“. Mnohdy se snoubí s pocity ohrožení a méněcennosti. Často se dotýkají samého jádra naší osobnosti, našeho já. Jsme-li v tísní, klesá naše sebevědomí. Snižuje se naše kladné sebehodnocení. A co chronické nemoci? Jsou celoživotní, nelze se vyléčit. Jako například cukrovka, nemá zpočátku žádný dopad. Ale může být pohnutkou k tomu, že dotyčný může být diskriminován v pracovním zařazení a na bezprostřední sociální interakci má dopad teprve tehdy, když se nemocný snaží držet svou odlišnost v tajnosti a není si jist, zda se mu to daří, nebo když ostatní přítomní o jeho stavu vědí a ze všech sil se snaží nikterak na něj nepoukazovat. Či život žijeme a chceme žít? Svůj, nebo cizí? Je jednoduché říct: Je to Vaše volba. Vaše odpovědnost. Ale je těžké ten krok udělat. Jakou imaginární propast při tom překračujeme. Lidé chronicky nemocní musí dělat mnohé, na co nemají dost sil. Mnohé si nemohou dovolit předstírat, protože jim to zdravotní stav nedovolí. Chronicky nemocný pacient vkládá v lékařovy rady velké naděje. V ordinaci čeká somaticky orientovanou prohlídku, recept, povzbuzení a posílení k dalšímu boji s nemocí, slovo útěchy a očekává psychoterapii. Chronické onemocnění způsobuje stres. Chronicky nemocní lidé mívají více dlouhodobých a intenzivních bolestí – i když to nemusí bolet bez přestání. Často mají pohybové potíže, zažívací potíže, potíže s vyměšováním, potíže s dýcháním, psychické těžkosti. Rozhovor s chronicky nemocným pacientem u lékaře je jedním z nejtěžších. Týká se dvou důležitých věcí a to je motivace pacienta, jak se změnou zdravotního stavu bojovat a pomáhat přijmout to, co se změnit nedá.

1. DIABETES MELLITUS

Pojmem diabetes mellitus rozumíme skupinu chronických metabolických chorob, jejichž základním rysem je hyperglykemie. Diabetes vzniká v souvislosti s poruchou sekrece nebo účinku inzulínu a je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. V průběhu choroby se postupně rozvíjejí dlouhodobé cévní komplikace, které jsou pro diabetes specifické (mikrovaskulární – retinopatie, nefropatie, neuropatie) nebo nespecifické (makrovaskulární – urychlená ateroskleróza). (Pelikánová, Bartoš, 1999)

Klasifikace diabetes mellitus

Jsou dva hlavní typy diabetu mellitu, diabetes 1. typu (závislý na inzulínu) a diabetes 2. typu (nezávislý na inzulínu), ale kromě toho může být řada dalších podtypů.

Diabetes mellitus vyžadující k léčbě inzulín – DM 1. typu
Diabetes mellitus nevyžadující k léčbě inzulín – DM 2. typu, užití PAD
Diabetes mellitus související s podvýživou
Diabetes mellitus druhotný vzniklý při onemocnění pankreatu
Diabetes mellitus vzniklý následkem nedostatku bílkovin
Diabetes mellitus související s dalšími onemocněními
Diabetes mellitus při rakovině pankreatu
Diabetes mellitus vzniklý následkem podávání léků např. steroidů
Abnormality inzulínu nebo jeho receptorů
Abnormální vylučování jiných hormonů
Hraniční glykemie nalačno - prediabetes
Porušená glukozová tolerance - prediabetes
Těhotenská cukrovka
Lada diabetes - latentní autoimunní diabetes dospělých
MODY - Maturity-Onset Diabetes of the Young, DM dospělého typu u mladých lidí.

1.1 Projevy

Při diabetu ta část potravy, kterou tvoří cukr, nemůže být využita buňkami, a to buď proto, že je inzulínu nedostatek, nebo proto, že tělové buňky, jsou jen částečně schopné jej využívat. Cukr tedy zůstává v krvi, a proto má neléčený diabetik trvale vysokou hladinu cukru v krvi (glykémii). Když je hladina cukru v krvi velmi vysoká, část cukru přechází do moče. Odtud pramení název „diabetes“, což znamená propouštění a „mellitus“, což znamená sladký jako med. Když není v pořádku metabolismus cukru, nejsou v pořádku ani některé další metabolické procesy. Při diabetu mellitu 1. typu jsou buňky pankreatu produkující inzulín částečně nebo úplně zničeny. Když slinivka břišní produkuje velmi málo inzulínu nebo jej neprodukuje vůbec, buňky těla „hladoví“, protože nemohou vyloučit cukr z krve a glykemie je trvale vysoká. Diabetes 1. typu je charakterizován nedostatkem inzulínu. Jeho začátek může být pozvolný, ale i náhlý a dramatický, prudký váhový úbytek, velká žízeň, časté močení, nechutenství nebo naopak vlčí hlad, zvracení, bolesti břicha nebo porucha vědomí až bezvědomí.

Při diabetu mellitu 2. typu buňky pankreatu, produkující inzulín, nebyly zničeny. Buňky tvoří inzulín, ale tkáně jsou nedostatečně citlivé na jeho účinek. Hlavní příčinou vysoké

glykemie u těchto osob je porucha v místech, kde inzulín působí. Svalové buňky a tukové buňky jsou jen částečně schopné použít inzulín. Následkem toho tyto buňky vychytávají jen velmi málo cukru z krve. Začátek diabetu 2. typu je na rozdíl od diabetu 1. typu často nenápadný a někdy se zjistí až při rozvoji diabetických komplikací, např. při selhání ledvin, poruchách zraku nebo vředech na nohou. Vedle typických příznaků vysokého krevního cukru, jako je žízeň, časté močení, hubnutí, mohou být příznaky diabetu 2. typu i velká únavnost, opakované infekce, zejména plísňové, doprovázené svěděním a špatné hojení ran.

diabetes mellitus 1. typu	diabetes mellitus 2. typu
začátek pozvolný	začátek nenápadný
začátek náhlý a dramatický	zjištění až při rozvoji komplikací
prudký váhový úbytek	únavnost
velká žízeň	opakované infekce
časté močení	špatné hojení ran
nechutenství	žízeň
vlčí hlad	časté močení
zvracení	
bolesti břicha	
bezvědomí	

1.2 Diagnostika:

Diagnózu diabetu stanovujeme na základě glykemie ve venózní plazmě, kterou měříme klasickou biochemickou metodou. Onemocnění je možné potvrdit třemi různými způsoby:

- přítomnost klasických příznaků cukrovky + náhodná glykemie větší nebo rovna 11,1 mmol/l
- glykemie nalačno větší nebo rovna 7,0 mmol/l
- glykemie ve 120. minutě OGTT větší nebo rovna 11,1 mmol/l

Náhodná glykemie je hodnota naměřená kdykoli během dne bez ohledu na příjem potravy. Stavem nalačno rozumíme nejméně osm hodin po příjmu potravy. OGTT by měl být prováděn při zátěži 75 g glukózy standardním způsobem. Uvedená kritéria musí být potvrzena nejméně 2x v různých dnech. (Pelikánová, Bartoš, 1999)

Hodnocení glykemie ve venózní plazmě		
Glykemie nalačno	menší než 6,1 mmol/l	norma
	větší nebo rovna 6,1 a větší než 7,0 mmol větší nebo rovno 7,0 mmol/l	zvýšená glykemie nalačno diabetes mellitus
Glykemie po zátěži (120. minuta OGTT)	menší než 7,8 mmol/l větší nebo rovno 7,8 a menší než 11,1 mmol/l větší nebo rovno 11,1 mmol/l	norma porucha glukozové tolerance diabetes mellitus

Vlastní sekrece inzulínu se testuje pomocí hladin C peptidu nalačno a za šest minut po stimulaci glukagonem. Normální hodnota v krvi je 0,37 – 1,47 nmol/l. Buňky tvořící inzulín se nazývají beta buňky. Při tvorbě inzulínu vzniká nejdříve proinzulín, nefunkční hormon, který musí být rozštěpen na dvě části, aby se stal funkčním. Tak vzniká inzulín a C-peptid. Jestliže stoupne glykémie (hladina glukózy v krvi), inzulín i C-peptid je z beta buněk uvolněn do krve. C-peptid je tedy obrazem tvorby inzulínu v organismu. A je obrazem velice vhodným, neboť inzulín je velmi rychle z oběhu vychytáván játry, zatímco C-peptid přetrvává v krvi mnohem delší dobu. Důležité je, že C-peptid je důkazem toho, že si tělo tvoří vlastní inzulín. Tím lze odlišit vlastní inzulín od inzulínu, který si pacient bere v práscích nebo pomocí injekční stříkačky. Vyšetření je žádáno při onemocnění diabetu mellitu 1. typu, aby se ukázalo, nakolik je pacient schopen tvořit inzulín, a k určení nutné dodávané dávky inzulínu. U diabetu 2. typu je potom vyšetření požadováno pro kontrolu průběhu léčby. Může být žádáno i v případě, že lékař zjistí akutní nebo opakující se hypoglykémii. Zvýšené množství C-peptidu v krvi je obrazem zvýšené tvorby inzulínu. To může být přirozený stav zejména po jídle, kdy se v krvi zvýší hladina glukózy. Zvýšení C-peptidu se objevuje v těhotenství, při nedostatku vápníku, při selhání ledvin a dokonce u inzulinomů, což jsou nádory produkující inzulín. Další možností je takzvaný stav rezistence. Buňky mají „hlad po glukóze“, ale přesto nejsou k inzulínu citlivé. Organismus to falešně vyhodnotí jako jeho nedostatek a zvyšuje proto jeho produkci. Snížené množství C-peptidu je spojeno s nízkým množstvím inzulínu. S takovýmto stavem se setkáváme při diabetu mellitu 1. typu, kdy jsou beta buňky zničeny a nejsou schopny inzulín tvořit, nebo v případě, že je tvorba inzulínu potlačena dodáváním umělého inzulínu.

Vyšetřují se osoby s klinickými příznaky (žízeň, polyurie, hubnutí, přítomnost specifických komplikací cukrovky například diabetické retinopatie při náhodném oftalmologickém vyšetření, recidivující infekce močových cest či genitálu, paradentóza). Asymptomatické osoby se vyšetřují v rámci pravidelného screeningu – osoby nad 45 let věku, které jsou bez zvýšeného rizika diabetu, vyšetřujeme 1x za 2 roky, osoby se zvýšeným rizikem cukrovky 1x za rok. Zvýšené riziko vzniku diabetu představuje obezita (BMI nad 27 kg/m²), výskyt diabetu 1. typu u příbuzných (rodiče, sourozenci, děti), porod plodu nad 4 kg či výskyt GDM v době gravidity, hypertenze, dyslipoproteinemie (TG nad 2,3 mmol/l či HDL cholesterol pod 1,1 mmol/l), přítomnost hraniční poruchy glukozové homeostázy při

předchozím testování. Diagnózu diabetu nelze stanovit na základě hladiny glykovaného hemoglobinu, glykosurie či glykemie naměřené pomocí glukometru. (Pelikánová, Bartoš, 1999)

Běžná vyšetření	Očekávané hodnoty	Četnost
Měření glykemií	hodnoty 5,5 – 8 mmol/l	4x denně
Glykemický profil	sedm glykemií denně	3x týdně
Glykovaný hemoglobin	HbA1c 5,5 – 6,5	1x za 3 měsíce
Sérové lipidy	diabetes ovlivňuje hladiny TG a HDL	2x za rok
BMI (měřítko stavu výživy a míry obezity)	hodnoty do 27	každá kontrola
Krevní tlak	hodnoty do 130/80 mmHg	každá kontrola
Ketolátky v moči	neměly by být přítomny.	každá kontrola
Cukr v moči	20 g/24 hodin u diabetiků	každá kontrola
Hladina kyseliny močové	140 – 400 μ mol/l	dle uvážení lékaře
Hladina TSH	0,5 – 5,0 mU/l	1x za rok
Moč bakteriologicky		1x za 6 měsíců
Mikroalbuminurie, proteinurie		1x za 6 měsíců
Inspekce dolních končetin		každá kontrola
Oční vyšetření		1x za rok
Interní vyšetření		1 x za rok
Neurologické vyšetření		1 x za rok
EKG		1 x za rok

Komplikace (sekundární postižení) zahrnují diabetickou retinopatii, která může vést až ke slepotě, diabetickou nefropatii, která může vést až k onemocnění ledvin a jejich selhání, diabetickou neuropatii, která narušuje veškeré sympatické a parasympatické funkce, makrovaskulární onemocnění, které zahrnuje onemocnění periferních artérií, mozkových cév a ischemickou chorobu srdeční. Navíc dochází k dalšímu ovlivnění zdraví vlivem hypertenze, zvýšeným cholesterolem, obezitou, kouřením. Dlouhodobá prognóza a kvalita života diabetiků závisí na vývoji a závažnosti kardiovaskulárních komplikací.

1.3 Léčba a omezení

Hlavním cílem léčby diabetu je snížit koncentraci glukózy v krvi (glykemií) k doporučeným hodnotám. Pokud se nedaří koncentraci glukózy v krvi účinně kontrolovat, vzniká riziko dlouhodobých a závažných komplikací. Diabetes 1. typu je léčen inzulínem, vhodnou dietou, pohybem, stanovením pravidelného režimu, sebekontrolou. Diabetes 2. typu je léčen perorálními antidiabetiky, inzulínem, dietou, pohybem, stanovením

pravidelného režimu, sebekontrolou. (Pelikánová, Bartoš, 1999). Cílem léčebně preventivní péče je umožnit pacientovi plnohodnotný aktivní život. Snažíme se udržet optimální metabolickou kompenzaci a zpomalit vznik a rozvoj dlouhodobých cévních komplikací diabetu. U každého diabetika se stanovují individuální cíle léčby, které se zvažují s ohledem na věk, zaměstnání a fyzickou aktivitu nemocného, berou se v úvahu přítomné komplikace cukrovky či jiných přidružených onemocnění, schopnost spolupráce pacienta a jeho sociální zázemí. (Jirkovská, 2003). Docent Lébl (1999) zdůrazňuje význam diety, která patří mezi základní léčebná opatření v léčbě cukrovky. Dieta se shoduje s pravidly racionální výživy. Nemocný s diabetem se může a má stravovat tak, jako kdyby diabetik nebyl. Cíle dietní léčby jsou obecné (dieta má splňovat požadavky na výživu a zajistit zdravý růst a vývoj), léčebné (dieta pomáhá udržovat normální glykemii a snižuje riziko hypoglykemie a hyperglykemie) a preventivní (dieta redukuje riziko pozdních mikroangiopatických a makroangiopatických komplikací). Dále dieta pomáhá dosáhnout a udržovat tělesnou hmotnost, krevní tlak a hladiny sérových lipidů. Diabetes mellitus je celoživotní onemocnění, nedá se vyléčit. Přináší řadu omezení zejména dodržování léčebného režimu, diety, kontroly glykemií, pravidelné návštěvy lékaře, aplikace inzulínu, studium onemocnění, studium návodů technických pomůcek, zdravý životní styl, stále přemýšlení, co mohu a nemohu a plánování každé cesty. Zvládnutí omezení, které sebou diabetes přináší, snižují výskyt náhlých dekompenzací diabetu, výskyt chronických komplikací, zkracují pobyt v nemocnici a zvyšují sebedůvěru diabetiků.

1.4 Prevence a edukace

Diabetes mellitus 1. typu se vyskytuje u mladších osob nebo u dětí. Podstatou onemocnění je autodestrukce buněk produkujících inzulín. Co je spouštěcím mechanismem není známo. Určitá genetická výbava jedince spolu s vlivy zevního prostředí (virové infekce, chemické látky, nesprávný způsob výživy, nedostatečná výživa mateřským mlékem, psychosociální stres) mohou spustit proces, jehož výsledkem je úplné zničení buněk produkujících inzulín. Prevencí diabetu mellitu 1. typu je kvalitní péče o děti, kojení a vyvarování se stresu. Ale ani při dodržování všech těchto zásad není zaručeno, že dítě nebo mladý člověk neonemocní diabetem. Diabetes mellitus 2. typu se vyskytuje u dospělých, většinou starších lidí. V některých případech dieta, dostatek pohybu a snížení tělesné hmotnosti (když je dotyčný obézní) postačují, aby se glykemie snížila téměř na normální hladinu. Dodržováním jednoduchých pravidel si diabetici chrání své zdraví. Tato pravidla se však musí stát součástí jejich života, jedná se o trvalou změnu celkového životního stylu.

- Snížení váhy. Udržovat rovnováhu mezi energetickým příjmem a výdejem.
- Pravidelné stravování (jíst šest porcí denně)
- Naučit se zásady zdravé výživy, vědět, co je to glykemický index, výměnné jednotky.
- Nepít alkohol. Alkohol obsahuje mnoho energie.
- Pitný režim. Upřednostňovat pramenitou vodu, střídat různé druhy minerálních vod.
- Pravidelný pohyb
- Aplikace inzulínu a manipulace s inzulínem
- Práce s glukometrem, používání glukagonu
- Léčba hyperglykemie a hypoglykemie
- Zvládnutí stresu, rozpoznání deprese

Základním kamenem prevence tohoto onemocnění je střežit hladinu glukózy v krvi, kterou potraviny bezprostředně ovlivňují. Z tohoto hlediska potraviny dělíme na potraviny s nízkým glykemickým indexem a potraviny s vysokým glykemickým indexem. Glykemický index (GI) je číslo (od 0 do 100), které nám udává postavení potraviny na této škále v závislosti na tom, jak rychle se cukry z potravin vstřebají do krve. U potravin s nízkým glykemickým indexem se glukóza do krve dostává pomalu, pocit nasycenosti tedy přetrvává déle – velice výhodné při snaze o redukci hmotnosti. U potravin s vysokým glykemickým indexem se glukóza vstřebává velice rychle a stejně rychle vzápětí klesá, to vede k pocitu „vlčího“ hladu i velice brzy po jídle, což je velice nevýhodné pro redukci hmotnosti - vznikají tendence se znovu najíst. S prudkým navýšením hladiny glukózy v krvi se totiž zvedá i hladina inzulínu a při opakovaných výkyvech se může vypěstovat odolnost vůči tomuto hormonu a vzniká onemocnění - diabetes mellitus. Žádoucí je tedy preference potravin s nízkým glykemickým indexem při prevenci diabetu mellitu či obezity. Edukace je nezbytnou součástí léčby nemocného, zahrnuje výchovu a vzdělávací proces, během něhož je nemocnému předávána řada informací týkajících se jeho choroby, nemocný se učí novým návykům. Cílem je, aby pacient nebyl pouze pasivním objektem léčení, ale sám na sebe převzal část zodpovědnosti za jeho průběh. Edukační proces je možné schematicky dělit na edukaci základní, specializovanou a reedukaci. (Lébl, 1999) Edukace diabetika není jednorázová „výuka“, ale celoživotní, kontinuální proces. Jednotlivé fáze edukace a jejich posloupnost bychom měli volit podle důležitosti problémů, které má nemocný v danou chvíli zvládnout. Počáteční edukace má být individuální a obsahovat pouze základní nezbytné informace zaměřené na nejdůležitější znalosti a dovednosti. V této fázi je rozhodující navázat s pacientem přátelský vztah a získat jeho důvěru. Informace sdělovat v klidném a nerušeném prostředí. Postupovat pomalu a vytvořit nemocnému dostatek prostoru pro jeho otázky a obavy. Náš přístup může zásadně ovlivnit další vývoj nemoci, chování a přístup pacienta k léčbě. Ve fázi specializované (hloubkové) edukace navazujeme a rozšiřujeme témata počáteční edukace. Pacient má již první praktické zkušenosti, mohou se objevit první problémy, na které chce znát odpověď. Postupně přidáváme nové informace zaměřené na prevenci a léčbu komplikací nebo řešení mimořádných situací (např. cestování, nemoc, sport, těhotenství). V této fázi se osvědčuje skupinová forma edukace. Skupinová edukace může pacienta obohatit o zkušenosti jiných diabetiků a zároveň při ní lze předat informace většímu počtu pacientů. Reedukace slouží k ověření, případně doplnění a upevnění získaných znalostí z problematiky léčby diabetu. Informace a dovednosti, které se pacient na začátku léčby naučil, často dříve či později vlivem stereotypu zapomíná. Je třeba stále hledat novou motivaci a posilovat pacientův zájem o léčbu. Reedukace by proto měla být součástí každé návštěvy, minimálně čtyřikrát do roka. Nedostatečná edukace diabetika a jeho rodiny se odráží ve zhoršené léčbě diabetu mellitu a z toho vyplývajících komplikací. Edukace může mít mnoho podob, ale první stupeň úspěchu je trpělivost. Co nám připadá samozřejmé, nemusí být samozřejmé pro pacienta. Druhým stupněm úspěchu je víra a důvěra pacienta ve zdravotnický tým. Návštěva v ordinaci by neměla připomínat obchodní jednání, kde se rozhovor odbývá pouze v číslech glykémie, hmotnosti nebo dávek inzulínu. Pacient musí být přesvědčen, že nás zajímá on sám. Edukace je časově náročná. Problematiku diabetu nelze zvládnout během jednoho sezení. Informace je potřeba postupně dávkovat a vhodně načasovat tak, aby nebyl pacient zahlcen množstvím informací nebo naopak neměl informací nedostatek.

V úvodu edukace je vhodné posouzení intelektuální schopnosti pacienta, jeho představitivosti a manuální zručnosti. Důležitá je analýza dosavadního způsobu života (rodinné zázemí, zaměstnání, koníčky, stravovací návyky, pravidelná fyzická aktivita atd.). Při edukaci bychom měli mít na paměti pravidlo čtyř „NE“, které je běžné pro učení ve stresu: Neposlouchá, co mu říkáme. Nerozumí naši edukaci. Nedělá, co mu doporučíme. Nevydrží se o sebe starat dlouhodobě.

PRAVIDLA ÚSPĚŠNÉ EDUKACE - NA CO BYCHOM NEMĚLI ZAPOMÍNAT

1. Edukovat vždy podle plánu a ověřovat efekt edukace (strukturovaná edukace)
2. Přátelská atmosféra – důvěra (může ovlivnit další spolupráci)
3. Individuální přístup
4. Postupné řešení konkrétních problémů, podpora vlastního řešení pacientem
5. Srozumitelnost (zohlednit věk, intelekt, fyzický a psychický stav)
6. Jednoduchost a názornost – nezahlitit informacemi, názorné pomůcky, praktický nácvik
7. Pochvala, motivace
8. Týmový přístup – jednotný s lékařem a dalšími odborníky
9. Ověření a upevnění znalostí pacienta – opakování
10. Vytvořit pacientovi prostor (dotazy, obavy) a spolupráce s rodinou

1.5 Chyby v péči o diabetiky

V ordinaci i doma může docházet a nezdědka dochází k chybám. Často se jedná o chybu v komunikaci mezi zdravotním personálem a pacientem, který nezdědka a v jistém ohledu může mít o své nemoci více zkušeností než kdokoli jiný. Incidentsy se mohou týkat různých oblastí například předepisování receptů. Lékaři píšící rukou (dnes se už většinou naštěstí píše na počítači) mohou napsat za číslem inzulínu “IU” nebo “U” značící jednotky, ale písmenko I je snadno zaměnitelné s jedničkou a U s nulou. Nebo zapomínají napsat celé jméno inzulínového přípravku, takže pacient, který má dostat například Humalog Mix 25, dostane místo toho normální Humalog. Je snadno představitelné, jaké problémy v glykemiích asi takováto administrativní chyba způsobí, pokud si jí nikdo nevšimne. Hrubou chybou je používání jiných injekčních stříkaček než inzulínových. Bez problémů není ani péče o diabetiky, kteří leží na jiných nemocničních odděleních. Personál často nechápe, že diabetik je životně závislý na inzulínu a pokud si vezme inzulín, potřebuje k němu také sacharidy. Očekávají, že se diabetik přizpůsobí režimu v nemocnici a bude si aplikovat inzulín v době, kdy je to na daném oddělení obvyklé. Pro diabetika 1. typu, který má určitým způsobem nastavený inzulínový režim, to může být problém, obzvláště pokud se k tomu má starat ještě o další zdravotní problém, se kterým na oddělení leží. Ideální řešení tohoto problému by bylo přizvat odborníka-diabetologa na dané oddělení na konzultaci, aby se ve spolupráci s diabetikem a jeho ošetřujícím personálem domluvili na rozumném režimu, který by personál nezatěžoval a zároveň byl v souladu s požadavky na zdraví (dobré glykemie) diabetika. To ale funguje jen v některých nemocnicích, rozhodně ne vždy. Vyskytují se i případy, kdy v hypoglykemii sestry nedovolily pacientovi vzít si glukosu, dokud hodnotu nepotvrdí laboratoř (pacientův glukometr nebyl personálem nemocnice považován za věrohodný), což trvalo celých 20 minut! Nejlepší prevence chyb je obezřetnost a kontrola věcí jak zdravotnickým personálem, tak pacientem. Znovu zkontrolovat recept na inzulín nezabere ani dvě minuty a může se předejít mnoha

problémům. Nebo u hospitalizace, která je očekávaná, plánovat včas a informovat se u personálu daného oddělení, jak to tam probíhá a vypracovat strategii dopředu, raději než řešit ji až na lůžku. Zdroj: toocarbohydrated.wordpress.com

Výčet některých chyb a sdělení pacientů.

1) Ovládání inzulínových per

Ovládání inzulínových per je opravdu hračka, nicméně měl by s nimi vždy manipulovat člověk, který to umí. A proč to píšu? Ležela jsem na chirurgii s kolenem a pera mi vzaly sestry k sobě. No a dokonce i zásobníky mi vyměnila sestřička sama. Nastaly doby, kdy jsem měla vysokou glykémii při stejných dávkách inzulínu. Proč? Personál mi řekl doslova, "že „žeru vlastní jídlo.“ Bylo mi 17 let, moc jsem se nebránila. Ale řekla jsem jim, ať se dívají na to, kolik jídla vracím, že to ani všechno nesním a že mi nikdo do nemocnice jídlo nenosí, ať se klidně podívají do stolku. A víte, kde byl problém? Sestřička při vyměňování zásobníku s inzulínem nedotáhla závit a pero si dávkovalo, jak chtělo. Byla to chyba zdravotnického personálu, ale za ono hrubé nařčení se mi tedy rozhodně nikdo neomluvit (proč taky a to slovo „žrala“ si pamatuji dodnes).

2) Nesprávná porce jídla

„Když jsem byla hospitalizována pro potřeby převedení na inzulínovou pumpu, byla jsem umístěna na JIP interního oddělení. Na JIP proto, že mi moje lékařka, kterou mám v nejvyšší úctě, řekla, že na normálním oddělení by na mě nikdo nedohlédl a nepostaral se o mě v případě problému. Na JIP to bylo v pohodě. Řekla jsem si o dost přísnou dietu 175 gramů sacharidů/den a nevzala jsem si s sebou vůbec nic k jídlu. Návštěvy jsem zakázala, proč taky, nic mi není a za pár dní mě máte doma :-). No, tentokrát byla chyba na straně cateringu. Alespoň já to tak vidím. Do porce 175 gramů sacharidů se totiž nevezla ani polévka (myšleno vývar - bez nudlí). A jak vypadal jeden osudný oběd???? Jedna a půl střední brambory a jedna kostka masa (0,5x0,5 cm) a dvě lžíce dušené zeleniny. Já když to viděla, pojímal mě šok!!! Doslova jsem přemýšlela o tom, že po těch letech s cukrovkou si neumím spočítat, kolik je v tomto jídle sacharidů. Působilo to na mě dost divně, zašla jsem tedy na sesternu s dotazem, kolik si mám dát jednotek, že toho jídla je opravdu hrozně málo. Zavolali mé lékařce a ta řekla, že si tedy mám píchnout k obědu osm jednotek. Dle povelu jsem učinila, ačkoli mi bylo líto, že se na ten oběd vážně nikdo nešel podívat. Měla jsem s sebou glukometr a hodinu po jídle jsem měla 1,7. Sesterna byla hned vedle mého pokoje, tak jsem se sebrala a šla nahlásit na sesternu, že mám glykémii 1,7 a co s tím mám dělat. Sestry byly zděšené, jak někdo s takovým hypem ještě běhá po chodbě - a poslaly mě do postele, že si mám něco vzít na jídlo. Tak jsem jim ještě vysvětlila, že nic na jídlo nemám po mé neblahé zkušenosti, kdy mě personál atakoval slovy výše uvedenými (žere své jídlo). Sestřičky sehnaly přesnídávku, že ji mám sníst. Jelikož byla strava celkově dost nevyvážená a zdaleka v ní nebylo ani těch 150 gramů sacharidů, hypa se opakovala několikrát. Až mi paní doktorka osobně šla koupit Colu pro podobné případy.“

3) Nedůvěra ke znalostem diabetika

Za celý svůj život jsem byla s cukrovkou hospitalizována celkem třikrát - poprvé při jejím objevení, po dlouhé době s hyperglykemií (cca 33 mmol/l) a naposledy po zásahu RZS s hypoglykemií. Tedy, když jsem byla už jako dospělá diabetička dobrovolně hospitalizována,

rozumějte, bylo mi tak špatně, že jsem šla na pohotovost s tím, že vím, co mi je, respektive potřebovala jsem jen papír k hospitalizaci a počítala jsem s hospitalizací. Na oddělení se snažili zjistit, co mi cukrovku tak rozkolísalo, V té době jsem používala inzulínová pera, která mi byla zabavena s tím, že inzulín mi bude aplikovat personál. Byly mi nasazeny cca dvakrát vyšší dávky inzulínu a glykemie se celkem stabilizovala. Nakonec bylo zkonstatováno, že šlo zřejmě o nějakou infekci, která se přesně nepodařila lokalizovat. Za ten týden bych byla schopna označit dvě zásadní chyby personálu. Aplikaci inzulínu jsem měla třikrát denně a na noc dlouhodobý inzulín. Jelikož jsem byla dost vyčerpaná, kolikrát jsem ani nepostřehla, že mi sestra ve spánku píchla onen dlouho účinkující inzulín. Jednoho rána jsem se sestřičky ptala, zda mi v noci píchli onen dlouho účinkující inzulín. A ona mi říká, ne, **NEPÍCHLI, PROTOŽE PANÍ DOKTORKA NEMĚLA V NOCI ČAS NA TO, ABY NA ZÁKLADĚ GLYKÉMIE URČILA, KOLIK MI MAJÍ INZULÍNU PÍCHNOUT!!!!** Tak jsem sestřičku upozornila na to, že to bude mít své následky, že očekávám, že budu mít glykemie někde kolem 20 mmol/l. Sestřička mi klasicky odebrala kapilární krev z prstu a poslala do laborky (bylo 6 hodin). Já jsem prohlásila, že dokud nebudu znát hodnotu té glykemie, že nebudu jíst. V osm hodin dorazila nejen snídaně, ale i žák, který se o mě staral. Divil se, proč jsem ještě nejedla, proč mi nikdo nepíchnul inzulín. Důvodů bylo několik - já jsem odmítla jíst, protože sestra mi opět nemohla píchnout inzulín bez verdiktu lékařky, nevěděla jsem, kolik jsem měla ranní glykemie a jíst takhle jen tak, bez inzulínu, jsem nechtěla, neb jsem tušila následky. Onen žák se tedy vydal zjistit, kde je zakopaný pes. Jako student SZŠ musel dát asi sestry do pozoru, protože o půl deváté jsem již věděla, že má glykemie z šesté hodiny je nějakých 22 mmol/l, že si mohu píchnout obvyklou dávku inzulínu. Člověk, který není diabetik, se asi v mém popisu ztrácí, člověk v obraze vidí, že personál nejednal úplně správně. Takže nakonec bylo po mém - jedla jsem až svačinu a dávka byla vyšší. Tehdy jsem byla zdrcena tím, že lékařka za celou noc neměla čas říct sestře, kolik mi má píchnout inzulínu a já to takhle odnesla. Očividně bylo každému jedno, že už i tak můžu mít ráno hyper a dívali se na mě jako na blázna, proč nesnídám, když mi odmítli dát ranní inzulín a ani nevěděli, kolik mám glykemie. Nebyli schopni zvednout telefon a zaurgovat výsledek mé glykemie natož ji označit STATIM, aby byla přednostně zpracovaná. Vždyť co by se asi mohlo stát, že? Po cca týdnu přišla velká vizita a pan primář mi oznámil, že půjdu domů, že jsem stabilizovaná. Tak jsem mu řekla, že si myslím, že do mě „perou“ příliš vysoké dávky inzulínu a že to nevydržím, že se bojím, že skončím v hypoglykemii. Dal na má slova a inzulín mi o dvě jednotky z obědu nechal snížit. A víte co? Po obědě mi bylo tak slabo, že jsem se píchla do prstu a naměřila si 1,7 mmol/l. Dořapala jsem na sesternu, kde jsem to oznámila a oni se zděsili a začal kolotoč. Pan primář na základě hypa odložil moje propuštění. Když přišel v pátek na velkou vizitu, řekl mi doslova, že asi té své cukrovce rozumím nejlíp, že mě pustí domů a že si to doma doladím nejlíp. Tak ještě jednou, na shledanou. Ta slova mi byla malým zadostiučiněním. I když co vám budu nalhávat, šlo mi přece o můj život, tak proč bych je neupozornila na to, že mě mohou velkou dávkou inzulínu zabít.

4) Proužky do glukometru

A zážitek od revizního lékaře při schvalování zvýšené úhrady za proužky do glukometru. Revizní lékař se divil, kolik těch proužků potřebujeme a řekl nám, že si musíme umět poradit. **PRÝ SI JE MÁME STRŽÍHAT NAPOLOVIC!!!**

5) Špatná dávka inzulínu

Byla diabetička a každý den k ní docházela ošetřovatelka, aby jí píchla před jídlem inzulín, odhaduji, že používala přemixovanou směs. Jeden týden ale byla její pečovatelka na dovolené a službu vzala náhradní paní z jiného zdravotnického zařízení. Když ke staré paní přišla, aby jí píchla inzulín, nedokázala si poradit s jejím inzulínovým perem. Zkusila sestavit náhradní, zcela nové inzulínové pero, které měla paní u sebe doma, ale ani to se jí nepodařilo. Šla proto do auta a vzala z lékárníčky klasickou injekční stříkačku (ne inzulínovou, ale tu, co měří na mililitry). Z hlavy si spočítala, že když Margaret potřebuje třicet šest jednotek inzulínu, rovná se to 3,6 mililitrům roztoku. Píchla jí tedy inzulín stříkačkou a odjela. Na následky této matematické chyby Margaret zemřela. Třicet šest jednotek inzulínu je totiž ekvivalentních 0.36 ml a ne 3.6 ml! Proto se používají speciální stříkačky, které mají na sobě místo mililitrů značené jednotky (IU). Ošetřovatelka tedy staré paní podala tři sta šedesát jednotek inzulínu, čímž jí způsobila hypoglykemické kóma a neodvratitelnou smrt.

6) Nedostatek času praktického lékaře a zbytečné množství léků

Tou základní je, že na ně mají málo času. Pojišťovna je žene k extrémní činnosti, a tak zatímco například v Holandsku vezme praktik tři nebo čtyři pacienty za hodinu a povídá si s nimi, u nás se jich ordinací kvůli bodům prožene houf. Když pak jdu na vizitu po klinice, žasnu, kolik prášků pacienti berou. Někteří třeba i pětadvacet tabletek denně. Při rozumném zvážení jsou přitom redukovatelné, dejme tomu na tři nebo čtyři. Rezervy v předepisování léků jsou tedy obrovské.“

7) Špatně stanovený cíl léčby

Dalším problémem je cíl léčby. Dlouho vlastně nikdo nevěděl, v jakém stavu naši diabetici skutečně jsou, proto jsme s Diabetologickou společností udělali průřezovou studii, která ukázala průměrné hodnoty v Čechách. Jsou to strašná čísla. Obrovská část zdejších léčených diabetiků má totiž hladinu krevního cukru 8, 9 či ještě více mmol/l, což samozřejmě zdaleka není normální. A přitom lékaři jim při kontrole řeknou: „Je to fajn, pane Novák, tak přijďte za rok.“ Dneska už ale přece víme, že takové hodnoty jsou aterogenní a že takový pacient za pár let dopadne špatně, podívejte se na statistiku nádorů a dalších velmi závažných onemocnění z toho vyplývajících. Agresivita diabetologické léčby musí být zkrátka daleko větší.“

8) Nedodržování přestávek na stravu v zaměstnání.

V některých zaměstnáních nedostávají diabetici ani několik minut, aby si snědli svačinu. Když se poté po narušení diabetického režimu dostávají do hypoglykemie, je jim nadřizeny volána záchranná služba.

9) Absence edukace a nedostatek pomůcek k selfmonitoringu

S těmito závažnými pochybeními jsem se osobně setkala na akutním interním příjmu. V prvním případě byla přivezena mladá pokladní, která nedostala ani chvilku čas, aby si snědla rohlík a pak jí nadřizená zavolala RZS a ve druhém případě přivezl mladý muž svou maminku, že je diabetička a její nějak špatně. Když jsem změřila glykemii na glukometru, byla nezměřitelná a pak jsem změřila krevní tlak, který byl 220/129. Nedivila jsem se, že jí

je „nějak špatně“, dokonce jsem v tu chvíli měla strach, že mi v ordinaci zemře.“ Když jsem se ptala, jakou glykemií měla doma a jak situaci řešila, tak jsem se dozvěděla, že žádný glukometr nevlastní a syn ani ona vlastně nevěděli, jak situaci řešit. A ta paní byla diabetička, která podstupovala dialýzu.

10) Neustálé opakování, jaké budou komplikace.

Mám dceru, diabetička je již 15 let a pokaždé, když jde do ordinace na kontrolu, musí si vyslechnout, jaké komplikace ji v budoucnu čekají – slepota, amputace, selhání ledvin a další. Ptám se, zda je nutné toto neustále opakovat a stresovat pacienty?

To jsou jen některé vybrané chyby. Během osobních konzultací s diabetiky jich najdeme určitě více. Samotná nemoc, nevhodné chování a nedostatek tolerance od ostatních lidí může snadno vést k dekompenzaci diabetu, komplikacím a ke stresu. (chyby byly vyhledány na internetu)

2. CO JE TO STRES

Každoročně je diagnostikováno v České republice více než šedesát tisíc nových případů diabetu mellitu [/http://zpravy.idnes.cz/](http://zpravy.idnes.cz/). Pro každého pacienta je sdělení diagnózy důležitým a zásadním momentem jeho života. Nová skutečnost vyžaduje okamžité a bezpodmínečné přijetí celoživotních změn jejich dosavadního životního stylu. To není lehká situace a samozřejmě pro řadu z nich může být velmi stresující. Diabetes mellitus je chronické onemocnění, to znamená, že se člověk nikdy nevyлéčí, onemocnění může být pouze pod kontrolou a i to je někdy těžké. Denně bude pacienta upozorňovat, že je tady, nutností aplikovat si inzulín, vzít si tabletu, dodržet dietu, protože pokud ji pacient nedodrží, začnou výkyvy glykemie a s tím zvýšená únava, bolesti hlavy, nesoustředěnost, zhoršené vidění, časté močení a další projevy. Než se člověk naučí nemoc dokonale zvládnout, cítí se pod tlakem a tím ve stresu.

Definice: Stres je tělesná a duševní reakce na stresor. Určitá úroveň stresu je potřebná v situacích, kdy máme reagovat na nezvyklou nebo překvapivou situaci a kdy potřebujeme mobilizovat síly. Přiměřená hladina stresu vede totiž k zostření pozornosti, soustředění a k zvýšení schopnosti dobře se rozhodnout, jakou strategii zvolit. Příliš nízká úroveň stresu může vést k nedostatečné pozornosti a tudíž k odkládání rozhodování. Příliš vysoká úroveň stresu blokuje myšlení i účinné chování. Prožívání stresu je varovný signál, který varuje před vážnějšími důsledky, pokud na něj nereagujeme změnou životního stylu. Stresor je označení pro vnější stresující událost (zácpa na dálnici, obsazený telefon, propuštění z práce a další) a stresová reakce (negativní myšlenky, bušení srdce, napětí, pocení, bezcílné pobíhání po místnosti) je označení pro psychickou a tělesnou reakci organismu na stresor. (Praško, Prašková 2001) Podobně jako u stresu i u stresorů se můžeme setkat se speciálními termíny pro tzv. malé a velké stresory. Ministresory – případně až mikrostresory – vyjadřují poměrně mírné až velmi mírné okolnosti či podmínky vyvolávající stres. Příkladem může být dlouhodobě pocíťovaný nedostatek lásky, který se kumuluje, až dosáhne hranice stresu, takže uvádí člověka do stavu vnitřní tísně. Makrostresory jsou děsivě působící, deptající až vše ničící vlivy. (Křivohlavý, 1994)

V pojednáních o stresu se lze setkat s odlišnými termíny vztahujícími se ke stresu, podle toho, zda se vztahují k malé či velké intenzitě stresové reakce. Hyperstres je stres překračující hranice adaptability, schopnosti vyrovnat se se stresem, vede k psychosomatickému zhroucení. Hypostres je mírný, zvládnutelný nepřilíš intenzivní stres, který však při chronickém, dlouhodobém působení může způsobit závažné potíže. Zátěž jsou nároky na psychické procesy zejména pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování, které vyplývají z požadavku na zpracování informací. Podle toho, jak stres působí na člověka, je možno jej charakterizovat jako negativní či pozitivní. Distres je negativně působící stres, používá se pro nepříznivé situace. Eustres je kladně působící stres – příkladem může být rozechvění při očekávání kladně emocionálně zabarvené události (například příjezd milované osoby).

Slovo stres k nám proniklo z anglického „stress“, a to vzniklo z latinského slovesa „stringo, stringere, strinxi, strictum“. Co znamenalo v latině? Příslušný latinský slovník říká, že znamená „utahovati, stahovati, zadržovati – jako smyčku kolem krku odsouzence, kterého věší na šibenici“. V technickém smyslu slova je slovo „stres“ blízké svým významem „presu – lisu, znamená „působit tlakem na daný předmět, podobně jako působí lis, jenže ze všech stran najednou. V přeneseném smyslu slova – v oblasti věd o člověku – výroku „býti ve stresu“ můžeme rozumět jako „býti vystaven nejrůznějším tlakům“, a proto „býti v tísní“. (Křivohlavý, 1994)

2.1 Co se děje v organismu při stresu?

Stresová reakce je spouštěna v mozku. Při náhlém ohrožení se nastartuje automaticky. Naše tělo reaguje rychleji, než si to uvědomíme. Objevuje se bušení srdce, pocení, napětí svalstva, úzkost. Centrum v mozku, které automaticky monitoruje, co se děje mimo organismus i v něm, a je připraveno v případě nebezpečí spustit stresovou reakci, se nazývá amygdala. Informace z oka, ucha, kůže i zevnitř těla putují z našich smyslů nejdříve do thalamu, kde dochází k přepojení do mozkové kůry a do amygdaly. Stresová reakce v organismu má dvě fáze. První fáze stresové reakce je poplachová reakce a druhá fáze stresové reakce je všeobecný adaptační syndrom. Poplachová reakce, pokud organismus rozezná podnět jako stresový, vyvolá neklid. Následuje výlev adrenalinu a noradrenalinu a je aktivován sympatikus. Aktivace sympatiku vede k uvolnění energie a dochází k vyplavení cukru, tuků a škrobů ze zásob do krve. Tato energie je krevním řečištěm společně s kyslíkem zasílána do tkání, které jsou pro útok nebo útěk nejdůležitější, k mozku, kosterním svalům, srdci a plicím. Ostatní systémy (např. trávicí ústrojí) nejsou pro daný okamžik tak důležité a přívod energie a kyslíku je zde omezen. Při vyplavení adrenalinu a noradrenalinu dochází k aktivaci sympatiku a to se projeví: zúžením cév v kůži (aby tělo při zranění nekrvácelo), zrychlením tepu srdce, zrychlením dechu, zvýšením napětí kosterního svalstva a jeho zvýšeným zásobením krví, snížením napětí hladkého svalstva trávicího traktu, rozšířením zornic, odkrvením prstů, husí kůži. (Praško, Prašková, 2001) Všeobecný adaptační syndrom nastupuje po první alarmové reakci a je to dlouhodobější reakce. Cílem je zklidnění organismu. Adaptační reakce přichází ve chvíli, kdy se poplachová reakce vyčerpala. K tomu může dojít přesto, že překážka či problém nebylo možné vyřešit. Organismu jde zejména o to, aby si vytvořil ochranu pro překonání či přečkání nepříznivé situace. Výrazně je zesílena útlumová složka a jsou zajišťovány přednostně funkce, které organismus zajišťuje v útlumové fázi,

například trávení. Je aktivován parasymptikus a z hypofýzy (podvěsek mozkový) je uvolněn adrenokortikotropní hormon. Adrenokortikotropní hormon stimuluje kůru nadledvin k produkci kortizolu a kortizonu. Ten mobilizuje energii. Přestože organismus funguje v útlumovém režimu, stojí ho to hodně energie, i při adaptační reakci neekonomicky užívá rezerv. Druhým důležitým úkolem, který plní kortizol a kortizon je zpětná vazba pro hypotalamus. Při dostatečné hladině těchto hormonů přestává mozek dávat další impulzy pro udržování stresové reakce. Stresová reakce pak může doznít. Pokud je zpětný signál nedostatečný, nebo mozek je k němu znecitlivělý po dlouhodobém stresu, dochází k dalšímu a dalšímu stupňování stresové reakce (to je typické pro depresivní poruchu). (Praško, Prašková, 2001)

2.2 Průběh a příznaky při stresu

Stres sám o sobě škodlivý není. Stresová reakce je velmi funkční, když jde o ochranu života v nebezpečí. K tomu dochází naštěstí výjimečně. Dnešní stresory mají spíše charakter psychologického ohrožení. Při častém používání stresových mechanismů dochází k dlouhodobému přetěžování organismu. U zranitelných jedinců pak k rozvoji civilizačních chorob. Pokud stresová reakce probíhá v těle často a bez dostatečné regenerační fáze, dochází postupně ke zbytnění kůry nadledvin, která je nucena stále produkovat kortizon a kortizol. Snížená citlivost hypotalamu na jejich zpětnou vazbu vede k tomu, že začíná scházet signál, který by zastavil stresovou reakci. Hypotalamus stále vysílá signály o probíhajícím stresu, stále se nadbytečně aktivuje sympatikus. Dochází k vytvoření bludného kruhu. Může se objevit deprese, úzkostná porucha nebo psychosomatické onemocnění. Další zpětně vazebný systém funguje v okruhu sympatiku. Adrenalin a noradrenalin udržují tělo v bojové pohotovosti k vykonání svalové práce. Tělesný pohyb vede k jejich odbourání a snížení bojové pohotovosti. Bez tělesného pohybu adrenalin a noradrenalin dlouho cirkulují v oběhu a tělo zůstává v poplachu. Čím méně pohybu, tím méně energie se spálí (nadbytek cukru, cholesterolu, mastných kyselin v krvi). Pokud svůj stres ještě zajídáme, může dojít k rozvoji obezity. Onemocnění, na jejichž vzniku se podílí psychická nepohoda a silné emoce, se souhrnně nazývají psychosomatická. Stres působí na naši psychiku. Kolísání nálady, apatie, nedostatek energie. Stres dokáže škodit celému našemu organismu. (Praško, Prašková, 2001)

Krátkodobé problémy při stresu	Dlouhodobé problémy při stresu
úporné bolesti hlavy	diabetes mellitus
bolesti zádočných svalů	hypertenze
bolesti břicha	ischemická choroba srdeční
kolísání váhy těla	žaludeční vředy
vřidky na kůži	riziko astmatu
podrážděná kůže hlavy	rakovina

Opakovaný častý průběh stresové reakce vede k přetěžování psychiky i tělesných systémů.

To může být spouštěčem vztahového problému (konflikty mezi partnery, spoluzaměstnanci), psychické poruchy (deprese, úzkostné stavy, nespavost, sexuální problémy), či psychosomatického onemocnění (obezita, bolesti hlavy, bolesti páteře, vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, zažívací obtíže, vředová choroba, ischias, snížení imunity a nemocnost na banální infekce). Krev je rychleji dopravována k orgánům určeným pro „boj a útěk“. Srdce rychleji pracuje. Současně jsou tepny zúžené. Po létech dochází k rozvoji vysokého krevního tlaku, srdečním poruchám. Svaly jsou permanentně ve zvýšeném napětí, dochází k nadměrnému zatěžování kloubů, zejména v oblastech více vystavených napětí – v krční a křížové páteři. Vznikají bolesti páteře s dalšími následky. Při nedostatku pohybu nejsou adrenalin a noradrenalin dostatečně odbourávány. Tělo je neustále v bojové pohotovosti s mobilizovanou energií: cukrem, cholesterolem a masnými kyselinami. Energie není odbourávána, cholesterol a masné kyseliny se začínají ukládat v cévní stěně. Zaplavování nadbytkem cukru může vést ke změně citlivosti inzulin produkujících buněk v pankreatu – k rozvoji diabetu mellitu. Kortizol a kortizon působí silně na žaludeční sliznici. Objevují se žaludeční potíže. Noradrenalin a adrenalin nedovolí dostatečné prokrvení žaludeční stěny. Obojí zvyšuje riziko žaludečních vředů. (Praško, Prašková, 2001).

2.3 Reakce jedince na stres

Stres může být vyvolán různými vlivy, okolnostmi, podmínkami, faktory apod. Některé z nich mají negativní vliv na všechny lidi, jiné působí jen na určité osoby a na druhé ne. Různí lidé reagují na tentýž stresor (stres vyvolávající podnět) odlišně. Někteří se dostávají do stresu snadno a rychle, vždy a všude. Jiní jsou odolnější a jsou i tací, o nichž se můžeme domnívat, že jsou do určité míry vůči stresu imunní. Tentýž člověk se může dostat do stresu při působení jednoho stresoru, ale zůstat stresem nedotčen při působení jiného. Ovšem u druhého člověka tomu může být právě naopak. (Křivohlavý, 1994) Praško a Prašková se shodli na tom, že komplexní psychologické prožívání stresu je vnímáno ve čtyřech úrovních, které se vzájemně ovlivňují – v myšlení, v emocích (nálady, pocity), v chování, v tělesných příznacích. Podstata projevů stresu v myšlení je v „dělání si starostí“. Vzniká kaskáda negativních myšlenek a katastrofických představ. Myšlenky jsou nekontrolované, nelze spát ani se soustředit. Projevy stresu v emocích se projevují pocitem nepohody. Objevuje se napětí, vztek, úzkost, strach, smutná nálada, bezmoc, ztráta chuti k činnosti. Nálada ovlivňuje chování, myšlení a výkonnost. Projevy stresu v chování se zviditelňují jako vyhýbání se každodenním povinnostem, kontaktům s lidmi, vyhýbání se rozhodování, odkládání nepříjemných úkolů, nervózní chování nebo naopak zrychlení pracovního a životního tempa, konflikty s lidmi, hádání se, nesnášenlivost. Stres v tělesných příznacích se projevuje jako bušení srdce, bolesti hlavy, závratě, průjmy, zácpa, potíže s dýcháním, svědění, pocity tepla nebo chladu, mravenčení, žaludek na vodě, bolest žaludku, potíže s močením. Myšlenky, emoce, tělesné reakce a chování se vzájemně ovlivňují. Člověk si říká, že zase nic nestihne, objeví se rozmrzelá nálada, zvýší se napětí v šíji a v žaludku, činnost se odkládá, protože se nechce nic dělat. Důsledek je, že se opravdu nic nestihne. To vede k pocitům bezmoci a smutku, což se tělesně projeví jako únava, ochablost svalstva a tělesná slabost. Důsledek je, že vystresovaný jedinec není v pořádku a vyhýbá se dalším činnostem, do kterých se mu v únavě nechce. H. Selye hovoří o

fyzikálních a emocionálních stresorech. Mezi tzv. fyzikální stresory řadí jedy a skoro-jedy (alkohol, nikotin, kofein a jiné drogy). Počítá sem i radiaci, vyzařování ultrafialových a infračervených paprsků, nízký obsah kyslíku ve vzduchu, znečištění vzduchu, příliš silné magnetické pole, vibrace, otřesy, elektrošoky, meteorologické vlivy, změny ročních období, změny tlaku vzduchu (komprese i dekomprese), viry, bakterie, katastrofy (záplavy, zemětřesení), nehody, úrazy, ale i genetickou zátěž, těhotenství, nechtěný sexuální styk (znásilnění) apod. Do druhé skupiny tzv. emocionálních stresorů řadí úzkostnost (anxiozitu), zármutek, obavy a strach, nenávisť, nepřátelství, zlobu, „otrávenost“, nevyšpělost, senzoricou deprivaci (nedostatek podnětů pro povzbuzení smyslové činnosti), očekávání – anticipaci, že se něco strašného stane, přílišnou ustaranost, obavy z přestoupení společenského zákazu, nějakého „tabu“ apod. Tyto a jim podobné stresory podněcují organismus, aby proti nim „vytáhl do boje“.

3. NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE

Snad každý z nás měl někdy v životě nepříjemný zážitek, který se mu nesmazatelně zapsal do paměti a provázal ho nějaký čas v myšlenkách a ve snech. Každý z nás se v průběhu svého života dostane do situace, kterou považuje za náročnou. Pro jednoho je náročnou situací rozvod, pro druhého třeba jen nákup nových bot. Jde především o subjektivní pocit, který si z dané situace člověk nese. Náročné životní situace jsou situace, ve kterých dochází k působení dvou či více tendencí proti sobě. Dochází ke konfliktu. Jediněc dané situace vnímá jako nepříjemné vnitřní napětí. Důsledkem tohoto napětí je narušení harmonie osobnosti, konflikt, frustrace, stres, vývojová krize. Všechny uvedené pojmy spolu velmi úzce souvisí, jeden doplňuje druhý. Navíc se jedná o pojmy, které hovoří především o subjektivním nahlížení na danou situaci. Konflikt pro jednoho nemusí znamenat konflikt pro druhého. Příznaky toho, že se nacházíme v náročné životní situaci, jsou napětí, nervozita, narušení vnitřní harmonie, úzkost, pocity zmatku, nesoustředěnost, somatické příznaky (bušení srdce, zadýchávání, potivost, bolesti břicha, bolesti zad) aj. Jak se vyrovnat s náročnou životní situací? Základní povinností organismu je adaptovat se na změněné životní podmínky. Pojem adaptace v tomto procesu patří skutečně k těm nejdůležitějším. Zachování integrity, celistvosti organismu je hlavním úkolem. Ve snaze o celistvost naší osobnosti mnohdy volíme i maladaptivní formy řešení náročných životních situací. Uvědomění si faktu, že v tuto chvíli jsou používány nevhodné způsoby vyrovnávání se se zátěží, je prvním krůčkem k tomu, aby toto chování mohlo být upraveno a změněno správným, směrem. (Praško, 2003) Stresující vliv určitého podnětu či situace na jedince má vždy individuální charakter. V oblasti psychosociálního stresu hrají důležitou roli faktory jako význam události, sociální opora a především osobnostní charakteristiky jedince. Určité osobnostní rysy ovlivňují výběr vyrovnávacích strategií, predisponují tak k určitému stylu vyrovnávání se se stresem a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu. S pojmem stres souvisí úzce anglický termín *coping with* (zvládání), který zahrnuje racionální způsoby vyrovnávání se s psychickou zátěží a úzkostí, schopnost zvládat různé překážky. Vyjadřuje různou míru adaptability jedince, tedy míru schopnosti adaptovat se na změnu podmínek. Psychická zranitelnost člověka je závislá také na osobnostních a sociálních faktorech. Každý lidský zážitek je relativní. I extrémní trauma

hodnotí lidé různě, pro každého může mít jiný význam a dopad. Výrazný vliv na hodnocení traumatického zážitku má kulturní prostředí. V rozdílných kulturách se různě hledí na bolest, zranění, smrt, separaci či ztrátu. Určitý zážitek může mít těžce traumatizující dopad na člověka v jedné části světa a zároveň může být naprosto běžný pro člověka v jiné části světa. Lidé některých etnik mohou být do jisté míry odolnější vůči určitému druhu náročných životních situací a zranitelnější vůči jinému. Symptomy náročné životní situace jsou komplikované usínání a neschopnost hluboce usnout a spát. Přerušovaný spánek, náhlé probouzení, bušení srdce, přecitlivělost. Stavby úzkosti a smutku. Častá podrážděnost nebo přehnané výbuchy zlosti a hněvu. Neschopnost koncentrovat se na jednu věc, Nadměrná bdělost a pozornost. Přehnaná lekavost, bázlivost, přehnané mluvení, závislost na práci, na lidech, na činnostech. Zvýšená únavnost. Ztráta pocitu sebe sama. Paralyzující hrůza. Chvění těla, zimomřivost nebo horkost v extrémních podobách. Bloky a ztuhnutí v těle. Vlivy působící na průběh náročné životní situace jsou věk, vývojová etapa, životní zkušenosti, osobnost člověka, zvláštnosti prožívání, trvalejší citové projevy spjaté s temperamentem: stabilita, labilita, optimismus, pesimismus, psychická zdatnost, stav saturace vyšších potřeb, frustrační tolerance, adaptabilita, zažívání separace, izolace, stresu, způsoby jejich zvládnutí, hodnotový systém, vliv rodinného prostředí – zažívání deprivace, zanedbávání, zneužívání, násilí, vliv dalších sociálních prostředí – školní, pracovní (šikana, obtěžování), míra začlenění jedince do sociálních prostředí, zaujímané postavení, role, zdravotní stav, celková onemocnění, chronická onemocnění, hendikepy, snížení soběstačnosti, závislost na druhé osobě, okolnosti, za kterých vznikla traumatická situace, prostředí, povědomost jiných osob o situaci.

3.1 Potřeby pro zdravý vývoj jedince

Můžeme rozeznat pět základních potřeb pro zdravý vývoj jedince:

1. Každý člověk očekává, že ve světě najde své místo - že bude mít dost prostoru v mateřském lůně, po narození v náruči rodičů, dětské postýlce, ve svém pokoji, mezi blízkými, že jimi bude radostně vítán v celé své individualitě takový, jaký je. S touto potřebou úzce souvisí v pozdějším dospělém životě schopnost cítit se doma, přesvědčení, že tu "jsem správně" a nejsem "mimo".
2. Každý člověk očekává od světa ochranu. Nejprve jej před škodlivými vlivy ochrání mateřská děloha, po narození rodičovská náruč a záštita. Získává-li člověk včas zkušenost, že je chráněn, pro jeho další život to znamená pocit bezpečí a schopnost žít aktivně, bez přehnaného pocitu ohrožení.
3. Člověk očekává péči a výživu. Míní se tím nejen jídlo a něžnost v doslovné podobě, ale i dostatek podnětů, kontaktů, vztahů. V pozdějším věku se k této potřebě řadí i informace, vzdělání, zájmy. Kdo je v tomto smyslu "dobře živen" má pocit plnosti, naplnění, nasycení. Netrpí přehnanými pocity prázdnoty.
4. Člověk očekává, že bude podporován - zcela konkrétně i symbolicky. Podpora znamená být nesen, nebo moci se opřít, abych nespádl. Kdo je podporován, necítí se být na věci sám. Být podporován znamená rovněž být povzbuzován. Žít s pocitem podpory znamená snad něco jako "žít s větrem v zádech". Lidé, kteří mají z dětství bohatou zkušenost s dostatkem podpory, si jí dokáží v dospělém životě dobře zajistit.

5. Konečně, člověk instinktivně touží být „vymezen“. To znamená být definován, vědět, kdo jsem/nejsem, odkud kam sahá můj vliv a kde začíná vliv druhých. Znat své místo znamená být schopen jít do věcí naplno, moci se do nich opřít beze strachu, že tím způsobím nějakou újmu sobě či druhým. Toto je výčet základních potřeb podle A. Pessa.

Projevy uzdravení se projevují tím, že cítíme a prožíváme radost z jednoduchých věcí, jsme otevření ve vztazích a snadno je navazujeme, jsme hraví, dychtiví, vělí, veselí, komunikativní, naše energie narůstá, žijeme a bavíme se naplno, zakoušíme nové věci s důvěrou, cítíme se v bezpečí, šťastní a zdraví, zajímáme se o vše kolem nás – neustále tvoříme něco nového – zajímavého, vymýšlíme krásné věci, věříme lidem a život plánujeme, cítíme vitalitu, pozitivní energii, naše fyzické tělo je ve výborné kondici, záříme štěstím, jsme se sebou spokojeni, bereme situace, události, život, tak jak přichází <http://www.blazkova.net/>

3.2 Diabetes jako náročná životní situace

Diagnostikovaný diabetes - zaskočí mnoho lidí zcela nepřipravených. Celý život nemají výrazné zdravotní problémy, avšak jednoho dne jim je sdělena informace, že trpí onemocněním zvaným diabetes. Najednou začnou pátrat v paměti, zda ho náhodou neměl nebo nemá někdo z rodiny a z příbuzných. Informace vyznívá o to hůře, pokud nikdo takový v rodině není a tak dochází na otázky: „Proč se to stalo zrovna mně? Jak můžu být ještě někdy šťastný/á?“ Často první myšlenky, které se po sdělení diagnózy objevují, jsou typu: „Nikdy se z toho nedostanu, vše je ztraceno, plnohodnotný život pro mě skončil“. Bohužel se často stává, že je vám diagnóza diabetu sdělena nevhodnou formou, případně nešetrným způsobem. Lékaři pracují podle pokynů a směrnic zdravotních pojišťoven a tak často nemají k dispozici potřebný čas nebo i dovednosti k tomu, aby při této obtížné a doslova traumatické události mohli věnovat dostatek informací, instrukcí, pochopení a podpory. Někteří lékaři člověka dokonce děsí a seznámí vás ještě ten den se všemi možnými nežádoucími následky tohoto onemocnění (kóma, impotence, amputace, deprese a jiné). Přichází tak pocity zmatku, neklid, nepohoda, strach, našťvanost. A to je akutní reakce na stres. Událost kdy je sdělena diagnóza diabetu se v mnohém podobá jakékoli jiné traumatické události, u většiny pacientů s diabetem se následně ve větší či menší míře vyvinou příznaky typické pro reakci na trauma - pocit otupění a ochromení, zúžení rozsahu myšlenek, dochází k popření a k odmítání významu této události (nedodržování diety, vyhýbání se situacím/činnostem/osobám, které vám onemocnění nějakým způsobem připomínají). Mohou se objevit obtíže se spánkem živé sny nebo noční můry - ve kterých se znovu objevují nepříjemné pocity ochromení a emočního oploštění, přes den jednáte jako stroj. Častá bývá ztráta dobré nálady, našťvanost, netečnost vůči okolí, odtažení se od ostatních „zdravých“ lidí. Tyto pocity a stavy často zhoršují celkový zdravotní stav i výkonnost imunitního systému. Přemýšlení o zdravotním stavu může vyvolávat další uzavření se do sebe, návaly silných a nepříjemných emocí, vtíravé pesimistické myšlenky, změny ve vnímání vlastní identity - kdo jsem, co jsem za člověka spolu s pocity nepatřičnosti a jinakosti ve srovnání s ostatními lidmi. Někteří lidé naopak reagují nadměrnou aktivitou (nadměrná práce, sportování, sex, nakupování), protože neustálé zaměstnávání se aktivitami blokuje naše myšlení a prožívání, takže jsou tlumeny myšlenky

a emoce týkající se diabetu a všeho co s ním souvisí. Výjimkou není ani řešení situace užíváním návykových látek (nikotin, alkohol, léky na uklidnění a jiné drogy). Kromě sdělení diagnózy může být v začátcích nepříjemná vlastní léčba tohoto onemocnění, která zahrnuje užívání léků včetně jejich nežádoucích účinků, aplikace inzulínu a manipulace s pomůckami, příprava vhodné stravy a studování výživových tabulek. Při vyrovnávání se s diabetem je psychicky náročné zvládnout a akceptovat stravovací, fyzické i sociální omezení v životě, někdy je nutné slevit ze své původní výkonnosti nebo dokonce i změnit své zaměstnání a změnit své původní zvyky a životní styl. Někdy může diabetik cítit nedostatek psychické podpory ve svém okolí - od rodiny nebo přímo od partnera. Litování je to poslední, co by diabetik chtěl slyšet, zvláště když často myslí na to, že je proti onemocnění bezmocný a nemůže s ním prakticky nic dělat. Tělo je vnímáno jako viník, který může za obtíže, díky kterým se nežíje, ale přežívá. Málokdo je natolik psychicky odolný a poučený, aby věděl, jak nejlépe a bez budoucích emočních následků zpracovat reakce na skutečnost že onemocněl cukrovkou, která vstoupila do života a do života rodiny. Pochopení reakce na traumatickou událost může zredukovat obavy a strachy založené na mylném přesvědčení o tom, co je normální/nenormální, trvalé/dočasné, nadějně/beznadějně. Je důležité se zaměřit na to, co se může, místo toho, co se nemůže.

3.3 Životní příběhy

Kdokoliv, kdo onemocní nemocí diabetes mellitus je minimálně nepřípravený na takovou situaci. Někteří jsou zraněni, v šoku, situaci nemohou pochopit a pro některé je situace velmi dramatická. Jako například pán, který se dozvěděl, že má diabetes mellitus v okamžiku, kdy se mu poškodily dolní končetiny a nemoc, tak začala amputací nejdříve pravé končetiny a do roka levé končetiny. *„Měl jsem rád přírodu, rád jsem chodil na houby, mezi myslivce, hodně času jsem trávil v lese a během jediného dne jsem o všechno přišel.“* To je ale příklad opravdu krutého začátku. Většinou se diabetes mellitus zjistí náhodně, při některém jiném vyšetření, při preventivní prohlídce nebo se člověk vydá k lékaři, protože přijímá velmi mnoho tekutin, často chodí močit, má seschlou kůži, je unavený a vyčerpaný, takže se jde poradit, která nemoc ho to postihla. Jako například mladá maminka, která podobné stavy pozorovala u svého dítěte. *„Všimla jsem si, že holčička se chodí často napít. I babička mě na to upozorňovala, ale byla jsem ráda, že jsem ji naučila dodržovat pitný režim. Že se nesoustředí, kde sníst, co sladkého, ale že dodržuje životosprávu. Ale babička stále upozorňovala, že chodí moc pít, často čurá. No to je přece jasné, že když často pije, tak hodně čurá. Až za dva měsíce jsem začala pozorovat, že na to, jak moc pije, je hodně seschlá a unavená a pak přišla noc, kdy vypila dva litry minerálky, krabici mléka a stále chodila čurat. Ráno jsem ji k lékaři již nesla, protože únavou usínala a nebyla schopná jít.“* Většina lidí říká, že se s nemocí smířili. Někdo omezení přijal, někdo si s nimi nedělá starosti, ničím se netrápí. Většinou staří lidé říkají: *„Na něco umřít musím.“* *„Na mně už nezáleží.“* Ale není to pravda. Spousta starých lidí má děti, přátele, manželku nebo manžela, kterým na nich záleží, a kteří je potřebují. Málokdo je úplně sám. Často někdo pro ztrátu životního partnera již nevidí, že má třeba dceru, která potřebuje, aby táta dále žil a bojoval nebo se snaží dále žít, ale je smutný a často pláče. Radostí mnoho nemá, protože nemoc ho omezuje a blokuje. Kde hledat sílu, když nemoc sebere obě nohy a zrak k tomu? Jak se vyrovnat s takovou náročnou situací? Přemýšlel

někdo z mladších diabetiků, kteří nedodržují dietu a režim, co by v takové situaci dělali, jak by ji řešili? I když je diabetes jako choroba na vzestupu, tak je mezi námi stále mnoho lidí, kteří nemají dostatek informací. Důvodem může být, že se nesnaží informace získat nebo jim je neposkytne lékař, ke kterému chodí na kontroly nebo jsou to lidé z různých sociálních vrstev, kde jakékoliv vzdělávání se neuznává, neřeší. A malé dítě je přivezeno do nemocnice pozdě, má již za sebou několik těžkých stavů se ztrátou vědomí a do nemocnice přijíždí v bezvědomí s hyperglykemií 90 mmol na litr. Při každém bezvědomí se ztrácí mozkové funkce a z původně chytrého dítěte se pomalu, ale jistě stává nesoběstačný tvor, který nemá ani oporu ve svých nejbližších, protože se za ním do nemocnice nepřijedou ani podívat. Starší lidé mohou mít technické problémy, které se týkají aplikace inzulínu nebo měření glykemie glukometrem. Nutná je trpělivost a pomoc sestřiček z agentur domácí péče, které musí nějakou dobu docházet do domácnosti diabetika aplikovat inzulín, měřit glykemie a provádět edukaci. Vliv na kompenzaci diabetu může mít i psychický stav pacienta, jako například sedmdesátiletý pán, který v ordinaci lékaře povídá: „*Ta nečinnost mě zabije*“. Celý život se věnoval práci, byl kriminalistou, zvyklý na vysoké pracovní vytížení a nyní je v důchodu a má spoustu času. V životě nevyhledával přátele, nepěstoval koníčky, věnoval se práci, která ho zcela pohltila a nyní je v důchodu a má spoustu času. To je riskantní situace a záleží jen na něm, jak ji zvládne. Každý se může ocitnout v takové situaci. Dobrým příkladem je čiperná osmdesátiletá paní, plná optimismu, která přijde do ordinace s pečlivě vedeným deníčkem, přesně ví, co má dělat. Nebo rodina, která podporuje nemocného, aby se s nemocí rychle vyrovnal a vrátil se do života s minimálně jednou výhodou, kterou mu diabetes přinesl. Tou výhodou je sebekázeň, nutnost dodržovat určitá pravidla a režim, a když se toto člověk naučí v souvislosti s nemocí, pak se sebekázní naučí i v jiných oblastech života a může dosáhnout i různých pracovních a sportovních výsledků, protože diagnózou život nekončí.

3.4 Důsledky náročných životních situací

Stav stresu se projevuje v symptomech tzv. adaptačního syndromu, což je generalizovaná reakce na zátěž probíhající ve třech fázích:

- **Fáze poplachová (alarmová):** Náhlé narušení vnitřního prostředí organismu, které je doprovázeno silnou excitací, především sympatické soustavy a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek.
- **Fáze rezistence:** Adaptace na stres je maximální, organismus si na stresující faktor zvyká.
- **Fáze vyčerpání (exhausce):** Získaná rezistence je nedostatečná, nadměrnou intenzitou stresu dochází k celkovému selhání adaptační a regulační schopnosti organismu. Výsledkem takového selhání může být vážné ohrožení zdraví i života.

Nejdrtivější dopad má na člověka náročná životní situace prožitá v izolaci. Bez možnosti sdílení je člověk připraven o jeden z nejdůležitějších zdrojů napomáhajících adaptaci. Náročná zkušenost obvykle zanechává následky v mezilidských vztazích. Pocit opuštěnosti a bezmoci zasahuje později do všech vztahů od nejintimnějších, rodinných, až po abstraktní, které charakterizují náboženskou víru a důvěru v určitý systém hodnot. Pokud náročná životní situace působí v raném dětství, může poškodit vznik bazální důvěry v blízké osoby, jež je součástí všech dalších životních vztahů a také podmínkou zdravého

vývoje osobnosti. Důsledkem náročné životní situace v jakémkoli věku je ztráta důvěry v sebe a ostatní, zranitelnost a stud z prožité bezmoci. Těžkou zkušenost tedy nemůžeme chápat jako statickou, okolnostmi vysvětlitelnou jednotku. Abychom mohli hodnotit její vliv na psychický stav jedince, je nutné ji pojímat v souvislosti s dynamickou interakcí jednotlivého člověka a jeho prostředí. (Piňos, 2012)

3.5 Možná řešení náročných životních situací

Některá diabetologická centra mají své psychology zaměřené přímo na diabetes. Není stanoven žádný přesný postup, pokud člověk nezvládá situaci sám, může se obrátit na různá krizová centra, kde mu bude poskytnuta odborná pomoc. V krizových centrech pracují psychologové, sociální pracovníce, rodinní terapeuti a mediátoři. Může být umožněna i konzultace s psychiatrem. Lidé mohou přijít osobně nebo se kontaktovat prostřednictvím telefonu, e-mailu nebo chatu. Prostřednictvím telefonu, e-mailu nebo chatu je možné se objednat na konkrétní hodinu, a pokud se jedná o závažnou situaci, je samozřejmě možné přijít i bez objednání. Psycholog pomůže zorientovat se v situaci, najít způsob jak situaci co nejlépe řešit. Sociální pracovníce poskytne sociálně – právní poradenství, s kým v dané konkrétní situaci spolupracovat. Rodinný terapeut pracuje s celou rodinou společně, mediátoři pomáhají najít kompromis mezi znesvářenými stranami. Prostředí je bezpečné a diskrétní a je zaručena anonymita. Zdravotní sestry v diabetologických ambulancích a nemocničních odděleních mohou využít konverzační mapy. Pacienti vyslechnou, co jim zdravotnický odborník řekne (budou zdvořilí, položí otázky), ale nakonec budou jednat na základě svých vlastních závěrů. V možnosti mluvit s někým, kdo se nachází ve stejné situaci, je obrovská síla. Lidé se neučí a nezapojují pouze tím, že něco slyší. Učí se a zapojují tím, co vidí, o čem diskutují a co dělají. Konverzační mapy s těmito principy pracují a používají je tak, aby umožnily vysoce kvalitní vzdělávání. Zdůrazňují důležitost změn chování, přijímání zodpovědnosti a nastavení cílů pacientům jako prostředků pro dosažení lepších výsledků. Cílem konverzačních map je zapojit malou skupinu pacientů s diabetem do otevřené a smysluplné diskuse o jejich onemocnění. Lekce účastníkům umožní položit otázky, které je nejvíce zajímají, a které se týkají vzdělávání o diabetu. Lekce také umožní účastníkům poučit se ze znalostí a zkušeností druhých lidí, kteří jsou ve stejné situaci. (Eli Lilly ČR, s.r.o.) Pacienti sami by se měli naučit relaxovat. Relaxace je schopnost tělesně i psychicky se uvolnit. Aby se člověk naučil relaxovat, musí relaxaci pravidelně cvičit aspoň dvakrát denně po dobu deseti minut. Pacient si musí najít čas, zvolit si vhodnou pozici a zjistit rozdíl mezi uvolněním a napětím. (Praško, Vyskočilová, 2012) Pro mnoho lidí platí, že pokud se naučí správně si zorganizovat svůj čas, míra stresu, jemuž jsou vystaveni, se výrazně sníží. Plánování času totiž není jen prosté sepsání úkolů na příští den. Nemá to být bič, který nás nutí fungovat jako nezdolný robot, vrhající se z aktivity do aktivity. Je to spíše věc svobodného rozhodování a určité filozofie. V první řadě je potřebné si ujasnit, co jsou priority. Pokud plán neodráží smysluplný cíl, který je v souladu s naším sebeuvědoměním (morálkou, svobodou, záměry, ideály, možnostmi apod.), snadno se plánování zvrtné v nervózní pobíhání mezi desítkami naléhavých věcí. K dobrému plánu musí být jasné, kam dlouhodobě směřujeme. Alespoň trochu potřebujeme vědět, o co nám v životě jde. Můžeme mluvit o sebe-vedení. (Praško, Vyskočilová, 2012) Pacienti by měli být

připraveni na nečekané problémy. Měli by mít připravený způsob strukturovaného řešení problémů, což je užitečná technika pro situace, kdy musí jednat bez odkladu. Umět si vytvořit krizový plán, naučit se vyrovnat s nezdary. Úplně ze všeho nejdůležitější je změna životního stylu. Existují jednoduché změny, které by pacienti měli provést, aby ve svém každodenním životě byli vůči stresu odolnější. Zabudovat si do denního programu „relaxační okénka“, každý den dělat něco, co jim udělá radost, nedovolit, aby stres příliš narostl (udělat si seznam telefonních čísel přátel, kteří mohou pomoci), uspořádat si svůj denní program, chovat se asertivně, vyhýbat se nadměrné únavě, nevyhýbat se tomu, čeho se bojí a hlavně nezapomínat se ocenit a pochválit za své úspěchy. (Praško, Vyskočilová, 2012)

4. EMPIRICKÁ ČÁST A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem bylo provést rychlé dotazníkové šetření a získaná data použít pro potřeby bakalářské práce.

4.1 Hlavní a dílčí cíle práce

Hlavním cílem práce bylo zjištění dopadů chronického onemocnění – diabetu mellitu na psychiku pacienta a co negativního se promítá do jejich života v souvislosti s nemocí. Podat přehlednou formou pohled a hodnocení situace ze strany samotných diabetiků. Každého, i toho nejsilnějšího jedince zasáhne, když zjistí, že již není úplně zdravý, že ho čekají omezení a bude muset na sebe dávat větší pozor, pravidelně odpočívat, nepřetěžovat se. Hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit, jakým způsobem se lidé vyrovnávají s nemocí, proč jednají určitým způsobem a co vnímají jako důležité. Pacienti se s nemocí vyrovnávají různými způsoby. Velkou rolí v jejich životech hraje rodina a ostatní blízcí lidé, kterým se mohou svěřit se svými problémy a těžkostmi, tímto způsobem se odreagovat a zbavit stresu.

Dílčí cíle práce:

1. Zjistit pocity pacientů po sdělení diagnózy.
2. Vyšetřit zda pacienti dokázali přijmout nemoc se všemi omezeními.
3. Odhalit zda nemocní mají blízkou osobu, které se mohou svěřit a kdo to je.
4. Prozkoumat vztah pacienta k lékaři.
5. Najít pozitivní aspekty, které nemoc přinesla.
6. Zformulovat stručné a výstižné poselství diabetiků samotných pro nově diagnostikované pacienty.

4.2 Popis použitých metod

K získání potřebných informací byly použity následující metody:

- Dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č.)
- Standardizovaný rozhovor

K získání vlastních informací byl použitý dotazník vlastní konstrukce, obsahující otevřené i uzavřené otázky. Celkem bylo šestnáct otázek, některé z nich měly několik podotázek. V úvodu dotazníku se autorka představuje a vysvětluje účel dotazníkového šetření. Ke konci října roku 2015 bylo započato s tvorbou dotazníku. Prvotní návrh byl velmi jednoduchý, obsahoval celkem dvacet pět otevřených otázek. Vyzkoušením tohoto návrhu na dobrovolných respondentech z řad rodiny (dcera, sestra, vzdálená příbuzná) bylo zjištěno, že nevyhovuje. Není totiž vůbec jednoduché se lidí správně zeptat a získat správné kvantifikovatelné odpovědi na položené otázky. Původní návrh byl korigován na základě zpětné vazby a diskusí od rodinných příslušníků a hlavně s pomocí odborné asistentky paní Mellanové. Po schválení konečné podoby dotazníku byla verze předána třem respondentům ke zjištění, zda je dotazník dostatečně srozumitelný a jasný pro zkoumanou skupinu. Poté co vzorová skupina respondentů dotazník schválila, bylo vytištěno sto kusů dotazníků a připraveno sto kusů obálek k zajištění anonymity. Ke konci listopadu 2015 byly dotazníky připraveny k distribuci. Jako alternativní metoda byl použitý standardizovaný rozhovor, protože někteří pacienti vzhledem ke zdravotnímu stavu

(nedostatek zraku, třes rukou), nemohli dotazník vyplnit, a tak požádali autorku, aby dotazník vyplnila sama a oni vyprávěli. Pro matematické zpracování výsledků byl použit program Excel, výsledky prezentovány formou tabulek a grafů (viz Analýza získaných dat).

4.3 Organizace výzkumu

Pro shromáždění informací a sbírání zkušeností byly vybrány dvě diabetologické ambulance ve dvou různých městech. V těchto ambulancích byli požádáni lékaři a sestřičky, aby pacientům rozdávali dotazníky. Výzkumu se účastnila aktivně také autorka bakalářské práce a sama rozdávala dotazníky a hovořila s pacienty, pokud jim jejich zdravotní stav neumožnil dotazník vyplnit. Osmdesát kusů bylo distribuováno v diabetologických ambulancích, čtrnáct kusů na akutním interním příjmu a šest kusů bylo dáno na oddělení následné péče v nemocnici. Lékaři v diabetologických ambulancích byli ochotní a vstřícní. V jedné ambulanci lékař dotazníky sám ochotně rozdával, v další ambulanci dotazníky rozdávala sestřička. Na akutním interním příjmu dotazníky rozdávala autorka bakalářské práce a na oddělení následné péče dotazník rozdávaly lékařky. Pacienti byli většinou ochotní a vstřícní, dvakrát byla odmítnuta autorka bakalářské práce a dvakrát byla odmítnuta sestřička v ambulanci. Od 20. listopadu 2015 do konce ledna 2016 respondenti odpovídali písemnou formou. Dotazník mohli vyplnit ihned v diabetologické ambulanci nebo v pohodlí domova. Několik málo respondentů odpovídalo ústně. Tito respondenti si vyžádali výjimku, neboť měli omezené zrakové schopnosti. Tento způsob jim byl povolen vzhledem k jejich věku a stavu. Odpovědi do dotazníku nadiktovali zkoumajícímu člověku. Všichni respondenti měli možnost vložit dotazník do obálky, kterou mohli zalepit a tím si zajistit dostatečnou anonymitu.

4.4 Charakteristika výzkumného vzorku

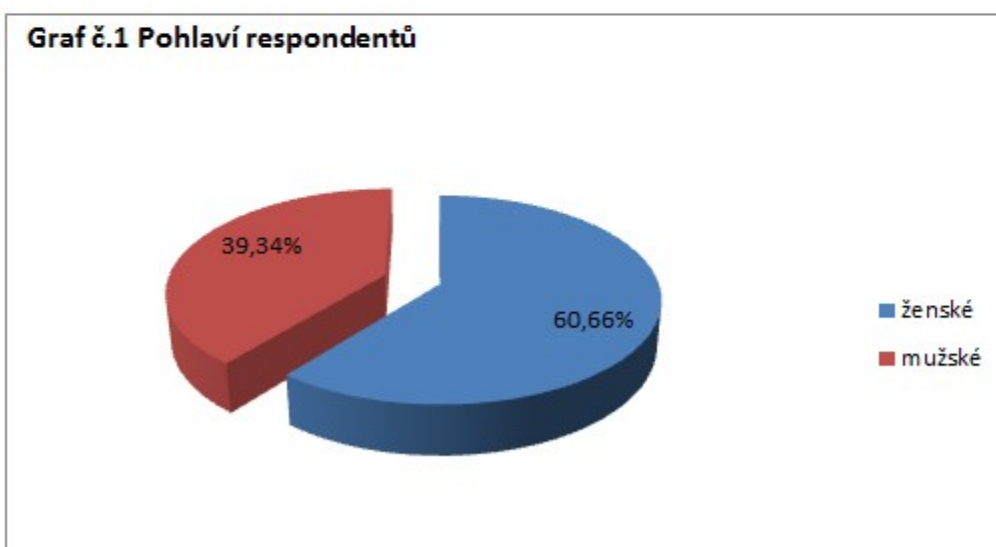
Výzkumný soubor tvořili dospělí pacienti diabetologických ambulancí. Průměrný věk byl 67 let. Věkový rozptyl se pohyboval mezi 23 - 98 let. Průměrný věk mužů byl 64 let, průměrný věk žen 71 let. S výjimkou dvou případů, spadají všichni respondenti, kteří uvedli věk, do kategorie 50 let a výše. Z celkového počtu 61 vyplněných dotazníků uvedlo věk 51 respondentů, z toho 19 mužů a 32 žen.

5. ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

1) Pohlaví respondentů

Tabulka č.1 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	n_i	f_i [%]
ženské	37	60,66%
mužské	24	39,34%
neuvedeno	0	0,00%
celkem	61	100,00%

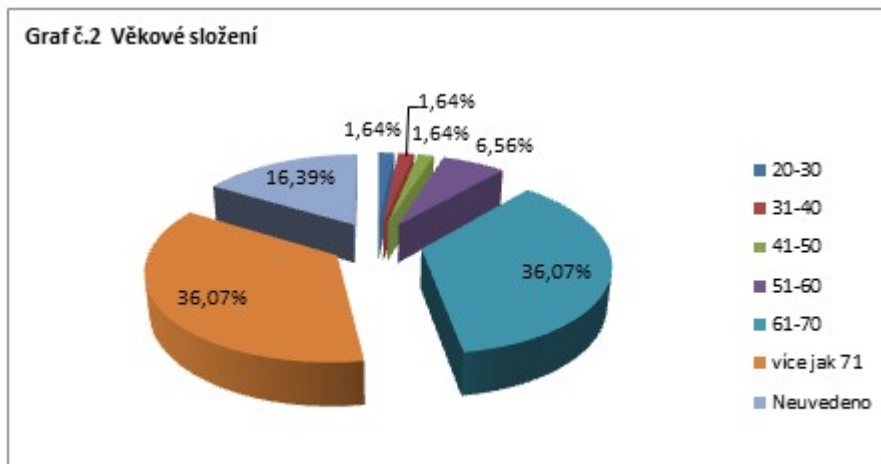


Tabulka a graf č.1 zobrazují pohlaví respondentů. 61% (37 z celkového počtu 61) uvedlo pohlaví ženské.

2) Věk respondentů

Tabulka č.2 Věkové složení

Věk respondentů	n _i	f _i [%]
20-30	1	1,64%
31-40	1	1,64%
41-50	1	1,64%
51-60	4	6,56%
61-70	22	36,07%
více jak 71	22	36,07%
Neuvedeno	10	16,39%
Celkem	61	100,00%

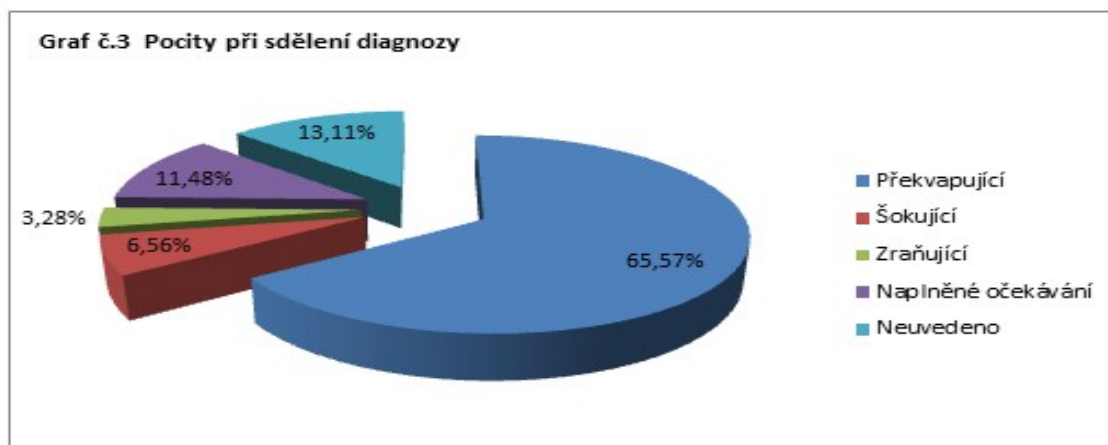


Věk uvedlo celkem 51 (84 %) respondentů z celkového počtu 61 (100 %) vyplněných dotazníků, z toho 32 žen a 19 mužů. V rozdělení jsou patrné 2 dominantní skupiny a sice 61-70 let (36%) a 71 a více let věku (36%). Nejnižší zaznamenaný věk je 23, nejvyšší 98 let, průměrný věk respondentů je 64 let, z toho 64 u mužů a 71 u žen.

3) Pocity při sdělení diagnózy

Tabulka č.3 Pocity při sdělení diagnózy

Převládající pocit	n _i	f _i [%]
Překvapující	40	65,57%
Šokující	4	6,56%
Zraňující	2	3,28%
Naplněné očekávání	7	11,48%
Neuvedeno	8	13,11%
Celkem	61	100,00%



Z celkového počtu 61 (100%) odpovědělo 53 (87%) respondentů, z toho 19 mužů a 34 žen. Nejčastěji uváděným v souvislosti se sdělením diagnózy je pocit překvapení, relativní četnost této kategorie 66% (40 respondentů). Celkem 8 respondentů (13%) diagnózu očekávalo a přijalo ji bez emocí. Pro 10% respondentů bylo sdělení diagnózy popsáno jako šokující či zraňující.

Níže jsou citovány odpovědi respondentů na otázku

Proč pro Vás bylo obtížné přijmout diagnózu?

Celoživotní léčba injekcemi
Lekla jsem se, nikdy jsem potíže neměla
Mám rád sladké
Myslel jsem na horší diagnózu
Neměla jsem žádné potíže jako žízeň, hubnutí
Neznalost, nedostatek informací od lékaře
Nikdo v rodině neměl
Obava z této choroby
Obavy z diety
Omezení, strach z amputace
Problém do konce života
Představa následků
Sdělení na dovolené, puchýře, chirurgie a amputace
Strach
Určitá omezení

Uvědomila jsem si, že je to napořád
Zjistila jsem, že budu mít určitá omezení - dieta

Odpovědi jsou dostatečně ilustrativní a není třeba je dále komentovat.

.

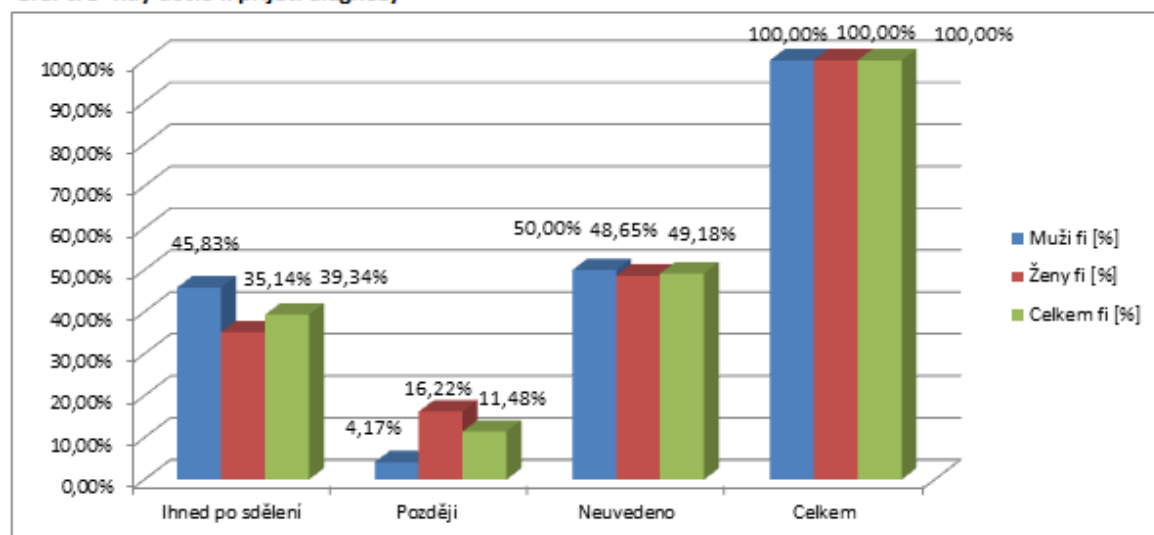
4) Kdy došlo k přijetí diagnózy

Na otázku „kdy došlo k přijetí diagnózy“ 24 (39%) z celkového počtu 61 (100%) respondentů uvedlo „ihned po jejím sdělení“, 7 (12%) respondentů „později“ v průběhu času“ a 30 (49%) na tuto otázku neodpovědělo.

Tabulka č.5 Kdy došlo k přijetí diagnózy

K přijetí diagnózy došlo	Muži		Ženy		Celkem	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Ihned po sdělení	11	45,83%	13	35,14%	24	39,34%
Později	1	4,17%	6	16,22%	7	11,48%
Neuvedeno	12	50,00%	18	48,65%	30	49,18%
Celkem	24	100,00%	37	100,00%	61	100,00%

Graf č. 5 Kdy došlo k přijetí diagnózy



Z celkového počtu 24 (100%) mužů, kteří odpověděli, 11 mužů (46%) přijalo diagnózu ihned po sdělení, 1 (4%) později v průběhu času a 12 (50%) odpověď neuvedlo.

Z celkového počtu 37 (100%) žen, které odpověděly, 13 (35%) uvedlo přijetí diagnózy ihned po sdělení, 6 (16%) později v průběhu času a 18 (49%) odpověď neuvedlo.

Akceptace diagnózy ihned po jejím sdělení je vyšší u mužů než u žen. Naopak nárůst akceptace v průběhu času je vyšší u žen (16%) než u mužů (4%).

Níže cituji odpovědi respondentů v komentáři ohledně důvodů nepřijetí diagnózy:

Musím pořád myslet na pravidelný životní rytmus a to i v zátěžových situacích
Náhlá změna stravy a životního stylu
Nedodržuji omezení
Nemám dost pevnou vůli
Nemůžu sladké
Nevadí jí nic

Občas s dietou
Omezení stravy
S dietou
S komplikacemi
S omezením
S představou dalších zdravotních problémů
S tím, že nemůže chodit, mrzí ho to, měl rád přírodu, rád chodil na houby.
Stravovací návyky jsem přizpůsobil pouze částečně
Určitá pochybení v životosprávě
V mém věku je téměř nemožné zhubnout
V mých letech neberu omezení a zákazy absolutně
V určitém omezování
Život bez cukru

Důvody jsou dostatečně vypovídající a není třeba je komentovat.

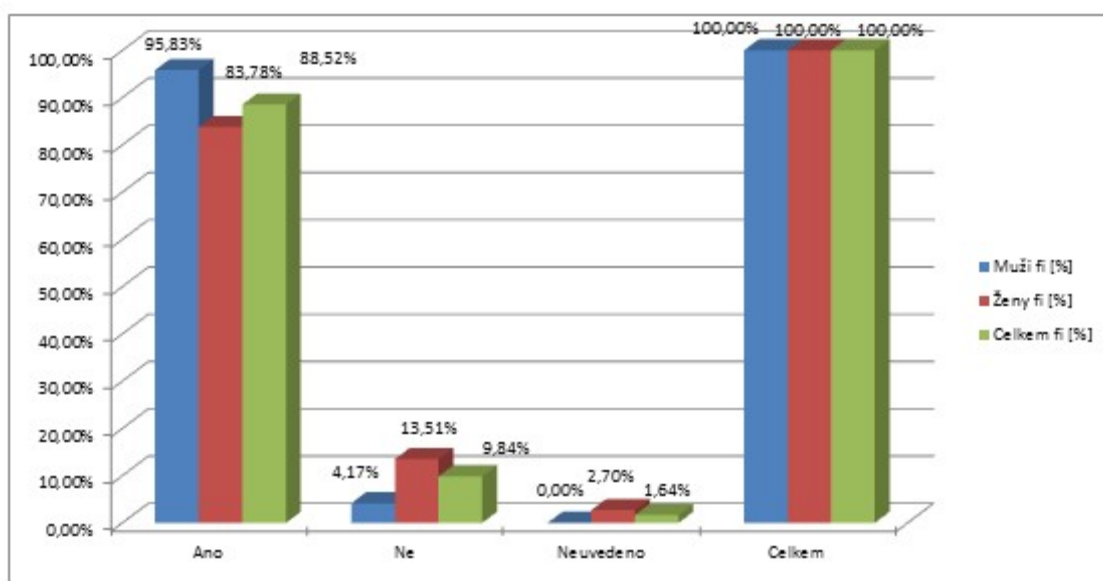
5) Dostatek informací od samého začátku

Na otázku: „Měl/a jste dostatek informací od samého začátku?“ 54 (88%) respondentů z celkového počtu 61 (100%) uvedlo „ano,“ 6 (10%) uvedlo „ne“ a 1 respondent (2%) na tuto otázku neodpověděl.

Tabulka č.6 Dostatek informací od samého začátku

Měl(a) jsem dostatek informací od samého začátku	Muži	Muži	Ženy	Ženy	Celkem	Celkem
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Ano	23	95,83%	31	83,78%	54	88,52%
Ne	1	4,17%	5	13,51%	6	9,84%
Neuvedeno	0	0,00%	1	2,70%	1	1,64%
Celkem	24	100,00%	37	100,00%	61	100,00%

Graf č. 6 Dostatek informací od samého začátku



Z celkového počtu 24 (100%) mužů, kteří odpověděli, 23 mužů (96%) uvádí dostatek informací od samého začátku, 1 muž (4%) nikoliv; 12 mužů (50%) na otázku neodpovědělo.

Z celkového počtu 37 (100%) žen, které odpověděly, 31 žen (84%) uvádí dostatek informací od samého začátku, 6 žen (13%) nikoliv; 1 žena (3%) odpověď neuvédla.

Ve srovnání se ženami studovaného vzorku muži uvádějí vyšší míru dostatku informací od samého začátku.

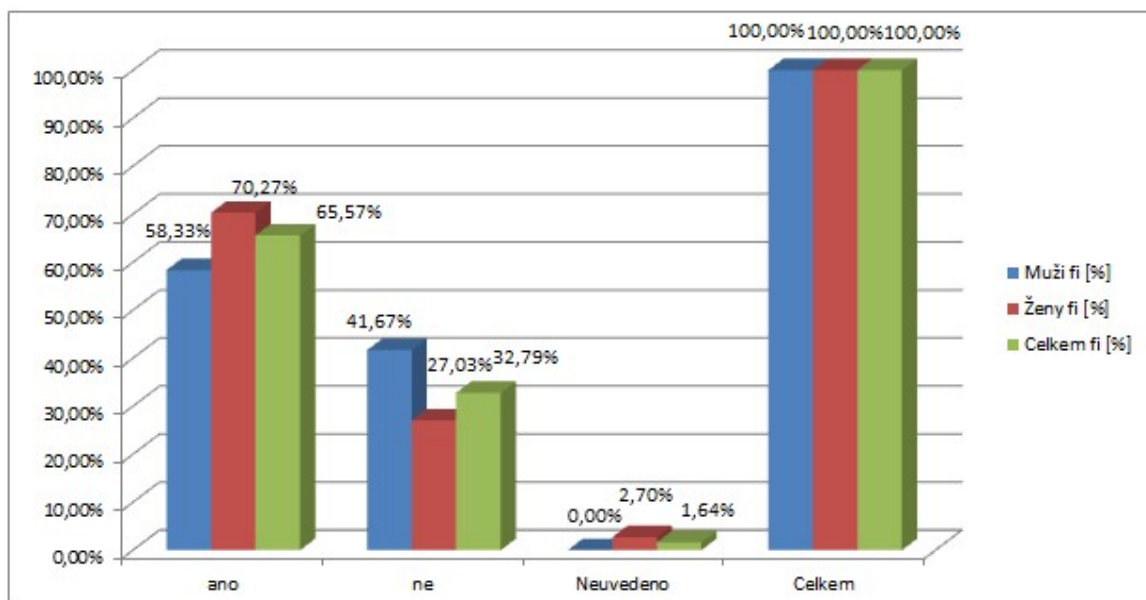
7) Přijetí nemoci se všemi omezeními

Respondenti odpovídali na otázku: Považujete se za člověka, který přijal nemoc se všemi omezeními? 40 (65%) respondentů z celkového počtu 61 (100%) uvedlo „ano,“ 20 (33%) uvedlo „ne“ a 1 respondent (2%) na tuto otázku neodpověděl.

Tabulka č.7 Přijetí nemoci se všemi omezeními

Přijal(a) jsem nemoc se všemi omezeními	Muži	Muži	Ženy	Ženy	Celkem	Celkem
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
ano	14	58,33%	26	70,27%	40	65,57%
ne	10	41,67%	10	27,03%	20	32,79%
Neuvedeno	0	0,00%	1	2,70%	1	1,64%
Celkem	24	100,00%	37	100,00%	61	100,00%

Graf č. 7 Přijetí nemoci se všemi omezeními



Z celkového počtu 24 (100%) mužů, kteří odpověděli, 14 (58%) uvádí „ano“, 10 (42%) „ne“.

Z celkového počtu 37 (100%) žen, které odpověděly, 26 žen (70%) uvádí „ano,“ 10 žen (27%) „ne“ a 1 žena (3%) odpověď neuvedla.

Míra přijetí nemoci se všemi omezeními je u mužů nižší než u žen.

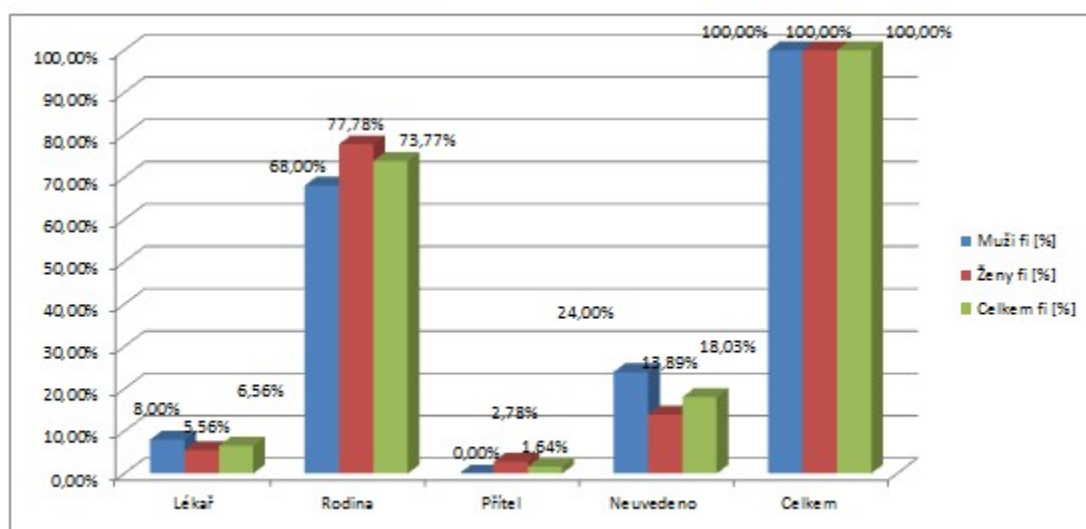
8) Blízký člověk, kterému se lze svěřit ohledně diabetu

Respondenti odpovídali na otázku: Máte člověka, kterému se můžete svěřit s potížemi ohledně diabetu?

Tabulka č.8 Blízký člověk, kterému mohu svěřit

Blízký člověk, kterému se mohu svěřit	Muži		Ženy		Celkem	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Lékař	2	8,00%	2	5,56%	4	6,56%
Rodina	17	68,00%	28	77,78%	45	73,77%
Přítel	0	0,00%	1	2,78%	1	1,64%
Neuvedeno	6	24,00%	5	13,89%	11	18,03%
Celkem	25	100,00%	36	100,00%	61	100,00%

Graf č. 8 Blízký člověk, kterému se mohu svěřit



Z celkového počtu 61 respondentů odpovědělo 50 respondentů (82%), že mají blízkého člověka, kterému se mohou svěřit ohledně diabetu. Z toho 45 respondentů (74%) uvádí rodinné příslušníky, 4 respondenti (7%) lékaře, 1 respondent (2%) přítele.

Ženy častěji než muži (78% versus 68%) uvádějí blízkého člověka v rodině. Na druhé straně muži častěji než ženy (8% versus 6%) uvádějí jako blízkého člověka lékaře.

9) Účast a morální opora lékaře

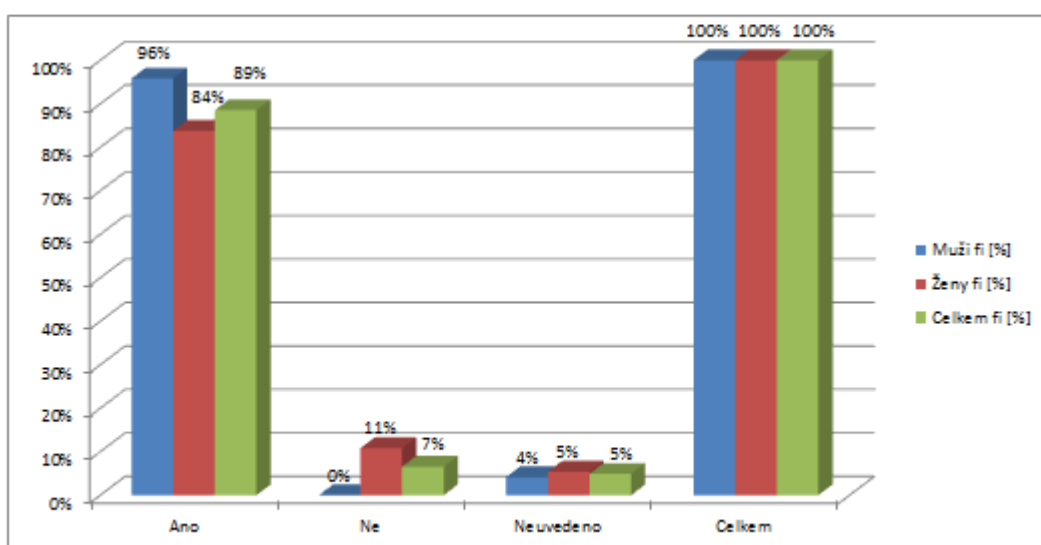
Respondenti odpovídali na otázku:

Cítíte u ošetřujícího lékaře kromě odborného vedení, také účast a morální oporu?

Tabulka č.9 Účast a morální opora lékaře

Účast a morální opora lékaře	Muži		Ženy		Celkem	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Ano	23	95,83%	31	83,78%	54	88,52%
Ne	0	0,00%	4	10,81%	4	6,56%
Neuvedeno	1	4,17%	2	5,41%	3	4,92%
Celkem	24	100,00%	37	100,00%	61	100,00%

Graf č. 9 Účast a morální opora lékaře



Z celkového počtu 61 odpovědělo 58 (95%) respondentů, z toho 23 mužů a 35 žen. Morální podporu lékaře cítí 54 (89%) respondentů, z toho 23 mužů (96%) a 31 žen (84%); 4 ženy (11%) morální oporu ze strany lékaře necítí - důvod uveden pouze v jednom případě: nenutit zhubnout za každou cenu. Muži častěji než ženy (96% versus 84%) uváděli účast a morální oporu lékaře.

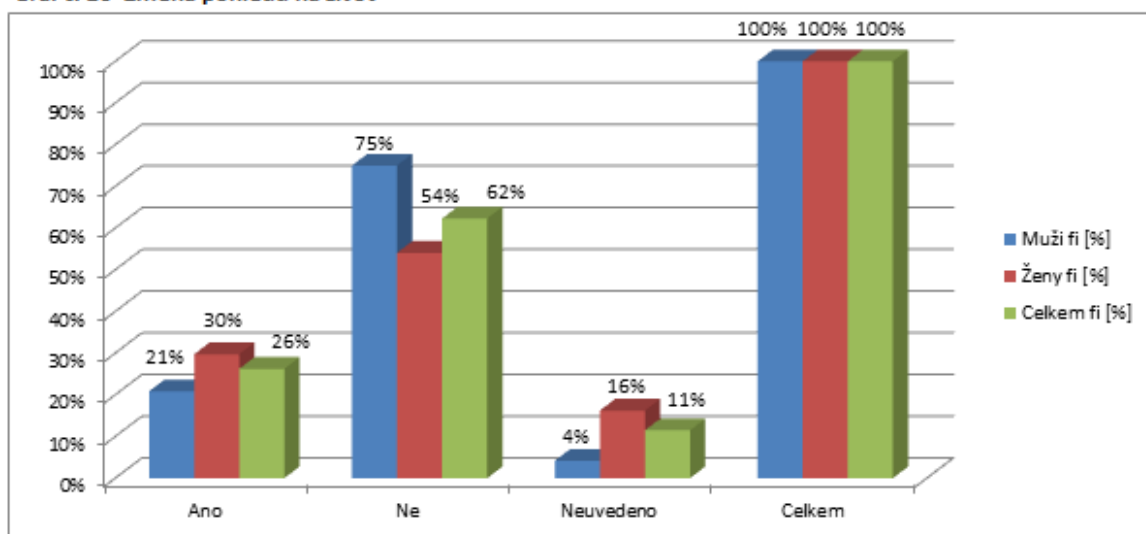
10) Změna pohledu na život

Respondenti odpovídali na otázku: Změnila nemoc váš pohled na život?

Tabulka č.10 Změna pohledu na život

Změna pohledu na život	Muži		Ženy		Celkem	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Ano	5	20,83%	11	29,73%	16	26,23%
Ne	18	75,00%	20	54,05%	38	62,30%
Neuvedeno	1	4,17%	6	16,22%	7	11,48%
Celkem	24	100,00%	37	100,00%	61	100,00%

Graf č. 10 Změna pohledu na život



Z celkového počtu 61 odpovědělo 54 respondentů (88%), z toho 23 mužů a 31 žen. Změnu pohledu na život uvádí 16 respondentů (26%), z toho 5 mužů (21%) a 11 žen (30%). Ženy častěji než muži (30% versus 21%) uvádí změnu pohledu na život.

Níže jsou citovány důvody respondentů, které změnil jejich pohled na život.

dieta
Musím opravdu přemýšlet, co mohu a co ne
Nemohu dělat to, co dříve, více si vážím zdraví a života
Nutno dodržovat režim
Omezování ve stravování
Omezení v životě
Smrtelnost člověka
Vadí, že nemohu chodit
Vážím si zdraví
Větší sebekontrola
Vhodné stravování, pohyb
Víc si vážím života
Změna hodnot, nutnost změny životního stylu
Životospráva

11) Nemoc přinesla také něco pozitivního

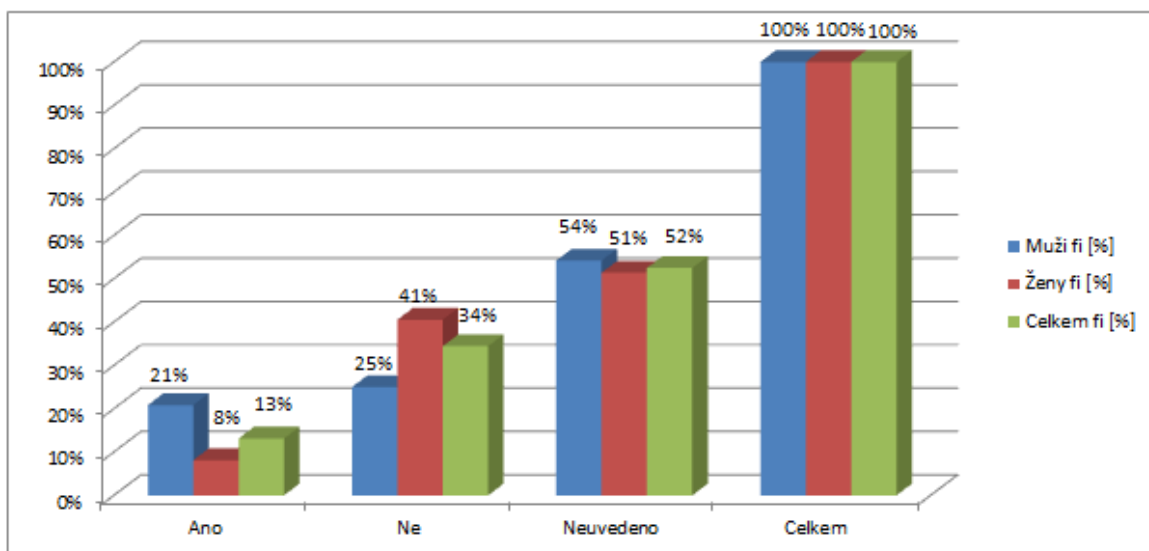
Respondenti odpovídali na otázku:

Domníváte se, že Vám nemoc přinesla i něco pozitivního?

Tabulka č.11 Nemoc přinesla také něco pozitivního

Nemoc přinesla také něco pozitivního	Muži		Ženy		Celkem	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Ano	5	20,83%	3	8,11%	8	13,11%
Ne	6	25,00%	15	40,54%	21	34,43%
Neuvedeno	13	54,17%	19	51,35%	32	52,46%
Celkem	24	100,00%	37	100,00%	61	100,00%

Graf č. 11 Nemoc přinesla také něco pozitivního



Z celkového počtu 61 odpovědělo 29 respondentů (48%), z toho 11 mužů a 18 žen. Celkem 8 respondentů (13%) uvádí, že jim nemoc přinesla také něco pozitivního, z toho 5 mužů (21%) a 3 ženy (8%). Muži častěji než ženy (21% versus 8%) uvádí, že jim nemoc přinesla také něco pozitivního.

Níže jsou uvedena citovaná pozitiva.

Celkové zlepšení životosprávy
Hubnutí, cítím se lépe
Lepší životní styl
Pohyb
Úbytek hmotnosti
Úprava jídelníčku, snížení váhy
Změna hodnot a změna životního stylu
Že je možné své výsledky udržet

12) Strach, deprese a/nebo úzkosti

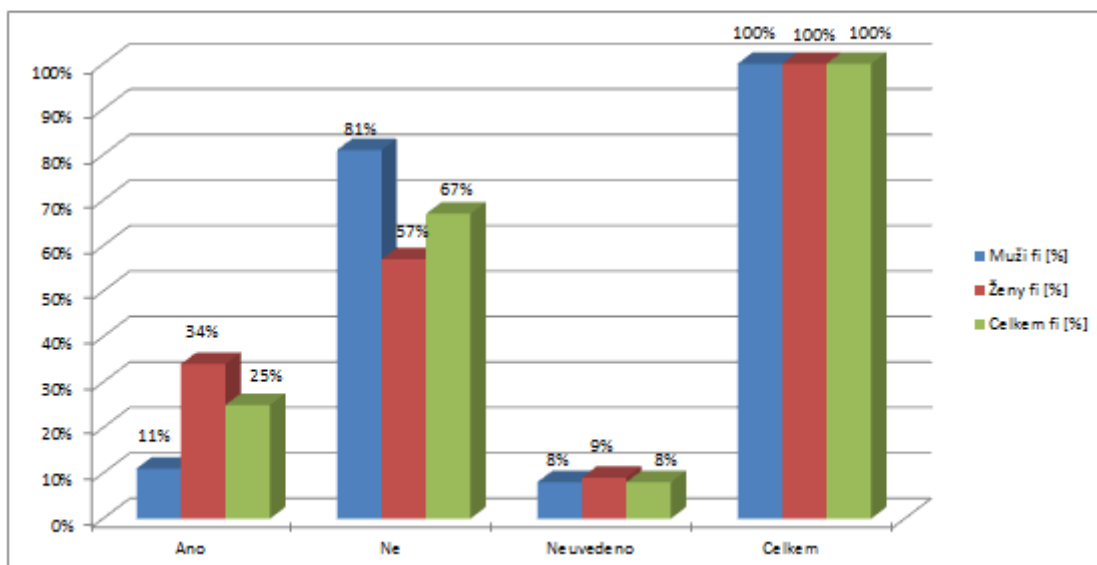
Respondenti odpovídali na otázku:

Součástí nemoci může být deprese, strach a různé úzkosti. Platí to i u vás?

Tabulka č.12 Strach, deprese a/nebo úzkosti

Součástí nemoci může být strach, deprese a/nebo úzkost	Muži		Ženy		Celkem	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Ano	3	11,54%	12	34,29%	15	24,59%
Ne	21	80,77%	20	57,14%	41	67,21%
Neuvedeno	2	7,69%	3	8,57%	5	8,20%
Celkem	26	100,00%	35	100,00%	61	100,00%

Graf č. 12 Strach, deprese a/nebo úzkosti



Z celkového počtu 61 odpovědělo 56 respondentů (92%), z toho 24 mužů a 32 žen. 15 (25%) respondentů uvádí, že jim nemoc přinesla také strach, úzkost či deprese, z toho 3 muži (11%) a 12 žen (34%). Ženy častěji než muži (34% versus 11%) uvádějí strach, deprese a/nebo úzkosti.

Níže jsou citovány způsoby, jak se respondenti s depresemi, strachem či úzkostmi vyrovnávají.

Komunikace
Okamžitě měřím glykemií
Po srdeční zástavě deprese, po medikaci OK
Pobyt na chalupě
Promluvit si s lékařem, případně jiným diabetikem
Rodina ji často navštěvuje
Snaha jim předejít
Snažím se to brát optimisticky a tolik se tím netrápít

13) Doporučení pro nové diabetiky

Respondenti odpovídali na otázku: Máte možnost shrnout do jedné věty doporučení pro právě diagnostikovaného diabetika.

Níže jsou citována doporučení respondentů:

At' si každý hledí svého.
Brát léky podle doporučení lékaře.
Brát nemoc jako skutečnost a řídit se pokyny lékaře.
Brát vše s humorem, protože s tím stejně nic nezmůžete.
Dbát alespoň převážně doporučení lékaře.
Dieta, pohyb, dobrá psychika.
Dobře se informovat a informovat i blízké a žít zdravě.
Dodržovat dietní opatření.
Dodržovat dietu.
Dodržovat pokyny lékaře.
Dodržovat pravidla.
Dodržovat rady lékaře.
Dodržovat režim stanovený lékařem.
Dodržujte rady ošetřujícího lékaře.
Držte dietu a pohyb.
Důležitá je podpora rodiny, nutno začít držet dietu a pohyb.
Důvěra k lékaři a dodržovat jeho doporučení.
Hlídat si cukr. Nepřidělejte si více problémů než máte.
Jsou horší nemoci. Například lidi, co jsou na vozíku.
Kázeň, zodpovědný přístup a spolupráce s lékařem.
Když je člověk mladý, aby držel dietu a u starých jako já na tom tak nezáleží.
Klid, dieta, sledovat otoky nohou.
Musí bojovat, vydržet.
Nelamte si s tím hlavu, život jde dál a žít se musí, jak to jde a jak se musí.
Nepodléhat panice, diabetes není rakovina.
Nevím.
Poslouchat lékaře.
Poslouchat lékaře a dodržovat dietní režim.
Poslouchat lékaře, plnit doporučení.
Poslouchejte rady lékaře.
Respektovat doporučení lékařů.
Řídit se radou lékaře a dodržovat doporučenou dietu
S prominutím, nežer tolik a poslouchej lékaře.
S touto nemocí se dá žít, musí to brát tak, jak to je. Dodržujte dietu.
Smět o nemoci mluvit.
Stálé odfrkání toho, na co má člověk chuť a chodit na pravidelné procházky.
Vše se dá zvládnout.
Všechno špatné je pro něco dobré.
Získat informace a dodržovat pravidelný režim.
Změnit životní styl.
Žádné.
Žít v klidu a pohodě, nepodléhat obavám, ale dodržovat doporučení k léčbě.

Život jde dál.

Tato doporučení jsou dostatečně výmluvná a není třeba je dále komentovat, neboť vychází ze zkušeností samotných diabetiků, kteří se s nemocí potýkají denně.

DISKUSE

Hlavním cílem práce bylo zjištění dopadů chronického onemocnění – diabetu mellitu na psychiku pacienta a co negativního se promítá do jejich života v souvislosti s nemocí. Podat přehlednou formou pohled a hodnocení situace ze strany samotných diabetiků. Cíl byl splněn prostřednictvím dílčích cílů, které jsou uvedeny níže. Prvním dílčím cílem bylo

zjištění pocitů při sdělení diagnózy. Nejčastější odpovědi respondentů dotazníkového šetření je pocit překvapení. Vyskytují se však odpovědi popisující pocity jako šokující či zraňující. Výsledky potvrzují předpoklad, že sdělení diagnózy je obtížná situace spojená s překvapením a stresem a zaslouží si pozornost. Diabetes mellitus nezačíná jako blesk z čistého nebe, má důležité a hlavně nepřehlédnutelné signály jako nevysvětlitelná únava, žízeň, časté močení, špatné hojení ran, suchost kůže a další. Tyto potíže se projevují minimálně dva roky před jasným projevem, že není něco v pořádku, že bez rady lékaře to už nepůjde. Jak je možné, že si těchto projevů lidé nevšimnou? Proč k lékaři nepřijdou dříve? Proč si nevšimnou časté únavy, vyčerpání, žízně? Ano, diabetes mellitus je velmi zrádná nemoc. Zdánlivě dlouho se nic neděje a náhle stojí člověk před amputací, nebo se ráno probudí a vidí jen mlžný opar, což je znak diabetické retinopatie. Bohužel, ono se totiž něco dělo, jen pacient o tom nevěděl, nevěnoval pozornost příznakům, které jsou velmi nebezpečné a je třeba je zavčas řešit. Proto ve své práci kladu důraz na edukaci pacientů a jejich informovanost v souladu s doporučením Moniky Laštůvkové, absolventky lékařské fakulty v Hradci Králové v její práci „Kvalita života u pacientů s diabetes mellitus 2. typu“.

Je důležité najít způsob, jak pacienty nenásilnou formou a bez zbytečného stresu upozornit na příznaky této choroby. Je to balancování na hraně. Neznalost a ignorování příznaků totiž vede ke vzniku a rozvoji komplikací diabetu mellitu, přílišné poučování a mentorování však může vést k depresím, úzkostem a strachu, které opět vedou k dekompenzaci a následným komplikacím diabetu mellitu.

Na diabetické komplikace upozorňuje ve své práci „Výskyt komplikací u pacientů s diabetes mellitus“ Kristýna Korytenská, absolventka 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Monika Laštůvková ve své práci „Kvalita života u pacientů s diabetes mellitus 2. typu“ uvádí příklad pacienta, který přišel o nohu a doporučuje v tomto případě psychologickou první pomoc. Sama jsem v rámci svého výzkumu hovořila s pacientem, který během jednoho roku přišel o obě nohy. V takto těžkém případě je důležitá psychologická první pomoc, neboť zde se nemoc projevila velmi tvrdě a náhle. Je velmi důležité, aby lidé věděli, kam se mohou obrátit, včetně možnosti konzultace s psychologem. V diabetologických ordinacích by měl být zřetelný kontakt na psychologa, na kterého se mohou pacienti kdykoliv obrátit.

Druhým dílčím cílem bylo zjištění, zda pacienti dokázali přijmout nemoc se všemi omezeními. Práce podává přehled výsledků dotazníkového šetření, ukazuje se, že 66 % respondentů přijímá nemoc se všemi omezeními. 33 % nikoliv. To znamená, že jedna třetina dotazovaných, nepřijímá nemoc se všemi omezeními. Ze srovnání odpovědí mužů a žen, že míra přijetí nemoci se všemi omezeními je nižší u mužů než je tomu u žen. To může být způsobeno celou řadou příčin, které nebyly předmětem zkoumání této práce. Zcela jistě by si zasloužily pozornost při dalším zkoumání.

Třetím dílčím cílem bylo odhalit, zda nemocní mají blízkou osobu, které se mohou svěřit a kdo to je? Výsledky dotazníkového šetření potvrzují důležitost blízkého člověka, se kterým pacienti mohou o své nemoci mluvit. Téměř v každém dotazníku respondenti uvádějí někoho z rodiny či rodinu jako takovou. Častěji ženy uvádějí blízkého člověka v rodině, na druhém místě se umístil lékař, což uvádějí častěji muži. Stejný poznatek potvrzuje také Monika Laštůvková z lékařské fakulty v Hradci Králové, která ve své práci „Kvalita života

u pacientů s diabetes mellitus 2. typu“ dokládá důležitost rodiny pro diabetiky prvního i druhého typu. Souhlasím s jejím názorem, že dobře fungující rodina nezřídka může nahradit psychologa. Někdy samotný psycholog nedokáže to, co blízcí lidé, na kterých nám záleží. Výsledky mého dotazníkového šetření souhlasí se závěry Petry Tkadlecové, která ve své práci „Kvalita života vybraných skupin klientů s diabetem mellitem“ potvrzuje existenci příznaků deprese a úzkosti, které spolu s dalšími psychosociálními problémy ovlivňují kompenzaci diabetu. Odpovědi jako strach z komplikací, strach z dalších zdravotních problémů, strach z amputace, lítost, či nespokojenost s různými omezeními jsou toho důkazem.

Čtvrtým dílčím cílem bylo, že respondenti odpovídali na otázku, zda je lékař dostatečnou morální oporou a zda projevuje dostatečnou účast. 89 respondentů odpovědělo ano. 7 % respondentů odpovědělo ne, to znamená, že morální oporu ze strany lékaře necítí. Důvod je uveden pouze v jednom případě. Muži častěji než ženy uvádějí morální oporu lékaře. Výsledky dokumentují vztah a důvěru pacientů k lékaři. Odpovědi jsou na jedné straně oceněním práce lékařů, na druhé straně se ukazuje, že je zde prostor pro zlepšení vzájemné komunikace mezi pacientem a lékařem.

Pátým dílčím cílem bylo zjištění, zda nemoc přinesla také něco pozitivního. 13 % celkového počtu respondentů překvapivě uvádí, že ano. Muži častěji než ženy uvádí kladnou odpověď. Jako pozitivní je uváděno zlepšení životosprávy, úbytek hmotnosti, úprava jídelníčku a nebo zavedení pohybového režimu. Také Ilona Nováková ve své práci „Hodnocení kvality života u pacientů s diabetem mellitem s rozdílnými způsoby aplikace inzulínu“ došla k závěru, že v některých oblastech nemoc skutečně zlepšila kvalitu života pacientů.

Posledním dílčím cílem bylo nalezení stručného a výstižného poselství diabetiků pro nově diagnostikované pacienty. Samotní diabetici kladou velký důraz na důsledné dodržování diety, rad a doporučení lékaře. To je ostatně jejich nejčastěji zmiňované doporučení pro nově diagnostikované diabetiky.

Jak jednoduché, moudré a zároveň náročné ...

ZÁVĚR

Práce splnila hlavní cíl a všechny dílčí cíle, které vedli k jeho naplnění. Nejdůležitější výsledky dotazníkového šetření mé bakalářské práce je možné shrnout do několika vět.

Diagnózu nemoci sděluje lékař, pouze výjimečně je to někdo jiný. Sdělení diagnózy je více překvapivé pro muže než pro ženy. Některé ženy sdělení, že jsou nemocné, velice

zranilo naopak u mužů, pocit zranění chybí. Přesto se ženy s nemocí vyrovnávají lépe než muži. Souvislost schopnosti přijmout diagnózu s věkem respondentů nebyla prokázána.

V práci jsou uvedeny důvody, proč bylo obtížné přijmout diagnózu a z jakých důvodů nebylo onemocnění akceptováno. Míra přijetí diagnózy včetně všech omezení je vyšší u žen, než u mužů.

Co se týče informovanosti, většina respondentů měla dostatek informací od samého začátku a v průběhu času si informace doplňují nejčastěji u lékaře a na internetu.

Všichni respondenti mají blízkého člověka, kterému se mohou svěřit s obtížemi, které nemoc přináší. Převážně je to někdo z rodiny, výjimečně se objevuje sdělení, že v rodině není dostatek ohleduplnosti. V práci jsou uvedeny příklady, jak se rodina zajímá o své nemocné blízké. Lékaři poskytují dostatek účasti a morální opory, téměř všichni respondenti jsou v tomto ohledu spokojeni. V jednom případě jsou lékaři obviněni z profesionální deformace, také se ale objevují v pozici blízkého člověka, kterému se respondenti mohou svěřit.

Většina respondentů sdělila diagnózu lidem mimo vlastní rodinu – přátelům, známým, kolegům v práci. V ojedinělých případech respondenti nevidí důvod, proč by se o nemoci měli šířit.

Pohled na život změnila nemoc většinou ženám než mužům – v práci jsou uvedeny důvody.

V souvislosti s nemocí se vyskytují deprese, které by ráda většina respondentů řešila komunikací, popovídáním a svěřením se s problémy. Je pro ně důležité, aby je někdo vyslechnul. V jednom případě se respondent s depresemi nedokáže vyrovnat, často pláče a vzpomíná na manželku.

Diabetes mellitus je nemoc celoživotní, přináší mnoho omezení, přesto se však našlo několik respondentů, kteří uvedli, že jim nemoc přinesla i něco pozitivního. Nejčastěji uvádějí zhubnutí, změnu jídelníčku a pohyb.

Jako poselství pro nové diabetiky se nejčastěji objevuje rada poslouchat lékaře a dodržovat dietu.

Diabetes mellitus není jednotné onemocnění. Léčba vyplývá z toho, o jaký typ diabetu se jedná. Základní strategií léčby je změna životního stylu zahrnující dietní opatření, zvýšenou fyzickou aktivitu a edukaci pacienta a v případě potřeby i edukaci příbuzných. Diabetes mellitus prvního typu se léčí inzulínem a diabetes mellitus druhého typu snižováním tělesné hmotnosti a režimovými opatřeními a pokud se nedosáhne optimální metabolické kompenzace přidávají se perorální antidiabetika, kombinace antidiabetik a po vyčerpání jejich účinku se přidává inzulín. Od doby, co byl vynalezen inzulín a později perorální antidiabetika, uplynulo téměř sto let, vývoj velmi pokročil, svět se změnil, lidé dávno zapomněli, že diabetes býval neléčitelnou smrtelnou nemocí. Diabetici jsou dnes nešťastní z injekcí, omezení, diety, nebo že se dokonce musí více hýbat. Nikdo už neví, že před sto lety žili lidé, kteří by se rádi podřídili omezením, jen aby mohli žít. Aby nemoc měla co nejmenší dopady na člověka je důležité, aby si každý pacient vybral na své životní dráze, takové průvodce, kteří povznesou jeho srdce a mysl, kteří ho povzbudí a rozveselí. S diabetem mellitus se celkem dobře přežívá a při dobrém vedení se může úplně všechno. Život s diabetem mellitus nemusí být pouhé přežívání ale plnohodnotný život samozřejmě při nastavení a dodržování základních pravidel životosprávy a to stojí za to.

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

Česká literatura

1. BÁRTOVÁ, Jarmila. *Patologie pro bakaláře*. 4. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2004. ISBN 80-246-0794-8.
2. DAHLKE, Rüdiger. *Mandaly světa: kniha meditací a malování*. Praha: Pragma, 1999. ISBN 80-7205-605-0.
3. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007.

ISBN 978-80-247-2150-7.

4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4774-3.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2362-4.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-726-8.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
10. LEBL, Jan. *Abeceda diabetu: příručka pro děti, mladé dospělé a jejich rodiče*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-86-1.
11. MELLANOVÁ, Alena, ČECHOVÁ, Věra, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 5. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO, 2014. ISBN 80-7013-197-7.
12. PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ. *Diabetes mellitus: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-020-3.
13. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0068-9.
14. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Asertivitou proti stresu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1697-8.
15. PRAŠKO, Ján a Jana VYSKOČILOVÁ. *Vnucují se vám vzpomínky na děsivou událost?: jak překonat posttraumatickou stresovou poruchu: příručka pro klienty a blízké*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-275-9.
16. PSŮTKOVÁ, Zdeňka. *Doktor Inzulín*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1999. ISBN 80-7176-886-3.
17. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
18. SAVITRI, Ramaiah. *Diabetes*. 1. vyd. Praha: Alternativa, 2005. ISBN 80-85993-95-3.
19. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
20. *Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1978. ISSN 1210-8626. 1x ročně.
21. VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2032-9.

Internetové zdroje:

1. BLAŽKOVÁ, J. Traumaterapie. In *Terapie a rozvoj osobnosti*. Ústí nad Labem: [s.n.], 2012 [cit.2012-12-23]. Dostupné z <https://www.blazkova.net>
2. PIÑOS, M. Trauma a stres. In Mgr. Miroslav Piños, privátní psycholog. Bruntál: [s.n.] Dostupné z <https://www.pinos.cz/cv.html>

Bakalářské práce:

1. Laštůvková, Monika. *Kvalita života u pacientů s diabetem mellitus 2. typu*. Bakalářská práce. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. 2009. 116 s. Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová
2. Tkadlecová, Petra. *Kvalita života vybraných skupin klientů s diabetem mellitem*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta v Praze. 2014. 99 s. Vedoucí práce: PhDr. Hana Nikodemová
3. Nováková, Ilona. *Hodnocení kvality života u pacientů s DM s rozdílnými způsoby aplikace inzulínu*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta v Praze. 2012. 77 s. Vedoucí práce: Mgr. Jana Novotná
4. Korytenská, Kristýna. *Výskyt komplikací u pacientů s diabetem mellitus*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta v Praze. 2013. 78 s. Vedoucí práce: PhDr. Pavla Pavlíková

Anglická literatura

1. *American Diabetes Association complete guide to diabetes: the ultimate home diabetes reference*. 2nd ed. Alexandria, Va: American Diabetes Association, 1999. ISBN 1580400388.

Anglická literatura: online zdroje

1. DELAMATER, Alan M, Anna Maria PATIÑO-FERNÁNDEZ, Karen E SMITH a Jeanne BUBB. Measurement of diabetes stress in older children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Diabetes* [online]. 2013, **14**(1), 50-56 [cit. 2016-02-20]. DOI: 10.1111/j.1399-5448. 2012. 00894. x. ISSN 1399543x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-5448. 2012.00894. x>
2. GOIS, Carlos J., Ana C. FERRO, Ana L. SANTOS, Filomena P. SOUSA, Silvia R. OUAIGININ, Isabel DO CARMO a Antonio F. BARBOSA. Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation. *Acta Diabetologica* [online]. 2012, **49**(S1), 33-40 [cit. 2016-02-20]. DOI: 10.1007/s00592-010-0191-7. ISSN 0940-5429. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00592-010-0191-7>
3. HERMANN, N., B. KULZER, M. KRICHBAUM, T. KUBIAK a T. HAAK. How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia* [online]. 2006, **49**(3), 469-477 [cit. 2016-02-20]. DOI: 10.1007/s00125-005-0094-2. ISSN 0012-186x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00125-005-0094-2>

PŘÍLOHY

Příloha A: DOTAZNÍK

Vážené dámy a pánové,

dovoluji si Vás oslovit a požádat o laskavé vyplnění **dotazníku**. Tento dotazník je zcela anonymní. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely bakalářské práce s názvem:

Negativní dopady diabetu mellitu na psychosociální problematiku pacientů

Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnost odpovědi.

Předem děkuji za kompletní vyplnění tohoto dotazníku.

Miroslava Sokolová, DiS
bakalářské studium ošetrovatelství
1. lékařské fakulty UK v Praze

Dotazník

/prosím zaškrtněte dle skutečnosti, odpovídejte spontánně/

Jste muž:

Jste žena:

Váš věk:

1. Kdo vám diagnózu sdělil?

lékař

rodinný příslušník

někdo jiný, kdo

2. Bylo pro vás obtížné přijmout diagnózu?

ano

ne

Pokud ano, tak proč?.....
.....

3. Sdělení diagnózy bylo pro vás:

překvapující

šokující

zraňující

Jaké jiné pocity jste prožívala?.....
.....

4. Považujete sám sebe za člověka, který přijal/a nemoc se všemi omezeními?

Ano

ne

Pokud ano, tak kdy nastal ten moment.....
Pokud ne, tak s čím jste se nesrovnali?

5. Měl/a jste k dispozici dostatek informací od samého začátku

ano

ne

Pokud ne, sdělte, jaké informace vám chyběly.....
.....
Došlo od té doby ke zlepšení? Uveďte.....
.....

6. Kde si zjišťujete informace týkající se diabetu?

lékař

časopisy, noviny

diabetický klub

internet

Jinde, kde?.....

7. Máte člověka, kterému se můžete svěřit s potížemi ohledně diabetu?
 ano ne
 Pokud ano, kdo to je?
8. Sdělil/a jste svou diagnózu lidem ve své rodině?
 ano ne
9. Cítíte u ošetřujícího lékaře kromě odborného vedení, také účast a morální oporu?
 ano ne
 Pokud ne, co byste změnil/a?.....
10. Myslíte si, že má na vás ošetřující lékař dostatek času?
 ano ne
 Pokud ne, proč si to myslíte?
11. Cítíte oporu ve své rodině?
 Pokud ano, jak se opora projevuje?
- Pokud ne, co vám vadí?.....
12. Podporuje vás vaše rodina v dodržování diety?
 ano ne
13. Sdělil/a jste svou diagnózu lidem mimo vaši rodinu?
 ano ne
 Pokud ano, komu?
- Pokud ne, tak proč?.....
14. Změnila nemoc váš pohled na život?
 ano ne
 Pokud ano, jak změnila?.....

- Domníváte se, že vám nemoc přinesla něco pozitivního?.....
 Pokud ano, tak co?.....
15. Součástí nemoci může být deprese, strach a různé úzkosti. Platí to i u vás?
 ano ne
 Pokud ano, podařilo se vám najít způsob, jak se s tím vyrovnat?
- Uveďte.....

16. Máte možnost shrnout do jedné věty doporučení pro právě diagnostikovaného diabetika. Jaké doporučení by to bylo?.....

-

Příloha B: Žádost lékařce na diabetologickou ambulanci

ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Paní
MUDr. Jaroslava Dercová
Diabetologická ambulance
Rehabilitační nemocnice Beroun
Profesora Veselého 493
266 01 Beroun

Vážená paní doktorko Dercová,
jmenuji se Miroslava Sokolová, pracuji na akutním interním příjmu jako zdravotnický záchranář a současně studuji vysokou školu Karlovu univerzitu v Praze, obor všeobecná sestra. Píši bakalářskou práci na téma „Negativní dopady diabetu mellitu na psychosociální problematiku pacientů“.

Mám zájem oslovit klientky a klienty, kteří přicházejí do vaší ambulance. Jako techniku výzkumu jsem zvolila krátký dotazník.

Chtěla bych vás proto touto formou požádat o souhlas k provedení tohoto výzkumu na vašem pracovišti. Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit. Závěrečné výsledky budou prezentovány v bakalářské práci. Zároveň příkládám souhlas a dotazník, které budu předkládat jednotlivým účastníkům výzkumu.

Děkuji

21	JESSENIA a.s.
001	Rehabilitační nemocnice Beroun
271	diabetologická ambulance
	Prof. Veselého 493, 266 01 Beroun

Miroslava Sokolová, DiS
Zdravotnický záchranář
Akutní interní příjem

Příloha C: Žádost hlavní sestře Rehabilitační nemocnice v Berouně

ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Ilona Kupková
hlavní sestra
Rehabilitační nemocnice Beroun
Profesora Veselého
266 01 Beroun

Vážená paní Kupková,
jmenuji se Miroslava Sokolová, pracuji na akutním interním příjmu jako zdravotní záchranář a současně studuji vysokou školu Karlovu univerzitu v Praze, obor všeobecná sestra. Píši bakalářskou práci na téma „Negativní dopady diabetu mellitu na psychosociální problematiku pacientů“.

Mám zájem oslovit klientky a klienty, kteří přicházejí do ambulance MUDr. Jaroslava Dercové, kolegy, případně klienty, klientky, kteří jsou hospitalizováni v Rehabilitační nemocnici Beroun. Jako techniku výzkumu jsem zvolila krátký dotazník.

Chtěla bych vás proto touto formou požádat o souhlas k provedení tohoto výzkumu na vašem uvedeném pracovišti. Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit. Závěrečné výsledky budou prezentovány v bakalářské práci. Zároveň přikládám souhlas a dotazník, které budu předkládat jednotlivým účastníkům výzkumu.

Děkuji

JESSENIA a.s.,
Rehabilitační nemocnice Beroun
Prof. Veselého 493, 266 56 Beroun 3
tel: 311 745 274 fax: 311 623 926
IČ: 26752051, DIČ: CZ699004146

Miroslava Sokolová, D
Zdravotnický záchranář
Akutní interní příjem

Příloha D: Žádost lékaři na diabetologickou ambulanci

Pan
MUDr. Tomáš Krystl
Diabetologická ambulance
Masarykova 62
Plzeň – Doubravka
301 00

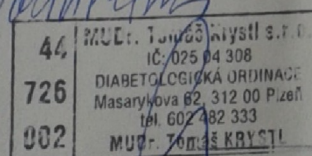
Vážený pane doktore Krystle,

jmenuji se Miroslava Sokolová, pracuji na akutním interním příjmu jako zdravotnický záchranář a současně studuji vysokou školu Karlovu univerzitu v Praze, obor všeobecná sestra. Píši bakalářskou práci na téma „Negativní dopady diabetu mellitu na psychosociální problematiku pacientů“.

Mám zájem oslovit klientky a klienty, kteří přicházejí do vaší ambulance. Jako techniku výzkumu jsem zvolila krátký dotazník.

Chtěla bych vás proto touto formou požádat o souhlas k provedení tohoto výzkumu na vašem pracovišti. Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit. Závěrečné výsledky budou prezentovány v bakalářské práci. Zároveň příkládám souhlas a dotazník, které budu předkládat jednotlivým účastníkům výzkumu.

Děkuji



Miroslava Sokolová, D

Příloha E: Žádost pacientům (je součástí dotazníku)

Vážené dámy, vážení pánové,

dovoluji si Vás oslovit a požádat o laskavé vyplnění dotazníku. Tento dotazník je zcela anonymní. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely bakalářské práce s názvem:

Negativní dopady diabetu mellitu na psychosociální problematiku pacientů

Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnost odpovědi.

Předem děkuji za kompletní vyplnění tohoto dotazníku.

Miroslava Sokolová, DiS
bakalářské studium
ošetřovatelství
1. lékařské fakulty UK v Praze

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP nebo cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis
--------------------------------------	---	------------------------------	-------	--------
