

OBSAH

1.	DM 2.typ	5
1.1.	Somatické příznaky diabetu 2. typu	5
1.2.	Rizikové faktory pro vznik DM 2.typu	6
1.3.	Výskyt diabetu 2. typu	7
1.4.	Reakce pacientů na vznik onemocnění	8
2.	Nadváha a obezita jako rizikový faktor vzniku DM 2.typu	13
2.1.	BMI	14
2.2.	Nadváha, obezita a diabetes	15
2.3.	Teorie vzniku obezity	15
3.	Léčba DM 2.typu a nadváhy /obezity	18
3.1.	Nefarmakologická léčba	19
3.2.	Farmakologická léčba	25
3.3.	Chirurgická léčba	26
3.4.	Léčba inzulinem	26
3.5.	Compliance, adherence u pacientů s DM 2.typu	29
4.	Jídelní chování pacientů s DM 2.typu	33
4.1.	Nedostatky ve stravovacím chování a změna jídelního chování	34
4.2.	Hlad a reakce na nasycení	35
4.3.	Vliv sebehodnocení na jídelní chování pacientů s DM 2.typu	36
4.4.	Poruchy příjmu potravy ve spojení s DM2.typu	36
4.5.	Sociální aspekty jídelního chování u lidí s DM 2.typu	37
4.6.	Vliv věku, pohlaví a váhy na jídelní chování pacientů s DM 2.typu	39
4.7.	Jídelní chování z hlediska pravidelnosti a počtu podávaných jídel	41
5.	jídelní preference u pacientů s DM 2.typu	42
5.1.	Preference a averze	42
5.2.	Preference některých potravin či nápojů	43
6.	Kvalita života v souvislosti se zdravím u pacientů s DM 2.typu	46
6.1.	Kvalita života z hlediska zdraví (HRQoL) u pacientů s DM 2.typ	46
6.2.	DM 2.typ a well-being	48
7.	Vlastní výzkum	50
7.1.	Výzkumné cíle	50
7.2.	Výzkumný vzorek	50
7.3.	Použité metody sběru dat	55
7.4.	Použité metody vyhodnocení dat	59
7.5.	Interpretace výsledků	59
8.	Diskuse	75

1. DM 2.TYP

Diabetes mellitus 2. typu patří k chronickým onemocněním. „Diabetes je komplexním onemocněním, které se netýká pouze tělesných symptomů, ale vyznačuje se častým a významným dopadem v oblasti psychické, sociální, rodinných i jiných vztahů a v neposlední řadě i oblasti pracovní a ekonomické“ (Hrachovinová, 2007). Dané onemocnění klade na daného jednotlivce řadu nároků a povinností z hlediska toho, co daný jedinec může a co musí.

Na zmínky o onemocnění DM 2. typ můžeme narazit v záznamech z 6. stol. př.n.l. z Indie. Tehdejší lékaři rozeznávali dvě formy choroby, která se projevuje sladkou močí: jednu, při které se hubne a jednu, při níž je člověk obézní. Již tehdy byla tedy „cukrovka dávána do vztahu k obezitě“ (Svačina, Bretšnajderová, 2003, s. 7).

V 19. a 20. stol. se dostává onemocnění diabetes mellitus značné pozornosti a řada výzkumů posouvá kupředu možnosti léčby pacientů. Převratem v léčbě bylo izolování inzulínu v roce 1921 i vynález perorálních léků v roce 1955. V roce 1959 jsou popsány a odlišeny jednotlivé typy DM – typ 1 a typ 2 a odlišná léčba pro jednotlivé typy onemocnění. Vlivem nejrůznějších faktorů onemocnění DM 1. i 2. typu přibývá a nemoc je v řadě zemí vnímána jako oblast priority výzkumů nejen v oblasti medicínské, ale též v oblasti psychologické.

V rámci práce se zabývám skupinou pacientů s diabetes mellitus 2. typu, kteří nejsou léčeni podáváním inzulínu, tedy jsou na dietním režimu či perorálních antidiabetikách (PAD). Názory této skupiny pacientů na onemocnění se zabývaly ve svém výzkumu v Barceloně formou semi-strukturovaných rozhovorů s pacienty (n= 21) Fonsová, Pujolová, Sánchezová a kol. (2004). Ve výsledcích studie uvádějí, že pacienti s DM 2. typu obecně vidí onemocnění DM 2. typu neléčené inzulínem následovně:

- DM 2. typu je sociálně přijatelné onemocnění
- Pacienti s DM 2. typu neléčení inzulínem se cítí být „slabšími diabetiky“ než DM 2. typu inzulínoví pacienti
- Jako nejhorší ztrátu v souvislosti s onemocněním uvádějí pacienti s DM 2. typu omezení v jídlu (nemožnost jíst některé druhy potravin)
- Pacienti s DM 2. typu velmi kladně hodnotí pomoc rodiny v boji s onemocněním, dále pomoc zdravotníků a celého léčebného týmu.

Diabetes je v současnosti častým chronickým onemocněním, které vede k vážným komplikacím a může významně ovlivnit kvalitu života nemocného a jeho délku života. V současné době léčba směřuje k prevenci a zachycení nemoci v raném stádiu ve snaze předejít pozdějším diabetickým komplikacím.

Já jsem práci zaměřila směrem k jídelním preferencím, jídelnímu chování a celkového vztahu k jídlu u skupiny pacientů s DM 2. typu.

1.1. SOMATICKÉ PŘÍZNAKY DIABETU 2. TYPU

Diabetes mellitus 2. typu představuje heterogenní skupinu onemocnění s velmi různě vyjádřenou poruchou sekrece inzulínu (k níž dochází pravděpodobně jiným způsobem než je autoimunita a proces nevede k úplné ztrátě B buněk) a inzulínovou rezistencí (poruchou citlivosti na inzulín). Ačkoli je inzulín v krvi přítomen, nevyvolává v buňkách patřičnou odpověď a je zapotřebí většího množství inzulínu k přenosu glukózy z krve do buněk. „Inzulínová rezistence ovlivňuje negativně metabolické účinky inzulínu v játrech a ve svalech, kde zabraňuje normálnímu vychytávání a zpracování glukózy po jídlu“ (Honka,

2005). K dodržení normálních hodnot glykémie je pak nutná vyšší hladina inzulínu v krvi (hyperinzulinismus). U DM 2. typu je zachována vlastní produkce inzulínu, a to do té míry, že je schopna kontrolovat metabolismus tuků a nedochází zde ke spontánnímu vzniku ketoacidózy a tedy ohrožení na životě pacienta (na rozdíl od diabetu prvního typu).

Rozvoj diabetu druhého typu může být zpočátku nenápadný a pozvolný a často je diagnostikován až s rozvojem diabetických komplikací.

V preklinické fázi onemocnění jsou pacienti normoglykemičtí, dochází u nich však k postupnému prohlubování inzulínové rezistence a zvyšování hyperglykemismu. Onemocnění může dlouho probíhat latentně, Pelikánová (2003) udává až 15 let. Ke zjištění nemoci pak dochází v souvislosti s rozvojem vaskulárních komplikací. V průběhu onemocnění dochází u většiny nemocných k prohlubování stupně diabetické poruchy. S postupem rozvoje sekrečního defektu dochází k poruše glukózové homeostázy a rozvoji manifestního diabetu. U pacientů se může v počátcích onemocnění „vyskytovat častá únava, opakované infekce, zejména plísňové, špatné hojení ran, apod.“ (Jirkovská, 2003).

Jako jeden z nejdůležitějších ukazatelů kompenzace onemocnění se používá měření hladiny glykovaného hemoglobinu, což je aktuální vážená míra hladiny glukózy v krvi za posledních 120 dní. Stálá malá navýšení v hladině glykovaného hemoglobinu významně zvyšují riziko hlavních komplikací diabetu.

Mezi typické komplikace DM 2. typ patří diabetická nefropatie (poškození ledvin), diabetická retinopatie (poškození očí), diabetická polyneuropatie (poškození nervů). Pozdní komplikace vznikají na základě změn malých cév (mikroangiopatie) při dlouhodobě neuspokojivé kompenzaci diabetu. Pozdní komplikace jsou blíže popsány v řadě publikací, rozsah a zaměření mé práce mi nedovoluje zabývat se jimi podrobněji.

1.2. RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK DM 2.TYPU

1.2.1. Genetické predispozice

Na vzniku DM 2. typu se podílejí genetické predispozice (nedědí se však onemocnění, nýbrž určité vlohy, které při působení dalších faktorů vedou ke vzniku choroby). Svačina a Bretšnajderová (2003) uvádějí, že cukrovka druhého typu je onemocnění výrazně dědičné. „Riziko DM 2. typu pro potomka dvou diabetiků je téměř 100% (a DM 2. typu vzniká o 10-15 let dříve než u rodičů), pro potomka jednoho diabetika a jednoho nediabetika 50% (Svačina, Bretšnajderová, 2003, s. 7).

Svačina a Bretšnajderová (2003) upozorňují na zjednodušená tvrzení, která dokládají, že rizikovým faktorem vzniku DM 2. typu je obezita. Autoři poukazují spíše na společnou genetickou příčinu a společný vývoj onemocnění DM 2. typu, obezity i vysokého krevního tlaku. Svačina dále upozorňuje na výzkumy Kaplana z 80. let (Svačina, Bretšnajderová, 2003) a jeho pojem „deadly quartet“, tedy hypertenze, cukrovka nepotřebující inzulín, obezita a hyperlipoproteinémie. V literatuře se dále setkáme s pojmem metabolický syndrom (neboli Reavenův syndrom, syndrom X, syndrom Nového světa, syndrom necitlivosti na inzulín). Primární příčinou metabolického syndromu je zděděná necitlivost na inzulín, k níž se v průběhu života přidružují hypertenze (ve středním věku), hypertriglyceridemie a DM 2. typu (stáří). Syndrom je dán převážně genetickou predispozicí, přičemž však může být významně modifikován vnějšími faktory.

1.2.2. Vnější rizikové faktory

Mezi další rizikové faktory se řadí obezita a její typ, vysoký krevní tlak, nedostatek pohybu, kouření, věk (se stoupajícím věkem přibývá lidí s diabetem), socioekonomický status

a životní styl. Výraznými rizikovými faktory mohou být i faktory psychologické jako např. stres či deprese.

1.3. VÝSKYT DIABETU 2. TYPU

1.3.1. Výskyt dle etnického rozložení

Dle údajů WHO žije dnes na světě 190 miliónů lidí s diagnózou diabetes mellitus, 90% nemocných tvoří lidé s diabetes mellitus druhého typu. Četnost výskytu onemocnění kolísá v rámci jednotlivých regionů na Zemi. Nejnižší výskyt diabetu druhého typu se uvádí v různých regionech např. na čínském venkově, v Indii, Dánsku (do 2%), naopak v nejvyšší míře se vyskytuje v populaci indiánů Pima (Svačina a Bretšnajderová, 2003, uvádějí 30%, Honka, 2005, uvádí 50%, Surwitt a Williams, 1996, 60%). Surwitt a Williams (1996) ukazují se, že Pima indiáni vykazují narušenou glykemickou odpověď na behaviorální distress ve srovnání s kavkazskou populací, ačkoli obě populace se neliší v glykemických odpovědích na příjem potravy. Rozdíly mohou být dány genetickým vybavením jednotlivých etnických skupin. „Některé skupiny jsou geneticky disponovány ke zvýšenému ukládání tuku a inzulínové rezistenci“ (Honka, 2005).

Rozdíly mezi jednotlivými skupinami lidí mohou být však též dány rozdílným přístupem k léčbě DM 2. typu a rozdílným přístupem ke zdravému životnímu stylu. Okosun a Dever (2002) ve své studii poukazují na rozdíly v „povědomí a přístupech a léčbě DM 2. typu“ u amerických pacientů bílé barvy pleti, černé barvy pleti a hispánského obyvatelstva. Ve studii ukazují, že nejmenší povědomí o léčbě a nejmenší snaha o celkové zlepšení se objevovala u příslušníků hispánského obyvatelstva (konkrétně u hispánských žen).

Odhady přibývání pacientů s DM naznačují, že v některých oblastech se počet nemocných v následujících 30 letech zvětší více než dvakrát. Dle současných odhadů nejvíce lidí s DM přibude v asijských zemích.

1.3.2. Výskyt dle věkových skupin

Diabetes mellitus druhého typu je ve většině případů diagnostikována po 40. roce věku a nejvyšší nárůst je u lidí mezi 60-70. rokem věku. Riziko DM 2. typ u jednotlivých věkových skupin nicméně udávají různí autoři různě v závislosti na zkoumané populaci. King a Revers (1993) udávají nejvyšší riziko vzniku DM 2. typ u lidí ve věku 60-70 let, poté riziko vzniku onemocnění dle daných autorů klesá. Ve finské studii (Tuomilehto a kol., 1986) se ukazuje nejvyšší riziko vzniku onemocnění ve věkové skupině 75-79 let a s poklesem rizika ve skupině 80-84 let starých lidí.

Současným trendem je „nárůst diabetu druhého typu v dětské populaci zejména v USA, kde tvoří 20% všech případů dětského diabetu“ (Honka, 2005). Diabetes mellitus druhého typu tedy přestává být výsadní doménou dospělých a postupně zasahuje i děti (ve věku 6- 11 let) a adolescenty (12-19 let). Vznik DM 2. typu v dětství a adolescenci souvisí se vzrůstajícím počtem obézních dětí a adolescentů, zejména v souvislosti s ukládáním tuku v abdominální oblasti u dětí. O výzkumech dětí s nadváhou referuje Novák (1977). Dle jeho studie 40% dětí, které měly nadváhu v 7 letech, zůstalo otylých i v dospělém věku. U dětí, které se přejídají v raném věku, může dle něj docházet k množení počtu tukových buněk. Dle Copelanda a kol. (2005) a jeho výzkumů americké populace je obezita u dětí a adolescentů závažnou epidemií napříč všemi socioekonomickými třídami, přesto se však zdá, že větší tendenci k obezitě mají děti původních obyvatel USA, dále černošského a hispánského obyvatelstva (viz též výzkumy Okosun, Dever, 2002). Rozlišení diabetu prvního a druhého

typu je v dětském a adolescentním věku důležité zejména pro stanovení přiměřené léčby, zejména k odvození potřebného množství inzulínu pro pacienty.

1.3.3. Výskyt dle pohlaví

Finucane a Popplewell (in Sinclair, Finucane, 2001) uvádějí, že diabetes byl dříve onemocněním častějším u žen než u mužů. V současnosti je již výskyt v rámci pohlaví vyrovnán, což autoři zdůvodňují zvýšenou detekcí DM u mužů a sníženou mortalitou mužů s onemocněním. Harris a kol. (1998) nenachází ve své studii DM 2. typu u americké populace rozdíl v četnosti mezi muži a ženami.

Rozdíly v četnosti komplikací diabetu mezi pohlavími nejsou významné, jen sexuální dysfunkce jsou popisovány častěji u mužů.

Co se týče vnímání onemocnění, autorky Coelho, Amorim a Prata (2003) ve svém výzkumu pacientů s DM 2. typu neléčených inzulínem (n = 123 pacientů) v Portugalsku naznačují u sledovaných žen s DM 2. typu neléčených inzulínem horší vnímanou kvalitu života než u sledovaných mužů s DM 2. typu neléčených inzulínem. Vysvětlují, že skupiny byly vyrovnány co se týče věku, socioekonomického statusu i komplikací a zdravotních problémů. Zároveň dokládají horší vnímanou kvalitu života i u žen z kontrolní skupiny (tedy bez DM).

1.4. REAKCE PACIENTŮ NA VZNIK ONEMOCNĚNÍ

Vznik DM 2. typu může být provázen různými reakcemi. Odlišně vnímá a přijímá pacient onemocnění v počátečním stadiu, odlišně zjistí-li se DM 2. typ až při rozvoji diabetických komplikací (onemocnění totiž může probíhat až 15 let latentně a zjistí se právě až při rozvoji vaskulárních komplikací).

Reakce pacienta na onemocnění DM 2. typu je dále ovlivněna řadou faktorů, např. typem osobnosti daného člověka, celkovou rodinnou situací či přístupem podpůrné sítě pacienta, zkušenostmi pacienta s lidmi s podobným onemocněním, dostatečnou edukací pacienta, zapojením pacienta do podpůrné skupiny lidí se stejnými problémy, apod. Autoři psychiatrické studie DM Koch a Molnar (1974) uvádějí, že jak se lidé s DM vyrovnávají s onemocněním a případnými stresy plynoucími z diagnózy DM, závisí na rysech jejich osobnosti před zjištěním diagnózy a na jejich životní situaci a „pohodě“ v době diagnózy onemocnění.

Je důležité připomenout, že i samotnými lékaři, zvláště pak však neodbornou veřejností, může být závažnost onemocnění pacientů s DM 2. typu zkreslována. Řada neuspokojivých reakcí na onemocnění též vzniká nedostatkem informací a strachem z neznáma, pocit vlastní nekompetentnosti v léčbě onemocnění a prvotní selhávání v nedodržování doporučeného režimu („Cukrovku sis zavinil sám.“ „Teď už to nespravíš.“ „Nejsi schopná ten režim dodržet, když jsi doteď nebyla schopná zhubnout.“).

Požadované přiměřené přijetí nemoci může být pro řadu pacientů s DM 2. typu obtížné i z důvodu, že se často jedná o pacienty, kteří mají nadváhu či obezitu, jídlo bývá jejich zálibou a fyzické aktivitě se po léta vyhýbají. Nařizení lékařů a odborníků, volající po dietě a pohybu, jsou tímto druhem pacientů vnímána jako maximalistická a neproveditelná. U řady labužníků je jídlo až jakýmsi smyslem či dokonce „drogou“, na některé pacienty působí anxyolyticky až antidepresivně, přináší jim radost a potěšení. Pro tyto pacienty je velmi obtížné přijetí nemoci a následné dodržování léčebného režimu.

Hrachovinová (2007) upozorňuje, že adaptace pacientů na onemocnění má několik rovin:

- rovinu psychologickou
- rovinu behaviorální

- rovinu sociální.

Tyto roviny mohou být u nemocného v souladu, mohou však jednotlivě vystupovat do popředí a takový pacient pak nemusí být čitelný z hlediska svého chování vůči onemocnění.

1.4.1. Stresové reakce při diagnóze onemocnění

Kromě stresů, jimž jsou lidé s diabetem vystavováni v běžném životě, pak dochází ke stresům, které plynou přímo z diagnózy diabetu. Křivohlavý (2001) referuje o vyšší míře tzv. těžkých životních zážitků (stressful life events) u lidí s DM než u lidí, kteří diabetes nemají. Tyto stresové zážitky souvisí s chováním lidí s DM a jejich compliancí, zejména dodržováním požadavků vztahu mezi příjmem a výdejem energie.

Komparativní studie DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs, 2005) ukazuje, že 82,5% respondentů (z celkového vzorku 5 104 respondentů z různých zemí světa) má počátky léčby onemocnění spojené s distresem (doprovázeným šokem, pocity viny, úzkostí, vztekem, beznadějí). Studie dále přináší informaci, že přestože je známá souvislost DM s prožívaným distresem a velké procento lidí s DM prožívá silný distres nejen v počátcích léčby, pouze malé části sledovaných osob byla poskytnuta psychologická pomoc a léčba do 5 let od zjištění nemoci.

Carillo a Vázquez (1994) ve své studii rozlišují následující druhy stresu související s diagnózou DM 2. typ:

- Stres plynoucí z režimu, který souvisí s léčbou diabetu. Lidé s DM 2. typu se musí vyrovnat se změnou stravovacích zvyklostí a celkového životního stylu, podřídit každodenní režim a plány požadavkům nemoci. Se změnou režimu také souvisí četné společenské tlaky a „lákadla“, kterým musí lidé s DM 2. typu najednou odolávat. Kořeny stresu zde souvisí se sociálním prožíváním onemocnění, s nálepkou nemoci a možným sociálním stigmatem s ní spojeným.
- Stres plynoucí z rozvoje diabetických komplikací, který souvisí s celkovými obavami z budoucnosti a ze zhoršení zdravotního stavu daných pacientů. Pacienti se mohou obávat zvýšené závislosti na ostatních, mívají strach z progresivní tendence komplikací.

1.4.2. Strategie vyrovnávání se s onemocněním

V počátečních stádiích nemoci může u pacientů docházet k řadě reakcí a před pacienty stojí úkol onemocnění přijmout a vyrovnat se s ním. V psychické kognitivní oblasti má DM 2. typ jako chronické onemocnění velký dopad na sebepojetí pacienta, na to, jak pacient sám sebe vidí a hodnotí. Záleží na stupni, s jakým je pacient schopen a ochoten vyrovnat se s onemocněním a jaké strategie k tomu používá. Dle Křivohlavého (2002) je nejvíce postižená identita pacienta. Ve snaze vyrovnání se s onemocněním může někdy pacient revidovat a přehodnotit mnohé z dosavadních hodnot a postojů, což Křivohlavý (2002, s. 131) popisuje jako „strategické přebudování vlastní identity“.

Mezi strategie a přístupy k onemocnění řadí Honzák, Hrachovinová a Jirkovská (2003) popření, úzkostné až hypochondrické reakce, depresivní reakce, reakce agresivní a reakce smlouvající. Já k těmto reakcím ještě přidávám částečné přijetí onemocnění u pacientů.

Přiměřené přijetí nemoci

Za optimální reakce se považuje přiměřené přijetí nemoci, kdy pacient přijímá nemoc do svého života a stává se odpovědným za kontrolu a léčbu onemocnění. Takový pacient se stává rovnocenným spoluhráčem lékaře v léčbě, léčbu a léčebný režim neignoruje, aktivně vyhledává informace o léčbě a snaží se aktivně předcházet diabetickým komplikacím.

Přiměřené přijetí nemoci u pacienta může být ovlivněno osobností pacienta. Do osobnosti se pak promítají pacientovy rysy, volní vlastnosti a motivace. Zde se nejspíše uplatňuje psychoterapeutický podpůrný přístup, který staví na pacientových kompetencích a posilování pacientových schopností přijmout zodpovědnost za své jednání. Přijetí může být ovlivněno dosavadní pacientovou zkušeností se sebou samým či s onemocněním. Do hry tedy vstupují copingové strategie pacienta při zvládání náročných životních situacích. Např. Obézní pacient, který již několikrát selhal ve snaze zhubnout, se může podceňovat a být kritický k vlastním schopnostem. Pacient, jehož rodiče zemřeli v relativně mladém věku kvůli komplikacím daného onemocnění může mít jiný přístup než pacient, jehož rodiče se s onemocněním dožili vysokého věku. Ve hře je dále přístup pacientova nejbližšího okolí a podpora rodiny v boji s režimem. Důležitá je i prvotní edukace a následně celoživotní vzdělávání v problematice.

Částečné přijetí

Smlouvající pacienti často svou nemoc, její rizika a léčebný režim přijímají pouze částečně. Takoví pacienti mívají hodně informací o onemocnění a na první pohled se mohou jevit jako plně spolupracující, režim však dodržují pouze částečně a upravují si ho dle potřeb.

K smlouvajícím pacientům jsem zařadila pacienty, kteří pravidelně z režimu vystupují vlivem různých vnějších událostí („O víkendu nejsem diabetik“ – pacient drží režim během týdne, o víkendu však režim nedodržuje, přičemž přes týden se opět srovnává, „Páteční hospody se nevzdám jen proto, že mám cukrovku“ – pacienti, kteří dodržují režim, avšak páteční večery pravidelně přicházejí domů z hospody ve stavu opilosti). Dále sem řadím pacienty, kteří nedodržují určitou část režimu, tedy např. dodržují dietní omezení, ale fyzicky jsou neaktivní. Do skupiny částečně přijímajících pacientů řadím i ty pacienty, kteří sice dodržují režimová opatření a jsou s nemocí smířeni, o své nemoci však ve svém širším okolí nereferují. Důvodem zde může být obava z přijetí onemocnění ostatními či třeba přeřazení na jiný typ pracovního místa v zaměstnání.

Popření

Popření je nevědomou psychickou obrannou reakcí, při níž pacienti jednotlivé skutečnosti, s nimiž se odmítají smířit, „nevidí“. DM 2.typ je chronickým onemocněním, u něhož pacienti často nevidí akutní ohrožení zdravotního stavu, neboť to se projevuje v řádu let. Popřením se často vyznačují právě pacienti, kteří nejsou na léčbě inzulínem, neboť své onemocnění nevnímají jako závažné. Fáze popření u nich tak může trvat řadu měsíců až roků, zvláště nevidí-li projevy diabetických komplikací jako upozorňující či „obtěžující“. Někteří pacienti pak přecházejí na léčebný režim až v souvislosti s rozvojem komplikací, jimž se však dalo včasnou kontrolou zabránit. Popírající tedy nebere naplno závažnost onemocnění a vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nepřiměřeně riskuje. Pacienti v této fáze se mohou

dostávat do sporů se svým okolím, neboť to se je snaží usměřňovat a připomínat režim, což leckdy pacient vnímá jako omezující a ponižující. Jelikož se jedná o nevědomý mechanismus, nejsou domlouvání, vyhrožování či prosby příliš účinné, většinou by se mělo stavět spíše na rozvíjení osobnosti pacienta a pracovat na jeho přijetí.

S popřením souvisí nedodržování předepsaného léčebného režimu. Takoví pacienti se často snaží různými technikami oklamat lékaře (např. před návštěvou lékaře po jídání potravin, které pomáhají snižovat hladinu cukru v krvi – citróny, grepy), aniž by si připustili, že vlastně škodí sami sobě.

Popření se u pacienta s DM 2. typu neléčeného inzulínem projevuje výroky typu : „Na něco se umřít musí.“ „Moje cukrovka je v pohodě, vždyť si nemusím píchat inzulín.“

Přehnané úzkostné až hypochondrické reakce

Dalším obranným mechanismem u DM 2. typu pacientů neléčených inzulínem mohou být přehnané úzkostné až hypochondrické reakce. Pacient si nemoc připouští až příliš a začne se o sebe starat až nadměrně. U pacienta se opět může jednat o nedostatek informací. Pacient může ulpívat na detailech, aniž by přístup k onemocnění řešil komplexně. Úzkostné reakce a permanentní úzkost navíc vedou ke zhoršení kvality života a prostřednictvím stresových mechanismů i ke zhoršování prvotního onemocnění.

Pacientům s úzkostnými stavy se jako účinným prostředkem ke zvládnání onemocnění doporučují relaxační postupy a jiné metody navozující uvolnění. Důležitým prvkem v přístupu k takovým pacientům jsou i terapeutické metody (KBT) a dobrá edukace pacienta (největší úzkost budí pacientova neznalost a pocit, že nemoc nemůže nijak ovlivnit).

Depresivní reakce

Depresivní reakce provázejí velké množství pacientů s DM 2. typu. Při mírných formách deprese se doporučuje vytvořit si inventář pomocných aktivit, které depresi oslabují, u chorobné deprese se přistupuje k systematické psychiatrické léčbě.

Agresivní reakce

Agresivní reakce jsou okolím pacienta chápány nikoli jako projev bezmoci a zlosti na osud, ale často jako výpad, útok, neochota ke spolupráci. Ve fázi zlosti a hněvu se člověk snaží najít viníka svého zdravotního stavu ve vnějším okolí (manželčina kuchyně, dědičnost, systém zdravotnictví, špatné životní prostředí, stresy v práci).

Agresivní reakce na onemocnění však můžeme nalézt i u okolí pacienta, kdy nejčastěji partneři lidí s DM 2. typu začínají hledat viníky. Může dojít ke svalování viny na nemocného a roztáčí se kolo výčitek, co nemocný měl a neměl dělat a kolikrát mu to kdo připomínal. Partneři často pak připisují nemoc jako trest za „hýřivý život pacienta“. Projevy agresivních reakcí u pacientova okolí jednak mohou napomáhat k objektivnímu zhoršení fyzického stavu pacienta, jednak přispívají k nežádoucím reakcím pacienta na onemocnění a k rozpadu podpůrných rodinných vztahů.

1.4.3. Chování pacienta s DM 2. typu ve vztahu k onemocnění (illness behavior)

Při vzniku onemocnění DM 2. typu (stejně jako při vzniku jakéhokoli onemocnění) může u lidí docházet k nejrůznějším zvláštnostem. Výzkumy lidského chování ve vztahu k onemocnění (illness behavior) se zabýval v 60. letech Mechanic (in Kebza, 2005), který zdůraznil podstatné prvky takového chování – hodnocení příznaků nemoci, vyhledání lékařské pomoci a očekávání podpory ze strany blízkých osob.

Oproti pojmu illness behavior se dnes klade důraz na pojem health behavior, čímž se myslí chování, které přispívá k chování napomáhajícímu udržet zdraví. U DM 2. typu pacientů je velmi důležitý rozvoj právě health behavior, protože často je možné dokázat onemocnění zmírnit a ovlivnit změnou životního stylu. Kebza (2005, s 38) však upozorňuje, že „zdánlivě jednoduchá a lákavá možnost ovlivnit chování člověka prostým odnaučením nežádoucích a naopak naučením žádoucích prvků je v praxi komplikována množstvím interferujících okolností, mj. tendencí setrvávat v určité stereotypii životního stylu a nechutí měnit životní zvyklosti, zvláště pak ty, co lidé považují za příjemné, a silně působícím prožitkem ztráty, vznikajícím opuštěním některého z dříve vžitých vzorců chování.“

2. NADVÁHA A OBEZITA JAKO RIZIKOVÝ FAKTOR VZNIKU DM 2.TYPU

U všech nemocí si nejlépe vedou ti, kteří mají tlusté břicho. Špatné je být v těchto místech hubený.

Hippokrates¹

Po většinu lidské historie byla tloušťka známkou úspěšnosti pro získávání prostředků nutných pro přežití a pojistkou na horší časy (Jackson, 2004). Tloušťka byla v historii společnosti vysoce ceněna jako sociálně ekonomický faktor, tlustý byl ten, kdo na to měl. Obézní lidé byli považováni za dobrosrdečné, veselé, optimistické a přátelské. Na druhou stranu už u Hippokrata a Galéna nacházíme zmínky o obezitě jako onemocnění a oba lékaři uvádějí i návody na léčbu.

Dnes je v moderních společnostech důraz kladen na zdraví a štíhlou linii. Vnímání lidí s nadváhou a obezitou společností se posunulo, jak ukazuje řada studií. Dle výzkumů Crookové (1995) jsou dnes lidé s nadváhou či obezitou nazíráni jako „pohodlní, bez vůle, nezodpovědní, lhostejní, slabí, líní, lidé se sexuální izolací“. O mýtech a předsudcích ve spojitosti s obezitou referuje Krch, Málková (1993), kteří zmiňují „lavinu předsudků, nepodložených pomluv a jednostranných tvrzení ve spojení s lidmi s obezitou“. Shaw, Kenardy, O'Rourke a kol.(2004) upozorňují, že pod vlivem a zaujetím mýtů vůči obézním lidem jsou často i samotní lékaři, kteří dané jedince léčí. (Dále viz např. výzkumy Dion, 1972, Tiggemannová, Rothblumová, 1988).

Spojením obezity s mýty a předsudky ve smyslu psychických problémů lidí s obezitou se zabývali australští autoři Shaw, Kenardy, O'Rourke a kol. (2004). Dle jejich výzkumů nebyly nalezeny významné rozdíly mezi lidmi s obezitou a bez obezity v následujících oblastech:

- Stupeň depresivity
- Psychopatologie
- Sociální přizpůsobení
- Locus of control
- Asertivita a sebevědomí
- Typ osobnosti

Zmiňovaní autoři však uvádějí, že přesto většina obézních lidí není spokojena a jako hlavní motiv nespokojenosti bývá udáván faktor sociální stigmatizace ze strany okolí. Shaw, Kenardy a O'Rourke citují výzkum Randa a MacGregora (1991, in Shaw, Kenardy, O'Rourke a kol., 2004), v němž autoři zkoumali postoje obézních lidí před gastrickou operací. Z výzkumů vyplývá, že všichni dotazovaní (n=47) by raději byli hluší, dyslektičtí, diabetičtí, se srdeční vadou či akné než s vysokým stupněm obezity. 42% respondentů preferovalo slepotu před obezitou.

Z výzkumů Stewart a Brook (1983) vyplývá, že lidé s obezitou mají častěji než lidé s normální vahou:

- Bolesti
- Obavy
- Omezenou fyzickou aktivitu

Zároveň v dané studii pouze 7% respondentů se svou obezitou něco dělalo a podnikalo kroky daný stav změnit.

¹ Cit. dle Krch, Málková (1993)

Kushner a Foster (2000) udávají, že nadváha a obezita se promítá do „fyzické i psychosociální kvality života daných pacientů“. Maloney a Kranzová (1997) uvádějí, že obezita bývá v řadě studií spojována s úzkostí, depresí a nízkým sebevědomím.

V současnosti lékaři upozorňují a varují před zvyšováním počtu lidí s nadváhou či obezitou v populaci. Výzkumy ve Spojených státech ukazují, že 64 % dospělých Američanů jsou buď lidé s nadváhou či obezitou (Fabricatore, Wadden, 2003). Světová zdravotnická organizace (dle World Health report, online, 2005) varuje, že přibývá dětí pod 5let s nadváhou či obezitou. U nás, jak uvádí Svačina a Bretšnajdrová (2003), je výskyt lidí s obezitou (jak u mužů, tak u žen) vyšší než v evropském průměru.

2.1. BMI

Nadváha a obezita bývají stanovovány dle různých měřítek. Jedním z nejčastěji užívaných je BMI, které se vypočítává dle vzorce $\text{hmotnost v kg} / (\text{výška v metrech})^2$. Dle něj je za nadváhu považováno BMI = 25.0-29.9 kg/m^2 a obezitu BMI >30 kg/m^2 (Tab. 1, volně dle Svačina, Bretšnajdrová, 2003). Výpočty BMI neberou v úvahu věk daných osob. U starších lidí je třeba opatrnosti při interpretaci, neboť ve stáří hmotnost lidí mírně narůstá. Pro dětský věk hodnoty BMI neplatí.

Tabulka 1 Hodnoty BMI a jejich stupně hodnocení

Stupně hodnocení	Hodnota BMI
Nadváha (zvýšená hmotnost)	25,0 – 29,9
Obezita – I. stupeň (mírná)	30, 0 – 34, 9
Obezita- II. Stupeň (střední)	35, 0 – 39, 9
Obezita – III. Stupeň (morbidní)	40, 0 a více

Z hlediska zdravotního stavu daných jedinců je důležité odlišit zdravotní rizika mezi nadváhou a obezitou. Mezi jednotlivými studii se liší odhady stupně nadváhy, při níž už u jedince může docházet ke zdravotním rizikům a komplikacím. Někteří autoři prosazují koncept, že mírná nadváha není zdravá škodlivá. Brownellová a Wadden (1992) uvádějí, že nadváha nepředstavuje žádné větší zdravotní riziko, je však obtížné odlišit, kde končí nadváha a začíná obezita. Autoři dále dokládají, že jednotlivé normy se liší dle přijatého kritéria; daný člověk tedy může mít dle jednoho kritéria normální hmotnost, dle jiného je obézní. Někteří autoři (Rothblumová, 1990, Sanders, Bazelgette, 1994) považují mírnou nadváhu za pozitivní faktor dobrého zdraví, zejména u žen. U daných autorů panuje názor o kulturní předpojatosti vůči nadváze. Groganová (2000) uvádí, že lékařský výzkum zatím nepotvrdil, že by štíhlost byla zdravější než mírná nadváha.

Naopak výzkumy Mansona (1990) ukazují, že i mírná nadváha může zvyšovat riziko srdečního infarktu u žen středního věku. Hainer (1996) udává, že i mírná nadváha zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, zejména jedná-li se o nadváhu androidního typu. Svačina a Bretšnajdrová (2003) píše, že optimální životní prognózu mívají jedinci s BMI 20 až 22 v mládí, kteří se ve stáří posunou na hodnoty blízké hranici normy, tedy BMI 25.

V současnosti je často používán termín ideální váha, což je „taková váha, která je spojena s minimální nemocností a s nejlepší prognózou délky života u daného jedince“ (Hainer, 1996, s. 46).

2.2. NADVÁHA, OBEZITA A DIABETES

WHO spojuje s nadváhou a obezitou riziko kardiovaskulárních onemocnění a DM 2. typu, který WHO nazývá globální epidemií. Co se týče DM 2. typu, O'Connell (2004) ve svých výzkumech ukazuje, že 67% pacientů s diabetem druhého typu mají BMI větší než 27 a 46% pacientů dokonce větší než 30 kg/m². Ve studii Lew a Garfinkela (1979) sledovali daní autoři jednotlivé respondenty (n= 760 000) po dobu 13 let. Ve výsledcích výzkumu ukazují, že ve sledovaném vzorku se mortality dle daného výzkumu u lidí s obezitou a DM zvyšuje riziko 5-8krát.

Zároveň s těmito alarmujícími statistikami však výzkumy ukazují, že i malý úbytek váhy (moderate weight loss) může mít velký vliv na zdraví člověka. Dle Blackburna (1995) 5-10% ztráta hmotnosti může vést k významnému zlepšení krevního tlaku, hladiny cholesterolu i glykemických hodnot u nejen u lidí s diabetem. Tento pokles váhy je reálný u každého s nadváhou či obezitou a daný malý úbytek pomáhá překonávat pocity beznaděje z nevydařených snah dosáhnout normální hmotnosti.

Ačkoli je obezita jedním z rizikových faktorů pro vznik DM 2. typu, ne u všech obézních lidí dochází k rozvoji onemocnění a DM 2. typu vzniká i u lidí, kteří nemají problémy s nadváhou. Pro vznik DM 2. typu důležitá délka trvání obezity i její typ. Rizikovým typem obezity je zejména obezita spojená s akumulací tuku v podkoží břicha a mezi vnitřnostmi (obezita androidní). ADA (americká diabetická asociace) udává, že riziko DM 2. typu stoupá dvojnásobně u lidí s nadváhou, pětinašobně u středně obézních lidí a desetinásobně u lidí s vysokým stupněm obezity. Svačina a Bretšnajderová (2003) rozdělují pacienty s DM 2. typu na typ s obezitou a typ bez obezity, přičemž udávají poměr výskytu 9:1. Honzák (2003, s. 236) udává, že pravděpodobně existuje společná genetická vloha pro obezitu a DM 2. typu a z tohoto pohledu pak u některých pacientů není obezita pouhým přejídáním a nedostatkem vůle ke zhubnutí, jak je jim často předkládáno, ale je dána genetickou predispozicí. S léčbou obezity se u řady jedinců oddálí nástup onemocnění DM a významně prodlouží jejich život.

2.3. TEORIE VZNIKU OBEZITY

Obezita může vznikat geneticky či vnějšími vlivy prostředí jako následek přejídání (či nevhodného jídelního schématu), nedostatečné fyzické aktivity či nadměrného příjmu léků, ale také vnitřními emocionálními konflikty, stresem, pracovními či rodinnými problémy či nižším vzděláním.

2.3.1. Dědičnost

Poměr mezi dědičností a vlivu prostředí na vzniku obezity je v literatuře udáván různě. Svačina a Bretšnajderová (2003) uvádějí poměr mezi dědičností a vlivu prostředí při vzniku obezity jako 1:1. Křivohlavý (2001) udává, že genetické faktory ovlivňují 50-60% faktorů vedoucích k obezitě.

Prentice (1995, dle Grogan, 1999) staví svou teorii na komplexnosti vztahu mezi dědičností a obezitou. Ze svých výzkumů dobrovolníků mužů Prentice uzavírá, že metabolismus štíhlých mužů se neliší od metabolismu mužů s nadváhou. Obezita je dle Prentice důsledkem stravy s vysokým obsahem tuků a sedavého způsobu života. Dle Prentice se dědičnost podílí na vzniku nadváhy pouze 25 procenty.

Hainer (1996) poukazuje na fakt, že dědičnými faktory je spíše ovlivněno rozložení tuku v těle než podíl tuku v těle.

Teorie vztažného bodu (Set-point Teory, 1972)

Nisbettova teorie vztažného bodu (Nisbett, 1972) staví na charakteristické váze každého člověka. Základem je, že váha každého jedince se točí kolem pro něj typické hranice. Tato hranice se u každého člověka liší a metabolismus daného člověka se snaží tuto hranici dodržet bez ohledu na množství přijímané potravy. Člověk se v rámci života pohybuje kolem této své stanovené váhy. Předpokládá se, že velké změny a kolísání váhy jsou pro daného člověka a jeho zdraví škodlivé.

Maloney a Kranzová (1997) uvádějí, že dle teorie vztažného bodu může dodržování špatně zvolené diety vést jedině ke zvyšování hmotnosti. Tělo totiž reaguje na snížený příjem jídla zpomalením metabolismu ve snaze udržet nezměněnou tělesnou hmotnost. Po skončení diety pak návrat člověka k původním jídelním návykům vnímá tělo jako velké navýšení příjmu potravy a dochází k nárůstu tělesné hmotnosti.

Výzkumy dvojčat

Vztah genetiky a obezity byl studován na jednovaječných dvojčatech. Výzkumy Stunckarda a kol. (1990) dvojčat rozdělených do odlišných adoptivních rodin ukazují, že vzdor tomu, že dvojčata vyrůstala v odlišném prostředí s odlišnými jídelními zvyky, jejich tělesná váha zůstávala relativně stejná. U nás se zabýval výzkumy jednovaječných dvojčat s obezitou (n=12) Hainer (1996). Jeho výsledky ukazují, že schopnost redukovat váhu a množství tukových zásob je pod genetickou kontrolou.

2.3.2. Vnější vlivy

Nedostatečný energetický výdej

V souvislosti s obezitou se výzkum zaměřuje na nedostatek pohybu u daných lidí a přejídání. Dle jednotlivých výzkumů nedostatečný energetický výdej přispívá k nadváze. Různí autoři (Wooley, 1979, Epstein a Wing, 1980, Wadden a Brownellová, 1992, Prentice, 1995) se věnují souvislostem mezi snížením energetických výdajů a zvyšováním tělesné hmotnosti.

Přejídání

Lidé jsou různého typu. Já například jsem ten typ, co když mu není dobře, když je zoufalý, když prostě ztratí morálku, začne jíst.“

Jan Werich

Přejídání je jedním z faktorů často zkoumaných v souvislosti s obezitou. Přejídání může být pro jedince důsledkem:

- Svádivosti jídla, kdy daný jedinec touží po dobrotách a neumí si je odříci (svádění příležitostí i společenskými povinnostmi)
- Situačně psychickým stresem, na který reagují někteří jedinci právě přejídáním, jiní naopak nechutenstvím a následným hubnutím.
- Modulace nálady pomocí jídla, kdy lidé zajídají svou špatnou náladu. Může docházet až k závislosti na jídle, jídlo se může stát nástrojem k řešení emocionálních problémů a daní jedinci se v obtížných situacích mohou snažit situace řešit manipulací s jídlem (přejídáním nebo naopak dietami).
- Naučených vzorců chování, daní jedinci mohou být naučení chápat jídlo (zejména dobroty) jako odměnu za provedené dílo (po zkoušce si dojdou na zmrzlinový pohár). Naučené chování v souvislosti s jídlem může souviset i s jídelními rituály a rodinnými vzorci jídelního chování (nesmíme nechat nic na talíři). Naučené

vzorci chování se týkají i naučených reakcí jídlem na vnější podnět, např. puštění televizoru po příchodu domů.

Fialová (2001, s. 50) rozlišuje následující typy přejídání:

- Přejídání z úzkosti. „V mozku se vlivem nasycení uvolňují endorfiny, tzv. endogenní opiáty, které jsou zodpovědné za libé pocity a příjemnou únavu pociťovanou za podmínek nasycení“ (Fialová, 2001).
- Přejídání z frustrace. Člověka nahrazuje nějaký jemu nedostupný cíl cílem dostupnějším, v tomto případě potravou.
- Přejídání z rozpaků, které tlumí pocity vnitřního napětí, nejčastěji z očekávání.
- Nutkavé jedení, kdy je danému jedinci zřetelná nesmyslnost jeho konání, ale neumí se přejídání ubránit. Nutkavé přejídání bývá projevem neurózy, kdy se úzkost transformuje do nějakého úkonu, v tomto případě jedení.

Teorie sociálního učení

Teorie sociálního učení tvrdí, že jídlo je záležitostí sociální, neboť jíme (a učíme se jíst) ve společnosti druhých lidí. Vztah k příjmu potravy u lidí s normální váhou je dle teorie odlišný od vztahu lidí s obezitou. „Lidé s normální váhou jedli, když měli hlad. Lidé s obezitou přijímali nabízené dobroty ve stejné míře jak v situaci, kdy měli hlad, tak tehdy, když byli plně nasyceni“ (Křivohlavý, 2001).

Teorie neuspokojeného afektu

Psychoanalyticky orientovaná teorie, která staví na vztahu mezi neuspokojovaným afektem a obezitou. Základem obezity jsou neuspokojené potřeby a tužby, z nichž mnohé pocházejí z raného mládí člověka. Křivohlavý (2001) zmiňuje, že bylo zveřejněno 27 různých odlišných teorií obezity z hlediska psychoanalytického přístupu, teorie však nebyly systematicky ověřovány.

Experimentální přejídání

Výzkumy experimentálního přejídání podporují teorie vztažného bodu a charakteristické váhy u lidí. O pokusech s experimentálním přejídáním u vězňů dobrovolníků bez problémů s příjmem potravy referuje Křivohlavý (2001, s. 219). „Ukázalo se, že po určité době přejídání se u jedinců dostavily tělesné i psychické těžkosti. U některých osob existovala horní hranice možnosti ztloustnutí, kdy již nebyli schopni dále přibírat na váze. Pro všechny se jídlo stalo něčím protivným a do jídla se museli nutit. Jakmile byla fáze tloustnutí ukončena, docházelo k drastickému snižování váhy, ne u všech jedinců však stejnou rychlostí“.

3. LÉČBA DM 2.TYPU A NADVÁHY /OBEZITY

Základním přístupem k léčbě DM 2.typu je přístup bio-psycho-sociální, který pojímá onemocnění nejen jako problém z biologického a medicínského hlediska, ale také vnímá jeho složku psychologickou a sociální. Systémový bio-psycho-somatický model a jeho uplatnění v psychosomatickém přístupu u nás prosazují četní autoři (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993). Onemocnění není a nemůže být chápáno pouze v rovině medicínského pojetí léčby příznaků, ale v celkovém kontextu vlastního prožitku pacienta a jeho kontextů sociálních.

Základním cílem léčby DM 2.typ je dosažení euglykémie a normotenze, obojí je pak nejučinnější prevencí pozdních komplikací diabetu. Léčba je komplexní péčí o nemocného s důrazem na snahu zlepšit kvalitu života daného pacienta a na prevenci diabetických komplikací.

Pro pacienty s diabetem druhého typu je základním léčebným opatřením redukce hmotnosti a diabetická dieta. U části diabetiků se vystačí právě s dietou a nefarmakologickou léčbou, část je navíc léčena tabletami (perorálními antidiabetiky), tato skupina není tedy závislá na léčbě inzulinem. Část lidí s DM 2.typ vyžaduje podávání inzulinu. Honzák (2003) uvádí, že DM 2.typ neléčený inzulinem se vyskytuje asi 8krát častěji než DM 2.typ na inzulinu. Studie léčebných postupů u pacientů s DM 2.typu Delahanty, Granda a Wittenberga (2007) prováděná testem PAID (Problem Areas in Diabetes) ukazuje, že léčba inzulinem je u pacientů spojena s největším emočním distresem. Co se týče emočního distresu u pacientů, inzulinovou terapii následuje léčba PAD a poté adaptace na dietní režim.

K celkovému zlepšení léčby DM 2. typ se snaží přispět řada programů a studií. Za všechny jsem vybrala Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) program (2005, online). Tento mezinárodní projekt se snaží zlepšit zejména péči o pacienty s diabetem. Program se zaměřuje na osobnost člověka, zvláště na jeho psychologické a behaviorální bariéry, které způsobují menší efektivitu managementu diabetu.

DAWN studie se uskutečnil v roce 2001, kdy výzkumníci nasbírali strukturované rozhovory jednak s lékaři a zdravotními sestrami, kteří s diabetiky pracují, jednak s lidmi s diabetem v 11 zemích světa (n = 5 104). Cílem celé studie bylo zlepšení diabetické péče zaměřením se na osobnost člověka a poskytnutí psychologické a emocionální podpory lidem s diabetem. Celkově studie odhalila několik výrazných mezer v přístupu k léčbě diabetu, a to v rámci všech jednotlivých zúčastněných zemí:

- Self-management diabetu je v řadě případů horší než by mohl být
- Diabetické onemocnění je často komplikováno distresem, který s nemocí souvisí
- Kvalita vztahu pacient – lékařský tým je hodnocena jako dobrá, přesto by pacienti přivítali lepší pochopení svých psychologických a sociálních problémů ze strany zdravotního personálu

V rámci studie navrhují odborníci zlepšení péče o lidi s DM a stanovují jednotlivé cíle a úkolem v léčbě diabetu:

- Podpora aktivního self-managementu
- Zlepšení psychologické péče o pacienty s DM
- Zlepšení komunikace mezi pacienty a poskytovateli péče
- Podpora komunikace a koordinace mezi zdravotnickým personálem
- Snížení bariér efektivní léčby

3.1. NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Úprava životního stylu je základním doporučením pro pacienty s DM 2. typu neléčené inzulínem, zejména pro pacienty s nadváhou a obezitou. Úpravou životního stylu je zde míněno dosažení váhového úbytku pomocí diety, zvýšení výdeje energie pomocí cvičení a podpůrná behaviorální terapie. Základní program změny životního stylu, který zahrnuje 16-24 týdnů podpůrných sezení za využití self-monitoringu, nízkokalorické diety a cvičení, je dle studií Winga (1998) po roce od začátku programu úspěšný pouze u 60% pacientů. Dalších 40% z Wingem sledovaného souboru váží po roce od změny životního stylu stejně či dokonce více než před zahájením programu.

Nefarmakologická léčba bývá u pacientů efektivní jen po určitou dobu, neboť funkce buněk produkujících inzulín u pacientů s DM 2. typu se postupně snižuje. Na řadu přicházejí perorální antidiabetika a pacient může přejít i na inzulínoterapii.

3.1.1. Léčba obezity u lidí s DM 2. typu

Diabetes druhého typu úzce souvisí s nadváhou a obezitou, proto je léčba obezity u diabetiků jedním z hlavních témat a problémů. Základním pilířem diety je snížení energetického příjmu a redukce váhy. Je si však třeba uvědomit, že obezita u lidí s DM 2. typu je komplexním tématem, které nelze zredukovat na poučku: „Jez méně, cvič více“.

Jak cituji výše, dle Honzáka (2003) pravděpodobně může existovat společná genetická predispozice pro obezitu a cukrovku a z tohoto pohledu pak obezita nemůže být vnímána pouze jako nedostatek vůle ke zhubnutí a neustálé přejídání se sladkostmi. Obézní lidé totiž mají prediabetický typ glykemické křivky s prodlouženým zvýšením glykémie po jídle a následnou hypoglykemií a pocity hladu, někdy doprovázenými úzkostmi a agresivitou. Honzák (2003) dále uvádí, že zvýšená koncentrace lipoproteinové lipázy urychluje ukládání tuku do buněk i při omezeném příjmu. Jedinec je tím frustrován ve snaze zhubnout a opakovaně selhává v dodržování dietního režimu.

3.1.2. Dieta

„Jo, paní, to já dietu držím. Vždycky, když máme knedlíky plněné borůvkami, tak já, já si je paní ani nesladím, kvůli té cukrovce. No, občas si to jen tak polehoučku pocukruji, víte, mně to totiž jinak vůbec nechutná. Je to těžká věc, myslím ta dieta.“

Muž, DM 2. typ, 65 let

Dieta je společně s fyzickou aktivitou a behaviorální léčbou základním doporučením v oblasti změny životního stylu pacientů s DM 2. typu a provází pacienty na všech úrovních léčby. V průběhu let se poznatky o působení některých přijímaných potravin mění a nároky kladené na diabetickou dietu se posouvají. V současnosti se základy dietního přístupu lidí s DM 2. typu překrývají s požadavky na racionální stravování, v případě nadváhy a obezity se může využít i redukčních diet.

Základní diabetická dieta

„Diabetickou dietu dodržuji. Kávu sladím umělým sladidlem, ne cukrem jako dřív, a také jsem přestala chodit do cukrárny na odpolední zákusek. Ale abych se přiznala, někdy trošku zapomenu.“

Žena, DM 2. typ, 66 let

Základním cílem diabetické diety u pacientů s DM 2. typu je udržení dobré hladiny glykémii a přiměřené hmotnosti. Jedním z častých omylů i u samotných pacientů s DM 2. typu je, že je potřeba vyhýbat se sacharidům a nedostatek potravy lze kompenzovat masem a sýry, neboť tyto potraviny neobsahují sacharidy. Přístup k diabetické dietě je však mnohem komplexnější a v současnosti kopíruje spíše požadavky racionální výživy. Je třeba brát též v úvahu, že lidé s DM 2. typu bývají lidé vyššího věku s omezenou tělesnou aktivitou a menším energetickým výdejem.

Doporučení na diabetickou dietu se skládají z vyššího podílu složených sacharidů a vyššího obsahu vlákniny v přijímané stravě, snížení množství tuků a určité omezení bílkovin (10-20% celkové energie). „Základem stravy jsou potraviny rostlinného původu (obiloviny, luštěniny, brambory, rýže), spolu s 3-4 kusy ovoce a 4-5 šálky pokrájené zeleniny denně“ (Pelikánová, 2003, s. 37). Co se týče tuků, jejich příjem by měl být maximálně 30% energetické potřeby pacientů a výrazně snížit by se měl příjem cholesterolu (pod 300 mg na den). Doporučení v praxi znamenají omezení spotřeby sádla, másla, tučných sýrů, smetanových jogurtů a vajec a jejich nahrazení rostlinnými oleji a ztuženými rostlinnými tuky, nízkotučnými mléčnými výrobky, libovým masem, drůbeží a rybami.

Diabetická dieta je snahou o snížení hladiny krevních tuků a tím i riziko cévních a srdečních onemocnění. Již diabetes sám o sobě je rizikovým faktorem pro srdeční onemocnění, proto se snažíme snižovat ostatní rizika související s onemocněním.

Dieta u lidí s DM 2. typu a nadváhou či obezitou

U lidí s nadváhou či obezitou se intervence v oblasti jídla a stravování týkají především vytvoření negativní balance příjmu a výdeje potravy (tedy výdej vyšší než příjem). Fabricatore a Wadden (2003) popisují dva základní druhy diet: nízkokalorická dieta (low-calorie diet, LCDs) a dieta s velmi nízkým přísunem kalorií (very-low-calorie diets, VLCDs). Rozdíly v běžné redukční dietě a redukční diabetické dietě dnes nejsou velké a diabetik může držet běžnou redukční dietu.

Nízkokalorická dieta je založena na snížení hmotnosti o 0,5-1kg za týden za pomoci snížení příjmu potravy o 500-1000 kalorií, ale obézním ženám i mužům je doporučen ještě větší úbytek energie (1000-1200 pro ženy a 1200-1600 pro muže). Základem diety je pečlivé self-monitorování přijatých kalorií. Pacienti tedy musí být instruováni ve čtení a přepočtu kalorických hodnot na potravinách, v měření porcí a zaznamenávání příjmu potravy.

Nízkokalorická dieta může být kromě základního edukačního programu doplněna různými formami behaviorální terapie a vytvořením jídelníčku odborníkem. Ukazuje se, že „pacienti, kteří sledují předepsaný jídelníček, dosahují větších úbytků váhy než pacienti, kteří si sami určují skladbu a množství potravy“ (Wing a kol., 1996).

Dieta s velmi nízkým přísunem kalorií bývá doporučována u pacientů s obezitou (více než 30-40% ideální váhy) tehdy, když se jim nedaří dosáhnout úbytků váhy pomocí nízkokalorické diety. Dieta s velmi nízkým přísunem kalorií je založena na příjmu 200-800 kalorií denně, za přísunu předepsaného počtu proteinů. Tato dieta může být držena jen pod lékařským dohledem a po zkontrolování srdeční činnosti pacientů. Díky VLCD dietě může být dosaženo úbytku tukové tkáně (až 75%) při zachování tkáně svalové. VLCD není komplexním řešením problému, je to pouze psychologický prostředek, že pacient dokáže překonat sama sebe. Neměla by být předepisována pacientům léčeným inzulinem, pacientům s kardiovaskulární chorobou, idiopatickou hypertenzí, těžkým ledvinovým nebo jaterním poškozením, aktivní rakovinou, nebo těžkou psychologickou poruchou. U pacientů na PAD je vždy nutné konzultovat dávkování léků.

Stává se, že pacienti po sestavení standardní diety reálně jedí mnohem více než tomu bylo před zahájením diety a v domnění, že se léčí, stále zvyšují svou hmotnost. Správný druh a přístup ke stravování by měl být hledán individuálně ve spolupráci s daným pacientem. U

pacientů se hledí na jejich možnosti, např. se netrvá na více porcích denně, jestliže pacient nedokáže uhlídat malé porce a s větším množstvím jídel se zvětšuje jeho energetický příjem. Důležité je, že i chybně volené množství (tedy množství nad rámec povolených příjmů) je pro pacienta nevhodné, ačkoli se může jednat o potraviny z oblasti racionální výživy (tedy o ovoce a zeleninu).

Módními dietami se v rámci práce myslí ty diety, které jsou založeny na přísunu určité omezené skupiny potravin (dělená strava, „tukožroutská polévka“, apod.). Tyto diety většinou neurčují množství daných potravin a nehlídají denní kalorický příjem, proto nejsou diabetikům k redukci váhy doporučovány. Svačina a Bretšnajderová (2003) udávají výhodu módních diet v psychickém nastavení pacienta na určitý řád a jednoduchý rituál a v posílení víry ve vlastní schopnosti, je-li člověk schopný dietu dodržet. Na druhou stranu u daných diet nedochází ke změně stravovacích návyků pacientů.

Problémy pacientů na redukční dietě

Ve spojení s dietou je třeba upozornit na problémy, které mohou u pacienta na redukční dietě vznikat. Základním problémem je, rozhodne-li se pacient hubnout bez předchozí edukace a znalostí procesů látkové přeměny v metabolismu. Takoví pacienti totiž často zvolí dietu typu restriktce některých potravin. Četné studie však dokazují, že takto vysoce motivovaní pacienti bez kognitivní restrukturační krátkodobě dosahují v restriktivních dietách dobrých výsledků, z dlouhodobého hlediska však selhávají. Polivy (1996) ve své studii přirovnává lidi s takovou dietou k vězňům, kteří trpí deprivací jídla. Polivy popisuje, že tito lidé se mohou stát obsesivní, co se jídla týče. Tito lidé jsou dle Polivy také častěji naštvaní, převládá u nich apatie až letargie, ztrácejí zájem o sex. Po skončení omezení v jídle začnou jíst více než jedli před začátkem restriktce. Lidé s restriktivní dietou mají dle Polivy větší tendenci k přejídání tehdy, mají-li pocit, že v dodržování diety selhali. Polivy dále uvádí, že při tomto druhu diety se mohou pacienti stát labilnějšími než lidé, kteří dietu nedrží, a mohou řešit různé psychologické stresy a problémy přejídáním či únikem k alkoholu. Tyto negativní efekty spojené s restriktivní dietou, se mohou objevovat i u pacientů, kteří ve snaze shodit kila naprosto selhávají. Selhání pak není způsobováno skutečnou deprivací jídla, ale psychologickými procesy spojenými s představou této deprivace.

Polivy (1996) varuje před omezujícím druhem diety a doporučuje dlouhodobou úpravu jídelníčku, která je založena na pravidelném přísunu malého množství potravy, avšak bez výraznějšího omezení některých složek potravy (např. čokolády a sladkostí).

Ve spojitosti s redukčními dietami a zejména experimentováním s nimi se často upozorňuje na nebezpečí periodických změn váhy (weight cycling) a oscilování váhy, které bývá způsobené hubnutím v rámci diety a opětovným nabýváním váhy po jejím ukončení (jo-jo efekt).

Dalším problémem pacientů na redukční dietě je jejich očekávání výsledků diety. Ženy s DM 2. typu jsou často rozhodnuté dietu dodržet, avšak jejich očekávání jsou nepřiměřená. Když se zveličená očekávání nenaplní, ženy od diety a zdravého životního stylu ustupují a rezignují se slovy, že to stejně nemá cenu a že v jejich případě to nepomohlo. Foster, Wadden, Vogt a kol. (1997) referují o výzkumu žen v programu na hubnutí. Ženy v daném programu očekávaly, že po skončení programu zhubnou o 38% ze své původní váhy. Po 48 týdnech trvání programu zhubly v průměru pouze o 16%, čímž celý program hodnotily jako neúspěšný či jako své selhání. Pacienti většinou přeceňují možnosti diet či váhového úbytku a berou dietu jako krátkodobé „utrpení“, které rychle vede ke kýženým výsledkům. Takoví pacienti pak ve snaze o zhubnutí nutně selhávají. Krch s Málkovou (1993, s.12) formulují výstižnou poučku: „Na nereálných očekáváních a nepřiměřeně stanovených cílech ztroskotává většina snah redukovat svoji hmotnost“. Autoři referují o kategoricky

stanovovaném limitu zhubnutí pěti až deseti kilo během dvou, tří týdnů, který je extrémní a není možné jej splnit a už vůbec ne udržet.

Využití modelu rozděleného talíře v dietě

Model rozděleného talíře je jednoduchý model pro diabetické i redukční diety. Základem je pomyslné rozdělení talíře na tři části:

- Jedna část (25%) zahrnuje bílkovinné potraviny, tedy maso, mléko a mléčné výrobky
 - Druhá (37, 5%) vlákninu, tedy ovoce a zeleninu
 - Třetí (37, 5%) přílohy, tedy pečivo, moučné výrobky, brambory, rýži, těstoviny
- U pacientů s obezitou se zvyšuje obsah ovoce a zeleniny na 50% na úkor příloh.

Food provision a jeho využití v dietě pacientů s DM 2. typu

Někteří autoři (Hayes, 2006; Wing, Jeffery, 2001, a další) popisují výhody food provision (zásobování jídlem) pro pacienty s DM 2. typu s obezitou či nadváhou. Autoři z USA mají na mysli program, kdy daným pacientům je dle jejich potřeb stanovena dieta a jednotlivá jídla jsou jim dovážena připravená domů dle určitého plánu. Výhodou tohoto programu je, že pacienti se nemusí zabývat jídlem ve svém volném čase, nemusí jídlo připravovat a denně konzumují připravené porce jídla. Daný program vyhovuje dle Hayes (2006) zejména pacientům, kteří opakovaně selhali v úsilí o změnu váhy, neboť redukuje jejich zaměřenost na jídlo, při dodržování programu redukuje množství jídla snědeného ke svačinám a uvolňuje pacienty ve smyslu zaměření se na ostatní aspekty svého zdravotního stylu (kontrola glykemie, cvičení). Při dodržování programu navíc pacienti získávají sebevědomí a zažívají pocit úspěchu, který jim pomáhá v lepším managementu diabetu.

Dodržování diety (změny stravovacích návyků)

Změna stravovacích návyků či dodržování diety by měla být u pacienta komplexní změnou životního stylu, která souvisí často i se změnou hodnot a postojů. Pacienta je důležité podpořit a motivovat, osvědčují se pravidelná psychoterapeutická sezení doplňována o svépomocné skupiny pacientů. Pacienta je nutné připravit na „hřích“, tedy na porušení stanovených pravidel. Řada pacientů při selhání přeruší dietu a vrací se k dřívějším stravovacím návykům. Navíc trpí výčitkami svědomí a prohlubuje se u něj pocit bezmocnosti a ztráty sebevědomí. „Představa, že porušením diety či racionální stravy je vše ztraceno, je mylná, a svědčí o tom, že pacient není ve změně svých návyků stabilizován a dieta je pro něj stále ještě přechodným rituálem“ (Svačina, Bretšnajdrová, 2003, s. 96).

V dietních doporučeních je dobré též zachovávat individuální přístup a obecná doporučení upravovat na míru daného pacienta. Týká se to stravovacích zvyklostí daného pacienta, potravinových preferencí a averzí, jeho kulturního zázemí i finančních možností.

Dieta ve spojení s kvalitou života pacientů s DM 2. typu

Sato, Suzukamo, Myashita a kol. (2004) poukazují na úzkou souvislost mezi pacientem vnímanou kvalitou života a držením a úspěšností diet. V rámci svých výzkumů vyvinuli dotazník DDRQoL (diabetes diet-related quality of life), kde zkoumali vliv držení diety na kvalitu života pacientů ve středním a starším věku s DM 2. typu v Japonsku.

Jako součást daného dotazníku autoři uvádějí následující oblasti:

- 1) Spokojenost s dietou u pacienta
- 2) Dieta jako břímě z hlediska psychologie
- 3) Dieta jako břímě z hlediska fyziologie

- 4) Vnímané klady diety
- 5) Celková percepce diety pacientem
- 6) Sociální fungování daného pacienta
- 7) Vitalita daného pacienta
- 8) Mentální zdraví daného pacienta

Autoři shrnují, že kvalita života pacienta s DM 2. typu je velmi ovlivněna dodržováním a vnímáním určitého dietního režimu a že je potřeba problematiku dále prozkoumat. Vytvořená škála by dle autorů měla napomoci zlepšení edukačních programů ve vztahu diet k pacientově kvalitě života.

Relaps v dodržování diety

Relaps dodržování dietního programu patří ke zkoumaným tématům v souvislosti s dietou. Proč je tak obtížné dodržovat dietní program? Proč od něj řada lidí ustupuje? Křivohlavý (2001, s. 217) udává 90% relapsů v odstupu 3-5 let po dietní léčbě. Dále zmiňuje, že relapsy jsou nejčastější u lidí, kteří jsou k dietě nuceni svým okolím (známými, lékaři, rodinou). Naopak nejméně relapsů vidí u lidí, kteří k dietní léčbě dospějí po svém vlastním rozhodnutí a z hlediska racionálního zvážení výhod dietního stravování. Křivohlavý též zmiňuje, že relapsy jsou málo časté u malých dětí, které jsou léčené usměrněnou dietou.

Svačina a Bretšnajdrová (2003) uvádějí, že nejmenšího relapsu se dopouštějí lidé, kteří vydrží léčbu po dobu 6 měsíců. Tu fázi nazývají autoři fází rozhodnutí. I tito lidé však mohou později léčbu vzdát pod vlivem rodinných problémů, rozvodu, ztráty zaměstnání, apod. U lidí v častém relapsu se dle Svačiny a Bretšnajderové střídají fáze rozhodnutí k léčbě, stanovování termínu započetí s léčbou, fáze rozhodnutí a fáze zahájení. Výsledkem cyklického opakování daných fází může být kolísání hmotnosti (jo-jo efekt).

Akimoto, Fukunishi, Kanno a kol. (2004) v závěru své studie relapsů dietní léčby shrnují, že více relapsů při dodržování dietního režimu se dopouštějí lidé, kteří:

- Neprošli edukačním programem diabetu
- Nevaří sami, ale vaří jejich partner
- Mají nižší sociální podporu

3.1.3. Fyzická aktivita

Fyzická aktivita je další z možností změny životního stylu. Fyzická aktivita snižuje inzulinorezistenci a zlepšuje využití glukózy v organismu, nelze však léčbu pacienta zaměřit pouze směrem fyzické aktivity. Se zvyšováním fyzické aktivity však souvisí udržování negativní balance příjmu energie, odbourávání tukové vrstvy a v neposlední řadě také zlepšování kardiovaskulárního systému jednotlivce. Pravidelné cvičení také napomáhá udržení úbytků váhy a udržení dosažené hmotnosti. Cvičení se však projevuje i na psychice pacienta, neboť vede k celkové relaxaci, zlepšení sebehodnocení i větší spokojenosti.

Různé výzkumy zkoumaly vliv cvičení na průběh DM 2. typu. „U mužů, kteří dostali diabetes až v dospělosti, působilo cvičení jako tlumivý faktor (buffer). Dotazováním 22tisíc amerických lékařů se zjistilo, že čím více cvičili, tím nižší byl u nich výskyt DM 2. typu.“ (Křivohlavý, 2001, s. 139). Celkově se ukazuje, že ve skupinách cvičících lidí je výskyt DM 2. typu třikrát menší než ve skupinách lidí se sedavým způsobem života. Pravidelné cvičení u lidí s DM 2. typu také zlepšuje inzulinovou senzitivitu a glykemickou kontrolu a může snížit riziko mortality.

Fabricatore a Wadden (2003) dělí fyzické aktivity využívané u hubnutí lidí s DM 2. typu do dvou skupin: programové aktivity a aktivity životního stylu. Programové aktivity jsou spojeny s plánovaným denním cvičením a jedná se nejčastěji o cvičení intervalové (běh, aerobní cvičení, jízda na kole, tanec, bruslení), zátěžové (posilování) či strečink. Aktivity

životního stylu pak zahrnují malé změny v pravidelném rytmu a zařazení většího množství pohybu do pravidelných aktivit (např. využívání schodů místo výtahu, ježdění do práce prostředky hromadné dopravy místo autem, apod.). Zařazení pohybu do životního rytmu se využívá zejména u obézních lidí, kteří mají strach z pohybu a odpor k pravidelnému cvičení. Celkově se pak doporučuje kombinovat obě metody. Dále se některým pacientům doporučuje začít s cvičením v domácím prostředí, neboť cvičení doma je levnější, pacient se nemusí stydět před ostatními a ušetří čas za dojíždění či docházení na sportoviště, jiným se naopak doporučuje pravidelně docházet na předplacené sportoviště, aby pacient byl donucen cvičit pravidelně v určitý čas.

Kanadská diabetická asociace ve svém manuálu o prevenci a managementu diabetu (2003, online) doporučuje, aby lidé s DM 2. typu cvičili 150 minut týdně (tříkrát týdně, a to každý druhý den) formou mírného až středně náročného aerobního cvičení. Dle asociace by bylo pro diabetiky druhého typu optimální dosáhnout čtyř a více hodin cvičení za týden. Cvičení by se mělo stát rutinou, pravidelně zařazovanou do týdenního programu. U lidí s DM 2. typu může pravidelné cvičení zlepšit senzitivitu těla na inzulín, což může napomoci k celkovému zlepšení kontroly glykémie. Cvičení tedy může snížit či dokonce eliminovat spotřebu diabetické medikace.

Fitness (not thinness)

Franzová (2001) udává, že k předejití kardiovaskulárních a jiných komplikací je důležitá kondice, nikoli hubenost. Franzová referuje o výzkumech Blaira a jeho spolupracovníků (1995, 1999, in Franz, 2001), kteří zkoumali v osmileté studii americké muže (n= 25 000) z hlediska jejich kondice, váhy a rizika mortality. Výsledky ukazují, že z hlediska kardiovaskulárních problémů (a mortality) byli ve větším riziku hubení muži, kteří nespotovali a nevyvíjeli fyzickou aktivitu, než muži s nadváhou či obézní, kteří byli fit a pravidelně vyvíjeli fyzickou aktivitu. Franzová uzavírá, že z dlouhodobého hlediska bychom se při zlepšování kondice pacientů s DM 2. typu měli zaměřit spíše na zvyšování fyzické aktivity než na řešení situace pouze dietami.

3.1.4. Behaviorální terapie

Behaviorální terapie se využívá k lepšímu managementu jídelních zvyklostí pacientů s DM 2. typ a k podpoře snížení váhy u pacientů s DM 2. typ a nedvážou či obezitou. Pomocí souboru technik a metod pomáhá pacientům dodržovat léčebný režim a dietu a také udržet získanou váhu. Běžně se využívá technik self-monitoringu (ať již počítání kalorií či plánování fyzických aktivit), stimulace kontroly, kognitivního restrukturování, řešení problému, prevence relapsu, apod.

Cílem behaviorální léčby je s pacientem detailně zaznamenat jeho dosavadní jídelní zvyky a nahradit je alternativními stravovacími návyky, které vedou ke snížení kalorického příjmu. Základním cílem behaviorální terapie je odnaučit pacienta spojovat jídlo s vnějšími podněty, ať už podněty prostředí (vizuální, apod.), podněty psychologickými či emocionálními.

V behaviorální terapii se nejčastěji užívají čtyři základní postupy:

- 1) Pacient popíše své jídelní chování a popíše se ideální chování – Pacient si pravidelně zaznamenává skladbu i množství potravy, okolnosti, při kterých jí, svoji váhu, psychologické i emocionální okolnosti při jídle.
- 2) Pracuje se na změně problémových návyků – např. při nakupování, při přípravě jídla, při společném stolování.

- 3) Kontroluje se samotný proces pacientova jení – sleduje se, jakou rychlostí pacient jí, zda nevynechává hlavní jídla, zda má jídlo rozložené pravidelně a zda se nepřejídá večer před spaním.
- 4) Upevňují se žádoucí stravovací návyky – v této části terapie přichází na řadu snaha omezit vnější podněty jídla. Pacientům je doporučováno jíst v jedné místnosti, bez sledování televize. Další doporučení zahrnují zpříjemňování si dietní stravy a stanovení si možnosti „hřešit“. Pacientům je doporučováno, aby měli při jídle společníka a nejedli o samotě a v tajnosti.

Behaviorální terapie úbytků hmotnosti využívají individuální i skupinová sezení, Fabricatore a Wadden (2003, s. 70) doporučují 60 – 90 minutová sezení jednou týdně po dobu 20-26 týdnů. Někdy je doporučován 18 týdenní program.

3.1.5. Realizace změn chování

Pacienti s DM 2.typu jsou v rámci léčby často nuceni ke změnám chování ve prospěch zdravějšího životního stylu a dosažení optimální hmotnosti. V počátcích přístupu k realizaci změn chování přispívá Beckerův „health belief model“ z poloviny 20. stol (in Kebza, 2005). Tento model staví na dvou základních komponentách, kterými jsou:

- Vnímání ohrožení
- Hodnocení doporučeného chování

U pacientů s DM 2.typu je důležité jejich vlastní vnímání daného onemocnění i jeho pozdních komplikací (percieved sensitivity). Dále je důležitá vnímaná závažnost onemocnění (percieved severity) a vnímaný přínos z dodržování režimu (percieved benefits). Do rozhodování zasahují i vnímané obtíže plynoucí z léčby (percieved barriers) a podněty k dodržování a činnosti (cues to action).

Postupně byly vytvářeny různé programy, které napomáhají ke změně a udržení změněného chování. Nastolení změny chování u člověka je však stále ještě komplikováno řadou interferujících okolností na straně pacienta (neochotou změnit své životní zvyklosti, nedostatkem informací o onemocnění a jeho komplikacích, předsudky k určitým potravinám, apod.)

3.2. FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

3.2.1. PAD (perorální antidiabetika)

K léčbě perorálními antidiabetiky (PAD) se přistupuje u diabetiků druhého typu, u nichž nefarmakologická opatření nestačí k zajištění uspokojivé kompenzace diabetu. Perorální diabetika jsou nedílnou součástí léčby diabetu, nelze je však považovat za náhradu inzulínu. Léčba perorálními antidiabetiky je doplněním režimové léčby (dieta, pohyb), nikoli její náhradou. U lidí s diabetem a obezitou/nadváhou se dále používá farmakologická léčba obezity jako doplňující léčba k úpravě životního stylu.

Hlavním předpokladem pro použití léčby perorálními antidiabetiky je zachovaná vlastní sekrece inzulínu, která však nestačí udržovat normální hodnoty glykémie. V řadě případů se po čase léčby antidiabetiky může přejít z tablet zpět na dietu a zdravý životní styl. U části nemocných dochází po letech k selhání léčby perorálními antidiabetiky a přechází se na léčbu inzulínem. Perorální antidiabetika se podílejí zejména na úpravě hyperglykemií u pacienta:

- Celkovou úpravou sekrece inzulínu
- Snížením jaterní produkce glukózy
- Zvyšováním využití glukózy ve svalové a tukové tkáni.

3.2.2. Strach z přechodu na PAD

DAWN studie (2005, online) informuje, že řada lidí s diabetem má problémy při přechodu z režimové léčby na medikaci (PAD). Každý šestý účastník studie považoval léčbu PAD za příliš komplikovanou a každý třetí byl unavený z neustálého dodržování režimu léků.

V dotazníku zadávaném v rámci praktické části práce jeden pacient s DM 2. typu léčen dietou popisuje svůj stres z přechodu na PAD z hlediska možnosti uplatnění v zaměstnání následovně: „Jsem přesvědčen, že jsem si chorobu vypěstoval špatnou životosprávou, návaly práce, stresem apod. Za to vděčím svému zaměstnání, které mám téměř 20 let. Nyní mi bylo sděleno, že pokud přejdu na léky, tedy nikoli pouze dietu, nebudu práce schopen a vyhodí mne. Tato skutečnost je velice stresující a určitě chorobě nepřispívá. (Muž, 37let)“.

3.3. CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba se užívá u pacientů s obezitou. Většinou se tak řeší případy, u nichž dosahuje BMI více než 40 kg/m² než více než 35kg/m² při přidružených komplikacích. Metropolitan Life Insurance company definuje jako případ vhodný pro chirurgický zákrok při obezitě takový, kdy je nadváha větší než 45 kg nebo pacient dosahuje více než 200% optimální váhy. K chirurgické intervenci by se mělo přistupovat po selhání komplexu nechirurgické terapie. Lékaři by měli preferovat chorobně obézní pacienty s vysokou motivací zhubnout. Stav pacienta by neměl být komplikován dalšími vážnými lékařskými či psychosociálními problémy. Chirurgické zákroky pomáhají pacientovi shodit 25 – 30 % tělesné hmotnosti, což působí na celkové zlepšení zdravotního stavu pacienta. Kromě zlepšení DM 2. typu pak působí zejména na astma, hypertenzi, spánkovou apnou.

Od 90. let se v rámci chirurgické léčby využívají zejména bandáže žaludku. Při bandáži žaludku se žaludek změní ve tvar přesýpacích hodin. Pacienti po operaci nabývají pocitu plnosti a sytosti i po požití nevelkého objemu potravy. Svačina a Bretšnajderová (2003) uvádějí, že bandáž žaludku je velmi efektivní léčba pacientů s DM 2. typu, neboť pomáhá kompenzaci diabetu i redukcii hmotnosti u diabetika. Hainer (1996) uvádí, že po bandáži žaludku zhubla řada pacientů o 30-50 kg, aniž by daní pacienti trpěli psychickými stresy jako při léčbě dietou. Pro výkon jsou zásadně nevhodní pacienti s poruchami příjmu potravy zejména s bulimií, se záchvatovitým či stresovým přejídáním či pacienti nespolupracující s lékařem.

3.4. LÉČBA INZULINEM

Přechod na léčbu inzulinem je nutný při selhání léčby perorálními antidiabetiky, při alergii na PAD, při nedostatečnosti ledvin a jater a stavy spojenými s těžší dekompenzací cukrovky (při operativních zákrocích, při závažných infekcích, apod.) a při rozvoji komplikací diabetu, zejména při poškození nervů, ledvin a při vředech na nohou.

3.4.1. Strach z inzulinoaterapie u pacientů s DM 2. typu dosud neléčených inzulinem

U DM 2. typu pacientů často panuje názor, že dokud není onemocnění léčeno pomocí inzulinu, nemoc ještě není tak vážná. Pacienti vidí v nasazení terapie inzulinem znak závažnosti onemocnění. Řadu pacientů provází strach ze samotné léčby, který je často

vystavěn na mýtech, které o diabetu kolují. Rozpoznání strachu a obav z nasazení inzulínu je v přístupu odborného týmu k pacientovi velmi důležité. Řada strachů nemusí být opodstatněná, avšak pacienta natolik paralyzuje, že přechod na inzulín po dlouho dobu odkládá, přičemž u něj spíše dochází k rozvoji komplikací, jichž se vlastně děsí. Základem počátku léčby a pomocníkem k jejímu přijetí a dodržování pacientem je důkladná počáteční edukace pacienta.

V raných stádiích DM 2.typ vystačíme se změnou režimu a s medikamenty. DM 2.typ je však progresivním onemocněním inzulínové rezistence a tak je v řadě případů přechod z PAD na inzulín logickým a žádoucím krokem v léčbě. Honzák (1993) však varuje, že při nasazení inzulínu musí být lékař jistý, neboť nevhodné nasazení inzulínu zhorčuje obezitu i inzulínorezistenci.

Funnellová (2007) popisuje následující nejčastější obavy a představy pacientů o inzulínoterapii, které posléze dále rozebírám:

- Inzulínoterapie je následek osobního selhání v managementu DM 2.typ
- Inzulín není pro pacienty s DM 2.typu
- Inzulín způsobuje komplikace či dokonce smrt
- Aplikace inzulínu je bolestivá
- S inzulínem souvisí strach z hypoglykemií
- S inzulínem souvisí ztráta svobody, neboť začínáme být závislí na jeho pravidelném podávání
- Počátky inzulínoterapie způsobují přibírání na váze
- Inzulín je příliš drahý

Osobní selhání

Nejčastější obavou a představou spojenou s počátky inzulínoterapie je u pacientů strach, že nasazení inzulínu znamená selhání. Pacienti se domnívají, že ve své dosavadní léčbě a přístupu k inzulínu zklamali a že nedokázali nemoc zvládnout vlastními silami. Tato představa je někdy podporována i samotnými lékaři, kteří užívají přechod na inzulínoterapii u pacienta jako hrozbu („Jestliže nezhubnete a nebudete cvičit, skončíte na inzulínu“).

V této fázi se často snažíme převrátit perspektivu pacienta: Neselhal on, ale naopak selhaly všechny ostatní léčebné prostředky.

Neefektivnost inzulínu

Ve studiích Funnellové (2007) se řada pacientů přiznává ke své nedůvěře v inzulín jako efektivní prostředek pro léčbu DM 2.typu. Pacienti v těchto výzkumech uvádějí osobní zkušenost, kdy někomu v okolí byl předepsán inzulín, pacientovi se však pomocí inzulínu nepodařilo snížit hladinu cukru v krvi a jeho zdraví se naopak začalo horšit vlivem hypoglykemií a váhových přírůstků.

Základem přístupu k těmto pacientům pak je edukace i pomoc s managementem inzulínu – jak pomocí inzulínoterapie dosahovat dobrých hladin cukru v krvi a jak si hlídat hypoglykemické stavy.

Inzulín jako příčina komplikací

Řada pacientů s DM 2.typu má zkušenost s průběhem nemoci u svých známých či přátel. Z této zkušenosti pak mohou nabýt dojmu, že u známých se po nasazení inzulínu zhoršil jejich zdravotní stav, v některých případech tito lidé dokonce krátce po nasazení inzulínu zemřeli. Lidem, kteří zažili podobný průběh nemoci u svých známých, se pak těžko strach z nasazení inzulínu zmírňuje. Mají totiž tendenci věřit spíše „svým očím“ než vysvětlování lékaře. Lidé mají strach z různých zhoršení zdravotního stavu, např. impotence,

zhoršení chůze, očí. Často si nespojují zhoršení zdravotního stavu s nástupem pozdních komplikací diabetu, spíše to spojují právě např. s nasazením inzulínoterapie.

Funnellová (2007) radí lékařům, aby pacientům s podobným strachem předávali informace, které taktéž vycházejí ze zkušenosti, v tomto případě lékaře. (Např. „Rozumím Vaším obavám. Mohlo by Vám pomoci, že jsem léčil řadu pacientů s DM 2. typu a nikdo z nich se nestal po nasazení inzulínu impotentní.“)

Aplikace inzulínu je bolestivá

Řada pacientů se děsí představy injekční aplikace inzulínu. Řada pacientů popisuje pocit před první aplikací: „Bylo to zvláštní, vůbec ta představa píchnout se do břicha.“ Injekční stříkačky jsou u nás spojovány s lékaři a vážnou nemocí či narkomany. Většina lidí si neumí představit, že by několikrát denně musela injekci použít. V současnosti se dá inzulín aplikovat pouze injekční cestou. Ideální by bylo ve formě orálních tablet, což zatím možné není. Někteří pacienti se sami označují za „needle fobic“, tedy pacienty s fobií z jehel. U řady těchto pacientů po prvních zkušenostech s injekční aplikací inzulínu tyto strachy mizí. Pacientů se skutečnou fobií je velmi malé procento a mělo by se s nimi psychologicky pracovat (KBT přístupem).

Dalším problémem je, že pacienti si často představují jehly, které znají od lékaře ze zkušeností s očkováním. V této fázi je dobré je upozornit, že současná inzulínová pera mají velmi tenoučké a maličké jehly a aplikace inzulínu (nejčastěji do oblasti břicha) ve většině případů bolestivé není.

Strach z hypoglykemií

Strach z hypoglykémie je často dán zkušeností pacienta s těmi, kteří jsou léčeni inzulínem. Ke zmírnění tohoto strachu je velmi důležitá řádná edukace (jak hlídat hladinu cukru v krvi, jak poznat sníženou hladinu cukru v krvi a jak ji předcházet). Dalším důležitým upozorněním, které by měli tito pacienti dostat, je, že léčba cukrovky skutečně postupuje velmi rychle. S příchodem nových rychlých i naopak velmi pomalých **analog inzulínu** je management množství inzulínu o mnoho jednodušší a k hypoglykemickým stavům tak u pacienta dochází méně často (u řady z nich k nim vůbec nedochází).

Strach ze ztráty nezávislosti a nutné změny životního stylu

Pacienti mohou k lékaři přicházet s obavami, že přechodem na inzulín musí nutně nastat změna životního stylu, která pacienta omezí ve smyslu „závislosti (časové, finanční, prostorové)“ na inzulínu. Pacienti se nejčastěji obávají, že nebudou moci tolik cestovat, jak byli zvyklí, že budou muset více plánovat své denní aktivity zejména ve spojení s jídlem, že ztratí svou spontaneitu a možnost být pány svého času a svých rozhodnutí. Pacienti mají obavy, že inzulín se stane jejich pánem a budou se mu muset přizpůsobit. V rámci obav pacienti často řeší otázku aplikace inzulínu na veřejném místě – v restauraci, při závodním obědě.

Tyto obavy jsou dnes neopodstatněné. Inzulín může být v současnosti dobrým sluhou, nikoli tyranickým pánem. Jsou-li pacienti dobře instruováni, jak s inzulínem zacházet, inzulín je neomezuje. V současnosti není problém s běžným cestováním v případě, že pacient ví, jak skladovat inzulín (nesmí třeba uložit inzulín do přepravního prostoru v letadle, neboť by tam zmrzl, naopak v teplých krajích je nutné inzulín uchovávat ve speciálním termoobalu, apod.). Trochu riskantnější zůstává cestování do zemí s méně rozvinutým systémem zdravotnictví, je dobré se předem připravit na možná rizika, nicméně při dobrém managementu není cestování ani do takových krajín problémem. Stejně tak v současnosti za použití nových rychlých inzulínů není třeba plánovat jídlo a dodržovat pravidelný režim, alespoň co se aplikace inzulínu týče.

Přibírání na váze

S počátky inzulinoterapie může být spojený i strach z přibírání na váze. U některých pacientů může v souvislosti s nasazením inzulinu docházet ke zvyšování množství sněžené potravy a tedy i ke zvyšování váhy. White, Davis, Copan a kol. (2003) citují však výsledky britských výzkumů diabetu (U.K. Prospective Diabetes Study), v nichž se při sledování pacientů s inzulinoterapií zvyšování váhy v důsledku nasazení inzulinu potvrdilo. Ve srovnávací studii pacientů na PAD a pacientů na inzulinu se ukázalo, že pacienti léčení inzulinem přibrali léčbou 4kg oproti pacientům na PAD, kde byl váhový přírůstek v průměru 2kg v závislosti na druhu PAD. Na druhou stranu však studie ukazuje, že pacienti léčení inzulinem měli díky lepší kontrole hladiny cukru v krvi menší množství kardiovaskulárních komplikací diabetu.

3.5. COMPLIANCE, ADHERENCE U PACIENTŮ S DM 2.TYPU

3.5.1. Compliance a adherence

Diabetes jako chronické onemocnění vyžaduje od pacienta dodržování řady omezení, leckdy je po pacientech vyžadována komplexní změna stravovacích a pohybových návyků včetně změna v trávení volného času. „Odměnou je diabetikům pouze přiblížení se kvalitě života, kterou ostatní pacienti zažívají automaticky, bez hlídání se, omezování a trápení“ (Hrachovinová, 2007, s. 63). Pacient je vnímán jako compliantní, pokud dodržuje režim a doporučení. Non-compliance pak může být úmyslná či neúmyslná.

Při úmyslné non-compliance pacient záměrně nespolupracuje a nepodřizuje se léčebnému režimu. Na diabetických pacientech je často požadována komplexní změna chování v jídle, s velikostí změny klesá pravděpodobnost spolupráce pacientů. Non-compliance může být u pacientů s DM 2.typu dána následujícími faktory:

- Nedůvěrou k nemoci, lékaři či systému zdravotnictví.
- Odmítáním diagnózy nemoci.
- Chybným vnímáním zdravotního stavu (Řada pacientům s DM 2.typu si svůj stav začne uvědomovat a připouštět až při přechodu na terapii inzulinem).
- Neadekvátní posuzování účinků léčby (U diabetiků jde o dlouhodobost léčby bez viditelných přínosů).
- Rada od známých na užívání „zaručených přípravků“, které pomohly někomu v rodině či známým (Před návštěvou lékaře vypít vodu s citrónem na snížení glykémie).

Neúmyslná non-compliance nastává tehdy, nemá-li dotyčný dostatečné informace o léčbě, není schopen brát předepsané léky (třeba kvůli fobii z injekčních jehel či kvůli časové náročnosti braní léků), není schopen si zapamatovat a vžít léčebný režim či režim zcela neodpovídá jeho dosavadním zvykům a člověk některé prvky nového režimu zapomíná zakomponovat. Řada pacientů s DM 2.typu má problémy s pochopením komplexního přístupu k onemocnění, pacienti nemusí rozumět daným termínům v lékařské terminologii.

Dalším rizikovým faktorem pro neúmyslnou non-compliance v případě DM 2.typ může být:

- Vyšší věk pacientů (oficiálně je uváděn věk nad 65 let jako rizikový faktor pro neúmyslnou non-compliance)
- Přidružené psychické onemocnění
- Sociální izolace pacienta
- Fyzická neschopnost (handicap)

Compliance řady pacientů s DM 2.typ je neuspokojivá. Jedním z důležitých motivů neuspokojivé compliance je „chybění symptomů, resp. signálů, že něco není v pořádku“ (Hrachovinová, 2007). Pacienti si neuvědomují, co vše s sebou nemoc přináší, nebo se domnívají, že jich se případné diabetické komplikace nemohou týkat (jsem přece na práškách, ještě nemám ani inzulin). Neuspokojivá compliance souvisí i s nízkou motivací pacientů k léčbě. U pacientů můžeme narážet na bariéru „zvyku, nechuti měnit zaběhlé návyky či na bariéru strachu ze změny. Dalším problémem je, že zdravotní požadavky nemusejí být a často ani nebývají v souladu s jinými aktivitami nemocného (pracovní činností, cestováním, apod.)“ (Hrachovinová, 2007, s. 64).

Termínem adherence je obvykle míněn rozsah, s jakým se chování nemocného shoduje s radami a doporučeními lékaře. Adherence tedy staví nikoli na pasivním podřízení se pacienta lékaři či režimu, ale na jeho aktivní a dobrovolné starosti o režim a léčbu. Pacient je schopný o své léčbě a léčebném režimu spolurozhodovat a utvářet jej dle svých individuálních potřeb. Non-adherence pak bývá popisována jako selhání schopnosti navázat spolupráci pacienta se zdravotnickým personálem. Termín adherence je pro změnu kritizován pro své výlučné zaměření na pacienta.

3.5.2. Compliance a adherence u pacientů s DM 2.typu neléčených inzulinem

Základem léčby pacienta s DM 2.typu je přijetí nemoci, akceptace role pacienta a tedy jeho dobrá compliance i adherence s odborníky. Pro řadu pacientů je však léčebný režim vnímán jako naprosto nesmyslné převrácení všech dosavadních hodnot (pacienti s DM 2. typ bývají obézní, se zálibou v jídle, navíc jsou to pacienti starší, takže obtížněji mění navyklý styl života).

DM 2.typ je onemocnění s řadou režimových nároků na pacienty. V řadě případů jsou pacienti adherentní (compliantní) s jednou částí režimu, ale selhávají v jiné (např. zvyšují míru fyzického pohybu, ale nedokáží dodržet dietní onemocnění či přestat kouřit). Výzkumy Andersona, Fitzgeralda a Oha (1993) ukazují, že pacienti s DM 2.typu spíše dodržují farmakoterapii (PAD, inzulin) než změnu životního stylu. Výzkumy Kravitz a spol. (1993, in Delamater, 2006) zase poukazují na lepší adherenci v dodržování dietního režimu (65%) než fyzického cvičení (19%) u lidí s DM 2.typu. Delamater (2006) dále cituje výzkumy Masona či Bakera, v nichž se ukazuje 53 – 67% spolupráce pacientů s DM 2.typu při braní orální medikace.

Někdy si můžeme všimnout, že lékaři nedostatečně chápou nespokojivost pacienta s diabetem 2. typu a nedodržování pokynů. Lékaři se v dobré víře snaží nemocné motivovat ke spolupráci. Často však pacienty neúměrně straší možnými následky špatné spolupráce, které s různou mírou přesvědčivosti a detailnosti popisují (včetně amputace končetin). U nemocných vyvolávají obavy, stud a pocit viny. Negativní pocity však vedou k negativnímu vztahu a u řady nemocných se takovéto působení mívá účinkem. Hrachovinová (2007) udává, že pacienti si často stěžují, že s nimi daným problémem nikdo vlastně „pořádně a srozumitelně neprobral“ a že lékaři mají tendenci podceňovat psychosociální aspekty onemocnění a nedokáží se vžít do role pacienta..

3.5.3. Možné příčiny non-compliance a non-adherence u pacientů s DM2.typu neléčených inzulinem

Non –compliance a non-adherence u pacienta s DM 2.typu neléčeného inzulinem mohou být způsobeny řadou faktorů. Delamater (2006) zmiňuje faktory demografické,

psychologické, sociální, faktory spojené se zdravotním systémem a faktory spojené s onemocněním.

Demografické faktory

Demografické faktory byly zkoumány zejména v USA, kde se řada výzkumů opírá o různé předpoklady k léčbě DM 2.typu u různých skupin populace. Demografickými rizikovými faktory se v rámci dodržování léčebného režimu u DM 2.typu vnímá především příslušnost k etnické minoritě (v rámci amerických výzkumů tedy k hispánskému či černošskému obyvatelstvu), nízký socioekonomický status a nízké dosažené vzdělání.

Psychologické faktory

Vztah adherence k určitému typu osobnosti se ve výzkumech neprokázal. Spíše se hledají možné psychologické prediktory lepší adherence (compliance) u pacientů. Za prediktory lepší adherence u pacientů s DM 2.typu neléčených inzulinem považuje Delamater (2006):

- Vyšší vnímaná závažnost onemocnění
- Zranitelnost (vulnerabilita) ke komplikacím diabetu
- Vyšší vnímaná účinnost léčby (tedy i víra ve zlepšení zdravotního stavu při dodržování léčebného režimu)

Lépe se tedy s režimem vyrovnávají ti pacienti, kteří:

- V režimu vidí smysl.
- Režim se jim zdá efektivní.
- Věří, že výhody z dodržování režimu převáží ztráty a náklady.
- Mají dostatečnou motivaci a sebevědomí režim dodržovat.
- Jsou k dodržování podporováni svým okolím.

Za prediktory horší adherence i compliance pacientů považuje tentýž autor:

- Vyšší hladinu stresu pacientů.
- Maladaptivní copingové strategie.
- Úzkostnost.
- Deprese.
- Poruchy příjmu potravy.

Lékař či specializovaný tým by se tedy měl zaměřit i na psychologickou podporu pacienta, na jeho well-being a možné rizikové faktory pro nedodržování režimu.

Sociální faktory

Velkou roli v přístupu pacienta k léčbě hraje blízká rodina, zejména dobré komunikační vzorce v rámci rodiny, dobrá rodinná koheze a organizace, nízký počet konfliktů v rodině. Důležitou roli hraje i podpora blízké rodiny pacienta k jeho dodržování léčby a požadavků lékařů, zejména podpora ve změně jídelního chování a v posílení pohybových aktivit.

Faktory dané zdravotním systémem

Velmi důležitý v léčbě pacientů s DM 2.typu je jejich vztah s lékařem. Studie DAWN ukazuje, že 69,8% sledovaných pacientů by přivítalo lékařovo lepší porozumění psychice daného člověka a jeho onemocnění a 78,8% by uvítalo, kdyby lékařský tým bral ohled na kulturní a etnické zvyklosti, s nimiž se musí pacienti během léčby vypořádávat.

Za optimální přístup k pacientům ze strany lékaře je považován partnerský vztah. Pacienti nechtějí být infantilizováni, pokládání za neschopné a záměrně nespolupracující a navození regrese a vzdoru u pacientů k úspěšnému managementu diabetu nevede. Naopak

vcítěním se a komunikací o problémech může lékař s pacienty řešit případné překážky a bariéry v dodržování režimu.

Nejen na straně lékaře, ale i na straně celého léčebného týmu, jsou pro ovlivnění adherence a compliance pacienta s léčbou důležité komunikační schopnosti jednotlivců v léčebném týmu, kvalita doprovodných informací a instrukcí, které jsou pacientovi podávány i snaha odborníků pochopit pacientův stav, bariéry a slabosti jednotlivců v léčebném týmu, apod. Důležitý je i častý kontakt lékaře a pacienta, v některých zemích je lékařům doporučováno, aby pacienty kontaktovali telefonicky a zjišťovali, zda se jim daří léčba a dodržování režimu, případně je motivovat k další snaze.

Nemocní příznivě hodnotí, snaží-li se lékař vžít a pochopit jejich obtížnou situaci a mohou-li se mu svěřit i se svými starostmi a přestupky proti režimu. Důležité je pacientovi porozumět. Nepříznivé naopak je, bojí-li se pacienti kontroly ze strachu hněvu lékaře a množství výčitek – takoví pacienti jednak pak kontroly častěji vynechávají, jednak se v souvislosti s kontrolami nadbytečně stresují a unikají k taktikám lidového léčitelství. Ke zvyšování compliance a adherence pacientů se často doporučuje zapojení pacienta do svépomocné skupiny lidí se stejnými problémy.

Faktory spojené s DM 2.typu

Ukazuje se, že adherence s léčbou DM 2.typu je velmi obtížná, neboť:

- Se jedná o chronické onemocnění
- Nejsou často viditelné symptomy onemocnění
- Varieta symptomů a možných komplikací je široká
- Léčebný režim je velmi komplexní
- Režim vyžaduje celkovou změnu životního stylu.

3.5.4. Model péče, podporující adherenci a complianci pacienta

Zdravotnický model péče o pacienty s DM 2.typu neléčených inzulinem, který je založený na adherenci (complianci) pacienta, vychází z následujících předpokladů:

- DM je onemocnění, v jehož léčbě je nejdůležitější sebeřízení pacientů
- Pacienti s DM musí mít v léčbě autonomii a dostatečnou motivaci

Odborníci by tedy měli podporovat autonomii pacientů a vysvětlovat a podporovat pacientovy způsoby chování, které vedou k dobrému zvládnutí nemoci. Pacienti jsou tedy vnímáni jako plně zodpovědní za své zdraví a sebeřízení ohledně DM a jsou podporováni k uvědomování si vlastních rozhodnutí ohledně svého života (např. zda to, že necvičím, ovlivňuje můj život a zdraví či nikoli a jaká odpovědnost za tímto mým rozhodnutím stojí). Lékař tak předává svoji zodpovědnost za léčbu na pacienta a nechává na něm tíhu každodenních rozhodnutí o režimu, zároveň však je pacientovi k dispozici, kdykoli je potřeba.

4. JÍDELNÍ CHOVÁNÍ PACIENTŮ S DM 2.TYPU

Zajímavé je, že když někdo u nás dobře jí, říká se o něm, že je gurmán, což je z francouzského slova gourmand a znamená to člověka, který toho sní velké množství, který se rád cpe, něco jako jedlík.

Jan Werich

Jídelní chování a vnímání potravy a přístupech k ní se v posledních desetiletích hodně změnilo, zejména pod vlivem „technické revoluce v kuchyni“ společně s novými možnostmi úpravy jídel i pokračujícím „nadbytkem potravin“. Dochází ke změně nabídky potravin na trhu – úspěchy slaví instantní a hotová jídla a fast food. Konzervování a mražení umožnilo, že si řada členů domácnosti může připravovat jídlo samostatně, aby to odpovídalo dennímu programu a stravovacím potřebám. Lidé stále jedí mimo domov (v práci, škole). Tyto trendy však vedou k tomu, že je v rámci rodiny stále méně příležitostí sejít se ke společnému jídlu. Možnost rychlé přípravy jídla způsobila, že lidé už nemusí jíst pravidelně ve chvílích, kdy je jídlo uvařeno. Ve společnosti nadbytku se každému se nabízí řada příležitostí k jídlu, i když daný jedinec právě nepocituje hlad. Jídlo tedy ztrácí svou význam prostředku k doplnění energie. „Jídlo nabývá různý sociální a psychologický význam obecně i specificky pro daného člověka. Důležité je místo jídla v hodnotovém žebříčku jedince a individuální zvláštnosti v jídelním chování jeho samotného i jeho rodiny“ (Hrachovinová, online, 2007).

Výzkumy jídelního chování jsou v současné době klíčové zejména právě kvůli zvyšujícímu se množství obézních lidí a lidí s DM 2.typu. Jídelní návyky a psychologický postoj k jídlu se u dětí formuje od rané ontogeneze a od útlého dětství je utvářeno v rámci postojů a chování rodiny k jídlu. „Škála postojů k jídlu je velmi bohatá, od hlásaného či skutečného nezájmu o jídlo až ke gurmánství. Konzumace jídla může být jediným a jednoznačně nejdůležitějším pozitivem, způsobem ocenění sebe sama, ale i druhými lidmi, prostředkem ke snížení nespokojenosti, frustrace, depresivních pocitů, pocitů osamělosti, nudy a prázdnoty“ (Hrachovinová, online, 2007). „Nejen u pacientů s DM 2.typu, ale v celé společnosti, se ve zvýšené míře objevuje tendence modulovat náladu jídlem, či přímo „zajídáním stresu“, nejčastěji konzumací vysoce energicky bohatých jídel, především sladkostí“ (Hrachovinová, 2007).

V rámci často názorově velmi odlišných přístupů k lidem s onemocněním DM 2.typ v historii můžeme pozorovat odlišné požadavky a nároky na stravu pacientů s DM 2.typu. Poznatky o vhodných a nevhodných potravinách pro lidi s diabetem kladly na dané pacienty nároky ohledně jídelního chování. Již od 19. století nalezneme v radách pro pacienty s DM řadu doporučení, které se týkají vhodných a nevhodných jídel. Léčba zahrnovala většinou nějakou „zaručenou“ formu diety, která byla omezena na několik vhodných potravin. Pacienti byli nabádáni preferovat dané potraviny a ostatním se vyhýbat.

Na počátku 20. stol. byla lidem s DM doporučována dieta nazývaná „ovesný lék (oat-cure)“. Skladba doporučené potravy byla především různou modifikací ovesné kaše. V daném období byla jinými odborníky doporučována mléčná dieta, „léčba rýží (rice cure)“ či „bramborová terapie (potato therapy)“. Vzhledem k hodnotám sacharidů v daných potravinách (ovesných vločkách, rýži, bramborách) se zřejmě nejednalo o diety nejvhodnější. Kanadská diabetická asociace uvádí (2006, cit. online), že na počátku 20. stol. někteří autoři dokonce navrhují a propagují opium jako metodu léčby onemocnění.

V současné době jsou pacientům překládána jednotlivá jídelní doporučení z hlediska zásad zdravého životního stylu a pestrosti stravy.

V kapitole o jídelním chování rozebírám některé aspekty jídelního chování lidí s DM 2. typu a uvádím některé výzkumy prováděné na toto téma. V rámci praktické části práce pak rozebírám dotazník jídelního chování u DM 2. typu pacientů neléčených inzulinem. V rámci dotazníků jsou pacientům položeny jednak otázky na potraviny, které obvykle jedí, jednak otázky, týkající se společného stolování i pravidelnosti v jídlu a vynechávání jednotlivých jídel.

4.1. NEDOSTATKY VE STRAVOVACÍM CHOVÁNÍ A ZMĚNA JÍDELNÍHO CHOVÁNÍ

4.1.1. Nedostatky ve stravovacím chování

Nedostatky ve stravovacím chování pacientů s DM 2. typu souvisí i s nedostatky ve stravování současné populace, neboť řada lidí s DM 2. typu vykazuje problémy ve stravovacím chování před vznikem onemocnění.

O stravovacích návycích a obezitě u současné populace teenagerů v USA (n= 878) referuje výzkum Sanchezové (2007). Ve studii byla zkoumána fyzická aktivita, jídelní chování a jídelní preference u teenagerů (11-15 let) v Kalifornii. Z výsledků vyplývá, že více než polovina lidí ze sledovaného souboru nevyvíjela nějakou programovou fyzickou aktivitu, třetina sledovala televizní programy více než 2 hodiny denně a většina respondentů měla špatné stravovací návyky. U 80% účastníků studie shledala autorka kombinaci různých nezdravých návyků. Pouze 2% teenagerů ze vzorku splňovala limity stanovené examinátory co se týče fyzické aktivity i stravování.

Fialová (2001, s. 152) referuje o výzkumu základních nedostatků ve stravovacích zvyklостech současné populace v ČR:

- Rychlé jedení- jedení ve spěchu, na cestě, v dopravních prostředcích, jedení jako utišení hladu bez uvědomění si, co vlastně člověk jí
- Největší příjem potravy ve večerních hodinách po příchodu domů
- Nepravidelná doba jídla během dne
- Pokusy o racionální stravu či redukční dietu bez základních znalostí o skladbě potravy.
- Nemožnost orientovat se v záplavě dostupné literatury, která si často protirečí.

U pacientů s DM 2. typu může být dalším problémem v dodržování jídelních zvyklostí jejich věk, tedy zejména zvyklost na určité stravovací návyky i to, že se požadavky na správné stravování a doporučená jídla v průběhu jejich života často několikrát změnily, že si dané požadavky mohou protirečit. Řada pacientů tak setrvává „u zavedených jídelních zvyků“ a přes doporučení lékaře o jejich škodlivosti pro zdravotní stav daného člověka tyto zvyklosti nemění.

4.1.2. Změna jídelního chování

Snahu o jídelní chování jednotlivých lidí z psychologického hlediska popisuje Fraňková (1996). Ta stanovuje 5 úrovní, které hrají klíčovou roli v modifikacích potravního chování (k jednotlivým úrovním dle Fraňkové připojuji význam dané úrovně pro pacienty s DM 2. typu):

- Kognitivní úroveň- Lidé na této úrovni poznávají význam výživy a jejího vlivu na tělesné i duševní zdraví. Lidé s DM 2. typu si na této úrovni vyhledávají nové informace o možnostech ovlivnit svou nemoc pomocí managementu jídla i o potřebě a důležitosti některých látek v potravě a naopak o škodlivosti látek jiných.

- Racionální úroveň – Jedinec by si měl uvědomit své postoje a motivaci ke změně a vypracovat si strategii překonávání překážek. Lidé s DM 2. typu na této úrovni hodnotí možné riziko onemocnění a měli by vypracovat strategii překážek, které jim brání v požadované změně režimu.
- Emoční úroveň – Zde se uplatňují sociální faktory, pozitivní nebo negativní podněty ze strany rodiny, přátel a sociálního okolí.
- Konativní úroveň- Jedná se již o samotný proces změny stravovacích návyků. Týká se to i osvojení nových technologií vaření, nákupu vhodných potravin, apod.
- Volní úroveň – Souvisí s volními vlastnostmi daného člověka a jejich uplatňování při konfrontaci daného rozhodnutí s vnitřními překážkami. Volní procesy jsou posilovány pozitivními zpětnými vazbami (např. malým úspěchem při snížení nadváhy).

Dle Fraňkové (1996) souvisí změna jídelního chování a návyků i s celkovým způsobem života. U jedinců, kteří se rozhodnou ke změně stravování, „se mění denní rytmus, postoje k jídlu i vnějšímu prostředí, mění se i hodnotová orientace, dochází ke změnám v osobnosti“ (Fraňková, 1996, s. 209).

Na změnu jídelního chování byly prováděny četné výzkumy. Výzkum kanadských autorů Drapeau, Després, Boucharda a kol. (2004) ukazuje, že i malé změny v jídelníčku mohou způsobit úbytek váhy. Autoři sledovali po dobu 10 let řadu dobrovolníků (n = 248) a zkoumali jídelní preference a chování daných dobrovolníků. Konzumované potraviny rozdělili do skupin. Výsledkem výzkumu bylo, že u respondentů, kteří snížili konzumaci jídel ve skupině tučných jídel a zvýšili podíl ovoce ve stravě došlo ke snížení váhy. Výzkumníci tak ukazují, že není třeba složitých dietních změn, které většina lidí stejně nedodrží, že pro pomalé snížení váhy stačí malá změna stravovacích návyků.

4.2. HLAD A REAKCE NA NASYCENÍ

Fraňková a Dvořáková-Janů (2003) popisují ve své studii Psychologie výživy a sociální aspekty jídla hlad nejen jako objektivní stav (daný snížením nutričních rezerv), ale i jako subjektivní psychologický stav, který je charakterizován určitými prožitky a pocity.

Z hlediska biologie je hlad vysvětlitelný hladinou cukru v krvi. Subjektivní stav pak je jednak odrazem vnitřních pocitů, může být však i reakcí na vnější podněty, zejména na vlivy sociálního prostředí. Krch a Málková (1993) upozorňují, že často reagujeme subjektivním pocitem hladu na vnější často se opakující podnět, jako je zapnutí televize po příchodu domů. Člověk má vypracovaný podmíněný reflex, kdy po zapnutí televizoru začne shánět něco k jídlu, i když ve skutečnosti jedl před chvílí. Pozornost lidí je v tomto případě často stejně zaměřena na televizní obrazovku, takže si ani neuvědomují množství a chuť snědené potravy. V tomto případě autoři radí po nějaký čas neodpovídat na určitý podnět obvyklou reakcí a přerušit zaběhlého stereotypu.

Podnětem k příjmu potravy a pocitu hladu může být i jídlo samotné. Pro obézní lidi je často jedna porce dávkou, která nesnižuje hlad a naopak zvyšuje chuť k jídlu. Ve výzkumech lidí s normální váhou a lidí s obezitou se ukazuje, že u obézních lidí nezávisí množství snědené potravy na jejich aktuálním stavu nasycenosti (Krch, Málková, 1993).

Hlad a příjem potravy spolu často nemusejí souviset, lidé jedí i v situacích, kdy hlad necítí. V naší společnosti se pak často pojmy jako hlad, chuť, příjem potravy a vztah k jídlu pletou.

Různé výzkumy se zabývaly reakcemi jednotlivých lidí na nasycení. Prokázalo se, že lidé s nadváhou či obezitou mají snížený práh nasycenosti. Křivohlavý (2001, s. 212) udává, že „Lidé s normální váhou jedí, když mají hlad. Obézní lidé přijímají nabídnuté dobroty ve stejné míře jak v situaci, kdy mají hlad, tak v situaci, kdy jsou plně nasyceni“.

Výzkumy forem reakcí na nasycení se zabývala autorská dvojice Polivy – Herman (1983, in Křivohlavý, 2001). Ti píšou, že lidé s malou citlivostí k nasycení nejsou jen lidé obézní, ale též lidé s „výraznou tendencí vědomé regulace diety“. Polivy a Herman nazvali tento jev „ukázněností v jídlu“ (restrained eating). Tito lidé jsou dle výzkumů zmíněných autorů (cit. dle Křivohlavý, 2001, s. 212):

- Velmi ukáznění, co se týče množství jídla, výrazně však reagují na chuť daných pokrmů
- Jedí dle hodin, bez ohledu toho, zda mají či nemají hlad
- Jedí bez ohledu na to, kolik váží

Tito lidé se přes snahu jíst zdravě a přiměřeně častěji dostávají do relapsů. Polivy a Herman (1983, cit. dle Křivohlavý, 2001) tak popisují „nebezpečí svádění a svedení k porušení jinak umírněného způsobu příjmu jídla“. K tomuto nebezpečí dochází při výjimečných příležitostech, v situacích, kdy dané jídlo výjimečně osobě velmi chutnalo.

Do podobné pozice se dostává řada diabetiků, kteří jsou často vědomě velmi ukáznění, co se týče množství jídla, jedí v dané časové úseky bez ohledu na to, zda mají či nemají hlad a jedí pravidelně.

4.3. Vliv sebehodnocení na jídelní chování pacientů s DM 2. typu

Výzkumy ukazují, že jídelní chování člověka může souviset i s jeho sebehodnocením (self-esteem). Ukazuje se, že „nejvíce podléhají svodům dobrého jídla lidé s nízkým sebehodnocením“ (Křivohlavý, 2001). Vzniká tak začarovaný kruh, kdy lidé s nízkým sebehodnocením konzumují větší množství jídla, přibývají na váze a jejich sebehodnocení se ještě snižuje. Často bývá celá situace ještě komplikována pokusy o dietní režim a následnými relapsy.

U diabetiků při zavádění dietního režimu se často nehledí na sebehodnocení lidí a jejich dosavadní zkušenosti s danými režimy. Jedná-li se však o lidi s nízkým sebehodnocením, mohou v dietě opakovaně selhávat i přes veškerou snahu dietu dodržet. Proto některé přístupy počítají s psychologickou podporou sebehodnocení pacientů s DM 2. typu.

4.4. Poruchy příjmu potravy ve spojení s DM2. typu

Nejhorší ze všeho na cukrovce je vlčí hlad. Já jsem na něj vyzrál. Vždycky, když mě to přepadlo, to bylo, když manželka uvařila buchty, tak jsem si vzal tak čtyři a odnesl je co nejdál od pekáče a tam je snědl. Ono mě to potom přešlo. Ale když jsem zůstal jíst u pekáče, tak jsem dokázal být i agresivní a musel jsem sníst úplně všechno a špatně jsem snášel, když mi v tom chtěl někdo zabránit.

Muž, 72 let, DM 2. typ na PAD

„O problémech s jídlem lze uvažovat tehdy, jestliže člověk používá jídlo opakovaně a často k řešení svých emocionálních problémů. Jídelní chování je narušené, pokud začne výrazně a negativně ovlivňovat ostatní stránky života jedince“ (Hrachovinová, online, cit. 2007).

Poruchy příjmu potravy jsou ve spojení s DM 2. typu nepříjemnou komplikací a jsou signálem k zahájení psychoterapeutických sezení s pacientem. Krch (1999, s. 44) referuje o výzkumech Herpertzeho a jeho týmu, kteří zkoumali komorbiditu onemocnění DM a poruchy

příjmů potravy u 246 diabetiků. V této studii zjistili poruchy příjmu potravy v minulosti nebo současnosti u 13, 2% pacientů s DM 2. typu (a u 15, 1% pacientů s DM 1. typu). Krch dále uvádí, že v jiných obdobných výzkumech nebyl shledán výraznější rozdíl ve výskytu poruch příjmu potravy u DM 2. typu a v normální populaci.

Mezi ostatními poruchami příjmu potravy se u pacientů s DM 2. typu mluví o záchvatovitém přejídání. Lidé, kteří trpí záchvatovitým přejídáním mají svůj program spojený s jídlem. Téměř všechny jejich „nejintenzivnější pocity (strach, pocit viny, očekávání, potěšení) se točí kolem jídla“ (Maloney, Kranzová, 1997). Dané osoby pokračují v jídle, i když už utišily svůj hlad a i když jim jídlo nechutná a přejídají se i jídlem, které normálně nemají rádi. Záchvatovité přejídání najdeme i u lidí, které mají omezení v příjmu potravy a dodržují nějakou formu diety. „U záchvatovitého přejídání je pro postižené osoby jídlo zdrojem strachu a úzkosti, a jejich úvahy a prožitky se soustřeďují na jídlo. Záchvatovité přejídání není určováno množstvím jídla nebo tělesnou hmotností, ale způsobem, jakým se člověk ve svém životě vypořádává s jídlem, potravinami a tělesnou hmotností.“ (Maloney, Kranzová, 1997, s. 41).

Záchvatovité přejídání může u lidí s DM být způsobeno i hladem spojeným s hypoglykemií. Epizody záchvatovitého přejídání bývají laicky nazývány jako vlčí hlad. Málková (online, 2005) charakterizuje vlčí hlad jako neodolatelnou touhu (bažení) po jídle, zejména po sladkostech, která často následuje situaci, kdy daný člověk delší dobu nejedl a najednou ochutná něco sladkého. Vlčí hlad může být doplněn pocitem bezmoci, ztráty sebekontroly a následně pocitem viny z porušení dietního režimu. Někteří lidé popisují vlčí hlad jako situační jev chuti na sladké v případě, že máme vidinu tuto chuť uspokojit.

4.5. SOCIÁLNÍ ASPEKTY JÍDELNÍHO CHOVÁNÍ U LIDÍ S DM 2. TYPU

4.5.1. Vliv doporučení ostatních a reklamy na jídelní chování u lidí s DM2. typu

Sociální vliv a vliv reklamy na jídelní preference a jídelní chování je popisován v řadě studií. Polivy, Heathorn a Herman (1989, cit. dle Křivohlavý, 2001) ve svých výzkumech ukazují, že část lidí je značně ovlivněna tím, co se jim o jídle řekne (placebo efektem). Na jídelní chování mají často vliv informace o kvalitě daných potravin (potraviny zdravé, nízkotučné, apod.) lidé konzumují určité potraviny nikoli jen podle chuti, ale často i pod manipulativním vlivem reklamy a doporučení ostatních. Fraňková, Odehnal, Pařízková (2000) uvádějí, že již malé děti se učí vnímat kvalitu a chuť jídla sociálním učením a nápodobou.

U pacientů s DM 2. typu se vliv reklamy a doporučení projevuje v řadě jídelního chování. Někteří lidé s diabetem mají od kolegů se stejným onemocněním řadu „zaručených“ návodů, jak zlepšit dlouhodobé výsledky hladiny cukru těsně před návštěvou lékaře (pomocí hřebíčku, skořice, citrónů). Řada diabetiků se dá svést reklamními slogany, v nichž je něco bez cukru, čímž se myslí za použití umělých sladidel. Avšak dané výrobky mohou obsahovat sacharidy v jiné formě, což poté uživatelé nemusí zohlednit.

Reklama dále často tvrdí zaručené pravdy o zdravé výživě, které je těžké vyvracet a které nesouvisejí s poznatky odborníků na výživu. Často je v reklamách zevšeobecnováno doporučení, které platí pro omezenou skupinu lidí, a toto pravidlo je aplikováno na všechny bez rozdílů. Obecně platné diety a recepty na zdraví mohou těžko padnout všem lidem bez

ohledu na jejich individuální rozdíly, genetické dispozice a přizpůsobivost. Navíc i některé pravdivé informace vytržené z kontextu mohou způsobit mnohé škody.

V žargonu reklamy se pak využívá i spousta obrátů, jimž diabetici nemusejí rozumět a které je mohou svým reklamním sloganem zmást. Např. lákadlo „sugar free“ potravin, tedy potravin bez cukru. Často je tím myšleno za použití umělých sladidel, což však leckdy neznamená, že v potravinách nejsou sacharidy. Stejně tak se jedná o jídla s nálepkami „no sugar added“ – bez přidaného cukru či zaručené „fat-free“ potraviny, které nahrazují nedostatek tuku leckdy právě sacharidy. Lidé s diabetem by měli být instruováni k pozornému čtení etiket na potravinách a vyškoleni rozuzlit a nenechat se zmát výroky reklam a pozorně vždy studovat skutečné složení daného výrobku.

4.5.2. Společné stolování

Jídlo vytváří a udržuje sociální vztahy a jeho příprava a společná konzumace hraje v životě člověka důležitou roli. Společné stolování je rituálem, který posiluje identitu v rámci naší rodiny nebo širšího lidského společenství. Jacksonová v knize *Jídlo a proměna* (2004, s.92) píše, že jídlo ve společnosti dalších lidí je nesporným typicky lidským rysem a dělení se o jídlo je výrazem přijetí sociálních povinností, vyžaduje určité sebeovládání a historicky je spjata s lovem a pojídáním velkých zvířat a používáním nářadí. Lovci-sběrači se dle Jacksonové o kořist dělí.

Rituály, spojené se společným stolováním, jsou pro rodinu důležité. Způsoby podávání jídla a ritualizace společného stolování jsou významným psychologickým a sociálním dějem. Společné stolování bývá spojené s vidinou rodinného kruhu. Děti se od malička prostřednictvím společného jídla učí pravidlům společného stolování. Stolování bylo též vyjádřením postavení jedinců ve společnosti a pozvání ke společnému stolu bývalo jednak ctí, jednak však z takového pozvání vyplývaly určité závazky.

U diabetické populace může být (ale samozřejmě nemusí) společné stolování zdrojem celé řady stresů. Diabetici na perorálních antidiabetikách nemusí řešit otázku aplikace inzulínu u jídla. Společné stolování však pro ně může znamenat problém z hlediska složení potravy. Co se týče rodinného kruhu, je třeba o složení potravy a racionální stravě edukovat celou rodinu diabetika a začít se změnou stravování u celé rodiny. Stává se, že v rámci zdravé stravy se nevaří sladká jídla či se jídla zkrátka nesladí. Je-li diabetik muž, žena mu tak může předkládat stejná jídla jako ostatním, jen méně oslazená a omaštěná. Je-li diabetičkou žena, nezřídka musí vařit či připravovat dvě jídla, jedno pro ostatní a jedno pak pro sebe. V řadě diet je po diabetických také požadováno, aby si porce jídel odvažovaly na vahách. Řada diabetiků to praktikuje, technika však ztrácí význam, jestliže si člověk poté několikrát přidá porci.

Co se týče společného stolování mimo rodinu, největším problémem bývá právě kontrola množství snědeného jídla. Řada restaurací i závodního stravování je dnes připravena na vegetariánské zákazníky, málokdy však počítá se zákazníky s DM. V restauracích či podobných zařízeních není uváděná často hmotnost či množství přílohy (brambor, rýže), takže člověk s diabetem se může těžko orientovat.

Při společném stolování s přáteli hraje roli rovina přiznání se ostatním, že člověk má diabetes a s tím související omezení v jídle. Zde se projevuje stud za nemoc a různá dietní a režimová opatření a lidé s diabetem se tak mohou nechat zatlačit k různým ústupkům z režimu („No tak se napij, vždyť je to na mé zdraví.“ „Ten koláč jsem upekla speciálně pro tebe, to bys mě tedy urazil, kdybys neochutnal.“ „Tak si dáme zákusek, ale všichni, přece nebudeš trhat partu“).

Při společném stolování může být množství jídla, které člověk konzumuje ve společnosti ostatních, odlišné od množství konzumovaného o samotě. Fraňková a Dvořáková-

Janů (2003) referují o výzkumech DeCastra a kol. Ti zkoumali vliv sociálních faktorů na příjem jídla. V četných experimentech pozoroval DeCastro pokusné osoby při jídle doma či v restauraci a buď o samotě či ve společnosti dvou a více osob. Množství přijatého jídla nebylo ovlivněno podáním s alkoholem či bez alkoholu a neprojevil se ani vliv typu jídla. Autoři (DeCastro a spol.) však zjistili vysokou pozitivní korelaci mezi počtem přítomných lidí při jídle a množstvím snědeného pokrmu. Nestačila však pouze fyzická přítomnost, rozhodující byl počet současně stolujících lidí (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003). Ženy s DM 2. typu přiznávají, že při společném stolování s kamarádkami „hřeší“ více než když stolují samy. Často se to projevuje i tím, že žena sice hlavní jídlo hlídá, poté si však dá sladkou kávu a zákusek po vzoru ostatních. Při jídle s ostatními se také často vytrácí požadovaná pravidelnost jídla, člověk jí se skupinou a hůře poté dodržuje pravidelnost jedení.

4.6. Vliv věku, pohlaví a váhy na jídelní chování pacientů s DM 2. typu

4.6.1. Gender rozdíly v jídelním chování

V euroamerické kultuře je výrazně odlišný přístup mužů a žen k jídlu, ačkoli tlak na racionální výživu a stravování v posledních letech rozdíl mezi muži a ženami poněkud stírá. Odlišné postoje k vlastnímu tělu a k jídelnímu chování mezi muži a ženami se promítají do odlišných přístupů a postojů k dodržování požadavků na dietní omezení v rámci DM 2. typu. Musíme si však uvědomit, že pacienti s diagnózou DM 2. typu jsou často lidé ve starším věku, jejichž postoje k jídlu se formovaly před mnoha a mnoha lety.

Dvořáková-Janů v publikaci *Lidé a jídlo* (1999, s. 107) referuje o výzkumech Charlese a Kerra, kteří zkoumali aspekty rodinného stravování v Anglii v osmdesátých letech (*Food as indicator of social relations*). Autoři zde analyzují rozporuplný a problematický vztah žen k jídlu. „Od žen se očekává, že si budou jídlo odříkat, aby zůstaly štíhlé a sexuálně přitažlivé, ale zároveň musí pro své partnery připravovat stravu výživnou a zdravou.“

Ve výzkumu české populace ukazuje Krch (1997) výrazný rozdíl mezi dospělými muži a ženami v běžné populaci v tom, jak vnímají svoje tělo a případnou nadváhu, jak se tímto faktorem cítí být ohrožení nebo handicapováni a jaké mají tyto postoje vliv na jejich jídelní chování. „U mužů s rostoucí tělesnou hmotností spíše ubývalo psychických obtíží a přibývalo nezdrženlivosti (častěji pili alkohol a kouřili). U žen naopak s rostoucí tělesnou hmotností vzrůstala, s výjimkou kouření, sebekontrola“ (Krch, 1999, s. 55). Výzkumy Fialové (2001, s. 150) ukazují, že „ženy si daleko více uvědomují význam racionální životosprávy pro tělesný vzhled a zdraví než muži a také se svou výživou vážněji zabývají“. Stejně jako Krch (1997) dochází Fialová (2001) k výsledkům, že nejvíce si potřebu racionálního stravování uvědomují muži, kteří jsou spokojeni se svým vzhledem, a ženy, které naopak jsou se svým vzhledem nespokojené. Celkově však ženy deklarují vyšší kontrolu a racionalitu stravovacích návyků než muži.

Odlišný stále zůstává vztah jednotlivých pohlaví k redukčním dietám. Polivy a Hernan (1992) popisují chování amerických dívek ve vztahu k dietám. Dle autorů je mezi mladými dívkami a ženami častější a převažující dietní chování (tedy ve smyslu redukčních diet) nad normálním jídelním chováním (pravidelné stravování bez restrikcí, hubnutí a strachu z tloušťky). Krch s Drábkovou (1996) přinášejí výzkumy, dle nichž za pomoci redukčních diet se snaží v průběhu dospívání omezit tělesnou hmotnost většina dívek a mnoho mladých žen zaměňuje dietu za normální stravovací režim.

4.6.2. Vztah starších lidí k jídlu

DM 2.typ se vyskytuje spíše u lidí ve vyšším věku, proto je třeba věnovat se změně postoje k jídlu u starších osob.

Energetická potřeba jedinců se mění v průběhu života, ve stáří tato potřeba klesá. Fraňková referuje (1996) o experimentech na zvířatech, které ukazují, že u starších zvířat se snížením přijímané energetické hodnoty prodlužuje věk zvířat. Snížení příjmů příznivě působí i na učení a paměť zvířat. Energetická restrikce nezabránila úbytku kognitivních funkcí, ale oddálila jejich nástup u zkoumaných zvířat. Výsledky analýz stravy dlouhověkých jedinců ukazují, že dávají přednost sladkým jídlům, jedí hodně zeleniny a ovoce a muži uvádějí i trochu vína. „Dlouhověcí jedinci se nepřejídají, mají dostatek fyzického pohybu a jsou duševně vyrovnaní“ (Fraňková, 1996, s. 211).

Starší lidé mohou mít v jídlu řadu problémů nutriční, psychologické i sociální povahy. Starší lidé často nedodržují zásady racionální výživy, důvody však mohou být rozličné. Některým lidem nestačí ekonomické prostředky na nákup kvalitních potravin. Jiná situace může nastávat u lidí, žijících ve stáří osamoceně. Dle Fraňkové – Janů (2003, s. 186) se tyto lidé často odbývají, nebaví je příprava jídla pro ně samotné, je u nich narušená sociální funkce jídla. Tito lidé se „někdy hůře orientují v nabídce trhu, v nově zaváděných potravinách, mají problémy s nákupem ve větších obchodních domech, nevyhovuje jim neosobní typ supermarketů. Na druhé straně návštěva obchodů s potravinami dává možnost prohlédnout si sortiment nových potravin, vyzkoušet si nové výrobky, což přispívá i ke zvýšení jejich mentální aktivity a kontaktů s měnící se realitou.“ Starší lidé však již mohou být ve svých (nejen jídelních) zvyklostech stereotypní, nemají chuť a elán zkusit něco nového a dále objevovat.

Pro starší lidi žijící v domovech důchodců, může být jídlo hlavním zdrojem životní spokojenosti. Dle Fraňkové a Dvořákové – Janů (2003, s.186) k tomu vede „nevhodný denní režim starých lidí, nemožnost uspokojit kulturní potřeby, naplnit smysluplně čas u pohybově omezených jedinců či nedostatek sociálních vazeb“.

Co se týče chutí ve stáří, Křivohlavý (2002) udává, že do zhruba do 70 let je vnímání chuti u lidí relativně stálé, i když v průběhu stárnutí dochází k relativnímu snížení prahu percepce pro slané a sladké podněty a snížení percepce pro chuťové podněty se stává výraznější po 70. roce života.

Stravovací doporučení pro staré lidi s DM 2.typu vydané v prohlášení Kanadské diabetické asociace jsou shodná s obecnými doporučeními pro staré lidi. Při přípravě dietního programu pro staré lidi je nutné vždy zahrnout jejich individuální zdravotní stav, sociální situaci a míru samostatnosti (zejména ve schopnosti samostatně nakupovat a vařit).

Z hlediska nižší schopnosti starších lidí rozlišovat hypoglykémie, doporučení jsou zaměřena tak, aby u starých lidí na PAD k hypoglykémii nedocházelo. Kvůli snížené potřebě příjmu tekutin se u starých lidí dbá na pitný režim a zavodňování organismu. V přístupu ke stravování se též dbá na předcházení zácpě, která často trápí pacienty s DM 2.typu ve vyšším věku.

4.6.3. Rozdíly v jídelním chování lidí s obezitou a lidí s normální váhou

Na rozdíly v jídelním chování mezi lidmi s obezitou a lidmi s normální váhou ukazují četné výzkumy a pokusy. Fraňková (1996) upozorňuje na různé výzkumy, dle nichž se ukazuje, že lidé s nadváhou a obezitou mají „odlišné vzorce potravního chování, jinou citlivost vůči vnějším podnětům, že se liší ve vztahu k jídlu a mají zřejmě i odlišné signalizace z vnitřního prostředí organismu. Lidé s nadváhou v pokusech snědli více jídla v jasně

osvícené místnosti než v přítomnosti. Osoby s nadváhou a obezitou měly větší motivaci pro jídlo, které mohly vidět než pro to, které měly mimo dosah zorného pole“ (Fraňková, 1996, s. 84).

Ve studii Snoeka, Huntjense a VanGemerta (2004) jídelních preferencí a jídelního chování žen s normální váhou a žen s obezitou (n=44) se ukazuje, že obě skupiny žen vykazovaly pocit hladu před jídlem. Obě skupiny žen vykazovaly po jídle uspokojení, ale ženy s obezitou požadovaly ještě další jídlo, po požitém jídle se dožadovaly ještě dalšího chodu. Obdobně ve výzkumech Forslunda, Torgersona a Sjostroma a kol. (2005) se ukazuje, že lidé s obezitou (n= 4259) jedí v průměru víckrát během dne než lidé s normální váhou. Lidé s obezitou jedli průměrně šestkrát denně, lidé s normální váhou pětkrát. Lidé s obezitou preferovali ke svačinám a menším jídlům mimo hlavní chod koláče, čokoládu a sladkosti, zatímco lidé s normální váhou jedli ke svačinám zdravěji.

4.7. JÍDELNÍ CHOVÁNÍ Z HLEDISKA PRAVIDELNOSTI A POČTU PODÁVANÝCH JÍDEL

Různé národy a etnické skupiny se mezi sebou liší v počtu podávaných jídel a ve velikosti a významu jednotlivých dávek. U nás se obvykle odbývá snídaně, často se snídá až na pracovišti, oběd pak bývá formou školního či závodního stravování a důraz se klade na večeři. V některých rodinách se přes týden neřeší večeře a společně se rodina schází o víkendu u oběda.

Co se týče počtu konzumovaných jídel u lidí s DM 2. typu neléčených inzulinem, názory na toto téma nejsou jednotné. Guidelines for the nutritional Management of DM in the New Millenium Kanadské diabetické asociace (2003, online) uvádí, že rozdělení denního kalorického příjmu do devíti jídel významně zlepšuje hladinu cholesterolu a pomáhá snižovat hyperglykémie po jídle u některých pacientů s DM 2. typu. Na druhé straně může při konzumaci častých malých dávek jídla docházet u pacientů ke zvyšování kalorického příjmu, neboť při častější konzumaci potravy je těžší dodržet předepsané množství. Nebyly prokázány lepší výsledky glykemií u pacientů s častějším příjmem potravy než u pacientů, kteří jedli 3krát denně.

Počet jídel se tedy stanovuje u každého člověka s DM 2. typu individuálně. Je třeba přihlížet k volným vlastnostem pacienta i jeho okolí (možnostem svačit na pracovišti, apod.) Problém může nastat u lidí, kteří pracují na směny či jinak nepravidelně a tak musí na jídlo pravidelně řadit do svých aktivit. Problémem jsou lidé, kteří nepřejdou na „management stravování“ a mezi jednotlivými jídly nedodrží období „půstu“. (Např. Ženy, které připravují jídla či s jídlem nějak pracují, ochutnávají či sem tam něco užijí či lidé, kteří jsou doma a sem tam strčí něco do pusy, aniž by to ovšem započítali do celkového příjmu jídla.)

Hlavní zásadou není počet jídel, ale pravidelnost jejich podávání. Dále je důležité rovnoměrné rozdělení energie a sacharidů v průběhu celého dne, aby nedocházelo k hladovění. Podávaná jídla musí splňovat zásady racionální výživy.

Četní autoři se shodují na zásadě pravidelných snídaní u lidí s DM 2. typu. Svačina a Bretšnajderová (2003) upozorňují, že základní chybou diabetika 2. typu je vynechávání snídaně. Jinak dle autorů časové rozvržení potravy není striktní, lidé s DM mají vysokou hladinu cukru v krvi a nevdá mu delší pauza mezi jídly, proto může vynechávat svačiny. Horší ranní toleranci na inzulin je možné řešit sníženým příjmem sacharidů po ránu či podáváním léků. Clark (2006) upozorňuje na příznivý vliv snídaně bohaté na vlákninu na management diabetu 2. typu a snídaní označuje za nejdůležitější jídlo diabetika.

5. JÍDELNÍ PREFERENCE U PACIENTŮ S DM 2.TYPU

„Přestal jsem jíst bílé pečivo (10 rohlíků denně) a našel zalíbení v tmavém chlebu (dýňový chléb) a pomalu zjišťuji, že dobré jídlo ve velkém množství není všechno, co člověk k životu potřebuje. Nyní mám pocit (snížil jsem hmotnost o 10kg za 2 měsíce), že můj současný život má vyšší kvalitu. Když vidím ostatní (př. své děti), jak se při obědě cpou, je mi jich líto. Vždycky jsem měl vůli (hlavně ve sportu) a nyní ji uplatňuji ve svém životě s cukrovkou. Mám ze sebe radost.“

(Z dotazníku na jídelní chování a jídelní preference z praktické části práce, muž, DM 2.typ, 53 let)

5.1. PREFERENCE A AVERZE

A přece radost ze života, to je radost z chuti jídla...

Jan Werich

Dle výzkumů Fraňkové (1996, s. 198) se „preferencí a averzí k jednotlivým druhům potravy formuje již v rané ontogenezi a vztahy k jídlům a potravinám se upevňují asociacemi mezi senzoryckými klíči a fyziologickým i psychosociálním kontextem“.

Co se týče preferencí jednotlivých potravin, referuje Fraňková (1996) o ontogenetickém vývoji preferencí a o zálibě dětí v jídlech s velkým množstvím sacharidů a tuků. Na preferenci jednotlivých jídel má vliv řada faktorů spojených se situací podávání jídla (nervozita, spěch, mimika, gesta, chování matky). Řada zcela nevhodných jídel je stále ještě dětem podávána v příznivém sociálně emočním kontextu a tím je u dětí upevňována preference těchto jídel v dětském věku. Důležité jsou i nutriční zvyklosti dospělých osob (zejména matky a dítěte) i funkce jídla jako odměny či trestu (zejména sladkostí a různých pamlsků). Malé děti jsou také mnohem tolerantnější, co se týče různých chuťových kombinací.

Averze k jednotlivým potravinám může být dána metabolickou odchylkou, často je však dle Fraňkové (1996, s. 199) způsobena aspekty psychologické povahy a tkví v dětství. „Jediné požití jídla, po kterém bylo danému jedinci špatně nebo které bylo spojeno s nepříjemným zážitkem, s nevhodným postojem, s negativní emoční reakcí dospělého, může navodit dlouhodobou či trvalou averzi, která může přetrvávat i v případě kritického nedostatku potravy či hladovění.“ Postoj k daným potravinám může být ovlivněn i kulturními zvyklostmi či náboženskými požadavky.

Autoři již zmiňované studie Snoek, Huntjens a vanGemert (2004) prováděli výzkum jídelních preferencí u žen s normální vahou a žen s obezitou (n=44). Studie byla zaměřena na preference vysoce tučných jídel a jídel s vysokým obsahem cukru u žen s normální vahou a žen s obezitou. Autoři studie se dále zabývali otázkou, zda ženy s obezitou uspokojí stejné jídlo (co se týče typu a jídla a množství) jako ženy s normální vahou. Autoři nezjistili rozdíl mezi typem jídel, které preferovaly ženy s obezitou a ženy s normální vahou. Obě skupiny žen preferovaly jídlo se sladkou chutí více než jídlo s vysokým obsahem tuku. Obě skupiny žen vykazovaly pocit hladu před jídlem. Obě skupiny žen vykazovaly po jídle uspokojení, ale ženy s obezitou požadovaly ještě další jídlo. Výzkumníci dále odvozují, že množstvím tuku v potravě nezvyšuje její oblibu u žen.

5.2. PREFERENCE NĚKTERÝCH POTRAVIN ČI NÁPOJŮ

Chuť a dobré jídlo, to je fantazie, a od fantazie je jenom krůček k umění.

Jan Werich

5.2.1. Konzumace slazených nealkoholických nápojů

Výsledky výzkumu závislosti konzumace slazených nealkoholických nápojů a zvýšení tělesné hmotnosti a rizika vzniku DM 2. typu popisuje Schulze a kol. (2004). Schulze prováděl výzkum metodou dotazníku u žen ve věku 22-44let (n=91,249). Schulze uvádí, že konzumace slazených nealkoholických nápojů (Coca coly, Pepsi, a ostatních „bublínkových“ slazených nápojů) souvisí s vyššími kalorickými příjmy, zvyšováním tělesné hmotnosti a tudíž rizikem vzniku DM 2. typu. Neslazené nápoje riziko vzniku DM 2. typu významně nezvyšují. Výsledky studie dle Schulze také poukazují na to, že snížení konzumace slazených nealkoholických nápojů u diabetiků může vést ke zlepšení hladiny cukru v krvi. Doporučuje proto kontrolu nápojových zvyklostí diabetiků a vyřazení slazených nealkoholických nápojů ze spektra nápojů pro DM 2. typ a jejich nahrazení vodou či neslazenými nápoji.

5.2.2. Konzumace alkoholu

O preventivním účinku mírné konzumace alkoholu před onemocněním DM 2. typu u starších žen v Nizozemí referuje Beulensová, Stolk, Bots a kol. (2005). Ve své studii autoři sledovali po dobu 6, 2 let ženy ve věku 49-70 let bez DM (n=16 300). Výsledky studie ukazují, že ve srovnání se ženami zcela abstinujícími, je riziko DM 2. typu nižší u žen, které konzumovaly 5-30 g alkoholu týdně. Autor studie uvádí, že nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi jednotlivými druhy alkoholu.

U lidí s DM 2. typ je alkohol doporučován pouze v omezené míře (např. Pelikánová, 2003, doporučuje 60g jednou až dvakrát za týden) a s vědomím následujících možných problémů, které se týkají speciálně lidí s onemocněním DM 2. typu:

- Alkohol nalačno může při současné léčbě PAD vyvolat hypoglykémii
- Alkohol může ovlivňovat rozhodování
- Alkohol přidává kalorie do kalorického příjmu daného člověka a jeho snaha o udržování či snížení váhy tak může být komplikována přísunem kalorií z alkoholických nápojů
- Alkohol zvyšuje krevní tlak
- Ve spojitosti s DM 2. typ může napomáhat k rozvoji diabetických komplikací
- Zvyšuje riziko osobnostních změn jako zvýšení agresivity či sklonům k depresi
- Dehydruje tělo, což může být nebezpečné u lidí s vysokou hladinou cukru v krvi

5.2.3. Káva

V názorech na vliv kávy se různí autoři liší. Současné výzkumy naznačují, že časté pití kávy snižuje riziko vzniku DM 2. typu. Není však jasné, proč by tomu tak mělo být. Finská studie Tuomiletho a kol. (2004) na souboru finských mužů a žen (n=14 629) uzavírá, že nejnižší riziko pro vznik onemocnění DM 2. typu bylo u lidí, kteří pili 10 a více šálek kávy denně. Naopak největší riziko vzniku onemocnění bylo u lidí, kteří kávu nepili. Dále se ukázalo, že pití filtrované kávy bylo z hlediska rizika onemocnění lepší než pití kávy turecké. K podobným výsledkům dospívají i autoři dalších studií (Greenberg, a kol., 2005, Smith, 2006, u nás Svačina, 2007).

5.2.4. Etnická jídla

Jídlo a potraviny, které jíme, přestávají mít národní charakter. Často běžně konzumujeme plodiny, které u nás nerostou či volíme jídla jiných národů a zemí. Často sáhneme i po různých formách rychlého občerstvení.

Zvyky a odlišnost jídel tří různých menšin v USA zkoumala Kulkarni (2004). Studovala jídelní zvyky a chování u afrických, asijských a mexických Američanů. V závěrečné diskusi se pak vyjadřuje ještě ke kuchyni čínských Američanů a původních obyvatel. Ve výsledcích studie popisuje nutnost zaměřit se v přístupu k pacientům s DM 2. typu na jejich etnické a tradiční jídelní zvyky a preference a snažit se přizpůsobit a upravit režim v rámci pacienty pozitivně vnímané a přijímané potravy.

Co se týká, např. výzkumů afro-amerických jídelních preferencí, základem je zjištění, že u afroameričanů je 1,6 vyšší výskyt lidí s DM 2. typ. Jedním z vysvětlení je vyšší % obézních žen v této populační skupině. Kulkarni zaměřila své výzkumy na jídelní chování této skupiny. Zjistila, že základem tradiční stravy afroameričanů je jídlo duše „soul food“, jež stojí na tradičních jídelních zvycích a praktikách. Toto jídlo zahrnuje především zeleninu, kombinovanou s rýží, kukuřičným chlebem, muffiny či sušenkami. Maso je připravováno smažením, což vychází z tradičního požadavku co nejkratší tepelné úpravy během horkých letních dnů. Nebereme-li v úvahu tyto praktiky a představy při sestavování vhodné diety u afro-amerických pacientů s DM 2. typ pacienti v dietě selhávají, neboť nejsou zvyklí na doporučovanou stravu.

5.2.5. Dia výrobky

Dia výrobky bývají častou pastí pro pacienty s DM 2. typ. Bez dobré edukace totiž mohou pacienti nabýt dojmu, že dia výrobky jsou určené pro diabetiky, jsou tedy bez cukru a může se jich sníst libovolné množství. Dia potraviny však nemohou být konzumovány v neomezeném množství a v dietě diabetiků je tendence je spíše vynechávat. Dia potraviny obsahují snížené množství cukru ve formě glukózy (bývají slazeny náhradními sladidly), nejméně 50 % jejich hmotnosti však tvoří cukr ve formě škrobu. Dia potraviny tak bývají značně energeticky bohaté, s čím člověk s diabetem nemusí počítat a v euforii, že jsou bez cukru a zdravé, jich sní nadměrné množství.

5.2.6. Umělá sladidla

Názory na užívání umělých sladidel v diabetické dietě se liší. Pelikánová (2003, s. 38) uvádí, že „nekalorická umělá sladidla se mohou příznivě uplatnit při dodržování redukční diety u obézních nemocných a jejich výhodou je, že nezvyšují riziko zubního kazu.“ Oproti tomu Fraňková (1996) uvádí, že v případě konzumace jídla slazeného umělými sladidly se sice snižuje energetická hodnota takového jídla, lidský organismus má však velkou schopnost regulovat energetický deficit. „Po požívání jídla s náhradou cukru umělými sladidly se zvyšuje celkový příjem potravy. Umělé sladidlo má stimulační vliv na chuť k jídlu.“ Výzkumy umělých sladidel byly prováděny i v USA, kde se zkoumalo používání umělého sladidla u žen ve věku mezi 50-69 roky. „Po ročním šetření byly přírůstky hmotnosti vyšší u žen, které používaly umělé sladidlo ve srovnání se skupinou, která jím nesladila“ (Fraňková, 1996, s. 162).

Cronierová (2003, online) píše, že současné výzkumy ukazují, že příjem cukru je pro lidi s DM velmi důležitý pro udržení dobré hladiny cukru v krvi. Cukr by tedy měl být zahrnut v denním příjmu potravy. Jídlo, které je slazené umělými sladidly, samozřejmě není

bez kalorií, s čímž často řada lidí nepočítá. Umělá sladila mohou být v potravě zahrnuta, ale jen v určitém množství. Kanadská diabetická asociace však dokonce doporučuje maximální denní dávky jednotlivých sladidel pro pacienty s diabetem.

5.2.7. Kouření

Dle WHO kouření 2- 4krát zvyšuje riziko onemocnění DM 2.typ a dramaticky zvyšuje riziko diabetických komplikací. Vzhledem k rozšířenosti je kouření považováno za jeden z nejzávažnějších rizikových faktorů DM 2.typ. Solberg a kol. (2004) ve výzkumech kouření u diabetické populace v USA zjišťuje, že u kuřáků v daném souboru (n= 1353, 13, 9% kuřáků) bylo onemocnění DM 2.typ zjištěno v nižším věku než u nekuřáků. Ze sledovaného souboru 20% kuřáků chtělo s kouřením přestat, což je menší procento než u kuřáků bez DM 2.typ. V popisu rozdílů mezi kuřáky a nekuřáky s DM Solberg dále pokračuje s tím, že u kuřáků byl prokázán menší důraz na pravidelné zdravotní prohlídky a celkově byli méně aktivní v přístupu k onemocnění DM (co se týče např. fyzického cvičení či pravidelného měření glykémie). Kuřáci v měřeném souboru častěji hodnotili sami sebe jako smutné či depresivní a své zdraví hodnotili jako horší ve srovnání se skupinou nekuřáků. Co se týče sociální opory, kuřáci referují, že od blízkých osob dostávají menší oporu, ale také menší oporu vyžadují. Na druhé straně, ve skupině kuřáků byl ve srovnání se skupinou nekuřáků menší počet lidí s nadváhou či obezitou.

Kouření je jedním z problémů, který se s pacientem může řešit v rámci psychoterapie, někdy je však vhodné odsunout tuto problematiku mimo řešení zásadních změn hmotnosti a stravovacích návyků. Svačina a Bretšnajdrová (2003) uvádějí, že kouření zvyšuje energetický výdej až o 10%, kuřáci tedy při zastavení kouření začínají přibírat na hmotnosti. Často může být také odvykání kouření provázeno nervozitou a pacient začne z nervozity jíst více. Dalším příznakem odvykajících kuřáků je potřeba mít něco v ústech, kterou mohou řešit sladkostmi a bonbony, čímž opět přibývají na váze.

6. KVALITA ŽIVOTA V SOUVISLOSTI SE ZDRAVÍM U PACIENTŮ S DM 2.TYPU

6.1. KVALITA ŽIVOTA Z HLEDISKA ZDRAVÍ (HRQoL) U PACIENTŮ S DM 2.TYP

Koncept kvalita života z hlediska zdraví (HRQoL – Health Related Quality of Life) je jedním z konceptů, který by měl napomoci pochopení kvality života nejen pacientů s DM 2.typu. Kvalita života je pak posuzována z hlediska jednotlivých přítomnosti či nepřítomnosti jednotlivých symptomů, celkového funkčního stavu a stupně postižení. Koncept je vystavěn na předpokladu, že v pochopení kvality života pacientů je třeba obsáhnout i psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života, které se vtaňují ke zdraví. „Do kvality života se výrazně promítá úroveň osobní pohody (well-being), úroveň schopnosti postarat se o sebe (sebeobsluha), úroveň mobility a schopnost ovlivňovat vývoj vlastního života“ (Kebza, 2005, s. 58-59). Pojem HRQoL zjišťuje dopad alternativních terapeutických zásahů, zvláště farmak, a stává se tak jedním z kritérií terapeutického rozhodování a plánování péče (Dragomirecká, 1997).

Výzkumy HRQoL jsou prováděny většinou dotazníkovými metodami, které využívají nejčastěji hodnotících škál. Zjišťuje se subjektivní pohled pacienta na vlastní život a jeho kvalitu. Při měření se vychází z předpokladu, že jednotlivé oblasti (dimenze) kvality zdraví mohou mít pro daného pacienta odlišnou závažnost, což se výzkumníci snaží v dotazníku zohlednit.

6.1.1. Výzkumy HRQoL u pacientů s DM 2.typu

V oblasti vnímané kvality života pacientů s DM 2.typu v souvislosti se zdravím byla prováděná řada výzkumů. Při měření kvality života pacientů s DM 2.typu v souvislosti se zdravím se výzkumy zaměřují na dva aspekty :

- Celkový pohled pacienta na vlastní kvalitu života, a to jak v oblasti fyzického, tak v oblasti psychologického a sociálního prožívání. Do výzkumů celkového pohledu pacienta na kvalitu života (HRQoL) bývá často zahrnován i jeho objektivní zdravotní stav, klíčové však je, jak pacient tento svůj stav vnímá. Měření celkového pohledu pacienta na vlastní kvalitu života se zkoumá většinou v těch případech, kdy je cílem výzkumu srovnat jednotlivé populace či jednotlivá onemocnění.
- Vnímanou kvalitu života pacientů v souvislosti s onemocněním DM 2.typu- jak ovlivňuje dané onemocnění (DM 2.typ) kvalitu života v oblasti fyzického, psychologického i sociálního prožívání

Ke zjišťování se většinou využívá generických či specifických dotazníků. Generické dotazníky rozebírají celkové poškození zdraví hodnocené z pohledu nemocného. Dovolují srovnání souboru nemocných s různými chorobami či celkového zdravotního stavu celé populace. Jejich nevýhodou je, že jsou pouze málo citlivé na změnu zdravotního stavu. Mezi generické dotazníky patří např. Form-Survey-36 (SF36). Specifické dotazníky pak sledují specifické problémy daného konkrétního onemocnění a dopad daných omezení na kvalitu života jednotlivce. V praktické části práce více rozebírám metodu ADDQoL, která patří mezi dotazníky specifické a pomocí níž se měří kvalita života při diabetu.

Ve vnímání kvality života pacientů jsou dále důležité jejich copingové strategie vyrovnání se s onemocněním, jejich motivace k léčbě a spokojenost s průběhem dané léčby, apod. Co se týče copingových strategií, portugalské výzkumy autorek Coelho, Amorim a Prata (2003) ukazují, že pacienti s DM 2. typu neléčení inzulínem (n= 123 pacientů) používají jako copingovou strategii vyrovnání se se stresem z onemocnění spíše strategii avoidance (vyhýbání se) než strategie čelení a řešení problémů. Strategie avoidance (vyhýbání se) je však současně spojena s nižší deklarovanou kvalitou života u pacientů. Lepší kvalitu života výzkumníci referují u pacientů, kteří se aktivně konfrontují s požadavky a nároky nemoci. Nicméně daní autoři dokládají, že jak copingová strategie vyhýbání se, tak strategie aktivní konfrontace může být v určitých případech, situacích či určitých stadii řešení problému účinná.

Co se týče srovnání pacientů s DM 1. typu a DM 2. typu v kvalitě života se výsledky jednotlivých autorů liší. Výzkumy kvality života mezi skupinou diabetiků prvního a druhého typu srovnával pomocí dotazníků SF-36 a DQoL Jacobson (1994). Výsledky jeho studie ukazují, že kvalita života pacientů s diabetem 2. typu je významně lepší než u pacientů s diabetem 1. typu. U obou skupin zaznamenává negativní vliv komplikací diabetu na kvalitu života. U pacientů 2. typu došlo dle výsledků studie k významnému snížení kvality života při přechodu na inzulínovou terapii. Na lepší kvalitu života u lidí s DM 2. typu poukazuje u Coffrey (2002). Některé studie (Brown a kol., 2000, Peyrot a kol., 1997) však významný rozdíl ve kvalitě života lidí s DM 1. typu a DM 2. typu neukazují.

Výzkumy starých lidí s DM 2. typu ve Velké Británii realizoval Petterson a kol. (1998) pomocí dotazníků Well-Being Questionnaire a Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire. Výzkumný tým hledal souvislost mezi kontrolou glykémie a glykemickými hodnotami pacientů a jejich kvality života. Tuto souvislost výzkum neprokázal, horších skóre však dosahovali pacienti léčení inzulínem.

Ve Španělsku zkoumali vliv DM 2. typu na kvalitu života pacienta (n= 1041 pacientů s DM 2. typ) pomocí dotazníku kvality života ve spojení se zdravím pacientů (CVRS, calidad de vida relacionada con la salud) Villar, Cases, Llach a kol. (2003). Z výsledků studie vyplývá:

- Oslovení pacienti s DM 2. typu udávali horší kvalitu života v souvislosti s zdravím (CVRS) než kontrolní skupina lidí bez DM
- Horších výsledků CVRS dosahovaly pacienti s DM a komplikacemi, nevyrovanými hladinami krevního cukru a pacienti na inzulínové léčbě než pacienti s DM 2. typu bez komplikací, s vyrovanými hladinami glukózy v krvi a při léčbě režimem či PAD
- Horší CVRS udávaly obézní ženy vyššího věku s DM 2. typu

Cerrelli, Manini, Forlani a kol. (2005) prováděli podobný výzkum kvality života v souvislosti se zdravím pacientů s DM 2. typu (dotazník HRQL, Health Related Quality of Life a dotazník jídelního chování, TFEQ, Three Factor Eating Questionnaire, a BES, Bingle Eating Scale). Ve studii se tedy zaměřili nejen na kvalitu života v souvislosti se zdravím, ale též na jídelní chování pacientů s DM 2. typu (n=168 probandů s DM 2. typu). Jejich výsledky se od výše uvedené studie poněkud liší. Cerrelli a kol. zjistili:

- Lidé s problémy v příjmu potravy s DM vidí svou kvalitu života ve spojení se zdravím nižší pacienti s DM bez problémů v příjmu potravy
- Dle autorů na HRQoL nemá vliv kontrola glykémie, doba trvání DM 2. typu či přítomnost/nepřítomnost komplikací.

Specifický dopad jednotlivých pozdních komplikací diabetu na vnímanou kvalitu života pacientů byl studován v řadě studií. Vliv chronických diabetických komplikací na kvalitu života pacientů s DM 2. typu studoval Lloyd (2000). Závěry jeho práce ukazují, že na kvalitu života pacientů neměla vliv hypertenze. Výskyt periferní senzorické neuropatie

významně snižoval kvalitu života pacientů v jednotlivých oblastech (nejzřetelněji v oblasti emocionální vyrovnanosti, tělesné bolesti a duševního zdraví). Koronární artérie naopak u pacientů snižovala kvalitu života ve všech měřených oblastech kromě duševního zdraví a emocionální vyrovnanosti. Další z často přítomných komplikací DM 2. typu, periferní cévní onemocnění, snižovalo u pacientů kvalitu života v oblasti fyzické zdraví a sociální fungování.

Výzkumy pomocí ADDQoL dotazníku

Jelikož dotazník ADDQoL je široce využíván v zahraničních výzkumech pacientů s DM 2. typu (a u nás byl též využit např. ve pracích Weigertové, 2000, Svitákové, 2004) a já jsem zpracovávala část otázek dotazníku, uvádím na tomto místě výsledky některých zahraničních výzkumů, které dotazník použily.

Dotazník ADDQoL byl z původního anglického jazyka přeložen do řady jazyků a testován v řadě zemí. Costaová, Guerreiro, Dugganová (2006) referují o jeho použití v Portugalsku. Ve svých výzkumech dotazník použili na 100 respondentů (46 mužů, 54 žen) ve věku 18 – 89 let. Většina respondentů (73) měla DM 2. typu a méně než polovina respondentů (46) u sebe zmiňovala diabetické komplikace. Z výsledků daných výzkumů vyplývá, že nejvíce negativně vnímali respondenti celkově položku, týkající se jejich „svobody v jídle- freedom of eating“. Pacienti s diabetickými komplikacemi dále vykazovali horší vnímanou současnou kvalitu života, pacienti léčení inzulinem více vnímali dopad onemocnění na jejich kvalitu života. Studie dále ukazuje, že DM 2. typu negativněji vnímají položku „Obavy z budoucnosti – Worries about the Future“ než pacienti s DM 1. typu.

U nás s dotazníkem pracovala Svitáková (2004) v rámci své diplomové práce na téma kvalita života a spokojenost s léčbou u osob s diabetem. V rámci jejich výsledků shledala, že jedinci s diabetem 2. typu léčení inzulinem dosahují nižšího skóru v oblasti péče o sebe sama a v oblasti sexuálního života ve srovnání s jedinci s diabetem prvního typu. Dané výsledky mohou být vysvětlitelné pomocí věkového rozdělení jedinců v jednotlivých skupinách.

6.2. DM 2. TYP A WELL-BEING

Well-being bývá překládán jako prožitek osobní pohody a je jednou z významných složek zdraví. Dle Kebzy (2005) spadá osobní pohoda (well-being) na pomezí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy. Bývá operalizována jako prožitek, který trvá řádově spíše týdny či dny než okamžiky, postihuje však i některé proměnlivější charakteristiky, které souvisí s aktuálním psychickým stavem i s určitou dynamikou a proměnlivostí nálad. Well-being úzce souvisí i s koncepcí sociální opory daného člověka, neboť je ovlivňován kvantitou i kvalitou sociálních kontaktů. Co se týče pacientů s DM, DAWN studie (2005, cit. online) ukazuje, že ze zkoumaného vzorku osob s DM téměř polovina lidí měla slabé well-being, měřeno WHO-5 well-being indexem.

Vliv pohlaví na well-being u pacientů s DM 2. typu zjišťovali ve svém výzkumu Kosuri a Gumpeny (2000). Z jejich závěrů vyplývá, že muži vykazovali ve srovnání s ženami lepší copingové strategie, méně sociálních obav a stresů a celkově lepší spokojenost se zvládáním diabetu. Muži rovněž lépe hodnotili svůj zdravotní stav.

Pouwer a kol. (2001) z Nizozemí zkoumal ve svých studiích, zda well-being a jeho zvyšování u ambulantních pacientů s diabetem může vést ke změnám jejich nálady, glykemické kontroly či celkového hodnocení života s diabetem. Pouwer se svými spolupracovníky zkoumal 461 pacientů s DM v prvním roce od zjištění nemoci. Ve studii byli zahrnuti jak pacienti se standardní péčí, tak pacienti se zvýšenou péčí psychologickou zaměřenou na prožitky pohody a spokojenosti u pacientů (rozhovory, diskuse a monitorování zaměřené na pacientův well-being). Základní metodou studie bylo sledování well-beingu pacientů pomocí vlastního počítačového dotazníku, přičemž výzkumníci dále sledovali

náladu, glykovaný hemoglobin, a pacientovo hodnocení života s DM. Výsledky studie ukazují, že monitorovaná skupina se zvýšenou psychologickou podporou pacientova pocitu well-beingu měla ve srovnání s kontrolní skupinou se standardní péčí (Pouwer a kol., 2001, s. 1929):

- Nižší negativní well-being
- Vyšší celkový well-being
- Významně vyšší hladinu energie
- Lepší mentální zdraví (mental health)
- Vyšší pozitivní hodnocení emocionální podpory, kterou dostali od diabetických sester a ošetřujícího personálu

Skupina s monitorovaným well-beingem a častějšími diskusemi se však nelišila od kontrolní skupiny hladinou glykovaného hemoglobinu u pacientů nebo v celkovém hodnocení života s pacientů s DM. Autoři tedy uzavírají, že podpora well-being pacientů má příznivý vliv na náladu pacientů, neovlivňuje však celkové hodnoty glykovaného hemoglobinu.

7. VLASTNÍ VÝZKUM

7.1. VÝZKUMNÉ CÍLE

Cílem šetření je deskriptivní šetření jídelního chování a jídelních preferencí pacientů s DM 2. typu neléčených inzulinem. Dodržování požadovaných opatření v jídle a vyřešení vztahu k jídlu je pro dané pacienty základní klíčovou otázkou. Psychologie může hodně pomoci nejen v oblasti problematiky vyrovnávání se s onemocněním, ale též v hledání strategie optimalizace vztahu pacientů k jídlu. Z hlediska jídelního chování a jídelních preferencí však nelze v přistupovat bez rozlišení specifických potřeb jednotlivců stejně ke všem pacientům s diabetem druhého typu.

V rámci teoretické části práce jsem se tedy zaměřila na odlišnosti v jídelním chování a jídelních preferencích v rámci skupiny osob s diabetem druhého typu. Práce je zaměřená směrem orientačního popisného šetření.

Stanovila jsem si následující výzkumné otázky:

- 1) Liší se jídelní preference a jídelní chování respondentů v závislosti na pohlaví (muži vs. ženy)?
- 2) Liší se jídelní chování a jídelní preference respondentů v závislosti na léčbě onemocnění (nefarmakologická léčba režimovými opatřeními vs. léčba PAD)
- 3) Liší se jídelní chování a jídelní preference respondentů v závislosti na BMI (normální váha a nadváha vs. obezita)?
- 4) Liší se jídelní chování a jídelní preference v závislosti na věku (a s tím souvisejícím zaměstnáním – důchod starobní či invalidní, lidé do 60 let vs. lidé nad 60 let) respondentů?

7.2. VÝZKUMNÝ VZOREK

7.2.1. Kriterium zařazení do vzorku

Dotazníkové šetření jsem zadávala pacientům s DM 2. typu léčeným režimovými opatřeními (dietou) či režimovými opatřeními a PAD. Kritériem zařazení respondentů do vzorku bylo:

- Onemocnění DM 2. typ, neléčené inzulinovou terapií (léčené režimovými opatřeními či PAD)
- Nepřítomnost dalších zdravotních komplikací, které by vyžadovaly omezení v jídle (tedy kromě diabetu a obezity)
- Zdravotní stav pacientů, který v posledním půl roce nevyžadoval hospitalizaci z důvodu komplikací (akutních či chronických) diabetu
- Setrvání respondentů v domácím prostředí s možností ovlivňovat své jídelní zvyklosti a chování

Ze sesbíraných materiálů jsem tedy vyřadila následující respondenty:

- Skupinu pacientů s DM 1. typu
- Skupinu pacientů s DM 2. typu léčených podáváním inzulinu
- Pacienty, kteří dodržují dietní režim ještě z jiného důvodu než z důvodu DM 2. typu či z důvodů o snížení hmotnosti v souvislosti s onemocněním (bezlepková dieta, dieta při dně, apod.)
- Pacienty, kteří byli v posledním půl roce hospitalizováni kvůli zdravotnímu stavu
- Pacienty z ústavních zařízení, domovů důchodců či jiných zařízení, kde je jídelní režim pacientům do jisté míry určován a pacienti o něm nerozhodují samostatně

7.2.2. Rozsah výběru

Rozsah výběru je 116 osob. Dané osoby jsem dělila do skupin dle předem stanovených výzkumných otázek, proto bych nyní chtěla popsat jednotlivé skupiny:

1) Z hlediska pohlaví - 50 mužů a 66 žen. Jednotivé skupiny (muži vs. ženy) se neliší z hlediska věku, BMI, doby a typu onemocnění, rodinného stavu.

2) Z hlediska léčby onemocnění, 58 osob (33 žen a 25 mužů) je léčených režimovými opatřeními, 58 (33 žen a 25 mužů) režimovými opatřeními a PAD. Skupiny se neliší z hlediska pohlaví, věkového zastoupení, BMI.

3) Z hlediska hodnot BMI – 54 osob s hodnotami do 29,9 (normální váha a nadváha) a 62 osob s hodnotami nad 30,0. Uvedené skupiny se neliší z hlediska pohlaví, věku, doby a typu onemocnění, rodinného stavu.

4) Z hlediska věku – 51 osob ve věkové kategorii do 60 let, 65 osob v kategorii 60 a více let. Uvedená věková hranice byla zvolena z hlediska zaměstnání (tedy důchodu starobního či invalidního u respondentů). Skupina respondentů do 60 let se nachází 7 respondentů v částečném nebo plném invalidním důchodu. Ve skupině respondentů nad 60 let se nachází 5 respondentů s plným pracovním poměrem. Skupiny se významně neodlišují z hlediska pohlaví, typu onemocnění, hodnot glykovaného hemoglobinu, BMI. Jednotlivé skupiny se liší z hlediska délky onemocnění a z hlediska rodinného zázemí.

Výběr není reprezentativní. Data byla sesbírána zejména v rámci edukačního pobytu pro lidi s diabetem v Lázních Poděbrady (98 respondentů). Edukační pobyty v Poděbradech jsou pořádány pro pacienty do půl roku od zjištění onemocnění. Dotazník byl respondentům zadáván během prvních dnů pobytu před cyklem přednášek o výživě. Další data byla získávána na rekondičních pobytech členů Svazu diabetiků a na členských schůzích Svazu. Respondenti patří mezi pacienty, kteří mají aktivní přístup ke svému onemocnění (účastní se rekondice či přednášek, jsou aktivní v rámci Svazu diabetiků). Počet respondentů ve vzorku je malý.

7.2.3. Celkový popis výzkumného vzorku z hlediska věku, rodinného stavu a zaměstnání

Celkové rozložení respondentů ve vzorku z hlediska jednotlivých charakteristik demografických i sociologických ukazuje v rozlišení pohlaví a typu léčby onemocnění ukazuje tab.2.

Tabulka 2 Popis vzorku z hlediska pohlaví a léčby DM 2.typu.

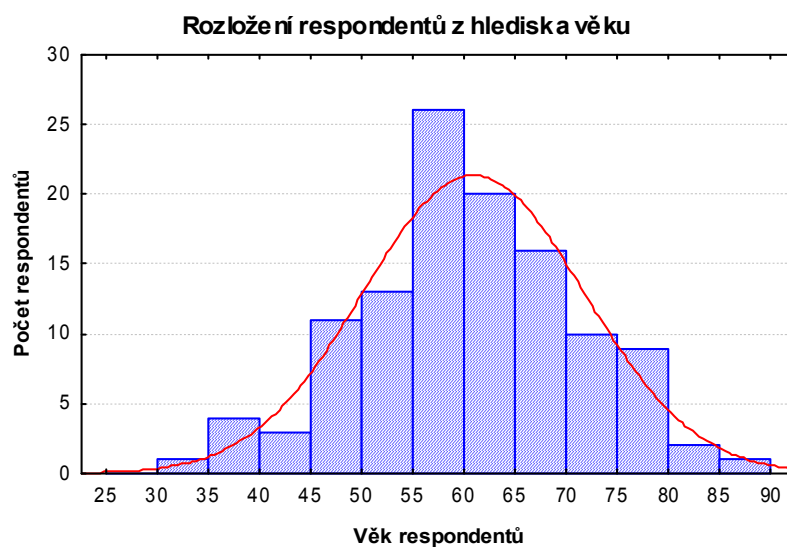
	Muži Dieta	Muži PAD	Muži celkem	Ženy Dieta	Ženy PAD	Ženy celkem
Počet	25	25	50	33	33	66
Věk průměr	59,16	59,92	59,54 (SD10,96)	60,84	62,84	61,84 (SD10,69)
Rodinný stav						
- Svobodný/á	2	1	3	1	-	1
-S partnerkou/em	-	1	1	1	-	1
- Ženatý/vdaná	18	17	35	21	18	39

- Rozvedený/á	3	4	7	4	8	12
- Ovdovělý/á	2	2	4	6	7	13
Děti – ano	21	23	44	32	32	62
Děti – ne	4	2	6	1	1	2
Zaměstnání						
- Plný úvazek	14	12	26	8	8	16
- Částeč. Úvazek	-	-	-	1	-	1
- Částečný ID	2	-	2	1	2	3
- Plný ID	6	5	11	3	3	6
- DlouhodobáPN	-	1	1	-	-	-
-Starobní důchod	3	7	10	20	20	40

Popis vzorku z hlediska věku

Co se týče **věku**, věkové rozpětí respondentů ve výběru se pohybovalo od 33 do 87 let. Zastoupení respondentů dle věkových kategorií ukazuje graf 1, tabulka 3. upřesňuje věkové rozložení mezi muži a ženami. 15 % respondentů je mladší 50 let, největší počet respondentů (63%) spadá do kategorie 50 – 69 let, 22% respondentů se pohybuje ve věkovém pásmu nad 70 let.

Graf 1



Tabulka 3 Rozložení respondentů z hlediska věkových skupin a pohlaví

	Muži	Ženy	Celkem
Věk 30 – 39	1	1	2
Věk 40 – 49	7	8	15
Věk 50 – 59	18	16	34
Věk 60 – 69	14	26	40
Věk 70 – 79	9	11	20
Věk 80 – 89	1	4	5

Průměrný věk respondentů z hlediska léčby onemocnění je 60, 1 let (SD 11, 5) u pacientů léčených režimovými opatřeními, průměrný věk pacientů na PAD 61, 6 (SD 10,1). V tab. 2. vidíme, že nejstarší skupinou v souboru jsou ženy léčené PAD s průměrným věkem 62, 8. Nejmladší skupinou v souboru muži, kteří jsou léčení režimovými opatřeními (v tab. 2. označováni jako muži – dieta).

Popis vzorku z hlediska rodinného stavu respondentů

Z hlediska rodinného stavu si všimneme, že největší počet respondentů žije ve svazku manželském. V souboru je více ovdovělých žen (12, 5% z celkového počtu žen) než mužů - vdovců (5%). Až na několik případů mají respondenti děti. Dané výsledky jsou důležité z hlediska jídelního chování ve vztahu k sociální síti a opoře daných jednotlivců. Tedy z hlediska toho, zda daný respondent je v jídle odkázán a bere ohled sám na sebe, či zda je jeho vztah modifikován i vlivy rodiny a nejbližších.

Popis vzorku z hlediska zaměstnání respondentů

Z tabulky 2. můžeme vyčíst současné zaměstnání daných respondentů. Daný údaj je důležitý vzhledem k tomu, že je jedním z hledisek, dle něhož hodnotím jídelní chování a jídelní preference respondentů. V úvahu jsem vzala dva základní údaje, které mohou změnit jídelní preference a jídelní chování respondentů – tedy zda daní jednotlivci docházejí do práce (na částečný či plný úvazek) či zda jsou v důchodu (starobním, invalidním, částečném invalidním). Na plný úvazek pracuje více než polovina mužů v souboru (n=26), jedna pětina mužů (n = 10) je ve starobním důchodu. Oproti tomu práci na plný úvazek se věnuje čtvrtina žen ze souboru (n = 16), ve starobním důchodu jsou téměř dvě třetiny žen (n=40). Celkově tedy pracují s 43 lidmi v zaměstnání (42 na plný úvazek, 1 na částečný) a 73 lidmi v důchodu (částečném invalidní, invalidním, starobním).

7.2.4. Popis výzkumného vzorku z hlediska BMI

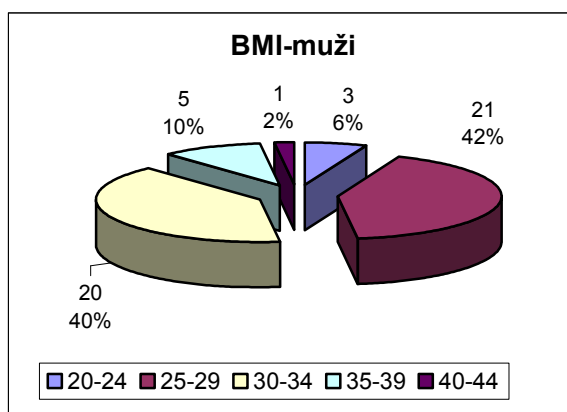
Polemiku o využití BMI pro hodnocení nadváhy a obezity uvádím v teoretické části. Zde bych chtěla znovu připomenout, že hodnota BMI není přepočítána vzhledem k věku a nezapočítává tedy mírné zvýšení váhy ve stáří.

V rámci hodnocení výsledků sleduji rozdíl v jídelních preferencích a jídelním chování mezi skupinou osob s BMI do 29,9 (osob s normální váhou a nadváhou) a skupinou osob s BMI nad 30,0 (osob s obezitou). Ve skupině osob s normální váhou a nadváhou a skupině osob s obezitou není statisticky významný rozdíl z hlediska pohlaví, věku, doby trvání diabetu či typu léčby.

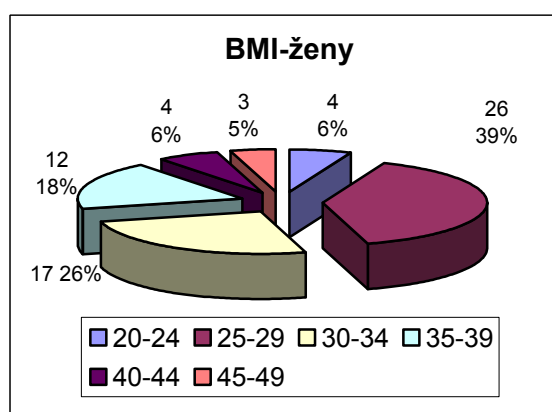
1) BMI a pohlaví

Ve vyhodnocování hodnoty BMI se řídím údaji WHO, hodnotu 30, 0 již řadím k obezitě. Ve výsledcích pro názornost oddělují ještě pacienty s hodnotou BMI nad 45. Rozdělení BMI u mužů a žen ve výběrovém vzorku ukazují grafy 2. a 3. V grafech můžeme pozorovat rozložení hodnot BMI zvláště u mužů a žen ve výběru. Celkově lze říci, že 94% respondentů ve výběru se pohybuje v pásmu nadváhy či obezity. Konkrétně ve výběru najdeme 41 % respondentů s nadváhou a 53 % respondentů s obezitou.

Graf 2



Graf 3



Získané údaje můžeme převést do tab. 4. Pozorujeme, že v daném výběru 39% žen má nadváhu, 26 % žen obezitu I. stupně, 18% žen obezitu 2. stupně, 11% žen obezitu 3. stupně. Nejvíce žen v souboru tedy trpí nadváhou. Co se týče mužů, nejvíce mužů se nachází ve skupině nadváha a obezita I. stupně a pouze jeden muž v souboru se nachází na pólu obezita III. stupně. Z tabulky 4 i grafu 3 vidíme, že více žen se nachází u krajních hodnot BMI, 3 ženy mají dokonce BMI nad hodnotu 45, zatímco muži jsou spíše soustředěni okolo hodnot nadváhy a mírné obezity. Celkově však lze říci, že ve výběru se neprokázal rozdíl v hodnotách BMI mezi sledovanými muži a ženami ($P < 0.05$).

Tabulka 4 Hodnocení hodnoty BMI pro ženy a muže

Stupně hodnocení	BMI – Ženy ve vzorku	BMI - Muži ve vzorku
Nadváha (zvýšená hmotnost)	26 žen (39%)	21 (42%)
Obezita – I. Stupeň (mírná)	17 žen (26 %)	20 (40%)
Obezita- II. Stupeň (střední)	12 žen (18 %)	5 (10%)
Obezita – III. Stupeň (morbidní)	7 žen (11%)	1 (2%)

2) BMI a léčba onemocnění

Dle typu léčby onemocnění se neprokázal významný rozdíl v hodnotách BMI mezi skupinou léčenou režimovými opatřeními (BMI v průměru 31,0; SD 5,5) a skupinou léčenou PAD (BMI v průměru 30, 9; SD 5,1).

4) BMI a věk

Z hlediska BMI se mezi jednotlivými skupinami respondentů neprokázal statisticky významný rozdíl.

7.2.5. Popis vzorku z hlediska hodnoty glykovaného hemoglobinu

Hodnota glykovaného hemoglobinu (HbA1c) je dnes považována za nejdůležitější parametr kompenzace cukrovky. Hodnotu glykovaného hemoglobinu se mi nepodařilo zjistit u všech respondentů.

1) Hodnota glykovaného hemoglobinu z hlediska pohlaví

Hodnotu HbA1c jsem získala u 49 mužů a 53 žen. U mužů ve výběru se průměrná hodnota glykovaného hemoglobinu pohybuje kolem hodnoty 7, 3 (SD 1, 9), u žen kolem 7, 0 (SD 1, 8). Na pětiprocentní hladině významnosti není prokázán rozdíl mezi muži a ženami.

2) Hodnota glykovaného hemoglobinu z hlediska typu léčby DM 2.typu

Z hlediska léčby onemocnění udalo hodnoty HbA1c v odpovědích 51 pacientů na dietě a 51 pacientů na PAD. Rozdíl v hodnotách HbA1c mezi pacienty na dietě a pacienty na PAD je na 5% hladině významnosti signifikantní. Pacienti s dietou mají průměrnou hodnotu HbA1c 6, 7 (směrodatná odchylka 1,6), pacienti na PAD 7, 6 (směrodatná odchylka 1, 9). Uvedený rozdíl je zřejmě vysvětlitelný kritérii léčby a přechodu z dietních a režimových opatření na PAD.

3) Hodnota glykovaného hemoglobinu z hlediska BMI

Rozdíl mezi lidmi s normální vahou či nadváhou (n=48) a obezitou (n=54) v hladinách glykovaného hemoglobinu je signifikantní ($P < 0.05$). Průměrná hodnota glykovaného hemoglobinu u lidí s normální vahou či nadváhou a diabetem druhého typu se pohybuje okolo hodnoty 6, 7% (SD 1,7), u lidí s obezitou okolo hodnoty 7,6% (SD 1,9).

4) Hodnota glykovaného hemoglobinu z hlediska věku respondentů

Rozdíl v hodnotách glykovaného hemoglobinu mezi jednotlivými věkovými skupinami není signifikantní. U věkové skupiny do 60 let je průměrná hodnota glykovaného hemoglobinu 6, 9% (SD 1,8), u věkové skupiny nad 60 let je průměrná hodnota glykovaného hemoglobinu 7, 5% (SD 1,9).

7.3. POUŽITÉ METODY SBĚRU DAT

Baterii, kterou jsem v rámci šetření použila, sestavila dr. Hrachovinová. Já jsem se ve vyhodnocení dat zaměřila na data spojená s jídelním chováním a jídelními preferencemi

respondentů. V rámci baterie jsem zadávala dotazník základních údajů o respondentech, sebesuzovací škálu jídelního chování a jídelních preferencí respondentů, ESSI, ADDQoL, BDI. Daná baterie slouží ke komparaci údajů o jednotlivých skupinách pacientů s DM. Ve vyhodnocování jsem se zaměřila na položky ve vztahu k jídelním preferencím a jídelnímu chování.

Baterie byla zadávána skupinově. Instrukce obsahovala ujištění pacientů o anonymitě, snížení jejich testové úzkosti vysvětlením smyslu studie a opakované zdůraznění, že se nejedná o test znalostí diabetu a vhodných potravin, ale o test toho, co skutečně mají rádi a co jedí. V řadě případů (např. respondenti neměli brýle, nechtělo se jim údaje vypisovat, nerozuměli jednotlivým otázkám) jsem zvolila metodu dotazování a údaje zaškrtovala dle odpovědí respondentů. S každým respondentem jsem probírala výsledky a dotazovala se na údaje, které respondentům případně ve vyplnění chyběli. Vyplnění dotazníku nebylo časově limitováno, respondentům trvalo vyplnění v rozmezí 20 - 90 min.

7.3.1. Základní údaje o respondentech

V rámci základních údajů o respondentech respondenti vyplňovali otázky ohledně svého věku, typu a doby trvání onemocnění, hladiny glykovaného hemoglobinu, výšky a váhy. Následovaly otázky na rodinné zázemí pacientů, na práci, příp. invalidní či starobní důchod, a otázka na dietní omezení ve stravování.

Cílem této části baterie bylo sesbírat základní údaje o respondentech. Pro respondenty byl největší problém vyplnit hodnotu glykovaného hemoglobinu, neboť danou hodnotu většinou nevěděli. Z váhy a výšky respondentů jsem vypočítávala BMI, s níž potom operuji ve výsledcích. Řada respondentů nevěděla některé údaje (zejména glykovaný hemoglobin). V případě edukačního pobytu v Poděbradech jsme pak daný údaj dohledávaly společně s edukační sestrou. U některých respondentů tento údaj chybí.

7.3.2. Jídelní chování a jídelní preference respondentů

Sebesuzující škálu jídelního chování a jídelních preferencí sestavila dr. Hrachovinová. Dotazník se skládá ze 3 částí. První část sleduje jídelní chování respondentů. Respondenti jsou dotazováni na jednotlivé potraviny či skupiny potravin z hlediska četnosti jejich konzumace. Odpovědi vyznačují na šesti bodové stupnici (1-denně až 6-nikdy). Sleduje se 21 skupin potravin a 5 druhů nápojů, jedna otázka se týká používání umělých sladidel. Poslední otázka je zaměřena na sociální aspekty jídla, tedy zda respondenti jedí společně se svou rodinou či partnerem.

V sebesuzující škále jídelního chování hodnotili respondenti četnost konzumace 27 následujících okruhů potravin a nápojů. Okruhy jsou poté stejné v otázkách preference jednotlivých potravin. Uvádím zde jednotlivé okruhy i zkratky, které používám v rámci vyhodnocení dotazníku:

- 1) Mléko
- 2) Jogurty a tvaroh (Jogurt)
- 3) Sýry
- 4) Tmavé maso (Maso)
- 5) Masné výrobky, salám (Salám)
- 6) Ryby
- 7) Drůbež
- 8) Čokoláda a čokoládové výrobky (Coko)
- 9) Bílé pečivo
- 10) Celozrnné pečivo

- 11) Chipsy a oříšky, slané tyčinky (Slane)
- 12) Hamburger, párek v rohlíku, pizza (Burger)
- 13) Ovoce I. (jablka, pomeranče, grepy, ananas, jahody, kivi)²
- 14) Ovoce II. (banány, hroznové víno, švestky, hrušky)
- 15) Zelenina I. (mrkev, hrášek, kukuřice, červená řepa)³
- 16) Zelenina II. (ostatní zelenina, rajčata, okurky, papriky)
- 17) Majonézové saláty
- 18) Instanční potraviny
- 19) Nízkotučné potraviny (Light)
- 20) Dorty a koláče
- 21) Cereálie
- 22) Slazené nápoje (Cola)
- 23) Káva
- 24) Umělá sladidla
- 25) Pivo
- 26) Víno
- 27) Lihoviny

Respondenti odpovídají na otázku: Jaké jsou vaše jídelní zvyklosti a jak často jíte či konzumujete následující potraviny či nápoje. Odpovědi jsou zaznamenávány na stupnici 1-6 s následujícím vyhodnocením:

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 1 - Denně | 4 – Několikrát za měsíc |
| 2 - Téměř denně | 5 – Několikrát za rok |
| 3 - Alespoň 1x týdně | 6 - Nikdy |

Druhá část se zaměřuje na jídelní preference respondentů, tedy obliba jednotlivých druhů potravin a nápojů (kategorie jsou rozděleny stejně jako v dotazníku jídelního chování). Odpovědi se zaznamenávají na pětibodové stupnici (1-maximální pozitivní dopad (odpověď velmi rád) přes 3 - neutrální (ani rád ani nerad) až po 5 –maximální negativní dopad (velmi nerad)). Opět se sleduje 27 vytyčených skupin potravin a nápojů.

Třetí část sleduje pravidelnost jídelního chování, kouření a pití alkoholických nápojů u respondentů. Respondenti jsou požadováni zaznamenat na pětistupňové stupnici (1- nikdy až po 5-vždy) svou pravidelnost či případné vynechávání jednotlivých hlavních jídel a změnu času hlavních jídel. V otázkách na kouření odpovídají respondenti opět na pětibodové stupnici (1-jsem kuřák,kouřím denně až po 5-nikdy jsem nekouřil/a) o svých kuřáckých návycích. Poslední otázka je věnována pití alkoholických nápojů, po respondentech se žádá zaznamenat počet nápojů obvykle vypitých při příležitosti konzumace, požaduje se vyčíslit počet sklenic piva, vína a destilátů. Respondenti měli možnost uvést, že v posledním půl roce alkoholické nápoje nekonzumují.

7.3.3. An Audit of Diabetes Dependent Quality of Life (ADDQoL)

Dotazník ADDQoL vytvořila Bradley pro měření kvality života u diabetických pacientů v roce 1984, poslední verze vyšla v roce 1998 (Bradley,1999). Metoda je s malými obměnami však užívána i u lidí s HIV/AIDS. Do češtiny metodu převedla Weigertová (2000).

Dotazník zahrnuje dvě klíčové otázky, které se opakují v 18 specifických obměnách a zasahují 13 oblastí života člověka (např. kariéra a pracovní příležitosti, společenský život,

² Ovoce je ve výběru rozděleno dle množství sacharidů.

³ Zelenina ve výběru je rozdělena dle obsahu sacharidů. Zeleninu I. (mrkev, hrášek, kukuřice, řepa) je třeba započítávat do celkového příjmu sacharidů, zatímco zeleninu II. při běžných porcích není potřeba započítávat.

rodinný život, obavy o budoucnost, apod.). Cílem testu je postřehnout pacientův přístup k jednotlivým oblastem jeho života ve smyslu o kolik lepší by byla daná oblast života, kdyby pacient/pacientka neměli DM, a jak důležité místo zaujímá daná oblast v životě daného pacienta.

Pacient odpovídá v rámci sedmibodové škály na otázky typu: Kdybych neměl DM, tato oblast života by byla... a v odpovědích se pohybuje v rámci možností -3 (maximální negativní dopad) po přes neutrální 0 po +3 (maximální pozitivní dopad). V některých otázkách autoři počítají i s variantou, že daný respondent nemusí mít s danou oblastí zkušenost (v otázkách na rodinný či sexuální život) a do možností odpovědí zahrnují možnost: Tato stránka se mě netýká. Ve druhé části otázek respondent na čtyřbodové stupnici (škála od 3 – velmi důležité- po 0 – zcela nedůležité) zaznamenává na kolik je pro něj daná oblast života důležitá.

Dotazník jsem zadávala jako součást baterie. Pro účel vlastního výzkumu jídelních preferencí a jídelního chování jsme ve výsledcích zpracovávala pouze otázky, týkající se svobody jídla a pití a důležitost daných faktorů pro respondenty.

Dotazník byl pro řadu respondentů složitý, řada neporozuměla struktuře dotazníku. S těmito respondenty jsme pak dotazník vyplňovala stylem, že jsem se ústně dotazovala na jednotlivé otázky a ty poté zaznamenávala do odpovědí.

7.3.4. Beckův inventář depresivity (BDI)

Přestože Beckův inventář depresivity nebyl původně konstruován jako nástroj pro měření depresivity u pacientů s DM, patří mezi nejrozšířenější nástroje na měření depresivity v klinických studiích pacientů s DM 2. typu. Mezi další užívané nástroje patří Hamilton Rating Scale for Depression, Zung Depression Inventory, the Centers for Epidemiologic Studies Depression Questionnaire, 9-item Patient Health Questionnaire a další.

BDI se zakládá na jedenadvaceti položkách, které pacient hodnotí na čtyřbodové škále 0-3 body. V mém podání nezahrnuje administrace testu interview, respondenti jsou instruováni: „Zaškrtněte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe odpovídá tomu, jak se v posledních 14 dnech cítíte, včetně dnešního dne“. Respondenti v mé přítomnosti sami test vyplňují. Do interpretace výsledků zahrnuji opět pouze otázku týkající se jídelního chování a jídelních preferencí, konkrétně otázku, zda daní pacienti v posledním období (posledních 14 dnech) zhubli a zda se o zhubnutí snaží.

O využití BDI u populace pacientů s DM referuje Lustman, Clouse, Linda a kol. (1997), kteří popisují možnosti a úskalí využití metody u populace diabetiků. Jako hraniční linii mezi depresivními a nedeprativními pacienty s DM považují autoři skór vyšší než 16 bodů. Autoři rozdělili položky testu na kognitivní (položky 1-13) a somatické (položky 14-21). Ve své studii 172 pacientů s DM zjistili autoři přítomnost deprese u 63 respondentů. Autoři nenašli typický rys shodný pro pacienty s DM na škále kognitivních položek, objevili však řadu opakujících se rysů na škále položek somatických, které souvisí s diagnózou DM (např. zvýšená unavitelnost, ztráta zájmu o sex). Tato skutečnost ukazuje, že při rozlišování deprese u DM pacientů mají větší vypovídající hodnotu položky označené jako kognitivní než položky somatické. Ve výzkumu autoři neprokázali statisticky významný rozdíl mezi pohlavími. Sledovaná skupina pacientů s depresí byla tvořena „pacienty mladšími, méně vzdělanými a chudšími než skupina pacientů bez zjištěné deprese“ (Lustman, Clouse, Linda a kol., 1997, s. 25).

7.4. POUŽITÉ METODY VYHODNOCENÍ DAT

Pro vyhodnocení sesbíraných údajů jsem použila statistické metody. Pro porovnání údajů ve skupině mužů a žen a ve skupině pacientů léčených na diabet a PAD jsem použila parametrický t-test a neparametrický test Mann-Whitney, dle nichž jsem na hladině významnosti 5% ověřovala platnost nulové hypotézy. Parametrický t-test používám v případech, kdy předpokládám normální rozložení četností zkoumaného znaku (u BMI, hodnot glykovaného hemoglobinu), neparametrický Mann-Whitney test používám u vyhodnocení šetření jídelního chování a jídelních preferencí, kde nepředpokládám normální rozložení četností. Pro vyhodnocení souvislosti mezi jídelními preferencemi a jídelním chováním a vyhodnocení distribuce četností jsem využila chi-kvadrát test.

7.5. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Jednotlivé kategorie jídelního chování a jídelních preferencí hodnotím dle výše stanovených výzkumných otázek. Předpokládám nulovou hypotézu (H_0) že mezi danými skupinami není signifikantní rozdíl v jídelním chování a jídelních preferencích. Danou hypotézu ověřuji a hladině významnosti 5%.

V rámci rozboru výsledků se zaměřuji na následující problémy:

- Jídelní preference respondentů
- Jídelní chování respondentů
- Vynechávání některých jídel a změna času hlavních jídel
- Vnímaná svoboda v jídle a pití a potěšení z jídla
- Snaha o hubnutí u respondentů
- Kouření u respondentů

7.5.1. Jídelní chování

Jídelní chování je u lidí s DM 2.typu důležité zejména z hlediska přístupu k onemocnění a celkovému managementu nemoci. Jídelní chování hodnotím jednak z hlediska nejčastěji a nejméně často konzumovaných potravin v rámci jednotlivých skupin, jednak v rozdílu v jídelním chování mezi danými skupinami (potvrzení či vyvrácení nulové hypotézy). Tam, kde jsou rozdíly mezi skupinami větší, pro názornost a přehlednost přidávám grafy. Některé skupiny se však v jídelním chování signifikantně neodlišují, u takových skupin grafy pořadí konzumace jednotlivých potravin neuvádím.

Respondenti hodnotili v rámci dotazníku jídelního chování své chování ve vztahu k 27 okruhům potravin.

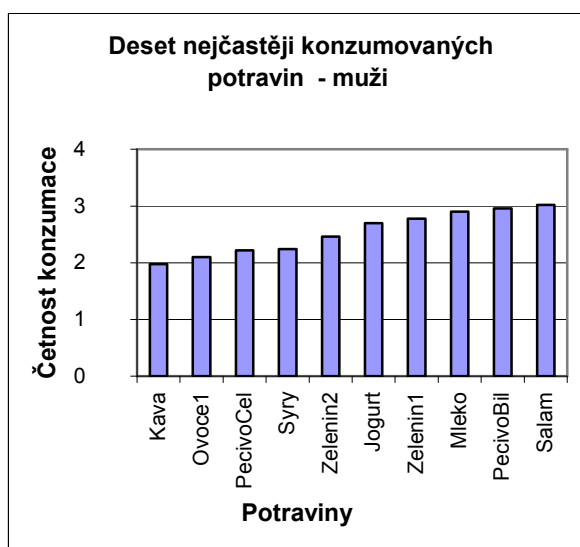
1) Jídelní chování z hlediska pohlaví

Ve výsledcích jídelního chování se muži a ženy odlišují v několika položkách. Pro názornost jsem vybrala 10 nejčastěji konzumovaných (graf č.4 a 5.) a 10 nejméně často konzumovaných potravin pro ženy a muže (graf 6.a 7.). V grafech jsou na ose y jsou znázorněny odpovědi z hlediska četnosti konzumace daných potravin a nápojů⁴. Z grafů můžeme vysledovat, že z nabídnutých potravin a nápojů respondenti (jak muži, tak ženy) uvádějí na prvních místech kávu, ovoce (jablka, pomeranče, grepy, ananas, jahody, kivi), celozrnné pečivo a sýry. Z hlediska jednotlivých potravin je zajímavá často udávaná konzumace kávy, zejména co se týče výzkumů pití kávy a vzniku onemocnění DM 2. typ (viz

⁴ 1- Denně, 2- Téměř denně, 3- Alespoň 1x týdně, 4 – Několikrát za měsíc, 5 – Několikrát za rok, 6 - Nikdy

teoretická část práce). U mužů se do výběru 10 nejčastěji konzumovaných potravin dostává bílé pečivo a salám, u žen je to drůbež a nízkotučné (light) výrobky.

Graf 4

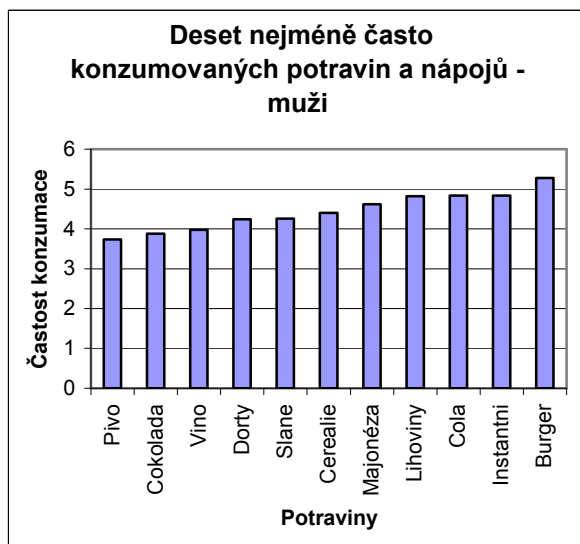


Graf 5

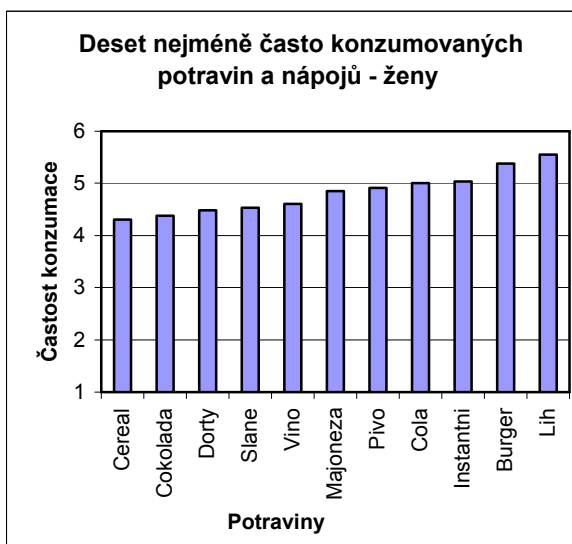


Grafy 6. a 7. ukazují 10 potravin a nápojů, které respondenti konzumují nejméně často. Potraviny, které respondenti udávají jako nejméně konzumované, nalezneme na grafu vpravo. Muži i ženy uvádějí v různém pořadí nejméně častou konzumaci rychlého občerstvení (hamburger, párek v rohlíku, pizza), dále instančních potravin, slazených nápojů (coca coly) a lihovin.

Graf 6



Graf 7



Podobné rozložení nejčastěji konzumovaných a nejméně často konzumovaných potravin a nápojů nalezneme i u hodnocení skupin z hlediska typu onemocnění, BMI a věku.

K ověření nulové hypotézy jsem použila Mann-Whitney test. Na 5% hladině významnosti můžeme zamítnout nulovou hypotézu (mezi muži a ženami s DM 2. typu není rozdíl v jídelním chování) v některých následujících oblastech.

Muži udávají častější konzumaci následujících potravin:

- Konzumace tmavého masa: Muži v souboru udávají častější konzumaci tmavého masa (blíží se odpovědi minimálně jednou za týden) než ženy v souboru (blíží se odpovědi několikrát za měsíc).
- Konzumace masných výrobků a salámů: Muži v souboru udávají častější konzumaci salámů a masných výrobků (blíží se odpovědi alespoň jednou týdně) než ženy v souboru.
- Konzumace čokolády a čokoládových výrobků: Muži udávají častější konzumaci čokolády (blíží se k odpovědi několikrát za měsíc) než ženy (blíží se k odpovědi několikrát za rok)
- Konzumace piva: Muži udávají odpověď blíží se k odpovědi několikrát z měsíc, ženy se v průměru blíží k odpovědi několikrát za rok.
- Konzumace vína: Muži se v průměru blíží k odpovědi několikrát za měsíc, ženy k odpovědi několikrát za rok.
- Konzumace lihovin: Muži se v průměru blíží k odpovědi několikrát za rok, ženy k odpovědi nikdy.

Ženy udávají častější jídelní chování ve vztahu k následujícím potravinám:

- Konzumace jogurtů: Ženy v souboru udávají častější konzumaci jogurtů (průměr se blíží k odpovědi téměř každý den) než muži v souboru (blíží se k odpovědi minimálně jednou za týden).

Můžeme pozorovat, že muži udávají častější konzumaci potravin, které nejsou v rámci pravidel zdravé výživy tolik prosazované. Naopak ženami uváděná konzumace se více blíží požadavkům zdravé výživy. Z hlediska vyšší udávané konzumace alkoholu u mužů by bylo zajímavé sledovat otázku vlivu konzumace alkoholu na vznik DM. Podobnými výzkumy se zabývali např. nizozemští badatelé Beulensová, Stolk, Bots a kol. (2005) (viz teoretická část).

Jídelní chování bylo u respondentů měřeno dotazníkem. Přes instrukce, v nichž byli všichni respondenti ujištěni o anonymitě údajů a požádání o pravdivé vyplnění bez souvislostí, co by při nemoci měli a neměli, mohou být údaje podané respondenty zkreslené.

2) Jídelní chování z hlediska léčby onemocnění

Nejčastěji konzumované potraviny a nápoje jsou shodné u obou skupin respondentů: skupiny nejčastěji udávají konzumaci kávy, celozrnného pečiva, ovoce I., ovoce 2 a sýrů. Jako nejméně častou udávají konzumaci rychlého občerstvení, lihovin a slazených nealkoholických nápojů, instantních potravin a majonézy (pořadí je též shodné u obou skupin).

Mezi skupinou pacientů s DM 2. typ na dietě a skupinou pacientů na PAD se neprokázal signifikantní rozdíl v jídelním chování ($P < 0,05$).

3) Jídelní chování z hlediska BMI

V jídelním chování z hlediska BMI je deset nejčastěji a deset nejméně často konzumovaných potravin udáváno obdobně. Obě skupiny udávají za nejčastěji konzumované podobné druhy potravin – tedy ovoce 1, sýry, celozrnné pečivo, kávu, jogurty, zeleninu 2 i zeleninu 1. Naopak nejméně často udávají obě skupiny konzumaci rychlého občerstvení, lihovin a majonézy.

Z hlediska jednotlivých druhů potravin pak mezi danými skupinami nalezneme následující rozdíly: Skupina s hodnotami BMI nad 30, 0 (skupina lidí s obezitou) udává častější konzumaci:

- Oříšků, chipsů, slaných tyčinek ($P < 0,05$)

Mírně nad hranicí 5% hladiny významnosti udává skupina s hodnotami BMI s obezitou častější konzumaci:

- Čokolády
- Bílého pečiva

Skupina s BMI do 29, 9 udává signifikantně častější konzumaci:

- Vína

U skupiny pacientů s obezitou můžeme tedy pozorovat trend k častější konzumaci potravin, které nejsou z hlediska racionální výživy ani léčby diabetu pokládány za vhodné.

4) Jídelní chování z hlediska věku

Na pětiprocentní hladině významnosti udává skupina respondentů do 60 let častější konzumaci následujících potravin (než skupina respondentů nad 60 let):

- Celozrnné pečivo
- Zelenina 2

Skupina respondentů ve věkovém pásmu nad 60 let udává častější konzumaci následujících potravin:

- Mléko

Mírně nad hranicí 5% udává skupina respondentů nad 60 let konzumaci:

- Umělého sladidla

Častější konzumace celozrnného pečiva u mladší skupiny respondentů může souviset s relativní novostí potraviny a s obecným nárůstem její konzumace v poslední době. Častější konzumace (ne signifikantní) umělých sladidel u starších respondentů může být dána dřívějším prosazováním používání umělých sladidel u diabetiků, od něhož se v posledních letech ustupuje.

7.5.2. Jídelní preference

V sebeposuzovací škále jídelních preferencí respondenti hodnotili stejné potraviny a nápoje jako v položkách jídelního chování (27 typů potravin a nápojů), avšak nikoli optikou častosti konzumace jako v jídelním chování, nýbrž pod zorným úhlem preferencí a averzí k jednotlivým druhům potravin. Respondenti odpovídali na otázku „Jak máte ráda/a následující potraviny?“ na stupnici:

1 – Velmi rád/a

2 – Spíše rád/a

3 - Ani rád/a, ani nerad/a

4 - Spíše nerad /a

5 – Velmi nerad/a

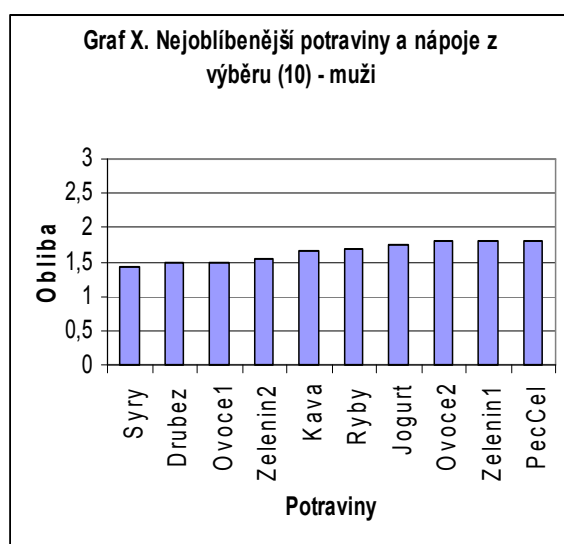
Grafy uvádím jako ilustraci k rozlišení jídelních preferencí dle pohlaví. V ostatních případech se nejvíce nejméně preferované potraviny v celku neliší. Hodnoty na ose y zde odpovídají výše uvedené stupni (tedy 1-velmi rád/a až 5 – velmi nerad/a).

1) Jídelní preference z hlediska pohlaví

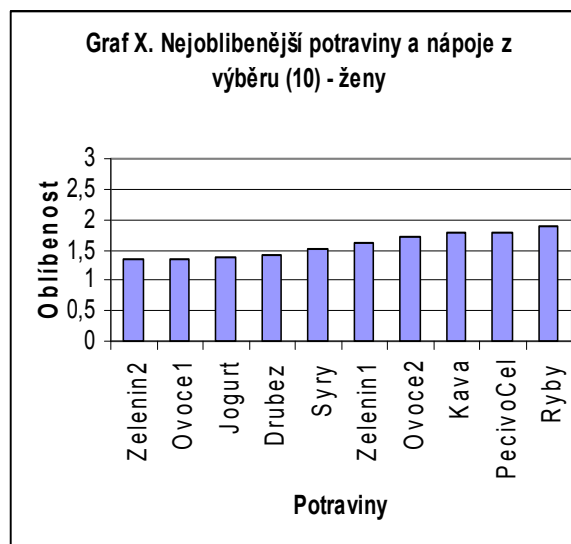
Na Grafech 8. a 9. jsou vidět nejoblíbenější potraviny mužů s DM 2. typu. Čísla na ose y znázorňují výše uvedenou stupnici oblíbenosti (od 1-velmi rád/a až po 5-velmi nerád/a). Můžeme si všimnout, že muži udávají na prvních místech v oblíbenosti sýry, drůbež, ovoce1 (jablka, grepy, kivi, jahody, tedy ovoce s nižším obsahem cukru), zeleninu 2 (papriky, rajčata, okurky, tedy zeleninu s nižším obsahem cukru) a kávu. Ženy uvádějí shodně jen v jiném pořadí stejných prvních pět oblíbených potravin, jen místo kávy udávají jogurty.

Grafy 10. a 11. ukazují deset nejméně oblíbených potravin a nápojů mezi muži a ženami. Vidíme, že muži udávají nejmenší oblíbenost rychlého občerstvení (hamburgery, pizza, párek v rohlíku). Obliba této formy stravování se u mužů blíží hodnotě 4, tedy hodnotě spíše nerád. Ženy udávají nejmenší oblíbenost lihovin (hodnota mezi 4 – 4,5 – spíše nerada). U obou pohlaví se do výběru nejméně oblíbených potravin dostávají dále slazené nápoje (coca-cola) a instantní potraviny. U mužů se mezi 5 nejméně oblíbených potravin dostává ještě umělé sladidlo, u žen pivo.

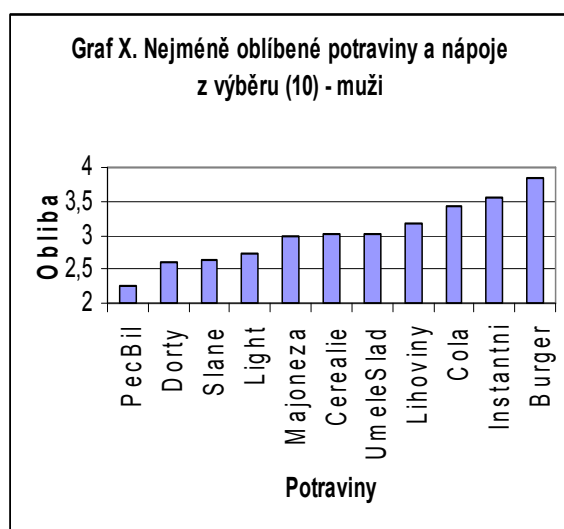
Graf 8



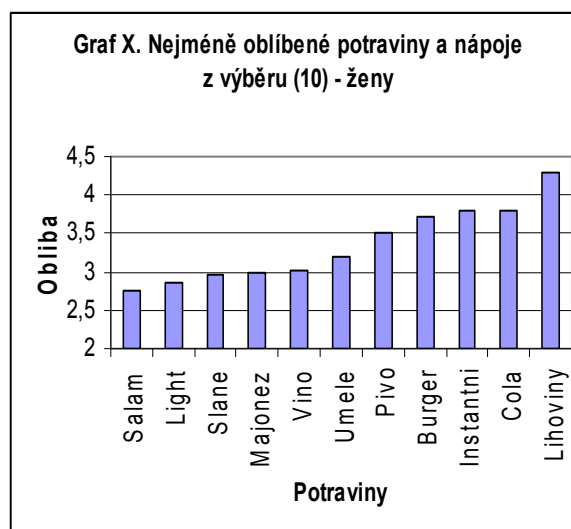
Graf 9



Graf 10



Graf 11



K ověření nulové hypotézy jsme použila Mann-Whitney test. Na 5% hladině významnosti je možné zamítnout předpokládanou nulovou hypotézu, tedy že není rozdíl v jídelním chování mužů a žen, v následujících oblastech. Uvedené průměrné hodnoty pak počítám pomocí t-testu. Muži udávají signifikantně vyšší preference k následujícím druhům potravin:

- Preference tmavého masa – Odpovědi mužů se v průměru blíží odpovědi spíše rád (1,8⁵), ženy se spíše blíží k neutrální odpovědi ani ráda, ani nerada (2,6), (P<0,01)
- Preference salámů a masných výrobků – Odpovědi mužů v průměru kolem odpovědi spíše rád (2,0), ženy odpovědi ani ráda, ani nerada (2,7) (P<0,01)
- Preference čokolády – muži udávají oblibu v hodnotě 2, 2 v průměru (blíží se odpovědi spíše rád), ženy odpovědi 2, 6., (P<0,05)
- Preference piva – Muži udávají hodnotu 2, 2 (blíží se odpovědi spíše rád), hodnota preferencí žen se v průměru pohybuje kolem 3, 5. (P<0,01)
- Preference vína – Hodnota mužů: 2,2, hodnota žen 3,0, (P<0,01)
- Preference lihovin – Hodnota mužů 3,2, hodnota žen 4,3. (P<0,01)

Preference mužů souvisí s jejich jídelním chováním. Ve všech uvedených druzích potravin a nápojů uvádějí muži také signifikantně vyšší konzumaci než ženy.

Ženy udávají v průměru signifikantně vyšší preference následujících potravin:

- Preference jogurtů – Hodnota žen: 1,3, muži 1, 8. (P<0,01)
- Preference zeleniny 2 (rajčata, papriky, apod.) – Hodnota žen: 1,3, mužů: 1, 5, (P<0,01)
- Preference cereálií (nereálných tyčinek, musli)- ženy: 2, 6, muži 3, 0, (P<0,05)

Ženy tedy udávají vyšší oblibu potravin, které jsou prosazovány v rámci teorií racionální stravy. Odlišné hodnoty mohou být dány jak odlišným postojem k daným potravinám a celkově k jídlu mezi muži a ženami, tak mírným zkreslením údajů v rámci lepší sebereprezentace u žen.

2) Jídelní preference z hlediska léčby onemocnění

Z hlediska léčby onemocnění (dieta x PAD) nebyl ve sledovaném vzorku prokázán signifikantní rozdíl v preferencích v žádném ze 27 sledovaných okruhů potravin a nápojů.

3) Jídelní preference z hlediska BMI

Z hlediska BMI se respondenti s BMI nad 30,0 liší v oblasti vyšší preference následujících potravin:

- Preference salámů a masných výrobků – Hodnoty lidí s BMI nad 30, 0 se pohybují okolo 2,1 (blíží se odpovědi spíše rád), hodnoty lidí s BMI pod 30, 0 se pohybují kolem 2,7 (blíží se hodnotě ani rád, ani nerad). (P<0,05)

Respondenti s normální váhou a nadváhou mají tendence k vyšším preferencím instantních potravin, zjištěný rozdíl však není na pětiprocentní hladině významnosti signifikantní.

4) Jídelní preference z hlediska věku

Co se týče věku, mladší skupina respondentů má tendence více preferovat pivo, zjištěný rozdíl však není signifikantní.

⁵ Hodnoty mužů a žen udávají průměrnou hodnotu mužů a žen v souboru dle klíče: 1- Velmi rád, 2 – Spíše rád, 3 – Ani rád, ani nerad, 4- Spíše nerad, 5- Velmi nerad

Starší skupina respondentů signifikantně více preferuje:

- Mléko ($P < 0,05$)

7.5.3. Jídelní chování a jídelní preference

V kontextu jídelního chování a jídelních preferencí jednak shrnuji rozdíly mezi skupinami v jídelní preferenci a jídelním chování, jednak pomocí metody chí-square vyhodnocuji okruhy potravin, které jednotlivci v daných skupinách mají rádi, ale konzumují pouze několikrát do roka nebo nikdy. V rámci dotazníku jídelních preferencí jsem sloučila položky velmi rád a spíše rád, v rámci dotazníku jídelního chování položky několikrát za rok a nikdy. Otázka tedy zní, zda existují potraviny, které mají daní respondenti rádi, ale konzumují je několikrát za rok nebo dokonce udávají, že tyto potraviny nekonzumují. Údaje jsem hodnotila zvláště pro jednotlivé skupiny. Uvedené potraviny jsem brala v úvahu tehdy, pokud jejich vysoká preference a nízká konzumace platí pro 15 a více % respondentů v dané skupině. Čísla v závorkách poté udávají počet respondentů, který spadá do dané kategorie. Jelikož stále hodnotím jeden vzorek, přeskupuji jen jednotlivé odpovědi respondentů do jednotlivých kategorií, do výsledků se mi tedy promítají stále titíž respondenti. V analýze vynechávám okruh alkoholických nápojů (tedy piva, vína a lihovin). Z celkového počtu respondentů dochází k vysokým preferencím, ale nízké konzumaci následujících potravin:

- Čokoláda a čokoládové výrobky (23 respondentů)
- Majonéza (17 respondentů)
- Dorty a koláče (16 respondentů)
- Ovoce 2 (16 respondentů)
- Oříšky, slané tyčinky, chipsy (12 respondentů)
- Ryby (12 respondentů)

1) Jídelní preference a jídelní chování z hlediska pohlaví

Jak vidíme výše, muži udávají signifikantně větší preference tmavého masa, salámů a masných výrobků, čokolády, piva, vína a lihovin a tyto potraviny či nápoje také signifikantně častěji konzumují. Ženy udávají vyšší preference jogurtů, které také častěji konzumují než muži, a dále zeleniny 2 a cereálií, kde se však v konzumaci od mužů na hladině významnosti 5% neliší.

Co se týče žen, tendence nejíst potraviny, které mají rádi, se u nich projevuje nejčastěji v následujících oblastech:

- Čokoláda a čokoládové výrobky (14 žen)
- Dorty (12 žen)
- Majonéza (12 žen)
- Ovoce 2 (banány, hroznové víno, hrušky, švestky) (10 žen)

Vidíme, že ženy uvádějí oproti svým preferencím sníženou konzumaci čokolády a čokoládových výrobků, dortů a koláčů, majonézy a ovoce2. Snížená konzumace ovoce2 může být dána jednak snahou vyhýbat se ovoci s vysokým obsahem cukru, jednak nižší dostupností daného ovoce v průběhu roku.

Muži uvádějí následující sníženou konzumaci potravin, které mají rádi:

- Čokoláda a čokoládové výrobky (9 mužů)

I když muži celkově průměrně konzumují čokoládu a čokoládové výrobky více než ženy, řada mužů uvádí málo častou konzumaci čokolády a čokoládových výrobků, i když dané potraviny preferují. Oproti ženám udávají muži menší počet potravin, které preferují, ale konzumují méně často.

U sledovaného souboru mužů i žen jsem nenašla žádný okruh potravin, kterou by daní respondenti neměli rádi, a přesto ji konzumovali často.

2) Jídelní chování a jídelní preference z hlediska typu onemocnění

Mezi respondenty nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v jídelních preferencích a jídelním chování.

Z hlediska analýzy preferovaných a málo konzumovaných potravin pak skupina respondentů léčená dietou a režimovými opatřeními udává sníženou konzumaci :

- Čokolády a čokoládových výrobků (12 respondentů)
- Oříšků, slaných tyčinek a chipsů (11 respondentů)
- Dortů a koláčů (11 respondentů)

Skupina respondentů léčená PAD udává sníženou konzumaci následujících preferovaných potravin:

- Čokolády, čokoládových výrobků (11 respondentů)

Větší množství oblíbených potravin, které nejsou do jídelníčku zařazovány tak často, uvádí skupina respondentů na dietě a režimových opatřeních než skupina respondentů na PAD.

3) Jídelní chování a jídelní preference z hlediska BMI

Jak vidíme výše, z hlediska BMI se skupiny mírně liší v preferencích i jídelním chování. Lidé s normální váhou či nadváhou udávají vyšší konzumaci vína, nikoli však vyšší preference vína. Tato skupina má též naznačené vyšší preference instančních potravin, rozdíl však není signifikantní.

Co se týče analýzy potravin, které daní respondenti mají rádi, ale konzumují několikrát do roka či nikdy, uvádějí lidé s normální váhou či nadváhou sníženou konzumaci následujících potravin:

- Ryby (10 respondentů s BMI do 29,9)

Snížená konzumace ryb může být dána jejich nižší dostupností na trhu a menší zvyklostí konzumovat ryby na našem území.

Skupina respondentů s obezitou více preferuje masné výrobky a salámy, neliší se však v konzumaci těchto výrobků. Lidé s obezitou neudávají vyšší preference chipsů a slaných tyčinek, signifikantně více však udávají jejich konzumaci. Lidé s obezitou také udávají více konzumace čokolády a bílého pečiva, rozdíl však není signifikantní.

Jednotliví respondenti s obezitou udávají následující omezení konzumace potravin, které mají rádi:

- Čokoláda a čokoládové výrobky (17 respondentů s obezitou)
- Majonéza (11 respondentů s obezitou)
- Oříšky, slané tyčinky, chipsy (9 respondentů s obezitou)
- Ovoce 2 (9 respondentů s obezitou)
- Dorty a koláče (9 respondentů s obezitou)

Můžeme sledovat, že mezi lidmi s obezitou je řada lidí, kteří udávají minimální konzumaci čokolády a čokoládových výrobků i slaných oříšků a tyčinek, ačkoli daná skupina v průměru konzumuje dané potraviny více než skupina lidí s BMI do 29,9. Řada respondentů též uvádí sníženou konzumaci majonézy, ovoce 2 a dortů a koláčů, ačkoli dané potraviny preferují.

4) Jídelní preference a jídelní chování z hlediska věku

Skupina starších respondentů signifikantně více preferuje i čatěji konzumuje mléko. Mladší respondenti více preferují pivo než starší respondenti, rozdíl však není signifikantní.

Mladší respondenti signifikantně častěji konzumují celozrnné pečivo a zeleninu 2. Starší respondenti více konzumují (kromě signifikantního mléka) umělá sladidla než mladší respondenti, rozdíl však není signifikantní.

Skupina mladších respondentů (do 60 let) udává preference, ale menší konzumaci následujících výrobků:

- Čokoláda a čokoládové výrobky (20 respondentů)

7.5.4. Vynechávání jednotlivých jídel

Managementem rozložení porcí jídla do průběhu celého dne se zabývám v teoretické části práce. V rámci praktické části práce byla respondentům v dotazníku jídelního chování položena otázka, zda vynechávají některé z hlavních jídel (snídaně, oběd večeře) a zda si mění časy hlavních jídel.

1) Vynechávání jídel z hlediska pohlaví

Muži i ženy udávají podobné hodnoty ve změně časů hlavních jídel a vynechávání snídaně a oběda, ženy však signifikantně častěji vynechávají večeři ($P < 0.05$).

2) Vynechávání jídel z hlediska léčby onemocnění

Z hlediska léčby onemocnění se mezi skupinami neprokázal rozdíl ve změně časů hlavních jídel ani v jejich vynechávání.

3) Vynechávání jídel z hlediska BMI

Z hlediska hodnot BMI se ve sledovaném souboru neprokázal signifikantní rozdíl ve změně časů hlavních jídel ani v jejich vynechávání.

4) Vynechávání jídel z hlediska věku /zaměstnání

Mezi skupinami dělenými dle věku je ve výsledcích naznačen trend častějšího vynechávání snídaní a oběda u skupiny respondentů do 60 let, výsledek však není na 5% hladině signifikantní.

Signifikantní rozdíl ve změně hlavních jídel se ukazuje, srovnáme-li skupinu nikoli podle věku, ale dle zaměstnání (tedy skupinu pracující a skupinu v důchodu). Skupina respondentů v důchodu signifikantně méně vynechává snídaně a obědy.

Mezi skupinami se však signifikantně projevuje častost změny hlavních jídel. Skupina respondentů do 60 let udává častější změny času hlavních jídel než skupina respondentů nad 60 let (totéž se projevuje i u skupiny lidí v důchodu vs. v zaměstnání).

7.5.5. Svoboda v jídle a pití, potěšení z jídla (otázky z ADDQoL)

V rámci dotazníku ADDQoL jsem hodnotila pouze otázky vztahující se k jídelnímu chování a jídelním preferencím a úvodní otázku celkového vnímání kvality života s diabetem u respondentů..

1) Svoboda v jídle a pití a potěšení z jídla z hlediska pohlaví

Dle Mann-Whitney testu se muži a ženy ve vzorku na pětiprocentní hladině významnosti neliší ve vnímání následujících položek:

- Svoboda jídla

- Potěšení z jídla

V odpovědích na otázku „Kdybych neměl/a diabetes, moje svoboda jíst, co bych si přál/a by byla...“ se muži odpovědi mužů v průměru nacházejí mezi odpověďmi „o hodně zvýšená“ a „trochu zvýšená“, ženy v průměru odpovídají „trochu zvýšená“. Rozdíl mezi muži a ženami v této otázce není signifikantní. Na otázku „Kdybych neměl/a diabetes, moje potěšení z jídla by bylo...“ odpovídají muži i ženy podobně a v průměru se blíží odpovědi „o trochu větší“.

Muži a ženy se signifikantně liší v následujících položkách:

- Vnímaná důležitost svobody jídla
- Vnímaná důležitost potěšení z jídla
- Svoboda pití
- Vnímaná důležitost svobody pití

Muže ve vzorku přikládají omezení svobody v jídle a potěšení z jídla ($P < 0.05$) větší důležitost než ženy ve vzorku. Ačkoli dané oblasti jídelního chování a preferencí hodnotí z hlediska jejich omezení vlivem diabetu stejně jako ženy, přikládají oblasti svoboda v jídle a oblasti potěšení z jídla větší význam. Muži dále vidí signifikantně více než ženy diabetes jako omezení jejich svobody v pití a svoboda v pití je pro ně signifikantně důležitější než pro ženy.

Seřadíme-li průměrné odpovědi mužů v otázkách svoboda jídla, potěšení z jídla a svoboda pití, muži nejvíce vidí diabetes jako omezení ve svobodě jídla, poté jako omezení ve svobodě pití a z daných tří možností v průměru nejméně vidí diabetes jako omezení potěšení z jídla. Ženy průměrně vidí jako největší omezení diabetu v oblasti jídla v potěšení z jídla, ve svobodě v jídle a jako nejméně omezující z nabídnutých možností svobodu v pití.

Vezmeme-li celkovou udávanou kvalitu života, muži hodnotí celkovou svou současnou kvalitu života signifikantně lépe než ženy (hodnoty mužů průměrně 2,8, hodnoty žen 3, 1⁶). V odpovědích na otázku „Kdybych neměl diabetes, moje kvalita života by byla...“ se odpovědi mužů a žen na hladině významnosti 5% neliší.

2) Svoboda v jídle a pití a potěšení z jídla z hlediska léčby onemocnění

Co se týče léčby onemocnění, nebyly prokázány signifikantní rozdíly v otázce svobody jídla a pití či v otázce potěšení z jídla. Rozdíly se neobjevují ani v hodnocení celkové současné kvality života mezi pacienty na dietě (3,0⁷) a pacienty na PAD (2, 9) ani v očekávání kvality života bez diabetu.

3) Svoboda v jídle a pití a potěšení z jídla z hlediska BMI

Co se týče hodnot BMI, nebyly prokázány signifikantní rozdíly v otázce svobody v jídle a pití či v otázce potěšení z jídla.

V hodnocení kvality života s diabetem se respondenti neliší v hodnocení současné kvality života. V hodnocení kvality života bez diabetu („Kdybych neměl diabetes, moje kvalita života by byla...“) lidé s BMI do 29,9 spíše uvádějí, že jejich kvalita života bez diabetického onemocnění by byla lepší než s ním. Zjištěný rozdíl však není signifikantní.

4) Svoboda v jídle a pití z hlediska věku

Z hlediska věku respondentů nebyl nalezený signifikantní rozdíl mezi skupinami ve svobodě v jídle a pití a v potěšení z jídla.

⁶ Respondenti odpovídaly na otázku : „Celkově, moje současná kvalita života je...“ dle následujícího klíče: 1- Vynikající, 2- Velmi dobrá, 3 – Dobrá, 4- Ani dobrá, ani špatná, 5- Špatná, 6 –Velmi špatná, 7 – Neobyčejně špatná

⁷ Čísla udávají míru celkové současné kvality života dle klíče viz pozn. 6.

V hodnocení současné kvality života a předpokládané kvality života bez diabetu se mladší respondenti od starších neliší.

7.5.6. Hubnutí

Závěrem bych chtěla rozebrat otázky spojené s DM, obezitou a snahou respondentů o snížení váhy. Spojení diabetu a obezitologie a problematiky váhy a tendencí k hubnutí je širokou komplexní kapitolou, která souvisí jak s pojetím a přístupy k jídlu u jednotlivců, tak s pojetím vlastního těla či vlivy kultury. Já se v rámci práce zabývala pouze otázkou tendencí k hubnutí a referovaných úspěchů v hubnutí u sledovaného souboru.

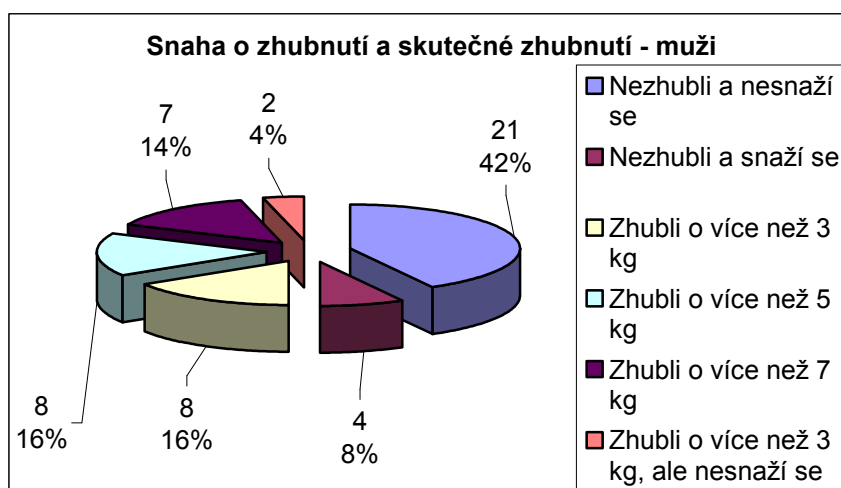
Snahu o zhubnutí u respondentů jsem převzala z dotazníku BDI. Zjišťuji, zda daní respondenti v posledních 14 dnech (v poslední době) zhubli či nezhubli, o kolik kg zhubli a zda se o zhubnutí snaží či nikoli. Řada respondentů zapoměla danou otázku vyplnit, proto jsem se na ni často doptávala v rámci závěrečného pohovoru. Jsem si vědoma, že formulace v posledních 14 dnech (v poslední době) je dosti vágní a každý ji může pochopit odlišně.

1) Hubnutí z hlediska pohlaví

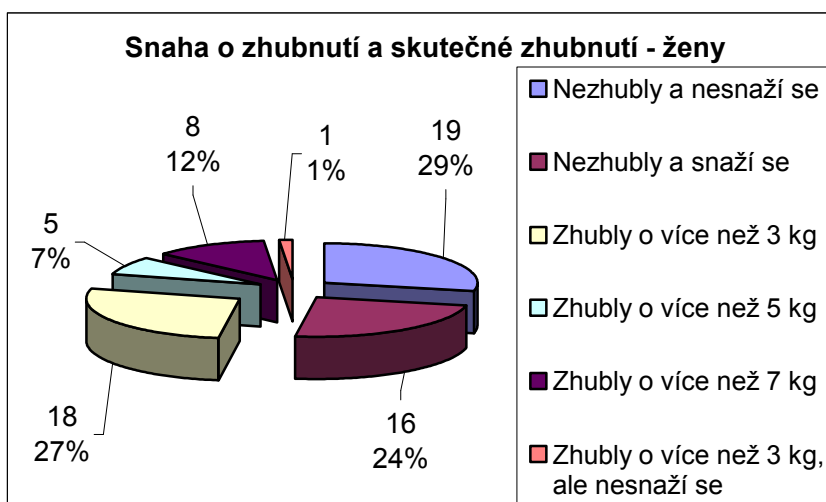
To, jak se jednotliví muži a ženy ve výběru vyrovnávají se svou váhou, zda se snaží či nesnaží o snížení váhy a jak se jim to daří, ukazují grafy 19.(pro muže) a 20.(pro ženy). 43 respondentů (23 mužů, 20 žen) uvádí, že o zhubnutí nesnaží. Z tohoto počtu 3 respondenti (2 muži, 1 žena) uvádí, že přestože se o zhubnutí nesnaží, v poslední době zhubli o více než tři kilogramy. 73 respondentů z výběru se snaží snížit svou váhu.

Mezi muži a ženami ve výběru není signifikantní rozdíl ve snaze o zhubnutí ani ve skutečných referovaných úspěších o snížení hmotnosti ($P < 0.05$). Přesto můžeme pozorovat u více žen tendencí zhubnout (o zhubnutí se nesnaží 29% žen, u mužů je to 42% mužů). Dále vidíme, že v porovnání s muži, nejdeme mezi ženami více těch, které se o zhubnutí snaží, ale nedaří se jim to (viz též graf. 20).

Graf 19



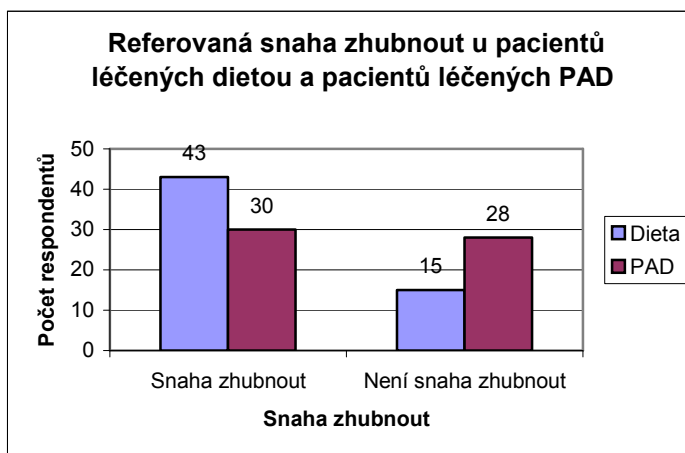
Graf 20



2) Snaha o zhubnutí z hlediska léčby onemocnění

Mann-Whitney test prokázal na 5% hladině významnosti signifikantní rozdíl ve snaze zhubnout mezi pacienty léčenými dietou a pacienty léčenými PAD, jak vidíme v grafu 21. Hodnoty na ose y (v grafu 21) odpovídají počtu respondentů, neboť skupiny jsou z hlediska počtu respondentů vyrovnané a nebylo tedy nutné je převádět na procenta. O snaze zhubnout referují častěji pacienti léčení dietou a režimovými opatřeními než pacienti léčení PAD. Ve skupinách již není rozdíl v údajích, nakolik se daným respondentům skutečně podařilo zhubnout.

Graf 21



3) Snaha o zhubnutí z hlediska BMI (a pohlaví)

Snahu hubnout jsme dávala do souvislosti jednak s BMI respondentů, jednak také do souvislosti s jejich pohlavím. Co se týče hodnot BMI, mezi jednotlivými skupinami dle BMI není na 5% hladině významnosti signifikantní rozdíl ve snaze zhubnout.

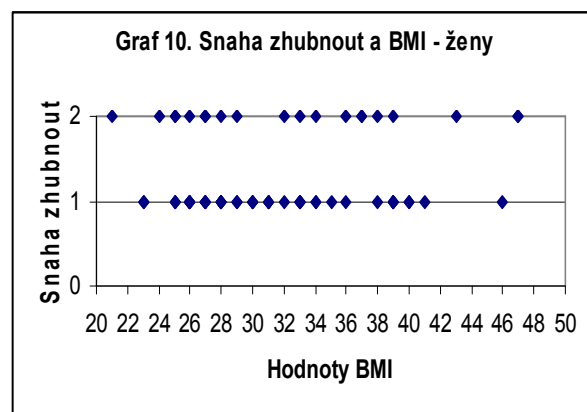
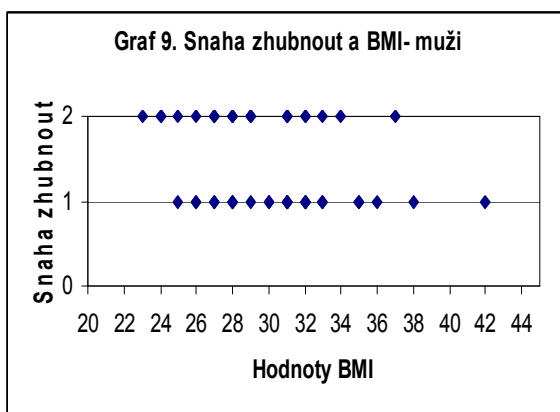
Graf 22. ukazuje referovanou snahu zhubnout a BMI respondentů mužů. Na ose y hodnota 1 znamená, že daní respondenti se snaží o snížení váhy, hodnota 2, že se o snížení váhy nesnaží. Totéž můžeme vidět na grafu 23. pro ženy. Grafy nereflktují počet

respondentů, když se u některých respondentů vyskytují stejné hodnoty, na grafu je pak vidíme pouze jako jeden údaj.

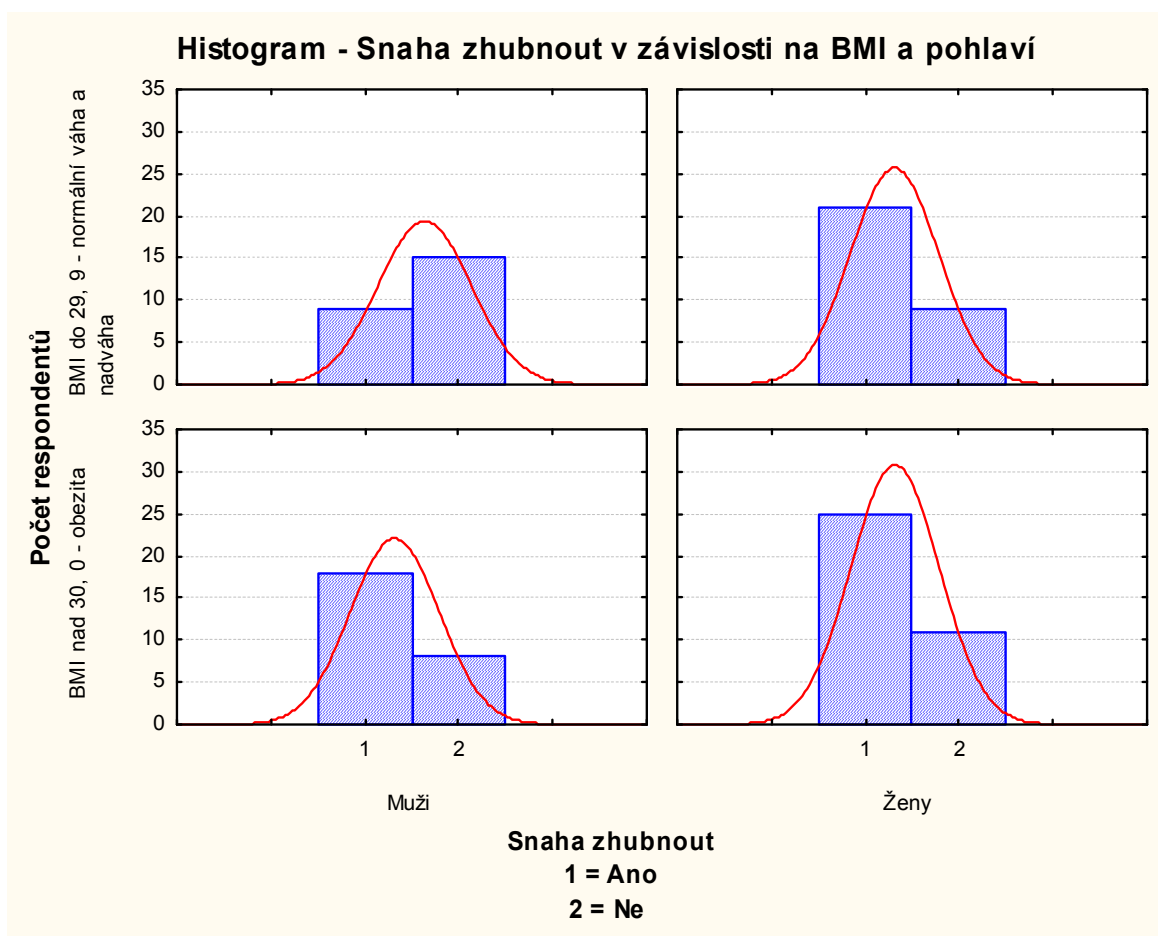
Můžeme si všimnout, že u mužů snaha o zhubnutí více reflektuje jejich současný BMI. Muži s BMI v pásmu normální váhy se o zhubnutí nesnaží, zatímco muži s BMI v pásmu morbidní obezity se o zhubnutí snaží. Naopak mezi ženami se některé snaží o zhubnutí i v pásmu normální váhy, zatímco ženy s morbidní obezitou snahu o zhubnutí neudávají. Dle něj můžeme vidět, že muži spíše reflektují svou váhu. Podobné výsledky ukazuje i graf 24. U mužů s normální váhou a nadváhou převažují muži, kteří se o zhubnutí nesnaží. Naopak mezi muži s obezitou je více těch, kteří udávají snahu zhubnout. U žen vidíme, že snahu zhubnout udává vždy větší počet žen, ať již v pásmu normální váhy a nadváhy, tak v pásmu obezity. Zastoupení mužů a žen z hlediska normální váhy, nadváhy a obezity je v souboru vyrovnané. Myslím, že dané výsledky mohou ukazovat na odlišné pojetí „hubnutí“ u žen a mužů.

Graf 22

Graf 23



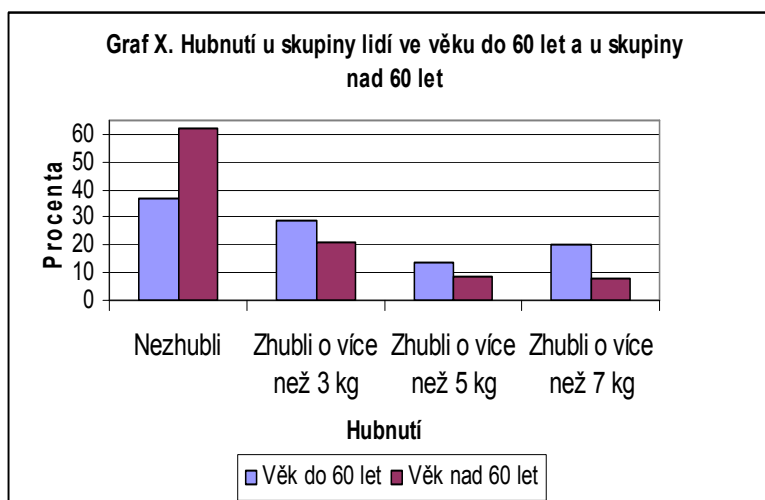
Graf 24



4) Snaha o zhubnutí z hlediska věku

Z hlediska věku se mezi respondenty ukazuje významný rozdíl v referovaném zhubnutí. Mezi respondenty není významný rozdíl v udávané snaze o zhubnutí, skupiny se však významně liší v otázce referovaného zhubnutí. Skupina respondentů do 60 let referuje o vyšším váhovém úbytku než skupina respondentů nad 60 let (graf 25).

Graf 25

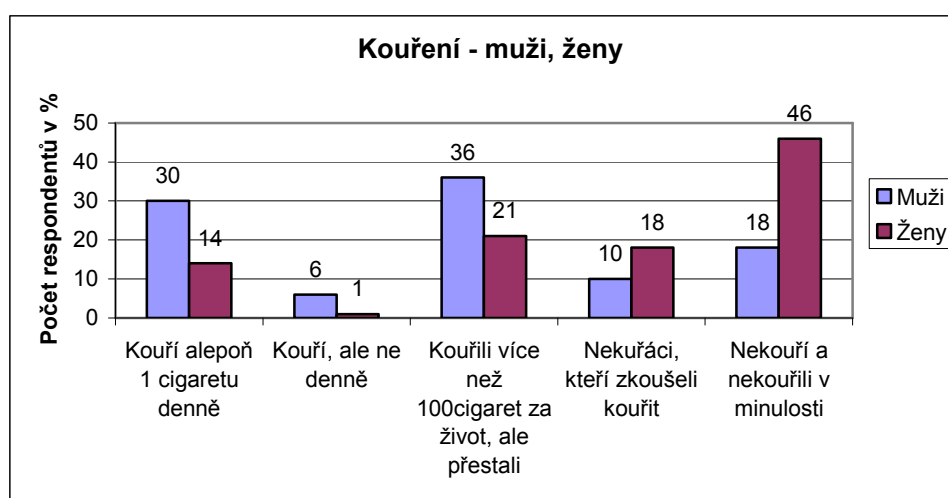


7.5.7. Kouření

1) Kouření z hlediska pohlaví

Na pětiprocentní hladině významnosti můžeme zamítnout nulovou hypotézu, že mezi muži a ženami není rozdíl v četnosti kouření. **Muži v souboru kouří (či v minulosti kouřili) signifikantně více.** Graf 26. ukazuje kouření u mužů a žen přepočítáno na procenta vzhledem k nestejnému počtu mužů a žen ve výběru. Můžeme si všimnout, že téměř polovina žen ve výběru nikdy nekouřila, u mužů nikdy nekouřilo méně než jedna pětina. Naopak v současnosti kouří okolo 30% mužů ve výběru a okolo 14% žen. V současnosti nekouří 64% mužů ve vzorku a 85% žen.

Graf 26



2) Kouření z hlediska léčby onemocnění

Ve sledovaném vzorku se neprokázal statisticky významný rozdíl v kouření mezi lidmi léčenými dietou a lidmi léčenými PAD.

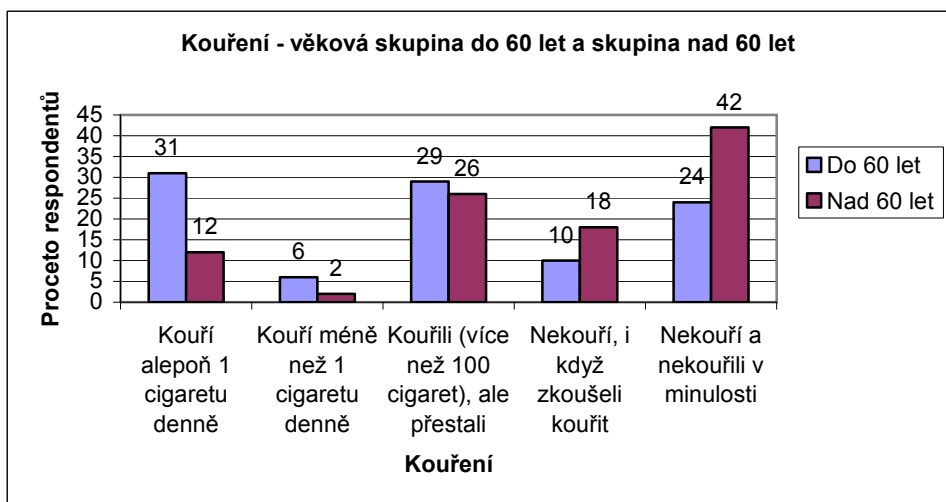
3) Kouření z hlediska BMI

Ve sledovaném vzorku se neprokázal statisticky významný rozdíl v kouření mezi lidmi s hodnotou BMI do 29, 9 a lidmi s hodnotou BMI nad 30, 0.

4) Kouření z hlediska věku

Na hladině významnosti 5% se prokázal rozdíl v kouření mezi lidmi do 60 let a lidmi nad 60 let ve vzorku. Mladší respondenti kouří signifikantně více. Graf 27. ukazuje kouření u respondentů do 60 let a nad 60 let, hodnoty na ose y znamenají % respondentů v dané skupině. Vidíme, že ve skupině do 60 let kouří okolo 30% respondentů a nekouří okolo 20%, ve skupině nad 60 let kouří okolo 10% respondentů a nekouří okolo 40%.

Graf 27



8. DISKUSE

V rámci diskuse se zaměřím na shrnutí jednotlivých výsledků z hlediska výzkumných otázek, na konfrontaci výsledků s literaturou a na shrnutí omezení a rizik daného výzkumu.

Na úvod bych chtěla poznamenat pár poznámek k metodě sběru dat. Sběr dat dotazníkovou metodou s sebou přináší řadu rizik a omezení. Dotazníkové šetření lze zadat pouze osobám, které chtějí spolupracovat a jsou ochotny daný dotazník vyplnit. Při sběru dat se stávalo, že někteří jedinci dotazník vyplnit odmítli a na dané téma se mnou nechtěli komunikovat. Do výsledků studie se tudíž dostávají pouze ti jedinci, kteří byli ochotni věnovat čas vyplnění dotazníku a kteří měli zájem o svých jídelních preferencích a jídelním chování referovat.

Dotazníková metoda předpokládá, že daný jedinec dobře porozumí pokládaným otázkám a odpoví na ně dle skutečnosti. Na odpovědi jedinců může mít vliv interakce zadavatele dotazníku s probandy. Vzájemné sympatie či nesympatie se zadavatelem dotazníku mohou ovlivnit výsledek. Svou roli též hraje fakt, zda daní jedinci vyplňují dotazník z pocitu povinnosti či aby udělali radost zadavateli, či zda se nad danými otázkami skutečně zamyslí. Vzhledem k věkovému složení souboru, někteří lidé narazili při vyplňování dotazníku na problémy technického rázu (neměli s sebou brýle), někteří lidé měli problémy s pamětí a vybavením si určitých údajů (např. kdy se u nich vlastně objevil diabetes 2. typ), někteří lidé se potýkali s neporozuměním struktury dotazníku (nevěděli, jak dotazník vyplnit, nepochopili strukturu otázek). V rámci testové baterie největší problém činil respondentům dotazník ADDQoL, kde řada pacientů nepochopila návaznost otázek a dotazník nedovedla vyplnit ani po opakované instrukci. S danými respondenty jsem poté jednotlivé otázky probírala ústně, což se též mohlo projevit do odpovědí daných jedinců. Daná testová baterie byla pro řadu respondentů dlouhá, respondenti měli tendenci nedokončit baterii, konečné otázky častěji vynechávali.

Řada omezení aplikace výsledků může být spojena i s místem sběru dat. Jelikož jsem data sbírala na rekondičních pobytech či skupinových aktivitách diaklubu, je nutné předpokládat, že daní respondenti jsou aktivní v přístupu k nemoci, že se o nemoc dále zajímají. Při tomto sběru dat v souboru nejsou zastoupeni lidé, kteří se s nemocí neztotožňují, lidé, kteří ji ignorují a své chování se nesnaží změnit žádným způsobem. Sběr dat v prostředí rekondic či diaklubů může být ovlivněn celkovým naladěním se respondentů na nemoc a jejich výsledky tak mohou být zkresleny aktuální náladou a pocity a nemusí udávat pocity daného člověka v domácím prostředí a životě mimo rekondici či klub.

Problematickým prvkem ve sběru dat může být strach respondentů z testování a vědomé či nevědomé zkreslování údajů. Ačkoli byli respondenti opakovaně ujišťováni o smyslu šetření i anonymitě údajů, řada respondentů se opakovaně ujišťovala, zda k výsledkům bude či nebude mít přístup ošetřující lékař. Někteří respondenti problematické okruhy potravin nevyplnili a musela jsem je zjišťovat ústně po odevzdání dotazníku. Roli zde může hrát sebe prezentace respondentů i vztahu k sobě samému a podceňování skutečné konzumace potravin, zvláště těch, o nichž pacienti vědí, že pro léčbu onemocnění není radno konzumovat je příliš často. Zkreslování údajů tak může být nevědomé a nezáměrné.

Výběrový vzorek není reprezentativní. Malý počet respondentů neumožňuje přílišné zobecnění výsledků. Do jídelního chování a jídelních preferencí daných respondentů může vstupovat celá řada interferujících proměnných. Šetření bylo prováděno kvantitativně a zpracovávalo pomocí statistických metod. Při tomto druhu výzkumu jednak může uniknout pozornosti řada specifických pacientů, kteří se nějakým způsobem vymykají z řady ostatních.

V následující části diskuse bych ráda rozebrala zjištěné výsledky.

1) Rozdíl v jídelních preferencích a jídelním chování mezi muži a ženami

Mezi muži a ženami nebyl signifikantní rozdíl v hodnotách hladiny glykovaného hemoglobinu, skupiny se nelišily z hlediska věku, BMI, doby a typu onemocnění, rodinného stavu. Obě skupiny respondentů uvádějí vysoké preference sýrů, kávy, zeleniny 2 a ovoce 1, naopak udávají nízké preference rychlého občerstvení, slazených nápojů a instantních potravin. Muži udávají signifikantně vyšší preference tmavého masa, salámů a masných výrobků, čokolády, piva, vína a lihovin. Vyšší preference daných potravin u mužů souvisí s jejich signifikantně častější konzumací ve srovnání se ženami. Ženy udávají v průměru signifikantně vyšší preference jogurtů, zeleniny 2 (rajčata, papriky, apod.) a cereálií. Ženy signifikantně častěji než muži konzumují jogurty. Ve porovnání distribucí vysokých jídelních preferencí a nízkého jídelního chování uvádějí ženy omezení konzumace čokolády a čokoládových výrobků, majonézy, dortů a koláčů a ovoce 2, muži uvádějí omezení konzumace čokolády a čokoládových výrobků. Ženy v souboru signifikantně častěji vynechávají večeři než muži v souboru.

Co se týče svobody v jídle a pití a udávaného potěšení z jídla, muži a ženy se neliší z hlediska vnímání svobody v jídle a potěšení z jídla (odpověď na otázku: „Kdybych neměl diabetes, moje svoboda v jídle (potěšení z jídla) by bylo/a...“). Jak muži, tak ženy v odpovědích v průměru uvádějí, že bez diabetu by byla jejich svoboda v jídle mírně- hodně zvýšená, jejich potěšení z jídla v případě absence onemocnění DM se v průměru blíží k odpovědi mírně zvýšeno. Skupiny se však liší v důležitosti, kterou svobodě v jídle a potěšení z jídla přiřkládají. Muži považují svobodu v jídle i potěšení z jídla za signifikantně důležitější než ženy. Muži dále vidí signifikantně více než ženy diabetes jako omezení jejich svobody v pití a svoboda v pití je pro ně signifikantně důležitější než pro ženy. Uvedené výsledky vnímání pití u mužů souvisí i s deklarovanými vyššími preferencemi a vyšší konzumací alkoholických nápojů ve srovnání s ženami. Z hlediska celkové vnímané kvality života, muži uvádějí lepší současnou kvalitu života než ženy, v uváděné kvalitě života bez onemocnění DM se dané skupiny neliší. Větší vnímaná (či referovaná) současná kvalita života u mužů může souviset s odlišným přístupem mužů k onemocnění a kvalitě života s onemocněním. Jak uvádějí již citované výzkumy autorů Kosuri a Gumpeny (2000), srovnání mužů a žen ukazuje na celkově lepší zvládnutí diabetu u mužů.

Z hlediska hubnutí a snahy o zhubnutí se ve sledovaném souboru neprokázaly signifikantní rozdíly mezi muži a ženami. Ve výsledcích však můžeme sledovat odlišné koncepce hubnutí mezi muži a ženami. Přání zhubnout u mužů celkově více koresponduje s aktuální vahou daných mužů. Spíše se tedy snaží zhubnout muži s vyšší vahou. Oproti tomu výsledky u žen naznačují tendence k hubnutí napříč vahovými kategoriemi, tedy i u žen s normální vahou. Naopak některé ženy s obezitou 3. stupně snahu zhubnout neudávají. Dané výsledky mohou souviset s odlišným pojetím hubnutí u mužů a žen. Muži mají tendenci pojímat hubnutí jako prostředek ke snížení váhy, pro ženy to však často může být celoživotní úsilí štíhlého ideálu bez ohledu na svou skutečnou váhu. Jak uvádí Krch (1999), pro řadu žen se dieta stává normálním jídelním chováním. Na druhou stranu, ženy ze souboru častěji než muži udávají, že ačkoli se snaží o snížení váhy, v poslední době nezhubly. Rozdíl mezi muži a ženami v udávaných hodnotách hubnutí však není signifikantní. Ve výzkumech běžné populace (tedy ne pacientů DM), které prováděl Krch (1999), výsledky ukazují opačnou tendenci než mnou zjištěné a popsané výsledky. Krch udává zvýšení psychické nezdrženlivosti a konzumace u mužů s vyšší vahou a naopak zvyšování sebekontroly s nárůstem váhy u žen. Odlišnost výsledků může být dán odlišným souborem respondentů.

Závěrem lze říci, že při porovnání mužů a žen v kategoriích jídelních preferencí a jídelního chování ženy vykazují vyšší preference, ale i častější konzumaci potravin, které jsou z hlediska léčby diabetu v rámci racionální výživy doporučované a pokládány za zdravé. Ženy

též signifikantně častěji vynechávají večeři a udávají menší preference i konzumaci alkoholických nápojů a nároky diabetu na omezení pití považují za méně důležité než muži. Ženy též signifikantně méně kouří než muži v souboru. Z hlediska přístupu k jídlu vykazují ženy menší vnímanou důležitost svobody v jídle a potěšení z jídla. Muži vykazují vyšší preferenci potravin, jejichž konzumace je v rámci léčby diabetu spíše omezená. Muži uvádějí celkově vyšší preference i častější konzumaci alkoholických nápojů (piva, vína, lihovin). Vyšší zaměření žen na racionální výživu a častější se zaobírání jídlem a jeho plánování též nachází ve svém výzkumu populace lidí bez onemocnění DM Fialová (2003).

V dotazníku je třeba počítat s vlivem záměrného i nevědomého zkreslení údajů. Obě skupiny udávají vysokou preferenci i konzumaci potravin racionální výživy, 94 % respondentů však bojuje s obezitou či nadváhou. Tělesná hmotnost a vyšší hladiny glykovaného hemoglobinu u respondentů neodpovídají udávaným konzumovaným potravinám.

2) Rozdíl v jídelních preferencích a jídelním chování mezi pacienty na dietě a pacienty na PAD

Uvedené skupiny pacientů se neliší z hlediska pohlaví, věkového zastoupení, BMI. Rozdíl mezi pacienty je signifikantně významný v hodnotách glykovaného hemoglobinu s vyššími hodnotami u pacientů léčených PAD. Uvedený rozdíl souvisí s léčbou daných pacientů.

Mezi pacienty na dietě a pacienty na PAD se neprokázal signifikantní rozdíl v jídelních preferencích a jídelním chování, ve změně časů hlavních jídel, ve vnímání svobody v jídle a pití a potěšení z jídla, v oblasti kouření. Pacienti léčení dietou však ukazují signifikantně větší snahu zhubnout než pacienti léčení PAD. V referovaných úspěších zhubnout se dané skupiny neliší.

3) Rozdíly v jídelních preferencích a jídelním chování mezi pacienty s normální váhou a nadváhou a pacienty s obezitou

Uvedené skupiny respondentů se neliší z hlediska pohlaví, věku, doby a typu onemocnění, rodinného stavu. Liší se z hlediska hladiny glykovaného hemoglobinu.

Z hlediska jídelních preferencí lidé s obezitou signifikantně více preferují salámy a masné výrobky. Náznaky k preferenci instantních potravin u lidí s normální váhou či nadváhou není signifikantní. Mezi jednotlivými skupinami se tedy neprokázal velký rozdíl v jídelních preferencích. Co se týče častější konzumace jednotlivých druhů potravin, skupina pacientů s obezitou udává signifikantně častější konzumaci oříšků, slaných tyčinek a chipsů. Dále můžeme u skupiny pacientů s obezitou vyzorovat tendenci k častější konzumaci čokolády a bílého pečiva, rozdíl je však těsně nad hranicí 5% významnosti. Skupina s normální váhou a nadváhou udává signifikantně častější konzumaci vína. Můžeme pozorovat, že u skupiny lidí s obezitou se ukazuje trend k častější konzumaci potravin v rámci diety a managementu diabetu nedoporučovaných.

Jídelními preferencemi a jídelním chování u žen s normální váhou a obezitou se zabývali ve své studii již citovaní autoři Snoek, Huntjens a VanGemert (2004). Autoři udávají, že skupiny se neliší v jídelních preferencích, liší se spíše v jídelním chování (a to z hlediska množství konzumované potravy).

Co se týče méně časté konzumace některých preferovaných potravin, skupina lidí s normální váhou či nadváhou uvádí snížení konzumace ryb, což zřejmě souvisí s celkově méně častou konzumací ryb na našem území. Řada jedinců s obezitou udává méně častou konzumaci čokolády a čokoládových výrobků, majonézy, dortů a ovoce. Mezi lidmi s obezitou je řada tedy řada těch, kteří udávají minimální konzumaci čokolády a

čokoládových výrobků i slaných oříšků a tyčinek, ačkoli daná skupina v průměru konzumuje dané potraviny více než skupina lidí s normální váhou či nadváhou.

V otázce svobody v jídle a pití či v otázce potěšení z jídla nebyly mezi danými skupinami prokázány signifikantní rozdíly. V hodnocení kvality života s diabetem se respondenti neliší. V hodnocení kvality života bez diabetu („Kdybych neměl diabetes, moje kvality života by byla...“) lidé s BMI do 29,9 spíše uvádějí, že jejich kvalita života bez diabetického onemocnění by byla lepší než s ním. Zjištěný rozdíl však není signifikantní.

Mezi respondenty s normální váhou a nadváhou a respondenty s obezitou nebyl prokázán signifikantní rozdíl ve snaze zhubnout či v reálném zhubnutí. Uvedené skupiny respondentů se neliší v uváděném vynechávání hlavních jídel či změny časů hlavních jídel.

Lze shrnout, že mezi lidmi s normální váhou a nadváhou a lidmi s obezitou byl prokázán minimální rozdíl v jídelních preferencích. U lidí s obezitou nacházíme v průměru častější konzumaci slaných výrobků. Výsledky naznačují častější konzumaci čokolády a bílého pečiva, rozdíl však není signifikantní. Na druhé straně u řady lidí s obezitou dochází k omezení konzumace čokoládových výrobků, dortů, majonézy a ovoce s vysokým obsahem cukru.

4) Rozdíly v jídelních preferencích a jídelním chování mezi lidmi do 60 let a lidmi nad 60 let.

Skupiny ve výběru se významně neodlišují z hlediska pohlaví, typu onemocnění, hodnot glykovaného hemoglobinu, BMI. Jednotlivé skupiny se liší z hlediska délky onemocnění a z hlediska rodinného zázemí.

Skupina starších respondentů (nad 60 let) signifikantně více preferuje i čatěji konzumuje mléko. Mladší respondenti signifikantně častěji konzumují celozrnné pečivo a zeleninu 2. Starší respondenti mají tendence více konzumovat (kromě signifikantního mléka) umělá sladidla než mladší respondenti, rozdíl však není signifikantní.

Skupina mladších respondentů uvádí méně častou konzumaci čokolády a čokoládových výrobků. Mezi skupinami je ve výsledcích naznačen trend častějšího vynechávání snídaní a oběda u skupiny respondentů do 60 let, výsledkem však není na 5% hladině signifikantní. Signifikantní rozdíl získáme při srovnávání lidí nikoli dle věku, ale dle zaměstnání. Lidé v důchodu udávají signifikantně méně častou změnu času hlavních jídel a méně časté vynechávání snídaně či oběda.

Signifikantní rozdíl mezi staršími a mladšími respondenty nalezneme v referovaném zhubnutí. Mladší respondenti udávají, že v průměru v poslední době zhubli více než respondenti starší. Úsilí a snaha zhubnout je však v obou skupinách stejná.

Co se týč kouření, mladší respondenti kouří signifikantně více.

Uvedené výsledky naznačují největší škálu rozdílů v jídelním chování a jídelních preferencích v sledovaném výzkumném vzorku při hodnocení údajů z hlediska pohlaví. Výsledky naznačují jiný vztah k jídlu u žen a mužů, resp. vyšší zaměření na zdravou stravu u žen. Rozdíl mezi pohlavími může být dán lepší sebereprezentací žen v rámci dotazníkového šetření a nemusí vypovídat o skutečných preferencích či skutečné konzumaci daných žen. Nicméně i teoretické vyšší zkruslení údajů ženami by vypovídalo o odlišném vztahu k jídlu ve srovnání se skupinou mužů.

Jak již zmiňuji výše, respondenti patří do skupiny aktivních diabetiků, kteří vyhledávají údaje o onemocnění a v oblasti onemocnění a přístupu k němu se dále vzdělávají. Daní jedinci mají povědomí o vhodných a nevhodných potravinách a na kognitivní úrovni jsou velmi dobře o nemoci informováni, což samozřejmě vstupuje do výsledků. Na pacienty s diabetem 2. typu jsou kladeny velké nároky ohledně systému jejich stravování a tito pacienti jsou zvyklí o jídle přemýšlet častěji než běžná populace. Všechny tyto proměnné pak mohou

ovlivnit vyplňování údajů respondenty. Skutečné preference a jídelní chování bychom zjistili spíše porovnáním či vyřazením toho, co daný pacient skutečně přes den jedl a jak k jídlu přistupuje.

Zjištěné výsledky by bylo třeba dále ověřit na větší skupině respondentů. Zajímavé bude srovnání výsledků pacientů s DM 2. typ a pacientů s DM 1. typ a běžnou populací, což je cílem dlouhodobějších výzkumů dr. Hrachovinové v této oblasti.

ZÁVĚR

Onemocnění diabetes mellitus druhého typu je v současnosti řazeno mezi chronická civilizační onemocnění, neboť výskyt onemocnění v populaci se neustále zvyšuje a onemocnění je velmi náročné z hlediska psychického přijetí a vyrovnání se s onemocněním. Onemocnění souvisí s negativními jevy spojenými se současným životním stylem (zejména se stresem, malým energetickým výdejem, nadměrným příjmem energie, nevhodným složením potravy). DM 2. typ dosud neumíme vyléčit. I „mírný“ průběh diabetu může vést k pozdějším diabetickým komplikacím. Psychologie zde může velmi pomoci v pochopení pacientova přístupu k onemocnění, k pochopení jeho strachů i bariér, v pochopení jeho vztahu k jídlu a v možnostech tento vztah nějak řídit a ovládat.

V teoretické části se věnuji onemocnění a jeho nárokům, zejména v souvislosti s jídelními preferencemi a jídelním chováním pacientů s DM2. V praktické části práce odpovídám v rámci dotazníkového šetření na stanovené výzkumné otázky o rozdílech v jídelních preferencích a jídelním chování mezi danými respondenty. V šetření sledávám nejméně rozdíl v jídelních preferencích a jídelním chování pacientů s DM 2. typ při hodnocení z hlediska léčby onemocnění (rozdělení respondentů na dietní a PAD). Naopak nejvíce rozdílů v jídelním chování a jídelních preferencích se projevuje u hodnocení výpovědí z hlediska pohlaví.

Věřím, že pomocí detailních výzkumů jídelního chování a jídelních preferencí může psychologie pomoci lépe pochopit problémy lidí a jejich vztahu k jídlu nejen u rostoucí populace lidí s DM 2. typu. Zjištěných výsledků lze využít v individuálním přístupu k pacientům s onemocněním DM 2. typu. Pochopení možných odlišností v jídelních preferencích, jídelním chování a vnímání jídla jako takového může pomoci ke zkvalitnění péče o dané pacienty a k lepšímu porozumění jejich možné non-compliance s léčebným režimem.

Resumé

Diplomová práce sleduje jídelní preference a jídelní chování u pacientů s diabetem druhého typu neléčených inzulinem, tedy léčených dietními opatřeními či perorálními antidiabetiky.

Teoretická část práce je věnována onemocnění diabetes mellitus druhého typu a jeho léčbě se zaměřením na jídelní zvyky, jídelní chování a jídelní preference daných respondentů. Práce se zaměřuje na problematiku z hlediska psychologie, popisuje psychické problémy pacientů při vyrovnávání se s onemocněním i při dodržování léčebného režimu.

Praktická část práce je věnována dotazníkovému šetření 116 respondentů (66 žen, 50 mužů). Dotazníková baterie je zaměřena na vztah daných respondentů k jídlu, na jejich jídelní preference, jídelní chování a zvyklosti. Každý respondent vyplnil podrobný dotazník o svém jídelním chování, jídelních preferencích a zvyklostech se zaměřením na 27 předem stanovených okruhů potravin. Data byla analyzována z hlediska pohlaví respondentů, typu léčby onemocnění (režimová opatření či režimová opatření a PAD), z hlediska věku a hmotnosti respondentů. Jednotlivé skupiny pak byly mezi sebou srovnávány z hlediska jídelního chování a preferencí. Nejvíce rozdílů v jídelním chování a jídelních preferencích bylo pozorováno při hodnocení údajů z hlediska pohlaví, nejméně rozdílů bylo pozorováno z hlediska typu léčby onemocnění.

Food choice and food preferences at patients with type two diabetes who are not treated by insulin therapy

Diabetes type two is a chronic progressive disease often associated with obesity and hypertension. Experts predict that diabetes type two cases will increase in the future. Having type two diabetes increases the risk of many serious complications. The diploma work is dedicated to patients with type two diabetes treated either by meal planning, weight loss and exercising or by meal planning, weight loss, exercising and antidiabetic oral agents.

The theoretical part of diploma work brings information about diabetes type two and obesity. It concerns information about treatment of diabetes and obesity and psychical problems of patients with the need to adopt healthy habits, balanced diet and drug therapy. The theoretical part is also about food behavior and food preferences. Theoretical portions also deal with the importance of dietary patterns in control of body weight and management of diabetes. It concerns psychical problems connected with diabetes and obesity. It also concerns different approaches to nutrition and psychical problems connected with dietary regime.

The practical part of diploma work contains the study of food choice and food preferences. The study included 116 (66 women, 50 men) patients with type two diabetes on antidiabetic oral medication or diet. Each participant completed a detailed survey about their preferences and consumption of some food and drinks to get information about their food behaviour (and eating habits), food preferences and attitudes and importance of food in their lives. Data were analysed and according to sex, type of treatment (oral agents or diet), BMI and age. Participants in the study were compared according to their attitudes to food and nutrition.

LITERATURA

AKIMOTO, M., FUKUNISHI, I., KANNO, K., et al. Psychosocial predictors of relapse among diabetes patient: A two-year follow-up after inpatient diabetes education. *Psychosomatics*. 2004, n. 45, s. 343-359.

ANDERSON, R. M., FITZGERALD, J.T., OH, M.S. The relationship of diabetes related attitudes and patients' self –reported adherence. *Diabetes Education*. 1993, n. 19, s. 287-292.

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

BLACKBURN, G. L. : Effect of degree of weight loss on health benefits. *Obesity Research*. 1995, n. 3, s. 211-216.

BEULENS, W. J., STOLK, R. P., BOTS, M. L. et al. Alcohol Consumption and risk of type two diabetes among older women. *Diabetes Care*, vol. 28, s. 2933-2938.

BRAND, A. H., JOHNSON, J. H., JOHNSON, S. B. Life stress and diabetic control in Children and Adolescent with Insulin-Dependent Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 1996, vol. 11, n. 7, s. 481-489.

BROWN, G. C., BROWN, M. M., BROWN, H. et al. Quality of life associated with diabetes mellitus in adult population. *Journal of Diabetes and Its Complication*. 2000, vol. 14, s. 18-24.

BROWNELL, K. D., WADDEN, T. Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*. 1992, n. 60, s. 505-517.

CARILLO, F. X. M., VÁZQUEZ, M. B. Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología*. 1994, n. 10 (2), s. 189-198.

CERRELLI, F., MANINI, R., FORLAVNI, G., ET AL. Eating behaviour affects quality of life in type 2 diabetes mellitus. *Eating and Weight Disorders*. 2005 (December), vol. 10, n. 4, s. 251-257.

CLARK, C. A. The most important meal of the day. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2006, vol. 60, 1122-1129.

COELHO, R., AMORIM, I., PRATA, J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent DM. *Psychosomatics*. 2003 (August), vol. 44, s. 312-318.

COFFEY, J. T., BERANDLE, M., ZHOU, H. et al. Valuating health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 2002, Vol. 25, s. 2238-2243.

COPELAND, K. C., BECKER, D., GOTTSCHALK, M.,HALE, D. Type 2 Diabetes in Children and Adolescents: Risk Factors, Diagnosis and Treatment. *Clinical Diabetes*. 2005, n. 23, s. 181-185.

COSTA, F. A., GUERREIRO, J. P., DUGGAN, C. ADDQoL for Portugal: Exploring validity and reliability. *Pharmacy Practice*. 2006, vol. 4, n 3, s. 123-128.

CROOK, M. *V zajetí image těla*. Montreal: Oldag, 1995.

DELAMATER, A. M. Improving Patient Adherence. *Clinical Diabetes*. 2006, vol. 24, n. 2.

DELAHANTY, L. M., GRAND, G. W., WITTENBERG, E. Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2007 (January), vol. 24, i. 1, s. 48-54.

- DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C.** Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Československá psychiatrie*. 1997, 93, 8, s. 423-432.
- DRAPEAU, V., DESPRÉS, J. P., BOUCHARD, C. et al.** Modification in food group consumption are related to long- term body weight changes. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2004 (July), vol. 80, n. 1., s. 29-37.
- DIAZ – NIETO, L., GALAN-CUEVAS, S., FERNANDEZ-PARDO, G.** Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II. *Salud Publica de Mexico*. 1993 (Marzo – Abril), vol. 35, n. 2, s. 169-176.
- DVOŘÁKOVÁ – JANŮ, V.** *Lidé a jídlo*. Praha: ISV, 1999. ISBN 80-85866-41-2.
- FABRICATORE, A. N. , WADENN, T. A.** Treatment of Obezity: An Overview. *Clinical Diabetes*. 2003, vol. 21, n. 2, s. 67 – 72.
- FIALOVÁ, L.** *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: UK, Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0173-7.
- FINUCANE, P., POPPLEWELL, P.** Diabetes mellitus and impaired glucose regulation in old age: The Scale of the problem. In SINCLAIR, A. J., FINUCANE, P. (eds) *Diabetes in old age*. Secon edition (first edition 1995). West Sussex: John Wiley and Sons, Ltd., 2001. ISBN 0-471-49010-5.
- FONS, A., PUJOL, A., SÁNCHEZ, A. et al.** Creencias, actitudes y conocimientos de las personas noc diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. *Enfermería clínica*. 2004, vol. 14, n. 6, s. 307-312. ISSN 1130-8621.
- FORSLUND, H. B., TORGERSON, J. S., SJOSTROM, L., et al.** Snacking frecuency in relation to energy intake and food choices in obese men and women compared to a reference population. *International Journal of Obesity*. 2005, vol. 29, s. 711-719.
- FOSTER, G. D., WADDEN, T. A., VOGT, R. A., et al.** What is reasonable weight loss? Patients expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*. 1997, vol. 65, s. 79-85.
- FRAŇKOVÁ, S.** *Výživa a psychické zdraví*. Praha: ISV, 1996. ISBN 80-85866-13-7.
- FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V.** *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1.
- FRAŇKOVÁ, S., ODEHNAL, J., PAŘÍZKOVÁ, J.** *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. HZ, Praha: 2000. ISBN 80-860009-32-7.
- FRANZ, M.** The answer to weight loss is easy- doing it is hard. *Clinical Diabetes*. 2001, vol. 19, n. 3, s.105-109.
- FREELAND, K. E.** Depression is a risk factor for the development of type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2004, vol. 17, n. 3, s. 150-152.
- FUNNELL, M. M.** Overcoming Barriers to the Initiation of Insulin Therapy. *Clinical Diabetes*. 2007, vol. 25, n 1, s. 36-38.
- GREENBERG, J. A., AXEN, K. V., SCHNOLL, R. et al.** Coffee, tea and diabetes: the role of weigtt loss and caffeine. *International Journal of Obesity*. 2005, no. 29, s. 1121-1129.
- GROGAN, S.** *Body Image, psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 184. ISBN 80-7169-907-1.
- HAINER, V.** *Tajemství ideální váhy*. Praha: Grada Publishing, 1996, s. 225.
- HARRIS, M. I., FLEGAL, K. M., COWIE, C. C., et al.** Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in US adults. The third national health and nutrition examination survery (NHNES). *Diabetes Care*. 1998, n. 21, s. 518-524.
- HAYES, C.** Case study: Meal provision as a strategy for supporting weight loss an improving metabolic paremetrs in type 2 diabetes. *Clinical Diabetes*. 2006, vol.24, n. 4, s. 180-190.

HONKA, M. Diabetes mellitus druhého typu. *Diastyl*. 2005 (září-říjen), n. 5, s. 20-21. ISBN 1801-0547.

HONZÁK, R. Diabetes mellitus. In BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

HRACHOVINOVÁ, T. Psychologie péče o pacienty s diabetem. *Medicína po promoci*. 2007, r. 8, suppl. 2, s. 60-67. ISSN 1212-9445.

HSU, L. K. G. *Eating Disorders*. New York: Guilford Press, 1990.

JACKSON, E. *Jídlo a proměna*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 2004. ISBN 80-85880-37-7.

JACOBSON, A. M., SAMSON J. A., DEGROOT, M. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 1994, vol. 17, s. 267-274.

JIRKOVSKÁ, A. *Jak si léčit a kontrolovat diabetes*. Praha: Svaz diabetiků ČR, 2003.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KING, H., REWERS, M. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. *Diabetes Care*. 1993, n. 16, s. 157-177.

KOCH, M. F., MOLNAR, G. D. Psychiatric Aspect of Patients with Diabetes Mellitus. *Psychosomatic Medicine*. 1974(January- February), vol. 36, n. 1, s. 57- 68.

KOSURI, M., GUMPENI, S. Gender differences in living with type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2000, 43, sup. 1, s. 227.

KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. Praha: Granit, 1993, 191 s. ISBN 80-85805-12-X.

KRCH, F. D., DRÁBKOVÁ, H. Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci u české mládeže. *Československá psychiatrie*. 1996, n.96, s. 237-247.

KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KULKARNI, K. D. Food, Culture and Diabetes in the United States. *Clinical Diabetes*. 2004, n. 22, s. 190-192.

KUSHNER, R. F., FOSTER, G. D. Obesity and Quality of life. *Nutrition*. 2000, vol. 16, n. 10, s. 947-952. ISSN 0899-9007.

LEE, E. A., GARFINKEL, L. Variations in mortality by weight among 750000 men and women. *Journal of Chronicle Disease*. 1979, vol 32, 563-576.

LLOYD, A., HOPKINSON, P. The impact of diabetic complications on the quality of life of patients with type two diabetes. *Diabetologia*. 2000, 43, (suppl. 1), A 224.

LUPÍNKOVÁ, J. Perorální antidiabetika. *Diastyl*. 2005 (září-říjen), n. 5, s. 26-29. ISBN 1801-0547.

LUSTMAN, P. J., CLOUSE, R. E., GRIFFITH, L. S., et al. Screening for Depression in Diabetes Using the Beck Depression Inventory. *Psychosomatic Medicine*. 1997, n. 59, s. 24-31.

LUSTMAN, P. J., ANDERSON, R. J., FREELAND, K. E., et al. Depression and Poor Glycemic Kontrol. *Diabetes Care*. 2000 (July), vol. 23, n. 7, s. 934-942.

LUSTMAN, P. J., CLOUSE, R. E. Practical Considerations in the Management of Depression in Diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2004, vol. 17, n. 3, s. 160-166.

MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. O poruchách příjmu potravy. Praha: NLN, 1997, s. 151. ISBN 80-7106-248-0.

MAZZE, R. S., LUCIDO, D., SHAMOON, H.: Psychological and social correlates of glycemic control. *Diabetes Care*. 1984, no. 7, s. 360–366.

NISBETT, R. E. Hunger, obesity, and the ventromedial hypothalamus. Psychological Review. 1972, no. 79, s. 433-53.

NOVÁK, J. *Radí vám lékař*. Praha: Mladá fronta, 1977.

O'CONNELL, T. L. An Overview of Obesity and Weight Loss Surgery. *Clinical Diabetes*. 2004, n. 22, s. 115-120.

OCOSUN, I. S., DEVER, G. E. A. Abdominal Obesity and Ethnic Differences in Diabetes Awareness, Treatment and Glycemic Control. *Obesity Research*. 2002, n. 10, s. 1241-1250.

PELIKÁNOVÁ, T. *Diabetologie, vybrané kapitoly z metabolismu*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-358-X.

PETTERSON, T., LEE, P., HOLLIS, S., et al. Well-being and treatment satisfaction in older people with diabetes. *Diabetes Care*. n. 21, s. 930-935.

PEYROT, M., RUBIN, R. R. Levels and risk of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*. 1997, Vol. 20, s. 585-590.

POLIVY, J. Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association*. 1996, n. 96, s. 589-594.

POLIVY, J., HERMAN, C. P. Undieting: A program to help people stop dieting. *International Journal of Eating disorders*. 1992, n. 11, s. 261-268.

POLONSKY, W. H. Understanding and Assessing Diabetes- Specific Quality of Life. *Diabetes Spectrum*. 2000, vol. 13, n 1, s. 36-48.

POUWER, F., SNOPEK, F. J., VAN DER PLOEG, H. M. et al. Monitoring of Psychological Well-Being in Outpatients With Diabetes. *Diabetes Care*. 2001, n. 24, s. 1929-1953.

RUŠAVÝ, Z. *Diabetická dieta*. Příspěvek na 40. diabetologické dny v Lázních Luhačovice, duben 2007.

SANCHEZ, A. Patterns and correlates of physical activity and nutrition behaviors in adolescent. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007, vol. 32, s. 124-130.

SATO, E., SUZUKAMO, Y., MIYASHITA, M. et al. Development of diabetes diet-related quality of life scale. *Diabetes Care*. 2004 (february), n. 27, s. 1271-1274.

SCHULZE, M. B., MANSON, J. E., LUDWIG, D. S., et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle aged women. *JAMA*. 2004, n. 292, s. 927-934.

SINCLAIRE, A. J., FINUCANE, P. *Diabetes in old age*. Second Edition, first published 1995. London: John Wiley and Sons Ltd., 2001. ISBN 0-471-49010-5.

SHAW K., KENARDY J., O'ROURKE P. et al. Psychological interventions for obesity (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., 2004.

SMITH, B. Does coffee consumption reduce the risk of type two diabetes in individuals with impaired glucose? *Diabetes Care*. 2006, vol 29, 2395-2390.

SNOEK, H., HUNTJENS, L., VAN GEMERT, L. et al. Sensory-specific satiety in obese and normal weight women. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2004 (October), vol. 80, no. 4; , s. 823-831.

SOLBERG, L. I., DESAI J. R., O'CONNOR, P. J. Diabetic patients who smoke: Are they different? *Annals of Family Medicine*. 2004, n. 2, s. 26-32.

STEWART, A. L., BROOK, R. H. Effects of being overweight. *American Journal of Public Health*. 1983, vol. 73, i. 2, s. 171-178.

STUNCKARD, A.J., HARRIS, J. R., PEDERSEN, N. L. a kol. A separated twin study of the body mass index. *New England Journal of Medicine*. 1990, n. 322, s. 1483-1487.

SURWIT, R. S., SCHNEIDER, M. S. Role of Stress in The Etiology and Treatment of Diabetes Mellitus. *Psychosomatic Medicine*. 1993, vol. 55, n. 3., s. 380-393.

SURWITT, R. S., WILLIAMS, P. Animal Models Provide Insight Into Psychosomatic Factors in Diabetes. *Psychosomatic Medicine*. 1996, vol. 58, n. 5., s. 582-589.

ŠVAČINA, Š. Obezita a prevence diabetu druhého typu. *Zdravotnické noviny*. 2003, č. 10.

ŠVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. *Cukrovka a obezita*. Praha: Maxdorf, s.r.o., 2003, s. 246. ISBN 80-85912-58-9.

ŠVAČINA, Š. *Prevence diabetu*. Referát na 40. diabetologických dnech v Luhačovicích, 2007.

SVITÁKOVÁ, E. Kvalita života a spokojenost s léčbou u osob s diabetem. Diplomová práce. Praha: FF UK, 2004.

SWIFT, C. R. Adjustment Problems in Juvenile Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 1967, 29, s. 555-571.

TUOMILEHTO, J., NISSINEN, A., KIVELA, S-L., et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the middle aged population of three areas in Finland. *International Journal of Epidemiology*. 1986, n. 20, s. 1010-1017.

TUOMILEHTO, J., HU, G., BIDEI, S., et al. Coffee consumption and risk of type two diabetes mellitus among middle aged finnish men and women. *JAMA*. 2004, n. 291., s. 1213-1219.

VANDENBERG, R. L., SUSSMAN, K. E., TITUS, C.C. Effect of hypnotically induced acute emotional stress on carbohydrate and lipid metabolism in patient with diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*. 1966, n. 28, s. 382-390.

VANDENBERG, R. L.: Effects of Combined Psychological-anticipatory Stress on Carbohydrate-lipid Metabolism in Patient with Diabetes Mellitus. *Psychosomatics*. 1967, n. 8, s. 16-19.

VILLAR, F. J. A., CASES, M. M., LLACH, X. B., ET AL. Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Atención Primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española y de Familia y Comunitaria*. 2003, vol. 31, n. 8, s. 493-499. ISSN 0212-6567.

VON KORFF, M., KATON, W., LIN, E. H. B., et al. Potentially Modifiable Factors Associated With Disability Among People With Diabetes. *Psychosomatic Medicine*. 2005, vol. 67, n. 5, s. 233-240.

WALES, J. K. : Does psychological stress cause diabetes? *Diabetes Medicine*. 1995, vol. 12, n.2, s. 109- 112.

WELLER, C., LINDER, M., NEWLAND, W., ET AL.: Effect of hypnotically induced emotions on continuous, uninterrupted blood glucose measurement. *Psychosomatics*. 1961, n. 2, s. 375.

WEIGERTOVÁ, K. *Kvalita života pacientů s diabetem*. Diplomová práce. Praha: FF UK, 2000.

WING, R. R., EPSTEIN, L. H., NOWALK, M. P. et al. Behavioral self-regulation in the treatment of patient with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*. 1986, n. 1, s. 78 – 89.

WING, R. R., JEFFERY, R. W., BURTON L. R., RAETHER, et. al. Food provision vs. Structured meal plans in the behavioral treatment of obesity. *Journal of Clinical Psychology*. 1996, n. 20, p. 56 –62.

WING, R. R., JEFFERY, R. W. Food provision as a strategy to promote weight loss. *Obesity Residue*. 2001, vol. 21, s. 271-275.

WING, R. R. Behavioral approaches to the treatment of obesity. In BRAY, G., BOUCHARD, C., JAMES, P.T. *Handbook of Obesity*. New York: Marcel Dekker, 1998, s. 855-873.

INTERNETOVÉ ZDROJE

CANADIAN DIABETES ASSOCIATION: *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada* (2003). Cit. dne 27. 2. 2007. Dostupné na: WWW www.diabetes.ca

CRONIER, C.: *Sweet choices*. Kanadská diabetická asociace, 2003. Cit. Online na WWW <www.diabetes.ca/Section_About/sweeteners.asp> Cit. dne 20. 3. 2007.

DAWN studie. SKOVLUND, S. E., PEYROT, M. *The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Program: A new approach to Improving Outcomes of Diabetes Care*. Zdroj: *Diabetes Spectrum* 18, 2005, American Diabetes Association, Inc. 2005. WWW <spectrum.diabetesjournals.org/cgi/content/full/18/3/136?maxtoshow> cit. Dne 20. 3. 2007.

HRACHOVINOVÁ, T. *Jez do polosyta, pij do polopita aneb co znamená pro diabetika "normálně" jíst*. Dostupné na stránkách Medatronu, WWW www.medatron.cz/d-info . Cit. dne 28.

MÁLKOVÁ, I. *Vlčí hlad*. Cit. dne 28. 5. 2007 online na WWW <www.medicnikzdravi.cz/200305/hlad.htm>. Internetová verze časopisu zdraví, 2005.

PRÁZDNOVCOVÁ, L. *Compliance pacienta*. Dle Farmaceutické asociace. WWW <www.pace.cz> Cit. dne 18.3. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The world health report*, 2005. Cit dne 12. 1. 2007. Dostupné na WWW <www.who.int>

