

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ
S DIABETES MELLITUS 2. typu**

bakalářská práce

Autor práce: Monika Laštůvková

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová

2009

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

**THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS
WITH DIABETES MELLITUS, type 2**

Bachelor's thesis

Author: Monika Laštůvková

Supervisor: Mgr. Michaela Schneiderová

2009

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 20. 4. 2009

Monika Laštůvková

.....

Děkuji Mgr. Michaele Schneiderové za metodické vedení při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině za pomoc a zázemí.

Obsah

Úvod.....	7
Teoretická část.....	9
1 KVALITA ŽIVOTA.....	9
1.1 Kvantita a kvalita života.....	9
1.2 Rozsah pojetí kvality života.....	9
1.3 Zdraví a kvalita života.....	10
1.4 Nemoc a kvalita života.....	11
1.5 Činitelé ovlivňující kvalitu života.....	11
1.5.1 Vnější činitelé ovlivňující kvalitu života.....	11
1.5.2 Vnitřní činitelé ovlivňující kvalitu života.....	12
1.6 Metody měření kvality života.....	13
1.7 Kvalita života a diabetes mellitus.....	15
1.8 Cíle ošetrovatelského týmu pro zlepšení kvality života.....	16
1.9 Studie zabývající se kvalitou života pacientů s diabetes mellitus 2. typu.....	17
2 Diabetes mellitus.....	18
2.1 Historie diabetes mellitus.....	18
2.2 Definice diabetes mellitus 2. typu.....	19
2.3 Etiopatogeneze diabetes mellitus 2. typu.....	19
2.3.1 Průběh diabetu.....	20
2.3.2 Klinický obraz diabetického syndromu.....	20
2.4 Klasifikace diabetes mellitus 2. typu.....	21
2.5 Diagnostika diabetes mellitus 2. typu.....	22
2.6 Výskyt diabetes mellitus 2. typu.....	25
2.7 Screening diabetes mellitus.....	25
2.8 Komplikace diabetes mellitus.....	25
2.8.1 Akutní komplikace.....	26
2.8.2 Chronické komplikace diabetes mellitus.....	26
2.8.3 Ostatní komplikace.....	26
2.9 Terapie diabetes mellitus 2. typu.....	27
2.9.1 Strategie léčby a možnosti.....	27
2.9.1.1 Nefarmakologická léčba.....	28
2.9.1.2 Farmakologická léčba.....	30

2.9.2	Selfmonitoring	34
2.9.3	Edukace diabetika	34
2.9.4	Průběžná standardní péče o diabetiky.....	36
	Praktická část.....	38
3	Empirický výzkum.....	38
3.1	Cíle výzkumu.....	38
3.2	Metodika výzkumu	38
3.2.1	Zdroje informací	38
3.2.2	Charakteristika souboru	38
3.2.3	Užitá metoda šetření - Metoda SEIQoL	39
3.2.4	Realizace šetření	41
3.2.5	Aplikace metody SEIQoL.....	42
3.2.6	Aplikace metody v rámci vlastního výzkumu	42
3.3	Interpretace výsledků.....	43
3.3.1	Identifikační údaje o respondentech	43
3.3.2	Metoda SEIQoL – interpretace výsledků.....	44
4	Diskuze	72
	Závěr	81
	Anotace	83
	Literatura a prameny	85
	Seznam grafů	88
	Seznam tabulek.....	89
	Seznam příloh	91

Úvod

Problém diabetu se potencionálně týká každého člověka. Ohroženi jsme všichni, protože cukrovka může překvapit bez varování každého z nás, v jakýkoliv čas. Všichni zdravotníci jsou si bezesporu vědomi zvýšené morbidity, mortality a invalidity tohoto onemocnění. Základem práce s diabetikem jsou nejen diabetologické znalosti a znalosti vnitřního lékařství, ale i citlivý psychologický přístup. Ten by měl diabetika naučit, jak s nemocí žít. Diabetický pacient by měl vědět, že s touto chorobou se již nerozloučí. Měl by ovládat on ji, ne ona jeho.

Pacienti s diabetes mellitus by měli mít možnost kdykoliv požádat o radu či pomoc. Základem by měl být tedy nejen lékař specialista či praktický lékař, ale i dobře vyškolená sestra, která se ve chvílích „krize“ stává rovnocenným partnerem lékaře ve výchově diabetika. Toto vše je nezbytně nutné, aby pacient s diabetes mellitus mohl prožít kvalitní a plnohodnotný život.

Téma mé závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala na podkladě každodenního kontaktu s pacienty, jejichž kvalita života je do jisté míry ovlivněna onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Od roku 2005 pracuji na interním oddělení lůžkové části nemocnice v Novém Bydžově. Na tomto oddělení hospitalizujeme průměrně měsíčně až 45 % pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Procentuální zjištění vyplývá ze statistiky hospitalizovaných pacientů našeho oddělení. Jedná se o pacienty, kteří k nám přicházejí v rámci dekompenzace samotného onemocnění nebo již se vzniklými komplikacemi.

Při každodenním sepisování ošetřovatelských anamnéz a při ošetřovatelské péči o naše pacienty s diabetes mellitus 2. typu se často setkávám s faktem, že tato nemoc člověka do jisté míry téměř neomezuje. Navenek vypadají spokojeně, vyrovnaně a mají úsměv na tváři.

O nemoci nemluví, pouze ví, že musí dodržovat diabetickou dietu, užívat léky či si aplikovat inzulin.

Toto jsou důvody, které mě vedly k napsání této práce věnované kvalitě života pacientů s diabetes mellitus 2. typu.

Cílem teoretické části práce je seznámit s problematikou kvality života nemocných s diabetes mellitus 2. typu, vysvětlit pojmy jako je: kvalita života, diabetes mellitus 2. typu, život pacienta s diabetes mellitus 2. typu. Zároveň se snažím zmapovat kvalitu života jak obecně, tak i v souvislosti s tímto onemocněním. Myslím, že právě kvalita života diabetika je často opomíjena. Proto je důležité chápat nemoc a kvalitu života jako celek, který je individuálně zakotven a subjektivně prožíván.

Z tohoto důvodu byla také ve výzkumné části bakalářské práce použita metoda subjektivního hodnocení kvality života nemocných a to metoda SEIQoL – Systém individuálního hodnocení kvality života. Mým zájmem bylo nejen poznat žebříček životních hodnot v rámci zvolených životních témat, jejich míru spokojenosti a důležitost, ale i zhodnotit jak dalece tato témata mají vliv na kvalitu života nemocných s diabetes mellitus 2. typu. Z dalších dílčích cílů šlo o srovnání volby životních témat pacientů na dietě nebo léčích (perorální antidiabetika) a pacientů, kteří si aplikují inzulín. Dále jsem chtěla zjistit, zda nedochází u pacientů k podceňování vlastního onemocnění a zhodnotit celkový rozdíl kvality života (tzv. QL) pacienty udávané na stupnici a mnou vypočítané na základě získaných údajů.

Celá tato práce vznikla z důvodu potřeby systematicky a komplexně sledovat individuální kvalitu života pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Byla bych ráda, aby moje bakalářská práce alespoň malým dílem přispěla k lepšímu pochopení pacienta diabetika, jeho prožívání a individuálního hodnocení kvality života.

Teoretická část

1 KVALITA ŽIVOTA

„Zdraví určitého člověka je co nejužěji propojeno s kvalitou jeho života.“

David Seedhouse

Definice kvality života je lidmi chápána individuálně, ale je zřejmé, že kvalitu života nezabezpečuje úspěch, fyzická výkonnost, ani intelektuální schopnosti. Jedinečností a vlastním smyslem lidské existence je její nezaměnitelnost, její původnost, autentičnost, schopnost individua identifikovat v sobě svůj vlastní osobní vývoj, své vlastní duchovní potřeby. (<http://www.britske-listy.cz/2006/5/19/art28462.html>). *Britské listy [online]. 2006 [cit. 2006-05-19].*

1.1 Kvantita a kvalita života

O kvantitě života můžeme hovořit počtem let, číselně. (Jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí).

Kvalita života je pojem v posledních letech skloňovaný všemi pády, jedná se o směšnou veličinu objektivních faktorů a subjektivního vnímání nemoci. Ukazuje se, že míra odborné péče nemusí odpovídat míře spokojenosti, resp. míře kvality života pacienta. Ta by měla být přímo úměrná kvalitě odborné péče. Nasazená léčba lékařem končí, pro klienta však nastává dlouhá cesta, která by ho měla dovést k životnímu posunu a zrání, vlivem nemoci zhodnotit své postoje, životní cíle. Součástí toho je i přijetí či zabudování nových hodnot do stávajících.

Kvalitou života rozumíme jakost, hodnotu, odlišnost života jednoho člověka od života druhého člověka. Známy je například výrok Aristotela o štěstí v různých situacích života.

Aristoteles říká: *„Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.“*

(Křivohlavý, 2002)

1.2 Rozsah pojetí kvality života

Otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna. Holandský psycholog J. Bergsma a G. L. Engel mapují tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině.

Makro-rovina nám ukazuje otázky kvality života velkých společenských celků – např. dané země, kontinentu. Život je chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr plně respektovat. Problematika kvality života je pak součástí politických úvah. (problematika boje s epidemiemi, hladomorem apod.).

V mezo-rovině jde podle Bergsmy a Engela o otázky kvality života v malých sociálních skupinách – např. ve škole, domově důchodců, nemocnici. Důležitý je zde respekt k morální hodnotě člověka, důraz je kladen na vzájemné vztahy mezi lidmi, v tomto případě se myslí např. lékařský či ošetrovatelský tým, uspokojování základních potřeb každého člena skupiny a sdílení hodnot.

Život jednotlivce spadá do osobní čili personální roviny, ať jím je pacient, lékař či kdokoliv jiný. Při stanovení kvality života nám jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, bolesti a naděje.

(Křivohlavý, 2002)

1.3 Zdraví a kvalita života

„Zdraví znamená různým lidem dosti odlišnou věc. Existuje totiž mnoho různých teorií zdraví a idejí, které se k tomuto pojmu vztahují.“

D. Seedhouse

V životě člověka mají důležitou roli touha, přání, plány a ideje. Člověk chce něčeho dosáhnout, něco dokončit. K tomu, aby dosáhl svého cíle, potřebuje být zdrav. Opačný stav – být nemocen, je pro daného člověka nežádoucí. Brání mu dosáhnout svých plánů, znemožňuje realizaci záměru.

David Seedhouse (1995, str.2), jeden z nejvýznamnějších teoretiků, kteří se kdy zabývali otázkami filozofie zdraví, o tom píše:

„Aby lidé mohli dělat to, co dělat chtějí (realizovat se), potřebují být zdraví. Zdraví je tedy podstatnou věcí pro naši spokojenost s naplněním našich životních tužeb...Zdraví je žádoucí.“

Zdraví je tak chápáno jako důležitý prostředek k dosažení cíle – i když tyto cíle mohou být velmi rozdílné.

(Křivohlavý, 2001)

1.4 Nemoc a kvalita života

„Nemoc nám připomíná zranitelnost našeho života. Upozorňuje nás, že vše nemusí být stále takové, jaké to je. Tento signál v nás vyvolává obavy a strach. My, kteří jsme si byli doposud tak sebejistí svým zdravím, se najednou cítíme ve svém bytí ohroženi.“

V. von Weitsäcker

Nemoc člověka patří k nejtěžším životním zátěžím, jak pro nemocného samotného, tak i pro jeho nejbližší příbuzné. Ze zdravého člověka se tedy stává pacient. Jeho další osud leží v rukou jeho, vlastních, a záleží na spoustě aspektů, kdy se rozhodne požádat o pomoc.

Příkladem může být model, který publikoval Zola (1973). Definuje model pěti momentů, které uvádějí v činnost chování při narušení zdraví:

1. míra znepokojení a poděšení příznakem který se u něho objevil
2. povaha a kvalita příznaku
3. míra ohrožení vzájemného vztahu daného člověka s druhými lidmi, zvláště s lidmi mu nejbližšími, tímto příznakem
4. do jaké míry překáží objevení zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti – dovolená, dokončení důležité práce
5. sociální sankce stojící v pozadí dané situace – propuštění z práce, apod.

Pak tedy existují dva druhy extrémů lidí:

- lidé, kteří přicházejí k lékaři příliš pozdě
- lidé, kteří přicházejí k lékaři, avšak jejich podezření na nemoc je nesprávné, nepravé až falešné (*Křivohlavý, 2002*)

1.5 Činitelé ovlivňující kvalitu života

1.5.1 Vnější činitelé ovlivňující kvalitu života

Středem naší pozornosti v době nemoci je pacient, vzhledem k tomuto pacientovi je tedy vnější vše, co se nachází mimo něho. Jsou to externí faktory, mezi které můžeme řadit nejen materiální prostředí, ale především sociálně definované prostředí – lidé kolem pacienta.

Může se jednat o vztah mezi dvěma přáteli. Léčebným společenstvím rozumíme dobrý přátelský vztah lékaře a pacienta, který je založen na vzájemné důvěře. Šťastný je ten pacient, který může prožít svou chorobu v takovémto vztahu terapeutické aliance.

Člověk sevřený úzkostí nejen bolesti, ale i myšlenek na to, co asi bude následovat, potřebuje přátelský vztah dvojnásobnou měrou. Potřebuje někoho, s nímž by mohl prožívat chvíle, kdy je nahoře, i chvíle, kdy je dole. Nemoc uzavírá pacienta do sociální izolace. Je-li ponechán jen sám sobě, svým myšlenkám a trápením, není mu vždy dobře.

Zdravotnický personál se snaží pacientovi v tomto směru pomoci. Úroveň této pomoci je kriticky důležitá pro zlepšení zdravotního stavu i pro kvalitu života pacienta. Důležitou součástí je navázání dobrého vztahu mezi lékařským a ošetrujícím personálem, kvalitní komunikace, v nezbytné řadě je to i odborná profesní stránka, vytvoření vzájemné důvěry a zapojení pacienta do programu léčby.

(Křivohlavý, 1989)

1.5.2 Vnitřní činitelé ovlivňující kvalitu života

Kvalita života pacienta je do určité míry ukazatelem toho, jak pacient zvládá svou obtížnou situaci. Kromě externích faktorů (viz kapitola 2.5.1) zde mají svou roli i interní faktory. Soubor těchto interních faktorů je možno rozdělit na dvě skupiny. Jedna skupina se týká momentálně působících faktorů. Druhá se vztahuje naopak k faktorům, které jsou poměrně trvalejšího rázu a působí dlouhodobě. Často jsou trvalou charakteristikou pacienta.

Momentálně působící faktory

Mezi tyto faktory počítáme fyzický stav pacienta a jeho změny. Kvalitu života určuje do značné míry to, jak významné byly pro něho skutečnosti, jež v důsledku nemoci byly omezeny. Na jedné straně to může být zdroj obav a strachů, na straně druhé jen otázka trpělivosti.

Na kvalitu života mají podstatný vliv schopnosti sebeobsluhy, při jídle, pohybu v prostoru apod. Ukazuje se, že čím je změna k horšímu častější, tím těžší vliv to má na kvalitu pacientova života.

(Křivohlavý, 1989)

Trvalá charakteristika pacienta

Kvalita života pacienta je též ovlivňována znaky jeho osobnosti, které mají dlouhodobý charakter. Jinak se k nemoci staví lidé lítostiví, jinak lidé z tvrdého dřeva. Důležitá je samotná odolnost, nezdolnost, zralost a síla pacientova jádra osobnosti.

(Křivohlavý, 1989)

Hierarchie hodnot pacienta

Pro kvalitu života pacienta má svou důležitost i žebříček jeho hodnot. Pacienti, kteří na nejvyšších příčkách hodnotového žebříčku mají hodnoty vnějšího vzhledu, jsou na tom v případě nemoci hůře než ti, pro které jsou na těchto předních místech hodnoty, jež se za peníze koupit nedají.

Psychický stav pacienta může být ovlivněn falešnými představami. Pacient může jít do boje s nemocí s představou, že v rukách lékaře je veškerá moc a síla, která ho vyléčí a uzdraví. Nedovede si představit, že existují hranice možností medicíny. Setká-li se s tímto faktem, působí to na něj mimořádně depresivně.

(Křivohlavý, 1989)

1.6 Metody měření kvality života

Metody měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba

Příkladem metody, která se pokouší vystihnout celkový stav pacienta, měří vážnost nemoci, je metoda nazvaná Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System, Knaus et al., 1985). Metoda je využívána často v oblasti Spojeného království Velké Británie, a to zvláště na jednotkách intenzivní péče. Závažnost onemocnění se zjišťuje ihned při příjmu a do 24 hodin po přijetí. Racionále této metody je odvozeno z předpokladu, že na vážnost onemocnění je možné usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Takto se měří odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí a výsledek se vyjadřuje číselně.

Dalším přístupem k měření kvality života bylo zavedení metody Symbolické vyjádření kvality života, které k vyjádření kvality života používalo soustavu křížků. V první řadě šlo o samoobslužnost pacienta, o jeho schopnost komunikace s obsluhujícím personálem a o jeho celkový psychický stav. Čím více křížků v rozmezí od jednoho do čtyř křížků, tím horší kvalita pacientova života.

(Křivohlavý, 2002)

Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba

Podstatou těchto metod je to, jak pacient sám hodnotí svůj stav. Je dobré zjišťovat nejprve priority dimenzí kvality života a teprve poté brát v úvahu při měření kvality života ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější. Interní pohled na kvalitu života znamená radikální změnu v měření kvality života. Do popředí vstupuje i tzv. analýza

subjektivního posuzování. Tento přístup je podkladem metody HRQoL – Health Related Quality of Life – Měření kvality života z hlediska zdraví.

Nový, interní přístup k problematice kvality života vychází z fenomenologického pojetí psychologie. Vlastní vnitřní svět člověka je prostor, z něhož je možné porozumět chování člověka. Člověk je v tomto ohledu chápán jako aktivní bytí hledající smysl své existence.

(Křivohlavý, 2002)

Metoda Repertory Grid – síť životních cílů byla použita k vystižení pojetí mentálních konstruktů (představ, přesvědčení, hodnot, záměrů, cílů atp.). Tuto metodu vytvořil Kelly (1995) a v devadesátých letech ji využili někteří psychologové zabývající se otázkami kvality života. Kelly zveřejnil svou představu o tom, jak jsou řízeny naše myšlenky a činy. Výchozím bodem jeho pojetí je domněnka, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem našich osobních představ, které máme o věcech, lidech a ideách. Ty máme podle Kellyho uspořádány hierarchicky. Chceme-li určitému člověku porozumět, je třeba porozumět tomu, jak vypadá jeho repertoár mentálních konstruktů a jak si daný člověk tento repertoár vytváří.

Palys a Little (1983) využili metody Repertoáry Grid ke zjišťování osobních cílů. Pokusné osoby měly uvést celkem deset pro ně nejzávažnějších životních cílů. Zároveň měly naznačit cesty, kterými se k realizaci osobních cílů snaží dojít. Těchto zkušeností bylo využito při navrhování dnes nejrozšířenější metody diagnostikování kvality života, tzv. SEIQoL. Koncepce metody SEIQoL bude podrobněji popsána v kapitole č. 3 – empirická část, kde je zároveň této metody využito.

(Křivohlavý, 2002)

Smíšené metody zjišťování kvality života

Příkladem může být pojetí metody MANSA.

MANSA – Manchester Short Assesment of Quality of Life (Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru). Jde o měření kvality života tím způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života.

V rámci metody MANSA jde o zjišťování spokojenosti s vlastním zdravotním stavem, sebezpojetím, sociálními vztahy, rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím, účastí na aktivitách volného času, zaměstnáním – prací (školou). Cílem autorů MANSA je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak ten se mu jeví v dané chvíli.

(Křivohlavý, 2002)

1.7 Kvalita života a diabetes mellitus

Průběh diabetu je ovlivňován psychosociálními faktory, protože se jedná o chronické, nevyléčitelné, progredující a často invalidizující onemocnění, které nemocného omezuje v řadě jeho aktivit a vyžaduje dodržování různých zásad a pravidel. Na druhé straně od nemocného očekáváme, že bude žít „normální“ život.

Psychosociální problémy vyplývající z diabetu mohou zároveň zhoršovat kompenzaci cukrovky, buď přímo hormonálními stresovými reakcemi nebo nepřímo narušením spolupráce nemocného s lékařem.

Obecně probíhá reakce pacienta na onemocnění v několika rovinách:

1. rovina psychická: jak pacient nemoc, léčbu a omezení z ní vyplývající prožívá, jakou má nemoc pro něho subjektivní důležitost
2. rovina behaviorální: chování a jednání nemocného
3. rovina sociální: role nemocného, jak ji nemocný přijímá a modifikuje s ohledem na očekávání zdravotnického personálu a své rodiny

Z psychosociálního hlediska rozlišujeme u diabetu tři fáze:

1. období sdělení diagnózy (asi rok po stanovení diagnózy)
2. období bez komplikací
3. období pozdních komplikací

Sdělení diagnózy je provázeno celou řadou psychických reakcí a lze je dále rozdělit do několika fází, které u onkologických nemocných popsala Kübler-Rossová:

- | | |
|------------------|-------------|
| - počáteční šok | - smlouvání |
| - popření | - deprese |
| - zlost a agrese | - přijetí |

Výše popsané fáze neprobíhají vždy striktně v uvedeném pořadí a ne každý nemocný dojde do fáze přijetí nemoci. Po celé období nemoci se u nemocného střídají období strachu, úzkosti a relativní pohody. Strach má konkrétní podobu, jíž se nemocný bojí, úzkost je bezpředmětná, neurčitá, zaměřená do budoucnosti.

Diagnóza diabetu přináší pacientovi řadu nových situací – častější návštěvy lékaře, změna způsobu života, nutnost edukace, strach z nebezpečných komplikací apod.

Zatímco u DM1T je nutné naučit se skloubit dietu, zátěž a inzulin tak, aby regulovaly glykemii, u pacientů s DM2T dochází k nutnosti změny životního stylu. Tito pacienti jsou mnohdy také obézní, takže se často musí vzdát návyků, jakými je dobré, ale nezdravé jídlo, zbavit se pohodlnosti, začít provádět fyzickou zátěž.

Řada studií ukazuje, že u diabetiků může být zvýšen počet stavů depresí, zejména u pacientů aplikujících si inzulin. Tyto potíže se mohou projevat nejrozličnějším způsobem (poruchy spánku, zvýšená únava, smutek, úzkost až sebevražedné myšlenky). Deprese mohou často vést k tomu, že pacient ztratí zájem o péči o vlastní diabetes, zájem o vlastní zdraví, zájem edukovat se.

Z dalších faktorů ovlivňující kvalitu života jsou sexuální problémy. Vedle hrozícího nebezpečí oslepnutí a amputací se diabetici nejvíce obávají právě poruch sexuálních funkcí. Mezi hlavní poruchy sexuálních funkcí u mužů patří erektilní impotence, retrográdní ejakulace a předčasná ejakulace. Ženy – diabetičky mají sexuálních poruch relativně méně než muži a diabetes většinou neovlivňuje ani jejich plodnost. Sexuální dysfunkce u žen se projevují jako poruchy menstruačního cyklu, dyspareunie, mykotické kolpitidy aj.

V moderních společnostech se sociální práva stávají záležitostí rostoucího významu.

V každodenním životě se musí diabetici vyrovnat s potížemi ve svém jednání se společností. V současné době se zákonodárci různých zemí zabývají problematikou, jako je zaměstnání, řidičský průkaz a pojištění tak, aby chránili diabetika, přičemž je nutno přihlídnout k místním zdravotnickým, sociálním a legislativním okolnostem.

(Bartoš, Pelikánová, 2000)

1.8 Cíle ošetrovatelského týmu pro zlepšení kvality života

Nepostradatelnost ošetrovatelského týmu v oblasti péče o pacienty s diabetes mellitus je bezpochyby součástí komplexní péče. Ošetrovatelský tým má být partnerem lékaře. Z toho pramení i kompetentnost v ošetrování pacientů. Ta je dána mnoha faktory, jednak vzděláním sestry, zkušenostmi a také vlastními schopnostmi. Sestra by se měla stát mezičlánkem mezi pacientem, který o svůj diabetes pečuje, a lékařem, jenž péči řídí. Ukazuje se, že telefonická komunikace se sestrou má pozitivní vliv na spokojenost pacienta.

Nedílnou součástí ošetrovatelského týmu je komplexní zaměření na diabetika jak po stránce samotné choroby, tak i po stránce zlepšení kvality života. V tomto směru se jedná o zlepšení metabolické kompenzace s důsledkem snížení prevalence akutních a pozdních komplikací a zpomalení jejich progresu, dále snížení dnů hospitalizace, invalidity a morbidit. V nezbytné řadě je důležitá compliance pacientů, která souvisí s důslednou informovaností ohledně nežádoucích účinků léčby.

(Rybka, 2006)

1.9 Studie zabývající se kvalitou života pacientů s diabetes mellitus 2. typu

Sledováním kvality života nemocných v souvislosti s typem diabetu, pozdními komplikacemi a pohlavím se zabývali T. Hrachovinová, E. Svitáková, L. Csémy, V. Fejfarová z centra diabetologie IKEM, katedry psychologie FF UK a psychiatrického centra v Praze. (viz empirická část – diskuse).

Anglický text (The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL) zabývající se kvalitou života a vytvořením dotazníkové metody měřící individuálně vnímaný vliv cukrovky na kvalitu života bude opět popsán v empirické části – diskuse.

„Báseň i život se nehodnotí podle délky, ale podle kvality.“

L.A. Seneca

2 Diabetes mellitus

2.1 Historie diabetes mellitus

První písemné doklady o diabetes mellitus jsou staré již 3500 let. Za první zmínku bývá označován Ebersův papyrus z období 1550 let př. n. l. O cukrovce se zde hovoří jako o „podivné nemoci“, při níž se maso a kosti ztrácejí do moče.

Hlavním představitelem středověké medicíny byl arabský vědec Avicenna. Je považován za prvního, kdo rozlišoval mezi diabetes mellitus a diabetes insipidus.

V moderní historii diabetu je důležitá postava francouzského fyziologa Claudie Bernarda, jehož originální a odvážné experimenty na zvířatech znamenaly vyvrácení mnoha dříve platných pouček. V roce 1857 popsal význam krevního cukru a to jeho skladování ve formě jaterního glykogenu.

V roce 1869 objevil Paul Langerhans ve slinivce břišní shluky specializovaných buněk, nazvaných podle něho později Langerhansovy ostrůvky. V této době nebyla ještě stále jasná jejich úloha. Na stopu přivedly vědce pokusy prováděné v roce 1889 Oskarem Minkowskim a Josefem von Mehringem. Po pankreatektomii psa zjistili kauzální vztah mezi pankreatem a diabetem. Později Edward Sharpey-Schafer přišel na to, že látka nezbytná pro metabolismus sacharidů vzniká právě v Langerhansových ostrůvcích, a nazval ji inzulin.

Uplynula dlouhá řada let, než se podařilo izolovat účinnou látku produkovanou Langerhansovými ostrůvky. V roce 1921 Frederick Banting a Charles Best získávají z pankreatu psa aktivní hormon snižující cukr. Rozhodli se vyzkoušet inzulin u čtrnáctiletého Leoparda Thompsona, který tehdy umíral v torontské nemocnici na diabetes. Po injekci zázračně klesala glykemie a během několika dnů mohl chlapec vstát z nemocničního lůžka a vrátit se domů, i když samozřejmě byl trvale závislý na inzulinu.

Celý svět tomuto úspěchu nadšeně aplaudoval a v roce 1923 byli jeho strůjci odměněni Nobelovou cenou.

Objev inzulinu se ukázal být jedním z největších v historii medicíny a zasloužil se o záchranu milionů lidských životů. Beznaděj byla vystřídána obrovskou nadějí. První aplikace inzulinu proběhla v roce 1923 u nás ve Všeobecné nemocnici na Karlově náměstí I. interní kliniky. Tehdy u lůžka pacienta stáli 3 muži: Jiří Sylaba, později zakladatel československé diabetologie, Josef Charvát, zakladatel československé endokrinologie, a budoucí slavný pediatr Josef Švejcár.

Druhá polovina 20. století je ve znamení dalších významných objevů v bádání o cukrovce a inzulinu. Koncem 30. let 20. století byla vyvinuta perorální antidiabetika, léky pro terapii diabetu 2. typu. Později byly nalezeny déle působící inzulíny, a dále obdoba lidského inzulinu, tzv. humánní inzulin. Pro diabetiky byly zavedeny jemné jehly ve stříkačkách na jedno použití, inzulinová pera a pumpy. Pro vlastní selfmonitoring byly vynalezeny glukometry pro možnost stanovit si hladinu vlastní glykemie.

Vzhledem k tomu, že diabetes mellitus je vnímán jako vážná sociálně zdravotní choroba s epidemickým výskytem, vznikla v roce 1989 St. Vincentská deklarace, která deklaruje potřebu sociálních, ekonomických, zdravotnických, politických a mediálních opatření ke snížení incidence jak vlastního diabetu, tak jeho komplikací.

Vývoj v oblasti výzkumu diabetes mellitus neustále pokračuje. Dnes jsme svědky výzkumné činnosti ve vztahu k diabetu po celém světě. Týká se zkoumáním základních příčin, přes prevenci a další možnosti léčby. Pořád však zbývá spousta otázek, jak může diabetik žít plnější, delší a normálnější život.

(Rybka, 2006)

2.2 Definice diabetes mellitus 2. typu

„Diabetes mellitus je doživotní, nevyléčitelná, avšak léčitelná choroba, je to chronické etiopatogeneticky heterogenní onemocnění, jehož společným rysem je hyperglykémie a které má různé klinické formy. Každá z nich má různou etiologii, klinickou prezentaci a průběh. Společná je komplexní porucha metabolické regulace. Nejvýraznější je porucha metabolismu glukózy, která je spojena s charakteristickými dlouhodobými vaskulárními a neurologickými komplikacemi. Ty jsou dnes hlavní příčinou morbidit a mortality.“

(Bureš, Horáček, 2003)

„Diabetes mellitus 2. typu je onemocnění, které je podmíněno nerovnováhou mezi sekrecí a účinkem inzulinu v metabolismu glukózy. Není jasné, která odchylka je primární, zda porucha sekrece inzulinu nebo inzulinová rezistence, jisté však je, že se vzájemně potencují a v době klinické manifestace jsou nutně přítomny obě abnormality.“

(Bartoš, Pelikánová, 2000)

2.3 Etiopatogeneze diabetes mellitus 2. typu

„Diabetes mellitus 2. typu (DM2T) je nejčastější metabolickou poruchou vyznačující se relativním nedostatkem inzulinu, který vede v organizmu k nedostatečnému použití glukózy. Na rozdíl od diabetu 1. typu se nejedná o zánik schopnosti B-buněk slinivky břišní

syntetizovat inzulín. Základní diagnostickou poruchou je nerovnováha mezi sekrecí a účinkem inzulínu v metabolismu glukózy.“

(Rybka, 2006)

Rizikové faktory:

- obezita
- dieta s vysokým obsahem tuků
- nedostatečná tělesná aktivita
- gestační diabetes
- stárnutí
- genetické predispozice
- kouření
- stres

(Bureš, Horáček, 2003)

2.3.1 Průběh diabetu

Manifestuje se v kterémkoliv věku, nejčastěji po dosažení 40 let. Příznaky většinou nejsou typické a záchyt je často náhodný. V době manifestace choroby nacházíme u nemocných maximálně vystupňovanou inzulínovou rezistenci a hyperinzulinismus nalačno s poruchou dynamiky sekrece inzulínu. Část nemocných má už v době záchytu jiné klinické projevy syndromu inzulínové rezistence a makroangiopatické komplikace (esenciální hypertenze 50 %, dyslipidemie 50 %, obezita 60–90 %, projevy aterosklerózy 30 %).

U některých nemocných jsou již přítomny specifické mikroangiopatické komplikace (nefropatie 5 %, neuropatie 15 %, retinopatie 15 %), které svědčí pro to, že onemocnění probíhalo dlouho před záchytem.

Nemocní nejsou životně závislí na podávání exogenního inzulínu. Nemají sklon ke ketoacidóze. Pro DM2T je typický familiární výskyt.

(Bartoš, Pelikánová, 2000)

2.3.2 Klinický obraz diabetického syndromu

Klinický obraz diabetického syndromu je pestrým souborem příznaků, které odrážejí:

- stupeň a trvání metabolické dekompenzace (hyperglykémie, ketoacidóza)
- přítomnost dlouhodobých mikro- a makroangiopatických komplikací
- chyby v léčbě (hypoglykémie)
- onemocnění, jehož je diabetes součástí (sekundární diabetes)

Klasické příznaky:

- žízeň a polydipsie
- polyurie, noční močení
- hubnutí při normální chuti k jídlu
- únavnost, malátnost
- přechodné poruchy zrakové ostrosti
- poruchy vědomí až kóma
- dech páchnoucí po acetonu

Další projevy:

- recidivující infekce urogenitálního ústrojí a kůže
- zvýšená kazivost chrupu, předčasná paradentóza
- stenokardie
- klaudikace
- trvalé poškození zraku při diabetické retinopatii
- noční bolesti a parestezie dolních končetin
- poruchy potence
- poruchy vyprazdňování žaludku, průjmy

2.4 Klasifikace diabetes mellitus 2. typu

Řada poznatků v etiopatogenezi diabetu vyústila v r. 1997 v návrh nové klasifikace a diagnostiky cukrovky, který podala Americká diabetologická asociace (ADA). Návrh byl přijat ve spojených státech (ADA), později i mezinárodní diabetologickou federací (IDF). (Příloha č.1)

Některé rozdíly proti starší klasifikaci WHO (World Health Organisation – Světové zdravotnické organizace) z roku 1985:

- je zaveden termín diabetes mellitus typu 1 a 2 (DM1T, DM2T) místo dříve používaných pojmů inzulindependentní diabetes mellitus (IDDM) a noninzulindependentní diabetes mellitus (NIDDM)
- nerozlišuje se již typ 2 diabetu s obezitou a bez obezity
- typy diabetu MODY (z angl. Maturity Onset Diabetes of Young) – noninzulindependentní DM mladých lidí (časný začátek před 25. rokem)

a autozomální typ dědičnosti je v této klasifikaci řazen ke specifickým typům diabetu s prokázaným genetickým defektem B – buňky

- latentní autoimunitní diabetes dospělých LADA (podle angl. Latent Autoimmunity diabetes in Adults) je logicky řazen k DM1T
- zavádí se nový pojem hraniční poruchy glukózové homeostázy (HPGH) pro stavy představující zvýšené riziko pro vznik DM a kardiovaskulárních (KV) onemocnění:
 - a) zvýšená glykemie nalačno (IFG) (z angl. Impaired Fasting Glucose)
 - b) porucha glukózové tolerance tak, jak ji můžeme rozpoznat při hodnocení orálního glukózového tolerančního testu – oGTT (Příloha č. 3)

(Rybka, 2006)

Rovněž u diabetu 2. typu DM2T, který je charakterizován inzulínovou rezistencí a relativním deficitem inzulínu, je vyčleněn zvláštní typ dědičného diabetes mellitus MODY, pro který jsou typické následující znaky:

- časná manifestace DM
- vysoká rodinná zátěž
- malé riziko diabetických komplikací

2.5 Diagnostika diabetes mellitus 2. typu

Podle současných standardů péče o diabetes mellitus České diabetologické společnosti (ČDS) je při podezření na diabetes mellitus třeba potvrdit diagnózu na onemocnění (i při nálezů zvýšené náhodné glykemie v plné kapilární krvi) – nad 7,0 mmol/l standardním postupem.

O diagnóze diabetu svědčí:

- přítomnost klinické symptomatologie provázené náhodnou glykemií vyšší než 11,1 mmol/l)
- při nepřítomnosti klinických projevů a nálezů koncentrace glukózy v žilní plazmě nalačno vyšší než 7,0 mmol/l (v plné kapilární krvi nad 6,1 mmol/l po osmihodinovém lačnění, DM2T ověřit alespoň dvakrát)
- nález glykemie za dvě hodiny při oGTT vyšší nebo rovné 11,1 mmol/l v kapilární krvi nebo v žilní plazmě (u DM2T, pokud glykemie nalačno byla pod 7,0 mmol/l), tzv. hraniční glykemie nalačno 5,6 mmol/l až 6,9 mmol/l.

Podle doporučení WHO, která byla prakticky přijata všemi státy EU, se diabetes diagnostikuje splněním podmínek některé ze tří možných diagnostických konstelací. (Příloha č. 2)

K potvrzení diagnózy diabetes mellitus se používá orální glukózový test – oGTT, a to v případě, že diagnóza není jednoznačně potvrzena nálezem FPG vyšším než 7,0 mmol/l.

Při nálezu porušené glukózové tolerance (PGT) se oGTT opakuje ve dvouletých intervalech.

oGTT se dále používá v těhotenství u skupin se zvýšeným rizikem vzniku diabetu. V tomto případě se test provádí ve 24.–28. týdnu gravidity. Zátěžovou dávkou oGTT je ekvivalent 75 g glukózy rozpuštěné ve vodě. (Příloha č. 3)

Rozhodovací limit pro oGTT pro diagnózu diabetu je definován jako:

- hodnota plazmatické glukózy v žilní krvi ve druhé hodině po zátěži $\geq 11,1$ mmol/l.
- k vyslovení diagnózy musí být překročení tohoto rozhodovacího limitu potvrzeno opakovaně

(Rybka, 2006)

Hodnocení oGTT: (Příloha č. 3)

U každého nově zjištěného diabetika získá ošetřující lékař anamnestická data, provede fyzikální a pomocná laboratorní vyšetření a stanoví léčebný plán.

1. Anamnéza:

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| - symptomy nemoci | - terapie jiných nemoc- |
| - rizikové faktory atero- | nění ve vztahu ke |
| sklerózy (kouření, hy- | komplikacím diabetu |
| pertenze, obezita, hyper- | (oči, srdce, cévy, |
| lipoproteinémie, včetně | ledviny, nervový sys- |
| - rodinné anamnézy) | tém) |
| - dietní návyky, stav | - frekvence, závažnost a |
| výživy | příčina akutních kompli- |
| - fyzická aktivita | kací |
| - podrobnosti v dosavadní | - psychosociální a ekono- |
| terapii (s ohledem na | mické faktory ovliv- |
| možné ovlivnění gly- | ňující léčbu |
| kémie) | |

- rodinná anamnéza diabetu a dalších endokrinních onemocnění
- gestační anamnéza (hmotnost dětí, narození mrtvého dítěte aj.)
- choroby, u nichž může být diabetes sekundárním onemocněním

2. Fyzikální vyšetření:

- výška, hmotnost, hmotnostní index BMI (podíl hmotnosti v kg a druhé mocniny výšky v metrech)
- krevní tlak
- vyšetření srdce, posouzení tepu (EKG vyšetření)
- vyšetření kůže
- vyšetření štítné žlázy,
- vyšetření tepen krčních a též dolních končetin
- oftalmologické vyšetření (oční pozadí)
- neurologické vyšetření (individuálně)

3. Laboratorní vyšetření:

- glykémie nalačno a postprandiálně
- lipidy (celkový cholesterol, HDL a LDL cholesterol, triacylglyceroly)
- močovina, kreatinin, kyselina močová v séru, ALT, AST, ALP a GMT, celková bílkovina
- glykovaný hemoglobin (HbA1c)
- v moči: cukr, bílkovina, ketony semikvantitativně, močový sediment, bakteriologické vyšetření (individuálně)

Od stanovení diagnózy diabetu je vhodná konziliární spolupráce praktického lékaře s diabetologem. V případě, že se vyskytnou pochybnosti o typu diabetu a o volbě správné terapie (zejména inzulinu), doporučuje se ponechat vedení na diabetologovi. V diferenciální diagnostice je zapotřebí vyloučit případně jiná onemocnění, která mohou být provázána diabetem. (*Česká diabetologická společnost, 2007*)

2.6 Výskyt diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus 2. typu se vyskytuje v různé četnosti u všech ras a národů. V průměru tvoří 85 až 90 % ze všech diabetiků. Údaje ovšem závisí na diagnostické záchytnosti a na středním věku obyvatelstva, který je v civilizovaných zemích podstatně vyšší.

Na rozdíl od diabetiků 1. typu má incidence (údaje o vzniku nových případů onemocnění v jednotce času, většinou za rok) svůj vrchol u mužů mezi 45 až 65 lety a u žen mezi 50 až 55 lety.

Nejnižší prevalence (údaje o celkovém počtu nemocných se sledovanou chorobou v určité oblasti) je u Eskymáků, nejvyšší u Indiánů kmene Pima v Arizoně. V Evropě je nízká prevalence ve skandinávských zemích, relativně vysoká v jižní Evropě. Nesporný vliv mají určitě civilizační faktory a způsob výživy, v neposlední řadě se rovněž uplatňují i hereditární faktory.

2.7 Screening diabetes mellitus

Pravidelný screening u asymptomatických osob je indikován v následujících případech:

- 1krát za 2 roky mají být vyšetřeny všechny osoby ve věku nad 45 let
- 1krát za rok nezávisle na věku mají být vyšetřeni jedinci s následujícími riziky:
 - nadváha a obezita (body mass index nad 27 kg/m²)
 - výskyt diabetu u příbuzných 1. stupně (rodiče, sourozenci, děti)
 - porod plodu nad 4,5 kg či výskyt gestačního diabetes mellitus v době gravidity
 - hypertenze (> 140/90)
 - dyslipoproteinemie (TG nad 2,8 mmol/l či HDL cholesterol pod 0,9 mmol/l)
 - přítomnost hraniční poruchy glukózové homeostázy při předchozím testování

(Bartoš, Pelikánová, 2000)

2.8 Komplikace diabetes mellitus

Komplikace diabetu můžeme rozdělit na akutní a chronické komplikace. Akutní komplikace mohou bezprostředně ohrozit život pacienta, chronické se vyvíjejí desítky let.

2.8.1 Akutní komplikace

1. Hypoglykemie
2. Diabetická ketoacidóza
3. Hyperglykemický osmolární syndrom
4. Laktátová acidóza

(Příloha č. 4)

2.8.2 Chronické komplikace diabetes mellitus

Mezi chronické komplikace diabetu můžeme zařadit ireverzibilní změny cévní stěny a pojiva. Jde o mikroangiopatie a makroangiopatie

Do chronických mikroangiopatie patří:

1. diabetická nefropatie
2. retinopatie
3. neuropatie

– neboli tzv. **diabetická triopatie**. Postižení je nezávislé na typu diabetu. Počínající stadia už někdy nacházíme u osob s poruchou tolerance glukózy či hraniční glykemií nalačno.

K makroangiopatiím řadíme ischemickou chorobu srdeční, cerebrovaskulární příhody a ischemickou chorobu dolních končetin. (Příloha č. 5)

(Bureš, Horáček, 2003)

2.8.3 Ostatní komplikace

Mezi ostatní komplikace diabetu řadíme kožní komplikace. Jsou to jednak hnisavá onemocnění kůže, která se projeví místním zarudnutím, bolestivostí, zduřením, a dále plísňová onemocnění. Ta postihují zejména kožní záhyby pod prsy, podpažní jamky, krajiny třísele, někdy i kožní řasy na břicho. Kůže je červená, bolestivá. Dále mohou být napadeny meziprstní prostory, nehty se třepí a mají bělavé zbarvení. Prevencí je správná hygiena kůže.

Diabetes sám vede k oslabení odolnosti vůči infekčním nemocem. K nim řadíme plicní infekce, infekce močových cest, sklon ke kožním infekcím ať již bakteriálním, či plísňovým.

2.9 Terapie diabetes mellitus 2. typu

2.9.1 Strategie léčby a možnosti

Léčba je v současné době v rukou multidisciplinárního týmu. Je důležité myslet na efektivní léčbu se stanovením cílů a rozumné doby jejich dosažení. Komplexní terapie metabolických odchylek a rizikových faktorů u diabetika vede k redukci tkáňových komplikací, prodloužení a zlepšení kvality života nemocného diabetem, přičemž maximum péče o diabetika spočívá na ambulantní složce. Podstatným faktorem při léčení je sám nemocný.

(Rybka, 2006)

Léčebné možnosti:

- nefarmakologická strategie: změna životního stylu související s dodržováním diety, zvýšením fyzické aktivity, nezbytnou součástí je edukace a vlastní selfmonitoring (viz kapitola
- farmakologická strategie: spočívá v podávání perorálních antidiabetik (PAD), aplikace inzulinoterapie či kombinovaná terapie PAD a inzulin

Úkol léčebných strategií:

- glykemická kontrola
- synchronizace farmakoterapie
- přiměřená hmotnost
- kontrola krevního tlaku
- terapie dyslipoproteinemie

Součástí terapie diabetu jsou v neposlední řadě i výživová opatření u celé řady přidružených chorob (nefropatie, hypertenze, dyslipidemie aj.)

Cíle léčby diabetu:

- glykémie v žilní plazmě nalačno ($\leq 6,0$), hodnoty glykémie v plné kapilární krvi nalačno (4,0–6,0), postprandiálně (5,0–7,5) mmol/l
- nepřítomnost závažnějších příznaků hypoglykemie nebo hyperglykemie
- normální hodnota glykovaného hemoglobinu HbA_{1c}, což je dlouhodobý ukazatel kompenzace diabetu $< 4,5$ %
- nepřítomnost acetonu a většího množství cukru v moči

- udržování přiměřené tělesné hmotnosti (BMI < 27)
- přiměřená denní dávka inzulínu (ideální do 40 jednotek za den, dávka nad 60–70 jednotek za den by měla být signálem k úpravě léčebného režimu)
- normální hladiny krevních tuků (celkový cholesterol – uspokojivá hodnota < 4,5, HDL cholesterol >1,1, LDL cholesterol < 2,5, triacylglyceroly < 1,7 mmol/l)
- udržovat normální nebo doporučovanou hodnotu krevního tlaku ($\leq 130/80$ mmHg)
- negativní bílkovina v moči (pozitivní mikroalbuminurie signalizuje již poškození ledvin, normoalbuminurie ze vzorku nočního sběru moči je pod 20 mikrogramů za minutu)

(Rybka, 2006)

2.9.1.1 Nefamakologická léčba

Diabetická dieta

Léčebný a preventivní charakter diabetické diety

- a) charakter léčebný: je důležitý pro udržení látkové přeměny a normálních hladin glykémie
- b) charakter preventivní: účelem je zabránit či oddálit vznik diabetických komplikací

Dieta patří neodmyslitelně k základním léčebným opatřením cukrovky. Jedná se o výživová doporučení, která byla přijata Českou diabetologickou společností a shodují se s pravidly racionální výživy.

Diabetik má mít dietu, která je s nízkým obsahem tuků, s nízkým obsahem cukrů a s nízkým obsahem solí. Základ tvoří výživová pyramida. (viz Příloha č. 6)

Bílkoviny tvoří 10–20 % celkové energie, jsou obsaženy zejména v mase a jejich se přívod se omezuje především při poruchách ledvin.

Sacharidy tvoří 50–60 % z celkové energie, monosacharidy se vstřebávají velmi rychle, naopak polysacharidy se rozkládají v těle pomaleji, tím i roste pomaleji hladina glykémie, vyskytují se v rostlinné stravě.

Diabetická dieta se dělí do čtyř typů podle omezení sacharidů, a to na:

- dietu se 175 g sacharidů denně
- dietu s 225 g sacharidů denně

- dietu s 275 g sacharidů denně
- dietu s 325 g sacharidů denně

(Anděl, 1996)

Pojem chlebová jednotka, výměnná jednotka

Tyto pojmy byly zavedeny proto, aby se mohl porovnat obsah cukrů v jednotlivých potravinách. Původní koncepce chlebové jednotky je německá (Broteneinheit, zkratkou BE, můžeme ji vidět na některých německých či rakouských obalech potravin). 1BE, tedy chlebová jednotka, odpovídá 12 g sacharidů.

(Anděl, 1996)

Množství a rozložení výměnných jednotek na jednotlivá jídla by mělo odpovídat doporučením o diabetické dietě, v závislosti však na fyzické aktivitě a energetickém výdeji.

Tuky tvoří 30 % celkové energie a vliv na glykémii nemají. Ve stravě je nutno počítat hlavně s jejich energetickou hodnotou. K redukci výskytu aterosklerózy je třeba nahrazovat tuky živočišné rostlinnými, kde najdeme i tělu prospěšné cis-monoenové mastné kyseliny např. v olivovém oleji, polyenové mastné kyseliny (omega-6 v sojovém a slunečnicovém oleji).

Součástí složky potravy pro diabetika by měla být i vláknina, která se neštěpí ve střevě. Po požití vlákniny se vytváří pocit nasycení, neovlivňuje glykémii a má minimální energetický obsah. Pozitivně působí na vyprazdňování střeva a lze ji najít v ovoci, zelenině, luštěninách a celozrnných pečárenských výrobcích.

Voda, minerály a vitamíny jsou nezbytnou součástí doplňků stravy.

Diabetické výrobky představují v současné době reklamní trháč na pultech prodejen. Mýtus, že výrobky označené jako „DIA“ či „light“ léčí diabetes, je dávno překonaný. Vhodné jsou pro diabetiky jedině nápoje „light“ slazené umělými sladidly. Výrobky s označením „DIA“ obsahují většinou stejné množství energie jako potraviny pro nediabeticky, navíc kromě toho obsahují častěji vyšší obsah tuků, zvláště saturevaného, než nediabetické výrobky.

Každý diabetik by měl znát, kde najít hodnotu glykemického indexu potravin. Potraviny mohou být děleny podle toho, jakou mají schopnost zvyšovat glykémii. Čím větší číslo, tím rychleji poroste glykémie. Vhodné je do jídelníčku zařadit potraviny s GI (glykemický index) 30–70. Jedná se zejména o chléb žitný, žitné vločky, těstoviny, špagety, mrkev, hruška, víno aj. V popředí dále stojí preference potravin s obsahem polysacharidů, vlákniny, luštěniny, bílé rybí maso a netučné maso aj.

(Rybka, 2006)

Vliv fyzické aktivity na léčbu diabetes mellitus 2. typu

Program pravidelné fyzické aktivity přizpůsobený přítomným komplikacím je doporučován všem diabetikům. Pravidelný tělesný pohyb snižuje hladiny krevního cukru a zlepšuje citlivost buněk tělesných tkání na inzulín, a to jak na inzulín produkovaný B-buňkami pankreatu u diabetiků 2. typu, tak i na inzulín aplikovaný do podkoží u diabetiků 1. typu. Cvičením dochází k zvětšování svalů a zároveň k snižování tělesného tuku. Zeštíhlení dodává i sebevědomí. Před zahájením sportovní aktivity či pravidelného pohybu, je velmi vhodné se poradit s lékařem. Je nutné rozebrat typ sportovní či pohybové zátěže a upozornit na omezení, která z některých komplikací vyplývají.

(Anděl, 1996)

Rizika, o kterých by měl být pacient poučen během akutní zátěže:

- hyperglykemie – toto riziko hrozí při nedostatečné hladině inzulínu, dochází ke zvýšené produkci glukózy v játrech a na druhé straně k neschopnosti využít glukózu svalovou buňkou, stoupají ketolátky při zvýšené koncentraci mastných kyselin
- hypoglykemie – riziko hrozí při příliš vysoké hladině inzulínu, pohybová aktivita zvyšuje účinnost inzulínu a zvýšený přestup glukózy do buněk, tento stav může nastat i po skončení cvičení, kdy vliv pohybové aktivity na účinnost inzulínu přetrvává a je vyšší potřeba glukózy k obnovení zásobního glykogenu ve svalech

Pro pacienty s DM2T je pravidelná fyzická aktivita důležitou složkou terapie. Je účinným partnerem diety, zlepšuje kardiovaskulární funkce, zvyšuje zdatnost, schopnost fyzické práce a zlepšuje pocit pohody a kvalitu života. Fyzická aktivita by měla začít mírnou a postupně se zvětšující zátěží, 4 dny v týdnu nebo každý den. Cvičení by nemělo vést k nedostatku dechu. Intenzita cvičení by měla být limitována systolickým krevním tlakem (TK pod 180 mmHg).

2.9.1.2 Farmakologická léčba

Perorální antidiabetika – PAD

Rozdělení antidiabetik podle účinku:

1. sulfonylurey (glimepirid, glipizid) stimulují sekreci inzulínu, mezi nežádoucí účinky patří zejména riziko hypoglykemie, vzestup hmotnosti.
2. meglitinidy (repaglinid, nateglinid) stimulují sekreci inzulínu způsobem v závislosti na glukóze

3. biguanidy (metformin) potlačují nadměrnou produkci hepatické glukózy a mohou zlepšovat inzulinovou senzitivitu v cílových tkáních (svalové, tukové), léky ovlivňující inzulinovou rezistenci, kde je typická obezita, dyslipidemie, hypertenze, účinek Metforminu má příznivý vliv na redukci hmotnosti
4. thiazolidindiony (pioglitazon) jsou inzulinové senzitiéry, zlepšují absorpci glukózy v inzulinsenzitivních cílových tkáních a potlačují produkci hepatické glukózy
5. inhibitory allfaglukosidázy (akarbóza, miglitol) inhibují enzymy alfaglukosidázy v tenkém střevě, jež mají za úkol štěpit sacharidy na jednoduché cukry, což vede ke zpoždění absorpce glukózy, z nežádoucích účinků se mohou objevit dyspeptické obtíže s kvasnými procesy

Vždy je otázkou, jakou strategii léčby zvolit, když monoterapie nestačí k léčbě. Možností je kombinovat perorální antidiabetika, jež mají různé mechanismy účinku, přejít na inzulin, nebo zvolit kombinaci inzulinu a PAD. Kombinovaná léčba PAD představuje komplexnější nápravu diabetické poruchy a má výraznější hypoglykemizující účinek. (Rybka, 2006)

Inzulinoterapie

Obecné kategorie časového průběhu účinku inzulinu:

Původní inzulin, objevený Bantingem a Bestem, působil jen krátkodobě, 4–6 hodin. Teprve po druhé světové válce byly vyvinuty inzulinové preparáty, které díky menší rozpustnosti inzulinových krystalů vyplavovaly inzulin z místa podkožní injekce značně pomaleji, a mohly tedy působit déle, 8–36 hodin.

Dlouhodobě působící inzuliny napodobují bazální uvolňování, krátkodobě působící inzuliny pak stimulované uvolňování inzulinu. Středně dlouho působící inzuliny se používají buď tak, že jejich dvě denní injekce dávají dohromady napodobení bazálního uvolňování inzulinu, nebo se používají pro injekci ve 22 hodin večer, kdy pomohou překlenout noc.

(Anděl, 1996)

1. krátce působící (krátkodobý) – známý také jako rozpustný inzulin, účinek nastupuje za 15–30 minut po subkutánním podání, vrcholí za 1–3 hodiny a trvá obvykle 4–6 hodin, jsou určeny k nitrožilní, subkutánní, intramuskulární a intraperitoneální aplikaci. (Insulin HM R)
2. intermediární – včetně NPH inzulinu (inzuliny s prodlouženým účinkem – Neutral Protamine Hagedorn – NPH, známý také jako isophane inzulin) a inzulin lente

- a) s kratší dobou účinku: začátek působení je za 1–2,5 hodiny, maximální účinek nastupuje za 3–8 hodin, doba působení je 8–12 hodin (Insulin-Mono D)
 - b) s delší dobou účinku: začátek působení je za 1–2,5 hodiny, maximální účinek za 4–12 hodin, doba působení je 2–16 hodin, max. 20 hodin (Humulon N).
3. dlouhopůsobící (dlouhodobý) – ultralente a inzulínové analogy glargin a detemir, začátek působení za 2–3 hodiny, maximální účinek za 10–18 hodin, doba působení je 24–36 hodin (Ultratard HM). (Příloha č. 7)

Inzulínová analoga

Inzulínová analoga napodobují prandiální sekreci inzulínu lépe než běžné humánní inzulíny. Koncentrace analoga inzulínu v plazmě je bližší sekreci endogenního inzulínu. Analoga redukují incidenci hypoglykemie a nemocný jej může aplikovat těsně před jídlem, při jídle, resp. i po jídle. (Humalog, Lantus)

Kombinované směsi inzulínu

Jde o směs krátce účinkujícího a isophane (NPH) inzulínu v poměru 10 : 90, 20 : 80, 30 : 70, 40 : 60 a 50 : 50. Všechny dostupné preparáty jsou lidské. (Mixtard, Insulin-HM mix 30 aj.)

Skladování inzulínu

- lednice (teplota 2–8 °C)
- inzulín v inzulínové dávkovači nedáváme do lednice
- při pokojové teplotě do 25 °C nesmí zůstat inzulín uložený déle než 6 týdnů
- náplň v dávkovači nemá být déle než 28 dní

Technika aplikace inzulínu

a) injekční stříkačkou:

- místo vpichu: podkoží břicha, paží, stehen, hýždí
- nejrychleji se vstřebává inzulín z oblasti břicha, pomaleji z ramen, pak ze stehen, a nakonec z hýždíové krajiny
- oblast aplikace , která byla zatěžována, by neměla být využívána pro aplikaci
- prostřídat místa vpichu ve směru hodinových ručiček, prevence lipodystrofie

- dezinfekce místa vpichu

b)inzulinová pumpa – CSII (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion)

Inzulinovou pumpou trvale podáváme tzv. mikrodávky inzulínu podle algoritmu, jímž napodobujeme bazální a prandiální sekreci. Inzulin je aplikován kanylou zavedenou většinou do podkoží břicha. (Příloha č. 8)

Intenzifikované inzulinové režimy patří k léčbě u pacientů s DM1T od začátku onemocnění. Indikace konkrétního intenzifikovaného inzulinového režimu je individuální a závislá na spoustě faktorů. Mezi ně řadíme pracovní zátěž, častější příjem potravy v menších porcích, dominující hyperglykemie před obědem, dominující hyperglykemie před večeří atd.

Inzulinový program není neměnný a je nutno ho upravit podle aktuálně zvýšených nebo snížených glykemií jako důsledek zvláštní situace, společenských událostí, dietní chyby aj. Výhody intenzifikovaného inzulinového režimu spočívají zejména v lepší farmakokinetice inzulínu. Používá se jen krátce a rychle působící inzulin, přičemž veškerý příjem jídla se vykrývá bolusy inzulínu. Výsledkem tohoto režimu je menší riziko noční hypoglykemie, lepší glykemická kontrola, zlepšení flexibility životního stylu a kvality života.

Při převodu na CSII vycházíme z předchozí celkové dávky inzulínu, podle níž volíme bazální a prandiální (bolusové) dávky inzulínu.

Bazální dávka tvoří asi 40–60 % celkové denní dávky, je individuální a odpovídá asi 1 IU/hod, v nočních hodinách bývá nižší. Velikost dávek doladíme na základě glykemického profilu.

Nejčastěji volíme dva bazální rytmy:

- 04–22 hod. ... 1,0–1,8 IU/h (nejčastěji 1,2 IU/h)
- 22–04 hod. ... 0,6–0,9 IU/h (nejčastěji 0,7 IU/h)

Bolusové dávky tvoří 40–60 % celkové denní dávky slouží ke krytí potřeby inzulínu při příjmu sacharidů a mohou být použity ke korekci akutní hyperglykemie.

(Bartoš, Pelikánová, 2000)

c) inzulinové pero: (Příloha č.9)

- pohodlná aplikace
- spolehlivá, přesná, účinná pomůcka
- pera aplikují inzulin po 1 jednotce
- náplně se vkládají do pera po rozšroubování, na náplň se nasadí jehla různé délky

- děti: oblast břicha, stehna, vytvoříme podkožní řasu, úhel aplikace 45 stupňů
- obézní dospělý pacient: vytvoříme kožní řasu, vpich je kolmý
- dezinfekce místa vpichu je vhodná, řada pacientů od ní postupně upouští
- po vpichu má zůstat jehla v podkoží 6 až 10 sekund po aplikaci inzulínu

2.9.2 Selfmonitoring

Selfmonitoring znamená proces měření a monitorování vlastní glykemie nebo ketolátek v krvi, odpadu cukru a ketolátek v moči. Umožňuje pacientovi, aby se samostatně rozhodoval a orientoval ve svém onemocnění a aby mohl dosáhnout léčebných cílů.

Způsoby selfmonitoringu: (Příloha č. 10)

- vyšetření glykemie: testovací proužky, měřicí přístroj glukometr
- vyšetření cukru v moči (glykosurie) : pomocí testovacích proužků Diaphan
- vyšetření ketolátek v moči: testovací proužky vkládající se do moči
- měření ketolátek v krvi: pouze při akutních onemocněních nebo stresu a při glykemii nad 16,7 mmol/l (dle doporučení Americké diabetologické asociace), provádí se speciálními proužky a glukometry
- vyšetření glykovaného hemoglobinu: toto vyšetření se již provádí v ambulanci diabetologické, informuje nás o stupni kompenzace diabetu a o přítomnosti hyperglykémie v dlouhém časovém období
- k vlastnímu selfmonitoringu je vhodné také pravidelné měření krevního tlaku a sledování hmotnosti (*Anděl, 1996*)

2.9.3 Edukace diabetika

Pod termínem edukace diabetika si můžeme představit výchovu a vzdělávání k samostatnému zvládnutí diabetu. Jedná se o celoživotní proces. Nemocný se má naučit přebrat větší zodpovědnost za své zdraví a snažit se navázat spolupráci se zdravotnickým týmem. Zvládnutí diabetu spočívá z velké části na pacientovi samotném, proto mu musí být poskytnut dostatek základních informací a praktických dovedností. Jedná se především o samostatnou kontrolu diabetu (používání glukometru, vedení vlastních záznamů), dietní léčbu diabetu (individuální přístup, základní živiny – obsah sacharidů v dietě), inzulín (druhy, uložení, místa vpichu, frekvence aplikace, nácvik aplikace), akutní komplikace

(hypoglykemie, hyperglykemie) či pozdní komplikace (prevence a léčba diabetické nohy). Základem je opakování a aktualizace základních informací o diabetu. (Příloha č. 11)

Edukační programy mohou být vedeny formou besedy, diskuzí se sdělováním vlastních zkušeností, praktickými ukázkami samotným pacientem. Vždy je dobré mít k dispozici dostatek edukačních materiálů a názorných praktických pomůcek.

Edukační proces je možné rozdělit na následující etapy.

- při zjištění diabetu nebo pokud diabetik nebyl dosud poučen, provádíme základní počáteční edukaci
- po několika týdnech či měsících je nezbytné, aby diabetik prošel komplexní specializovanou edukací
- reedukace cílená: celoživotní získání znalostí a dovedností

Celou řadu cenných informací ohledně diabetu mohou pacienti nalézt v časopisech, klubech nebo na internetových stránkách zabývajících se otázkami diabetu. Zde uvádím několik příkladů: (www.diadesatero.cz, www.dianella.cz, www.daibetacek.cz, www.diazivot.cz, časopisy Diastyl, Diaživot, Diaklub)

Při každé edukaci by měl pacient obdržet stručné písemné doporučení a souhrn. Není jednoduché určit způsob nejlepší edukace. Poučený – informovaný diabetik s dobrými znalostmi a vědomostmi o své chorobě hraje aktivní a pozitivní úlohu v péči o své zdraví.

(Rybka, 2006)

V souvislosti s komplexní edukací je třeba pacienty s diabetes mellitus upozornit i na některé mýty vztahující se k této chorobě a často se objevující právě v jejich řadách.

Mýty o diabetes mellitus

Mýtus 1: Diabetes je nemoc tlouštíků.

Mýtus 2: Diabetik si vždy musí píchat inzulín.

Mýtus 3: Diabetik už nikdy nesmí jíst sladké a musí dodržovat přísnou dietu.

Mýtus 4: Diabetik je chudák, téměř invalida!!!!

Mýtus 5: Cukrovka 2. typu je cukrovka stařecká.

Mýtus 6: Ovoce je zdravé, můžu ho jíst, kolik chci.

Mýtus 7: Diabetik musí jíst pořád, hlavně musí mít druhou večeři.

Mýtus 8: Nemám rád sladké, nemůžu mít cukrovku.

Mýtus 9: Jako cukrovkář můžu jíst normálně, stačí, když vynechám sladkosti

(<http://www.diadesatero.cz/myty.asp> [online]. 2006- [cit. 2009-03-18])

2.9.4 Průběžná standardní péče o diabetiky

Při každé kontrole diabetika má být:

- a) posouzena kompenzace diabetu,
- b) zváženo dosažení stanovených terapeutických cílů,
- c) revidována dietní a medikamentózní opatření
- d) prováděna individuální edukace.

Frekvence návštěv je závislá na dosažené metabolické kompenzaci, změnách terapeutického režimu, přítomnosti komplikací a celkovém zdravotním stavu.

Pacienti začínající léčbu dietou a perorálními antidiabetiky mohou potřebovat kontroly jednou týdně až do doby, kdy se dosáhne uspokojivé kompenzace. Pacienti počínající aplikovat inzulin nebo ti, u nichž byla provedena významná terapeutická změna, mohou potřebovat lékařské vyšetření případně i denně.

Další kontroly u stabilizovaných nemocných léčených inzulinem mají být jednou za 2–3 měsíce, u pacientů na perorálních antidiabeticích a dietě za 3–6 měsíců, nejméně jednou za půl roku. (*Česká diabetologická společnost, 2007*)

Lázeňská péče

V České republice má lázeňská léčba dobrou tradici. Lázeňské pobyty navrhuje ošetřující lékař a schvaluje revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny. Tato léčba je určena dospělým i dětem, ale především těm pacientům, u kterých se dá předpokládat aktivní spolupráce. Nárok na tento pobyt je možné využít do 6 měsíců od zjištění diabetu.

V příjemném, klidném prostředí je pacient nenásilně veden k dodržování zásad zdravého životního stylu, upevňuje si stravovací návyky, více se pohybuje a pravidelným cvičením se mnohdy zbavuje nadváhy. V neposlední řadě zde také dominuje prvek vzájemné komunikace pacientů se stejnými problémy, vyměňují si zkušenosti a vzájemně se podporují v dodržování léčebného režimu.

Lázeňský pobyt pro diabetiky se soustřeďuje do léčeben v Poděbradech, Karlových Varech či Luhačovicích a je čtrnáctidenní.

(Rybka, 2006)

Organizace péče o pacienty s diabetes mellitus

V posledních letech jsme svědky zájmu lékařských odborníků, specializovaných klinických týmů, státních i nestátních organizací sdružujících diabetiky.

Jako autoritativní celosvětová organizace – Světová zdravotnická organizace – SZO (World Health Organisation – WHO) úzce spolupracuje s Mezinárodní diabetologickou federací – International Diabetes Federation (IDF).

Odborným garantem péče o diabetiky v naší republice je Česká diabetologická společnost (ČDS), která sdružuje vysokoškolsky vzdělané odborníky podílející se na péči o diabetiky a má též samostatnou sekci diabetologických sester.

Na péči o diabetiky se přirozeně podílejí dobrovolné organizace jako je např. Svaz diabetiků ČR.

Péče o nemocné s diabetem je trvalá a různými léčebnými intervencemi lze výsledky zlepšit. Cílem komplexní péče je umožnit nemocnému plnohodnotný aktivní život, který se kvalitativně a kvantitativně co nejvíce blíží normálu.

Kritéria kvality standardní péče o diabetika vycházejí z doporučení amerických, evropských a českých odborných lékařských společností.

Frekvence ambulantních kontrol diabetiků je závislá na metabolické kompenzaci, přítomnosti komplikací a celkovém zdravotním stavu. Pacienti počínající aplikovat inzulin, nebo ti, u nichž byla provedena zásadní změna v terapii, mohou potřebovat lékařské vyšetření i denně. U stabilizovaných nemocných s diabetem 1. typu jsou prováděny ambulantní kontroly za 1–2 měsíce. U diabetiků 2. typu stabilizovaných – léčených inzulinem mají být kontroly za 1–3 měsíce, u pacientů léčených PAD a dietou za 2–6 měsíců, nejméně jednou za půl roku.

Standardy péče o diabetes mellitus České diabetologické společnosti jsou každoročně modifikovány, aby každý lékař ošetřující diabetiky byl seznámen s novými poznatky vědy a výzkumu v diabetologii.

(Rybka, 2006)

Praktická část

3 Empirický výzkum

3.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat kvalitu života pacientů s diabetes mellitus 2. typu na mém pracovišti – na interním oddělení v nemocnici v Novém Bydžově.

Dílčí cíle

1. Ověřit použitelnost metody SEIQoL u pacientů s diagnostikovaným diabetes mellitus 2. typu
2. Zjistit na vybraném souboru pacientů s diagnostikovaným diabetes mellitus 2. typu jejich subjektivně vnímanou kvalitu života
3. Zmapovat nejdůležitější životní témata pacientů s diabetes mellitus 2. typu
4. Porovnat volbu zvolených životních témat, jejich míru spokojenosti a důležitost daného životního tématu a to u pacientů na inzulinoterapii a pacientů, kteří užívají perorální antidiabetika (PAD).
5. Srovnat celkové QL (kvalitu života) pacienty udávanou a mnou vypočítanou

3.2 Metodika výzkumu

3.2.1 Zdroje informací

Odborné údaje a poznatky ohledně použité metody SEIQoL byly získány po prostudování odborné literatury, internetových zdrojů a na základě vlastní zkušenosti s touto metodou v předvýzkumném šetření. (viz kapitola 3.2.4)

3.2.2 Charakteristika souboru

Charakteristika respondentů

Před samotným začátkem výzkumu jsem provedla výběr zkoumané skupiny. Jinými slovy jsem vyčlenila skupinu pacientů s diabetes mellitus 2. typu, kteří mohou nejlépe vypovídat o problémech přinášejících život s diabetes mellitus. Jednalo se o pacienty, kteří

mají ve své léčbě v souvislosti s diabetes mellitus perorální antidiabetika a dále ti, kteří jsou léčeni inzulinem.

Pacienti zkoumané skupiny splňovali následující kritéria:

- Nemoc – diabetes mellitus 2. typu probíhající déle než 1 rok
- Nepřítomnost jiného závažného chronického současně probíhajícího onemocnění nebo tělesné vady, které by svým způsobem mohly ovlivnit kvalitu života (nádorové onemocnění, onemocnění ledvin závislé na dialýze)
- Pacienti, kteří podstupují lůžkovou péči na interním oddělení nemocnice Nový Bydžov, která je indikována v těchto případech:
 1. akutní komplikace diabetes mellitus 2. typu (hyperglykémie, hypoglykémie)
 2. dekompenzace diabetes mellitus 2. typu
 3. terapie, kterou nelze realizovat ambulantně a vyžaduje zdravotnický dohled (převod pacientů z perorálních antidiabetik na inzulin)

Charakteristika oddělení

K účasti výzkumu kvality života byli vyzváni pacienti hospitalizováni na interním oddělení nemocnice Nový Bydžov. Toto oddělení má celkem 40 lůžek, která jsou rozdělena na 2 oddělení muži a ženy. Každé z nich má 20 lůžek. Na každém z těchto oddělení pracuje 10 sester a 1 ošetřovatelka a to ve dvousměnném provozu. Kromě toho, že na tomto oddělení hospitalizujeme pacienty s diabetes mellitus, máme zde lůžka pro akutní interní stavy jako exacerbace chronické obstrukční choroby bronchopulmonální, astma bronchiale, stavy po akutním infarktu myokardu aj.

3.2.3 Užitá metoda šetření - Metoda SEIQoL

Zkratka SEIQoL znamená Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života. Jedná se o způsob zjišťování kvality života, který neklade předem kritéria, která určují, „co je správné, dobré a žádoucí atp.“, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považují za důležité.

(Křivohlavý, 2002)

Základní propozice (navrhované myšlenkové linie) metody SEIQoL jsou:

- Pojetí kvality života chápané touto metodou je individuální. Vychází tedy z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak je jí samou hodnocena. Základními daty jsou výpovědi dané osoby.
- Pojetí kvality života dané osoby tak závisí na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality jejího života plně respektován.
- Aspekty života, které jsou pro danou osobu v dané situaci a chvíli podstatné, jsou touto osobou určovány, zvažovány a hodnoceny jako závažné. V průběhu života se mohou měnit.
- Kriticky závažné aspekty života se daná metoda snaží rozpoznat v interview s touto osobou.
- Relativní důležitost každého aspektu kvality života každého člověka v dané situaci je zjišťována a měřena za pomoci metody analýzy jeho názoru a přesvědčení (judgement analysis).

(Křivohlavý, 2002)

Situační vlivy ovlivňující kvalitu života

Každá změna životní situace ať již v podobě nemoci, choroby, zranění či léčení, negativně ovlivní kvalitu našeho života, a to jak její celkovou výši, tak složení a váhu jednotlivých složek. Zároveň je možné předpokládat, že věk, změna sociální situace, změna pracovních a životních podmínek se projeví ve změnách kvality života.

Závěrem této kapitoly chci provést celkový souhrn studií o subjektivně měřené kvalitě života metodou SEIQoL. Je možné říci, že měření kvality života touto metodou zaujímá širší záběr než klasické metody externího posuzování zdravotního stavu pacienta jiným posuzovatelem (např. lékařem). V úvahu bereme celkový stav pacienta tak, jak je tímto pacientem, jím samým, viděn a hodnocen. Z tohoto důvodu se mohou údaje o kvalitě pacientova života lišit od objektivních údajů, které popisují pacientův zdravotní stav (např. jen podle zdravotních údajů). Při tomto zjišťování kvality života se berou v úvahu i údaje o psychickém stavu pacienta, dokonce i o míře jeho spokojenosti s tím, jak se mu daří realizovat záměry, které si v životě předsevzal.

Ukazuje se, že v tomto měření kvality pacientova života jde o dimenze kvality života, které mají z pacientova pohledu pro něho mimořádnou cenu. Zjištění takto získaná jsou podstatně citlivější než klasické údaje o zdravotním stavu pacienta.

(Křivohlavý, 2002)

Ověřitelnost metody SEIQoL ukazuje interpretace dat oslovených respondentů. 100 % respondentů bylo schopno pochopit danou metodu SEIQoL.

Výběr životních témat respondentů nás informuje o jejich subjektivně vnímané kvalitě života.

Zmapování nejdůležitějších životních témat proběhlo na základě strukturovaného rozhovoru a to v 1. úkolu formuláře zjišťování kvality života položením otázky: „Oč Vám v životě jde a oč Vám jde především (nejvíce)?“ O výsledcích volby životních témat vypovídají sloupcové grafy, které jsou barevně a vzorkově odlišeny pro respondenty na inzulinoterapii a respondenty s léčbou PAD.

Hodnocení míry spokojenosti a důležitosti témat se stalo předmětem úkolu č. 2 a č. 3, výsledky nejnížší, nejvyšší a průměrné míry spokojenosti s daným životním tématem jsou uvedeny v tabulkách.

Srovnání celkové míry spokojenosti respondentů s životem a mnou vypočítanou celkovou hodnotou QL ukazuje graf č. 14.

3.2.4 Realizace šetření

Výzkum jsem prováděla během čtyř měsíců (listopad, prosinec, leden, únor) v roce 2008 až 2009 metodou SEIQoL se svolením interního oddělení v Novém Bydžově a managementu nemocnice Jičín, kam naše zařízení spadá. (Příloha č. 12, 13, 14). O souhlas s výzkumem jsem požádala paní ředitelku a hlavní sestru nemocnice Jičín, a dále vrchní sestru interního oddělení v Novém Bydžově, kde pracuji. Datum souhlasu mi byl potvrzen 3. října 2008.

Před uskutečněním vlastního výzkumu jsem měla možnost ověřit si aplikaci této metody v praxi a to na základě předmětu Psychologie nemoci v 2. ročníku studia. Předvýzkumu se účastnilo 10 diabetiků 1. i 2. typu různých věkových skupin. 50 % respondentů byli muži, 50 % respondentů byly ženy. Na základě tohoto rozdělení vybraného souboru jsem zkoumala kvalitu života žen a mužů diabetiků.

K rozhovoru bylo vyzváno celkem 60 pacientů, tj. 100 %. 30 (50 %) byli ti, kteří se léčili perorálními antidiabetiky, 30 (50 %) pacientů byla závislá na aplikaci inzulínu. Všichni mnou oslovení respondenti rozhovor přijali a celkem jsem dokončila 60 rozhovorů pomocí metody SEIQoL.

Formulář byl anonymní a předem nebyl stanoven čas na vyplnění.

Po důkladném seznámení respondentů s metodou SEIQoL a instrukcemi potřebnými k jejímu vypracování jsem se snažila zjistit:

- Jaký názor mají respondenti na tuto metodu.
- Zda jsou schopni tuto metodu pochopit po mnou podaných instrukcích.

Celkově nebyl problém s pochopením této metody, malé problémy se objevily na začátku rozhovoru, kdy respondenti měli volit pro ně nejdůležitější životní témata (cues). Tato fáze procesu byla asi ze všech časově nejnáročnější.

3.2.5 Aplikace metody SEIQoL

Formulář pro metodu SEIQoL (příloha č. 15) má celkem 4 části. V jejím úvodu měli respondenti vyjmenovat a napsat pro ně 5 nejdůležitějších životních témat (životních cílů tzv. cues), oblastí jejich základních životních zájmů. Každá oblast zájmů se píše na jeden řádek, nepíše se jich více ani méně – jen přesně pět. Pacienti nejprve napíší heslovitě hlavní téma, např. zdraví, a potom toto téma konkrétněji rozvedou – o co jim jde nejvíce.

Druhý úkol této metody spočívá v uvedení míry spokojenosti s daným životním tématem, tj. jak se pacientovi podle jeho zdání daří uskutečňovat to, čeho chtěl v dané oblasti zájmu dosáhnout. Míru spokojenosti uvádí pacient v procentech od 0 do 100 %, kde 0 % je nejnižší míra spokojenosti a 100 % znamená, že jsem zcela spokojen/a s daným životním tématem (daří se mi dokonale).

Třetí úkol metody SEIQoL spočívá v uvedení u každé oblasti zájmu, jak moc je tato oblast zájmu pro pacienta důležitá. Zde se musí často pacienti zamyslet. Úkolem pacienta je představit si, že pro všech pět témat, které uvedl, má k dispozici celkem 100 % a on je má rozdělit mezi uvedených pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro něho důležité.

Procenta pacient píše na levý okraj.

Posledním úkolem je udělat křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměrem pacientovi životní spokojenosti“.

(Křivohlavý, 2001)

3.2.6 Aplikace metody v rámci vlastního výzkumu

Při samotném rozhovoru s respondenty se mi osvědčilo nejprve metodu důkladně vysvětlit, tzn. ukázat základní schéma, zdůraznit co metoda zkoumá a jaké má výhody. Respondenti byli upozorněni a ujištěni, že se nejedná o žádný test inteligence či některých znalostí a schopností. Tím jsme k sobě měli blíže a navázali určitou důvěru. Snažila jsem se o to, aby životní témata respondenti zvolili opravdu sami. Nedávala jsem příklady, jelikož by

to mohlo být příliš zavádějící. V případě, že respondenti váhali a nevěděli, jak přistoupit ke zvolení tématu, pomohla jsem jim otázkami typu:

- Na co máte v životě zaměřeno?
- Oč vám v životě jde nejvíce?
- Co vám ve vašem životě dělá radost?
- Pro co žijete?

Pak již většinou nebyl problém se zvolením témat. Zajímavé bylo přidělování procent životním tématům v rubrice důležitost (úkol č. 3), kdy procentuální součet pro všech pět témat měl být celkem 100 %. Zde respondenti opravdu dlouho přemýšleli, často přepisovali a vraceli se k původním návrhům. Bylo vidět, že tato oblast je pro ně velmi důležitá a snažili se svým počtem procent zdůraznit opravdovou důležitost jejich zájmu.

Tomu všemu odpovídá také čas, který jsem strávila v rozhovorech s respondenty. Celkový čas činil 46 hodin a 30 minut. Nejdelší rozhovor trval 1 hodinu a 10 minut, nejkratší trval 20 minut.

Z důvodu zabezpečení soukromí nemocných a ochrany jimi udávaných intimních informací je formulář pro zjišťování kvality života anonymní. Respondenti v něm udávají pouze své pohlaví a rok narození.

Vyhodnocení metody bylo zpracováno počítačovým programem Microsoft Word a Excel za použití matematických výpočtů, grafů, tabulek a ručního zpracování.

3.3 Interpretace výsledků

Tato kapitola byla rozdělena na dvě podkapitoly: první ukazuje obecné informativní údaje o respondentech, druhá část provádí vyhodnocení zjištěných výsledků metodou SEIQoL.

3.3.1 Identifikační údaje o respondentech

Identifikační údaje o respondentech jsem získala na základě sběru dat pomocí metody SEIQoL, kde respondenti uváděli pouze své pohlaví, ročník narození. Pro lepší orientaci jsem si u každého formuláře poznamenávala, zda jsou léčeni inzulinem či perorálními antidiabetiky.

Pohlaví respondentů

Z celkového počtu respondentů 30 respondentů léčených INZ (100 %) bylo 15 žen (50 %) a 15 mužů (50 %).

Z celkového počtu respondentů 30 respondentů léčených PAD (100 %) bylo 15 žen (50 %) a 15 mužů (50 %).

Zastoupení žen a mužů mezi respondenty bylo rovnoměrné: 50 % žen a 50 % mužů.

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ženy	15	50 %	15	50 %
muži	15	50 %	15	50 %
celkem	30	100 %	30	100 %

Věk respondentů

Průměrný věk respondentů ve skupině na inzulínoterapii byl 64 let, kdy nejmladšímu respondentovi bylo 49 let, nejstaršímu bylo 81 let. Tento respondent byl ve velmi dobré fyzické a psychické kondici.

Průměrný věk respondentů v léčbě perorálních antidiabetik byl 65 let, nejmladšímu respondentovi bylo 48 let, nejstaršímu 83 let, opět s velmi dobrou fyzickou a psychickou kondicí.

Tabulka č. 2a – Průměrný věk respondentů

	Nejnižší věk	Nejvyšší věk	Průměrný věk
INZULIN	49 let	81 let	64 let
PAD	48 let	83 let	65 let

Věkové rozmezí respondentů

Ve skupině respondentů na inzulínoterapii bylo z celkového počtu 30 respondentů ve věku 40–49 let 1 respondent (3 %), ve skupině 50–59 let 13 respondentů (43 %), 7 respondentů (24 %) bylo ve věkové skupině 60–69 let, ve věkové skupině 70–79 let bylo 8 respondentů (27 %), a pouze 1 respondent (3 %) byl ve věkové skupině 80–89 let.

Ve skupině respondentů s léčbou PAD byli 2 respondenti (7 %) ve věkové skupině 40–49 let, 8 respondentů (26 %) ve věkové skupině 50–59 let, ve věkové skupině 60–69 let bylo

9 respondentů (30 %), 9 respondentů (30 %) bylo též ve věkové skupině 70–79 let a 2 respondenti (7 %) byli ve věkové skupině 80–89 let.

Tabulka č. 2b – Věkové rozmezí respondentů

Věk	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
40 – 49 let	1	3 %	2	7 %
50 – 59 let	13	43 %	8	26 %
60 – 69 let	7	24 %	9	30 %
70 – 79 let	8	27 %	9	30 %
80 – 89 let	1	3 %	2	7 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

3.3.2 Metoda SEIQoL – interpretace výsledků

Předmětem této kapitoly bylo vyhodnocení informací zjištěných metodou SEIQoL. O výsledcích výzkumu metody SEIQoL pojednává formulář, viz Formulář pro zjišťování kvality života nemocných s diabetes mellitus 2. typu. (příloha č. 15)

Společná životní témata respondentů na inzulinoterapii a s léčbou perorálními antidiabetiky (PAD)

Životní téma č. 1 – Zdraví

Z celkového počtu 30 respondentů na inzulinoterapii (100 %) zvolilo téma ZDRAVÍ jako jedno z nejdůležitějších životních cílů 30 respondentů (100 %). Respondenti o tomto tématu hovoří zejména v souvislosti s jejich vlastním zdravím, chtějí eliminovat komplikace, které by mohly vzniknout v souvislosti s tímto onemocněním. U těch respondentů, kde se již komplikace objevily, je snahou předejít jejich dalšímu zhoršení.

Tyto obavy udávají zejména respondenti na inzulinoterapii, ti také vyjadřují svůj postoj ke zdraví zejména v souvislosti s dodržováním diety, léčebného režimu a pravidelných kontrol. Chtějí zvládat a ovládat diabetes, zajímají se o novinky v léčbě, čtou časopisy.

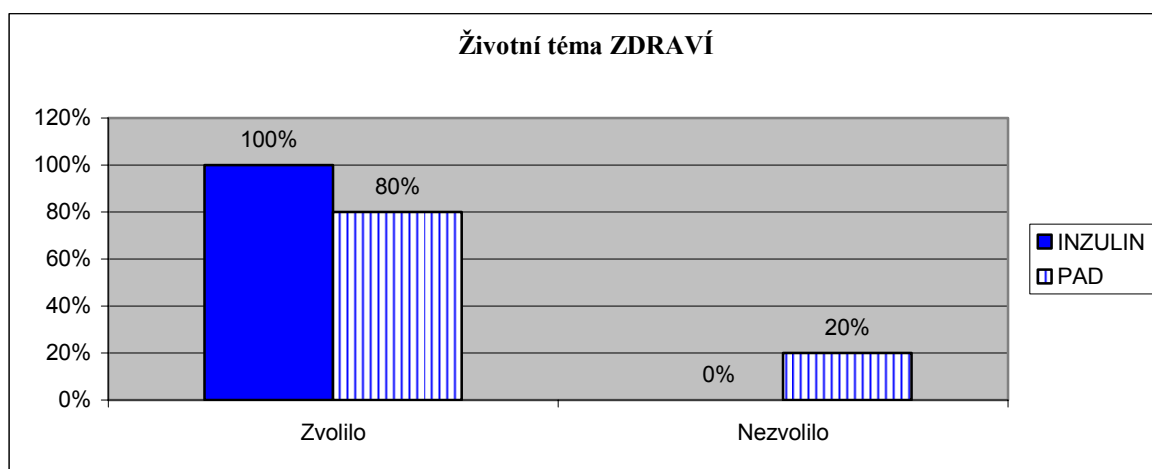
Z celkového počtu 30 respondentů v léčbě perorálních antidiabetik (100 %) zvolilo téma ZDRAVÍ 24 respondentů (80 %) také na předním místě jejich žebříčku hodnot. 6 respondentů (20 %) ve svých zvolených tématech neuváděli zdraví vůbec. Prý se cítí být v pohodě, obtíže

nemají, jde jim spíš o zdraví rodiny. Respondenti s perorálními antidiabetiky nemluví o zdraví tak dopodrobna. Často uvádějí problémy s dodržováním dietního režimu, zde jim většinou pomáhá rodina, která je podporuje.

Tabulka č. 3 – Životní téma ZDRAVÍ

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma ZDRAVÍ	30	100 %	24	80 %
Nezvolilo životní téma ZDRAVÍ	0	0 %	6	20 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 1 – Životní téma ZDRAVÍ



Míra spokojenosti s životním tématem – ZDRAVÍ

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem zdraví u respondentů na inzulínoterapii byla 55 %, u respondentů na PAD to bylo 69 %.

Tabulka č. 4 – Míra spokojenosti životního tématu ZDRAVÍ

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu ZDRAVÍ v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu ZDRAVÍ v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu ZDRAVÍ v %
INZULIN	20 %	90 %	55 %
PAD	20 %	100 %	69 %

Důležitost životního tématu – ZDRAVÍ

Průměrná důležitost životního tématu zdraví u respondentů na inzulínoterapii byla 29 %, u respondentů na PAD činila 28 %.

Tabulka č. 5 – Důležitost životního tématu ZDRAVÍ

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu ZDRAVÍ v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu ZDRAVÍ v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu ZDRAVÍ v %
INZULIN	5 %	60 %	29 %
PAD	10 %	50 %	28 %

Životní téma č. 2 – RODINA

Životní téma RODINA zvolilo 30 respondentů, tj. 100 % ze skupiny s léčbou inzulínem, respondenti s léčbou PAD rovněž zvolili rodinu v plném zastoupení – 30 respondentů – 100 %.

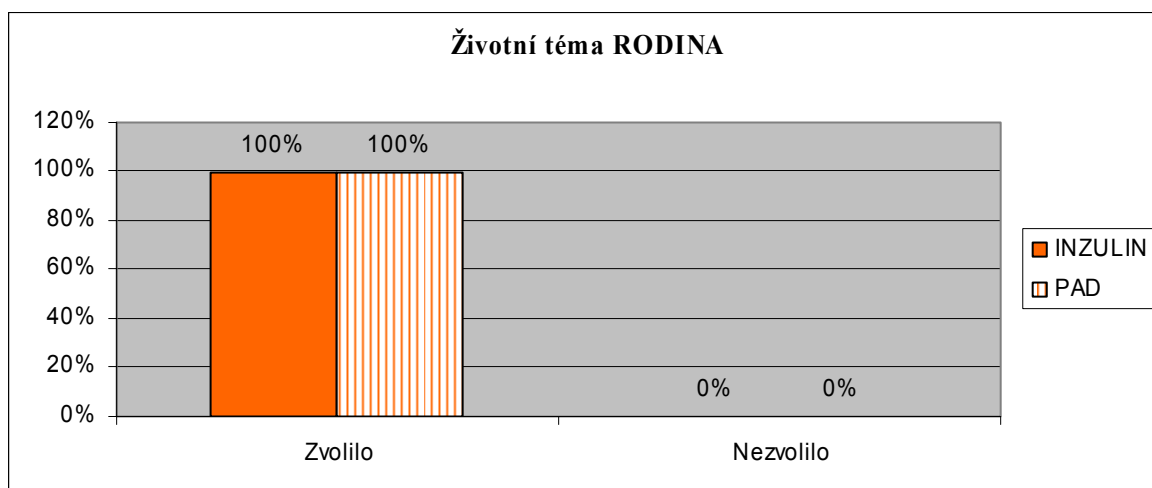
Rodina je pro respondenty pomocí, oporou, podporou, usilují zejména o udržení dobrých vztahů. Součástí rodiny jsou často zejména vnoučata, která do jejich života vnášejí radost, naplnění a motivaci do dalšího života. Důležitým článkem mezi nimi je komunikace, často je pro ně důležitá jen komunikace přes mobilní telefon, mají jistotu, že se mohou kdykoliv na příbuzné obrátit.

O rodině hovoří v souvislosti s diabetes mellitus jako o tzv. „pilíři“, v němž našli oporu v době, kdy jim bylo nejhůře. Rodinné zázemí jim pomohlo překonat strach z nemoci, podpořilo je v léčbě a v celkovém zvládnutí samotné cukrovky.

Tabulka č. 6 – Životní téma RODINA

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma RODINA	30	100 %	30	100 %
Nezvolilo životní téma RODINA	0	0 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 2 – Životní téma RODINA



Míra spokojenosti s životním tématem - RODINA

U respondentů ze skupiny na inzulínoterapii byla průměrná míra spokojenosti s životním tématem RODINA 80 %, u respondentů ze skupiny s léčbou PAD byla průměrná míra spokojenosti s tímto životním tématem 88 %.

Tabulka č. 7 – Míra spokojenosti životního tématu RODINA

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu RODINA v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu RODINA v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu RODINA v %
INZULIN	30 %	100 %	80 %
PAD	60 %	100 %	88 %

Důležitost životního tématu – RODINA

Průměrná procentuální důležitost životního tématu RODINA u respondentů s léčbou inzulinem byla 27 %, průměrná procentuální důležitost stejného životního tématu u respondentů s léčbou PAD byla 34 %.

Tabulka č. 8 – Důležitost životního tématu RODINA

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu RODINA v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu RODINA v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu RODINA v %
INZULIN	5 %	60 %	27 %
PAD	15 %	70 %	34 %

Životní téma č. 3 – ZÁJMY, KONÍČKY

Z celkového počtu 30 respondentů na inzulinoterapii (100 %) zvolilo téma ZÁJMY, KONÍČKY celkem 15 respondentů (50 %). 15 respondentů (50 %) toto téma nezvolilo vůbec.

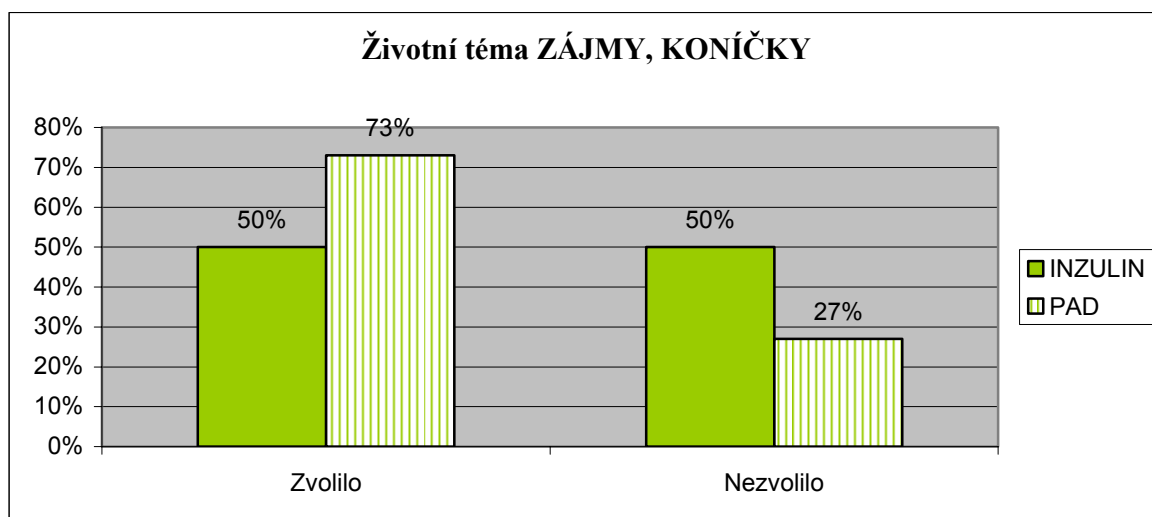
Z celkového počtu 30 respondentů v léčbě perorálních antidiabetik (100 %) zvolilo téma ZÁJMY, KONÍČKY 22 respondentů (73 %). 8 respondentů (27 %) téma ZÁJMY, KONÍČKY nezvolilo vůbec.

Obě dvě skupiny respondentů zmiňují ze zájmů a koníčků zejména zahrádku a práci na ni, zvířata, sledování televize, vaření, ženy hovoří o ruční práci, žehlení. Jsou to oblasti, které zlepšují jejich kvalitu života a přinášejí uspokojení.

Tabulka č. 9 – Životní téma ZÁJMY, KONÍČKY

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma ZÁJMY, KONÍČKY	15	50 %	22	73 %
Nezvolilo životní téma ZÁJMY, KONÍČKY	15	50 %	8	27 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 3 – Životní téma ZÁJMY, KONÍČKY



Míra spokojenosti s životním tématem – KONÍČKY, ZÁJMY

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem zdraví byla u respondentů ze skupiny na inzulinoterapii 60 %, u respondentů s léčbou PAD byla 63 %. Důvodem k vyššímu procentuálnímu průměru u respondentů, kteří mají v léčbě PAD jsou určitě větší možnosti zapojení se do aktivit, nejsou často tolik omezeni komplikacemi jako respondenti ze skupiny na inzulinoterapii.

Tabulka č. 10 – Míra spokojenosti životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY v %
INZULIN	40 %	90 %	60 %
PAD	27 %	100 %	63 %

Důležitost životního tématu – ZÁJMY, KONÍČKY

Průměrná procentuální hodnota životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY byla u respondentů ze skupiny na inzulínoterapii 12 %, u respondentů s léčbou PAD byla zjištěna 8 %.

Tabulka č. 11 – Důležitost životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY v %
INZULIN	5 %	30 %	12 %
PAD	5 %	18 %	8 %

Životní téma č. 4 – PŘÁTELSTVÍ

Z celkového počtu 30 respondentů na inzulínoterapii (100 %) zvolilo životní téma PŘÁTELSTVÍ 12 respondentů (40 %). 18 respondentů (60 %) nezvolilo toto téma vůbec.

Přátelství je pro ně důležité životní téma. Přátelé, kamarádi jsou jejich oporou, pomocí vyrovnat se s nemocí. Opravdové přátelství považují za součást kvalitního života.

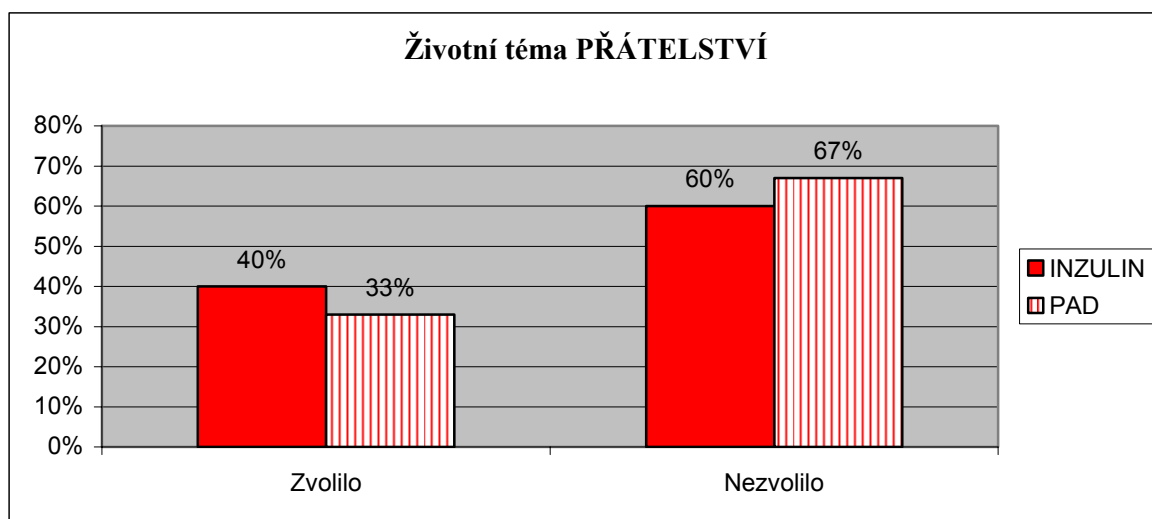
Z celkového počtu 30 respondentů v léčbě perorálních antidiabetik (100 %) zvolilo toto téma PŘÁTELSTVÍ 10 respondentů (33 %). O životním tématu PŘÁTELSTVÍ nehovořilo 20 respondentů (67 %).

Přátelství je zde opět skloňováno ve všech pádech. U některých respondentů byly zaznamenány problémy s negativním vlivem přátel a to v souvislosti s dodržováním léčebného režimu. Často slyší: „Jen si to pivko dej, to ti neuškodí.“

Tabulka č. 12 – Životní téma PŘÁTELSTVÍ

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma PŘÁTELSTVÍ	12	40 %	10	33 %
Nezvolilo životní téma PŘÁTELSTVÍ	18	60 %	20	67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 4 Životní téma PŘÁTELSTVÍ



Míra spokojenosti s životním tématem – PŘÁTELSTVÍ

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem PŘÁTELSTVÍ byla ve skupině respondentů na inzulínoterapii 81 %, ve skupině s léčbou PAD byla vypočítaná hodnota 74 %.

Tabulka č. 13 – Míra spokojenosti životního tématu PŘÁTELSTVÍ

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu PŘÁTELSTVÍ v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu PŘÁTELSTVÍ v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu PŘÁTELSTVÍ v %
INZULIN	70 %	100 %	81 %
PAD	50 %	90 %	74 %

Důležitost životního tématu – PŘÁTELSTVÍ

Průměrná procentuální hodnota důležitosti životního tématu PŘÁTELSTVÍ u respondentů na inzulínoterapii byla 15 %, u respondentů s léčbou PAD činila 15 %.

Tabulka č. 14 – Důležitost životního tématu PŘÁTELSTVÍ

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu PŘÁTELSTVÍ v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu PŘÁTELSTVÍ v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu PŘÁTELSTVÍ v %
INZULIN	5 %	35 %	15 %
PAD	5 %	25 %	15 %

Životní téma č. 5 – FINANCE

Z celkového počtu 30 respondentů na inzulínoterapii (100 %) zvolilo téma FINANCE celkem 12 respondentů (40 %), o tomto tématu nehovořilo 18 respondentů (60 %).

Respondenti považují finance za prostředek, kterým si mohou vylepšit život, dopřát si komfortu. Zejména pacienti na inzulínoterapii spojují finance s vlastní léčbou, jsou ochotni vydat více peněz za léčbu, která by byla přínosnější a zlepšila jejich kvalitu života.

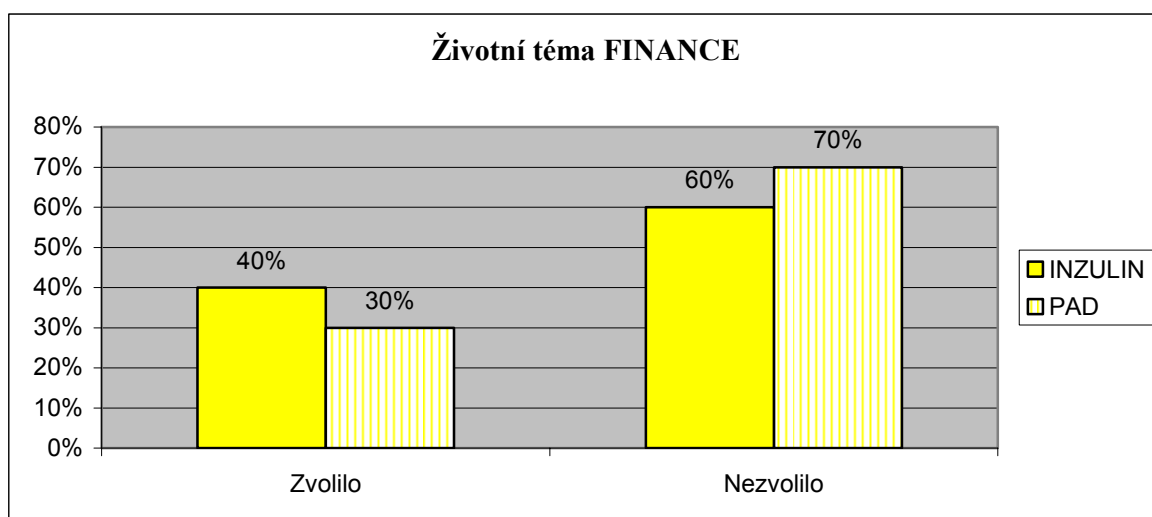
Z celkového počtu 30 respondentů v léčbě perorálních antidiabetik (100 %) zvolilo téma FINANCE celkem 9 respondentů (30 %). O tomto tématu nehovořilo 21 respondentů (70 %).

Finance spojují respondenti opět s možností dosáhnout většího komfortu, zabezpečit rodinu, méně hovoří o spojitosti financí, léčby a dietního režimu.

Tabulka č. 15 – Životní téma FINANCE

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma FINANCE	12	40 %	9	30 %
Nezvolilo životní téma FINANCE	18	60 %	21	70 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 5 Životní téma FINANCE



Míra spokojenosti s životním tématem – FINANCE

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem finance byla u respondentů na inzulinoterapii 57 %, u skupiny respondentů s léčbou PAD byla 56 %.

Tabulka č. 16 – Míra spokojenosti životního tématu FINANCE

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu FINANCE v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu FINANCE v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu FINANCE v %
INZULIN	20 %	100 %	57 %
PAD	40 %	100 %	56 %

Důležitost životního tématu – FINANCE

Průměrná procentuální důležitost životního tématu FINANCE byla pro respondenty na inzulinoterapii 12 %, pro respondenty s léčbou PAD 14 %.

Tabulka č. 17 – Důležitost životního tématu FINANCE

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu FINANCE v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu FINANCE v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu FINANCE v %
INZULIN	5 %	20 %	12 %
PAD	10 %	20 %	14 %

Životní téma č. 6 – VÍRA

Životní téma VÍRA zvolilo ve skupině respondentů na inzulinoterapii celkem 7 (23 %), o tomto tématu nehovořilo 23 respondentů (77 %).

Ve skupině respondentů v léčbě perorálních antidiabetik se opět objevilo 7 pacientů (23 %), kteří považují téma VÍRA za oblast pro ně důležitou. 23 respondentů (77 %) toto téma neuvádělo.

Víra pro obě dvě skupiny znamená spirituální potřebu pro život, víra v Boha v nich zdůrazňuje potřebu vnitřního růstu, je to určitá cesta, jak najít novou životní etapu.

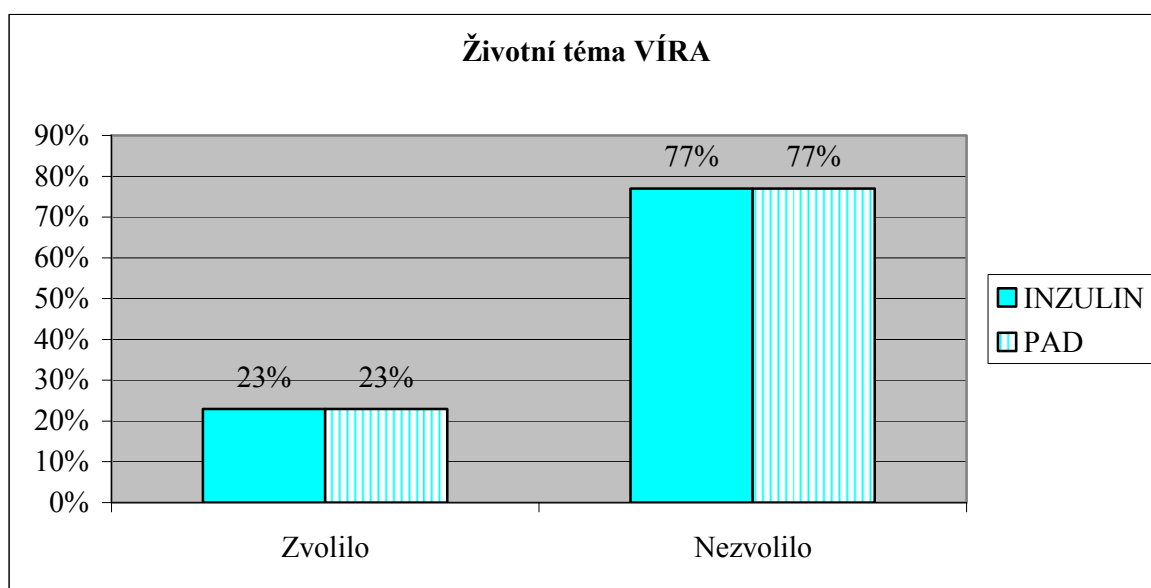
Víra či duchovní život v souvislosti se samotným onemocněním jim ukázali cestu k Bohu. Před vznikem nemoci se k Bohu tak často neobraceli, dnes v něm nachází důvěrné

přiblížení se a otevřený vztah. Prostor kostela, kam dochází, se stal místem, kde člověk naslouchá a Bůh mluví. Říkají: „Ježíš Kristus je ten, kdo má moc nás zachránit.“

Tabulka č. 18 – Životní téma VÍRA

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma VÍRA	7	23 %	7	23 %
Nezvolilo životní téma VÍRA	23	77 %	23	77 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 6 Životní téma VÍRA



Míra spokojenosti s životním tématem – VÍRA

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem VÍRA u respondentů ve skupině na inzulinoterapii byla 66 %, u respondentů s léčbou PAD byla 70 %.

Tabulka č. 19 – Míra spokojenosti životního tématu VÍRA

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu VÍRA v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu VÍRA v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu VÍRA v %
INZULIN	50 %	80 %	66 %
PAD	50 %	90 %	70 %

Důležitost životního tématu – VÍRA

Průměrná procentuální hodnota důležitosti životního tématu VÍRA u respondentů na inzulinoterapii byla 23 %, u skupiny respondentů s léčbou PAD byla 25 %.

Tabulka č. 20 – Důležitost životního tématu VÍRA

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu VÍRA v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu VÍRA v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu VÍRA v %
INZULIN	10 %	50 %	23 %
PAD	20 %	35 %	25 %

Životní téma č. 7 – ZAMĚSTNÁNÍ

Z celkového počtu 30 respondentů na inzulinoterapii (100 %) zvolilo téma ZAMĚSTNÁNÍ jako jedno z důležitých životních oblastí 7 respondentů (23 %), 23 respondentů (77 %) o tomto tématu nehovořilo.

Zastoupení respondentů již není tak četné a to zejména z důvodu, že někteří z respondentů byli v invalidním důchodu. Pro ty respondenty, kteří toto téma uvedli, znamenalo zaměstnání obohacení jejich života, pracovní proces je pro ně důležitý a to zejména v souvislosti se sociálním začleněním. Často vyjadřovali obavy ze ztráty zaměstnání nebo ze změny pracovní pozice. V žádném případě však k tomu nedošlo. Naopak 2 respondenti, kteří si aplikují inzulin, zmínili jeho pozitivní přínos v zaměstnání. Diabetes měli pod kontrolou díky glukometru, aplikace inzulínu je nijak neomezovala, naopak

kolegové na pracovišti jim byli oporou. Dodržování dietního režimu v zaměstnání nebylo problémem.

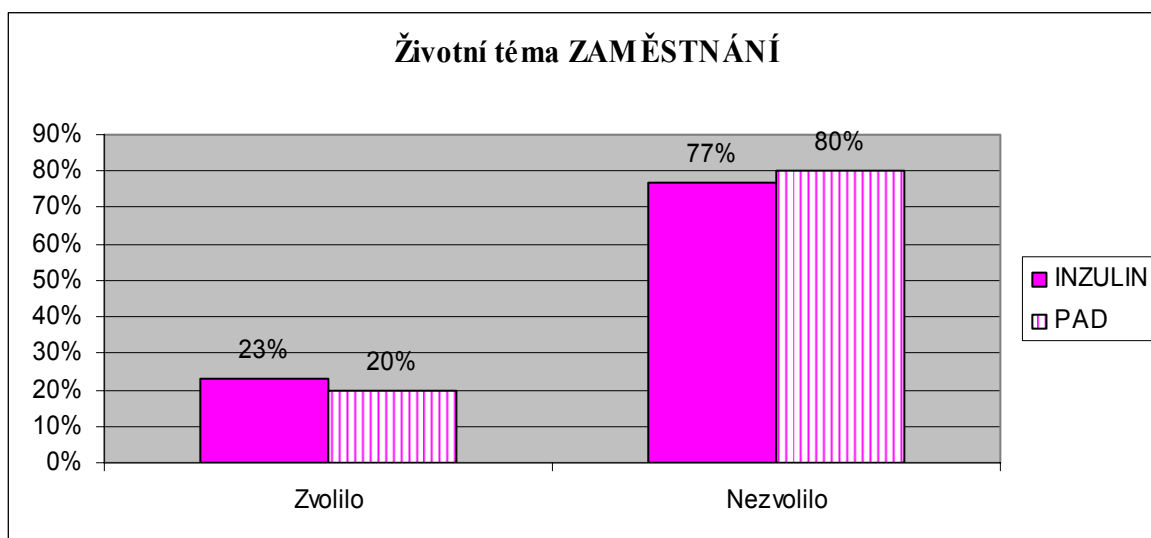
Z celkového počtu 30 respondentů v léčbě perorálních antidiabetik (100 %) zvolilo téma ZAMĚSTNÁNÍ 6 respondentů (20 %), 24 respondentů (80 %) toto téma nezvolilo.

Životní téma ZAMĚSTNÁNÍ se opět objevilo u malého počtu respondentů, část z nich již byla ve starobním důchodu. Ti, kteří o tomto tématu otevřeně hovořili, byli se svým zaměstnáním spokojeni, nemoc diabetes mellitus je v práci neomezuje, svůj režim a zejména dietní režim si práci přizpůsobili, kolegové v práci o jejich nemoci vědí a snaží se je podporovat.

Tabulka č. 21 – Životní téma ZAMĚSTNÁNÍ

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma ZAMĚSTNÁNÍ	7	23 %	6	20 %
Nezvolilo životní téma ZAMĚSTNÁNÍ	23	77 %	24	80 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 7 Životní téma ZAMĚSTNÁNÍ



Míra spokojenosti s životním tématem – ZAMĚSTNÁNÍ

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem – ZAMĚSTNÁNÍ ve skupině respondentů na inzulinoterapii byla 69 %, ve skupině respondentů s léčbou PAD činila 78 %.

Tabulka č. 22 – Míra spokojenosti životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ v %
INZULIN	40 %	95 %	69 %
PAD	50 %	100 %	78 %

Důležitost životního tématu – ZAMĚSTNÁNÍ

Průměrná hodnota důležitosti životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ byla u respondentů na inzulinoterapii 18 %, u respondentů s léčbou PAD byla 13 %.

Tabulka č. 23 – Důležitost životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ v %
INZULIN	10 %	30 %	18 %
PAD	10 %	20 %	13 %

Životní téma č. 8 – CESTOVÁNÍ, TURISTIKA

Životní téma TURISTIKA, CESTOVÁNÍ zvolilo z celkového počtu 30 respondentů na inzulinoterapii (100 %) celkem 2 respondenti (7 %), 28 respondentů (93 %) nezvolilo toto téma vůbec. Malému zastoupení respondentů ve skupině na inzulinoterapii přikládám právě možným komplikacím, které jim onemocnění diabetes mellitus 2. typu přináší. 5 respondentů z této skupiny byli po amputaci dolní končetiny, jiní zase měli retinopatii, v tomto směru volba životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA byla omezena.

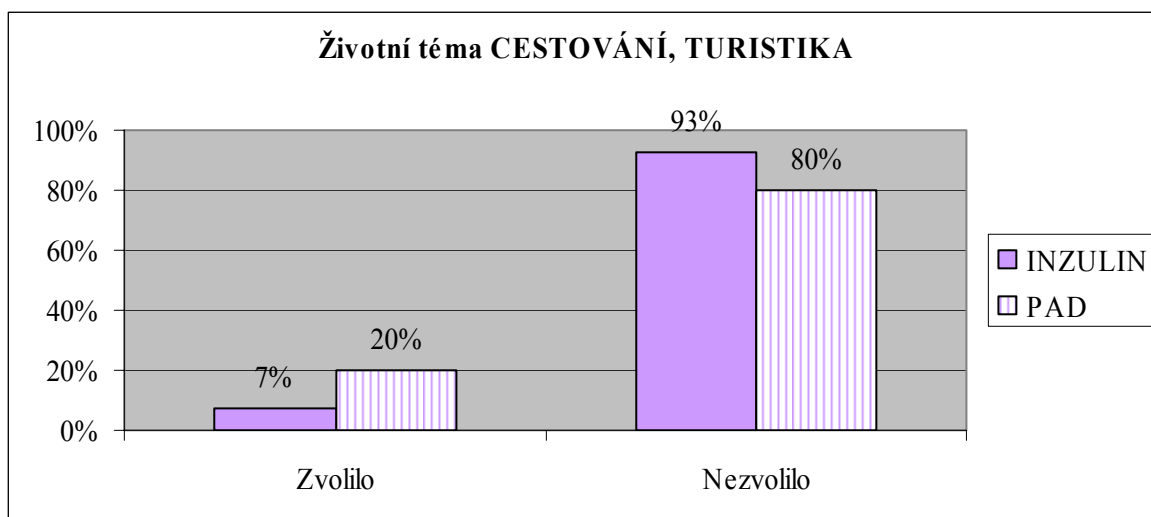
Z celkového počtu 30 respondentů v léčbě perorálních antidiabetik (100 %) zvolilo toto téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA 6 respondentů (20 %), 24 respondentů (80 %) toto životní téma neuvedlo.

Životní téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA přináší respondentům relaxaci poznání nových věcí, možnost odpočinout si a odreagovat se od problémů všedních dnů.

Tabulka č. 24 – Životní téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA	2	7 %	6	20 %
Nezvolilo životní téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA	28	93 %	24	80 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 8 Životní téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA



Míra spokojenosti s životním tématem – CESTOVÁNÍ, TURISTIKA

Průměrná hodnota míry spokojenosti s životním tématem – TURISTIKA, CESTOVÁNÍ byla u respondentů ze skupiny na inzulinoterpii 50 %, ve skupině s léčbou PAD činila hodnota 57 %.

Tabulka č. 25 – Míra spokojenosti životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA v %
INZULIN	50 %	50 %	50 %
PAD	40 %	70 %	57 %

Důležitost životního tématu – CESTOVÁNÍ, TURISTIKA

Průměrná procentuální důležitost životního tématu – CESTOVÁNÍ, TURISTIKA byla ve skupině respondentů na inzulinoterpii 5 %, ve skupině s léčbou PAD 9 %.

Tabulka č. 26 – Důležitost životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA v %
INZULIN	5 %	5 %	5 %
PAD	5 %	15 %	9 %

Životní téma č. 9 – KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED

Z celkového počtu 30 respondentů na inzulinoterpii (100 %) zvolilo životní oblast KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED celkem 2 respondenti (7 %). 28 respondentů (93 %) nevedlo toto téma vůbec.

Životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED je důležité pro tyto respondenty z hlediska zachování dobré mysli, obnovy a procvičování paměti. Zajímají se

o události ve světě, u nás, o divadlo, které jim přináší chvíle odpočinku a zbavení se myšlenek na nemoc.

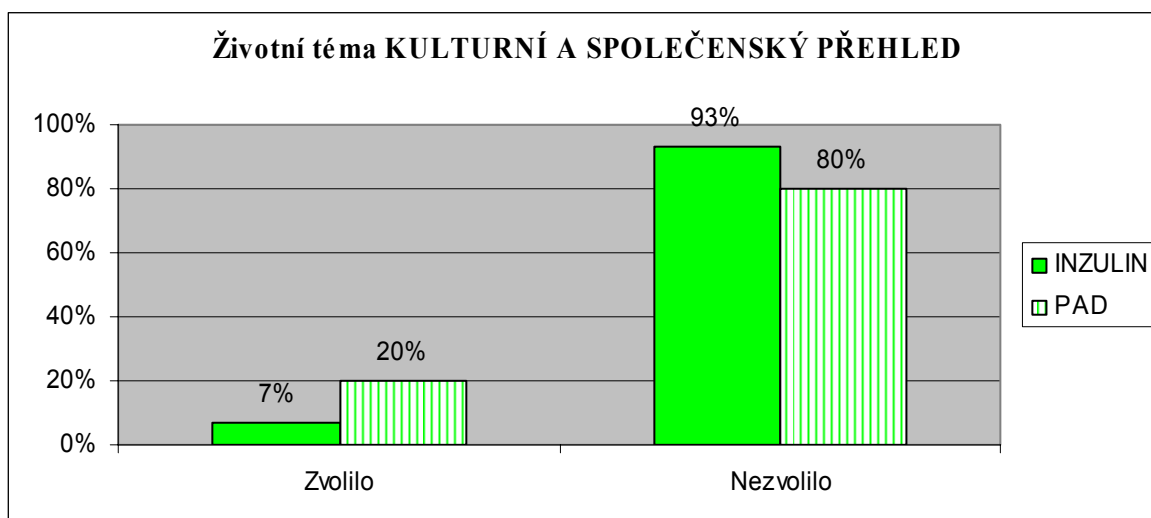
Z celkového počtu 30 respondentů v léčbě perorálních antidiabetik (100 %) zvolilo životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED 6 respondentů (20 %), k tématu se nevyjádřilo 24 respondentů (80 %).

Všichni tito respondenti považují za nutné mít celkový přehled, zajímat se o dění ve světě. Potřebují procvičovat paměť, posilovat myšlení a „být v obraze“.

Tabulka č. 27 – Životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED	2	7 %	6	20 %
Nezvolilo životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED	28	93 %	24	80 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 9 Životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED



Míra spokojenosti s životním tématem – KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED byla u respondentů ze skupiny na inzulinoterapii 30 %, u respondentů s léčbou PAD 52 %.

Tabulka č. 28 – Míra spokojenosti živ. tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED v %
INZULIN	20 %	40 %	30 %
PAD	40 %	70 %	52 %

Důležitost životního tématu – KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED

Průměrná procentuální hodnota důležitosti životního tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED byla ve skupině respondentů na inzulinoterapii 8 %, ve skupině respondentů s léčbou PAD činila 10 %.

Tabulka č. 29 – Důležitost živ. tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED v %
INZULIN	5 %	10 %	8 %
PAD	5 %	15 %	10 %

Životní téma č. 10 – SEXUÁLNÍ ŽIVOT

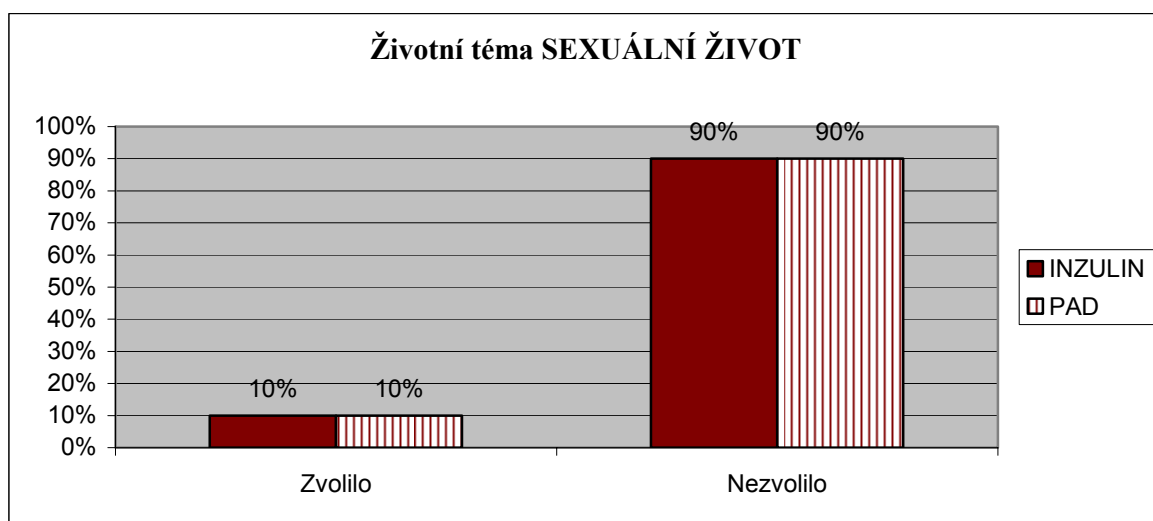
Životní téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT zvolilo stejný počet respondentů z obou skupin, jednalo se tedy o 3 respondenty (10 ze skupiny na inzulinoterapii a o 3 respondenty (10 %) v léčbě s perorálními antidiabetiky. Toto životní téma nebylo zmíněno v každé ze skupin 27 respondenty (90 %).

O tomto tématu hovoří jako o součásti intimního života, muži vyjadřovali obavy ze selhání v sexuálním životě, ženy naopak udávali častější gynekologické problémy. U žen se také objevily obavy z manželovy nevěry. Jinak o tomto tématu mluvili respondenti spontánně, bez zábran.

Tabulka č. 30 – Životní téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT	3	10 %	3	10 %
Nezvolilo životní téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT	27	90 %	27	90 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 10 Životní téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT



Míra spokojenosti s životním tématem – SEXUÁLNÍ ŽIVOT

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem SEXUÁLNÍ ŽIVOT byla u respondentů ve skupině na inzulínoterapii 70 %, ve skupině s léčbou PAD byla 60 %.

Tabulka č. 31 – Míra spokojenosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT v %
INZULIN	70 %	70 %	70 %
PAD	50 %	70 %	60 %

Důležitost životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT

Průměrná procentuální hodnota důležitosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT byla u respondentů na inzulínoterapii 12 % u respondentů s léčbou PAD činila 7 %.

Tabulka č. 32 – Důležitost životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT v %
INZULIN	5 %	20 %	12 %
PAD	5 %	10 %	7 %

Životní téma č. 11 – PŘÍRODA

Životní téma PŘÍRODA zvolili z celkového počtu 30 respondentů na inzulínoterapii (100 %) 3 respondenti (10 %), 27 respondentů (90 %) toto životní téma nezmínili.

Z celkového počtu 30 respondentů v léčbě perorálních antidiabetik zvolil téma PŘÍRODA 1 respondent (3 %), 29 respondentů (97 %) se k tomuto životnímu tématu nevyjádřilo.

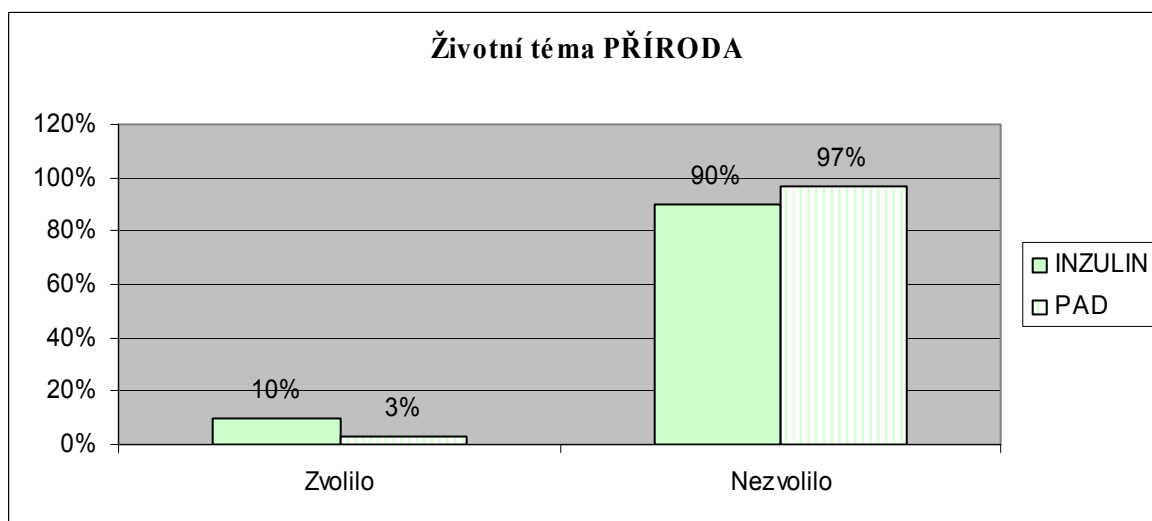
Téma PŘÍRODA vnáší do jejich života klid, pohodu, určitý smysl bytí, je zdrojem relaxace. V přírodě často respondenti zapomínají na problémy všedního dne, odpoutávají své

myšlenky od nemoci, nastávajících vyšetření. V přírodě se v rámci svých možností snaží o aktivní pohyb. I přesto, že u respondentů ze skupiny na inzulinoterapii byli ti, co byli odkázáni na život s protézou, oni sami v přírodě také pobývají v doprovodu jejich rodiny.

Tabulka č. 33 – Životní téma PŘÍRODA

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma PŘÍRODA	3	10 %	1	3 %
Nezvolilo životní téma PŘÍRODA	27	90 %	29	97 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 11 Životní téma PŘÍRODA



Míra spokojenosti s životním tématem PŘÍRODA

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem PŘÍRODA byla u respondentů ze skupiny na inzulinoterapii 57 %, u respondentů s léčbou PAD činila 70 %.

Tabulka č. 34 – Míra spokojenosti životního tématu PŘÍRODA

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu PŘÍRODA v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu PŘÍRODA v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu PŘÍRODA v %
INZULIN	40 %	80 %	57 %
PAD	70 %	70 %	70 %

Důležitost životního tématu – PŘÍRODA

Průměrná procentuální hodnota důležitosti životního tématu PŘÍRODA dosáhla ve skupině respondentů na inzulinoterapii 12 %, ve skupině s léčbou PAD činila 5 %.

Tabulka č. 35 – Důležitost životního tématu PŘÍRODA

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu PŘÍRODA v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu PŘÍRODA v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu PŘÍRODA v %
INZULIN	5 %	10 %	12 %
PAD	5 %	5 %	5 %

Životní téma č. 12 – DOMÁCNOST

Životní téma DOMÁCNOST bylo zvoleno z celkového počtu 30 respondentů na inzulinoterapii (100 %) 1 respondentem (3 %). 29 respondentů (97 %) o této oblasti nemluvalo.

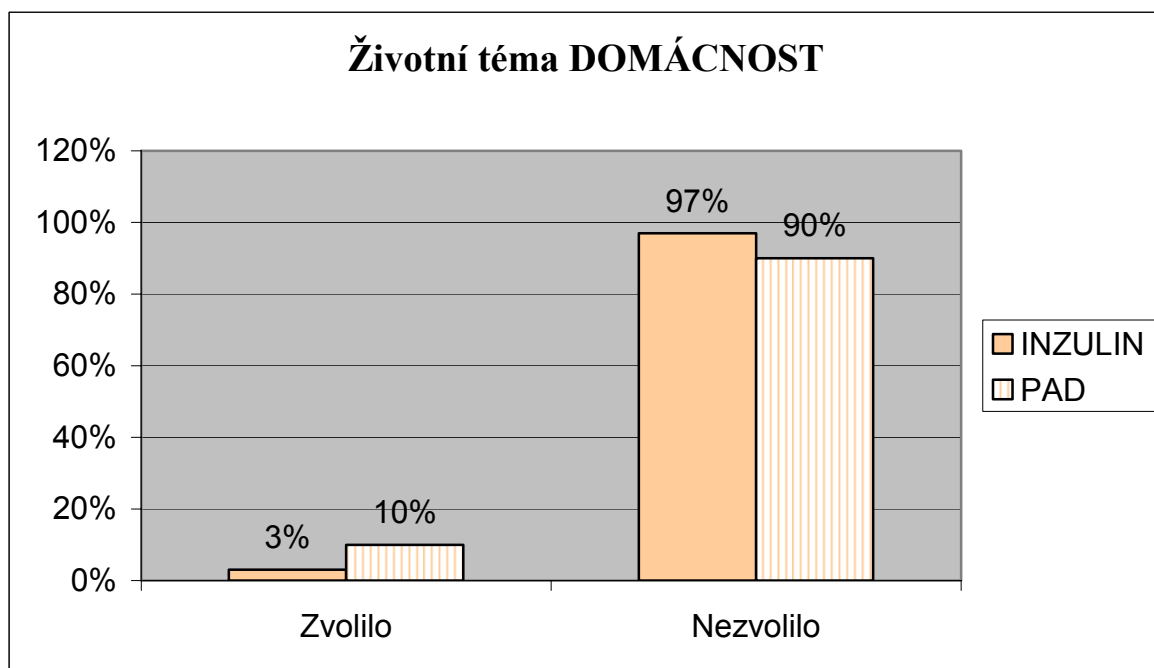
Z celkového počtu 30 respondentů v léčbě perorálních antidiabetik (100 %) uvedli životní téma DOMÁCNOST 3 respondenti (10 %). O životní oblasti DOMÁCNOST nemluvalo 27 respondentů (90 %).

V souvislosti s tímto životním tématem mluví respondenti o čistotě v domácnosti, která jim přináší klid a uspokojení, při těchto činnostech si odpočinou a zaměřují svoji pozornost jiným směrem. Zmiňovali tedy celkový jarní a vánoční úklid, mytí oken, věci doma musí být na svém místě.

Tabulka č. 36 – Životní téma DOMÁCNOST

	INZULIN		PAD	
	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zvolilo životní téma DOMÁCNOST	1	3 %	3	10 %
Nezvolilo životní téma DOMÁCNOST	29	97 %	27	90 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 12 Životní téma DOMÁCNOST



Míra spokojenosti s životním tématem DOMÁCNOST

Průměrná míra spokojenosti s životním tématem DOMÁCNOST byla u respondentů ve skupině na inzulinoterpii 40 %, ve skupině s léčbou PAD činila 83 %.

Tabulka č. 37 – Míra spokojenosti životního tématu DOMÁCNOST

	Nejnižší míra spokojenosti životního tématu DOMÁCNOST v %	Nejvyšší míra spokojenosti životního tématu DOMÁCNOST v %	Průměrná míra spokojenosti životního tématu DOMÁCNOST v %
INZULIN	40 %	40 %	40 %
PAD	70 %	100 %	83 %

Důležitost životního tématu DOMÁCNOST

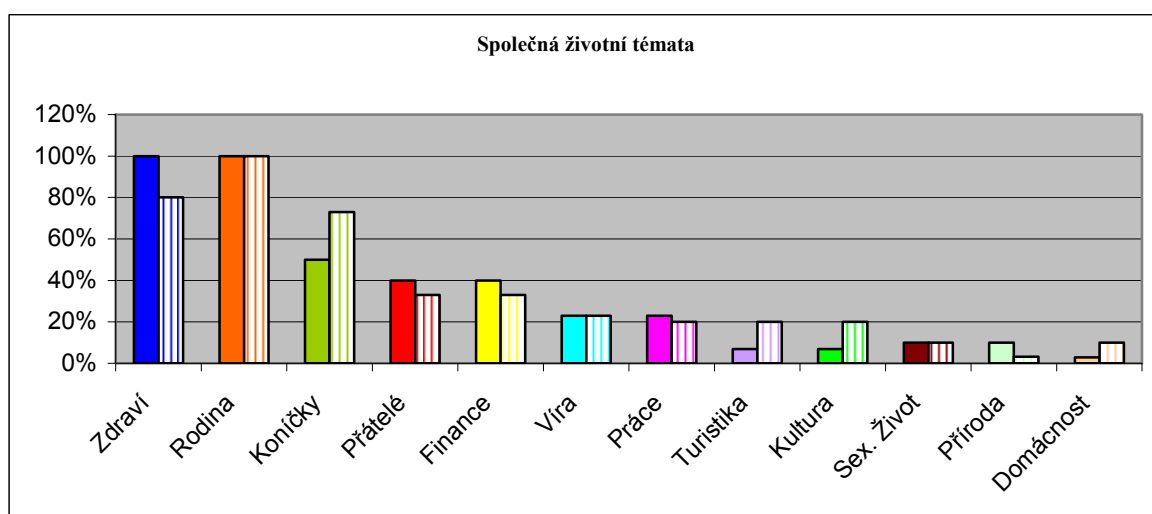
Průměrná procentuální hodnota důležitosti životního tématu DOMÁCNOST byla ve skupině respondentů na inzulínoterapii 15 %, ve skupině s léčbou PAD byla 10 %.

Tabulka č. 38 – Důležitost životního tématu DOMÁCNOST

	Nejnižší hodnota důležitosti životního tématu DOMÁCNOST v %	Nejvyšší hodnota důležitosti životního tématu DOMÁCNOST v %	Průměrná hodnota důležitosti životního tématu DOMÁCNOST v %
INZULIN	15 %	15 %	15 %
PAD	5 %	15 %	10 %

Celkový souhrn společně zvolených životních témat obou skupin respondentů

Graf č. 13 Společná životní témata obou skupin respondentů



Další životní témata zvolená navíc pouze skupinou respondentů na inzulínoterapii

Tabulka č. 39 – Další životní témata respondentů na inzulínoterapii

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Průměrná míra spokojenosti	Průměrná hodnota důležitosti	Komentář
Životní pohoda	4	13 %	59 %	11 %	Respondenti do tohoto tématu zahrnuli celkovou životní spokojenost. Toto téma chtěli uvést samostatně.
Svět bez válek	3	10 %	60 %	12 %	Respondenti si přejí žít kvalitní život bez válek, zabíjení a střílení, usilují o mír.
Dobrá psychická stav	3	10 %	73%	27 %	Respondenti usilují o dobrou psychickou kondici, v souvislosti s nemocí je pro ně důležité mít chuť do života.
Nezávislost, soběstačnost	2	7 %	50 %	23 %	Pro respondenty je důležité postarat se o sebe, nebýt závislí na druhých a pokud ano, tak pouze minimálně.
Najít smysl života	1	3 %	50 %	15 %	Toto životní téma uvedl respondent po amputaci dolní končetiny, který v současné chvíli hledal opravdový smysl života a motivaci.

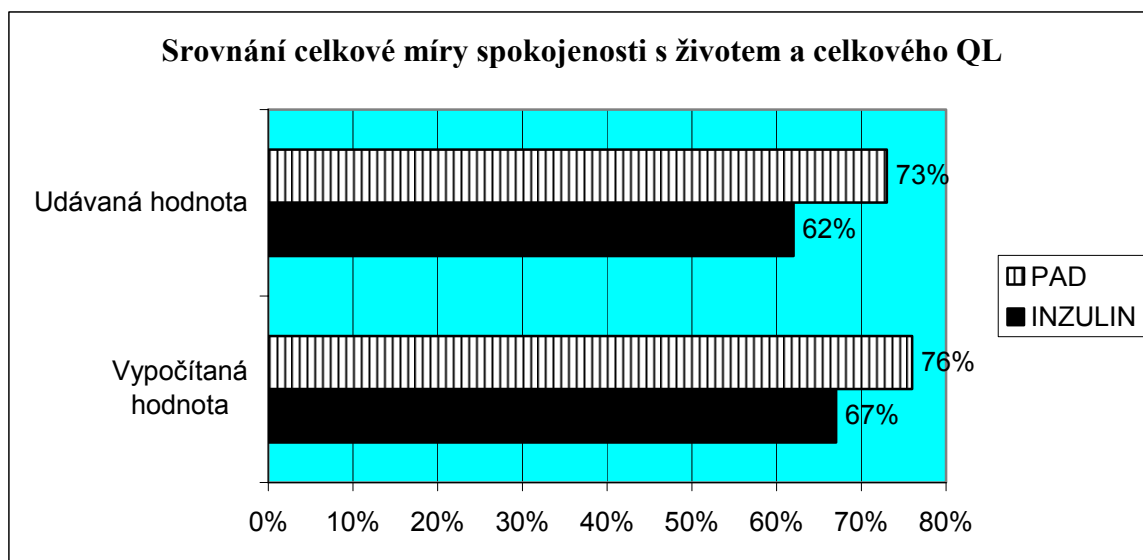
Zhodnocení respondenty udávané celkové míry spokojenosti s životem a vypočítané celkové hodnoty kvality života (QL) respondentů

Poslední částí formuláře metody SEIQoL bylo udělat křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměrem pacientovi životní spokojenosti“. Tímto krokem ukázali respondenti celkovou míru spokojenosti s životem. Celková hodnota kvality života byla vypočítána na základě instrukcí metody SEIQoL. (Příloha č. 16)

Skupina respondentů na inzulinoterapii měla celkovou hodnotu kvality života jimi udávanou nižší o 11 % než skupina respondentů s léčbou PAD. Hodnota vypočítaná u skupiny respondentů též na inzulinoterapii byla nižší o 9 % než skupina respondentů s léčbou PAD.

Procentuální rozdíl udávané a vypočítané hodnoty ve skupině respondentů na inzulinoterapii byl 5 %, procentuální rozdíl udávané a vypočítané hodnoty ve skupině respondentů s léčbou PAD byl 3 %.

Graf č. 14 Celková míra spokojenosti s životem udávaná a celkové vypočítané QL obou skupin respondentů



4 Diskuze

Tato kapitola interpretuje výsledky výzkumu kvality života u nemocných s diabetes mellitus 2. typu zjištěných metodou SEIQoL.

Hlavní cíl práce směřoval ke zmapování kvality života pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Na základě metody SEIQoL se podařilo tuto oblast naplnit a zároveň se podařilo splnit první dílčí cíl výzkumu – ověřitelnost metody SEIQoL.

Milým překvapením v oblasti výzkumu pro mě bylo naplnění druhého a třetího dílčího cíle. Zde se ukázalo, že respondenti jsou schopni adekvátně a rychle reagovat na otázky, které byly směřovány k volbě jejich životních témat. O nejdůležitějších oblastech života dokázali hovořit v širokém rozsahu. Ve skutečnosti se jednalo o opravdu subjektivně vnímanou kvalitu jejich života. O tom přesvědčilo stanovení velkého množství životních témat. V prvé řadě došlo k odhalení nejdůležitějších společných životních oblastí obou skupin respondentů, těch bylo celkem 12. Velmi zajímavé bylo pro mě zjištění, že ve skupině respondentů léčených inzulinem, se objevila další životní témata, která svým způsobem ovlivňují jejich subjektivně vnímanou kvalitu života. Kladla jsem si otázku: „Proč tomu tak asi je?“ Z mého pohledu vidím širší rozsah výběru témat u skupiny respondentů na inzulinoterapii právě v tom, že tito pacienti svoji nemoc vnímají více do hloubky. Větší nabídka životních témat jim pomáhá soustředit svoji pozornost i do jiných oblastí života, kde nalézají jeho smysl a uplatnění. Z těchto navíc zvolených životních témat ve skupině respondentů na inzulinoterapii byly uváděny tyto oblasti: životní pohoda, svět bez válek, mír, soběstačnost, nezávislost, dobrý psychický stav a posledním témat byl právě onen uveden – najít smysl života.

Můžu tedy říci, že jednotlivé dimenze kvality života reprezentují široké spektrum bio-psycho-sociálních-spirituálních oblastí lidské existence.

Je nezbytně nutné uvést zde společně zvolená životní témata obou skupin respondentů a zhodnotit jejich postoj k dané oblasti.

Obě skupiny respondentů se shodli v prvních 12 oblastech. Jako prvním tématem byla zvolena životní oblast ZDRAVÍ. Již na začátku výzkumu mi bylo jasné, že toto téma bude jedním na prvních místech jejich žebříčku hodnot. Překvapením se ale stal fakt, že ze skupiny respondentů léčených perorálními antidiabetiky, toto téma nebylo zmíněno v šesti případech. O pohledu a postoji ke svému zdraví uvádím výroky obou skupin respondentů.

Ze skupiny respondentů na inzulinoterapii se jednalo o tyto názory na zdraví:

- „Chci si udržet zdraví co nejvíce. I přesto, že jsem závislá na inzulinu, potřebuji chodit do práce a starat se o rodinu.“
- „Mít kompenzovaný diabetes. Bojím se komplikací, chci být soběstačný, nezávislý na pomoci druhých lidí.“
- „Horší to snad už být nemůže, nohu mi nikdo nevrátí.“

Z posledního výroku respondenta vyplývá, že téma zdraví je pro něho nejméně naplněnou oblastí, informuje nás o tom i tabulka č. 4 (Míra spokojenosti životního tématu ZDRAVÍ), kde tento respondent uvedl nejnižší míru spokojenosti s tímto životním tématem a to 20 %. Proto bych v takovém případě viděla jako první pomoc - nabídnout psychologickou podporu a intervenci ze stran zdravotnických pracovníků, psychologů a nutričních terapeutů.

Ze skupiny respondentů s léčbou PAD byly uvedeny tyto výroky:

- „Léky užívám, nijak se neomezují, nemoc mě nebolí.“
- „Důležitější pro mě je zdraví rodiny. Cítím se být zdravý, i když už 3 roky beru léky na cukrovku.“
- „Co bych z toho života měl, kdybych si nedopřál pěkný kousek bučku.“

Uvedené výpovědi respondentů svědčí o tom, že v těchto případech je velmi nutné zajistit dostatečnou edukaci. Kromě vlastní první fáze edukačního procesu je ale zapotřebí dohlédnout na nutnost komplexní specializované edukace s odstupem času a následnou reedukaci. I v této skupině respondentů byla uvedena nejnižší míra spokojenosti s životním tématem ZDRAVÍ 20 %, naopak nejvyšší byla 100 %. Ta se objevila právě u těch nemocných, kde je cukrovka nebolí a cítí se zdraví. Z tabulky č. 4 (Míra spokojenosti životního tématu ZDRAVÍ), je zřejmé, že u nemocných s léčbou PAD je míra spokojenosti s tímto životním tématem o 14 % vyšší než u skupiny na inzulinoterapii. Naopak důležitost životního tématu ZDRAVÍ je u skupiny respondentů s léčbou PAD nižší o 1 %.

Druhým tématem, o kterém respondenti obou skupin hovořili, bylo téma RODINA.

O rodině mluvili respondenti obou skupin stejně. Zajímavé jsou jejich výroky, které ukazují na míru spokojenosti a důležitosti daného životního tématu.

- „Mít kolem sebe lidi, se kterými budu řešit své problémy a na které se mohu stoprocentně spolehnout.“

- „Nemoc mě sblížila s členy rodiny, dříve naše vztahy nebyly tak pevné. Mým přáním je dosáhnout takového zdravotního potenciálu, abych si mohla užít vnoučat.“
- „Rodina je pro mě zázemím v dobré i špatné chvíli, potřebuji mít jistotu, že nejsem sama.“

Z tabulek č. 7 a 8 (Míra spokojenosti životního tématu RODINA, Důležitost životního tématu RODINA) je možné rozpoznat vysokých průměrných hodnot míry spokojenosti a důležitosti daného životního tématu. Rodina je opravdu velmi významně naplněnou oblastí kvality života obou skupin respondentů.

Třetím tématem společných životních témat se stalo téma ZÁJMY, KONÍČKY. Ve skupině respondentů s léčbou PAD se objevila větší četnost, což ukazuje graf č. 3 (Životní téma ZÁJMY, KONÍČKY) a tabulka č. 9 (Životní téma ZÁJMY, KONÍČKY). Nejčastěji uvedené koníčky byly : zahrada, sport, vaření, pletení, sbírka mašinek, zvířata, křížovky, četba knih, sledování televize.

Průměrná míra spokojenosti byla u respondentů na inzulinoterapii nižší o 3 %, než u nemocných s léčbou PAD, avšak průměrná hodnota důležitosti byla ve skupině respondentů na inzulinoterapii o 4 % vyšší. (viz. tab. č. 10, 11 – Míra spokojenosti životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY, Důležitost životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY). Pro obě dvě skupiny znamenaly ZÁJMY, KONÍČKY možnost relaxace, odpočinku a odpoutání pozornosti od nemoci.

Dalším společně uvedeným témat bylo téma PŘÁTELSTVÍ. Tato oblast nevykazovala extrémní rozdíly, pouze v průměrné míře spokojenosti s daným životním tématem byl zaznamenán rozdíl ve skupině respondentů na inzulinoterapii. Tito nemocní vnímali průměrnou míru spokojenosti o 7 % více než nemocní s léčbou PAD. Vyšší rozdíl vidím zejména v tom, že v této skupině byli pacienti již se vzniklými komplikacemi (amputace dolní končetiny, retinopatie aj.). Právě oni vyžadují větší sociální interakci, která je zapojuje do normálního kvalitního života.

Pátým tématem oblasti kvality života bylo uvedeno téma FINANCE. Graf č. 5 (Životní téma FINANCE), tabulka č. 15, 16 a 17 (Životní téma FINANCE, Míra spokojenosti životního tématu FINANCE, Důležitost životního tématu FINANCE) ukazují míru zastoupení, průměrnou míru spokojenosti a důležitosti tohoto životního tématu. Zde opět nebyly zaznamenány velké rozdíly ve vnímání oblasti. Z výroků uvedených byly tyto zajímavé:

- „Peníze budou, my nebudeme.“

- „Peníze jsou důležité, chci si dopřát komfortnější život.“
- „Peníze potřebuji na léky, musím se jinak stravovat a to stojí také spoustu peněz.“

Milým překvapením pro mě bylo, jak duchaplně dokáží respondenti spojit životní téma finance a zdraví.

Téma VÍRA bylo uvedeno jako šesté v pořadí životních oblastí. Pro obě dvě skupiny respondentů mělo toto téma téměř stejnou váhu. O tom svědčí graf č. 6 (Životní téma VÍRA), tabulka č. 18, 19 a 20 (Životní téma VÍRA, Míra spokojenosti životního tématu VÍRA, Důležitost životního tématu VÍRA).

Duchovní život je pro respondenty možností naplnit si potřeby spirituální, víra v Boha pro ně znamená vnitřní osobní růst a nalezení nové životní etapy. V nemoci jim Bůh pomáhá „zmírňovat utrpení“, dokáží se daleko více s problémy vyrovnat a nalézt vnitřní klid.

Často říkají: „Ježíš Kristus je ten, kdo má moc nás zachránit.“

Sedmým životním tématem byla zmíněna oblast ZAMĚSTNÁNÍ. Informace ohledně zastoupení, průměrné míry spokojenosti a důležitosti s danou oblastí kvality života ukazuje graf č. 7 (Životní téma ZAMĚSTNÁNÍ), tabulka č. 21, 22 a 23 (Životní téma ZAMĚSTNÁNÍ, Míra spokojenost životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ, Důležitost životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ).

Průměrná míra spokojenosti s daným životním tématem byla o 9 % vyšší ve skupině respondentů s léčbou PAD. Tento rozdíl byl do jisté míry způsoben tím, že ve skupině nemocných na inzulínoterapii byli respondenti s částečným nebo plným invalidním důchodem. Avšak průměrná hodnota důležitosti tohoto tématu vykazovala o 5 % vyšší rozdíl než u respondentů s léčbou PAD.

Zde uvádím některé výroky samotných respondentů.

- „Práce je pro mě možností růst a seberealizace.“
- „Mám svoji práci ráda a přesto, že jsem závislá na inzulinu, můžu vykonávat tu profesní funkci, která mě baví.“
- „Bál jsem se, že léčba inzulinem mě donutí změnit zaměstnání, které miluji, naštěstí podpora okolí mi pomohla zvládnout veškeré problémy, kterých jsem se obával.“
- „Zaměstnání je pro mě problémem. Můj částečný invalidní důchod mě omezuje, nikde mě na pár hodin do práce nevezmou. ale peníze potřebuji.“
- „Zaměstnání mi dodává pocit spokojenosti, sebeúcty a úcty ze strany okolí.“

Další čtyři životní témata již nebyla uvedena v takové míře zastoupení, ale stále se jednalo o témata společně zvolená.

Osmou oblastí životních témat bylo CESTOVÁNÍ, TURISTIKA. Vyšší procentuální rozdíl je jak v četnosti, tak i míře spokojenosti a důležitosti u respondentů s léčbou PAD. To ukazuje graf č. 8 (Životní téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA), tabulka č. 24, 25 a 26 (Životní téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA, Míra spokojenosti životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA, Důležitost životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA).

Pro respondenty je tato oblast zájmu zpestřením jejich života, možnost odpoutat pozornost od nemoci a problémů všedního dne. Pacienti na inzulinoterapii tak mají možnost seberealizace a posílení sebevědomí.

- „I přesto, že si aplikuji inzulin, jsem schopen cestovat a poznávat krásy naší republiky.“

Kulturní a společenský přehled bylo tématem na devátém místě žebříčku hodnot. Graf č. 9 (Životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED), tabulka č. 27, 28 a 29 (Životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED, Míra spokojenosti životního tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED, Důležitost životního tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED) nás informují o počtu zastoupení a průměrné míře spokojenosti a důležitosti s daným životním tématem. z hodnot vyplývá, že respondenti s léčbou PAD mají větší zastoupení a vyšší míru spokojenosti a důležitosti v této oblasti. Velkou roli zde opět hrají komplikace v souvislosti s onemocněním.

- „Mám ráda divadlo, kulturu, ale v těchto případech jsem závislá na tom, kdo mi pomůže se tam dopravit.“
- „Problémy se zrakem mně zhoršují naplnit své potřeby v této oblasti.“

Zajímavým zjištěním pro mě bylo téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT. Z každé skupiny respondentů bylo uvedeno toto téma ve třech případech, průměrná míra spokojenosti byla téměř shodná u obou skupin, v oblasti důležitosti však byl rozdíl. Respondenti na inzulinoterapii přikládají větší váhu důležitosti tomuto tématu a to o 5 % než respondenti s léčbou PAD. (viz. graf č. 10 – Životní téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT, tabulka č. 30, 31 a 32 – Životní téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT, Míra spokojenosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT, Důležitost životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT).

Zde uvádím některé výroky:

- „Sexuální život musí být součástí kvalitního prožití života.“

- „Bojím se, že selžu v této oblasti, ale sex je pro mě velmi důležitý. Nechci ztratit svou partnerku.“
- „Mám obavy z manželovy nevěry, sexuální stránka je pro mě důležitá.“

Jedenáctým životním tématem byla zvolena PŘÍRODA. Tato oblast se stala důležitější pro respondenty na inzulinoterapii, o tom svědčí graf č. 11 (Životní téma PŘÍRODA) a tabulka č. 33 (Životní téma PŘÍRODA), která nás informuje o četnosti zastoupení. Příroda pro respondenty znamenala možnost relaxace, zklidnění a zbavení se starostí všedních dnů. Průměrná míra spokojenosti a důležitosti s tímto tématem je uvedena v tabulce č. 34 a 35 (Míra spokojenosti životního tématu PŘÍRODA, Důležitost životního tématu PŘÍRODA).

Posledním životním tématem byla oblast DOMÁCNOST. Informace ohledně četnosti zastoupení, míry spokojenosti a důležitosti s tímto tématem podává graf č. 12 (Životní téma DOMÁCNOST) a tabulka č. 36, 37 a 38 (Životní téma DOMÁCNOST, Míra spokojenosti životního tématu DOMÁCNOST, Důležitost životního tématu DOMÁCNOST). Respondenti zde zejména hovoří o nutnosti udržovat čistou domácnost a mít věci na svém místě.

- „Čistá domácnost je pro mě důležitá, mám dobrý pocit z dobře vykonané práce.“
- „V čistě uklizeném bytě nalézám ten správný odpočinek.“

Zde jsem tedy uvedla společně zvolená témata obou skupin respondentů. Domnívám se, že uvedená životní témata vypovídají o individuálně subjektivně vnímané kvalitě života a o jejich míře spokojenosti a důležitosti. Podařilo se mi tedy naplnit druhý a třetí dílčí cíl.

Posledním dílčím cílem bylo porovnat celkovou hodnotu QL pacienty udávanou a mnou vypočítanou obou skupin respondentů.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že udávaná celková míra spokojenosti pacientů s diabetes mellitus 2. typu s léčbou PAD je o 11 % vyšší než pacientů na inzulinoterapii. Vypočítaná hodnota celkového QL je u pacientů s léčbou PAD vyšší o 9 % než u pacientů na inzulinoterapii. (viz. graf č. 14 – Celková míra spokojenosti s životem udávaná a celková vypočítaná QL obou skupin respondentů).

Je důležité zdůraznit, že v případě celkové hodnoty kvality života a celkové míry spokojenosti platí, že 100 % je ideální stav. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že lidé trpící diabetem 2. typu jsou spokojeni se svou kvalitou života z necelých tří čtvrtin. To považuji za uspokojivý výsledek.

Na začátku výzkumu mi bylo jasné, že kvalita života u pacientů s diabetes mellitus 2. typu s léčbou PAD bude vykazovat vyšších hodnot než ve skupině na inzulinoterapii. Překvapivým faktem je, že procentuální rozdíl mezi oběma skupinami není až tak velký, jak jsem se původně domnívala. V tomto směru mě napadá myšlenka: „Jak dalece by byli

spokojeni se svým životem zdraví lidé a jakých by dosahovali hodnot míry spokojenosti a důležitosti zvolených životních témat?“

V rámci diskuze bych chtěla ještě zmínit studie zabývající se též kvalitou života diabetiků.

Sledováním kvality života nemocných v souvislosti s typem diabetu, pozdními komplikace a pohlavím se zabývala T. Hrachovinová, E. Svitáková, L. Csémy, V. Fejfarová a to v rámci výzkumného záměru. cílem bylo sledovat kvalitu života nemocných diabetem léčených intenzifikovaným inzulínovým režimem v závislosti na typu diabetu, způsobu terapie (aplikace inzulínu inzulínovým perem a léčba inzulínovou pumpou), na pohlaví a přítomnosti pozdních komplikací nemoci. Soubor respondentů zahrnoval 114 nemocných s diabetes mellitus (86 DM 1. typu a 28 DM 2. typu, 56 mužů a 58 žen). Výzkum probíhal v rámci edukačního kurzu během hospitalizace a rekondičního pobytu pomocí dotazníků na kvalitu života: Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA) a The Audit of Diabetes – Dependent Quality of Life (ADDQoL). V souboru byla polovina pacientů s pozdními komplikacemi diabetu výlučně v počátečním stadiu. Závěr studie byl takový, že ženy vykazovaly nižší kvalitu života v mnoha oblastech oproti nemocným mužům. Nalezen byl i výrazný negativní dopad pozdních, i když počínajících komplikací diabetu na kvalitu života nemocných osob. Při stejném typu terapie nebyly prokázány rozdíly v kvalitě života nemocných s různým typem diabetu.

Další výzkum probíhal u nemocných s diabetem v Centru diabetologie IKEM. Výzkum byl zaměřen na sledování osobní pohody v souvislosti s kvalitou života a různou terapií diabetu (léčba perorálními antidiabetiky versus inzulínoterapie). Jednalo se o soubor 67 nemocných s diabetem 2. typu (34 mužů a 33 žen, průměrný věk 61,2 let). Skupina nemocných byla rozdělena na dvě podskupiny v závislosti na terapii – na podskupinu nemocných léčených PAD a podskupinu léčených inzulínem. Výzkumný soubor byl vyšetřen dvěma dotazníky na kvalitu života: generickým dotazníkem (SQUALA) a specifickým dotazníkem (ADDQoL). V závislosti na terapii diabetu byl v souboru diabetiků 2. typu zjištěn statisticky významný rozdíl v celkovém skóru kvality života v obou dotaznících. Nemocní léčení inzulínem dosahovali nižší kvality života než nemocní léčení PAD. Pacienti léčení PAD hodnotili v dotazníku ADDQoL signifikantně menší negativní dopad na následující oblasti života: volný čas a cestování, fyzická soběstačnost, sebedůvěra, životní podmínky, práce, peníze, přátelství a závislost na druhých. Pacienti léčení inzulínem hodnotili tedy výraznější negativní dopad diabetu na kvalitu svého života v polovině sledovaných oblastí.

V návaznosti na toto šetření bych dále zmínila článek: C . Bradley, C. Todd, T. Gorton, E. Symonds, A. Martin and R. Plowright – The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL.

Předmětem této studie bylo navrhnout a vytvořit dotazník, který u jednotlivců posoudil vnímání vlivu cukrovky na kvalitu jejich života. Návrh ADDQoL byl vytvořen na základě principů zaměřujících se na osobu pacienta a za použití metody rozhovoru SEIQoL.

Respondenti hodnotili pouze osobní relevantní životní aspekty – domény, které jsou cukrovkou ovlivněny. Pacienti aplikující inzulin zaznamenali větší vliv cukrovky na kvalitu života, než pacienti užívající tablety. U lidí s mikrovaskulárními komplikacemi se podle předpokladů ukázalo, že je jejich kvalita života kvůli těmto komplikacím nižší, než u lidí bez těchto komplikací.

Různorodost individuálních odpovědí v ADDQoL je značná a vliv cukrovky na kvalitu života nelze jednoduše označit za negativní. Někteří pacienti řekli, že cukrovka zvýšila jejich chuť k jídlu a zlepšila fyzickou kondici. Někteří řekli, že mají větší motivaci prosadit se, aby dokázali, že cukrovka není handicap.

Dotazník ADDQoL tedy slouží k zjištění vlivu cukrovky a její léčby na kvalitu života jednotlivce. Měřené hodnoty umožňují určit životní domény pacienta, které jsou pro něho důležité a které jsou zároveň cukrovkou negativně ovlivněny. ADDQoL podal důkaz své vnitřní konzistentní spolehlivosti, prvotní důkaz platnosti a naznačil pravděpodobnou citlivost vůči změnám. Je možné říci, že ADDQoL bude citlivější vůči změnám a bude lépe reagovat na rozdíly, než některé nástroje pro měření cukrovkou ovlivnění, či obecné kvality života.

Lze tedy říci, že dotazníková verze metody SEIQoL se jeví jako praktická možnost mapování kvality života. Právě filozofie podporující metodu SEIQoL vedla k vytvoření návrhu dotazníku zkoumajícího kvalitu života jednotlivců s diabetes mellitus – Audit míry kvality života s diabetes mellitus (ADDQoL). Metoda SEIQoL však též odhalila míru vlivu diabetu na kvalitu života, pravdou však je, že generický dotazník ADDQoL může být opravdu citlivější na změnu, než metoda SEIQoL, kde vliv cukrovky nemusí být kritériem pro výběr domén.

Na základě metody SEIQoL se mi však podařilo splnit mnou vytyčené cíle, otázkou zbývá, zda pro možný příští výzkum využít specifických dotazníků zaměřených na samotné onemocnění. Avšak pro pacienty samotné byla metoda SEIQoL velkým přínosem. Nejenže jsme k sobě našli větší důvěru a porozumění, ale tito pacienti v prostředí nemocnice měli možnost se vypovídat, zjistit a zamyslet se nad svými životními hodnotami a snad možná si i tyto oblasti pro ně důležité přehodnotit.

Závěrem diskuze bych ráda uvedla svůj osobní názor na stěžejní oblast života člověka – kvalitu života. Na základě zkušeností, poznatků a výzkumného šetření jsem si uvědomila, že kvalita života v souvislosti s onemocněním (nemusí to být jen diabetes mellitus) je opravdu chápána velmi individuálně. A to jak ze strany pacienta, tak ze strany zdravotnického pracovníka. My, zdravotničtí pracovníci, se často díváme na pacienta jako na diagnózu, sám pacient ale potřebuje cítit a poznat, že se zajímáme o něho jako celek, tj. se všemi jeho potřebami z pohledu holistického. Díky metodě SEIQoL lze velmi dobře poznat všechny stránky jedince, seznámit se s jeho názory, přístupem k životu, s jeho velmi citlivými reakcemi. A to je pro všechny z nás to nejdůležitější.

Na druhé straně je bezpochyby nutné vzhledem k diagnóze zjistit specifický postoj pacienta k nemoci, k léčbě a prevenci. Proto jsou k dispozici specifické generické dotazníky, které tyto kritické oblasti mohou odhalit. Tím nejlepším pro našeho pacienta by bylo spojit tyto dva přístupy a tak co nejvíce do hloubky poznat člověka jako celek.

Spolu s mými pacienty se nám nakonec podařilo vytvořit si obraz člověka – pacienta, ve chvíli krize, nemoci, ve chvíli, kdy potřebuje pomoc. Poznali jsme společně stránku fyzickou, psychickou, sociální a spirituální. V rámci rozhovorů jsme se dostali do míst, o kterých tak často lidé nehovoří, ač by rádi hovořili. Byla to cesta dlouhá, náročná, ale nezapomenutelná a přínosná pro nás všechny. Za to jim všem moc děkuji.

Závěr

Bakalářská práce byla věnována kvalitě života nemocných s diabetes mellitus 2. typu.

Teoretická část této práce poukázala na kvalitu života obecně a na kvalitu života v souvislosti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Dále zde byly popsány informace týkající se vlastního onemocnění diabetes mellitus.

V empirické části práce byla k výzkumu kvality života nemocných s diabetes mellitus 2. typu zvolena metoda strukturovaného rozhovoru, metoda SEIQoL, která je individuálním zhodnocením subjektivně vnímané kvality života pacienta. Ke kvalitě života člověka přistupuje tak, jak ji subjektivně chápe dotazovaná osoba. Základními daty jsou zde výpovědi nemocného, přičemž pojetí kvality života závisí na jeho vlastním systému hodnot.

Metoda SEIQoL vychází z definice kvality života zveřejněné skupinou irských psychologů O'Boyle, McGee a Joyce, která zní: „Definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec.“ (Křivohlavý, 2002)

Na základě výzkumného šetření se podařilo zmapovat individuálně vnímanou kvalitu života jednotlivců. Pomocí instrukcí respondenti zvolili nejdůležitější okruhy jejich života. Ze zjištěných životních témat vyplývá, že bio-psycho-sociální a spirituální potřeby člověka hrají v jeho životě tu nejdůležitější roli. V samotném poznávání životních hodnot je ale důležité zaměřit se na některá kritická místa a body, která se zde mohou objevit. Příkladem může být pouhý pojem či životní téma ZDRAVÍ. Zjistila jsem, že ne všichni respondenti toto téma považují za nejdůležitější. Vždyť 6 respondentů ve skupině s léčbou PAD nezvolilo toto téma vůbec. V rámci zlepšení by bylo dobré se na tuto oblast více zaměřit. Možná by ke zlepšení mohlo přispět jiné výzkumné šetření zabývající se celkovou edukací pacientů s diabetes mellitus. Samotná edukace má významnou funkci v ošetřovatelství, představuje jeden z prvků kvality života pacientů s diabetes mellitus. Efektivnost léčby může mít bezesporu vliv na pozitivní změny v jednotlivých oblastech kvality života pacientů. Jsem proto ráda, že i v naší nemocnici se chystají změny, které by pomohly pacientům s diabetes mellitus odhalit možnost podceňování vlastního onemocnění, a to na základě edukace a reedukace těchto pacientů vyškolenými specializovanými sestrami v oboru diabetologie. Je třeba do aktivní spolupráce začlenit rodinu, která byla respondenty zvolena jako nejdůležitější podpora v prožívání vlastního onemocnění. Rodina by se měla stát pilířem, o který se může nemocný opřít.

Z dalších zvolených životních témat vyplývá, že je třeba pacientům zvláště hospitalizovaným poskytnout nabídku jejich některých zvolených životních témat. Může se

jednat o možnost zajistit návštěvy přátel, což v dnešní době není problém. Nabídka může přijít i ze strany sociálního pracovníka, kdy některé sociální výhody mohou zlepšit finanční situaci nemocného. Pomocnou rukou v době prožívání nemoci a zlepšení kvality života se může stát návštěva faráře a možnost vyzpovídat se. Toto vše jsou způsoby, jak my zdravotníci můžeme zefektivnit kvalitu života pacientů s diabetes mellitus. Někdy se může nemocnému zdát, že život s diabetem znamená jen komplikovaný sled úkolů, které musí neustále řešit. Na druhé straně je od něj očekáváno, že bude žít „normální“ život a je podporován lékaři, rodinou v úsilí normální život vést. Diabetes tak může vést ke konfliktu mezi nároky vlastní nemoci a osobními životními cíli nemocného. Nástrojem pomoci zde může být neizolovat se od lidí, nezůstat se svými pocity sám, setkávat se s jinými nemocnými, tzn. informovat pacienty o možnostech navštěvovat kluby, rekondiční pobyty. Tím pacienti zjistí, že v tom nejsou sami, vymění si zkušenosti a to je posune o kruček dál.

Tyto všechny věci dále mohou ovlivnit celkovou míru spokojenosti s danými životními tématy a celkovou hodnotu důležitosti životních témat. Výsledkem pak je i vliv na celkově vnímanou kvalitu života jednotlivce.

Tento výzkum kvality života byl přínosem nejen pro mě samotnou, ale i pro naše pacienty na interním oddělení nemocnice v Novém Bydžově. Jsem ráda, že v oblasti zlepšení kvality života pacientů dochází ke změnám, ať již v samotném specializačním studiu zdravotnických pracovníků, kterého se v letošním roce účastní některé naše všeobecné sestry, tak i v lepší komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem, a to v rámci sepisování vstupních ošetřovatelských anamnéz. Již zde můžeme odhalit některá kritická místa v rámci bio-psycho-sociálního a spirituálního pojetí zdraví.

Anotace

- Autor:** Monika Laštůvková
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství
Název práce: The Quality of life of patients with Diabetes Mellitus, type 2
Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová
Počet stran: 116
Počet příloh: 16
Rok obhajoby: 2009
Klíčová slova: quality of life (QoL), diabetes mellitus type 2, SEIQoL method, research

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Důraz této práce je kladen na individuální hodnocení kvality života. Tento způsob zjišťování kvality života neklade předem kritéria, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považují za důležité. Tato práce mapuje kvalitu života, jak obecně, tak v souvislosti s tímto onemocněním. Mým zájmem bylo nejen poznat životní témata pacientů, ale na základě použité metody SEIQoL zjistit míru spokojenosti a důležitosti daného životního tématu. Těžiště práce tvoří výzkumné šetření na interním lůžkovém oddělení nemocnice v Novém Bydžově. Cílem práce je nejen srovnat kvalitu života pacientů s diabetes mellitus na inzulínoterapii a pacientů, v jejichž terapii hrají důležitou roli perorální antidiabetika (PAD), ale také zhodnotit celkový rozdíl kvality života (tzv. QL) pacienty udávané na stupnici „teploměru“ a mnou vypočítané na základě získaných údajů.

My bachelor thesis deals with an impact of diabetes mellitus, type 2 on patients` QoL. The main focus of this thesis is on the individualized perception of QoL. This method of QoL measurement does not determine criteria beforehand, but is based on the subjective perceptions of respondents, what he/she considers important. This thesis surveys both generic and diabetes dependant QoL. Not only was it my intention to find life domains of patients, but also evaluate the impact and importance ratings of the particular life domain, using the SEIQoL method.

The focal point of the thesis is an explorative investigation in the internal sickbed department of the hospital in Nový Bydžov. The aim of the thesis is not only to compare the diabetes mellitus dependent QoL of insulin-treated patients versus patients treated by perioral

antidiabetic drugs (PAD), but also evaluate the overall difference of QoL between life domains indicated by patients on a thermometer scale and my calculation based on acquired data.

Literatura a prameny

1. ANDĚL, Michal. *Diabetes mellitus a další poruchy metabolismu*. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. 210 s. ISBN 80-7262-047-9.
2. ANDĚL, Michal. *Život s cukrovkou*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1996. 115 s. ISBN 80-7169087-2.
3. BARTOŠ, Vladimír, PELIKÁNOVÁ, Tereza. *Praktická diabetologie*. 2. vyd. Praha : MAXDORF, 2000. 473 s. ISBN 80-85912-17-1.
4. BUREŠ, Jan, HORÁČEK, Jiří. *Základy vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha : Galén, 2003. 870 s. ISBN 80-7262-208-0.
5. BARTOŠ, Vladimír, PELIKÁNOVÁ, Tereza. *Praktická diabetologie*. 2. vyd. Praha : MAXDORF, 2000. 473 s. ISBN 80-85912-17-1.
6. DRAGOMERICKÁ, Eva, et al. *SQUALA*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006. 68 s. ISBN 80-85121-47-6.
7. HRACHOVINOVÁ, Tamara. *Diabetes mellitus a subjektivní hodnocení pocitů zdraví*. Komentář (Diabetes mellitus and psychological well-being.. Commentary)., In: Journal of diabetes and its Complications. České vydání. 2004, roč. 2, č. 3, s. 149-150. ISSN 1214-0937
8. HRACHOVINOVÁ, Tamara, et al. *Sledování kvality života nemocných v souvislosti s typem diabetu, pozdními komplikacemi a pohlavím*. Diabet. Metabol. Endokrin. Výž., Suppl., 2005, roč. 8, č. 1, s. 22.
9. HRACHOVINOVÁ, Tamara: *Život s diabetem I [VI]*. (Living with diabetes I): In: Dia život Vol. 9., 1998, No.2., s. 32-32 ISSN 1210-583X
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : GradaPublishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1989. 110 s. ISBN 08-065-89.
13. PERUŠIČOVÁ, Jindřiška, et al. *Diabetologie 2008*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 275 s. ISBN 978-80-7387-176-5.
14. PERUŠIČOVÁ, Jindřiška. *Trendy soudobé diabetologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 1998. 157 s. ISBN 80-7262-003-7.

15. PODROUŽKOVÁ, Blažena. *Vybrané kapitoly z diagnostiky, kontroly a léčby diabetu*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 90 s. ISBN 80-7013-166-7.
16. RYBKA, Jaroslav, et al. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 288 s. ISBN 80-247-1612-7.
17. RYBKA, Jaroslav. *Život s cukrovkou*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1988. 200 s. ISBN 08-040-88.
18. TLAPÁKOVÁ, Jitka. *Kvalita života nemocných s lupénkou*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2005. 113s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
19. WAGNER, Petr, PATLEJCHOVÁ, Eva. *Dieta při cukrovce*. 2. vyd. Praha : Triton, 2003. 135 s. ISBN 80-7254-408-X.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

1. BRADLEY, C., et al. *The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL* [online]. 1999, [cit. 2009-04-09].
<http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/10457741/The_development_of_an_individualized_questionnaire_measure_of_perceived_impact_of_diabetes_on_quality_of_life_the_ADDQoL>.
2. BROŽ, Jan. *Integrovaný systém inzulinová pumpa–kontinuální monitor intersticiální glukózy* [online]. 2008 , 2008 [cit. 2009-04-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.remedia.cz/clanek.php?unit=2886&parent=100001&action=92>>.
3. *Glukagon* [online]. 2001, 2. 4. 2009 [cit. 2009-04-09]. <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Glukagon>>.
4. *Standardy péče o diabetes mellitus 2. typu* [online]. Česká diabetologická společnost, 2007, 2009 [cit. 2009-04-09]. <http://www.diab.cz/modules/Standardy/dm2_2007.pdf>.
5. *Mýty o diabetu* [online]. 2006, 2009 [cit. 2009-04-09]. <<http://www.diadesatero.cz/myty.asp>>.
6. *Inzulinové pumpy – obecně* [online]. 2002, 2008 [cit. 2009-04-09]. <<http://www.medatron.cz/zajimavosti/obecne/>>.
7. *Glukometry MTE* [online]. 2001, 2009 [cit. 2009-04-09]. <<http://www.mte.cz/glukometry.htm>>.

8. *Manuál – Novo Nordisk ČR* [online]. 2008, 2009 [cit. 2009-04-09]. <http://www.novonordisk.cz/documents/article_page/document/novopen4_manual.asp>
9. PAUL, Jan. *Sen o dlouhověkosti: prodloužení života nenahradí jeho kvalitu*. Britské listy [online]. 2006 [cit. 2009-04-09]. <<http://www.blisty.cz/2006/5/19/art28462.html>>. ISSN 1213-1792.
10. *Zdravý životní styl: Výživová pyramida* [online]. Potravinářská komora České republiky, 2002, 2009 [cit. 2009-04-09]. <<http://zdravi.foodnet.cz/pyramida/>>.

Seznam grafů

Graf č. 1 – Životní téma ZDRAVÍ.....	46
Graf č. 2 – Životní téma RODINA	48
Graf č. 3 – Životní téma ZÁJMY, KONÍČKY	50
Graf č. 4 Životní téma PŘÁTELSTVÍ.....	52
Graf č. 5 Životní téma FINANCE	54
Graf č. 6 Životní téma VÍRA	56
Graf č. 7 Životní téma ZAMĚSTNÁNÍ.....	58
Graf č. 8 Životní téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA	60
Graf č. 9 Životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED	62
Graf č. 10 Životní téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT.....	64
Graf č. 11 Životní téma PŘÍRODA	66
Graf č. 12 Životní téma DOMÁCNOST	68
Graf č. 13 Společná životní témata obou skupin respondentů.....	69
Graf č. 14 Celková míra spokojenosti s životem udávaná a celkové vypočítané QL obou skupin respondentů	71

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů.....	44
Tabulka č. 2a – Průměrný věk respondentů.....	44
Tabulka č. 2b – Věkové rozmezí respondentů.....	44
Tabulka č. 3 – Životní téma ZDRAVÍ.....	46
Tabulka č. 4 – Míra spokojenosti životního tématu ZDRAVÍ.....	47
Tabulka č. 5 – Důležitost životního tématu ZDRAVÍ.....	47
Tabulka č. 6 – Životní téma RODINA.....	48
Tabulka č. 7 – Míra spokojenosti životního tématu RODINA.....	49
Tabulka č. 8 – Důležitost životního tématu RODINA.....	49
Tabulka č. 9 – Životní téma ZÁJMY, KONÍČKY.....	50
Tabulka č. 10 – Míra spokojenosti životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY.....	51
Tabulka č. 11 – Důležitost životního tématu ZÁJMY, KONÍČKY.....	51
Tabulka č. 12 – Životní téma PŘÁTELSTVÍ.....	52
Tabulka č. 13 – Míra spokojenosti životního tématu PŘÁTELSTVÍ.....	53
Tabulka č. 14 – Důležitost životního tématu PŘÁTELSTVÍ.....	53
Tabulka č. 15 – Životní téma FINANCE.....	54
Tabulka č. 16 – Míra spokojenosti životního tématu FINANCE.....	55
Tabulka č. 17 – Důležitost životního tématu FINANCE.....	55
Tabulka č. 18 – Životní téma VÍRA.....	56
Tabulka č. 19 – Míra spokojenosti životního tématu VÍRA.....	57
Tabulka č. 20 – Důležitost životního tématu VÍRA.....	57
Tabulka č. 21 – Životní téma ZAMĚSTNÁNÍ.....	58
Tabulka č. 22 – Míra spokojenosti životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ.....	59
Tabulka č. 23 – Důležitost životního tématu ZAMĚSTNÁNÍ.....	59
Tabulka č. 24 – Životní téma CESTOVÁNÍ, TURISTIKA.....	60
Tabulka č. 25 – Míra spokojenosti životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA.....	61
Tabulka č. 26 – Důležitost životního tématu CESTOVÁNÍ, TURISTIKA.....	61
Tabulka č. 27 – Životní téma KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED.....	62
Tabulka č. 28 – Míra spokojenosti živ. tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED.....	63
Tabulka č. 29 – Důležitost živ. tématu KULTURNÍ A SPOLEČENSKÝ PŘEHLED.....	63
Tabulka č. 30 – Životní téma SEXUÁLNÍ ŽIVOT.....	64

Tabulka č. 31 – Míra spokojenosti životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT.....	65
Tabulka č. 32 – Důležitost životního tématu SEXUÁLNÍ ŽIVOT	65
Tabulka č. 33 – Životní téma PŘÍRODA	66
Tabulka č. 34 – Míra spokojenosti životního tématu PŘÍRODA.....	67
Tabulka č. 35 – Důležitost životního tématu PŘÍRODA.....	67
Tabulka č. 36 – Životní téma DOMÁCNOST.....	68
Tabulka č. 37 – Míra spokojenosti životního tématu DOMÁCNOST	69
Tabulka č. 38 – Důležitost životního tématu DOMÁCNOST	69
Tabulka č. 39 – Další životní témata respondentů na inzulinoterapii.....	70

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Klasifikace diabetes mellitus

Příloha č. 2 – Diagnostická kritéria diabetes mellitus

Příloha č. 3 – Orální glukózotoleranční test

Příloha č. 4 – Akutní komplikace diabetes mellitus

Příloha č. 5 – Chronické komplikace diabetes mellitus

Příloha č. 6 – Výživová pyramida

Příloha č. 7 – Druhy inzulínů podle délky působení

Příloha č. 8 – Inzulinová pumpa

Příloha č. 9 – Inzulinové pero, stručná příručka

Příloha č. 10 – Pomůcky k selfmonitoringu

Příloha č. 11 – Obsah edukace

Příloha č. 12 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha č. 13 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha č. 14 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha č. 15 – Formulář pro zjišťování kvality života pacientů s diabetes mellitus 2. typu –

METODA SEIQoL

Příloha č. 16 – Vyhodnocení metody SEIQoL

Příloha č. 1 – Klasifikace diabetes mellitus

Klasifikace diabetes mellitus a poruch glukózové homeostázy (ADA, 1997, IDF 1999)

Diabetes mellitus	Obvyklá zkratka
I. diabetes mellitus typ 1 A. imunitně podmíněný B. idiopatický	DM typ 1 (dříve IDDM)
II. diabetes mellitus typ 2	DM typ 2 (dříve NIDDM)
III. ostatní specifické typy diabetu	
IV. gestační diabetes mellitus	GDM
Hraniční poruchy glukózové homeostázy	HPGH
I. zvýšená glykemie nalačno	IFG (Impaired Fasting Glucose)
II. porušená glukózová tolerance	PGT

Mezi ostatní specifické typy diabetu patří	
a) genetický defekt funkce B-buněk	e) chemicky a léky indukovaný diabetes
b) genetické defekty účinku inzulínu	f) infekce
c) onemocnění exokrinního pankreatu	g) neobvyklé formy imunologicky podmíněného diabetu
d) endokrinopatie	h) genetické syndromy asociované s diabetem

Znaky latentního autoimunního diabetu v dospělosti (LADA)	
Ukazatel	Charakteristika
- věk	- obvykle nad 35 roků
- klinická manifestace	- jako u neobězních s DM 2. typu
- počáteční kompenzace	- dietou a perorálními antidiabetiky
- vývoj inzulínové dependence	- během 1–3 let po manifestaci
- laboratorní známky typu 1	- nízký sérový C – peptid (pod 0,2 nmol/l)
	- pozitivní ICA a anti-GAD a jiné

Příloha č. 2 – Diagnostická kritéria diabetes mellitus

Diagnostická kritéria diabetes mellitus (WHO, 1999*)
1. příznaky diabetu plus náhodná koncentrace plazmatické glukózy $\geq 11,1$ mmol/l Náhodná = stanovená kdykoli v průběhu dne a bez ohledu na časový interval od posledního jídla. Klasickými příznaky diabetu jsou polyurie, polydipsie a hubnutí.
nebo
2. plazmatická glukóza nalačno $\geq 7,0$ mmol/l. Nalačno = bez energetického příjmu minimálně po dobu 8 hodin.
nebo
3. Dvouhodinová plazmatická glukóza $\geq 11,1$ mmol/l v oGTT
* Diagnóza diabetes mellitus podle kterékoli ze tří v tabulce uvedených kritérií musí být potvrzena výsledkem opakovaného vyšetření provedeného v jiný den, s výjimkou ketoacidotické kompenzace.

Aktualizovaná doporučení České diabetologické společnosti (ČDS) a České společnosti biochemie (ČSKB) :

Obě společnosti převzaly diagnostická kritéria pro glukózu v plazmě žilní krve nalačno – FPG (z angl. Fasting Plasma Glucose).

Tato kritéria jsou následující:

- vyloučení diabetes mellitus $< 5,6$ mmol/l
- zvýšené riziko diabetu je charakterizováno hodnotami FPG $\geq 5,6$ mmol/l, tj. intervalem hodnot 5,6–6,99 mmol/l. Pro tento stav označovaný Americkou diabetologickou asociací (ADA) jako Impaired Fasting Glucose (IFG) nebo také prediabetes je navržen český termín hraniční glukóza nalačno (HGL). Tato hodnota má svůj význam také při vyhledávání osob se zvýšeným rizikem diabetu.
- zvýšená FPG/IFG, prediabetes ($\geq 5,6$ mmol/l)
- diabetes mellitus $\geq 7,0$ mmol/l (nutno potvrdit opakovaným měřením)

(Rybka, 2006)

Příloha č. 3 – Orální glukózotoleranční test

Provedení orálního glukózového tolerančního testu (oGTT):

- 3 dny před testem neomezujeme příjem sacharidů (nejméně 150 g/den) a nemocný nevykonává obvyklou tělesnou zátěž.
- Po 10–16 hodinovém lačnění vypije nemocný 75 g glukózy ve 250–300ml čaje nebo vody během 5–10 minut. Dávka glukózy v dětském věku je 1,75 g/kg ideální hmotnosti (maximálně 75 g).
- Během testu zůstane nemocný sedět a nemá kouřit
- Odběry krve se provádějí nalačno a ve 120. minutě (případně ve 30., 60. minutě) po zátěži.

(Bartoš, Pelikánová, 2000)

Hodnocení glykémie ve venózní plasmě

Glykémie nalačno	$\leq 6,0$ mmol/l	norma
	6,1–6,9 mmol/l	zvýšená glykémie nalačno
	$\geq 7,0$ mmol/l	diabetes mellitus
Glykémie po zátěži (120. minuta oGTT)	$< 7,8$ mmol/l	norma
	7,8–11,0 mmol/l	porucha glukózové tolerance
	$\geq 11,1$ mmol/l	diabetes mellitus
Kritéria pro hodnocení glykémie ve 120. minutě oGTT platí i pro náhodnou glykémii a glykémie ve 30. a 60. minutě oGTT.		

Příloha č. 4 – Akutní komplikace diabetes mellitus

1. Hypoglykemie

Pod pojmem hypoglykemie rozumíme patologický stav snížené koncentrace glukózy, který je provázený klinickými, humorálními a dalšími biochemickými projevy vedoucími k závažným poruchám činnosti mozku. Koncentrace glukózy v krvi je nižší než 3,8 mmol/l.

Nejzávažnějším stavem je hypoglykemické kóma, které nastupuje velmi rychle, v průběhu minut či dokonce sekund. Často předchází hlad, pocení, třes rukou, nervozita, neschopnost se soustředit. Jedná se o příznaky varovné.

Příčiny hypoglykemie:

- nadměrná dávka inzulínu nebo perorálního antidiabetika
- neadekvátní nebo opožděný příjem potravy
- zvracení, průjem
- náhlá dlouhotrvající zátěž
- alkohol, který zabraňuje doplňování glukózy do krve ze zásob glykogenu v játrech

(Rybka, 2006)

Léčba hypoglykemie či hypoglykemického kómatu:

- vyloučení léků ze zažívacího traktu
- podávání glukózy parenterálně, resp. perorálně
- pokud i.v. glukóza není rychle účinná, může se podat 1 mg glukagonu s.c. nebo i.m. (viz obr. č. 1 – dostupný na www.wikipedia.cz)

Z hlediska prevence je důležitá dokonalá edukace, schopnost rozpoznat varovné příznaky a schopnost provádět vlastní selfmonitoring. Každý diabetik by měl u sebe nosit pohotovostní zásobu ve formě několika kostek cukru, sladkých bonbónů nebo neředěný sladký sirup.

obr. č.1



2. Diabetická ketoacidóza

Diabetické ketoacidóze předchází relativní nebo absolutní deficit inzulínu, v důsledku toho dochází k hyperglykémii.

Pro diabetickou ketoacidózu je typická triáda příznaků:

- hyperglykemie
- ketonemie
- acidóza

Příčiny vzniku:

- nově zjištěný diabetes mellitus
- chybná terapie
- změny zdravotního stavu (infekce, úrazy, aj.)

V klinice dominují nálezy hyperglykemie, výrazná dehydratace, poruchy vědomí, hypotenze, tachykardie, ketonemie, ketonurie, nízké pH, nízká hodnota bikarbonátů, zvýšená osmolalita, pocit žízně a sucha v ústech, dech nemocného je cítit po acetonu.

Terapie spočívá v umístění nemocného na jednotku intenzivní péče, monitorování základních životních funkcí, hladin glykemie. Součástí terapie je úprava cirkulujícího objemu, úprava ketoacidózy, přiměřená léčba změn elektolytové rovnováhy. Léčba inzulínem se zahajuje malou dávkou (8–10 jednotek) rychle působícího inzulínu podaného nitrožilně, na niž navazuje kontinuální infuze téhož inzulínu v dávce maximálně 0,1 j/kg hmotnosti a hodinu, řízená nejlépe pomocí kontinuálního perfuzoru. V současné době se doporučuje používat dávky (2–4 j/hodinu).

(Rybka, 2006)

3. Hyperglykemický osmolární syndrom

Tento syndrom je charakterizován výraznou hyperosmolaritou (> 320mOsm/l), hyperglykemií (> 33 mmol/l) a dehydratací. Často vzniká současně renální insuficience, mohou se objevit poruchy vědomí až kóma.

Vývoj syndromu souvisí s nedostatkem inzulínu a některými dalšími faktory, zvyšujícími hladinu glukózy v krvi. (léky – glukokortikoidy, diuretika, onemocnění ledvin, srdeční choroby, akutní nemoci – infekce, popáleniny, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda).

Odlišnost od diabetické ketoacidózy spočívá v tom, že se zde nerozvíjí ketoacidóza, nebo jen velmi mírná.

V klinickém obraze najdeme:

- extrémní dehydratace
- nechutenství
- letargie či zmatenost
- slabost, polyurie, polydipsie (může často chybět u starších osob)
- pokles krevního tlaku, tachykardie, šokový stav

Léčba spočívá v monitoraci nemocného na jednotce intenzivní péče, principy jsou obdobné jako u diabetické ketoacidózy.

4. Laktátová acidóza

Laktátová acidóza je výsledkem nahromadění laktátu v organismu. Hodnoty laktátu se pohybují kolem 5 mmol/l, u těžkých případů nad 7 mmol/l. Arteriální pH je $\leq 7,35$.

Příčiny vzniku:

- při léčbě biguanidy (kombinace s alkoholem, těžká porucha funkce ledvin)

Klinicky se laktátová acidóza projevuje dušností, bolestmi břicha, těžká únava, spavost, někdy zvracení až bezvědomí.

Léčba laktátové acidózy se zaměřuje na vyvolávající příčinu, oxygenaci a podporu oběhu, podávají se infuze s bikarbonátem, často je nezbytná léčba umělou ledvinou.

Příloha č. 5 – Chronické komplikace diabetes mellitus

Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie je onemocnění, které postihuje cévy sítnice, a v současnosti je příčinou slepoty v západních zemích. V důsledku tohoto onemocnění dochází k úniku krevní plazmy mimo cévy oční sítnice, novotvorbě cév a posléze k těžkému postižení zraku. Obecně platí, že čím déle má pacient diabetes, tím je větší riziko retinopatie.

Mezi další onemocnění postihující oko patří šedý zákal – katarakta, poruchy zaostřování, onemocnění optického nervu – optická neuropatie a poruchy okohybných nervů.

Základní prevence diabetické retinopatie spočívá v udržení hladin krevního cukru a udržení normálního tlaku krevního. K terapeutickým postupům řadíme laserovou fotokoagulaci sítnice. Pomocí laseru se zastavuje prosakování krve z cév na očním pozadí. Z dalších metod lze využít i mikročirurgický výkon – vitrektomii. Při ní dochází k preparaci a odstranění membrán na sítnici a přiložení odchlípené sítnice.

Diabetická nefropatie

Jedná se o chronické progredující onemocnění ledvin, charakterizované proteinurií, hypertenzí, a postupným poklesem ledvinných funkcí. (*Rybka, 2006*)

Vyvíjí se po 15–20 letech od vzniku choroby. Postihuje až 40 % diabetiků a v západních zemích patří k nejčastějším příčinám selhání ledvin. U diabetu 2. typu je průběh nefropatie více ovlivněn aterosklerózou a věkem. Rozlišujeme 5 stadií diabetické nefropatie, počínaje stadiem latentním přes stadium incipientní, dále stadium manifestní nefropatie, stadium chronické renální insuficience a konečně stadium nejtěžší – chronické selhání ledvin, kde je často nutná hemodialýza, peritoneální dialýza, eventuálně transplantace.

Základem terapie je opět metabolická kompenzace diabetu, kontrola krevního tlaku a jeho kompenzace. V dietě se nedoporučuje zvyšovat příjem bílkovin nad 1,0/kg/den.

Diabetická neuropatie

Diabetická neuropatie se vyskytuje stejně často u cukrovky 1. i 2. typu. V klinickém obraze dominují subjektivní obtíže (bolesti, pálení, brnění, mravenčení, pocity chladu, snížená citlivost, nejistá chůze, zvýšená únava končetin a křeče). Dále se jedná o objektivní nález. Zde často najdeme svalovou atrofii, změny na kloubech, otoky, změny barvy, trofiky, ragády, ulcerace aj.

Postižena mohou být vlákna vedoucí bolest, dále nervová vlákna, která vedou motorické vzruchy ke svalům a dále vlákna vedoucí k vnitřním orgánům.

Základní prevencí je normoglykemie, lze využít i syntetický derivát thiaminu – vitamínu B, kyselinu alfa-lipoovou, některé vazoaktivní léky (pentoxyphyllin). Symptomatická léčba spočívá především v potlačení bolesti. Doporučují se některá antiepileptika (gabapentin) společně s analgetiky (tramal) a tricyklická antidepresiva.

Chronické komplikace – makroangiopatie - manifestace

1. Ischemická choroba srdeční (ICHS)
2. Cerebrovaskulární příhody (CNS)
3. Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK)

ICHS u diabetiků

Často zde pozorujeme nebolestivý průběh např. u infarktu myokardu, úmrtnost na ICHS je u diabetiků 2 – 3x vyšší než u nediabetiků. Ischémie vznikají při nedostatečném přívodu kyslíku do tkáně a nedostatečném odplavování metabolitů. Příčinou jsou aterosklerotická zúžení věnčitých tepen, která jsou u diabetiků mnohočetná.

Diabetes mellitus a cévní mozková příhoda

Diabetes mellitus je nezávislým rizikovým faktorem cévní mozkové příhody a zvyšující se hodnoty glykemie úměrně zvyšují výskyt iktů.

Diabetická noha

Diabetická noha patří k nejzávažnějším pozdním komplikacím diabetu.

„Syndrom diabetické nohy“ je podle mezinárodního konsenzu pro syndrom diabetické nohy z roku 1999 definován jako infekce, ulcerace nebo destrukce hlubokých tkání spojená s neurologickými abnormalitami na nohou a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin.“

(Rybka, 2006)

Wagnerova klasifikace diabetické nohy:

Stupeň 0: noha s vysokým rizikem ulcerace

Stupeň 1: povrchová ulcerace

Stupeň 2: hluboká ulcerace zasahující šlachy nebo kloubní pouzdro

Stupeň 3: hluboká ulcerace s flegmónou, abscesem nebo osteomyelitidou

Stupeň 4: lokalizovaná gangréna

Stupeň 5: extenzivní gangréna

Diabetická noha je souhrnné označení pro postižení nohy u pacientů s cukrovkou, na kterém se podílí diabetická neuropatie, postižení cév dolních končetin a také mikroangiopatie drobných cév na dolních končetinách. Kombinace těchto faktorů vede k tomu, že klesá klenba nohy, v důsledku toho tlačí hlavice kostí na plosce nohou proti tuhé podložce a může dojít k otlakům. V důsledku zhroucení nožní klenby se prsty nohou dostávají do drápopitého postavení. Prvním příznakem je tedy zhroucení klenby a samotné drápopité postavení prstů, dále následují otlaky. K otlakům vedou také nevhodné boty, shrnutá ponožka či zničená výstelka boty. Otláčená kůže je dobrým polem pro vznik infekce, ať již jde o lokální zánět, nebo dokonce o flegmonózní zánět noh. Zánět se projeví bolestí, zarudnutím, případně červeným pruhem, který se táhne dolní končetinou na lýtku. Často bývá horečka. Zánět může přejít z kůže a podkoží do hlubších struktur, případně až na kost. Postižení kostí je známkou již velmi závažného rozsahu onemocnění. (Anděl, 1996)

Jiným závažným typem postižení diabetické nohy je vřed, umístěný zpravidla na plosce nohy. Nejpokročilejším stupněm komplikace diabetické nohy je gangréna. Projeví se černým zbarvením kůže nohy, zvláště pak prstů. Je známkou úplného odumření tkáně na končetině.

Prevence diabetické nohy spočívá jednak v udržení normoglykemie, udržení normálního krevního tlaku a snížení případně zvýšené hladiny krevních tuků. K specifické péči patří dále péče o kůži na nohách, péče o nehty, vhodná obuv a ponožky, nekouřit aj.

Lokální léčba diabetických ulcerací je v současné době postavena na poznacích o terapii chronických defektů a ran. Využívá se moderních interaktivních obvazů („vlhká terapie“). Tyto materiály zajišťují vlhké prostředí rány, jsou selektivně propustné, vytváří bariéru proti infekci a snižují nutnost převazů. Další možností léčby je použití hyperbarické oxygenoterapie, koupele v Dermacynu, lokální použití kultivovaných keratinocytů, kožních štěpů a transplantátů, přenosů kožních laloků, růstových faktorů, inhibitorů metalloproteináz.

Součástí terapie infekce je i chirurgické odstranění nekrotické tkáně, incize a drenáž.

V léčbě diabetické nohy hraje důležitou roli i samotné cévní vyšetření. Pokud je nalezeno zúžení tepen, je často namístě provést rekonstrukční výkon. Zlepšení prokrvení končetiny je možné dosáhnout perkutánní transluminární angioplastikou (PTA) nebo chirurgickým revaskularizačním výkonem – bypassem.

V případě neúspěchu všech výše uvedených postupů může dojít k progresi gangrény. Pak bývá na místě amputace nohy. Obecné dělení amputací na nízké – pod úroveň kotníku a vysoké – nad úroveň kotníku má jednoznačný vliv na kvalitu života diabetika.

Příloha č. 6 – Výživová pyramida

obr. č. 2



Sůl, tuky, cukry: 0–2 porce

Mléko, mléčné výrobky: 2–3 porce

Ryby, maso, drůbež, luštěniny: 1–2 porce

Zelenina: 3–5 porcí

Ovoce: 4–5 porcí

Obilniny, rýže, těstoviny, pečivo: 3–6 porcí

- **Sůl, tuky, cukry** – Jedna porce = cukr (10 g), tuk (10 g)
- **Mléko, mléčné výrobky** – Jedna porce = 1 sklenice mléka (250 ml), 1 kelímek jogurtu (200 ml), sýr (55 g)
- **Ryby, maso, drůbež, luštěniny** – Jedna porce = 125 g drůbežního, rybího či jiného masa, 2 vyvařené bílky nebo miska sojových bobů, porce sojového masa
- **Zelenina** – Jedna porce = velká paprika, mrkev či dvě rajčata, miska čínské zelné saláty či salátu, půl talíře brambor či sklenice neředěné zeleninové šťávy
- **Ovoce** – Jedna porce = 1 jablko, pomeranč či banán (100 g), miska jahod, rybízu či borůvek, sklenice neředěné ovocné šťávy
- **Obilniny, rýže, těstoviny, pečivo** – Jedna porce = 1 krajíc chleba (60 g), 1 rohlík či houska, 1 miska ovocných vloček či müsli, 1 kopeček vařený rýže či vařených těstovin (125 g)

(Potravinářská komora České republiky, 2002)

Příloha č. 7 – Druhy inzulinů podle délky působení

Přehled inzulinů

krátce působící: Insulin-HM R	středně dlouho působící: Insuman Basal
Actrapid HM	Humulin N
Humulin R	Insulatard HM
Insuman Rapid	Insulin-HM NPH
Velosulin HM	
velmi dlouho působící: Ultratard HM	

Příloha č. 8 – Inzulinová pumpa

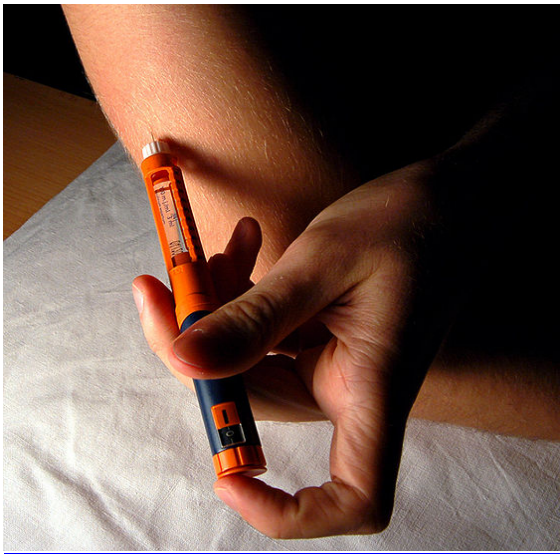
Obr. č. 3 (Brož, 2007)

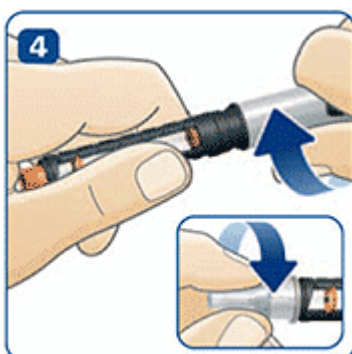
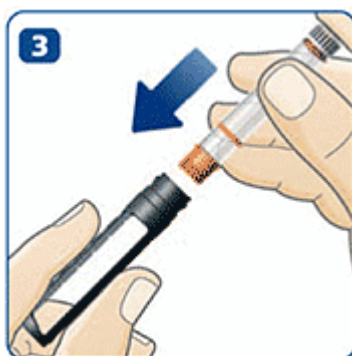
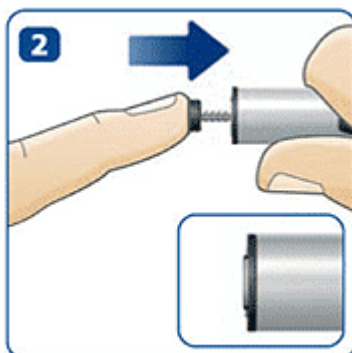
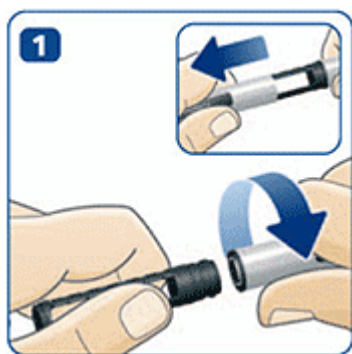


Obr. č. 4 (dostupný na <http://www.medatron.cz>)



Příloha č. 9 – Inzulinové pero, stručná příručka





Příprava pera NovoPen®4

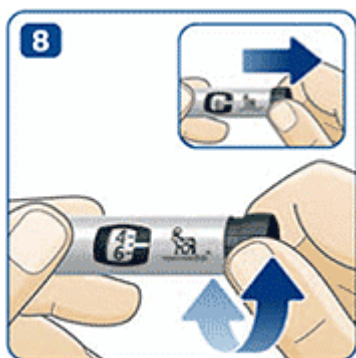
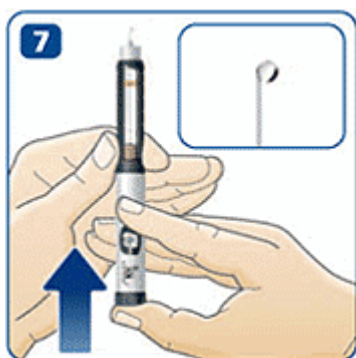
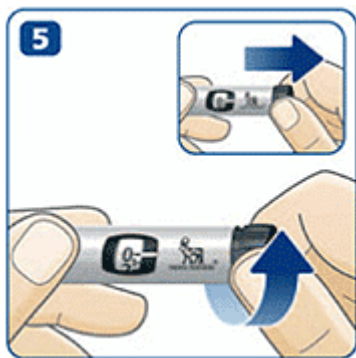
Sejměte kryt pera. Rozšroubujte pero NovoPen®4.

Vraťte pístový závit, pokud již není vrácen, zatlačením pístu dovnitř, dokud se nezarazí a nevypadá tak, jako na obrázku.

Vložte zásobní vložku Penfill® do pouzdra zásobní vložky. Barevně označený konec uzávěru se vsouvá první.

Sešroubování pera NovoPen®4

Obsahuje-li zásobník inzulín ve formě suspenze (zakalený inzulín), vždy jej před použitím promíchejte (resuspendovat). Podívejte se do příbalového letáku zásobní vložky Penfill®. Našroubujte novou jednorázovou jehlu NovoFine®. Sejměte vnější i vnitřní kryt jehly. Vnitřní kryt jehly zlikvidujte.



Kontrola průtoku inzulínu (příprava)

Před každým podáním injekce vždy zkontrolujte průtok inzulínu.

Není-li dávkovací tlačítko vytaženo, vytáhněte je a otočením nastavte:

4 jednotky (v případě nové zásobní vložky Penfill®).

1 jednotku (u zásobní vložky, kterou používáte)

Přidržeťte pero NovoPen®4 jehlou směřující nahoru.

Několikrát jemně poklepejte prstem na pouzdro zásobní vložky, čímž se případné vzduchové bublinky dostanou do horní části zásobní vložky.

Zatlačte dávkovací tlačítko úplně dovnitř, dokud neuslyšíte nebo neucítíte cvaknutí. Zobrazení na displeji se vrátí na 0. Na hrotu jehly se musí objevit kapka inzulínu.

Pokud se tak nestane, opakujte kroky 5 až 7, dokud se kapka inzulínu neobjeví.

Nastavení dávky

Není-li dávkovací tlačítko vytaženo, vytáhněte je a otáčejte, dokud není požadovaná dávka zarovnaná s indikátorem dávky.

Nastavíte-li jinou dávku, než kterou potřebujete, otáčejte dávkovacím tlačítkem, dokud není správná dávka zarovnaná s indikátorem dávky.



Podání injekce

Podání injekce se provádí zatlačením dávkovacího tlačítka úplně dovnitř, dokud neuslyšíte nebo neucítíte cvaknutí. Jeho otáčením nedojde k podání inzulínu. Jehlu nechejte pod pokožkou minimálně 6 sekund. Jehlu vytáhněte. Nastavená dávka byla podána. Nasad'te na jehlu vnější kryt a zlikvidujte ji. Nasad'te uzávěr pera.

(http://www.novonordisk.cz/documents/article_page/document/novopen4_manual.asp [online]. 2008, 25.11 2008 [cit. 2009-03-18])

Příloha č. 10 – Pomůcky k selfmonitoringu



(<http://www.mte.cz> [online]. 2007, 2009 [cit. 2009-03-26]).

Příloha č. 11 – Obsah edukace

Náplň edukace diabetiků léčených inzulinem.

1. Podstata diabetu 1. a 2. typu léčeného inzulinem. Mechanismus účinku inzulinu.
2. Léčba diabetu inzulinem: praktický zácvik aplikace (včetně zacházení s pomůckami k aplikaci), druhy inzulinu, doba jejich působení, místa vpichu, uchování inzulinu. Taktika inzulinové léčby, inzulinové režimy konvenční a nekonvenční.
3. Samostatná kontrola glykémie, glykosurie, krevního tlaku. Normální hodnoty, renální práh. Vedení záznamu glykemií a dávek inzulinu. Praktická cvičení. Posouzení kompenzace diabetu, glykovaný hemoglobin. Obsluha glukometru.
4. Akutní komplikace diabetu - hypoglykémie, hyperglykémie, ketoacidóza, příčiny, prevence, příznaky, léčba.
5. Dietní léčba: hlavní zásady, živiny. Rozdělení potravin podle obsahu a druhu sacharidů. Náhradní sladidla. Ekvivalenty obsahu sacharidů včetně výměnných jednotek. Alkohol, tuky. Praktická cvičení, ukázky jídelníčků. Dietní léčba při nadváze (význam inzulinové rezistence) a hyperlipoproteinémií. Praktická cvičení v odhadu obsahu energie, tuků v potravinách, sestavování modelových jídelníčků.
6. Úpravy režimu a dávek inzulinu podle glykémie, podle příjmu sacharidů v potravinách, podle fyzické aktivity jednorázové i dlouhodobé. Úpravy inzulinu za zvláštních situací (onemocnění, operace, cestování, změna diety apod.). Modelové situace.
7. Význam fyzické aktivity v léčbě diabetu. Vhodné sporty, úpravy inzulinu. Vliv fyzické zátěže na glykémii.
8. Psychologické problémy diabetiků a jejich vliv na kompenzaci diabetu, techniky prevence a léčby stresu. Problematika motivace.
9. Diabetická noha - prevence a léčba (druhy kožních onemocnění, význam neuropatie a cévního onemocnění). Vhodná obuv a oblečení. Hygiena a gymnastika nohou. Pedikúra. Denní kontroly nohou.
10. Pozdní komplikace diabetu - jejich prevence a léčba (diabetická retinopatie, nefropatie a neuropatie)
11. Diabetická makroangiopatie - prevence a léčba (onemocnění srdce a cév na dolních končetinách, hyperlipoproteinémie). Hypertenze. Rizikové faktory aterosklerózy.

12. Sociální problémy diabetiků, zaměstnání, řízení motorových vozidel, změněná pracovní schopnost, laické organizace diabetiků a pod.
13. Těhotenství a diabetes. Význam genetických faktorů, těsné kompenzace v prekoncepčním období. Sexuální problémy.
14. Novinky v diagnostice a léčbě diabetu.

Náplň edukačního programu pro diabetiky 2. typu neléčených inzulínem.

1. Podstata diabetu 2. typu. Mechanismus působení inzulínu a inzulínorezistence.
2. Samostatná kontrola glykosurií, glykemií a krevního tlaku. Normální hodnoty a ledvinový práh. Technika provedení, samostatný nácvik, vedení záznamů. Posouzení kompenzace diabetu (glykémie, glykovaný hemoglobin, normální hmotnost, krevní tlak a pod.)
3. Akutní komplikace diabetu - hypoglykémie, hyperglykémie.
4. Léčba diabetu dietou, zejména redukční a dietou při hyperlipidémii. Praktická cvičení v odhadu energie, druhu a obsahu tuků a sacharidů v potravinách. Samostatné sestavování jídelníčků.
5. Léčba perorálními antidiabetiky.
6. Diabetická noha - prevence a léčba, druhy onemocnění, význam neuropatie a cévního onemocnění. Vhodná obuv a oblečení. Hygiena a gymnastika nohou. Pedikúra. Denní kontrola nohou.
7. Význam fyzické aktivity v léčbě diabetu. Vhodné sporty, individuální programy zvýšené fyzické aktivity.
8. Diabetická makroangiopatie - prevence, léčba (rizikové faktory aterosklerózy, hypertenze).
9. Pozdní komplikace diabetu, jejich prevence a léčba (diabetická retinopatie, nefropatie a neuropatie).
10. Psychologické problémy diabetiků, jejich vliv na kompenzaci diabetu. Techniky prevence a léčby stresu. Problematika motivace nemocných.
11. Novinky v diagnostice a léčbě diabetu. Význam genetických faktorů. Sexuální problémy diabetiků.

Příloha č. 12 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Kracíková Dana Ing.
Ředitelka Oblastní nemocnice Jičín
Bolzanova 512
506 43 Jičín

v Novém Bydžově 1. 10 2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na interním oddělení nemocnice v Novém Bydžově

Vážená paní ředitelko,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na interním oddělení nemocnice v Novém Bydžově, které by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Moniky Laštůvkové, narozené 14.1. 1977, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství obor Všeobecná sestra – kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zhodnocení kvality života u pacientů s diabetes mellitus II. typu, porovnání kvality života pacientů na inzulínoterapii a pacientů, kde v léčbě mají důležitou roli perorální antidiabetika. Zároveň by tato práce měla přispět k poznání toho, do jaké míry tito pacienti chápou podstatu svého onemocnění, zda jej nepodceňují, jaký vliv má onemocnění na kvalitu života.

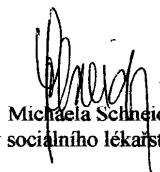
Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku (metodou SEIQoL), který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce bude zpracována pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem



Michaela Schneiderová a Monika Laštůvková
Oddělení ošetrovatelství, Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta UK HK

Mgr. Michaela Schneiderová
OO LF UK HK
Šimkova 870
50038 Hradec Králové
tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

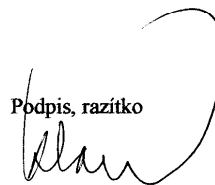
Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 19. 10. 2008

Podpis, razítko



Příloha č. 13 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Jeníková Ilona
Hlavní sestra Oblastní nemocnice Jičín
Bolzanova 512
506 43 Jičín

v Novém Bydžově 1. 10 2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na interním oddělení nemocnice v Novém Bydžově

Vážená hlavní sestro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na interním oddělení nemocnice v Novém Bydžově, které by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Moniky Laštůvkové, narozené 14.1. 1977, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství obor Všeobecná sestra – kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zhodnocení kvality života u pacientů s diabetes mellitus II. typu, porovnání kvality života pacientů na inzulínoterapii a pacientů, kde v léčbě mají důležitou roli perorální antidiabetika. Zároveň by tato práce měla přispět k poznání toho, do jaké míry tyto pacienti chápou podstatu svého onemocnění, zda jej nepodceňují, jaký vliv má onemocnění na kvalitu života.

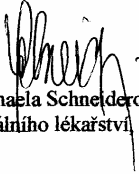
Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku (metodou SEIQoL), který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce bude zpracována pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Michaela Schneiderová a Monika Laštůvková
Oddělení ošetrovatelství, Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta UK HK

Mgr. Michaela Schneiderová
OO LF UK HK
Šimkova 870
50038 Hradec Králové
tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

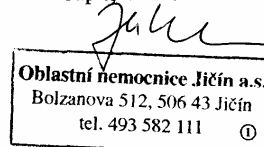
Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 3. 11. 2008

Podpis, razítko



Příloha č. 14 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Bičáková Petra Bc.
Vrchní sestra interního oddělení nemocnice Nový Bydžov
Malátova 493
504 01 Nový Bydžov

v Novém Bydžově 1. 10. 2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na interním oddělení nemocnice v Novém Bydžově

Vážená vrchní sestro,

dovoluujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na interním oddělení nemocnice v Novém Bydžově, které by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Moniky Laštůvkové, narozené 14.1. 1977, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství obor Všeobecná sestra – kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zhodnocení kvality života u pacientů s diabetes mellitus II. typu, porovnání kvality života pacientů na inzulínoterapii a pacientů, kde v léčbě mají důležitou roli perorální antidiabetika. Zároveň by tato práce měla přispět k poznání toho, do jaké míry tito pacienti chápou podstatu svého onemocnění, zda jej nepodceňují, jaký vliv má onemocnění na kvalitu života.

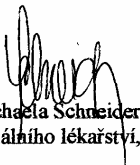
Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku (metodou SEIQoL), který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce bude zpracována pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Michaela Schneiderová a Monika Laštůvková
Oddělení ošetrovatelství, Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta UK HK

Mgr. Michaela Schneiderová
OO LF UK HK
Šimkova 870
50038 Hradec Králové
tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

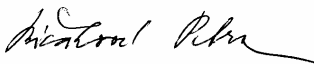

Vyjádření vedení instituce:

Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 30. 10. 2008

Podpis, razítko

Příloha č. 15 – Formulář pro zjišťování kvality života pacientů s diabetes mellitus 2. typu – METODA SEIQoL

Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEQoL

Jméno a příjmení:		Rok narození:	Pohlaví (neuveďte-li jméno): M - Ž	Dnešní datum:	
3. Důležitost daného tématu v %	1. Životní téma - oč Vám v životě jde a oč Vám jde především (nejvíce)?			2. Míra spokojenosti v %	Výpočty
	heslovité vyjádření	zpřesňující komentář			
X X X					

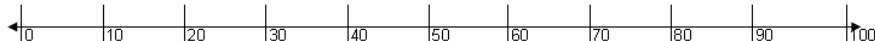
3.- Součet % ve všech pěti řádkách v levém sloupečku musí být roven 100%

2.- Možnost vyjádřit se v každém řádku pravého sloupečku od 0 do 100%

4. Míra spokojenosti se životem:



Celková hodnota QL:



Celková míra spokojenosti se životem:

Vážená paní, vážený pane,

Dostává se Vám do rukou formulář, prostřednictvím kterého bych se Vás chtěla zeptat na kvalitu vašeho vlastního života v souvislosti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Formulář je anonymní a získané informace jsou považovány za důvěrné. Na podkladě Vašich udaných skutečností bude vypracována moje bakalářská práce na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové, jejíž téma zní: „Kvalita života u pacientů s diabetes mellitus 2. typu“.

Před vámi stojí celkem tři úkoly či kroky:

V první řadě bych si přála, abyste se zamysleli nad tím, oč Vám v životě jde. Jde o to, co má pro Vás v životě cenu, co stává cílem Vašeho života, oč se v životě snažíte, co Vás k něčemu vybízí. Jde mi o vytyčování těch oblastí života, které jsou pro Vás osobně podstatně důležité.

Jde mi o zjištění Vašich odpovědí na otázku „mít pro co žít“ – pro co žijete? Nechci úplný výčet Vašich životních cílů, ale jen uvedení pěti životních cílů, které jsou pro Vás osobně nejdůležitější. K záznamu těchto pěti životních cílů slouží pět vyznačených řádek na formuláři.

Druhým krokem je u každého životního cíle vyznačení toho, jak moc se Vám daří Vámi uvedené cíle dosahovat. Míru uspokojení s daným cílem máte vyjádřit v procentech, tj. číslem od nuly do sta, kde nula říká, že nejste vůbec spokojeni s tím, oč se snažíte v dané oblasti, a sto naopak říká, že jste navýsost spokojeni s tím, jak se Vám to daří. Tento číselný údaj zapište napravo do rubriky označeného nadpisem „míra spokojenosti“.

Třetím krokem je vyjádření důležitosti daného životního cíle – v rámci souboru všech vašich životních cílů – přesněji v rámci Vámi uvedených pěti životních cílů. Je dobré si představit, že těchto pět úkolů tvoří dohromady 100 % Vašich snah. Těchto 100 % máte rozdělit na uvedených pět životních cílů tak, aby celek dal dohromady stovku. Procenta pro jednotlivé životní cíle máte vepsat do levé kolonky u každé z pěti rubrik pro jednotlivé životní úkoly. Nakonec máte zkontrolovat, zda součet těchto pěti čísel skutečně dává dohromady sto. To je vše, co po Vás chci..

To poslední, oč Vás požádám, je označení příslušného místa křížkem na stupnici, která je na formuláři úplně dole. Můžete si představit, že jde o jakýsi teploměr, který měří spokojenost s Vaším vlastním životem.

Co tedy máte udělat?

1. Vyjmenujte a napište celkem pět pro Vás, tedy ve Vašem vlastním životě a pro Vás osobně nejdůležitějších témat, tj. oblastí vašich základních životních zájmů – životních cílů. Každou oblast zájmů napište na jednu řádku. Nepište jich více a nepište jich méně – jen přesně pět. Napište nejprve heslovitě hlavní téma, např. rodina, a potom toto téma rozved'te konkrétněji – oč vám v rodině speciálně jde.

2. Uved'te u každého tématu, jak se Vám podle vašeho zdání daří uskutečňovat to, čeho jste chtěli v dané oblasti zájmu dosáhnout, tj. jak jste s daným tématem spokojeni. Uved'te to v procentech od nuly do 100 %, kde 0 % je nejnižší míra spokojenosti (vůbec nejsem spokojena) a 100 % znamená, že jsem zcela spokojena s daným zaměřením života (daří se mi to dokonale).

3. Uved'te u každé oblasti zájmu, jak moc je tato oblast zájmů pro Vás důležitá. To napište na levý okraj – a sice v procentech. Představte si, že pro všech pět témat (řádek), které jste uvedla, máte k dispozici celkem 100 %. Vaším úkolem je rozdělit těchto 100 % mezi Vámi uvedených pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro Vás důležité. Součet všech pěti čísel v prvním sloupečku musí dávat dohromady 100 %.

4. Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměru Vaší životní spokojenosti“. Děkuji vám. (*Křivohlavý, 2001*)

Příloha č. 16 – Vyhodnocení metody SEIQoL

Vyhodnocení SEIQoL se provádí tak, že se u každého tématu násobí jeho důležitost (uvedená ve formuláři nalevo v procentech) mírou spokojeností (uvedenou ve formuláři napravo též v procentech). Výsledná hodnota se rovná součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádek (největší takto zjištěná hodnota může mít hodnotu 10 tisíc). Tento součet se dělí stem, aby se výsledný údaj pohyboval v rozmezí od 0 (nejnižší možné hodnoty) do 100 (nejvyšší možné hodnoty). Porovnání se provádí mezi sledovanými skupinami, případně v rámci souboru lidí v dané skupině. (*Křivohlavý, 2001*)