

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra



Petra Roučková

Životní styl osob s diabetem mellitem

The Lifestyle of People with Diabetes Mellitus

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková PhD.

Praha, 2015

Prohlášení:

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

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

V Praze, 26. 04. 2015.

PETRA ROUČKOVÁ

.....

Identifikační záznam

ROUČKOVÁ, Petra. Životní styl osob s diabetem mellitem. [The Lifestyle of People with Diabetes Mellitus]. Praha, 2015. 46 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Eva Marková PhD.

Abstrakt

Tato bakalářská práce zjišťuje, jak se žije pacientům s chronickým onemocněním diabetem mellitem a zda dodržují zásady zdravého životního stylu, což bylo pomocí kvalitativního výzkumu zmapováno.

V rámci praktické části jsou definované 4 cíle: zaměřit se na oblast stravování, zmapovat fyzické a volnočasové aktivity. Zjistit, zda jsou dostatečně informováni o vzniku možných komplikací při nedodržování správné životosprávy, jakým způsobem se změnil životní styl po diagnostikování diabetu.

Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru s osobami s diabetem mellitem. Výzkum byl proveden konkrétně u 8 respondentů. Tito respondenti odpověděli na předem připravené otázky. Rozhovory byly doslovně přepsány a výsledky výzkumu byly následně zpracovány do tabulek.

Z šetření jsem zjistila, že osoby s diabetem mellitem jsou dostatečně informovány o vzniku možných komplikací, které mohou vlivem špatné životosprávy nastat. Mohla jsem blíže nahlédnout k životosprávě diabetiků 1. a 2. typu, z výzkumného šetření vyplynulo, že především diabetici 1. typu jsou pevně uvědoměni svým onemocněním, a vědí o nutnosti dodržování doporučených opatření lékaře. Oproti tomu diabetici s 2. typem nejsou tolik uvědoměni k režimu, který by měli při svém onemocnění dodržovat, i když z takhle mizivého vzorku respondentů je těžké stanovovat nějaké relevantní závěry. Z celého vzorku 8 respondentů vyplynulo, že se u 5 z 8 dotazovaných změnil životní styl směrem k lepšímu, většině to dalo alespoň nějaký pravidelný režim, začali se pravidelně stravovat a pohybovat.

Tato práce měla přispět k bližšímu poznání života pacientů s chronickým onemocněním, jakým způsobem dodržují zdravý životní styl jako jeden z hlavních předpokladů pro úspěšnou léčbu. Populace by měla více přihlídnout možným komplikacím, které vlivem nevhodné životosprávy mohou nastat. Lékaři by měli klást větší důraz na nutnost preventivních opatření. Přičemž pravidelně se hýbat a zdravě se stravovat by měli všichni, bez rozdílu na to, zda-li se u nich diabetes mellitus vyskytuje, či nikoli.

Klíčová slova (čj): Diabetes mellitus, zdravý životní styl, kvalitativní výzkum

Abstrakt

This bachelor thesis discovers how patients live with chronic diseases diabetes mellitus and whether they comply with the principles of a healthy lifestyle, which was mapped by using qualitative research.

In the practical part there are four aims: To focus on nutrition, mapping physical and leisure activities. Determine whether they are adequately informed about the development of possible complications during non proper diet, find out how changed their lifestyle after a diagnosis of diabetes.

The data were obtained by using a semi-structured interview with persons with diabetes mellitus. The research was conducted specifically in 8 respondents. These respondents answered the questions prepared in advance. Interviews were transcribed verbatim and then research results were summarized in tables.

The evaluation was found that people with diabetes are adequately informed about the development of possible complications that can occur due to poor diet. I could gain insight to the lifestyle of type 1 and type 2 diabetes, the research showed that type 1 diabetics in particular are firmly consciousness about their illness, and they know about the need to observe the recommended doctor's measures. In contrast, type 2 diabetics aren't too much conscious to the regime that should comply in their disease, although in this scant sample of respondents is difficult to define some relevant conclusions. Of the total sample 8 respondents showed that in 5 of 8 interviewees changed their lifestyle towards a better, most of it gave at least some regular routine, began to regularly eat and move.

This thesis should contribute to a better understanding of life in patients with chronic disease, how they keep healthy lifestyle as one of the main prerequisites for successful treatment. The population should place greater emphasis on possible complications due to improper diet may occur. Physicians should place greater emphasis on the need for preventive measures. While regularly moving and healthy should include everyone, without distinction of whether they are diabetic or not.

Keywords: Diabetes mellitus, healthy lifestyle, qualitative research

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové PhD. za cenné připomínky a trpělivé vedení mé bakalářské práce. V neposlední řadě patří mé poděkování všem respondentům, kteří se účastnili mého dotazníkového šetření.

Obsah

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	2
2.1	Epidemiologie diabetu mellitu	2
2.2	Diabetes mellitus.....	3
2.2.1	Hodnoty glykémie.....	3
2.2.2	Diabetes mellitus 1. Typu	3
2.2.3	Diabetes mellitus 2. Typu	4
2.3	Komplikace diabetu mellitu	5
2.3.1	Akutní komplikace při diabetu mellitu	5
2.3.2	Chronické komplikace při diabetu mellitu.....	6
2.3.3	Srovnání diabetu mellitu 1. typu a 2. typu	7
2.4	Léčba.....	8
2.4.1	Dieta.....	8
2.5	Zdravý životní styl	12
2.5.1	Pohybová aktivita.....	12
2.5.2	Výživa	13
3	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	17
3.1	Cíle práce	17
3.2	Výzkumné otázky	17
3.3	Metodika	17
3.3.1	Technika sběru dat	17
3.4	Výběr výzkumného souboru	18
3.5	Průběh výzkumu	19
3.6	Charakteristika sledovaného souboru	20
3.7	Metoda analýzy získaných údajů	21
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	21
4.1	Přepis rozhovorů a zaznamenávání klíčových informací	21
5	DISKUZE	38
6	ZÁVĚR.....	41
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	42
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	44
	PŘÍLOHY	45

1 ÚVOD

V současné době představuje onemocnění diabetes mellitus závažný celosvětový problém. Světová zdravotnická organizace (WHO) se domnívá, že v roce 2030 bude diabetes 7. nejčastější příčinou smrti. Přičemž Mezinárodní diabetická federace (2011) odhaduje, že až 180 milionů osob si vůbec neuvědomuje, že diabetes má.

Diabetes mellitus neboli úplavice cukrová je nevyléčitelné, metabolické onemocnění, charakterizované zvýšenou hladinou glykémie. Důvodem je buď nedostatek inzulínu vlivem jeho snížené sekrece, nebo sekrece inzulínu je zprvu dostačující, ale periferní tkáně jsou na působení inzulínu rezistentní (ÚZIS, 2012, s.6).

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu, že již od dětství přicházím s tímto onemocněním do styku, kdy se v mém blízkém okolí objevuje jak diabetes mellitus 1. typu, tak i 2. typu, zatímco osob s tímto typem markantně nabývá. Rozhodla jsem se proto zkoumat problém ve zdravého životním stylu u těchto osob, neboť se domnívám, že ne každý diabetik dbá na určitá pravidla, která by měl dodržovat a na rady lékařů.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a výzkumnou. Teoretická část popisuje onemocnění diabetes mellitus, jeho klasifikaci, diagnostiku. Uvede počty diabetiků v ČR a jak by měl vypadat správný životní styl člověka s onemocněním diabetes mellitus. Na závěr bude zmíněna forma kvalitativního výzkumu, kterou bude výzkum proveden.

Z důvodu rozsáhlosti tématu se zaměřuji především na výživu a pohybovou aktivitu. Proto hlavním cílem mé práce je zjištění životního stylu těchto osob, kdy se zaměřím na oblast stravování, zmapování fyzických aktivit a dále volnočasových aktivit osob s diabetem. Změnil-li se nějakým výrazným způsobem životní styl osob po diagnostikování diabetu. Zda jsou osoby s diabetem dostatečně informovány o vzniku možných komplikací, které mohou nastat vlivem špatného stravování nebo vlivem nízké či nulové fyzické aktivity.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Epidemiologie diabetu mellitu

Počet diabetiků v naší populaci narůstá. U všech typů diabetu byl tento trend zachycen. Příčinou je pokrok v diagnostice diabetu, nepřetržité zkvalitňování lékařské péče, zlepšující se informovanost odborné i laické veřejnosti, ale také narůstání počtu autonomních onemocnění, stárnutí populace a především nezdravý životní styl (Diabetická asociace ČR, 2014).

Tabulka č. 1 Statistické údaje ČR o počtu osob s diabetem mellitem

	DM II.typu	DM I.typu	Sekundární diabetes	DM celkem
2012	772 585	56 514	12 128	841 227
2011	758 719	55 542	11 121	825 382
2010	739 859	55 811	10 560	806 230
2009	717 365	55 414	10 542	783 321
2008	708 847	54 474	10 240	773 561
2007	692 074	52 813	10 074	755 000
2006	686 159	51 070	11 299	749 000
2000	599 868	46 446	8 504	654 164
1997	555 883	39 020	5 402	600 306
1975	-	-	-	234 071

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR(2012)

Procento osob, kteří se léčí s diabetem dlouhodobě roste. V roce 2012 se v ČR léčilo s tímto onemocněním přes 841 000 osob, což představovalo přibližně 8 % populace. Z čehož je postiženo tímto onemocněním 398 839 mužů a 442 388 žen.

Oproti roku 2011 došlo k nárůstu přibližně o 16 000 diabetiků. Když se podíváme ještě více do minulosti je z předchozích dat zřejmé, že od roku 1975 počet nemocných diabetem vzrostl zhruba 2,5krát.

Světová zdravotnická organizace (WHO) se domnívá, že v roce 2030 bude diabetes mellitus 7. nejčastější příčinou smrti.

Na konci roku 2011 bylo zaznamenáno 1 843 dětí a mladistvých ve věkovém rozptylu od 0 do 19 let trpících diabetem mellitem 1. typu, jejich počet se na konci roku 2012 zvýšil na 1 966.

Avšak více než 90 % osob je postiženo diabetem mellitem 2. typu, který je diagnostikován ve vyšším věku. Na konci roku 2012 se s diabetem mellitem 2. typu léčilo 772 585 osob a 56 514 osob s diabetem mellitem 1. typu (ÚZIS, 2013, s. 7-11).

Mezinárodní diabetická federace (2011) uvádí, že 366 milionů osob po celém světě má cukrovku a očekává se, že se zvýší na 522 milionů do roku 2030, pokud nebudou přijata žádná naléhavá opatření. To odpovídá téměř 10 milionům ročně. Mezinárodní diabetická federace také odhaduje, že až 180 milionů osob si vůbec neuvědomuje, že mají cukrovku.

2.2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je metabolická porucha, pro kterou je charakteristická zvýšená hladina glykémie (Vlček, Fialová 2010, s. 187).

Je důsledkem nedostačujícího působení inzulínu při jeho absolutní nebo relativním nedostatku a je provázen komplexní poruchou metabolismu tuků, cukrů a bílkovin (Rybka, 2012, s. 303).

2.2.1 Hodnoty glykémie

Glykémie se u zdravého člověka pohybuje okolo 3,7 – 5,6 mmol/l (Vlček, Fialová a kol., 2010, s. 188).

Hladina glykémie se stanovuje ve 120. minutě pomocí oGTT (orálního glukózového tolerančního testu). Při tomto vyšetření nemocný nalačno vypije 300 ml vody se 75 g glukózy. Pokud se hodnoty glykémie pohybují ve 120. minutě oGTT mezi 7,8 – 11,0 mmol/l hovoříme o porušené glukózové toleranci. Přičemž se během několika let u 1/3 těchto osob projeví DM 2. typu. Je-li hladina vyšší jak 11,1 mmol/l hovoříme o jasném diabetu (Vlček, Fialová a kol., 2010, s. 193 - 194).

Fyziologicky glykémie s věkem mírně narůstá, kdy se nalačno zvyšuje asi o 0,05 mmol/l za dekádu, po jídle je to dokonce 0,38 – 0,72 mmol/l za dekádu. Pro detekci diabetu, poškození glukózové homeostázy i klasifikaci platí tatáž kritéria jako pro zbylé dospělé a řídíme se doporučenými opatřeními České diabetologické společnosti (Rybka, 2012, s. 304).

2.2.2 Diabetes mellitus 1. Typu

Etiopatogeneze

Diabetes mellitus 1. typu je onemocnění, kdy dochází nejčastěji autoimunitním procesem k porušení buněk inzulínu způsobené postupnou destrukcí β - buněk Langerhansových ostrůvků slinivky břišní.

Presumpcí jsou virové infekce nebo jiné škodliviny, které nejdříve nepatrně poškodí β -buňky, ty způsobí autoimunitní reakci, která je dále ničí (Vlček, Fialová a kol., 2010, s. 189).

Klinická manifestace

Úplné chybění inzulínu přispívá k porušenému zužitkování glukózy, zvýšené lipolýze a porušené přeměně bílkovin (porušena syntéza a glukoneogeneze z bílkovin).

Projevem může být hyperglykémie, která vzniká v důsledku omezení transportu glukózy z extracelulární tekutiny do buněk kosterních svalů, tukové tkáně a jater.

Dojde-li v ledvinných tubulech k překročení ledvinného prahu resorpce glukózy, dochází k přítomnosti glukózy v moči tzv. glykosurii.

Glukóza v moči představuje zvýšenou osmotickou nabídku pro ledviny, dochází k polyurii a v jejím důsledku k dehydrataci a pocitu žízně.

Myopatie nebo-li svalová slabost je zapříčiněna poruchou metabolismu sacharidů a bílkovin v kosterním svalstvu. V těžkých případech to vede k nadbytečnému katabolismu, což přispívá k rychlému úbytku glykogenu a bílkovinu, nemocný se cítí unavený a dochází k úbytkům hmotnosti.

Mastné kyseliny, které jsou uvolňovány z tukové tkáně jsou více okysličovány, narůstá hladina ketolátek v krvi a můžeme je nalézt také v moči, kdy hrozí riziko ketoacidotického kómatu (Vlček, Fialová a kol., 2010, s. 190).

2.2.3 Diabetes mellitus 2. Typu

Etiopatogeneze

Diabetes mellitus 2. typu je charakterizována inzulínovou rezistencí a porušenou produkcí inzulínu. Působení genetických a zevních vlivů (obezita, hypokineze - nedostatek pohybu) se účastní na inzulínové rezistenci.

Inzulínová rezistence - tj. snížená senzitivita buněk ve vztahu k působení inzulínu zapříčiňuje:

- restrikcii upotřebené glukózy v periferních tkáních, především v kosterním svalstvu, která je odpovědná zejména za hyperglykémii po jídle
- přebytečnou produkci glukózy v játrech (restrikcii inhibičního účinku inzulínu na glukoneogenezi a glykogenolýzu), která je naopak odpovědná v první řadě za hyperglykémii nalačno (Vlček, Fialová a kol., 2010, s. 190).

Klinická manifestace

Diabetes mellitus 2. typu je onemocnění, jehož rozvoj je z počátku plíživý. Typickými příznaky jsou únava, snížená tělesná i duševní výkonnost, polyurie a polydipsie. Mnohokrát se na něj přijde až při objevení se prvních komplikací, především neuropatie a retinopatie (Vlček a kol., 2010, s. 190).

Zásadní vliv na prevenci diabetu mellitu 2. typu má především změna životního stylu. Do této oblasti spadá zejména redukce hmotnosti, dietní vlivy a fyzická aktivita. Tato opatření vyžadují velkou spolupráci pacientů (Svačina, 2013, s. 155).

2.3 Komplikace diabetu mellitu

Komplikace diabetu dělíme na:

- akutní
- chronické

2.3.1 Akutní komplikace při diabetu mellitu

Hypoglykémie

Mezi nejčastější komplikace inzulínové léčby patří právě hypoglykemické kóma, kdy se hladina glykémie pohybuje pod 3,3 mmol/l a objevují se první příznaky. Důvodem vzniku je absolutní či relativní nadbytek inzulínu.

Nejčastější příčinou hypoglykémie u diabetiků bývá zvýšená fyzická aktivita, vynechání pravidelného stravování, špatně zvolená dávka inzulínu či požití alkoholu.

Mezi příznaky se řadí pocení, úzkost, třes, bušení srdce, bledost, studený pot, brnění, bolest hlavy, sucho v ústech, slabost až porucha vědomí.

Lékem první pomoci při hypoglykémii jsou 2-3 kostky cukru, sušenky nebo sklenka džusu (Pelikánová, Bartoš a kol., 2011, s. 348-353).

Hyperglykemické (hyperosmolární) kóma

Je to komplikace především diabetu mellitu 2. typu. Nedostatečný přísun vody při osmotické diuréze z narůstající hyperglykémie.

Mezi projevy se řadí extrémní hyperglykémie s těžkou dehydratací, renální insuficience, poruchy vědomí, žízeň, polyurie, postupná dehydratace s poruchami vědomí, křeče, hypotenze.

Základem terapie k úpravě hydratace je intravenózní podání tekutin (Pelikánová, Bartoš a kol., 2011 s. 369-370).

Diabetická ketoacidóza

Akutní metabolická komplikace diabetu mellitu 1. typu, vyvolaná relativním nebo absolutním nedostatkem inzulínu. Pro tuto komplikaci je charakteristická metabolická acidóza při vzestupu hladiny ketolátek, hyperglykémie, deficit vody a minerálů.

Příčinou vzniku může být nově vzniklý diabetes 1. typu, chybná terapie buď ze strany lékaře nebo nemocného, infekce, úrazy, operace.

Mezi projevy se řadí pocit žízně, polyurie, polydipsie, slabost, závrať ortostatická hypotenze, poruchy vědomí až kóma.

Základem terapie je intravenózní podání inzulínu. Nejčastější komplikací je snížená renální funkce až ledvinné selhání (Pelikánová, Bartoš a kol., 2011, s. 362-368).

Laktátová acidóza

Jde o nejtěžší akutní komplikaci diabetu 2. typu.

Vzniká na podkladě metabolické acidózy, výsledkem je hromadění laktátu v organismu vlivem různorodých patologických stavů (Pelikánová, Bartoš a kol., 2011, s. 370).

2.3.2 Chronické komplikace při diabetu mellitu

Chronické komplikace diabetu mellitu můžeme dělit na mikrovaskulární a makrovaskulární.

Jsou to komplikace vzniklé na základě dlouhodobé hyperglykémie. Mezi nejčastější mikrovaskulární komplikace patří diabetická nefropatie, diabetická neuropatie a diabetická retinopatie. Mezi obzvláště časté makrovaskulární komplikace řadíme potíže spojené se syndromem diabetické nohy, vzniklé na základě ischemické choroby dolních končetin.

U diabetu mellitu 2. typu se makrovaskulární komplikace vyskytují daleko častěji než mikrovaskulární (Vlček, Fialová a kol., 2010, s. 191-192).

- Mikrovaskulární

Diabetická nefropatie

Chronické zhoršující se onemocnění ledvin, charakterizované proteinurií (vyučování bílkovin močí), vysokým tlakem a postupným snížením funkce ledvin (Lébl, Průhová, Šummík a kol., 2012, s. 382).

Diabetická retinopatie

Jedná se o nezávažnější komplikaci diabetu. Projevuje se zvýšenou cévní propustností, proliferací cév a odchlípením sítnice. Může vyústit až ve slepotu (Vlček, Fialová, 2010, s. 191).

Diabetická neuropatie

Je nejčastější komplikací provázející diabetes.

Můžeme jí rozdělit do tří forem:

- Senzitivní - projevuje se především parestéziemi a poruchami cití dolních končetin
- Motorická - může vést ke svalovým paralýzám
- Autonomní - vlivem autonomní neuropatie může dojít k srdeční arytmii, erektilní dysfunkci, zhoršenému vyprazdňování žaludku či močového měchýře, zácpě, průjmu (Vlček, Fialová a kol., 2010, s. 192)

- Makrovaskulární

Syndrom diabetické nohy

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je syndrom diabetické nohy definován jako postižení tkání nohy distálně od kotníku spojené nejčastěji s diabetickou neuropatií a s různým stádiem ischemie dolních končetin. Tkáně na dolních končetinách jsou nejčastěji postiženy ulceracemi, gangrénou, flegmónou, osteomyelitidou (zánět kostní dřene), ale také vysoké riziko mají stavy po nízkých amputacích (Lébl, Průhová, Šummík a kol., 2012, s. 491).

2.3.3 Srovnání diabetu mellitu 1. typu a 2. typu

V následující tabulce je porovnán diabetes mellitus 1. a 2. typu. Věk, typický pro daný typ. Stav výživy, vyskytující se na začátku diabetu. Prevalence, který typ diabetu má častější výskyt. Defekt, k čemu během tohoto onemocnění dochází. Podklad, na základě čeho diabetes vzniká a komplikace, které se u jednotlivých typů mohou projevovat.

Tabulka č. 2 Srovnávání DM 1. a 2. typu

DM	DM 1. typu	DM 2. typu
Věk vzniku DM	V každém věku, v mladším věku probíhá dramatičtěji	Většinou nad 35 let
Výživa na začátku DM	Často podvýživa	Většinou obezita
Prevalence	asi 10 %	asi 90 %
Defekt	Zničení B-buňky, minimální nebo žádná sekrece inzulínu a C-peptidu	Inzulínová rezistence Relativní nedostatek inzulínu
Podklad	Autoimunitní zánět Langerhanzových ostrůvků	Genetická predispozice Součást metabolického syndromu
Komplikace	Častěji mikrovaskulární (neuropatie, retinopatie, nefropatie)	Častěji makrovaskulární (předčasná ateroskleróza)

Zdroj: (Vlček a kol., 2010, s.194)

K diagnostice určování rozdílu mezi DM 1. typu a DM 2. typu, je možno použít stanovení koncentrace C-peptidu jako ukazatele vnitřní sekrece inzulínu, kdy u DM 1. typu je hodnota snížena nebo nulová (Vlček a kol., 2010, s. 194).

2.4 Léčba

Léčba každého diabetika by měla vždy obsahovat nefarmakologická opatření, mezi ně patří dieta a fyzická aktivita. U fyzické aktivity se bere v potaz věk, typ diabetu, hmotnost pacienta a přítomnost komplikací.

Farmakologická léčba je odlišná u DM 1. a 2. typu.

DM 1. typu od samého začátku vyžaduje léčbu inzulínem. DM 2. typu se léčí pomocí perorálních antidiabetik, které se často podívají v různých kombinacích. Při nedostatečném účinku perorálních antidiabetik se přistupuje k léčbě inzulínem (Vlček, Fialová a kol., 2010, 195).

2.4.1 Dieta

V roce 2012 bylo 13,8 % diabetiků léčeno dietou (ÚZIS, 2012 s. 16).

V minulosti byla součástí každého terapeutického doporučení, dietní postupy a snaha o změnu životního stylu se pravděpodobně řadila mezi nejvíce účinné v léčbě i prevenci většiny nemocí.

Význam dietoterapie se postupně mění. Onemocnění z tohoto hlediska je možno rozdělit do tří skupin:

- nemoci, u kterých má dieta stále hlavní význam a onemocnění bez dietní edukace nelze léčit
- nemoci, u kterých je dieta důležitá, ale její význam klesá
- nemoci, u kterých dieta svůj význam ztratila

Příčemž diabetes se řadí do první skupiny mezi nemoci, u kterých má dieta stále hlavní význam a onemocnění bez dietní edukace nelze léčit (Svačina, 2013, s. 56).

Tato dieta se zásadně neliší od racionální výživy. Diabetici mohou jíst ty samé potraviny jako zdraví lidé s rozdílem dodržování určitých pravidel. Léčba dietou je individuální a jiná u každého pacienta (Vašáková, 2012, s. 15).

Kvalitativní změny v dietě se významně podílí na vzniku diabetu. Vyšší příjem polynenasycených mastných kyselin a snad i omega-3 mastných kyselin snižuje riziko vzniku diabetu. Naopak riziko vzniku diabetu zvyšuje příjem saturevaných tuků a trans-mastných kyselin. Příjem těchto látek navíc prohlubuje inzulínovou rezistenci. Ke snížení rizika vzniku diabetu mellitu 2. typu také vede příjem potravin se sníženým glykemickým indexem a vyšším obsahem vlákniny.

Americká diabetologická asociace nedoporučuje příjem cukru redukovat, ba naopak připouští příjem sacharidů ve zdravé preventivní dietě.

Novější čínská studie ukázala, že až o jednu třetinu snižuje výskyt diabetu příjem zeleniny, oproti tomu příjem ovoce nikterak výskyt diabetu neovlivňuje. Další pozitivní vliv má nesolubilní (nestravitelná) vláknina (celulóza) a také celozrnné obiloviny (Svačina, 2013, s. 157).

Dietní léčba cukrovky 1. typu

V dietě diabetiků 1. a 2. typu existují rozdíly, mezi které patří rozložení jídel a omezení množství přijaté energie u diabetiků 2. typu.

Rozvržení jídel a množství sacharidů ve stravě

Diabetici 1. typu jsou nuceni k pravidelnému dodržování 6 jídel denně účinkem inzulínových preparátů. V dnešní době je více praktická aplikace krátkodobých

inzulínových analog, přičemž se postačí stravovat 3x denně. Zhruba po 2- 3 hodinách v důsledku přetrvávajícího efektu inzulínu je potřeba vložit další jídlo, aby nedocházelo k hypoglykémii.

Diabetici 1. typu mají zvýšenou tendenci k tvorbě acetonu neboli ketóze, která brání trvalému přísunu malých dávek sacharidů (Svačina, 2013, s. 79).

Diabetik 2. typu u něhož je sklon ke ketóze minimální. Přísun sacharidů rozdělujeme do menších porcí kvůli neschopnosti zmetabolizovat větší přísun sacharidů. Delší pauzy mezi jídly nevdí. Časové rozvržení není striktní, malá jídla se mohou i vynechat, pokud pacient není léčen inzulínem nebo deriváty sulfonylmočoviny (Svačina, 2013, s. 79).

Energetický příjem ve stravě

Diabetik 1. typu většinou nemá sklony k obezitě a energetický příjem není nijak zvlášť omezen.

Oproti tomu diabetik 2. typu má sklony k přibývání hmotnosti, a tudíž dieta musí být méně energeticky bohatá (Svačina, 2013, s. 80).

Stačí tedy u obézních pacientů ponechat pouze 3 hlavní chody. I když výhodnější je příjem malých porcí jídla 4-6x denně.

Je to dáno tím, že působení inzulínu je vícehodinové a ve stádiu cca 2-3 hodin po jídle může nastat hypoglykémie (Svačina, 2013, s. 84).

Pro oba typy platí, pokud by měl být člověk do jídla nucen, neměla by být pravidelnost za každou cenu realizována. Po určité nepravidelnosti by měla následovat porce jídla běžné velikosti. Nejpozději mezi 18-21 hodinou, přinejmenším hodinu před spaním, by měl pacient přijímat poslední jídlo (Svačina, 2013, s. 84).

Diabetici by se měli vyvarovat stravě bohaté na tuky, která prohlubuje inzulinorezistenci, působí toxicky na beta-buňku a zvyšuje energetickou nálož stravy (Svačina, 2013, s. 84).

U diabetiků je nutné, aby jejich hlavní jídla, někdy i večeře obsahovaly určitou dávku polysacharidů (chléb, pečivo, přílohy), ovoce a zeleninu (Svačina, 2013, s. 85).

Z ovoce jsou vyhovující například citrusy a jablka, samozřejmě rozvrženy do více porcí během dne v omezeném množství (Vlček, Fialová, 2010, s.196).

Alkohol

V této podkapitole se nepatrně zmíníme o vztahu alkoholu u osob s diabetem mellitem. Jak uvádí Svačina, Bretšnajdrová (2008, s. 16), alkohol v menší míře může mít i pozitivní účinky proti vzniku diabetu mellitu 2. typu.

Alkohol je velkým zdrojem energie. Doporučená dávka alkoholu pro diabetiky se příliš neodlišuje od doporučení pro ostatní populaci.

Denní dávka u žen se pohybuje do 10 g s u mužů do 15 g, což je považováno za lehkou spotřebu. Za mírnou spotřebu už je považováno 10-30 g u žen a 15-40 g u mužů.

Z hlediska prevence diabetu mellitu 2. typu se doporučuje příjem na úrovni jednoho alkoholického nápoje za den (Svačina, 2013, s. 159).

Za jeden alkoholický nápoj se považuje 250 ml piva, 100 ml vína, 60 ml fortifikovaného vína a 25 ml lihovin (Svačina, Bretšnajdrová, 2008, s. 16).

2.4.1.1 Výměnné jednotky

Slouží pro rychlý výpočet přijatého množství cukru a energie (Svačina, 2013, s.80).

Pojem výměnná jednotka představuje množství potravin obsahující 10 g sacharidů (nazývána jako chlebová jednotka). Proto je tato dieta vhodná pro diabetiky léčené inzulínem (Pelikánová, 2010, s. 167).

Pro plánování jídelníčku nemocných je znalost této informace velice důležitá. Výměnné jednotky počítáme pouze u potravin obsahující sacharidy. Mezi potraviny, u kterých se nemusíme výpočtem výměnných jednotek zabývat patří například vejce, sýry, maso, olej atd. Potraviny, které obsahují sacharidy, můžeme rozdělit do následujících skupin:

- Mléčné výrobky
- Cukrářské výrobky
- Ovoce, zelenina
- Pekárenské výrobky

Platí zde možnost zaměňování potravin (odtud název výměnná jednotka) se stejným množstvím sacharidů. Vhodné je jíst maximálně sedm výměnných jednotek na jednu porci jídla.

Děti obvykle potřebují za den jídlo obsahující 10 výměnných jednotek a jednu výměnnou jednotku za každý rok věku navíc. S věkem stoupá množství výměnných jednotek, pak se ustálí, nebo mírně klesne. Denní potřeba jednotek se nápadně liší, nejen

podle věku, ale i podle jejich pohybové aktivity a tělesné konstituce (Lébl et al., 2008. s. 72).

2.5 Zdravý životní styl

„Výživa, pohyb a způsob života jsou pro léčbu a prognózu diabetu prioritní“ (Zikmundová, Zavázalová, Zaremba, 4/2011, s. 154),

Mongin-Bulewski, Carole (2011, s. 241) uvádí, že mírná omezení energie, redukce příjmu tuků a zvýšené fyzické aktivity jsou účinné intervence na hubnutí a prevenci diabetu.

Zdraví jako takové, definovala Světová zdravotnická organizace v roce 1948 takto: Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady (Machová, Kubátová, 2009. s. 12).

Životní styl zahrnuje způsoby chování v určitých existencionálních situacích, které jsou založené na vlastním výběru z rozličných možností. Z možností, které se nabízejí, se můžeme rozhodnout pro zdravé alternativy, a odmítnout ty, které naše zdraví narušují. Životní styl je tedy charakterizován koordinací dobrovolného chování a životní situací.

V tomto případě rozhodování jednotlivce není zcela svobodné, neboť je často ovlivněno rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti a je limitováno ekonomickou situací společnosti i tou vlastní, a v neposlední řadě také s jeho sociálním postavením. Závisí tedy na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, rase, módním vlivům, pohlavní orientaci, prioritách a postojích každého člověka. (Machová, Kubátová, 2009, s. 16).

2.5.1 Pohybová aktivita

Při definici pojmu „pohybová aktivita“ autoři Kalman, Hamřík a Pavelka (2009, s.21) vycházeli z koncepce pohybové aktivity dle WHO (2004), která definuje pohybovou aktivitu jako „jakoukoliv aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence.“

Pohybová aktivita je nedílnou součástí našeho zdraví. Existuje celá řada studií, které dokládají, že pohybová aktivita přináší lidem všech věkových skupin, zdravým či nemocným, včetně lidí postižených ať psychicky či fyzicky – širokou škálu fyzického, sociálního a mentálního užitku (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2009).

Když to vztáhneme na toto téma, tak fyzická aktivita má význam při zužitkování glukózy v organismu tím, že zvyšuje působení inzulínu a následně zlepšuje kompenzaci cukrovky. Má pozitivní vliv na fyzický stav a psychický stav nemocného. Dále má vliv na podíl tělesného tuku a možný výskyt rizikových faktorů. Je nutné nalézt harmonii mezi fyzickou aktivitou a jejich léčebným režimem. V případě zhoršení komplikací diabetu je fyzická aktivita kontraindikována (Vašáková, 2012, s. 15).

Fyzická aktivita se doporučuje ve střední míře intenzity, měla by být rozdělena do 3-4 dnů za týden s trváním nejméně 150 minut týdně. Nejideálněji by mělo cvičení probíhat každý den, prakticky každý druhý den. Do programu je vhodně zařadit jak anaerobní tak i aerobní cvičení. Intenzitu je třeba navyšovat postupně (Pelikánová, 2010. s. 183).

U diabetiků je důležité, aby si hladinu krevního cukru měřili před fyzickou aktivitou, v jejím průběhu a po skončení. Cvičení by mělo být zapojeno 1 – 2 hodiny po jídle, během cvičení je nutno doplňovat tekutiny. Mezi doporučované sporty a druhy cvičení můžeme zařadit turistiku, jízdu na kole, chůzi, plavání, tenis nebo tanec. Naopak se nedoporučuje cvičit při vysokých nebo nízkých teplotách (Vašáková, 2012, s. 15).

2.5.2 Výživa

Jedním ze základních ukazatelů životního stylu je výživa. Zdravá strava by měla být pestrá, vyvážená, měla by tedy zajišťovat příjem energie, který odpovídá energetickému výdeji. Dále by měla obsahovat dostatečné a vyvážené množství všech živin, vitamínů a minerálních látek.

Pozitivní vliv zdravé stravy na prevenci a léčbu onemocnění souvisejících se stárnutím, což jsou ve skutečnosti onemocnění zapříčiněná nedostatečnou aktivitou a nesprávnou výživou, dokáže ocenit jen nepatrné množství lidí. V dnešní době lidé zapomínají na nejjednodušší způsob jak předejít užívání různých léků, například na snížení krevního cukru a tím je správná strava. Správný přístup ke stravování se nejvíce projevuje na zdraví, kondici a fyzické zdatnosti. „Žádný lék není tak mocný jako zdraví prospěšná strava“ (Nancy Clark, 2009, s. 38).

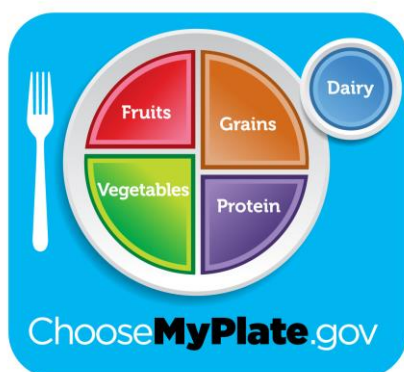
2.5.2.1 Potrava a její jednotlivé složky

Tato kapitola je zaměřena především na jednotlivé složky potravy, které by v našem jídelníčku neměly chybět. Jedná se o sacharidy, bílkoviny, tuky, minerální látky, cholesterol, vitamíny a v neposlední řadě se také zmíníme o vodě, která je důležitou součástí našeho organismu.

V roce 2011 vydali v USA novou ikonu potravin s názvem „Zdravý talíř“, který má sloužit jako připomínka zdravějšího výběru potravin. „Zdravý talíř“ obsahuje pět základních skupin potravin pro zdravou výživu, na jedné polovině talíře ovoce a zelenina, na druhé obiloviny a bílkoviny. Vedle talíře jsou důležitou součástí jídelníčku i mléčné výrobky.

Měli bychom se zaměřit převážně na ovoce, střídat různé druhy zeleniny. Obiloviny, kdy alespoň polovinu by měly tvořit obiloviny celozrnné. Zařadit potraviny bohaté na vápník a proteiny, které jsou kvalitním zdrojem, při hubnutí. (United States Department of Agriculture)

Obrázek 1 – „Zdravý talíř“ převzato z: (<http://www.choosemyplate.gov/about.html>)



Sacharidy:

Cukry jsou hlavním zdrojem energie. Denní příjem sacharidů by měl tvořit 50 – 55 % energetické potřeby. Sacharidy můžeme rozdělit na využitelné a nevyužitelné. Mezi využitelné sacharidy patří monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy a polysacharidy. Ty nejsou v potravě rovnoměrně zastoupeny, z čehož nejvíce přijímáme škrob. Mezi nevyužitelné se řadí vláknina, jejíž denní dávka by měla být alespoň 30 g (Máchová, 2009, s. 22).

U sacharidů neboli cukrů se mnoho lidí mylně domnívá, že jejich nadměrná konzumace zapříčiňuje vznik cukrovky. Mezi hlavní viníky patří nadváha a nízká fyzická zdatnost (Nancy Clark, 2009, s. 56).

Tuky:

Tuky neboli lipidy představují zásobní zdroj energie v organismu (tuková tkáň). Při nedostatku sacharidů dochází k jejich čerpání. Jsou nezbytně nutné pro rozpouštění některých vitamínů (A,D,E,K). Řadí se mezi ně nasycené mastné kyseliny, které

našemu tělu škodí, a nenasycené, které mají naopak blahodárny účinek na naše zdraví (Máchová, 2009, s. 19, 21).

Denní příjem tuků by neměl převyšovat 30 % energetického příjmu. Z toho by měly jednu třetinu tvořit tuky živočišné a zbylé dvě třetiny tuky rostlinné. Příjem cholesterolu by neměl být vyšší než 300-400 mg za den (Máchová, 2009, s. 21).

Bílkoviny:

Bílkoviny neboli proteiny tvoří řetězce obsahující aminokyseliny. Proteiny tvoří stavbu živého organismu, plní důležité funkce jako je výživa, transport, imunita, funkce jednotlivých soustav, regulace metabolismu a další.

Doporučená denní dávka bílkovin se pohybuje okolo 0,8 g/kg normální hmotnosti, přijímáme-li vysoce kvalitní bílkoviny pohybuje se to i kolem 0,6 g/kg hmotnosti.

Mezi hlavní zdroje bílkovin řadíme maso, mléko, vejce, luštěniny (Svačina, Millerová, Bretšnajdrová, 2013, 43 - 45).

Mikronutrienty:

Dělíme je na vitamíny a minerální látky. Ty se dále dělí na makroelementy, mikroelementy a stopové prvky.

Makroelementy, jejichž denní potřeba je vyšší než 100 mg, řadí se sem Ca, P, S, Na, Cl a Mg.

Mikroelementy, denní potřeba se pohybuje v množství od 1-100 mg za den, jejichž nedostatek může mít značný podíl na našem zdravotním stavu, např. nedostatek jodu nebo železa.

Stopové prvky, jejich denní spotřeba se pohybuje v mikrogramových dávkách (Svačina, 2013, s. 45).

Vitamíny

Vitamíny jsou látky, které jsou pro náš život nezbytné a tělo si je neumí vyrobit (Astl, Astlová, Marková, 2009, s. 16).

Vitamíny dělíme na dvě skupiny, rozpustné v tucích a rozpustné ve vodě. Mezi rozpustné v tucích se řadí ADEK, ve vodě ostatní vitamíny B, C. Zdrojem vitamínů je především rostlinná strava (Máchová, 2009, s. 29).

Voda

Z funkčního hlediska má voda v organismu obrovský význam. Slouží jako rozpouštědlo, transportní prostředek, udržuje tělesnou teplotu (Máchová, 2009, s. 28).

70 % našeho organismu tvoří voda, a aby každá buňka v našem těle byla náležitě hydratována a měla dostatek energie, měli bychom tělu dopřávat přijatelné množství tekutin, což činí v ideálním případě dva až tři litry tekutin za den (Astl, Astlová, Marková, 2009, s. 12).

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.1 Cíle práce

Pro tuto práci jsem si stanovila čtyři cíle, které se týkají životního stylu osob s diabetem mellitem. Z důvodu rozsáhlosti tématu se zaměřuji především na výživu a pohybovou aktivitu.

- 1) Cílem práce je zaměření v oblasti stravování.
- 2) Cílem je zmapování fyzických aktivit a dále volnočasových aktivit osob s diabetem.
- 3) Cílem je zjistit, zda jsou osoby s diabetem dostatečně informovány o vzniku možných komplikací při nedodržování správné životosprávy.
- 4) Cílem je zjistit, jakým způsobem se změnil životní styl osob po diagnostikování diabetu.

3.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jakým způsobem se změnil životní styl osob po diagnostikování diabetu mellitu?

VO 2: Dodržují osoby s diabetem mellitem správnou životosprávu při tomto onemocnění?

VO 3: Jsou dostatečně informovány o vzniku možných komplikací při nedodržování správné životosprávy?

3.3 Metodika

3.3.1 Technika sběru dat

Pro realizaci výzkumné části bakalářské práce je využit kvalitativní přístup. Kvalitativní výzkum se realizuje pomocí rozsáhlejšího a intenzivnějšího kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Jde především o všední situace jedinců, skupin, společností nebo organizací.

Výzkumník si na počátku výzkumu určí základní výzkumné otázky, které se mohou v průběhu výzkumu modifikovat nebo doplňovat. Práce kvalitativního výzkumníka bývá přirovnávána k činnosti detektiva, protože výzkumník vyhledá a analyzuje informace, které mohou přispět k osvětlení výzkumných otázek (Hendl, 2005, s. 49-50).

Výzkumník se snaží dosáhnout jednotného obrazu na předmět studie, jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla, která v dané oblasti fungují.

Kvantitativní výzkum zahrnuje data ve formě terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, audiozáznamy, osobní komentáře, poznámky a vše další, co nám přibližuje všední život zkoumaných lidí. Klíčovým úkolem je objasnit, jak se osoby v daném prostředí a situaci dobírají porozumění toho, co se děje, z jakého důvodu jednají konkrétním způsobem a jak organizují své všední aktivity a interakce.

Výzkumník ve svém hledání a snaze porozumět aktuálnímu dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal.

Výhodou je získání hloubkového popisu případů (Hendl, 2005, s. 50).

Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru s osobami s diabetem mellitem. Polostrukturované interview (rozhovor) je velmi rozšířenou podobou metody rozhovoru, neboť dokáže řešit nevýhody jak nestrukturovaného, tak strukturovaného rozhovoru. Vytváří se určité schéma, které je pro tazatele závazné. Schéma specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Je možné, zaměřovat pořadí okruhů podle potřeb. Během polostrukturovaného rozhovoru si můžeme nechat upřesnit a vysvětlit odpovědi účastníka, abychom si ověřili, zda jsme se správně pochopili. Zároveň můžeme pokládat doplňující otázky a téma rozpracovat do hloubky (Miovský, 2006, s. 159-160).

U polostrukturovaného rozhovoru přikládáme obvykle větší váhu vnějšímu prostředí. Měli bychom brát v úvahu prostorové nároky a prostředí, aby byly odpovídající cílům výzkumu a povaze výzkumných otázek. Interview lze provádět ve standardizovaném prostředí, za které se považuje například psychologická ordinace nebo ve velmi různorodém prostředí jako jsou restaurace, bary (Miovský, 2006, s. 160).

3.4 Výběr výzkumného souboru

Pro výběr respondentů byla využita metoda záměrného výběru (Miovský, 2006, s. 135).

(Miovský, 2006) uvádí, že záměrného výběru využíváme, pokud cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností, kritérií.

Pro realizaci výzkumu byly vyhledány osoby, které splňovaly tyto podmínky.

- Diabetici typu 1. nebo 2.
- Ochota účastnit se výzkumu

Metoda záměrného výběru byla zkombinována s metodou sněhové koule. U metody sněhové koule jde o získání kontaktu s první vlnou účastníků výzkumu. Kontakt

na ně může být získán prostřednictvím institucí nebo i díky předchozímu osobnímu kontaktu (Miovský, 2006, s. 131-132).

V tomto případě byl zkontaktována kamarád z dětství, který trpí diabetem mellitem 1. typu. Kamarád byl zkontaktována přes službu facebook, byla mu popsána bakalářská práce a navrženo zda by byl ochotný zúčastnit se výzkumu, neboť splňoval vymezená kritéria. Souhlasil a zároveň byl nápomocen při výběru dalších respondentů.

3.5 Průběh výzkumu

Kontaktování prvních osob do výzkumné části bylo zahájeno během prosince 2014. První byl kontaktován muž, kamarád z dětství. Následně mu byla nabídnuta spolupráce na výzkumu, neboť splňoval vymezená kritéria. Ke kontaktování osob bylo využito e-mailů a služby facebook.

Od ledna 2015 byly realizovány rozhovory. Pro časovou zaneprázdněnost některých respondentů byly rozhovory realizovány i během měsíce březen 2015. Pro rozhovory byla vybrána klidná místa, s 5 respondenty jsem se na jejich pozvání sešla u nich doma, kde byla možnost určitého soukromí, se zbylými 3 byla pro rozhovor vybrána kavárna.

Měla jsem předem připravené otázky viz. Příloha A, které jsem chtěla v rámci rozhovoru položit. Před samotným rozhovorem byl věnován čas přátelskému popovídání s respondenty, aby došlo k poznání druhého a opadl vzájemný ostych.

Respondentům byl popsán záměr této práce, vysvětleno, že daný rozhovor bude sloužit pouze pro bakalářskou práci a že bude zachována anonymita.

První část rozhovoru byla věnována základním údajům o respondentech (věk, délka onemocnění, pracovní zařazení). Druhá část rozhovoru byla zaměřena na samotné onemocnění, kde jsem došla na základě otázek, kterých bylo 10, došla k odpovědím na mé výzkumné otázky. Na závěr rozhovoru měli respondenti možnost doplnit další informace.

Doba rozhovoru se většinou pohybovala v rozmezí od 20 do 40 minut. Následně byl proveden přepis rozhovorů a zpracování informací.

Struktura rozhovoru

- Základní údaje o respondentovi
- V kolika letech se u Vás objevil diabetes mellitus?
- Jakým způsobem se léčíte? (dieta, PAD, inzulín,)
- Jakým způsobem se změnil Váš život po diagnostikování tohoto onemocnění?

- Informoval Vás lékař o možných komplikacích vzniklých vlivem špatně životosprávy?
- Jak jste na tom s pohybovým režimem?
- Kolikrát denně se stravujete?
- Jaká je skladba Vašeho jídelníčku?
- Dodržujete pitný režim, kolik tekutin denně vypijete?
- Požívání alkoholu, v jaké míře, jaký druh?
- Kouříte?

3.6 Charakteristika sledovaného souboru

Ochotu zúčastnit se tohoto výzkumu, tvořilo nakonec výzkumný soubor 8 respondentů, kteří byli ve věkovém rozmezí 21-74 let. Skupinu respondentů tvořily 4 ženy a 4 muži. 2 respondenti jsou doposud studující, 4 pracující, 1 ve starobním důchodu a 1 v invalidním důchodu. Z toho 5 respondentů, 3 ženy a 2 muži byli diabetici na inzulínu, 4 si aplikovali inzulín inzulínovými pery, 1 respondentka měla inzulínovou pumpu, která kontinuálně vpravuje inzulín do podkoží. Zbylí 3 respondenti, jedna žena a dva muži, byli diabetici na perorálních diabetících.

Tabulka č. 3 Soubor respondentů

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8
Věk	21	37	22	23	37	74	74	51
Věk při dg.	7	33	8	12	19	60	59	49
Délka trvání DM	14	4	14	11	18	14	15	2
Léčba	inzulín	inzulín	inzulín	inzulín	inzulín	PAD	PAD	PAD
Výskyt v rodině	+	+	+	+	+	+	+	+
Prac. zařazení	S	P	S	P	P	D	D	ID

Vysvětlivka	S-studující	P-pracující	D-důchodce	ID –invalidní důchodce
-------------	-------------	-------------	------------	------------------------

Zdroj: Vlastní výzkum

Diabetes se u jednotlivých respondentů vyskytoval od 2 do 18 let, přičemž nejdéle se s diabetem léčí respondent č. 5, 18 let a nejkratší dobu respondent č. 8., který se léčí s diabetem mellitem 2. rokem.

3.7 Metoda analýzy získaných údajů

Přepsané rozhovory jsme opakovaně pročetla a v jejich záznamech identifikovala významové jednotky, ze kterých jsem dále vytvářela kategorie a podkategorie.

Rozhovor byl se souhlasem dotazovaných nahráván na mobilní telefon. Respondentům bylo zaručeno, že nahrávka bude následně sloužit pouze k přepsání rozhovoru pro potřeby bakalářské práce. Po ukončení všech rozhovorů jsem provedla doslovný přepis (případová studie). Získané klíčové informace jsem zaznamenala do tabulky č.4 . „V případové studii jde o detailní studium jednoho nebo několika málo případů. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podrobným případům.“ (Hendl, 2008, s. 102)

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Přepis rozhovorů a zaznamenávání klíčových informací

V následující části jsou uvedeny výsledky analyzovaných rozhovorů, ze kterých vyplývá, jak osoby s diabetem mellitem dodržují správnou životosprávu, zda jsou dostatečně informovány svým lékařem o možných komplikacích vlivem nesprávné životosprávy a jakým způsobem se změnil jejich životní styl po diagnostikování diabetu.

Nejprve předkládám doslovný přepis rozhovorů respondentů, dále výsledky analýzy rozhovorů s identifikovanými kategoriemi, které jsou zvýrazněny velkými písmeny. Uvádím rovněž autentické výpovědi respondentů, kterou ilustruji analyzovaná data.

Z důvodu přehledné orientace bylo ve výsledcích zvoleno označení respondent č. 1 až respondent č. 8. Rozhovory neprošly jazykovou úpravou.

Respondent č.1

U respondenta č. 1, vzhledem k tomu, že se jednalo o mého dlouholetého kamaráda bylo využito tykání a rozhovor byl pojat kamarádským způsobem.

Já: „ Ahoj. Já to sice vím, ale na začátek mi, prosím, řekni, kolik je ti let?“

R1: „ Je mi 21 let.“

Já: „Jaké je tvoje pracovní zařazení?“

R1: „Jsem student, studuju dvě školy, jednu prezenčně, druhou dálkově.“

Já: „Vyskytoval se diabetes u něho v rodině?“

R1: „Jo, prababička z tátovi strany měla cukrovku 1. typu.“

Já: „Od kolika let se u tebe vyskytuje diabetes?“

R1: „Cukrovku mám od 7 let.“

Já: „Jakým způsobem se léčíš?“

R1: „4x denně si píchám inzulín.“

Já: „Změnil se nějak tvůj životní styl po diagnostikování diabetu?“

R1: „Těžko říct, zjistili mi to, když jsem byl ještě dost malej. Ale tohle onemocnění mi dalo alespoň nějaký režim, na který musím dbát.“

Já: „Co lékař, máš pocit, že tě dostatečně informoval o možných komplikacích, které mohou vlivem nedodržívání správné životosprávy nastat?“

R1: „V 19 letech jsem přestoupil od dětské lékařky, která byla úplně hrozná, přišlo mi, že o tom pořádně sama nic neví. Teď jsem u jiné a je to úplně super, shodou okolností má moje nová lékařka taky diabetes, je s ní jiná domluva, než s tou předtím. Mám pocit, že mi vše dostatečně sdělila.“

R1: „Mimochodem, chodím každý rok na kontroly očí a na neurologii, kde mi zjistili mírnou neuropatii v nohách.“

Já: „Léčíš se mimo diabetes ještě s něčím jiným?“

R1: „Jo, spolu s cukrovkou mi zjistili, že mám celiakii.“

Já: „Co děláš ve volném čase?“

R1: „Tak různě, jsem s kamarády, fotím, zajímám se o vlaky. Což mě právě štve, mým snem bylo, že budu průvodčí, ale cukrovce to bohužel nemůžu dělat.“

Já: „Jak si na tom s pohybovým režimem?“

R1: „V pohybu se nikterak neomezuju, sportuju spíše rekreačně. Každý den chodím ráno na autobus do školy a ze školy, což je jsou dohromady asi 3 kilometry. Jinak chodím běhat, každý pátek chodím hrát florbal s klukama.“

Já: „Jak si na tom se stravováním? Kolikrát denně se stravuješ?“

R1: „Snažím se 6x denně, jak bych měl. Ale když si třeba přispím ráno, vynechám svačinu.“

Já: „Jaká je skladba tvého jídelníčku?“

R1: „Vzhledem k tomu, že mám bezlepkovou dietu, tak se sortiment věcí, co můžu zužuje, ale tak zařazuju vše co bych měl, složený cukry, ovoce, zeleninu, vlákninu, snažím se jíst pestrou stravu.“

Já: „Umíš si sám sestavit správný jídelníček?“

R1: „Jo, za ty roky už umím, občas si něco zvažím, hlídám cukry, spousty věcí už znám.“

Já: „Jak si na tom s pitným režimem?“

R1: „Snažím se ho dodržovat, denně vypiju kolem 2 litrů, někdy i víc, záleží. Četl jsem, že to vyplavuje cukr, tak proto.“

Já: „Co ty a alkohol? Jak často piješ a jaký alkohol preferuješ?“

R1: „Občas si dám pivo, ale jinak zvlášť nepiju. Když zajdem na nějakou akci, tak si dám víc. Piju převážně pivo, občas si dám i víno, tvrdý nepiju vůbec.“

Já: „Kouříš?“

R1: „Nekouřím a nikdy jsem nekouřil.“

Já: „To je ode mě vše, pokud nemáš ještě něco co by si mi rád sdělil, děkuju za tvůj čas.“

R1: „Asi ne, rád jsem pomohl.“

Respondent č. 2

Já: „Prvně bych se zeptala na nějaké základní informace o vás, kolik je vám let?“

R2: „Je mi 37 let.“

Já: „Jaké je vaše pracovní zařazení?“

R2: „Vykonávám řemeslo, voda, topení.“

Já: „Vyskytoval se u vás v rodině diabetes?“

R2: „Ano, prababička a babička z otcovi strany měly cukrovku 1. typu.“

Já: „Od kolika let se u vás vyskytuje diabetes?“

R2: „Zjistili mi to asi před 4 lety, to mi bylo 33 let, myslím si, že to vyvolala borelióza, která tomu předcházela, od té doby jsem na inzulínu.“

Já: „Výborně, to jste mi rovnou odpověděl na moji následující otázku.“

Já: „Máte pocit, že se nějak změnil váš životní styl po diagnostikování diabetu?“

R2: „Myslím, že se nijak nezměnil, žiju stále stejný život.“

Já: „Máte pocit, že vás lékař dostatečně informoval o možných komplikacích, které mohou vlivem nedodržování správné životosprávy nastat?“

R2: „Ano. Pravidelně podstupuji i lékařské prohlídky ohledně očí.“

Já: „Léčíte se kromě diabetu ještě s něčím jiným?“

R2: „Ano, léčím se s vysokým tlakem.“

Já: „Co děláte ve volném čase?“

R2: „Volného času moc nemám, jsem neustále v práci. Ale když přece jen volno mám, tak ho věnuju rodině.“

Já: „Jak jste na tom s pohybovým režimem?“

R2: „Špatně, nemám na to čas, jsem furt v práci, někdy chodím z práce v 9, někdy pracujeme přes noc, to se prostě nedá.“

Já: „Jak jste na tom se stravováním? Kolikrát denně se stravujete?“

R2: „To taky není úplněj zázrak, zaměstnavatel si myslí, když si nepíchnu inzulin, že nemusím jíst. Jím tak 3x denně. Jediný základ je u mě snídaně.“

Já: „Jaká je skladba vašeho jídelníčku?“

R2: „Jím skoro všechno. Dostal jsem od doktorky knížku Abeceda diabetu, podle toho jsem se naučil jednotlivé potraviny přepočítávat na výměnné jednotky a vážit.“

Já: „Myslíte, že si zvládnete sestavit správný jídelníček?“

R2: „Myslím, že ano, občas se ještě podívám do knížky, která je můj velký pomocník.“

Já: „Jak jste na tom s pitným režimem?“

R2: „Snažím se ho dodržovat, denně možná i ty 3 litry vypiju.“

Já: „Pijete alkohol? Jak často a jaký alkohol preferujete?“

R2: „Ano. Piju víno a pivo, tvrdý alkohol vůbec. Pivo, to si většinou dávám každý den, množství je různý, někdy víc, někdy míň. Někdy mám zase jen vinný den. Záleží na chuti.“

Já: „Vidím, že máte elektronickou cigaretu, kouříte už jen ty, nebo i normální cigarety?“

R2: „Ano, snažím se přestat. Normální cigarety kouřím stále, ale už to postupně stahuju na menší množství.“

Já: „Od kolika let kouříte? A kolik cigaret denně?“

R2: „Kouřím od svých 15 let, dříve kouřil až 30 cigaret denně, teď už jen tak 5-10 za den, ale když do toho piju, tak i tu krabičku a víc vykouřím.“

Já: „To je ode mě vše, pokud ke mně už nic nemáte, tak vám velice děkuji.“

R2: „Nemáte za co, snad Vám to pomůže.“

Respondentka č. 3

Já: „Můžu se zeptat, kolik je vám let?“

R3: „Je mi 22 let.“

Já: „Jaké je vaše pracovní zařazení?“

R3: „Zatím stále ještě studuji.“

Já: „Vyskytoval se u vás v rodině diabetes?“

R3: „Ano, dědeček měl cukrovku 1. typu.“

Já: „Od kolika let se u vás vyskytuje diabetes?“

R3: „Od 8 let.“

Já: „Předpokládám, pro váš nízký věk, že jste na inzulinu.“

R3: „Ano, ale už 4 rok mám inzulinovou pumpu.“

Já: „Jaká byla indikace pro zvolení inzulinové pumpy?“

R3: „Měla jsem hodně dekompenzovaný ten diabetes.“

Já: „A jak jste s ní spokojená?“

R3: „Moc, je to daleko pohodlnější, samo si to dávkuje, nemusím se skoro o nic starat, ráno si můžu klidně přispat.“

Já: „Změnil se nějak váš životní styl po diagnostikování diabetu?“

R3: „Je to dlouho, co mi to zjistili, dalo mi to nějaký režim, naučila jsem se, jak se mám stravovat. Teď jak mám tu pumpu, tak jsem naprosto spokojená.“

Já: „Máte pocit, že vás lékař dostatečně informoval o možných komplikacích, které mohou vlivem nedodržování správné životosprávy nastat?“

R3: „Ano, spousty věcí sem se i dočetla.“

Já: „Léčíte se kromě diabetu ještě s něčím jiným?“

R3: „Neléčím.“

Já: „Co děláte ve volném čase?“

R3: „Hodně svůj volný čas trávím s přáteli, přítelem Máme pejska, tak s ním chodím na procházky.“

Já: „Jak jste na tom s pohybovým režimem?“

R3: „Nijak extra nesportuji, ale pravidelný pohyb mám, chodím pravidelně se psem a plavat.“

Já: „Jak jste na tom se stravováním? Kolikrát denně se stravujete?“

R3: „Vzhledem k tomu, že chodím do školy, máme různě přednášky, tak nemám čas tolik se stravovat, díky té pumpě nemusím dodržovat takovou pravidelnost, ale tak 5x denně se najím.“

Já: „Jaká je skladba vašeho jídelníčku?“

R3: „Jím skoro všechno na co mám chuť. Snažím se, aby moje strava byla pestrá.“

Já: „Jak jste na tom s pitným režimem?“

R3: „Za den vypiju tak 1,5 – 2 litry.“

Já: „Pijete alkohol? Jak často a jaký alkohol preferujete?“

R3: „Ano, ale nijak pravidelně. Chodíme s kamarády na pivo, nebo víno. Občas dám těch piv i více, když je nějaká oslava nebo akce.“

Já: „Kouříte?“

R3: „Ano.“

Já: „Jak dlouho a kolik cigaret vykouříte?“

R3: „Od svým 16 let, denně vykouřím okolo 8 cigaret.“

Já: „Dobře, pokud nechcete ještě něco doplnit, děkuji za váš čas a informace.“

R3: „Není zač.“

Respondent č.4

Já: „Můžu se na úvod zeptat, kolik je Vám let, zda-li pracujete nebo studujete?“

R4: „Je mi 23, pracuji jako administrativní pracovnice.“

Já: „Od kolika let se u vás vyskytuje diabetes a jak se léčíte?“

R4: „Od 12 let jsem na inzulínu.“

Já: „Vyskytoval se diabetes u někoho v rodině?“

R4: „Ano, babička s dědou mají diabetes 2. typu.“

Já: „Nikdo v rodině neměl diabetes 1. typu?“

R4: „O nikom nevím.“

Já: „Změnil se nějak váš životní styl po diagnostikování diabetu?“

R4: „Jediné změnu pociťuji v tom, že nemůžu tolik sladké. Jinak mi to dalo pravidelnost ve stravování.“

Já: „Domníváte se, že vás váš lékař dostatečně informoval o možných komplikacích, které mohou vlivem špatné životosprávy nastat?“

R4: „Ano.“

Já: „Kromě diabetu, léčíte se ještě s něčím jiným?“

R4: „S ničím.“

Já: „Jak trávíte svůj volný čas?“

R4: „S přítelem máme různé aktivity, pořídili jsme si pejska, tak s ním chodíme na procházky. Jinak chodím často a ráda plavat, od 5 let jsem plavala závodně, pak jsem toho nechala, když mi zjistili diabetes. V létě jezdím hodně na in-linech.“

Já: „Tím mi v podstatě odpovídáte na další otázku, jak jste na tom s pohybovým režimem.“

R4: „Rozhodně nejsem žádný lenivec.“

Já: „Jaká je vaše skladba jídelníčku, kolikrát denně se stravujete?“

R4: „Snažím se jíst tak jak bych měla, pravidelně 5-6x denně, snažím se, aby moje strava byla pestrá a bohatá na jednotlivé složky potravy.“

Já: „Jak jste na tom s pitným režimem?“

R4: „Denně vypiju tak 1,5 – 2 litry.“

Já: „Pijete alkohol? Jak často a jaký alkohol preferujete?“

R4: „Ano, ale pouze příležitostně. Z alkoholu piju pouze bílé víno.“

Já: „Kouříte?“

R4: „Ne. Párkrát jsem to zkusila, nic víc.“

Já: „Výborně, tím jsem asi vyčerpala otázky na vás, pokud ke mně ještě něco máte, sem s tím.“

R4: „Asi nemám.“

Já: Dobře, tak vám děkuji za spolupráci.“

R4: „V pohodě.“

Respondent č. 5

Já: „Na úvod se zeptám se na pár identifikačních údajů o vás. Kolik je vám let, jaké je vaše povolání?“

R5: „Je mi 37, mám svůj obchod s oblečením.“

Já: „Od kolika let se u vás vyskytuje diabetes a jak se léčíte?“

R5: „Od 19 let jsem na inzulinu.“

Já: „Vyskytoval se diabetes u někoho v rodině?“

R5: „Ano, babička měla diabetes 1. typu a můj otec 2. typu, ten před 2 lety zemřel na komplikace diabetu a asi 5 let před smrtí oslepl.“

Já: „To je hrozné. Chodíte po této zkušenosti na pravidelné kontroly se zrakem?“

R5: „Ano, naštěstí je zatím vše v pořádku.“

Já: „Změnil se nějak váš životní styl po diagnostikování diabetu?“

R5: „Už předtím jsem dbala na pravidelný režim a zdravě se stravovala, kvůli postavě, ale teď se snažím o to víc.“

Já: „Kromě diabetu, léčíte se ještě s něčím jiným?“

R5: „Ne.“

Já: „Jak trávíte svůj volný čas?“

R5: „Většinu času trávím v práci, je to můj koníček, obchod mám kousek od bytu. Jinak se ve volném čase věnuji rodině, sportu, na jógu, plavat.“

Já: „Koukám, že s dodržováním pravidelného pohybu asi nebudete mít problém.“

R5: „Ano, snažím se každý den alespoň něco málo pro sebe udělat, ať už mám jít na procházku nebo si zacvičit.“

Já: „Jaká je vaše skladba jídelníčku, kolikrát denně se stravujete?“

R5: „Zajímám se o zdravou stravu, takže se snažím, aby můj jídelníček byl vyvážený, pestrý, dbám na pravidelnost.“

Já: „Dodržujete pitným režimem?“

R5: „Pitný režim se snažím dodržovat, denně vypiju okolo 2 litrů, někdy i více, záleží co zrovna dělám, když sportuju, vypiju víc.“

Já: „Pijete alkohol?“

R5: „Jsem úplný abstinents.“

Já: „Jste kuřačka?“

R5: „Ne, nesnáším to.“

Já: „Dobře, děkuji. Ode mě to je vše, pokud vy nechcete něco dodat nebo se zeptat, tak vám děkuji za váš čas a odpovědi na mé otázky.“

R5: „Nemáte zač.“

Respondent č. 6

Já: „Můžu se zeptat, kolik je vám let?“

R6: „Je mi 74 let.“

Já: „Předpokládám, že už si užíváte poklidného důchodu, jaké povolání jste předtím vykonával?“

R6: „Ano, už to bylo třeba., učil jsem na průmyslové škole.“

Já: „Vyskytoval se u vás v rodině diabetes?“

R6: „Ano, můj otec měl cukrovku 2. typu, myslím, že v 65 letech se u něho objevila.“

Já: „Od kolika let se vyskytuje u vás a jak se léčíte?“

R6: „Od 60 let, beru tablety.“

Já: „Změnil se nějak váš životní styl po diagnostikování diabetu?“

R6: „Níjak výrazně, něco jsem omezil, začal jsem se stravovat pravidelněji.“

Já: „Informoval vás lékař o možných komplikacích, které mohou vlivem nedodržování správné životosprávy nastat?“

R6: „Ano, poučil mě, že dodržovat dietu je potřeba.“

Já: „Léčíte se kromě diabetu ještě s něčím jiným?“

R6: „Mám nějakou špatnou slinivku, beru na to Panzytrát.“

Já: „Co děláte ve volném čase?“

R6: „Rád si čtu časopisy o sportu, chodíme se babičkou na procházky, vnoučata za náma jezdí.“

Já: „Jak jste na tom s pohybovým režimem?“

R6: „Když jsem byl ještě mladej , tak jsem sportoval hodně. Dneska se snažím alespoň udržovat procházkami, občas popojedu na kole pro nákup.“

Já: „Jak jste na tom se stravováním? Kolikrát denně se stravujete?“

R6: „Snažím si udržovat váhu, stravuju se tak 5x denně, po malých porcích.“

Já: „Jaká je skladba vašeho jídelníčku?“

R6: „Vaří mi manželka, je to bývalá zdravotní sestra, ona ví nejlépe co bych měl jíst, tak jím, co mi zrovna připraví.“

Já: „Dodržujete pitný režim?“

R6: „Za den vypiju tak 1 litr, což není moc, chtěl bych pít víc, ale nějak nemám potřebu.“

Já: „Pijete alkohol? Jak často a jaký alkohol preferujete?“

R6: „Občas si dám plzničku, nic víc.“

Já: „Kouříte?“

R6: „Už 10 let nekouřím.“

Já: „Od kolika jste předtím kouřil? A kolik cigaret?“

R6: „Začal jsem na vojně, asi tak 15 denně.“

Já: „Dobře, pokud nechcete ještě něco doplnit, děkuji za váš čas a informace.“

R6: „Prosím.“

Respondent č. 7

Já: „Můžu se zeptat kolik je vám let?“

R7: „Je mi 74 let.“

Já: „Jaké jste dříve vykonávala povolání?“

R7: „Pracovala jsem v zemědělství, od 45 let jsem v invalidním důchodu.“

Já: „Vyskytoval se u vás v rodině diabetes?“

R7: „Ano, moje matka měla.“

Já: „Víte jaký to byl typ?“

R7: „Stejný jako u mě.“

Já: „Dobře. V kolika letech se u vás objevil diabetes a jak se léčíte?“

R7: „V 59 let, beru léky.“

Já: „Změnil se nějak váš životní styl po diagnostikování diabetu?“

R7: „Ne.“

Já: „Informoval vás lékař o možných komplikacích, které mohou u diabetu nastat?“

R7: „Ano, doktorka mi doporučovala zhubnout.“

Já: „Léčíte se kromě diabetu ještě s něčím jiným?“

R7: „Mám vysoký tlak, cholesterol, anginu pectoris. Je toho dost.“

Já: „Co děláte ve volném čase?“

R7: „Jezdí za mnou vnoučata, sleduju svoje oblíbené pořady.“

Já: „Jak jste na tom s pohybem?“

R7: „Nijak, vzhledem k mému tělesnému stavu. Dojdu o berlí na zahrádku, to je veškerý můj pohyb. (respondentka má mírnou parézu pravé poloviny těla)

Já: „Dodržujete zásady stravování? Kolikrát denně se stravujete?“

R7: „Jediné co dodržuji, že jím 6x denně, jinak se ve skladbě jídelníčku nijak neomezuji.“

Já: „Tím myslíte ani ve sladkém?“

R7: „Ano, dříve jsem se snažila dodržovat dietu, hlavně před kontrolou, hrozně jsem se stresovala z výsledku krve a co řekne doktorka. Teď jsem si s tím přestala lámat hlavu, jím na co mám chuť a cukr se mi najednou zlepšil.“

Já: „Obsahuje váš jídelníček různé přílohy, pečivo, chléb, ovoce, zeleninu?“

R7: „Ano, až na ovoce a zeleninu, té jím málo.“

Já: „Kolik toho vypijete během dne?“

R7: „Okolo 2 litrů určitě.“

Já: „Alkohol pijete?“

R7: „Nepiji.“

Já: „Kouříte?“

R7: „Ne, ani jsem nikdy nekouřila.“

Já: „Tím jsem vyčerpala otázky na vás, pokud máte ještě vy něco ke mně, jinak děkuji za Vaše odpovědi a čas.“

R7: „Za málo.“

Respondent č. 8

Já: „Můžu se zeptat na pár identifikačních údajů, kolik je vám let a jaké je vaše zaměstnání?“

R8: „51 let, živím se jako podnikatel v oboru stavebnictví.“

Já: „Vyskytoval se u vás v rodině diabetes, popřípadě o jaký typ se jednalo?“

R8: „Cukrovku měla matka s babičkou, obě měly 2. typ.“

Já: „Od kolika let se vyskytuje u vás a jak se léčíte?“

R8: „Před 2 roky mi to zjistili, beru na to léky.“

Já: „Změnil se nějak váš životní styl po diagnostikování diabetu?“

R8: „Ne, ještě jsem se nestačil pořadně přizpůsobit.“

Já: „Informoval vás lékař o možných komplikacích, které mohou vlivem nedodržování správné životosprávy nastat?“

R8: „Ano.“

Já: „Kromě diabetu se ještě s něčím léčíte?“

R8: „S vysokým tlakem a mám vysoký cholesterol.“

Já: „Jak trávíte volný čas?“

R6: „Když mám čas tak rybařím nebo si jdu sednout s přáteli, jinak trávím většinu času v práci.“

Já: „Jak jste na tom s pohybovým režimem?“

R8: „Skoro nijak, po práci člověk nemá už chuť, jediné co, tak chodím pravidelně každou sobotu hrát tenis.“

Já: „Stravujete se, tak jak byste měl?“

R8: „S mojí prací je to dost náročné, neustále jezdím po stavbách, jím jak stíhám, jediné co je u mě pravidelné, jsou snídaně. Během dne je to bída, občas se pro něco zastavím po cestě. Pořádné jídlo vidím až večer.“

Já: „Jaké je asi tak složení vašeho jídelníčku?“

R8: „Na to Vám ani nedokážu odpovědět, ráno káva, nějaký chléb. Občas si koupím i nějaké ovoce, ale moc se v mém jídelníčku nevyskytuje. Na večeři mi většinou vaří přítelkyně, abych se pořádně najedl.“

Já: „Co například vám vaří?“

R8: „Rýži s omáčkami, zapečený těstoviny, plněné papriky, brambory, pokaždé něco.“

Já: „S pitným režimem je to u vás jak?“

R8: „Ano, to je asi tak jediné, co zvládám dodržovat. Vozím si láhev s pitím. Denně můžu vypít tak kolem 3 litrů.“

Já: „Pijete alkohol? Jak často a jaký alkohol preferujete?“

R8: „Z alkoholu mám rád víno, kterého jsem schopen vypít společně s přítelkyní až láhev za večer, ale ne úplně každý den. Při nějakých akcích se napiju i nějakého tvrdšího alkoholu.“

Já: „Kouříte?“

R8: „Ano.“

Já: „Od kolika a kolik cigaret za den vykouříte?“

R8: „Od 16 let, vykouřím tak 15 - 20 denně.“

Já: „Dobře, pokud nechcete ještě něco doplnit nebo se na něco zeptat, děkuji za váš čas a informace, které jste mi poskytli.“

R8: „Není za co.“

V následující Tabulce č. 4 uvádím přehled vytvořených kategorií získaných otevřeným kódováním rozhovorů respondentů.

Tabulka č. 4 Přehled odpovědí respondentů

Respondent č.	1	2	3	4	5	6	7	8
Dědičnost	+	+	+	+	+	+	+	+
Komorgidita	+	+	-	-	-	+	+	+
Omezení	+	-	-	-	-	-	-	-
Změna	+	-	+	+	+	+	-	-
Edukace	+	+	+	+	+	+	+	+
Pohyb	+	-	+	+	+	+	-	-
Pravidelné stravování	+	-	+	+	+	+	+	-
Jídelníček	+	-	+	+	+	+	-	-
Pitný režim	+	+	+	+	+	-	+	+
Kouření	-	+	+	-	-	-	-	+
Alkohol	-	+	-	-	-	-	-	+

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni respondenti ze sledovaného souboru uvedli, že jejich příbuzní (prarodiče, rodiče) měli stejné onemocnění jako oni, diabetes mellitus I. nebo II. typu. (DĚDIČNOST).

Výpovědi respondentů: „*Jo, prababička z tátovi strany měla cukrovku 1. typu*“ (Respondent č. 1). „*Ano, prababička a babička z otcovi strany měly cukrovku 1. typu*“ (Respondent č. 2). „*Ano, dědeček měl cukrovku 1. typu*“ (Respondent č. 3). „*Ano, babička s dědou mají diabetes 2. typu*“ (Respondent č. 4). „*Ano, babička měla diabetes 1. typu a můj otec 2. typu...*“ (Respondent č. 5). „*Ano, můj otec měl cukrovku 2. typu...*“ (Respondent č. 6). „*Ano, moje matka měla*“ (Respondent č. 7). „*Cukrovku měla matka s babičkou, obě měly 2. typ*“ (Respondent č. 8).

Někteří respondenti uváděli, že mají diagnostikovány ještě další choroby či závažnější klinické stavy (KOMORBIDITA), např. hypertenze, celiakie, vyšší hladina cholesterolu, angina pectoris. Některé z uváděných onemocnění bývají ovlivněny životním stylem.

Výpovědi respondentů: „*...spolu s cukrovkou mi zjistili, že mám celiakii*“ (Respondent č. 1). „*...léčím se s vysokým tlakem*“ (Respondent č. 2). „*Mám nějakou špatnou slinivku, beru na to Panzytrát*“ (Respondent č. 6). „*Mám vysoký tlak, cholesterol, anginu pectoris*“ (Respondent č. 7.) „*S vysokým tlakem a mám vysoký cholesterol*“ (Respondent č. 8).

Diabetes, jak respondenti uváděli, je nijak neomezuje (OMEZENÍ), až na jednu výjimku, kdy respondent č. 1 uvedl, že „*chtěl jsem být průvodčí, ale kvůli své nemoci nemůžu toto povolání vykonávat.*“

Diabetes mellitus jejich životní styl ovlivnil pozitivně (ZMĚNA), někteří však uváděli, že negativně. Přičemž jako pozitivum uvádějí, že vlivem diagnostiky diabetiku jim to dalo alespoň nějaký režim, na který musí dbát a dodržovat určitá doporučení ohledně stravy a pohybu. Pouze respondent č. 2 odpověděl záporně, který je velice pracovně vytížený a pro něhož je těžko skloubitelná práce s doporučovanými opatřeními. Respondent č. 7 hodnotí změny negativně z důvodu, kdy dodržování diety, strach z výsledků krve na něho vyvíjely značný stres.

Výpověď respondenta: „*Myslím, že se nijak nezměnil, žiju stále stejný život*“ (Respondent č. 1). „*Ne, ještě jsem se nestačil pořadně přizpůsobit*“ (Respondent č. 8).

Všichni respondenti uvádějí, že je lékař dostatečně informoval o vzniku možných komplikací (EDUKACE), které mohou vlivem špatné životosprávy nastat.

Pro analýzu správné životosprávy jsem vycházela z obecně platných doporučení. Doporučení pohybové aktivity (POHYB) nesplňují jen někteří informanti. Z mého šetření vyplynulo, že doporučovaný tělesný pohyb nesplňuje pouze respondent č. 7

vlivem svého tělesného postižení a respondent č. 8 vlivem pracovní vytíženosti, který sice uvádí, že 1x týdně chodí na tenis, ale to dle kritérií doporučované pohybové aktivity není dostačující. Respondent č. 2 mimo běžné fungování, nevykazuje žádnou pohybovou aktivitu navíc, vlivem pracovní vytíženosti.

Výpovědi respondentů: „*V pohybu se nikterak neomezuju, sportuju spíše rekreačně...*“ (Respondent č. 1). „*...nemám na to čas, jsem furt v práci, někdy chodím z práce v 9, někdy pracujeme přes noc, to se prostě nedá*“ (Respondent č. 2). „*Nijak extra nesportuji, ale pravidelný pohyb mám*“ (Respondent č. 3). „*Rozhodně nejsem žádný lenivec*“ (Respondent č. 4). „*...snažím se každý den alespoň něco málo pro sebe udělat, ať už mám jít na procházku nebo si zacvičit.*“ (Respondent č. 5). „*Když jsem byl ještě mladej, tak jsem sportoval hodně. Dneska se snažím alespoň udržovat procházkami, občas popojedu na kole pro nákup*“ (Respondent č. 6). „*Nijak, vzhledem k mému tělesnému stavu. Dojdu o berli na zahrádku, to je veškerý můj pohyb*“ (Respondent č. 7). „*Skoro nijak, po práci člověk nemá už chuť, jediné co, tak chodím pravidelně každou sobotu hrát tenis*“ (Respondent č. 8).

Při hodnocení pravidelného stravování (STRAVOVÁNÍ) a vhodně zvoleného jídelníčku (JÍDELNÍČEK) jsem analyzovala, že se informanti stravují dle doporučených opatření 6x denně střídme porce. Pouze respondent č. 2 se stravuje 3x denně a respondent č. 8 se stravuje nepravidelně, jak stihá, v různém množství.

Výpovědi respondentů: „*Snažím se 6x denně, jak bych měl.... zařazuju vše co bych měl, složený cukry, ovoce, zeleninu, vlákninu, snažím se jíst pestrou stravu*“ (Respondent č. 1). „*Jím tak 3x denně. Jediný základ je u mě snídaně*“ (Respondent č. 2). „*díky té pumpě nemusím dodržovat takovou pravidelnost, ale tak 5x denně se najím. Snažím se, aby moje strava byla pestrá*“ (Respondent č. 3). „*Snažím se jíst tak jak bych měla, pravidelně 5-6x denně, snažím se, aby moje strava byla pestrá a bohatá na jednotlivé složky potravy.*“ (Respondent č. 4). „*Zajímám se o zdravou stravu, takže se snažím, aby můj jídelníček byl vyvážený, pestrý, dbám na pravidelnost*“ (Respondent č. 5). „*Snažím si udržovat váhu, stravuju se tak 5x denně, po malých porcích.*“ (Respondent č. 6). „*Jediné co dodržuji, že jím 6x denně, jinak se ve skladbě jídelníčku nijak neomezuji*“ (Respondent č. 7). „*S mojí prací je to dost náročné, neustále jezdím po stavbách, jím jak stíhám, jediné co je u mě pravidelné, jsou snídaně. Pořádné jídlo vidím až večer.*“ (Respondent č. 8).

U diabetiků je nutné, aby jejich hlavní jídla, někdy i večere obsahovaly určitou dávku polysacharidů, jako je chléb, pečivo, různé přílohy, ovoce a zeleninu. Podle výsledků mého šetření tuto skladbu jídelníčku bychom našli u většiny dotazovaných stejně jako dodržování pitného režimu (PITNÝ REŽIM), kde minimální denní příjem tekutin se pohybuje okolo 2 litrů. U některých respondentů (ve sledovaném souboru jsou v menšině), jsou sice součástí jídelníčku polysacharidy, pečivo a různé přílohy, ale

téměř žádná zelenina a žádné ovoce, ba naopak zde nalezneme i sladké pokrmy a tučná jídla. Pouze respondent č. 6 nedodrжуje dostatečný pitný režim, denně vypije okolo 1 litru. Ostatní respondenti pitný režim dodrжуjí, jejich denní příjem tekutin se pohybuje od 2,5–3 litrů za den.

Výpověď respondenta: „*Snažím se ho dodržovat, denně vypiju kolem 2 litrů, někdy i víc..*“ (Respondent č. 1). „*Snažím se ho dodržovat, denně možná i ty 3 litry vypiju*“ (Respondent č. 2). „*Za den vypiju tak 1,5 – 2 litry*“ (Respondent č. 3). „*Denně vypiju tak 1,5 – 2 litry*“ (Respondent č. 4). „*...denně vypiju okolo 2 litrů, někdy i více, záleží co zrovna dělám, když sportuju, vypiju víc*“ (Respondent č. 5). „*Za den vypiju tak 1 litr, což není moc, chtěl bych pít víc, ale nějak nemám potřebu*“ (Respondent č. 6). „*Okolo 2 litrů určitě*“ (Respondent č. 7). „*Denně můžu vypít tak kolem 3 litrů.*“ (Respondent č.8).

Další otázkou v rozhovoru bylo, zda respondenti kouří (ZÁVISLOST). Výsledkem šetření bylo, že někteří z dotazovaných nekouří vůbec, jiní kouří pravidelně, přičemž respondent č. 2 kouří od svých 15 let, dříve kouřil až 30 cigaret denně, za ta léta to omezil na 5–10 cigaret denně, též kouří elektronickou cigaretu a snaží se přestat. Respondent č. 3 kouří od svých 16 let 5–8 cigaret denně, když je s přáteli na nějaké zábavě, vykouří až 20 cigaret za večer. Podobně jako respondent č. 8, který kouří pravidelně od svým 16 let, denně vykouří 15-20 cigaret. 1 respondent č. 6 je odnaučený kuřák.

Výpovědi respondentů: „*Nekouřím a nikdy jsem nekouřil*“ (Respondent č. 1). „*Kouřím od svých 15 let, dříve kouřil až 30 cigaret denně, teď už jen tak 5-10 za den, ale když do toho piju, tak i tu krabičku a víc vykouřím... snažím se přestat*“ (Respondent č. 2). „*Od svým 16 let, denně vykouřím okolo 8 cigaret*“ (Respondent č. 3). „*Už 10 let nekouřím. Začal jsem na vojně, asi tak 15 denně*“ (Respondent č. 6). „*Od 16 let, vykouřím tak 15 - 20 denně*“ (Respondent č. 8).

Při zhodnocení odpovědí na otázku užívání alkoholu se mi dostalo různých odpovědí, v porovnání užívání alkoholu respondenty (ZÁVISLOST) a doporučenou denní dávkou jsem tuto kategorii rozdělila na 3 podkategorie.

1. podkategorie – ABSTINENT. V souboru jimi byli pouze dva informanti.

Výpovědi respondentů: „*Jsem úplný abstinent*“ (Respondent č. 5). „*Nepiji*“ (Respondent č. 7).

2. podkategorie – UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU V MEZÍCH, někteří informanti konzumují alkohol většinou jen při nějakých společenských příležitostech nebo si dají denně 1 sklenku vína či piva.

Výpovědi respondentů: „*Občas si dám pivo, ale jinak zvlášť nepiju*“ (Respondent č. 1). „*...nijak pravidelně. Chodíme s kamarády na pivo, nebo víno. Občas dám těch piv i více, když je nějaká oslava nebo akce*“ (Respondent č. 3). „*Ano, ale pouze příležitostně*“ (Respondent č. 4). „*Občas si dám plzničku, nic víc*“ (Respondent č. 6).

3. podkategorie – NADMĚRNÉ UŽÍVÁNÍ, informant č. 3 pije alkohol v různém množství, kdy jeho denní příjem, i když ne pravidelně každý den přesahuje doporučenou denní dávku až několikanásobně. Informant č. 8 pravidelně vypije až láhev vína a pije i tvrdý alkohol při víkendových sezeních s přáteli.

Výpovědi respondentů: „*Piju víno a pivo, tvrdý alkohol vůbec. Pivo, to si většinou dávám každý den, množství je různý, někdy víc, někdy míň. Někdy mám zase jen vinný den. Záleží na chuti*“ (Respondent č. 2). „*Z alkoholu mám rád víno, kterého jsem schopen vypít společně s přítelkyní až láhev za večer, ale ne úplně každý den. Při nějakých akcích se napiju i nějakého tvrdšího alkoholu*“ (Respondent č. 8).

5 DISKUZE

Rozhodla jsem se zkoumat problém zdravého životního stylu u těchto osob, neboť převážně díky špatné životosprávě dnešní doby výskyt diabetu mellitu neustále narůstá.

Výsledky bakalářské práce poskytují náhled na životní styl osob s diabetem mellitem 1. typu a 2. typu, týkající se především stravování a pohybového režimu. Dále prezentují, zda jsou osoby s diabetem dostatečně informovány o vzniku možných komplikací, které mohou nastat vlivem špatného stravování a nedostatečného pohybového režimu. A jakým způsobem se změnil životní styl po diagnostikování diabetu.

Na základě daných kritérií bylo do výzkumu vybráno 8 respondentů s onemocněním diabetes mellitus, 4 ženy a 4 muži. Z počtu 8 respondentů byli jednotlivé typy diabetu nerovnoměrně zastoupeny, kdy bylo 5 osob s diabetem mellitem 1. typu a 3 osoby s diabetem mellitem 2. typu. Věkové rozmezí respondentů je od 21 – 74 let, věk při diagnostikování diabetu se pohybuje v rozmezí od 7 – 60 let (viz. tabulka č. 3)

O samotném onemocnění a doporučovaných postupech dietní léčby pacientů s diabetem mellitem jsem našla spousty odborné literatury, které v průběhu několika let prošly nepatrnými úpravami. Při pátrání po nějaké shodné bakalářské nebo diplomové práci jsem žádnou nenalezla.

Během zpracování bakalářské práce byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se týkala jakým způsobem se změnil životní styl osob s diabetem mellitem. Většina dotázaných pocítuje změnu v tom, že diagnostika diabetiku jim dala alespoň nějaký režim, na který musí dbát a dodržovat určitá doporučení ohledně stravy a pohybu, u 3. se životní styl nijak nezměnil.

Z hodnocení výsledků zda-li respondenti dodržují správnou životosprávu jsem vycházela z obecně platných doporučení. Otázku na pohybový režim jsem hodnotila ve srovnání s doporučeními dle Pelikánové (2010), kdy doporučená fyzická aktivita u osob s diabetem mellitem by měla být rozdělena do 3-4 dnů týdně s trváním nejméně 150 minut týdně, nejideálněji každý den. V mém souboru bylo 5 respondentů, kteří splňují doporučení pohybové aktivity. Zbývá 3 respondenti mimo běžné fungování, nevykazují téměř žádnou pohybovou aktivitu navíc, vlivem pracovní vytíženosti nebo zdravotního stavu.

Při hodnocení pravidelného stravování a vhodně zvoleného jídelníčku jsem došla k výsledku, že většina respondentů se stravuje dle opatření 6x denně. 1 respondent na

PADu se stravuje v nepravidelných intervalech a 1 respondent na inzulínu se stravuje 3x denně a, což jsem posléze porovnála s literaturou (Svačina, 2013), kde se píše, že se v dnešní době vlivem aplikace krátkodobých inzulínových analog postačí stravovat pouze 3x denně, tudíž všichni dodržují frekvenci stravování tak jak by měli, i když z mého pohledu neshledávám stravování 3x denně úplně dostačujícím.

U diabetiků je nutné, aby jejich hlavní jídla, někdy i večeře obsahovaly určitou dávku polysacharidů, jako je chléb, pečivo, různé přílohy, ovoce a zeleninu. (Svačina, 2013) Podle výsledků mého šetření tuto skladbu jídelníčku bychom našli u většiny dotazovaných, 2 respondenti nemají dostatečný přísun ovoce a zeleniny a naopak jejich součástí stravy je sladké a tučné.

Astl, Astlová, Marková (2009) uvádí, že bychom měli tělu dopřávat přijatelné množství tekutin, což činí v ideálním případě dva až tři litry tekutin za den. Z mého šetření vyplývá, že respondenti mají minimální denní příjem tekutin okolo 1,5 - 2 litrů, což doporučený denní příjem splňuje. Pouze 1 respondent má denní příjem tekutin nižší než je doporučené množství.

Další otázkou v rozhovoru bylo, zda respondenti kouří. Dotazovaní většinou nekouří, 1 je odnaučený kuřák, 3 kouří pravidelně. Jak je všem dostatečně známo, kouření jako takové je zdraví škodlivé a má vliv na rozvoj kardiovaskulárních onemocnění, vlivem kterého může následně dojít ke komplikaci diabetu jako je například syndrom diabetické nohy.

Při zhodnocení odpovědí na otázku užívání alkoholu se mi dostalo různých odpovědí, kdy doporučená denní dávka pro osoby s diabetem mellitem se neliší od doporučení pro ostatní populaci. Za jeden alkoholický nápoj se považuje 250 ml piva, 100 ml vína, 60 ml fortifikovaného vína a 25 ml lihovin (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

V porovnání užívání alkoholu respondenty a doporučenou denní dávkou jsem to rozdělila na 3 kategorie: úplní abstinenti, příležitostní pijáci a nadužívající alkohol. Ve zkoumaném souboru byli většinou konzumenti alkoholu, dvě respondentky byly úplné abstinence.

Třetí výzkumná otázka se týkala toho, zda byli respondenti svým lékařem dostatečně informováni o vzniku možných komplikací, které mohou vlivem špatné životosprávy nastat. Všichni respondenti byli svým lékařem o možných komplikacích informováni, což dopadlo dle mých předpokladů. Je sice uspokojující, že každý z respondentů je dostatečně informován o vzniku možných komplikací, ale nejsem si zcela jista, zda si jsou dostatečně vědomi, že pravidelnost, vhodné složení stravy a pohyb jsou hlavní preventivní opatřeními vzniku komplikací.

Na závěr bych chtěla zhodnotit zpracování své bakalářské práce. Kdy z výsledků mých 8 respondentů je velice těžké stanovovat nějaké relevantní závěry. Kvalitativní

šetření v malé skupině respondentů však umožnilo lépe poznat jejich životní styl, změny, ke kterým došlo vlivem chronického onemocnění. Kdybych do budoucna ve výzkumu pokračovala, rozhodně bych se snažila získat více respondentů, což vzhledem k časové náročnosti nebylo možné. Získané údaje z individuálních rozhovorů by mohly být podkladem pro vytvoření standardizovanějších metod dotazování, např. formou dotazníkového šetření.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit změnu životního stylu osob s diabetem mellitem, kdy jsem se zaměřila zejména na oblast stravování a zmapování fyzických aktivit. U zkoumaných osob se vyskytoval diabetes mellitus v rodině. Respondenti ze sledovaného souboru mají diagnostikovány i další chronické choroby, jako např. hypertenzi a vysokou hladinu cholesterolu. Diabetes respondenty nijak zvlášť neomezuje. Některým dokonce pomohl nastavit jakýsi řád v jejich životě, což hodnotí velmi pozitivně. Od lékaře mají dostatek informací o možných komplikacích, plynoucích zejména z nedodržování stravovacího a pohybového režimu. Většina respondentů dodržuje stravovací režim 3–6x denně, má dostatečné pohybové aktivity, rovněž tak dodržují pitný režim v rozmezí 2,5–3 litry tekutin denně. Umějí si sestavit jídelníček a většinou volí zdravou stravu s dostatkem zeleniny a ovoce. Jsou většinou nekuřáci a konzumenti alkoholu v rozumné míře.

Populace by měla více přihlédnout možným komplikacím, které vlivem nevhodné životosprávy mohou nastat. Lékaři by měli klást větší důraz na nutnost preventivních opatření. Přičemž pravidelně se hýbat a zdravě se stravovat by měli všichni, bez rozdílu na to, zda-li se u nich diabetes mellitus vyskytuje, či nikoli.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ASTL, Jaromír, Eliška ASTLOVÁ a Eva MARKOVÁ. *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb, Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: příručka poradce*. Praha: Maxdorf, c2009, 328 s. Lékař radí. ISBN 978-80-7345-175-2.
2. CLARK, Nancy. *Sportovní výživa: [obsahuje 71 receptů pro dobrou kondici a sportovní trénink]*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 352 s. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-2783-7.
3. DEPPE, Michele. *Say goodbye to Diabetes*. Vibrant Life. 2013. Nov-Dec; 29 (6): 26-9. (journal article - pictorial, questions and answers). ISSN: 0749-3509.
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. ISBN: 80-7367-040-2.
5. KALMAN, Michal, Zdeněk HAMŘÍK a Jan PAVELKA. *Podpora pohybové aktivity: pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut, 2009, 172 s. ISBN 978-80-254-5965-2.
6. LÉBL, Jan, Štěpánka PRŮHOVÁ a Zdeněk ŠUMNÍK. *Abeceda diabetu: příručka pro děti a mladé dospělé, kteří chtějí o diabetu vědět víc*. 3. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 184 s. ISBN 9788073451417.
7. MACHOVÁ, Jitka, Dagmar KUBÁTOVÁ et al. *Výchova ke zdraví*. Praha – Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
8. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
9. MONGIN-BULEWSKI, Carole. *Evidence-based nutrition guidelines for diabetes management*. Nurse Prescribing, 2011 May; 9 (5): 214-6. (journal article). ISSN: 1479-9189.
10. PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ. *Praktická diabetologie*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2011, 742 s. ISBN 9788073452445.
11. RYBKA, Jaroslav. *Zvláštnosti terapie diabetu u seniorů*. *Interní medicína pro praxi*, 2012, roč. 14, č. 8-9, s. 303-308. ISSN: 1212-7299.
12. SVAČINA, Štěpán. *Diabetologie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010, 188 s. Lékařské repetitorium, sv. č. 2. ISBN 978-807-3873-486.
13. SVAČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2., upr.

- vyd. Praha: Triton, 2013, 341 s. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-699-9.
14. SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 139 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2395-2.
 15. ÚZIS. *Péče o nemocné cukrovkou 2012*. [online] 2013. 52 s. ISBN 978-80-7472-082-6 [cit. 28.10.2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/pece-nemocnecukrovkou-2012>.
 16. VAŠÁKOVÁ, Alena. Životní styl adolescentů s diabetes mellitus [online]. 2013 [cit. 2014-11-19]. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Petr Zemánek. Dostupné z: <http://theses.cz/id/tegql6/>.
 17. VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 368, [2] s. ISBN 9788024731698.
 18. WHITACRE, Paula a Sheila A MOATS. *Updating the USDA national breastfeeding campaign: workshop summary*. Washington, D.C.: National Academies Press, c2011, ix, 114 p.
 19. ZIKMUNDOVÁ, Květuše, Helena ZAVÁZALOVÁ a Vladimír ZAREMBA. Diabetes v seniorském věku. *Geriatrics*, 2011, roč. 17, č. 4, s. 153-156. ISSN: 1335-1850.
 20. Diabetická asociace ČR. [online]. 2014 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.diabetickaasociace.cz/>
 21. International Diabetes Federation. [online]. 2011. vyd. [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.idf.org/>
 22. United States Department of Agriculture: MyPlate. [online]. [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.choosemyplate.gov/about.html>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

atd. – a tak dále

Ca – kalcium

Cl - chlor

ČR- Česká republika

DM – diabetes mellitus

g – gram

kg – kilogram

Mg - magnesium

mg - miligram

ml - mililitr

mmol/l – milimol na litr

Na - natrium

oGTT – orální glukózo toleranční test

P - fosfor

PAD – perorální antidiabetika

S - síra

USA – spojené státy americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

PŘÍLOHY

Příloha A:

Struktura rozhovoru

1. Jakým způsobem se léčíte? (dieta, PAD, inzulín,)
2. Jakým způsobem se změnil Váš život po diagnostikování tohoto onemocnění?
3. Informoval Vás lékař o možných komplikacích vzniklých vlivem špatně životosprávy?
4. Jak jste na tom s pohybovým režimem?
5. Co děláte ve volném čase?
6. Kolikrát denně se stravujete?
7. Jaká je skladba Vašeho jídelníčku?
8. Dodržujete pitný režim, kolik tekutin denně vypijete?
9. Požívání alkoholu, v jaké míře, jaký druh?
10. Kouříte?

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

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

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

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

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