

Dodržování životosprávy u nemocných s diabetem mellitem

Paula Čapková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Paula ČAPKOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Dodržování životosprávy u nemocných s diabetem mellitem**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

Stručná definice onemocnění diabetes mellitus - příznaky, léčba a komplikace.

Charakteristika životního stylu dospělých diabetiků.

Organizace péče o diabetiky včetně prevence v České republice.

Praktická část:

Vymezit cíle průzkumu bakalářské práce ke zjištění dodržování životosprávy při onemocnění diabetes mellitus.

Stanovit hypotézy pro daný průzkum a metody získání dat .

Vyhodnotit získané informace, závěry aplikovat na hypotézy.

Navrhnout řešení zjištěných negativních jevů .

Nabídnout možnost využití průzkumu v praxi.

Praxeologické opatření

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

RYBKA, J. Diabetes mellitus. Komplikace a přidružená onemocnění. Praha: Grada, 2008. 320s. ISBN 978-80-247-1671-8.

ZDRAVÍ 21 -- ZDRAVÍ DO 21. STOLETÍ. WHO, Regionální úřadovna pro Evropu Kodaň. Praha, 2001. 126 s. ISBN 80-85047-19-5.

BAROŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T. A KOL. Praktická diabetologie, 3. vyd. Maxdorf, 2003, 300 s. ISBN 80-859-1269-4.

RYBKA, J. A KOL. Diabetologie pro sestry. Praha: Grada, 2006. 288 s. ISBN 80-247-1612-7.

ADAMEC, M., SAUDEK, F. Transplantace slinivky břišní a diabetes mellitus. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1166-X.

BOTTERMANN, P. Můj problém. . . cukrovka. Praha: Olympia, 2008. 168 s. ISBN 978-80-7376-090-8.

WAGNER, P., PATLEJCHOVÁ, E. Dieta při cukrovce. Praha: Olympia 2003. 135 s. ISBN 80-7254-408-X.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Vlasta Martinková

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

18. ledna 2010

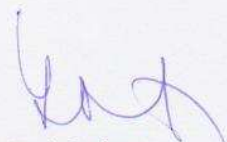
Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26.2.2020

Paula Čepková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Dodržování životosprávy u nemocných s diabetem mellitem se ve své teoretické části zabývá základním rozdělením onemocnění a jeho léčbou , charakteristikou života osob s daným onemocněním a organizacemi zabývajícími se prevencí a následnou léčbou diabetu mellitu.

Obsahem praktické části je analýza získaných dat z dotazníkového šetření a statistické vyhodnocení platnosti hypotéz. Jako praxeologický výstup byl zvolen článek.

Klíčová slova: Diabetes mellitus, životospráva, prevence, organizace

ABSTRACT

The topic of my Bachelor's thesis is „Adherence to diet in patients with Diabetes Mellitus“. The first part, theoretical part, describes basic types of diabetes, diabetes treatment, characteristic of lifestyle of people who suffer from diabetes and the overview of association working to prevent diabetes and to manage diabetes if they have already been diagnosed.

Experimental part of my Bachelor thesis includes the analysis of retrieved data from questionnaires and statistical evaluation of hypothesis's authenticity. An practical article was chosen as a final output.

Keywords: diabetes mellitus, lifestyle, prevention, organisation

Děkuji Mgr. Vlastě Martinkové za vedení mé práce, za cenné rady, připomínky a trpělivost při shromažďování informací a vytvoření této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Stanislavu Straškrábovi za cennou pomoc a připomínky při vypracování praktické části.

Velký dík patří rodině a přátelům za materiální a psychickou podporu po celou dobu mého studia.

Motto:

„ Každý je tak šťastný, jak sám chce“

Abraham Lincoln

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HISTORIE VZNIKU DIABETU MELLITU A KLINIKA ONEMOCNĚNÍ	12
1.1 HISTORIE VZNIKU DIABETU MELLITU	12
1.2 ETIOLOGIE DIABETU MELLITU	13
1.2.1 DIABETES MELLITUS 1. TYPU	13
1.2.2 Diabetes mellitus 2. typu	14
1.3 KLINICKÝ OBRAZ DIABETU MELLITU	14
1.3.1 Diabetes mellitus 1. typu	15
1.3.2 Diabetes mellitus 2. typu	15
2 KOMPLIKACE DIABETU MELLITU	17
2.1 AKUTNÍ KOMPLIKACE:	17
2.1.1 Hypoglykémie	17
2.1.2 Diabetická ketoacidóza	18
2.1.3 Hyperglykemický hypersmolární syndrom.....	19
2.2 CHRONICKÉ KOMPLIKACE.....	19
2.2.1 Diabetická retinopatie	19
2.2.1.1 Další oční komplikace při diabetu mellitu	20
2.2.2 Diabetická nefropatie	21
2.2.3 Diabetická neuropatie.....	22
3 TERAPIE DIABETU MELLITU	23
3.1 TERAPIE DIABETU MELLITU 1. TYPU.....	23
3.2 TERAPIE DIABETU MELLITU 2. TYPU	25
4 ŽIVOT S DIABETEM MELLITEM	28
4.1 DIABETIK A JEHO LÉKAŘ.....	28
4.2 DIABETIK A STRES	28
4.3 DIABETICI A ZAMĚTNÁNÍ	29
4.4 DIABETIK A JEHO RODINA	29
4.5 PSYCHICKÉ PORUCHY A DIABETES MELLITUS	30
4.5.1 Nespavost	30
4.5.2 Deprese.....	30
4.5.3 Úzkostné poruchy.....	30
4.6 DIABETIK A SPORT	31
4.7 OBEZITA A DIABETES	31
4.8 SPRÁVNÁ STRAVA A DIABETES	33
5 ORGANIZACE PÉČE O PACIENTY S DIABETEM MELLITEM	36

5.1	ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE DIABETEM MELLITEM.....	37
5.2	PREVENCE DIABETU V ČESKÉ REPUBLICE	38
5.2.1	Ambulantní péče o diabetika.....	38
5.2.2	Diabetologická centra.....	39
5.2.3	Lázeňská péče.....	39
II	PRAKTICKÁ ČÁST	40
6	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	41
6.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	41
6.2	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDNÝCH DAT.....	41
6.3	CÍLE A HYPOTÉZY	42
6.4	POSOUZENÍ ROZSAHU PLATNOSTI STANOVENÝCH HYPOTÉZ.....	44
6.5	STATISTICKÁ METODA - TEST DOBRÉ SHODY	46
7	ROZBOR VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ	49
7.1	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ	49
8	DISKUSE	84
	ZÁVĚR	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	87
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	89
	SEZNAM OBRÁZKŮ	90
	SEZNAM TABULEK.....	91
	SEZNAM PŘÍLOH.....	95

ÚVOD

Téměř každý známe někoho, kdo cukrovku má, nebo někoho, v jehož rodině se vyskytla. A i přesto neexistuje žádná jiná nemoc, o které by veřejnost byla tak špatně informována a kolem které se šíří tolik polopравd a předsudků. Příčinou je jednak různorodost projevů samotného onemocnění a jednak postupující lékařský výzkum přinášející stále nové poznatky. Mnoho informací považované dřív za platné dnes již neplatí. Dnes víme o vzniku této nemoci mnohem více. Je známo, že z velké části se dá diabetickým onemocněním předejít celkovou změnou životního stylu.

Mimo to došlo k výraznému zkvalitnění terapeutických přístupů s využitím nově vyvinutých léků, inzulínových směsí. Minulosti patří rovněž zastaralé představy o výživě a nepohodlné injekční stříkačky.

Lidé s cukrovkou mohou dnes jíst skoro vše, co jim chutná. Místo injekčních stříkaček mají dnes k dispozici poloautomatické přístroje, které se dají pohodlně nosit v každé kapse a jejichž použití je téměř bezbolestné. Stručně řečeno, mohou vést téměř normální život. A přesto se stále objevují dosti závažné komplikace u řady lidí s tímto onemocněním. Setkávala jsem se s nimi na své praxi ve zdravotnických zařízeních. Kdy překvapivě lidé, kteří jsou léčeni dlouhodobě s diabetem mellitem, mají mnohdy nedostatek informací o svém onemocnění. Proto jsem chtěla provést výzkum o tom, co vede klienty k nedodržování životosprávy a jak jsou informováni.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE VZNIKU DIABETU MELLITU A KLINIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1 Historie vzniku diabetu mellitu

„Nejstarší písemné záznamy o cukrovce pocházejí ze starého Egypta, později i ze starého Řecka a Říma. Vůbec první popis choroby byl nalezen v tzv. Ebersově papyru. O diabetu se v něm píše jako o vzácné nemoci neznámé příčiny, která se projevuje velkou žízní, takže nemocný nepřestává pít, při tom stále močí, vymočí více než vypije, tělo proto hubne, rozpouští se a močí odchází ven, až člověk umírá a šíří kolem sebe nepříjemný zápach. Termínem „diabetes“, který pochází z řeckého „diabainō“ a znamená „procházím něčím“, nazvali onemocnění ve 2. století n.l. Apolonius z Memfisu a Demetrios z Apamei. Sladká chuť diabetické moči byla známa již lékařům staré Číny a Indie. Jako první Evropan na ni upozornil Thomas Willis, který název „diabetes“ doplnil přídavným jménem „mellitus“ – latinským výrazem pro „medový“, aby chorobu odlišil od nemoci diabetes insipidus, která se rovněž vyznačuje nadměrným pitím a močením. Na rozdíl od dosud tradované představy nepovažoval cukrovku za nemoc ledvin, ale za celkové onemocnění. Pankreas jako orgán, který při vzniku diabetu hraje roli, dlouho unikal pozornosti. Ostrůvky buněk s vnitřní sekrecí objevil v pankreatu v roce 1869 Paul Langerhans. Teprve Minkowski a Meruny o 20 let později dokázali na základě svých pokusů s pankreatektovanými psy, u nich vyvolali diabetes, kauzální vztah mezi tímto orgánem a cukrovkou. Následovala řada objevů upřesňujících etiopatogenezi onemocnění. Mezi nejdůležitější patří objev inzulínu v roce 1921 Bantingem, Bestem, Colipem a McLeodem v kanadském Torontu a popis principu radioimunanalýzy pro inzulín. Zároveň se touto novou metodou zjistilo, že v krvi některých diabetiků inzulín chybí, naproti tomu u jiných je koncentrace inzulínu normální či dokonce vyšší než u zdravých osob.

K významnému posunu v léčbě cukrovky došlo až v průběhu 20. století, kdy byla objevena řada perorálních antidiabetik, počínaje prvními biuanidy v roce 1918, k nimž postupně přibýly deriváty sulfonylurey a dalšími hypoglykemizující látky. Zcela zásadní mezník, který dramaticky změnil prognózu nemocných s diabetem 1. stupně, do té doby, umírajících brzy po manifestaci onemocnění v ketoacidotickém kómatu, a zlepšil i kvalitu života nemocných s diabetem 2. typu, byl již zmíněný Bantingův objev inzulínu. Brzy po izolaci byl připraven použitý extrakt z vepřových pankreatů a prvním lidským pacientem se stal Ban-

tingův kolega a přítel, doktor Joe Gilchrist, jehož cukrovka se výrazně kvalitativně zlepšila.“ (Adamec Miloš, Saudek František, r.2005, str.13-14)

1.2 Etiologie diabetu mellitu

1.2.1 Diabetes mellitus 1. typu

Poznání během posledních let vede k názoru, že hlavní forma diabetu závislého na inzulínu je imunitní etiologie. Nemoc vzniká v jakémkoliv věku a že pacienti nejsou zcela závislí na inzulínu v časných stádiích nemoci. Dle americké diabetologické asociace došlo rozdělení diabetu 1. typu na dva typy – typ 1A a typ 1B.[3,6,7]

„Typ 1A je imunitně zprostředkovaná forma a je lépe charakterizován přítomností protilátek proti ostrůvkům a zánětem ostrůvků pankreatu destrukcí ostrůvkových betabuněk. Vždy progreduje k těžkému inzulínovému deficitu.

Typ 1B je určen pro formy diabetu s těžkým inzulínovým deficitem bez známek autoimunity.

Příčina imunitně zprostředkované destrukce betabuněk pankreatu může být dána společným vlivem několika faktorů: - vliv faktorů vnějšího prostředí

- nevhodná vrozená kombinace genů*
- nevyvážená odpověď cytokinů*
- nízká obranyschopnost betabuněk proti destrukci*

Typ 1A je také spojen s mnoha jinými imunologicky podmíněnými chorobami. Mezi nejdůležitější řadíme:

- Addisonovu chorobu*
- celiakie*
- autoimunitní tyreoiditida*
- perniciózní anémie“*

(Rybka Jaroslav, 2006, str.36-37)

1.2.2 Diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus (DM) 2. typu, je nejčastější metabolickou poruchou vyznačující se relativním nedostatkem inzulínu, které vede v organizmu k nedostatečnému použití glukózy. Na rozdíl od DM 1. typu se nejedná o zánik schopnosti betabuněk slinivky břišní syntetizovat inzulín. Základní diagnostickou poruchou je nerovnováha mezi sekrecí a účinkem inzulínu v metabolismu glukózy. Jedná se o kombinaci dvou poruch:

- 1) porušená sekrece inzulínu
- 2) působení inzulínu v cílových tkáních, přičemž kvantitativní podíl obou poruch může být rozdílný. Není tak jasné, která odchylka je primární, nezbytným předpokladem je však přítomnost obou poruch. Na vzniku choroby se podílejí vlivy genetické i civilizační faktory.

Mezi nejdůležitější civilizační faktory počítáme:

- 1) nadměrný příjem kalorií
- 2) nevhodné složení stravy
- 3) nedostatečnou fyzickou aktivitu
- 4) narůstající procento obezity
- 5) kouření a jiné civilizační návyky [3,6,7]

1.3 Klinický obraz diabetu mellitu

V dnešní době je diabetes definován přítomností hyperglykémie a jejími příznaky a důsledky. Klíčovým ukazatelem vzniku hyperglykémie je hodnota glykémie. Což je důležité především z důvodu, že hyperglykémie může mít původ zcela někde jinde, nebo naopak může přímo poukázat na vznik diabetu, a to jak subjektivně tak i objektivně. Klinika diabetu je souborem různou mírou vyjádřených příznaků, které jsou odvozeny od závažnosti a délky trvání metabolických změn. Příznaky mohou být vyjádřeny minimálně, nebo také mohou způsobit život ohrožující situaci.

Nejčastější klinické příznaky:

- polyurie, kdy dochází k častému močení s denní diurézou až 2500 ml/24 hod
- polydipsie, která je způsobena osmotickou diurézou
- nykturie (nutnost močit i v noci)
- slabost
- únava
- hubnutí při zachování normální chuti k jídlu
- bolest nebo křeč ve svalech
- poruchy zrakové ostrosti
- recidivující mykózy
- také se mohou objevit cévní komplikace – stenokardie (bolest na hrudi), noční bolesti dolních končetin, poruchy potence , objevit poruchy vyprazdňování [3,6,7,8]

1.3.1 Diabetes mellitus 1. typu

Diabetes 1. typu, také dříve nazýván inzulindependentní diabetes mellitus se nejčastěji vyskytuje u mladší generace, který má nejčastější gradaci mezi 12. a 15. lety. Prudký nástup provázený typickými příznaky, je především charakteristický pro juvenilní typ, který se velmi často vyskytuje u štíhlých mladých lidí. K manifestaci dochází často po horečnatých onemocněních, angíně, psychickém stresu, kdy jsou vyplavovány kontraregulační hormony. Velmi často dochází k prudkému rozvoji diabetické ketoacidózy. Po zahájení inzulinové terapie může někdy dojít k remisi. V tomto období si klienti nemusí aplikovat inzulín či užívají jen minimální dávky. [3,6,7,8]

1.3.2 Diabetes mellitus 2. typu

Také noninzulindependentní diabetes mellitus, se nejčastěji vyskytuje u dospělých klientů. K jeho rozvoji dochází nejčastěji mezi 40. až 50. lety . Jeho rozvoj je velmi nenápadný. První příznaky můžeme sledovat až při chronických komplikacích nebo v horších přípa-

dech až při hyperglykemickém kómatu. V klinickém obraze může dominovat jakýkoli příznak metabolického syndromu. K diagnostice diabetu mellitu 2. typu dochází velmi často náhodně, a to i z důvodu dlouholeté latence. V době záchytu bývají již částečně přítomny specifické angioplastické komplikace. [3,6,7,8]

2 KOMPLIKACE DIABETU MELLITU

Komplikace diabetu se dělí dle závažnosti na akutní a chronické.

2.1 Akutní komplikace:

- Hypoglykémie
- Diabetická ketoacidóza
- Hyperglykémický hyperosmolární syndrom

2.1.1 Hypoglykémie

Hypoglykémie vzniká v důsledku poklesu koncentrace glukózy v krvi, která je definována biochemicky a má různé klinické projevy, které mohou vyústit až v kómatózní stavy. Hypoglykémie vznikne vždy, když dojde k nerovnováze mezi nadbytkem inzulínu a nedostatkem glukózy. Euglykémii je fyziologický stav u zdravého jedince, který je lačný. Její hodnota činí 3,5 – 5,5 mmol/l. Hypoglykémie je nejčastější komplikací inzulínové terapie. [2,6,7,9] „Stále platí deskriptivní teorie hypoglykémie – Whippleho triáda, kdy hypoglykemická reakce má splňovat:

1. mají být přítomny reakce na klinické symptomy
2. nízká koncentrace glukózy
3. ústup příznaků po podání glukózy“

(Rybka Jaroslav, 2008, str.71)

Nejčastější příčinou vzniku hypoglykémie je nadměrná dávka inzulínu a perorální antidiabetik (PAD). Mezi další příčiny můžeme zařadit sníženou filtraci ledvin, menstruaci, stavy po porodu, velkou fyzickou aktivitu či náhlý úbytek hmotnosti. K dalším příčinám také můžeme přidat nedostatek příjmu potravy nebo také náhlou či prodlužovanou zátěž. Klinické projevy hypoglykémie jsou závislé na výši hypoglykémie, které mohou být ovlivněny rychlostí poklesu koncentrace glukózy v krvi. [3,6,7,8]

<i>Autonomní</i>	<i>Neuroglykopenické</i>	<i>Nespecifické</i>
<i>Pocení</i>	<i>Zmatenost</i>	<i>Bolest hlavy</i>
<i>Palpitace</i>	<i>Ospalost</i>	<i>Slabost</i>
<i>Třes</i>	<i>Obtížná řeč</i>	<i>Nauzea</i>
<i>Bledost</i>	<i>Poruchy zraku</i>	
<i>Hlad</i>	<i>Špatná koncentrace</i>	

(Rybka Jaroslav ,2008, str.74)

Tabulka č. 1 Symptomy hypoglykémie

Léčba spočívá v dodání glukózy . U lucidních pacientů se podává 5-20 g sacharidů ve formě ovocných džusů či tablet. Podle výšky glykémie můžeme postup opakovat. U pacientů v bezvědomí se musí využít rychlého podání, a to podání 20g glukózy intravenózně. Zvláštní pozornost se musí věnovat starším klientům s těžkou hypoglykemií navozenou perorálními antidiabetiky. K navození normoglykémie u těchto pacientů musíme vyloučit léky z gastrointestinálního traktu. Je doporučeno podávat glukózu parenterálně a léky, které oslabují produkci inzulínu. V žádném případě nesmíme vyvolávat zvracení. [3,6,7,8,10]

2.1.2 Diabetická ketoacidóza

Diabetická ketoacidóza je ohrožující stav, který je však reverzibilní. Je charakterizována těžkými poruchami regulace sacharidového, proteinového a tukového metabolismu. Neléčená diabetická ketoacidóza způsobuje dehydrataci a osmotickou diurézu. Pokud dojde ke zvýšení glykémie přes 9,7 mmol/l dochází k úbytku draslíku, sodíku, fosfátů a magnézia. Klinicky se diabetická ketoacidóza projevuje významnou ztrátou na váze, polyurií, polydipsií a dehydratací. V dechu může být cítit ovocný zápach v důsledku zvýšené tvorby ketolátek. V laboratorních vyšetřeních dominuje metabolická acidóza a přítomnost ketolátek v séru. Léčba spočívá v úpravě cirkulujícího objemu, úpravě a kontrole glykémie, přiměřené léčbě změn elektrolytové rovnováhy a úpravě ketoacidózy. Komplikace se nejčastěji vyskytují u starších osob. Nejčastějším problémem je snížená renální funkce až akutní

selhání ledvin, vaskulární příhody, arytmie, náhlé koronární příhody a srdeční selhání. [8,10]

2.1.3 Hyperglykemický hypersomolární syndrom

Hyperglykemický hypersomolární syndrom neboli hyperglykémický hypersomolární neketonický stav je definován vysokou hyperosmolaritou (>320 mOsm/l, hyperglykémii > 33 mmol/l) a dehydratací. Často vzniká současně s renální insuficiencí. Hlavní objektivní příznak je dehydratace, kterou provází hypotenze a další kardiovaskulární poruchy. Často nacházíme mentální poruchy. Vzhledem k závažnosti onemocnění jsou klienti přijímáni na jednotku intenzivní péče a mezi hlavní priority řadíme úpravu hypovolémie intravenózním podáním tekutin. [8,7,10]

2.2 Chronické komplikace

2.2.1 Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie je onemocnění postihující cévy na očním pozadí u klientů s diabetem. Toto onemocnění je v současné době nejčastější příčinou slepoty. Obvykle se projevuje při dlouhodobě trvajícím diabetu a vyjímečně se objeví 1 až 2 roky od vzniku. Mezi nejzávažnější příčiny vzniku patří především hyperglykémie, hypertenze, kouření, ale také se podílí genetické faktory. Příznaky probíhají skrytě a nepozorovatelně. Pacienti nemají žádné příznaky. Nejzávažnější situace nastane ve chvíli zhoršení zraku. Vzhledem ke skrytému průběhu je velice důležitá prevence. Klienti by měli minimálně jedenkrát za rok navštívit oftalmologa, který je podrobí vyšetření. Oční pozadí se vyšetřuje pomocí šterbinové lampy, která hledá novotvořené cévy. Dále se také využívá měření nitroočního tlaku a fluorescentní angiografie. [8,7,10]

<i>Neproliferativní diabetická retinopatie</i>	<i>Proliferativní diabetická retinopatie</i>	<i>Diabetická makulopatie</i>
<i>Mikroaneuryzmata</i> <i>Hemorhagie</i> <i>Flebopatie</i> <i>Intraretinální mikrovaskulární abnormality</i>	<i>Novotvořené cévy často s fibrózními tkáněmi</i> <i>Krvácení do sklivce</i> <i>Odchlípení sítnice</i>	<i>Edém sítnice</i> <i>Ukládání bílkovin a lipidů ve formě tvrdých exudátů</i>

(Rybka Jaroslav, 2008, str. 94)

Tabulka č.2 Rozdělení příznaků diabetické retinopatie

Léčba je založena na základě prevence. Jen častými kontrolami lze předcházet onemocnění sítnice. Mezi terapeutická opatření patří úprava krevního tlaku a glykémie do normy. Dalším terapeutickým postupem je laserová fotokolagace sítnice. Pomocí laseru se zastavuje prosakování krve z cév na očním pozadí. [3,8,7,10]

2.2.1.1 Další oční komplikace při diabetu mellitu

„Katarakta se vyskytuje u diabetiků častěji než v normální populaci ve dvou typech:

- 1. senilní katarakta, která se u DM vyskytuje rychleji*
- 2. charakteristická diabetická katarakta, která silně myopizuje a rychle dozrává. U diabetiků se v ketóze může katarakta rozvinout velmi rychle i v průběhu několika hodin“*

(Rybka Jaroslav, 2008, str.96)

Glaukom

„Primární glaukomy se také vyskytují u diabetické populace častěji. U proliferativní diabetické retinopatie se v terminálních stádiích vyskytuje sekundární nevasculární glaukom - devastující bolestivé postižení oka.“

(Rybka Jaroslav, 2008, str.96)

Poruchy refrakce

„Při kolísání hodnot glykémie a po zahájení léčby inzulinem může docházet ke změnám v refrakci. Stav je přechodný“

(Rybka Jaroslav, 2008, str. 96)

2.2.2 Diabetická nefropatie

Diabetická nefropatie je chronické onemocnění ledvin. Pro toto onemocnění je charakteristická proteinurie, hypertenze s následným selháním ledvin. Příčina selhávání ledvin je diabetická mikroangiopatie. Mezi rizikové faktory pro vývoj nefropatie řadíme vysoký krevní tlak, kouření a hyperglykémii. Diagnostika i léčba je v podstatě u obou typů diabetu stejná, ale přesto existují odlišnosti. Nejnápadnější rozdíl je v tom, že mikroalbuminurie a hypertenze, které tvoří základ u 1. typu diabetu se u diabetu 2. typu vyskytne již při diagnóze. Časná diagnóza ještě v latentní fázi má pro prognózu zásadní význam. Selhávání může probíhat bez subjektivních příznaků. Mogensen jako první navrhl rozdělení diabetické nefropatie:

- I. stadium latentní – je klinicky symptomatické. Je charakterizováno zvýšenou glomerulární filtrací. V tomto období je také typické nevelké ztlustění bazální membrány v glomerulech i v tubulech.
- II. stadium implicitní – zde je charakteristická trvalá mikroalbuminurie. Glomerulární filtrace klesá. Často se objevuje hypertenze.
- III. manifestní stadium – charakteristický je rozvoj proteinurie, který vede až k rozvoji nefrotického syndromu.

IV. Stadium chronického selhání ledvin – nutno zajistit náhradu funkce ledvin hemodialýzou, peritoneální dialýzou či transplantací.

Cílem konzervativního léčení je především úprava metabolických poruch nemocných spojených se sníženou renální funkcí a oddálení zahájení dialyzačního léčení. [7,8,10]

2.2.3 Diabetická neuropatie

Neuropatie je nejčastější chronickou komplikací diabetu, a tak častým důvodem potíží nemocných cukrovkou, pro které jsou nuceni navštívit diabetologa, neurologa nebo se nechat hospitalizovat. [3,7,8]

Subjektivní příznaky	Objektivní příznaky
Bolesti, pálení, brnění, pocit chladu, snížená citlivost, svalová slabost, křeče	Svalová atrofie, otoky, změny barvy, trofiky, ragády, ulcerace, porucha citlivosti, porucha čítí

[3,7,8]

Tabulka č. 3 – Rozdělení příznaků neuropatie

Základem diagnostiky jsou subjektivní potíže. K jednoduchým vyšetřovacím metodám patří vyšetření tlakové a dotykové citlivosti pomocí monofilament, ke zjišťování vibrační citlivosti se používá kalibrovaná ladička. Vyšetření pomocí monofilamenty se provádí hlavně v oblasti plosek nohou v místech největšího rizika vzniku ulcerace. Také je možné využít tyčinek, kterými lze rozlišovat tupý a ostrý tlak. Neurologové ověřují i reflexy pomocí neurologického kladívka. Největší riziko hrozí při vzniku defektu v místě největšího tlaku na plosku nohou. Tyto defekty se špatně hojí. Ploska nohy proto musí být důsledně odlehčována a následně i celá končetina. Hlavní prioritou v léčbě tvoří udržování glykémie v normálních hodnotách. Symptomatická léčba spočívá v tlumení bolesti. [3,7,8,10] „Z dalších terapeutických postupů lze používat benfotiamin, kyselinu alfa-lipoovou, některé vazoaktovní léky.“ (Vladimír Bartoš, Terezie Pelikánová, 2003, str.54)

3 TERAPIE DIABETU MELLITU

Dieta patří mezi základní opatření v léčbě cukrovky. Dle České diabetologické společnosti se jedná o výživová doporučení o racionální stravě. Hodnota glykémie je především závislá na jídle, druhu i frekvenci stravy. Ideálně by měl být přívod jídla ovlivněn věkem, typem diabetu, pohlavím, současnou hmotností i fyzickou aktivitou. Cíl léčby spočívá ve zlepšení kompenzace onemocnění při dietě, sladěné s vlastní produkcí inzulínu a zabránit nepřiměřenému výkyvu glykémie. Dosažení optimální hmotnosti a v prevenci a léčbě následných komplikací diabetu. [3,6,7,8]

3.1 Terapie diabetu mellitu 1. typu

Správná léčba spočívá v dosažení ideálního souznění kompenzace diabetu a věku, zaměstnání a fyzické aktivity. Celková léčba vede ke zkvalitnění života klienta. Pacienti, u kterých byl diagnostikován DM 1. typu je indikována léčba inzulínem. Technicky je aplikace inzulínu zajištěna formou opakovaných injekcí, obvykle pomocí inzulínového pera nebo inzulínové pumpy. Základem úspěšné léčby je selfmonitoring glykémie a průběžné úpravy dávek inzulínu. Podstata v úspěšné léčbě spočívá ve čtyřech bodech :

- technické zajištění
- racionální stravování
- spolupráce pacienta
- náhrada inzulínu založena na fyziologických požadavcích

Léčba inzulínem je základním opatřením, které koriguje hormonální deficit u diabetu 1. typu. Intenzifikovanou léčbu inzulínem představuje podávání inzulínu, který napodobuje fyziologickou sekreci. Výhodou intenzifikované léčby inzulínem je možnost dosažení kompenzace relativně nízkou dávkou a volnější denní režim. [1,2,3,6,7]

<i>Krátce působící inzuliny</i>			
<i>Inzulínový pre- parát</i>	<i>Začátek účinku</i>	<i>Vrchol účinku</i>	<i>Efektivní trvání účinku</i>
<i>Insulin HM R</i>	<i>30 min</i>	<i>2 - 4 hod</i>	<i>6 - 8 hod</i>
<i>Actrapid HM</i>	<i>30 min</i>	<i>1,5 - 3,5 hod</i>	<i>7 - 8 hod</i>
<i>Humulin R</i>	<i>20 - 30 min</i>	<i>1 - 3 hod</i>	<i>5 - 7 hod</i>
<i>Středně dlouho působící inzuliny</i>			
<i>Insulin- HM NPH</i>	<i>1 - 2 hod</i>	<i>4 - 10 hod</i>	<i>16 - 20 hod</i>
<i>Humulin N</i>	<i>Do 1 - 2,5 hod</i>	<i>4 - 12 hod</i>	<i>12 - 16 hod</i>
<i>Insulatard HM</i>	<i>Do 1,5 hod</i>	<i>4 - 12 hod</i>	<i>24 hod</i>
<i>Velmi dlouho působící inzuliny</i>			
<i>Ultratard HM</i>	<i>4 hod</i>	<i>8 - 24 hod</i>	<i>28 - 32 hod</i>

(Rybka Jaroslav a kol.,2006, str.67)

Tabulka č.4 – Přehled druhů humánního inzulínu

Při léčbě inzulínem můžeme zvolit různé taktiky, které nám dovolují optimální kompenzaci diabetu. Užívané inzulínové programy mají četné složky, které se snaží napodobit dva normální typy endogenní fyziologické sekrece inzulínu. [1,2,3,6,7]

„Inzulínová analoga byla vyvinuta na základě potřeby přiblížit se ideální křivce bazální a stimulové sekrece inzulínu. Krátce působící analoga inzulínu mají rychlejší absorpci ze subkutánního depa a rychlejší nástup hypoglykemizujícího účinku. Koncentrace analoga inzulínu v plazmě je bližší sekreci endogenního inzulínu. Snižuje glykémii po jídle i její trvání, redukuje hypoglykémii a nemocný jej může aplikovat těsně před jídlem, při jídle někdy i po jídle. Při použití směsí krátce a středně působících lidských inzulínů dosahují pacienti příznivějších výsledků“ (Rybka Jaroslav,2006, str.68-69)

Inzulínový program není neměnný a je nutné přihlížet ke zvýšeným nebo sníženým hodnotám glykémie, které se mohou měnit v závislosti zvláštní situace, jakožto společenské události či dietní chybě.

3.2 Terapie diabetu mellitu 2. typu

Léčba diabetu 2. typu má základ především v nefarmakologické léčbě, která zahrnuje individuální dietní opatření a fyzickou aktivitu. U obézních klientů je doporučena redukce váhy. Nová strategie léčby hyperglykémie vychází z nových poznatků, postavení a vzájemné souhry inzulínové rezistence. *„Na základě nových poznatků byla v roce 2006 vypracována dvojice doporučení – „ Guidelines pro léčbu diabetu 2. typu“.* První doporučení vydala Mezinárodní diabetologická federace, ve druhém doporučení se na společné strategii léčby 2. typu diabetu shodly Americká diabetologická asociace a Evropská asociace pro studium diabetu. *Obě doporučení vyjadřují zpřísněnou definici doporučené glykemické kontroly. I když nelze úroveň kompenzace diabetu hodnotit podle tří komponent, tzv. glukotriády – glykémie nalačno, glykémie po jídle a HbA_{1c}. Podle současných poznatku České diabetologické společnosti z roku 2007 je nutné respektovat aspekty komplexní diabetologické péče a to : udržení optimální váhy, přiměřená denní dávka inzulínu, normální hladina krevních tuků, udržování optimálního krevního tlaku a negativní bílkovina v moči.“* (Rybka Jaroslav, 2008, str. 54) Velký důraz klademe na edukaci klientů, kdy je vedeme k samostatnosti v oblasti péče o jejich nemoc, s cílem o spoluzodpovědnost na léčbě jejich nemoci. K dalším léčebným a ošetrovatelským opatřením patří péče o dobrý duševní stav diabetiků, zavedení opatření proti kouření a také léčba obezity, vysokého krevního tlaku a dyslipidemie. Nutriční doporučení jsou hlavním pilířem léčby 2. typu diabetu. V podstatě je nutriční doporučení pro diabetiky shodné s racionální stravou . Velký důraz se klade na monitoring glykémie, krevních lipidů a hmotnosti. Medikamentózní léčba se zahajuje u pacientů, u kterých již nefarmakologická léčba není efektivní. Při volbě perorálních anti-diabetik se řídíme podle toho, která porucha je více v popředí. Zda se jedná o inzulinodeficienci nebo inzulínorezistenci. [1,6,7,8,9,10]

<i>Sekretagoga inzulínu</i>	
<i>Sulfonylureová sekretagoga</i>	<i>Glibenklamidy – Mamonil, Glicobene</i> <i>Gliklazid – Diaprel</i> <i>Glipizid – Minidiab, Antidiab</i> <i>Gliquidon – Glurenorm</i> <i>Glimepirid - Amaryl</i>
<i>Nesulfonylureová sekretagoga</i>	<i>Repaglinid – Novonorm</i> <i>Nateglinid - Starlix</i>
<i>Léky ovlivňující inzulínovou rezistenci</i>	
<i>Biguanidy</i>	<i>Metformin – Glocophage, Adimet, Diaphage</i>
<i>Thiazolidindiony</i>	<i>Rosiglitazonu – Avandia</i> <i>Pioglitazonu – Actos</i>
<i>Léky ovlivňující vstřebávání sacharidů ze střeva</i>	
<i>Inhibitory alfa-glukosidáz</i>	<i>Akarbóza – Glucobay</i>
<i>Kombinované přípravky (fixní kombinace)</i>	<i>Glibenklamid + metformin – Glibomet</i> <i>Rosiglitazonu + metformin – Avandamet</i>
<i>Antiobesitika</i>	
<i>S centrálním účinkem</i>	<i>Sibutramin – Lindaxa, Meridia</i>
<i>Inhibitor střevních lipáz</i>	<i>Orlistat - Xenical</i>

(Rybka Jaroslav a kol., 2006, str.77)

Tabulka č. 5 Přehled léčiv pro diabetes mellitus 2. typu

Inzulínovou terapii diabetiků 2. typu je nutné zahájit po vyčerpání veškerých možností jakožto nefarmakologických, tak i využití perorální antidiabetik. Diabetici 2. typu potřebují nezávadnou inzulinoterapii vzhledem k přirozenému průběhu nemoci. Léčba inzulinem

se zahajuje na podkladě závažné inzulínové deficiencie, kdy je hyperglykémie v plazmě nalačno menší než 13,9 mmol/l. Inzulinoterapii je také nutné zahájit při nepřítomnosti symptomů diabetu – polyurie, polydipsie, ketonurie a snížená tělesná hmotnost. Léčbu inzulínem je nutné individualizovat. Inzulin lze kombinovat s PAD i podávat samostatně. Při léčba 2. typu inzulínem je nutné překonat inzulínorezistenci, a to je důvodem pro použití relativně vyšších dávek inzulínu (nad 1j/kg). V dnešní době je možné pomocí různých inzulínů s odlišnými farmakologickými vlastnostmi a fixních stabilizovaných směsích, sestavit pro každého klienta nejvhodnější inzulínový režim. Při zahájení inzulínového režimu, je bezpodmínečná dobrá spolupráce s klientem. Je třeba si uvědomit, že inzulinoterapie přináší i u diabetu 2. typu větší riziko hypoglykémie a je provázána rapidním nárůstem hmotnosti. Při snížení funkce ledvin dochází k tomu, že účinek inzulínu je prodloužen, což může vést k opožděné hypoglykémii. U strašících klientů se vyhýbáme masivní inzulínové léčbě a vždy přihlížíme ke schopnosti a ochotě klienta spolupracovat při terapii inzulínem. [1,6,7,8,9,10]

<i>Inzulínový preparát</i>	<i>Začátek účinku</i>	<i>Vrchol účinku</i>	<i>Efektivní trvání účinku</i>
<i>Mixtard 30</i>	<i>0,5 hod.</i>	<i>Duální</i>	<i>24 hod.</i>
<i>Novo Mix 30</i>	<i>10-20 min.</i>	<i>Duální</i>	<i>24 hod.</i>
<i>Isuman komb typ 15</i>	<i>30-60 min.</i>	<i>Duální</i>	<i>11-20 hod.</i>
<i>Isuman Komb typ 50</i>	<i>30 min.</i>	<i>Duální</i>	<i>12-16 hod.</i>
<i>Humulin M3</i>	<i>30 min.</i>	<i>Duální</i>	<i>14-15 hod.</i>
<i>Humulin MIX 25</i>	<i>15 min.</i>	<i>Duální</i>	<i>15 hod.</i>

(Rybka Jaroslav,2008, str.62)

Tabulka č. 6 Přehled kombinovaných inzulínů

4 ŽIVOT S DIABETEM MELLITEM

4.1 Diabetik a jeho lékař

Diabetik má na rozdíl od některých jiných nemocí, velký podíl na vzniku a rozvoji jeho onemocnění. Klienti by měli pravidelně navštěvovat, jak svého praktického lékaře, tak i diabetologa. Ke svému lékaři musí mít důvěru. Pokud vztah mezi lékařem a pacientem nefunguje je vhodné se zamyslet nad změnou lékaře. Diabetolog je v podstatě klientův partner, který mu napomáhá zvládnout jeho nemoc. Jako v každém partnerství jsou některé úkoly a pravomoce rozděleny. Lékař má hlavní slovo v dlouhodobých strategiích či odborných otázkách například, jak často chodit na kontrolu k oftalmologovi. Aktivnější úloha lékaře také spočívá v případě zdravotních komplikací nebo akutních stavů. Diabetik je expert na své reakce, svůj běžný život s diabetem. Klient by se neměl obávat vyjádřit své potřeby a ventilovat své problémy. Aby spojení fungovalo, musí v něm být oboustranný pocit důvěry a otevřená komunikace. [4,11,16,19,22,24]

4.2 Diabetik a stres

Stres je reakce organismu, kterou náš organismus odpovídá na nějakou zátěž. Stresor je podnět, který tuto reakci vyvolal. Stresory mohou být biologické (úraz, nemoc) nebo psychické a sociální (pracovní zátěž, finanční potíže). Stresorem může být i domnělé ohrožení. Podstatou stresové reakce je blesková aktivace nervového systému včetně vegetativního systému a produkce tzv. steroidních hormonů – především adrenalinu, noradrenalinu a později kortizonu. Touto nervově-hormonální odpovědí se organismus uvede do stavu pohotovosti. Pro diabetiky jsou nejpodstatnější metabolické změny při stresu, které jsou vyvolány stresovými hormony. Všechny působí kontraregulačně, vyplavují glukózu do krve, aby byla k dispozici jako zdroj energie. Zdravý člověk je schopen korigovat zvýšenou produkci inzulínu, ale diabetik ne. Většina diabetiků má zkušenost, že se jim ve stresu diabetes zhoršuje. Obvykle jsou glykémie vyšší a více rozkolísané. Zhoršení cukrovky není ale způsobeno jen stresovými hormony. Druhou příčinou je vliv stresu na chování diabetika. Člověk ve stresu nebývá pečlivým pacientem. Často zanedbávají režim nebo se dopouštějí dietních chyb. [4,11,16,19,22,24]

Pro diabetiky je velice důležité se naučit se stresem vyrovnat. Prevence stresu má základ ve správném životním stylu. Klienti by měli dodržovat dietu, dostatečně spát, cvičit či relaxovat. Veškeré problémy by se měli snažit řešit s klidnou hlavou, vždy si položit otázku „Stojí to za to?“. Také by měli počítat s tím, že se stresu ve svém životě nijak nevyhnou, ale mohou mu předcházet výše zmíněnými způsoby. [4,11,16,19,22,24]

4.3 Diabetici a zaměstnání

Diabetici musí často ve svém zaměstnání řešit problém, jakým způsobem zkoordinovat svůj diabetický režim s pracovním harmonogramem a podmínkami. Mnoho diabetiků často váhá, zda se v zaměstnání o své nemoci mají zmínit. Řešení problému je vždy individuální. Záleží jaké zaměstnání diabetik provozuje. Především by se měli diabetici vyhnout práci, kde jsou fyzicky vytížení. Klienti nejsou povinni své zaměstnavatele informovat o své nemoci, výjimka je v profesích požadující zdravotní kritéria. Svě spolupracovníky bychom měli informovat, především o příznacích hypoglykémie a způsobu první pomoci. O své nemoci bychom měli hovořit klidně a vstřícně. V dnešní době má mnoho lidí nedostatečné či velmi zkreslené informace o diabetu. [4,11,16,19,22,24]

4.4 Diabetik a jeho rodina

Rodina diabetika si nedokáže dobře představit, jaké to je mít cukrovku. Nikdo z nich pravděpodobně nezná, jaké to je hlídat se ve stravování, každý den se píchat do prstu či neustále se obávat hypoglykémie. Vždy je velmi důležité dostatečně rodinu informovat případně s ní zajít k lékaři, který vše dostatečně a pečlivě vysvětlí. V rozhovorech by se měl klást důraz na otevřenost a asertivitu. Vždy by diabetici měli říct, co potřebují a jak se cítí. Lidé často nevědí jak se mají zachovat a jak diabetikům nejlépe pomoci. Především by se neměli vžívat do role „nemocného“ a zneužívat dobroty svého okolí. [4,11,16,19,22,24]

4.5 Psychické poruchy a diabetes mellitus

4.5.1 Nespavost

Je velmi častým problémem. Krátkodobá nespavost (několik dnů) je obvykle důsledkem nějakého přechodného problému. Přejde většinou sama od sebe, když příčina vymizí. Dlouhodobá nespavost (více, jak měsíc) je nejčastější důsledkem špatné životosprávy, stresu nebo vleklých osobních problémů. U diabetu mohou spánek rušit také noční hypoglykémie a diabetická neuropatie. Neuropatie ruší spánek buď bolestmi nebo projevy tzv. „neklidných nohou“ – nepříjemné mravenčení či trnutí. Problémy poruchy spánku se dají řešit. Krátkodobá nespavost se dá léčit i bez lékařů, kdy si klient provede spánkovou hygienu či využije přírodní prostředky. Pokud se z krátkodobé nespavosti vyvine dlouhodobá, měl by klient, co nejdříve navštívit odborníky. [4,20]

4.5.2 Deprese

Občas tento pojem říkáme všichni a myslíme tím špatnou náladu, smutek nebo rozladěnost. Skutečná deprese je ale něco jiného. Je to dlouhodobější a hlubší stav, který výrazně zasahuje do našeho fungování v běžném životě. Depresí existuje řada typů a u každého pacienta se obraz nějak liší. Důležité je si uvědomit, že deprese není jen „pocit v hlavě“. Je to komplexní porucha v celém organismu a projevuje se i řadou tělesných příznaků. Diabetici velmi často trpí depresí a mívají vleklejší průběh. Některé příznaky deprese mohou uniknout pozornosti, protože vypadají jako příznaky vyčerpání (únava, výkyvy váhy). [4,20]

4.5.3 Úzkostné poruchy

Dlouhodobé úzkostné stavy jsou následkem chronického stresu a přetížení. Podobně jako deprese jsou úzkostné příznaky u diabetiků častější než v běžné populaci. Člověk s úzkostnou poruchou cítí trvalé napětí, vnitřní neklid. Obtížně se soustředí, špatně spí a je plný obav. Chronické napětí a neschopnost se uvolnit vedou ke zvýšenému svalovému tonu, které vyvolává bolesti hlavy a zad. Úzkostná porucha je konkrétní diagnóza s doporučeným léčebným postupem. Ten se skládá z užívání léků a psychoterapie včetně některých změn životního režimu, návyků, zvládání stresu a relaxace. U úzkostných stavů je potřeba zvlášť upozornit na rizika samoléčby. Mnoho lidí se snaží úzkost a neklid léčit anxiolitiky. Léky

rychle uleví, ale jen tím, že na pár hodin zmírní příznaky. Podstatu problému ale neřeší. [4,20]

4.6 Diabetik a sport

Fyzická aktivita, podobně jako dieta, patří v léčbě každého pacienta s diabetem k základním léčebným metodám. Tělesnou činnost, cvičení, případně sportování, pokud to zdravotní stav dovolí, nikdy neopouštíme, a to i v případě, když jde o tabletovou nebo inzulínovou léčbu. Má-li fyzická aktivita příznivě ovlivnit také trénovanost - zvýšit fyzickou zdatnost, musí se provádět pravidelně. Současně musí být odstupňována podle typu diabetu, věku, stavu kompenzace cukrovky a přidružených onemocnění. Velmi vhodné je rozdělení zátěže a frekvence cvičení podle fyzické zdatnosti pacienta. Vhodnou aktivitu vybíráme po dohodě s ošetřujícím diabetologem. Mezi doporučené formy fyzické zátěže patří chůze různé intenzity, jízda na kole, kondiční aerobní cvičení, vytrvalostní běh u zdatnějších pacientů, plavání a ze sportů je vhodné bruslení, lyžování, tenis, ale také tanec. Pravidelné sportování výrazně zlepšuje energetickou bilanci ve smyslu zvýšených ztrát energie, snížení tukové tkáně, zlepšuje celkovou kondici a psychický stav. Fyzickou aktivitu je, ale nutné přizpůsobit celkovému zdravotnímu stavu a přidruženým onemocněním. Omezení fyzické zátěže je nutné v případě těžkého kloubně-kostního onemocnění, závažné nebo dekompenzované hypertenze a těžkého postižení srdečně-cévního systému. Nutno brát v úvahu také diabetické komplikace, jako je těžká diabetická polyneuropatie nebo rozvinuté postižení očí a ledvin. Zvýšená opatrnost je na místě u pacientů s opakovanými stavy těžké nebo časté hypoglykémie.

Diabetici by měli nejlépe cvičit hodinu po jídle a měli by se vyhýbat těžké fyzické námaze. Před cvičením, během něj i po cvičení si mají měřit glykémii pomocí glukometru, inzulín by si měli aplikovat do míst, které je méně zatížené cvičením. [4,7,20]

4.7 Obezita a diabetes

Obezita je onemocnění charakterizované zvýšeným nahromaděním tukové tkáně. Množství tuku tvoří u mužů nad 25%, u žen nad 30% celkové hmotnosti. Nadváhou nebo obezitou trpí většina diabetiků 2. typu. Přítomnost obezity u diabetiků prohlubuje stupeň inzulínové rezistence, a tak zvyšuje nárok na sekreci inzulínu. U diabetiků je často zapříčiněn ne-

přiměřenou léčbou inzulinem či PAD. Obezitu lze diagnostikovat pomocí Body Mass Index. [4,7,11,20]

$$BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

<i>Kategorie</i>	<i>BMI</i>
<i>Podváha</i>	<i>< 18,5</i>
<i>Norma</i>	<i>20 – 24,9</i>
<i>Nadváha</i>	<i>25 – 29,9</i>
<i>Obezita I. Stupně</i>	<i>30 – 39,9</i>
<i>Obezita II. Stupně</i>	<i>35 – 39,9</i>
<i>Obezita III. Stupně</i>	<i>≥ 40</i>

(Bottemann Peter a Koppelwieserová Martina, 2008, str. 36)

Tabulka č. 7 Kategorie BMI

Obezitu provází celá řada zdravotních rizik. Na prvním místě jsou metabolické a kardiovaskulární komplikace. Terapie obezity se zakládá na 4 složkách :

- redukce energetického příjmu – dieta
- pohybová aktivita
- ovlivnění chování – hlavně stravovací návyky
- pomocná farmakoterapie

Snížení hmotnosti provází i snížení krevního tlaku, zlepšení kompenzace diabetu a v prediabetickém stavu se oddálí nebo zabrání začátku diabetu mellitu 2. typu. Cíle redukční terapie je potřeba projednat hlavně se starším pacientem ve vztahu k individuálnímu riziku. [4,7,11,20]

4.8 Správná strava a diabetes

V oblasti stravování je diabetes mellitus 1. typu charakterizován sklonem k podvýživě a hubnutí. Tělo z důvodu chybějícího inzulínu nedokáže dostatečně využít energii z potravy, tak začne využívat zásobení energií z tuku a klient začíná hubnout. U této skupiny diabetiků je potřeba dbát na dostatečný a vyvážený kalorický příjem pokrývající denní spotřebu energie. Obzvláště důležité je to u dětí a sportovců. Každodenní vyvážená strava s vyrovnaným energetickým a sacharidovým obsahem umožňuje lépe nastavit dávky dodávaného inzulínu a předcházet tak nebezpečným hypoglykemiím a hyperglykemiím, které způsobují pozdní komplikace. Nejdůležitější je pochopit, jak jednotlivé složky potravy ovlivňují hladinu glykémie. Jinou skupinou jsou potom diabetici 2. typu. Na rozdíl od diabetiků s 1. typem diabetu, je nutné u diabetiků s 2. typem se soustředit na snížení energetického příjmu, aby bylo dosaženo ideální tělesné hmotnosti. To vše na základě toho, že více jak polovina diabetiků 2. typu trpí nadváhou až obezitou. Diabetická redukční dieta a následné dodržování zásad správného stravování je společně s pohybovou aktivitou první způsob léčby.

Základní složky potravy

Správná a vyvážená strava obsahuje 60% sacharidů, 25% tuků a 15% bílkovin. Každá samostatná potravina obsahuje různé poměry těchto složek a vodu.

Sacharidy – jsou základním zdrojem energie organismu. V těle mají formu glukózy fungující jako okamžitý zdroj energie nebo formu škrobu – glykogenu fungujícího jako záložní zdroj energie v játrech a svalech.

Cukry se dělí na:

1. Jednoduché – což je např. cukr či med. Tyto cukry se vstřebávají a dodávají tělu okamžitou energii. Brzy, ale přichází únava a hlad. Těmto cukrům se také nazývá prázdné kalorie
2. Složené – například cereálie, těstoviny, rýže nebo zelenina. Tyto cukry se vstřebávají pomalu, dodávají energii pozvolna a dlouhodobě. Současně díky pomalému vstřebávání a obsahu vlákniny navozují pocit sytosti.

Bílkoviny – jsou základní složkou buněk organismu. Bílkoviny působí v organismu jako základní stavební látka svalů, kostí, chrupavek, buněk a orgánů. Fungují jako enzymy,

umožňují transport látek a energie. Zajišťují imunologickou obranu a působí jako energetické rezervy. Bílkoviny jsou využity jako zdroj energie v době, kdy není k dispozici dostatek cukrů a tuků. Jedná se o stav hladovění u drastických diet.

Bílkoviny se dělí na:

1. Živočišné - například maso, vejce, mléčné výrobky. Mají vysokou biologickou hodnotu a jsou tak pro organismus hodnotnější.
2. Rostlinné – například brambory, luštěniny, sója. Jsou pro organismus méně hodnotné, protože obsahují méně důležitých aminokyselin.

Doporučená denní dávka je 0,8 g bílkovin na 1 kg tělesné hmotnosti.

Tuky – jsou díky své energetické vydatnosti významnou složkou potravy. V organismu funguje hlavně jako rezervní zdroj energie. Dále má funkci v tělesné termoregulaci, ochraně některých orgánů a oběhu a absorpci vitamínů obsažených v tucích. Konzumace tuků v rozumné míře je důležitá. Především je důležité omezovat spotřebu tuků a sledovat jejich složení. Konzumaci živočišných (nasycené tuky) je potřeba nahradit tuky rostlinnými a rybími.

1. nenasycené tuky – je především olivový olej, rybí olej obsažený v mořských plodech, sójový olej nebo oleje obsažené v ořechách nebo margarínech. Tyto tuky snižují hladinu LDL cholesterolu a snižují výskyt srdečně-cévních onemocnění.
2. nasycené tuky – jsou obsaženy hlavně v maso, másle, palmovém a kokosovém oleji, sýrech a výrobcích s technologicky ztuženými oleji . Tyto zvyšují hladinu LDL cholesterolu a zvyšují riziko aterosklerózy a srdečně-cévních onemocnění.

Vláknina – je nestravitelná látka obsažená v rostlinných potravinách (celozrnné pečivo, ovesné vločky, luštěniny). Mechanicky povzbuzuje správnou funkci střev, tak podporuje zažívání. Vláknina neobsahuje žádnou energii. Konzumace dostatečného množství vlákniny je důležitá.

Vitamíny a minerály – jsou klíčové látky pro metabolismus a působí společně s ostatními složkami potravy. Většina potřebných vitamínů a minerálů je obsažena v komplexní a pestré stravě. Pokud některé v těle chybí, je možné je doplnit pomocí tablet či jiných farmakologických preparátů.

Voda – je velmi důležitou složkou potravy. Je obsažena ve většině potravin. Je důležité vypít denně minimálně 2 litry tekutin. Vhodné jsou především neslazené vody či čaje. Je důležité se vyhybat slazeným limonádám a minerálkám nebo slazeným džusům.

Diavýrobky – bývají navíc energeticky bohaté a obsahují často stejný obsah sacharidů jako neďa výroky.

Sladidla – můžeme rozdělit na náhradní a chemická. Náhradní sladidla jsou kalorická a uměla sladidla jsou nízkokalorická nebo nekalorická. Mezi náhradní sladidla patří například fruktóza. Mezi chemická uměla sladidla patří přípravky na bázi Spartanu nebo sacharinu. [4,7,8,11,15,17,19,20]

5 ORGANIZACE PÉČE O PACIENTY S DIABETEM MELLITEM

V dnešní době se dostává do popředí zájmu lékařských odborníků, specializovaných týmů, organizací sdružující diabetiky a dalších státních i nestátních institucí sjednocující organizaci péče o diabetiky. [7]

„Jako autoritativní celosvětová organizace řeší zásadní problémy péče o diabetiky na celosvětové bázi Světová zdravotnická organizace (WHO), která úzce spolupracuje s Mezinárodní diabetickou federací (IDF).

Odborným garantem péče o diabetiky v naší republice je Česká diabetologická společnost (ČDS), která je samostatnou součástí České lékařské společnosti (JEP). ČDS sdružuje vysokoškolsky vzdělané odborníky podílející se na péči o diabetiky a má samostatnou sekci diabetologických sester. Její činnost, kromě již zmíněných celosvětových organizací, ovlivňuje zvláště po stránce odborné Americké diabetické asociace – American Diabetes Association (ADA). Kromě toho je česká diabetologie, zejména pokud se týká výzkumné problematiky diabetu, ovlivňována především Evropskou asociací pro studium diabetu – European Association for the Study of Diabetes (EASD).

Na péči o diabetiky se také podílejí dobrovolné organizace založené samotnými diabetiky – Svaz diabetiků ČR, který se svou činností zaměřuje na :

- *zdravotní výchovu diabetiků*
- *pořádání rekondičních pobytů diabetiků*
- *konzultační a poradenskou činnost pro diabetiky*
- *vydávání časopisu Dia život a ucelené řady zdravotně výchovných příruček*
- *spolupráci s dalšími humanitárními organizacemi v ČR i v zahraničí*
- *hájení zájmů diabetiků vůči státním organizacím“*

(Rybka Jaroslav a kol.,2006, str. 227)

5.1 Organizace zabývající se Diabetem mellitem

Svaz postižených civilizačními chorobami v České republice (SPCCH), jehož hlavním cílem je rozvoj léčebné a sociální rehabilitace zdravotně postižených, a to jak dospělých, tak i dětí v ČR. [7,23]

„Organizace zdravotních sester – Evropská federace diabetologických sester (FEND), byla založena na základě saintvincentské deklarace roku 1996. její principy jsou založeny na rozvoji a šíření profesionální role diabetologických sester v Evropě, propagaci dohodnutých standardů péče o diabetiky po celé Evropě a spolupráci s národními a mezinárodními zdravotnickými organizacemi. „

(Rybka Jaroslav a kol.,2006, str. 228)

Sekce sester České diabetologické společnosti se podílí především na :

1. *„rozvoji kontinuálního systému odborného vzdělávání v diabetologii*
2. *růstu morální a etické úrovně péče o diabetiky*
3. *podporu vědecko-výzkumnou, publikační a přednáškovou činnost*
4. *prosazuje řešení sociálních a ekonomických otázek diabetologie*
5. *spolupracuje s ČDS při prosazování nových trendů v péči o diabetiky*
6. *podílí se na vytváření partnerských vztahů mezi pacienty a zdravotníky a na informovanosti veřejnosti o problematice diabetu „*

(Rybka Jaroslav a kol., 2006, str. 228-229)

Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR vzniklo v lednu roku 1990. Ve spolupráci s diabetology vydalo řadu užitečných výukových materiálů, které pomáhají rodičům diabetických dětí překonávat počáteční nejistotu v životních situacích spojených s onemocněním cukrovkou. [7,23]

5.2 Prevence diabetu v České republice

Preventivní opatření v České republice je velice širokosáhlé. Především se prevence soustřeďuje na ambulantní péči a následné diabetologická centra nebo lázeňskou léčbu. Prevence má základ v edukaci, která je velmi důležitá. Veškeré informace by měli klienti získávat právě v těchto institucích., které jsou na dané onemocnění dostatečně přizpůsobeny. [4,7,23]

5.2.1 Ambulantní péče o diabetika

„V české republice bylo k 1.1.2004 evidováno 686 865 diabetiků, z toho 178 867 se závažnými diabetologickými komplikacemi. Narůstající výskyt cévních komplikací podmiňuje zvýšenou morbiditu a mortalitu diabetické populace a určuje i hlavní cíle terapeutického snažení.“ (Rybka Jaroslav a kol., 2006, str.231-232) Lékaři ambulancí plně spolupracují i s jinými odborníky, a proto je důležitá týmová spolupráce. Diabetici v ambulantní péči jsou často odkazováni na specialisty, ale přesto se ambulance zaměřují na získávání anamnézy a zajišťují fyzikální a laboratorní vyšetření. Dále se zaměřují na léčebný plán který doporučuje dietní režim, úpravu životního stylu, edukaci rodinných příslušníků o dietě a terapii a vede k individualizaci léčby inzulínem a k léčbě přidružených onemocnění. Také přikládá velký důraz na pravidelné kontroly, které se týkají kompenzace diabetu, opravy dietních, režimových chyb, kontrolu stavu pozdních komplikací, také dodává dostatek materiálu k aplikaci inzulínu či pomůcky k selfmonitoringu. Intenzita průběžných kontrol je velice individuální dle schopnosti klienta. Jestliže má klient problémy s aplikací inzulínu, doporučuje se kontrola denně. Pokud je klient schopen sám si kontrolovat diabetes a aplikovat inzulín dochází na kontrolu 1x za 1-3 měsíce, pokud je klient jen na dietě dochází 1x za 6 měsíců. U diabetiků 2. typu je jistě nutné kontrolovat jak glykemii nalačno, tak i po jídle. [7,23]

5.2.2 Diabetologická centra

Péče o diabetiky je u nás zajišťována na několika úrovních. V rámci péče o diabetika byla vytvořena diabetologická centra. Jejich hlavní úlohou je zajišťovat komplexní a racionální péči na všech úrovních odborné péče. V diabetologických centrech je poskytována nejvyšší péče. Hlavním požadavkem center není jen zabezpečení léčby samotného diabetu, ale spočívá v poskytování péče klientům, kteří špatně zvládají své onemocnění a trpí následnými komplikacemi. V diabetologických centrech spolupracuje více zdravotních oborů, které se naplno věnují i diabetologické problematice. Hlavním cílem diabetologických center je edukace diabetiků. Také se zde vzdělávají lékaři v oboru diabetologie, a proto je jeho cílem nejen diagnosticko-terapeuticko- léčebný, ale i pedagogický cíl. Tato centra také slouží i k výzkumu. Základem diabetologického centra je ambulantní a lůžkové pracoviště, které je součástí interního oddělení. Interní diabetologické oddělení úzce spolupracuje s dalšími specializovanými pracovišti například oční, neurologie, cévní nebo dialyzační oddělení. [7,22,25]

5.2.3 Lázeňská péče

V České republice má lázeňská léčba dobrou tradici. Lázeňskou léčbu v ČR navrhuje ošetřující lékař a schvaluje ji revizní lékař dané zdravotní pojišťovny. Systém poskytování lázeňské péče je popsán v zákoně o veřejném zdravotnictvím pojištění (48/2997) a ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 58/1997, kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost. V lázních nedochází k celkovému vyléčení a zbavení se diabetu. Léčba je zde založena na edukaci. Klienti se v klidném prostředí naučí selfmonitoringu, novým způsobům životosprávy, dojde ke změně životního stylu, ale také si zdokonalí aplikaci inzulínu. Klienti se také v lázních více pohybují, což příznivě působí na redukci váhy. Důležitý je také prvek vzájemné komunikace různých skupin klientů, vzájemné výměny zkušeností a předpoklad, že získají nové informace o cukrovce, které jim mohou pomoci vyrovnat se svým onemocněním. Problematice diabetu se věnují : lázně Luhačovice, lázeňské zařízení v Poděbradech a v Bludově. I když se názory na lázeňskou léčbu liší, je nutné podotknout, prokazuje příznivý vliv na klienty. Lázeňská léčba není přepych, ale vítaná pomoc a v neposlední řadě i oddálení nebo zmírnění případných komplikací. [7,22,25]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUM

6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Vzorek pro mé šetření tvořili muži a ženy léčící se pro diabetes mellitus obou stupňů. Dotazníky byly rozdány v diabetologické ambulanci a v ordinacích dvou praktických lékařů. K průzkumu, který je součástí bakalářské práce byla využita metoda dotazníku. Dotazník je považován za nejfrekventovanější metodu pro zjišťování dat a údajů.

Použitý dotazník obsahuje 27 položek (příloha P I :). Tyto položky vedly k ověření stanovených hypotéz. Úvod obsahuje oslovení respondentů – představení, téma šetření a postup k vyplnění. Dále zdůraznění anonymity a důvod k čemu dotazníku bude sloužit. Formy položek v dotazníku:

- úvodní položky: 1,2
- uzavřené položky dichotomické: 6,7,12, 15, 16,18,22,23,24
- uzavřené položky trichotomické:9,11,17,20,21,25,27
- uzavřené položky polytomické s úplným výběrem: 3,4,5,8,9,10,13
- polouzavřené položky polytomické s neúplným výběrem: 14,26,27
- polouzavřené položky:11,19

6.2 Zpracování výsledných dat

Průzkum byl prováděn v ordinacích dvou praktických lékařů a v jedné diabetologické ambulanci pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky jsem předala sestře v uvedených zařízeních. Bylo rozdáno 140 kusů dotazníků. Výsledný počet vrácených dotazníků činil 105 kusů (75% úspěšnost návratnosti dotazníků). Použitý počet pro výsledné šetření byl 100 kusů a 5 kusů bylo nehodnotitelných. Dotazníkové šetření probíhalo na 3 pracovištích po dobu 3 měsíců (leden- březen). Výsledné údaje jsou uvedeny níže, kde jsou graficky a procentuelně vyjádřeny.

6.3 Cíle a hypotézy

Cíl č. 1: Zjistit, zda je rozdílnost v kouření mezi muži a ženami léčenými s DM

H_0 : Diabetici muži i ženy kouří stejně.

H_A : Muži diabetici kouří více nežli ženy.

Ke zpracování tohoto cíle byla využita otázka č. 12. Tato hypotéza se nepotvrdila, tudíž neexistuje rozdíl mezi kouřícími muži a ženami léčícími se s DM.

Cíl č. 2 : Zjistit, zda je rozdílnost v pohybové aktivitě mezi muži a ženami s DM

H_0 : Diabetici muži i ženy stejné množství pohybové aktivity.

H_A : Ženy diabetičky mají více pohybové aktivity než muži.

Tento cíl byl zkoumán z otázky číslo 13. Byla potvrzena nulová hypotéza. Diabetičky mají stejné množství pohybové aktivity jako diabetici. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

Cíl č 3.: Zjistit, zda lidé s onemocněním diabetes mellitus dodržují správné stravování

H_0 : Není rozdíl ve způsobu stravování diabetických žen a mužů.

H_A : Diabetičky mají lepší stravovací návyky než diabetici.

K potvrzení této hypotézy jsem využila otázek číslo 8,9,10,11, kdy jsem si stanovila tabulku správnosti. Tato tabulka obsahovala u každé otázky odpověď, která je dle literatury správná. Jestliže respondent správně zodpověděl 3 ze 4 otázek, bylo to klasifikováno, jako správné stravovací návyky. Dle výpočtu chí-kvadrátem tato hypotéza nepotvrdila.

Cíl č. 4 : Zjistit, zda existuje rozdílnost v poskytování informací od praktického lékaře nebo v diabetologické ambulanci.

H_0 : Pacienti o onemocnění byli informováni u praktického i odborného lékaře stejně.

H_A : Diabetologická poradna poskytla pacientům více informací než praktický lékař

Ke zpracování tohoto cíle jsme využila otázky číslo 6+7. Původní předpoklad se potvrdil, více informací poskytuje diabetologická poradna.

Cíl č .5: Zjistit rozdílnost mezi muži a ženami v informovanosti o možnosti vzniku komplikací v důsledku nedodržování životosprávy.

H_0 : Muži i ženy jsou o možném vzniku komplikací informováni stejně.

H_A : Ženy jsou více informovány než muži o důsledcích nedodržování životosprávy na diabetes.

K hodnocení byla zpracována otázka číslo 23. Tato hypotéza se nepotvrdila. Není rozdíl v informovanosti mužů a žen o důsledcích nedodržování životosprávy na jejich zdravotní stav. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

6.4 Posouzení rozsahu platnosti stanovených hypotéz

Pro zpracování získaných údajů jsem využila počítačového programu pro tvorbu tabulek Microsoft Excel a dosažené výsledky jsem použila k této relační analýze, tzv. třídění 2. stupně:

- testové kritérium chí-kvadrát
- stupeň volnosti
- hladina významnosti
- kritická hodnota pro zvolenou hladinu významnosti a počet stupňů volnosti

Na základě těchto kritérií jsem posuzovala platnost, popřípadě neplatnost stanovených hypotéz.

Vysvětlivky zkratk a symbolů používaných při posuzování platnosti stanovených hypotéz:

χ^2	chí-kvadrát
H_0	nulová hypotéza
H_A	alternativní hypotéza
$\chi^2_{0,05}(1)$	kritická hodnota pro hladinu významnosti 0,05 a 1 stupeň volnosti

Postup výpočtu testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku:

Čtyřpolní tabulka o dvou řádcích a dvou sloupcích se používá v případech, kdy jevy, mezi nimiž máme ověřovat vztah, mohou nabývat dvou alternativních kvalit (α , non α , β , non β).

(Doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.,2008)

Schéma čtyřpolní tabulky:

	α	$\text{non } \alpha$	
β	a	b	
$\text{non } \beta$	c	d	

Výpočet hodnoty χ^2 se řídí vztahem

$$\chi^2 = n * \frac{(ad - bc)^2}{(a+b) * (a+c) * (b+d) * (c+d)}$$

Pro celkový výpočet jsem využila prostředků, které nabízí program Microsoft Excel, jako jsou automatické součty vybraných hodnot a provádění zadaných matematických operací s určenými hodnotami. Díky tomu jsem pro každou hypotézu doplnila pouze hodnoty do čtyřpolní tabulky a výpočty pak probíhaly zcela automaticky. Z tohoto důvodu budu u dalších hypotéz již uvádět pouze výsledné hodnoty χ^2 .

Na následujícím obrázku je znázorněno „okno“ Microsoft Excelu, v němž probíhal výpočet hodnoty χ^2 pro H1.

Obrázek č. 1 tabulka Excel pro výpočet chí-kvadrátu

The screenshot shows a Microsoft Excel window titled "Microsoft Excel - Chikvadr". The spreadsheet contains a 4x4 table with columns A, B, C, and D, and rows 1 through 4. The values in the table are:

	A	B	C	D	
1					
2		12	45	57	288
3		4	39	43	82944
4		16	84	100	3294144

Below the table, the value **2,518** is displayed, representing the calculated chi-square value. The formula bar shows the formula $=\text{SUMA}(D2:D3)$ for cell D4. The status bar at the bottom indicates "Připraven" and the page number "123".

6.5 Statistická metoda - Test dobré shody

Hypotéza číslo 1 : **Kouří více diabetici muži než ženy**

H_0 : Diabetici muži i ženy kouří stejně.

H_A : Muži diabetici kouří více nežli ženy.

$$\chi^2 = 2,518$$

$$\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota chí-kvadrát je menší než hodnota kritická, přijímáme nulovou hypotézu. Původní předpoklad se nepotvrdil. Není rozdíl mezi počtem kouřících diabetických mužů a žen.

Hypotéza číslo 2 : **Sportují více diabetici muži než ženy**

H_0 : Diabetici muži i ženy stejné množství pohybové aktivity.

H_A : Ženy diabetičky mají více pohybové aktivity než muži.

$$\chi^2 = 10,633$$

$$\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota chí-kvadrát je větší než hodnota kritická, odmítáme alternativní hypotézu. Původní předpoklad se potvrdil. Diabetičky mají stejné množství pohybové aktivity jako diabetici.

Hypotéza číslo 3 : **Ženy diabetičky se stravují lépe než muži diabetici.**

H_0 : Není rozdíl ve způsobu stravování diabetických žen a mužů.

H_A : Diabetičky mají lepší stravovací návyky než diabetici.

$$\chi^2 = 2,184$$

$$\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota chí-kvadrát je menší než hodnota kritická, přijímáme alternativní hypotézu. Původní předpoklad se potvrdil. Ženy diabetičky se lépe stravují nežli muži diabetici.

Hypotéza číslo 4 : **Informace ohledně onemocnění získali pacienti většinou u diabetologické poradně než u praktického lékaře.**

H_0 : pacienti o onemocnění byli informováni u praktického i odborného lékaře stejně.

H_A : Diabetologická poradna poskytla pacientům více informací než praktický lékař.

$$\chi^2 = 36,750$$

$$\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota chí-kvadrát je větší než hodnota kritická, přijímáme alternativní hypotézu. Původní předpoklad se potvrdil, více informací poskytuje diabetologická poradna

Hypotéza číslo 5 : **Více žen než mužů diabetiků je informováno o možnosti vzniku komplikací v důsledku nedodržování životosprávy.**

H_0 : Muži i ženy jsou o možném vzniku komplikací informováni stejně.

H_A : Ženy jsou více informovány než muži o důsledcích nedodržování životosprávy na diabetes.

$$\chi^2 = 2,705$$

$$\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$$

Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota chí-kvadrát je menší než hodnota kritická, přijímáme nulovou hypotézu. Není rozdíl v informovanosti mužů a žen o důsledcích nedodržování životosprávy na jejich zdravotní stav.

7 ROZBOR VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ

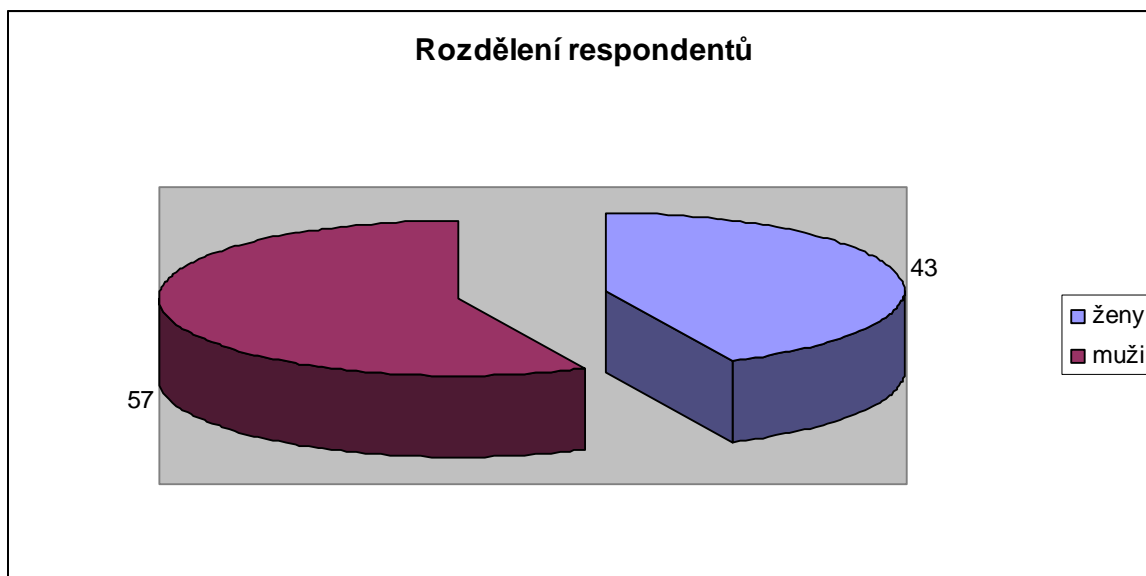
7.1 Grafické zpracování dotazníků

Otázka č. 1 Pohlaví

Tabulka č. 8 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet	Procenta
Ženy	43	43 %
Muži	57	57%
Celkem	100	100%

Graf č. 1



Komentář:

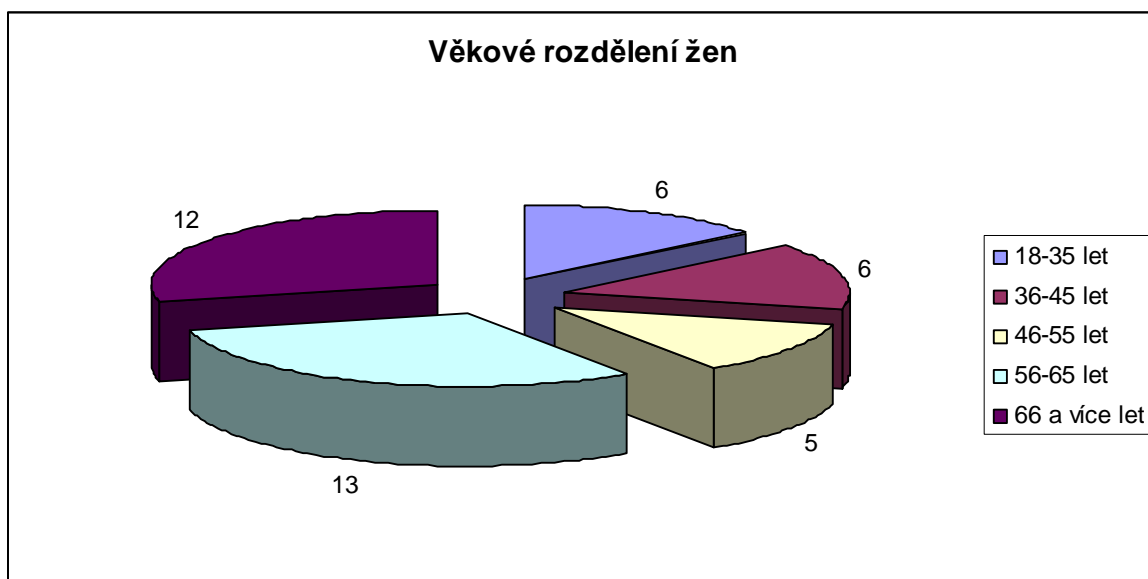
Z celkového počtu 100 respondentů činí 43 % ženy a 57% muži.

Otázka č. 2 Věk

Tabulka č.9 Věkové rozdělení respondentů

	Ženy	Muži	Procenta
18-35 let	6	4	10%
36-45 let	6	5	11%
46-55 let	5	10	15%
56-65 let	13	20	33%
66 a více let	12	18	30%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 2



Graf č .3

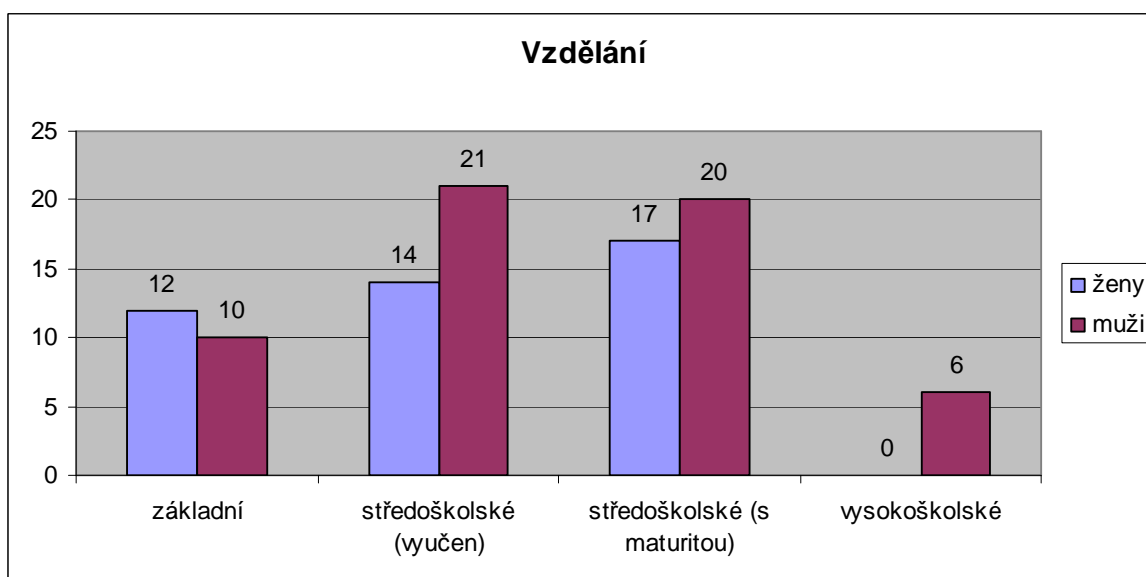
**Komentář:**

Průzkumem bylo zjištěno, že z celkového počtu 100 respondentů je nejčastěji – 33% zastoupena věková skupina 55-65 let. Dále je také hojně zastoupena 30-ti % skupina 66 a více let. Procentuelní věkové hranice pohybují níže ,a to 15% 46-55 let, 11% 36-45 let a nejméně klientů se vyskytuje ve věkové skupině 18-35 let.

Otázka č. 3 **Vzdělání**Tabulka č. 10 **Vzdělání respondentů**

	Ženy	Muži	Procenta
Základní	12	10	22%
Středoškolské (vyučen)	14	21	35%
Středoškolské(s maturitou)	17	20	37%
Vysokoškolské	0	6	6%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 4

**Komentář:**

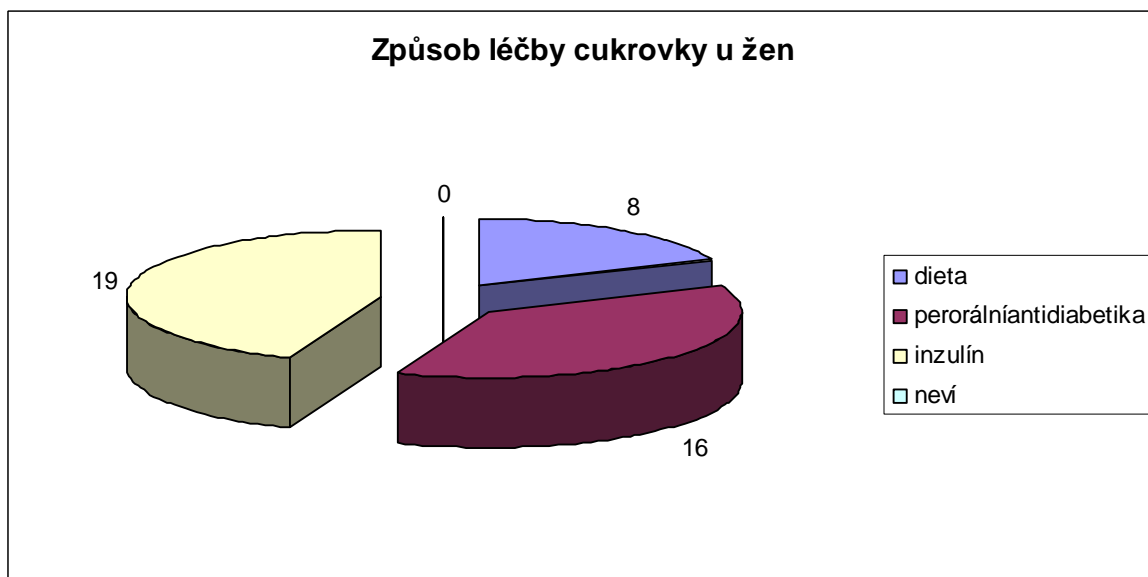
Ze zkoumaného vzorku vyplývá, že respondenti mají nejčastěji středoškolské vzdělání s maturitou a to v 37%, dále 35% respondentů má středoškolské vzdělání s výučním listem a 22% respondentů má pouze základní vzdělání. Nejmenší zastoupení má vysokoškolské vzdělání v pouhých 6 %.

Otázka č. 4 Cukrovka klientů je léčena

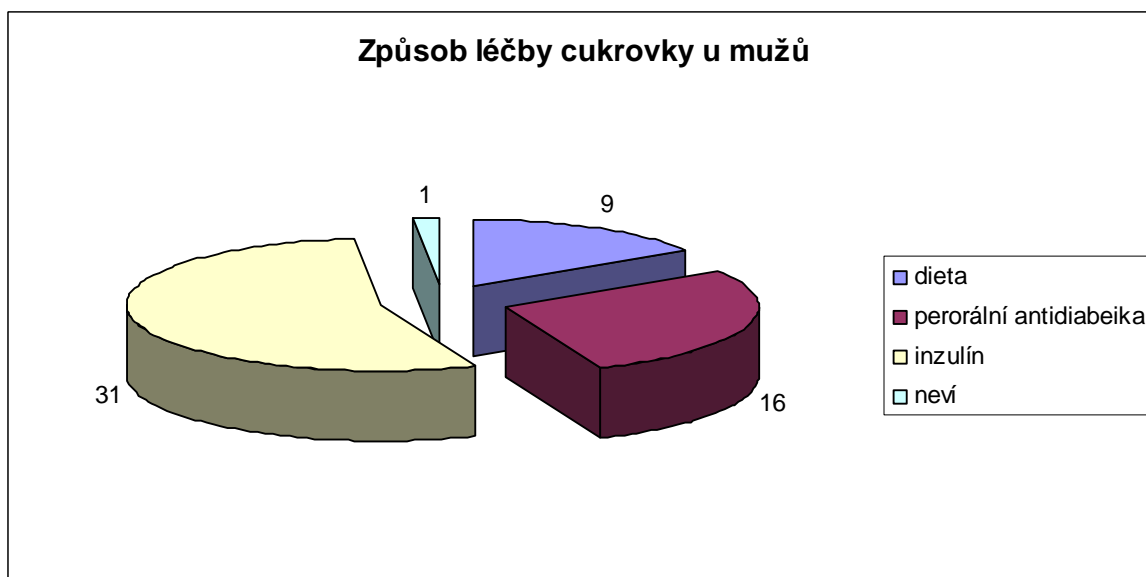
Tabulka č. 11 Způsob léčby diabetu dotazovaných

	Ženy	Muži	Celkem
Dieta	8	9	17%
Perorální antidiabetika	16	16	32%
Inzulín	19	31	50%
Neví	0	1	1%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 5



Graf č. 6

**Komentář:**

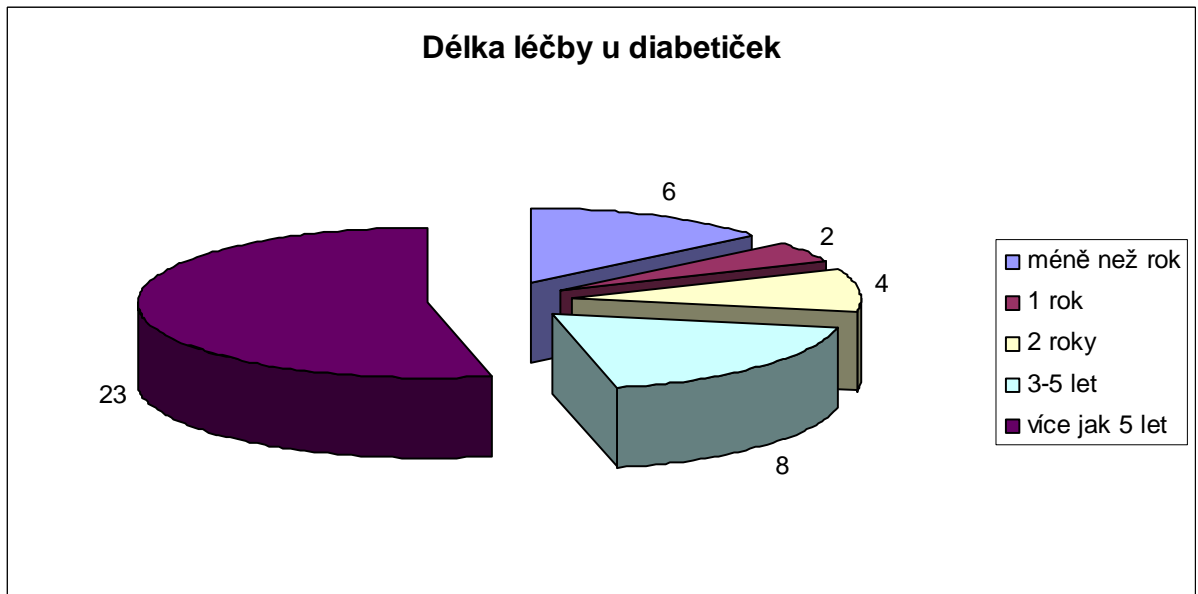
Ze 100 respondentů je nejčastěji v 50% diabetes u dotazovaných léčen inzulinem, 32% diabetiků je léčeno perorálními antidiabetiky. Pouze 6 % má ordinovanou dietu a 1% neví, jakým způsobem je jeho onemocnění léčeno.

Otázka č. 5 Jak dlouho se léčíte s cukrovkou?

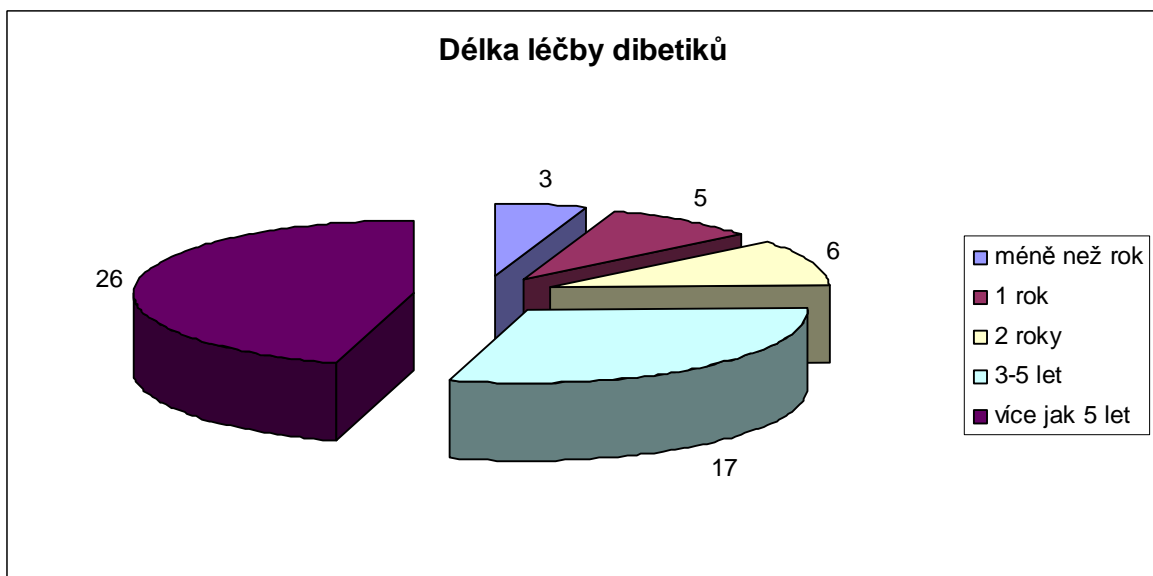
Tabulka č. 12 Délka léčby cukrovky

	Ženy	Muži	Procenta
Méně než rok	6	3	9%
1 rok	2	5	7%
2 roky	4	6	10%
3-5 let	9	17	26%
Více jak 5 let	23	26	49%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 7



Graf č. 8



Komentář:

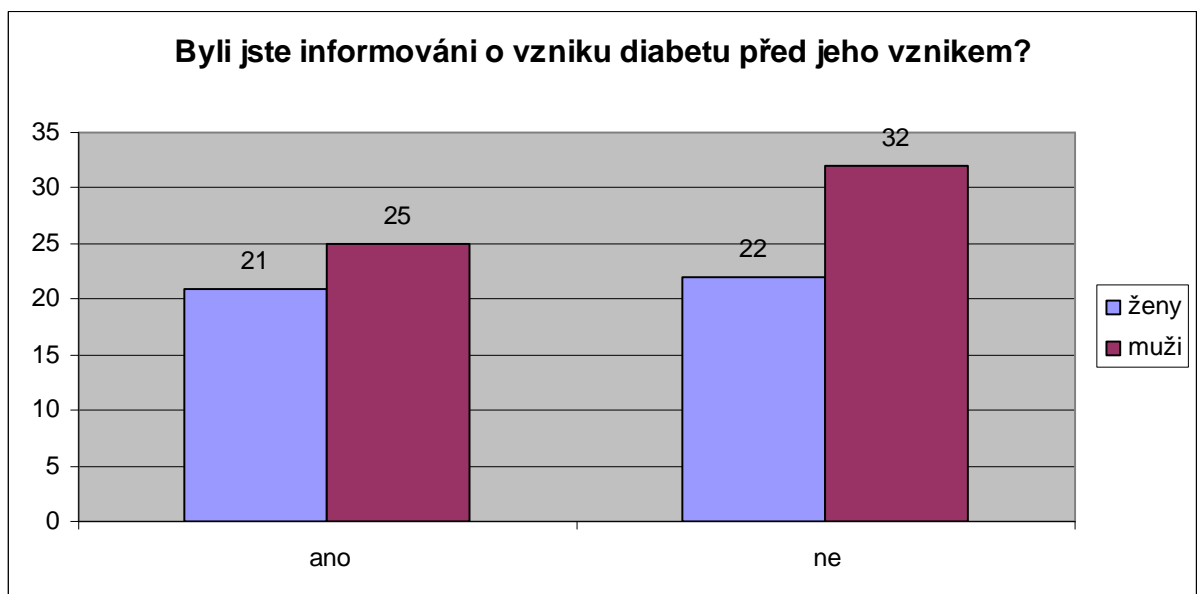
Z tabulky č. 5 je zřejmé, že 49% dotazovaných se s diabetem léčí více jak 5 let. 3-5 let je léčeno 26%, 10% z dozovaných respondentů trpí cukrovkou 2 roky, 7% diabetiků se léčí s daným onemocněním 1 rok a 9% dotazovaných je léčeno méně než rok.

Otázka č. 6 Měl/a jste informace o diabetu před jeho vznikem u Vás?

Tabulka č. 13 Poskytnuté informace před vznikem onemocnění

	Ženy	Muži	Procenta
Ano	21	25	46%
Ne	22	32	54%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 9

**Komentář:**

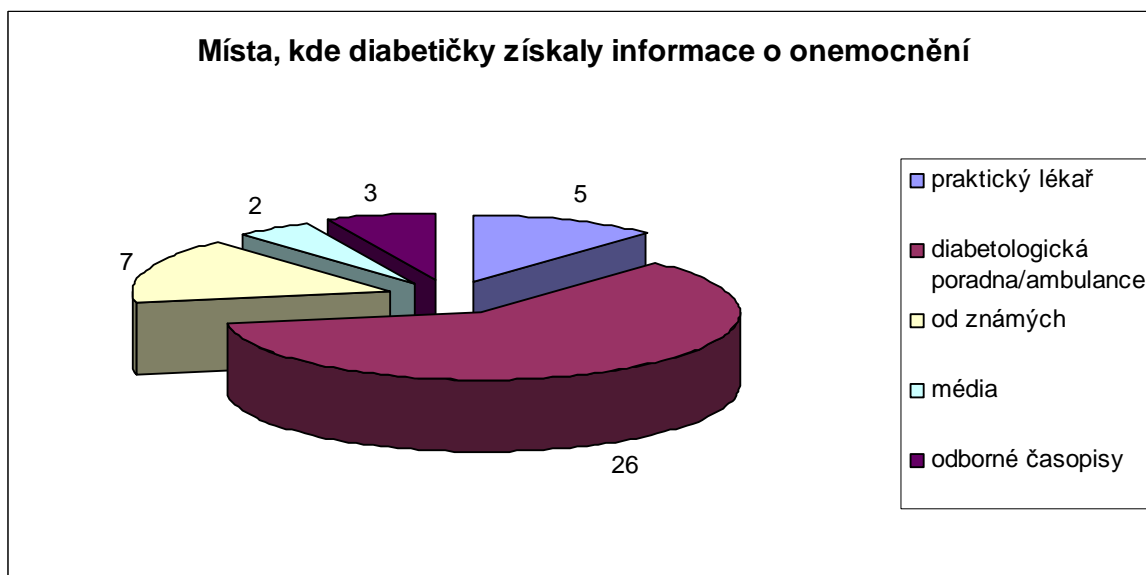
Ze 100 respondentů uvedlo 54 % dotazovaných, že nemělo informace o onemocnění DM před jeho vznikem a 46% mělo informace o dané problematice.

Otázka č. 7 Informace o diabetu jsem získal/a?

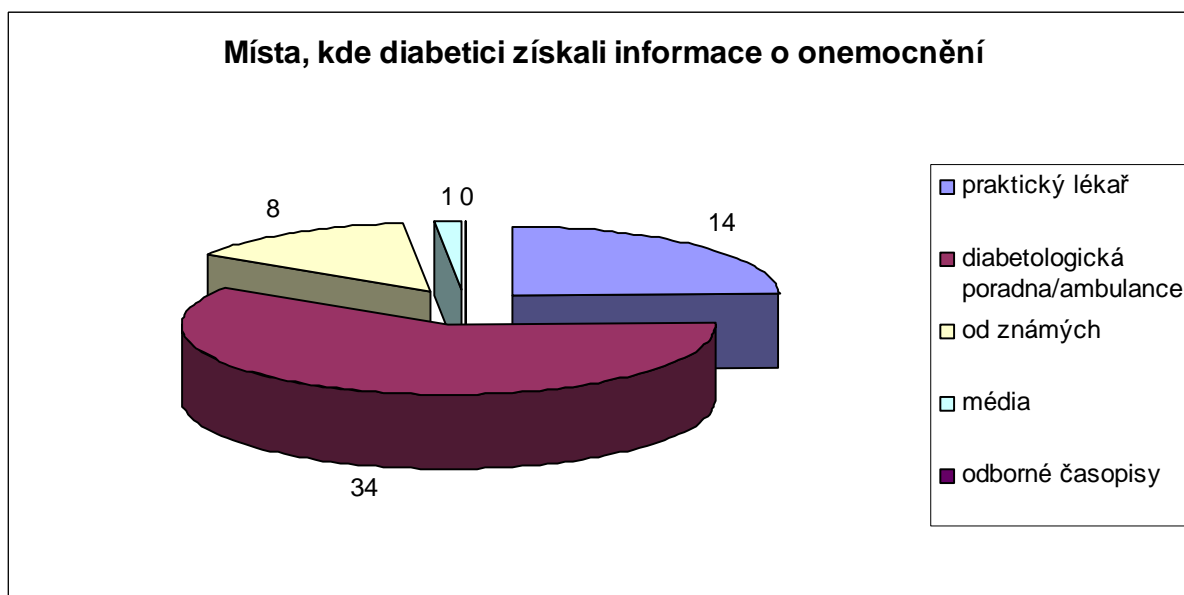
Tabulka č. 14 Místa získání informací o diabetu

	Ženy	Muži	Procenta
Praktický lékař	5	14	19%
Diabetologická ambulance	26	34	60%
Od známých	7	8	15%
Média	2	1	3%
Odborné časopisy	3	0	3%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 10



Graf č. 11

**Komentář:**

Z uvedených grafů je zřejmé, že ze 100 respondentů 60% získalo informace v diabetologické ambulanci, 19 % od praktického lékaře a 15 % získalo informace od svých známých. 3% diabetiků bylo informováno o onemocnění z médií a 3 % z odborné literatury.

Otázka č. 8 Jak se stravujete?

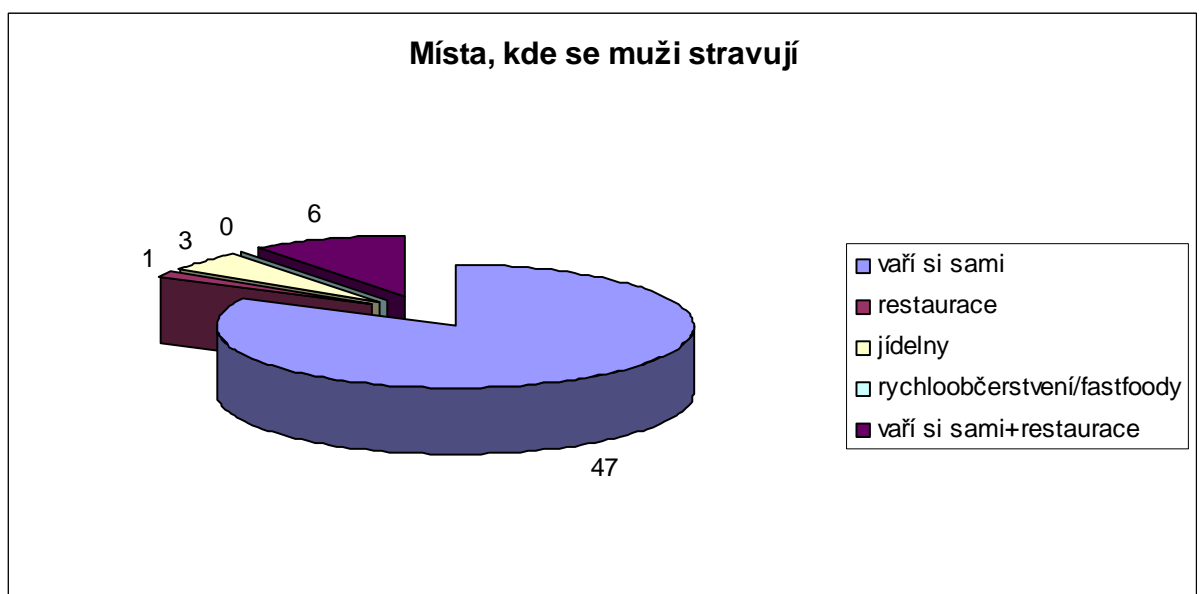
Tabulka č.15 Stravování

	Ženy	Muži	Procenta
Vařím si sám/a	27	47	74%
Restaurace	2	1	3%
Jídelny	5	3	8%
Rychloobčerstvení	0	0	0%
Vařím si sám/a+restaurace	9	6	15%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 12



Graf č.13

**Komentář:**

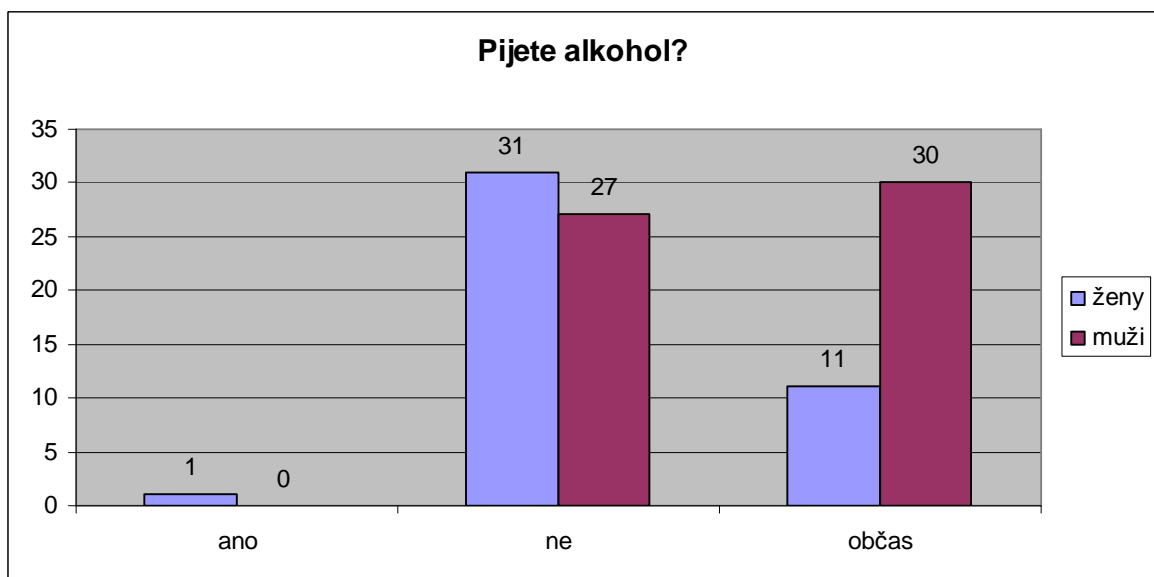
Ze 100 dotazovaných žen a mužů vyplývá, že 74% si nejčastěji vaří sami, 15% se stravuje v restauracích a vaří si sami a 8% využívá stravování v jídelnách. Žádný respondent neuvědl, že by se stravoval v rychloobčerstveních.

Otázka č. 9 **Pijete alkohol?**

Tabulka č. 16 Abusus alkoholu

	Ženy	Muži	Procenta
Ano	1	0	1%
Ne	31	27	58%
Občas (sklenku vína, piva)	11	30	41%
Celkem	43	57	100%

Graf č.14

**Komentář:**

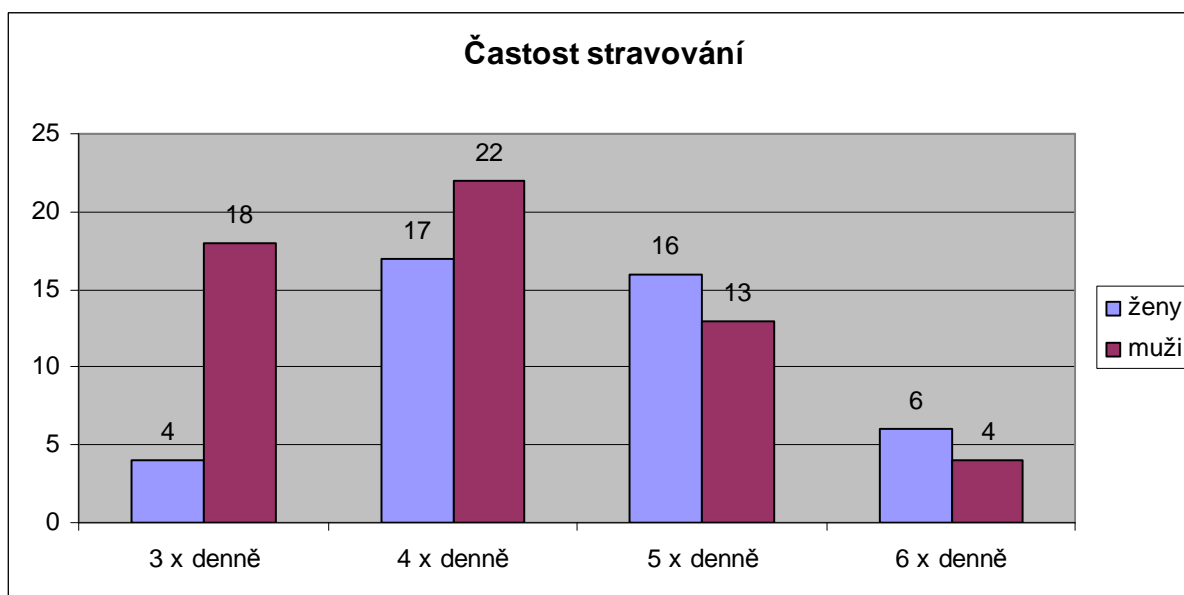
Uvedený graf nám ukazuje, že 58% diabetiků nepije alkohol, 41 % si občas dá sklenku vína nebo piva a 1% uvedlo, že pije alkohol.

Otázka č.10 Kolikrát denně se stravujete?

Tabulka č.17 Frekvence stravování

	Ženy	Muži	Procenta
3x denně	4	18	22%
4x denně	17	22	39%
5x denně	16	13	29%
6x denně	6	4	10 %
Celkem	43	57	100%

Graf č. 15

**Komentář:**

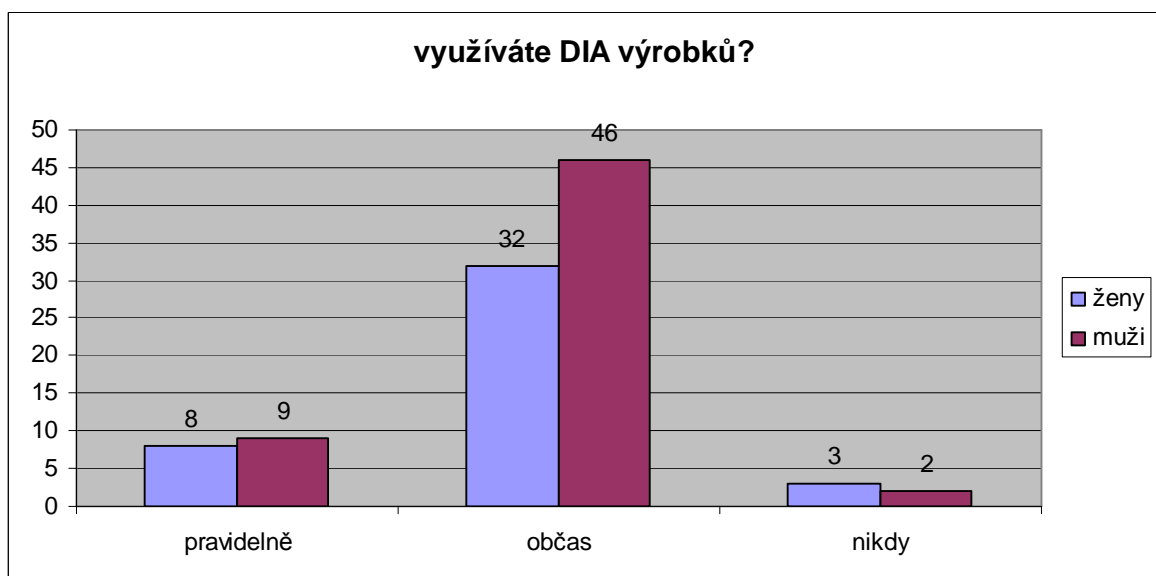
Ze 100 respondentů uvedlo 39 %, že se stravuje 4x denně, 29% se stravuje 5x denně, 22 % se stravuje pouze 3x denně a jen 10% se stravuje 6x denně. Jeví se, že muži jsou o něco lepší v rozložení příjmu potravy v průběhu dne.

Otázka č. 11 Využíváte DIA výrobků?

Tabulka č. 18 Využití DIA výrobků

	Ženy	Muži	Procenta
Pravidelně	8	9	17%
Občas	32	46	78%
Nikdy	3	2	5%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 16

**Komentář:**

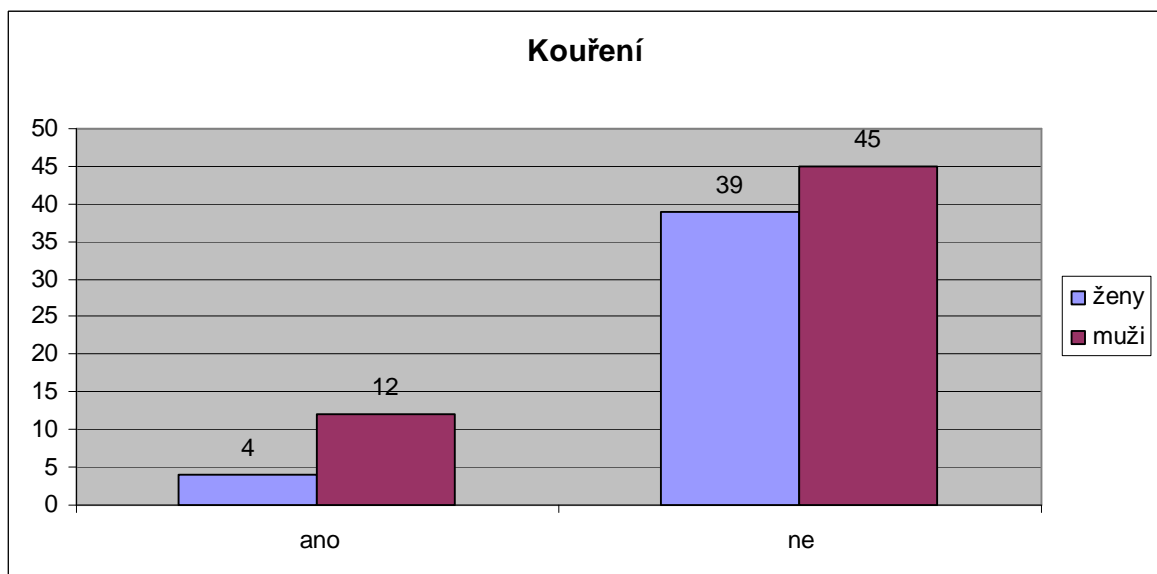
Uvedená otázka zjišťovala zda klienti využívají DIA výrobků. Z celkového počtu 100 respondentů 78% uvedl, že občas využívá DIA výrobků, 17% pravidelně užívá DIA výrobky a jen 5% nekonzumuje DIA výrobky.

Otázka č. 12 Kouříte?

Tabulka č. 19 Kouření

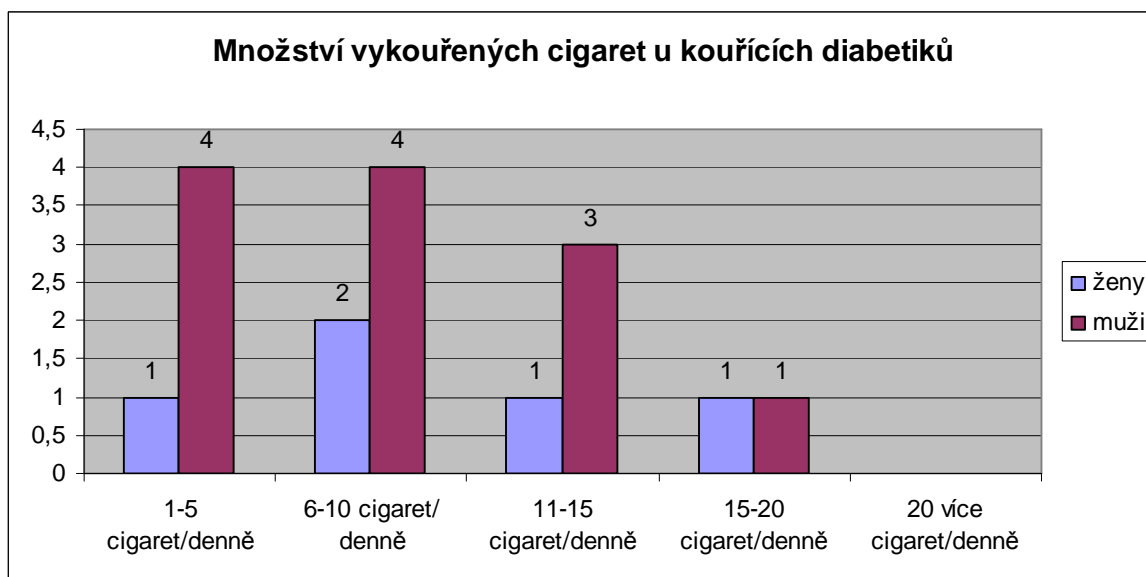
	Ženy	Muži	Procenta
Ano	4	12	16%
Ne	39	45	84%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 17

**Komentář:**

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že více jak 80% dotazovaných diabetiků nekouří a pouze 16% z nich kouří. Převládají jednoznačně muži.

Graf č. 18

**Komentář:**

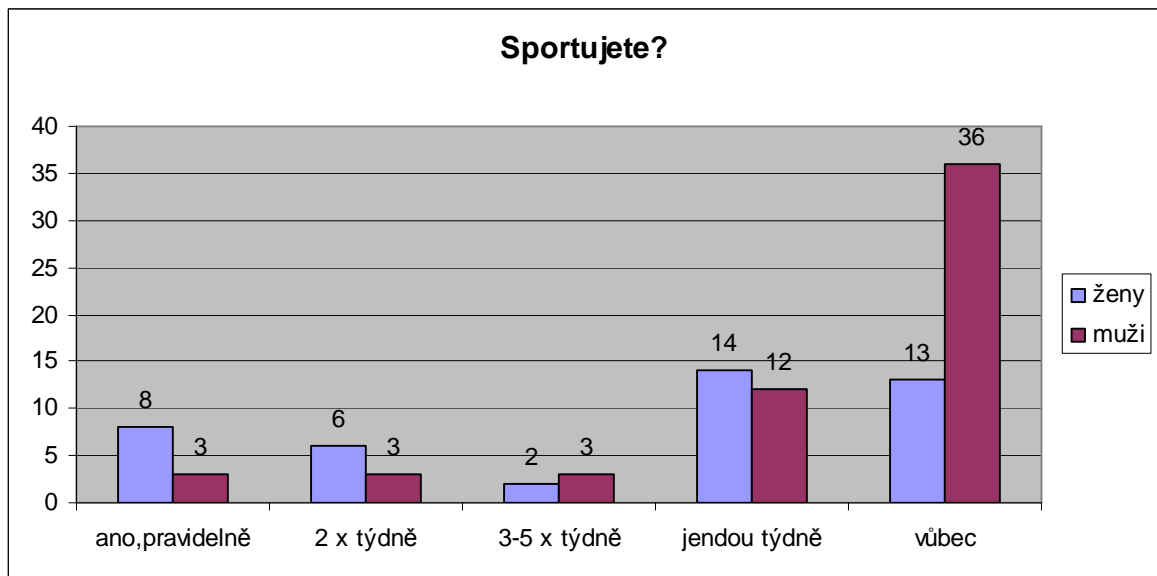
Cílem této otázky byla zjistit zda diabetici kouří. Ze 100 respondentů jich 84% nekouří. 16% činí kuřáků a to z nich 5% kouří 1-5 cigaret denně, 6% kouří 6-10 cigaret denně, 4% kouří 11-15 cigaret denně a 2% kouří 15-20 cigaret denně. Nikdo z dotazovaných nevedl, že kouří 20 a více cigaret denně.

Otázka č.13 Sportujete?

Tabulka č. 20 Sport

	Ženy	Muži	Procenta
Ano, denně	8	3	11%
2x týdně	6	3	9%
3-5x týdně	2	3	5%
Jednou týdně	14	12	26%
Vůbec	13	36	49%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 19

**Komentář:**

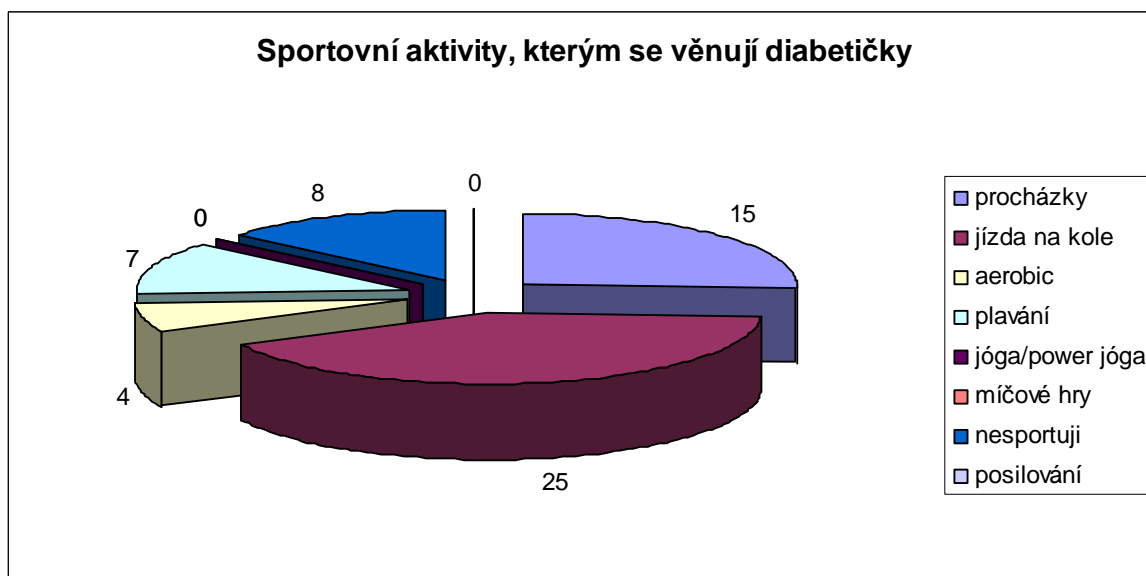
Z tabulky číslo 13 je patrné, že 39% diabetiků necvičí vůbec. Skupina, která cvičí jednou týdně je zastoupena v 26 %. 5 % cvičí 3-5 x týdně, 9% se věnuje sportu 2x týdně a 11% se pravidelně věnuje sportovním aktivitám.

Otázka č. 14 Kterým sportovním aktivitám se věnujete ? (více možných odpovědí)

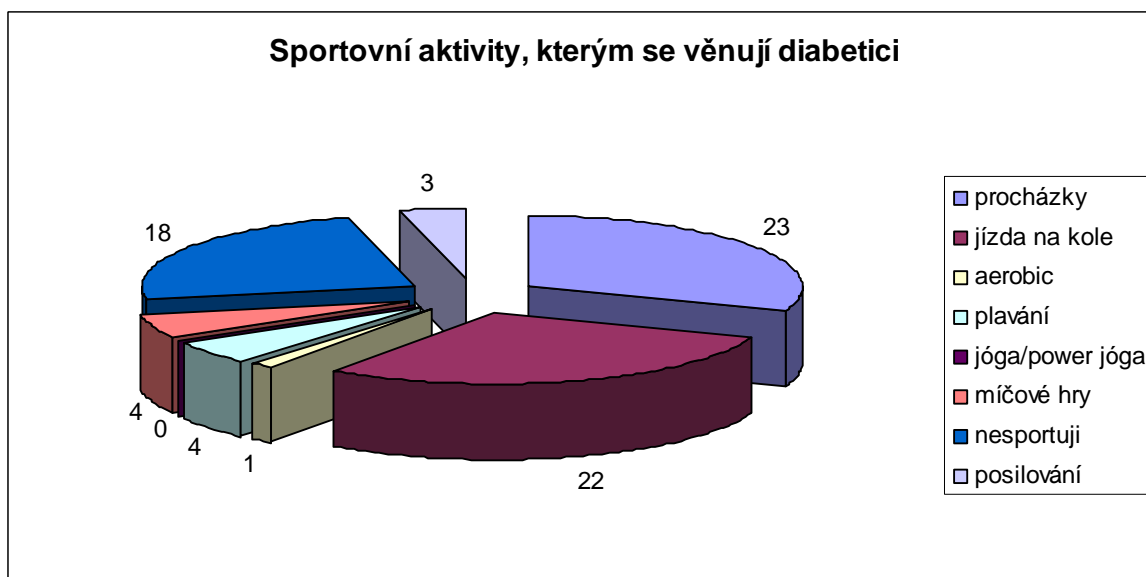
Tabulka č. 21 Pohybové aktivity

	Ženy	Muži	Procenta
Procházky	15	23	28,36%
Jízda na kole	25	22	34,1%
Aerobik	4	1	3,73%
Plavání	7	4	8,21%
Jóga/power jóga	0	0	0%
Míčové hry	0	3	2,24%
Posilování	0	4	2,99%
Žádným aktivitám se nevěnuji	8	18	19,4%
Celkem	59	75	100%

Graf č. 20



Graf č. 21

**Komentář:**

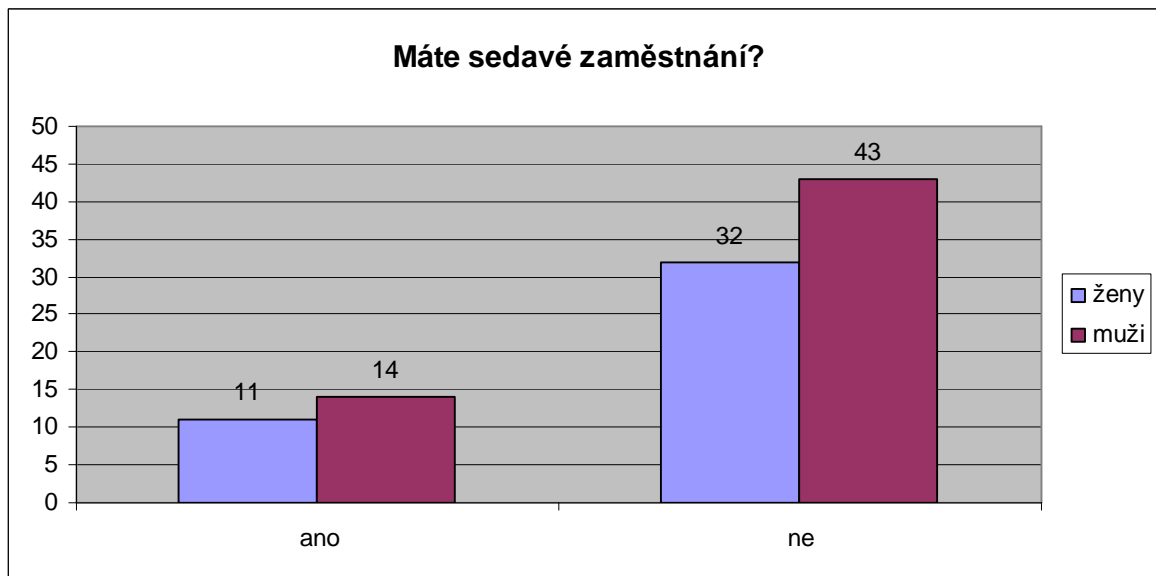
Otázka číslo 14 měla za úkol zjistit zda dotazovaní respondenti využívají některé z uvedených pohybových aktivit. Měli na výběr z několika možností a mohli vybrat více odpovědí. Skupina tvořící 28,36% se věnuje procházkám, 34,1% uvádí jízdu na kole. 19,4 % diabetiků se nevěnuje žádným z uvedených pohybových aktivit. 3,73 % dochází na aerobik, 2,24 % hraje míčové hry a 2,99 % se věnuje posilování. Žádný z dotazovaných respondentů neuvedl, že se věnuje józe.

Otázka č. 15 Máte sedavé zaměstnání?

Tabulka č. 22 Sedavé zaměstnání

	Ženy	Muži	Procenta
Ano	11	14	25%
Ne	32	43	75%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 22

**Komentář:**

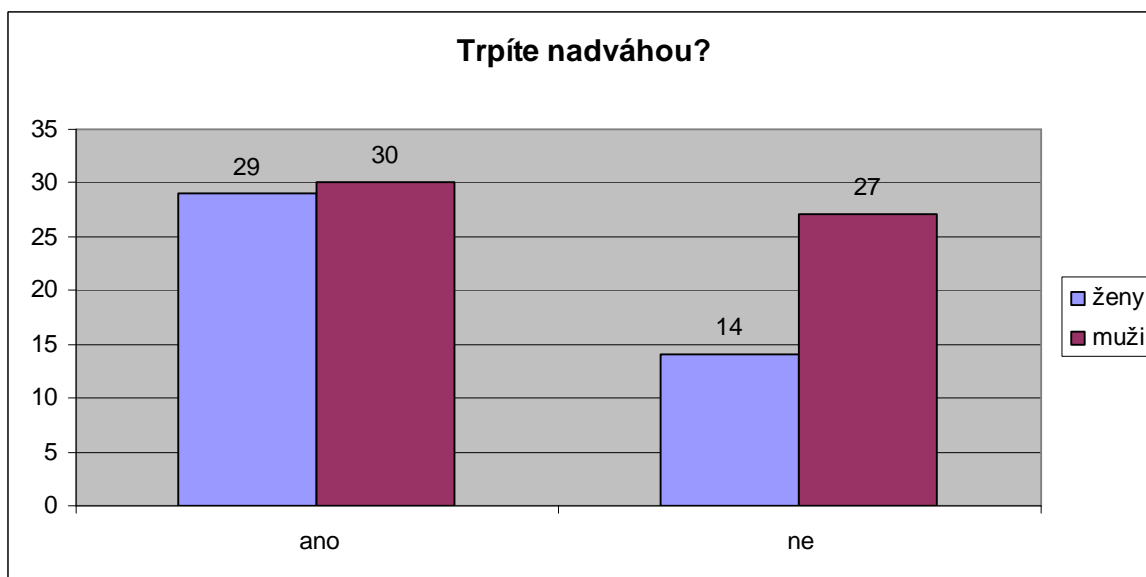
Z dotazovaných diabetiků má 25 % sedavé zaměstnání. 75% uvedlo, že ve svém zaměstnání se více hýbou než-li sedí.

Otázka č. 16 Trpíte nadváhou?

Tabulka č. 23 Nadváha

	Ženy	Muži	Procenta
Ano	29	14	43%
Ne	14	43	57%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 23

**Komentář:**

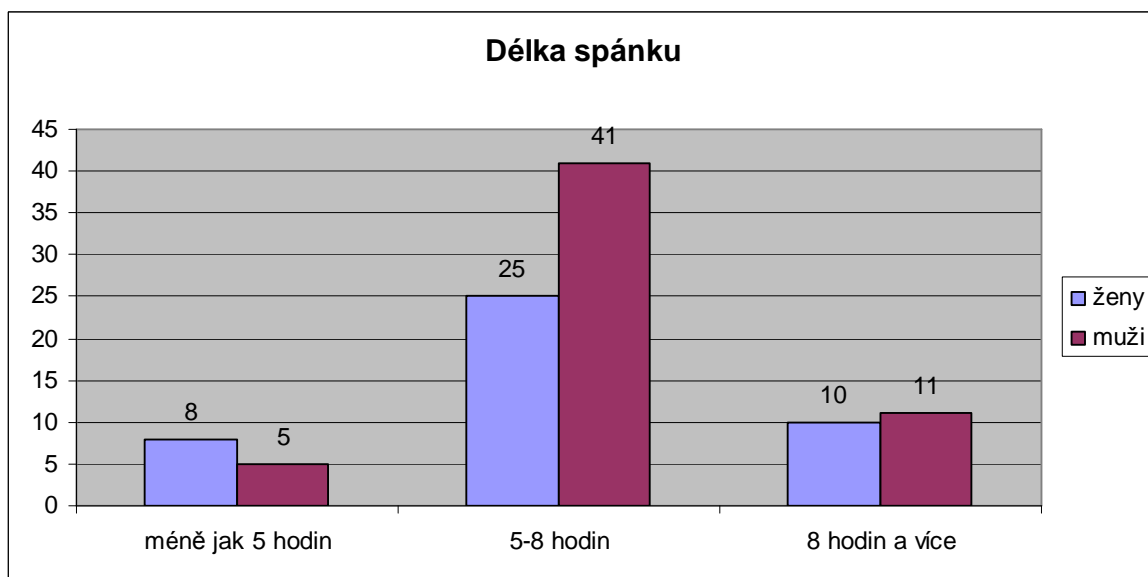
Otázkou číslo jsem chtěla zjistit zda dotazovaní diabetici trpí nadváhou. 59 % dotazovaných uvedlo nadváhou a 41% si dle uvedeného vzorečku vypočítalo, že netrpí nadváhou.

Otázka č. 17 Kolik hodin denně spíte?

Tabulka č. 24 Spánek

	Ženy	Muži	Procenta
Méně jak 5 hodin	8	5	13%
5-8 hodin	25	41	66%
8 hodin a více	10	11	21%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 24

**Komentář:**

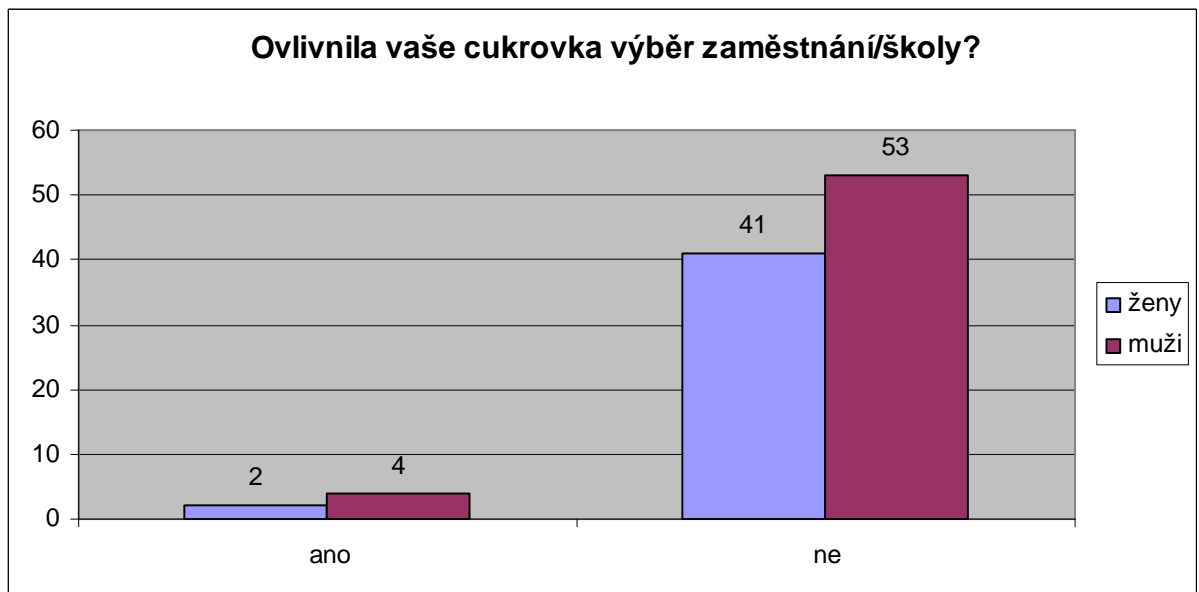
Touto otázkou jsme zjišťovala, zda mají diabetici dostatek spánku. Ze 100 respondentů uvedlo 66% spí denně 5-8 hodin, 21 % naspí denně 8 a více hodin a pouze 13% denně naspí méně jak 5 hodin.

Otázka č. 18 Ovlivnila Vaše cukrovka výběr zaměstnání/školy

Tabulka č. 25 Ovlivnila vaše cukrovka výběr zaměstnání/školy

	Ženy	Muži	Procenta
Ano	2	4	6%
Ne	41	53	94%
Celkem	43	57	100%

Graf č.25

**Komentář:**

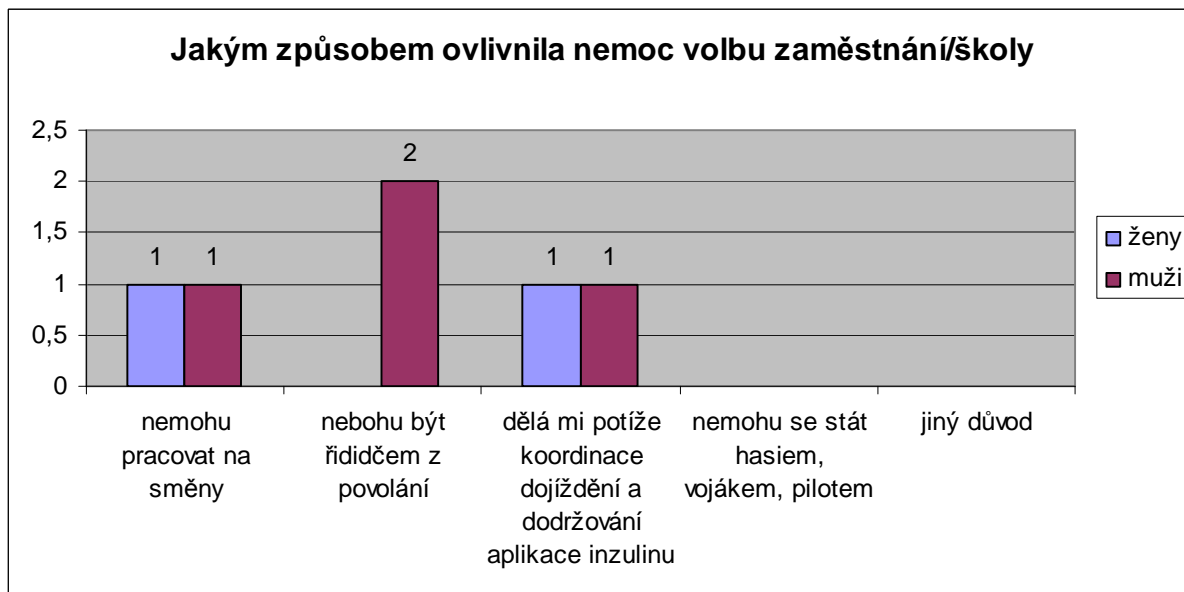
Tato otázka poukazovala na ovlivnitelnost nemocí při výběru povolání nebo školy. 94% dotazovaných diabetiků uvedlo, že žádným způsobem jejich onemocnění neovlivnilo výběr zaměstnání. 6% uvedlo, že je nějakým způsobem jejich onemocnění ovlivnilo.

Otázka č. 19 Pokud ano jakým způsobem?

Tabulka č. 19 Jakým způsobem ovlivnila cukrovka výběr zaměstnání/školy

	Ženy	Muži	Procenta
Nemohu pracovat na směny	1	1	33,33%
Nemohu být řidičem z povolání	0	2	33,33%
Dělá mi potíže koordinace dojíždění a dodržování aplikace inzulínu	1	1	33,33%
Nemohu se stát hasičem, vojákem, pilotem	0	0	0%
Jiný důvod	0	0	0%
Celkem	2	4	100%

Graf č. 26

**Komentář:**

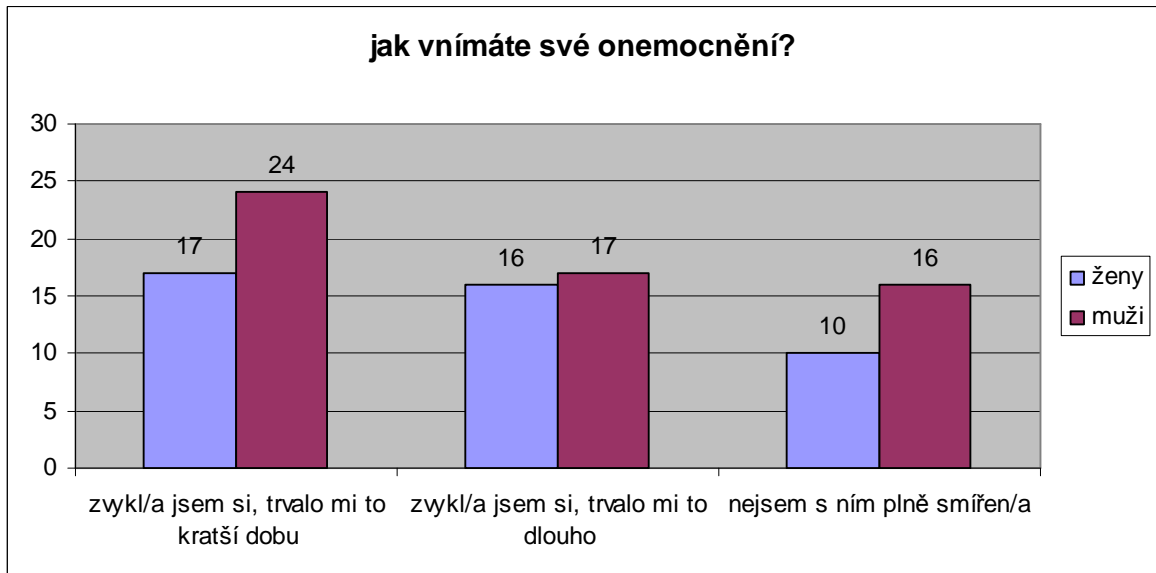
V předešlé otázce mi 6 klientů uvedlo, že jim jejich onemocnění ovlivnilo volbu zaměstnání či školy.. Výše uvedený graf uvádí, že 33,33% nemohlo pracovat na směny, skupinu, která se nemohla stát řidičem z povolání tvoří 33,33% a 33,33% dělá potíže koordinace dojíždění a dodržování aplikace inzulinu.

Otázka č. 20 Jak sám/a vnímáte své onemocnění?

Tabulka č. 20 jak vnímáte Vaše onemocnění

	Ženy	Muži	Procenta
Zvykl/a jsem si, trvalo mi to kratší dobu	17	24	41%
Zvykl/a jsme si, trvalo mi to dlouho	16	17	33%
Nejsem s ním plně smířen/a	10	16	26%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 27

**Komentář:**

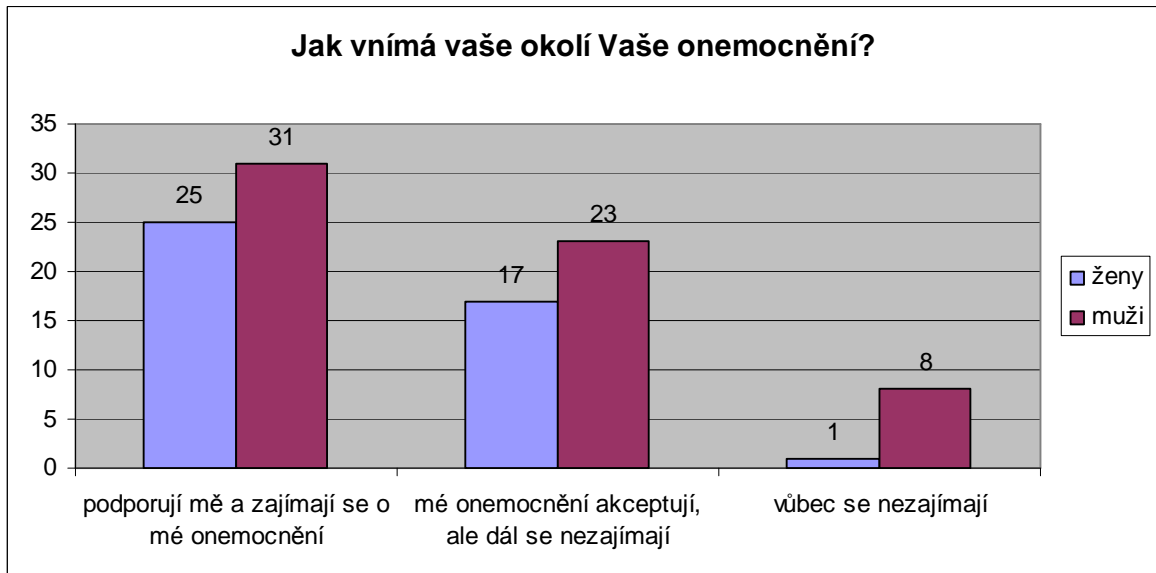
Z dotazovaných respondentů tvoří skupinu, která si zvykla na své onemocnění trvalo mu to kratší dobu 41%. 33 % si zvyklo, ale trvalo jim to dlouho. Skupinu, která není plně smířena se svým onemocněním tvoří 26%.

Otázka č. 21 Jak vnímá Vaše onemocnění Vaše nejbližší okolí?

Tabulka č. 21 Vnímání Vašeho okolí

	Ženy	Muži	Procenta
Podporují mě a zajímají se o mé onemocnění	25	31	56%
Mé onemocnění akceptují, ale dál se nezajímají	17	23	40%
Vůbec se nezajímají	1	8	9%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 28

**Komentář:**

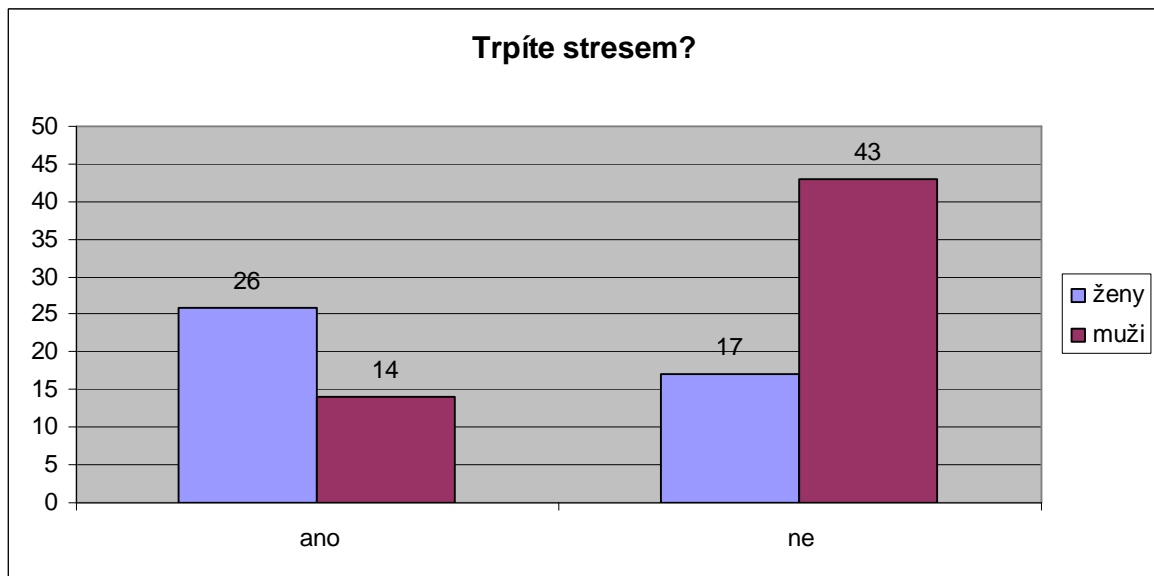
Ze 100 respondentů, tvoří 56 % skupinu, kterou její okolí podporuje a zajímá se její onemocnění, 40% uvedlo, že jejich onemocnění akceptuje, ale dále se nezajímají. Skupina respondentů o kterou se její okolí vůbec nezajímá tvoří 9%.

Otázka č. 22 Trpíte stresem?

Tabulka č. 22 Stres

	Ženy	Muži	Procenta
Ano	26	14	40%
Ne	17	43	60%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 29

**Komentář:**

Otázka číslo 22 zjišťovala, zda diabetici trpí stresem. Skupina 60% uvedla, že stresem netrpí. Naopak skupina 40% respondentů trpí stresem, z toho spíše ženy.

Otázka č. 23 **Informoval Vás Váš lékař o možnosti vzniku komplikací při nedodržování diety?**

Tabulka č. 23 Informovanost o vzniku komplikací

	Ženy	Muži	Procenta
Ano	41	57	98%
Ne	2	0	2%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 30

**Komentář:**

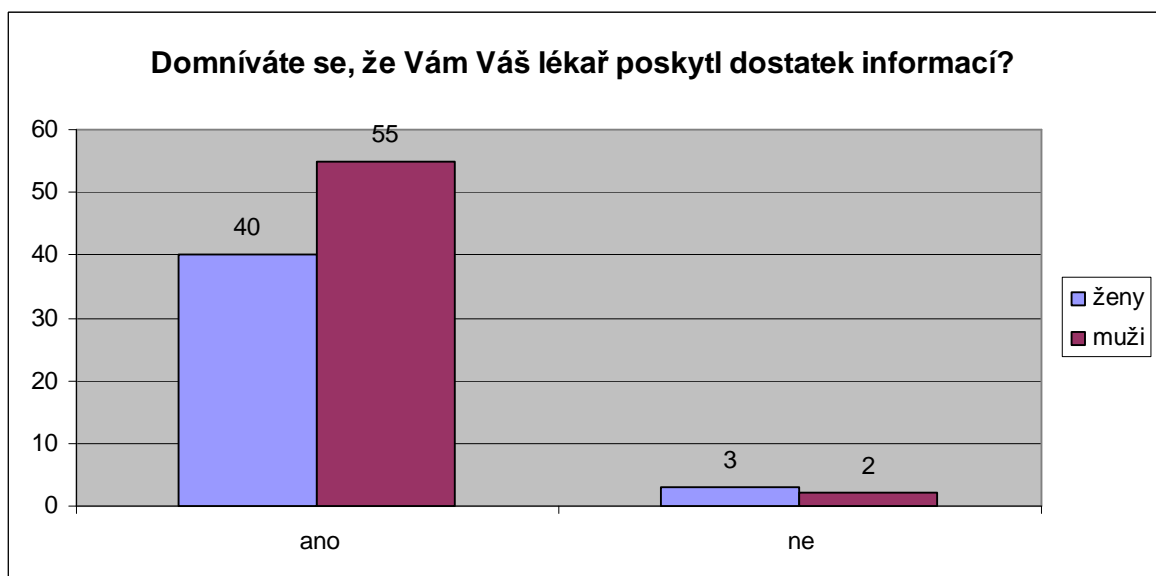
Výsledky dané otázky byli velice uspokojivé. 98% respondentů uvedlo, že byli informováni svým lékařem o možnosti vzniku komplikací při nedodržování životosprávy a pouze 2 % neměla potřebné informace.

Otázka č. 24 **Domníváte se, že vám Váš lékař poskytl dostatek informací o všech komplikacích?**

Tabulka č. 24 Poskytnutí informací od lékaře

	Ženy	Muži	Procenta
Ano, poskytl mi veškeré informace	40	55	95%
Ne, nebyl/a jsem spokojen/a s informacemi	3	2	5%
Celkem	43	57	100%

Graf č.31



Komentář:

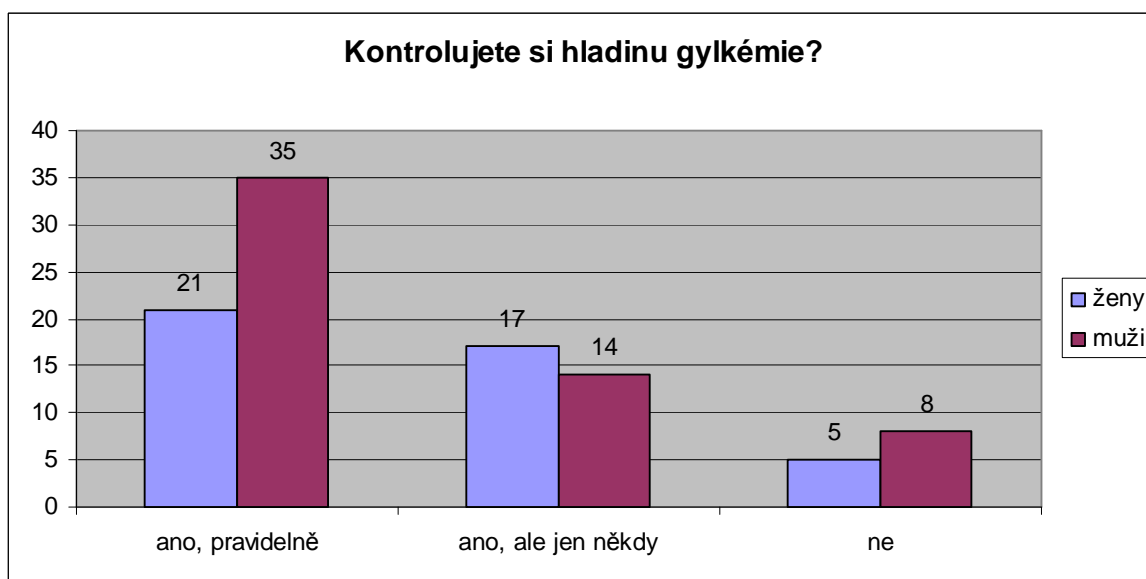
Uvedený zkoumaný vzorek udává 95% spokojenosti s poskytnutými informacemi od lékaře. Pouze skupina 5% respondentů udává nespokojenost s poskytnutými informacemi.

Otázka č. 25 **Kontrolujete si hladinu glykémie?**

Tabulka č. 25 kontrola glykémie

	Ženy	Muži	Procenta
Ano,pravidelně	21	35	56%
Ano,ale jen někdy	17	14	31%
Ne	5	6	11%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 32

**Komentář:**

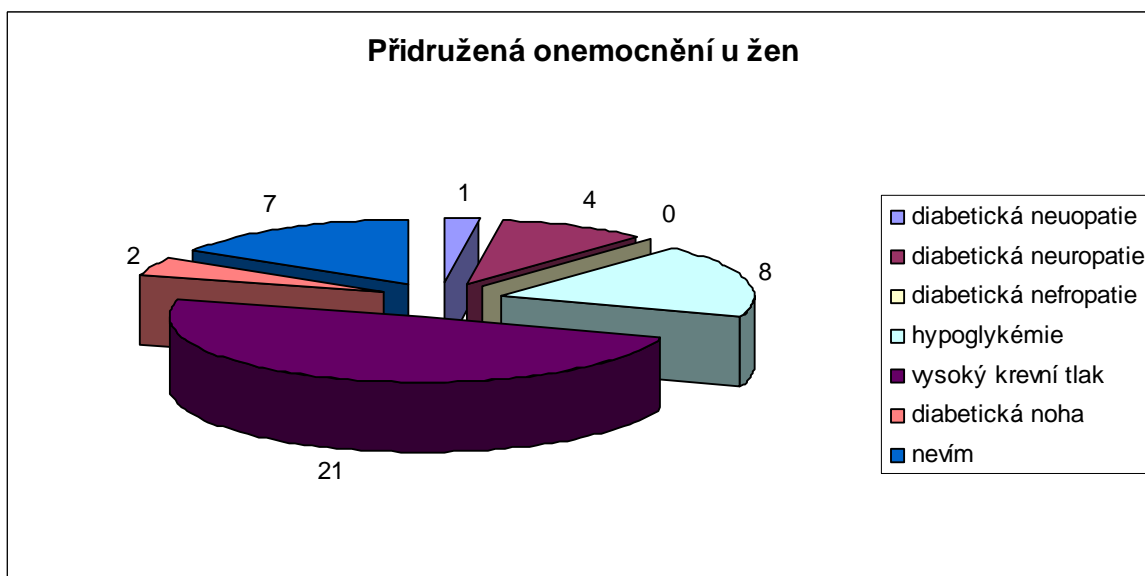
Cílem této otázky bylo zjistit zda si diabetici pravidelně kontrolují hladinu glykémie v krvi. Skupinu, která si hladinu glykémie v krvi měří pravidelně tvoří 56%. 31% uvádí, že si glykémii měří, ale jen někdy. Skupinu, která si vůbec neměří hladinu glykémie v krvi tvoří 13 %.

Otázka č. 26 Trpíte z některých uvedených přidružených onemocnění?

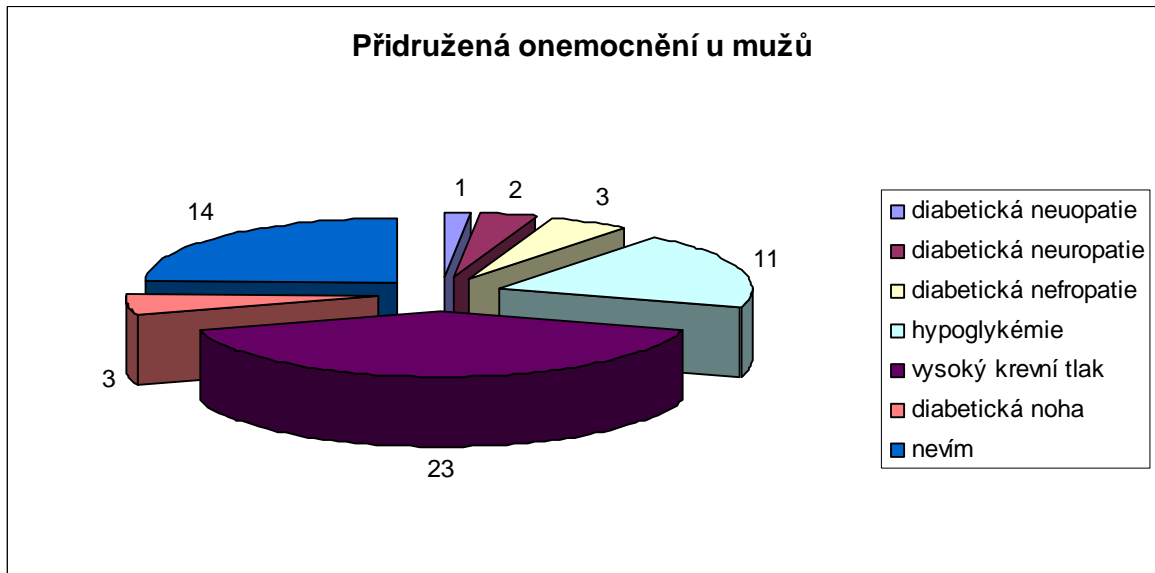
Tabulka č. 26 Přidružená onemocnění

	Ženy	Muži	Procenta
Diabetická retinopatie	1	1	2%
Diabetická neuropatie	4	2	6%
Diabetická nefropatie	0	3	3%
Hypoglykémie	8	11	19%
Vysoký krevní tlak	25	23	48%
Diabetická noha	2	3	5%
Nevím	7	14	21%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 33



Graf č. 34

**Komentář:**

Ze 100 respondentů uvedlo 48%, že se léčí vysokým tlakem, 21% si není vědoma nějakých přidružených onemocnění. Skupinu, která trpí hypoglykemií tvoří 19%, 5% z dotazovaných trpí diabetickou nohou. 6% uvádí, že jim byla diagnostikována diabetická neuropatie, 3% je léčena pro diabetickou nefropatii a 2% mají přidruženou diabetickou retinopatii.

Otázka č. 27 **Znáte příznaky hypoglykémie?**

Tabulka č.27 Příznaky hypoglykémie

	Ženy	Muži	Procenta
Pocení, hlad, bledost, bušení srdce, ospalost, špatná koncentrace, poruchy zraku	41	54	95%
Zčervenání kůže, třepení nehtů, vlasů, vypadávání vlasů bolest v krku	1	2	3%
Bolesti břicha, rukou, nohou , zadýchávání, bolesti hlavy	1	1	2%
Celkem	43	57	100%

Graf č. 35

**Komentář:**

Výsledky této otázky jsou velice uspokojivé. Je zjevné, že lidé mají informace o příznacích hypoglykémie. Skupina, která správně odpověděla na danou otázku tvoří 95 %.

8 DISKUSE

Praktická část této práce obsahuje velice zajímavé informace nad kterými byl bylo dobré se hlouběji zamyslet. Na toto téma bylo již vypracováno mnoho prací, ale přesto jsou některé výsledky překvapující.

Na počátku jsem stanovila 5 hypotéz. Na jejich základě jsem vytvořila 27 otázek pro dotazníkovém šetření, které měly sloužit k potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz.

Mezi dotazovanými respondenty bylo největší procento dotazovaných středoškolsky vzděláno, jejich cukrovka je léčena nejčastěji inzulínem, a to déle jak 5 let. Respondenti uvedli, že informace, které získali při vzniku jejich onemocnění získali v diabetologické ambulanci, avšak zarážející je, že 15% získalo první informace od svých známých a téměř polovina neměla žádné informace o diabetu mellitu před jeho diagnostikováním. Pokud jde o stravování dále uvedli, že nejčastěji si diabetici vaří sami, ale stravují se jen 4x denně. Bohužel více jak polovina z nich nevyužívá DIA výrobků, nebo je využívá pouze někdy. Průzkum ukázal, že více jak 75% z dotazovaných nepijí alkohol a nekouří, což má velký vliv na životosprávu. V dotazníkovém šetření jsem také zjišťovala, zda se klienti léčení pro diabetes věnují sportu či trpí nadváhou. Velice negativní jsou výsledky u mužů, kteří se sportu nevěnují vůbec, i když v následující otázce, kde měli na výběr z několika možností sportovních aktivit se často věnují jízdě na kole. Ženy jsou na tom v této oblasti o něco lépe, i když není mezi nimi příliš velký rozdíl. Za povšimnutí stojí, že diabetici velmi často trpí nadváhou. V průměru diabetici spí 5 – 8 hodin, což kladně působí, jak na denní biorytmus organismu, tak i na ustálení hladiny glykémie v krvi. Překvapivé je, že více jak 90% dotazovaných uvedlo, že jejich onemocnění nijak neovlivnilo výběr jejich zaměstnání nebo školy. Na počátku stanovování hypotéz jsem totiž předpokládala, že toto onemocnění hodně ovlivní výběr zaměstnání, vzhledem k tomu, že klienti by neměli vykonávat příliš velkou fyzickou námahu či pracovat v trojzměnném pracovním provozu. Celkově diabetici jsou smířeni se svým onemocněním a i jejich okolí se zajímá o jejich onemocnění a podporuje je v jejich životní situaci. Ke stresu jsou náchylnější ženy diabetičky než-li muži. Celkově jsou diabetici dostatečně informováni od svého lékaře o možnosti vzniku komplikací při nedodržování dietních opatření avšak 5% dotazovaných bylo nespokojeno s informovaností od svého lékaře. Analýza dat také ukazuje, že ženy i muži s cukrovkou si pravidelně kontrolují glykémie - což má příznivý výsledek, a to že nedochází k častým výkyvům glykémie. Nejčastějším přidruženým onemocněním při cukrovce dle výzkumu je vysoký

krevní tlak a diabetická neuropatie. Velice kladně hodnotím informovanost klientů o příznacích hypoglykémie, i když existuje i malé procento klientů, kteří tyto příznaky neznají.

Na základě grafického a procentuálního zpracování dotazníkového šetření navrhuji tato praxeologická řešení:

- zajistit větší informovanost ze strany praktických lékařů k pacientům
- větší osvěta široké veřejnosti o této civilizační chorobě zejména v oblasti zdravého stravování – v médiích, v tisku
- rozšíření diacenter mimo nemocniční zařízení v každém spádovém městě
- zdravotní výchova na školách – zdravá výživa, prevence civilizačních chorob
- zlepšení nabídky zdravé stravy ve školách , v závodním stravování, restauracích
- rozšířit akce „Den s diabetem“ - ukázky a informace nejen pro diabetiky, jak se žije s tímto onemocněním
- otištění odborného článku

ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma Dodržování životosprávy u nemocných s diabetem mellitem jsem se zaměřila na problematiku životosprávy při tomto onemocnění, na ověření, případně popření stanovených cílů a hypotéz pomocí statistického vyhodnocení.

Teoretická část obsahuje potřebné informace o diabetu mellitu. Stručně popisují průlom v objevování cukrovky, což dalo velký základ pro další rozvíjení vědního oboru – diabetologie. Dále jsem se zaměřila na charakteristiku onemocnění, jeho základním rozdělení na DM 1. typu a DM 2. typu, příznaky a léčbu, která je velice specifická pro každý typ daného onemocnění. V tabulce jsou zde rozděleny typy inzulinů na dlouhodobé a krátkodobé, což hraje velkou roli v denních biorytmech klientů. Hlavní část teorie tvoří specifikace soužití diabetiků s různými životními situacemi. Jsou zde rozpracovány situace, se kterými se diabetik během svého života střetne a hrají velkou roli na dalším postupu léčby. I když se jedná o onemocnění nebolestivé, má velký vliv na psychickou stránku klientů, na což se velmi často zapomíná. Závěr teoretické části tvoří odborné společnosti, které se věnují prevenci, výzkumu a léčbě diabetu. Tyto organizace hrají velkou roli v edukaci široké veřejnosti, poskytují dostatek informací začínajícím lékařům a sestram, kteří se věnují této problematice a plně se soustředí na možnosti léčby a celkovou léčbu klientů trpících diabetem mellitem. Také velkou měrou podporují rozvoj výzkumných činností, což vede ke zkvalitňování poskytovaných služeb klientům.

V praktické části jsem se zaměřila na ověření a zpracování stanovených cílů a hypotéz. Pro realizaci jsme zvolila dotazníkové šetření. Tyto získané údaje jsou přehledně znázorněny pomocí tabulek a grafů. Pro ověření hypotéz jsme použila statistickou metodu : Test dobré shody (χ^2 – kvadrát).

Na základě vypracování bakalářské práce, byl vytvořen článek (Příloha PVI), který bude publikován v Lednickém zpravodaji. Také na toto téma jsem vypracovala prezentaci Dodržování životosprávy u nemocných s diabetem mellitem, která byla odprezentovaná na I. Mezinárodním kongresu dne 27.11.2008 (příloha PV), pořádaný Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- 1) Adamec Miloš, Saudek František, *Transplantace slinivky břišní a diabetes mellitus*, Karolinum 2005, počet stran 163, ISBN 80-246-1166-X.
- 2) Doc. PhDr. Bártlová Sylva, Ph.D., *Výzkum a ošetřovatelství*, NCO NZO Brno 2008, počet stran 185, ISBN 978-80-7013-467-2.
- 3) Bartoš Vladimír, Pelikánová Terezie a kolektiv, *Praktická diabetologie*, 3. rozšířené vydání Maxdorf 2003, počet stran 479, ISBN 80-85912-69-4.
- 4) Bottemann Peter a Koppelwieserová Martina, *Můj problém...cukrovka*, Olympia 2008, počet stran 167, ISBN 978-80-7376-090-8.
- 5) Farkašová Dana, *Výzkum v ošetřovatelství*, Martin 2006, počet stran 88, ISBN 80-8063-229-4.
- 6) Klener Pavel a kol., *Vnitřní lékařství III.*, Informatorium 2002, počet stran 196, ISBN 80-86073-98-X.
- 7) Rybka Jaroslav a kol., *Diabetologie pro sestry*, Praha: Grada, 2006, počet stran 283, ISBN 80-247-1612-7.
- 8) Rybka Jaroslav, *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*, Praha: Grada, 2008, počet stran 317, ISBN 978-80-847-1671-8.
- 9) Šafránková Alena, Nejedlá Marie, *Interní ošetřovatelství II*, Grada 2006, počet stran 211, ISBN 80-247-1777-8.
- 10) Vokurka Martin, Hugo Jan, *Praktický slovník medicíny*, Maxdorf 2000, počet stran 490, ISBN 80-85912-38-4.
- 11) Mudr. Wagner Peter, Patlejchová Eva, *Dieta při cukrovce*, Olympia 2003, počet stran 80, ISBN 80-7254-408-X.

Časopisy

- 12) Dulavová Dana, *Diabetická gangréna*, Sestra 2008, č.10, str. 40-41, ISSN 1210-0404.
- 13) Granger Jennifer, *Diabetes Mellitus*, Sestra 2008, č. 4, str.16, ISSN 1210-0404.
- 14) Hodnotová Zdeňka, *Syndrom diabetické nohy*, Sestra 2008, č. 10, str. 39-40, ISSN 1210-0404.
- 15) Holíková Marie, *Diabetes mellitus aneb buňka – kdo je víc*, Sestra 2008, č.10, str. 63, ISSN 1210-0404 .
- 16) Libichová Marie, Jouklová Marie, *Image diabetu je osobní, profesionální, politická a sociální*, Sestra 2008, č. 2, str. 16, ISSN1210-0404.
- 17) Rybka Jaroslav, *Dietoterapie pacientů s diabetem*, Sestra 2008, č.10, str. 42-44, ISSN 1210-0404.
- 18) Silková Zuzana, Andrejkinová Pavla, *Kasuistika : Ošetření diabetické nohy*, Sestra 2007, č. 10, str. 31-32, ISSN1210-044.
- 19) Zdeňková Kroužková Pavlína, *Diabetická dieta*, Sestra 2009, číslo 5, strana 29, ISSN 1210-0404.

Brožury

- 20) Praško Jan, *Co je deprese a jak se léčí*, Stručný průvodce pro pacienty, Triton, Praha 1999
- 21) Švejnoha Josef, *Přemožitelé cukrovky (držitelé medailí 50let života s diabetem)*, Svaz diabetiků ČR a Novo Nordisk, Praha 1998

Internetové zdroje

- 22) Diabetes, <http://www.diabetesmellitus.cz/Website/content/default.aspx> (27.4.2009)
- 23) Česká diabetologická asociace, <http://www.diab.cz> (27.4.2009)
- 24) Cukrovkář.cz, <http://www.cukrovkar.cz> (28.4.2009)
- 25) Svaz diabetiků ČR, <http://www.diazivot.cz> (28.4.2009)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DM Diabetes mellitus

Kg Kilogramy

M Metry

L Litr

G Gram

BMI Body Mass Index

PAD Perorální antidiabetika

ČDS Česká diabetologická asociace

FEND Federation of European Nurses in Diabetes

WHO World health organisation

IDF International diabetes federation

JEP Česká lékařská společnost

ADA American diabetes association

AESD Evropan association for the study of diabetes

SPCC Svaz postižených civilizačními chorobami v České republice

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1- Tabulka Excel pro výpočet chí-kvadrátu

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Symptomy hypoglykémie
Tabulka č. 2	Rozdělení příznaků diabetické retinopatie
Tabulka č. 3	Rozdělení příznaků neuropatie
Tabulka č. 4	Přehled druhů inzulínu
Tabulka č. 5	Přehled léčiv pro diabetes mellitus 2. typu
Tabulka č. 6	Přehled kombinovaných inzulínů
Tabulka č. 7	Kategorie BMI
Tabulka č. 8	Pohlaví respondentů
Tabulka č. 9	Věkové rozdělení respondentů
Tabulka č. 10	Vzdělání respondentů
Tabulka č. 11	Způsob léčby diabetu dotazovaných
Tabulka č. 12	Délka léčby cukrovky
Tabulka č. 13	Poskytnuté informace před vznikem onemocnění
Tabulka č. 14	Místa získání informací o diabetu
Tabulka č. 15	Stravování
Tabulka č. 16	Abusus alkoholu
Tabulka č. 17	Frekvence stravování
Tabulka č. 18	Využití DIA výrobků
Tabulka č. 19	Kouření
Tabulka č. 20	Sport
Tabulka č. 21	Pohybové aktivity
Tabulka č. 22	Sedavé zaměstnání
Tabulka č. 23	Nadváha
Tabulka č. 24	Spánek

Tabulka č. 25	Ovlivnila vaše cukrovka výběr zaměstnání/školy
Tabulka č. 19	Jakým způsobem ovlivnila cukrovka výběr zaměstnání/školy
Tabulka č. 20	Jak vnímáte Vaše onemocnění
Tabulka č. 21	Vnímání Vašeho okolí
Tabulka č. 22	Stres
Tabulka č. 23	Informovanost o vzniku komplikací
Tabulka č. 24	Poskytnutí informací od lékaře
Tabulka č. 25	Kontrola glykémie
Tabulka č. 26	Přidružená onemocnění
Tabulka č. 27	Příznaky hypoglykémie

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Rozdělení respondentů
Graf č.2	Věkové rozdělení žen
Graf č.3	Věkové rozdělení mužů
Graf č. 4	Vzdělání
Graf č. 5	Způsob léčby u žen
Graf č. 6	Způsob léčby u mužů
Graf č. 7	Délka léčby u diabetiček
Graf č. 8	Délka léčby u diabetiků
Graf č. 9	Byli jste informováni o vzniku diabetu před jeho vznikem?
Graf č. 10	Místa, kde diabetičky získaly informace o onemocnění
Graf č. 11	Místa, kde diabetici získali informace o onemocnění
Graf č. 12	Místa, kde se ženy stravují
Graf č. 13	Místa, kde se muži stravují
Graf č. 14	Pijete alkohol?
Graf č. 15	Častost stravování
Graf č. 16	Využíváte DIA výrobků?
Graf č. 17	Kouření
Graf č. 18	Množství vykouřených cigaret u kouřících diabetiků
Graf č. 19	Sportujete?
Graf č. 20	Sportovní aktivity, kterým se věnují diabetičky
Graf č. 21	Sportovní aktivity, kterým se věnují diabetici
Graf č. .22	Máte sedavé zaměstnání?
Graf č. 23	Trpíte nadváhou?
Graf č. 24	Délka spánku

- Graf č. 25 Ovlivnila Vaše cukrovka výběr zaměstnání/školy?
- Graf č. 26 Jakým způsobem ovlivnila nemoc volbu zaměstnání/školy?
- Graf č. 27 Jak vnímáte své onemocnění
- Graf č. 28 Jak vnímá Vaše okolí Vaše onemocnění
- Graf č. 29 Trpíte stresem?
- Graf č. 30 Informoval Vás Váš lékař o možnosti vzniku komplikací při nedodržování diety?
- Graf č. 31 Domníváte se, že Vám Váš lékař poskytl dostatek informací?
- Graf č. 32 Kontrolujete si hladinu glykémie?
- Graf č. 33 Přidružená onemocnění u žen
- Graf č. 34 Přidružená onemocnění u mužů
- Graf č. 35 Znáte příznaky hypoglykémie?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI	Dotazník
Příloha PII	Žádost o umožnění dotazníkového šetření
Příloha P III	Žádost o umožnění dotazníkového šetření
Příloha P IV	Žádost o umožnění dotazníkového šetření
Příloha PV	Potvrzení na účasti na I. mezinárodním kongresu
Příloha PIV	Článek „Život s diabetem“
Příloha PVII	Potvrzení o otištění článku v Lednickém zpravodaji

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Paula Čapková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci s názvem „Dodržování životosprávy u nemocných diabetem mellitem“. Obracejím se na Vás, kteří se s diabetem léčíte, s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a tato anonymita zůstane zachována i při prezentaci výsledků. K vyplnění dotazníku bude třeba asi 10 minut Vašeho času.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

V dotazníku prosím zakroužkujte Vámi vybranou odpověď (vždy jednu, pokud nebude uvedeno jinak) nebo stručně vypište.

Předem Vám děkuji za ochotu a za čas strávený vyplněním dotazníku.

Paula Čapková

1) Jste:

a) žena

b) muž

2) Věk

a) 18-35 let

d) 56-65 let

b) 36-45 let

e) 66 a více let

c) 46-55 let

3) Vzdělání

- a) základní
- b) středoškolské (vyučen)
- c) středoškolské (s maturitou)
- d) vysokoškolské

4) Vaše cukrovka je léčena

- a) dietou
- b) perorálními antidiabetiky
- c) inzulínem
- d) nevím

5) Jak dlouho se léčíte s cukrovkou?

- a) méně než rok
- b) 1 rok
- c) 2 roky
- d) 3-5 let
- e) více jak 5 let

6) Měl/a jste nějaké informace o diabetu (cukrovce) před jeho vznikem u vás?

- a) ano
- b) ne

7) Informace o diabetu jsem získal/a:

- a) od praktického lékaře
- b) v diabetologické poradně/ambulanci
- c) od známých
- d) z médií
- e) z odborných časopisů

8) Jak se stravujete?

- a) vařím si sám/a
- b) v restauracích
- c) v jídelnách (v zaměstnání, soc. zařízení)
- d) ve rychloobčerstveních/fastfoodech
- e) vařím si sám/a + v restauracích

9) Pijete alkohol?

- a) ano
- b) ne
- c) občas (víno, pivo a jiné)

10) Kolikrát denně se stravujete ?

- a) 3x denně
- b) 4x denně
- c) 5x denně
- d) 6x denně

11) Využíváte DIA výrobků?

- a) pravidelně (denně)
- b) občas
- c) nikdy, z jakého důvodu.....

12) Kouříte?

- 1) ano
 - a) 1-5 cigaret/denně
 - b) 6-10 cigaret/denně
 - c) 11-15 cigaret/denně
 - d) 15 a 20 cigaret/ denně
 - e) 20 a více cigaret/denně
- 2) ne

13) Sportujete?

- a) ano, denně
- b) 2 x týdně
- c) 3-5 x týdně
- d) jednou týdně
- e) vůbec

14) Kterým sportovním aktivitám se věnujete? (více možných odpovědí)

- a) procházky
- b) jízda na kole
- c) aerobik
- d) plavání
- e) jóga/ power jóga
- f) posilování
- g) míčové hry
- h) žádným sportovním aktivitám se nevěnuji

15) Máte sedavé zaměstnání?

- a) ano
- b) ne

16) Trpíte nadváhou? (BMI vyšší než 25 Kg/m², BMI = hmotnost (kg) / výška² (m))

- a) ano
- b) ne

17) Kolik hodin denně spíte?

- a) méně jak 5 hodin
- b) 5-8 hodin
- c) 8 hodin a více

18) Ovlivnila vaše cukrovka výběr zaměstnání/ školy?

- 1) ano
- 2) ne

19) Pokud ano jakým způsobem?

- a) nemohu pracovat na směny
- b) nemohu být řidičem z povolání
- c) dělá mi potíže koordinace dojíždění a dodržováním aplikace inzulínu
- d) nemohu se stát hasičem, vojákem, pilotem
- e) jiný důvod

20) Jak sám/a vnímáte své onemocnění?

- a) zvykl/a jsem si, trvalo mi to kratší dobu
- b) zvykl/a jsem si, trvalo mi to dlouho
- c) nejsem s ním plně smířen/a

21) Jak vnímá Vaše onemocnění Vaše nejbližší okolí ?

- a) podporují mě a zajímají se o mé onemocnění
- b) mé onemocnění akceptují, ale dál se nezajímají
- c) vůbec se nezajímají

22) Trpíte stresem?

- a) ano
- b) ne

23) Informoval Vás Váš lékař o možnostech vzniku komplikací při nedodržování diety?

a) ano

b) ne

24) Domníváte se, že Vám Váš lékař poskytl dostatek informací o všech komplikacích?

a) ano, poskytl mi veškeré informace

b) ne, nebyl/a jsem spokojen/a s informacemi

25) Kontrolujete si hladinu glykémie?

a) ano, pravidelně

b) ano, ale jen někdy

b) ne

26) Trpíte z některých uvedených přidružených onemocnění? (více možných odpovědí)

a) diabetická retinopatie (nezánettivé onemocnění sítnice)

b) diabetická neuropatie (postižení nervů)

c) diabetická neuropatie (nezánettivé onemocnění ledvin)

d) hypoglykémii (nízký obsah cukru v krvi)

e) vysokým krevním tlakem

f) diabetickou nohou

g) nevím

27) Znáte příznaky hypoglykémie? (Zakroužkujte správnou odpověď)

- a) pocení, hlad, bledost, bušení srdce, ospalost, špatná koncentrace,
poruchy zraku
- b) zčervenání kůže, třepení nehtů, vypadávání vlasů, bolest v krku
- c) bolesti břicha, rukou, nohou, zadýchávání, bolest hlavy

PŘÍLOHA PII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Paula Čapková
Téma bakalářské práce	Dodržování životosprávy u nemocných s diabetem mellitem
Skupina respondentů	Lidé s onemocněním diabetes mellitus
Pracoviště	Nemocnice Břeclav p.o., Diabetologická ambulance

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 5. 12. 2004

.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

NEMOCNICE BŘECLAV
příspěvková organizace
ředitel
U nemocnice 1, 690 74 Břeclav
IČO: 00 390 340

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA PIII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Paula Čapková
Téma bakalářské práce	Dodržování životosprávy u nemocných s diabetem mellitem
Skupina respondentů	Lidé s onemocněním diabetes mellitus
Pracoviště	Praktický lékař MuDr. Kopicová, Lednice

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 5. 12. 2020


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií


74 MUDr. Eva KOPICOVÁ
375 praktická lékařka pro dospělé
734 Tel: 577 040 336
Pekařská 75, LEDNICE

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA PIV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

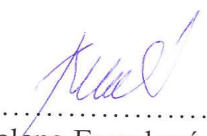
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Paula Čapková
Téma bakalářské práce	Dodržování životosprávy u nemocných s diabetem mellitem
Skupina respondentů	Lidé s onemocněním diabetes mellitus
Pracoviště	Praktický lékař MuDr. Oliva, Lednice

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *5. 12. 2009*


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

74 MUDr. Luboš OLIVA
480 praktický lékař pro dospělé
168 Pekařská 75, 691 44 LEDNICE
Tel.: 519340426, IČO: 75125161

Razítko a podpis zástupce zařízení

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav zdravotnických studií**

***Integroující přístupy k prevenci
a péči o zdraví***

Zlín, 27. 11. 2008

POTVRZENÍ

o účasti na
I. mezinárodním kongresu
v délce 10 hodin
pro

Paulu Čapkovou

narozenou 15. 05. 1987

Forma účasti na vzdělávací akci: aktivní

Souhlasné stanovisko: ČAS KK/6152/2008 dle vyhlášky MZČR č. 321/2008 Sb. § 3

Vzdělávací akce je určena (dle Zákona č. 96/2004 Sb.) pro:

VŠEOBECNÁ SESTRA – PORODNÍ ASISTENTKA – FARMACEUTICKÝ ASISTENT
ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ – ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK
ASISTENT OCHRANY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ – DENTÁLNÍ HYGIENISTA

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav zdravotnických studií
760 01 ZLÍN


Mgr. Michaela Karafiátová

Život s diabetem

Téměř každý známe někoho, kdo cukrovku má, nebo někoho, v jehož rodině se vyskytla. A i přesto neexistuje žádná jiná nemoc, o které by veřejnost byla tak špatně informována a kolem které se šíří tolik polopравd a předsudků. Příčinou je jednak různorodost projevů samotného onemocnění a jednak postupující lékařský výzkum přinášející stále nové poznatky. Mnoho informací považované dřív za platné dnes již neplatí. Dnes víme o vzniku této nemoci mnohem více. Je známo, že z velké části se dá diabetickým onemocněním předejít celkovou změnou životního stylu. Lidé s cukrovkou mohou dnes jíst skoro vše, co jim chutná. Dieta patří mezi základní opatření v léčbě cukrovky. Dle České diabetologické společnosti se jedná o výživová doporučení o racionální stravě. Hodnota glykémie (hladina cukru v krvi) je především závislá na jídle, druhu i frekvenci stravy. Ideálně by měl být přívod jídla ovlivněn věkem, typem diabetu, pohlavím, současnou hmotností i fyzickou aktivitou. Cíl léčby spočívá ve zlepšení kompenzace onemocnění při dietě, sladěné s vlastní produkcí inzulínu a zabránit nepřiměřenému výkyvu glykémie. Fyzická aktivita, podobně jako dieta, patří v léčbě každého pacienta s diabetem k základním léčebným metodám. Tělesnou činnost, cvičení, případně sportování, pokud to zdravotní stav dovolí, nikdy neopouštíme, a to i v případě, když jde o tabletovou nebo inzulínovou léčbu. Má-li fyzická aktivita příznivě ovlivnit také trénovanost - zvýšit fyzickou zdatnost, musí se provádět pravidelně. Současně musí být odstupňována podle typu diabetu, věku, stavu kompenzace cukrovky a přidružených onemocnění. Velmi vhodné je rozdělení zátěže a frekvence cvičení podle fyzické zdatnosti pacienta. Mezi doporučované formy fyzické zátěže patří chůze různé intenzity, jízda na kole, kondiční aerobní cvičení, vytrvalostní běh u zdatnějších pacientů, plavání a ze sportů je vhodné bruslení, lyžování, tenis, ale také tanec. Pravidelné sportování výrazně zlepšuje energetickou bilanci ve smyslu zvýšených ztrát energie, snížení tukové tkáně, zlepšuje celkovou kondici a psychický stav. Fyzickou aktivitu je, ale nutné přizpůsobit celkovému zdravotnímu stavu a přidruženým onemocněním. Omezení fyzické zátěže je nutné v případě těžkého kloubně-kostního onemocnění, závaž-

ného nebo dekompenzovaného vysokého krevního tlaku a těžkého postižení srdečně-cévního systému. Nutno brát v úvahu také diabetické komplikace, jako je těžká diabetická polyneuropatie nebo rozvinuté postižení očí a ledvin. Zvýšená opatrnost je na místě u pacientů s opakovanými stavy těžké nebo časté hypoglykémie (nízký krevní cukr).

Místo injekčních stříkaček mají dnes diabetici k dispozici poloautomatické přístroje, které se dají pohodlně nosit v každé kapse a jejichž použití je téměř bezbolestné. Stručně řečeno, mohou vést téměř normální život. V posledních letech došlo k výraznému zkvalitnění terapeutických přístupů s využitím nově vyvinutých léků, inzulínových směsí. Minulosti patří rovněž zastaralé představy o výživě a nepohodlné injekční stříkačky.

U malého vzorku diabetiků, které jsem oslovila dotazníkem ke zjištění jejich životosprávy, se potvrdilo, že mají dostatek informací o svém onemocnění díky diabetologickým ambulancím a poradnám. Negativně se jeví některé složky dodržování životosprávy, a to zejména v četnosti stravování či konzumaci alkoholu. Domnívám se, bude-li o diabetu mellitu dostatečně informováno jejich okolí, pozitivně to ovlivní i jejich přístup ke zdravému životnímu stylu. A zde je velký prostor pro vliv médií a přímého působení odborníků (přednášky).

PŘÍLOHA PVII: POTVRZENÍ O OTIŠTĚNÍ ČLÁNKU V LEDNICKÉ ZPRAVODAJI



OBEC LEDNICE
Zámecké náměstí 70, 691 44 Lednice

Váš dopis ze dne

Naše značka

Vyřizuje:
Škrlová

Datum
13.5.2009

Věc: Potvrzení o zveřejnění textu

Obec Lednice vydává místní zpravodaj, který vychází každý měsíc.

Vážíme si aktivity místních občanů, že nám poskytují do zpravodaje i své příspěvky.

Slečna Paula Čapková nám poskytla článek, který se týká nemoci „Život s diabetem“, kterým přiblížíme strasti našich spoluobčanů s tímto onemocněním ostatním lidem. Článek plánujeme otisknout v září 2009.

RNDr. Libor Kabát

starosta obce

OBEC LEDNICE
Zámecké nám. 70
691 44 LEDNICE

Telefon, fax
519 340 330
519 340 112

ČS Břeclav
1381969329/0800

E-mail
starosta@lednice.cz
kancelar@lednice.cz

IČO
00283339

DIČ
CZ00283339

