

Psychosociální aspekty nemocných s diabetem mellitem II. typu

Veronika Harásková

Zvolte typ práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Veronika Harásková
Osobní číslo: H19017
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Psychosociální aspekty nemocných s diabetem mellitem II. typu

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti diabetu mellitu II. typu a psychosociální problematiky pacientů s tímto onemocněním.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- KUDLOVÁ, P. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
LEVY, D. *Practical Diabetes Care*. Fourth edition. Hoboken: Wiley Blackwell, 2018. 458 p. ISBN 9781119052241.
OLŠOVSKÝ, J. *Diabetes mellitus 2. typu: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2018. 118 s. ISBN 978-80-7345-558-3.
PELIKÁNOVÁ, T., V. BARTOŠ a kol. *Praktická diabetologie*. 6. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2018. 814 s. ISBN 978-80-7345-559-0.
ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 17. 5. 2022

.....

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 nerádělelně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis 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 výtisky, 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, užije-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 vzdělávacímu 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 přihlídně k vyšší výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá psychosociálními aspekty u osob s diabetem mellitem II. typu. Teoretická část je sestavena ze tří částí. V první části je charakterizován diabetes mellitus II. typu, klinický obraz, diagnostika, terapie a komplikace. Druhá část je zaměřena na psychosociální aspekty, resilienci a sociální oporu. Třetí část obsahuje hodnoticí škály psychosociálních aspektů. Praktická část je zaměřena na zjištění a zhodnocení psychosociálních aspektů u osob s diabetem mellitem II. typu se zaměřením na psychosociální stres, míru deprese a míru sociální opory. Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou dotazníku složeného ze tří standardizovaných dotazníků (škála Diabetes Distress Scale, Zung Self-rating Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support) a z položek vlastní konstrukce zaměřených na zajištění základních zdravotních a sociodemografických údajů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 108 respondentů (58 mužů a 50 žen), průměrný věk respondentů je 65 let. Průměrné skóre DDS bylo vyhodnoceno jako žádná až malá úzkost (1,49, SD ± 0,44). Škály SDS bylo průměrné skóre vypočítáno jako normální, nejví známky deprese (48,92, SD ± 11,84). Dotazník MSPSS má průměrné skóre vyhodnoceno jako vysokou sociální oporu (72,89, SD ± 12,20). Z výzkumu bylo zjištěno, že ženy mají větší náchylnost k depresím a úzkostem než muži. Sociální oporu mají muži nižší než ženy.

Klíčová slova: diabetes mellitus II. typu, psychosociální aspekty, hodnocení, standardizované hodnoticí škály

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with psychosocial aspects in people with type II diabetes mellitus. The theoretical part consists of three parts. The first part characterizes type II diabetes mellitus, clinical picture, diagnosis, therapy and complications. The second part focuses on psychosocial aspects, resilience and social support. The third part contains assessment scales of psychosocial aspects. The practical part is aimed at identifying and assessing psychosocial aspects in people with type II diabetes mellitus, focusing on psychosocial distress, depression levels and social support. The quantitative research investigation was conducted using a questionnaire technique consisting of three standardized questionnaires (Diabetes Distress Scale, Zung Self-rating Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support) and self-constructed items aimed at providing basic health and sociodemographic data. 108 respondents (58 males and 50 females) participated in the

survey, with an average age of 65 years. The mean DDS score was assessed as no to low anxiety (1.49, SD \pm 0.44). The SDS scale mean score was calculated as normal, showing no signs of depression (48.92, SD \pm 11.84). The MSPSS questionnaire has a mean score evaluated as high social support (72.89, SD \pm 12.20). From the research, it was found that women are more prone to depression and anxiety than men. Men have lower social support than women.

Keywords: diabetes mellitus II. type, psychosocial aspects, assessment, standardized rating scales

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Pavle Kudlové, PhD. za veškerou pomoc, trpělivost a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině a přátelům za veškerou podporu, kterou mi při práci poskytovali. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala všem zúčastněným respondentům za ochotu a spolupráci.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DIABETES MELLITUS II. TYPU.....	13
1.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	13
1.1.1 Patofyziologie	13
1.1.2 Epidemiologie	13
1.2 KLINICKÝ OBRAZ	14
1.3 DIAGNOSTIKA	14
1.4 TERAPIE	16
1.4.1 Nefarmakologická	16
1.4.2 Farmakologická.....	18
1.5 KOMPLIKACE.....	20
1.5.1 Akutní komplikace	20
1.5.2 Chronické komplikace	21
2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY.....	23
2.1 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY	23
2.1.1 Psychiatrické poruchy	25
2.1.2 Resilience	26
2.2 SOCIÁLNÍ ASPEKTY.....	27
2.2.1 Sociální opora.....	27
2.2.2 Druhy sociální opory.....	28
2.2.3 Účinky sociální opory	28
2.2.4 Sociální služby	29
3 HODNOTICÍ ŠKÁLY PSYCHOSOCIÁLNÍCH ASPEKTŮ	30
3.1 HODNOTICÍ ŠKÁLY RESILIENCE	30
3.1.1 Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC	30
3.1.2 Resilience Scale – RS.....	30
3.2 HODNOTICÍ ŠKÁLY SOCIÁLNÍ OPORY	31
3.2.1 Mos Social Support Survey – MOS	31
3.2.2 Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS	31
3.3 HODNOTICÍ ŠKÁLY DEPRESE.....	32
3.3.1 Diabetes Distress Scale – DDS	32
3.3.2 Zung Self-Ratig Depression Scale – SDS.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
4 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI	35
4.1 HLAVNÍ A DÍLČÍ CÍLE	35
4.2 TECHNIKA SBĚRU DAT	35

4.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	37
4.4	REALIZACE VÝZKUMU	37
4.5	ZPRACOVÁNÍ DAT	37
5	ZPRACOVÁNÍ DAT	38
5.1	PRVNÍ ČÁST DOTAZNÍKU	38
5.2	DRUHÁ ČÁST DOTAZNÍKU	44
5.2.1	Doména 1 – Interpersonální tíseň	44
5.2.2	Doména 2 – Emoční zátěž.....	45
5.2.3	Doména 3 – Režimová tíseň	46
5.2.4	Doména 4 – Tíseň způsobená lékařem.....	48
5.2.5	Hodnocení domén DDS	49
5.2.6	Celkové hodnocení DDS	50
5.3	TŘETÍ ČÁST DOTAZNÍKU	51
5.4	ČTVRTÁ ČÁST DOTAZNÍKU	53
5.4.1	Doména 1 – Sociální opora blíže nespecifikovanými osobami	54
5.4.2	Doména 2 – Sociální opora poskytovaná rodinou	55
5.4.3	Doména 3 – Poskytovaná sociální opora přáteli	57
5.4.4	Hodnocení domén MSPSS.....	58
5.4.5	Celkové hodnocení MSPSS	59
	DISKUZE	61
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM TABULEK.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá psychosociálními aspekty u osob s diabetem mellitem II. typu. Téma jsem si vybrala z důvodu onemocnění v rodině a také mě k tomu vedl fakt, že se jedná o stále častější onemocnění.

Diabetes mellitus je v dnešní době jedno z nejrozšířenějších chronických onemocnění po celém světě. Jedná se o populační onemocnění, které postihuje obě pohlaví a všechny věkové kategorie. Avšak největší počet nemocných s diabetem mellitem II. typu je ve věkovém rozmezí od 40 do 59 let. Diabetes mellitus je v dnešní době velmi podceňovaný jak ze strany jedince, tak ze strany společnosti. Diabetes mellitus postihuje nemocného jak po zdravotní stránce, tak po stránce psychické i finanční. Pro diagnostiku psychosociálních aspektů se využívá mnoho hodnoticích škál. Jedná se například o Diabetes Distress Scale nebo Zung Self-Rating Depression Scale.

Bakalářskou práci tvoří teoretická a praktická část. Teoretická část obsahuje stručnou charakteristiku onemocnění, jeho psychosociální aspekty a hodnoticí škály. Praktická část je zaměřena na zjištění a zhodnocení psychosociálních aspektů u osob s diabetem mellitem II. typu se zaměřením na psychosociální stres, míru deprese a míru sociální opory. Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou dotazníku složeného ze tří standardizovaných dotazníků (škála Diabetes Distress Scale, Zung Self-rating Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support) a z položek vlastní konstrukce zaměřených na zajištění základních zdravotních a sociodemografických údajů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DIABETES MELLITUS II. TYPU

1.1 Úvod do problematiky

Diabetes mellitus, lidově cukrovka či úplavice cukrová, je celosvětové metabolické onemocnění postihující obě pohlaví a všechny věkové kategorie. Jedná se o poruchu metabolismu tuků, cukrů a bílkovin. Vyskytuje se převážně v dospělosti po 40. roku života.

Nejnovější statistická data byla zaznamenána v ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky), a zaznamenala 10 % (přibližně 1 milion) diabetiků z celkové populace České republiky. Ve většině případů (89 %) se jedná o diabetes mellitus II. typu. Lze odhadnout, že více než 5 % prozatím nebylo diagnostikováno. Příčinou této epidemie je nízká fyzická aktivita, nadměrný energetický příjem a nedodržování zásad zdravého životního stylu (Karen, Svačina, 2020; Škrha, Pelikánová a Kvapil, 2017, s. 1).

1.1.1 Patofyziologie

U diabetu mellitu je charakteristický stav hyperglykemie v důsledku poruchy dynamiky sekrece inzulínu, snížené citlivosti tkání na inzulín, zpětného vstřebávání glukózy v ledvinách, nadměrného výdaje glukózy z jater, snížené sekrece inkretinů ve střevě, zvýšené sekrece glukagonu nebo poruchy regulačních funkcí mozkových center. Dlouhodobá neléčená hyperglykemie bez dostatečné léčby a prevence vede k poruše či dysfunkci mnoha orgánů. Jedná se o poruchu nervů, ledvin, nebo poruchu zraku (Kudlová, 2015; Češka, 2020; Haluzník a kol., 2013).

Inzulínová rezistence je také zapříčiněná hormonálními vlivy, metabolickými vlivy či protilátkami proti inzulínu. Velkým rizikem cukrovky jsou také genetické vlivy a exogenní faktory. Podíl na vzniku cukrovky má i kouření, nadváha, nedostatek pohybu a stres. Jestliže trpí cukrovkou jeden z rodičů, je 25% pravděpodobnost dědičnosti (Karen, Svačina a kol., 2014).

1.1.2 Epidemiologie

Dle WHO (Světové zdravotnické organizace) žije ve světě okolo 400 milionů diabetiků ve středním věku. Předpokládá se že k roku 2030 bude ve světě až 600 milionů osob s diabetem (Karen, Svačina, 2020).

Jedná se o jedno z nejvíce prudce stoupajících onemocnění 21. století. Za posledních 25 let se počet diabetiků zdvojnásobil (Olšovský, 2018).

Hlavním cílem moderních diagnosticko-terapeutických postupů v diabetologii je včasná diagnostika diabetu, správná léčba a vyhledávání diabetických komplikací (Škrha, Pelikánová a Kvapil, 2017, s. 1).

1.2 Klinický obraz

Pro nemocné, které postihl diabetes mellitus, je charakteristická změna metabolismu glukózy, kdy slinivka není schopna udržet normální hodnoty glykémie. Kudlová (2015) uvádí že: „Normální glykémie nalačno jsou hodnoty 3,8 – 5,5 mmol/l.“ U nemocných s hyperglykemií lze pozorovat mnoho objektivních příznaků, které závisí na osmolalitě vnitřního prostředí a míře hyperglykémie. Lze si všimnout žízně, kterou nemocný pociťuje, silné polyurie, nykturie a v některých případech se vyskytuje i snížená chuť k jídlu, která vede k výraznému a nárazovému hubnutí. Při vyšších hodnotách hyperglykémie se začne objevovat i glykosurie, která způsobuje dehydrataci. Ze subjektivních příznaků může nemocný pozorovat silnou únavu, poruchu zraku, pocit brnění a pálení prstů, ztrátu citlivosti kůže a nesnesitelné bolesti břicha. Při hyperglykémii se zvyšuje náchylnost ke kožním infekcím, paradontóze, urogenitálním infekcím, parestezii dolních končetin a průjmům. Také dochází k poruše orgánů, která přináší komplikace, jež zahrnují periferní diabetickou nefropatii, neuropatii, srdeční poruchu, retinopatii či syndrom diabetické nohy, při němž dochází k tvorbě zánětů a defektů nohy. Jestliže glykémie dosáhne vysokých hodnot, začne se rozvíjet diabetické ketoacidotické kóma nebo hyperglykemické hyperosmolární kóma (Karen, Svačina, 2020).

Hypoglykémie je nebezpečný stav, při němž dochází k poklesu glykémie. Jedná se o nejčastější komplikaci diabetu, která vzniká při jeho léčbě. Při hypoglykémii dochází k pocení, nevolnosti, zvracení, třesu a bolestem hlavy. Jestliže klesne glykémie pod 2 mmol/l dochází k náhlé zmatenosti, závratím, slabosti organismu a ztrátě vědomí. Při těžké hypoglykémii je nezbytná pomoc okolí (Pelikánová, Bartoš, a kol., 2018).

1.3 Diagnostika

„Kritéria diagnózy diabetu:

- přítomnost klinické symptomatologie provázené náhodnou glykemií $> 11,0$ mmol/l a následně glykemií v žilní plazmě nalačno $\geq 7,0$ mmol/l (stačí jedno stanovení);
- při nepřítomnosti klinických projevů a nálezů koncentrace glukózy v žilní plazmě nalačno $\geq 7,0$ po osmihodinovém lačnění (ověřit alespoň dvakrát v různých dnech);

- *nález glykémie v žilní plazmě za 2 hodiny při oGTT > 11,0 mmol/l*“ (Kudlová, 2015, s. 32).

Nemocní s diabetem mellitem II. typu jsou velmi ohroženi, jelikož onemocnění probíhá bezpříznakově a skrytě mnoho let, z toho důvodu je diagnostika diabetu mellitu v mnoha případech náhodná až při preventivních prohlídkách, které probíhají u praktických lékařů. Jednou za rok se provádí screening u ohrožených pacientů. Patří mezi ně osoby s pozitivní rodinnou anamnézou, s obezitou, ženy, kterým byl v těhotenství diagnostikován gestační diabetes či pacienti s arteriální hypertenzí (Olšovský, 2012; Karen, Svačina, 2020).

Není-li diagnóza stanovena jednoznačně a přímo, provádí se odběr glykémie nalačno nebo v žilní plazmě pomocí vyšetření orálně glukózo-tolerančního testu (oGTT), kdy pacient vypije 75 g glukózy v čaji či vodě. Poté se za jednu hodinu a za dvě hodiny vyšetří hladina cukru v žilní plazmě (Škrha, Pelikánová a Kvapil, 2017, s. 3; Levy, 2018).

Pro správné posouzení léčby diabetu se také využívá vyšetření koncentrace glykovaného hemoglobinu. Jestliže je hodnota vyšší, než je její norma, jedná se o signál ke změně terapie (Kudlová, 2015; Friedecký a kol., 2012, s. 6)

Pomocí C-peptidu se testuje vlastní sekrece inzulinu. Jedná se o spojovací můstek mezi jeho řetězci A a B. Při zvýšené glykémii se inzulin a C-peptid uvolňuje do krve. C-peptid je obrazem tvorby inzulinu, jelikož přetrvává v krvi delší dobu (asi o 35 minut) než samotný inzulin. Hladinu může ovlivnit hemolýza, zvýšená koncentrace bilirubinu, výrazná hypoglykémie a zvýšená koncentrace biotinu nebo lipémie. Zvýšení C-peptidu se objevuje při nedostatku vápníku, selhání ledvin nebo při těhotenství (Solař, 2011; Levy, 2018).

U nově diagnostikovaných diabetiků získává praktický lékař nemocného všechna anamnestická data ke stanovení léčebného plánu. Lékař zkoumá dietní návyky, výživu, symptomy nemoci, rizikové faktory (kouření, obezita, stres) a přítomnost dalších onemocnění způsobených diabetem mellitem (cévy, srdce, oči, ledviny), rodinnou anamnézu i psychosociální a ekonomické faktory. Velkou nutností je také fyzikální vyšetření, kam spadá měření hmotnosti, výšky, BMI a měření fyziologických funkcí (TK, P, SpO₂). Dále probíhá vyšetření kůže, srdce, tepen, vyšetření štítné žlázy, dolních končetin a očí. Laboratorní vyšetření je neopomenutelnou součástí diagnostiky diabetu mellitu. Vyšetřuje se glykémie nalačno, glykovaný hemoglobin, lipidy, moč chemicky, močový sediment, kultivační vyšetření, albuminurie a TSH. C-peptid se vyšetřuje pouze tehdy, pokud není jistá klasifikace diabetu (Škrha a kol., 2020, s. 4; Olšovský, 2018).

1.4 Terapie

Léčba je velmi důležitou součástí každého onemocnění. U diabetu mellitu II. typu lze dělit léčbu na nefarmakologickou a farmakologickou, do níž spadá léčba inzulinem a perorálními antidiabetiky. Do nefarmakologické léčby spadá dietoterapie a fyzická aktivita. Hlavním cílem terapie je prodloužení délky života s diabetem mellitem II. typu a jeho zkvalitnění. Důležité je stabilizovat hladinu glykémie a určit léčebný plán. Léčba by měla být účinná, šetrná a bezpečná. Je nezbytné léčit i onemocnění, která s diabetem souvisí (obezita, hypertenze, dyslipidémie) (Škrha a kol., 2020, s. 9).

Standardy České diabetologické společnosti doporučují použít zpočátku nefarmakologickou léčbu. Jestliže nestačí nefarmakologická léčba a glykémie neodpovídá doporučeným hodnotám, přichází na řadu farmakologická léčba.

Pro každého pacienta je léčebný plán sestaven individuálně, závisí na jeho stavu, věku, pohlaví, fyzické aktivitě, zaměstnání a sociální situaci nemocného. Léčebný plán obsahuje doporučení dietního režimu, změny životního stylu a celkovou edukaci pacienta s psychosociální péčí (Rybka a kol., 2006; Škrha a kol., 2020, s. 5).

1.4.1 Nefarmakologická

Dietní terapie

Dietní terapie je základem léčby diabetu mellitu II. typu. Důležitostí každého diabetika je stravu konzumovat ve správném množství a pravidelných intervalech.

Nutriční terapeut a edukační sestra zhodnotí stav výživy nemocného. Terapeut také spolupracuje s rodinou a nemocným pro sestavení dietního plánu a rozvrhu. Dietní plán je vždy individuální se zaměřením na aspekty pacienta. Po diagnostice diabetu je doporučena návštěva terapeuta alespoň 1krát za měsíc v prvním půlroku. Důležité je nemocného motivovat a brát v úvahu jeho zvyky (Jirkovská, Hlaválová, 2014).

U pacienta s nadváhou nebo obezitou se uplatňuje spíše redukční dieta, která zajišťuje redukci hmotnosti až o 2–3 kg za měsíc, pomáhá snížit inzulinovou rezistenci a zlepšuje kompenzaci diabetu.

Strava diabetika by měla být vyvážená, pestrá a pravidelná (až 6x denně). Měla by obsahovat správný energetický obsah pro zastoupení živin. Skládá se z 50–60 % sacharidů, 20–30 %

tuků a 10–15 % bílkovin. Energetický obsah musí být v souladu s výdejem energie nemocného pro zajištění jeho optimální hmotnosti (Jirkovská, Hlaválová, 2014).

Sacharidy neboli cukry, též glycidy ovlivňují napřímo stav glykémie. Lidé trpící diabetem mellitem si musí dávat větší pozor při plánování jídla na množství sacharidů. V mnoha případech sacharidy obsahují až 60 % stravy. Přednost by se měla spíše dávat polysacharidům, které jsou obsaženy v obilovinách a luštěninách. Z mléčných výrobků se doporučují nízkotučné nebo netučné výrobky (mléko, sýr, tvaroh nebo jogurt). Doporučuje se konzumovat větší množství zeleniny s malým obsahem cukru a vlákniny. Pro vysoký glykemický index a energetickou hodnotu je nevhodný med a javorový sirup (Matoulek, Daňková, 2016; Jirkovská, Hlaválová, 2014).

Tuky jsou zdrojem energie a součástí buněčných membrán, chrání tělo proti chladu, dokážou izolovat vnitřní orgány a zabraňují vysychání kůže. Je důležité volit potraviny s nízkým obsahem tuku (kvalitní obiloviny, masa) (Matoulek, Daňková, 2016).

K obnově buněk, tkání a tvorbě enzymů organismus potřebuje bílkoviny, které by měly být spíše rostlinného původu. Nejvhodnější rostlinnou bílkovinou jsou luštěniny (Matoulek, Daňková, 2016).

Důležitým významným pomocníkem při výběru potravin je glykemický index. GI udává rychlost vzestupu hladiny glykémie po jídle a rychlost vstřebání cukru. Platí, že čím nižší je GI potravin, tím pomaleji se vstřebává (Rybka a kol., 2006).

Z nápojů jsou doporučovány neslazené minerální vody, sodovky, bylinné čaje a voda. Denní příjem tekutin by měl být cca 2 litry (Jirkovská, Hlaválová, 2014).

Fyzická aktivita

Pravidelná fyzická aktivita má velký vliv na senzitivitu inzulínu, snižuje krevní tlak, zlepšuje schopnost pohybového aparátu, zlepšuje psychickou pohodu, ovlivňuje tělesnou hmotnost a v určité míře dokáže ovlivnit i samotný diabetes. Pacienti léčící se s diabetem mellitem mají limity v oblasti pohybu z důvodu vzniku hypoglykémie. Diabetik by měl vykonávat pravidelnou fyzickou aktivitu alespoň 4krát týdně po 30 minutách (Olšovský, 2018; Češka, 2020).

1.4.2 Farmakologická

Perorální antidiabetika

Farmakologická léčba perorálními antidiabetiky začíná v okamžiku, kdy nefarmakologická léčba nestačí. Perorální antidiabetika v dnešní době snižují hladinu cukru v krvi, ale i hladinu glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}). Nemocným, kterým byla nasazena léčba perorálními antidiabetiky, se hodnotí jeho vedlejší účinky a snášenlivost.

Metformin patří do první volby při léčbě diabetu mellitu II. typu. Organismus je při jeho užívání minimálně zatížen. Snižuje hladinu glykémie nalačno, glykovaný hemoglobin, upravuje dyslipidémii, snižuje cévní permeabilitu a zlepšuje hemoreologické vlastnosti krve. Při užívání Metforminu jsou důležité pravidelné kontroly ledvin. Metformin se užívá 1–2krát denně s postupným navyšováním, avšak dávka nesmí překročit 3 000 mg denně. Nemocným s chronickým srdečním selháním se podává pouze tehdy, pokud se u nich neprojevuje dušnost dle klasifikace NYHA III. a IV. stupně (Škrha a kol., 2020, s. 6).

Ostatní perorální antidiabetika jako: deriváty sulfonylmočoviny (Glyklazid, Amaryl, Oltrat), thiazolidindiony (Pioglitazon, Actos), glinidy (Novonorm, Enyglid), inkretiny (Januvia, Trajerta, Victoza), glyfloziny (Empagliflozin, dapagliflozin, ertigliflozin) a inhibitory alfa glukosidáz (Akarboza. Glucobay, Maglitol) se využívají, jestliže se u pacienta prokazuje nesnášenlivost na Metformin nebo stav vyžaduje léčbu inzulinem. V případě, že nedojde k požadované kompenzaci diabetu, je nutné zkombinovat léčbu perorálními antidiabetiky s inzulinem (Škrha a kol., 2020, s. 6–8).

Léčba inzulinem

Jestliže léčba perorálním antidiabetikem nebo jejich kombinací je kontraindikována, nebo nemá uspokojivé výsledky, je zahájena léčba inzulinem. Léčbu inzulinem, jeho množství a druh určuje diabetolog (Haluzník a kol., 2013).

Inzulin je hormon sloužící k pronikání glukózy do tělních buněk. Inzulinová rezistence vzniká v jaterní, tukové a svalové tkáni. Může být ovlivněna hormonálními a metabolickými změnami. Zvýšená hladina glukagonu má velký podíl na tvorbě glukózy. Zdravý jedinec vyprodukuje 20–40 IU za den.

Zpočátku je pouze nasazena večerní dávka inzulinu s kombinací s perorálními antidiabetiky. Je-li hladina glukózy v krvi stále vysoká, je nutné přistoupit na léčbu čtyřmi dávkami inzulinu denně (Škrha a kol., 2020, s. 8–9).

Ultrakrátce působící inzulin se používá k úpravě hyperglykémie. Užívá se těsně před jídlem a nástup účinku přichází za cca 10–15 minut a trvá 2–5 hodin. Nejčastěji se aplikují subkutánně, lze je ale také aplikovat i intramuskulárně, intraperitoneálně nebo do inzulinových pump. Mezi ultrakrátce působící inzuliny patří inzulinová analoga – například: Humalog, Apidra, NovoRapid a jiné. Ultrakrátce působící inzuliny dokážou řešit postprandiální hyperglykémii a pozdní hypoglykémii po jídle (Pelikánová, Bartoš, 2010).

Krátce působící inzulin se aplikuje 30 minut před jídlem a účinek trvá cca 4–6 hodin. Lze jej aplikovat subkutánně, intramuskulárně, nitrožilně a intraperitoneálně. Pacient aplikující si krátce působící inzulin musí do svého jídelníčku preventivně zařadit svačinu z důvodu možné hypoglykémie, která by mohla nastat. Mezi krátce působící inzuliny řadíme Insuman Rapid, Humulin R nebo Actrapid (Brož, 2015).

Středně dlouho působící inzuliny dělíme na dva typy. První typ je kombinací malého množství zinku a postarminsulfátu. Touto kombinací vznikne NPH, který se aplikuje subkutánní cestou, začne působit za 1–3 hodiny a působí 12–24 hodin. NPL je druhý typ preparátu, který nastupuje do hodiny a trvá cca 15 hodin. Mezi střednědobé inzuliny spadá Humulin L. Tento typ inzulinu upravuje glykémii nalačno. Aplikují se subkutánně nebo intramuskulárně po 22. hodině večerní (Brož, 2015).

Dlouhodobě působící inzuliny začínají čím dál více nahrazovat středně dlouho působící inzuliny. Mezi dlouhodobě působící inzuliny řadíme Lantus nebo Levemir. Lantus se aplikuje do podkoží a nástup účinku je za cca 3–4 hodiny a trvá 24–26 hodin. Druhý zástupce Levemir se užívá k prodlouženému účinku inzulinu. Nástup účinku je cca za 2 hodiny a trvá až 20 hodin. Vše závisí na aplikované dávce. Pokud Levemir kombinujeme s krátce působícím inzulinem, aplikujeme jej 1krát denně. Jestliže jej kombinujeme s ultrakrátkými analogy, aplikace se provádí 2krát denně (Brož, 2015).

Neotevřené inzuliny se skladují při teplotě 2–8 °C. Otevřené inzuliny určené k aplikaci je vhodné skladovat při teplotě 15–35 °C. Před aplikací je vždy nutné zkontrolovat expirační dobu a jehlu, která nesmí být poškozená a znečištěná. Pro kontrolu a průchodnost jehly se nechají vystříknout dvě jednotky. Po aplikaci je vhodné ponechat jehlu 10 sekund v podkoží z důvodu zabránění vytékání inzulinu mimo vpich (Brož, 2015).

1.5 Komplikace

1.5.1 Akutní komplikace

Hyperglykémie

Hyperglykémie je stav provázený vysokou hladinou glykémie. V mnoha případech se vyskytuje spíše u starších lidí, kdy progreduje i několik dní a může dojít až ke kómatu. Při silné hyperglykémii je důležitý rychlý transport do nemocnice. První pomocí je zajištění žilního vstupu a hydratace pomocí fyziologického roztoku. Hypoglykemický stav může být provázen i dalšími komplikacemi jako tromboembolií, cévní mozkovou příhodou či infekcí (Karen, Svačina, 2020).

Hypoglykémie

Hypoglykémie je běžnou komplikací diabetu mellitu. Je to stav, kdy hodnota cukru v krvi je patologicky nižší. Příznaky jsou u každého pacienta individuální a specifické. Vzniká v důsledku neobvyklé fyzické aktivity, velkou dávkou inzulínu, vynecháním hlavního jídla či konzumací alkoholu. Hypoglykémie také může vzniknout v důsledku psychického vyčerpání, selháním ledvin, jater, Addisonovou chorobou nebo nedostatečnou funkcí hypofýzy (Perušicová, 2012).

Mezi příznaky hypoglykémie patří poruchy nervových funkcí, které se projevují poklesem mentální výkonnosti, úzkostí, únavou, podrážděností, negativismem, bolestmi hlavy, nevolností, závratěmi, křečemi, apatií nebo poruchou vědomí, která může vyústit až do kómatu. Při hypoglykémii tělo spustí neregulační mechanismus aktivací sympatiku. Příznakem je bledost, třes, zrychlený srdeční rytmus, nervozita, hlad a pocení (Perušicová, 2012).

Pacienti s diabetem mellitem jsou v mnoha případech na tento stav připraveni a edukováni. Diabetik by měl u sebe mít v každém případě kartičku diabetika a malé množství cukru. V případě této komplikace postačí podat jednu sklenici slazeného nápoje či tři kostky cukru, které následně zají pomalejším sacharidem – kouskem pečiva. Tento stav v mnoha případech přejde do 15 minut. Při silné hypoglykémii je třeba nemocnému aplikovat glukózu nitrožilně. Diabetologem je pravidelně kontrolován průběh nemoci a četnost možných hypoglykemií.

Hypoglykémii rozdělujeme na lehkou a těžkou. Lehkou hypoglykémii dokáže pacient ovlivnit sám. Při těžké hypoglykémii vyžaduje pomoc druhých. Nejzávažnějším typem hypoglykémie je hypoglykemická kóma (Perušicová, 2012; Češka, 2020).

Diabetická ketoacidóza

Jedná se o metabolický stav charakterizovaný hyperketonémií, hyperglykemií a metabolickou acidózou. V mnoha případech se vyskytuje jako první příznak diabetu mellitu. Diabetická ketoacidóza je způsobena absolutní rezistencí inzulínu. V počáteční fázi se vyskytuje hypotenze, nauzea, zvracení, dehydratace, slabost a únava. V pokročilém stadiu se může vyskytovat až porucha vědomí.

Prvním krokem léčby u ketoacidózy je rehydratace a kontinuální podávání inzulínu (Češka, 2020).

1.5.2 Chronické komplikace

Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie je jednou z komplikací, která postihuje cévy sítnice. Je nejčastější příčinou slepoty. Klasifikace diabetické retinopatie se určuje dle postižení sítnicových stěn. Dle formy lze dělit retinopatii na středně pokročilou nebo pokročilou. Dle stadia se dělí na neproliferativní, proliferativní a diabetickou makulopatii. Zpočátku se retinopatie projevuje skrytě a bezpříznakově. V pokročilém stadiu dochází k poruše zrakové ostrosti, kdy dochází k výpadům zorného pole z důvodu krvácení na sítnicích. Krvácení do hemoftalmu a sklivce vede k vážnému poškození zraku. Brzká diagnostika retinopatie vede k zachování zrakových funkcí nemocného. Při rozsáhlé retinopatii je indikována léčba laserem (Karen, Svačina, 2020).

Diabetická nefropatie

Další chronickou komplikací diabetu mellitu je diabetická nefropatie, kdy se jedná o postižení ledvin (Karen, Svačina, 2020). Hlavním příznakem nefropatie je hypertenze, pokles funkce ledvin, který může vést až k transplantaci ledvin nebo proteinurie. Diabetickou nefropatii rozdělujeme do pěti stadií. – 1. stadium se nazývá hyperfunkce. Toto stadium je téměř bez příznaků, dochází pouze ke zvětšení ledvin a zvýšenému průtoku moči. 2. stadium se projevuje morfologickými změnami, které vznikají v prvních pěti letech onemocnění. Ve 3. stadiu dochází k makroalbuminurii. Pacienti při 3. stadiu trpí hypertenzí.

Proteinurie je 4. stadiem nefropatie, při níž stoupají hodnoty makroalbuminurie. Páté stadium je charakterizováno selháním ledvin. Při tomto stadiu dochází k urémii a náhrady funkce ledvin (Perušicová, 2012).

Diabetická neuropatie

Diabetická neuropatie se projevuje postupnými poruchami motorických, vegetativních a sensitivních nervů. Na jejich poškození se podílí špatná kompenzace diabetu mellitu. Rozvoj diabetické neuropatie přichází až po několika letech onemocnění. Projevuje se silnými bolestmi akrálních částí dolních končetin a jejich parestezií. Mezi další projevy neuropatie patří ztráta vnímání chladu, tepla nebo dotyku (Perušicová, 2012; Karen, Svačina, 2020).

Syndrom diabetické nohy

Syndrom diabetické nohy vzniká na podkladě lokálních ischemických a neuropatických změn. Při tomto onemocnění se vyskytuje ulcerace, která vzniká na dolních končetinách v oblasti kotníku. V mnoha případech se u tohoto onemocnění vyskytuje i infekce, která komplikuje léčbu v hojení rány. Ve většině případů vznikají i muskuloskeletální komplikace charakterizované osteoresorbci. Vznikají patologické útvary nožní klenby, ale i kosti nohy a v pozdějším stadiu se může vyskytnout deformita nohy, která se nazývá Charcotova osteoartropatie.

V České republice je okolo 50 000 pacientů s diabetickou nohou. Důležité je pravidelné vyšetření dolních končetin a vizuální kontrola. Nevhodná obuv pacienta je nejčastější příčinou ulcerace. Obuv by měla mít tuhou podrážku, vícevrstvou a pružnou stélku a měla by být bez podpatku. Noha by měla být pevně fixována a okraj boty by měl být rovný (Karen, Svačina, 2020; Jirkovská a kol., 2016).

2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY

Diabetes mellitus ovlivňuje člověka jak po fyzické, tak po psychické i sociální stránce. Zvládnutí mnoha psychosociálních aspektů hraje velkou roli pro kvalitní život nemocného. Důležitým faktorem psychosociálních aspektů je přijetí nemoci a dostatečné množství informací o léčbě. Velmi důležitou roli hraje správné chování nemocného, které je základem pro dodržování léčby. Psychosociální problémy se mohou vyskytovat již od sdělení samotné diagnózy (Karen, Svačina, 2014).

Kromě psychologických problémů nemoci hraje důležitou roli i životní situace nemocného či jeho rodiny a jeho psychický stav (Pelikánová, Bartoš, a kol., 2018).

Reakce pacienta na onemocnění probíhá v několika rovinách. První rovina je psychická. Psychická rovina popisuje, jak nemocný prožívá onemocnění, omezení a léčbu. Behaviorální rovina je druhá rovina, kde je obsaženo chování nemocného. Třetí rovina je sociální, která se představuje rolí nemocného.

Psychosociální aspekty u diabetu dělíme do tří fází. První fází je sdělení diagnózy, druhou fází je období bez komplikací, kdy je těžké u nemocného udržet motivaci a správný léčebný režim a třetí fáze je období pozdních komplikací, které se projevují například retinopatií, neuropatií a jinými komplikacemi (Pelikánová, Bartoš, a kol., 2018).

2.1 Psychologické aspekty

Sdělení diagnózy

Diagnózu sděluje lékař, jehož úkolem je seznámení pacienta a jeho rodinných příslušníků s podstatou nemoci a léčbou. Možné komplikace je vhodné nechat na později. Lékař by měl být při sdělení diagnózy plně chápavý, ohleduplný, trpělivý a naslouchavý. Při sdělení by měl být vyčleněn určitý čas pro přijetí nemoci (Zacharová, 2017).

Po sdělení diagnózy dochází u pacienta k počátečnímu šoku, který prožije každý, kterému bylo diagnostikováno chronické onemocnění. Přichází období deprese, které může trvat i několik dnů. Může se projevit agresí, vztekem či smlouváním. Přichází otázky o budoucnosti a smutek. Tyto psychické stavy se střídají a opakují do období, kdy se nemocný smíří s onemocněním. Doba trvání tohoto období záleží na psychice a osobnosti pacienta. Nemocný musí přijmout realitu a nové představy o životě. Lékař se po přijetí nemoci stane partnerem a spolupracovníkem nemocného. Pokud pacient uvízne v některé fázi, je třeba mnoho trpělivosti a pochopení ze strany rodiny, přátel a lékaře. Jestliže je

nemocný v některé fázi příliš dlouho, je třeba nutně vyhledat odbornou pomoc (psychologická či psychiatrická pomoc). Nebezpečnou fází je fáze popření, kdy pacient nedodrží dietu a postupy léčby. U této fáze dochází k poruše zdraví pacienta (Karen, Svačina, 2014).

Pacient s diabetem mellitem je běžně léčený ambulantně. Při těžších komplikacích je pacienta nutné hospitalizovat. Hospitalizace je sice zárukou pro dodržování léčebného režimu, ale je to velká změna pro nemocného v jeho běžném řádu života a soukromí.

Jestliže se u pacientů nevyskytují žádné vážné komplikace, navštěvují pravidelně svého lékaře co půl roku. Ambulantní léčba je z psychologického hlediska výhodnější, jelikož pacient může zůstat v domácím prostředí, kde lépe zvládá strach a deprese. Samostatně žijící pacienti s diabetem mellitem by měli mít pravidelný dohled od rodinných příslušníků z důvodu vzniku komplikací (Zacharová, 2017; Pelikánová, Bartoš a kol., 2018).

Zaměstnání

Každý nemocný, jehož diabetes je správně léčen, může vykonávat téměř každé zaměstnání. Hlavním cílem dnešní doby je umožnění diabetikovi vést běžný způsob života. Existuje ale i mnoho zaměstnání, která jsou nedoporučovaná. Jedná se o práci: pilota, horníka, potápěče, hasiče, řidiče, dozorce, práce v armádě nebo u policie (Rybka a kolektiv, 2006).

Volba pracovního místa je individuální a svobodná. Avšak je důležité brát ohledy na klinický stav nemocného, kdy je důležité zhodnotit, zda nemocný neohrožuje život vlastní a ostatních. Osoba, která má diabetes mellitus, by neměla pracovat ve směnách s nepravidelným stravovacím režimem, ale naopak by měla vyhledávat práci, kde je možné pravidelné měření glykémie, pravidelná strava a aplikace inzulínu. Práce v nevhodném prostředí (vlhko, zima, horko, špína) zvyšuje riziko diabetické nohy a riziko infekce (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018).

Volný čas

Cestování s diabetem mellitem není zakázáno. Ovšem je potřeba i při tomto koníčku dodržovat určitá pravidla pro udržení kompenzovaného diabetu. Osoba, která ráda cestuje, by měla mít u sebe vždy dostatečné množství inzulínu či léků, které jsou nezbytné pro jeho léčbu. Důležité je u sebe vždy mít identifikační diabetickou kartičku nebo diabetický náramek a rychlé cukry pro případ vzniku hypoglykemie či hypoglykemického kolapsu. Zdravotní pojištění do zahraničí je nutností každého diabetika, jelikož nikdy neví, zda bude potřebovat lékařské ošetření či dokonce pobyt v nemocnici. Volba země, kterou navštíví je čistě na něm, ale musí brát ohled na hygienickou úroveň dané země. Není doporučováno

konzumovat neoloupané ovoce nebo pití od pouličních prodavačů. Veškerá očkování, která souvisí se vstupem do určitých zemí (malárie, cholera, zimnice, neštovice) by měla být zkontrolována s lékařem. Při vstupu do letadla by měl mít u sebe diabetickou identifikační kartu ve světovém jazyce, která zajišťuje pomoc při kontrolách a odbavování. Během letu by se měl diabetik párkrát projít uličkou, aby nedošlo ke vzniku měštnání krve. Správné zásady dietního režimu, životosprávy a pravidelného měření glykemie jsou nezbytnými pravidly, na které se nesmí zapomínat i při cestování. Jestliže je cesta velmi dlouhá, musí diabetik změnit režim stravování a aplikace inzulínu (Rybka a kolektiv, 2006; Leslie, 2013). Diabetes mellitus má velký vliv i na sexualitu mnoha mužů, ale i žen. Pro nemocného je toto téma velmi citlivé, proto je v mnoha případech zamlčované. Uspokojení této oblasti může mít velký vliv na celkovou spokojenost s chronickým onemocněním. Erektivní dysfunkce bývá prvním příznakem závažných onemocnění. Mnohé studie uvádějí, že poruchou erekce trpí až 75 % diabetiků. Velký vliv na to mají i psychogenní faktory jako úzkosti, snížené sebevědomí, strach ze ztráty partnera nebo strach ze selhání. Pokrok v léčbě nastal v roce 1999, kdy byla do léčebného procesu zavedena Viagra. Všeobecným doporučením je správná kompenzace diabetu, omezení alkoholu, kouření a pravidelná fyzická aktivita. Největší šance na úspěch je brzké svěřením se lékaři (Rybka a kolektiv, 2006).

2.1.1 Psychiatrické poruchy

Nejčastější psychiatrickou poruchou u pacientů trpícím diabetem mellitem jsou úzkostné poruchy a deprese. Je zde 2krát vyšší riziko, že se u nich vyskytne tento psychický stav. Tyto psychiatrické poruchy ovlivňují pacienta po somatické stránce. Mohou se vyskytovat bolesti zad, hlavy, bušení srdce, třes, hyperventilace a napětí. Psychiatrické poruchy mají velký vliv na diabetes mellitus. Nemocní s diabetem mellitem a depresí mají horší metabolickou kontrolu a spolupráci s lékařem. Deprese se projevuje únavou, hubnutím, slabostí, podrážděností, apatií, změnou nálad, úzkostmi, změnou chuti k jídlu, beznadějí, pasivitou, suicidními tendencemi a sexuálními problémy. Psychiatrické aspekty v mnohých případech odhalí praktický lékař. Jestliže se u pacienta projevují některé příznaky, lékař by měl zajistit odbornou péči psychologa či psychiatra a zjistit, zda nemocný netrpí suicidními myšlenkami (Karen, Svačina, 2014; Pelikánová, Bartoš a kol., 2018).

Příznaky deprese ovlivňují motivaci pacientů v úpravě léčebného režimu a selfmonitoringu. Přichází ztráta zájmu o vlastní zdraví, porucha koncentrace učení a pesimismus.

U mnohých pacientů se mohou vyskytnout i úzkostné poruchy ze strachu z hypoglykémie, ze ztráty životních možností, strach z léčby nebo ze změny způsobu života. Symptomy úzkostných poruch jsou podobné s příznaky deprese (Karen, Svačina, 2014; Zacharová, 2017).

Zdrojů psychiatrických poruch, se kterými se nemocný potýká, je mnoho. Nejčastější je přehnané zdůraznění možných rizik, popisování lékařských úkonů, strašení lékařem, pobytem v nemocnici a sdělování negativních zkušeností a zážitků od jiných nemocných (Zacharová, 2017).

Komunikace s nemocným, který trpí psychiatrickou poruchou, není jednoduchá. Velmi důležité je profesionální chování, jednání a přístup rodinných příslušníků a zdravotnických pracovníků (Zacharová, 2017).

Psychoterapeutický přístup je velmi důležitý při léčbě psychiatrických poruch. Léčba antidepresivy jsou první volbou při depresivních stavech. Antidepresiva mohou způsobovat nevolnosti nebo bolesti hlavy, ale nevyvolávají kolísání glykémie. Lékař musí být s pacienty velmi trpělivý a vše musí pečlivě vysvětlit (Rybka a kolektiv, 2006).

Pro aktivní zvládnání stresu a stresových situací se využívá coping. Coping má dva základní typy. Prvním typem je coping zaměřený na problém, kdy je velké úsilí změnit situaci k lepšímu (úprava chování, okolností). Druhým typem je coping zaměřený na emoce. Jedinec musí dostat své emoce pod kontrolu, aby neohrozil vztahy s lidmi ve svém okolí. Jedná se tedy o stabilnější chování v zátěžových situacích (Paulík, 2017).

2.1.2 Resilience

Resilience je chápána jako druh odolnosti, kdy nedochází k narušení změn. Umožňuje člověku bojovat s obtížemi a nedat se. Plasticita, flexibilita a pružnost umožňuje adaptaci na těžké životní situace a podmínky.

Novotný (2015) uvádí, že „*osobnost (resp. její vybrané charakteristiky a vlastnosti) formují, ovlivňují a/nebo produkují (alespoň do určité míry, příp. v synergii s vnějšími vlivy) resilienci (či resilientní projevy) člověka*“.

Z toho vyplývá, že resilience je individuální a každý jedinec reaguje na těžké životní situace jinak. Jedná se o účinnou schopnost adaptace na těžké situace, kde je přítomno nebezpečí, nepřízeň, ohrožení jedince a nežádoucí rizika. Negativní vlivy a situace (krátkodobé či dlouhodobé) provázejí jedince celý život. Každý jedinec má dostatek psychické a fyzické síly, aby se dokázal vyrovnat s různými problémy a dokázal je využít pro svůj prospěch.

Mezi znaky resilience spadá vysoké očekávání, pozitivní mezilidské vztahy a sociální opora, obnova dobrého zdraví, sebedůvěra, pružnost a smysl pro humor.

Na rozvoj resilience má velký vliv sedm činitelů. Jedná se o sílu, kontrolu, sociální spravedlnost, soudržnost, vztahy, přístup, kulturní vazby a identitu (Novotný, 2015; Paulík, 2017).

2.2 Sociální aspekty

Kompenzovaný diabetes s sebou nese velké množství omezení. Jedná se o omezení ve stravování, pohybu i čase, partnerském a společenském životě, ale i určitá finanční omezení.

2.2.1 Sociální opora

Křivohlavý (2009) uvádí: „*Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.*“

Sociální opora je významný pilíř duševního zdraví, který umožňuje lépe čelit stresu a dodává sílu přežít krize a životní prohry. Pojem sociální opora znamená poskytování pomoci člověku druhými lidmi. Tato pomoc je poskytována osobám v těžkých životních situacích (Hart, Hartová, 2010).

Mikrouroveň sociální opory je nejvíce poskytovaná pomoc a opora, která je poskytována nejbližší osobou (pomoc rodiny, přátel). **Mezouroveň** sociální opory je pomoc, kterou poskytuje skupina. Tato pomoc je poskytována i osobám, které nejsou součástí skupiny, ale pomoc potřebují. **Makrouroveň** je poskytování pomoci celospolečenskou formou. Jedná se o pomoc potřebným v sociální a ekonomické oblasti (Křivohlavý, 2009).

Sociální opora zahrnuje uznání a poskytovanou lásku od osob jemu blízkých. Hlavním zdrojem sociální opory je rodina, která akceptuje, povzbuzuje a pomáhá. Rodina poskytuje pomoc každému členu a společně vytváří kruh bezpečí a jistoty již od dětství. Pozitivní sociální vztahy v rodině, mezi přáteli či jedinci usnadňují adaptaci na těžké životní situace. Pocit důvěry, sounáležitosti, jistoty a sociálního akceptování ovlivňuje pozitivně zdravotní stav jedince. Má to velký vliv i na celkovou spokojenost se svým životem. Kladné sebevědomí, sebeúcta a sebedůvěra je kladným vlivem sociální opory.

Důležitá je i podpora, blízkost, porozumění a starostlivost od širší sociální skupiny z existujících sociálních sítí (přátelské sociální skupiny). Sociální opora a její prožívání souvisí s emoční stabilitou (Křivohlavý, 2009; Hartl, Hartlová, 2010).

2.2.2 Druhy sociální opory

Sociální oporu lze členit na mnoho druhů, jelikož třídění není jednotné. Z pohledu psychologie zdraví lze sociální oporu rozdělit na emocionální, hodnotící, informační a instrumentální.

- **Emocionální podpora** zahrnuje emocionální a fyzickou blízkost, laskavost, náklonnost a soucítění. Poskytuje víru, lásku, naději a emoce. Hlavním úkolem je, aby člověk nepropadl depresím.
- **Hodnotící opora** plyne z jednání, ze kterého je patrný respekt a úcta k příjemci. Podporuje se jeho naděje, sebedůvěra, sebevědomí a víra. Pomáhá mu se vyrovnat s osobními problémy a poskytuje konkrétní rady.
- **Informační opora** spočívá v získání informací od příjemce, který má s podobnou situací zkušenosti. Jedná se o pozitivní možnost sdílet svůj problém a řešit jej.
- Instrumentální sociální opora zahrnuje finanční a materiální pomoc. Ten, kdo pomoc poskytuje, asistuje či zajišťuje úkony, které si potřebný člověk nemůže zajistit sám (Křivohlavý, 2009).

2.2.3 Účinky sociální opory

Pozitivní působení sociální opory se rozlišuje v literatuře na dva základní způsoby účinku. Jedná se o přímý účinek sociální opory a o bariérový účinek neboli nepřímý účinek sociální opory. Přímý účinek sociální opory má velký vliv na psychickou pohodu člověka, chrání osoby před stresem a jeho negativními dopady. Dokáže i jedince motivovat ke zdravějšímu způsobu života a pozitivnímu životnímu postoji. Rozvinuté sociální sítě jako zdroje sociální opory přinášejí jedinci pocity lásky a pocit potřeby pro druhé. Nepřímý sociální účinek je orientován na nárazníkový efekt, kdy to působí jako proměnná mezi stresem a výsledkem. Při nárazníkovém efektu mohou vznikat i závažné životní situace (onemocnění, úraz), kdy se okolí distancuje od jedince, jelikož neví, jak se v dané situaci zachovat. Tato situace následně zvyšuje úzkosti, deprese a pocity osamocení (Křivohlavý, 2009; Hewstone, Stroebe, 2006).

Při hodnocení působení sociální opory je nutné rozlišovat, co konkrétní osoba jako sociální oporu chápe. To, co je pro konkrétní osobu určeno, nemusí být shodné s tím, co osoba formou sociální opory dostane. Podobné je to u tvrzení obdržené a očekávané sociální opory.

To, co osoba dostane, nemusí korespondovat s tím, co očekávala. Hodnocení sociální opory, zdali je adekvátní, závisí na osobním názoru příjemce (Křivohlavý, 2003).

Očekávanou sociální oporou je přesvědčení příjemce, v jaké míře je pro něj v případě nouze dostupná a dosažitelná pomoc od okolí. Za objektivní sociální oporu je považována skutečná pomoc, kterou příjemce obdrží. Mezi očekávanou a objektivní sociální oporou mohou být velké rozdíly zapříčiněny vnitřním přesvědčením příjemce.

Poskytovaná sociální opora má souvislost s osobní strukturou jedince, jak snadno navazuje mezilidské kontakty, jak je ochotný poskytovat svoji pomoc jiným a zda přijímá nabízenou pomoc (Křivohlavý, 2003; Krpoun, 2012).

2.2.4 Sociální služby

Příspěvek na péči je poskytován pouze osobám závislým na pomoci jiné osoby. Krajská pobočka Úřadu práce České republiky rozhoduje o uznání příspěvku na péči na základě žádosti žadatele. Provede se sociální šetření, kde se zjišťují schopnosti žadatele v samostatném životě a přirozeném prostředí. Následně je zpracován posudkovým lékařem posudek, který je zaslán na úřad práce.

Hodnotí se zvládání základních životních potřeb při posouzení stupně závislosti. Jedná se o potřeby komunikace, oblékání, obouvání, stravování, orientace, osobní aktivity, tělesnou hygienu, péči o zdraví a výkon fyziologické potřeby.

Pro uznání příspěvku na péči musí být souvislost mezi zvládáním základních životních potřeb a mezi poruchou funkční schopnosti z důvodu nemoci. Ohled se bere i na věk fyzické osoby. Vyhláška č. 505/2006 stanoví schopnost zvládat základní životní potřeby.

Následně je stanoven jeden ze čtyř stupňů závislosti, kdy každý stupeň určuje danou výši příspěvku (Pelikánová, Bartoš a kol., 2018).

3 HODNOTICÍ ŠKÁLY PSYCHOSOCIÁLNÍCH ASPEKTŮ

3.1 Hodnoticí škály resilience

3.1.1 Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC

Connor-Davidson Resilience Scale je škála ke stanovení míry resilience, která byla sestavena roku 2003 Connorem a Davisonem. Autoři měřili míru resilience v průběhu léčby respondentů a prokázali zvýšení resilience během opakovaného měření. Tento argument potvrzuje závislost na čase a vnějších okolnostech. Jedná se o škálu, která byla vyvinuta pro dospělé. Škála v originálním znění obsahuje pětadvacet otázek a zahrnuje pět faktorů. Zkrácená verze je desetipoložková s jedním faktorem, která je upravena Campbell-Sills a Steinem 2007. Otázky jsou zodpověditelné na pětipoložkové škále (0 – zcela nesouhlasím; 1 – spíše souhlasím; 2 – někdy souhlasím, někdy nesouhlasím; 3 – spíše souhlasím; 4 – zcela souhlasím). Maximální možné skóre je 40, minimální skóre je 0 a znázorňuje nepřítomnost resilience. Dotazník má dobrou reliabilitu, validitu a spolehlivost (Connor & Davidson, 2003; Campbell-Sills & Stein, 2007).

Česká verze Connor-Davidson Resilience Scale je dostupná v diplomové práci T. Švarcové 2015, která provedla analýzu vnitřní konzistence. Hodnota konzistence 0,86 ověřila vhodnost překladu dotazníku. Česká verze byla následně doplněna anamnestickou částí, která obsahovala otázky zaměřené na identifikační a demografické údaje respondentů.

3.1.2 Resilience Scale – RS

Resilience Scale je standardizovaná škála sestavená pro měření míry resilience. Dotazník byl vytvořen Wagnildem a Youngem a poprvé byl publikován v roce 1993. RS je považován výzkumníky za „zlatý standard“ v měření odolnosti resilience. Původní dotazník obsahoval 25 otázek, zkrácená verze obsahuje 14 položek, které se zaměřují na pět témat. Jedná se o témata vyrovnanosti, smysluplnosti, soběstačnosti, vytrvalosti a existenciální osamělosti. Respondenti hodnotí dimenze na sedmibodové škále (1 – rozhodně souhlasím – 7 – rozhodně nesouhlasím). Minimální možné skóre je 14 bodů, maximální skóre, které lze získat, je 98 bodů. Dotazník je psán na úrovni 6. ročníku a je zvládnutelný cca za 5 minut. Dotazník Resilience Scale je přeložen v mnoha jazycích, do kterých spadá i překlad českého jazyka. Překlad byl proveden PhDr. Pavlou Kudlovou, PhD. Dotazník je chráněn licencií o 75 dolarech (Fernandes, Amaral, Varajão, 2018; Kudlová, Hynčicová, 2017).

3.2 Hodnoticí škály sociální opory

3.2.1 Mos Social Support Survey – MOS

Mos Social Support Survey je dotazník zaměřený na sociální oporu. Jedná se o standardizovaný dotazník, který byl vyvinut autory Sherbourne a Stewart, skupinou Rand and Medical Outcomes Study roku 1991. Licence umožňuje neomezené použití, reprodukci a distribuci. Původní dotazník obsahoval 50 otázek a následně byl tvůrci zkrácen na 19 položek. Všechny 19 otázek slouží pro hodnocení míry sociálního opory. Otázky pokrývají pět dimenzí: informační, emocionální, hmotná, sociální interakce a afektivní dimenze, které následně byly rozděleny do čtyř subškál:

- láska znázorňuje projevy náklonnosti a lásky;
- skutečná hmotná podpora představuje skutečnou pomoc;
- emocionální subškála vyjadřuje své city;
- pozitivní sociální interakce představuje skupinu osob, se kterými lze sdílet volný čas.

Veškeré otázky se měří na pětibodové stupnici, přičemž čím vyšší skóre, tím vyšší je sociální opora. Do českého jazyka byl přeložen Koženým a Tišanskou v roce 2003. Česká verze této metody byla testována na vzorku 227 žen v důchodovém věku (Kožený, Tišanská, 2003, s. 137–143; Sherbourne, Stewart, 1991).

3.2.2 Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS

Sociální oporu lze také měřit škálou Multidimensional Scale of Perceived Social Support, která byla vytvořena autory G. Zimet, N. Hagemová, S. Zimetová a G. Farley. První publikace byla roku 1988 v Journal of Personality Assessment. Jedná se o sebeposuzující metodu k měření vnímání sociální opory. Celá škála se skládá z 12 položek, které jsou rozděleny do tří subškál. Tyto subškály měří poskytnutou oporu rodiči, přáteli či blíže nespécifikovanými osobami. Sociální opora se měří na sedmibodové stupnici:

- 1 – velmi silně nesouhlasím;
- 2 – silně nesouhlasím;
- 3 – slabě souhlasím;
- 4 – nevím;
- 5 – slabě souhlasím;
- 6 – silně souhlasím;
- 7 – velmi silně souhlasím.

Celkové skóre může nabývat od 12 do 84 bodů, kdy platí, že čím více dosáhne respondent bodů, tím větší má sociální oporu. Dotazník je časově nenáročný a zabere okolo 4 minut (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988).

3.3 Hodnoticí škály deprese

3.3.1 Diabetes Distress Scale – DDS

DDS je jednou z nejpoužívanějších škál a dotazníků pro měření úzkosti spojené s diabetem. Diabetes Distress Scale dále vyhodnocuje skryté obavy a frustrace, které nemocní prožívají s diabetem mellitem. Hodnoticí škálu DDS vytvořili autoři Polonsky, Fisher et al. v roce 2005. Stanovili 17položkovou škálu zaměřenou na čtyři oblasti, které souvisejí s diabetem: emoční zátěž, distres související s léčebným režimem, distres související s lékařem a interpersonální distres. Škála se hodnotí na 6bodové Liktorově stupnici od žádného problému po velice vážný problém. Respondent označí míru potenciálních problémů, které ho zatěžovaly v průběhu posledního měsíce. Jestliže má pacient 3 body a více, je nutné věnovat pacientovi pozornost, případně zajistit návštěvu psychologa. Stupnice je k dispozici zdarma neziskovým institucím pro použití v klinické péči a výzkumu v mnoha jazycích a je chráněna autorským právem. Do českého jazyka byla škála přeložena v roce 2019 autory Riegel & Lupínková (Schmidt, 2018; Pro Lékaře, 2017; Riegel a Lupínková, 2019).

3.3.2 Zung Self-Ratig Depression Scale – SDS

Úzkost a deprese je psychický symptom, kdy je objektivizace v mnoha případech složitá. Z toho důvodu byla vynalezena sebehodnoticí škála, která zahrnuje jak psychologické, tak afektivní i somatické příznaky. Dotazník obsahuje 20 položek, které jsou rozděleny v 10 případech negativně a v 10 případech pozitivně. Otázky se hodnotí na 4bodové stupnici. Čím větší bodové ohodnocení, tím je vyšší hodnota na škále v míře úzkosti.

Průměrná míra úzkosti je součtem bodů na SDS index, který lze získat vydělením získaného skóre osmdesáti. Pro SDS index je hodnocení míry úzkosti stanoveno takto:

- Méně než 50 SDS index – normální, nejeví známky úzkosti;
- 50–60 SDS index – přítomny známky minimální, nebo lehké úzkosti;
- 60–69 SDS index – přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená úzkost;
- 70 a více SDS index – přítomna těžká až extrémně těžká úzkost.

Dotazník byl testován ve Spojených státech amerických. Celý výzkum probíhal na 1049 respondentech, kteří trpěli velkou depresivní poruchou. Nejvyšší skóre bylo vyhodnoceno u pacientek, které byly nerozhodné a zmatené. Muži dosáhli nižšího skóre než ženy.

Český překlad je k nalezení v knize – Deprese: doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. Umožňuje volnou distribuci zdarma (Honzák, 1999; Mennella, 2017).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

4.1 Hlavní a dílčí cíle

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a zhodnotit psychosociální aspekty u osob s diabetem mellitem II. typu se zaměřením na psychosociální stres, míru deprese a míru sociální opory.

Dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1: Zjistit a zhodnotit psychosociální stres u osob s diabetem mellitem II. typu. (viz škála Diabetes Distress Scale)

Dílčí cíl č. 2: Zjistit a zhodnotit míru deprese u osob s diabetem mellitem II. typu. (viz škála Zung Self-Rating Depression Scale)

Dílčí cíl č. 3: Zjistit a zhodnotit míru sociální opory u osob s diabetem mellitem II. typu. (viz škála Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

4.2 Technika sběru dat

Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou dotazníku určeného osobám s diabetem mellitem II. typu, složeného ze tří standardizovaných dotazníků a z položek vlastní konstrukce zaměřených na zjištění základních zdravotních a sociodemografických údajů. Dotazník byl sestaven ve spolupráci s PhDr. Pavlou Kudlovou, PhD., vedoucí práce.

První část dotazníku obsahovala otázky vlastní konstrukce. Otázky byly zaměřeny na sociodemografická data respondentů. Otázky č. 1 a 2 zjišťují pohlaví a věk respondentů. Otázky č. 3, 4 a 5 se zaměřují na otázky týkající se diabetu – jak dlouho trpí onemocněním, jak poznali, že mají diabetes a jaké byly pocity při zjištění diagnózy. Otázka č. 7 zní, zda museli razantně upravit stravu vzhledem ke zjištěnému onemocnění. Otázky č. 7, 8 jsou zaměřeny na finanční omezení a zda je onemocnění ovlivnilo při volbě povolání. Otázky č. 9 a 10 zjišťují, zda navštěvují diabetickou skupinu, případně jakou. Otázky č. 2, 3, 4, 5 a 10 jsou otevřené, zbylé otázky jsou uzavřené.

Druhá část dotazníku je zaměřena na potenciální problémy, které klienti s diabetem mellitem II. typu prožívají. K tomu byla vyvinuta autory Polonsky, Fisher et al. (2005) standardizovaná škála „Diabetes Distress Scale – DDS.“ Jedná se o škálu, která mapuje čtyři hlavní domény distresu souvisejícího s DM: interpersonální tíseň, emoční zátěž, režimovou tíseň a tíseň lékaře. Interpersonální distres je sledován třemi položkami, emoční zátěž sleduje

pět položek, pět položek se zaměřuje na léčebný režim a čtyři položky sledují distres související s lékařem. Škála byla zveřejněna poprvé v roce 2005 a standardizovali ji na vzorku 704 diabetických pacientů specializované péče, primární péče a účastníků edukačních programů. DDS je hodnocen na Likertově škále, od 1 (žádná úzkost) do 6 (vážná úzkost). Interpretace: Jednoduše se sčítají odpovědi pacienta u příslušných položek a vydělí se počtem položek v dané subškále. Průměrný skóre ≥ 3 u každé subškály včetně celkového skóre je považován za klinicky významnou míru stresu hodnou klinické pozornosti. Nyní je používána po celém světě pro zahájení konverzace s pacienty. Dotazník je chráněn autorským právem a je k dispozici neziskovým institucím pro použití v klinické péči a výzkumu (Schmidt, 2018).

Třetí část dotazníku se zaměřuje na sebehodnocení respondentů v oblasti vnímání stupně deprese. Pro tuto část byl zvolen standardizovaný dotazník Zung Self-Rating Depression Scale – SDS sestavený psychiatrem Wiliamem W. K. Zungem. Dotazník vychází z funkčního pojetí duševních nemocí a definuje depresi ve čtyřech oblastech: somatická oblast, nálada, psychologie a psychiatrie. Zungova sebehodnotící škála deprese je sestavena z 20 otázek, na které lze odpovídat odpověďmi: „Nikdy nebo zřídka,“ „Někdy,“ „Dosti často“ nebo „Velmi často“. Interpretace: Dle odpovědí pacienta se sečtou body, takže dostaneme „hrubý skóre,“ dále se odečte SDS index, podle něž se určí míra deprese, Diagnostická kritéria pro velkou depresi zahrnují špatnou náladu, ztrátu potěšení nebo zájmu z každodenních aktivit a smutek. Dotazník SDS je určen pouze k popisu míry a intenzity deprese ve smyslu onemocnění nálady bez ohledu na její typ. Dotazník umožňuje volnou distribuci zdarma (Mennella, 2017).

Poslední část je zaměřena na sebeposuzující metodu k měření vnímání sociální opory. Tato část obsahuje standardizovanou škálu Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS. Dotazník MSPSS byl první publikován v roce 1988 v Journal of Personality Assessment. Škála obsahuje 12 položek, které se zaměřují na poskytnutou sociální oporu rodinou, přáteli a blíže nespecifikovanými osobami. Škála se měří na sedmibodové stupnici, kdy platí: 1 – velmi silně nesouhlasím a 7 – velmi silně souhlasím. Interpretace: Pro celkové skóre se sečte u všech 12 položek a následně se určí míra sociální opory. Pro hodnocení dílčích subškál se sečtou uvedené položky dané domény a vydělí se počtem čtyři. Při tomto hodnocení platí: od 1 do 2,9 je považováno za nízkou sociální oporu, skóre 3–5 lze považovat za střední oporu a od 5,1–7 je považováno za vysokou sociální oporu. Dotazník MSPSS má velmi dobrou validitu, spolehlivost a stabilní strukturu. MSPSS je využitelný zdarma. Tato

škála je přeložena do českého jazyka od profesorem Marešem v knize Sociální opora u dětí a dospívajících I. vydání (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988; Mareš, 2001).

4.3 Charakteristika respondentů

Výběr respondentů do výzkumu byl cílený. Ke zkoumání byla určena následující kritéria:

- osoby s diabetem mellitem II. typu;
- na pohlaví a věku nezáleželo;
- nemocní trpící diabetem mellitem II. typu, které navštěvují diabetologické ambulance;
- ochota spolupracovat a zúčastnit se výzkumu dobrovolně.

4.4 Realizace výzkumu

Dotazník byl v tištěné formě rozdán ve třech diabetologických ordinacích ve Zlínském kraji. Jednalo se o ordinace Diahaza s.r.o., DIAMEDICA s.r.o. a Dia Zlín s.r.o. Dotazníkové šetření probíhalo po dobu jednoho měsíce, přesněji od poloviny března do poloviny dubna 2022. Po domluvě a povolení ve všech ordinacích bylo rozdáno v každé ordinaci 40 dotazníků společně s propiskami pro respondenty, vyhrazeným úložným prostorem a tvrdými deskami. V ordinacích byla autorka práce s respondenty osobně. Všichni respondenti byli osloveni a obeznámeni se záměrem tohoto dotazníkového šetření i o anonymitě dotazníku. Respondentům byl osobně vysvětlen postup pro vyplnění dotazníku a byl ponechán prostor na dotazy a nabídnuta pomoc při vyplňování. Žádný respondent nebyl ovlivňován s výběrem své odpovědi. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků a následně vráceno 108; z toho vyřazeno 12 z důvodu neúplného vyplnění či nevrácení.

4.5 Zpracování dat

Data, která byla získána, byla přepsána a následně zpracována v programech Microsoft Office Excel 2013 a Microsoft Word. Veškerá data byla zpracována a analyzována pomocí deskriptivní statistiky (absolutní četnost, relativní četnost, minimum a maximum) a graficky znázorněna v grafech a tabulkách. Dále byla použita průměrná hodnota a směrodatná odchylka (SD).

Ztvárnění výsledků je rozděleno do čtyř částí. Zprvu byla zpracována data úvodní části dotazníku, která se zaměřují na osobu nemocného, poté byla zpracována data zaměřená na psychosociální stres, míru deprese a míru sociální opory.

5 ZPRACOVÁNÍ DAT

5.1 První část dotazníku

První část dotazníku byla zaměřena na sociodemografické údaje respondentů a na onemocnění s diabetem mellitem II. typu. Celá část obsahuje 11 otázek.

Otázky č. 1–2 jsou zaměřeny konkrétně na pohlaví a věk respondenta.

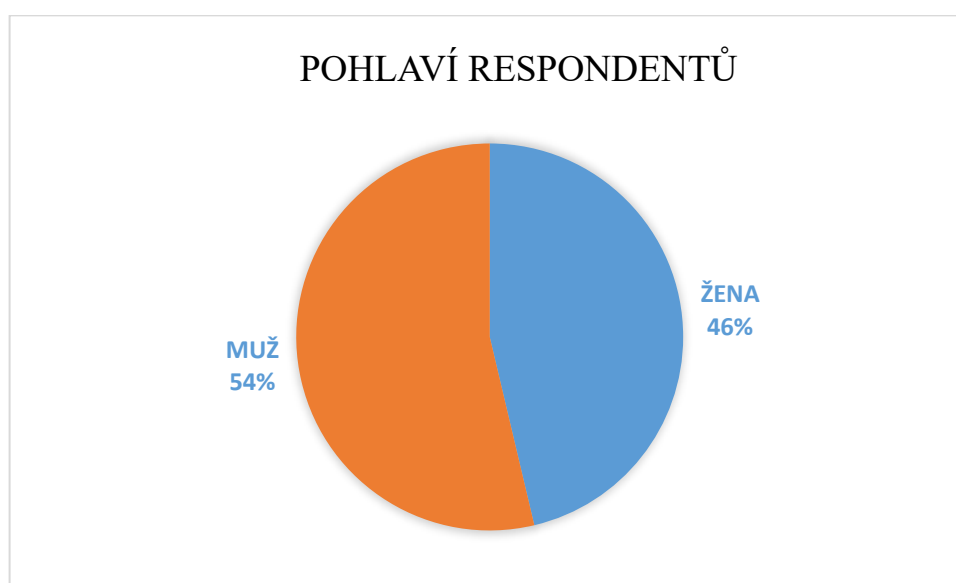
Otázky č. 3–11 se zaměřují na samotné onemocnění, jeho dobu trvání a ovlivnění osobního života.

Otázka č. 1 – Jaké je vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 obsahuje absolutní hodnoty počtu všech respondentů dle pohlaví. Graf č. 1 znázorňuje procentuální zastoupení mužů a žen.

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	58	54,00 %
Žena	50	46,00 %
Celkem	108	100,00 %



Graf 1 – Pohlaví respondentů

Komentář: Celkový počet respondentů byl 108 (100,00 %), z toho 58 mužů (54,00 %) a 50 žen (46,00 %).

Otázka č. 2 – Jaký je váš věk?

Otázka č. 2 se zaměřovala na věk respondentů. Každý respondent označil svůj věk číslem. Z tabulky č. 2 a grafu č. 2 lze zjistit, že dotazník vyplnily všechny věkové kategorie.

Tabulka 2 – Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
40–50	12	11,11 %
51–60	25	23,15 %
61–70	33	30,56 %
71–80	36	33,33 %
>81	2	1,85 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: Ze 108 (100 %) respondentů odpovědělo 12 (11,11 %) zúčastněných ve věku 40–50, ve věku 51–60 let odpovědělo 25 (23,15 %) respondentů, ve věku 61–70 let bylo 33 (30,56 %) respondentů, ve věkové kategorii mezi 71–80 rokem odpovědělo 36 (33,33 %) respondentů a ve věku 81 a více odpověděli dva (1,85 %) respondenti. Nejvíce odpovědělo osob mezi 71.–87. rokem.

Průměrný věk respondentů je 65 let. Nejstarší zúčastněný respondent uvedl 87 let. Nejmladší respondent měl 42 let. SD je $\pm 10,29$.

Otázka č. 3 – Jak dlouho trpíte onemocněním?

V otázce č. 3 jsme se ptali, jak dlouho se potýkají s diabetem mellitem II. typu. Respondenti odpovídali číslem.

Tabulka 3 – Délka onemocnění

Délka onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
0–5	26	24,07 %
6–10	32	29,63 %
11–20	33	30,56 %
>21	17	15,74 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: Z celkového počtu zúčastněných 108 (100 %) se s diabetem mellitem II. typu léčí 26 (24,07 %) respondentů, 6–10 let se léčí s diabetem mellitem 32 respondentů (29,63 %). 33 (30,56 %) zúčastněných se s onemocněním léčí 11–20 let. Zbylých 17 (15,74 %) respondentů se s diabetem léčí 21 let a více.

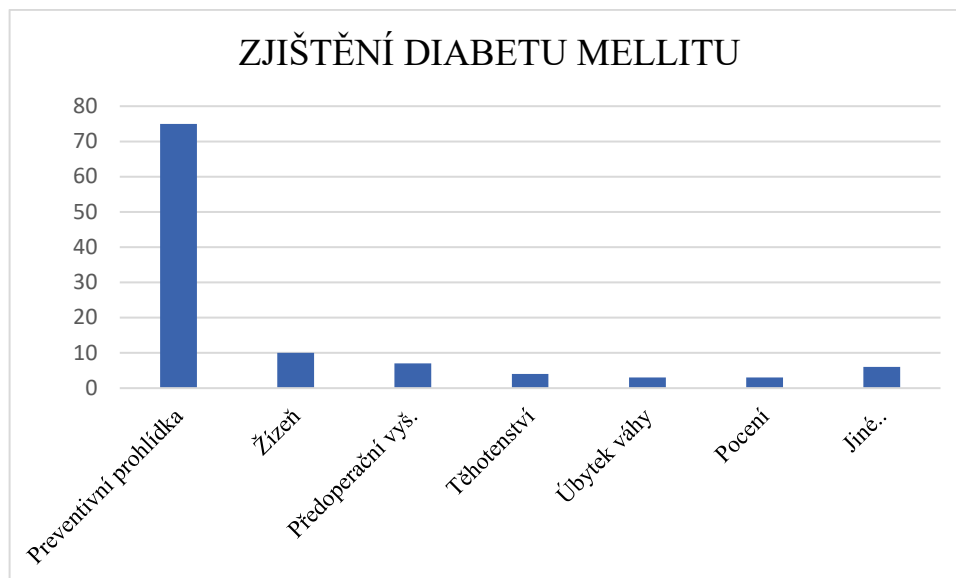
Průměrná doba léčby je 13 let. Nejdéle se respondent léčil 40 let a nejméně půl roku. SD je $\pm 8,99$.

Otázka č. 4 – Jak jste poznal/a že máte diabetes mellitus?

U otázky č. 4 jsme zjišťovali, jak respondenti poznali, že mají diabetes mellitus II. typu. Na otázku č. 4 odpovídali respondenti slovem. V grafu č. 4 jsou vypsány jednotlivé odpovědi a v tabulce č. 4 je znázorněna jejich četnost v absolutních a relativních číslech.

Tabulka 4 – Zjištění diabetu mellitu

Zjištění onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Preventivní prohlídka	75	69,44 %
Žízeň	10	9,26 %
Předoperační vyšetření	7	6,48 %
Při těhotenství	4	3,70 %
Úbytek váhy	3	2,78 %
Pocení	3	2,78 %
Jiné...	6	5,56 %
CELKEM	108	100,00 %



Graf 2 – Zjištění diabetu mellitu

Komentář: Nejčastější odpověď na otázku č. 4 byla při preventivní prohlídce u praktického lékaře, celkem touto odpovědí odpovědělo 75 (69,44 %) respondentů. Deset (9,26 %) odpovědělo, že přišli na onemocnění kvůli častější žízni, u sedmi (6,48 %) respondentů to zjistili při předoperačním vyšetření, čtyři (3,70 %) respondentky to zjistily při těhotenství, tři (2,78 %) respondenty dovedl k lékaři úbytek váhy, tři (2,78 %) respondenti uvedli zvýšené pocení a šest (5,56 %) respondentů uvedlo jiné příznaky například: brnění nohou či rukou nebo závratě.

Otázka č. 5 – Jaké byly pocity při zjištění diagnózy?

Otázka č. 5 byla otevřená otázka, která se dotazovala na pocity, které měli respondenti při zjištění diagnózy. Respondenti odpovídali slovem.

Tabulka 5 – Pocity při zjištění

Pocity	Absolutní četnost	Relativní četnost
Strašné	72	66,67 %
Žádné	21	19,44 %
Smíšené	15	13,89 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: Strašné pocity uvedlo 72 respondentů (66,69 %), z celkového počtu 108 (100 %) respondentů. Velmi smíšené pocity uvedlo 15 (13,89 %) respondentů a 21 (19,44 %) respondentů napsalo, že neměli žádné pocity.

Otázka č. 6 – Museli jste razantně upravit svoji stravu vzhledem ke zjištěnému onemocnění?

Otázka č. 6 byla zaměřena na to, zdali nemoc ovlivnila respondenty ve změně stravy po zjištění nemoci. Respondenti odpovídali odpověďmi ANO/NE.

Tabulka 6 – Ovlivnění stravy

Ovlivnění stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	74	69,00 %
NE	34	31,00 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: 74 (69 %) respondentů přizpůsobilo stravu svému onemocnění, naproti tomu 34 (34 %) respondentů uvedlo, že je onemocnění ve stravě neovlivnilo.

Otázka č. 7 – Omezuje vás diabetes mellitus finančně?

Otázka č. 7 je zaměřena na finance a jejich omezení. Otázka byla uzavřená se zněním, zda respondenty ovlivňuje diabetes po finanční stránce.

Tabulka 7 – Finanční omezení

Finanční omezení	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	23	21,00 %
NE	85	79,00 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: V tabulce č. 7 je patrné že z celkového počtu 108 (100 %) respondentů, diabetes mellitus finančně omezuje pouze 23 (21 %) respondentů. Zbylá část uvedla, že je onemocnění finančně neomezuje.

Otázka č. 8 – Ovlivnilo vás onemocnění při volbě povolání?

V položce č. 8 jsme se respondentů ptali, zda je onemocnění ovlivnilo při volbě povolání. Respondenti mohli zaškrtnout pouze ANO/NE.

Tabulka 8 – Ovlivnění při volbě povolání

Ovlivnění při volbě povolání	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	14	13,00 %
NE	94	87,00 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: V tabulce č. 8 lze pozorovat nejčastější odpovědi NE, protože 94 (87 %) respondentů uvedlo, že je onemocnění při volbě povolání nijak neovlivnilo a zbylých 14 (13 %) odpovědělo, že je cukrovka při volbě povolání ovlivnila.

Otázka č. 9 a otázka č. 10 Navštěvujete nějakou diabetickou skupinu? Jakou?

Dále nás zajímalo, zda respondenti navštěvují ve volném čase nějaké diabetické skupiny, kde probírají své pocity a zkušenosti s onemocněním. V případné odpovědi ano byla otázka č. 10 ponechána otevřená pro doplnění názvu navštěvované skupiny. V následující tabulce jsou znázorněny hodnoty respondentů navštěvujících a nenavštěvujících diabetické skupiny.

Tabulka 9 – Navštívení skupiny

Návštěva skupiny	Absolutní četnost	Relativní Četnost
ANO	3	3,00 %
NE	105	97,00 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: Z celkového počtu respondentů 108 (100 %) navštěvují diabetickou skupinu pouze tři (3 %) respondenti. Zbylých 104 (97 %) odpovědělo, že skupinu nenavštěvují. Z odpovědí ANO u otázky č. 10 navštěvují skupinu v Kroměříži dva (67 %) respondenti a jeden (33 %) respondent navštěvuje skupinu v Holešově.

5.2 Druhá část dotazníku

Druhá část dotazníku se skládá ze standardizované škály, která se nazývá Diabetes Distress Scale – DDS. Jedná se o 17položkovou škálu, která zachycuje čtyři domény: interpersonální tíseň, emoční zátěž, režimová tíseň a tíseň způsobená lékařem. Respondenti odpovídali na šestibodové Likertově stupnici. Při výsledku střední úzkosti a vyšší je nutné zajistit respondentovi konzultaci s psychologem.

Výsledky této části jsou znázorněny pomocí tabulek a grafů s absolutní a relativní četností. Nízké skóre pro domény představuje nízkou míru úzkosti.

Druhá část dotazníku odpovídá stanovenému dílčímu cíli č. 1, který zní: Zjistit a zhodnotit psychosociální stres u osob s diabetem mellitem II. typu.

V tabulce č. 15 jsou celkové výsledky škály Diabetes Distress Scale – DDS zaměřené na pohlaví a věk všech zúčastněných respondentů.

5.2.1 Doména 1 – Interpersonální tíseň

Doména č. 1 se zabývá interpersonální tísní. Jedná se o položky: 9. – „Při zvládání diabetu necítím dostatečnou podporu od přátel nebo rodiny (např. plánují aktivity, které se kříží s mým rozvrhem, nabádají mě, abych jedl/a nevhodná jídla)“, 13. – „Od přátel nebo rodiny necítím dostatečné docenění toho, jak náročný život s diabetem může být.“ Položka 17. zní – „Mám pocit, že mi přátelé nebo rodina neposkytují emoční podporu, jakou bych si přál/a.“

Tabulka 10 – Odpovědi respondentů na oblast „interpersonální tíseň“

Položky	Interpersonální tíseň											
	Odpovědi											
	Není to problém		Mírný problém		Střední problém		Docela vážný problém		Vážný problém		Velmi vážný problém	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
9.	74	68,52 %	27	25,00 %	5	4,63 %	2	1,85 %	0	0,00 %	0	0,00 %
13.	70	64,81 %	35	32,41 %	1	0,93 %	2	1,85 %	0	0,00 %	0	0,00 %
17.	85	78,70 %	21	19,44 %	2	1,85 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Komentář: V oblasti „interpersonální tíseň“ jsou vyhodnoceny celkem tři položky. Položka č. 9 znázorňuje otázku zaměřenou na podporu od rodiny a přátel, 74 (68,52 %) respondentů zaznamenalo, že to není problém, 27 (25,00 %) respondentů uvedlo, že se jedná o mírný problém a dva (1,85 %) respondenti zaznamenali střední problém.

Položka č. 13 je zaměřena na docenění od rodiny či přátel. Není to problém uvedlo 70 (64,81 %) respondentů, 35 (32,41 %) uvedlo odpověď mírný problém, jeden (0,93 %) respondent uvedl střední problém a pouze dva (1,85 %) respondenti uvedli docela vážný problém.

Položka č. 17 se táže na emoční podporu od rodiny a přátel. Není to problém uvedlo 85 (78,70 %) respondentů, mírný problém uvedlo 21 (19,44 %) respondentů a dva (1,85 %) respondenti zadali střední problém.

5.2.2 Doména 2 – Emoční zátěž

Doména 2 je zaměřená na emoční zátěž pacientů. V této doméně se jedná o 1., 4., 7., 10., 14., položku. 1. položka – „Mám pocit, že mi diabetes každý den bere příliš duševní i tělesné energie“, 4. položka zní: „Cítím vztek, strach a/nebo depresi, když přemýšlím nad životem s diabetem.“, 7. – „Mám pocit, že ať dělám, co dělám, skončím se závažnými dlouhodobými komplikacemi.“, položka č. 10 zní: „Mám pocit, že mi diabetes řídí život.“, a 14. otázka „Cítím se zahlcený/á nároky, které na mě život s diabetem klade.“

Tabulka 11 – Odpovědi respondentů na oblast „emoční zátěž“

Položky	Emoční zátěž											
	Odpovědi											
	Není to problém		Mírný problém		Střední problém		Docela vážný problém		Vážný problém		Velmi vážný problém	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
1.	42	38,89 %	35	32,41 %	27	25,00 %	4	3,70 %	0	0,00 %	0	0,00 %
4.	63	58,33 %	25	23,15 %	12	11,11 %	6	5,56 %	1	0,93 %	0	0,00 %
7.	52	48,15 %	31	28,70 %	15	13,89 %	3	2,78 %	3	2,78 %	2	1,85 %
10.	60	55,56 %	28	25,93 %	11	10,19 %	7	6,48 %	1	0,93 %	1	0,93 %
14.	58	53,70 %	34	31,48 %	13	12,04 %	2	1,85 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Komentář: Doména číslo 2 znázorňuje „emoční zátěž“. V této oblasti je hodnoceno celkem pět položek.

Položka č. 1 se respondentů ptá, zda jim diabetes bere příliš duševní a tělesné energie. Není to problém uvedlo 42 (38,89 %) respondentů, 35 (32,41 %) uvedlo mírný problém, střední problém uvedlo 27 (25,00 %) respondentů a čtyři (3,70 %) uvedli docela vážný problém.

Položka č. 4 se dotazuje, zda při přemýšlení nad diabetem cítí vztek. Není to problém zaznamenalo 63 (58,33 %) respondentů, mírný problém označilo 25 (23,15 %) respondentů, 12 (11,11 %) respondentů uvedlo střední problém, vážný problém označilo šest (5,56 %) respondentů a jeden (0,93 %) respondent uvedl vážný problém.

Položka č. 7 zněla: „Mám pocit, že ať dělám, co dělám, skončím se závažnými dlouhodobými komplikacemi“. Není to problém uvedlo 52 (48,15 %) respondentů, mírný problém zaznamenalo 31 (28,70 %) respondentů, střední problém uvedlo 15 (13,89 %) zúčastněných, tři (2,78 %) respondenti uvedli docela vážný problém, tři (2,78 %) zaznamenali vážný problém a dva (1,85 %) zaznačili velmi vážný problém.

Položka č. 10 je položena tak, aby zjistila, zda respondentům diabetes řídí život. Není to problém uvedlo 60 (55,56 %) respondentů, 28 (25,93 %) respondentů uvedlo, že je to mírný problém, 11 (10,19 %) respondentů uvedlo střední problém. Sedm (6,48 %) respondentů uvedlo docela vážný problém, jeden (0,93 %) zaznamenal vážný problém a jeden (0,93 %) uvedl velmi vážný problém.

Zda se cítí být zahlcený nároky, které život s diabetem klade, obsahovala položka č. 14. Není to problém uvedlo 58 (53,70 %) respondentů, 34 (31,48 %) respondentů uvedlo mírný problém, střední problém uvedlo 13 (12,04 %) a dva (1,85 %) respondenti uvedli docela vážný problém.

5.2.3 Doména 3 – Režimová tíseň

Doména č. 3 je zaměřena na režimovou tíseň. Jedná se o položky: 3. – „Nevěřím ve svou schopnost zvládat diabetes v každodenním životě.“, 6. – „Mám pocit, že si nedělám dostatečně často test krevního cukru.“, 8. – „Mám pocit, že často selhávám v dodržování diabetického režimu.“, 12. – „Mám pocit, že nejsem dostatečně důsledný/á v dodržování správného jídelníčku.“, 16. – „Necítím se motivovaný/á ke zvládnutí diabetu“.

Tabulka 12 – Odpovědi respondentů na oblast „Režimová tíseň“

Položky	Režimová tíseň											
	Odpovědi											
	Není to problém		Mírný problém		Střední problém		Docela vážný problém		Vážný problém		Velmi vážný problém	
AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	
3.	69	63,89 %	21	19,44 %	17	15,74 %	1	0,93 %	0	0,00 %	0	0,00 %
6.	65	60,19 %	23	21,30 %	13	12,04 %	5	4,63 %	2	1,55 %	0	0,00 %
8.	44	40,74 %	34	31,48 %	22	20,37 %	8	7,41 %	0	0,00 %	0	0,00 %
12.	40	37,04 %	22	20,37 %	3	2,78 %	4	3,70 %	0	0,00 %	0	0,00 %
16.	76	70,37 %	24	22,22 %	8	7,41 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Komentář: Doména č. 3 je zaměřena na „režimovou tíseň. Obsahuje celkem pět položek.

Položka č. 3 je zaměřena na schopnost zvládat diabetes v každodenním životě. Není to problém uvedlo 69 (63,89 %) respondentů, 21 (19,44 %) respondentů uvedlo mírný problém, střední problém zaznamenalo 17 (15,74 %) respondentů a jeden (0,93 %) respondent uvedl docela vážný problém.

Položka č. 6 zní: „Mám pocit, že si nedělám dostatečně často test krevního cukru“. Zde 65 (60,19 %) respondentů uvedlo není to problém, 23 (21,30 %) zaznamenalo mírný problém, střední problém uvedlo 13 (12,04 %) respondentů, pět (4,63 %) zúčastněných uvedlo docela vážný problém a dva (1,85 %) respondenti uvedli vážný problém.

Položka č. 8 zní: „Mám pocit, že často selhávám v dodržování diabetického režimu.“ Není to problém uvedlo 44 (40,74 %) respondentů, 34 (31,48 %) respondentů uvedlo mírný problém, střední problém zaznamenalo 22 (20,37 %) zúčastněných a osm (7,41 %) uvedlo docela vážný problém.

Položka č. 12 se dotazuje na důslednost v dodržování správného jídelníčku. Není to problém uvedlo 40 (37,04 %), za mírný problém to označilo 22 (20,37 %) respondentů, třem (2,78 %) respondentům dělá střední problém dodržovat správný jídelníček a čtyři (3,70 %) respondenti uvedli docela vážný problém.

Položka č. 16 se ptá na motivaci ke zvládnutí diabetu. Tady 76 (70,37 %) respondentů ze 108 (100,00 %) uvedlo, že to není problém, 24 (22,22 %) respondentů uvedlo mírný problém a osm (7,41 %) zaznamenalo střední problém.

5.2.4 Doména 4 – Tíseň způsobená lékařem

Poslední doména je zaměřena na tíseň způsobenou lékařem. Jedná se o otázky: 2. - „Mám pocit, že můj lékař neví dost o diabetu a jeho léčbě.“, 5. – „Mám pocit, že mi můj lékař nedává dostatečně jasné instrukce, jak diabetes zvládat.“, 11. – „Mám pocit, že můj lékař nebere mé obavy spojené s diabetem dostatečně vážně.“ 15. – „Mám pocit, že nemám lékaře, na kterého se mohu v souvislosti s diabetem obracet dostatečně pravidelně.“

Tabulka 13 – Odpovědi respondentů na oblast „tíseň způsobená lékařem“

Položky	Tíseň způsobená lékařem											
	Odpovědi											
	Není to problém		Mírný problém		Střední problém		Docela vážný problém		Vážný problém		Velmi vážný problém	
	A	RČ	A	RČ	A	RČ	A	RČ	A	RČ	A	RČ
	Č		Č		Č		Č		Č		Č	
2.	97	89,81 %	7	6,48 %	4	3,70 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
5.	94	87,04 %	10	9,26 %	2	1,85 %	2	1,85 %	0	0,00 %	0	0,00 %
11.	88	81,48 %	14	12,96 %	1	0,93 %	1	0,93 %	4	3,90 %	0	0,00 %
15.	97	89,81 %	9	8,33 %	2	1,85 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %

Komentář: Doména č. 4 je zaměřena na „tíseň způsobenou lékařem“. Tato část obsahuje čtyři položky.

Položka č. 2 se dotazuje na fakt, zda jejich lékař ví dost o diabetu a jeho léčbě. Na tento dotaz 97 (89,81 %) respondentů uvedlo, že to není problém, sedm (6,48 %) respondentů zaznamenalo mírný problém a střední problém zaznamenali čtyři (3,70 %) respondenti.

Položka č. 5 zní: „Mám pocit, že mi můj lékař nedává dostatečně jasné instrukce, jak diabetes zvládat. Není to problém uvedlo 94 (87,04 %) respondentů ze 108 (100,00 %). Mírný problém uvedlo 10 (9,26 %) respondentů, dva (1,85 %) uvedli střední problém a docela vážný problém uvedli také dva (1,85 %) respondenti.

Položka č. 11 je zaměřena na dotaz, zda jejich lékař bere obavy spojené s diabetem dostatečně vážně. Není to problém uvedlo 88 (81,48 %) respondentů, mírný problém označilo 14 (12,96 %) respondentů a jeden (0,93 %) respondent uvedl střední problém. Docela vážný problém uvedl také jeden (0,93 %) respondent a vážný problém uvedli čtyři (3,70 %) respondenti.

Položka č. 15 se dotazuje, zda se mohou respondenti v souvislosti s diabetem obracet na své lékaře pravidelně. Není to problém uvedlo 97 (89,81 %) respondentů, devět (8,33 %) uvedlo mírný problém a dva (1,85 %) respondenti zaznamenali střední problém.

5.2.5 Hodnocení domén DDS

Tabulka 14 – Hodnoty distresu související s diabetem

Domény	DDS	Intepers. distres	Emoční distres	Distres z režimu	Distres z lékaře
Průměr	1,49	1,30	1,74	1,73	1,09
SD	± 0,44	± 0,52	± 0,74	± 0,64	± 0,32
Min.	1,00	1	1	1	1
Max.	2,82	3,6	4,2	4,2	3,75

Komentář: Dotazník Diabetes Distress Scale obsahuje celkem čtyři domény. Jedná se o domény: interpersonální distres, emoční distres, distres z režimu a distres způsobený lékařem. Domény obsahují položky, na které respondent odpovídá na 6bodové škále. Čím vyšší skóre, tím větší je míra úzkosti. Jestliže v jednotlivých subškálách či celkové skóre přesahuje ≥ 2 je považováno za klinicky významné a je za potřebí oslovit psychologa. Průměrné skóre všech čtyř domén je 1,49.

Doména č. 1 se zabývá interpersonální tísní. Tato část obsahuje tři položky, kdy jejich průměrné skóre je 1,30. Minimální získané skóre bylo 1, maximální celkové skóre bylo 3,6.

Doména č. 2 je zaměřena na emoční distres. Doména obsahuje pět položek zaměřených na prožívání diabetu. Průměrné skóre této domény je 1,74. SD je $\pm 0,74$. Minimální skóre bylo získáno 1, maximální 4,2.

Doména č. 3 se zabývá distresem způsobeným režimem a obsahuje pět položek. Průměrné celkové skóre domény dosahuje 1,73. SD této domény je $\pm 0,64$. Minimální získané skóre je 1 a maximální získané skóre je 4,2.

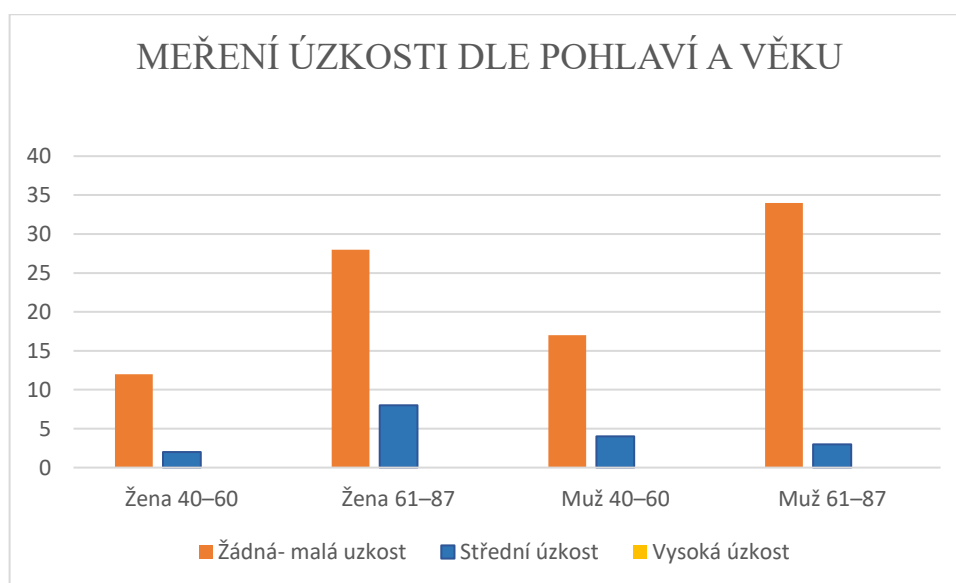
Poslední doména je zaměřena na tíseň způsobenou lékařem. Část obsahuje celkem čtyři položky a jejich průměrné celkové skóre je 1,09. SD je $\pm 0,32$. Minimální získané skóre je 1. Maximální získané skóre je 3,75.

Nejhůře dopadla doména č. 2, kdy otázky byly mířeny na emoční tíseň a pocity při prožívání diabetu.

5.2.6 Celkové hodnocení DDS

Tabulka 15 – Měření škály DDS dle pohlaví a věku

Respondenti, věk	Žádná až malá úzkost	Střední úzkost	Vysoká úzkost
Žena 40–60	12	2	0
Žena 61–87	28	8	0
Muž 40–60	17	4	0
Muž 61–87	34	3	0
CELKEM	91	17	0



Graf 3 – Měření škály DDS dle pohlaví a věku

Komentář: Rozdělení bylo následující: ženy 40–60 let, ženy 61–87 let a muži 40–60 let a muži 61–87 let.

Ženy: U 12 (11,11 %) respondentek mezi 40.–60. rokem byla vypočítána žádná až malá úzkost a dvě (1,85 %) respondentky trpí střední úzkostí. Vysokou úzkostí netrpí žádná respondentka mezi 40.–60. rokem, 28 (25,93 %) žen ve věkovém rozmezí 61–87 netrpí úzkostí, osm (7,41 %) žen trpí střední úzkostí.

Muži: U 17 (15,74 %) respondentů ve věkovém rozmezí 40–60 let byla vyhodnocena žádná až malá úzkost, čtyřem (3,70 %) respondentům byla vypočítána střední úzkost, vysokou úzkostí netrpí žádný zúčastněný respondent. Mužů ve věkovém rozmezí 61–87 bylo celkem 37 (34,26 %); z nich 34 (31,48 %) má žádnou až malou úzkost a tři (2,78 %) respondenti trpí střední úzkostí. Vysokou úzkostí netrpí žádný zúčastněný respondent.

Z výzkumu je patrné, že ženy trpí více úzkostí než muži.

Tabulka 16 – Výsledky škály DDS – absolutní a relativní četnost

Míra úzkosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádná až malá úzkost	90	83,33 %
Střední úzkost	18	16,67 %
Vysoká úzkost	0	0,00 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: Nejčastějším výsledkem vyhodnocené škály Diabetes Distress Scale byla stanovena žádná až malá úzkost u 90 (83,33 %) respondentů, střední úzkost mělo 18 (16,67 %) respondentů obou pohlaví a vysokou úzkostí netrpí žádný zúčastněný respondent. Celkem se výzkumu zúčastnilo 108 (100,00 %) respondentů obou pohlaví ve věkovém rozmezí 40–87 let.

5.3 Třetí část dotazníku

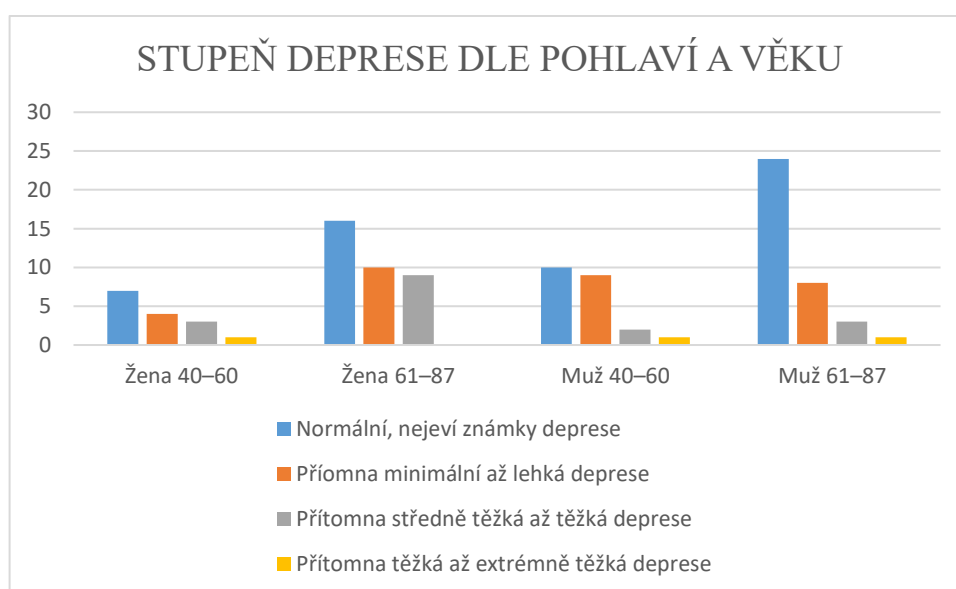
Třetí část dotazníku je zaměřena na sebeohodnocení škály deprese. Každý respondent v dotazníku určuje míru potíží na 4bodové škále. Pro třetí část dotazníku byla vybrána Zung Self-Rating Depression Scale – SDS. Interpretace třetí části dotazníku odpovídá stanovenému cíli č. 2, který zní: Zjistit a zhodnotit míru deprese u osob s diabetem mellitem II. typu.

V tabulce č. 17 a grafu č. 11 jsou výsledky škály Zung Self-Rating Depression Scale – SDS rozdělené dle pohlaví a věku na ženy a muže mezi věkovou kategorií 40–60 a 61–87.

Tabulka č. 18 obsahuje výsledky absolutní a relativní četnosti všech zúčastněných respondentů.

Tabulka 17 – Měření škály SDS dle pohlaví a věku

Respondenti, věk	Normální, nejeví známky deprese	Přítomna minimální až lehká deprese	Přítomna středně těžká až těžká deprese	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese
Žena 40–60	7	4	3	1
Žena 61–87	16	10	9	0
Muž 40–60	10	9	2	1
Muž 61–87	24	8	3	1
Celkem	57	31	17	3



Graf 4 – Měření škály SDS dle pohlaví a věku

Komentář: V tabulce č. 17 a grafu č. 11 jsou uvedeny výsledky míry deprese zaměřené na pohlaví a věk respondentů. Respondenti byli rozděleni na ženy a muže mezi 40.–60. rokem a 61.–87. rokem.

Ženy: Celkový počet žen ve věkové kategorii 40–60 byl 15. Sem (7,56 %) žen nejeví známky deprese, u čtyř (4,32 %) respondentek byla vypočítána minimální až lehká deprese, středně těžkou až těžkou depresí trpí tři (3,24 %) respondentky a jedna (1,08 %) respondentka trpí extrémně těžkou až těžkou depresí. Zbýlých 35 žen bylo ve věkovém rozmezí mezi 61.–87. rokem. Výsledek je následující: 16 (17,28 %) respondentek nejeví známky deprese, u 10 (10,80 %) respondentek byla vypočítána minimální až lehká deprese.

Středně těžká až těžká deprese se vyskytovala u devíti (9,72 %) žen a těžká až extrémně těžká deprese nebyla prokázána u žádné ženy mezi 61–87 lety.

Muži: Výsledky škály Self-Rating Depression Scale u mužů mezi 40.–60. rokem jsou následující: 10 (10,80 %) mužů nejeví známky deprese, minimální až lehkou depresi má devět (9,72 %) respondentů, dva (2,16 %) respondenti trpí středně těžkou až těžkou depresí a jednomu (1,08 %) respondentovi byla vypočítána těžká až extrémně těžká deprese. Z 36 mužů v letech 61–87 je 24 (22,22 %) bez deprese, osmi (7,41 %) respondentům byla prokázána minimální až lehká deprese, středně těžká až těžká deprese byla vypočítána třem (2,78 %) respondentům a pouze jednomu (1,08 %) vyšla dle výsledků těžká až extrémně těžká deprese.

Průměrná hodnota deprese kvantifikovaná SDS indexem byla ve výzkumném vzorku 48,92, směrodatná odchylka 11,89. Maximum bylo 81, minimum 25.

Lze pozorovat, že ženy mají větší náchylnost k depresím než muži.

Tabulka 18 – Výsledky škály SDS – výpočet absolutní a relativní četnosti

Míra deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Normální, nejeví známky deprese	51	47,22 %
Přítomna minimální až lehká deprese	31	28,70 %
Přítomna středně těžká až těžká deprese	17	15,74 %
Přítomna těžká až extrémně těžká deprese	3	2,78 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: Z celkového počtu vybraných respondentů byly výsledky následující: 51 (47,22 %) zúčastněných nejeví známky deprese, 31 (28,70 %) trpí minimální až lehkou depresí, středně těžkou až těžkou depresí má 17 (15,74 %) dotázaných a tři (2,78 %) uchazeči trpí těžkou až extrémně těžkou depresí.

5.4 Čtvrtá část dotazníku

Čtvrtá a poslední část dotazníku je zaměřena na poskytovanou sociální oporu. Pro tuto část byla vybrána standardizovaná škála Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS. Jedná se o sebeposuzovací škálu, která měří poskytovanou sociální oporu. Jedná se

o domény: poskytnutá podpora od rodiny, přátel a blíže nespécifikovaných osob. Výsledek této části dotazníku odpovídá stanovenému dílčímu cíli č. 3. Dílčí cíl č. 3 zní: Zjistit a zhodnotit míru sociální opory u osob s diabetem mellitem II. typu.

Výsledky této části jsou znázorněny pomocí tabulek a grafů s absolutní a relativní četností. Vysoké skóre pro domény sociální opora „rodiči“, „přáteli“ a „blíže nespécifikovanými osobami“ představuje vysokou míru sociální opory.

V tabulce č. 23 a grafu č.12 jsou celkové výsledky měření škály Multidimensional Scale of Perceived Social Support dle věku a pohlaví. Tabulka č. 24 znázorňuje výpočet absolutní a relativní četnosti respondentů dle míry sociální opory.

5.4.1 Doména 1 – Sociální opora blíže nespécifikovanými osobami

Doména č. 1 znázorňuje sociální oporu blíže nespécifikovanými osobami. Jedná se o otázky: 1. – „Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi na blízku.“, 2. – „Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti.“, 5. – „Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti.“, a 10. – „Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem.“

Tabulka 19 – Odpovědi respondentů na oblast „Sociální opora blíže nespécifikovanými osobami“

Sociální opora blíže nespécifikovanými osobami

Položky	Odpovědi													
	Rozhodně nesouhlasím		Nesouhlasím		Spíše nesouhlasím		Nevím		Spíše souhlasím		Souhlasím		Rozhodně souhlasím	
	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ
1.	3	2,78 %	1	0,93 %	1	0,93 %	4	3,70 %	6	5,56 %	40	37,04 %	53	49,07 %
2.	2	1,85 %	1	0,93 %	1	0,93 %	4	3,70 %	8	7,41 %	40	37,04 %	52	48,15 %
5.	2	1,85 %	1	0,93 %	1	0,93 %	2	1,85 %	10	9,26 %	37	34,26 %	55	50,93 %
10.	2	1,85 %	1	0,93 %	1	0,93 %	3	2,78 %	8	7,41 %	40	37,04 %	53	49,07 %

Komentář: V oblasti „Sociální opora blíže nespécifikovanými osobami“ jsou hodnoceny čtyři položky.

Položka č. 1 se táže, zda pro respondenty existuje člověk, který jim je na blízku. Rozhodně nesouhlasím odpověděli tři (2,78 %) respondenti, nesouhlasím zaznačil jeden (0,93 %) respondent a spíše souhlasím označil také jeden (0,93 %) respondent. Nevím odpověděli

čtyři (3,70 %) zúčastnění, šest (5,56 %) respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, souhlasím odpovědělo 40 (37,04 %) respondentů a 53 (49,07 %) odpovědělo, že rozhodně souhlasí.

Položka č. 2 zní: „Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti. Rozhodně nesouhlasím odpověděli dva (1,85 %) zúčastnění, nesouhlasím odpověděl pouze jeden (0,93 %) respondent a spíše souhlasím také odpověděl pouze jeden (0,93 %) respondent. Ze 108 (100,00 %) zúčastněných odpověděli čtyři (3,70 %) respondenti „nevím“, spíše souhlasím zaznačilo osm (7,41 %) respondentů, souhlasím odpovědělo 40 (37,04 %) respondentů a rozhodně souhlasím odpovědělo 52 (48,15 %) zúčastněných.

Položka č. 5 se ptá, zda pro respondenty existuje člověk, který je pro ně zdrojem radosti a spokojenosti. Rozhodně nesouhlasím odpověděli dva (1,85 %) respondenti. Jeden (0,93 %) respondent uvedl nesouhlasím, spíše nesouhlasím uvedl také jeden (0,93 %) respondent a nevím uvedli dva (1,85 %) respondenti. Spíše souhlasím zaznamenalo 10 (9,26 %) respondentů, 37 (34,26 %) ze 108 (100,00 %) respondentů uvedlo, že souhlasí a rozhodně souhlasí zaznamenalo 55 (50,93 %) respondentů.

U položky č. 10 se dotazujeme, zda pro respondenty existuje člověk, kterému není jedno, jak se cítí. Rozhodně nesouhlasím odpověděli dva (1,85 %) respondenti, jeden (0,93 %) respondent uvedl nesouhlasím, spíše nesouhlasím uvedl také jeden (0,93 %) respondent a nevím uvedli tři (2,78 %) respondenti. Spíše souhlasím zaznamenalo osm (7,41 %) zúčastněných respondentů, odpověď „souhlasím“ uvedlo 40 (37,04 %) respondentů a rozhodně souhlasím uvedlo 53 (49,07 %) respondentů ze 108 (100,00 %).

5.4.2 Doména 2 – Sociální opora poskytovaná rodinou

Doména číslo 2 znázorňuje poskytovanou sociální oporu rodinou. Otázky zní: 3. – „Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat.“, 4. – „Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc.“, 8. – „Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech.“, 11. – „Moje rodina mi při rozhodování pomáhá.“

Tabulka 20 – Odpovědi respondentů na oblast „Poskytovaná sociální opora rodinou“

Sociální opora poskytovaná rodinou

Položky	Odpovědi													
	Rozhodně nesouhlasím		Nesouhlasím		Spíše nesouhlasím		Nevím		Spíše souhlasím		Souhlasím		Rozhodně souhlasím	
	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ
3.	2	1,85 %	0	0,00 %	1	0,93 %	1	0,93 %	8	7,41 %	43	39,81 %	54	50,00 %
4.	2	1,85 %	0	0,00 %	1	0,93 %	2	1,85 %	8	7,41 %	39	36,11 %	56	51,85 %
8.	2	1,85 %	0	0,00 %	1	0,93 %	0	0,00 %	13	12,04 %	36	33,33 %	56	51,85 %
11.	3	2,78 %	0	0,00 %	3	2,78 %	0	0,00 %	14	12,96 %	40	37,04 %	48	44,44 %

Komentář: Doména č. 2 je zaměřena na „Poskytovanou sociální oporu rodinou“, tato doména obsahuje čtyři položky.

Položka č. 3 zní: „Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat“. Rozhodně nesouhlasím uvedli dva (1,85 %) respondenti, nesouhlasím nevedl nikdo, spíše nesouhlasím uvedl pouze jeden (0,93 %) respondent, nevím uvedl také jeden (0,93 %) respondent a spíše souhlasím uvedlo osm (7,41 %) zúčastněných. Odpověď „souhlasím“ zaznamenalo 43 (39,81 %) respondentů a rozhodně souhlasím 54 (50,00 %) respondentů.

Položka č. 4 je zaměřena na citovou podporu a pomoc od rodiny. Rozhodně nesouhlasím odpověděli dva (1,85 %) respondenti, spíše souhlasím uvedl jeden (0,93 %) respondent, nevím zaznamenali dva (1,85 %) respondenti spíše souhlasím uvedlo osm (7,41 %) respondentů, 39 (36,11 %) zúčastněných uvedlo souhlasím a rozhodně souhlasím zaznamenalo 56 (51,85 %) respondentů.

V položce č. 8 se ptáme, zda mohou se svou rodinou hovořit o svých problémech. Rozhodně nesouhlasím uvedli dva (1,85 %) respondenti, spíše nesouhlasím uvedl jeden (0,93 %) respondent, spíše souhlasím uvedlo 13 (12,04 %) respondentů, 36 (33,33 %) zaznamenalo, že souhlasí a odpověď „rozhodně souhlasím“ uvedlo 56 (51,85 %) respondentů.

U položky č. 11 zjišťujeme, zda se respondentům rodina snaží pomáhat při rozhodování. Odpověď „rozhodně nesouhlasím“ uvedli tři (2,78 %) respondenti, spíše nesouhlasím uvedli

také tři (2,78 %) respondenti a 14 (12,96 %) zaznamenalo, že spíše souhlasí. Souhlasím uvedlo 40 (37,04 %) a rozhodně souhlasím 48 (44,44 %) respondentů.

5.4.3 Doména 3 – Poskytovaná sociální opora přáteli

Poslední doména je doména zaměřená na poskytovanou sociální oporu přáteli. Otázky zní: 6. – „Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat.“, 7. – „Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně.“, 9. – „Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti.“, 12. – „O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit.“

Tabulka 21 – Odpovědi respondentů na oblast „Poskytovaná sociální opora přáteli“

Sociální opora poskytovaná přáteli

Položky	Odpovědi													
	Rozhodně nesouhlasím		Nesouhlasím		Spíše nesouhlasím		Nevím		Spíše souhlasím		Souhlasím		Rozhodně souhlasím	
	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ	A Č	RČ
6.	2	1,85 %	0	0,00 %	3	2,78 %	5	4,63 %	20	18,52 %	45	41,67 %	33	30,56 %
7.	2	1,85 %	0	0,00 %	3	2,78 %	5	4,63 %	21	19,44 %	41	37,96 %	36	33,33 %
9.	3	2,78 %	0	0,00 %	4	3,70 %	5	4,63 %	16	14,81 %	40	37,04 %	40	37,04 %
12.	2	1,85 %	0	0,00 %	3	2,78 %	1	0,93 %	13	12,04 %	44	41,67 %	44	40,74 %

Komentář: V oblasti „Poskytovaná sociální opora přáteli“ jsou hodnoceny čtyři položky.

V položce č. 6 zjišťujeme, zda respondenti mají přátele, kteří se jim skutečně snaží pomáhat. Rozhodně nesouhlasím odpověděli dva (1,85 %) respondenti, spíše nesouhlasím odpověděli tři (2,78 %) respondenti, pět (4,63 %) zaznamenalo odpověď „nevím“, spíše souhlasím uvedlo 20 (18,52 %) respondentů, souhlasím zaznamenalo 45 (41,67 %) respondentů a rozhodně souhlasím odpovědělo 33 (30,56 %) respondentů.

Položka č. 7 zní: „Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně“. Rozhodně nesouhlasím odpověděli dva (1,85 %) respondenti, spíše nesouhlasím odpověděli tři (2,78 %) respondenti, pět (4,63 %) odpověděli nevím, 21 (19,44 %) označilo odpověď „spíše souhlasím“, souhlasím zaznamenalo 41 (37,96 %) a rozhodně souhlasím zaznamenalo 36 (33,33 %) respondentů.

V položce č. 9 se ptáme, zda respondenti mají přátele, se kterými se mohou podělit o své starosti i radosti. Rozhodně nesouhlasím zaznamenali tři (2,78 %) respondenti, spíše

nesouhlasím odpověděli čtyři (3,70 %), pět (4,63 %) odpovědělo nevím, odpověď „spíše souhlasím“ zaznamenalo 16 (14,81 %) respondentů, 40 (37,04 %) označilo odpověď souhlasím a zbylých 40 (37,04 %) respondentů odpověděli rozhodně souhlasím,

U položky č. 12 zjišťujeme, zda si se svými přáteli mohou respondenti pohovořit o svých problémech. Rozhodně nesouhlasím odpověděli dva (1,85 %) respondenti, spíše nesouhlasím zaznamenali tři (2,78 %) respondenti, nevím označil pouze jeden (0,93 %) respondent. Spíše souhlasím zaznamenalo 13 (12,04 %) respondentů, odpověď souhlasím zaznamenalo 45 (41,67 %) zúčastněných a rozhodně souhlasím odpovědělo 44 (40,74 %) respondentů ze 108 (100,00 %).

5.4.4 Hodnocení domén MSPSSS

Tabulka 22 – Hodnoty domén míry deprese

Domény	MSPSS	Opora blíže nespecifik. osobami	Opora rodinou	Opora přáteli
Průměr	72,89	6,22	6,25	5,93
SD	± 12,20	± 1,05	± 1,00	± 1,20
Min.	12	1	1	1
Max.	84	7	7	7

Komentář: Dotazník Multidimensional Scale of Perceived Social Support je standardizovaný dotazník rozdělený do třech domén. Jedná se o domény: poskytovaná sociální opora blíže nespecifikovanými osobami, poskytovaná sociální opora rodinou a přáteli. Dotazník obsahuje 12 položek, na které respondenti odpovídali na 7bodové Likertově stupnici. Celkové hodnocení dotazníku MSPSS je následující: 12–35 bodů značí nízkou sociální oporu, 36–60 bodů značí střední sociální oporu a 61–84 odpovídá vysoké sociální opoře. Hodnocení jednotlivých domén má následující bodování: od 1–2,9 je považováno za nízkou sociální oporu, 3–5 značí střední sociální oporu a 5,1–7 odpovídá vysoké sociální opoře. Průměrné celkové skóre je 72,89. SD je ± 12,20.

Doména č. 1 zabývá sociální oporou poskytovanou blíže nespecifikovanými osobami. Tato doména obsahuje celkem čtyři položky. Průměrné skóre dimenze je 6,22. SD je ± 1,05. Maximální získané skóre bylo 7 a minimální 1.

Doména č. 2 je zaměřena na sociální oporu poskytovanou rodinou. Tato část obsahuje celkem čtyři položky. Průměrné získané skóre je 6,25. SD je $\pm 1,00$. Maximální získané skóre je 7 a minimální 1.

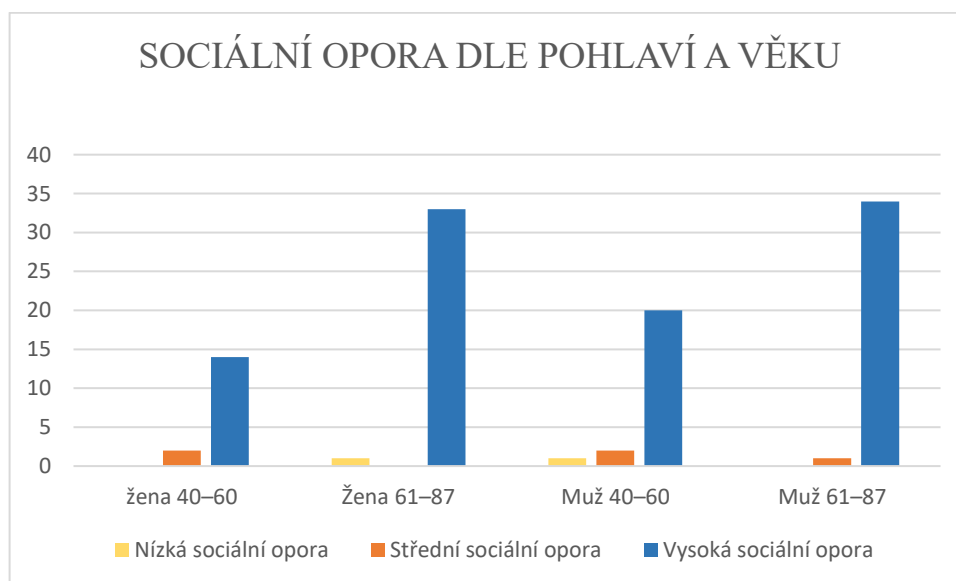
Doména č. 3 se zabývá poskytovanou sociální oporou přáteli. Průměrné skóre této domény je 5,93. SD je $\pm 1,20$. Maximální získané skóre bylo 7 a minimální skóre bylo 1.

Průměrná nejnižší získaná sociální opora je opora od přátel. Nejvýše získaná průměrná hodnota je sociální opora poskytovaná rodinou.

5.4.5 Celkové hodnocení MSPSS

Tabulka 23 – Měření škály MSPSS dle pohlaví a věku

Respondenti, věk	Nízká sociální opora	Střední sociální opora	Vysoká sociální opora
Žena 40–60	0	2	14
Žena 61–87	1	0	33
Muž 40–60	1	2	20
Muž 61–87	0	1	34
CELKEM	2	5	101



Graf 5 – Měření škály MSPSS dle pohlaví a věku

Komentář: V tabulce č. 23 a grafu č. 12 jsou uvedeny výsledky sociální opory zaměřené na pohlaví a věk respondentů. Respondenti byli rozděleni na ženy a muže mezi 40.–60. rokem a 61.–87. rokem.

Ženy: 14 (15,12 %) respondentek ve věku 40–60 let má vysokou sociální oporu. Střední sociální oporu mají pouze dvě (2,16 %) respondentky, nízkou sociální oporu nemá žádná žena. Ženy ve věkovém rozmezí 61–87 let odpověděly následovně: jedna (1,08 %) respondentka má nízkou sociální oporu, zbytek 33 (35,64 %) respondentek má vysokou sociální oporu.

Muži: 20 (21,60 %) mužů ve věku 40–60 let odpovědělo, že mají vysokou sociální oporu, střední sociální oporu mají dva (2,16 %) respondenti a nízkou sociální oporu má jeden (1,08 %) respondent. Muži ve věkovém rozmezí 61–87 se sebeposuzovali: nízkou sociální oporu nemá žádný respondent, střední sociální oporu má pouze jeden (1,08 %) respondent a zbylých 34 (36,72 %) mužů má vysokou sociální oporu.

Ze 108 (100,00 %) respondentů lze zjistit, že menší procento mužů má nižší sociální oporu než ženy.

Tabulka 24 – Výsledky škály MSPSS – výpočet absolutní a relativní četnosti

Druhy sociální opory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nízká sociální opora	2	1,85 %
Střední sociální opora	5	4,63 %
Vysoká sociální opora	101	93,52 %
CELKEM	108	100,00 %

Komentář: V tabulce č. 24 lze pozorovat, že z celkového počtu respondentů, má vysokou sociální oporu 101 (93,52 %) zúčastněných. Střední sociální oporu má pouze pět (4,63 %) respondentů z celkového počtu 108 (100,00 %). Dva (1,85 %) respondenti mají nízkou sociální oporu.

DISKUZE

V odborné literatuře se uvádí, že pacienti s diabetem mellitem mají 2krát vyšší riziko sklonu k depresím než lidé bez diabetu mellitu. Diabetes mellitus je považován za jedno nejnáročnějších chronických onemocnění, která vytvářejí mnoho náročných situací. Již existuje mnoho studií na toto téma. Například anglický článek s názvem: „Psychosocial aspects of diabetes mellitus.“ Z českých studií se jedná o článek „Potřebují pacienti trpící diabetem mellitem psychosociální pomoc?“, kde se lze dočíst, že nedostatečná kontrola diabetu mellitu či slabá sociální opora prudce zhoršuje kvalitu života, psychické zdraví a vyvolává depresivní poruchy (Kinzlerová, 2008; Young and Unachukwu, 2012).

V naší práci jsme se zaměřili na psychosociální aspekty u diabetu mellitus II. typu. Celkem se výzkumu zúčastnilo 108 respondentů ve věku od 40 do 87 let, kteří byli následně rozděleni do dvou věkových kategorií a pohlaví. Zúčastnění respondenti docházejí do diabetických ambulancí v Kroměříži, Holešově a ve Zlíně. Jednalo se o 50 žen a 58 mužů. Všichni dotazovaní vyplnili dotazník se zaměřením na psychosociální stres, míru deprese a míru sociální opory. Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou dotazníku složeného z tří standardizovaných dotazníků (škála Diabetes Distress Scale, Zung Self-Rating Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support) a z položek vlastní konstrukce zaměřených na zjištění základních zdravotních a sociodemografických údajů.

Pro srovnání byla vybrána studie s názvem „Psychosocial aspects of diabetes mellitus“. Nejznámější světová mezinárodní organizace DAWNStady zkoumala psychosociální aspekty u osob s diabetem mellitem. Studie se celkem zúčastnilo 5 000 diabetiku a 3 000 lékařů zaměřujících se na diabetes ze 13 zemí. Výsledky studie prokázaly že až 49 % zúčastněných trpí psychickou poruchou a pouze 10 % navštěvuje psychologa. Odborníci se shodli, že psychické problémy ovlivňují sebekpěči pacientů s diabetem mellitem. Studie také zjistila, že důležitým faktorem pro zlepšení sebekpěče je psychická podpora od rodiny či přátel (Young, Unachukwu, 2012).

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a zhodnotit psychosociální aspekty u osob s diabetem mellitem II. typu se zaměřením na psychosociální stres, míru deprese a míru sociální opory.

K tomuto hlavnímu cíli byly definovány tři dílčí cíle.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit a zhodnotit psychosociální stres u osob s diabetem mellitem II. typu.

K tomuto dílčímu cíli se vztahuje standardizovaná škála Diabetes Distress Scale. Dotazník obsahuje 17 položek, které zachycují čtyři domény: interpersonální tíseň, emoční zátěž, režimová tíseň a tíseň způsobená lékařem. Všechny položky jsou hodnoceny na 6bodové Likertově škále. Čím vyšší skóre, tím větší je míra úzkosti. Jestliže v jednotlivých subškálách či celkové skóre přesahuje ≥ 2 je považováno za klinicky významné a je zapotřebí oslovit psychologa.

Pro srovnání výsledků byla zvolena bakalářská práce vydána v roce 2014 s názvem „Psychosociální faktory zvládání diabetes mellitus“ od autorky Bc. Renaty Pelcákové.

Doména č. 1 se zabývá interpersonální tísní. Průměrné skóre je 1,30. Pelcáková vyhodnotila v této oblasti průměrné skóre 2,30, tedy vyšší než v našem souboru. Doména č. 2 je zaměřena na emoční distres. Průměrné skóre této domény je 1,74. Pelcáková vyhodnotila průměrné skóre domény č. 2 na 2,51, tedy vyšší než v našem výzkumu. Doména č. 3 se zabývá distresem způsobeným režimem. Průměrné celkové skóre domény dosahuje 1,73. Pelcáková vyhodnotila průměrné skóre 2,56, což je vyšší než v našem výzkumu. Poslední doména je zaměřená na tíseň způsobenou lékařem. Její průměrné celkové skóre je 1,09. Pelcáková zjistila skóre této domény 1,82. Tedy vyšší, než je v našem šetření.

Tabulka 25 – Porovnání domén DDS s Pelcákovou (2014)

Domény	Naše šetření	Šetření Pelcákové (2014)
Celkové skóre	1,49	2,32
Interpersonální distres	1,30	2,30
Emoční distres	1,74	2,51
Distres způsobený režimem	1,73	2,56
Distres způsobený lékařem	1,09	1,82

Průměrné skóre všech domén je 1,49. Nejhuře dopadla doména č. 2, kdy otázky byly mířeny na emoční tíseň a pocity při prožívání diabetu.

Z celkového výsledku jsme zjistili, že ze 108 (100,00 %) zúčastněných respondentů trpí více úzkostí ženy než muži.

Ve vztahu k dílčímu cíli č. 1 jsme zjišťovali, jaké byly pocity při zjištění tohoto chronického onemocnění. Až 67 % odpovídalo, že pocity byly hrozné, strašné, nic moc, k pláči a otřesné. Necelých 14 % uvedlo, že měli pocity velmi smíšené a 19 % respondentů uvedlo, že neměli pocity žádné.

Dále jsme zjišťovali, zda je onemocnění ovlivnilo finančně a ve výběru povolání. Finanční omezení uvedlo pouze 23 (21,00 %) respondentů, zbylí respondenti uvedli, že je onemocnění finančně neomezuje. Výběr povolání ovlivnilo pouze 14 (13,00 %) respondentů, 94 (87,00 %) respondentů uvedlo, že je onemocnění při volbě povolání ničím neovlivnilo.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit a zhodnotit míru deprese u osob s diabetem mellitem II. typu.

K tomuto cíli se vztahuje standardizovaná škála Zung Self-Rating Depression Scale. Jedná se o sebeposuzovací škálu míry deprese. SDS obsahuje 20 položek, které jsou rozděleny v 10 případech pozitivně a v 10 případech negativně. Na otázky respondenti odpovídali na 4bodové stupnici.

Z celkového počtu respondentů 108 (100,00 %) nejeví známky deprese 51 (47,22 %) respondentů, 31 (28,70 %) trpí minimální až lehkou depresí, středně těžkou až těžkou depresí má 17 (15,74 %) respondentů a tři (2,78 %) respondenti mají těžkou až extrémně těžkou depresi.

Průměrná hodnota deprese kvantifikovaná SDS indexem byla 48,92. Z výzkumu jsme zjistili, že ženy mají větší sklon k depresím než muži.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit a zhodnotit míru sociální opory u osob s diabetem mellitem II. typu.

V dílčím cíli č. 3 jsme zjišťovali, jakou mají zúčastnění respondenti poskytovanou sociální oporu okolím, rodinou a přáteli. Pro tento cíl byl zvolen standardizovaný dotazník Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Škála obsahuje celek 12 položek, které se měří na sedmibodové stupnici, kdy platí: 1 – velmi silně nesouhlasím a 7 – velmi silně souhlasím. Čím vyšší celkové skóre, tím vyšší sociální opora. Pro hodnocení subškál platí: od 1 do 2,9 je považováno za nízkou sociální oporu, skóre 3–5 lze považovat za střední oporu a od 5,1–7 je považováno za vysokou sociální oporu.

Doména č. 1 za zabývá sociální oporou poskytovanou blíže nespecifikovanými osobami. Průměrné skóre dimenze je 6,22. Doména č. 2 je zaměřena na sociální oporu poskytovanou

rodinou. Průměrné získané skóre je 6,25. Doména č. 3 se zabývá poskytovanou sociální oporou přáteli. Průměrné skóre této domény je 5,93. Průměrné celkové skóre je 72,89. Nejvyšší získaná průměrná hodnota je sociální opora poskytovaná rodinou. Průměrná nejnižší získaná sociální opora je opora od přátel.

Z odpovědí 108 (100,00 %) respondentů z našeho výzkumu lze zjistit, že muži mají nižší sociální oporu než ženy.

Ve vztahu k dílčímu cíli č. 3 jsme zjišťovali, zda respondenti navštěvují nějaké diabetické skupiny, kde by mohli probrat své starosti a komplikace spojené s diabetem. Závěry prokázaly, že z celkem 108 (100,00 %) respondentů navštěvují diabetickou skupinu pouze dva (2,16 %) respondenti.

Všechny tři dílčí cíle byly splněny.

Doporučení pro praxi

Dle analýzy výsledků vyplývá, že pacienti s diabetem mellitem II. typu mají větší sklon k depresím a úzkostem. Na základě tohoto šetření je doporučováno, aby škály byly užívány rutinně ve všech diabetologických ambulancích, díky nimž lékaři zjistí míru deprese a úzkosti svých pacientů.

Jedná se například o škálu Diabetes Distress Scale, která zachycuje čtyři domény: interpersonální tíseň, emoční zátěž, režimová tíseň a tíseň způsobená lékařem. Všechny položky jsou hodnoceny na 6bodové Likertově škále. Platí že, čím vyšší skóre, tím větší je míra úzkosti. Jestliže v jednotlivých subškálách či celkové skóre přesahuje ≥ 2 je za potřebí oslovit psychologa a doporučit podpůrné skupiny, kde by mohli pacienti probrat své starosti spojené s diabetem mellitem.

V rámci bakalářské práce vznikl leták s názvem „Podpora a pomoc diabetikům“, který je uložen v přílohách. Leták obsahuje názvy podpůrných skupin, internetových stránek, telefonické pomoci a facebookových skupin.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na psychosociální aspekty diabetu mellitu II. typu. Teoretická část obsahuje samotný diabetes mellitus II. typu, psychosociální aspekty, které s diabetem mellitem souvisejí a hodnoticí škály psychosociálních aspektů.

Praktická část je zaměřena na zjištění a zhodnocení psychosociálních aspektů u osob s diabetem mellitem II. typu se zaměřením na psychosociální stres, míru deprese a míru sociální opory. Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou dotazníku složeného ze tří standardizovaných dotazníků (škála Diabetes Distres Scale, Zung Self-rating Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support) a z položek vlastní konstrukce zaměřených na zjištění základních zdravotních a sociodemografických údajů.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a zhodnotit psychosociální aspekty u osob s diabetem mellitem II. typu se zaměřením na psychosociální stres, míru deprese a míru sociální opory. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 108 (100,00 %) respondentů z toho 58 (54,00 %) mužů a 50 (46,00 %) žen. Respondenti byli ve věkovém rozmezí od 40 do 87 let.

K tomuto hlavnímu cíli byly definovány tři dílčí cíle.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit a zhodnotit psychosociální stres u osob s diabetem mellitem II. typu.

Pro zjištění tohoto cíle byla zvolena standardizovaná škála Diabetes Distress Scale, která je rozdělena do čtyř domén. Jedná se o domény: interpersonální tíseň, emoční zátěž, režimová tíseň a tíseň způsobená lékařem. Nejhůře dopadla doména č. 2, kdy otázky byly mířeny na emoční tíseň a pocity při prožívání diabetu.

Z celkového výsledku jsme zjistili, že ze 108 (100,00 %) zúčastněných respondentů trpí více úzkostí ženy než muži.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit a zhodnotit míru deprese u osob s diabetem mellitem II. typu.

K tomuto cíli se vztahuje standardizovaná škála Zung Self-Rating Depression Scale. Tato standardizovaná škála je určena pouze k popisu deprese. Průměrná hodnota deprese kvantifikovaná SDS indexem byla 48,92. Z výzkumu jsme zjistili, že ženy mají větší sklon k depresím než muži.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit a zhodnotit míru sociální opory u osob s diabetem mellitem II. typu.

V dílčím cíli č. 3 jsme zjišťovali, jakou mají zúčastnění respondenti poskytovanou sociální oporu okolím, rodinou a přáteli. Pro tento cíl byl zvolen standardizovaný dotazník Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Průměrné celkové skóre je 72,89. Nejvyšší získaná průměrná hodnota je sociální opora poskytovaná rodinou. Průměrná nejnižší získaná sociální opora je opora od přátel.

Z výzkumu jsme zjistili, že muži mají nižší sociální oporu než ženy.

Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali a zhodnocovali psychosociální aspekty u osob s diabetem mellitem II. typu se zaměřením na psychosociální stres, míru deprese a míru sociální opory. Všechny tři dílčí cíle byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BROŽ, Jan. *Léčba inzulinem*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-440.
- ČEŠKA, Richard, ŠTULC, Tomáš, Vladimír TESAŘ a Milan LUKÁŠ, ed. *Interna*. 3., aktualizované vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2020. ISBN 978-80-7553-782-9.
- CONNOR, K. M. a J. R. T. DAVIDSON. Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003, 18(1), 76–82.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HALUZÍK, Martin a kol., 2013. *Praktická léčba diabetu*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2880-6.
- HONZÁK, Radkin. Deprese, depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-85824-95-7.
- HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE. *Sociální psychologie 1*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-092-5.
- JIRKOVSKÁ, Alexandra a Vladimíra HAVLOVÁ V. *Dietní léčba diabetu. Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3246-9.
- KAREN, Igor a Štěpán SVAČINA. *Diabetes mellitus: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2020*. Druhé, aktualizované vydání. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2020. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-16-3.
- KAREN, Igor a Štěpán SVAČINA. *Diabetes mellitus v primární péči*. 2., rozš. vyd. Praha: Axonite CZ, 2014, Asclepius. ISBN 978-80-904899-8-1.
- KUDLOVÁ, P. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5367-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

- LESLIE, R. David. *Diabetes: clinician's desk reference*. London: Manson Publishing, 2013. ISBN 9781840761580.
- LEVY, Daniel. *Practical diabetes care*. Fourth edition. Hoboken: Wiley Blackwell, 2018. ISBN 9781119052241.
- MAREŠ, Jiří et al. 2001. *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Hradec Králové: Nucleus. ISBN 80-86225-19-4.
- MATOULEK, Martin a Martina DAŇKOVÁ. Dieta u diabetu 2. typu. In ZLATOHLÁVEK, Lukáš et al. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, 2016. ISBN 978-80-88129-03-5.
- NOVOTNÝ, Jan Sebastian. *Zdroje resilience a problémy s přizpůsobením u dospívajících*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2015. ISBN 9788074647000.
- OLŠOVSKÝ, Jindřich. *Diabetes mellitus 2. typu: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-558-3.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché. ISBN 9788024756462.
- PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ, 2018. *Praktická diabetologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-559-0.
- PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Diabetes mellitus v kostce: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, 2012. Současná diabetologie. ISBN 9788073453039.
- RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1671-8
- RYBKA, Jaroslav a kol. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1612-7.
- ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

Odborné články

- CAMPBELL-SILLS, Laura & Murray B. STEIN (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019–1028.

FERNANDES, Gabriela; António AMARAL and João. VARAJÃO. Wagnild and Youngs's resilience scale validation for IS students. *Procedia Computer Science*, 2018, 138: 815–822.

FRIEDECKÝ, Bedřich a kol., *Diabetes mellitus-laboratorní diagnostika a sledování stavu pacientů [online]*. [cit. 2021-12-20]. *Klin. Biochem. Metab*, 2012, 20.2: 97–107. Dostupné z: <http://stara.cskb.cz/res/file/KBM-pdf/2012/2012-2/DM-dop-2012.pdf>

JIRKOVSKÁ, Alexandra a kol., 2016. *Doporučený postup pro prevenci, diagnostiku a terapii syndromu diabetické nohy [online]*. Česká diabetologická společnost, 23 [cit. 2021-11-15]. Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_diab_noha.pdf

KOŽENÝ, Jiří a Lýdie TIŠANSKÁ (2003). *Dotazník sociální opory – MOS: Vnitřní struktura nástroje*. *Československá psychologie*, 47(2), 135–143.

KRPOUN, Zdeněk, Sociální opora – shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti – nadané děti, In *E-psychologie, elektronický časopis ČMPS*, 2012, 6(1) [online] [cit: 2022-03-15]. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>

KUDLOVÁ, Pavla, Monika HYNČICOVÁ a Ilona KOČVAROVÁ. Perception of Resilience and Social Support of Adolescents and Young Adults with Ulcerous Colitis-research Performed at 5 Gastroenterological Outpatient Wards in the Czech Republic. In: *2nd International Conference on Health and Health Psychology (ICH&HPSY)*. Future Academy, 2016.

MENNELLA, Hillary D. A.-B. (2017) 'Depression Assessment: Using the Zung Depression Scale', *CINAHL Nursing Guide*. Edited by R. P. F. Pravikoff D. Available at: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T903355&site=eds-live> [Accessed: 24 April 2022]

PRO LÉKAŘE. Diagnóza diabetická úzkost aneb Když cukrovka člověka psychicky zdolává. *Pro Lékaře [online]*. Praha: MeDitorial, 2018 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/tema/moderni-lecba-diabetu/detail/diagnoza-diabeticka-uzkost-anebkdyz-cukrovka-cloveka-psychicky-zdolava-8478>

RIEGEL, Karel Dobroslav a Jana LUPÍNKOVÁ. (2019). Škála diabetického distresu. Retrieved March 20, 2022, Dostupné z: https://behavioraldiabetes.org/xwp/wp-content/uploads/2019/01/DDS1.1_CZ_final.pdf

SHERBOURNE, Cathy Donald and Anita L. STEWART. The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 1991, 32.6: 705–714.

SCHMIDT, Carl Bernhard et al. Systematic review and meta-analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes-distress. *Diabetic Medicine*, 2018, 35.9: 1157–1172. DOI: 10.1111/dme.13709

SOLAŘ, Svatopluk. 2011. C-peptid–od diagnózy ke klinice. *Interní medicína pro praxi [online]*, Solen, 13 (12), 481–486. [cit. 2021-26-11] Dostupné z: <http://internimedica.cz/pdfs/int/2011/12/05.pdf>

ŠKRHA, Jan, Terezie PELIKÁNOVÁ, Martin PRÁZNÝ a Milan KVAPIL. Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu. In *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa [online]*. Praha: MeDitorial, 2020. [cit. 2021-11-27]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/standardy>.

YOUNG, E. E. and C. N. UNACHUKWU. Psychosocial aspects of diabetes mellitus. *African Journal of Diabetes Medicine Vol*, 2012, 20.1.

ZIMET, Gregory D. et al. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.

Závěrečná práce

PELCÁKOVÁ, Renáta. *Psychosociální faktory zvládnání diabetes mellitus [online]*. Brno, 2014 [cit. 2022-05-16]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1fehvx/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AČ	Absolutní četnost
Cca	Cirka
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
DM	Diabetes mellitus
DDS	Diabetes Distress Scale
GI	Glykemický index
HbA1	Glykovaný hemoglobin
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
MOS	Mos Social Support Survey
NYHA	New York Heart Association
Oggt	Orální glukozový toleranční test
RČ	Relativní četnost
RS	Resilience scale
SDS	Zung Self-Rating Depression Scale
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Pohlaví respondentů	38
Graf 4 – Zjištění diabetu mellitu.....	41
Graf 10 – Měření škály DDS dle pohlaví a věku.....	50
Graf 11 – Měření škály SDS dle pohlaví a věku	52
Graf 12 – Měření škály MSPSS dle pohlaví a věku	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů.....	38
Tabulka 2 – Věk respondentů	39
Tabulka 3 – Délka onemocnění	40
Tabulka 4 – Zjištění diabetu mellitu	40
Tabulka 5 – Pocity při zjištění	41
Tabulka 6 – Ovlivnění stravy.....	42
Tabulka 7 – Finanční omezení.....	42
Tabulka 8 – Ovlivnění při volbě povolání	43
Tabulka 9 – Navštívení skupiny	43
Tabulka 10 – Odpovědi respondentů na oblast „interpersonální tíseň“	44
Tabulka 11 – Odpovědi respondentů na oblast „emoční zátěž“	45
Tabulka 12 – Odpovědi respondentů na oblast „Režimová tíseň“	47
Tabulka 13 – Odpovědi respondentů na oblast „tíseň způsobená lékařem“	48
Tabulka 14 – Hodnoty distresu související s diabetem.....	49
Tabulka 15 – Měření škály DDS dle pohlaví a věku	50
Tabulka 16 – Výsledky škály DDS – absolutní a relativní četnost	51
Tabulka 17 – Měření škály SDS dle pohlaví a věku.....	52
Tabulka 18 – Výsledky škály SDS – výpočet absolutní a relativní četnosti	53
Tabulka 19 – Odpovědi respondentů na oblast „Sociální opora blíže nespecifikovanými osobami“	54
Tabulka 20 – Odpovědi respondentů na oblast „Poskytovaná sociální opora rodinou“	56
Tabulka 21 – Odpovědi respondentů na oblast „Poskytovaná sociální opora přáteli“	57
Tabulka 22 – Hodnoty domén míry deprese.....	58
Tabulka 23 – Měření škály MSPSS dle pohlaví a věku	59
Tabulka 24 – Výsledky škály MSPSS – výpočet absolutní a relativní četnosti	60
Tabulka 25 – Porovnání domén DDS s Pelcákovou (2014).....	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P III: leták „Podpora a pomoc diabetikům“

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Harásková, jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati, oboru Všeobecná sestra. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce na téma Psychosociální aspekty nemocných trpících diabetem mellitem II. typu. Hlavním cílem dotazníků je zjištění a zhodnocení psychosociálních aspektů u osob s diabetem mellitem.

Obracím se na Vás s prosbou a žádám o anonymní vyplnění dotazníku, který se skládá ze čtyř částí. První část obsahuje otázky mířené přímo na Vaši osobu a onemocnění. Druhá část je zaměřená na potenciaální problémy, které Vás stresují či obtěžují u tohoto onemocnění, třetí část se týká měření stupňů deprese. Poslední část se zaměřuje na sociální oporu.

Prosím, ať vyplní dotazník pouze ti, kterým byl diagnostikován diabetes mellitus II. typu.

Děkujeme Vám za ochotu a spolupráci.

Veronika Harásková, obor Všeobecná sestra UTB, PhDr. Pavla Kudlová, PhD., vedoucí práce

1. Část

Prosím svou odpověď zakroužkujte, nebo vypište...

1. Jaké je Vaše pohlaví?	Žena	Muž
2. Jaký je Váš věk?...		
3. Jak dlouho trpíte onemocněním?...		
4. Jak jste poznal/a že máte diabetes?...		
5. Jaké byly pocity při zjištění diagnózy?...		
6. Museli jste rasantně upravit Vaši stravu vzhledem k zjištěnému onemocnění?	Ano	Ne
7. Omezuje Vás diabetes mellitus finančně?	Ano	Ne
8. Ovlivnilo Vás onemocnění při volbě povolání?	Ano	Ne
9. Navštěvujete nějakou diabetickou skupinu?	Ano	Ne
10. Případně odpovědi Ano u otázky č. 9 – jakou?...		

2. Část

Prosím, přečtěte si pečlivě každou otázku a odpovězte na ní na stupnici od 1-6. Svou odpověď zakroužkujte.

	Není to problém	Mírný problém	Střední problém	Docela vážný problém	Vážný problém	Velmi vážný problém
1. Mám pocit, že mi diabetes každý den bere příliš duševní i tělesné energie.	1	2	3	4	5	6
2. Mám pocit, že můj lékař neví dost o diabetu a jeho léčbě.	1	2	3	4	5	6
3. Nevěřím ve svou schopnost zvládat diabetes v každodenním životě.	1	2	3	4	5	6
4. Cítím vztek, strach a/nebo depresi, když přemýšlím nad životem s diabetem.	1	2	3	4	5	6
5. Mám pocit, že mi můj lékař nedává dostatečně jasné instrukce, jak diabetes zvládat.	1	2	3	4	5	6
6. Mám pocit, že si nedělám dostatečně často test krevního cukru	1	2	3	4	5	6
7. Mám pocit, že ať dělám, co dělám, skončím se závažnými dlouhodobými komplikacemi.	1	2	3	4	5	6
8. Mám pocit, že často selhávám v dodržování diabetického režimu.	1	2	3	4	5	6
9. Při zvládání diabetu necítím dostatečnou podporu od přátel nebo rodiny (např. plánují aktivity, které se kříží s mým rozvrhem, nabádají mě, abych jedl/a nevhodná jídla).	1	2	3	4	5	6
10. Mám pocit, že mi diabetes řídí život.	1	2	3	4	5	6
11. Mám pocit, že můj lékař nebere mé obavy spojené s diabetem dostatečně vážně.	1	2	3	4	5	6
12. Mám pocit, že nejsem dostatečně důsledný/á v dodržování správného jídelníčku.	1	2	3	4	5	6
13. Od přátel nebo rodiny necítím dostatečné docenění toho, jak náročný život s diabetem může být.	1	2	3	4	5	6
14. Cítím se zahlcený/á nároky, které na mě život s diabetem	1	2	3	4	5	6

klade.						
15. Mám pocit, že nemám lékaře, na kterého se mohu v souvislosti se svým diabetem obracet dostatečně pravidelně.	1	2	3	4	5	6
16. Necítím se motivovaný/á ke zvládnutí diabetu.	1	2	3	4	5	6
17. Mám pocit, že mi přátelé nebo rodina neposkytují emoční podporu, jakou bych si přál/a.	1	2	3	4	5	6

3. část

Prosím, přečtěte si pečlivě každou otázku a odpovězte na ni. Svou odpověď zakroužkujte.

	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často
1. Jsem smutný, skleslý, sklíčený	1	2	3	4
2. Nejlépe se cítím ráno	4	3	2	1
3. Bývá mi do pláče nebo dokonce pláču	1	2	3	4
4. V noci špatně spím	1	2	3	4
5. Mám stejnou chuť k jídlu a jím jako dříve	4	3	2	1
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi činí potěšení jako dříve	4	3	2	1
7. Všiml/a jsem si, že ubývám na váze	1	2	3	4
8. Mám potíže se zácpou	1	2	3	4
9. Mívám rychlý tep nebo bušení srdce	1	2	3	4
10. Jsem unavený/á bez zjevné příčiny	1	2	3	4
11. Moje myšlení je jasné jako vždy dříve	4	3	2	1
12. Všechny obvyklé činnosti zvládám bez problémů	4	3	2	1
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu	1	2	3	4
14. Do budoucna nahlížím s nadějí	4	3	2	1
15. Bývám podrážděný/á	1	2	3	4
16. Není pro mě problém rozhodnout se	4	3	2	1
17. Cítím, že jsem užitečný/á a potřebný/á	4	3	2	1
18. Cítím, že žiji naplno	4	3	2	1
19. Mám pocit, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych tu nebyl/a	1	2	3	4
20. Těší mě stejné věci tak jako dříve	4	3	2	1


4. část

Prosím, přečtěte si pečlivě každou otázku a odpovězte na ni. Svou odpověď zakroužkujte.

	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nevím	Spíše souhlasím	souhlasím	Rozhodně souhlasím
1. Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi na blízku.	1	2	3	4	5	6	7
2. Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti.	1	2	3	4	5	6	7
3. Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc.	1	2	3	4	5	6	7
5. Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti.	1	2	3	4	5	6	7
6. Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat.	1	2	3	4	5	6	7
7. Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátelé opřít a spolehnout se na ně.	1	2	3	4	5	6	7
8. Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti.	1	2	3	4	5	6	7
10. Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem.	1	2	3	4	5	6	7
11. Moje rodina mi při rozhodování pomáhá.	1	2	3	4	5	6	7
12. O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit.	1	2	3	4	5	6	7


Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

PŘÍLOHA P II: 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 dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i empirická část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Veronika Harásková	
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekty nemocných s diabetem mellitem II. typu	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.	
 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s diabetes mellitus II. typu	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
DIAMEDICA s.r.o.	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 16.3.22.....

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
ení

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i empirická část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Veronika Harásková		
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekty nemocných s diabetem mellitem II. typu		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.		
	podpis		
Skupina respondentů	Pacienti s diabetes mellitus II. typu		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	/
Diahaza s.r.o.	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 16.3.22

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
ní

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i empirická část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Veronika Harásková	
Téma bakalářské práce	Psychosociální aspekty nemocných s diabetem mellitem II. typu	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD.	
 podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s diabetes mellitus II. typu	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Pod
Dia Zlín s.r.o.	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 16. 3. 2022

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PODPORA A POMOC DIABETIKŮM

Podpůrné skupiny

✎ DIAKTIV

- Sdružuje pacienty s aktivním přístupem k léčbě
- Realizace edukačních pobytových projektů
- Motivace k aktivnímu přístupu k léčbě

✎ Diakar

- Pro osoby s diabetem mellitem a kardiovaskulárním onemocněním
- Předání základních informací
- Pořádání preventivních a vzdělávacích akcí
- Poskytování poradenství
- Podílení se na zlepšování podmínek pro pacienty (dostupnost léčby)

✎ Svaz diabetiků

- Informační a poradenský servis
- Pomoc se začleněním do společenského života
- Sociální a aktivizační programy
- Rekondiční pobyty

Internetové stránky

📄 nepanikar.eu

- Nalezení kontaktů na odborníky, kde dokážou pomoci
- Poskytování první rychlé psychologické pomoci
- Lze nalézt pomoc i skrze e-mail

📄 diab.cz

- Aktivity – diabetologické dny
- Akce – skupinové edukace, informační vzdělání
- Odkazy na odborné časopisy, instituce
- Odkazy na diabetologická centra
- Aktuality

Telefonické pomoci

Kontakty na odborníky, kteří mohou pomoci

☎ 116 123 (nonstop)

- Linka první psychické pomoci

☎ 731 197 477 (nonstop)

- Modrá linka

Časopisy

📖 DIASyl

- Pro diabetiky, rodinné příslušníky a lékařskou veřejnost
- Informace o zdravotní péči
- Recepty
- Zdravý způsob života
- Inspirace pro cvičení

Facebookové skupiny

📘 DIABETICI (a ich rodina, kamarati, priatelia....) POMOZME SI NAVZAJOM

- Edukace
- Pravidelné informace o novinkách
- Vzájemná podpora a rady

📘 Diabetes mellitus 1. typ pro ČR a SR

- Sdružuje české i slovenské diabetiky
- Možnost vyjádřit se
- Členy jsou i lékaři, sestry a obchodní zástupci firem s kompenzačními pomůckami
- Členové se navzájem podporují, pořádají srazy
- Sdílení životních příběhů

📘 CUKROVKA

- Šíření pravdivých informací o diabetu
- Popis běžného života s diabetem
- Edukace diabetiků
- Informace týkající se toho, na jaké kompenzační pomůcky mají diabetici platný nárok

* Leták vznikl v rámci bakalářské práce na téma: Psychosociální aspekty nemocných s diabetem mellitem II. typu

Autor: Veronika Harásková, studentka SP Všeobecné ošetrovatelství. Vedoucí práce: PhDr. Pavla Kudlová, PhD.

* Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, 2022