

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Psychosociální problémy nemocných s diabetes mellitus

Lucie Čížková

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Lucie Čížková
Osobní číslo: H10252
Studijní program: B6107 Humanitní studia
Studijní obor: Humanitní studia
Název tématu: Psychosociální problémy nemocných s diabetes mellitus
Zadávací katedra: Katedra věd o výchově

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cílem této práce je popsat psychosociální problémy nemocných s diabetes mellitus a život s tímto onemocněním. V teoretické části bude uvedena charakteristika, příčiny, léčba a komplikace diabetu. Dále se práce bude zabývat tím, jak toto onemocnění ovlivňuje kvalitu života diabetika. Praktická část bude zjišťovat psychosociální aspekty nemocných od dětského věku po dospělost. Bude použit kvalitativní výzkum a jako metoda sběru dat bude zvolen polostrukturovaný rozhovor. V případové studii budou interpretovány výsledky výzkumu.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

ANDĚL, Michal. Život s cukrovkou. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-087-2.

LEBL, Jan, Štěpánka PRŮHOVÁ a kol. Abeceda diabetu: příručka pro děti, mladé dospělé a jejich rodiče. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-022-4.

PELIKÁNOVÁ, Terezie, Vladimír BARTOŠ a kol. Praktická diabetologie. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-244-5.

RYBKA, Jaroslav a kol. Diabetologie pro sestry. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1612-7.

VÁVROVÁ, Helena. Dítě s diabetes mellitus v ambulanci praktického dětského lékaře. Praha: Geum, 2002. ISBN 80-86256-26-X.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jana Křišťálová

Katedra věd o výchově

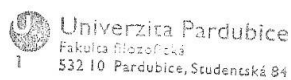
Datum zadání bakalářské práce: **28. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2013**

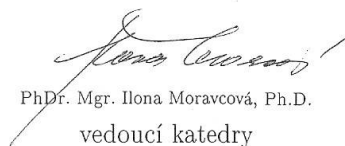


prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.

děkan



L.S.



PhDr. Mgr. Ilona Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. října 2012

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 22.3.2013

Lucie Čížková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Janě Kříšťálové za odborné vedení mé bakalářské práce, za pomoc, trpělivost a cenné rady při jejím zpracování. Dále děkuji všem účastníkům výzkumu za spolupráci při výzkumném šetření a také děkuji rodině a příteli za podporu během studia.

ANOTACE

Tato práce je zaměřena na psychosociální problémy nemocných s diabetes mellitus. Popisuje život s tímto onemocněním. Pozornost je věnována historii, druhům, léčbě, komplikacím a psychosociálním problémům diabetu. Je založena na studiu odborné literatury a zpracování kvalitativního výzkumu. Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Diabetes mellitus, inzulín, glykémie

TITTLE

Psychosocial Problems of the Patients with Diabetes Mellitus

ANNOTATION

This work is focussed to psychosocial problems of the patients with diabetes mellitus. The attention is paid to history, types, therapy, complications and psychosocial problems of diabetes mellitus. It is based on the studies of specialized literature and on processing of qualitative researching investigation. The research was realized using semi-structured interview.

KEYWORDS

Diabetes mellitus, insulin, glycemia

OBSAH

ÚVOD	9
1 Historie diabetes mellitus	10
2 Typy diabetu	11
2.1 Diabets mellitus 1. typu	11
2.2 Diabets mellitus 2. typu	11
2.3 Gestační (těhotenský) diabetes	11
3 Léčba diabetu	12
3.1 Inzulín	12
3.1.1 Uchovávání inzulínu	13
3.1.2 Aplikace inzulínu	13
3.2 Diabetická dieta	14
3.2.1 Výměnné jednotky	15
3.2.2 Jídelní plán	15
3.2.3 Tekutiny	16
3.2.4 Dia výrobky	17
3.2.5 Náhradní sladidla	17
3.3 Fyzická aktivita	17
4 Kontrola diabetu	20
5 Komplikace diabetu	21
5.1 Akutní komplikace	21
5.1.1 Hypoglykémie	21
5.1.2 Hyperglykémie	22
5.2 Pozdní komplikace	22
5.2.1 Diabetická retinopatie	23
5.2.2 Diabetická nefropatie	24
5.2.3 Diabetická neuropatie	25
5.2.4 Diabetická noha	25
6 Psychosociální problematika diabetu	26
6.1 Sdělení diagnózy	27
6.2 Psychologické problémy	28
6.3 Psychopatologické stavy	29

6.4	Diabetické dítě	29
6.5	Diabetik v zaměstnání.....	30
6.6	Řízení motorových vozidel.....	31
6.7	Volba sportu.....	32
7	Kvalitativní výzkum	34
7.1	Metodologie	34
7.2	Metoda sběru dat.....	34
7.3	Výzkumný vzorek.....	34
7.4	Analýza dat	34
7.5	Cíl výzkumu.....	35
7.6	Výzkumné otázky	35
7.7	Případové studie.....	35
7.7.1	Pan P.	35
7.7.2	Slečna J.	38
7.7.3	Pan O.....	41
7.7.4	Slečna D.....	43
7.7.5	Pan V.....	45
7.8	Odpovědi na výzkumné otázky.....	46
7.9	Závěr výzkumné části	46
7.10	Diskuse.....	47
	Závěr	48
	Literatura a použité zdroje	49
	Přílohy.....	51

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala psychosociální problémy nemocných s diabetes mellitus. Tento výběr nebyl náhodný. V mých devíti letech tato nemoc vstoupila do mého života a provází mě již třináct let. Od té doby, co se u mě cukrovka objevila, se snažím o této nemoci zjistit co nejvíce informací, které jsem využila v této bakalářské práci. Díky této práci se mé znalosti o diabetu ještě více rozšířily.

Diabetes mellitus je onemocnění, které nemocného doprovází po celý život. Nelze jej vyléčit, ale je možné ho dobře kompenzovat.

Cukrovka neobnáší pouze aplikaci inzulínu a dodržování diabetické diety. Je třeba si uvědomit, na co všechno má vliv, co všechno ohrožuje a jaký má dopad na nemocného i jeho okolí.

V bakalářské práci se chci zaměřit na to, jak cukrovka ovlivňuje život diabetiků, zda se cítí svou nemocí omezení a nakolik jsou tato omezení závažná. V celé práci uvádím co nejméně odborných výrazů, aby byla snadno pochopitelná pro laiky, především z okolí nemocného cukrovkou.

Všichni lidé, kteří nemají cukrovku, by měli mít alespoň základní informace o této nemoci, aby mohli v případě, že se v jejich blízkosti objeví diabetik, u kterého nastane hypoglykémie, odpovídajícím způsobem pomoci.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První, teoretická část je členěna na šest kapitol, ve kterých se věnuji historii diabetu, typům diabetu, jeho léčbě, jeho kontrole, komplikacím diabetu a také jeho psychosociální problematice. Druhá, výzkumná část bakalářské práce obsahuje případové studie diabetiků. Pro výzkumnou část jsem zvolila kvalitativní výzkum, v rámci kterého jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Na základě pěti polostrukturovaných rozhovorů jsem zpracovala případové studie a snažila jsem se zodpovědět předem stanovené výzkumné otázky.

1 Historie diabetes mellitus

„Cukrovka je nemocí, která je známá již od starověku, od počátku vzniku medicíny. Okolo roku 1500 před naším letopočtem nacházíme ve Starém Egyptě první zmínky o nemoci, která se projevuje velkým močením a žízní. Název diabetes (což se dá přeložit jako „protékat“) pochází ze starého Řecka, kdy popis choroby projevující se žízní a velkým množstvím moči, která může vést k smrti pacienta, odpovídá dnešní definici cukrovky“ (Kohout, Pavlíčková, 2001, s. 24). V roce 1921 získali Frederick Banting a Charles Best ze slinivky břišní psa látku snižující hladinu cukru v krvi. Toto odhalení mělo velký vliv na život osob s diabetem (Bělobrádková, Brázdová, 2006). „Objevitelům byla udělena Nobelova cena za medicínu. A inzulín za uplynulých více než osmdesát let zachránil život milionům dětí i dospělých na celém světě“ (Lebl, Průhová a kol., 2004, s. 9).

2 Typy diabetu

2.1 Diabets mellitus 1. typu

Dle Brázdové (2006) vznik této nemoci probíhá skrytě několik týdnů, či dokonce i let. Onemocnění se vyznačuje naprostým nedostatkem inzulínu. „Diabetes I. typu byl dlouho pojímán zejména jako onemocnění dětí a mladých lidí. Nyní víme, že se vyskytuje v každém věku, není výjimkou u vyloženě starých lidí“ (Anděl, 1996, s. 13). Dle Kohouta a Pavlíčkové (2001) cukrovka I. typu vzniká převážně do 30. roku věku, nejčastěji kolem 12 – 14 let, a to s bouřlivými příznaky jako jsou žízeň, výrazný úbytek váhy nebo také dokonce bezvědomí a úplné vyčerpání organismu a dehydratace. Tento typ cukrovky je způsoben absolutním nedostatkem inzulínu, který je zapříčiněn zničením beta buněk v Langerhansových ostrůvcích slinivky břišní, které inzulín vyrábějí.

2.2 Diabets mellitus 2. typu

„Diabetes 2. typu vzniká většinou po 40. roce věku a vedle vrozené náchylnosti podporují jeho vznik nadváha, nedostatek pohybu a duševní stresy. Základním léčebným opatřením u diabetiků 2. typu je redukce hmotnosti a správná diabetická dieta. Část těchto diabetiků je léčena tabletami a část vyžaduje podávání inzulínu“ (Jirkovská a kol., 1999, s. 18). Dle Anděla (1996) jsou tímto typem o něco častěji postiženy ženy než muži.

2.3 Gestační (těhotenský) diabetes

Podle Anděla (1996) se tento typ cukrovky objevuje v průběhu druhé poloviny těhotenství. Obvykle po porodu zmizí. Je však jisté, že u jedné třetiny žen se objeví opět zanedlouho po porodu, nebo dokonce vůbec nezmizí. U druhé třetiny žen se objeví diabetes druhého typu do dvaceti let po porodu. U poslední třetiny se již neobjeví vůbec. Gestační diabetes vzniká častěji u žen, které mají velký nárůst tělesné hmotnosti.

3 Léčba diabetu

„Život člověka s diabetem by měl být plnohodnotný, srovnatelný s životem zdravého člověka. Komplexní léčbu a celou životosprávu je třeba upravit tak, aby vyhovovala potřebám onemocnění a vycházela maximálně vstříc nemocnému a jeho zájmům“ (Bělobrádková, Brázdová, 2006, s. 27).

3.1 Inzulín

Dle Americké diabetické společnosti (1997) je inzulín hormon, který slouží k pronikání glukózy, neboli cukru, do tělesných buněk. Buňky z glukózy získávají potřebnou energii. Inzulín se vytváří ve slinivce břišní, neboli pankreatu. U nemocných cukrovkou I. typu slinivka přestala inzulín vyrábět, nebo ho vyrábí pouze v nedostatečném množství, a proto je nutné jej do těla dodávat. U nemocných cukrovkou II. typu slinivka sice inzulín stále vyrábí, ale ne však v dostačujícím množství, nebo má tělo velké potíže s jeho zpracováním. Proto jsou nemocní nuceni užívat antidiabetické tablety nebo si píchat inzulín.

„Objev inzulínu znamenal pro nemocné s diabetem I. typu zásadní změnu v prognóze dosud smrtelného onemocnění. Pacienti umírali do několika týdnů až měsíců po diagnóze onemocnění. Původní používané preparáty měly krátký několikahodinový účinek. Ve 30. letech probíhaly již rozsáhlé výzkumné práce při výrobě inzulínu s prodlouženým účinkem“ (Brázdová, 2006, s. 40).

Rozlišují se dva různé zdroje inzulínu: zvířata a bakterie. Zvířecí inzulín, který byl poprvé použit v roce 1922, se v menší míře vyrábí dosud. Avšak výroba tohoto druhu inzulínu z jatečních zvířat (prasat a krav) přinášela nepříznivé aspekty. První obavou bylo, zda při stoupajícím počtu nemocných diabetem budou slinivky z jatečních zvířat stačit stoupající potřebě inzulínu. Druhý problém byl, že ačkoli vepřový i hovězí inzulín je u člověka dobře účinný, přece jen se svojí skladbou trochu liší od inzulínu, který se tvoří v lidském pankreatu. Oba tyto problémy byly však vyřešeny získáváním inzulínu pomocí bakterií v laboratoři. Po několikadenním procesu vzniká pravý lidský (tzv. humánní) inzulín, který je ještě čistější, než většina inzulínu vyráběného ze zvířecích pankreatů. Takový inzulín je shodný s inzulínem, který vyrábí lidské tělo (Lebl, Průhová a kol., 2004).

Inzulíny se také rozlišují podle doby působení. Pelikánová, Bartoš a kol. (2011) uvádějí, že inzulínové přípravky rozlišujeme podle rychlosti nástupu účinku, vrcholu působení a trvání účinku. Ultrakrátce působící inzulíny je možné aplikovat těsně před jídlem

či po jídle a umožňují přizpůsobit velikost dávky množství jídla (např. při společenské události, kdy diabetik předem neví, co bude jíst). U středně dlouho působících inzulínů účinek nastupuje za 1-2 hodiny po aplikaci a trvá 12-24 hodin. Dlouho působící inzulíny účinkují obvykle déle než 24 hodin.

3.1.1 Uchovávání inzulínu

„Na rozdíl od tabletek a prášků je inzulín lék vyžadující větší pozornost, co se týče skladování a manipulace. Inzulín je látka bílkovinné povahy. Je tedy citlivý na přítomnost nejrůznějších vnějších vlivů a nesprávné zacházení s inzulínem může negativně ovlivnit jeho funkci“ (Picková, 2012, [online]).

Inzulín se skladuje při teplotě +2 až +8 °C. Načatou lahvičku lze uchovávat při pokojové teplotě (tedy 20-25°C) až několik týdnů. Avšak při tomto uchovávání inzulín pomalu ztrácí svou účinnost. Inzulín nesmí zmrznout a nesmí být vystavován slunečnímu záření a extrémním teplotám. Některé druhy inzulínu je nutné před aplikací promíchat, avšak ne zbytečným natřásáním. Promíchání by mělo probíhat pouze pomalým otáčením lahvičky.

3.1.2 Aplikace inzulínu

Inzulín se aplikuje do paží, břicha, stehen a hýždí. V každé z těchto oblastí se vstřebává jinak. Nejrychleji se vstřebává z břicha a paží. Inzulín není vhodné píchat do bolestivého nebo oteklého místa. Inzulín se aplikuje několikrát denně, obvykle před nebo po jídle.

„Dezinfekce před vpichem není nutná, pokud nemocný dodržuje hygienická pravidla. Inzulíny v bombičkách mívají příměs dezinfekčních prostředků. Inzulín je možné aplikovat plastovými injekčními stříkačkami, inzulínovými dávkovači či inzulínovou pumpou“ (Pelikánová, Bartoš a kol., 2011, s. 245). Dávkovače inzulínu (inzulínová pera) jsou určeny k jednorázovému nebo opakovanému použití. Tyto dávkovače může nemocný nosit neustále při sobě. Do inzulínových dávkovačů se používají tzv. cartridge, které jsou předplněné. Manipulace s inzulínovým perem je velmi jednoduchá a poskytuje nemocným velké pohodlí při aplikaci inzulínu. Použití pera je velmi snadné. Stačí pouze vložit zásobník do dávkovače a nasadit jehličku, ze které je potřeba odstříknout vzduch. Dávku inzulínu si diabetik nastaví otáčením koncové části pera. Po nastavení požadované dávky už stačí pouze stlačit píst a poté je inzulín aplikován (Pelikánová, Bartoš a kol., 2011). Inzulín lze také aplikovat inzulínovou pumpou. Brázdová (2006) inzulínové pumpy popisuje jako malé přístroje, které jsou

vybaveny řadou bezpečnostních prvků a pohybem pístu, který dává inzulin a je řízen mikroprocesorem. Uvádí také, že při této léčbě jsou na diabetika kladeny velké nároky a jedním z nejdůležitějších faktorů je osobnost nemocného. Inzulínovou pumpou je možné docílit výborné kompenzace diabetu u diabetiků, u kterých jiné léčebné režimy selhaly. Avšak léčba inzulínovou pumpou není úspěšná u neukázněných diabetiků. Tato léčba není vhodná také pro nespolehlivé diabetiky, psychicky nemocné nebo pro podezřelé z užívání návykových látek.

Ať už si diabetik aplikuje inzulin pomocí inzulínového pera nebo je mu inzulin aplikován pomocí inzulínové pumpy, téměř není omezen v běžném životě. Avšak inzulínovou pumpu musí diabetik nosit stále při sobě, což pro něho může být poněkud nekomfortní.

3.2 Diabetická dieta

Diabetická dieta patří mezi základní léčebné prostředky. „Výběr, odpovídající zdravé skladbě jídelníčku, je složitý proces respektující nejen individuální potřeby, ale i chutě nemocného. Současný trend v dietní léčbě diabetu je výrazně volnější než v minulosti, přesto však je kladen důraz na správnou kvantitativní a kvalitativní hodnotu vybraných potravin. Další hlavní zásadou správného stravování je pravidelnost a častější a menší dávky jídla“ (Brázdová, 2000, s. 50). Rybka a kol. se o diabetické dietě vyjadřuje jako o jednom ze základních léčebných opatření cukrovky. Druh a frekvence stravy jednoznačně ovlivňují glykémii (hladinu cukru v krvi) diabetika. Dieta by měla mít nízký obsah tuků, cukrů a soli. „Doporučení přijatá Českou diabetologickou společností v roce 1992 a platná v současné době se shodují s pravidly racionální výživy. Speciální diabetická dieta neexistuje. Nemocný diabetem se může a má stravovat jako nediabetik“ (Pelikánová, Bartoš, 1996, s. 36). Pelikánová a Bartoš (1996) stanovují tři cíle dietní léčby:

- **obecné** – dieta má splňovat požadavky na výživu a zajistit zdravý růst a vývoj;
- **léčebné** – pomáhá udržovat normální glykémii a snižuje riziko hypoglykémie (pokles hladiny krevního cukru) a hyperglykémie (těmto komplikacím se budu věnovat v kapitole 5.1);
- **preventivní** – pomáhá dosáhnout a udržovat optimální tělesnou hmotnost a krevní tlak.

3.2.1 Výměnné jednotky

Podle Lebla a kol. (2004) se jedná o umělý pojem, který má diabetikům usnadnit přemýšlení o dietě. „Výměnná jednotka představuje takové množství jídla, které ovlivní glykémii přibližně stejně, ať se do těla dostane v podobě chleba, hranolků, pomeranče, čokolády nebo smaženého řízku“ (Lebl a kol., 2005, s. 67). Brázdová a kol. (2000) uvádí, že výměnná jednotka obsahuje 12 gramů sacharidů, avšak dodává, že v některé literatuře se pro jednu výměnnou jednotku užívá 10 gramů sacharidů. Tuto informaci doplňuje tím, že v konečném výpočtu není tento rozdíl důležitý. Pokud potraviny obsahují stejný počet výměnných jednotek, je možné je mezi sebou zaměňovat, aniž by se musela výrazně měnit potřebná dávka inzulínu. Na počátku nemoci by si měl diabetik danou potravinu několikrát zvážit, aby měl přesnější odhad požadovaného množství. Jirkovská a kol. (1999) uvádí několik zásad, které je vhodné dodržovat:

- zaměňovat potraviny, a to zejména kvůli rozdílnému obsahu živin;
- jedna porce by měla obsahovat maximálně 7 výměnných jednotek;
- výměnné jednotky se lze naučit odhadnout pomocí jednoduchých měř jako je např. lžice, velikost kusu, část talíře apod.

3.2.2 Jídelní plán

Lebl a kol. (2004) se jídelnímu plánu ve své knize věnuje podrobně. Uvádí, že každý diabetik má svůj vlastní, individuální jídelní plán, který zahrnuje rozpis výměnných jednotek na celý den. Jídelní plán by si měl každý diabetik sestavit sám, ale samozřejmě je možné jej konzultovat s lékařem. Při jeho prvním sestavování by měl diabetik vycházet z množství výměnných jednotek jídla, které jedl před vznikem cukrovky. Množství výměnných jednotek je nutné upravit v případě přibývání na váze. Celkový počet všech výměnných jednotek na den se rozdělí do šesti jídel. Je nutné zohlednit, kolik výměnných jednotek připadne na jednotlivé pokrmy, které chce diabetik jíst pravidelně (např. kolik jich má být v ovoci, mléce apod.). Jídelní plán by měl být vyvážený. Není předepsáno, kolik výměnných jednotek má obsahovat snídaně, oběd nebo večeře. Diabetik by měl jíst tak, jak byl zvyklý před vznikem diabetu. Avšak měl by dbát na větší pravidelnost v jídle. V jídelním plánu by měly být započítány 2 až 3 výměnné jednotky na druhou večeři. Měla by zde být naplánována také malá dopolední i odpolední svačina. O tom, v kolik hodin by se jednotlivá jídla měla jíst, by měl pomoci rozhodnout lékař, a to podle toho, jaký inzulínový program člověk

s cukrovkou má. Jsou však zásady, které by vždy měly platit. Interval mezi hlavními jídly by neměl být méně než 4 hodiny a více než 7 hodin. Svačiny by se měly jíst přibližně za 2 až 3 hodiny po hlavních jídlech a druhá večeře těsně před spaním.

Pelikánová a Bartoš (1996) doporučují dietní strategii, která je určena diabetikům bez ohledu na typ onemocnění:

- diabetici by měli jíst přiměřené množství potravin, aby si udrželi nebo upravili tělesnou hmotnost;
- měli by jíst pravidelně a potrava by měla být rozložena do 5 a více porcí denně;
- hlavní složkou stravy by měly být potraviny rostlinného původu, které obsahují vysoký obsah složených sacharidů a vlákniny (rýže, brambory, luštěniny, obiloviny), společně se třemi až čtyřmi kusy ovoce a také by neměla chybět zelenina;
- je třeba naučit se volit vhodné potraviny z hlediska obsahu nasycených tuků a vlákniny.

3.2.3 Tekutiny

Jak uvádí Škrha a kol. (2009), nejvhodnější nápoj pro diabetiky je kvalitní voda. Doporučuje se minimálně 1,5 litru denně. U neslazených minerálek je potřeba střídat druhy. Káva a silný čaj se doporučují maximálně 2-3 šálky denně. Pivo a mléko je nutné brát jako potraviny a je potřeba je zohlednit při stanovení dávky inzulínu. Podle Jirkovské a kol. (1999) je dostatek tekutin důležitý zejména v období zhoršení cukrovky, kdy dochází k odvodnění v důsledku častějšího močení. Avšak diabetici se selháváním funkce ledvin a s většími otoky by měli příjem tekutin omezovat. Nápoje obsahující cukr (např. coca-cola, sladký čaj apod.) jsou vhodné k úpravě hypoglykémie.

Alkohol není diabetikům zakázán. Avšak pití alkoholu nemocným může způsobit rizika, která uvádí Jirkovská a kol. (1999):

- alkohol nalačno může způsobit hypoglykémii;
- při hypoglykémii nemusí být účinná injekce glukagonu, který je nejspolehlivější pomocí při těžké hypoglykémii;
- požitý alkohol může příznaky hypoglykémie zastřít, jelikož se podobají příznakům opilosti.

Dle Lebla a kol. (2004) každý druh alkoholického nápoje působí na glykémii jinak. Samotný alkohol glykémii snižuje. Avšak alkoholické nápoje mohou glykémii také zvyšovat, a to díky sacharidům, které v nich mohou být přítomny. Všechny alkoholické nápoje působí na glykémii jinak a všechny v ní způsobují výkyv. Z tohoto důvodu je vhodné, aby člověk s diabetem konzumaci alkoholu omezil pouze na výjimečné příležitosti.

3.2.4 Dia výrobky

Speciální potraviny, jak uvádí Pelikánová, Bartoš a kol. (2011), nejsou v diabetické dietě nezbytné. Většina „dia“ výrobků obsahuje mnoho tuků a energie. Pokud jsou tyto výrobky vyrobeny z mouky a jsou slazeny náhradním sladidlem (např. sušenky, oplatky apod.), obsahují cukr ve formě škrobu. Diabetik by měl respektovat obsah energie a sacharidů v potravíně a započítat je do svého dietního příjmu. Také by neměl překročit maximální dávku náhradních sladidel, která jsou v dia výrobcích obsažena. Ačkoli se jedná o výrobky pro diabetiky, rozhodně to neznamená, že mohou být konzumovány v neomezeném množství. Tyto výrobky bývají velmi často ekonomicky náročnější. „Návyk na diabetické výrobky vede velmi často k přejídání a může tak vést ke zhoršení kompenzace onemocnění“ (Brázdová a kol., 2000, s. 51).

3.2.5 Náhradní sladidla

Dle Škrhy a kol. (2009) lze sladkou chuť nahradit nejlépe ovocem. Kohout a Pavlíčková (2001) upozorňují na to, že některým diabetikům je z psychologického hlediska nutné ponechat sladkou chuť jídla, která je nahrazena umělými sladidly. Náhradní sladidla se dle Jirkovské a kol. (1999) dělí na kalorická a nekalorická. Denní dávka kalorických sladidel (např. sorbit, fruktóza) by neměla překročit 25-30 g. V případě vyšší dávky se mohou objevit zažívací obtíže. Nekalorická sladidla (např. sacharin, aspartam, sucralosa) jsou rozšířenější, a to nejen mezi diabetiky, ale také mezi obézními lidmi.

3.3 Fyzická aktivita

Pelikánová, Bartoš a kol. (2011) uvádí, že fyzická aktivita zlepšuje kompenzaci diabetu, příznivě ovlivňuje krevní tlak, snižuje podíl tělesného tuku, má pozitivní vliv na pohybový aparát a psychický stav diabetika. Je tedy další nedílnou součástí léčby diabetu. Podle Brázdové a kol. (2000) patří fyzická aktivita spolu s dodržováním dietního opatření mezi základní stavební kameny režimu každého diabetika. Na každého člověka s cukrovkou

by se mělo pohlížet individuálně a brát ohled na jeho věk, váhu, pracovní zařazení, komplikace diabetu i jiná onemocnění.

Brázdová a kol. (2000) upozorňuje, že u diabetu 1. typu je nutné při zvýšené fyzické zátěži snížit dávku inzulínu nebo zvýšit dávku jídla. „Příznivý vliv cvičení na psychiku vede k celkové relaxaci, zlepšení sebehodnocení i větší spokojenosti“ (Jirkovská a kol., 1999, s. 105).

Bělobrádková a Brázdová (2006) rozlišují 2 typy fyzické zátěže:

- krátkodobá, kdy tělo využívá glukózy bez další potřeby inzulínu;
- dlouhodobá, vytrvalostní, kdy se zvyšuje účinnost inzulínu a snižuje se jeho potřeba.

Jirkovská a kol. (1999) uvádí několik rad pro úpravy režimu při fyzické aktivitě pro diabetiky léčené inzulínem:

- před fyzickou zátěží, ať už velkou či malou, je nutné snížit obvyklou dávku inzulínu o 25-50 %, někdy je nezbytné upravit stejným způsobem i dávku inzulínu po zátěži;
- pokud má diabetik před fyzickou aktivitou glykémii od 5 do 10 mmol/l a bude vykonávat těžší fyzickou zátěž, měl by sníst navíc 20-40 g sacharidů, což odpovídá zhruba svačině;
- pokud má však diabetik glykémii 10-15 mmol/l, měl by jíst pouze před velkou fyzickou zátěží nebo počkat, až se glykémie vlivem cvičení sníží;
- pokud diabetik cvičí déle (více než 60 minut), bude pravděpodobně muset průběžně doplnit sacharidy, a to v závislosti na glykémii;
- inzulín by si měl nemocný aplikovat do místa, které není cvičením příliš zatíženo.

U cukrovky 2. typu jsou pozitivní přínosy fyzické aktivity jednoznačné a snadno prokazatelné, a to proto, že těmto nemocným většinou nehrozí hypoglykémie. Fyzická aktivita je nejsilnější prevencí proti vzniku diabetu 2. typu. Brázdová a kol. (2000) píše, že fyzická aktivita je nejdůležitější právě při léčbě diabetu 2. typu a společně s dietou může oddálit nebo zredukovat potřebu inzulínové terapie v průběhu onemocnění.

Jirkovská a kol. (1999) uvádí následující doporučení pro diabetiky neléčené inzulínem:

- u tohoto typu cukrovky cvičení obvykle nezpůsobuje hypoglykémii, a proto obvykle není potřeba jíst navíc sacharidy, zejména pokud chce diabetik zhubnout;
- pokud chce diabetik zredukovat svou hmotnost, je vhodné cvičení kombinovat s dietou;
- v případě, že se při cvičení nebo po něm u diabetika objeví hypoglykémie, měl by se se svým lékařem poradit o snížení dávek léků;
- diabetik s diabetem 2. typu by měl cvičit až po poradě se svým lékařem o celkovém zdravotním stavu;
- diabetik by neměl zapomínat dostatečně doplňovat tekutiny.

Pravidla při sportu, která jsou stanovena Bělobrádkovou a Brázdovou (2006):

- cvičení je vhodné plánovat 1-2 hodiny po aplikaci inzulínu a hlavním jídle;
- snížit dávku inzulínu před cvičením;
- diabetik by si měl vyšetřit glykémii, a to před cvičením, v jeho průběhu i po něm;
- není vhodné sportovat při špatné kompenzaci nebo při velmi nízké glykémii;
- diabetik by si měl zvýšit dávku sacharidů v průběhu zátěže, a to o 10-20 g za každých 30 minut;
- nikdy by neměl diabetik sportovat sám z důvodu rizika těžké hypoglykémie.

Fyzické aktivitě, zejména sportu, se budu věnovat v kapitole 6.7.

4 Kontrola diabetu

Nedílnou součástí kontroly diabetu je samostatná kontrola čili selfmonitoring, což je měření hladiny cukru v krvi (glykémie) diabetika doma. Selfmonitoring pomáhá sledovat diabetikovo zdraví a zvýšit efektivnost léčby. Díky samostatné kontrole se diabetik může vyhnout hypo- a hyperglykémii a situacím ohrožující jeho život.

Glykémii by si měl nemocný měřit co nejčastěji. Diabetici léčení inzulínem nebo inzulínovou pumpou by si měli alespoň jednou za deset až čtrnáct dnů měřit velký glykemický profil, při kterém si měří glykémii sedmkrát denně, a to vždy těsně před a 90 minut po hlavních jídlech, před spaním a ve 2.00 až ve 3.00 hodiny v noci. Malý glykemický profil se měří alespoň jednou týdně a glykémie se měří před hlavními jídly a před spaním. Nalačno by glykémie měla být 4-6 mmol/l a 6-7 mmol/l po jídle. Glykémie se měří pomocí malého přístroje tzv. glukometru a testovacích proužků. K odběru krve slouží tzv. autolanceta, která se přiloží k prstu, stiskne se pružina, která „vystřelí“ tenkou jehličku, neboli lancetu. Kapka krve se nanese na testovací proužek a glukometr do několika sekund zobrazí výsledek glykémie.

Ukazatelem dlouhodobé kompenzace je tzv. glykovaný hemoglobin, který se měří přibližně jednou za tři měsíce odběrem krve v laboratoři. Zjišťuje kompenzaci diabetu za předešlých 6-8 týdnů.

Součástí domácí kontroly diabetu, mimo měření glykemií, je také vyšetření cukru v moči pomocí speciálního proužku, který se dle obsahu cukru v moči zabarví a poté se zabarvení proužku porovná s barevnou stupnicí na krabičce.

5 Komplikace diabetu

5.1 Akutní komplikace

5.1.1 Hypoglykémie

Jirkovská a kol. (1999) hypoglykémii popisuje jako pokles hladiny krevního cukru, který se může objevovat nejen při léčbě inzulínem, ale také při léčbě některými perorálními antidiabetiky. Mezi příčiny hypoglykémie patří zpravidla vynechání pravidelného jídla, větší fyzická zátěž nebo vysoká dávka inzulínu. Dle Rybky a kol. (2006) se hypoglykémie objeví vždy při nerovnováze mezi nadbytkem inzulínu a nedostatkem glukózy. Lebl a kol. (2004) uvádí, že hypoglykémie může také někdy nastat brzy po začátku cukrovky, kdy diabetikovy beta-buňky ještě částečně produkují inzulín. Dle Bartoše a Pelikánové (1996) je občasná hypoglykémie u všech diabetiků léčených inzulínem prakticky nevyhnutelná. Výskyt 1-2krát týdně se považuje za běžný a u diabetiků bez dalších chorob nepředstavuje velké nebezpečí. „Hypoglykémie se projevuje únavou, bolestí hlavy, pocením, zrychleným pulsem, pocitem hladu, třesem rukou. Tyto příznaky mohou být kombinovány s psychickými projevy jako je neklid, úzkost či deprese. V pokročilejší fázi hypoglykémie převládají neurologické příznaky, poruchy řeči, vidění, zhoršuje se koordinace pohybu“ (Brázdová a kol., 2000, s. 84). Pelikánová a Bartoš (1996) rozdělují hypoglykémii na lehčí a těžkou. Lehčí hypoglykémii je nemocný schopen zvládnout sám. U těžší hypoglykémie je nezbytná pomoc druhé osoby. Dle Jirkovské a kol. (1999) by při lehčí a střední hypoglykémii měl diabetik sníst stravu, která obsahuje 5-40 g sacharidů, což je např. hroznový cukr, vypít sladký čaj (1-2 hrnky s 2-4 kostkami cukru) nebo ovocný džus (1-4 dl) či coca-colu (1-4 dl), nikdy by však v této situaci neměl pít dia nebo light nápoje. „Při nespolehlivém polykání, kdy hrozí vdechnutí tekutiny, nebo při bezvědomí, by měli zacvičení příbuzní nebo spolupracovníci pomoci diabetikovi v hypoglykémii injekcí glukagonu, případně sladkým gelem, kterým se namaže sliznice úst, nebo zasunutím cukru mezi tvář a zuby. Glukagon je hormon, který zvyšuje glykémii tak, že podporuje tvorbu cukru ze zásob uložených v těle. Glukagon je nejspolehlivější pomocí při těžké hypoglykémii“ (Jirkovská a kol, 1999, s. 103). Dle Jirkovské a kol. (1999) se glukagon aplikuje kamkoli do svalů, a to i přes oblečení a není potřeba se obávat žádných komplikací při dodržení obvyklého postupu. Glukagon může zachránit život nemocného a zamezit jeho zbytečné hospitalizaci. Podle Kodadského (1999) se při těžké hypoglykémii aplikuje také glukóza infuzí do žíly, to však smí provádět vždy pouze lékař. Lebl a kol. (2004)

upozorňuje, že po hypoglykémii je nutné se zamyslet nad tím, proč vlastně vznikla a případně upravit dávky inzulínu.

Hypoglykémie se u každého diabetika projevuje jinak. Je proto důležité, aby každý nemocný diabetem znal možné projevy této komplikace a byl schopen se s nimi sám vypořádat. Také diabetikovo okolí by mělo být seznámeno s jeho nemocí a s možnými komplikacemi, aby mohlo v případě těžké hypoglykémie nemocnému poskytnout potřebnou pomoc. Všichni diabetici léčení inzulínem by při sobě měli stále nosit glukagon a naučit své okolí (zejména rodinu, spolužáky nebo spolupracovníky) s ním pracovat. Také by s sebou měli nosit průkazku diabetika nebo tzv. deník diabetika a samozřejmě několik kostek cukru.

5.1.2 Hyperglykémie

„Za hyperglykémii považujeme každou glykémii nad normální hodnoty, tj. většinou nad 7 mmol/l, avšak příznaky vyvolávají až glykémie podstatně vyšší (nezřídka vyšší než 10-15 mmol/l). Glykémii nad 15-20 mmol/l považujeme za akutně nebezpečnou, protože může vést k většímu odvodnění i rozvoji život ohrožujícího okyselení krve – ketoacidóze. Hyperglykémie se může rozvinout u každého diabetika, vysoké hodnoty bývají častější u diabetiků závislých na inzulínu, jimž nejčastěji hrozí i ketoacidóza“ (Jirkovská a kol., 1999, s. 104). Dle Jirkovské a kol. (1999) jsou častými příčinami hyperglykemií chyby v aplikaci inzulínu, a to pokud si diabetik aplikuje malou dávku nebo ji dokonce vynechá. Inzulín není možné vynechat, a to ani v případech, kdy diabetik nejí. V takovéto situaci je nezbytné upravit dávku podle glykemií. Další z možných příčin hyperglykémie je špatné vstřebávání inzulínu např. do modřin, otoků apod. Vznik hyperglykemií u všech diabetiků je velmi často zapříčiněn dlouho nekontrolovaným diabetem, zejména v období stresových situacích, jiným onemocněním, závažnými chybami v dietě nebo náhlými změnami pravidelného režimu. K příznakům hyperglykémie patří celková únava, slabost a bolest hlavy. Při těžké hyperglykémii se objevuje velká žízeň, sucho v ústech a časté močení, jehož následkem je odvodnění a také suchá a teplá kůže. V případě hyperglykémie by měl diabetik pít dostatek neslazených tekutin a podle potřeby přidat inzulín, pokud se jím léčí.

5.2 Pozdní komplikace

Šindelka (2000) definuje pozdní komplikace jako změny na orgánech a tkáních, které jsou cukrovkou způsobeny po určité době. Hlavní příčinou těchto změn je vysoká hladina krevního cukru (glykémie). Jak uvádí Šindelka (2000), po řadě pozorování se ukázalo, že

pokud má člověk nemocný diabetem dobré hodnoty glykémie a dobrou kompenzaci, pozdní komplikace se u něho objeví později a v menší míře než u nemocného s neuspokojivými hodnotami krevního cukru. Je tedy zřejmé, že je třeba, aby každý diabetik dodržoval doporučená opatření a tím také dosahoval co nejlepší glykémie. Ačkoli samotný diabetes, který je neuspokojivě léčen, nezpůsobuje nemocnému příliš obtíží, jeho pozdní komplikace často zapříčiňují obrovské obtíže a mohou vést až dokonce k úmrtí.

Jirkovská a kol. (1999) uvádí typické komplikace diabetu:

- diabetická nefropatie – postižení ledvin;
- diabetická retinopatie – postižení očí;
- diabetická polyneuropatie – postižení nervů.

Tyto komplikace vznikají na základě změn malých cév (diabetické mikroangiopatie).

Podobně jako Šindelka (2000) popisuje příčiny pozdních komplikací diabetu také Jirkovská a kol. (1999). Jirkovská a kol. považuje za hlavní příčinu mikroangiopatie dlouhodobou neuspokojivou kompenzaci diabetu, a to zejména vyšší glykémie a opakovaně vyšší glykovaný hemoglobin, který patří mezi ukazatele dlouhodobé kompenzace cukrovky. Glykovaný hemoglobin zobrazuje stabilitu cukrovky za posledních 6 až 8 týdnů. Jirkovská a kol. (1999) poukazuje na téměř desetiletou americkou studii DCCT (Diabetes Complication Control Trial), která ukázala přímý vztah mezi glykovaným hemoglobinem a rozvojem diabetických mikroangiopatických komplikací. Při této studii pacienti s diabetem 1. typu a glykovaným hemoglobinem nad 7 % měli mnohem více komplikací než pacienti s glykovaným hemoglobinem pod 7 %. „Dosáhnout hladiny glykovaného hemoglobinu kolem 7 % je často náročnou záležitostí, vyžadující dobrou spolupráci pacienta a zdravotníků a častou samostatnou kontrolu s úpravou léčebného režimu“ (Jirkovská a kol., 1999, s. 129).

5.2.1 Diabetická retinopatie

Dle Brázdové a kol. (2000) patří zraková postižení k nejobávanějším komplikacím cukrovky, jelikož se z nich může vyvinout úplná slepota, která bývá doprovázena krutými bolestmi. „Po deseti letech trvání diabetu 1. typu se objevují známky diabetické retinopatie u 50% pacientů, po dvaceti letech už u 75%“ (Brázdová a kol., 2000, s. 93). Dle Bělobrádkové a Brázdové se u diabetu 2. typu onemocnění objevuje často se zpožděním několika měsíců i let. Diabetická retinopatie je přítomna už ve druhém roce od záchytu cukrovky, a to až ve 20%. Brázdová a kol. (2000) upozorňují, že oční poranění či záněty

mohou průběh onemocnění zhoršovat. Pelikánová a Bartoš (1996) se zmiňují o psychosociálních faktorech poruchy zraku. Poruchy zraku jsou vážným problémem v praktickém životě, léčbě inzulinem, ale také v psychice nemocného. U některých diabetiků mohou vyvolávat stavy úzkosti, depresí a pocit závislosti na okolí, který je oprávněný. Také hrozí nebezpečí úrazů a zlomenin. Ačkoli existují aplikátory inzulinu a glukometry (přístroje měřící glykémii, tedy krevní cukr) pro nevidomé, pro péči o diabetika je nezbytná pomoc jiné osoby, která musí o cukrovce vědět co nejvíce informací.

5.2.2 Diabetická nefropatie

Dle Rybky a kol. (2006) diabetická nefropatie (chronické onemocnění ledvin) postihuje 20-40 % diabetiků. Hlavními rizikovými faktory pro vývoj nefropatie jsou vysoký krevní tlak, kouření, hyperglykémie. Toto onemocnění se častěji objevuje u mužů. Chlup a kol. (2000) uvádí, že nefropatie je nejčastější příčinou chronického selhání ledvin. „Již v roce 1936 zaznamenali Kimmelstiel a Wilson u diabetiků časté onemocnění ledvin. V současné době představuje diabetes nejčastější příčinu nefropatií. Riziko selhání ledvin je u diabetiků 25x vyšší než u zdravé populace“ (Brázdová a kol, 2000, s. 96). Jak uvádí Jirkovská a kol. (1999), v současné době není možné rozvinutou diabetickou nefropatií vyléčit. Proto je velmi důležitá prevence, tedy co možná nejlepší výsledky glykémie. Při začínající nefropatii je důležité dosáhnout hodnoty glykovaného hemoglobinu pod 7,5 %. Mnohdy je třeba inzulinová terapie, pravidelné monitorování glykémie a aplikování více denních dávek inzulinu nebo inzulinová pumpa. Obvykle je nutné snížit příjem bílkovin, avšak toto snížení není dlouhodobě příliš vhodné, protože vede k závažným poruchám výživy. Je proto třeba zahájit léčbu dialýzou nebo transplantací ledviny. V tomto případě je příjem bílkovin opět volný nebo i vyšší. Funkce ledvin může být nahrazena pouze hemodialýzou, peritoneální dialýzou či transplantací ledviny. Při hemodialýze je část krve pumpou odváděna do speciálního zařízení (tzv. dialyzátoru), ve kterém je krev postupně očištěna od toxických a přebytečných látek a vrací se zpět do těla. Tato dialyzační léčba je obvykle prováděna třikrát týdně a trvá čtyři až pět hodin. Při peritoneální dialýze se speciální roztok napouští zavedenou hadičkou do dutiny břišní a vypouští se až po několika hodinách. Tato léčba je méně účinná než hemodialýza. Po zacvičení si ji nemocný může provádět sám doma, což je obrovská výhoda. Nejlepší způsob, jak nahradit funkci ledvin, je transplantace ledviny. Podmínkou je dobrý zdravotní stav diabetika. Nejvhodnější pro transplantaci je ledvina od příbuzného dárce. Pokud není možná transplantace ledviny od příbuzného, je druhou nejvhodnější možností

kombinovaná transplantace ledviny a pankreatu. Avšak transplantace samotného pankreatu se zatím provádí pouze ojediněle.

5.2.3 Diabetická neuropatie

Neexistuje jednoznačný názor na příčinu vzniku neuropatie, tvrdí Rybka a kol. (2006). Mezi potíže patří bolesti, pálení, brnění, mravenčení, pocity chladu, snížená citlivost, svalová slabost, nejistá chůze, zvýšená únava končetin, křeče, otoky atd.

Jirkovská a kol. dělí poruchy nervů při diabetu do dvou skupin:

- periferní neuropatie;
- vegetativní neuropatie.

Periferní neuropatie se projevuje poruchou citlivosti horních a dolních končetin. U horních končetin jsou postižena místa od prstů po zápěstí. U dolních končetin je necitlivost v místech, kam dosahují ponožky. Periferní neuropatie se projevuje mravenčením nebo brněním. Obtíže se dají zmírnit chůzí. Neuropatie však nemusí mít žádné příznaky.

Vegetativní neuropatie může způsobit poruchy srdečního rytmu, pokles krevního tlaku po postavení, snížení vnímání hypoglykémie.

5.2.4 Diabetická noha

„Diabetická noha je syndrom, který zahrnuje patologické změny tkání nohy od nenápadných kožních změn až po těžkou destrukci kostí a kloubů“ (Pelikánová, Bartoš, 1996, s. 157). Dle Pelikánové a Bartoše (1996) je diabetická noha častým důvodem amputací. Toto onemocnění může vážně ohrozit kvalitu života diabetika. Avšak důsledná péče může této komplikaci zabránit. Důležitá je pravidelná prohlídka nohou, kontrola kožních změn, nehtů a prostorů mezi prsty. Neméně významná je také obuv, která by zásadně neměla tlačit. Brázdová a kol. (2000) doporučuje jako prevenci vzniku a rozvoje diabetické nohy hygienu nohou (koupel v teplé vodě každý den, osušení nohou měkkým ručníkem, mazání suché pokožky, pedikúra, nošení měkké obuvi), dále je vhodná chůze a plavání. Diabetik by si měl denně kontrolovat stav kůže. Pokud by objevily jakékoli změny, otoky, zarudnutí apod., měl by okamžitě navštívit specializovaného lékaře, který zahájí odpovídající léčbu.

6 Psychosociální problematika diabetu

*„Přál bych si, aby lidé pochopili,
že diabetes je více než nemoc – je to způsob života“*

Arnaud Mocochain – diabetik 1. typu (Francie)

Z hrozby akutních i pozdních komplikací cukrovky, kterým se věnují v kapitole 5, je patrné, že u diabetiků existuje velké nebezpečí onemocnění přidruženými nemocemi, jako je diabetická nefropatie, diabetická neuropatie, diabetická retinopatie, případně amputace nohy. Pokud nemocného postihne některá z těchto nemocí, je velmi pravděpodobné, že to bude mít velký vliv na jeho psychiku a také se změní kvalita jeho dosavadního života.

Jelikož je diabetes chronické onemocnění, které se nedá vyléčit, je jeho průběh ovlivňován psychosociálními faktory. Cukrovka nemocného omezuje v jeho aktivitách a vyžaduje dodržování mnoha zásad. Od nemocného se ale očekává, že bude žít „normální“ život. Celoživotním úkolem diabetika je sloučit tyto požadavky a žít plnohodnotný život (Bartoš, Pelikánová 1996). „Psychosociální problémy vyplývající z diabetu mohou zároveň zhoršovat kompenzaci cukrovky, buď přímo hormonálními stresovými reakcemi nebo nepřímo narušením spolupráce nemocného s lékařem“ (Bartoš, Pelikánová 1996, s. 347).

Jak uvádím výše, stres ovlivňuje kompenzaci cukrovky. Jirkovská a kol. (1999) radí nejen lidem s diabetem, ale i ostatním, jak stres zvládat:

- člověk by na sebe neměl nakládat příliš povinností, neměl by se nechat rozčítit maličkostmi;
- je vhodné vymezit cíle, kterých chce člověk dosáhnout (např. příští rok nebo v několika následujících letech), tyto cíle je možné přizpůsobit aktuálním okolnostem;
- umět rozlišit opravdu důležité věci od těch, co zbytečně ubírají energii;
- člověk by si každý den měl najít chvíli na své zájmy nebo odpočinek;
- také fyzická aktivita je dobrým pomocníkem proti stresu;
- o svých problémech by měl člověk hovořit se svými přáteli, s rodinou, měl by také naslouchat druhým a dát na jejich dobře míněné rady;
- diabetici by se neměli stydět vyhledat podporu u jiných lidí s diabetem.

6.1 Sdělení diagnózy

Pro diabetiky i jejich rodiny je důležité, jak jim lékař, diabetolog, oznámí jejich diagnózu. Vymětal (2003) vymezuje obecné zásady při sdělování nepříznivých informací:

- negativní informace by měla být sdělována v klidném, nerušeném prostředí a na sdělení by měl být dostatek času;
- pro lékaře, který bude negativní informaci sdělovat, je vhodné, aby se na sdělení připravil a měl by brát ohled na příjemce zprávy, zejména na jeho inteligenci, sociální situaci apod., lékař by měl být schopen odhadnout reakci pacienta a měl by být připraven adekvátně zareagovat;
- oznámení musí být naprosto jasné a srozumitelné, neměl by se používat odborný jazyk a je dobré vysvětlit okolnosti negativní zprávy;
- lékař odpoví na případné dotazy pacienta.

Ačkoli z výše uvedeného je zřejmé, že diagnóza by měla být pacientovi sdělena šetrně, Šedá (2011, [online]) toto tvrzení vyvrací. Podle ní je celkem běžné, že sdělení diagnózy probíhá nevhodnou formou. Lékaři obvykle nemají dostatek času a potřebné dovednosti pro oznámení traumatické události, což je způsobeno prací lékařů podle pokynů a směrnic zdravotních pojišťoven. Někteří lékaři dokonce hned na začátku onemocnění děsí své pacienty všemi nepříjemnými následky cukrovky (např. deprese, amputace apod.). Pacienti tedy odchází od lékaře s pocitem neklidu.

Reakce diabetika na jeho nemoc probíhá ve třech rovinách, jak uvádí Bartoš a Pelikánová (1996):

1. **Psychická rovina** – jak pacient prožívá nemoc, léčbu i omezení, která z ní vyplývají;
2. **Behaviorální rovina** – jak se pacient chová a jak jedná;
3. **Sociální rovina** – jak člověk přijímá roli nemocného.

Bělobrádková a Brázdová (2006) uvádějí fáze reakcí, které popsal švédský profesor Ludvigsson. Těmito fázemi prochází jak samotný nemocný, tak i jeho rodina.

1. **Fáze šoku** – v této fázi rodina nemocného jen těžko dokáže uvěřit pravdě o jeho nemoci, snaží se najít příčinu nemoci a věří v uzdravení, touží po „probuzení ze zlého snu“, zdravotníci by měli rodině poskytnout dostatek informací.

2. **Fáze reaktivní** – ve druhé fázi se u rodiny objevuje smutek, klade si otázku „proč právě on/ona?“. Nemocný by měl cítit, že v této těžké životní situaci není sám, blízcí by mu měli být oporou.
3. **Fáze vyrovnání** – v této fázi se nemocný i jeho rodina začíná zajímat o nemoc a její pravidla, o léčbu a snaží se dosáhnout co nejlepších výsledků.
4. **Soužití s nemocí** – v poslední fázi již pacient umí se svou nemocí žít, dokáže spojit vlastní zájmy s potřebami onemocnění. U některých pacientů se může objevit vzdorovitá reakce, která může vést až k sebepoškozování.

6.2 Psychologické problémy

Cukrovka je chronické onemocnění, které přináší nemocnému mnoho nových situací. Diabetik musí častěji navštěvovat lékaře, musí změnit způsob života, zvládnout léčbu nebo také strach z nebezpečných komplikací. Lidé s cukrovkou 1. typu musí propojit dietu, zátěž a inzulín, aby dosáhli uspokojivých výsledků glykémie. Avšak nemocní cukrovkou 2. typu musí změnit životní styl. Obvykle jsou tyto pacienti obézní, proto se musí vzdát svých návyků, tedy nezdravého jídla a začít vykonávat fyzickou aktivitu apod. (Rybka a kol., 2006).

U většiny lidí s cukrovkou se v průběhu nemoci objevují depresivní období. Na diabetika působí řada nepříznivých okolností. Diabetik má strach ze špatných výsledků léčby, cítí se vinen při nedodržování diety, obává se komplikací spojených s jeho onemocněním, má strach při hledání zaměstnání nebo při hledání partnera. Tyto obavy mohou někdy vést až k pokusům o sebevraždu. Protože deprese mají špatný vliv na kompenzaci diabetu, je vhodné zvážit antidepressivní terapii (Bělobrádková, Brázdová, 2006).

Podle Lebla, Průhové a kol. (2005) na zjištění diabetu u dítěte obvykle rodiče nejsou připraveni. S touto novou skutečností jim pomáhají informace od specialistů, díky kterým se rodiče snaží v nové životní situaci zorientovat. Od počátku nemoci by se při léčbě dítě mělo stát aktivním spolupracovníkem. Dítě prožívá pocit zmatku a nejistoty a může klást otázky, které se týkají příčiny nemoci a jejího vzniku. Všichni členové rodiny by se měli vzájemně podporovat a tolerovat. Neměli by příliš přemýšlet o příčinách nemoci ani hledat viníka, který neexistuje. Tímto by pouze ztráceli energii, kterou potřebují pro podporu dítěte. Malé děti nejsou schopny chápat příčiny nemoci, ale mohou mít ve svém myšlení fantazijní představy (například dítě může mít představu, že něco rozbilo, a proto má cukrovku nebo pokud bude poslouchat rodiče, cukrovka určitě zmizí). Děti si neumějí představit, že cukrovka je

onemocnění dlouhodobé. Nezvratnost nemoci si děti uvědomí až kolem desátého roku věku. V tomto období děti pochopí, že tuto nemoc i při dodržování léčby budou mít navždy. Avšak uvnitř tajně doufají, že nemoc jednou zmizí. V období dospívání se u diabetika může projevit nedodržování léčebných postupů. Toto období však jednou skončí. Dětem s cukrovkou se budu věnovat v kapitole 6.4.

6.3 Psychopatologické stavy

Jak uvádí Bartoš a Pelikánová (1996), s diabetem se sdružují některá psychiatrická onemocnění:

- deprese;
- mentální anorexie, poruchy příjmu potravy;
- nemocný může mít fobii z injekcí.

Deprese často postihují mladé, špatně kompenzované diabetiky. Mezi příznaky patří poruchy spánku, únava, nechutenství k jídlu, hubnutí, nesoustředěnost, smutek a někdy také myšlenky na sebevraždu.

Poruchy příjmu potravy jsou nejčastější u mladých dívek, které striktně dodržují dietu a chtějí si udržet svou původní váhu. Mezi příznaky mentální anorexie patří např. ztráta hmotnosti nebo nepřiměřený strach z obezity. Při poruchách příjmu potravy se často vyskytují manipulace s dávkami inzulínu.

6.4 Diabetické dítě

Cukrovka 1. typu se může objevit v jakémkoli věku. Výjimečně vzniká v prvních letech života, častější je výskyt ve školním věku, v dospívání nebo v časně dospělosti. Občas se cukrovka projeví i u novorozence (první měsíc života), kojence (druhý až dvanáctý měsíc života) nebo u batolete (druhý až třetí rok života). Vznik diabetu u předškolních dětí není příliš neobvyklý. Novorozenecký diabetes, který je spíše výjimečný, se může objevit již v prvních dnech života, avšak po několikátýdenní léčbě může zcela vymizet, ale v některých případech se v dětství objeví znovu. Rodičům kojenců s diabetem obvykle není příjemné, když sami musí svému malému dítěti aplikovat inzulín a odebírat kapku krve k vyšetření glykémie. Na těchto dětech je zřejmé, že inzulínové stříkačky, které mají velmi tenké jehly, a pomůcky k odběru kapky krve z prstu jsou téměř bezbolestné. V prvním roce života si dítě na tyto skutečnosti snadno zvyká a pokládá je za samozřejmé, zejména pokud tyto úkony

provádějí jeho rodiče, ke kterým má dítě naprostou důvěru. V batolecím věku si dítě začíná utvářet vlastní představu o světě, formuje způsob chování a reakcí a začíná si uvědomovat svoji individualitu. Proto je v tomto věku důležitý psychologicky citlivý přístup rodičů i lékařů, aby dítě svou nemoc a vše s ní spojené přijalo. Je třeba, aby dítě považovalo inzulínové injekce a odběry krve za samozřejmost. Rodiče by měli svému dítěti dát najevo, že injekce mu prospívá. Rodiče by se v očích svých dětí neměli dostat do pozice „viníka“, který jim injekcemi chce „ublížit“. Není vhodné, aby při aplikaci inzulínu dítě držela další osoba a také není přijatelné, aby dítě za píchnutí inzulínu bylo odměněno. (Lebl, Průhová a kol., 2004). Ačkoli většina předškolních zařízení se nebrání přijmout dítě s cukrovkou, je technicky obtížné zajistit celodenní pobyt dítěte v takovém zařízení, a to především kvůli aplikaci inzulínu v poledne a měření glykemií. Matka předškolního dítěte s cukrovkou proto musí většinou opustit své zaměstnání a zůstat doma. Dítě by však mělo navštěvovat školku alespoň dopoledne, aby nebylo vyčleněno z kolektivu vrstevníků, což je důležité pro jeho další vývoj (Štechová, Koloušková, 2006, [online]).

Lebl, Průhová a kol. (2004) uvádí, že velkou změnou v životě dítěte s diabetem je nástup do školy. Dítě se učí orientovat v širším sociálním okolí a buduje si svou pozici v dětském kolektivu. Malému diabetikovi by se nemělo bránit v účasti na školních i mimoškolních aktivitách, pokud k tomu není vážný důvod. Dítě si samo dokáže píchnout inzulín přibližně v devíti letech. Proto by rodiče měli požádat třídního učitele, aby dítěti inzulín píchl nebo alespoň zkontroloval dávku, pokud si dítě již inzulín aplikuje samo. Diabetické dítě potřebuje mít ve škole místo, kde si může inzulín píchnout, nejlépe bez přítomnosti spolužáků. Vhodný je např. kabinet nebo sborovna. Zde si také může kontrolovat glykémii pomocí glukometru. Po aplikaci inzulínu dítě potřebuje jídlo. Mělo by tedy mít přednost ve školní jídelně. Rodiče malých diabetiků by měli informovat kuchařky o množství jídla, které může dítě sníst.

6.5 Diabetik v zaměstnání

Vztahem mezi cukrovkou a prací se diabetik začíná zabývat již v době školní docházky, kdy si volí zaměření školy nebo budoucí profesí, při nezbytnosti změny zaměstnání a při rekvalifikaci. Je třeba zohlednit způsob léčby, klinický stav diabetika, dále také nároky profese a individuální potřeby nemocného. Cílem léčby cukrovky je umožnit diabetikovi vést normální život. (Hrachovinová, 2011, [online]). Dříve byli diabetici, zejména ti, kteří se léčili inzulínem, ve výběru některých povolání často diskriminováni. V současné době je cílem

léčby umožnit nemocným vést běžný způsob života, avšak volba povolání je do určité míry omezena (Bartoš, Pelikánová, 1996). „Z právního hlediska není v zákonech jednoznačně zakotveno, která povolání by diabetik neměl vykonávat. Není ale ani stanoveno, kdo ponese zodpovědnost za možné škody, které vzniknou v přímé souvislosti s DM“ (Bělobrádková, Brázdová, 2006, s. 159). „Nemocní s cukrovkou obvykle nejsou zaměstnáni v armádě či u policie, nepracují jako požárníci, horníci, dozorcí ve věznicích a potápěči, řidiči hromadné dopravy a letci. Nevhodná je také práce ve výškách (montéři)“ (Bartoš, Pelikánová, 1996, s. 358). Bartoš a Pelikánová (1996) dodávají, že je vhodné k diabetikům přistupovat individuálně, zvážit způsob léčby a také konkrétní práci, kterou by nemocný vykonával. Uvedená omezení platí zvláště pro diabetiky léčené inzulínem. Dále také uvádějí pracovní zařazení, která nejsou příliš vhodná ani pro zdravé osoby, avšak u diabetiků mohou zvyšovat nebezpečí různých komplikací. Jsou to zaměstnání s následujícími charakteristikami:

- zaměstnání s provozem na směny, kdy mohou mít nemocní cukrovkou problém s přizpůsobením dávek inzulínu a dietního režimu;
- práce s nepravidelným stravováním, a to pokud nemocný není schopen přizpůsobit dávky inzulínu;
- zaměstnání v potravinářských provozech (nevhodné zejména pro obézní diabetiky), neměli by být zaměstnáni jako kuchaři, cukráři, řezníci nebo pracovníci v pohostinství;
- práce v nevhodném prostředí – např. vlhko, špína, zima či horko, kde se zvyšuje nebezpečí infekcí a riziko diabetické nohy;
- nadbytečná psychická zátěž;
- sedavé zaměstnání s absencí pohybu.

Nemocní se obvykle bojí informovat o diabetu při hledání práce nebo při konkurzech. Avšak při nástupu do nového zaměstnání by diabetici měli o své nemoci říci spolupracovníkům. Je možné, že se vyskytnou situace (např. těžká hypoglykémie), kdy diabetici budou potřebovat jejich životně důležitou pomoc (Hrachovinová, 2011, [online]).

6.6 Řízení motorových vozidel

Výkonnost řidiče diabetika může být při řízení motorového vozidla ovlivněna komplikacemi onemocnění, a to zejména hypoglykemií nebo také dalšími komplikacemi, kterými mohou být ovlivněny reakce řidiče. Hypoglykémie je tedy nejzávažnějším rizikem, především u diabetiků léčených inzulínem (Kvapil, 2010).

Kvapil (2010) uvádí zásady prevence hypoglykemií v průběhu řízení:

- hladina řidičovy glykémie by neměla být nižší než 4,5 mmol/l;
- řidič by si měl zkontrolovat glykémii před jízdou a dále každou další hodinu;
- pokud řidič pocítí příznaky hypoglykémie, měl by zastavit a vyčkat alespoň 45 minut;
- při jízdě by diabetik měl mít po ruce rychle se vstřebávající sacharidy pro případ neočekávané hypoglykémie.

6.7 Volba sportu

Pohyb je nedílnou součástí každého člověka a nezáleží na tom, zda má nebo nemá cukrovku. Jediný rozdíl mezi diabetikem a zdravým člověkem je ten, že diabetik musí o pohybu více přemýšlet, protože fyzická aktivita ovlivňuje jeho glykémii.

Pro diabetiky jsou vhodnější individuální sporty než kolektivní. Nemocný by si měl vybrat sport, u kterého si může sám zvolit tempo, intenzitu i délku trvání a měl by být pro něho bezpečný. Nevhodné jsou sporty, při kterých hrozí úraz. Kontaktní sporty, jako je box nebo hokej, jsou také nevhodné. Pro diabetiky je prospěšná chůze, turistika, jízda na kole, bruslení nebo tenis. Pro vrcholové sportovce s cukrovkou je nutné individuálně upravit jejich léčebný program (Bělobrádková, Brázdová, 2006).

Lebl, Průhová a kol. (2004) uvádí několik opatření, která by měl diabetik při sportu respektovat. Poklesu glykémie při pohybu lze předejít třemi způsoby:

- zvýšení množství jídla;
- snížení dávky inzulínu;
- kombinace obou předchozích způsobů.

Volba způsobu závisí na osobě, která bude sportovat. Dítě, které se hodně pohybuje a nemá nadbytečná kila, si vezme větší porci jídla. Mladá dívka, která sportuje hlavně proto, aby si udržela štíhlou postavu, si sníží dávku inzulínu. Pokud diabetik ví předem, že bude sportovat, sníží si dávku inzulínu. Pokud je však pohyb neplánovaný, nezbyvá nic jiného, než přidat jídlo, protože inzulín byl aplikován již před tím, než se diabetik rozhodl pro fyzickou aktivitu. Inzulín se aplikuje do míst, která nebudou při sportu namáhána. Například pokud diabetik pojedje na kole, nebude si inzulín píchat do steh, jelikož zvýšené

prokrvení stehů při jízdě urychluje vstřebávání inzulínu do krve a zvyšuje se riziko hypoglykémie.

7 Kvalitativní výzkum

7.1 Metodologie

Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, který mi umožňuje blíže se seznámit s respondenty. Gavora (2000) označuje účastníky rozhovoru jako respondenty, ale také jako informanty. V této práci jsem se rozhodla pro označení respondent.

„Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět člověku, tedy především chápat jeho vlastní hlediska – jak on vidí věci a posuzuje jednání“ (Gavora, 2000, s.32).

7.2 Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, pro který jsem měla připraveno 23 otázek, které jsem podle potřeby upravila (viz Příloha 1).

„Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 160).

7.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří respondenti ve věku 21 až 34 let. Rozhovor poskytlo celkem pět diabetiků s cukrovkou prvního typu, z toho dvě ženy a tři muži. Všichni respondenti byli ujištěni, že rozhovor je anonymní a slouží pouze k vytvoření této bakalářské práce a také, že jejich osobní informace nebudou nikde zveřejňovány.

7.4 Analýza dat

Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon a následně přepsány. Bezprostředně po rozhovorech jsem si udělala poznámky o neverbálních projevech respondentů, abych nenarušovala rozhovor psaním poznámek. Jako design kvalitativního výzkumu jsem zvolila případovou studii. „V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců“ (Hendl, 2005, s. 104).

7.5 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je popsat na základě polostrukturovaných rozhovorů život s diabetem mellitus.

7.6 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

Jaký je život s diabetes mellitus?

Hlavní otázka byla rozdělena do specifických podotázek

1. Jaká byla reakce diabetika a jeho okolí na diabetes mellitus?
2. Jak diabetici vnímají léčbu?
3. Omezuje diabetes mellitus trávení volného času nemocného?
4. Jsou spolupracovníci diabetiků seznámeni s jejich nemocí?

7.7 Případové studie

7.7.1 Pan P.

Muž, 34 let, žije ve společné domácnosti s rodiči. Je vyučený jako instalatér.

Rozhovor probíhal po telefonické domluvě u mě doma a byl přijat velmi kladně. Pan P. odpovídal na všechny otázky velmi ochotně, působil klidně, nestyděl se, žádným otázkám se nebránil, avšak na některé odpovídal velmi stručně.

Diabetes mellitus byl u pana P. rozpoznán v roce 2007, ve 27 letech. Léčí se tedy již 7 let. Objevily se u něho příznaky jako velká žízeň, únava a úbytek váhy. Po delším přetrvávání těchto obtíží se pan P. rozhodl navštívit svého praktického lékaře, kterému řekl o svých problémech a ten ho okamžitě odeslal na laboratorní vyšetření krve. Výsledky ukázaly vysokou glykémii, proto byl odeslán k diabetologovi. Diabetolog panu P. nejdříve doporučil léčbu pouze dietou. Po několika týdnech se však výsledky glykémie stále nezlepšovaly, proto byla léčba převedena na perorální antidiabetika. Přibližně po roce léčby perorálními antidiabetiky výsledky glykémie nebyly stále uspokojivé, proto byl hospitalizován ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, kde byla léčba převedena na inzulín, který si dodnes aplikuje čtyřikrát denně. První den mu aplikovala inzulín zdravotní sestra tamního oddělení, avšak druhý den si inzulín musel píchnout sám (za asistence zdravotního

personálu). To však pro něho byla velmi složitá situace. Podle jeho slov se u něho projevil pud sebezáchovy a nebyl schopný si inzulín aplikovat. Tento strach po několika dnech ustoupil a s pícháním inzulínu již neměl žádný problém. „Rychlý“ inzulín si pan P. píchá do břicha a „dlouhodobý“ inzulín do stehna.

Podle slov pana P. bylo zjištění cukrovky pro jeho okolí velkým šokem, o cukrovce však už jeho rodina nějaké informace měla, jelikož babička pana P. se také léčila inzulínem. Rodina i přítelkyně pana P. si po vzniku jeho nemoci začala vyhledávat informace o cukrovce zejména na internetu stejně jako on. Nejvíce informací mu však poskytl jeho ošetřující lékař, kterého navštívila také přítelkyně pana P., aby se o diabetu dozvěděla co nejvíce informací a v případě potřeby dokázala svému příteli pomoci. Příčinu vzniku diabetu pan P. viděl zejména ve špatné životosprávě, v nepravdělném stravování, stresu, což souviselo s jeho prací řidiče kamionu. V současné době je pan P. se svou nemocí na 99% smířený, ale stále doufá, že by cukrovka mohla ustoupit.

Samozřejmě součástí léčby cukrovky je u pana P. také dieta, se kterou podle jeho slov není problém. Před vznikem cukrovky měl velmi rád sladká jídla, ta však musel po vzniku nemoci omezit, spíše ze svého jídelníčku téměř vyloučit. Dietu se snaží dodržovat, jí menší porce než dříve, a to nejen kvůli dobré kompenzaci diabetu, ale také kvůli udržení si tělesné hmotnosti. Po vzniku cukrovky se vaření nijak nezměnilo, pan P. jí stejná jídla jako ostatní členové rodiny, s výjimkou sladkých jídel, která rodina příliš nevaří. Diabetická dieta je podle pana P. finančně náročnější, zejména tmavé pečivo a dia výrobky, které si občas kupuje pro případ chuti na sladké, jsou dražší.

Při vzniku cukrovky pan P. pracoval jako řidič kamionu. Toto zaměstnání mu však nebylo doporučeno dále vykonávat, a proto začal vykonávat práci údržbáře. V současné době pan P. pracuje jako dělník v zemědělství. Jeho pracovní doba začíná v 7,00 hodin a končí v 15,00 hodin. V letních měsících je jeho pracovní doba delší, obvykle pracuje i o víkendech. Jeho spolupracovníci o jeho nemoci vědí, po nástupu do zaměstnání všechny kolegy poučil o možných situacích, které u něho mohou nastat v důsledku cukrovky. Informoval je především o hypoglykémii, při které by mohl potřebovat jejich pomoc. V zaměstnání si v případě potřeby může odběhnout a najíst se, případně si po hypoglykémii chvíli odpočinout. Snaží se jíst pravidelně. V práci i mimo ni u sebe stále nosí cukr a sušenku pro případ, že by se objevila hypoglykémie.

Ve svém volném čase pan P. rád hraje šipky, trénuje mladé hasiče, sportuje, jezdí na kole. Cukrovka ho v jeho volném čase vůbec neomezuje. Všechny aktivity provozuje stejně jako před vznikem cukrovky. Jediný rozdíl je pouze v tom, že při sobě musí mít stále něco sladkého. Hodně pohybu je pro něho v životě potřeba.

Mezi příznaky hypoglykémie u pana P. patří třes rukou, slabost a pocení. Při hyperglykémii je unavený, má obrovskou žízeň a je lehce agresivní. Pan P. často jezdí automobilem, ať už v zaměstnání nebo ve svém volném čase. Při jízdě se hlídá a pokud cítí příznaky hypoglykémie okamžitě zastaví a vyčká, dokud se jeho glykémie nedostane do normální hodnoty.

Pan P. má mimo diabetu vyšší tlak a zvýšenou hladinu cholesterolu, což pravděpodobně souvisí s cukrovkou. Do budoucna se bojí pozdních komplikací, zejména diabetické nefropatie (chronické onemocnění ledvin).

7.7.2 Slečna J.

Žena, 22 let, studentka třetího ročníku pedagogické fakulty Univerzity Palackého Olomouc. Žije v bytě společně se svým přítelem v Olomouci.

Rozhovor probíhal prostřednictvím nástroje pro telefonování Skype a byla použita webová kamera. Slečna J. odpovídala na všechny otázky velmi ochotně, odpovídala v dlouhých větách, k samotnému rozhovoru se stavěla velmi kladně.

Cukrovka slečně J. byla zjištěna v roce 1996, v pěti letech. Léčí se tedy již sedmnáct let. Na nemoc se u ní přišlo až když upadla do komatu a byla převezena na JIP do nemocnice Kyjov. Avšak už okolo tří let věku ztratila chuť k jídlu, což podle jejích slov bylo podezřelé, jelikož jako dítě nikdy s jídlem problém neměla, dále trpěla únavou a velmi často pila. Při vyšetřeních u praktického lékaře se však na žádné zdravotní komplikace nepřišlo, tudíž se její obtíže vůbec neřešily. Těsně před záchytem diabetu často chodila močit, měla stále žízeň a byla více a více unavená. Poté, co upadla do komatu byla hospitalizována a následně jí byla naměřena glykémie 78,9 mmol/l. Den, kdy jí byla zjištěna cukrovka, si vybavuje matně, avšak na některé momenty si vzpomíná: *„Z toho dne si toho moc nepamatuju. Jen vím, že začínala být zima, byl večer a výjimečně jsem do sebe dostala jídlo, pak si pamatuji, že šla v televizi pohádka Saxana a já od ní furt odbíhala na toaletu. Pak vím, že jsem zvracela, protože mi bylo fakt špatně. No a pak už si pamatuji jen taťku, jak volal do nemocnice. A pak už mám jen tmu a pamatuji si hlasy. A to už jsem byla asi v nemocnici.“* V nemocnici po zjištění diabetu slečna J. dostala letáky pro děti, na kterých byla cukrovka vysvětlena pomocí obrázků a pohádek, které si chtěla stále dokola číst. Samotné sdělení diagnózy si nepamatuje. Svou nemoc vzala jako fakt a nehledala žádné příčiny. Maminka slečny J. byla v té době velmi smutná, ale před dcerou se snažila být statečná a nedávat svůj smutek najevo. Avšak po několika letech slečna J. na základě rozhovoru s maminkou zjistila, že doma často plakala, že si její dcera bude muset píchat inzulín a už nikdy si nebude moci dát něco sladkého. Tatínkovy pocity po sdělení diagnózy slečna J. nezná. Celá rodina se snažila vyhledávat o cukrovce informace, jelikož se s touto nemocí nikdy předtím nesešla. Informace rodina hledala v knihách, brožurách a především u lékařů. Slečna J. si nikdy nemyslela, že se cukrovka po nějakém čase vyléčí, protože hned po vzniku nemoci jí bylo oznámeno, že má nemoc, která se nikdy nevyléčí a tak to také vzala. Avšak tajně doufá, že bude vynalezen lék, který ji vyléčí. S cukrovkou je slečna J. smířená na 100%.

Inzulín si slečna J. začala sama píchat velmi brzy. V nemocnici jí ho aplikovaly zdravotní sestry a rodiče, ale po návratu domů si ho hned začala píchat sama pod dozorem rodičů, i když jí nebylo příliš příjemné do sebe injekční stříkačku píchnout. Injekčními stříkačkami si inzulín píchala pouze krátce. V té době byla inzulínová pera novinkou, kterou mohla slečna J. vyzkoušet. Tehdy si inzulín aplikovala čtyřikrát denně (ráno, v poledne, večer a na noc), dnes však má inzulínovou pumpu, kterou popisuje takto: „*Je v ní nastaven tzv. basal, který jde rozfázovat do různých dávek během dne, takže když potřebuju v některou hodinu přes den víc, tak mám třeba víc a když potřebuju v noci míň, tak mám inzulínu míň. Ta pumpa mi dává inzulín 24 hodin denně podle nastavení. A před každým hlavním jídlem se zadává přes pumpu ještě tzv. bolus, aby pokryl ten větší příjem jídla. Je to mnohem lepší i kvůli cvičení. Prostě si uberu třeba dvacet procent inzulínu na hodinu, protože vím, že budu mít velký výdej energie.*“

Dodržovat dietu slečně J. někdy vůbec nevádí, avšak občas jsou dny, kdy má chuť na sladké a je pro ní velmi těžké se udržet. Také je pro ní složité, když např. její přítel něco jí a dělá jí velké chutě. Babička slečny J. často peče sladké, které od ní slečna J. někdy ochutná a pak má výčitky, že se nedokázala ovládnout. V hladině její glykémie jsou časté výkyvy. Někdy má období, kdy může sníst cokoli sladkého a její glykémii to příliš neovlivní. Pak je ovšem jiné období, ve kterém dietu dodržuje přísně, ale její glykémie je i přes to vysoká, např. okolo 20 mmol/l. Takovéto období slečnu J. vůbec nemotivuje pro dodržování diety. Glykémie si kontroluje přibližně třikrát až čtyřikrát denně. Samozřejmě někdy více někdy méně. Diabetická dieta rodinu slečny J. příliš neovlivnila. Krátce po zjištění cukrovky např. pekly buchty s náhradními sladidly, ovšem pak zjistili, že pokud si buchty slazené menším množstvím cukru započítá do výměnných jednotek, vyjde to prakticky nastejno. Vařilo se tedy stejně, jen se upravily dávky tak, aby to vyhovovalo slečně J. a její dietě. Podle slečny J. je diabetická dieta drahá, avšak není to nic, co by se nedalo zvládnout. Poslední dobou se snaží sledovat složení potravin. V praxi to znamená, že si nekupuje pultovou šunku, ale balenou, kde vidí, kolik procent masa šunka obsahuje apod.

Slečna J. pracuje na půl úvazku v sociální firmě v Olomouci, která nabízí možnost natočení Video CV (online životopisu). Pracovní dobu má flexibilní, tudíž si může kdykoli sníst svačinu nebo si dát přestávku při hypoglykémii. Pokud se necítí dobře, může zůstat doma nebo pracovat z domova. Kolegové i nadřízení jsou tolerantní a vše záleží na domluvě.

Na základní škole mohla její maminka docházet na odpolední vyučování, kdy jí glykémie často klesala a ona sama ještě neuměla dostatečně dobře reagovat. Pokud měla

„rozházené“ hodnoty glykémie, mohla zůstat doma a její absence byla omluvena. To se však příliš často nestávalo. Ze začátku se účastnila školních akcí s maminkou, ale později se těchto akcí chtěla účastnit sama, protože ji spolužáci vnímali jako by se bez maminky neuměla sama obejít, což ji velmi trápilo. Na vysoké škole, kde v současnosti studuje, o její nemoci vědí. Ale pokud má nějaké problémy spojené s cukrovkou (např. únava v důsledku hyperglykémie), její spolužáci to berou spíše jako výmluvu.

Cukrovka slečnu J. v ničem zásadním neomezuje, avšak občas ji omezuje únava, která se objevuje v důsledku její nemoci. *„Já jsem docela akční člověk, takže mě někdy štve, že toho nezvládnou tolik, kolik bych sama chtěla.“* Své aktivity si však dokáže naplánovat tak, aby zvládla to, co chce, i když to občas nejde hned.

Diabetes jí přinesl naučit se dodržovat určitý režim a s ním související plánování a také nové přátele. Naučila se ovládat sama sebe a něco si odepřít. Také si uvědomila, že existují i jiné horší nemoci a postižení, než je cukrovka. Diabetes jí bohužel vzal část svobody. Nemůže si zvolit určitá zaměstnání, protože ne každé je pro diabetiky vhodné.

Na svou rodinu, přátele i svého partnera se může spolehnout, ale spíše je nechce zatěžovat svými problémy. Chce se spolehnout hlavně sama na sebe a všechny problémy se snaží vyřešit sama.

Do budoucna má obavy zejména z pozdních komplikací diabetu a také má strach z plánování dětí.

Glykémii jí zvyšuje stres zejména ve zkouškovém období. Občas ji trápí, že její výsledky nejsou optimální, že se jí nedaří udržet glykémii v normě. V takových situacích bývá podrážděná, unavená, ale snaží se, aby to na ní nebylo znát. Odbornou pomoc psychologa však v souvislosti s diabetem nikdy nevyhledala.

Jako největší problém cukrovky vidí slečna J. pozdní komplikace, ze kterých má velký strach.

7.7.3 Pan O.

Muž, 26 let, elektromechanik. Žije v rodinném domě v Hradci Králové společně se svými rodiči a starším bratrem.

Rozhovor probíhal u pana O. doma. Na všechny otázky odpovídal spíše stručně, ale výstižně. Působil klidně.

Diabetes byl u Pana O. zjištěn v roce 1991, ve čtyřech letech. Léčí se tedy již dvacet dva let. V dětství se objevily příznaky jako žízeň, únava, časté močení a na základě těchto problémů byl pan O. hospitalizován ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, kde mu byl zjištěn diabetes mellitus prvního typu. Sdělení, že má cukrovku vzhledem k jeho věku příliš nerozuměl. Příčinu nehledal ani v sobě, ani v nikom jiném. O tom, zda se cukrovka někdy vyléčí nikdy nepřemýšlel. Ví, že je to nemoc, která ho bude provázet po celý život a je s ní naprosto smířený.

Inzulín mu nejprve aplikovali rodiče, v první třídě na základní škole si ho začal píchat sám. *„Nebylo to nic jednoduchého naučit se píchnout sám sobě injekci.“* Inzulín si píchá do rukou, nohou a do břicha, a to třikrát denně.

Rodinu pana O. jeho nemoc velmi zasáhla. *„Rodiče z toho byli strašně nešťastní, hlavně mamka, zpočátku o mě měla rodina velkou starost, okolí to bralo jako přirozenou věc, která se prostě někdy stává, ale samozřejmě mě litovalo. Všichni se snažili zjistit co nejvíce informací v různých knížkách, brožurách a hlavně od doktorů.“*

Není pro něho těžké dodržovat dietu a režim, který s cukrovkou souvisí. Diabetická dieta částečně ovlivnila celou rodinu. Maminka pana O. někdy uvaří dietní jídlo pro celou rodinu, někdy pouze pro pana O., záleží to na druhu jídla. Diabetická dieta je podle pana O. finančně náročnější, zejména nakupování ovoce a zeleniny, které jsou pro tuto dietu velmi důležité. Glykémii si pan O. kontroluje pomocí glukometru několikrát denně.

Na základní škole o jeho nemoci věděli jak spolužáci, tak také učitelé. Všech školních akcí se účastnil bez omezení, nepotřeboval ani doprovod rodičů např. při výletech. Na střední škole o jeho nemoci věděla pouze třídní profesorka. V současném zaměstnání o cukrovce ví všichni kolegové, kteří jsou poučeni o případných komplikacích, které mohou nastat a vědí, jak se v takové situaci zachovat. Žádné výhody pan O. ve škole ani v zaměstnání neměl a nemá. Cukrovka pana O. v žádných aktivitách neomezuje. Jen při sobě musí stále nosit cukr nebo nějakou sladkost.

Pan O. vlastní řidičský průkaz, avšak při řízení nedodrží žádné doporučené zásady.

Nepozoruje, že by mu stres zvyšoval glykémii. Netrpí úzkostmi, depresemi ani ničím podobným. Odbornou pomoc psychologa nikdy nevyhledal. Největším problémem cukrovky jsou podle něho pozdní komplikace.

7.7.4 Slečna D.

Žena, 21 let, studentka druhého ročníku vysoké školy. Žije v bytě se svými rodiči a starším bratrem.

Rozhovor probíhal po předchozí telefonické domluvě v domácím prostředí respondentky. Respondentka působila klidně, uvolněně, odpovídala na všechny otázky, nestyděla se.

Diabetes byl u slečny D. diagnostikován před třinácti lety, tedy v osmi letech. Nemoc se projevovala velikou žízní, úbytkem váhy, únavou, nechutí k jídlu a častým močením. Jelikož tyto obtíže neustupovaly, rodiče slečnu D. odvezli do Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde byla následně hospitalizována a ještě tentýž večer jí byl diagnostikován diabetes mellitus prvního typu. Sdělení, že má cukrovku, si nepamatuje. Bylo jí vysvětleno, že od teď si bude muset dvakrát denně píchat injekce a dodržovat dietu. Reakce rodičů na nemoc si bohužel také nepamatuje. Informace o cukrovce a o všem, co s ní souvisí, poskytli rodině slečny D. lékaři a také se snažila je hledat v různých knihách a brožurách. Hned po zjištění cukrovky bylo slečně D. sděleno, že má nemoc, se kterou bude muset žít až do smrti. Ona i přes tuto zprávu doufá, že se stane zázrak a vyléčí se nebo že bude vynalezen lék, který jí cukrovku navždy vyléčí. S cukrovkou je smířená asi na 99%.

Inzulín si slečna D. začala píchat ve dvanácti letech. Do té doby jí ho aplikovali rodiče, převážně maminka, a to injekčními stříkačkami. Ve dvanácti letech se chtěla více osamostatnit, proto si inzulín, i když nerada, začala píchat sama inzulínovým perem, které je podle jejích slov jednodušší na obsluhu. Do svých patnácti let si inzulín píchala pouze dvakrát denně (před snídaní a před večeří). Její výsledky glykémie však nebyly uspokojivé, proto jí diabetolog doporučil píchat si inzulín čtyřikrát denně (ráno, v poledne, večer a před spaním). Po této změně se hodnoty její glykémie dostaly do uspokojivých hodnot.

Dodržovat diabetickou dietu slečně D. převážně nedělá problém. Nejvíce jí však tato dieta vadí při oslavách, kde je spousta jídla, hlavně sladkého, a ona si může dát pouze malý kousek a ostatní jí dělají velké chutě. Avšak tvrdí, že po tolika letech si už zvykla a musí se zkrátka ovládnout. Po zjištění cukrovky se vaření u slečny D. příliš nezměnilo. Pokud se k obědu vařilo něco sladkého, do její porce se přidalo náhradní sladidlo místo normálního cukru, jinak vše jedla stejně jako ostatní členové rodiny. Diabetická dieta je podle ní trochu dražší, avšak peníze v tomto případě neřeší. Snaží se kupovat kvalitní potraviny. Dia výrobky si příliš nekupuje, a to z důvodu vysokého obsahu tuku.

Na základní škole se školních akcí účastnila s maminkou, na druhém stupni se už více osamostatnila. Pokud se při vyučování necítila dobře (např. v důsledku hypoglykémie), mohla se kdykoli najíst a odpočinout si. V případě nestabilní glykémie mohla zůstat doma a její absence byla omluvena.

Cukrovka slečnu D. příliš v ničem neomezuje. Např. před větší fyzickou aktivitou si jen zkontroluje glykémii a podle potřeby se více nají. Samozřejmě při sobě neustále nosí cukr nebo nějakou sladkost. Občas se jí stává, že je unavená (ať už v důsledku hypoglykémie nebo hyperglykémie), tudíž nemůže vykonávat aktivity, které bych v danou chvíli chtěla.

Díky cukrovce se naučila dodržovat určitý režim a je na sebe více opatrná. Také si uvědomuje, že některé nemoci jsou daleko horší, než cukrovka.

Pokud potřebuje, její rodina a přátelé jí vždy rádi pomohou. Chce však být co nejvíce samostatná a nezatěžovat své okolí.

Slečna D. má strach z pozdních komplikací diabetu, které se mohou v budoucnu objevit.

Glykémie se jí zvyšuje zejména ve zkouškovém období a při starostech o její rodinu. Vyšší hodnoty glykémie jí trápí, ale snaží se, aby se příliš často nevyskytovaly. Odbornou pomoc psychologa nikdy nevyhledala.

Jako největší problém diabetu vidí v pozdních komplikacích, ze kterých má strach.

7.7.5 Pan V.

Muž, třicet let, zaměstnanec firmy zabývající se výpočetní technikou. Žije sám ve svém bytě.

Rozhovor probíhal u pana V. doma. Působil trochu nervózně, na všechny otázky odpovídal velmi stručně.

Cukrovka byla panu V. zjištěna před šesti lety, ve dvaceti čtyřech letech. Objevily se u něho příznaky jako únava, žízeň, nechutenství a časté močení. Při lékařské prohlídce mu byla zjištěna vysoká hladina cukru v krvi. Po tomto zjištění měl obavy, že už nebude moci pracovat a vykonávat své oblíbené aktivity tak, jako před zjištěním cukrovky. Na nikoho naštvaný nebyl, říkal si, že za to, že má cukrovku, může osud. Pro jeho rodinu bylo zjištění diabetu velkým šokem, měla o něho velkou starost. Rodina vyhledávala informace v odborných knihách, na internetu a mnoho informací jim poskytli také lékaři. Nikdy si nemyslel, že se cukrovka po nějakém čase zcela vyléčí. Jen doufá, že se zlepší správnou léčbou a dodržováním diety.

Inzulín si aplikuje sám čtyřikrát denně do břicha. *„První injekce nebyly vůbec jednoduché. Nedokázal jsem do sebe tu stříkačku vůbec „vrazit“. Po několika dnech jsem si ale na to zvykl.“* Nyní je s cukrovkou zcela smířený. Bere ji jako něco, s čím se nedá nic dělat.

Ze začátku maminka pana V. vařila pro celou rodinu dietněji, později si pan V. začal vařit sám. Dietu nepovažuje za finančně náročnou, avšak její dodržování je pro něho velmi složité *„Dieta není moc drahá, spíše je těžké ji dodržovat.“*

V předchozím zaměstnání měl pan V. několik výhod (např. možnost udělat si výjimečnou přestávku na jídlo apod.), avšak po několika měsících s cukrovkou byl propuštěn.

Cukrovka ho omezuje zejména ve volném čase. Před zjištěním cukrovky hrál fotbal, nyní stále hraje, ale nemůže se mu věnovat tak, jak by chtěl. Další omezení způsobené cukrovkou pro něho bylo propuštění z předchozího zaměstnání, které ho bavilo.

Diabetes panu V. nic pozitivního nepřinesl. Přinesl mu pouze negativní věci jako je dodržování diety a diabetického režimu a nutnost úpravy aktivit, která rád vykonává ve svém volném čase.

Do budoucna má pan V. strach z pozdních komplikací, zejména má obavy o svůj zrak.

7.8 Odpovědi na výzkumné otázky

- *Jaká byla reakce diabetiků a jeho okolí na diabetes mellitus?*

Dva z pěti diabetiků si reakce na sdělení diagnózy nepamatují, a to proto, že od této uplynulo již spoustu let a také proto, že v té době byli ještě příliš malí na to, aby si plně uvědomili, co slovo cukrovka znamená. U ostatních se ze strany blízkých objevila lítost nebo starost. Rodiny všech diabetiků se snažili hledat informace o nemoci zejména v knihách, brožurách a některé také na internetu (některé rodiny v době zjištění cukrovky přístup na internet neměly). Všem rodinám poskytli potřebné informace o cukrovce lékaři.

- *Jak diabetici vnímají léčbu a její součásti?*

Cukrovka není na první pohled zpozorovatelná, avšak nese s sebou určitá omezení, která musí diabetici dodržovat. Součástí léčby je diabetická dieta. Všichni diabetici, kteří mi poskytli rozhovor, se shodují, že diabetická dieta je sice trochu finančně náročnější, avšak nevidí v tom žádný problém a na potravinách nešetří. Čtyřem z pěti diabetiků dodržování diety nevadí, pouze pro jednoho muže je dieta velkým problémem. Píchnutí inzulínu dělalo všem respondentům zpočátku problém, po určitém čase si však na tuto součást jejich života zvykli a inzulín si aplikují bez jakýchkoli obtíží.

- *Omezuje diabetes mellitus trávení volného času nemocného?*

Čtyři z pěti diabetiků se shodují, že je cukrovka v ničem zásadním neomezuje. Pouze při sobě stále musí nosit něco sladkého. Někteří občas musí své aktivity upravit a naplánovat tak, aby odpovídaly jejich potřebám. Pouze jeden muž se cítí být cukrovkou omezen (v zaměstnání i při svých zájmech).

- *Jsou spolupracovníci diabetiků seznámeni s jejich nemocí?*

Všichni respondenti, kromě jedné slečny, mají zaměstnání. Tito čtyři diabetici seznámili své spolupracovníky se svou nemocí a poučili je, jak jim mají v případě hypoglykémie či jiných komplikací spojených s cukrovkou pomoci.

7.9 Závěr výzkumné části

Pro případovou studii, která byla vytvořena na základě polostrukturovaných rozhovorů, byla stanovena hlavní výzkumná otázka a čtyři specifické podotázky, které byly při výzkumu zodpovězeny.

7.10 Diskuse

Mezi nejčastější příznaky diabetu patří žízeň, únava, nechut' k jídlu, časté močení a úbytek váhy. Žízeň a únava se objevila před zjištěním diabetu u všech respondentů. Časté močení se objevilo u čtyř z pěti respondentů. Úbytek váhy zaznamenali pouze dva a nechutenství tři z pěti diabetiků, kteří mi poskytli rozhovor.

Diabetes mellitus je chronické onemocnění, které se nedá vyléčit. S tímto faktem se smířili pouze dva respondenti. Další dva doufají, že by nemoc mohla po určitém čase ustoupit. Zbýlý jeden o tom, zda se někdy vyléčí, nikdy nepřemýšlel.

Literatura uvádí, že cukrovka diabetiky omezuje v jejich aktivitách a je potřeba, aby dodržovali určité zásady. Z výzkumu je patrné, že všichni respondenti zásady dodržují, avšak většina se necítí být ve svých aktivitách omezena, musí je pouze podle potřeby upravit. Cítí se být spíše omezeni právě dodržováním zásad.

V literatuře je sice uvedeno, že aplikace inzulínu není vůbec těžká, avšak diabetici mají ze začátku obavy si inzulín sami píchnout. Po několika dnech však tento strach zmizí.

Literatura upozorňuje na depresivní období, které se mohou objevit v průběhu nemoci a je potřeba zahájit odpovídající léčbu. Všichni diabetici v rozhovoru uvedli, že nikdy nevyhledali v souvislosti s cukrovkou pomoc psychologa.

Dále se v literatuře uvádí, že by diabetici měli informovat své spolupracovníky v zaměstnání o své nemoci. Všichni pracující respondenti toto doporučení respektují a poučili své kolegy o tom, jak se mají zachovat v případě, že u nich nastane hypoglykémie či jiná komplikace. Také je doporučeno kontrolovat glykémii před řízením motorového vozidla a déle každou hodinu, toto doporučení však dodržuje pouze jeden diabetik ze dvou, kteří vlastní řidičský průkaz.

Nejen dia výrobky, ale také diabetická dieta, jsou ekonomicky náročnější, jak je uvedeno v prostudované literatuře. S tímto nesouhlasí pouze jeden respondent z pěti. Pro něho není diabetická dieta příliš finančně náročná. Ostatní se shodují, že je sice trochu drahá, avšak jsou si za potraviny, které jsou pro jejich dietu vhodné, ochotni připlatit.

Všech pět respondentů se do budoucna obává pozdních komplikací diabetu. Jeden respondent uvedl, že se bojí zejména diabetické nefropatie a jeden má obavy o svůj zrak.

Závěr

Diabetes mellitus je chronické onemocnění, které se dá léčit, ale ne zcela vyléčit. Je nutné dodržovat zásady správného stravování, užívat správné dávky léčiv a neméně důležitá je také fyzická aktivita. Diabetik ztrácí určitou část svobody, zejména při volbě zaměstnání či při trávení volného času.

Bakalářská práce se zabývá tématem psychosociálních problémů nemocných s diabetes mellitus a je rozdělena do sedmi kapitol. V teoretické části, která obsahuje šest kapitol, se stručně zmiňuji o historii diabetu, uvádím dělení diabetu, věnuji se zde léčbě a kontrole diabetu a dále se zde zabývám komplikacemi a psychosociální problematikou.

V rámci této práce jsem uskutečnila kvalitativní výzkumné šetření. Jako metoda sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který mi umožnil blíže se seznámit s respondenty. Výzkumné šetření proběhlo s pěti diabetiky s prvním typem diabetu ve věku od 21 do 34 let. Zúčastnili se tři muži a dvě ženy. Pro respondenty bylo vytvořeno 23 otázek, které bylo podle potřeby doplněno o několik dalších. Odpovědi respondentů na připravené otázky byly nahrány, přepsány a následně zpracovány v případových studiích, kde byly zachyceny příznaky diabetu, reakce diabetikova okolí na nemoc, léčba a kontrola diabetu, informovanost spolužáků a spolupracovníků diabetiků o jejich nemoci, omezení spojená s diabetem, obavy nemocných do budoucna a ovlivnění jejich psychiky nemocí. Získat respondenty nebylo příliš problematické. Některé z nich jsem znala již před začátkem psaní této práce a o jejich nemoci jsem věděla, ostatní jsem získala prostřednictvím svých přátel. Přesvědčit diabetiky, aby mi poskytli rozhovor, nebylo příliš obtížné.

Odborná literatura je k diabetu bohatá a s jejím sháněním jsem neměla velké problémy. Nejvíce informací jsem čerpala právě z dostupné literatury. Využila jsem také internetové zdroje. Jelikož sama jsem cukrovkou onemocněla před třinácti lety, některé informace, které jsem se mohla dočíst v odborné literatuře, jsem již dobře znala, dozvěděla jsem se však také spoustu nových skutečností, o kterých jsem dosud nevěděla.

Při výzkumu byla položena jedna výzkumná otázka, která byla rozdělena do dalších čtyř specifických podotázek. Na všechny tyto otázky se mi podařilo odpovědět.

Výsledky výzkumného šetření samozřejmě nemohou být zevšeobecňovány vzhledem k nízkému počtu respondentů.

Literatura a použité zdroje

- Americká diabetická společnost. *Cukrovka od A do Z: co potřebujete vědět o cukrovce jednoduše a srozumitelně*. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-7464.
- ANDĚL, Michal. *Život s cukrovkou*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-087-2.
- BARTOŠ, Vladimír, PELIKÁNOVÁ, Terezie. *Praktická diabetologie*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-31-4.
- BĚLOBRÁDKOVÁ, Jana, BRÁZDOVÁ, Ludmila. *Diabetes mellitus*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-446-1.
- BRÁZDOVÁ, Ludmila, a kol. *Průvodce diabetologií pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-305-8.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- CHLUP, Rudolf, a kol. *Úvod do diagnostiky a léčby diabetu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0091-X.
- CHLUP, Rudolf. *Racionální přístupy k léčbě osob s diabetem: Terapeutická edukace ve 3. miléniu*, 2009, roč. 11, suppl. B.
- JIRKOVSKÁ, Alexandra, a kol. *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes: manuál pro edukaci diabetiků*. Praha: Panax, 1999. ISBN 80-902126-6-2.
- KODADSKÝ, Jakub. *Praktické rady pro nemocné cukrovkou: co a jak měřit a sledovat při diabetu*. 1. vyd. Běstvína: Geum, 1999. ISBN 80-86256-07-3.
- KOHOUT, Pavel, PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Cukrovka: problematika hodnotného života*. 1. vyd. Pardubice: FILIP TREND PUBLISHING, 2001. ISBN 80-86282-15-5.
- KVAPIL, Milan. *Diabetologie 2010*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-381-3.
- LEBL, Jan, PRŮHOVÁ, Štěpánka, a kol. *Abeceda diabetu: příručka pro děti, mladé dospělé a jejich rodiče*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-022-4.
- PELIKÁNOVÁ, Terezie, BARTOŠ, Vladimír, a kol. *Praktická diabetologie*. 5. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-244-5.

RYBKÁ, Jaroslav, a kol. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1612-7.

ŠINDELKA, Gustav. *Cukrovka*. 1. vyd. Praha: Jan Vašut, 2000. ISBN 80-7236-179-1.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. Vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

Internetové zdroje:

HRACHOVINOVÁ, Tamara. Moje cukrovka. In: [online]. 21.6.2011 [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: <http://www.mojecukrovka.cz/clanek/diabetes-a-zamestnani/>.

PICKOVÁ, Klára. Moje cukrovka: Jak se starat o inzulín [online]. 23.07.2012, [cit. 2012-10-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.mojecukrovka.cz/clanek/jak-se-starat-o-inzulin.>>.

ŠEDÁ, Eva. S cukrovkou za psychologem?. In: Cukrovkář [online]. 21.6.2011 [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: <http://www.cukrovkar.cz/diabetes-kolem-nas/s-cukrovkou-za-psychologem.html>.

ŠTECHOVÁ, Kateřina a Stanislava KOLOUŠKOVÁ. Diabetes mellitus v dětství. Zdravotnické noviny [online]. 2006, č. 7 [cit. 2012-11-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/diabetes-mellitus-v-detstvi-172107>.

Přílohy

Příloha č. 1 Okruhy otázek k polostrukturovanému rozhovoru

Obecné informace – věk, zaměstnání/škola, aplikace inzulínu, doba trvání cukrovky

1. Jak a kdy se u Vás na cukrovku přišlo?
2. Co se Vám honilo hlavu po sdělení, že máte cukrovku?
3. Na koho jste byl naštvaný/naštvaná?
4. Myslel/myslela jste si, že se cukrovka po nějakém čase vyléčí?
5. Kdo Vám aplikoval inzulín v dětství? Kdy jste si ho začal/začala píchat sám/sama?
Kam si ho aplikujete?
6. Jak vnímáte své onemocnění? Můžete říct, že jste s cukrovkou na 100% smířený/smířená?
7. Je těžké dodržovat dietu a vše, co s cukrovkou souvisí?
8. Jak na nemoc reagovalo Vaše okolí? Rodiče, spolužáci, kolegové v práci, sourozenci, přátelé, manželka apod.
9. Máte nějaké další nemoci spojené s cukrovkou?
10. Jak si diabetes kontrolujete? Jak často?
11. Můžete se na svou rodinu, přátele, manželku spolehnout? Zajímají se o Vaši nemoc?
12. Jak Vaši rodinu ovlivnila diabetická dieta? Začalo se u Vás vařit jinak? A pro celou rodinu nebo jen pro Vás?
13. Je podle Vás diabetická dieta drahá? Jak se na to díváte?
14. Jaké je to ve škole/v zaměstnání? Ví spolužáci/spolupracovníci o Vaší nemoci? Využíváte někdy nějakých výhod? Máte nějaké výhody? Účastníte se školních akcí? (nebo účastnil/účastnila)
15. Omezuje Vás cukrovka v něčem? (koníčky, zájmy, zaměstnání,...)
16. Máte z něčeho obavy do budoucna?
17. Co Vám cukrovka přinesla? Pozitivní i negativní věci
18. Vlastníte řidičský průkaz? Dodržujete nějaké zásady před řízením auta? Kontrolujete si glykémii během delší cesty?
19. Zvyšuje vám stres glykémii? Kdy např. nejvíce?
20. Ovlivňuje diabetes vaši psychiku nebo náladu?
21. Přinesla Vám nemoc nějaké psychické problémy? Deprese, úzkost apod...

22. Vyhledal/vyhledala jste odbornou pomoc psychologa v souvislosti s cukrovkou?
23. Co je podle Vás největší problém nemoci? Stravování, fyzická aktivita, pozdní komplikace, ...?