

**UNIVERZITA KARLOVA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ  
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ**

**PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI DG. DIABETES  
MELLITUS – 2.TYPU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Podzimková**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2024

**CHARLES UNIVERSITY**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
DEPARTMENT OF NON – MEDICAL STUDIES

**THE PATIENT'S CONCEPT OF THE DISEASE**  
**DIABETES MELLITUS – TYPE 2**

Bachelor's thesis

Author: **Lucie Podzimková**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2024

### **Prohlášení**

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

V Hradci Králové .....

(podpis)

# OBSAH

Úvod.....	6
1. Pacientovo pojetí nemoci.....	9
1.1 Definice pojmů zdraví a nemoc .....	9
1.2 Pohledy na nemoc .....	9
1.3 Smysl nemoci.....	10
1.4 Postoj k nemoci.....	10
1.5 Subjektivní teorie nemoci .....	11
1.6 Definice pacientovo pojetí nemoci .....	12
1.7 Lidské potřeby .....	12
1.8 Modely vysvětlující pacientovo pojetí nemoci.....	14
1.8.1 Modely vztahu mezi nemocí a jedincem .....	16
1.8.2 Model pacientova přesvědčení o zdraví a nemoci .....	17
1.8.3 Model teorie plánovaného chování.....	18
1.8.4 Levanthalův pohled.....	19
1.8.5 Modely pacientových osobních zkušeností s nemocí .....	20
2. Diabetes mellitus.....	22
2.1 Klasifikace Diabetes mellitus .....	22
2.2 Diabetes mellitus II. Typu.....	23
2.2.1 Patogeneze .....	23
2.2.2 Klinický obraz.....	24
2.2.3 Diagnostika .....	24
2.2.4 Terapie.....	25
2.3 Komplikace.....	32
2.3.1 Akutní komplikace.....	32
2.3.2 Chronické komplikace .....	35

3.	Pacientovo pojetí nemoci z pohledu ošetřovatelství.....	40
3.1	Metody zjišťující pacientovo pojetí nemoci .....	41
	Empirická část.....	42
4.	Cíle výzkumu.....	43
5.	Metodika výzkumu .....	44
5.1	Použitá metoda.....	44
5.2	Zkoumaný soubor .....	44
5.3	Zpracování získaných dat .....	45
6.	Vyhodnocení výsledků.....	46
6.1	Zhodnocení sociodemografických údajů .....	46
6.2	Dotazník IPQ-R-CZ.....	53
6.2.1	Zhodnocení oblasti příznaků.....	53
6.2.2	Vyhodnocení jednotlivých položek.....	55
6.2.3	Vyhodnocení příčin nemocí .....	78
7.	Diskuse.....	91
8.	Závěr .....	97
	Abstrakt.....	99
	Použitá literatura .....	101
	Seznam zkratk .....	104
	Seznam obrázků .....	105
	Seznam tabulek .....	106
	Seznam grafů.....	107
	Seznam příloh .....	110
	Přílohy.....	111

# Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „*Pacientovo pojetí nemoci dg. diabetes mellitus II. typu*“. Toto onemocnění mě zaujalo již na střední škole, kdy jsem začala plnit praxe, kde jsem se setkala s tím, že větší část hospitalizovaných pacientů se léčila právě s tímto onemocněním. Zajímalo mě, jak bych jim mohla ještě více pomoci, aby pro ně jejich onemocnění nebylo přítěží. Z tohoto důvodu jsem si vybrala toto téma, abych zmapovala, jak sami pacienti onemocnění Diabetes mellitus vnímají a jak k němu přistupují.

Diabetes mellitus je chronické metabolické onemocnění, které přináší vysokou morbiditu, mortalitu a také s sebou nese řadu komplikací, kterým se dá ve většině případů předejít. Diabetes mellitus II. typu je nejrozšířenějším typem diabetu nejen v České republice, ale i ve světě. Celkově diabetem mellitem trpí v České republice přes milion lidí a každým rokem tento počet stoupá.

Bakalářská práce byla rozdělena na část teoretickou a část empirickou.

V teoretické části se jsme se věnovali pacientovu pojetí nemoci a poté samotnému onemocnění diabetes mellitus II. typu. Nejdříve jsme si rozdělili klasifikaci DM, poté jsme se věnovali charakteristice DM II. typu, jeho patogenezi, klinickému obrazu, diagnostice, terapii a komplikacím. Poslední kapitola teoretické části se zabývala pacientovým pojetím nemoci z pohledu ošetřovatelství, z jakého důvodu je pro nás porozumění pacientově vnímání nemoci důležité a jakými metodami je možné jej zjišťovat.

Hlavním cílem empirické části bylo zmapovat pacientovo pojetí nemoci s onemocněním Diabetes mellitus 2. typu pomocí standardizovaného dotazníku IPQ–R–CZ a jeho 7 domén – jak respondenti vnímají své onemocnění; trvání jejich nemoci a její charakter; jaké důsledky představuje nemoc pro jejich život; jak moc si myslí, že mohou onemocnění ovlivnit; zda je jejich nemoc léčitelná, předvídatelná a rozumí jejímu průběhu; jakým způsobem onemocnění prožívají. Dalším dílčím cílem bylo zmapovat příčiny vzniku DM 2. typu dle respondentů. Snažili jsme se zmapovat osobní podíl pacienta na vzniku onemocnění. Posledním cílem bylo zjistit vliv vybraných demografických proměnných (věk, vzdělání, pohlaví a délka onemocnění) na domény pacientova pojetí nemoci. Ke zjištění stanovených cílů jsme zvolili výše zmíněný standardizovaný dotazník IPQ – R – CZ v jeho rozšířené verzi.

Znalost pacientova pojetí nemoci pomocí IPQ–R–CZ umožňuje sestřám i lékařům pochopit pacientovo chování, spolurozhodování i jeho spolupráci v rámci terapie a ošetrovatelské péče.

## **Teoretická část**



# 1. Pacientovo pojetí nemoci

Každý člověk je individuální osobnost. Má odlišné názory, myšlení, vlastnosti a každý vnímá svou nemoc či zdraví úplně jinak. Je ovlivňován vnějšími i vnitřními jevy, které se mu v životě udály nebo udávají. Proto musíme ke každému pacientovi přistupovat individuálně.

## 1.1 Definice pojmů zdraví a nemoc

Zdraví je veřejně známý pojem. Někdo chápe tento pojem pouze jako nepřítomnost nemoci. Nejznámější je však definice podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která zní: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení.“ Již z tohoto znění můžeme pozorovat, že vychází ze subjektivního pocitu jednotlivce, kde se zjišťuje, jak se mu daří po všech stránkách. Zdraví zásadně ovlivňuje kvalitu života, týká se celého člověka i jeho prostředí.

I pojem nemoc prošel dlouhým vývojem, a existuje tak několik definic a pohledů na něj. Nemoc můžeme považovat za poruchu zdraví, kterou ovlivňují vnitřní a vnější faktory. Má vliv na fyzický, psychický i společenský stav jedince a je souhrnem reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi jedincem a prostředím. Velmi ovlivňuje život jedince i jeho okolí. Je provázána subjektivními pocity a individuálními prožitky (Zacharová a kol., 2007, s. 16-17).

## 1.2 Pohledy na nemoc

Obecně je zvykem uvažovat o nemoci ze čtyř různých pohledů, kdy se nejedná jen o zdravotníkův přístup k léčbě, ale také o pohled ostatních jedinců, kteří se na pacientově léčbě spolupodílejí a dohlíží na dodržování léčebného režimu.

První pohled je přirozená historie nemoci, kam patří definovaný obecný průběh nemoci, uvádí stupeň zdraví, hranici klinického rozpoznání nemoci, rozvinutou nemoc, pokročilou nemoc a hlavní vyústění (vyléčení ad integrum, nebo zhojení s trvalými následky, či přechod do chronického stavu, v některých případech i smrt). Druhý pohled je klinický pohled na nemoc, kdy vychází z poznatků nashromážděných generacemi lékařů, které se promítají do Mezinárodní klasifikace nemocí. Třetí pohled je založen na individuálních zkušenostech lékaře. Čtvrtý pohled je z hlediska individuality daného pacienta, kdy se lékař zaměřuje

na symptomy pacientovy nemoci, vývoj jeho nemoci a na to, jak se pacient s nemocí snaží vyrovnat.

Existuje ale ještě jeden, pátý pohled, který zatím profesionálové nebrali příliš v potaz, a tím je pacientův pohled na vlastní nemoc – pacientovo uvažování nad nemocí, kdy on sám posuzuje průběh nemoci, průběh léčby a vyústění nemoci (Mareš, Vachková, 2009, s. 11-13).

Nemoc můžeme také vidět objektivním a subjektivním pohledem. Objektivní pohled dominuje u lékaře, který vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí, kdy pohlíží na nemoc jako na klinickou jednotku, kde jsou stanovené standardní postupy pro léčbu a je známa etiologie, diagnostika. Subjektivní pohled na nemoc můžeme sledovat u pacientů, kdy se tyto pohledy od sebe mohou lišit na základě jejich individualit. Pohled pak vychází z osobních zkušeností pacienta, ze zkušenosti z rodiny, kultury, komunity i ze země, odkud pochází. (Mareš, Vachková, 2009, s. 14).

### **1.3 Smysl nemoci**

Většina pacientů si v momentě diagnostikování jejich nemoci pokládá otázky typu: „*Proč zrovna já? Co jsem udělal špatně? Co jsem komu udělal, že to jsem zrovna já?*“ a další typy otázek, když se snaží přijít na smysl nemoci ve vztahu k jejich osobnosti a životu. Přemýšlí nad tím, jak moc jim nemoc ovlivní život, jak budou žít dál, co se s nimi bude dít. Můžou se snažit získat kontrolu nad svým životem a nad okolnostmi své nemoci. (Mareš, Vachková, 2011, s. 13).

### **1.4 Postoj k nemoci**

Při sdělení diagnózy pacient reaguje na změnu, událost různými způsoby a přístupy k nemoci. Pacienti, kteří byli v pracovní sféře velmi aktivní a na vyšší pozici, se najednou můžou cítit méněcenní nebo se u nich objeví depresivní nálada. Někteří naopak mohou brát nemoc jako výhodu a snaží se ji prodloužit a využít jejích výhod. Ovšem reakce na nemoc jsou velmi odlišné a individuální, a ne všichni pacienti jsou stejní. Většina pacientů přijme diagnózu, dodrží léčebná doporučení od lékaře a velmi spolupracuje s vírou v uzdravení.

Podle hodnoty nemoci pro nemocného, můžeme postoj k nemoci rozdělit do několik skupin:

- **Normální postoj k nemoci** – vychází z aktuálního stavu nemocného, kdy je na nemoc přiměřeně adaptován
- **Bagatelizující postoj** – nemocný nebere v úvahu vážnost nemoci, nedodrží léčebné postupy, podceňuje své schopnosti a své zdraví
- **Repudiační postoj** – nemocný si nevědomě nemoc odpírá, nemyslí na ni, nevyhledá lékařskou pomoc
- **Disimulační postoj** – nemocný záměrně zapírá své obtíže nebo si je poupraví, což většinou souvisí se strachem
- **Nozofóbní postoj** – nemocný má tendence kontrolovat své zdraví, má strach z nevyléčitelných nemocí, opakovaně chodí k lékaři i se svými domněnkami, ačkoliv si může uvědomovat přehnanost situace, nelze se ubránit myšlenkám na nemoc
- **Hypochondrický postoj** – nemocný prožívá lehčí formy nemoci velmi vážně, kdy si vsugerovává a má pocit, že má závažnou nemoc, ač jí netrpí
- **Nozofilní postoj** – nemocný se cítí středem pozornosti, kdy si libuje v nemoci, dělá mu dobře pozornost okolních lidí a větší péče o něj, nemusí, díky nemoci, plnit úplně všechny povinnosti v životě
- **Účelový postoj** – nemocný využívá svou nemoc k úniku z nepříjemných situací nebo k získání určitých hodnot

## 1.5 Subjektivní teorie nemoci

Podle Koehlera a jeho spolupracovníků (2009, s. 239) se jedná o pojem, který se zabývá kognitivními konstrukty, které si vytvářejí nemocní o: podstatě a charakteru nemoci, příčinách nemoci a způsobech léčení spojené s jejich nemocí.

Tato teorie spoluurčuje, jakým způsobem se pacient s nemocí vyrovná. Mění se v čase, vyvíjí se zkušenostmi s nemocí a s poznatky, které si převzal od jiných lidí. Ve vývoji rozhoduje klíčový vliv neboli přesvědčení o tom, kdo a čím může ovlivnit průběh nemoci.

Pokud pacient nenajde tento vliv uvnitř sebe, je přesvědčen, že to s ním nijak nesouvisí a on udělal vše dobře. Může si myslet, že ho nakazil někdo jiný, že lékař zanedbal diagnostiku, nebo že jde o zásah vyšší moci. Jestliže pacient najde příčinu u sebe, je přesvědčen, že vše

souvisí s ním samotným, může usuzovat, že je citlivý, vnímavý, že je zdravotně oslabený, žil nezdravě, nesportoval, nadměrně pil alkohol a kouřil.

Jak pacient vnímá svou nemoc závisí také na informacích, které mu sdělí zdravotníci, jakým způsobem je sdělí a jakým jazykem, jsou mu sdělovány.

Pacientova subjektivní teorie se vůbec nemusí shodovat s medicínskými fakty, s objektivními údaji. Naopak se do jejich přivlastňování vkládají emoce a nemocní jednájí intuitivně, jsou zkrátka individuálními osobnostmi. Zvládání nemoci je spojeno s jedincovým sebepojetím, zdatností stát tvář v tvář obtížím a schopností vnímat situaci v životě i prostředí.

## 1.6 Definice pacientovo pojetí nemoci

Pacientovo pojetí nemoci je pojem, který můžeme vnímat především u nemocných, můžeme ho však zaznamenat i u zdravých lidí. Jak už bylo řečeno, jedinec je individuální osobnost, a tudíž každý bude nahlížet na nemoc jinak. Můžeme vnímat odlišné názory u jedinců, kteří onemocněním prošli, a u jedinců, kteří o nemoci četli nebo slyšeli. Pacientovo pojetí nemoci není statické, během života se může měnit vlivem věku, jedincovými zkušenostmi a znalostmi, ale také vlivem rodiny, přátel, vrstevníků, zdravotnických profesionálů a dalších.

Pojem zahrnuje tyto oblasti:

- **Kognitivní oblast** – jedincovy názory na příčiny, příznaky, důsledky a závažnost jeho nemoci
- **Afektivní oblast** – jedincovy postoje, emoce, hodnoty a prožitky se zkušenostmi s nemocí
- **Konativní oblast** – jedincovo jednání a chování (Mareš, Vachková, 2009)

## 1.7 Lidské potřeby

Onemocnění ovlivňuje osobnost jedince a přináší spoustu fyzických, psychických ale i sociálních změn. Z tohoto důvodu bývají nejčastěji potřeby desaturovány. Nyní se budeme bavit o lidských potřebách a změnách potřeb u nemocného. Důležitou roli hraje objevení jedincovy osobnosti, jeho chování a potřeb a zjištění jeho porozumění a přijetí nemoci.

Potřeba je charakterizovaná dynamickou silou, která vyvolává pocit nadbytku či nedostatku. Máme několik oblastí potřeb, mezi základní patří biologické, psychologické, sociální či duchovní. Mít naplněné potřeby je důležité pro rovnováhu organismu neboli homeostázy. Potřeby velmi úzce souvisí s kvalitou života jedince. Nejznámější teorie, kde máme popsány 5 základních potřeb, je teorie A. Maslowa, vydaná v roce 1943.



Obrázek 1 Maslowova hierarchie potřeb (zdroj: online)

Podle důležitosti můžeme rozdělit potřeby na primární a sekundární. Primární potřeby musí být naplněny. Bez těchto potřeb se nedá dlouho žít, patří mezi ně potřeby biologické, fyziologické, můžeme je ale také nazývat jako přirozené. Za sekundární potřeby považujeme ty, které člověk získá v průběhu života a patří mezi ně sociální či kulturní potřeby (Šamánková a kol., 2011).

U nemocného dochází k narušení těchto potřeb a během onemocnění nemohou být jeho potřeby saturovány v takové míře, jak byl nemocný zvyklý. Nemocný své potřeby přehodnocuje a staví si nový žebříček svých potřeb, které jsou pro něj momentálně prioritní, aby si udržel svou kvalitu života nebo se k ní alespoň přiblížil. Během hospitalizace se na uspokojování potřeb nemocného podílí sestra, a to v rámci ošetrovatelského procesu.

Bártlová (2005) člení potřeby do tří skupin. V první skupině jsou **potřeby, které se nemocí nemění**, jedná se o potřeby, které se jak u zdravého, tak nemocného nemění a nesouvisí s nemocí. Do této skupiny patří zejména potřeba vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku, spánku, potřeba vyprazdňování, čistoty, bezpečí a pohodlí. V nemocnici se na uspokojování těchto

potřeb podílí sestra nebo jiný zdravotnický personál. Druhou skupinou jsou **potřeby, které se nemocí modifikovaly**. Je to nejsložitější skupina tvořená biologicky modifikovanými potřebami, které jsou ovlivňovány onemocněním, jeho druhem, fází, ve které se nachází a jeho závažností. Zaměřuje se na sociální potřeby, které jsou během onemocnění nejdříve redukovány a následně se mohou postupně navracet na svou úroveň. Můžeme sem zařadit potřebu tvořivé práce, ve které člověk projevuje svou aktivitu, potřebu poznání světa a sebe samého, potřebu sociálních styků nebo potřebu vytváření kulturního prostředí. A poslední a třetí skupinou jsou **potřeby, které nemocí vznikly**. Uspokojování těchto potřeb je součástí léčebného procesu. Vzhledem k onemocnění vznikají pro nemocného nové potřeby, které si osvojuje a vznikají se změnou prostředí, materiálních i společenských podmínek života, postupnou změnou osobnosti člověka vlivem poznávání onemocnění a jeho zkušeností s ním.

## 1.8 Modely vysvětlující pacientovo pojetí nemoci

Způsob, jakým uvažuje jedinec o zdraví a nemoci, ovlivňuje jeho chování a způsob, kterým řídí i sám sebe. Badatelé se již 60 let snaží modelovat ty proměnné, které rozhodují o autoregulaci chování jedince vztahu ke zdraví a nemoci.

Máme různé modely, které zachycují pacientovo pojetí nemoci, a v reálném životě fungují jako filtr, který propouští jen některé poznatky, které pacientovi sdělujeme. Může také fungovat jako interpretační schéma, kdy si pacient podle svých osobních názorů, vysvětluje to, co slyší od ostatních a co pociťuje on sám.

Proto může existovat rozdíl mezi tím, co ukazují objektivní klinické názory o aktuálním stavu pacienta, a tím, jak vnímá sám pacient svoje každodenní zkušenosti s nemocí. Pro pacienta je často důležitější, jak jeho nemoc ovlivní fungování v „normálním životě“ než to, co mu sděluje odborník – lékař.

Mnozí autoři empirických výzkumů se nezatěžují tím, že by se blíže zabývali charakteristikou teoretického přístupu či konkrétního teoretického modelu, ze kterého vycházejí. Těchto modelů je mnoho a liší se počtem a charakterem proměnných, které se využívají i podle vhodnosti.

Nyní se podíváme, jak šel vývoj teoretických modelů od roku 1950. První modely jsou založené na teorii pudů, autory jsou Dollar, Miller (1950) a poté aktualizoval sám Miller (1951). Klíčové domény, na nichž model staví, je strach, který vznikne pomocí klasického

podmiňování, motivuje člověka k instrumentální akci: redukování strachu zpevňuje instrumentální akce.

Druhé modely jsou založené na teorii postojů, záměrech a zdůvodněném jednání. Mezi ně patří postojový model. Jako doménu uvádí, že ochota jedince k určitému jednání je funkcí vztahu jednání k bazálnějším postojům a hodnotám. Autoři jsou Peak (1958) a poté Rosenberg (1960). Další je model zdůvodněného jednání. Jeho doména je pravděpodobnost určitého jednání, která závisí na hodnotě jedince, a na příznivém hodnocení tohoto jednání jinými lidmi. Autory jsou Ajzen, Fishbein (1972, 1977) a Fishbein, Ajzen (1974). A posledním je model plánovaného chování. Za doménu využívá vnímání vlastní zdatnosti přispívající k provedení záměru, k uskutečnění plánovaného chování. Autorem je Ajzen (1991).

Třetí jsou modely založené na užitečnosti a jedincově přesvědčení. Model užitečnosti jednání používá doménu vnímání cesty k cíli, je funkcí pravděpodobnosti dosažení cíle a hodnoty dosaženého cíle. Autory jsou Lewin (1935) a Tolman (1938). Model přesvědčení o zdraví bere jako doménu, že motivace je funkcí jedincova vnímání rizik a vlastní zranitelnosti. Jednání je funkcí motivace a rozdílu mezi přínosem a cenou. Jednání je funkcí motivace, rozdílu mezi přínosem a cenou, vnímanými symptomy a vnímanou vlastní zdatností. Autory jsou Hochbaum (1958), Rosentstock (1966), Becker, Mainman (1975).

Čtvrtý je model paralelních reakcí, jehož doménou je, že existují separátní cesty ke vnímání nebezpečí, rizika a ke zvládnání strachu. Jednání je funkcí vnímaného ohrožení a plánu jednání, efekt strachu je krátkodobý, strach snižuje vnímání vlastní zdatnosti a blokuje jednání. Autory jsou Leventhal et. Al. (1965).

Pátým je transakční model stresu. Doménou tohoto modelu je percepční kontrola a řízení emocí. Existuje zvládnání zaměřené na problém a zvládnání zaměřené na zklidnění emocí. Autorem je Lazazus (1966).

Šestou je sociálně kognitivní model. Doménou je, že existuje kognitivně – behaviorální a sociální učení, percepční reprezentace a modelování, vnímání vlastní zdatnosti a výkon. Autorem je Bandura (1969, 1977).

Sedmým modelem je ochraňující motivace. Ten využíval jako doménu, že existují dvě cesty: jedna k vyrovnání se s nebezpečím a druhá k vyrovnání se se strachem. Motivace zde byla nejprve funkcí vnímaného nebezpečí a vnímané zranitelnosti jedince. Později byla

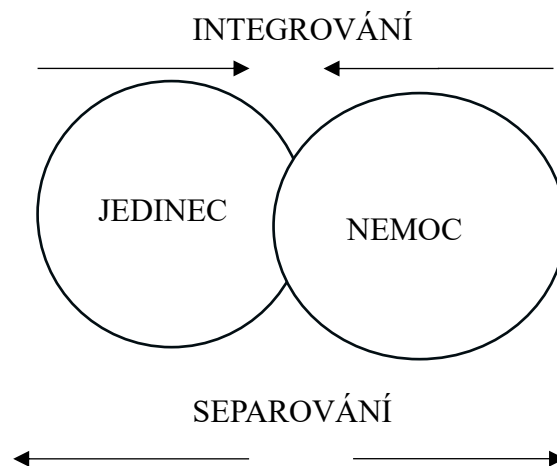
motivace funkcí vnímaného nebezpečí, vnímané zranitelnosti jedince a vnímané vlastní zdatnosti jedince. Autorem je Rogers (1983).

Osmým modelem model založený na zdravém selském rozumu. Jeho doména byla: Jednání člověka bylo chápáno jako funkce mentální reprezentace a postupů, které jedinec volí.

Od roku 1950 bylo nabídnuto osm modelů. Proměnné, které se ukázaly jako nosné v těchto starších osmi modelech, byly převzaty i do novějších modelů. Nyní si projdeme další modely, se kterými se můžou v současné době zdravotníci setkat. Jedná se o pět modelů, které si níže probereme: modely vztahu mezi nemocí a jedincem, model pacientova přesvědčení o zdraví a nemoci, model teorie plánovaného chování, Levanthalův model a modely pacientových osobních zkušeností s nemocí (Mareš, Vachková, 2009).

### 1.8.1 Modely vztahu mezi nemocí a jedincem

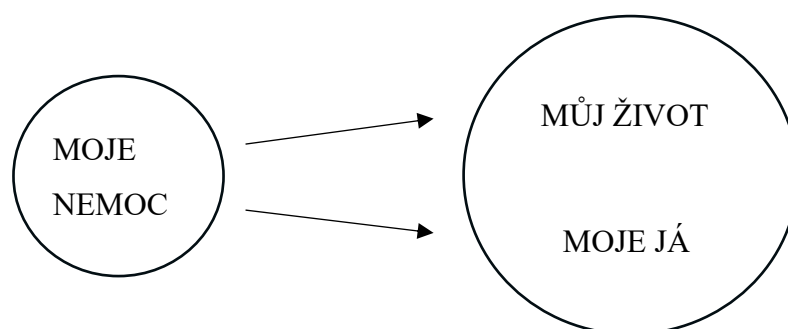
Tento model navrhnul Hagström se svými spolupracovníky v roce 2005. Model se zaměřuje na to, jak si jedinec vyjasňuje vztah k sobě samému a ke své nemoci. Můžeme to vyjádřit dle Vennova diagramu



Obrázek 2 Model vztahu mezi nemocí a jedincem

Model má dvě možnosti uvažování o sobě a nemoci. Jedna, jak je vidět na grafu, je integrace, kdy nemocný mluví o sobě a nemoci jako „*Já*“ a „*nemoc*“, nebo také ve smyslu „*nemoc má mě a já mám nemoc*“. Druhá je separace, tudíž od sebe rozděluje „*Já*“ a „*nemoc*“. Bere nemoc jako něco přechodného, co zdravotníci spraví. Nemoc se ho vlastně vůbec netýká – budu brát léky a nebudu se tím zatěžovat.





**Obrázek 3** Model vztahu mezi nemocí a jedincem

Na grafu vidíme 3 proměnné, kdy má pacient za úkol graficky vyjádřit a slovně okomentovat, jak nemoc ovlivňuje jeho život, jeho samotného, jeho psychiku a jeho osobnost.

Modely tohoto typu jsou jednoduché, k těm propracovanějším se dostaneme dále (Mareš, Vachková, 2009).

### 1.8.2 Model pacientova přesvědčení o zdraví a nemoci

Jde o psychologický model, který se snaží vysvětlit, proč se pacienti nechovají „zdravě“, proč nespolupracují se zdravotníky při prevenci nemocí a proč nemocní nedodržují léčebný režim.

Model předpokládá, že ochota člověka chovat se zdravě, zodpovědně a dodržovat léčebný režim závisí na čtyřech proměnných:

1. pacientem subjektivně vnímané citlivosti, zranitelnosti vlastního organismu
2. vnímání závažnosti důsledků nemoci a rizik plynoucích z nedodržení prevence či příkazů lékaře při léčbě nemoci
3. vnímání rovnováhy mezi tím, co člověk sám vykoná pro udržení svého zdraví, a tím, zda se mu vynaložené úsilí vrátí v podobě zlepšení zdravotního stavu
4. vnímání překážek, komplikací, které se objevují, když se člověk snaží předcházet onemocnění nebo důsledně dodržovat léčebný režim

Tento model se v průběhu výzkumů vyvíjel a změnil se z původních čtyř na šest proměnných. K této změně přispěly tři vlivy: edukace, příznaky onemocnění a informace, které laické veřejnosti podávají sdělovací prostředky.

Novými šesti proměnnými jsou:

1. Vnímání zranitelnosti svého organismu
2. Vnímaná hrozba, riziko
3. Vnímaný přínos
4. Vnímané překážky
5. Impulsy ke změně
6. Vnímaná vlastní zdatnost

Model se používá dodnes ve dvou případech, u relativně zdravých lidí k posílení prevence onemocnění a omezení rizikového chování a u nemocných lidí, aby se posílila spolupráce pacienta s lékařem a zvýšila se motivace k dodržování léčebného režimu (Mareš, Vachková, 2009).

### **1.8.3 Model teorie plánovaného chování**

Tento model zjišťuje, jak jedinec uvažuje v situacích důležitých pro jeho zdraví, jaké postoje používá v situacích, které jsou pro jeho zdraví rizikové. Teorie předpokládá, že za jedincovým chováním je záměr plánovat určité činy. Teorie také ukazuje na to, že pokud poznáme záměry jedince, můžeme předpovídat, jak se jedinec bude chovat. Hlavním pojmem v této teorii je jedincův záměr. Ten je určen třemi proměnnými:

1. Jeho postojem k danému chování
2. Jeho subjektivními normami
3. Jeho vnímání toho, zda on sám může dění ovlivnit a zda je schopen něco ovlivnit

Teorie je úspěšná v poznání jedincovy motivace pro určité chování. Ovšem není moc úspěšná v předpovědi toho, zda jedinec svůj záměr dotáhne do konce, zda skutečně vykoná, to, co slíbil, a zda dobré úmysly opravdu vyústí v konkrétní činy.

Tento model se soustředil na poznání pacientových záměrů a jeho jednání, na roli pacientova přesvědčení, jeho postojů, norem a vnímané vlastní zdatnosti (Mareš, Vachková, 2009).

#### 1.8.4 Levanthalův pohled

Model nabývá i označení: „model autoregulace zdraví a nemoci založený na zdravém selském rozumu“. V současné době je nejpoužívanějším modelem při výzkumech pacientova pojetí nemoci na celém světě.

Při zrodu modelu se teorie opírala o teorii lidských pudů Dollarda a Millera, ve které se předpokládá, že strach, který u pacienta navodíme, ho přiměje k určité akci.

Byl proveden výzkum, kdy byly laické veřejnosti podány informace o nebezpečí tetanu a nebezpečí karcinomu plic. Zkoumalo se, co lidé udělají po neosobních informacích o těchto nemocech, které je vystraší. Výsledkem bylo, že strach působí pouze několik dnů a obvykle nepřiměje jedince k akci, nespustí jednání, které by snižovalo riziko onemocnění a posilovalo zdraví.

Leventhal vypracoval kolem r. 1970 nový model „model paralelních procesů“, který předpokládá, že somatické příznaky, které člověk registruje a prožívá a informace, které získává, vedou u jedince k jejich zpracování dvojitým způsobem – vnímání nebezpečí onemocnění a emoční zkušenost. Z toho si člověk vytváří dva akční plány: jak snížit nebezpečí onemocnění a jak zvládnout emoce a snížit svůj strach.

Poté jedinec vyhodnocuje tyto své dva plány, jak moc byly účinné. V případě, že nebyly pro jedince dostatečně účinné, přijme pozměněné akční plány a změni strategii svého jednání a aplikuje plány znovu. Tato verze neobstála v empirické části, a proto se autor snažil vytvořit další model více se přibližující realitě. Chtěl více propracovat doménu mentální reprezentace, čímž zjistil dalších 5 dílčích proměnných.

Podle Leventhala lidé uvažují o těchto charakteristikách nemoci: identifikace nemoci, časový průběh, důsledky nemoci, příčiny nemoci a ovlivnitelnost nemoci.

Jedinec se pomocí heuristických postupů snaží vysvětlit, interpretovat různé stimuly, které pocházejí z nemoci samotné a z důsledků snahy vyrovnat se s nemocí a zvládnout ji. Máme několik heuristických pravidel: symetričnost, vztah stres – nemoc, vztah věk – nemoc, prevalence dané nemoci v populaci a trvání nemoci.

Mentální reprezentace nemoci podstatně ovlivňuje způsob, kterým nemocný svou nemoc zvládá. Volba postupu se často odráží v jedincově vnímání a hodnocení vztahu mezi příznaky a léčebnými postupy. V názvu tohoto modelu se objevuje pojem „autoregulace“

do toho spadá systém jedincových cílů a definovaných postupů pro dosažení těchto cílů, tvoří tedy jedincův akční plán. Vše je ovlivňováno sociálním prostředím, ve kterém jedinec žije, a jeho „já“.

V posledních letech se objevují snahy tento model rozšířit. S jinou modifikací přišla Karaszová a spol., která připomíná, že mentální reprezentace nemoci nemá pouze laickou podobu, ale je výsledkem toho, co si o nemoci myslí pacient, co mu o nemoci říkají odborníci a co on si z toho vybere a zabuduje do své mentální reprezentace nemoci. Také poukazuje na to, že pacient má své specifické potřeby, sám posuzuje účinnost léčby a vyjadřuje spokojenost či nespokojenost s výsledky léčby.

Jako další se snažil tento model obohatit Koehler a spol., který přidal další domény, jako jsou zvláštnosti komunikace lékař – pacient, zvláštnosti dané nemoci, medicínské aspekty průběhu nemoci, interindividuální a sociální kontext nemoci (Mareš, Vachková, 2009).

### **1.8.5 Modely pacientových osobních zkušeností s nemocí**

Jedná se o modely, které vycházejí z poznatků sociologie medicíny, medicínské antropologie a medicínské etnografie. Vychází z předpokladu, že zážitek nemoci, osobní zkušenosti a léčba nemoci se netýká pouze pacientova těla nebo pacientovy psychiky. Ovlivňuje celou síť pacientových sociálních vztahů, pracovní zařízení, volný čas nemocného, jeho zázemí a domov. Tyto modely si všímají i vlivu rodiny a komunity na pacientovo chápání a prožívání nemoci a na to, co je a co není vhodné při nemoci dělat. Autoři se snaží bojovat proti běžnému bio-medicínskému pohledu na nemoc.

Užitečným ve výzkumu je pacientovo vyprávění o nemoci, které dříve nebylo tak běžným prostředkem. Kvalitativní přístup dovoluje poznat pacientův vlastní pohled na nemoc a pomáhá také samotnému nemocnému. Vyprávění má totiž několik funkcí: transformuje jednotlivé události spojené s nemocí, rekonstruuje pacientův životní příběh, vysvětluje druhým lidem život s nemocí a pomáhá porozumění dané nemoci, prosazuje svou identitu nebo budoucí identitu a transformuje nemoc individuální na úroveň hromadnou, kolektivní.

Kleinman (1988) dal vyprávění ještě jednu další funkci a tou je skutečnost, že má i terapeutickou hodnotu, když se nemocný může vypovídat ze své zkušenosti s nemocí.

Frank roku 1995 popsal trošku odlišný pohled na vyprávění, který má tři základní typy. První je restituující vyprávění, které se snaží minimalizovat dopady nemoci, zmenšuje se

pacientova vina na vzniku onemocnění a pokouší se vrátit k normálu. Druhé je chaotické vyprávění, což je přesný opak prvního. Dopady nemoci jsou hrozné, pacient je obětí nemoci, nemůže s tím nic dělat. Budoucnost je temná a bude se zhoršovat. A třetím typem vyprávění je pátrací vyprávění, kdy se člověk staví k nemoci čelem, zodpovědně, akceptuje ji a snaží se udělat vše pro zlepšení (Mareš, Vachková, 2009).

## 2. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (cukrovka, dříve zvaná úplavice močová) je nejrozšířenější chorobou v naší republice i ve světě. Každým rokem počet diabetiků stoupá, a to nejen u dospělých a starších, ale i u dětí.

Diabetes je nehomogenní chronické metabolické onemocnění, které má charakteristický rys, a tím je hyperglykémie. Jedná se o celoživotní, avšak léčitelnou nemoc. Onemocnění má různé klinické formy, každá má rozdílnou etiologii, částečně různé projevy a průběh. Společným projevem, které je všechny spojuje, je hyperglykémie a komplexní porucha metabolismu.

Jde o poruchu sekrece nebo účinku inzulinu a je provázána poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. Rozlišujeme několik druhů, které vznikají na podkladu absolutního nebo relativního nedostatku inzulinu. Při neléčeném nebo dekompenzovaném diabetu mohou vznikat specifické komplikace jako např. poškození ledvin neboli nefropatie, poškození nervů neboli neuropatie, poškození očí neboli retinopatie nebo tzv. diabetická noha. Pacienti, kteří trpí chorobu, jsou sledováni u praktického lékaře v ambulancích, u diabetologa nebo v diabetologických centrech (Svačina, 2010; J. Rybka a kol., 2006).

### 2.1 Klasifikace Diabetes mellitus

Rozlišujeme dva základní typy diabetu. Prvním je Diabetes mellitus I. typu, který vede k absolutnímu nedostatku inzulinu a u kterého je nutnost substituce inzulinu. Typicky se vyskytuje v dětském věku a u mladších dospělých, ale není výjimkou jeho výskyt v jakémkoli období života. Tento typ můžeme dělit na dva další podtypy, a to na podtyp A, imunitně podmíněný a podtyp B, idiopatický.

Druhým je Diabetes Mellitus II. typu non inzulin dependentní. Diabetes mellitus může být kombinací inzulinové rezistence a porušení sekrece inzulinu.

Rozlišujeme několik dalších specifických forem diabetu: LADA, diabetes typu MODA, gestační diabetes, sekundární diabetes, snížená glukózová tolerance (Svačina, 2010; J. Rybka a kol., 2006).

## 2.2 Diabetes mellitus II. Typu

DM II. typu je nejčastější metabolickou poruchou charakteristickou relativním nedostatkem inzulínu nebo necitlivostí inzulínových receptorů neboli inzulínovou rezistencí, která způsobuje nedostatečné využívání glukózy v organismu a dochází ke vzniku hyperglykemie (Kudlová 2015).

### 2.2.1 Patogeneze

DM II. typu se manifestuje především ve středním a vyšším věku a jeho výskyt s věkem vstoupá. Jde o onemocnění s familiárním výskytem, k tomuto onemocnění rovněž přispívají exogenní a endogenní faktory. Mezi nejčastější rizikové faktory patří nadváha a obezita, nezdravý životní styl – kouření, zvýšený příjem kalorií, především tuků, snížená nebo nedostatečná pohybová aktivita, věk nad 45 let, rodinná anamnéza a gestační diabetes (Svačina,2010).

Inzulínová rezistence je považována za hlavní metabolický znak u většiny diabetiků II. typu. Je charakterizována významně sníženou citlivostí tkání vůči působení inzulínu. Ta je rozdílná v různých tkáních, nejcitlivější jsou tuky a méně citlivá je svalová tkáň. Principem je změna funkce inzulínového receptoru a postreceptorových pochodů.

Primární porucha je způsobena mutací genů a může narušit strukturu inzulínového receptoru nebo účinek inzulínu.

Sekundární inzulínová rezistence jde ovlivnit odstraněním příčiny, kvůli které vznikla, popřípadě s ní lze počítat v různých obdobích života, jako je puberta, těhotenství nebo stárnutí, kdy hrají roli hormonální vlivy, metabolické vlivy nebo protilátky proti inzulínu a inzulínovému receptoru.

S inzulínovou rezistencí se můžeme setkat i ve stresových situacích a při hladovění, kdy se ji organismus snaží překonat, a tak tělo začne produkovat vyšší sekreci inzulínu a vzniká hyperinzulinismus (Ian N Scobie, Katherine Samaras 2018).

### 2.2.2 Klinický obraz

Projevy DM II. typu je nenápadný, počáteční fáze je často oligosymptomatická, nebo dokonce i bez příznaků. V organismu vzniká hyperglykemie při nedostatečném působení inzulínu, ta nezpůsobuje významné obtíže. Hodnota normoglykemie se pohybuje okolo 3,6–5,9 mmol/l. Pokud překročí ledvinový práh, tj. 10 mmol/l v krvi, vzniká osmotická diuréza a vzniká zvýšený únik tekutin.

Nemocný již v rozvinuté fázi onemocnění bude trpět polyurií neboli častým močením, a bude mít pocit žízně neboli polydipsii. Tyto příznaky jsou typické pro onemocnění.

Mezi další obecné příznaky patří nevysvětlitelná únava, nechutenství, úbytek nebo naopak zvýšení hmotnosti na váze. Dalšími příznaky možného diabetu jsou kožní či močové infekce, vulvovaginitidy, zejména mykotické povahy, a balanitida. Nemocný si může stěžovat na zhoršený zrak. Dalšími příznaky mohou být neuropatie či ischemické změny, které s sebou diabetes přináší v podobě komplikací (Svačina 2010, Kudlová 2015).

### 2.2.3 Diagnostika

Základním laboratorním vyšetřením je laboratorní prokázání hladiny cukru v krvi. Jak už bylo uvedeno výše, hyperglykemie je společným znakem všech typů diabetu, a proto je toto vyšetření nutné pro stanovení diagnózy. (Kudlová, 2015, Škrha 2009)

## Glykémie

### Glykémie stanovená během dne

Podle mezinárodních kritérií obecně platí, že nejméně pravděpodobné je onemocnění u klienta, u kterého je odebrána glykemie během dne nižší než 5,6 mmol/l, naopak naměřená glykemie vyšší než 10 mmol/l je pro diagnózu diabetes velice pravděpodobná.

### Glykemie stanovená na lačno

Podle kritérií SZO je pro stanovení diagnózy dostačující nález v kapilární krvi s hodnotou glykemie nad 7,8 mmol/l, zvláště pokud jsou již rozvinuté typické příznaky diabetu (Škrha 2009).



## **Orální glukózotoleranční test (oGTT)**

U všech klientů s podezřením na onemocnění se provádí oGTT test. Test je založený na stanovení glykemie nalačno a poté po zátěžovém testu orálním podáním 75 g glukózy.

Klient by měl 3 dny před testem dodržovat odlehčenou stravu, omezit sacharidy, měl by vynechat tělesnou námahu.

Test začíná odebráním glykemie nalačno, poté se 75g glukózy rozmíchá v 250-300 ml vody a roztok by se měl vypít do 5 minut. Poté se sleduje hodnota glykemie po 2 hodinách.

Ke stanovení diagnózy diabetes značí glykemie nalačno nad hodnotu 6,7 mmol/l a po 2 hodinách od vypití roztoku přesahující 10 mmol/l.

Pokud je však glykemie nalačno nižší než 6,7 mmol/l a po 2 hodinách se naměří v rozmezí od 6,7 – 10 mmol/l, hodnota svědčí o porušené glukózové toleranci.

## **Glykosurie**

Cukr v moči často bývá náhodným nálezem možným k poukazováním na onemocnění diabetem. Ne vždy tomu tak je, a tak to není diagnostickým kritériem.

## **Glykovaný hemoglobin**

Glykovaný hemoglobin slouží ke kontrolování dlouhodobé kompenzace diabetu, období zhruba 4–6 týdnů. Odebírá se z venózní krve a normální hodnota se pohybuje v rozmezí od 28–40 mmol/l (Škrha, 2009).

### **2.2.4 Terapie**

Cílem léčby je udržet zdraví nemocného v co nejlepší fyzické i psychické kondici. Dalším cílem je, aby se pacient dožil stejného věku jako člověk nediabetik. Cílem také je, aby se nerozvinuly komplikace, a pokud se již rozvinou, zabránit jejich zhoršování.

Nejdůležitější složkou léčby je dobré seznámení a srozumění pacienta s celým onemocněním, aby chápal svou úlohu v léčbě a věděl, co vše on sám pro své zdraví může konat a mohl si sám upravovat léčbu podle životních situací.

## **Selfmonitoring moči a kapilární krve**

Selfmonitoring moči ustupuje v dnešní době spíše do pozadí. Cukr v moči se za normálních okolností nevyskytuje, pouze pokud glukóza překročí tzv. ledvinový práh obvykle 10 mmol/l. Měření může být falešně negativní. V moči můžeme měřit i ketolátky. Ketonurie se objevuje při hyperglykémii, která je spojená s ketoacidózou nebo při hladovění. Pozitivní nález můžeme vidět i u těhotných nebo po nadměrné fyzické zátěži.

Selfmonitoring kapilární krve nejčastěji sleduje hodnotu glykémie, může však také celkový cholesterol, triacylglyceroly a stanovit hladinu laktátu. Měří se pomocí glukometru, který pojišťovna hradí osobám, které si aplikují inzulín alespoň 3x denně. Pomůcky předepisuje diabetolog na poukaz pojišťovny.

Ukazatelem správné dlouhodobé kompenzace diabetu je hodnota glykovaného hemoglobinu v krvi, vypovídá o kompenzaci za posledních 100–120 dní. Měření se provádí 2x až 4x ročně u diabetologa. (Kudlová, 2015)

Glykémie stanovená nalačno se odebírá po 6-12 hod. lačnění. Postprandiální glykémie se odebírá 60–120 min. po jídle. Koncentrace glukózy v plazmě závisí na faktorech, jako je čas podání jídla, množství jídla, kvalita jídla a fyzická aktivita před jídlem a po jídle.

Glykemický profil je ukazatelem vývoje glykémie v průběhu 24 hodin v souvislosti s příjmem potravy, aplikací inzulínu, fyzickou aktivitou a jinými zevními faktory. U malého glykemického profilu se provádí 3–5 měření před hlavními jídly a eventuelně před spaním a v noci. U velkého glykemického profilu se provádí 7–10 měření. Největší výpovědní hodnotu má desetibodový glykemický profil, kdy se provádí odběry krve pravidelně po dobu 24 hodin v intervalu nalačno, před každým jídlem a cca 150 minut po každém jídle a skládá se z 10 měření.

## **Léčebná výživa**

Léčebná výživa je jednou ze základních složek léčby diabetika. Strava má být pestrá, vyvážená a musí obsahovat dostatečné množství sacharidů, bílkovin, tuků, vitaminů, minerálů a vlákniny. Cíli dietní léčby jsou především:

- Správná kompenzace diabetu při dietě
- Správná hladina krevních tuků

- Prevence a léčba obezity
- Prevence a léčba akutních komplikací a pozdních komplikací diabetu
- Zlepšení celkového zdravotního stavu
- Individuální přístup k dietě vzhledem se svým zvyklostem
  - Dietní léčbou lze docílit snížení glykovaného hemoglobinu o 0,25–2,9 % (norma je 28–40 mmol/l). Předpokladem efektivní dietní léčby je monitorování hmotnosti, glykemií a glykovaného hemoglobinu, krevních tuků, krevního tlaku a funkce ledvin.
  - Strava by se měla skládat z 20–35 % tuků z celkové energie, sacharidy by měly tvořit 44–60 % z energetického příjmu (sacharidy bohaté na vlákninu a s nízkým glykemickým indexem), 10–20 % bílkovin (odpovídá 0,8 – 1,5 g/kg hmotnosti).

#### **Základní výživová doporučení jsou:**

- Zastoupení jednotlivých živin a jíst přiměřené množství potravin.
- Jíst pravidelně, příjem potravin rozložit do 4 porcí u DM II. typu, omezit množství tuků v potravě, směs živočišných a rostlinných bílkovin.
- Zdroj bílkovin čerpat z ryb, luštěnin, odtučněného mléka a drůbeže. Snažit se omezit maso a masné výrobky.
- Omezit potraviny s vysokým obsahem energie, jako je cukr, bílé pečivo, zákusky, knedlíky, hranolky, smažené atd.
- Preferují se celozrnné potraviny.
- Zvýšit potraviny bohaté na vlákninu, jíst hodně zeleniny, sladkému ovoci se spíše vyhýbat.
- Přijímat dostatek množství tekutin okolo 2,5 l, vyhýbat se slazeným nápojům, pít spíše neslazené nebo „light“ nápoje.
- Alkohol není zakázán, ale u žen by neměl převyšovat 10 g a u mužů 20 g za den. Alkohol je bohatý zdroj energie a může vést k obezitě, zvyšuje krevní tlak, a proto by se měl omezit. Největším rizikem u požívání alkoholu je hypoglykémie po nadměrném přísunu alkoholu.
- Měli bychom dávat přednost potravinám označeným nutriční tabulkou, nevhodné jsou označení „dia potraviny“, protože většina obsahuje zvýšené množství tuků a energie.

- Přijímat dostatek vitaminů A, B, C a E v přirozené formě a minerálů jako je chrom, zinek, hořčík a železo.
- Vhodná příprava pokrmů je vařením, dušením, pečením a grilováním, vhodné je volit způsob bez použití tuků.
- Glykemický index potravin udává rychlost využití glukózy tělem z určité potraviny. Strava s nízkým indexem je nejvhodnější nejen pro diabetiky, ale také pro zdravou populaci. U diabetiků snižuje koncentraci inzulínu, glukózy, triacylglycerolů a volných mastných kyselin nalačno i postprandiálně, zvyšuje HDL – cholesterol, působí pozitivně na inzulínovou rezistenci (Kudlová, 2015; Perušičová 2009).

### **Injekční a perorální diabetika**

Základem léčby je sice úprava stravy a pohybové aktivity, přesto každý nemocný trpící DM II. typu užívá antidiabetika. Indikace léků vychází jak z mechanismu účinku daného léku, tak z poměru dvou základních poruch – poruchy inzulínové sekrece a inzulínové rezistence. Je důležité při výběru PAD (perorální antidiabetika) znát glykemie nalačno a postprandiální glykémii (po jídle). PAD mají i jiné pozitivní účinky na hypertenzi, dyslipidemii, obezitu nebo na hemokoagulační poruchy, avšak v této nepřebírají plný efekt, musí být doplněny o antihypertenziva a hypolipidemika.

První lékovou volbou u PAD je metformin, patří do skupiny inzulínové senzitivizéry, jeho účinkem je snižování inzulínové rezistence, glykemie, zlepšuje lipidový profil a trombolytickou aktivitu. Má i své nevýhody, nejzávažnější je riziko vzniku laktátové acidózy. Kontraindikací u metforminu je srdeční a respirační nedostatečnost, porucha funkce ledvin a jater, alkoholismus a akutní situace. Další skupinou jsou inzulínová sekretagoga, ta ovlivňují inzulínovou deficienci. Patří sem sulfonylureové deriváty a glinidy.

**Deriváty silfonylurey** významně snižují glykémii nalačno i po jídle, tlumí nadprodukcii glukózy v játrech. Nejčastějším vedlejším účinkem je hypoglykemie, zejména u glibenklamidu. Dnešní preparáty mají riziko hypoglykémie výrazně nižší. Zástupci této skupiny jsou Glyclada, Amaryl, Glurenorm atd.

**Thiazolidindiony** zlepšují inzulínovou rezistenci a zvyšují sekreci inzulínu. Mohou se užívat i při poruše renálních funkcí, nevyvolávají hypoglykémii, mají kardioprotektivní efekt, snižují TK i riziko mozkových příhod. Zástupci této lékové skupiny jsou Actos, Competact.

**Akarbóza** zpomaluje vstřebávání glukózy a pomaleji stoupá glykemie po jídle. Vedlejším účinkem je flatulence a průjem. Zástupci této lékové skupiny je Glocpbay.

**Stabilní analoga** inkretinových mimetik významně snižují glykemii, přispívají k redukci hmotnosti i krevního tlaku. Aplikují se s.c. (do podkoží – stehna, břicha, horní část paže), injekce jsou předplněná pera v jedné nebo dvou dávkách. Zástupci této skupiny jsou Byetta, Bydureon, Victoza, Lyxumia.

**Inhibitory DPP 4 – gliptiny** zvyšují tvorbu inzulínu pouze při hyperglykémii, neovlivňují hmotnost, nezpůsobují hypoglykemie. Užívají se perorálně jednou denně a zástupci jsou Januvia, Galvus, Onglyza, Trajento atd. (Kudlová 2015, Perušičová 2006).

## **Inzulinoterapie**

Inzulinoterapie se zahajuje u DM II. typu v případě těžké dekompenzace. Mezi další indikace řadíme selhání léčby PAD, alergie na PAD, gestační diabetes, těžší poruchu funkce ledvin a jater, přítomnost některých chronických komplikací diabetes např. diabetická noha, akutní stres a akutní stavy, jako jsou diabetická ketoacidóza, hyperosmolární diabetické kóma nebo laktátová acidóza. Hlavním cílem je normoglykémie a zamezení rozvoji pozdních komplikací.

U DM I. typu se používá suplementální léčba, která se skládá z doplňkových neboli komplementárních dávek inzulínového analoga, popřípadě krátkodobého inzulínu před každým jídlem.

Terapeutická aplikace inzulínu se snaží přiblížit jeho fyziologické funkci, ta je obvykle 20-40 j inzulínu za den, z toho zhruba polovina činí bazální sekrece a polovina pradiální. Bazální inzulín není ovlivňován příjmem potravy, ovlivňuje glykemii nalačno a mezi jídly, je nezbytný pro život. Nejčastěji se aplikují večer před spánkem, pak ovlivňují glykemii od půlnoci do rána, nebo navíc i ráno před snídaní.

Existuje několik druhů inzulínu podle nástupu účinku, vrcholem a délkou působení po aplikaci subkutánní injekce. Nemocní s DM v České republice jsou léčeni humánním inzulínem nebo analogy humánního inzulínu.

### **Ultrakrátce působící inzulínová analoga:**

- Apidra, Aspidra Solostar jsou čiré roztoky, účinek nastupuje do 10–20 minut, maximálního účinku dosahují za 30–45 minut, ale celkové trvání účinku je 2–5 hodin
- Humalog, Humalog KwikPen jsou čiré roztoky, nástup účinku je za 10–15 minut, maximálního účinku dosahují za 30–45 minut, celková doba trvání účinku je 2–5 hodin
- NovoRapid, NovoRapid FlexPen jsou čiré roztoky, nástup účinku je za 10–20 minut, maximálního účinku dosahují za 1–3 hodiny, celková doba trvání účinku je 3–5 hodin

### **Krátce působící humánní inzuliny:**

- Actrapid Penfil je čirý roztok, nástup účinku je za 30 minut, maximálního účinku dosahuje za 1–3 hodiny, celková doba trvání účinku je 7–8 hodin
- Humulin R, Humulin R Cartridge, Humulin KwikPen jsou čiré roztoky, nástup účinku je za 30 minut, maximálního účinku dosahuje za 1–3 hodiny, celková doba trvání účinku je 5–7 hodin
- Insuman Rapid, Insuman Rapid Solostar jsou čiré roztoky, nástup účinku je za 30 minut, maximálního účinku dosahují za 1–2 hodiny, celková doba trvání účinku je 5–8 hodin

### **Střednědobě působící humánní inzuliny:**

- Humulin N Cartridge KwikPen, Humulin N Cartridge jsou mléčně zakalené, nástup účinku je za 1 hodinu, maximálního účinku dosahuje za 2–8 hodin, celková doba účinku je 18–20 hodin
- Insulatard Penfil je mléčně zakalené, nástup účinku je za 1,5 hodiny, maximálního účinku dosahuje za 4–12 hodin, celková doba účinku je 24 hodin
- Insuman Basal Solostar a Insuman Basal jsou mléčně zakalené, nástup účinku je do 1 hodiny, maximálního účinku dosahuje za 4–6 hodin, celková doba účinku je 11–20 hodin

### **Dlouhodobě působící analoga inzulínu:**

- Lantus je čirý roztok, nástup účinku je za 3–4 hodiny, celková doba účinku je 24–26 hodin
- Levemir je čirý roztok, nástup účinku je za 2–3 hodiny, maximálního účinku dosahuje za 6–18 hodin a celková doba účinku je 16–20 hodin podle dávky
- Tresiba je čirý roztok, nástup účinku je za 2–3 hodiny, celková doba účinku je 48 hodin

### **Premixované směsi:**

- Humulin M3 je mléčně zakalený, nástup účinku je za 1,5 hodiny, maximálního účinku dosahuje za 1–8,5 hodin a celková doba účinku je 14–15 hodin
- Insuman Comb 25 je mléčně zkalený, nástup účinku je za 30–45 minut, maximálního účinku dosahuje za 1,5–3 hodiny a celková doba účinku je 12–18 hodin
- Humalog Mix 25 KwikPen a Humalog Mix 50 jsou mléčně zkalené, nástup účinku je za 15 minut, maximálního účinku dosahuje za 1–4 hodiny a celková doba účinku je 15 hodin
- NovoMix 30 FlexPen a NovoMix 30 Penfil jsou mléčně zkalené, nástup účinku je za 10–20 minut, maximálního účinku dosahuje za 1–4 hodiny a celková doba účinku je 24 hodin

Inzuliny se aplikují pomocí inzulínového pera, inzulínové pumpy a inzulínové stříkačky. Inzulínová pera jsou předplněná a po vypotřebování se celé pero znehodnocuje. Inzulínové pumpy nahrazují bazální a prandiální sekreci inzulínu, další indikací je progresse mikrovaskulárních komplikací, plánování těhotenství či stavy po transplantaci ledviny. Od inzulínových stříkaček se v posledních letech upouští.

Neotevřený inzulín se skladuje v chladničce, kde nedojde k zmrznutí, při teplotě okolo 2–8 °C. Používaný inzulín se může uchovávat při pokojové teplotě v inzulínovém peru maximálně po dobu jednoho měsíce.

K aplikaci inzulínu je nutná dobrá příprava. Inzulín se aplikuje subkutánně v oblasti stehien, horní část paže, oblast břicha. Inzulín k aplikaci má mít pokojovou teplotu, proto je po vytáhnutí z chladničky nutné počkat, zkontrolovat celkový vzhled inzulínu. U těch dlouhodobých a mixovaných je důležité inzulín rolovat, ale netřepat. Střednědobě a dlouhodobě působící inzulíny nesmí nikdy být aplikovány do žíly (Kudlová 2015, Klener 2006, Rybka 2007).

## **2.3 Komplikace**

Komplikace diabetes můžeme dělit podle trvání na akutní a chronické. Akutní komplikace diabetu jsou závažné, vznikají náhle v návaznosti na nedostatečnou nebo nadměrnou léčbu. Naopak chronické komplikace vznikají pozvolna, nenápadně, pomaleji, rozvíjí se až několik let. Chronické komplikace můžeme ještě rozdělit na specifické komplikace, které vyžadují ke svému vzniku přítomnost chronické hyperglykemie. Naopak nespecifické komplikace jsou komplikace, které se vyskytují i bez diabetu, ale u osob trpících diabetem jsou velmi časté, můžeme sem začadit makroangiopatie, uroinfekce, intertriginózní záněty, pyodermie, mykózy a další (Kudlová, 2015).

### **2.3.1 Akutní komplikace**

Akutní komplikace jsou závažné a vyžadují neodkladnou péči. Mezi nejčastější akutní komplikaci diabetu řadíme hypoglykémii, dále hyperglykemické stavy, diabetickou ketoacidózu, hyperosmolární stav a jako poslední laktátovou acidózu (Kudlová, 2015).

### **Hypoglykemie**

Je patologický stav snížené koncentrace glukózy v krvi, který je provázán klinickými, humorálními a biochemickými projevy, vedoucí k závažným poruchám činnosti mozku, který je na přísunu glukózy závislý. Hypoglykemie nastává, pokud je glukóza v krvi pod svou spodní hranici glykémie, tj. pod 3,6 mmol/l.

Mezi příčiny hypoglykemie lze zařadit tyto: nadměrné dávky inzulínu a preparátu PAD (perorální antidiabetika), nepřiměřená fyzická aktivita, gastrointestinální obtíže, vynechání stravy, dlouhé pauzy mezi jídly a nevhodné složení stravy nebo nízký příjem.



Symptomy se rozvíjí při poklesu glykemie a rozvíjí se rychle. Nejprve se dostaví autonomní příznaky, což jsou studený pot, třes, bušení srdce, bledost. Mezi neuroglykopenické příznaky řadíme zmatenost, atypické chování, špatnou koncentraci, ospalost, poruchy koordinace a brnění kolem úst nebo obtížnou řeč. Mezi nespecifické příznaky řadíme slabost, nauzeu, sucho v ústech nebo bolest hlavy. Mnoho nemocných s dlouhotrvajícím diabetem typické glykemické příznaky ztrácí, jsou ohroženi progresí hypoglykemie, která se projeví až poruchou vědomí (Štěpánek, 2010).

Jako první pomoc u pacienta při vědomí podáme sacharidy per os, jako jsou sladké nápoje, cukr, čokoládu. Pokud má pacient příznaky počínající křeče a ztrátu vědomí, aplikuje se 50 ml 40% glukózy i.v., dále se může aplikovat glukagon či hydrokortizon (Rybka, 2007).

### **Hyperglykemické stavy**

Akutní hyperglykemický stav je stanoven podle hodnot pH krve, bikarbonátů v séru, hladiny ketolátek v krvi a moči, podle charakteru poruchy vědomí.

Dochází k hyperglykemii, což je stav, kdy cukr v krvi překračuje hranici nad 10 mmol/l. Glykemie vyšší než 15 mmol/l je život ohrožující a hrozí rozvoj ketoacidózy. Na vzniku hyperglykemie se mohou podílet tyto faktory: stres, vynechání dávky inzulínu nebo jeho malá dávka, chybná životospráva, infekční onemocnění, změna pravidelného režimu. Má několik typických příznaků, která na sobě může pacient pozorovat. Patří mezi ně: únava, nadměrná žízeň, slabost, nadměrné močení, sucho v ústech, tachykardie, nauzea a bolest hlavy. Pokud glykemie překročí hranici 10 mmol/l, můžeme pozorovat vzestup ketolátek v moči a v krvi. Dále můžeme pozorovat tzv. Kussmaulovo dýchání a z dechu můžeme cítit aceton. U léčby glykemie se doporučuje dostatečný přísun tekutin a dle potřeby aplikace rychle působícího inzulínu (Svačina 2010).

### **Diabetická ketoacidóza**

Diabetická ketoacidóza je život ohrožující akutní stav, který může být provázen i poruchou vědomí. Častěji se vyskytuje u DM I. typu, ale není výjimkou její přítomnost u DM II. typu. Vzniká při relativním nebo absolutním nedostatku inzulínu a z tohoto důvodu dochází k hyperglykemii a vzniku ketolátek. V důsledku hyperglykemie vzniká dehydratace a dochází ke ztrátě elektrolytů (draslík, sodík, fosfát, magnezium). Je zde tedy typická triáda příznaků: hyperglykemie, ketonemie, acidóza.

## **Hyperglykemický hyperosmolární stav**

Je charakterizován výraznou hyperosmolaritou, hyperglykemií s hodnotami až nad 33 mmol/l v krvi a dehydratací. Často je provázán renální insuficiencí, poruchou vědomí až vznikem kómatu. Jasná příčina není známa, ale souvisí s nedostatkem inzulínu a dalšími faktory, jako jsou např.: léky (glukokortikoidy, beta-adrenergní blokátory či diuretika), terapeutické postupy včetně dialýzy a chirurgických výkonů, chronická onemocnění (ledvin, srdce) nebo akutní nemoci (infekce, popáleniny, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda).

Postižení bývá závažnější než u diabetické ketoacidózy. Rozdíl mezi diabetickou ketoacidózou a hyperglykemickým hyperosmolárním stavem je nepřítomnost ketoacidózy, i navzdory extrémně vysokým hladinám cukru v krvi. Častěji tento stav vidáme u DM II. typu, u kterých je zachována minimální sekrece inzulínu, čímž nevznikají ketolátky z odbourávání tuků. Klinickým obrazem je dehydratace, nechutenství, letargie či zmatenost, slabost, polyurie, polydipsie. Dehydratace je provázána hypovolémií a vznikem tachykardie a hypotenze (Štěpánek 2010, Svačina 2010).

## **Laktátová acidóza**

U diabetiků je laktátová acidóza způsobena komplikací léčby biguanidy. V současné době se používá jejich zástupce metformin, u něj je však riziko vzniku této komplikace malé. Vzniká nejčastěji na základě nedodržování kontraindikací, u podání metforminu je nejčastější omezení funkce ledvin (kreatinin nad 120  $\mu\text{mol/l}$ ). Na vývoji se může podílet RTG vyšetření s kontrastní látkou.

Léčba je založena na symptomech, rehydrataci, udržování vitálních funkcí a úpravě vnitřního prostředí. Prognóza této komplikace je velmi špatná, mortalita je okolo 60–70 %. Laboratorně dojde k poklesu hydrogenuhličitanů, zvýšení laktátu, hodnota je okolo 5 mmol/l, u těžkých může být až 7 mmol/l. Avšak glykemie nemusí být výrazně zvýšena. Možnost léčby je také hydrogenuhličitanová hemodialýza (Štěpánek, 2010, Kudlová, 2015).

### 2.3.2 Chronické komplikace

Nejčastější příčinou vzniku a rozvoje pozdních komplikací je dlouhodobě špatná léčba diabetu, vedoucí k trvalému zvýšení hladiny glukózy v krvi. Ta vede k ireverzibilním změnám na cévní stěně, pojiva a rozvoji dlouhodobých cévních komplikací. Obvykle nevznikají v období do puberty, typicky se však rozvíjí po deseti a více letech trvání onemocnění. Rozdělujeme je na makroangiopatie a mikroangiopatie.

Mezi mikrovaskulární komplikace řadíme diabetickou nefropatii, neuropatii a retinopatii. Tyto komplikace jsou nezávislé na typu diabetu a můžeme je nacházet u lidí s poruchou tolerance glukózy či hraniční glykemií na lačno.

Mezi makroangiopatie řadíme ischemickou chorobu srdeční, mozkové příhody nebo ischemickou chorobu dolních končetin. U těchto komplikací je hyperglykémie méně výrazná a spíše se zde podílí postprandiální glykémie. Při léčbě se klade větší důraz na hypertenzi, dyslipidémii a na další preventivní opatření (Štěpánek, 2010, Kudlová, 2015).

#### **Diabetická retinopatie**

Diabetická retinopatie je typická mikrovaskulární komplikace diabetu, která postihuje poškození cév oka diabetika. Je nejčastější příčinou slepoty ve vyspělých zemích, u diabetiků je riziko oslepnutí o 10–20 % vyšší než u nediabetiků. Postižení jsou pacienti s diabetem jak I. typu, tak i II. typu. U DM II. typu je výskyt oftalmologických komplikací vyšší, již po 2 letech onemocnění jsou patrné změny na sítnici. U DM I. typu se komplikace odvíjí od trvání onemocnění.

Při vzniku diabetické retinopatie se uplatňují genetické a metabolické rizikové faktory. Zásadní roli hraje hyperglykémie, na kterou navazují další patologické metabolické faktory, které zapříčiní poškození a destrukci pericytů, ztlustění bazální membrány endotelu kapilár, změny osmotického gradientu, změny renálního pigmentového epitelu a vedou k relativnímu nárůstu perfuzního tlaku a k výraznější exsudaci. Dalším rizikovým faktorem je porucha lipidového metabolismu a hemokoagulační poruchy, které oslabují stěnu kapilár a dochází ke vzniku mikroaneuryzmat.

Prostá retinopatie nepoškozuje sama o sobě vizus, avšak pokud poškození cévních stěn dosáhne vyššího stupně, dojde k ischemii sítnice a může progredovat do makulopatie nebo proliferativní formy a ta již vizus poškozuje.

Preproliferativní retinopatie je typická výskytem vatovitých exsudátů, které se projevují edémem, způsobeným infarkty cév. Hypoxie cév způsobuje novotvorbu sítnicových cév.

Makulopatie se projevuje závažným makulárním edémem, který může trvale poškodit vizus, což způsobuje prosakování plazmy z poškozených stěn cév. Je typický pro diabetiky II. typu.

Prevenčí této komplikace je včasné odhalení, proto je při zjištění onemocnění diabetes mellitus nemocný odeslán do ambulantní péče k oftalmologovi.

Léčba závisí na normalizaci glykemie, na léčbě vysokého krevního tlaku a dyslipidemie.

K dalším méně typickým poškozením oka u diabetiků patří: katarakta, glaukom a obrny očních nervů (Štěpánek, 2010, Kudlová, 2015, Svačina 2010).

## **Diabetické onemocnění ledvin (nefropatie)**

Mikroangiopatická komplikace je charakterizována poškozením glomerulů, projevující se proteinurií, hypertenzí a postupným poklesem renálních funkcí.

Nejčastější známkou poškození je hypertrofie ledvin, vedoucí k vyšší glomerulární filtraci. Aferentní arterioly se dilatují, jsou větší než eferentní arterioly, tím stoupá filtrační tlak, ten vede k poškození glomerulárních kapilár a přispívá k hypertrofii mezangiálních buněk. Únik plazmatických bílkovin z kapilár do moči a jejich ukládání do glomerulů je příčinou zániku glomerulů, které končí difúzním zničením ledvinové tkáně.

Diabetickou nefropatii rozdělujeme do 4 stádií:

### **I. Latentní stadium**

Hyperfiltračně–hypertrofické stadium, je potenciálně reverzibilní, je charakterizované zvýšením glomerulární filtrace a zvětšením velikosti ledvin. Objevuje se přechodná mikroalbuminurie a nevelké ztlustění bazální membrány. Po 5–8 letech se může glomerulární filtrace vrátit k normálním hodnotám.

### **II. Stadium**

Incipientní diabetická nefropatie je charakterizována trvalou mikroalbuminurií, glomerulární filtrace klesá. Často se objevuje hypertenze (diastolická). Progreduje se ztlustění bazální membrány glomerulů. Toto stadium trvá v průměru 10 let.

### **III. Stadium**

Manifestní diabetická nefropatie je charakterizovaná rozvojem proteinurie vyšší než 0,5 g/den a vede k rozvoji nefrotického syndromu. Míra kompenzace již zřejmě není pro rychlost poklesu glomerulární filtrace rozhodující. Studie prokazují, že správná léčba hypertenze a nízkoproteinová dieta mohou výrazně zmírnit progresi renální insuficience.

### **IV. Stadium**

Chronická renální insuficience a selhání je poslední, terminální stádium s rozvojem uremické symptomatologie. Důležitá je včasná konzultace s nefrologem a zahájení dialyzačního léčení.

Prevence a léčba závisí na kompenzovaném diabetu, dále na kompenzaci hypertenze a na dodržování dietního opatření, na léčbě hyperlipidemie (Svačina 2010, Rybka 2007).

### **Diabetická neuropatie**

Je nejčastější chronickou komplikací diabetu, u níž dochází k poškození struktury a funkce periferních nervových vláken. Její incidence stoupá s trváním a závažností hyperglykémie. Hyperglykemie podmiňuje zvýšenou tvorbu sorbitolu a fruktózy ve Schanových buňkách, to může porušit funkci a strukturu nervu. Dochází ke ztrátě myelinizovaných a nemyelinizovaných axonů. V počáteční fázi jsou axony ušetřeny a v tomto období může mít reverzibilní charakter, později však dochází k ireverzibilní degeneraci axonů.

Diabetickou neuropatii můžeme rozdělit na somatickou (symetrická, akutní bolestivá neuropatie, mononeuropatie hlavových nervů, izolované periferní nervové léze) a autonomní (projevy kardiovaskulární, gastrointestinální a urogenitální).

Symetrická neuropatie se projevuje ztrátou vibrační a teplotní citlivosti na nohou. Nejprve jsou poškozena senzitivní vlákna, poté se přidávají poškození motorická. Pacienti si nejvíce stěžují na nepříjemné pocity spojené s poruchou citlivosti ponožkového typu a mohou pozorovat syndrom neklidných nohou. Poškození horních končetin jsou méně častá, ale nesmí se na ně zapomínat. U těchto pacientů je největší riziko malých, ale i velkých poranění, která mohou vést k ulceraci.

Akutní bolestivá neuropatie postihuje jednotlivé nervy. Projevuje se náhlou prudkou bolestí stehem, lýtek a nohou, projevující se nejčastěji v noci. Vzniká při dekompenzaci diabetu a může vést k depresím a hubnutí, rozvíjející se slabosti a ochabnutí svalů.

Diabetická mononeuropatie postihuje jednotlivé nervy, spontánně odstoupí. Vyskytuje se nejčastěji v důsledku útlaku, např. karpální tunel.

Proximální motorická neuropatie se projevuje slabostí a atrofií svalstva stehem a pletence pánevního. Poruchy citlivosti zde nehrají roli, častější je ztráta patelárního reflexu. Objevuje se u špatné kompenzace diabetu, po zlepšení často ustupují.

Autonomní poruchy můžeme rozdělit na asymptomatické, které jsou vidět hlavně z laboratoře, a symptomatické, které jsou vzácné. Mohou postihnout oba systémy, jak sympatický, tak parasympatický. Nejčastějšími kardiovaskulárními projevy jsou poruchy regulace srdeční frekvence a poruchy krevního tlaku. U gastrointestinálního traktu způsobuje atonii žaludku, špatně se vyprazdňuje. U urogenitálního traktu jsou nejčastějšími projevy neurogenní měchýř, poruchy erekce a retrogradní ejakulace (Svačina 2010).

### **Syndrom diabetické nohy**

Syndrom diabetické nohy je jedna z nejzávažnějších komplikací diabetu a je hlavní příčinou amputace končetin. Dle WHO je definována nejen ulcerací, ale také destrukcí hlubokých tkání nohy spojené s neuropatií, angiopatií a infekcí. U senzorické neuropatie nastávají poruchy vnímání teploty, dotyku, tlaku, bolesti. Spolu s autonomní neuropatií přispívá ke vzniku hyperkeratóz, kvůli mikrotraumatům vznikají vředy. Motorické neuropatie přispívají, vzhledem k deformitám kloubů, k zvýšení tlaku na chodidlo. Charcotova artropatie je progresivní, nezánětlivá, nebolestivá, destruktivní osteoartropatie, postihující tarzometatarzální a metatarzofalangeální klouby a vede k deformitám.

Ischemie tkáně je způsobená arteriálním uzávěrem nebo poškozením mikrocirkulace, ta přispívá k rozvoji ulcerace a špatného hojení ran. Typickým místem postižení jsou prsty a meziprstní prostory. Ischemická končetina je chladná s lividním zbarvením a periferní pulzace jsou špatně hmatné.

Většina diabetických ulcerací jsou infikované a špatně se hojí. Nejčastější agens na infikované ráně najdeme zlatého stafylokoka, gramnegativní bakterie a někdy i anaeroby.

Často nacházíme mykózy v oblasti nehtů a meziprstních prostorů, kde je i většina drobných poranění a vstup pro infekci.

Terapie závisí na nejrychlejším komplexním přístupu. Musí se dosáhnout kompenzace diabetu, musí proběhnout léčba obezity, hyperlipoproteinemie a hypertenze. Nezbytné je, aby nemocný přestal kouřit, aby nosil vhodnou obuv. Nedílnou součástí jsou ošetření ran, převazy dělat pravidelně, asepticky a v nejkrajnější nouzi se provede amputace (Svačina 2010, Kudlová 2015).

### 3. Pacientovo pojetí nemoci z pohledu ošetřovatelství

Základ teorie v ošetřovatelství můžeme hledat v koncepčních ošetřovatelských modelech. Z těchto modelů vychází ošetřovatelská péče zaměřená na vyhledávání a uspokojování individuálních potřeb člověka, které je realizováno pomocí ošetřovatelského procesu. V dnešní medicíně se klade větší důraz na subjektivní pojetí nemoci a pacientovy názory na vlastní nemoc, proto je snaha jeho pojetí nemoci zabudovat do ošetřovatelské péče.

Pohled nemocného na jeho nemoc je důležitým prvkem v jeho zdravotním chování, ve způsobu vyhledávání zdravotní péče a v dodržování léčebného postupu. Pacientovo pojetí nemoci rozhoduje o postoji a roli nemocného v průběhu procesu léčby a vyrovnání se se samotnou nemocí.

Nemoc je z pohledu ošetřovatelství charakterizována jako subjektivní zážitek tělesného diskomfortu emočního, fyzického nebo kombinací obojího, který může probíhat od mírného stupně až k velmi závažnému.

Průběh nemoci a příznaky nemoci se liší u různých lidí, ovšem každé onemocnění můžeme rozdělit do čtyř fází. Do první fáze patří objevení příznaků. Nemocný si pomalu začne uvědomovat, že se něco děje, ale většinou ještě nevyhledá odbornou pomoc. Již v této fázi můžeme zjistit, jaký má nemocný přístup k nemoci. Zda své obtíže popírá, bagatelizuje nebo má hypochondrické chování.

V druhé fázi je již patrné vyhledávání odborné pomoci. V této fázi nemocný pociťuje diskomfort u potřeby bezpečí a jistoty, kdy má strach z neznáma, z vyšetření, z budoucnosti a z toho, jak moc mu zjištěné onemocnění ovlivní život.

Třetí fáze je považována za přijetí nemoci, kdy člověk přijal roli nemocného. Pociťuje pocit úlevy a přijímá vlastní pohled na nemoc, který se ale v průběhu může ještě měnit díky sžívání se s nemocí. V roli zdravotníka je důležité se stále ujišťovat, jak svou nemoc nemocný chápe, jak ji vnímá, co si o ní myslí a k čemu dospěl.

Poslední fáze je rekonvalescence, kdy se nemocný může pomalu navrátit do života, byť jeho zdravotní stav může být stejný nebo o něco horší než tomu bylo před nemocí.

Pro sestru jsou všechny fáze velmi důležité z hlediska poskytování ošetřovatelské péče pomocí metody ošetřovatelského procesu. Za ošetřovatelskou péči je zodpovědná sestra, která ji plánuje a provádí (Mareš, Vachková, 2009).



### 3.1 Metody zjišťující pacientovo pojetí nemoci

Metody zjišťování pacientova pojetí nemoci můžeme rozdělit na tři základní přístupy. Řadíme sem kvantitativní (dotazníky a posuzovací skály), kvalitativní (rozhovor) a smíšené (dotazník doplněný rozhovorem).

V praxi se s metodou kvalitativního přístupu moc nesečkáváme, spíše se využívá ve výzkumech, kde se může kombinovat s kvantitativními metodami. Jedná se poté o metodu smíšenou. Za výhodu můžeme považovat individualitu, originalitu a specifčnost jedince oproti dotazníkům. Nejčastěji se aplikuje u pacientů s onemocněním onkologickým, kardiovaskulárním, plicním, gastrointestinálního traktu, psychiatrickým a na polytraumatech (Mareš, Vachková, 2010, s.111-115).

Proč je vlastně důležité zjistit, co si o své nemoci myslí sám nemocný? Ošetřovatelství hraje důležitou roli v prevenci nemocí a podpoře zdraví. Také hraje hlavní roli v uspokojování biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Sestry se snaží vést nemocné k sebekéči, edukují nemocné i jeho blízké. Má-li být edukace účinná, je důležité vědět, co si o své nemoci myslí sám pacient, jak ji vnímá, zda rozumí svému zdravotnímu stavu, komu a čemu přisuzuje změnu svého zdravotního stavu a v čem hledá příčinu onemocnění. Zjišťujeme, zda chápe intervence a omezení, které s sebou nese jeho onemocnění. Jakou má víru ve zlepšení svého stavu, jakým způsobem vnímá vliv onemocnění na jeho kvalitu života a jaký smysl má život s onemocněním (Mareš, Vachková, 2009).

Nejpoužívanější metodou zjišťování pacientova pojetí nemoci je kvantitativní přístup pomocí dotazníkového šetření. Nejznámější dotazník, který zjišťuje pacientovo pojetí nemoci, je IPQ (Illness Perception Questionnaire). Autorem je J. Weinman a kolektiv v roce 1996. Je určen pro dospělé osoby. Dotazník zjišťuje 5 proměnných: 1. identifikované symptomy, 2. příčiny nemoci z pohledu pacienta, 3. časový průběh nemoci, 4. důsledky nemoci a 5. možnost ovlivnění nemoci pacientem. Na otázky pacienti odpovídají pětistupňovou škálou, kdy 5 znamená souhlasím a 1 nesouhlasím (Mareš, Vachková, 2009, s. 100).

Toto dotazování může usnadnit individualizaci ošetřovatelské péče a umožnit snadnější ošetřovatelkou diagnostiku, plánování péče a edukaci.

Se souhlasem M. Moss – Morrisové byl originální dotazník přeložen do českého jazyka (Šmejkal, Štanglová, Mareš) a vznikla česká verze IPQ – CZ (Mareš, Šmejkal, Štanglová, 2008).

## **Empirická část**

## 4. Cíle výzkumu

### Hlavní cíl:

Zmapovat pacientovo pojetí nemoci s onemocněním Diabetes mellitus II. typu

### Dílčí cíle:

**Cíl č. 1:** Zmapovat příčiny vzniku onemocnění Diabetes mellitus II. typu dle respondentů.

**Cíl č. 2:** Zmapovat osobní podíl pacienta na vzniku onemocnění.

**Cíl č. 3:** Zjistit vliv vybraných demografických proměnných (věk, vzdělání, pohlaví a délka onemocnění) na domény pacientova pojetí nemoci.

## 5. Metodika výzkumu

### 5.1 Použitá metoda

Pro empirickou část své bakalářské práce *Pacientovo pojetí nemoci dg. Diabetes mellitus II. typu* jsem si vybrala metodu kvantitativního výzkumu – dotazník IPQ-R-CZ. A to konkrétně jeho rozšířenou verzi, která obsahuje 38 položek a je doplněna sociodemografickými údaji. Jedná se o překlad dotazníku IPQ se souhlasem jeho autorky M. Moss-Morrisové, který v roce 2002 prošel menší obměnou a nyní se používá napříč velkým spektrem onemocnění. Dotazník jsem obohatila o položky vzdělání, váha, výška, zda respondenti kouří, zda konzumují alkohol a zda provozují nějakou pohybovou aktivitu během týdne.

V první části dotazníku respondenti odpovídali na otázky z těchto dvou oblastí: „*Od té doby, co mám tuto nemoc, už jsem zažil/a tyto obtíže*“ a „*Tyto obtíže souvisejí s mojí nemocí*“ Na výběr měli ze dvou možností ano, či ne.

Druhá část, která obsahovala 38 otázek, se zaměřovala na osobní názor na nemoc. Respondenti odpovídali na otázky bodovou stupnicí (5-1): nesouhlasím, spíše nesouhlasím, těžko rozhodnout, spíše souhlasím, souhlasím.

Třetí část se zaměřovala na příčiny vzniku jejich onemocnění. Tato část obsahovala 18 položek a respondenti odpovídali na položky stejně jako ve druhé části bodovou stupnicí (5-1): nesouhlasím, spíše nesouhlasím, těžko rozhodnout, spíše souhlasím, souhlasím.

### 5.2 Zkoumaný soubor

Empirické šetření probíhalo na oddělení diabetologie na III. interní gerontometabolické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Výzkum byl realizován od listopadu 2023 do ledna 2024. Výzkumu se účastnilo 50 respondentů ve věku 18–80 let s dg. Diabetes mellitus II. typu.

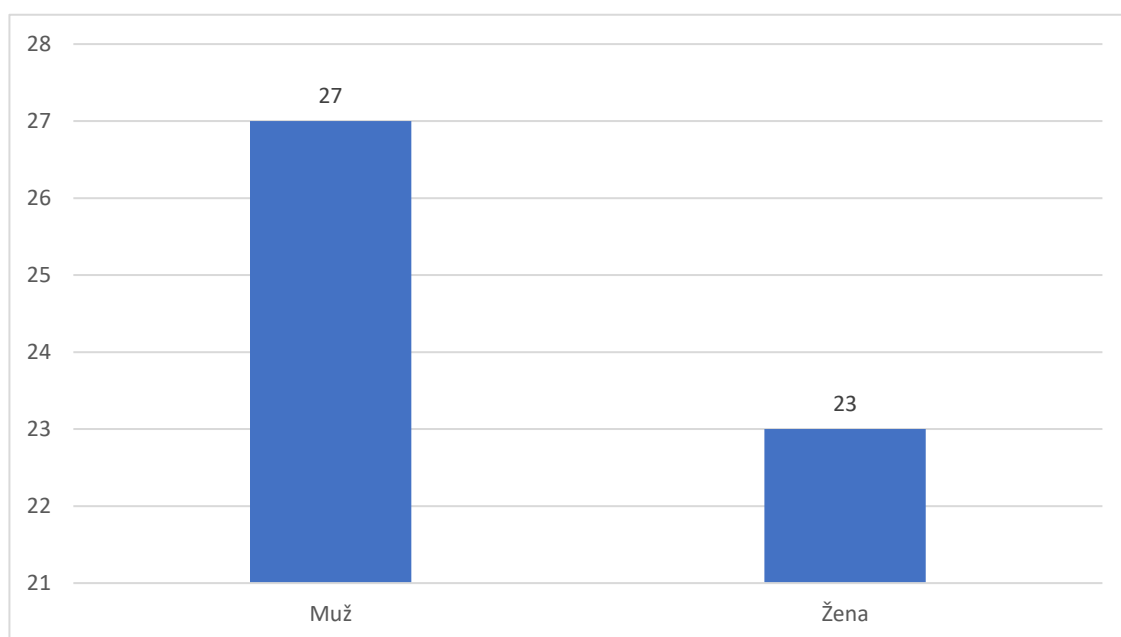
### **5.3 Zpracování získaných dat**

Empirická část mé bakalářské práce byla provedena pomocí kvantitativní metody, dotazníkovým šetřením. Výsledky byly zpracovány prostřednictvím programu Microsoft Excel 2016 a následně zobrazeny pomocí grafů a tabulek.

## 6. Vyhodnocení výsledků

### 6.1 Zhodnocení sociodemografických údajů

#### Pohlaví



Graf 1 Pohlaví respondentů

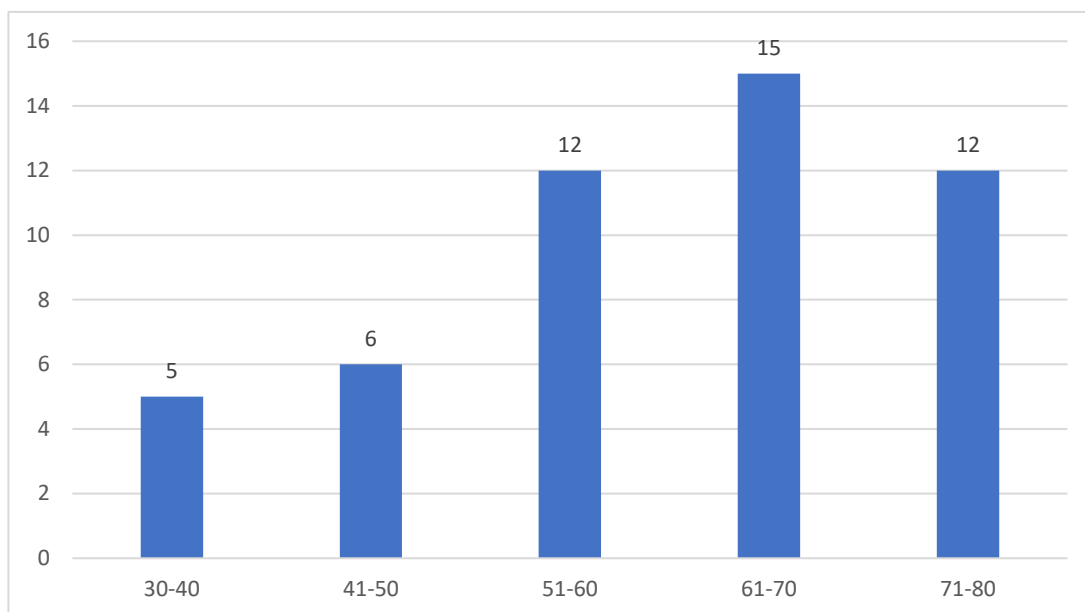
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	23	46 %
Muži	27	54 %
$\Sigma$	50	100 %

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

#### Interpretace:

Dotazníkového šetření se účastnilo 50 respondentů, z toho bylo 23 žen (46 %) a 29 mužů (54 %).

## Věk



Graf 2 Věk respondentů

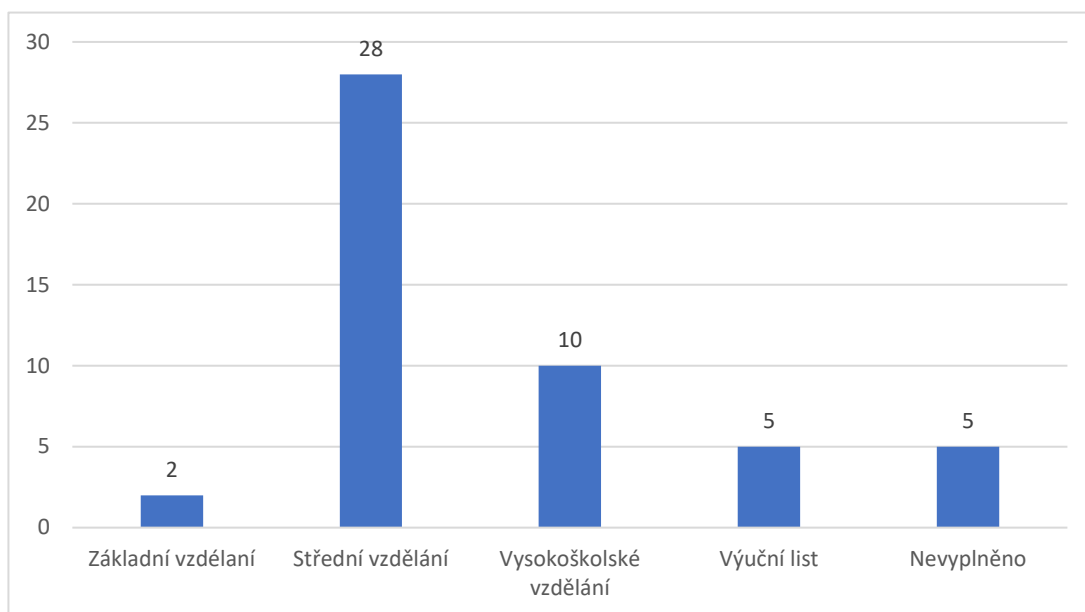
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
30-40 let	5	10 %
41-50 let	6	12 %
51-60 let	12	24 %
61-70 let	15	30 %
71-80 let	12	24 %
$\Sigma$	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 2 Věk respondentů

### Interpretace:

Výzkumu se zúčastnilo celkem 50 respondentů ve věku 30 a více let. V grafu můžeme pozorovat, že 5 respondentů spadá do kategorie 30–40 let (10 %). Do kategorie 41–50 let spadá 6 respondentů (12 %), do kategorie 51–60 let spadá 12 respondentů (24 %), do kategorie 61–70 let spadá 15 respondentů (30 %) a do kategorie 71–80 let spadá 12 respondentů (24 %).

## Vzdělání



Graf 3 Vzdělání respondentů

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Základní vzdělání	2	4 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	28	56 %
Vysokoškolské vzdělání	10	20 %
Středoškolské vzdělání bez maturity	5	10 %
Nevyplněno	5	10 %
<b>Σ</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

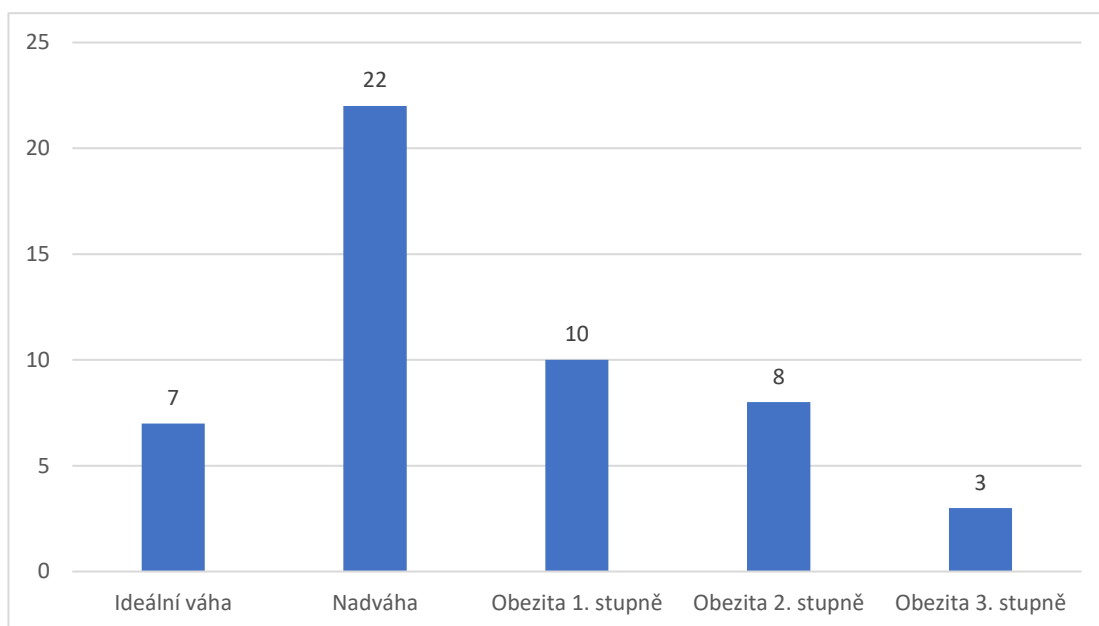
Tabulka 3 Vzdělání respondentů

### Interpretace:

Výzkumu se zúčastnilo celkem 50 respondentů, z toho mělo 28 respondentů (56 %) Středoškolské vzdělání s maturitou. Deset respondentů (20 %) má vysokoškolské vzdělání, 5 respondentů (10 %) má středoškolské vzdělání bez maturity, 2 respondenti (4 %) mají základní vzdělání a 5 respondentů neodpovědělo na otázku (10 %).



## BMI



Graf 4 BMI respondentů

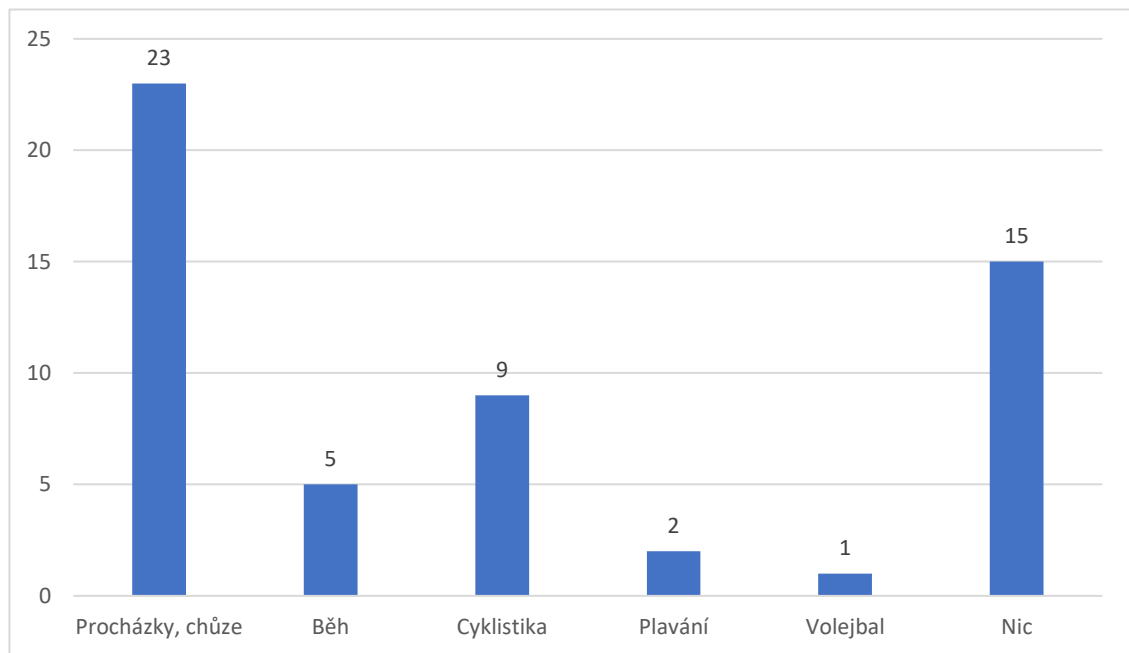
Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
<b>Ideální váha 18,5–25</b>	7	14 %
<b>Nadváha 25–30</b>	22	44 %
<b>Obezita 1. stupně 30–35</b>	10	20 %
<b>Obezita 2. stupně 35-40</b>	8	16 %
<b>Obezita 3. stupně &lt; 40</b>	3	6 %
<b>Σ</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 4 BMI respondentů

### Interpretace:

Výzkumu se zúčastnilo celkem 50 respondentů. Z grafu vyplývá, že ideální váhu má pouze 7 respondentů (14 %), naopak nadváhu má 22 respondentů (44 %). Obezitu 1. stupně má 10 respondentů (20 %), obezitu 2. stupně má 8 respondentů (16 %) a obezitu 3. stupně mají 3 respondenti (6 %).

## Pohybové aktivity v týdnu

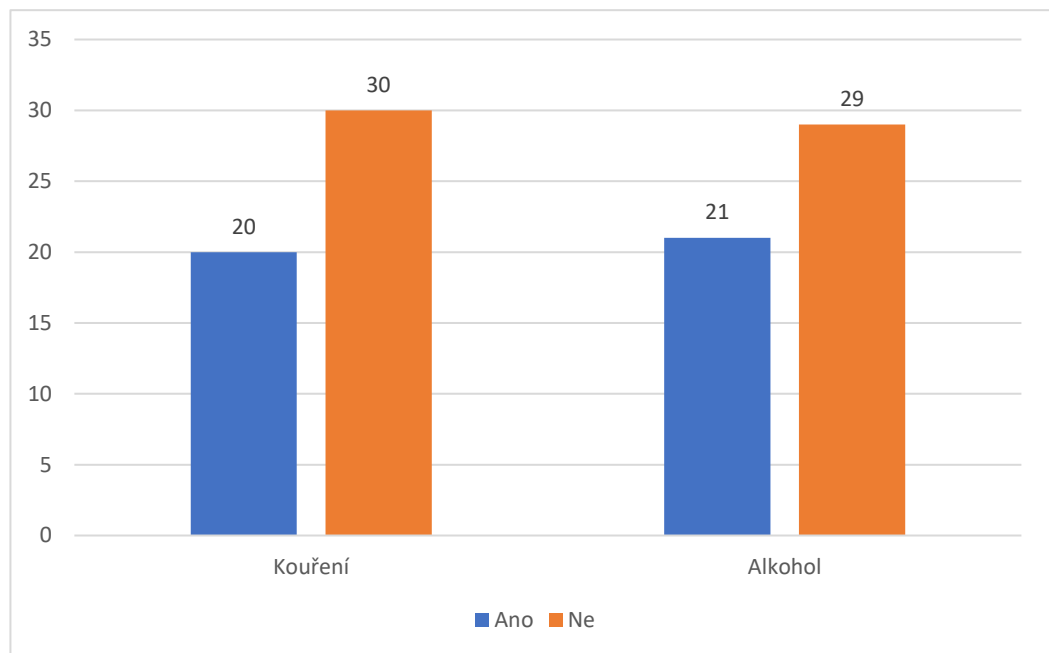


**Graf 5** Pohybové aktivity za týden

### Interpretace:

Ve výzkumu jsem se zeptala 50 respondentů, jakou aktivitu provozují za týden. Jak můžeme vidět, z grafu vyplývá, že 23 respondentů chodí na procházky, 5 respondentů běhá, 9 respondentů jezdí na kole, 2 respondenti plavou, 1 respondent hraje volejbal, a dokonce 15 respondentů v týdnu žádnou aktivitu nedělá.

## Konzumace alkoholu a kouření

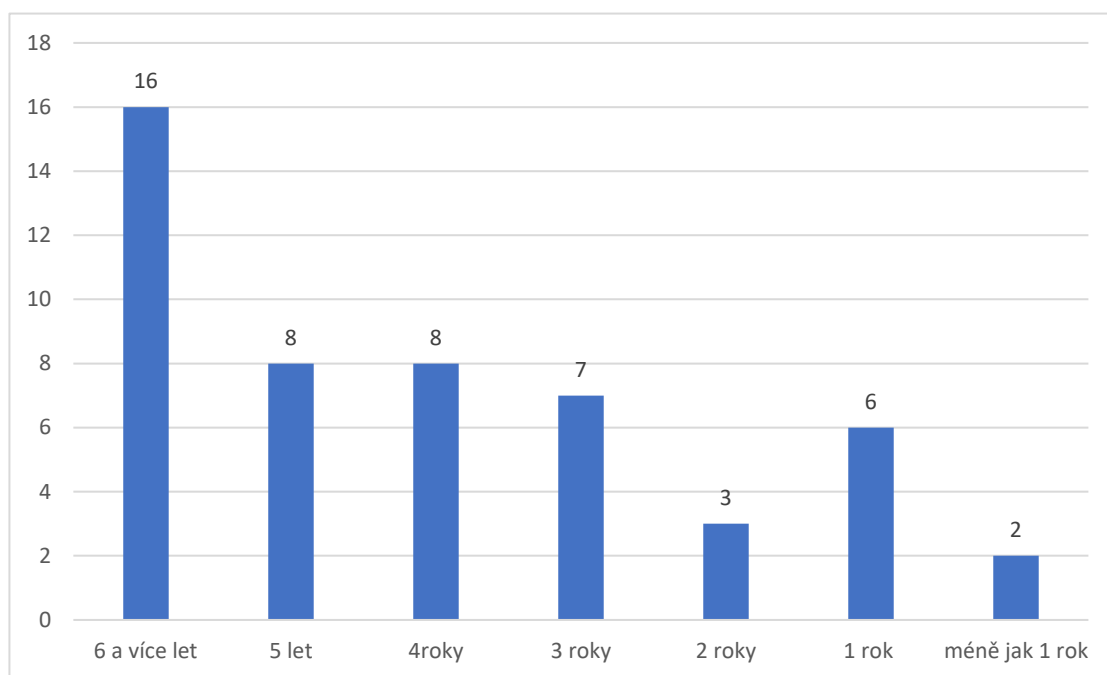


Graf 6 Konzumace alkoholu a kouření

### Interpretace:

Výzkumu se zúčastnilo celkem 50 respondentů, 30 respondentů kouří (60 %) a 20 respondentů nekouří (40 %). 29 respondentů konzumuje alkohol (58 %) a 21 respondentů nekonzumuje alkohol (42 %).

## Doba léčby



Graf 7 Doba léčení s nemocí

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
6 a více let	16	32 %
5 let	8	16 %
4 roky	8	16 %
3 roky	7	14 %
2 roky	3	6 %
1 rok	6	12 %
Méně jak 1 rok	2	4 %
$\Sigma$	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 5 Doba léčení s nemocí

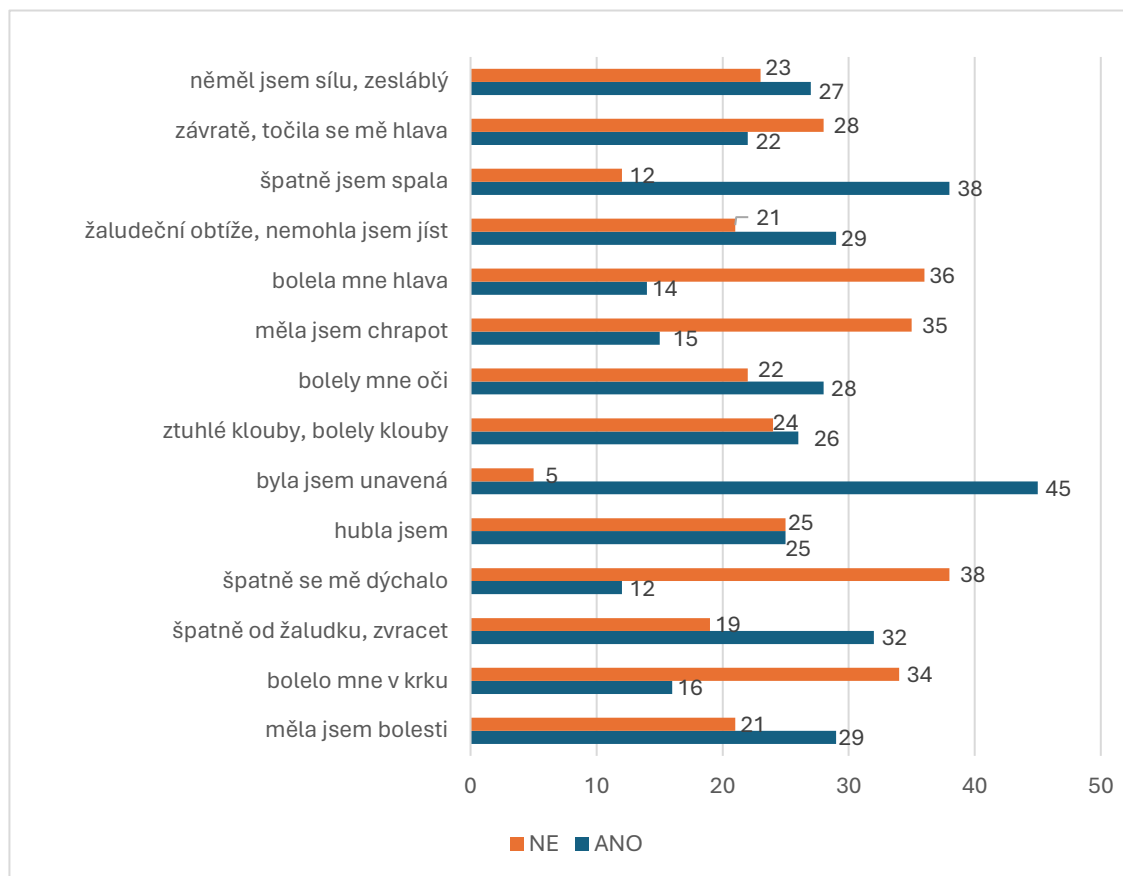
### Interpretace:

Z grafu vyplývá, kolik respondentů a jak dlouho trpí nemocí. 6 a více let trpí 16 respondentů (32 %), 5 let trpí 8 respondentů (16 %) u stejného počtu trvá nemoc 4 roky (16 %). U 3 respondentů trvá nemoc 2 roky (6 %). Šest respondentů uvedlo, že trpí nemocí 1 rok (12 %) a méně jak jeden rok trpí 2 respondenti (4 %).

## 6.2 Dotazník IPQ-R-CZ

### 6.2.1 Zhodnocení oblasti příznaků

Od té doby, co mám tuhle nemoc, už jsem zažil/a tyto obtíže

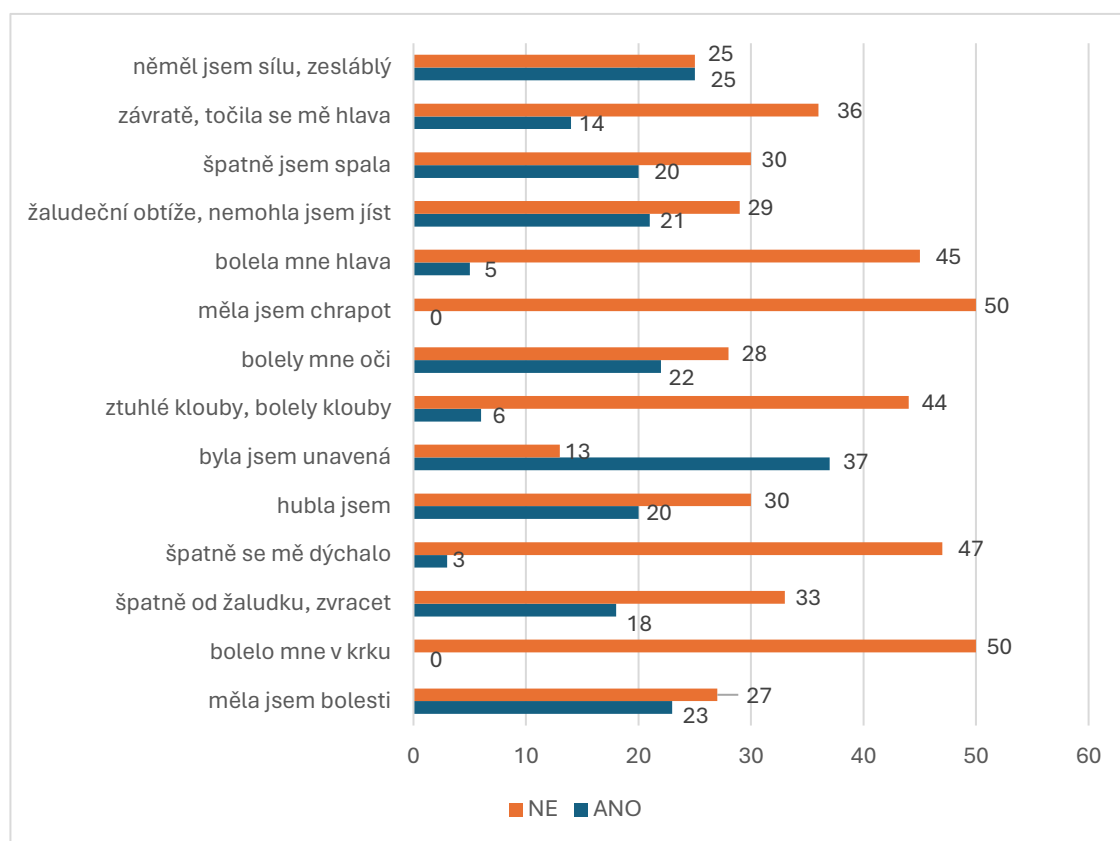


Graf 8 Obtíže od vzniku onemocnění

#### Interpretace:

Z grafu č. 8 vyplývají obtíže, které respondenti zažívají od doby, kdy jim byla nemoc diagnostikována. Největší zastoupení zaujímá únava, kdy odpovědělo ANO 45 respondentů (90 %), dále nejvíce potvrzené příznaky jsou nekvalitní spánek, na ten odpovědělo ANO 38 respondentů (76 %). Příznaky, které respondenti nejméně zažili od doby, co mají jejich nemoc, jsou bolest hlavy a špatné dýchání.

## Tyto obtíže souvisejí s mojí nemocí



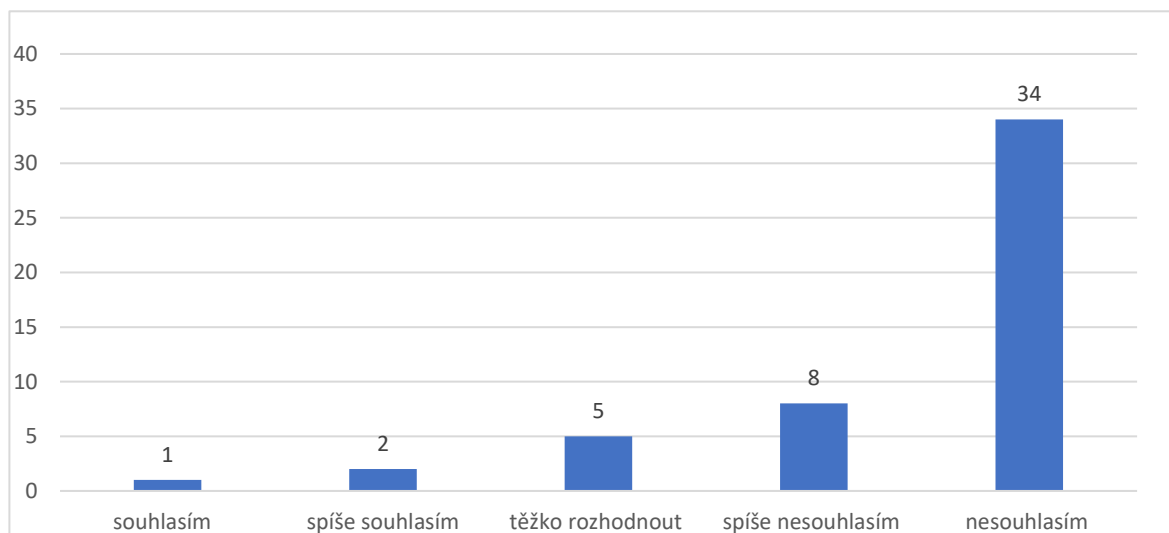
**Graf 9** Obtíže, které souvisejí s nemocí

### Interpretace:

Z grafu vyplývá, že nejčastější obtíže, které souvisejí s onemocněním Diabetes mellitus II. typu, jsou únava, kterou označilo 37 respondentů (74 %). 25 respondentů (50 %) označilo jako další nejčastější obtíže slabost. Nejmenší počet respondentů trpěl obtížemi jako bolesti v krku, ztuhlé klouby, špatné dýchání, chrapot a bolest hlavy.

## 6.2.2 Vyhodnocení jednotlivých položek

### Tvrzení č. 1 Moje nemoc potrvá jen krátce

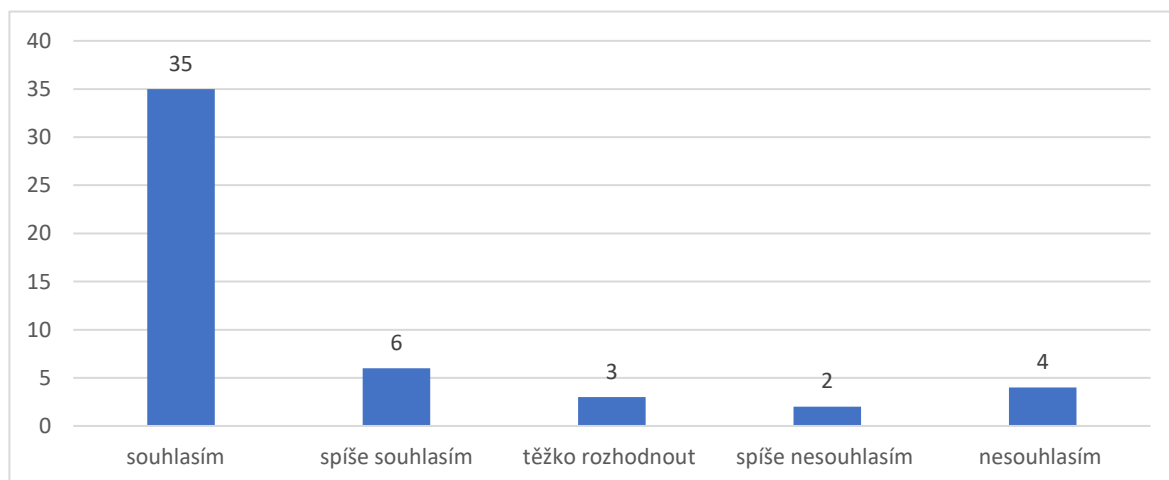


Graf 10 Moje nemoc potrvá jen krátce

#### Interpretace:

Na tvrzení, že nemoc potrvá jen krátce odpovědělo 42 respondentů (84 %), že s tímto tvrzením nesouhlasí, možnost těžko rozhodnout označilo 5 respondentů (10 %). S tvrzením souhlasili 3 respondenti (6 %).

### Tvrzení č. 2 Moje nemoc bude spíše trvalá než přechodná

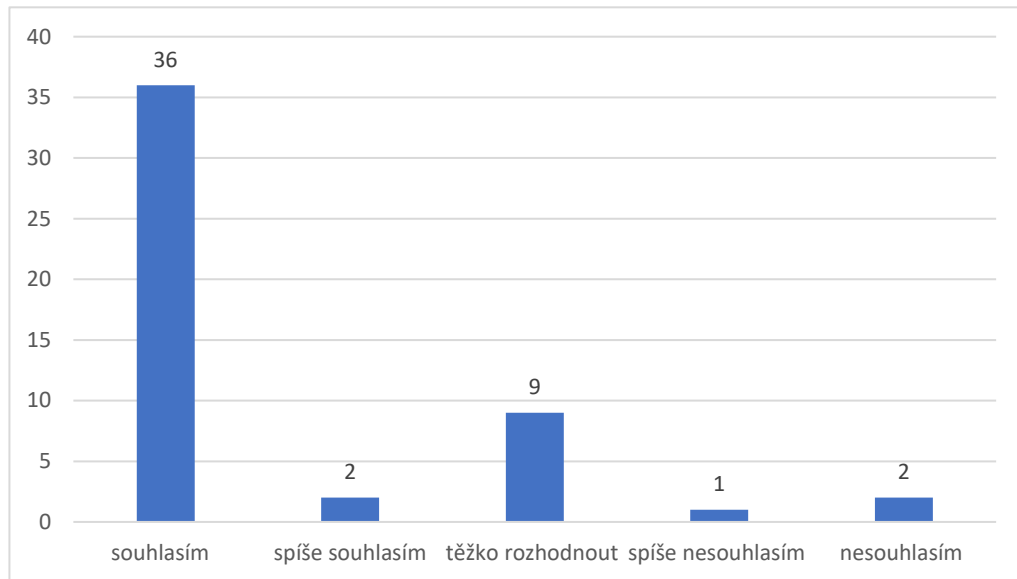


Graf 11 Moje nemoc bude spíše trvalá než přechodná

### Interpretace:

Na tvrzení, že jejich nemoc bude spíše trvalá než přechodná, odpovědělo 41 respondentů (82 %), že souhlasí s tvrzením. Tři respondenti (6 %) se nemohli rozhodnout, zda ano, či ne, a 6 respondentů (12 %) s tímto tvrzením nesouhlasí.

### Tvrzení č. 3 Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu



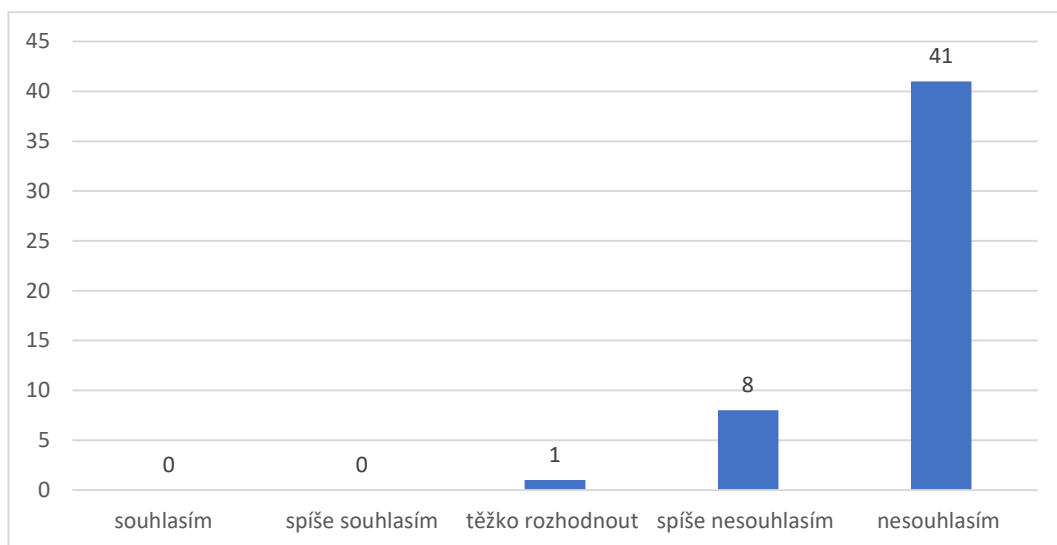
Graf 12 Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu

### Interpretace:

S tvrzením č. 3, že jejich nemoc potrvá hodně dlouhou dobu, souhlasilo 38 respondentů (76 %), možnost těžko rozhodnout vybralo 9 respondentů (18 %) a s tvrzením nesouhlasili 3 respondenti (6 %).



#### Tvrzení č. 4 Tahle nemoc rychle přejde

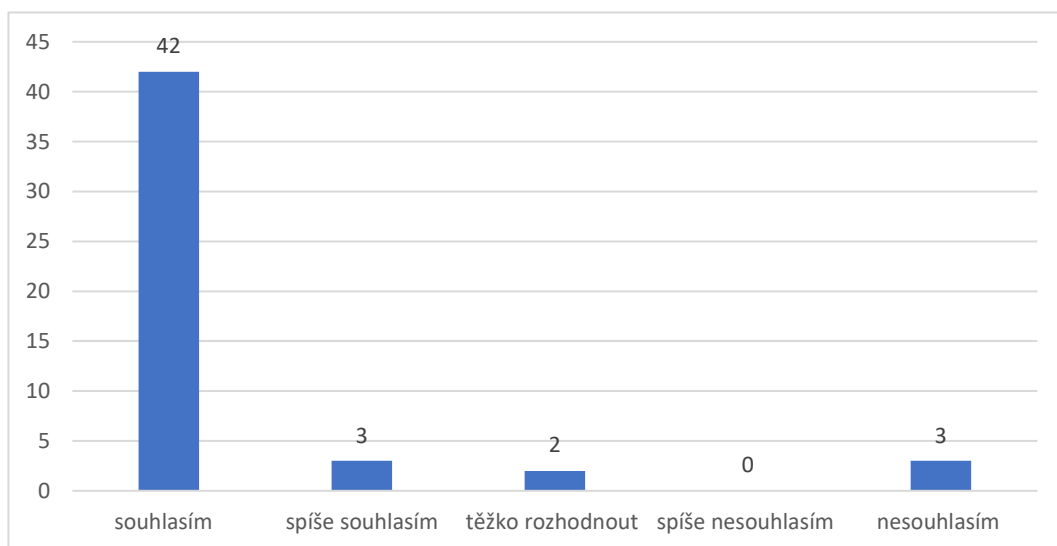


Graf 13 Tahle nemoc rychle přijde

#### Interpretace:

S tvrzením č. 4, že nemoc rychle přejde, nesouhlasili téměř všichni respondenti 49 (98 %), pouze jeden respondent se nemohl rozhodnout.

#### Tvrzení č. 5 Očekávám, že tuhle nemoc budu mít až do konce života

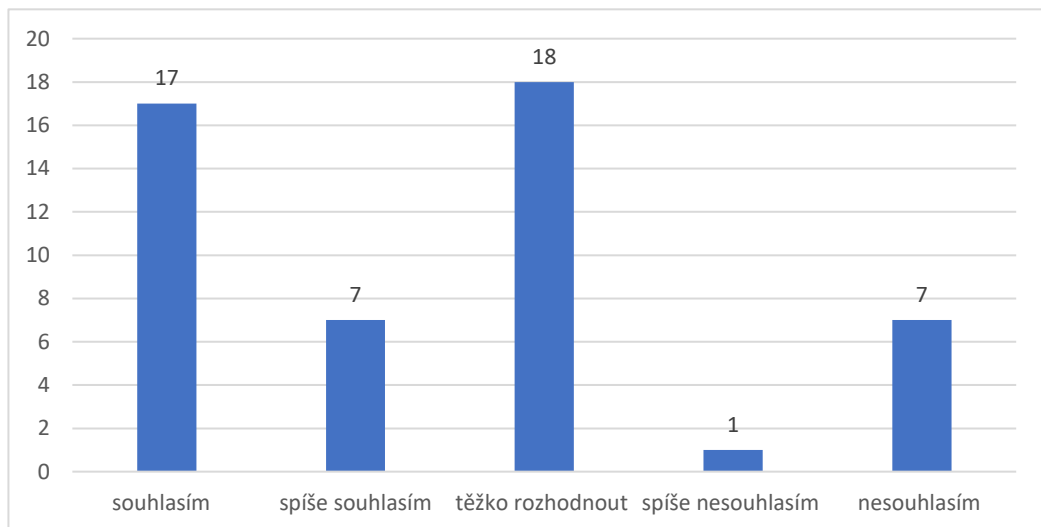


Graf 14 Očekávám, že tuhle nemoc, budu mít do konce života

### Interpretace:

Z tohoto grafu vyplývá, že s tvrzením č. 5, že budou mít nemoc do konce života souhlasí 45 respondentů (90 %), těžko rozhodnout, zda s tímto tvrzením souhlasí, nebo nikoli, uvedli 2 respondenti (4 %) a s tímto tvrzením nesouhlasí 3 respondenti (6 %).

### Tvrzení č. 6 Moje nemoc je asi závažná

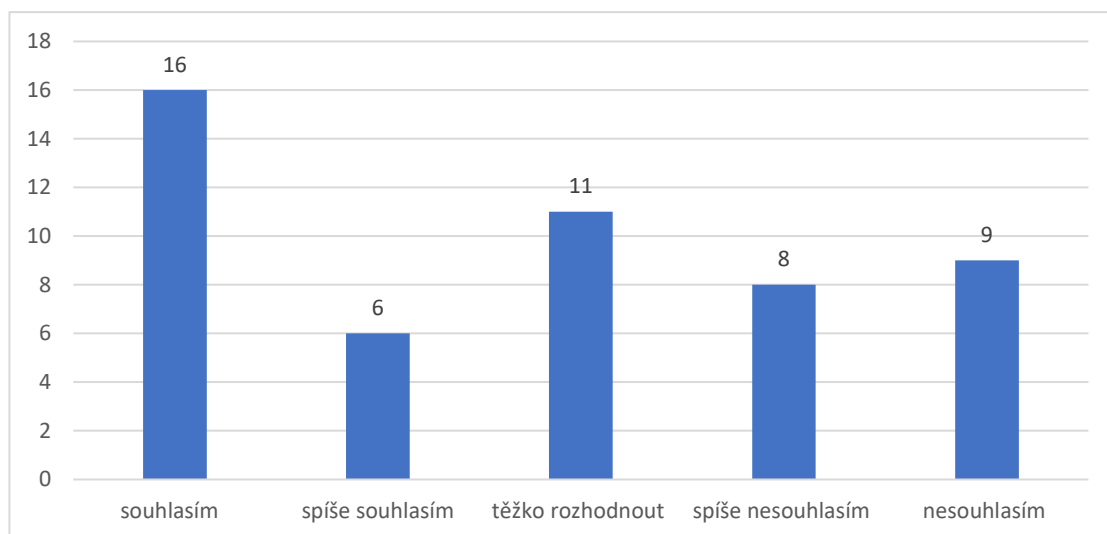


Graf 15 Moje nemoc je asi závažná

### Interpretace:

S tímto tvrzením č. 6, že je nemoc závažná, souhlasilo 24 respondentů (48 %), 18 respondentů (36 %) se nemohlo rozhodnout, zda je jejich nemoc závažná, a 8 respondentů (16 %) s tímto tvrzením nesouhlasilo.

### Tvrzení č. 7 tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život

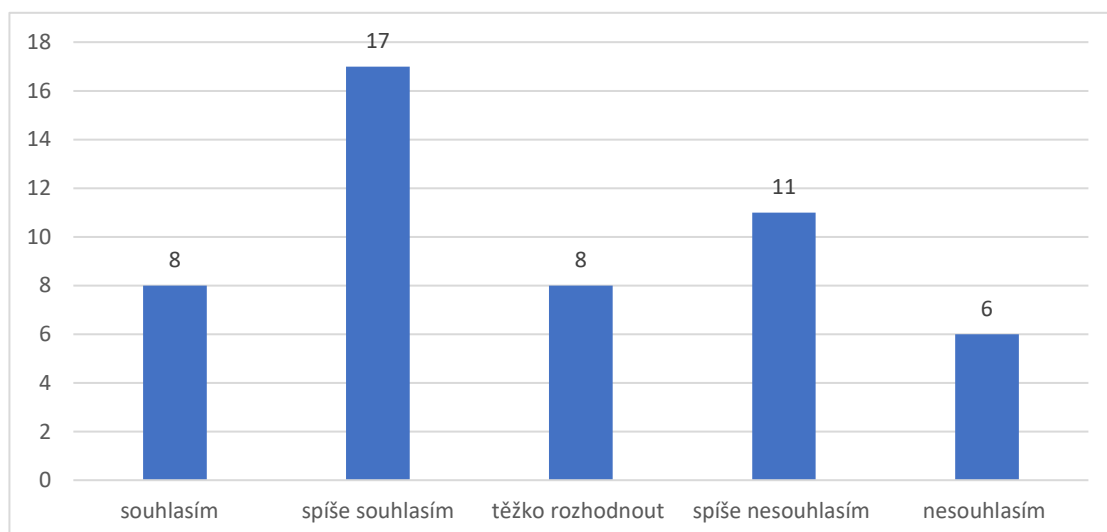


**Graf 16** Nemoc přináší vážné důsledky pro můj život

### Interpretace:

Z grafu vyplývá, že s tvrzením č. 7, že nemoc přináší vážné důsledky pro život, souhlasilo 22 respondentů (44 %), těžko rozhodnout, zda souhlasí, či nesouhlasí, odpovědělo 11 respondentů (22 %) a nesouhlasilo 17 respondentů (34 %).

### Tvrzení č. 8 S touhle nemocí se dá snadno žít

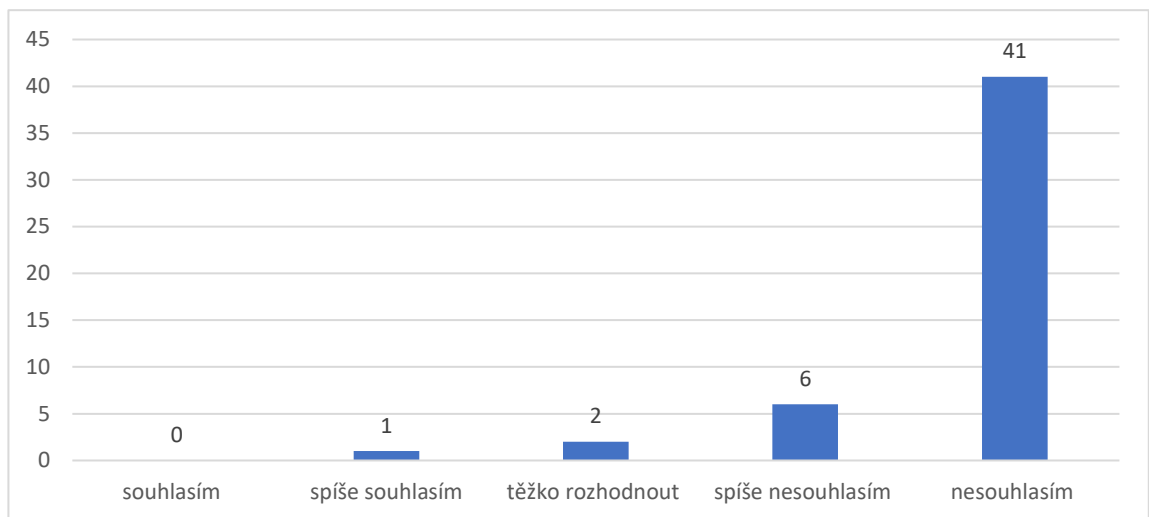


**Graf 17** S touhle nemocí se dá snadno žít

### Interpretace:

S tvrzením č. 8, že se s touto nemocí dá snadno žít, souhlasilo 25 respondentů (50 %), nemohlo se rozhodnout 8 respondentů (16 %) a nesouhlasilo 17 respondentů (34 %).

### Tvrzení č. 9 Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé

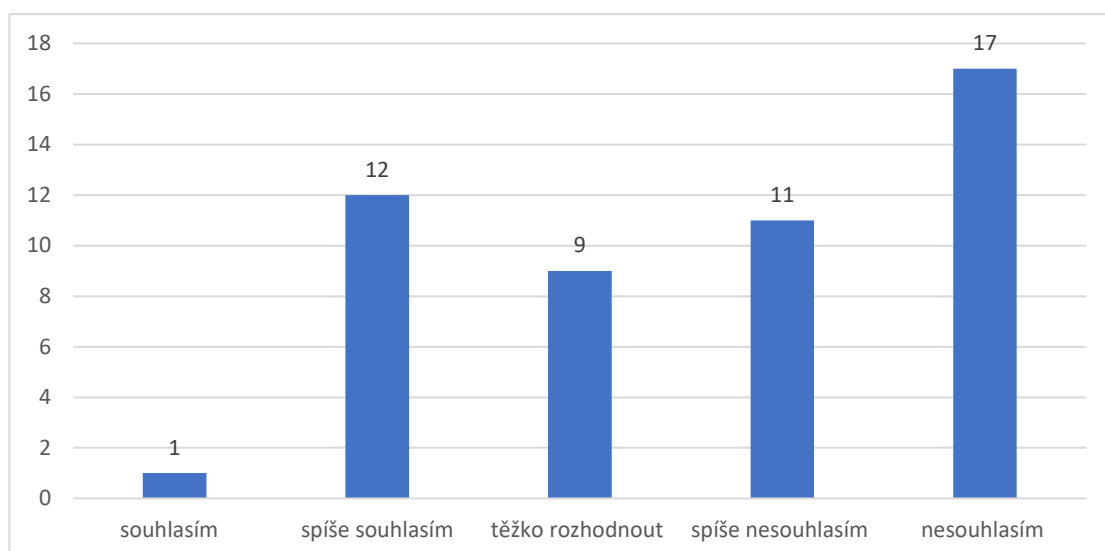


Graf 18 Nemoc ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidi

### Interpretace:

S tvrzením, že jejich nemoc ovlivňuje to, jak se na ně dívají ostatní lidé, nesouhlasilo 47 respondentů (94 %), nemohli se rozhodnout, zda ano, či ne 2 respondenti (4 %) a s tímto tvrzením souhlasil 1 respondent (2 %).

### Tvrzení č. 10 Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady

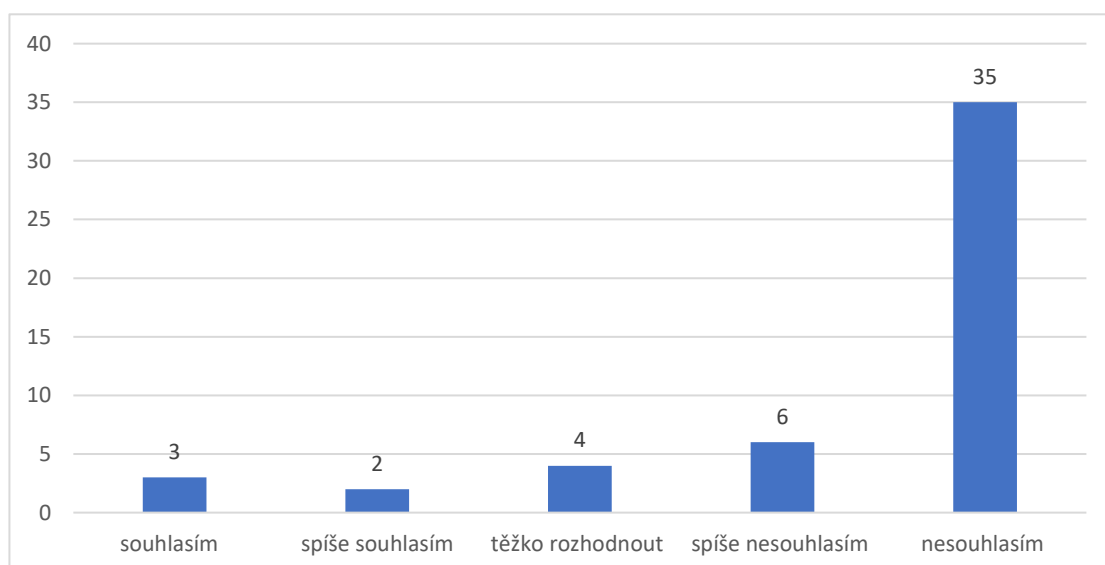


Graf 19 Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady

### Intepretace:

V tomto tvrzení se měli respondenti zamyslet, zda jejich nemoc má velké finanční dopady. Souhlasilo 13 respondentů (26 %), těžko rozhodnout označilo 20 respondentů (18 %) a s tvrzením nesouhlasilo 28 respondentů (56 %).

### Tvrzení č. 11 Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým

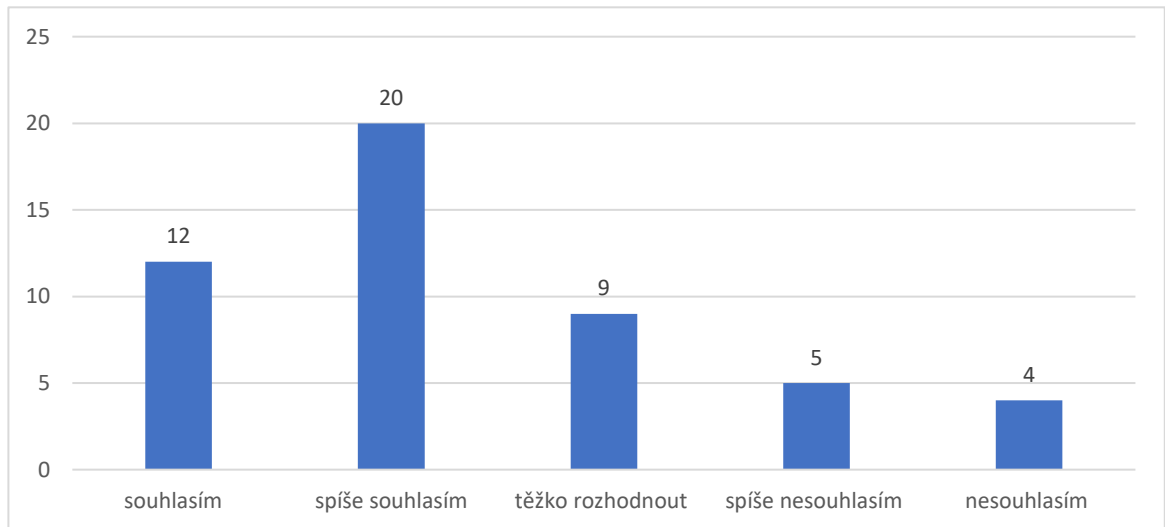


Graf 20 Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým

### Interpretace:

S tvrzením, že nemoc způsobuje problémy jejich blízkým, nesouhlasilo 41 respondentů (82 %), nemohlo se rozhodnout, zda ano, či ne 4 respondenti (8 %) a s tvrzením souhlasilo 5 respondentů (10 %).

### Tvrzení č. 12 Je hodně možností, jak můžu potlačit příznaky mého onemocnění

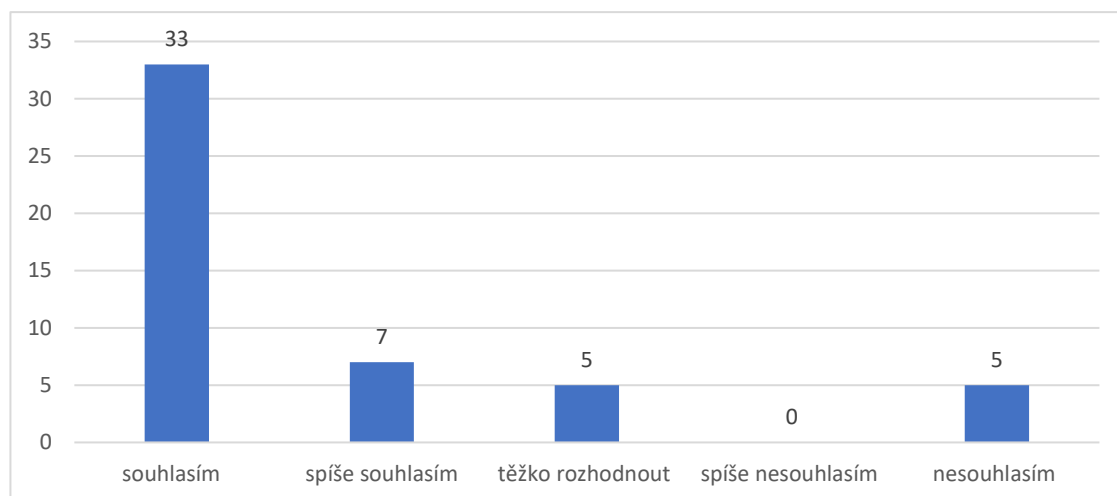


**Graf 21** Je hodně možností, jak můžu potlačit příznaky mého onemocnění

### Interpretace:

Třicet dva respondentů (64 %) souhlasilo, že mají hodně možností, jak můžou potlačit příznaky jejich onemocnění, těžko rozhodnout odpovědělo 9 respondentů (18 %) a s tímto tvrzením nesouhlasilo 9 respondentů (18 %).

**Tvrzení č. 13 Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci.**

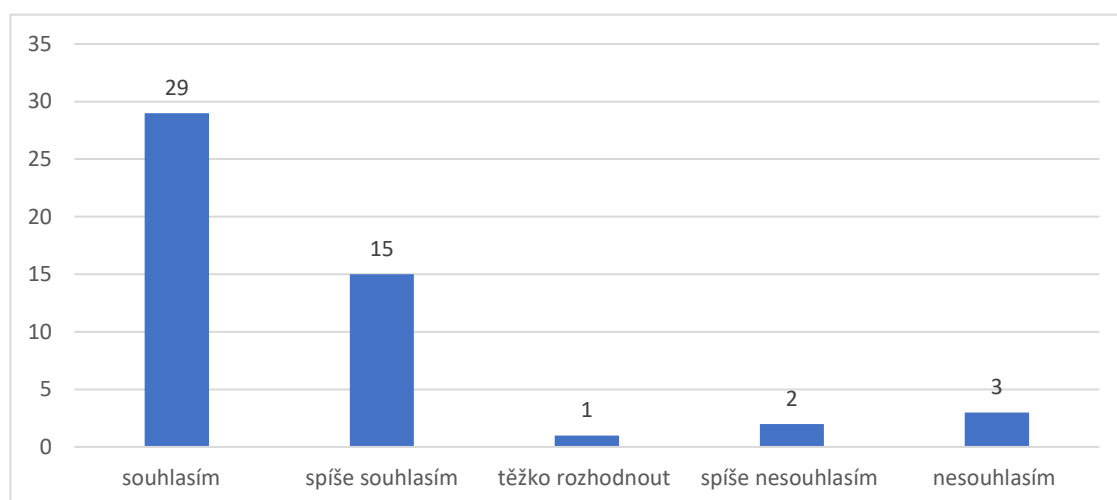


**Graf 22** Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšení nebo zhoršování své nemoci

**Interpretace:**

S tímto tvrzením, že mohou ovlivnit zlepšování či zhoršování své nemoci, souhlasilo 40 respondentů (80 %), rozhodnout se nemohlo 5 respondentů (10 %) a stejný počet respondentů odpověděl, že nesouhlasí s tvrzením.

**Tvrzení č. 14 Záleží především na mě, jak moje nemoc probíhá**



**Graf 23** Záleží především na mě, jak moje nemoc probíhá

### Interpretace:

Respondenti se měli rozhodnout, zda záleží především na nich, jak jejich nemoc probíhá. 44 respondentů (88 %) souhlasilo, 1 respondent (2 %) se nemohl rozhodnout a nesouhlasilo 5 respondentů (6 %)

### Tvrzení č. 15 Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc

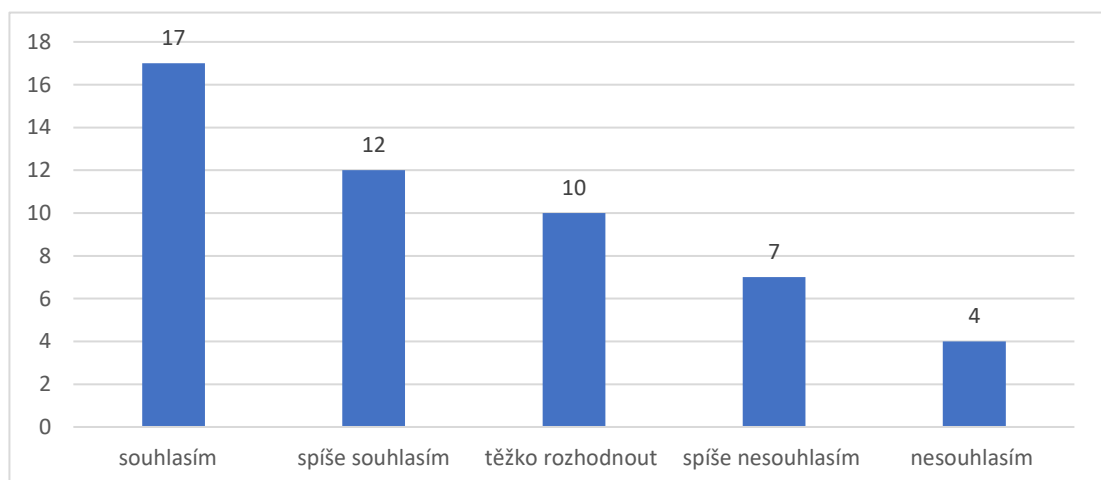


Graf 24 Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc

### Interpretace:

S tímto tvrzením nesouhlasilo 39 respondentů (78 %), nemohlo se rozhodnout 5 respondentů (10 %) a souhlasilo s tvrzením (12 %).

### Tvrzení č. 16 Mám dost sil na to, abych průběh této nemoci ovlivnil



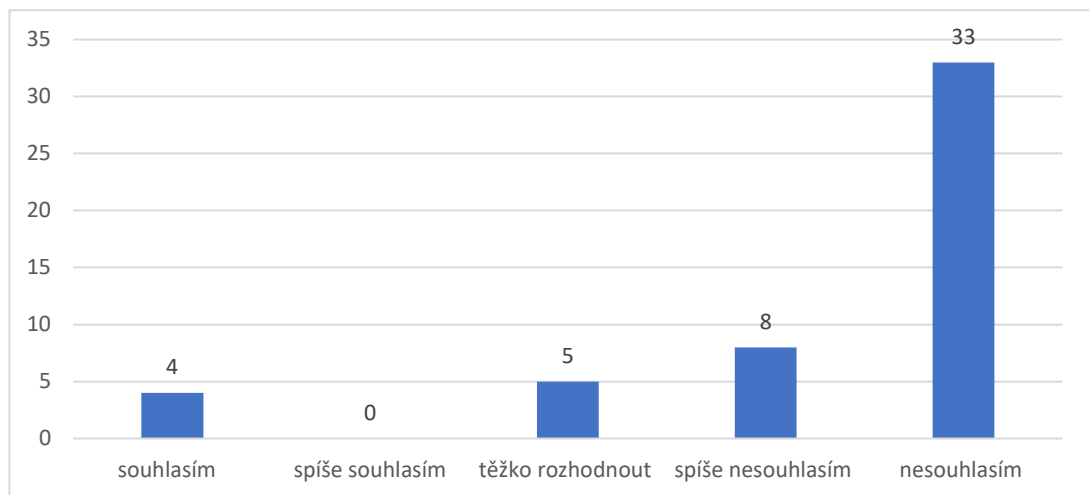
Graf 25 Mám dost sil na to, abych průběh této nemoci ovlivnil



### Interpretace:

S tvrzením, že mají dost sil, aby ovlivnili průběh své nemoci, souhlasilo 29 respondentů (58 %), 10 respondentů (20 %) se nemohlo rozhodnout, zda souhlasí, či nesouhlasí a nesouhlasilo 11 respondentů (22 %).

### Tvrzení č. 17 Moje jednání nebude mít žádný vliv na to, jaké budou následky této nemoci.

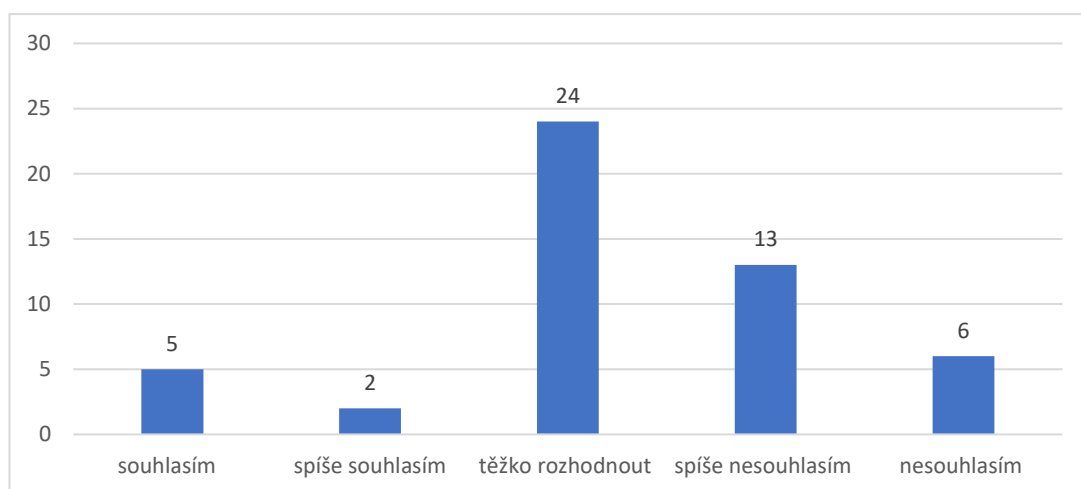


Graf 26 Moje jednání nebude mít žádný vliv na to, jaké budou následky této nemoci

### Interpretace:

S tvrzením, že jejich jednání nebude mít žádný vliv na následky jejich nemoci, nesouhlasilo 41 respondentů (82 %), rozhodnout se nemohlo 5 respondentů (10 %) a souhlasili 4 respondenti (8 %).

### Tvrzení č. 18 Můj zdravotní stav se bude postupně zlepšovat

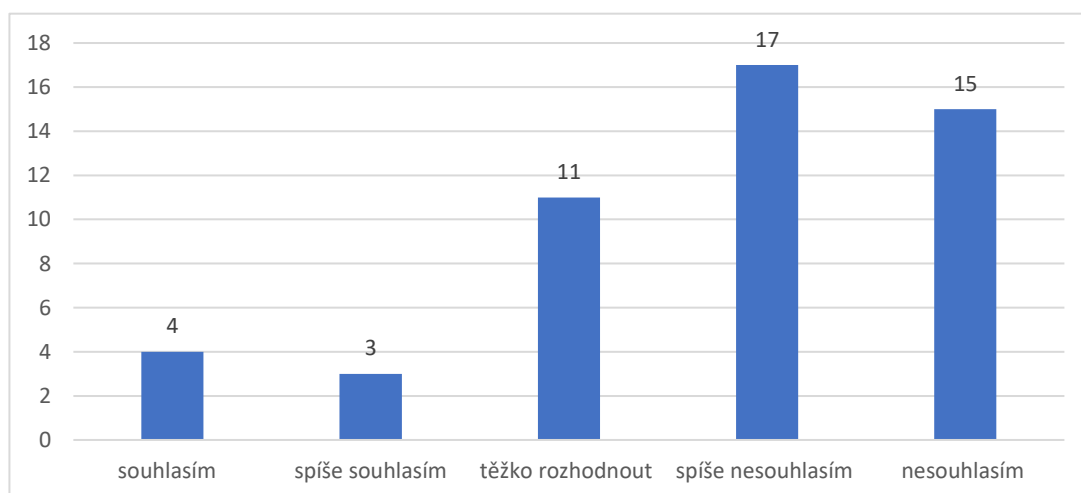


Graf 27 Můj zdravotní stav se bude postupně zlepšovat

### Intepretace:

Respondenti se měli zamyslet, zda se jejich nemoc bude postupně zlepšovat. S tvrzením souhlasilo 7 respondentů (14 %), nemohlo se rozhodnout 24 respondentů (48 %) a nesouhlasilo 19 respondentů (38 %).

### Tvrzení č.19 Pro zlepšení této nemoci se dá udělat jen velmi málo

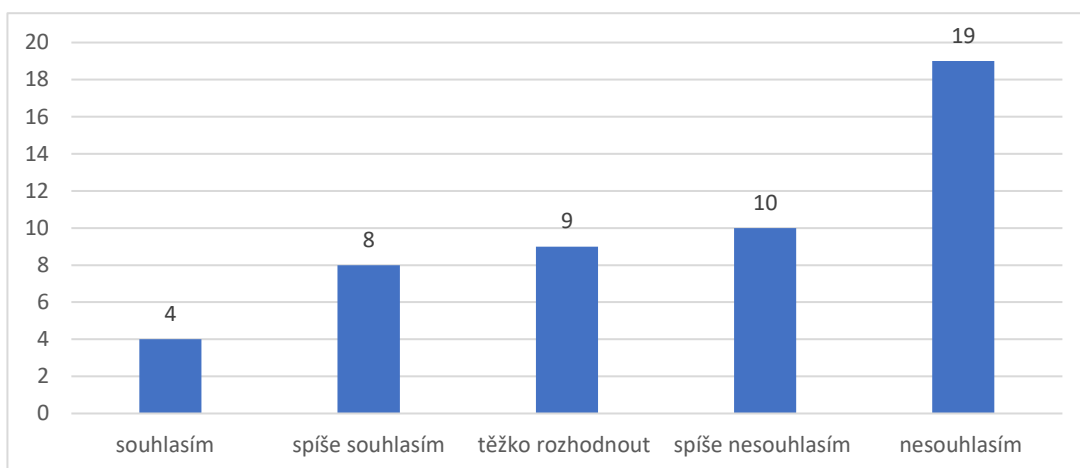


Graf 28 Pro zlepšení této nemoci se dá udělat jen velmi málo

### Interpretace:

S tvrzením, že se dá pro zlepšení této nemoci udělat jen velmi málo, nesouhlasilo 32 respondentů (64 %), těžko rozhodnout odpovědělo 11 respondentů (22 %) a souhlasilo s tímto tvrzením 7 respondentů (14 %).

### Tvrzení č. 20 Léčba je účinná a vyléčí mou nemoc

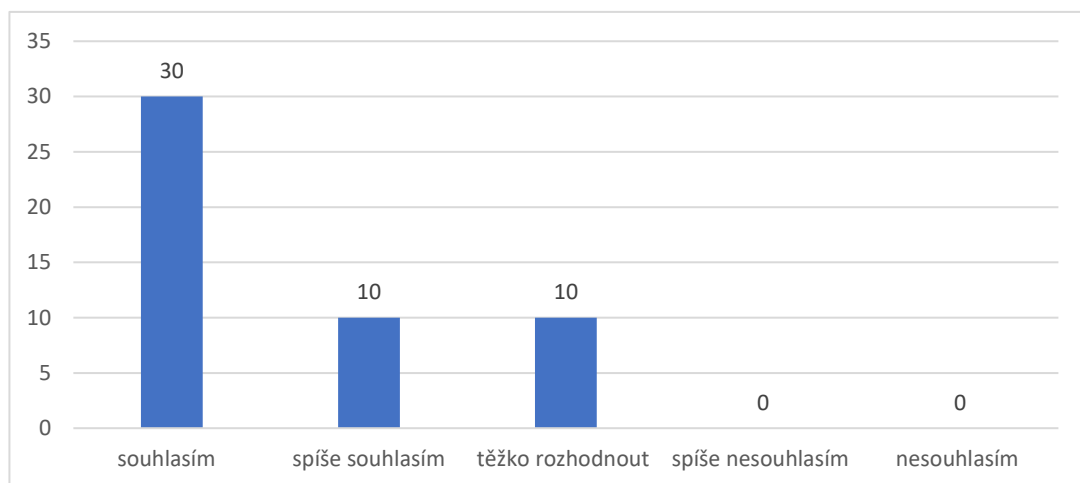


Graf 29 Léčba je účinná a vyléčí mou nemoc

### Interpretace:

Dvacet devět respondentů (58 %) nesouhlasilo s tvrzením, že jejich léčba je účinná a vyléčí jejich nemoc, nemohlo se rozhodnout 9 respondentů (18 %) a souhlasilo s tvrzením 12 respondentů (24 %).

### Tvrzení č. 21 Negativním následkům mojí nemoci se dá touto léčbou předejít

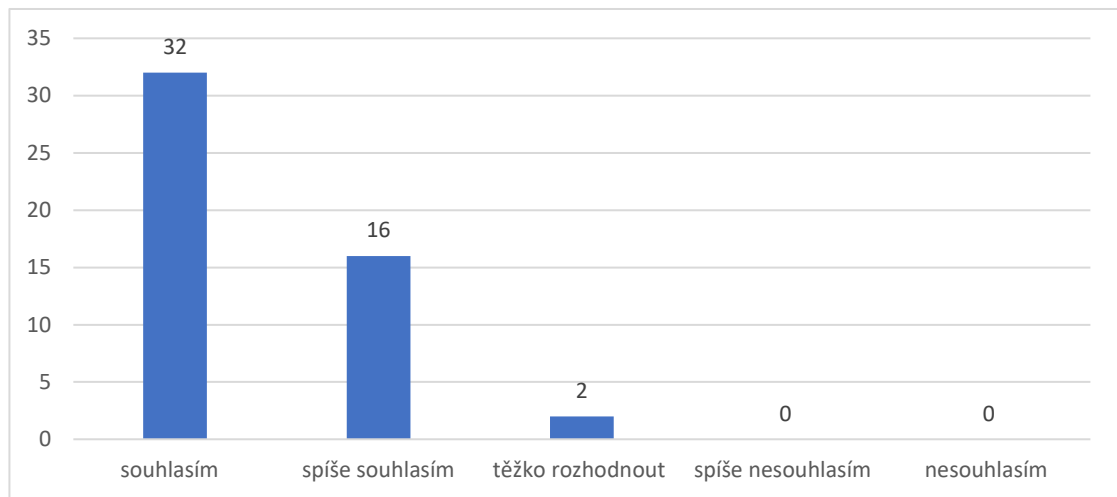


Graf 30 Negativním následkům mojí nemoci se dá touto léčbou předejít

### Interpretace:

Na tvrzení, že se dá předejít negativním následkům nemoci, odpovědělo souhlasem 40 respondentů (80 %) a těžko rozhodnout odpovědělo 10 respondentů (20 %).

### Tvrzení č. 22 Léčbu, kterou mám, pomůže tuto nemoc zvládnout

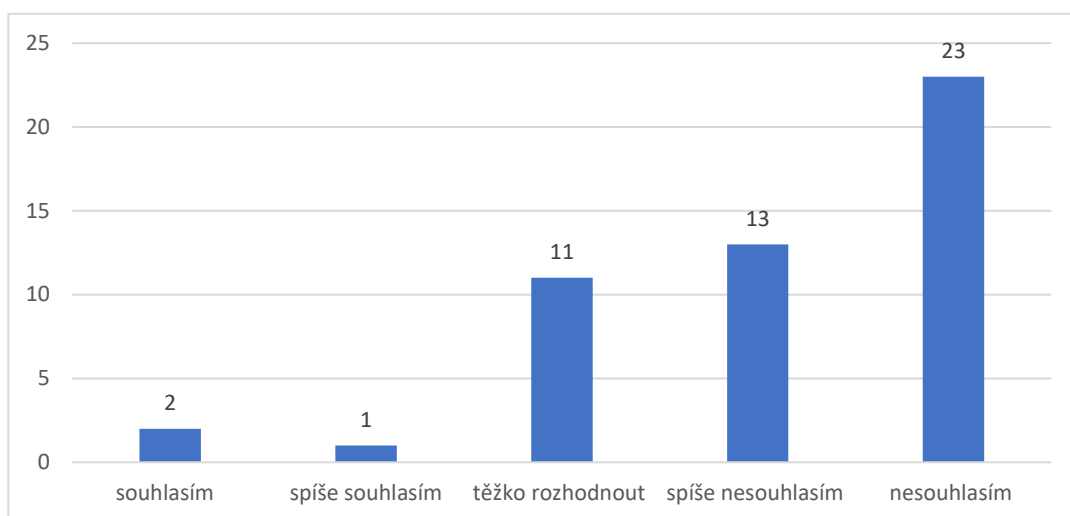


**Graf 31** Léčbu, kterou mám, pomůže tuto nemoc zvládnout

### Interpretace:

Čtyřicet osm respondentů (96 %) souhlasilo s tvrzením, že léčba, kterou mají, pomůže jejich nemoc zvládnout, pouze 2 respondenti se nemohli rozhodnout, zda s tvrzením souhlasí, či nikoliv.

### Tvrzení č. 23 Není nic, co by pomohlo zlepšit můj stav

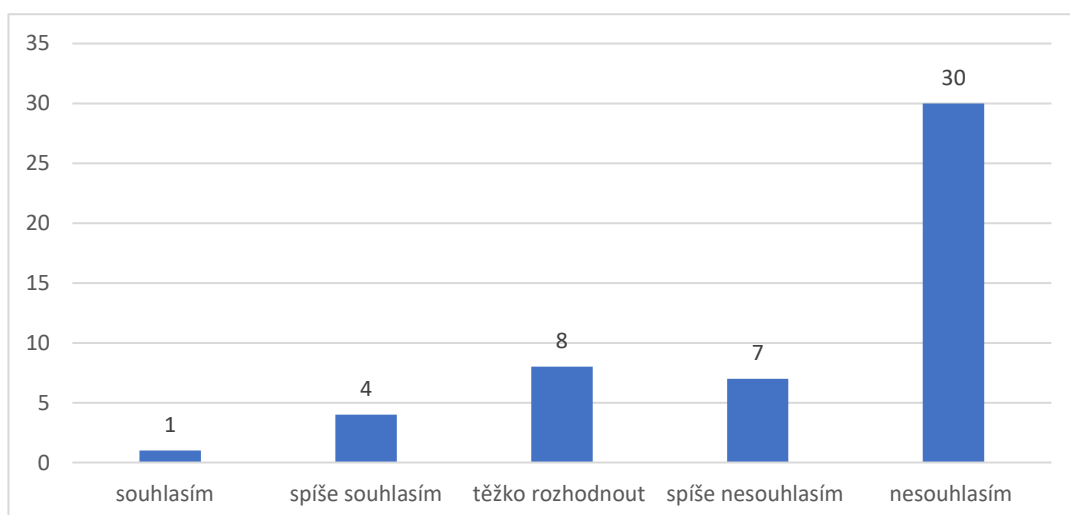


Graf 32 Není nic, co by pomohlo zlepšit můj stav

### Interpretace:

S tvrzením, že není nic, co by pomohlo zlepšit jejich stav, souhlasili 3 respondenti (6 %), nemohlo se rozhodnout 11 respondentů (22 %) a s tvrzením nesouhlasilo 36 respondentů (72 %).

### Tvrzení č. 24 Příznaky mé nemoci, které prožívám, jsou pro mě hádankou

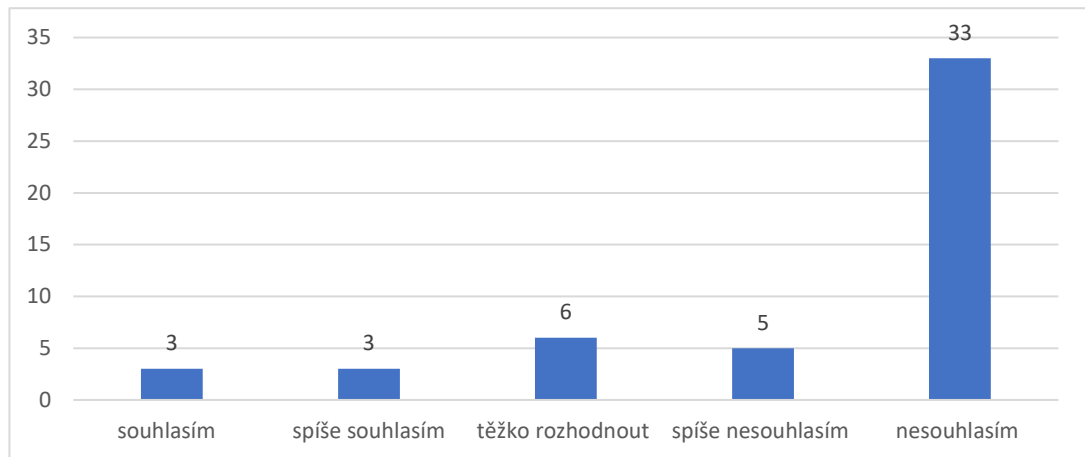


Graf 33 Příznaky mé nemoci, které prožívám, jsou pro mě hádankou

### Interpretace:

S tímto tvrzením, že jsou jejich příznaky pro ně hádankou, souhlasilo 5 respondentů (10 %), 8 respondentů se nemohlo rozhodnout (16 %) a 37 respondentů (74 %) nesouhlasilo s tvrzením.

### Tvrzení č.25 Celá moje nemoc je pro mne záhadou

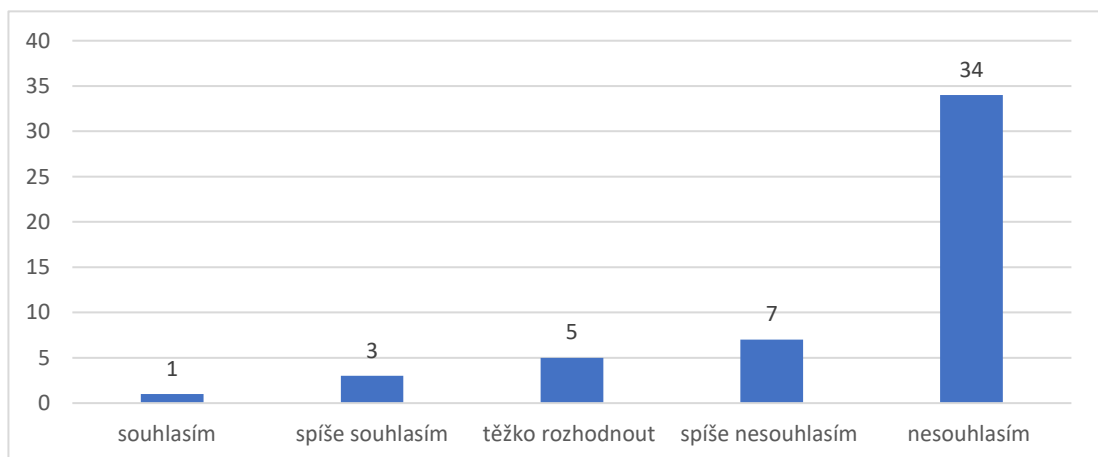


Graf 34 Celá moje nemoc je pro mne záhadou

### Interpretace:

S tvrzením, že je jejich nemoc pro ně záhadou, souhlasilo 6 respondentů (12 %), těžko rozhodnout se nemohlo také 6 respondentů (12 %) a souhlasilo s tvrzením 38 respondentů (76 %).

### Tvrzení č. 26 Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím

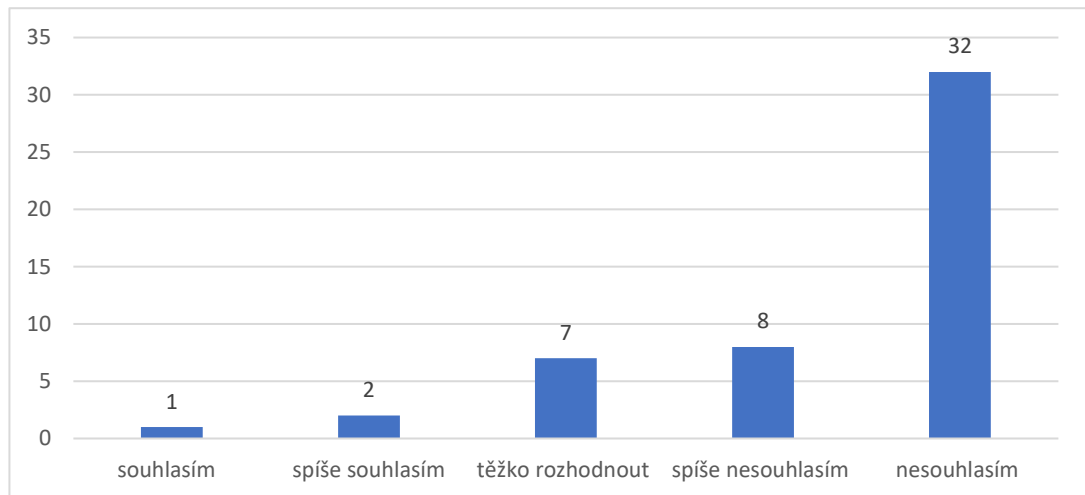


Graf 35 Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím

### Interpretace:

S tvrzením, že nechápou svou nemoc a vůbec jí nerozumí, souhlasili 4 respondenti (8 %), nemohlo se rozhodnout 5 respondentů (10 %) a nesouhlasilo s tvrzením 41 respondentů (82 %).

### Tvrzení č. 27 Nemoc, kterou mám, mi nedává smysl

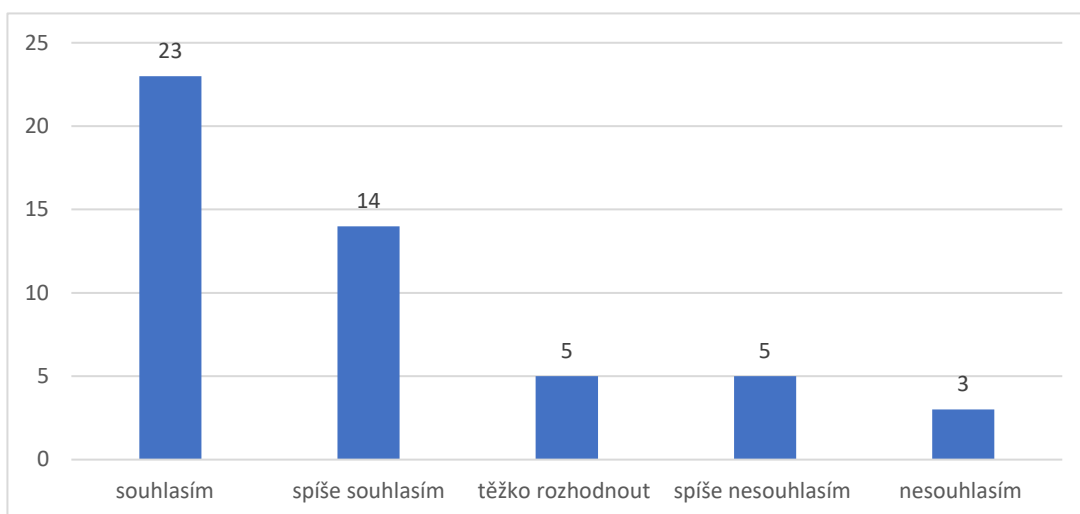


**Graf 36** Nemoc, kterou mám, mi nedává smysl

### Interpretace:

Na tvrzení č. 27, že jim jejich nemoc nedává smysl, odpovědělo nesouhlasem 40 respondentů (80 %), s tvrzením souhlasili 3 respondenti (6 %) a 7 respondentů (14 %) se nemohlo rozhodnout, zda jim nemoc dává, nebo nedává smysl.

### Tvrzení č. 28 Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný

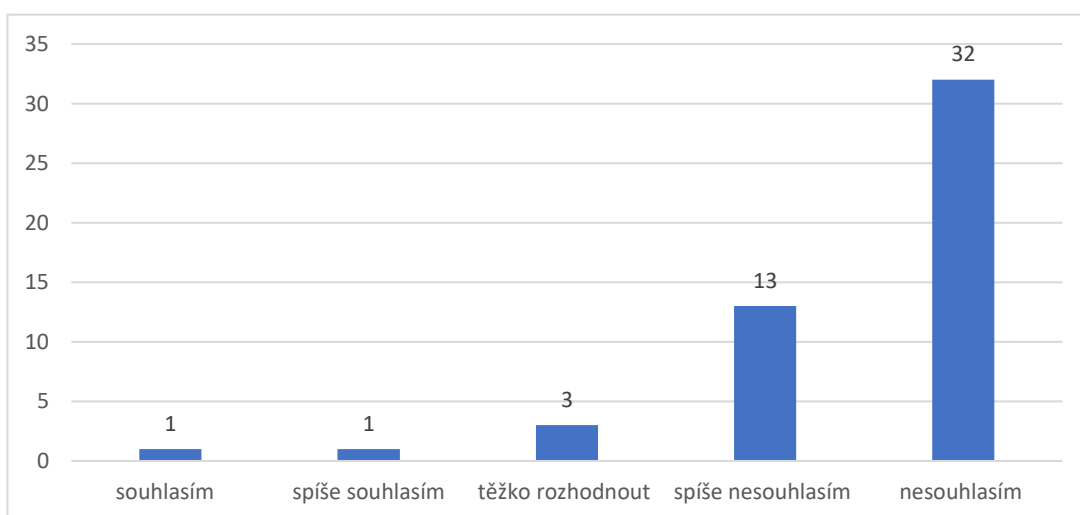


Graf 37 Mám jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný

#### Interpretace:

Na tvrzení, že mají jasno o své nemoci a chápou, proč jsou nemocní, odpovědělo souhlasem 37 respondentů (74 %), těžko rozhodnout u tohoto onemocnění odpovědělo 5 respondentů (10 %) a nesouhlasilo s tvrzením 8 respondentů (16 %).

### Tvrzení č. 29 Příznaky mé nemoci se mění ze dne na den



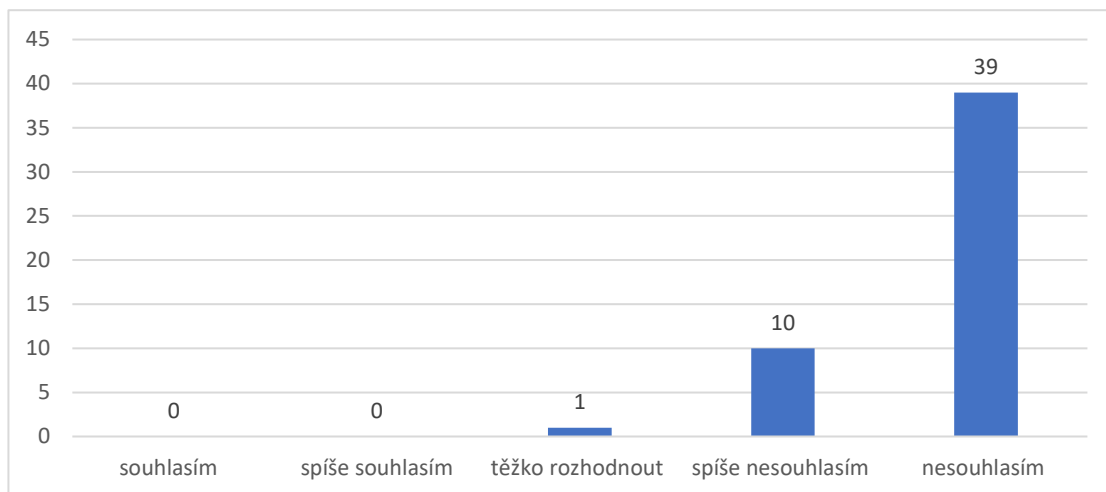
Graf 38 Příznaky mé nemoci se mění ze dne na den



### Interpretace:

Respondenti se v tomto tvrzení měli zamyslet, zda se jejich příznaky nemoci mění ze dne na den. 45 respondentů (90 %) s tímto tvrzením nesouhlasí, 3 respondenti (6 %) se nemohli rozhodnout, zda ano, či ne a s tvrzením souhlasili 2 respondenti (4 %).

### Tvrzení č. 30 Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech

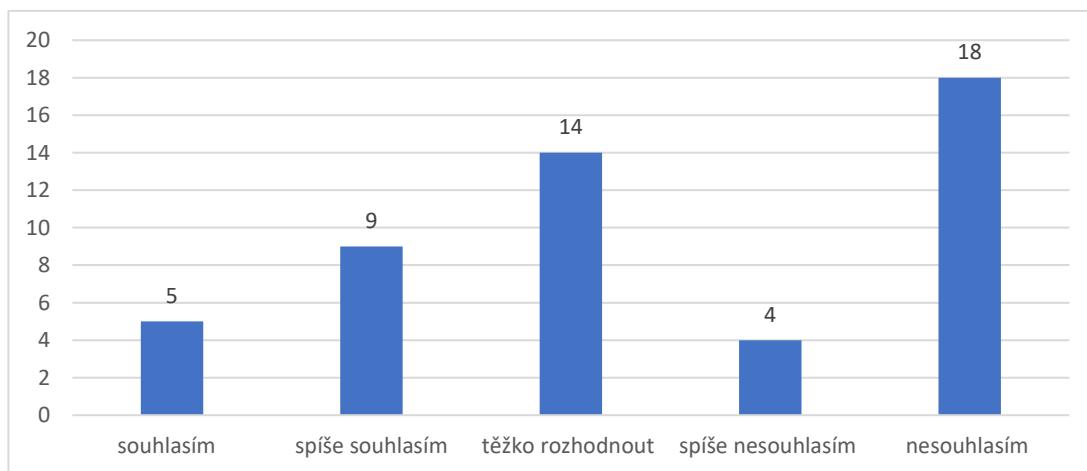


Graf 39 Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech

### Interpretace:

S tvrzením, že jejich příznaky přicházejí a odcházejí pravidelně, nesouhlasilo 49 respondentů (98 %) a jeden respondent (2 %) se nemohl rozhodnout, zda ano, či ne.

### Tvrzení č. 31 Moje nemoc je těžko předvídatelná

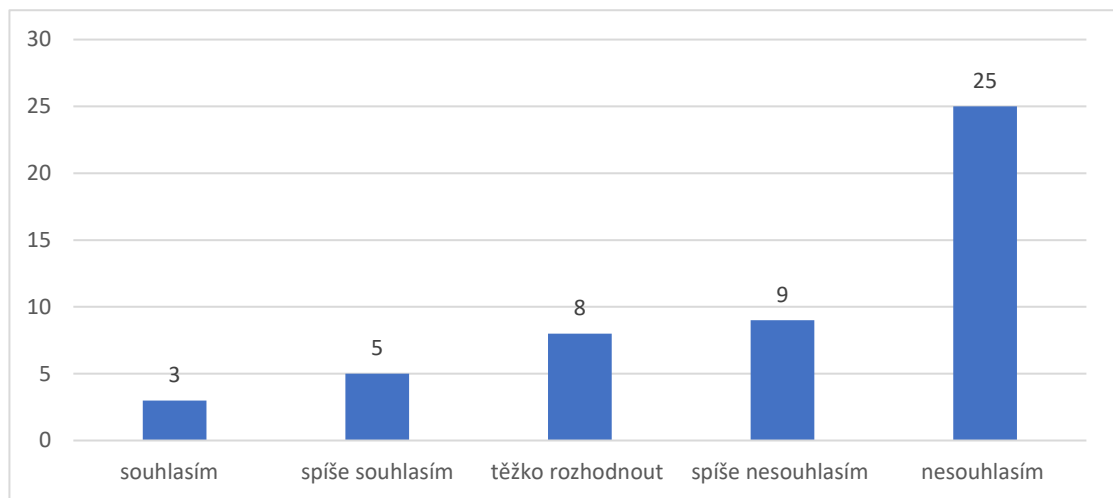


Graf 40 Moje nemoc je těžko předvídatelná

### Interpretace:

S tvrzením, že je jejich nemoc těžko předvídatelná, souhlasilo 14 respondentů (28 %), těžko rozhodnout, zda ano, či ne odpovědělo 14 respondentů (28 %) a s tvrzením nesouhlasilo 22 respondentů (28 %).

### Tvrzení č. 32 Prožívám období, kdy se nemoc zlepšuje, a pak zase období, kdy se zhoršuje

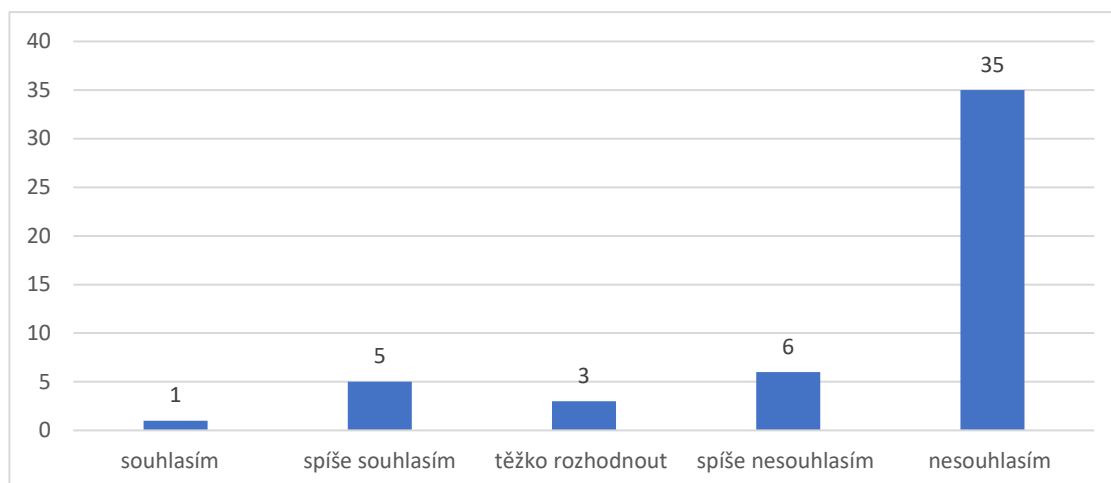


**Graf 41** Prožívám období, kdy se nemoc zlepšuje, a pak zase období, kdy se zhoršuje

### Interpretace:

S tímto tvrzením nesouhlasilo 34 respondentů (68 %), nemohlo se rozhodnout 8 respondentů (16 %) a souhlasilo s tvrzením 8 respondentů (16 %).

### Tvrzení č. 33 Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada

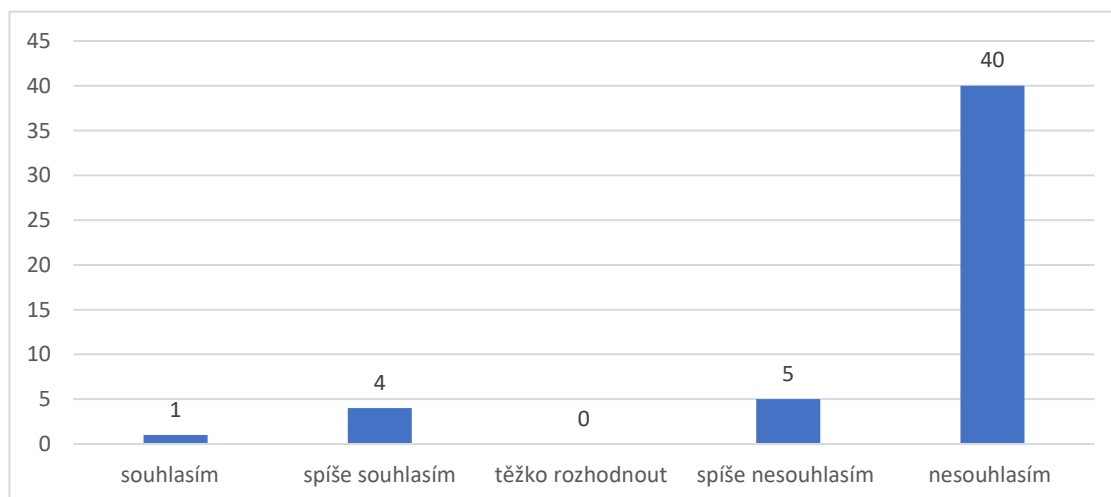


Graf 42 Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada

#### Interpretace:

Respondentů jsem se zeptala, zda je přepadá z nemoci depresivní nálada. S tímto tvrzením souhlasilo 6 respondentů (12 %), těžko rozhodnout, zda souhlasí, či nikoliv, odpověděli 3 respondenti (6 %), nesouhlasilo s tvrzením 41 respondentů (82 %).

### Tvrzení č. 34 Když přemýšlím o své nemoci, rozčílím se

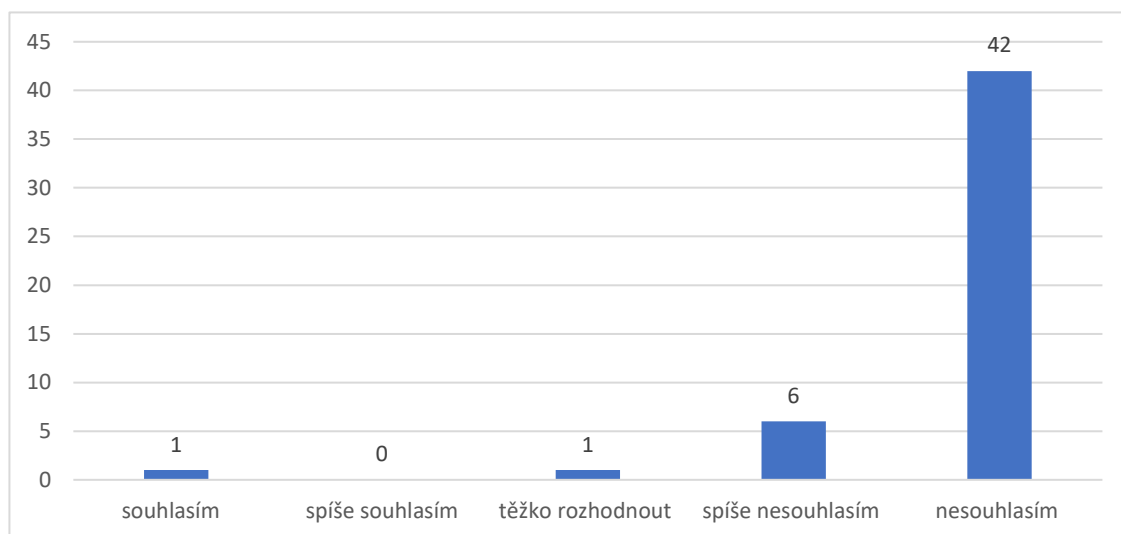


Graf 43 Když přemýšlím o své nemoci, rozčílím se

#### Interpretace:

Respondenti se měli zamyslet, zda se rozčílí při pomyšlení na svou nemoc. S tímto tvrzením souhlasilo 5 respondentů (10 %) a nesouhlasilo 45 respondentů (90 %).

### Tvrzení č. 35 Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek

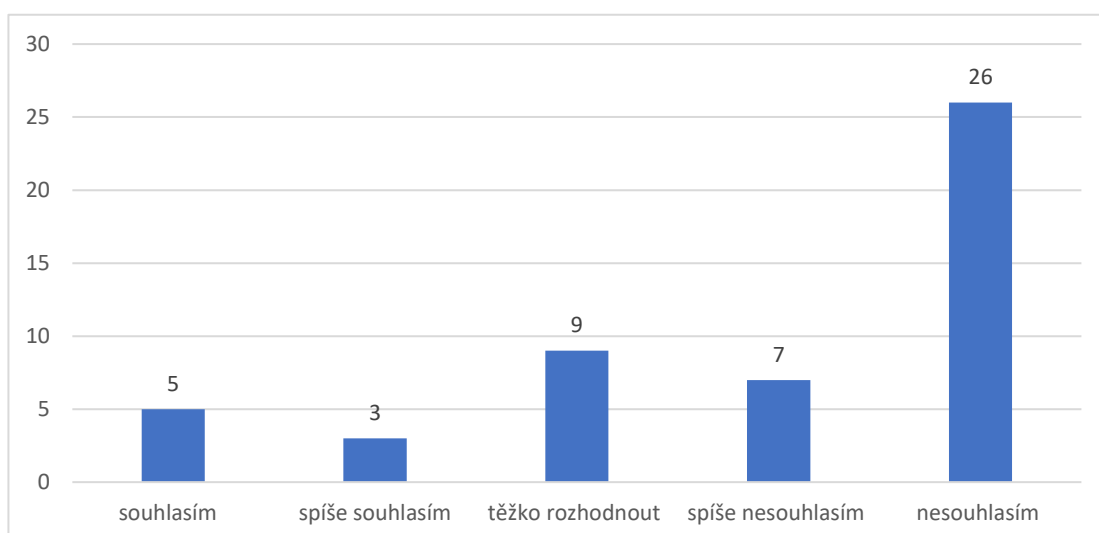


Graf 44 Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek

### Interpretace:

Respondentů jsem se zeptala, zda je při pomyšlení na jejich nemoc popadá vztek. Souhlasil 1 respondent (2 %), těžko rozhodnout odpověděl 1 respondent (2 %) a s tvrzením nesouhlasilo 48 respondentů (96 %).

### Tvrzení č. 36 Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti



Graf 45 Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti

### Interpretace:

S tvrzením, že jim jejich nemoc nedělá starosti, souhlasilo 8 respondentů (16 %), těžko rozhodnout odpovědělo 9 respondentů (18 %) a nesouhlasilo s tvrzením 33 respondentů (66 %).

### Tvrzení č. 37 Tahle nemoc ve mně vyvolává pocity úzkosti

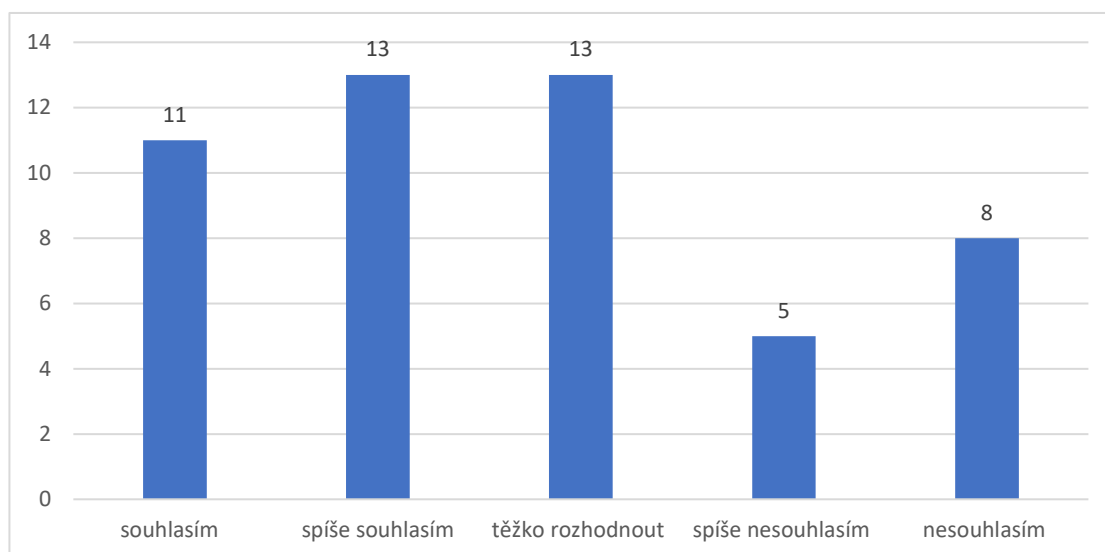


**Graf 46** Tahle nemoc ve mně vyvolává pocity úzkosti

### Interpretace:

S tvrzením, že u nich jejich nemoc vyvolává pocit úzkosti, souhlasilo 11 respondentů (22 %), těžko rozhodnout odpovědělo 5 respondentů (10 %) a nesouhlasilo s tvrzením 34 respondentů (68 %).

### Tvrzení č. 38 Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy



Graf 47 Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy

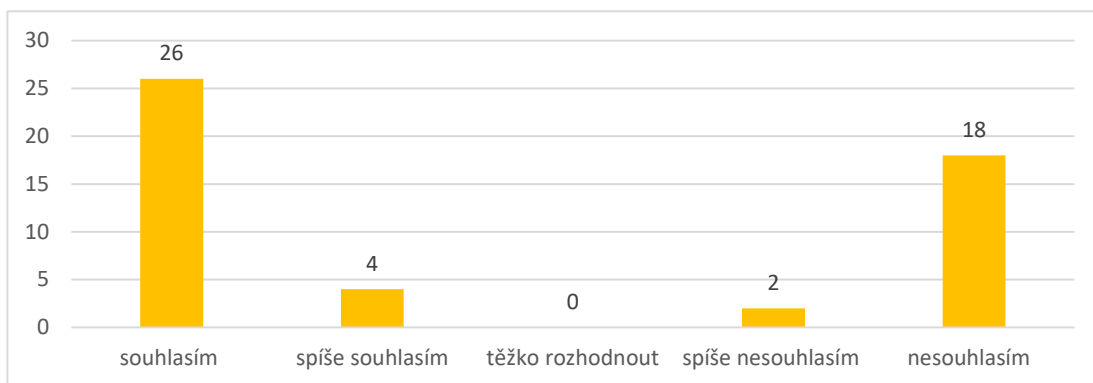
#### Interpretace:

S tvrzením, že mají velké obavy z nemoci, souhlasilo 24 respondentů (48 %), těžko rozhodnout odpovědělo 13 respondentů (26 %) a s tvrzením nesouhlasilo 13 respondentů (26 %).

#### 6.2.3 Vyhodnocení příčin nemocí

V této části dotazníku jsem se u respondentů snažila zjistit nejčastější příčiny jejich onemocnění. Na výběr dostali celkem 18 položek možných příčin nemoci, na které odpovídali pomocí pěti možností – souhlasím, spíše souhlasím, těžko rozhodnout, spíše nesouhlasím a nesouhlasím. Na konci si ještě měli promyslet, které ze všech příčin podle nich hrály největší roli při vzniku jejich nemoci, a to jsem také zmapovala.

### **Položka č. 1 Stres nebo obava z něčeho**

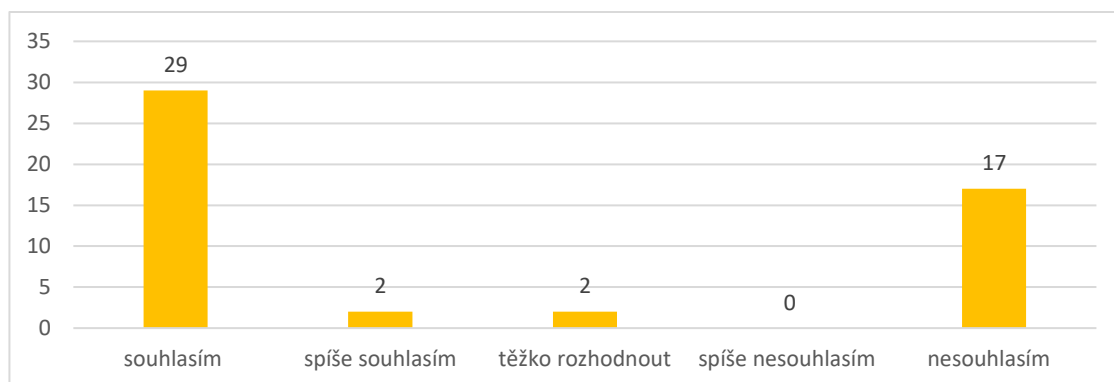


**Graf 48** Stres nebo obava z něčeho

#### **Intepretace:**

S příčinou stres nebo obava z něčeho souhlasilo 30 respondentů (60 %) a nesouhlasilo s příčinou 20 respondentů (40 %).

### **Položka č. 2 Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje**

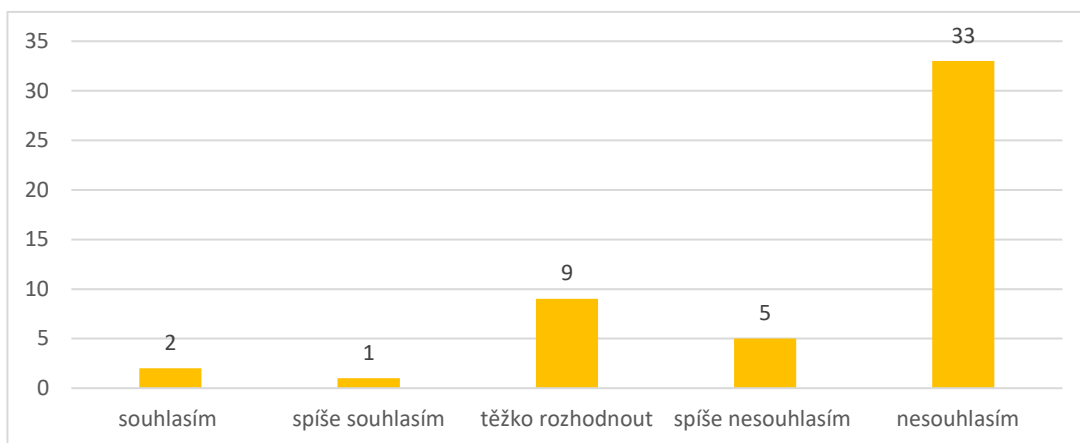


**Graf 49** Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje

#### **Interpretace:**

S příčinou dědičnost souhlasilo 31 respondentů (62 %), možnost těžko rozhodnout odpověděli 2 respondenti (4 %) a nesouhlasilo 17 respondentů (34 %).

### Položka č. 3 Bakterie a viry

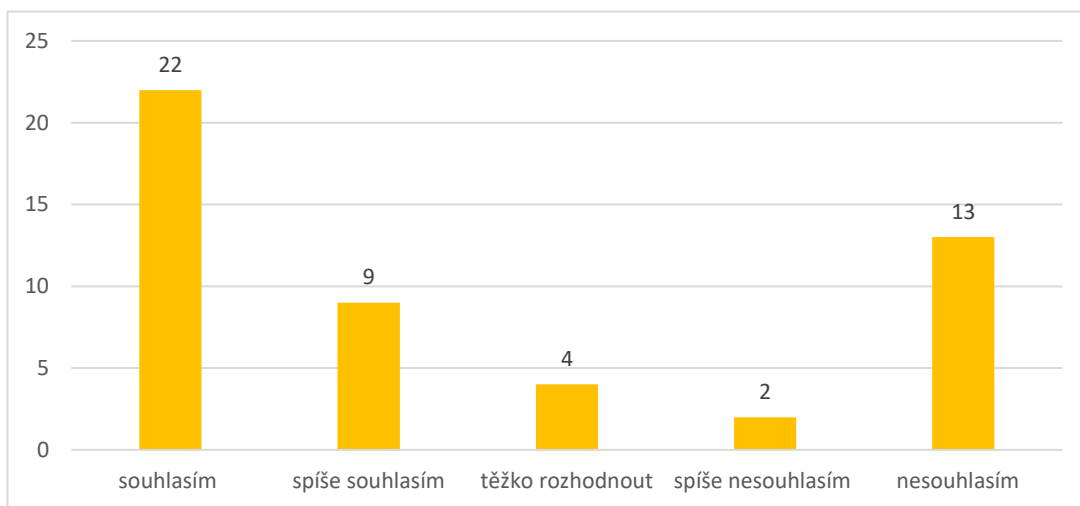


Graf 50 Bakterie a viry

#### Interpretace:

S tím, že jsou bakterie nebo viry příčinou jejich onemocnění, souhlasili pouze 3 respondenti (6 %), těžko rozhodnout, zda ano, či ne odpovědělo 9 respondentů (18 %) a s příčinou nesouhlasilo 38 respondentů (76 %).

### Položka č. 4 Způsob stravování; je to z jídla



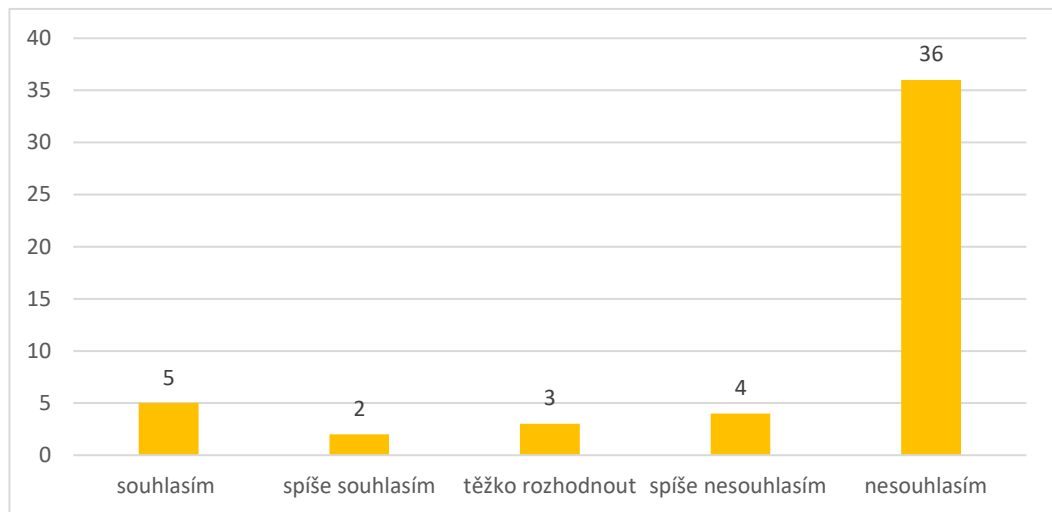
Graf 51 Způsob stravování; je to z jídla

#### Interpretace:

Způsob stravování jako příčinu onemocnění označuje 31 respondentů (62 %), 4 respondenti (8 %) se nemohli rozhodnout, zda s příčinou souhlasí, či nikoli, a 15 respondentů (30 %) s příčinou nesouhlasilo.



### **Položka č. 5 Shoda náhod nebo smůla**

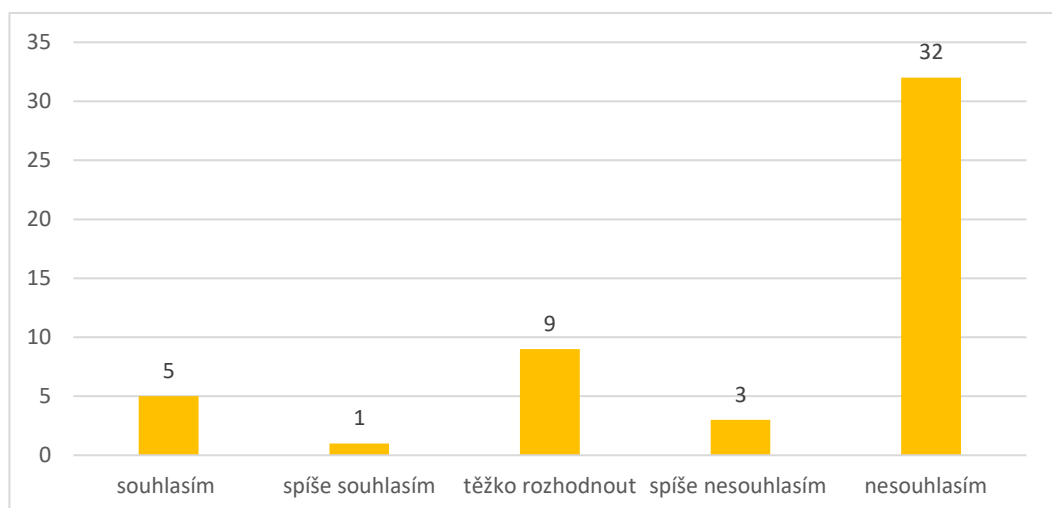


**Graf 52** Shoda náhod nebo smůla

### **Interpretace:**

S příčinou, že jejich nemoc je shoda náhod nebo jen smůla souhlasilo 6 respondentů (14 %), 3 respondenti (6 %) se nemohli rozhodnout, zda ano, či nikoli, a 40 respondentů (80 %) s touto příčinou nesouhlasilo.

### **Položka č. 6 Lékaři něco zanedbali**

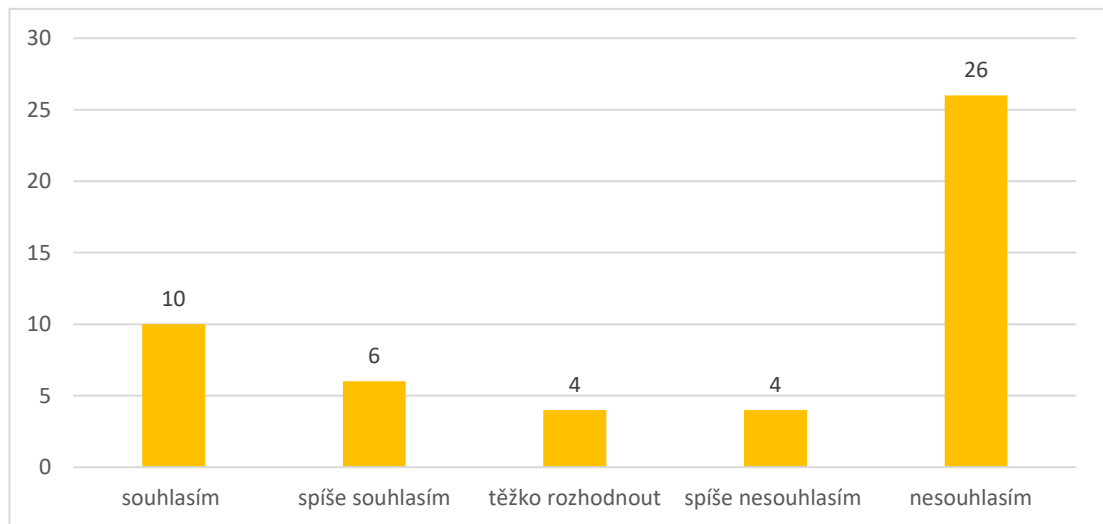


**Graf 53** Lékaři něco zanedbali

### Interpretace:

Většina respondentů si nemyslí, že lékaři něco zanedbali, a proto by byli nemocní. Nesouhlasilo 35 respondentů (70 %), nemohlo se rozhodnout 9 respondentů (18 %) a souhlasilo 6 respondentů (14 %).

### Položka č. 7 Nezdravé životní prostředí

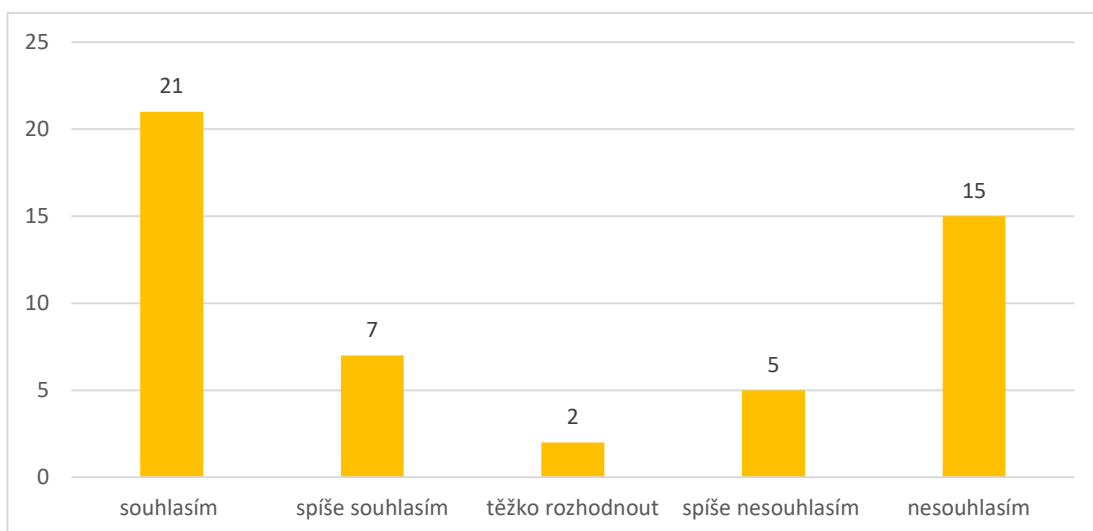


Graf 54 Nezdravé životní prostředí

### Interpretace:

Nezdravé životní prostředí uvedlo 16 respondentů (32 %) jako možnou příčinu svého onemocnění. Čtyři respondenti (8 %) se nemohli rozhodnout, zda souhlasí, či nikoliv, a 30 respondentů (60 %) s příčinou nesouhlasilo.

### **Položka č. 8 Je to moje vina, žil jsem nezdravě**

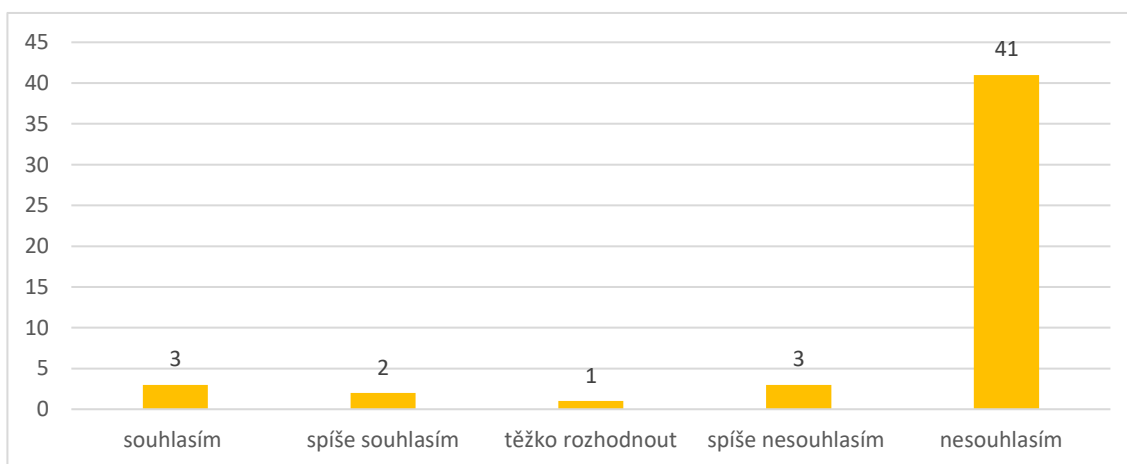


**Graf 55** Je to moje vina, žil jsem nezdravě

### **Interpretace:**

Jako příčinu onemocnění, že žili nezdravě uvedlo 28 respondentů (56 %), 2 respondenti (4 %) se nemohli rozhodnout, zda souhlasí, nebo nesouhlasí, a 20 respondentů (40 %) nesouhlasilo.

### **Položka č. 9 Můj přístup k životu, na všech hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám**

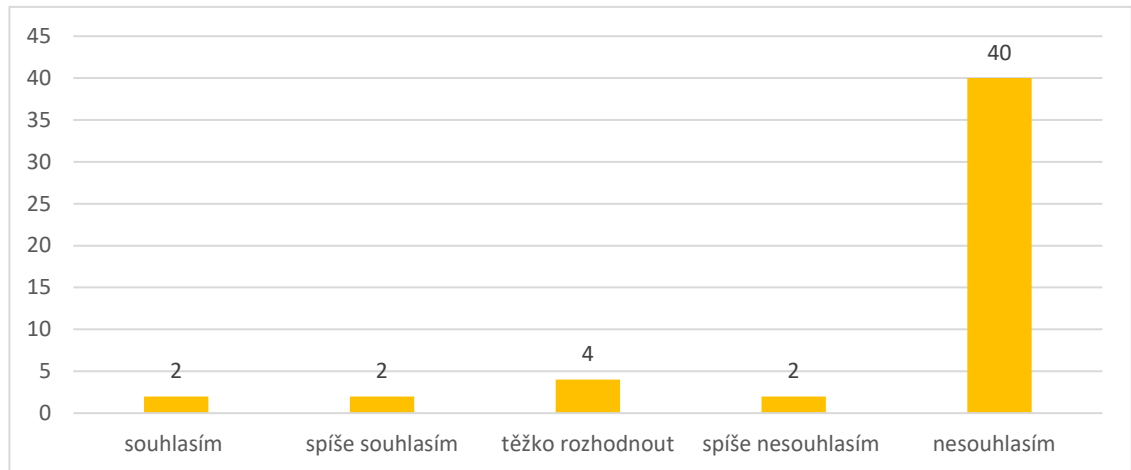


**Graf 56** Můj přístup k životu, na všech hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám

### Interpretace:

Větší část respondentů neoznačuje svůj přístup k životu jako možnou příčinu svého onemocnění, a to přesně 44 respondentů (88 %), jeden respondent se nemohl rozhodnout (2 %) a 5 respondentů (10 %) s touto příčinou souhlasilo.

### Položka č. 10 Rodinné problémy

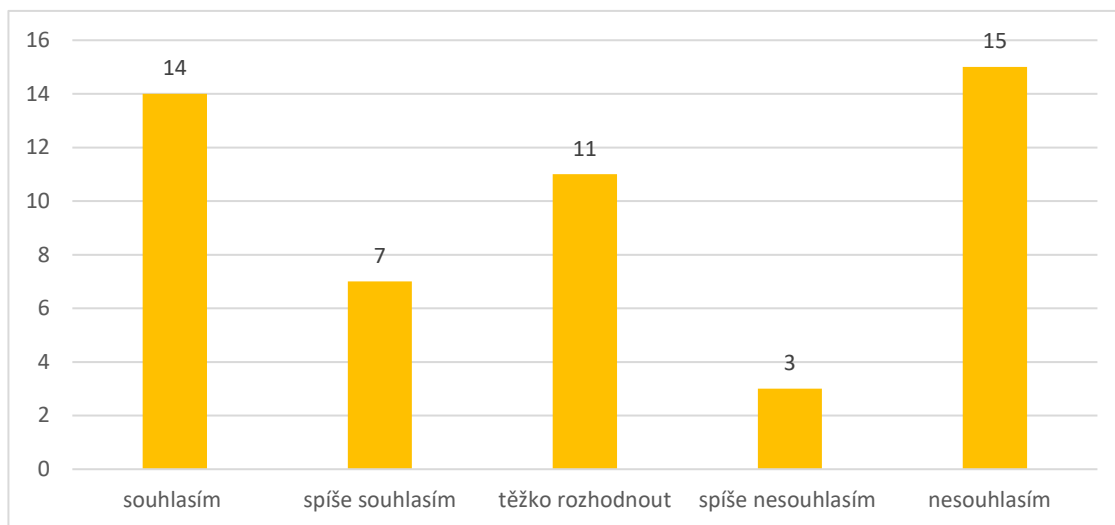


Graf 57 Rodinné problémy

### Interpretace:

S touto příčinou souhlasili 4 respondenti (8 %). Rodinné problémy můžou být jednou z příčin onemocnění, velmi ovlivňují psychiku a souvisí se stresem, který respondenti vnímají jako možnou příčinu onemocnění. Těžko rozhodnout odpověděli 4 respondenti (8 %) a nesouhlasilo 42 respondentů (84 %).

### Položka č. 11 Přepřacování

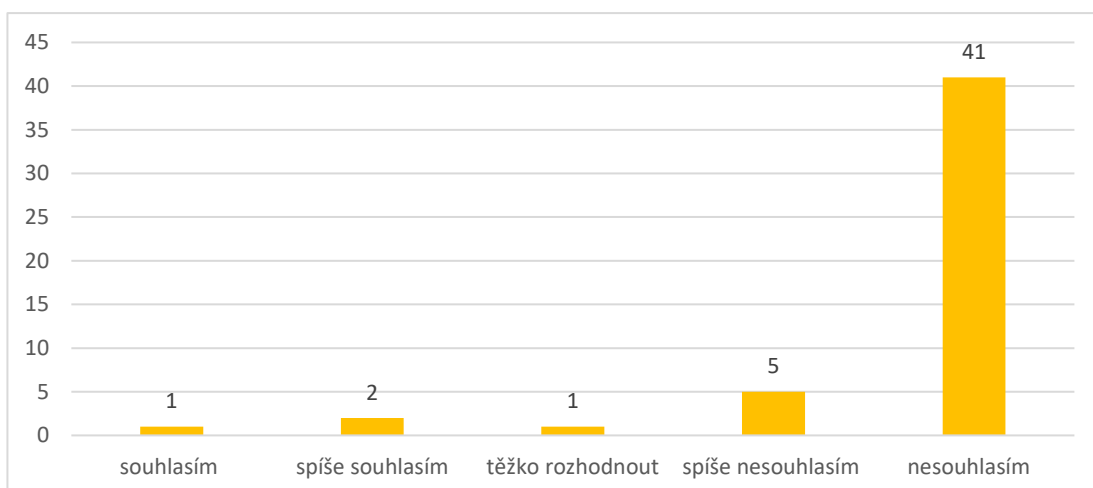


Graf 58 Přepřacování

### Interpretace:

Pohledy na tuto možnou příčinou onemocnění jsou velmi vyrovnané. V dnešní době je vše uspěchané a lidé neumí odpočívat, je větší náchylnost k přepřacování a syndromu vyhoření. S příčinou souhlasilo 21 respondentů (42 %), těžko rozhodnout odpovědělo 11 respondentů (22 %) a nesouhlasilo 18 respondentů (36 %).

### Položka č. 12 Moje emoce: trpím osamělostí, úzkostí, depresemi, mám pocit prázdna

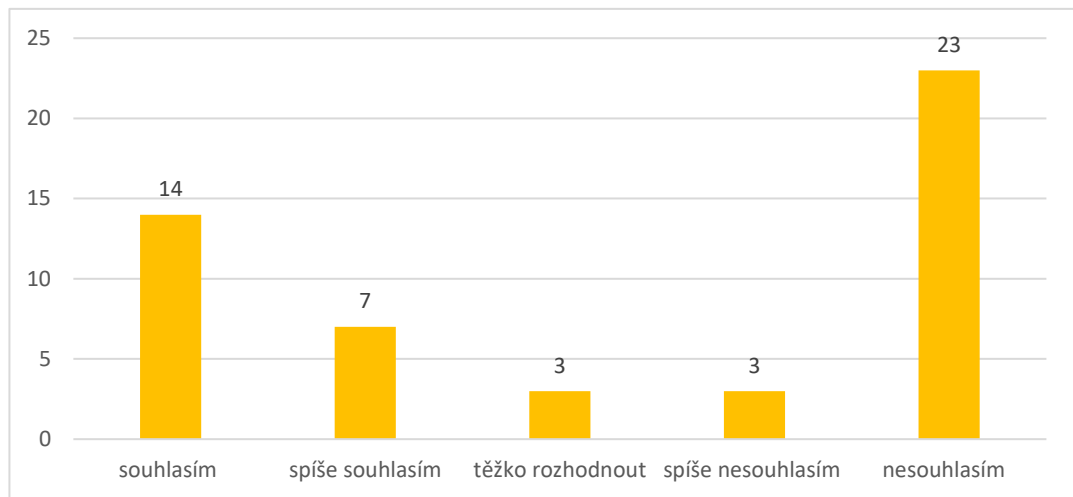


Graf 59 Moje emoce: trpím osamělostí, úzkostí, depresí, mám pocit prázdna

### Interpretace:

Emoce, které člověk prožívá, jako deprese či úzkost, negativně ovlivňují onemocnění. Souhlasili 3 respondenti (6 %), těžko rozhodnout odpověděl 1 respondent (2 %) a nesouhlasilo s příčinou 46 respondentů (92 %).

### Položka č. 13 Stáří, je to věkem

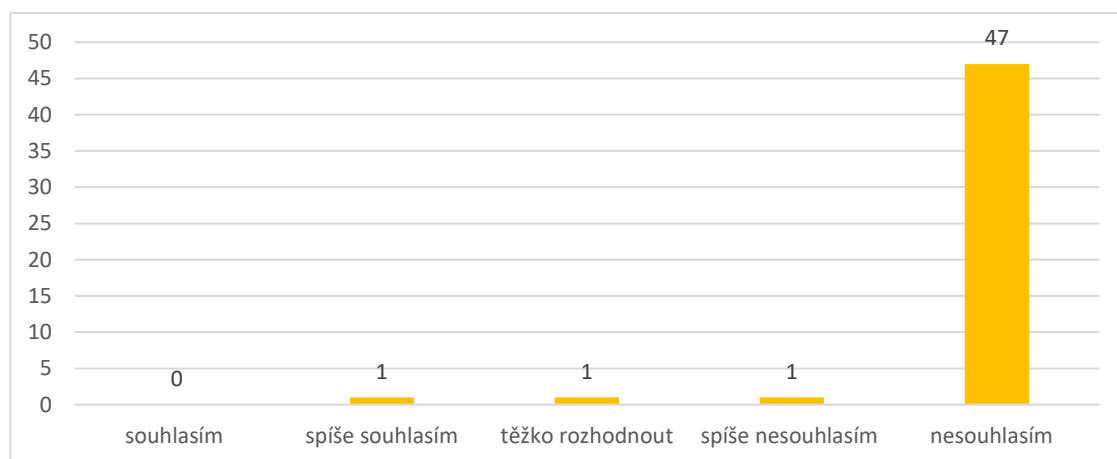


Graf 60 Stáří, je to věkem

### Interpretace:

S tím, že je na vině vyšší věk nemocných, souhlasilo 21 respondentů (42 %), těžko rozhodnout odpověděli 3 respondenti (6 %) a s touto příčinou nesouhlasilo 26 respondentů (52 %).

### Položka č. 14 Úraz, nehoda

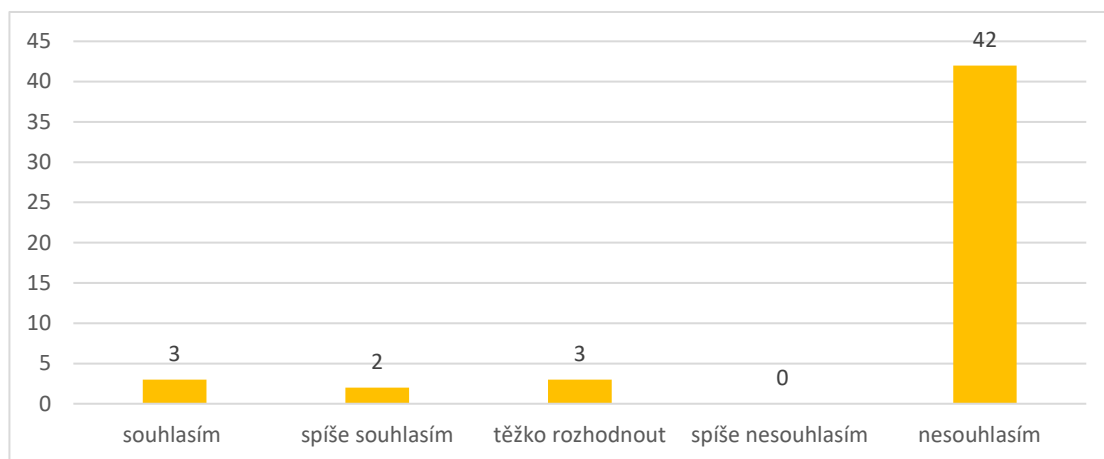


Graf 61 Úraz, nehoda

#### Interpretace:

S úrazem jakožto příčinou jejich onemocnění souhlasil 1 respondent (2 %), 1 respondent (2 %) se nemohl rozhodnout, zda je to příčina jeho nemoci, či nikoli, a 48 respondentů (96 %) s touto příčinou nesouhlasilo.

### Položka č. 15 Alkohol

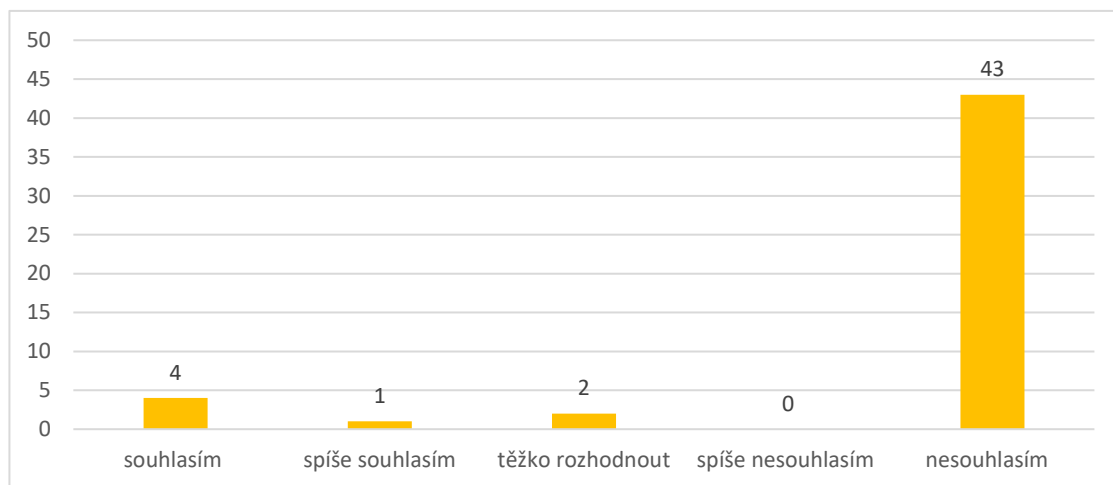


Graf 62 Alkohol

#### Interpretace:

S touto příčinou souhlasilo 5 respondentů (10 %), 3 respondenti (6 %) se nemohli rozhodnout, zda souhlasí, či nikoliv, a 42 respondentů (84 %) s touto příčinou nesouhlasilo.

### Položka č. 16 Kouření

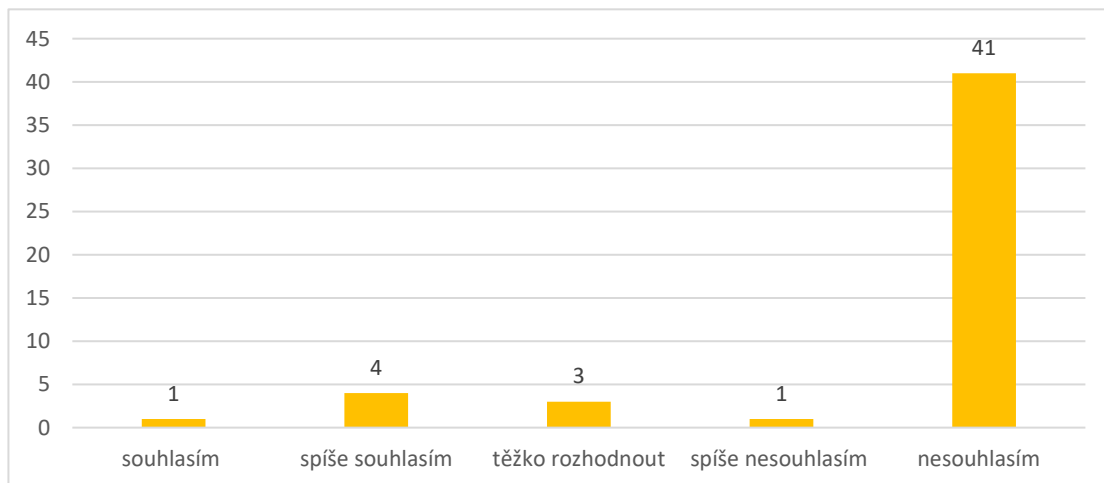


Graf 63 Kouření

#### Interpretace:

Z grafu č. 6 jsme zjistili, že z padesáti respondentů jich 20 kouří a z těchto 20 jich 5 (10 %) uvedlo kouření jako možnou příčinu jejich onemocnění. Dva respondenti (4 %) se nemohli rozhodnout, zda souhlasí, či nikoliv, a 43 respondentů (86 %) nesouhlasilo.

### Položka č. 17 Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy



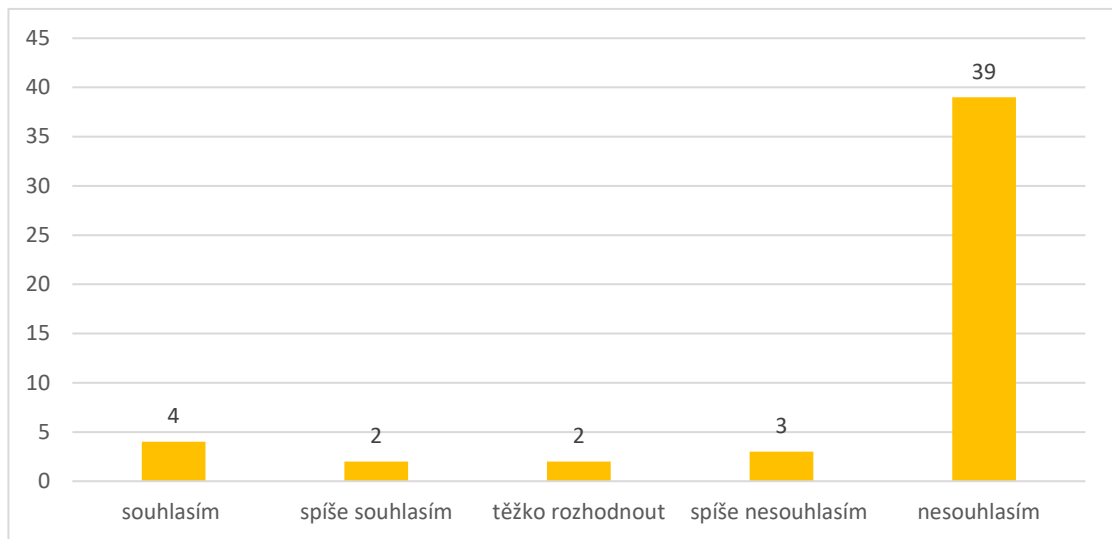
Graf 64 Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy

#### Interpretace:

S touto možnou příčinou nemoci souhlasilo 5 respondentů (10 %), těžko rozhodnout odpověděli 3 respondenti (6 %) a nesouhlasilo s příčinou 42 respondentů (84 %).



### **Položka č. 18 Mám změněnou imunitu**

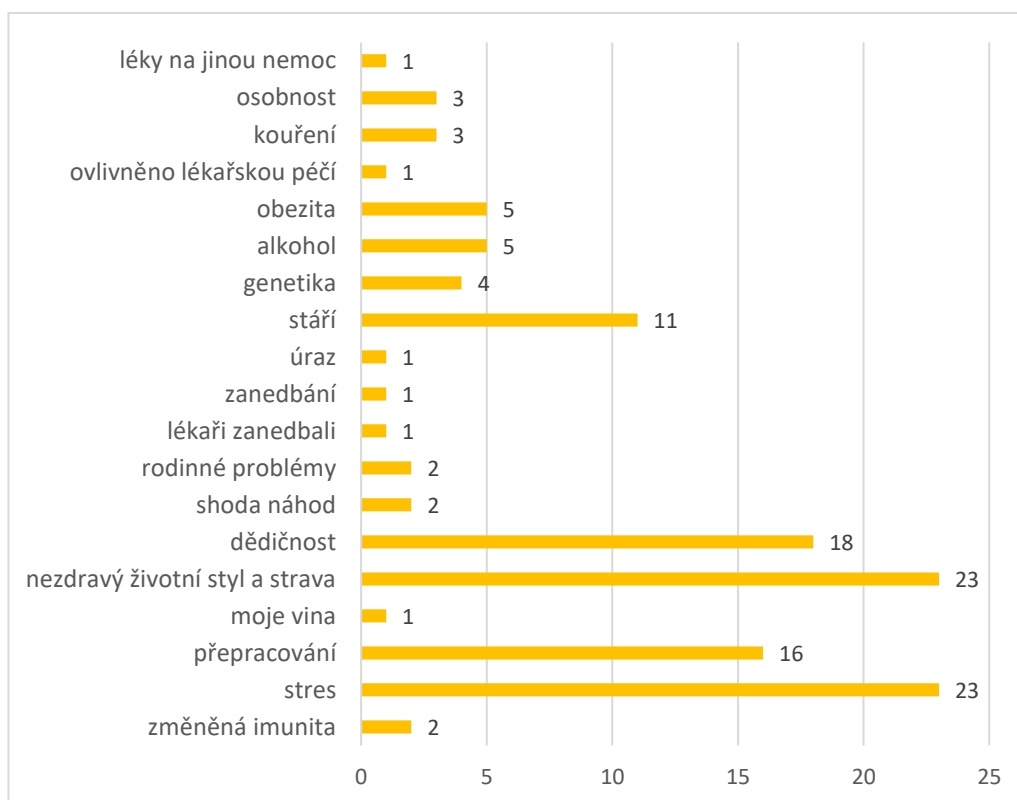


**Graf 65** Mám změněnou imunitu

#### **Interpretace:**

S příčinou jako je změněná imunita souhlasilo 6 respondentů (12 %), 2 respondenti (4 %) se nemohli rozhodnout, zda souhlasí, či nikoli, a nesouhlasilo s touto možností 42 respondentů (84 %).

## Nejdůležitější příčiny nemoci dle respondentů



Graf 66 Nejdůležitější příčiny onemocnění dle respondentů

### Interpretace:

Vybrala jsem 4 nejčastější příčiny, které nemocní označili. Na prvním místě se umístily se stejným počtem stres a nezdravý životní styl, tyto příčiny označilo 23 respondentů (46 %).

Na druhém místě se umístila příčina otázka genetiky, podle 18 respondentů (36 %) je genetika příčinou a důvodem jejich onemocnění.

Na třetím místě se umístila příčina přepřacování. Jak už jsem psala přímo u grafu č. 11, dnešní doba je uspěchaná a jsou větší sklony k přepřacování a syndromu vyhoření. Tuto příčinu označilo 16 respondentů (32 %).

Na čtvrtém místě se umístila příčina nemoci stáří. Tu označilo 11 respondentů (22 %).

Z grafu vyplývá, jaké všechny možnosti respondenti považují na hlavní příčiny jejich onemocnění. Jako další možné příčiny označili užívání léků na jinou nemoc, jejich osobnost, kouření, obezitu, alkohol, genetiku, úraz, zanedbání sebe sama, zanedbání lékařem, rodinné problémy, shodu náhod, jejich zavinění, jejich změněnou imunitu a jako poslední vliv lékařské péče o respondenta.

## 7. Diskuse

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat pacientovo pojetí nemoci s onemocněním Diabetes mellitus II. typu. Nyní si rozebereme výsledky z jednotlivých sedmi domén zjišťující pacientovo pojetí nemoci.

38 položek dotazníku je strukturováno do 7 domén, které představují Pacientovo pojetí nemoci. Každá z domén obsahuje konkrétní počet položek, tučně označené mají obrácené skórování.

1. **Trvání nemoci a její charakter** – otázky č. - 1, 2, 3, - 4, 5, - 18
2. **Důsledky nemoci** – otázky 6, 7, - 8, 9, 10, 11
3. **Možnost ovlivnění průběhu nemoci** – otázky 12, 13, 14, - 15, 16, - 17
4. **Léčitelnost nemoci** – otázky - 19, 20, 21, 22, - 23
5. **Pacientovo porozumění nemoci** – otázky - 24, - 25, - 26, - 27, 28
6. **Časový průběh a předvídatelnost nemoci** – otázky 29, 30, 31, 32
7. **Prožívání nemoci** – otázky 33, 34, 35, - 36, 37, 38

**První doména** se skládá z 6 otázek a zaměřuje se na trvání nemoci a její charakter, zda vnímají respondenti svou nemoc jako chronickou, nebo akutní. Spodní hranice skóre je 6 a horní hranice je 30. Čím vyšší je hodnota, tím více respondenti vnímají své onemocnění jako chronické s dlouhodobým trváním. Skóre z této domény bylo **25,5**. Pacienti výzkumného souboru správně chápou onemocnění diabetes mellitus – typu 2 jako chronické. Výsledky dopadly podle mého očekávání.

Podobného výsledku bylo dosaženo i ve výzkumu Mareše a Vachkové, ve kterém pacienti jejich výzkumného souboru s onemocněním diabetes mellitus měli nejvyšší skóre 30 v této doméně, a tak toto onemocnění vnímali také jako chronické a nevléčitelné (Mareš, Vachková, 2009, str. 116, 123).

**Druhá doména** se skládá z 6 otázek a dotazuje se na důsledky nemoci, zda si respondenti myslí, že jejich nemoc má vážné důsledky pro jejich život. Dolní a horní hranice skór je 6 až 30. Čím vyšší je hodnota, tím více si respondenti myslí, že nemoc přináší velké důsledky pro jejich život. Celkový průměrný skór domény byl **14, 8**, a ukazuje, že respondentům našeho výzkumného souboru nemoc závažné důsledky nepřináší. Osobně jsem čekala lehce nižší skóre, ale po porovnání s jinými výzkumy můžeme výsledek považovat za uspokojivý, protože pokud je onemocnění diabetes mellitus dobře léčeno a kompenzováno,

pacienti dodržují léčebný režim, nemělo by přinášet závažné důsledky. Ale je tu i otázka životního prostředí a zabezpečení, rodinných vztahů a dalších faktorů, které jsme ve svém dotazníku nezohlednili a které by si vyžádaly individuální přístup.

Výsledky jsou téměř shodné s výzkumem Mareše a Vachkové, kteří zjišťovali také důsledky nemoci u pacientů s diabetem a jejich skóre bylo 14 (Mareš, Vachková, 2009, str. 117).

**Třetí doména** obsahuje také 6 otázek a zjišťuje, zda si respondenti myslí, že je hodně možností, jak ovlivnit průběhu nemoci. Bodové skóre se může pohybovat od 6 do 30. Čím vyšší hodnota, tím více si respondenti myslí, že mají hodně možností, jak ovlivnit průběh nemoci. Výsledek této domény byl **24,3**, což je výsledek, který jsem předpokládala. Poukazuje na to, že respondenti chápou svou nemoc dobře a vědí, jak mohou své onemocnění ovlivnit.

Ve výzkumném šetření autorů Mareše a Vachkové jsou výsledky této domény velmi podobné s výsledkem našeho výzkumného šetření (Mareš, Vachková, 2009, str. 119, 125).

**Čtvrtá doména** obsahuje 5 otázek a zjišťuje, zda si respondenti myslí, že je jejich nemoc léčitelná. Minimální hodnota skóre je 5 a maximální hodnota je 25. Čím vyšší hodnota, tím více si respondenti myslí, že je jejich nemoc léčitelná. Skóre této domény byl **19,16**. Z celkového skóre vyplývá, že se respondenti domnívají, že je jejich onemocnění DM 2 typu léčitelné. U této domény jsem takové výsledky očekávala. U respondentů, kteří odpověděli jinak, se jednalo o respondenty, u kterých jejich nemoc neměla trvání delší než 2 roky. V jejich případech by byl na místě individuální přístup a následná a cílená edukace v této oblasti.

Ve výzkumu Mareše a Vachkové bylo dosaženo podobného výsledku, kdy u chronických onemocnění nemocní nevěří na vyléčení nemoci. U chronických onemocnění je víra v léčbu problematická, protože se léčba zaměřuje pouze na symptomy a není možné ji vyléčit. To se tedy odráží v nižších hodnotách skóre (Mareš, Vachková, 2009, str. 119 a 127).

**Pátá doména** se skládá z 5 otázek a zjišťuje pacientovo porozumění nemoci. Maximální hodnota této domény je 25 a minimální hodnota je 5. Čím vyšší hodnota, tím více pacient svému onemocnění rozumí. Skóre bylo **21,2**, což je uspokojivé, a výsledky dopadly podle mého očekávání. Většina pacientů svému onemocnění DM II. typu rozumí. Samozřejmě se našli i nemocní, kteří své nemoci nerozumí, nechápou ji. Jednalo se o nemocné, kdy trvání jejich nemoci nepřekročilo 1 rok, a to může být jednou z příčin neporozumění svému onemocnění.

U těchto pacientů by bylo vhodné provést cílenou edukaci zaměřenou na oblast porozumění nemoci diabetes mellitus typu 2.

U Mareše a Vachkové měli nejvyšší skóre pacienti s diabetem mellitem. V jejich výzkumném souboru většina pacientů vlastnímu onemocnění rozuměla, pochopili, proč onemocněli. (Mareš, Vachková, 2009, str. 120 a 128).

**Šestá doména** se skládá ze 4 otázek a dotazuje se na časový průběh a předvídatelnost nemoci. Maximální skóre je 20 a minimální skóre je 4. Skóre této domény bylo **7,4**, což poukazuje spíše na to, že si respondenti myslí, že je jejich nemoc nepředvídatelná. To bylo pro mě překvapením, čekala jsem spíše, vzhledem k možnosti léčby a výsledku, že respondenti své nemoci rozuměli, vyšší skóre.

Ve svém výzkumném souboru Mareš a Vachková došli k podobnému výsledku a závěru (Mareš, Vachková, 2009, str. 121 a 129).

**Sedmá doména** se skládá z 6 otázek a zaobírá se prožíváním nemoci. Maximální skóre je 30 a minimální skóre je 6. Čím vyšší skóre, tím hůře respondenti prožívají nemoc. Skóre této domény bylo **13,5**. To poukazuje na to, že většina respondentů byla s nemocí DM II. typu vyrovnaná a onemocnění nijak zásadně neprožívala.

Mareš a Vachková ve svém výzkumu měli výsledné skóre 14, tedy shodné s naším výsledkem (Mareš, Vachková, 2009, str. 122, 130).

### **Dílčí cíl č. 1 zmapovat příčiny vzniku onemocnění Diabetes mellitus II. typu**

Třetí část dotazníku obsahovala možné příčiny nemoci. Každý člověk přemýšlí o tom, proč mohl onemocnět, co měl či neměl dělat jinak. Lidé se v těchto názorech liší, vnímání příčiny ovlivňuje pojetí nemoci. Neexistuje správná ani stejná odpověď. Nyní si vyhodnotíme nejčastější možné příčiny onemocnění Diabetes mellitus II. typu dle našich respondentů.

Na prvním místě se umístily dvě příčiny: dědičnost a způsob stravování, každou příčinu označilo 62 % respondentů. Na druhém místě se umístila jako příčina stres, tu označilo 60 % respondentů. Na třetím místě se umístila příčina vlastního zavinění, tu označilo 56 % respondentů. Na čtvrtém místě se umístily dvě příčiny, a těmi byly věk a přepracování, každou označilo 21 % respondentů.

Pro porovnání mezi pohlavími jsme ještě zjišťovali, jaké nejčastější příčiny uváděli muži a jaké nejčastější příčiny uváděly ženy.

U mužů se na prvním místě umístila dědičnost, tu uvedlo celkem 40 % mužů. Na druhém místě se umístil způsob stravování, s tím souhlasilo 34 % mužů. Na třetím místě se umístilo vlastní zavinění a přepracování se stejným počtem odpovědí, a celkem souhlasilo 30 % mužů. A na čtvrtém místě se umístily 2 příčiny, a to stres a nezdravý životní styl s celkovým počtem 20 % mužů.

U žen jsme také stanovili čtyři nejčastější příčiny. Na prvním místě se umístil stres s celkovým počtem odpovědí 40 % žen. Na druhém místě se umístil také způsob stravování, s tím souhlasilo celkem 28 % žen. Na třetím místě bylo také vlastní zavinění, s tím souhlasilo 26 % žen. A na čtvrtém se umístila příčina staří, s tím souhlasilo 24 % žen.

## **Dílčí cíl č. 2 zmapovat osobní podíl pacienta na vzniku onemocnění**

Na základě demografických proměnných a z příčin nemoci jsme chtěli zjistit, jak vnímali pacienti našeho výzkumného souboru, zda by byla možnost tomuto onemocnění v budoucnu předcházet. Vycházeli jsme z příčin uvedených respondenty viz výše a ze zjištěných informací o jejich zdravém životním stylu. Čtyři příčiny (způsob stravování, stres, vlastní zavinění a přepracování) se dají ovlivnit vlastní vůlí a 2 příčiny (staří a dědičnost) se ovlivnit nedají. Další faktory, které sice respondenti neuvádějí jako příčinu svého onemocnění, ale mohou mít velký vliv na jejich onemocnění, je kouření a konzumace alkoholu. 40 % respondentů kouří v průměru 10 cigaret denně, z toho je 15 mužů a 5 žen. A 42 % respondentů konzumuje alkohol, z toho 16 % respondentů konzumuje ve větší míře pivo a všichni jsou muži, ostatních 26 % respondentů konzumuje alkohol příležitostně. Dále jsme se pokusili zjistit jejich pohybovou aktivitu, kterou provozují každý týden. 30 % respondentů neprovádělo žádnou aktivitu, s čímž může být spojená otázka obezity. Ovšem musíme brát na vědomí věk, kdy 16 % respondentů bylo ve věku nad 70 let a je pochopitelné, že určitě už nebudou sportovat jako ve 30 letech. Mapování této aktivity je třeba brát pouze informačně.

### **Dílčí cíl č. 3 Zjistit vliv vybraných demografických proměnných (věk, pohlaví, vzdělání a délka onemocnění) na domény pacientova pojetí nemoci.**

Z důvodu nedostatečného početného zastoupení v jednotlivých kategoriích demografických proměnných jsme se zaměřili na vliv věku, pohlaví a délky onemocnění.

#### **První doména**

U této domény hrál hlavní roli věk, jelikož odlišně odpovídali respondenti ve věku 70+, kdy se můžeme domnívat, že vyšší věk může tuto doménu ovlivňovat. Nemají jistotu, jak dlouho budou žít, a neznáme jejich další onemocnění. V této oblasti nebyl rozdíl v pohlaví. Muži i ženy odpovídali shodně.

#### **Druhá doména**

V porovnání, zda muži nebo ženy vnímali tuto doménu odlišně, opět nebyl zjištěn rozdíl, celkové průměrné skóre bylo spíše vyrovnané.

#### **Třetí doména**

U této domény hrál roli věk respondentů, protože starší respondenti nad 65 + let se podle výzkumu se necítili plní sil, aby sami ovlivnili průběh nemoci, a také byli zjištěny rozdílná skóre u odpovědí mužů a žen. U této domény byly výsledky pozitivnější u žen, které si byly více než vědomy toho, že je onemocnění DM II. typu ovlivnitelné.

Ve výzkumném šetření Mareše a Vachkové jsou výsledky této domény velmi podobné, skóre u mužů je 24 a u žen se jedná o skóre 28, i tady můžeme vidět, že i v jejich šetření jsou na tom lépe ženy než muži (Mareš, Vachková, 2009, str. 119, 125).

#### **Čtvrtá doména**

U této domény nehrál roli věk ani pohlaví. Celková výsledná skóre byla shodná.

Ve výzkumu Mareše a Vachkové bylo dosaženo podobného výsledku, muži i ženy měli stejné skóre 18 (Mareš, Vachková, 2009, str. 119, 127).

#### **Pátá doména**

Co se týče domény, zda lépe chápali svoje onemocnění muži, nebo ženy, byly výsledky velmi podobné, a tedy pohlaví nehraje roli. Naopak nejvíce bylo porozumění nemoci ovlivněno délkou onemocnění.

U Mareše a Vachkové měli nejvyšší skóre pacienti muži s diabetem okolo 25 a pacientky ženy okolo 20. Tedy jejich výsledky ukazovaly na to, že většina pacientů výzkumného souboru vlastnímu onemocnění rozuměla, chápala ho a věděla proč onemocněla. Věk nehrál významnou roli, což vyplynulo i z našeho šetření (Mareš, Vachková, 2009, str. 120, 128).

### **Šestá doména**

V této doméně byly zachyceny nepatrné rozdíly mezi pohlavími s tím, že ženy měly lepší výsledný skór. Mohlo by to být tím, že ženy jsou v léčebném procesu více zodpovědné.

Ve výzkumu Mareše a Vachkové bylo dosaženo podobného skóre. U mužů s diabetem je skóre 8 a u žen je 11, přičemž chronické onemocnění může mít nepředvídatelný charakter. I v mém šetření jsou na tom o trošku lépe ženy než muži (Mareš, Vachková, 2009, str. 121, 129).

### **Sedmá doména**

V našem výzkumném souboru prožívaly nemoc více ženy než muži. Tento výsledek, že ženy budou více emočně prožívat svou nemoc, jsme očekávali.

Stejně jako v našem šetření i u výzkumu Mareše a Vachkové se jednalo o rozdílné prožívání nemoci u mužů a u žen. Celkové skóre u mužů i u žen bylo 8 (Mareš, Vachková, 2009, str. 122, 130).



## 8. Závěr

V bakalářské práci jsem se věnovala pacientovu pojetí nemoci s Diabetes mellitus II. typu. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část je rozdělena na 3 hlavní kapitoly. První kapitola se zabývala pacientovým pojetím nemoci. Druhá kapitola je zaměřena na Diabetes mellitus hlavně II. typu a na jeho etiologii, klinický obraz, diagnostiku, terapii a jeho komplikace. Poslední kapitola se zaměřovala na pacientovo pojetí nemoci z pohledu ošetřovatelství a tím, jakými metodami můžeme zjišťovat pacientovo pojetí nemoci.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat pacientovo pojetí nemoci s onemocněním Diabetes mellitus II. typu. K získání informací jsme použili standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ, který obsahoval 7 domén, jež jsme využili k vyhodnocení pacientova pojetí nemoci. Zjišťovali jsme, jak respondenti vnímají své onemocnění a trvání jejich nemoci. Jaké důsledky představuje nemoc pro jejich život. Jak moc si myslí, že mohou onemocnění ovlivnit. Zda je jejich nemoc léčitelná, předvídatelná a rozumí jejímu průběhu. Jakým způsobem onemocnění prožívají. Dále jsme zjišťovali jejich osobní názory na příčiny onemocnění, jaké příčiny se dají ovlivnit a jaké ovlivnit nelze.

Dotazníkového šetření se účastnilo 50 respondentů a musím říct, že bylo velmi náročné sehnat tolik respondentů. Šetření se provádělo ve spolupráci s III. gentometabolickou klinikou – oddělení diabetologie ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Bohužel ke konci roku dávali lékaři hromadné výpovědi z důvodu přesčasů a bohužel i toto oddělení se na nějakou dobu zavřelo, což vedlo k obavám, že nezískáme dostatečný počet respondentů. Nakonec se vše zvládlo i díky vstřícnosti staniční sestře, která pomohla získat respondenty i z ambulantního provozu. Ještě bych chtěla dodat, že těžší byla spolupráce se staršími respondenty, pro které byl dotazník velmi dlouhý a nechtěli ho vyplnit celý.

Hlavní cíl byl splněn, z výzkumného šetření vyplynulo, že většina respondentů chápala svou nemoc jako chronickou a věděla, že ji bude mít do konce života. K této oblasti se vztahuje i vědomí, jak moc rozumí své nemoci, což vyšlo z dotazníku velmi kladně. To je velmi dobré, protože se jedná o celoživotní onemocnění a je velmi důležité, aby se pacienti s nemocí sžili. Co se týká důsledku nemoci, tak z výsledného skóre vyplynulo, že naši respondenti se nedomnívali, že by onemocnění pro ně mohlo mít vážnější důsledky. Dále jsme zjišťovali léčitelnost nemoci, a to dopadlo velmi dobře. Většina respondentů ví, že je tato nemoc léčitelná, ale ne vyléčitelná. Nejvíce nás překvapilo oblast předvídatelnosti nemoci, kdy jsme čekali vyšší

skór, vzhledem k léčbě a možnostem léčby. Další doménou bylo prožívání nemoci, kde jsme zjistili, že onemocnění prožívají více ženy než muži. Muži zase lépe svému onemocnění rozumí, ale objevili se i pacienti, kteří svou nemoc nechápali. Podle zjištěných informací šlo o pacienty, kteří trpěli onemocněním méně než 1 rok a jejich vzdělání bylo středoškolské s výučním listem. V těchto případech by bylo vhodné doplnit informace, z jakého důvodu svému onemocnění nerozumí, zda se stala chyba v edukaci nebo respondent neměl o edukaci zájem. To by byla pak již otázka individuálního přístupu pomocí rozhovoru zaměřeného na zjištění konkrétního problému.

V dílčím cíli č. 1 jsme zjišťovali nejčastější příčiny onemocnění DM II. typu tak, jak je vnímali naši respondenti. Umístily se v tomto pořadí – 1. dědičnost a způsob stravování, 2. stres, 3. vlastní zavinění a 4. věk a přepracování. Poté jsme vyhodnotili zvláště odpovědi u mužů a zvláště u žen. U mužů se ukázala nejčastější příčinou být dědičnost a u žen stres. Na 2. místě obě pohlaví shodně určila jako příčinu způsob stravování a na 3. místě vlastní zavinění. Stres se u mužů umístil až na 4. místě, kdežto u žen 4. místo obsadilo stáří.

Dílčím cílem č. 2 bylo zmapovat osobní vliv pacienta na vznik onemocnění. Podle výsledků výše je patrné, že měli pacienti velký podíl na vzniku svého onemocnění, a to jsme očekávali vzhledem k již prokázaným rizikovým faktorům tohoto onemocnění a zjištěným výsledkům demografických proměnných.

U dílčího cíle č. 3 bylo úkolem zjistit vliv vybraných demografických proměnných (věk, pohlaví, vzdělání a délka onemocnění) na domény pacientova pojetí nemoci. Zjistili jsme, že nejvýznamnější vliv na celkové pojetí nemoci měl věk a délka onemocnění.

Všechny stanovené cíle práce byly splněny. Jsme si však vědomi, s ohledem na malý počet respondentů, že naše výsledné závěry nelze zobecnit a že se vztahují pouze na náš výzkumný soubor pacientů.

Celkově jsme takovéto výsledky očekávali. Osobně si myslím, že hodně závisí na osobnosti pacienta, na věku a stravování. V dnešní době se klade stále větší důraz na zdravé stravování a pohybovou aktivitu, než tomu bylo dříve. Z toho důvodu bychom mohli předpokládat, že by se v České republice mohl výskyt DM II. typu do budoucna snížit.

# Abstrakt

**Autor:** Lucie Podzimková

**Instituce:** Ústav nelékařských studií LF UK v Hradci Králové

**Název práce:** Pacientovo pojetí nemoci dg. Diabetes mellitus II. typu

**Vedoucí práce:** Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

**Počet stran:** 117

**Počet příloh:** 3

**Rok obhajoby:** 2024

**Klíčová slova:** pacientovo pojetí nemoci, diabetes mellitus, léčba

Bakalářská práce se zabývá pacientovým pojetím nemoci dg. Diabetes mellitus II. typu.

V teoretické části se věnujeme problematice pacientova pojetí nemoci. Dále popisujeme onemocnění Diabetes mellitus a to jeho charakteristiku, klinický obraz, diagnostiku, léčbu a komplikace. Teoretickou část uzavírá pacientovo pojetí nemoci z pohledu ošetřovatelství a metody jeho zjišťování.

Empirická část se opírá o výsledky kvantitativního standardizovaného dotazníku IPQ-R-CZ a jedná se o jeho rozšířenou verzi. Na výzkumu se celkem podílelo 50 respondentů s onemocněním diabetes mellitus II. typu. Dotazník zjišťuje symptomy, pojetí nemoci, pacientův názor na nemoc a možné příčiny vzniku tohoto onemocnění.

# Abstract

**Author:** Lucie Podzimková

**Institution:** Charles University; Faculty of Medicine in Hradec Králové Institute of Social Medicine, Department of Nursing

**Thesis title:** The patient's concept of the disease Diabetes Mellitus – type II

**Supervisor:** Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

**Number of pages:** 117

**Number of attachments:** 3

**Defense year:** 2024

**Keywords:** patient's perception of illness, diabetes mellitus, therapy

The bachelor's thesis deals with the patient's concept of the disease dg. Type II diabetes mellitus.

In the theoretical part, we deal with the issue of the patient's concept of illness. Next, we describe the disease Diabetes mellitus and its characteristics, clinical picture, diagnosis, treatment and complications. The theoretical part concludes with the patient's association with the disease from the point of view of nursing and the method of its detection.

The empirical part is based on the results of the quantitative standardized questionnaire IPQ-R-CZ and is its extended version. A total of 50 respondents with type II diabetes mellitus took part in the research. The questionnaire investigates symptoms, the concept of the disease, the patient's opinion about the disease and possible causes of the disease.

## Použitá literatura

A.Jirkovská, T. Pelikánová, M. Anděl. Doporučený postup dietní léčby pacientů s diabetem, Česká diabetologická společnost, *diab.cz/odbor-casopisy* [online]. Praha, 2012, ročník 15, číslo 4, 9 stran. Dostupné z: <https://www.diab.cz/standardy>

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.

BĚLOBRÁDKOVÁ, Jana a Ludmila BRÁZDOVÁ. *Diabetes mellitus*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-446-1.

BEŇOVÁ, Ivana. *Pacientovo subjektivní pojetí nemoci*. Bakalářská práce (Bc.)-Univerzita Karlova. Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2007, 2007.

*Diabetes mellitus 2. typu jako rizikový faktor cévních mozkových příhod*. Praha: AT Mediprint, 2023. ISBN 978-80-88044-69-7.

*Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa: časopis pro postgraduální vzdělávání*. Praha: Tigris, 2019. ISSN 1211-9326.

FOX, T. et al., 2018. *Type 2 diabetes mellitus*. London: JP Medical Publishers. ISBN 978-1-909836-68-6.

KOBLAS Tomáš, *Buněčná terapie diabetu: Fikce nebo vzdálená skutečnost*, Česká diabetologická společnost, *diab.cz/odbor-casopisy* [online]. IKEM Praha, Tygis. 2023, ročník 21, číslo 1, 9 stran. Dostupné z: [https://www.tigris.cz/images/stories/DMEV/2023/01/DMEV\\_1\\_2023\\_koblas.pdf](https://www.tigris.cz/images/stories/DMEV/2023/01/DMEV_1_2023_koblas.pdf)

KOLÁŘ, Zdeněk. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3710-2.

KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5367-6.

KVAPIL, Milan. *Diabetologie 2010*. Praha: TRITON, 2010. ISBN 978-80-7387-381-3.

LEBL, Jan, Štěpánka PRŮHOVÁ a Zdeněk ŠUMNÍK. *Abeceda diabetu*. 5. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-582-8.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci I*. 1. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-120-0.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci II*. 1. Brno: MSD, 2010. ISBN 978-80-7392-150-7.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci III*. 1. Brno: MSD, 2011. ISBN 978-80-7392-191-0.

OLŠOVSKÝ, Jindřich. *Diabetes mellitus 2. typu: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2018]. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-558-3.

PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Léčba inzulinem a diabetes mellitus 2. typu*. Brno: Facta Medica, 2009. ISBN 978-80-904260-3-0.

RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1612-7.

SCOBIE, Ian N. a Katherine SAMARAS. *Rýchle fakty: Diabetes mellitus*. Přeložil Michal MINDAŠ. Bratislava: RAABE, 2018. Rýchle fakty. ISBN 978-80-8140-299-9.

SVÁČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2., upr. vyd. Praha: Triton, 2013. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-699-9.

SVÁČINA, Štěpán. *Diabetologie*. Praha: Triton, 2010. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-348-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠITINOVÁ, Jana. *Pacientovo pojetí nemoci Diabetes Mellitus a edukační proces*. Bakalářská práce (Bc.) – Univerzita Karlova. Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2007, 2007.

ŠKRHA, Jan. *Diabetologie*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-607-6.

ŠKRHA, Jan. *Hypoglykemický syndrom*. Praha: Grada, 2001. Malá monografie (Grada). ISBN 80-7169-992-6.

ŠMAHELOVÁ, Alena. *Akutní komplikace diabetu*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-812-3.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

## Seznam zkratek

**atd.** – a tak dále

**BMI** – body mass index

**č.** – číslo

**DM** – diabetes mellitus

**dg.** – diagnóza

**et. al.** – a kolektiv

**IPQ** – Illness Perception Questionnaire

**IPQ-R-CZ** – Illness Perception Questionnaire – česká verze

**i.v.** – intravenózní

**kol.** – kolektiv

**např.** – například

**oGTT** – orálně glukózo-toleranční test

**PAD** – perorální antidiabetika

**r.** – rok

**s.** – stránka

**s.c.** – subkutánní

**spol.** – spolupracovníci

**SZO** – Světová zdravotnická organizace

**tj.** – to je

**TK** – krevní tlak

**tzv.** – tak zvaně

**WHO** – World Health Organization



## **Seznam obrázků**

<b>Obrázek 1</b> Maslowova hierarchie potřeb.....	13
<b>Obrázek 2</b> Model vztahu mezi nemocí a jedincem .....	16
<b>Obrázek 3</b> Model vztahu mezi nemocí a jedincem .....	17

## Seznam tabulek

<b>Tabulka 1</b> Pohlaví respondentů.....	46
<b>Tabulka 2</b> Věk respondentů .....	47
<b>Tabulka 3</b> Vzdělání respondentů .....	48
<b>Tabulka 4</b> BMI respondentů .....	49
<b>Tabulka 5</b> Doba léčení s nemocí.....	52

## Seznam grafů

<b>Graf 1</b> Pohlaví respondentů .....	46
<b>Graf 2</b> Věk respondentů .....	47
<b>Graf 3</b> Vzdělání respondentů .....	48
<b>Graf 4</b> BMI respondentů .....	49
<b>Graf 5</b> Pohybové aktivity za týden.....	50
<b>Graf 6</b> Konzumace alkoholu a kouření .....	51
<b>Graf 7</b> Doba léčení s nemocí.....	52
<b>Graf 8</b> Obtíže od vzniku onemocnění .....	53
<b>Graf 9</b> Obtíže, které souvisejí s nemocí .....	54
<b>Graf 10</b> Moje nemoc potrvá jen krátce .....	55
<b>Graf 11</b> Moje nemoc bude spíše trvalá než přechodná .....	55
<b>Graf 12</b> Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu .....	56
<b>Graf 13</b> Tahle nemoc rychle přijde .....	57
<b>Graf 14</b> Očekávám, že tuhle nemoc, budu mít do konce života .....	57
<b>Graf 15</b> Moje nemoc je asi závažná .....	58
<b>Graf 16</b> Nemoc přináší vážné důsledky pro můj život .....	59
<b>Graf 17</b> S touhle nemocí se dá snadno žít.....	59
<b>Graf 18</b> Nemoc ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidi .....	60
<b>Graf 19</b> Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady .....	61
<b>Graf 20</b> Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým .....	61
<b>Graf 21</b> Je hodně možností, jak můžu potlačit příznaky mého onemocnění .....	62
<b>Graf 22</b> Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšení nebo zhoršování své nemoci.....	63
<b>Graf 23</b> Záleží především na mě, jak moje nemoc probíhá .....	63
<b>Graf 24</b> Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc .....	64
<b>Graf 25</b> Mám dost sil na to, abych průběh této nemoci ovlivnil.....	64
<b>Graf 26</b> Moje jednání nebude mít žádný vliv na to, jaké budou následky této nemoci.....	65
<b>Graf 27</b> Můj zdravotní stav se bude postupně zlepšovat .....	66
<b>Graf 28</b> Pro zlepšení této nemoci se dá udělat jen velmi málo .....	66
<b>Graf 29</b> Léčba je účinná a vyléčí mou nemoc.....	67
<b>Graf 30</b> Negativním následkům mé nemoci se dá touto léčbou předejít.....	67
<b>Graf 31</b> Léčbu, kterou mám, pomůže tuto nemoc zvládnout.....	68

<b>Graf 32</b> Není nic, co by pomohlo zlepšit můj stav .....	69
<b>Graf 33</b> Příznaky mé nemoci, které prožívám, jsou pro mě hádankou.....	69
<b>Graf 34</b> Celá moje nemoc je pro mne záhadou.....	70
<b>Graf 35</b> Nechápu svou nemoc, vůbec ji nerozumím.....	70
<b>Graf 36</b> Nemoc, kterou mám, mi nedává smysl.....	71
<b>Graf 37</b> Mám jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný .....	72
<b>Graf 38</b> Příznaky mé nemoci se mění ze dne na den .....	72
<b>Graf 39</b> Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech .....	73
<b>Graf 40</b> Moje nemoc je těžko předvídatelná.....	73
<b>Graf 41</b> Prožívám období, kdy se nemoc zlepšuje, a pak zase období, kdy se zhoršuje .....	74
<b>Graf 42</b> Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada.....	75
<b>Graf 43</b> Když přemýšlím o své nemoci, rozčílím se.....	75
<b>Graf 44</b> Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek.....	76
<b>Graf 45</b> Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti .....	76
<b>Graf 46</b> Tahle nemoc ve mně vyvolává pocity úzkosti .....	77
<b>Graf 47</b> Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy .....	78
<b>Graf 48</b> Stres nebo obava z něčeho .....	79
<b>Graf 49</b> Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje.....	79
<b>Graf 50</b> Bakterie a viry .....	80
<b>Graf 51</b> Způsob stravování; je to z jídla.....	80
<b>Graf 52</b> Shoda náhod nebo smůla .....	81
<b>Graf 53</b> Lékaři něco zanedbali .....	81
<b>Graf 54</b> Nezdravé životní prostředí.....	82
<b>Graf 55</b> Je to moje vina, žil jsem nezdravě.....	83
<b>Graf 56</b> Můj přístup k životu, na všech hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám .....	83
<b>Graf 57</b> Rodinné problémy .....	84
<b>Graf 58</b> Přepřacování .....	85
<b>Graf 59</b> Moje emoce: trpím osamělostí, úzkostí, depresí, mám pocit prázdna.....	85
<b>Graf 60</b> Stáří, je to věkem .....	86
<b>Graf 61</b> Úraz, nehoda .....	87
<b>Graf 62</b> Alkohol .....	87
<b>Graf 63</b> Kouření .....	88
<b>Graf 64</b> Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy.....	88
<b>Graf 65</b> Mám změněnou imunitu.....	89

<b>Graf 66</b> Nejdůležitější příčiny onemocnění dle respondentů.....	90
---	----

## Seznam příloh

<b>Příloha 1</b> Standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ s klíčem k vyhodnocení .....	111
<b>Příloha 2</b> Potvrzení o výzkumném šetření .....	116
<b>Příloha 3</b> Žádost povolení výzkumného šetření.....	117

# Přílohy

## Příloha 1 Standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ s klíčem k vyhodnocení

### Anonymní dotazník IPQ-R-CZ

© R. Moss-Morris, J. Weinman, K.J. Petrie, R. Horne, L.D. Cameron, D. Buick (2002)  
© Experimentální česká verze: J.Mareš, K. Šmejkal, M. Štanglová, (2010)

Vážení přátelé!

Každý pacient má určitou představu o nemoci, kterou má. Něco mu o ní řekli zdravotníci, něco spolupacienti, něco známi. Tento dotazník zjišťuje **Vaše současné názory** na nemoc, kterou máte. Dotazník je anonymní, můžete tedy odpovídat bez obav a podle svých **skutečných osobních názorů**. Mohou se lišit od toho, co si myslí spolupacienti, zdravotní sestry, lékaři. Odpovídejte jen sami za sebe, zajímá nás právě Váš názor.

Odpovídá se **zakroužkováním slova** nebo **číslice**, která se nejvíce blíží Vašemu stanovisku.

Pokud se spletete nebo se rozhodnete změnit svou odpověď, nevadí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

**Mám tuto nemoc:** Diabetes mellitus 2. typu... **jsem:** muž - žena **věk:** .....

**Tuto nemoc mám:** méně než 1 rok – 1 rok - 2 roky – 3 roky – 4 roky – 5 let – 6 a více let

	Od té doby, co mám tuto nemoc, už jsem zažil/a tyto obtíže		Tyto obtíže souvisejí s mojí nemocí	
	ano	ne	ano	ne
měl jsem bolesti	ano	ne	ano	ne
bolelo mne v krku	ano	ne	ano	ne
bylo mně špatně od žaludku, chtělo se mně zvracet	ano	ne	ano	ne
špatně se mně dýchalo	ano	ne	ano	ne
hubnul/a jsem, ztrácel/a jsem na váze	ano	ne	ano	ne
byl/a jsem unavený/á	ano	ne	ano	ne
měl/a jsem ztuhlé klouby, bolely mne klouby	ano	ne	ano	ne
bolely mne oči	ano	ne	ano	ne
měl/a jsem chraptot	ano	ne	ano	ne
bolela mne hlava	ano	ne	ano	ne
měl/a jsem žaludeční potíže, nemohl/a jsem jíst	ano	ne	ano	ne
špatně jsem spal/a	ano	ne	ano	ne
měl/a jsem závratě, točila se mně hlava	ano	ne	ano	ne
byl jsem zesláblý, neměl jsem sílu	ano	ne	ano	ne

	<b>Můj osobní názor na tuto nemoc</b>	<b>souhlasím</b>	<b>spíše souhlasím</b>	<b>těžko rozhodnout</b>	<b>spíše nesouhlasím</b>	<b>nesouhlasím</b>
1.	Moje nemoc potvrzuje jen krátce	5	4	3	2	1
2.	Moje nemoc bude spíše trvalá než přechodná	5	4	3	2	1
3.	Moje nemoc potvrzuje hodně dlouhou dobu	5	4	3	2	1
4.	Tahle nemoc rychle přejde	5	4	3	2	1
5.	Očekávám, že tuhle nemoc budu mít až do konce života	5	4	3	2	1
6.	Moje nemoc je asi závažná	5	4	3	2	1
7.	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život	5	4	3	2	1
8.	S touthle nemocí se dá snadno žít	5	4	3	2	1
9.	Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé	5	4	3	2	1
10.	Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady	5	4	3	2	1
11.	Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým	5	4	3	2	1
12.	Je hodně možností, jak můžu potlačit příznaky mého onemocnění	5	4	3	2	1
13.	Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci	5	4	3	2	1
14.	Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá	5	4	3	2	1
15.	Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc	5	4	3	2	1
16.	Mám dost sil na to, abych průběh této nemoci ovlivnil	5	4	3	2	1
17.	Moje jednání nebude mít žádný vliv na to, jaké budou následky této nemoci	5	4	3	2	1
18.	Můj zdravotní stav se bude postupně zlepšovat	5	4	3	2	1
19.	Pro zlepšení této nemoci se dá udělat jen velmi málo	5	4	3	2	1
20.	Léčba bude účinná a vyléčí mou nemoc	5	4	3	2	1
21.	Negativním následkům mé nemoci se dá touto léčbou předejít	5	4	3	2	1
22.	Léčba, kterou mám, pomůže tuto nemoc zvládnout	5	4	3	2	1
23.	Není nic, co by pomohlo zlepšit můj stav	5	4	3	2	1
24.	Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mě hádankou	5	4	3	2	1



	<b>Můj osobní názor na tuto nemoc</b>	<b>souhlasím</b>	<b>spíše souhlasím</b>	<b>těžko rozhodnout</b>	<b>spíše nesouhlasím</b>	<b>nesouhlasím</b>
25	Celá moje nemoc je pro mne záhadou	5	4	3	2	1
26	Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím	5	4	3	2	1
27	Nemoc, kterou mám, mi nedává smysl	5	4	3	2	1
28	Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný	5	4	3	2	1
29	Příznaky mé nemoci se mění ze den na den	5	4	3	2	1
30	Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech	5	4	3	2	1
31	Moje nemoc je těžko předvídatelná	5	4	3	2	1
32	Prožívám období, kdy se nemoc zlepšuje a pak zase období, kdy se zhoršuje	5	4	3	2	1
33	Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada	5	4	3	2	1
34	Když přemýšlím o své nemoci, rozčílím se	5	4	3	2	1
35	Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek	5	4	3	2	1
36	Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti	5	4	3	2	1
37	Tahle nemoc ve mně vyvolává pocity úzkosti	5	4	3	2	1
38	Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy	5	4	3	2	1
<b>Příčiny nemoci, kterou mám</b>						
Každý člověk uvažuje o tom, proč asi onemocněl. Lidé se liší v názoru na to, co je asi příčinou či příčinami jejich nemoci. Neexistuje jediná správná odpověď, neexistuje stejná odpověď, protože každý je trochu jiný a žije v jiných životních podmínkách. Nás zajímá právě Váš pohled na to, co asi způsobilo Vaše onemocnění.						
	<b>Možné příčiny mé nemoci</b>	<b>souhlasím</b>	<b>spíše souhlasím</b>	<b>těžko rozhodnout</b>	<b>spíše nesouhlasím</b>	<b>nesouhlasím</b>
C 1	Stres nebo obavy z něčeho	5	4	3	2	1
C 2	Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje	5	4	3	2	1
C 3	Bakterie nebo viry	5	4	3	2	1
C 4	Způsob stravování; je to z jídla	5	4	3	2	1
C 5	Shoda náhod nebo smůla	5	4	3	2	1
C 6	Lékaři něco zanedbali	5	4	3	2	1
C 7	Nezdravé životní prostředí	5	4	3	2	1
C 8	Je to moje vina, žil jsem nezdravě	5	4	3	2	1
C 9	Můj přístup k životu, na všem hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám	5	4	3	2	1

	Možné příčiny mé nemoci	souhlasím	spíše souhlasím	těžko rozhodnout	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
C 10	Rodinné problémy	5	4	3	2	1
C 11	Přepracování	5	4	3	2	1
C 12	Moje emoce: trpím osamělostí, úzkostí, depresi, mám pocit prázdna	5	4	3	2	1
C 13	Stáří, je to věkem	5	4	3	2	1
C 14	Úraz, nehoda	5	4	3	2	1
C 15	Alkohol					
C 16	Kouření					
C 17	Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy	5	4	3	2	1
C 18	Mám změněnou imunitu	5	4	3	2	1

Z mého pohledu nemoc, kterou mám, **nejvíce ovlivnily** tyto příčiny:

(Můžete vybrat z těch příčin, které jsou uvedeny v tabulce pod pořadovými čísly C1 až C18, anebo doplnit sami úplně jiné příčiny.)

**Nejdůležitější** příčiny nemoci, kterou mám, jsou tyto:

1. ....
2. ....
3. ....

Váha:

Výška:

Vzdělání:

Kouříte? ANO - NE

Pokud ano, kolik cigaret denně?

.....

Pijete alkohol? ANO - NE

Pokud ano, kolik sklenek a jeho vypijete za týden?

.....

Jak často se za týden aktivně pohybujete? Jakou pohybovou aktivitu provozujete?

.....

### Klíč k vyhodnocování dotazníku IPQ-CZ

Nesděluje se pacientům!!!

Název proměnné	Otázky/položky	Celkem se sečte
1. Trvání nemoci a její charakter (akutní-chronická)	-1*), 2, 3, -4, 5, -18	6 údajů, z toho u tří odpovědí se skórování obrací
2. Důsledky nemoci	6, 7, -8, 9, 10, 11	6 údajů, z toho u jedné odpovědi se skórování obrací
3. Možnost ovlivnění průběhu nemoci	12, 13, 14, -15, 16, -17	6 údajů, z toho u dvou odpovědí se skórování obrací
4. Léčitelnost nemoci	-19, 20, 21, 22, -23	5 údajů, z toho u dvou odpovědí se skórování obrací
5. Pacientovo porozumění nemoci	-24, -25, -26, -27, 28	5 údajů, z toho u čtyř odpovědí se skórování obrací
6. Časový průběh a předvídatelnost nemoci	29, 30, 31, 32	4 údaje
7. Prožívání nemoci	33, 34, 35, -36, 37, 38	6 údajů, z toho u jedné odpovědi se skórování obrací

Vysvětlivka: \*) U všech otázek označených **mínusem** se obrací skórování odpovědí; je to proto, aby všechny odpovědi měly obsahově kladný charakter (některé otázky jsou v dotazníku formulovány negativně, aby se zabránilo čistě mechanickému vyplňování dotazníku)

#### Pozor- obrácené skórování některých odpovědí! – zde je návod, jak obrátit skórování

Údaj uváděný respondentem (pacientem)	5	4	3	2	1
Obrácené skórování	1	2	3	4	5

U **příčin nemoci** se pouze sleduje, které příčiny daný pacient považuje u své nemoci za velmi vážné (pacient uvádí odpověď 5 nebo 4) a které naopak ignoruje. Pomáhá to zdravotníkům při edukaci, která může být adresná.

## Příloha 2 Potvrzení o výzkumném šetření



Fakultní nemocnice Hradec Králové  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

### Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce

Příjmení a jméno studenta, titul:	Lucie Podzimeková
datum narození:	14.4.2002
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Josefa Šimy 771, 55101 Jaroměř
telefonní kontakt:	604808746
e-mail:	podzimkovalucie140@gmail.com
Název školy, fakulta:	Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové
Studijní obor, ročník:	Všeobecné ošetřovatelství, 3. ročník
Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Pacientovo pojetí nemoci s dg. Diabetes Mellitus 2. typu
Jméno vedoucího práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	50 respondentů – věk 18-80
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	III. Gerontometabolická klinika – oddělení diabetologie
Metodika výzkumu:	Standardizovaný dotazník zjišťující Pacientovo pojetí nemoci - IPQ-R – CZ
Období výzkumu (od – do):	1.11.2023-31.1.2024
Souhlas vedení pracoviště s výzkumem	
Jméno:	Dr. Miloš Uřířal
Razítko, podpis, datum:	Fakultní nemocnice Hradec Králové Sokolská tř. 581, 500 05 Hradec Králové III. interní gerontometabolická klinika 17.10.2023

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe - výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum: 16.10.2023

Podpisy žadatele:

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.  
Vedoucí práce

Lucie Podzimeková  
Student

### Příloha 3 Žádost povolení výzkumného šetření

Vážená paní  
Mgr. Dana Vaňková  
Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči  
Fakultní nemocnice Hradec Králové

V Hradci Králové dne 19.10.2023

#### Žádost o povolení výzkumného šetření na III. Gerontometabolické klinice, oddělení H

Vážená paní náměstkyně,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší III. Gerontometabolické klinice, oddělení H diabetologie, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Podzimkové, narozené 14.4.2002, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit Pacientovo pojetí nemoci Diabetes Mellitus 2. typu, zmapovat příčiny vzniku onemocnění Diabetes Mellitus 2. typu, zmapovat osobní vliv pacienta na podíl vzniku onemocnění, přínosem bude vypracovaná doporučený soubor informací, jak předcházet Diabetes Mellitus 2. typu.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku IPQ-R-CZ, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Eva Vachková, Ph.D, přednosta Ústavu nelékařských studií.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Lucie Podzimková  
Josefa Šímy 771, Jaroměř 55101

Mgr. Eva Vachková, Ph.D  
Lékařská fakulta v Hradci Králové,  
Univerzita Karlova, 495 816 365

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum:

19.10.2023

Mgr. Dana Vaňková

FAKULTNÍ NEMOCNICE  
náměstkyně pro ošetř. péči  
500 05 Nový Hradec Králové

Podpis a razítko