

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Úloha sociálního pracovníka při zvládnání náročných situací u klientů s  
diabetem**

Bakalářská práce

Autor: Martina Procházková  
Studijní program: B 6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností  
Forma studia: Kombinovaná  
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Hradec Králové, 2019



## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Martina Procházková</b>
<b>Studium:</b>	U1692
<b>Studijní program:</b>	B6731 Sociální politika a sociální práce
<b>Studijní obor:</b>	Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Úloha sociálního pracovníka při zvládání náročných situací u klientů s diabetem</b>
<b>Název bakalářské práce AJ:</b>	The role of a social worker in coping of diabetic clients with difficult life situations

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou komplexní péče o klienty s diabetes mellitus. V teoretické části budou zpracovány nejdůležitější definice a pojmy spojené s tímto chronickým onemocněním, možnosti léčby, akutní i pozdní komplikace diabetu a možnosti jejich prevence. V empirické části bude využita kvalitativní výzkumná strategie formou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem bakalářské práce bude zmapování role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a možnost pomoci při překonávání složitých životních situací, ve snaze o udržení či zlepšení compliance klienta.

Gabura, J.&Pružinská, J. (1995). Poradenský proces. Praha: Sociologické nakladatelství. Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T. Praktická diabetologie. Praha: Maxdorf 2003. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing 2002. RYBKA, J. a kol. Diabetologie pro sestry. Praha: Grada Publishing 2006.1.vydání PERUŠIČOVÁ, J. Diabetes mellitus v kostce. Praha: Jessenius, 2012.

<b>Garantující pracoviště:</b>	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
<b>Oponent:</b>	JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
<b>Datum zadání závěrečné práce:</b>	29.6.2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně) a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 26. 3. 2019

.....  
Martina Procházková

## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za její odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly tuto práci vypracovat. Také bych chtěla poděkovat Bc. Adamu Procházkovi, BSc. za pomoc při zpracování cizojazyčných zdrojů a překladu do anglického jazyka.

## **Anotace**

PROCHÁZKOVÁ, MARTINA. *Úloha sociálního pracovníka při zvládnání náročných situací u klientů s diabetem*. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové, 2019, (66 str.). Bakalářská práce.

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou komplexní péče o klienty s diabetes mellitus. V teoretické části budou zpracovány nejdůležitější definice a pojmy spojené s tímto chronickým onemocněním, možnosti léčby, akutní i pozdní komplikace diabetu a možnosti jejich prevence. V empirické části bude využita kvalitativní výzkumná strategie formou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem bakalářské práce bude zmapování role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a možnost pomoci při překonávání složitých životních situací, ve snaze o udržení či zlepšení compliance klienta.

Klíčová slova: Sociální pracovník, Chronická nemoc, Diabetes mellitus,  
Compliance, Sociální práce, Kvalita života, Náročná životní situace

## **Annotation**

PROCHÁZKOVÁ, MARTINA. *The role of a social worker in coping of diabetic clients with difficult life situations*. Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, 2019, (66 pp.). Bachelor Thesis.

The bachelor thesis will elaborate issues of complex treatment of diabetes mellitus. The theoretical part will introduce key definitions and concepts related to this chronic disease. Further, the theoretical part will explore options of treatment, acute and chronic complications, and prevention of the complications. The empirical part will be focused on qualitative research methods in the form of a semi-structured interview. The objective of the bachelor thesis is to understand the role of a social worker in a multi-disciplinary team. The objective is also to explore possibilities of helping clients to cope with difficult life situations in order to sustain or improve their compliance

**Keywords:** Social worker, Chronic disease, Diabetes mellitus, Compliance, Social work, Quality of life, Stressful life situation

## Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	10
Teoretická část	12
1 Sociální práce s nemocným	12
1.1 Rozdělení nemoci dle doby trvání	13
1.2 Chronická nemoc	13
1.2.1 Chronické onemocnění diabetem	14
1.2.2 Sociální práce s chronicky nemocným	16
2 Diabetes mellitus	18
2.1 Epidemiologie a statistika	18
2.1.1 Epidemiologie	18
2.1.2 Statistika	19
2.2 Diagnostika	19
2.3 Klasifikace a typy	20
2.3.1 Diabetes mellitus 1. typu	21
2.3.2 Diabetes mellitus 2. typu	21
2.3.3 LADA, MODY a sekundární diabetes	23
2.4 Komplikace	23
2.4.1 Akutní komplikace	24
2.4.2 Chronické komplikace	25
3 Sociální práce s diabetiky	28
3.1 Týmová spolupráce	29
3.1.1 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu	30
3.1.2 Sociální práce a diabetes mellitus	31
3.2 Edukace a self-monitoring	33
3.2.1 Edukace	33
3.2.2 Self-monitoring	35
4 Náročná životní situace	37
4.1 Náročná životní situace a její dopady	37
4.2 Měření náročné životní situace	38

4.3 Zvládání náročných situací.....	39
4.4 Chronické onemocnění jako náročná životní situace .....	40
5 Shrnutí teoretické části .....	42
Praktická část.....	43
6 Výzkumné šetření .....	43
6.1 Cíle výzkumného šetření .....	43
6.2 Výzkumný soubor .....	46
6.3 Technika sběru dat.....	47
6.4 Výzkumná metoda.....	47
7 Interpretace a analýza získaných dat .....	48
7.1 DVO 1: Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?.....	48
7.1.1 Dílčí shrnutí.....	50
7.2 DVO 2: Jaké oblasti života s diabetem může z pohledu klienta sociální práce účinně ovlivnit? .....	51
7.2.1 Dílčí shrnutí .....	53
7.3 DVO 3: Jak subjektivní vnímání kvality života diabetika ovlivňuje zvládání náročných životních situací? .....	54
7.3.1 Dílčí shrnutí.....	55
7.4 DVO 4: Jaký vliv má sociální práce na dlouhodobé udržení spolupráce diabetika s pečujícím týmem? .....	56
7.4.1 Dílčí shrnutí .....	57
Závěr.....	59
Seznam tabulek.....	62
Seznam použitých zdrojů.....	63
Tištěné zdroje .....	63
Elektronické zdroje.....	65
Ostatní zdroje.....	66
Seznam příloh.....	67



## Seznam použitých zkratk

APOD	a podobně
BMI	body mass index
CSII	continuous subcutaneous insulin infusion
DM	diabetes mellitus
DM1	diabetes mellitus 1. typu
DM2	diabetes mellitus 2. typu
HbA1c	glykovaný hemoglobin
KOL	kolektiv
LADA	latentní autoimunitní diabetes dospělých
MMOL	milimol
MODY	monogenní diabetes mellitus
NAPŘ	například
OGTT	orální glukózový toleranční test
TZV	takzvaně

## Úvod

Úvodem bude poskytnut stručný vhled do hlavních cílů této bakalářské práce, rozsahu vybraných témat a metodologie použité pro výzkum v praktické části.

Tato bakalářská práce je zaměřena na úlohu sociálního pracovníka při zvládání náročných životních situací u klientů, jež trpí velmi častou chronickou nemocí – diabetes mellitus. Téma sociální práce a diabetes mellitus bylo vybráno na základě dlouhodobého zájmu autorky o obor diabetologie. Autorka má také rozsáhlé profesní zkušenosti v tomto oboru jako zdravotní sestra, které poskytují výhodu pro orientaci bakalářské práce na úlohu sociálního pracovníka v péči o pacienta s diabetem.

Nejprve bude rozebrána sociální práce s nemocným a specifika chronických onemocnění. Pro účel této bakalářské práce byl vybrán diabetes jako typické chronické onemocnění s mnoha komplikacemi, vyžadující komplexní přístup. Zvláštní pozornost bude věnována tématům diabetes v kontextu sociální práce a diabetes jako chronická nemoc a náročná životní situace. Diabetes bude popsán z hlediska typů, epidemiologie, diagnostiky a akutních i chronických komplikací. Takto rozebrané téma diabetu umožňuje analyzovat toto onemocnění zejména z pohledu nároků na spolupráci klienta s různými typy diabetu, komplikacích a možnostech léčby. V neposlední řadě budou zpracovány otázky týmové spolupráce včetně role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a významu edukace a self-monitoringu pro dosažení maximálního efektu péče o diabetika a zlepšení kvality jeho života.

Cílem bakalářské práce je zmapování role sociálního pracovníka. Výzkum bude využit ke zjištění, která z oblastí sociální práce se jeví být nejdůležitější pro zvládání náročných životních situací pro klienty s diabetem a možnosti pomoci při překonávání složitých životních situací, ve snaze o udržení či zlepšení spolupráce diabetika s týmem. Dále bude zkoumáno, jakou mají zkušenost nebo jejich očekávání od spolupráce se sociálním či zdravotně sociálním pracovníkem, a co by sami klienti doporučili pro zlepšení. Z hlediska metodologie výzkumu bude použita forma kvalitativního výzkumu, a pro vlastní výzkumné šetření byl zvolen polostrukturovaný rozhovor.

V empirické části práce jsou prezentovány a interpretovány informace získané během rozhovorů s informanty kvalitativního výzkumu. Jednotlivé kapitoly korespondují s dílčími výzkumnými otázkami. Nejdříve zmapují náročné životní situace u pacientů

s diabetem a následně bude zjišťováno, kdo je informantům pomohl zvládnout a jak subjektivní vnímání kvality života ovlivňuje zvládání náročných životních situací klientů. V neposlední řadě bude zjišťováno, jaké oblasti života s diabetem může z pohledu klienta sociální práce účinně ovlivnit a současně i vliv sociální práce na dlouhodobé udržení spolupráce diabetika s pečujícím týmem. Každá kapitola je doplněna o dílčí shrnutí. Získané informace budou analyzovány s cílem odpovědět na hlavní výzkumnou otázku práce: *„Která z oblastí sociální práce se jeví nejvýznamnější pro zvládání náročných životních situací pro klienty s diabetem?“*

V současné době se prosazuje bio-psycho-sociální přístup k lidskému zdraví a nemoci, podle kterého je na člověka nahlíženo, jako na celistvou bytost, a toto nesmí být opomenuto při poskytování komplexní péče. Získané výstupy bych proto doporučila k využití široké diabetologické veřejnosti, protože dle zjištění ČDS vnímá veřejnost diabetes jako středně vážné až vážné onemocnění, jehož výskyt stále stoupá, a kterému by se měla věnovat větší pozornost než dosud. V rámci kvalitní komplexní péče o diabetiky je dle mne žádoucí zvyšovat počet ambulancí v republice, kde bude úzká spolupráce se sociálním pracovníkem samozřejmostí, pokud nebude sám součástí pečujícího týmu. Z textu Národního diabetologického programu vyplývá, že z pohledu pacientů jsou nyní nejčastějšími překážkami úspěšné péče psychologické bariéry, dále non-compliance (nespolupráce) a ekonomické problémy spojené s diabetem. Z tohoto důvodu se domnívám, že je zde vedle náročné práce zdravotníků i prostor pro sociální práci a využití její specifické povahy pro podporu klientů s diabetem. Zdravotní pojišťovny proplácejí v posledních letech edukace a reedukace diabetiků na pracovištích prováděné certifikovanými edukačními sestrami. Toto je pro kvalitu života diabetiků velmi důležité, současně však stále není ohodnocena jako dostatečně důležitá psychosociální stránka chronické nemoci.

## **Teoretická část**

### **1 Sociální práce s nemocným**

Matoušek (2008) ve své publikaci definuje sociální práci jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování a řešení sociálních problémů, při kterém využíváme společenskou solidaritu a pracujeme s individuálním lidským potenciálem. Sociální pracovníci pomáhají svým klientům dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění, pomáhají k tomu vytvářet příznivé společenské podmínky a snaží se o zachování co nejdůstojnějšího způsobu života. V rámci sociální práce jsou v etickém kodexu dané společné hodnoty, na kterých jsou založeny principy a metody práce s klientem (Matoušek, 2012).

Sociální práce s nemocným zahrnuje pomoc s řešením primárních důsledků nemoci jako jsou důsledky nemoci samotné, ale i sekundárních důsledků nemoci, jakými může být dlouhodobá hospitalizace nebo invalidita různého stupně. Do procesu hodnocení vlastního zdraví zahrnuje každý jedinec více než jen fyzické zdraví a klient může prožívat osobní psychickou pohodu, přestože trpí závažnou nemocí nebo handicapem (Mandincová, 2011).

Nemoc se dotýká a ovlivňuje mnoho aspektů a oblastí lidského života. Když je člověk nemocný, často postrádá energii, může trpět bolestmi, nezvládá své běžné sociální role a také to změní jeho pracovní a osobní možnosti. Nemoc je tedy pro člověka distres, je zátěží pro nemocného ovšem i pro jeho nejbližší okolí. Nemoc je stav, ve kterém se spojuje mnoho různých faktorů, a proto může být definice pojata z mnoha úhlů pohledu. V odborné literatuře se k nemoci nejčastěji využívá interdisciplinárního přístupu. „*Lidská nemoc má složku biologickou, psychologickou a sociální a všechny tři určují průběh nemoci i postupy léčby*“ (Křivohlavý, 2002, s. 9). Z biologického hlediska je nemoc reakcí organismu na narušení rovnováhy (Vokurka, 2011). Ze sociologického hlediska se nemoc analyzuje s ohledem na schopnosti jedince plnit sociální role (Mandincová, 2011). Z psychologického hlediska je třeba zahrnout například typy osobnosti, vědomé a nevědomé procesy chování či neverbální projevy (Beran et al., 2010). Tento bio-psycho-sociální model je dále rozšiřován ještě o složku duchovní, spirituální a ekologickou (faktory životního prostředí), a z toho důvodu je možno hovořit o takzvané somatopsychospiritualitě (Křivohlavý, 2006). Na stav nemoci je tedy možno

aplikovat rozsáhlé spektrum přístupů jejichž variace bude záležet na vybraném přístupu k její definici a také na vymezení rozměru dané nemoci. Z pohledu komplexní péče je na stav nemoci často nahlíženo vícerozměrně. Jako příklady lze jmenovat emocionální stránku nemoci, vymezení nemoci, představy o komplexní léčbě a omezení následkem změněného zdravotního stavu a možné trvalé následky.

## **1.1 Rozdělení nemoci dle doby trvání**

Nemoc a léčba představují v životě člověka změnu, kterou vnímá jako zátěž a je nucen tuto životní situaci řešit. Dle doby trvání dělíme nemoci na akutní, subakutní a chronické (Chrobák, 1997). Akutní onemocnění znamená náhlou změnu životního stylu a nutnost vyrovnat se s ní v krátkém čase (může jít např. o úrazy, šokové stavy, náhlé příhody, otravy a jiné). Akutní nemoc vyžaduje rychlý zásah zdravotnických pracovníků a zároveň je náročná na řešení vzniklých psychických problémů. Mezi tyto problémy patří především prožívání strachu, bolesti, obavy z neznámého a náhlé změny životního stylu. Akutní nemoc má časově ohraničený průběh a v sociální práci znamená nutnost pomoci s okamžitým řešením situace při náhlé změně sociální situace (Kuzníková et al., 2011).

Chronické onemocnění není časově nijak ohraničené a klade vysoké nároky na proces adaptace jedince na doživotní změnu situace. Dále také vystavuje psychiku mezní až extrémní zátěži, kterou jedinec nemusí adekvátně zvládnout. Klímová a Fialová (2015) rozděluje chronická onemocnění na vrozená (např. vady, metabolické poruchy) a získaná v průběhu života (např. degenerativní, zánětlivá a nádorová onemocnění). Vlastní chronické onemocnění nelze vyléčit a někdy ani významně ovlivnit. Cílem léčby je efektivně bránit komplikacím a dalšímu poškozování organismu takovým onemocněním. Zejména u diabetu jsou zmíněné komplikace výrazným zásahem do života jedince.

## **1.2 Chronická nemoc**

Chronická nemoc se stává nedobrovolnou součástí lidského života, což nelze podcenit v dlouhodobém horizontu komplexní péče. Je možno tvrdit, že pro mnoho lidí nemoc znamená omezení především pracovních možností a životní role. Avšak důležité je, že jinak na nemoc bude pohlížet zaměstnanec, jinak podnikatel, jiný pohled bude mít rodič malého dítěte a jiný bude mít student. Tato ambiguita vymezení nemoci a jejich dopadů vede k tomu, že z hlediska sociálního je možno neuvažovat o člověku výlučně jako

o nemocném či zdravém. Proto mezi pojmy nemoc a zdraví lze zařadit několik dalších významů, které vyjadřují stav člověka v době, kdy není ani zcela zdrav, ani objektivně nemocný. Křivohlavý (2002) varuje před sjednocením všeho v životě na dva extrémní stavy – zdraví a nemoc. Takový přístup by totiž příliš zjednodušoval pohled na náš zdravotní stav. Pacient prožívá s chronickou nemocí nejen fyzickou zátěž, ale také zmiňovaný distres, jenž se může stát chronickým a odrazit se na fyzickém zdraví člověka a průběhu nemoci (Mandincová, 2011). Z těchto skutečností vyvstává nutnost pacienta přiměřeně informovat o jeho nemoci, zdravotním stavu i vyhlídkách do budoucna.

Není jasně daný nejlepší postup a každému může vyhovovat jiný typ přístupu. Proces maximálně přizpůsobujeme klientovi a pracovník vybírá přístup, který shledává nejúčinnějším pro práci s daným klientem (Gabura, Pružinská, 1995). Takový přístup poté vyžaduje průběžnou a komplexní péči ve které má sociální pracovník významnou roli.

Chronicky nemocný se vyrovnává s mnoha těžkými životními situacemi. Nemoc nejen komplikuje život a narušuje fyzický i psychický stav, ale mění i dosavadní sociální jistoty. Pacient je často spíše spokojen se stereotypem, který ho méně vyčerpává a dává mu pocit bezpečí a jistoty. Důležité je, že chronické onemocnění může mít významný vliv na sebepojetí pacienta, a tudíž změnit jeho pohled na sebe sama a sebehodnocení. Jak bylo již výše zmiňováno, člověk je nemocí vystaven nadměrnému stresu, což může jeho zdravotnímu stavu velmi ublížit.

Pacient může mít pocit, že jeho hodnota nemocí klesla, a navíc ztrácí nejen pocit schopnosti problémy řešit, ale nemoc se také často dotýká i jeho osobní sebeúcty (Křivohlavý, 2002). Na psychiku pacienta má velký vliv správná informovanost o diagnóze, možnostech léčby a prognóze.

### **1.2.1 Chronické onemocnění diabetem**

Jedna z nejrozšířenější chronických nemocí 21. století je diabetes mellitus (DM), jenž vyžaduje komplexní přístup k péči (Perušičová, 2016). Diabetika v přístupu ke své nemoci ovlivňuje skutečnost, že nepocítuje bolest a tím pádem postrádá zpětnou vazbu v dlouhodobém měřítku. Diabetici si často vůbec neuvědomují dopad této nemoci na jejich zdravotní stav. Varovné signály bolesti se dostavují až jako jedna z pozdních

komplikací (Jirkovská et al., 2014). Jelikož se bio-psycho-sociální model zaměřuje také na složku psychologickou, je do sociální péče třeba zahrnout i dlouhodobé změny chování. U chronicky nemocných lidí pozorujeme určité odchylky chování od chování jinak zdravých lidí (Atkinson, 2003). Tyto odchylky se týkají vnitřního prožívání této chronickou nemocí změněné situace vyžadující změnu životní režimu a stylu. Jedná se tedy o životní změnu, která vyžaduje různou míru přizpůsobení, omezuje dosavadní zvyklosti a někdy může být spojena se subjektivně neřešitelnými konflikty (Atkinson, 2003). U diabetiků se jedná nejčastěji o strach či obavy vázané na onemocnění, tedy např. obavy z hypoglykémie (nízká hladina krevního cukru) či z pozdních komplikací, dále různě subjektivně vnímané překážky v různých aktivitách a změnách životního stylu, s čímž také souvisí omezení či problémy spojené s jídlem (Jirkovská et al., 2014). Vyrovnání se a zvládnutí výše zmíněných obav a změn je odlišné u každého člověka, a proto vyžaduje individuální přístup. Boj pacienta s nemocí probíhá za použití copingových reakcí (psychických obranných mechanismů) nebo pomocí copingových strategií, kterými si pomáhá vyrovnat se se závažnou životní situací.

Křivohlavý ve své knize Psychologie zdraví (2009a) uvádí, že lidé se s životní situací vyrovnávají přirozeným, nevědomým způsobem. Toto vrozené vyrovnávání se s náročnými situacemi se nazývá copingová reakce. V případě vědomého vyrovnávání se s náročnou situací (copingová strategie) jedinec nejprve vyhodnocuje okolnosti a charakter dané situace. Díky tomu je schopen vyvodit daný cíl a zvažuje různé eventuality. Výsledkem by měl být kompletní přehled nad situací, její zvládnutí nebo změna postoje. V copingu se odrazí dědičné předpoklady a vlastní zkušenost s předchozím zvládnutím stresorů. Copingové strategie využívají klienti na základě zkušenosti s jejich účinností (Křivohlavý, 2009a). Postoj pacienta k nemoci také úzce souvisí s tím, v jaké sociální situaci se právě nachází. Jinak bude přistupovat k nemoci matka malých dětí, jinak starší člověk, který je sám. Život s diabetem se zdá být lépe zvládnutelný pro člověka, který může pracovat a seberealizovat se, i když třeba s ústupky. Někdo tyto situace zvládne sám, za podpory rodiny nebo přátel, jiný potřebuje pomoc odborníků. Většina nemocných reaguje přiměřeně na situaci, snaží se přijmout diagnózu a řídí se doporučeními lékaře a spolupracuje (Jirkovská et al., 2014).

Spolupráce klienta (na jejíž motivaci se podílí sociální pracovník) vedoucí ke zvládnutí těchto aspektů diabetu je klíčová pro dlouhodobě dobrou kompenzaci nemoci

a maximální oddálení projevů pozdních komplikací. Řada klientů v počátku výborně spolupracuje a vyvíjí velké úsilí. U diabetu se ale nejedná o krátkodobý problém a důležitá je motivace k dlouhodobému dodržování potřebného léčebného režimu, a proto se celý pečující tým snaží o přiměřené „přijetí“ nemoci. Jirkovská et al. (2014) zdůrazňuje význam motivování klientů k účinnému zvládnání a předcházení stresorů, sebepoznání, přijímání životních změn, pomáhání se stanovením priorit a stanovení reálných cílů. Dále zmiňuje, že každý prochází celou řadou reakcí, první je „počáteční šok“, následuje obvykle fáze „popření“ jako důležitý obranný psychický mechanismus. Další fáze je popsána jako zlost a hněv, pocity křivdy, výbuchy hněvu a hledání viníka situace stavu nemoci. Může následovat depresivní fáze, kdy je důležité se se svými problémy svěřovat. Toto platí zejména ve stadiu pozdních komplikací diabetu, kdy je vyrovnání se s nemocí obtížné a je třeba využívat všechny možné dostupné zdroje – zde je pro klienta velmi významná sociální opora (Jirkovská et al., 2014).

### **1.2.2 Sociální práce s chronicky nemocným**

Součástí komplexní péče o chronicky nemocné pacienty je sociální práce. Zdravotně sociální pracovník je k dispozici v týmu pečujícím o klienta po dobu hospitalizace a pracuje i s klienty ambulantně docházejícími na diabetologii. Výkon profese zdravotně sociálního pracovníka vyplývá ze zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním nelékařské zdravotní péče. Klientovi je poskytováno, dle zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách, sociální poradenství, odborné sociální poradenství, sociální prevence a depistážní činnost, kdy je cíleně zaměřeno na vyhledávání osob, které se v důsledku své nemoci nebo onemocnění blízkých osob mohou ocitnout v sociálně nepříznivé situaci.

Sociálně-právní činnost souvisí s možností uplatnění nároků na poskytnutí finanční a věcné podpory a orientace klientů v systému sociálního zabezpečení ve vztahu k onemocnění diabetem a jeho následkům. Pomáhá se klientům v orientaci k možnému pracovnímu uplatnění s přihlédnutím ke změněnému zdravotnímu stavu. Sociální intervencí rozumíme odborné činnosti zaměřené na obnovu či zlepšení psychosociálního fungování klientů (Matoušek, 2013). Zdravotně sociální pracovník mapuje sociální situaci klienta ve všech souvislostech, spolupracuje s rodinou, blízkým okolím a případně



s dalšími subjekty. Zdravotně sociální pracovník také zjišťuje klientovy potřeby a problémy. Dále hledá zdroje klienta, které potom využívá při vytváření podmínek k omezení rizika vzniku sociálních problémů anebo zamezení jejich zhoršení. Veškeré informace získané při sociálním šetření podléhají lékařskému tajemství a nelze je poskytnout dalším osobám, jedině s výslovným souhlasem klienta (Nečasová, 2004). Zdravotně sociální pracovník vede příslušnou zdravotně sociální dokumentaci, kterou zadává do informačního systému zdravotnického zařízení.

Zdravotně sociální pracovník rovněž zajišťuje další návaznosti péče a služeb (např. domácí péče – Home care, pečovatelská služba atd.). K tomuto se pojí vytváření plánu psychosociální intervence do životní situace klienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011). Ve spolupráci s dalšími pracovníky multidisciplinárního týmu se tato opatření s klientem realizují. Zdravotně sociální pracovník pomáhá při integraci pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností. Zajišťuje přímou pomoc, podporu a vyjednávání, doprovázení či zastupování klientů při uplatňování jejich práv a oprávněných zájmů. Pro dlouhodobě dobrou kompenzaci diabetu, zejména s ohledem na výskyt pozdních komplikací, je nezbytná spolupráce klienta, compliance a opakované edukace (Jirkovská et al., 2014). Výhodou je možnost účasti diabetiků na rekondičních pobytech, zpravidla organizovaných pod patronací Svazu diabetiků ČR, na jejichž přípravě a organizaci se optimálně sociální pracovník též podílí.

## **2 Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus patří mezi metabolické onemocnění, které může být způsobeno jak sníženou senzitivitou buněk na inzulin, tak poruchou sekrece inzulinu nebo poruchou jeho funkce (Perušičová, 2016). Podle mechanismu vzniku se diabetes dělí na několik typů. Jirkovská et al. (2014) rozlišuje diabetes mellitus 1. typu (DM 1), který je vždy závislý na příjmu inzulinu a dále diabetes mellitus 2. typu (DM 2), který nemusí být závislý na inzulinu a také těhotenský neboli gestační diabetes (GDM). Dalším méně častým typem diabetu je tzv. sekundární diabetes, jenž je důsledkem jiné choroby nebo poruchy např. onemocnění pankreasu, hemochromatóza (ukládání nadměrného množství železa v orgánech), cystická fibróza (nevléčitelné onemocnění dýchacího a trávicího ústrojí) a nemoci endokrinní soustavy. Perušičová (2016) dále popisuje diabetes typu MODY a LADA, a také zmiňuje, že v poslední době se stále častěji hovoří o rezistenci k inzulinu v mozku u nemocných s Alzheimerovou chorobou jako o diabetu mellitu 3. typu. Uvádí zde také pojem prediabetes, což je hraniční glykémie na lačno (HGL) a porušená glukózová tolerance (PGT).

### **2.1 Epidemiologie a statistika**

Počty nemocných s DM celosvětově vzrůstají. Od roku 1980 vzrostl jejich počet ze 108 milionů na 422 milionů v roce 2014 a tento rostoucí trend počtu osob s diabetem je předpokládán i v budoucích letech (NCD Risk Factor Collaboration, 2016). Česká republika v porovnání se zahraničím dosahuje relativně nadprůměrného počtu diabetiků. V roce 2014 měla ČR o 0,8 % vyšší počet diabetiků v porovnání s průměrem EU (6.9 % populace trpící diabetem) a je na 6. až 7. místě mezi státy EU (Eurostat, 2017). Pro účel této bakalářské práce jsou použity statistické údaje především o České republice.

#### **2.1.1 Epidemiologie**

Zatímco v minulosti byl výskyt diabetu ojedinělý, v současné době dochází k rapidnímu nárůstu počtu jedinců s tímto onemocněním a DM bývá označován jako epidemie 21. století. Nyní je již možné hovořit o diabetu jako o pandemii, která významně ohrožuje lidstvo zdravotně, finančně zatěžuje poskytovatele zdravotní péče a znatelně zatěžuje systém sociálního zabezpečení (Perušičová, 2017). Tento nárůst se týká především DM 2. typu, avšak narůstá i počet nemocných s DM 1. typu. Četnější výskyt obou uvedených

typů je z velké části zapříčiněn nejen stravovacími návyky, jež jsou příčinou narůstající obezity, ale roli zde hraje i celkový životní styl. V současné terminologii se také setkáváme i s pojmy kardiabetes nebo diabezita. Nemalý význam je možné připisovat také zvyšujícímu se věku dožití. Zdravý životní styl má proto nezastupitelnou úlohu v incidenci této nemoci. Celosvětově klademe důraz na prevenci a diabetologie již není oborem, který řeší aktuální akutní komplikace diabetu, ale je propojena s mnoha dalšími odbornostmi, jako je kardiologie, endokrinologie, nefrologie, oftalmologie, neurologie, obezitologie, psychiatrie, v neposlední řadě také psychologie a sociální práce (Perušičová, 2016).

### **2.1.2 Statistika**

Počet osob s DM roste nejen ve světě, ale má stoupající tendenci i u nás. Zatímco v roce 2007 bylo podle statistiky Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) v ČR diabetiků 804 987 (78 na 1 000 osob), tak v roce 2015 jich bylo již 927 830 (88 na 1 000 osob), meziročně přibývá asi 15 tisíc pacientů s DM (ÚZIS ČR, 2017). Mezi pacienty převládá DM II. typu (85 % v roce 2015), následovaný PGT (7 %) a DM I. typu (6 %) (ÚZIS ČR, 2017). Diabetologie jako sledovaný obor je statisticky zpracována i z pohledu komplikací a léčby. Ze sledování ÚZIS ČR (2017) vyplývá, že klesá podíl pacientů léčených pouze dietou (z 22 % v roce 2011 na 15 % v roce 2016) a stoupá podíl pacientů léčených perorálními antidiabetiky (PAD). Podíl pacientů léčených inzulínem v různých režimech se příliš nemění. ÚZIS ČR (2017) ve svých statistikách sleduje i vybrané komplikace diabetu, zejména syndrom dia nohy (relativně stejný počet diabetiků, bohužel neklesá počet pacientů s amputací z důvodu této komplikace), retinopatie (počet pacientů se zvyšuje, ale nenarůstá počet slepoty z důvodu této komplikace) a nefropatie (oproti roku 2007 je v roce 2015 výrazný nárůst pacientů s ledvinovými komplikacemi).

### **2.2 Diagnostika**

Pro diagnostiku diabetu jsou nejdůležitější dva zásadní faktory: hladina glykémie a hodnota tzv. glykovaného hemoglobinu (Perušičová, 2016). Glykémie neboli hladina glukózy v krvi je klíčový ukazatel pro diagnostiku diabetu. Hladina glukózy u zdravých osob se pohybuje v rozmezí mezi 3,3 mmol/l až 7 mmol/l. Glukóza se do organismu dostává zejména přijatou stravou, tělo si ji však může vytvářet i samo, a to principem

zvaným glukoneogeneze (tvorba glukózy z tuků a bílkovin) nebo principem nazvaným glykogenolýza (štěpení polysacharidů), které se odehrávají v játrech (Perušičová, 2016). Vyšetření glykémie se provádí odběrem krve na lačno. O diabetu můžeme hovořit, pokud je splněna jedna z následujících podmínek: glykémie nalačno v kapilární krvi je více než 7,0 mmol/l; glykémie nalačno je v žilní plazmě větší než 7,8 mmol/l. Dále když je proveden oGTT (glykemická křivka) a po dvou hodinách je hladina glykémie vyšší než 11,0 mmol/l nebo v případě, že je hladina glykovaného hemoglobinu větší než 48 mmol/l/mol. Také, když provedeme náhodný test glykémie a její hodnota dosáhne úrovně vyšší než 11,1 mmol/l spolu s průkaznými signály a příznaky pro hyperglykémii (Perušičová, 2016).

Glykovaný hemoglobin (HbA1c) je stanovení hodnoty glykémie přibližně za poslední dva a půl měsíce a slouží k monitoraci hladiny glykémie z dlouhodobého hlediska. Vysoká hladina glykovaného hemoglobinu signalizuje, že docházelo k hyperglykemiím (zvýšení hladiny krevního cukru), a je zde tudíž také zvýšené riziko vzniku pozdních komplikací. Za kompenzovaný diabetes lze považovat hodnoty od 43 do 53 mmol/l. Nad zmíněnou hladinu glykovaného hemoglobinu je diabetes dlouhodobě nekompenzován (Perušičová, 2016).

### **2.3 Klasifikace a typy**

Diabetes mellitus, s českým názvem úplavice cukrová neboli cukrovka, je onemocnění popisované již v dobách 1500 před naším letopočtem. Řekové poprvé použili název diabetes a Římané později přidali slovo mellitus (Jirkovská et al., 2014). Koncem 19. století docházelo k rozvoji diabetologie a objev inzulinu v roce 1921 znamenal, že diabetici již nutně nemuseli umírat na hyperglykémii. Avšak mnozí stále umírali na pozdní komplikace diabetu, neboť až ve čtyřicátých letech 20. století se řešila nutnost podávat „správné množství inzulinu ve správný čas“ (Jirkovská et al., 2014). Špatně kompenzovaný diabetes, charakterizovaný výkyvy hodnot glykémie, znamená svými komplikacemi stálou hrozbu pro diabetiky. Důležitá je depistáž, tedy včasné odhalení nemoci a prevence diabetu cílená na snížení rizikových faktorů. V ČR je vytvořen Národní diabetologický program, který se problematikou diabetu jako celospolečenského problému zabývá a současně vyzdvihuje důležitost aktivní role diabetika při léčbě této nemoci (<https://www.diab.cz/>).

### **2.3.1 Diabetes mellitus 1. typu**

Onemocnění DM 1. typu vzniká následkem destrukce beta buněk Langerhansových ostrůvků slinivky břišní a může být autoimunitního nebo idiopatického původu (Rybka et al., 2006). Následkem toho beta buňky přestávají produkovat inzulin. Po jídle se v krvi hromadí glukóza a hodnoty glykémie velmi rychle stoupají. Buňky svalové, tukové a jaterní tkáň nemohou nadbytečnou glukózu odčerpat, protože k tomu potřebují inzulin, který umožní prostupnost potřebné glukózy do buněk celého těla (Rybka et al., 2006). Jediným možným způsobem léčení DM 1. typu je injekční podávání inzulinu (Perušičová, 2016). Mezi klinické příznaky patří slabost a vleklá únava, časté a vydatné močení, nadměrná žízeň, bolesti nebo křeče ve svalech, poruchy vidění, kožní projevy a hubnutí při normální chuti k jídlu, kdy zejména u dětí se může jednat o vlčí hlad s váhovými úbytky (Rybka et al., 2006).

#### **Léčba**

Inzulinoterapie je jedinou možnou léčbou DM 1. typu. K zajištění substituce inzulinu je vhodné používat určitou kombinaci různých inzulinových přípravků v intenzifikovaném inzulinovém režimu (IIR). Inzulin je několikrát denně aplikován inzulinovým perem do podkoží. Další variantou IIR je léčba kontinuální subkutánní infuzí inzulinu pomocí inzulinové pumpy CSII – continuous subcutaneous insulin infusion (kontinuální subkutánní infúze inzulinu). Inzulinová pumpa je stále více využívaná metoda substituční léčby inzulinem, kdy přístroj dávkuje do těla inzulin a dokáže se nejlépe přiblížit tomu, co je tělu přirozené (Jirkovská et al., 2014). Jak uvádí Piřhová a Štechová (2009), inzulinová pumpa je nevhodná pro diabetika, který ji a priori nechce nebo má o pumpě nereálné představy (vyléčení diabetu, naprostou eliminaci hypoglykemií nebo že nebude muset provádět self-monitoring či dodržovat dietní režim).

### **2.3.2 Diabetes mellitus 2. typu**

Diabetes mellitus 2. typu je metabolickou poruchou, která může být převážně inzulinorezistentní nebo naopak inzulinodeficientní a je charakterizována zvýšenou hladinou cukru v krvi v důsledku snížení citlivosti tkání k inzulinu. Perušičová (2016) zmiňuje, že k typickým dispozičním nebo také rizikovým faktorům tohoto onemocnění patří: obezita, stres, vyšší věk, další onemocnění jako je hypertenze (vysoký krevní tlak)

a dyslipidémie (porucha metabolismu tuků). Inzulinová rezistence, ale i porucha sekrece inzulínu, jsou mechanismy, které mají genetický základ a mohou se rozvinout vlivem vnějších faktorů. Mezi nejdůležitější exogenní faktory počítáme nedostatečnou fyzickou aktivitu, nevhodné složení stravy a nadměrný příjem kalorií, kouření a další civilizační návyky (Rybka et al., 2006). Mezi klinické příznaky patří stejně jako u DM 1. typu slabost a vleklá únava, časté a vydatné močení, nadměrná žízeň, bolesti svalů, poruchy vidění, poruchy potence, dále svědění kůže, recidivující mykózy, peri-genitální opruzení, paradontóza, aj. (Rybka et al., 2006).

## **Léčba**

Strava diabetika by měla být vyvážená a obsahovat cukry, tuky i bílkoviny a ve správném zastoupení i minerály, vitamíny, vlákninu a vodu. Množství doporučeného příjmu sacharidů i poměr jednotlivých složek se může měnit v průběhu života nebo dle individuálních potřeb klienta (Vránová, 2013). Většina diabetiků 2. typu trpí obezitou a pravidelná fyzická aktivita významně snižuje kardiovaskulární riziko, zlepšuje citlivost na inzulín, zlepšuje hypertenzi (vysoký krevní tlak) a v neposlední řadě má pozitivní vliv na psychiku (Perušičová, 2015). Profesor Svačina (2001) říká, že je lepší být sportovcem, který je obézní než být štíhlým nesportovcem. Riziko hypoglykemie je při fyzické zátěži vyšší, zejména při léčbě perorálními antibiotiky (PAD) na bázi sulfonilurey. Jirkovská et al. (2014) popisuje rozdělení perorálních antidiabetik do následujících skupin. Lék první volby je vždy metformin, zástupce skupiny biquanidů, který hypoglykemie nezpůsobuje. Obecně však rozlišujeme podle mechanismu účinku dvě velké skupiny PAD. První jsou inzulinové senzitivizéry, které pomáhají zlepšit citlivost tkání na inzulín, a druhá jsou inzulinová sekretagoga, která působí na zvýšení sekrece inzulínu. V této skupině jsou zařazeny mezi inkretiny i analoga GLP 1, která se aplikují injekčně pomocí předplněných aplikátorů. V některých případech je třeba nasadit kombinaci PAD s inzulínem, byť jen třeba přechodně. Jirkovská et al. (2014) uvádí, že při vyčerpání všech možností konzervativní terapie DM 2. typu s obezitou je jako radikální řešení pro klienty se zdravotními komplikacemi a BMI (index tělesné hmotnosti) nad 35 možnost zvolit chirurgickou nebo endoskopickou léčbu. Tato léčba (bariatrická terapie) se dělí do dvou skupin, a to na restriktivní, která omezuje kapacitu žaludku a na malabsorpční, která omezuje vstřebávání potravy. Při léčbě je maximálně důležitá spolupráce (compliance) klienta.

### **2.3.3 LADA, MODY a sekundární diabetes**

Latentní autoimunitní diabetes (LADA) je pomalu se vyvíjející forma diabetu, která se může zpočátku jevit jako DM 2. typu. Atrofie pankreasu je přítomna v menší míře a manifestuje se v jakémkoli věku (Rybka et al., 2006). Nemocní mají přítomné autoprotilátky a též vykazují zvýšenou prevalenci autoimunitní poruchy štítné žlázy i celiakie (nesnášenlivost lepku). Zpočátku nebývá nutné aplikovat inzulin, tvoří přibližně 12 % všech nemocných s diabetem (Perušičová, 2017).

Zkratkou MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) nazýváme nejčastější formu monogenního diabetu, který může být zapříčiněn geny ovlivněnými působení inzulinu, tedy genetickými defekty beta-buněk (Perušičová, 2017). Často bývá označována jako „cukrovka dospělých, která postihuje mladé“. Při některých formách tohoto onemocnění, kde hlavní úlohu má dědičnost, je nutná terapie inzulinem.

Sekundární diabetes je onemocnění, kdy důsledkem pankreatektomie (odejmutí slinivky břišní), traumatu, karcinomu nebo infekce dojde ke ztrátě 60–70 % slinivky břišní a toto vede k hyperglykemiím a vzniku diabetu (Perušičová, 2017). Tito diabetici jsou léčeni inzulinem a mají sklon k závažným hypoglykemiím.

## **2.4 Komplikace**

Pro diabetes jako chronickou nemoc je typické, že má výrazný vliv na kvalitu života především svými komplikacemi. Velmi obávaná akutní komplikace je hypoglykémie, jejíž výskyt může zvláště ovlivnit kvalitu života klientů (např. omezení řízení motorových vozidel snižující mobilitu klienta, ale i možné omezení pracovního uplatnění). Z chronických komplikací jsou zásadní kardiovaskulární komplikace, avšak ze subjektivního pohledu diabetiků je asi nejvíce obávána ztráta zraku či končetiny. Jak uvádí Perušičová (2017), diabetes se dotýká všech orgánů a soustav lidského těla. Zmiňuje souvislosti s poruchami zraku, sluchu či chuti, u diabetiků jsou také častější respirační onemocnění (onemocnění dýchacích cest). Dále uvádí, že DM 2. typu zvyšuje riziko časného žaludečního karcinomu a onemocnění jater. Spolu s diabetem souvisí různé další syndromy, zejména syndrom dia nohy, který vysokou měrou přispívá k invalidizaci klientů. Ovšem nejedná se jen o tento syndrom, DM 2. typu je velmi často spojen s metabolickým syndromem, s vysokým kardiovaskulárním rizikem a syndromem

spánkové apnoe. Dále je zejména u dialyzovaných diabetiků častý syndrom neklidných nohou. Velmi obávané komplikace vznikají na podkladě postižení cév. Postižení menších cév se nazývá mikroangiopatie a postižení velkých cév je nazýváno makroangiopatie (Jirkovská et al., 2014).

## **2.4.1 Akutní komplikace**

### **Hypoglykémie**

Hypoglykémie je stav poklesu hladiny cukru v krvi s příznaky jako „vlčí“ hlad, bledost, cefalea (bolest hlavy), poruchy vidění, nevolnost, zmatenost, tachykardie (zvýšená tepová frekvence), třes, pocení a poruchy vědomí až koma (Perušičová, 2016). Občasné hypoglykémie jsou běžnou součástí života s diabetem (častěji při léčbě inzulinem) a příčinou může být nečekaná fyzická námaha, vynechání pravidelného jídla, nesprávná dávka inzulinu, počínající akutní virové onemocnění nebo konzumace alkoholu. Diabetik je na chování při hypoglykémii připravován při edukacích. Jako první opatření při projevech hypoglykémie je perorální podání glukózy v podobě sladkého nápoje nebo 2-3 kostek cukru. Při těžších hypoglykémiiích je nutné intravenózní podání glukózy nebo podání injekce glukagonu v Kitu pro domácí použití, které je též součástí edukace (Jirkovská et al., 2014).

### **Diabetická ketoacidóza**

Ketoacidóza je typická akutní komplikace DM 1. typu při záchytu. Projevuje se polydipsií (silnou žízní), polyurií (nadměrné močení), nevolností, zvracením, dušností, hyperventilací (Kussmaulovo dýchání) a poruchami vědomí (Pelikánová a Bartoš, 2018). Pacient má hyperglykémii a zvýšené ketolátky (odpadní látky metabolismu) v krvi. Léčbou je podání inzulinu a hospitalizace.

### **Hyperglykemické kóma**

Toto koma je závažnou komplikací DM 2. typu, zejména u starších osob při současné těžké dehydrataci. Projevuje se žízní, poruchami vědomí, polyurií (nadměrné močení), vysokými až extrémními hodnotami glykémie, hypotenzí (snížení krevního tlaku v důsledku šokového stavu) a hrozí vždy renální (ledvinné) selhání (Perušičová, 2016). Jedná se o život ohrožující stav, je nutná rehydratace a podání inzulinu za hospitalizace.



## **Laktátová acidóza**

Jedná se o metabolickou acidózu typicky způsobenou staršími typy perorálních antidiabetik, v současnosti především metforminem (Perušičová, 2016). Tato acidóza se vyskytuje vzácně a většinou při nedodržení kontraindikací. Projevuje se dušností, bolestmi břicha a poruchami vědomí.

## **2.4.2 Chronické komplikace**

### **Diabetická nefropatie**

Jedná se o chronické progredující onemocnění ledvin, které se obvykle projeví po deseti a více letech trvání diabetu. Perušičová (2016) uvádí, že po dvaceti letech trvání cukrovky touto komplikací trpí až 40 % diabetiků. Avšak u diabetiků 2. typu je často příznak diabetické nefropatie – proteinurie (výskyt bílkoviny v moči) - přítomný již při manifestaci DM (Rybka et al., 2006). Změny v ledvinách se stanou na podkladě mikroangiopatie (postižení malých cév) a znamenají známky MALB (mikroalbuminurie), proteinurie (přítomnost bílkoviny v moči), hypertenze (zvýšený krevní tlak) a následně selhání ledvin s nutností trvalé dialýzy nebo transplantace ledviny, která u DM 1. typu bývá kombinovaná se slinivkou (Jirkovská et al., 2014). Prevencí této komplikace je dobrá kompenzace diabetu, podávání ACE (prevence vysokého tlaku), sledování lipidového spektra (cholesterol) a dieta s omezením bílkovin. Diabetici by ve stravě neměli převyšovat příjem bílkovin nad 1 g/kg/den (Vránová, 2015).

### **Diabetická retinopatie**

Jedná se o vážnou chronickou komplikaci na podkladě mikroangiopatie (postižení malých cév), jedná se o poškození kapilár sítnice, které může vést k trvalému poškození nebo ke ztrátě zraku. Podle Jirkovské et al. (2014) ji dělíme na neproliferativní, kdy jsou na cévách sítnice mikroaneurysmata (drobné výdutě) v jejichž důsledku dochází k drobnému krvácení. Dále na proliferativní, kdy je již přítomna novotvorba cév a dochází k odchlípení sítnice a ke krvácení uvnitř oka. Na základě výše uvedených změn v oku dochází k otoku žluté skvrny, místa nejostřejšího vidění, a v takovém případě se hovoří o diabetické makulopatii. Prevalence této komplikace se u obou druhů DM liší. V případě DM 1. typu trpí po 20 letech trvání nemoci diabetickou retinopatií 80 % diabetiků a slepota hrozí u 4 % (Perušičová, 2016). V případě DM 2. typu jsou statistiky

pro diabetickou retinopatii 60 % a z toho 1,5 % je ohrožených slepotou (Perušičová, 2016). Prevencí je dobrá kompenzace diabetu a zcela zásadní jsou pravidelné kontroly očním lékařem. Dostupné léky mohou průběh jen zpomalit a účinnou léčbou je laserová terapie. Při přípravě diabetika na vyšetření očním specialistou je třeba brát v úvahu nutnost zajistit klientovi doprovod, počítat s časovou náročností vyšetření a vybavit se jídlem, pitím a léky (zejména v případě inzulinoterapie). Vyšetření není bolestivé, ale bývá zdlouhavé a klient nemůže při návratu domů řídit motorové vozidlo, jelikož má dočasně rozostřené vidění apod.

### **Diabetická neuropatie**

Podle Rybky et al. (2006) se tato pozdní komplikace vyskytuje po více jak 10 letech trvání nemoci téměř u všech diabetiků, ale klinicky se projevuje u 60 %. Diabetická neuropatie se dělí na periferní a autonomní (Rybka et al., 2006). Těmito klinickými projevy rozumíme u periferní neuropatie bolesti dolních končetin a jejich pálení a brnění, vše především v noci. V případě autonomní neuropatie jsou klinickými projevy poruchy funkce různých orgánů v těle. Jako nejvíce riziková pro pacienta se jeví kardiální neuropatie, kdy při prodělání akutního infarktu myokardu nebo závažné arytmie chybí varovné bolestivé příznaky (Mazanec, 2012). Léčba této komplikace spočívá především v dobré kompenzaci diabetu a podávání vitaminů skupiny B, zejména thiaminu.

### **Syndrom diabetické nohy**

Touto chronickou komplikací cukrovky, tedy postižením nohou, se zabývá lékařský obor podiatrie. Jako nohu označujeme dolní končetinu pod kotníkem. Jirkovská et al. (2014) popisuje druhy diabetické nohy podle příčiny na neuropatickou (postižení nervů) a neuroischemickou (cévní nedostatečnost). Změny postihují cévy, kůže i nervy a syndrom diabetické nohy má pozvolný nástup a je zpočátku nenápadný. Nejdůležitější je prevence a včasné řešení drobných zranění, otlaků a kožních infekcí. Do této kategorie řadíme také postižení kostí a kloubů diabetem, tedy nosných částí nohy s následnými výraznými deformitami. Toto postižení se nazývá Charcotova osteoartropatie a nesmíme na ni zapomínat nebo ji podceňovat (Jirkovská et al., 2014). Důležitá je důsledná kontrola stavu dolních končetin a dodržování zásad péče o nohy, aby nedocházelo k jejím trvalým deformitám, ulceracím (utváření vředů) a následně k amputaci. Podiatrické komplikace jsou častým důvodem k hospitalizaci a významně snižují kvalitu života diabetiků, kteří

se této komplikace velmi obávají. Naprostá nutnost při vzniku gangrény či ulcerace je odlehčení končetiny a zabránění jakémukoli tlaku na nohu. Podle Jirkovské et al. (2014) je diabetiky třeba motivovat k preventivnímu vyšetření neurologem, k absolvování vyšetření cév a sledování kožní teploty na končetinách. Dále je významná minimalizace mykóz a hyperkeratóz (rohovatění kůže). Úkolem pečujícího týmu je ukázat klientům nejen vlastnosti správné obuvi, ale naučit diabetika správně o nohy pečovat, provádět samovyšetření např. pomocí testu Neuropad a nosit pro diabetiky vhodné ponožky. Důležité je vysvětlit možnost předpisu poukazu na profylaktickou diabetickou obuv lékařem, pokud neuropatie je již prokázána a hrozí syndrom dia nohy. Tyto pomůcky nejsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a je nutná participace klienta. Úlohou sociálního pracovníka je při rozhovoru s rodinou zmínit vhodnost nošení správné obuvi a najít spolu s klientem možnost, jak vyhovět doporučení zdravotníků.

### 3 Sociální práce s diabetiky

Součástí komplexní péče o diabetiky je sociální pomoc a pokud je to možné i sociální terapie. Zdravotně sociální pracovník je k dispozici v týmu pečujícím o klienta po dobu hospitalizace a pracuje i s klienty ambulantně docházejícími na kontroly na diabetologii. Sociální práce s diabetiky znamená motivovat je k činnostem, které neprodłużují a nezhoršují jejich sociálně nepříznivou situaci, aktivně přistupovat ke změně životního stylu a využívat všechny možnosti k zabránění sociálního vyloučení klienta z důvodu prožívání náročné životní situace. Diabetes mellitus vyžaduje celoživotní péči a vhodným přístupem lze většině diabetiků umožnit téměř normální způsob života. Zlepšení kvality života předpokládá aktivní účast diabetika na léčbě, který v procesu celoživotní edukace získává kompetence potřebné k získání kontroly nad svojí situací. S využitím sociálně terapeutických pohovorů je snaha získat rodinu a nejbližší okolí ke spolupráci a k aktivnímu přístupu v řešení vzniklých situací. Výhodou je možnost zapojení diabetika do různých organizací jako je ČDS (Česká diabetologická společnost) nebo SDČR (Svaz diabetiků ČR) a mnoha dalších laických sdružení jako např. DiAktiv Czech Republic z.s., DiaHelp – svaz diabetiků z.s., Diakar, Diacel a Inzulínek. Touto cestou diabetik může získat další informace o své nemoci, může využít nabídku rekondičních a rehabilitačních pobytů, pokud je nepořádá přímo diabetologické pracoviště, kam dochází. Laické organizace nabízejí různé formy vzdělávání, osvětu, poskytují klientům přístup k informacím o nových trendech v léčbě, ale i poradenství nebo bezplatné právní poradny. V neposlední řadě nabízejí možnost zapojení diabetika do aktivního trávení volného času a různé spolkové činnosti. Je ovšem nutné zmínit, že každý klient je jiný a má jiné možnosti a schopnosti. Toto vede k nutnosti poskytování péče individuálně, jelikož někteří klienti se do těchto organizací zapojit nechtějí anebo nemohou (např. problém s mobilitou či neznalost práce s informačními technologiemi). V takovém případě je pak nutné zvolit formu sociální pomoci dle konkrétní situace, mít individuální přístup, respektovat klientovy schopnosti, možnosti, vlastnosti osobnosti, jeho přání a cíle, kterých by chtěl dosáhnout. Cílem je umožnit diabetikovi maximálně využít možnosti zdravotní a sociální pomoci dle místa bydliště. Optimální je zapojit klienta do péče diabetologického centra, kde je možné využít rozmanitosti a komplexity multi-disciplinárního týmu.

### 3.1 Týmová spolupráce

Problémem týmové spolupráce může být rozdílný status spolupracujících profesí. V symbolické hierarchii profesí se sociální práce nachází teprve za takovými profesemi jako jsou lékaři, psychologové a zdravotní sestry. Proto hned na počátku při sestavování týmu musíme objasnit poslání, prostředky a etické principy fungování každé profese a předcházet problémům a nepochopením při stanovení priorit a prostředků k řešení situace klientů (Janebová, 2014). Profesně rozdílné je i užití termínů. Zdravotníci používají výraz „pacient“, což je svým významem osoba nemocná nebo zraněná, která potřebuje lékařskou péči a ošetření. Slovo pochází z latinského *pati*, což znamená něco podstoupit nebo trpět. Termín „klient“, používaný v sociální práci, pochází také z latiny, kde znamená „svěřenec, chráněnc, poddaný“ (Jandourek, 2001). V současné době je možné definovat klienta v rámci sociální práce jako osobu, rodinu nebo sociální kategorii, kterou je možné vymezit dle společného znaku nebo určitou sociální skupinu. Klientem tedy je osoba nebo skupina osob, na niž je zaměřena intervence sociální práce (Musil, 2004). V průběhu času došlo ke genezi konotace tohoto pojmu, takže začal být používán v oblasti obchodu jako synonymum zákazníka či zadavatele, který má rovnocenný vztah s poskytovatelem služby a z této oblasti se dostal do terminologie pomáhajících profesí v nově emancipovaném slova smyslu, zdůrazňujícím rovnoprávný vztah mezi klientem a pracovníkem (Janebová, 2014).

Na začátku týmové práce je třeba vymezit role členů týmu a diskutovat jak vedoucího týmu, tak jeho kompetence. Sociální práce má za cíl udržet či obnovit sociální síť klienta, tedy všechny vztahy od partnerského přes rodičovský až po přátelský či kolegiální (Kuzníková et al., 2011). Předmětem sociální práce je člověk ohrožený a tísněný nějakou životní událostí, jakou je i chronická nemoc se všemi svými dopady. Sociální práce ve zdravotnictví je specifická činnost, pro kterou je nutné dobře znát diagnózy a jejich odraz v sociální oblasti. Znalost medicínských oborů a jejich specifík patří k povinnému vzdělání sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení (Kuzníková et al., 2011). Sociální pracovník se vždy zaměřuje na konkrétní sociální situaci určeného klienta a v tom je jeho hlavní přínos pro práci multidisciplinárního týmu. Současně preferovaný bio-psycho-sociální přístup zdůrazňuje nutnost mezioborové spolupráce. Sociální pracovník je prostředníkem mezi nemocným a okolním světem. Sociální pracovník vyřizuje pacientovi záležitosti, které si sám zaříditi nemůže a poskytuje poradenství.

Jeho práce spočívá především v sociální pomoci a v sociální prevenci. Sociální pomoc představuje sociální poradenství včetně jednání s institucemi, řešení otázek finančních a kooperaci s příbuznými klienta. Sociální prevence zahrnuje rozhovor s každým klientem a předem zajišťuje případné sociální obtíže. K předpokladům sociálního pracovníka patří schopnost rozeznat, zda klient skutečně vyžaduje aktivní pomoc a asistenci, anebo zda je vhodnější rozhovor a naslouchání. Především zdravotní sestry se významně podílejí na zjišťování změn sociálního stavu pacientů vyvolané nemocí. Dále zjišťují sociální potřeby nemocných a pomáhají zajišťovat potřeby, které naplňuje odborný sociální pracovník. Nedílnou součástí komplexní péče o diabetika je péče o jeho psychický stav, proto by měl mít psycholog, psychoterapeut či psychiatr své stálé místo v týmu.

### **3.1.1 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu**

Význam práce zdravotně sociálního pracovníka spočívá v jeho kompetenci porozumět psychosociální složce onemocnění a vztahu mezi sociálními a zdravotními okolnostmi dané situace. Sociální práce podporuje sociální změnu a řešení vztahových problémů, současně se snaží o zplnomocnění klientů s cílem zlepšit jejich biopsychosociální pohodu (Matoušek, 2013). Psychosociální poradenství je poskytováno jako služba, která umožní klientovi vyrovnat se s jeho situací a rozvinout nové možnosti řešení (Kuzníková et al., 2011). Kvalita života klienta závisí na míře jeho osobní spokojenosti s podmínkami vlastního života a zázemím, dostatku vnitřní síly, podpory a pozitivní zpětné vazby z okolí. Sociální pracovník musí mít jisté osobnostní předpoklady, aby mohl tuto profesi kvalitně vykonávat a pomáhat v procesu léčení (Kopřiva, 2013). Musí být zralou osobností se zkušenostmi a znalostmi sama sebe, sebepoznáváním, schopností nezájatého sebehodnocení a musí mít schopnost tolerovat mnohoznačnost a vidět situace z různých úhlů pohledu (Křivohlavý, 2009 b).

Sociální pracovník má nezastupitelnou roli v celém procesu práce s diabetikem. Při záchytu onemocnění je nápomocen v procesu edukace, kdy klient získává množství informací a je tedy nutná změna životního stylu, někdy i změna zaměstnání, jelikož nemoc může vést k dlouhodobé pracovní neschopnosti či odchodu do invalidního důchodu. Tyto náročné životní situace pomáhá v optimálním případě klientovi řešit celý tým, včetně možnosti psychoterapie. Sociální práce je v tomto směru nezastupitelná. Sociálního pracovníka oslovuje nejen klient, ale všichni členové týmu,

protože výsledek sociálního šetření je významný při rozhodování o změně léčby, zejména při přechodu na inzulínoterapii, při nutnosti hemodialýzy nebo zařazení do transplantačního programu. Sociální práce s klientem je zaměřena na jeho problémy, např. jak reaguje na léčbu fyzicky a emocionálně, co by se dalo udělat, aby se cítil lépe a příjemněji a zda jsou indikovány služby dalších odborníků, např. fyzioterapeuta, psychologa či psychiatra (Jirkovská et al., 2014). Protože jsou informace o nemocném a jeho zázemí poskytovány v rámci týmu všem, mají příležitost dozvědět se o nemocném daleko více než by bylo možné při běžné zdravotnické péči. Zdravotníci mají díky práci zdravotně sociálního pracovníka zajištěn komplexnější pohled na nemocného a mohou mnohem snadněji strukturovat i svůj vlastní přístup.

### **3.1.2 Sociální práce a diabetes mellitus**

Sociální pracovník je pro diabetiky nejlépe dostupný v rámci multidisciplinární péče v některém z center pro léčbu diabetu, ale zdravotně sociální pracovník je jako nelékařský odborník k dispozici v každé nemocnici a současně diabetologické ordinace spolupracují s terénními sociálními pracovníky v místě bydliště svých klientů. Většina diabetiků dochází na diabetologii, přesto část klientů s diabetem 2. typu navštěvuje jen svého praktického lékaře. Péče diabetologa jako specialisty je obecně upřednostňována. Sociální práci s diabetiky lze rozdělit na práci s dětskými diabetiky a jejich rodinami a na práci s dospělými diabetiky. V případě nezletilého diabetika pomáhá vyřešit sociálně zdravotní pracovník péči o něj v rámci rodiny, sociální poradenství se většinou týká poskytování dávek státní sociální podpory (SSP), protože jedná-li se o zdravotně postižené dítě, některé dávky SSP je možné rodině poskytovat za jiných podmínek než u zdravých dětí, za delší dobu nebo ve vyšší částce (Liga vozíčkářů, 2015). Dále se jedná o možnost využití všech druhů sociálních služeb včetně půjčování kompenzačních pomůcek, pomoc s vyřízením žádosti o příspěvek na péči nebo s umístěním malého diabetika do předškolního zařízení apod. Sociální pracovník by měl seznámit rodinu se skutečností, že podle zákona 108/2006 Sb. a vyhlášky 505/2006 Sb. se OSSZ obrátí s žádostí o posudek na praktického lékaře, tedy pediatra, nikoli ošetřujícího diabetologa. Mállokterý pediatr je natolik seznámen s problematikou diabetu a posuzováním příspěvku na péči, aby posudek napsal se všemi náležitostmi, proto je vhodné jej dopředu seznámit se všemi úkony, které rodiče u svého dítěte v souvislosti s diabetem provádějí.

Práce s dospělými diabetiky znamená většinou pomoc s vyřizováním starobního či invalidního důchodu, zde je třeba podotknout, že samotný dobře kompenzovaný diabetes bez komplikací není důvodem k přiznání invalidity (Rybka et al., 2006). Při diabetu s komplikacemi nebo výrazným metabolickým kolísáním tento nárok vzniká, současně s možností žádosti o příspěvek na péči, mobilitu, průkaz ZTP nebo ZTP/P nebo příspěvek na zvláštní pomůcku. Sociální pracovník pomáhá řešit také situaci klientů, jimž diagnóza diabetes mellitus změní profesní život, např. riziko hypoglykémie u profesionálních řidičů, při práci ve výškách apod., kdy je nutné ze zdravotních důvodů přerazení na jinou práci nebo rekvalifikace. Sociální pracovník pomáhá klientům s diabetem najít vhodné pracovní uplatnění a spolupracuje s agenturami podporovaného zaměstnání. V rámci edukací se diabetik seznamuje s dostupnými pomůckami a možnostmi léčby. Sociální práce zahrnuje též spolupráci při zajištění vhodných podmínek pro změnu léčby, např. diabetik žijící trvale na ubytovně nebude moci dodržovat pravidla a nutná doporučení zdravotníků v případě transplantace. Při nutnosti zahájení dialyzační léčby z důvodu progresu renálních komplikací diabetu je sociální šetření významné pro rozhodování o možnosti domácí peritoneální dialýzy. Zdravotně sociální pracovník se orientuje ve výhodách pro osoby se zdravotním postižením, může pomoci přispět k řešení situace sociálně slabého klienta informacemi o nárocích na daňové a poplatkové úlevy (např. osvobození daně ze staveb, úlevy na správních i místních poplatcích, osvobození z poplatku za použití dálnice), slevách na telefon, slevách zemního plynu a elektrické energie. V případě hospitalizace a propuštění do domácího ošetřování je nutné vědět do jakého prostředí se diabetik vrací, spolupracovat s jeho registrujícím praktickým lékařem. S tím souvisí i zajištění následné péče pro některé klienty, např. umístění do jiného typu ústavního zařízení či zajištění pečovatelské služby.

Komplikace diabetu vedou ve svých důsledcích často ke změně subjektivně vnímané kvality života a s ní spojené individuální spokojenosti. Sociální práce se zaměřuje na pozitivní stránky života nemocných, nespokojí se pouze s absencí symptomů a posiluje diabetika k překonávání náročných životních situací. Komplikace diabetu ve svých důsledcích často znamenají omezení či handicap, např. v pohyblivosti (ztráta končetiny), v orientaci (ztráta zraku), v ekonomické soběstačnosti (dlouhodobá pracovní neschopnost), v zaměstnávání (omezení pro práci ve výškách nebo profesionální řidiče)



nebo také v sociální integraci (přijetí dítěte s diabetem do předškolního zařízení). Klient může být společensky znevýhodněný i v různých kombinacích výše uvedených možností a o to je s ním práce náročnější (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011). Vše výše zmiňované znamená nezbytnost propojení zdravotní a sociální práce nutnost jednat s každým jako s jedinečnou a celostní bytostí.

## **3.2 Edukace a self-monitoring**

Diabetes vyžaduje spolupráci klienta při dodržování nutričních a režimových doporučení, dlouhodobé a pravidelné užívání medikace. Lékař vyžaduje od klienta každodenní přiměřenou fyzickou aktivitu, monitoring glykémie, v případě inzulinoterapie se od klienta očekává i potřebná fyzická dovednost k manipulaci s pomůckami. Edukace je proces, který posiluje dovednosti a znalosti diabetika nejen v oblasti self-monitoringu (samostatné měření glykémie), ale i všeobecné znalosti o jeho nemoci. Compliance pacienta znamená schopnost a ochotu klienta pravdivě popsat lékaři svůj zdravotní stav i příčiny a okolnosti, které mohly způsobit jeho změny a přiměřeným způsobem s pomocí pečujícího týmu usilovat o zlepšení (Jirkovská et al., 2014). Je důležité, aby pacient dokázal sdělit i ty okolnosti, které jsou v protikladu s dřívějšími doporučeními nebo obecnými zásadami léčby. Tyto okolnosti musíme společně brát v úvahu při samostatných úpravách léčby.

### **3.2.1 Edukace**

Edukace je nezbytná součást úspěšné léčby diabetu. Kompenzace diabetu závisí z velké části na pacientovi samotném, který by měl vědět, proč má dělat to, co je mu doporučováno. Společným cílem je zlepšit zdravotní stav pacienta, kompenzaci jeho diabetu a v neposlední řadě zlepšit kvalitu života. Edukace je rozdělena do 3 fází – základní (počáteční) edukace, komplexní edukace a reedukace (Jirkovská et al., 2014). Počáteční edukaci vede především lékař-diabetolog a postupuje pomalu, aby nemocného neodradil přemírou informací. Hlavním cílem je zlepšení stavu pacienta a zajištění adekvátní kompenzace onemocnění. Komplexní edukace začíná obvykle za 4 až 6 týdnů po skončení základní fáze edukace, kdy diabetik již má první praktické zkušenosti a zároveň může definovat problémy, které potřebuje řešit (Rybka et al., 2006). Je důležité probrat s klientem všechny aspekty diabetu (např. zásady správné

kompenzace, komplikace a jejich prevence). Edukační tým složený z odborníků (lékař-diabetolog, diabetologická sestra a nutriční terapeut) se snaží přimět pacienta s diabetem, aby aktivně spolupracoval. Poslední fáze, reedukace, probíhá jak individuálně, tak skupinově a je zaměřena na specifické problémy pacienta (obezita, hypoglykemie apod.) a plní úkol jeho opakované motivace (Jirkovská et al., 2014). Edukace má být vedena formou diskuse s možností sdělování vlastních zkušeností pacienta. Také se využívají praktické ukázky a praktický nácvik samotným pacientem (nezbytné je opakování). Podmínkou úspěšné edukace je dostatek edukačních materiálů a zejména potřebný časový prostor, který může být využit k doplnění osobní edukace o video formu, edukační filmy, počítačové programy či různé obrázky. Pokud je edukace dobře vedena, zlepší se compliance pacienta, jeho metabolická kompenzace a sníží se výskyt akutních komplikací (Jirkovská et al., 2014). V tomto se nachází velký prostor pro realizaci sociální práce, jelikož výše zmiňovaná lékařská doporučení mohou přesahovat materiální či osobnostní a mentální zdroje klientů. Je na sociálním pracovníku a spolupráci edukačního týmu, aby správně vyhodnotili situaci klienta a jeho možnosti a poté přizpůsobili tato doporučení do reálně dosažitelné podoby. Tímto způsobem lze zlepšit vnímání zdravotních doporučení a jejich pozitivních dopadů, což je klíčové pro maximální compliance klientů. Jako jednoduchý příklad lze uvést doporučení nutričního specialisty konzumovat kvalitní uzeniny s vysokým obsahem masa. Takovéto doporučení je na první pohled jasné a dosažitelné, avšak bez zohlednění finanční situace a chuťových zvyklostí klienta může být zcela bez účinku.

Nejčastěji je edukace zaměřena na pravidelný denní režim a dietu (Jirkovská et al., 2014). Nejprve se s pacienty postupně a po jednotlivých krocích nastavuje plán, který sami uznají jako splnitelný. Následuje motivování k tomu, aby zaznamenávali své úspěchy a nechali se jimi motivovat k dalším krokům. Diabetes je náročné onemocnění jak pro pacienty, tak pro lékaře. Lékaři mohou pacientům předepsat léky, pokud se však má těmto pacientům skutečně (komplexně) pomoci, je nutné se zamyslet společně s nimi nad tímto jejich základním onemocněním a jeho dalšími možnými souvislostmi s jejich životní situací. Diabetici však často obtížně spolupracují. Celý tým jim pomáhá zvládat jejich nemoc, přičemž využívá jejich osobních vlastností. Vlastnosti jako otevřenost ke světu, optimismus, systematičnost apod. pomáhají zvládat náročné životní situace u chronicky nemocných. Perušičová (2017) zmiňuje, že diabetik musí umět zareagovat

nejen na pokles hladiny cukru (hypoglykémii), ale musí umět interpretovat symptomy, jež ho mohou ohrozit i na životě. V návaznosti na to zdůrazňuje důležitost podporování diabetikovy schopnosti kontrolovat jeho nemoc a předcházet chronickým komplikacím diabetu, které mají významný vliv na kvalitu života.

### **3.2.2 Self-monitoring**

Jirkovská et al. (2014) zmiňuje, že self-monitoring znamená provádět pravidelné měření podle dohodnutého plánu a častější profily vždy před kontrolou a také vždy, když něco vybočí z normálu, ať už se jedná o nějaké onemocnění (průjem, teploty, zvracení apod.) nebo změnu fyzické aktivity (vždy kontrola glykémie před a po zvýšené zátěži) či výrazné změny režimu (práce na směny, cestování apod.). Pravidelné samostatné měření hodnot glykemií znamená pro diabetika nezbytný návyk a u terapie inzulinem je naprostou nutností. Samotné měření by pro klienta nemělo být jen zapisováním čísel. Měření glykémie by diabetika mělo ideálně vést ke správné reakci na změřenou hodnotu a následné úpravě léčby nebo režimu.

#### **Glykemie, glykemické profily a kontinuální monitorace glykemií**

Glykemie je termín pro vyjádření koncentrace glukózy v krvi. Je udržována ve stálém rozmezí a na jejím řízení se podílejí hormony pankreatu a nadledvin. Metabolismus glukózy řídí především hormon zvaný inzulin, tvořící se v beta-buňkách Langerhansových ostrůvků (Rybka et al., 2006). Inzulin glykémii snižuje. Dalšími hormony působícími v tomto metabolismu je pak glukagon a adrenalin, které naopak hodnotu glykemie zvyšují (Rybka et al., 2006). Glykemie se udává v jednotkách milimol na litr (mmol/l) a pohybuje se v rozmezí mezi 3,3 -5,5 mmol/l. U zdravého jedince prakticky neklesne pod 3,3 mmol/l a nalačno nestoupne přes 5,5 mmol/l (Perušičová, 2016). Hodnota aktuální glykemie se může rychle měnit, rozlišujeme tedy, zda se jedná o hodnotu na lačno, či o hodnotu po jídle (postprandiální). Postprandiální glykemie se nejčastěji měří dvě hodiny po jídle. Glykémie je závislá na mnoha faktorech, například na fyzické aktivitě, na aktuálním psychickém stavu nebo na přítomnosti dalšího onemocnění. Podle Škrhy et al. (2009) se do hodnoty lačné glykémie na jedné straně promítají endogenní vlivy (nárůst inzulinové rezistence v časných ranních hodinách vlivem biorytmu růstového hormonu a produkce glukózy v játrech). Na druhé straně se do hodnoty glykémie promítají exogenní vlivy (dávka inzulinu aplikovaná v pozdních

večerních hodinách a s ní související výskyt nebo absence noční hypoglykemie). A dále pak konzumace jídla večer a v nočních hodinách nebo větší fyzická námaha ve večerních hodinách.

Měření glykemie a spolupráce v self-monitoringu je po provedené edukaci většinou bezproblémová, jen je nutné vybrat vhodný glukometr, který vyhovuje možnostem a potřebám klienta. Provádění self-monitoringu, je základem kontroly diabetu. Z veřejného zdravotního pojištění je plně hrazeno omezené množství testovacích proužků do glukometru (maximálně tisíc kusů ročně po schválení revizním lékařem). Pro klienty s labilním diabetem a s častými výkyvy hodnot glykemie, které vyžadují častější měření, je snaha získat větší množství proužků spoluprací s firmami nebo nadacemi, které mohou poskytnout materiál zdarma nebo za výhodnější cenu. Další možností zjišťování hodnoty krevního cukru je kontinuální monitorace glykemie, což je invazivní metoda, ke které se používají jehlové elektrochemické glukózové senzory implantované do podkoží (Jirkovská et al., 2014). Monitorovací zařízení se skládá z vlastního senzoru zavedeného klientovi na dobu jednoho týdne subkutánně (podkožně), dále z transmiteru přenášejícího signál a z přijímače, který signál analyzuje a uchovává (Pitřhová a Štechová, 2013). Tato metoda je velmi přesná a pro klienta komfortní, je však finančně náročná. Pro dospělé diabetiky není plně hrazená z veřejného zdravotního pojištění, a je používána pouze diabetiky léčené inzulinem se sklonem k hypoglykemiím. Součástí self-monitorace je i zjišťování obsahu cukru a ketolátek (produkt oxidace mastných kyselin) v moči pomocí testovacích proužků, protože výskyt glykosurie (přítomnost glukózy v moči) je u diabetika častý.

## 4 Náročná životní situace

Náročnou životní situací rozumíme konflikt (rozpor mezi dvěma zájmy nebo postoji), dále také pocit frustrace (zklamání), ale především nadměrnou zátěž stresem. Život každého jedince provázejí události a situace, které jsou pro něj zdrojem zvýšené psychické či fyzické zátěže. Na řešení stresových situací neexistuje jednotný návod, protože k úspěšnému zvládnání stresu napomáhá mnoho faktorů, jako je pozitivní přístup člověka k životu, dostatečná sebedůvěra nebo jistý nadhled. Vyjmenovat všechny náročné situace je složité, vždy záleží na konkrétním člověku a na míře jeho frustrační tolerance (odolnosti jedince). Dále také záleží na tom, co je klientem vnímáno jako nepříjemnost, a co je již vyhodnoceno jako náročná životní situace (Růžička et al., 2013). Některé náročné životní události můžeme očekávat, jako např. smrt starého nemocného člověka, avšak mnohé jsou takového charakteru, že je nelze předvídat jako např. dopravní nehoda či náhlé závažné onemocnění. Stresové situace ovlivňují naši psychiku a působí nejen na naše emoce. Každý, kdo se ocitne v zátěžové situaci, se jí snaží nějakým způsobem zvládnout nebo zmírnit. Někdy se jedná o uvědomělou a cílenou strategii, jindy lidé uplatňují nevědomé obranné mechanismy (Mareš, 2012).

### 4.1 Náročná životní situace a její dopady

Náročné životní situace lze zjednodušeně, podobně jako nemoci, rozdělit podle průběhu na „akutní“ a „chronické“. Chronická náročná životní situace přináší dlouhodobou zátěž s méně dynamickým průběhem. Naopak akutní stres nebo krize, přichází nečekaně a rychle pomíjí. „*Současná psychologie definuje krizi jako náročnou životní situaci, kterou člověk není schopen zvládnout sám, či za pomoci svých blízkých v přijatelném čase svými navykými způsoby*“ (Růžička, 2013, s. 14). Příčiny náročné životní situace mohou být různé jako např. úmrtí blízkého člověka, ztráta zaměstnání nebo nemoc. Růžička (2013) také uvádí, že akutní stres se může projevit různým způsobem, jako je emoční rozrušení, ztráta sebekontroly, narušení psychické rovnováhy, zhoršené sociální fungování nebo také somatické obtíže.

Základní a nejstarší reakcí na náročnou situaci je útek nebo útok, kdy naše tělo spustí složitý řetězec vrozených reakcí, které by měly vést ke zvládnutí situace. Opačnou reakcí na zátěžové situace může být apatie, která pokud nezvládaný stres trvá dlouhou dobu, může přerůst až v depresi (Perušičová a Mohr, 2013). Z pohledu psychologie lze

předcházet stresovým situacím s pomocí souboru rad jako jsou výběr realistických vlastních cílů, předcházení perfekcionismu, pravidelné stanovení priorit, pozitivní myšlení, využití relaxačních technik, aktivní vyhledávání emocionální podpory v okolí či pomoc odborníka (Jirkovská et al., 2014). Ovšem klienti mohou mít nepříjemné, rušivé myšlenky a vlivem vysoké emoční aktivity může být narušeno zpracování informací a oslabeny i jejich kognitivní funkce. Důležité je zmínit, že podle Mareše (2012) může po závažné negativní události (traumatu) dojít k výrazné pozitivní změně a rozvoji jedince, jak v jeho emočním, tak v kognitivním životě, a takto se může dostat nad svou dosavadní úroveň adaptace a psychologického fungování, což je také možno formulovat jako nové chápání a přijetí života. Tomuto procesu nebo posléze výslednému stavu se říká posttraumatický rozvoj. Posttraumatický rozvoj člověka vede nejprve k hledání smyslu události, obecně k porozumění životu a dále k hledání přínosu traumatické události, kdy se jedinec snaží najít v těžké životní situaci něco dobrého a centrem pozornosti je jeho osobnost, individuální schopnosti, sebedůvěra a transformace jeho pojetí světa (Mareš, 2012).

## **4.2 Měření náročné životní situace**

Náročná životní situace může být měřena jak kvalitativní (např. strukturovaný či polostrukturovaný rozhovor) tak kvantitativní metodou (např. formou dotazníku). Přestože kvantifikace zjednodušuje problematiku náročné životní situace a stresu a může často vést k přehlédnutí důležitých informací, je možné tvrdit, že pochopení této metody měření rozvíjí analytické pojetí náročných životních situací. V současnosti existuje mnoho validovaných dotazníků, avšak stěžejní bod pro vývoj kvantifikace náročných životních situací a stresu zůstává Holmes a Rahe, jenž v roce 1967 vytvořili studii o stresu, ze které vyplynul žebříček stresorů a bodové hodnocení jednotlivých situací nebo událostí (Mareš, 2012). Tyto body jsou sčítány během jednoho roku (hranice 150 bodů) nebo tří až pěti let (hranice 300 bodů) a tímto způsobem hodnotí míru zátěže klienta. Nejvíce bodů je přiřazeno úmrtí jednoho z manželů – 100 bodů. Příklady bodového hodnocení, které úzce souvisejí s diabetem, jsou zranění nebo nemoc - 53, ztráta zaměstnání - 47, odchod do důchodu - 44, změna finanční situace – 38, změna v povolání – 36, změna v osobních zvycích – 24, změna ve společenském životě - 18, změna stravy – 15. Náročnost životních událostí spojených s diabetem má kumulativní charakter, což je v tomto bodovém

hodnocení velmi dobře reflektováno. Mareš (2012) zmiňuje, že nedostatkem tohoto bodového vyhodnocení stresové zátěže může být, že Holmes a Rahe nezohledňovali skryté stresory, rozdíl mezi prožitkem stejné události v různém věku a kontextuální rozdíly výskytu jednotlivých stresorů (např. přirozené úmrtí starého člověka oproti úmrtí mladého rodiče s osiřením dětí). Z výše zmíněných důvodů byla tato metoda předmětem diskusí a kritiky. Modernější formou je De Meusova škála (Mareš, 2012). V tomto pojetí je nejvíce bodů přiřazeno úmrtí manžela/manželky – 93, úmrtí blízkého člověka – 87, další příklady bodového hodnocení jsou třeba zranění nebo nemoc - 62, ztráta zaměstnání - 76, odchod do důchodu - 63, změna finanční situace – 52, rekvalifikace – 39, změna stravy – 28. Hodnocení skrze kumulativní součet bodů v určitém časovém intervalu je obdobné jako u autorů Holmese a Raheho.

### **4.3 Zvládání náročných situací**

Zvládání náročných životních situací je proces, během kterého dochází ke vzájemné interakci mezi člověkem a danou situací. Reakce člověka záleží na mnoha faktorech. Podle Křivohlavého (2002) je stres působení dvou protikladných sil. Zmiňuje, že na jedné straně je stresor, který je pro klienta zátěží, a na druhé straně je soubor tzv. salutorů (pozitivních faktorů). Z tohoto vyplývá, že pokud převažují stresory, dochází ke stresu. A pokud tento nepoměr přesahuje zvládnutelnou hranici, dochází k patologickému distresu. Křivohlavý (2002) označuje pojmem „stresor“ nadměrný požadavek působící na organismus po psychické, ale i po fyzické stránce. O tom, jaká situace se pro nás stane stresorem, rozhoduje nejen charakteristika stresoru, ale i naše psychika, naše vnímání a naše hodnocení dané situace. Podněty, jež takové odpovědi organismu vyvolávají, mohou být vnější či vnitřní. První nepříznivou psychickou reakcí na stres, která komplikuje vztahy s okolím je popírání, které se objevuje v období vážných životních krizí (Perušičová a Mohr, 2013). Popření skutečnosti bývá do jisté míry neúmyslné a dotyčný odmítá vzít naplno na vědomí konkrétní stav věcí či situaci. Dále jsou popsány reakce agresivní (projev bezmoci), reakce úzkostné (přílišná úzkost vede ke zhoršení kvality života), v neposlední řadě je třeba zmínit reakce depresivní – v případě, že jde o depresi chorobnou, je vhodná systematická psychiatrická léčba (Perušičová a Mohr, 2013). Je možné tvrdit, že každý z nás je do určité míry odpovědný za to, jak dopadne jeho osobní boj se stresem a zátěžovými situacemi. Způsob či strategie vypořádání se

s náročnou životní situací je záležitost ryze individuální a je úzce spjata s výše zmíněným mechanismem copingu (viz. kapitola 1.2.1). Někdo je více a jiný méně přizpůsobivý, někdo je úzkostný, jiný naopak impulzivní a prožívá událost svým specifickým způsobem. Podle (Jirkovská et al., 2014) rozeznáváme strategie zaměřené na řešení problému, kdy se vlastní aktivitou snažíme danou situaci konstruktivně řešit (např. změnit podmínky, které stres vyvolávají). Další možnou strategií je vyrovnávání se s emocionálním stavem a zaměření se na regulaci stresem změněného emocionálního stavu. Důležité je zmínit, že projevem stresové reakce může být typické „zajídání starostí“ nebo i opačně nechuť k jídlu. Avšak tyto příklady zvládání stresu mohou mít kritický dopad na život diabetika skrze např. rozkolísání dosavadního životního stylu, denního režimu, compliance, atd. S ohledem na důležitost výše zmíněných témat pro život jedince, je možné předpokládat, že tato problematika má výrazný vliv na kompenzaci diabetu a motivaci klienta.

#### **4.4 Chronické onemocnění jako náročná životní situace**

Samotná dlouhotrvající nemoc je souhrou mnoha faktorů a chronicky nemocní klienti prožívají velké množství stresu, který má negativní účinky na jejich zdraví (Křivohlavý, 2001). Jak zmiňuje Jirkovská et al. (2014), onemocnění diabetem díky nutnosti dodržovat komplexní léčebný režim s sebou nese rozsáhlé psychické i sociální problémy. Laická veřejnost, tedy okolí diabetika, je často přesvědčena o tom, že „cukrovka je z cukru“, a že tedy stačí omezit konzumaci sladkostí či přestat sladit kávu a tím je vše vyřešeno. Diabetik se s takovým postojem setká často, může se pak cítit nepochopen a zažívat pocity méněcennosti. Jak uvádí Perušičová a Mohr (2013), prevalence deprese u lidí s diabetem oproti běžné populaci je dvojnásobně až trojnásobně vyšší. Dále uvádí, že náchylnost k ovlivnění stresem je spojena s metabolickou dekompenzací při diabetu (zejména DM 2. typu) a emočním strádáním diabetika. Depresivní stavy mají u diabetiků za následek zhoršení kvality života, kompenzace diabetu, snížení compliance diabetika (spolupráce v léčbě) ve smyslu nevhodného chování v oblasti stravování a režimových opatření, v neposlední řadě vede deprese ke snížení adherence k farmakologické léčbě (chování ve vztahu k užívání léčiv). Deprese zvyšuje u klientů riziko všech příčin mortality, zejména makroangiopatických (cévních) komplikací u diabetiků, kteří jsou ohroženi zvýšeným rizikem kardiovaskulárních (srdečně-cévních) příhod



(Perušičová a Mohr, 2013). Nemocný ke své nemoci zaujímá často falešný postoj a neuvědomuje si význam a rozsah slova chronický, tedy skutečnost, že bude s chronickou nemocí žít až do smrti. Chronické onemocnění se stává nedílnou součástí života nemocného. V tomto ohledu jde o výrazný zásah do předchozího způsobu života. Jelikož se jedná o zásah veskrze negativní, nastává situace, kdy je nemocný vystaven vysoké míře stresu a velkému počtu nových stresorů (Mandincová, 2011). Je tedy možné říci, že změna životní situace naplňuje nemocného obavami a nejistotou, jež se týká jeho současného stavu a vlastní existence. Nejistota nemocného se také často vztahuje na rodinu a sociální prostředí. Úlohou celého týmu je sledovat změny v chování nemocných a možný výskyt psychických problémů (Rybka et al., 2006). Je třeba zdůraznit, že je nutné akceptovat tyto změny a problémy jako určitý způsob vyrovnávání se nemocného s danou situací. Zároveň je důležité pomoci nemocnému zorientovat se v nové situaci a podporovat přiměřený proces jeho adaptace a zpracování změny životních možností (Jirkovská et al., 2014). Adaptace si totiž vyžaduje optimální fungování jedince v rámci daného onemocnění a výrazně zasahuje do jeho jednotlivých oblastí života. Zvládnutí této situace bez podpory okolí, ať už rodinného či širšího sociálního prostředí, je velice náročné.

## 5 Shrnutí teoretické části

Život s diabetem je náročný po všech stránkách a dobrá kompenzace cukrovky znamená především aktivní zapojení diabetika v léčbě. Kromě teoretických znalostí důležitých k pochopení příčin a následků této chronické nemoci musí diabetici obou typů zvládat i různé technické dovednosti, jako je měření glykemií v rámci nezbytného self-monitoringu, zacházení s aplikátory inzulínu nebo způsob uchovávání léků (zejména inzulín není tepelně stabilní). To má za následek značnou doživotní zátěž diabetiků a někdy může být v udržení compliance limitující zdánlivá maličkost. Obvyklé jsou u klientů obavy z komplikací a z akutních je to především riziko hypoglykémie, která je může ohrozit na životě, ať již přímo nebo svými důsledky. Pozdní komplikace mohou znamenat zrakový handicap, změny ve způsobu chůze, imobilitu. Nezávisle na průběhu nemoci se klienti dostávají do různých náročných životních situací, které je třeba zvládnout, a kdy je důležitý přístup klientů k nim a různé strategie jejich zvládnání. Pochopení celkové životní situace klienta s diabetem nemůže být obsaženo jen zdravotnickým personálem a zapojení sociálního pracovníka v pečujícím týmu znamená umožnit komplexní přístup, který je v případě chronického onemocnění dle mého soudu nezbytný. V rámci léčby je na klienty s diabetem kladeno značné množství požadavků ze strany zdravotníků, často ale sami mají různé důvody proč daná doporučení nechtějí nebo nemohou dodržovat. Domnívám se, že v této oblasti zastává neopominutelnou roli sociální pracovník, který registruje a vnímá pro lékaře či sestru často neznámé skutečnosti z klientova běžného denního režimu. Toto koresponduje i s rozhovory s členy pečujícího týmu, uvedené v příloze práce. Empirická část této bakalářské práce bude zaměřena na tyto faktory, budou zmapovány náročné životní situace pacienta s diabetem a zjišťováno, kdo jim pomohl je zvládnout a jaké oblasti života může z pohledu klienta sociální pracovník účinně ovlivnit a zda tím jsou plněna klientova očekávání. Cílem bude ověřit, která z oblastí sociální práce se jeví být nejvýznamnější pro zvládnání náročných životních situací pro klienty s diabetem. Současně bude sledován i vliv sociálního pracovníka na dlouhodobé udržení spolupráce diabetika s pečujícím týmem.

## **Praktická část**

### **6 Výzkumné šetření**

Následující kapitoly jsou věnovány praktické části mé bakalářské práce. Je zde stanoven cíl výzkumu, popsána zvolená výzkumná metoda a charakterizováni vybraní informanti z odpovídajících typů pracovišť. Bude popsána a zdůvodněná technika sběru dat a průběh výzkumu. Dále je prezentována analýza a interpretace výzkumných zjištění v návaznosti na teoretickou část práce. Závěrem budou shrnuty zjištěné informace a možná doporučení.

#### **6.1 Cíle výzkumného šetření**

Cílem bakalářské práce je zmapování role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a na základě kvalitativního výzkumného šetření ověřit, která z oblastí sociální práce se jeví být nejvýznamnější pro zvládání náročných životních situací pro klienty s diabetem a možnost pomoci při překonávání složitých životních situací, ve snaze o udržení či zlepšení compliance klienta. Dále jakou mají klienti zkušenost ze spolupráce se sociálním či zdravotně sociálním pracovníkem a co by sami doporučili pro její zlepšení. Také jakým způsobem diabetes jako chronická nemoc ovlivňuje jejich život a jaké oblasti života může ovlivnit sociální práce a jaký vliv má tato práce při udržení spolupráce diabetika s týmem.

#### **Hlavní výzkumná otázka práce (HVO):**

Která z oblastí sociální práce se jeví nejvýznamnější pro zvládání náročných životních situací pro klienty s diabetem? Odpovědi na hlavní výzkumnou otázku by měly zodpovědět dílčí výzkumné otázky (DVO):

**DVO 1:** Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?

**DVO 2:** Jaké oblasti života s diabetem může z pohledu klienta sociální práce účinně ovlivnit?

**DVO 3:** Jak subjektivní vnímání kvality života diabetika ovlivňuje zvládání náročných životních situací?

**DVO 4:** Jaký má vliv sociální práce na dlouhodobé udržení spolupráce diabetika s pečujícím týmem?

**Tabulka 1:** Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek

<b>Hlavní výzkumná otázka</b>			
Která z oblastí sociální práce se jeví nejvýznamnější pro zvládání náročných životních situací pro klienty s diabetem?			
<b>Dílčí výzkumné otázky</b>		<b>Indikátory</b>	<b>Tazatelské otázky</b>
<b>DVO 1:</b> Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?	<b>DVO 1.1:</b> Které oblasti života s chronickou nemocí vnímají klienti s diabetem jako zvládnutelné sami?	Oblasti života vnímané jako zvládnutelné bez vnější pomoci	T 1: Co bylo pro vás v životě s diabetem nejnáročnější? T 2: Kdo vám pomohl při zvládání této situace?
	<b>DVO 1.2:</b> V jaké náročné životní situaci je od klientů očekáván přínos sociální práce?	Subjektivně vnímaný přínos sociální práce při určitých náročných životních situacích	T 1: Jaké máte zkušenosti s činností sociálního pracovníka? T 2: Kdy a proč očekáváte přínos sociální práce?
	<b>DVO 1.3:</b> Jaké faktory vedou k úspěšnému zvládnutí náročné životní situace?	Faktory úspěšného zvládnutí náročných životních situací	T 1: Máte nějaký vlastní způsob zvládnutí krize? T 2: Kdo nebo co vám pomáhá?
<b>DVO 2:</b> Jaké oblasti života s diabetem může z pohledu klienta sociální práce účinně ovlivnit?	<b>DVO 2.1:</b> Zjistit, zda se klienti s diabetem aktivně obracejí na sociální pracovníky.	Samostatné intence klientů obrátit se na sociální pracovníky	T 1: Vyhledal/a jste sociálního pracovníka sám nebo za pomoci někoho jiného? T 2: Z pohledu dostupnosti informací, je nějaká oblast, kde

			byste uvítal/a zlepšení? T 3: Co byste doporučil pro zlepšení spolupráce se sociálním pracovníkem?
	<b>DVO 2.2:</b> Jaké oblasti života s diabetem jsou vnímány jako nejrizikovější bez pomoci?	Oblasti života subjektivně vnímané jako rizikové bez pomoci	T 1: Čeho se ve spojení s diabetem nejvíce obáváte z hlediska budoucnosti? T 2: V jaké situaci očekáváte pomoc s jejím řešením?
	<b>DVO 2.3:</b> Jaký faktor spojený s diabetem je vnímán jako nejvíce ovlivňující kvalitu života?	Faktory diabetu subjektivně vnímané jako výrazně ovlivňující kvalitu života	T 1: Co vás na diabetu nejvíce limituje oproti předchozímu stavu?
<b>DVO 3:</b> Jak subjektivní vnímání kvality života diabetika ovlivňuje zvládání náročných životních situací?	<b>DVO 3.1:</b> Jaký druh komplikací je zásadní pro subjektivní vnímání kvality života?	Komplikace subjektivně vnímané jako zásadně ovlivňující kvalitu života	T 1: Obáváte se komplikací DM a jakých? T 2: Jste sám aktivní při prevenci komplikací DM a jak?
	<b>DVO 3.2:</b> Jak charakter komplikací ovlivňuje subjektivní vnímání života s diabetem?	Vztah charakteru komplikací a subjektivního vnímání života s diabetem	T 1: Jsou pro vás akutní komplikace náročnější zátěž než komplikace pozdní a z jakého důvodu?
<b>DVO 4:</b> Vliv sociální práce na dlouhodobé udržení spolupráce diabetika s pečujícím týmem?	<b>DVO 4.1:</b> Vnímají diabetici důležitost dlouhodobé spolupráce v léčbě pro prevenci	Subjektivní vnímání důležitosti dlouhodobé spolupráce ve vztahu k prevenci komplikací	T 1: Domníváte se, že má sociální pracovník dostatečné kompetence a věděl/a byste jaké?

	chronických komplikací?		T 2: Co byste doporučil pro zlepšení sociální práce s diabetiky jako cílovou skupinou?
	<b>DVO 4.2:</b> Význam pomoci s dlouhodobým udržení compliance pro subjektivní vnímání kvality života diabetika?	Vztah mezi dlouhodobým udržení compliance a subjektivním vnímáním kvality života	T 1: Je pro vás náročné dodržovat potřebná doporučení a v čem? T 2: Co vás motivuje ke stálé spolupráci s týmem?
	<b>DVO 4.3:</b> Jaká je role sociální práce při edukaci?	Subjektivně vnímaná důležitost sociální práce při edukaci	T 1: Zúčastňujete se edukací nebo rekondičních pobytů a jakých? T 2: Co vám přineslo zapojení sociálního pracovníka při edukaci?

Zdroj: Autor

## 6.2 Výzkumný soubor

Osloveno bylo šest pacientů s diagnózou diabetes mellitus 2. typu, kteří jsou více než pět let v dispenzární péči některé z diabetologických ambulancí v Praze. Z důvodu zachování anonymity bylo použito numerické označení jednotlivých informantů (viz. příloha H). Výzkumné šetření bylo doplněno i rozhovorem se zdravotní sestrou z diabetologie, podiatrickou i edukační sestrou, lékařem diabetologem, nutriční terapeutkou a sociální pracovnící (viz. příloha A-F). Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného výběru, kdy bylo zapotřebí oslovit diabetiky, kteří dochází pravidelně do ambulance diabetologie. Výzkum probíhal na místech, které mají pro výzkumníka smysl, tedy v diabetologických ordinacích s edukačním pracovištěm a v diabetologických centrech. Výzkumné šetření probíhalo od července 2018 do prosince 2018.

### **6.3 Technika sběru dat**

Vzhledem k charakteru výzkumného cíle jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, provedeného formou polostrukturovaných rozhovorů. Předem jsem si připravila seznam oblastí a otázek, na které se budu dotazovat. Tyto jsem nejprve ověřovala formou předvýzkumu u dvou informantů. V průběhu rozhovoru jsem kladla doplňující dotazy v návaznosti na odpovědi informantů. Scénář rozhovoru byl postaven na dílčích výzkumných otázkách, které se odvíjejí z hlavní výzkumné otázky. Dílčí výzkumné otázky byly transformovány do podoby indikátorů a následně do dotazovacích otázek. Tímto způsobem byl během rozhovoru ponechán prostor pro aktuální a vhodné přizpůsobení formulace otázek vzhledem k vývoji rozhovoru. Informanty jsem nejdříve požádala o souhlas s nahráváním a ujistila jsem je, že rozhovor nezveřejním a po přepisu bude smazán. Každý z informantů dostal potřebný prostor k ověření informací o mé osobě, aby se mohl v klidu rozhodnout, zda rozhovor uskutečnime. Poté jsem se s každým informantem v předem dohodnutém termínu setkala. Informanti byli informováni o možnosti kdykoliv rozhovor ukončit nebo neodpovídat na otázku, která je pro ně nepříjemná. Rozhovory trvaly v rozmezí hodiny až hodiny a půl. Všichni odpovídali na otázky otevřeně a nesnažili se odpovědím vyhýbat. Naopak mě všichni spíše upozorňovali na různé problémy, které je v životě limitují.

### **6.4 Výzkumná metoda**

Polostrukturovaný rozhovor je nejběžnější metodou v kvalitativním výzkumu pro získání informací od dotazovaného. Tato metoda se odvíjí od předpřipravených otázek, jež mohou být uskupeny do okruhů dle charakteru jednotlivých otázek a jejich pořadí lze zaměňovat. Výhodou této metody je především flexibilita během rozhovoru, jelikož je možné doplnit předpřipravené okruhy o další otázky, které se v průběhu rozhovoru zdají být vhodné k získání co nejkompaktnějšího souboru informací. V případě, že některá z odpovědí dotazovaného není zcela jasná, je možné dotázat se opakovaně či použít doplňující otázku pro zajištění přesnosti získaných informací. Jak uvádí Miovský (2006), tazatel si zapisuje odpovědi buď do záznamových archů, kde výhodou by byla znalost těsnopisu, anebo zvolí variantu přepisu z audio nahrávání, na kterou ovšem musí mít souhlas respondenta. Sama jsem zvolila poslední variantu a souhlas informanta je součástí příloh této práce.

## 7 Interpretace a analýza získaných dat

V této kapitole jsou prezentovány a interpretovány informace získané během rozhovorů s informanty kvalitativního výzkumu. Kapitola je rozdělena do čtyř okruhů, které korespondují s dílčími výzkumnými otázkami. Každá kapitola je doplněna o dílčí shrnutí. Získané informace byly analyzovány s cílem odpovědět na hlavní výzkumnou otázku práce: *„Která z oblastí sociální práce se jeví nejvýznamnější pro zvládání náročných životních situací pro klienty s diabetem?“*

### 7.1 DVO 1: Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?

Pro zjištění náročných životních situací byly stanoveny indikátory, které vyústily v tazatelské otázky, vedoucí ke zjištění, které oblasti života vnímají diabetici jako zvládnutelné bez vnější pomoci a kde vidí přínos sociální práce v určitých náročných situacích. Jednalo se o to, co je největším stresem v jejich životě s diabetem, co a kdo informantům pomohl stres zvládnout.

Hlavním stresem informantů byla nutnost dodržovat z důvodu onemocnění režimová opatření. Samotné dietní opatření bylo jako nejtěžší vnímáno jen jednou: *„... omezit jídlo a taky mít nějaký režim, nikdy jsem nesnídala, už ve škole ne, máma chodila do práce brzo ráno.“* (I1). Limitující jsou pro informanty především režimová opatření ve smyslu pravidelnosti: *„... sedím v kanceláři, nemůžu si dovolit odejít se najíst, když jednání trvá hodiny“* (I3) nebo *„... dělám na směny, tak to dlouho trvalo, než jsem dala s dietkou a doktorkou dohromady jak na to, nemůžu mít hypo, jezdím do práce autem. MHD mám s dlouhými přestupy. Takže skloubit práci a cukrovku bylo nejhorší“* (I4). Složitě a náročné je samotné přiznání si nemoci, která zasahuje téměř do všech sfér života diabetiků: *„Přiznat si, že jsem diabetik, říct to doma, kamarádům nebo i rodičům. Dělám sám na sebe, nemůžu si dovolit marodit ...“* (I2) nebo *„... pořád někomu říkat, že mám cukrovku, copak u doktorů, to ještě jde, ale cukrovka Vám ovlivní i pojistku, když jedete na dovolenou ...“* (I6).

Při zjišťování podpory klientů, co nebo kdo jim pomáhal, informanti shodně odpovídali, že největší oporou jim bylo nejbližší okolí, rodina, přátelé, někdy i sousedé: *„... švagrová vařila na chalupě, když jsme byli všichni na víkend tam, vařila docela šikovně, jako že mi*



*to dala zvlášť, věděla něco o dietě...“(I1), „manželka...ona je poklad, jak všechno zvládá. Moc jí nepomáhám, domácnost je na ní, máme tři děti, fakt je dobrá...“(I2), „Pomohli mi rodiče a vlastně nepřímo teta, ta v té době byla sama po operaci a já jí vozil po rehábkách a do lázní a tak ..., s ní jsem vždycky zapomněl na chvíli na sebe. Ona nikoho nemá...“(I3), „Dcera chodila často, kluk ne, ten bydlí daleko, přiženil se na Moravu, sousedi mi pomohli, tak vlastně rodina a okolí.“ (I6). Předmětem dalšího dotazování bylo, zda měli zkušenost s činností sociálního pracovníka a v jaké náročné životní situaci očekávají přínos sociální práce. Zkušenost s výkonem sociální práce měli všichni klienti z úřadu, někteří z důvodu vyřizování žádostí o důchod či příspěvek, jiní byli žadateli o zavedení služby: „*Tetě jsem pomáhal tehdy s tou pečovatelskou službou a taky s bydlením, je teď v domě s pečovatelskou službou, no tak to mi fakt pomohli, tedy sociální pracovníci, vyřídit všechno, aby to vyšlo...“(I3). Musím zde uvést, že v některých případech si klienti nebyli zcela jisti, zda ten, s kým jednali oni nebo jejich rodinní příslušníci byl sociální pracovník nebo administrativní síla, ale vždy to byla zkušenost kladná s pozitivní odezvou. Dva z informantů se při rozvodu setkali s činností zaměstnanců Odboru péče o dítě, jeden pouze pasivně, při rozvodu, jeden aktivně jako svědek a účastník řízení. Oba měli reálný a pozitivní náhled na činnost tohoto odvětví sociální práce. Dva z informantů měli z hospitalizace zkušenost ze setkání se zdravotně-sociálním pracovníkem v zařízení, potom tedy kladně hodnotili tuto možnost a podporu využili: „... to mi pomohla nadace a paní sociální, kterou to vůbec napadlo, já bych vůbec nikoho neotravovala, jsou na tom hůř jsem si říkala, ale ona měla pravdu...“(I5). Druhý informant měl zkušenost společného setkávání z péče o první ženu: „... byla manželka v nemocnici a v lázních, ona jela rovnou do Poděbrad, jako ze špitálu rovnou, no tak to tam za ní nějak chodila ta paní sociální, měla jít i dřív do důchodu. Ale toho se vlastně ani nedočkala, do roka byl konec ...“(I6).**

Všichni informanti shodně očekávají přínos sociální práce v případě živelných katastrof, ale především v případě úmrtí blízké osoby, vážného úrazu, rozvodu či odchodu do důchodu. Klienti si spojují sociální práci s některými konkrétními životními situacemi, jako je zmírnění dopadů hospitalizace na jejich život, a aby pobyt v nemocnici příliš nenarušoval jejich finanční situaci: „... já vlastně za ní šla kvůli penězům, byla jsem úplně v p... víte po rozvodu, než jsem si zvykla, splácela jsem byt a měla jsem půjčku pak na auto, to bylo potřeba a nebála bych se řešit s ní i teď cokoliv ...“(I4).

Přístup sociálních pracovníků k práci informantů popisovali pomocí termínů jako je podpora, pomoc, obtížná životní situace, problém, důvěra, spolupráce a zmiňovali i individuální přístup a výhody spolupráce s týmem: „*Já jí věřím, ona mi třeba i vyhubuje, ale jen na oko, víte? Hned se ptá, jestli se mi něco nestalo, jestli není něco doma jinak a tak*“(I1).

Na dotazování po způsobech zvládnání krize jednotliví informanti většinou uváděli návyky a rituály, které jim v minulosti pomohly a jeví se jim jako osvědčené, nejčastěji to jsou koníčky nebo různá fyzická aktivita: „*Chodil jsem na ryby, vlastně jsem se schoval k vodě, to je fajn. Člověk vypne*“(I6) nebo „*Pletu a vypovídám se s kamarádkou, to je nejlepší nebo nevím, taky jsem uklízela hodně zbytečně, ale pomáhalo mi to po rozvodu, jako fyzická práce*.“(I4), další uvádí: „*... chalupu, když dělám na zahradě nebo se dřevem atp. To mě baví a vyčistím si hlavu ... fyzická práce mi pomáhá. Jak jsem měl tu nohu, to bylo strašné, nesměl jsem chodit a stát*“(I3). Při řešení krize se informanti upínají také na svoji práci, tedy ve smyslu zaměstnání: „*Hodně pracuji, ne abych šidila děti, to ne, ale u toho nemůžu myslet na hlouposti, musím se soustředit*“(I5), pouze jeden z informantů uvedl, že se v minulosti setkal s takovou krizí, kterou nedokázal vyřešit sám ani s pomocí podpory okolí a obrátil se na lékaře a léčbu psychofarmaky.

### **7.1.1 Dílčí shrnutí**

K tomuto tématu se vážou indikátory, napomáhající ke zjištění, které oblasti života s diabetem jsou vnímané jako zvládnutelné bez vnější pomoci a jaký je očekávaný přínos sociální práce při určitých náročných životních situacích a faktory vedoucí k jejich zvládnání. Dané indikátory vyústily v otázky, směřující ke zjištění, s jakými náročnými životními situacemi se diabetici setkávají a jakým způsobem je zvládají. Na základě získaných údajů může být konstatováno, že mezi oslovenými klienty s diabetem je vnímána jako náročná životní situace zejména samotná skutečnost, že trpí chronickou nemocí. Z šetření vyplývá, že velmi náročné je už pouze přiznat si tuto nemoc a podřídit se doporučenému režimu, který zasahuje jak do osobního, tak do profesního života informantů. Pokud informanti pociťují stres a přetížení, snaží se řešit jej intuitivním způsobem. Nejčastějším faktorem pro úspěšné zvládnutí stresu je oblíbená zájmová aktivita, vesměs se jednalo o fyzickou činnost. Z rozhovorů tedy vyplývá, že klienti mají svůj vlastní způsob zvládnání krize, vycházející z dřívějších zkušeností. Pouze někteří jako

náročnou životní situaci uvedli úmrtí v rodině nebo rozvod a vliv této skutečnosti na jejich život s diabetem. Všichni informanti se v náročné životní situaci spoléhají na rodinu nebo své nejbližší okolí, kam zahrnují sousedy či přátele. V rámci zjišťování, jak je subjektivně vnímaný přínos sociální práce při určitých náročných životních situacích, informanti hovořili v první řadě o pomáhání, doprovázení, radě a podpoře pro klienty v obtížné životní situaci. Interpretace výzkumných zjištění v návaznosti na hlavní výzkumnou otázku poukazuje na skutečnost, že sociální pracovník, který má dostatečný soubor informací o klientovi, poskytuje diabetikům nejen služby kvalifikovaného poradenství, ale i sociálně terapeutickou činnost, která se zdá být významná pro zvládnání náročných životních situací v životě s diabetem. Šetření poukazuje na fakt, že diabetes je stresujícím faktorem sám o sobě a největší náročnost s ním spojená jsou režimová doporučení. Jako nejdůležitější faktor pro zvládnání stresu byla označena zájmová aktivita a interakce s blízkým okolím. Na základě těchto zjištění je možné konstatovat, že sociální pracovník může podpořit klienta zejména z hlediska rozvoje zájmových aktivit či jejich hledání a udržení či rozvoje rodinných vztahů.

## **7.2 DVO 2: Jaké oblasti života s diabetem může z pohledu klienta sociální práce účinně ovlivnit?**

Tazatelské otázky vedly ke zjištění, zda klienti vyhledali a oslovili sociálního pracovníka sami, a zda měli k dispozici potřebné informace a kontakty. Všichni, kromě jednoho informanta, uvedli, že sami sociálního pracovníka nevyhledali, ale bylo to prostřednictvím druhé osoby, nejčastěji zdravotnického personálu, jako „...zkontaktovala nás sestřička na diabetologii, viděla na mě, že něco není v pořádku, že jako nejsem ok!“ (I2) nebo „... poslaly ji za mnou sestry, zdravotní ...“ (I5). Jeden informant, který přímo cítil potřebu řešit svoji situaci za pomoci sociální pracovnice zas raději vyhledal službu v rámci zdravotnického pracoviště, protože jít na úřad mu připadalo příliš oficiální a obával se předem přílišné administrativy: „Ano, věděla jsem o ní, zkusila jsem to, nechtěla jsem jít rovnou na úřad u nás“ (I4).

Informanti shodně uváděli, že neměli k dispozici potřebné a dostatečně srozumitelné informace, následně i kontakty: „Našel jsem si to sám na internetu“ (I3) nebo „Kamarádka mi tenkrát řekla, ať se zeptám, ať nejsem hloupá!“ (I4). Všichni informanti by doporučili větší informovanost o možnostech sociální práce s diabetiky: „No asi aby

*bylo víc informací, v ordinacích ale asi i v novinách nebo na internetu nebo tak...“ (I1) nebo „Větší informovanost, že to je vlastně spousta různých věcí okolo, nejen úřad nebo feřáci a bezdomovci“ (I3). Doporučení pro zlepšení spolupráce klientů se sociálním pracovníkem se v odpovědích projevovala takto: „Aby jich bylo víc takhle pro lidi a měli by víc času, já bych neměla špatný pocit, že zdržuji, ale to je můj pocit, ne že by to jako ona dala znát, to ne!“ (I4), také „... se seznámit osobně, třeba při těch edukacích, ona prý jezdí i na rekondice, ale to já ne, nemám čas, musím vydělávat, víte?“ (I2), tyto odpovědi kladou důraz na osobní a individuální přístup, který klienti velmi oceňují. Jeden informant toto nijak nechtěl řešit: „Nevím, já si nestěžuju“ (I6) byla jeho jediná reakce.*

Pokud jde o subjektivní vnímání oblastí života, které informanti vnímají jako rizikové, byl rozhovor veden k získání dostatku informací, čeho se tito diabetici obávají a zda a jakou očekávají pomoc. Všichni vnímají jako faktor ovlivňující kvalitu jejich života samotnou skutečnost onemocnění diabetem, všichni se necítí na to, náročnou situaci zvládat sami, samota a nesoběstačnost je společnou obavou všech jako: „Nedovedu si představit, že budu třeba jen doma nebo někde v důchod'áku, že nebudu řídit auto, jezdit na chatu, na ryby, bojím se, že přijdu o svoje, na co jsem zvyklý“ (I6) nebo „přítel mi před dvěma roky zemřel na infarkt, byl starší, ale ne zas tak, mám jen kočku a až syn odejde, tak vlastně samoty se bojím, jako potom ...“ (I4). Jeden z dotazovaných se přímo obává ztráty partnera z důvodu onemocnění: „Nechci zklamat manželku, ona se stará, tak aby si nenašla někoho, jako zdravého...“ (I2). Ve všech těchto situacích je velký prostor pro činnost sociálního pracovníka, který pomůže vyjasnit situaci a možnosti řešení, např. špatná kompenzace u klientky s obavou z hypoglykémie, řešení samostatného bydlení apod. Sociální pracovník postupně seznamuje klienty s možnostmi využití pobytových služeb a s jejich druhy, protože nesoběstačnost považují informanti pro kvalitu života za klíčovou: „Třeba ten důchod'ák, jak jsem říkal, ale doufám, že se to nestane. Snad umřu včas“ (I6), také „Když by se mi stalo něco a byl jsem pak dlouho v neschopnosti, to bych požádal o pomoc určitě, jinak zvládám sám všechno. Jen se vlastně potřebuji poradit, občas, tedy to mi moc pomáhá“ (I3). Informanti v rozhovorech uváděli, že zdravotníci nemají dostatečný časový prostor pro srozumitelné vysvětlení nutného léčebného postupu nebo prognózy: „Když něčemu nerozumím, bojím se, to potřebuju pomoc“ (I2), diabetici potřebují čas a prostor k přijetí nastalé situace, „Když toho po mě chtějí moc, musím to nechat uzrát, jako že se mi to musí rozležet a přitom

*nechci moc otravovat*“(I1), při edukacích se s diabetiky diskutují a řeší spíše medicínská doporučení, technické dovednosti nebo komplikace, klienti ale často potřebují podporu spíše psychickou a možnost svěřit se se svými obavami či pocity a získat klid či vidět různé nabídky možných řešení momentálně náročné situace.

### **7.2.1 Dílčí shrnutí**

Pro zodpovězení této DVO byly stanoveny indikátory týkající se oblastí života subjektivně vnímaných informanty jako rizikové bez pomoci a samostatné intence klientů obrátit se na sociální pracovníky. Informanti shodně uváděli jako překážku k aktivnímu využití služeb sociálního pracovníka zejména nedostatek informací o jeho kompetencích a zapojení v pečujícím týmu. Zaujalo mne, že tři z nich si nebyli jisti, s čím se na sociálního pracovníka mohou obracet. Všichni se spoléhají na nejbližší okolí a rodinu. Důležitým zjištěním bylo, že všichni informanti vidí dostupnost více srozumitelných informací jako možnost pro zlepšení spolupráce se sociálním pracovníkem a pochopení jeho kompetencí. Dostatečný časový prostor na klienta, potřebný v pomáhající profesi zdravotně sociálních pracovníků, pocítují informanti jako velice důležitý. Informanti převážně uvedli, že se jim lépe obrací na sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení než přímo na příslušném úřadě. V části zabývající se rizikovými oblastmi života bez pomoci uvedlo pět informantů stres z pracovní neschopnosti nebo invalidity jako rizikový bez kvalifikované pomoci, a to zejména z finančních důvodů. Spolupráci se sociálním pracovníkem informanti označují jako situaci stabilizující, vnímají klid a prostor ke komunikaci, který jim u zdravotníků schází. Kvalitu života informantů dle šetření významně ovlivňuje zejména fakt, že diabetes je nemoc chronická, vyžadující mnohá celoživotní omezení. Činnost zdravotně sociálních pracovníků během rozhovorů vnímali jako potřebnou a záslužnou. Jelikož nebyly identifikovány oblasti aktivního vyhledávání pomoci, výsledné informace zde získané jsou po zprostředkování kontaktu třetí osobou. Šetření poukazuje na fakt, že diabetici se zdají být nejméně samostatní v situacích dočasné či trvalé nesoběstačnosti, a proto je možné odvodit, že v těchto oblastech je zvláště významná činnost sociálního pracovníka pro zvládnutí této náročné životní situace.

### 7.3 DVO 3: Jak subjektivní vnímání kvality života diabetika ovlivňuje zvládání náročných životních situací?

Zjišťování, co informanty na diabetu nejvíc limituje oproti předchozímu stavu znamenalo vyjádření společné obavy z nejisté budoucnosti: „*Už ani nevím, mám to dlouho, asi ta obava z budoucna? Fakt je, že bouračky se nebojím, nebo dělat s proudem, ale cukrovka mě občas dostane, to jo*“ (I6) nebo „*Bojím se neschopnosti, invalidity, to už je fuk, jestli slepá nebo bez nohy, ale nesoběstačná, to se bojím, jak nás na to pořád upozorňují, že cukrovka nebolí, ale no víte co?!*“ (I4). Dva informant vnímají jako zásadně je limitující režimová opatření, která jsou pro něj významným stresorem: „*Že něco musím a hodně zase nesmím, nebo bych neměl*“ (I3) a „*Je, vlastně bych měl pořád na cukrovku brát ohledy, ale to nejde, to bych se zbláznil*“ (I6). Předpokládanou největší obavou byly komplikace diabetu, toto se projevilo u jedné z diabetiček jako převažující obava z akutních komplikací, která se ale současně prolíná s progresí další, tentokrát pozdní komplikace: „*Bojím se hypoglykemií, bydlím sama, sice mám fajn sousedy a taky mám telefon, že jo, ale stejně se bojím a radši jím hned jak mám hlad, kdyby se mi to stalo se bojím, že bych umřela nevím jak tohle vyřešit, aby byli doktoři rádi, že mám jako lepší cukr, no taky kvůli těm nohám, už mě brněj i ruce tak to by bylo určitě lepší, no ale béčka nechci, už takhle tloustnu, prý po inzulinu*“ (I1), diabetická nefropatie se také týkala jednoho z informantů: „*Dávám si pozor na ty ledviny, tak ty pozdní*“ (I6). Ostatní jako primární vyjádřili obavu z života se syndromem dia nohy, který označili jako náročnou pozdní komplikaci: „*Asi si nedovedu představit, že by se mi nezahojila noha, ten palec, nechci nikde žádné rány, tedy abych mohl dělat na chalupě a koupat se a tak. Tak toho se bojím, už je to v pořádku, ale nechci to znovu zažít.*“ (I3) nebo „*...bolej mě nohy, nejen v noci. Bojím se, abych nepřišla o nohu nebo tak, kdyby se otevřela*“ (I1), všechny odpovědi vyjadřují společnou obavu z nesoběstačnosti: „*bojím se invalidity, jako že bych byl na obtíž, takže pozdních se bojím*“ (I2), s tím souvisí rodičovská obava živitele rodiny a stres z ní vyplývající: „*Mám malé děti, musím tu být pro ně!*“ (I5). Většina informantů tedy označuje především pozdní komplikace subjektivně vnímané jako zásadně ovlivňující kvalitu života. Současně ale tato obava neznamena u všech aktivní přístup v prevenci jejich výskytu. Subjektivně svůj postoj k prevenci komplikací vyjadřují buď nepřilíš motivovaně: „*Ano, myslím, že ano, ani mi moc nenadávají, tedy né že by mi někdo nadával, myslím jako že i doktoři jsou spokojení*“ (I4) nebo se zpožděním „*Ted' se snažím*

*dost už pár let, to jo, já vím, že musím, taky mám víc času, jak jsem doma“ (I1) a „...jsem pár let polevil a ani to neudělalo špatné výsledky, před kontrolou jsem to vždycky nějak urovnal. Pak ta tragédie, ten infarkt...“ (I6). Jedna diabetička je zřejmě z pohledu zdravotníků zvidavá a aktivní až příliš: „Ano, někdy až moc, čtu a sleduju televizi a internet a někdy mě až musejí krotit, tedy sestřičky, těm to říkám nejdřív“ (I5). V tomto případě je práce sociálního pracovníka významným přínosem nejen pro ni, ale poskytuje mnoho výhod i zdravotníkům.*

### **7.3.1 Dílčí shrnutí**

Indikátory určené ke zjištění, jaký je vztah charakteru komplikací a subjektivního vnímání života s diabetem a jaký druh komplikací diabetu je subjektivně vnímán jako zásadně ovlivňující kvalitu života. Vysoká pravděpodobnost výskytu komplikací diabetu je subjektivně vnímaná jako výrazně ovlivňující kvalitu života všech informantů. Čtyři z dotazovaných uvedli jako nejrizikovější pozdní komplikace, jediné u osamělé diabetičky byla jako nejrizikovější uvedena komplikace akutní. Jako komplikace zásadně ovlivňující kvalitu života se jeví být komplikace chronické. Ve vztahu k těmto komplikacím zaujímá významnou roli spolupracující rodina a nejbližší okolí diabetiků. Absence stabilního zázemí by byla pro kvalitu života všech informantů zcela zásadní. Všichni informanti znají z edukací pojem komplikace diabetu včetně jejich projevů a někteří z nich se s jejich projevy již u sebe nebo ve svém okolí setkali, současně ale tato obava neznamená u všech aktivní přístup v prevenci jejich výskytu. Z rozhovorů lze vyvodit přímý vztah charakteru chronických komplikací na vnímání kvality života. Informanti jsou si vědomi významu prevence komplikací, přesto bývají sami aktivní až s jejich projevy. Přínos působení sociálního pracovníka v pečujícím týmu je tedy především odborná poradenská činnost snižující stres a obavy informantů z nesoběstačnosti, která je důsledkem pozdních komplikací diabetu. Udržení psychosociální rovnováhy se jeví zásadní pro zvládání akutních komplikací cukrovky, které samy mohou být náročnou životní situací. Při překonávání náročných životních situací pomáhá sociální pracovník posilovat kompetence a stanovit měřitelné a realizovatelné cíle, aby si sám klient mohl zvolit cestu a zhodnotit, jak cíle dosáhnout.

## 7.4 DVO 4: Jaký vliv má sociální práce na dlouhodobé udržení spolupráce diabetika s pečujícím týmem?

Pro zodpovězení této DVO byly stanoveny indikátory, týkající se subjektivního vnímání důležitosti dlouhodobé spolupráce ve vztahu k prevenci komplikací diabetu. Diabetici procházejí edukacemi, mají možnost účasti na rekondičních pobytech, které se ve spolupráci s SDČR pořádají několikrát do roka na různých místech republiky. Všichni informanti se s pojmem rekondice setkali, většina rekondiční pobyt absolvovala, dva z nich i s některým členem rodiny. Všichni toto označují za velmi přínosné pro svoji motivaci nepolevit a pravidelně a dlouhodobě dodržovat potřebná doporučení v léčbě. Na edukaci či v programu rekondičního pobytu se podílí více odborníků, pro klienty je přínosem i konfrontace s jinými diabetiky s podobnými problémy a pocity, uvádějí, že vědomosti a dovednosti potřebné k zvládnání života s DM jsou pro ně takto lépe přijatelné: „*Zažila jsem ji tam a určitě je pro ty lidi, tedy pro diabetiky super. Finanční pomoc já ale sama zas tak nepotřebuji, s penězi vyjdeme, na přídavky na děti stejně nedosáhneme, a já jsem po tom marodění žádný důchod ani nežádala, tak tyhle věci teď nepotřebuji, ale vím, jak to je důležité, ta jistota, pocit, že nepomáhají jenom někde v Chánově, ale i Vám teď a tady*“ (I5). Aktivní zapojení do edukačních programů znamená automaticky zlepšení compliance, což oceňují zdravotníci i klienti: „*Chci být v pohodě i s tou mou cukrovkou, když už mám i inzulín, sice jen jednou denně, ale je to změna, nechtěl bych častěji, takhle to zvládám!*“ (I3). Tazatelská otázka, zda informanti vnímají pomoc sociálního pracovníka jako dostatečnou přinesla kladné odpovědi, často provázané s DVO 2, tedy s nedostatečnou informovaností o sociální práci mezi zdravotníky i diabetiky. Informanti uvádějí jednak nemožnost soustředit se na svůj zdravotní stav v případě finančních potíží: „*Hlídejte si cukr, když máte nervy nebo nemáte pro kluka na další tábor a co s ním v létě? Prostě léky jsou určitě důležité, ale ta jistota, bezpečí nebo nevím, prostě tak je to dobře mít tu sociálku nejen na úřadu*“ (I4), neopomenutelná v dlouhodobé spolupráci je důvěra v tým, podpora a pocit, že se mohu na někoho obrátit v situaci, kdy třeba nevím, zda se obrátit na své blízké: „*Já jí věřil a vyplatilo se mi to, pomohla mi a je moc milá a umí být zticha, ví že to dokážu. Taky zařídila tu moji, že tam jde se mnou, a ta říká, že je dobrá. Už se s ní radila i kvůli sousedce, že je sama v domě a vůbec ... Je ochotná a moc toho ví a umí poradit*“ (I2), takových odpovědí vyplývá, že zdravotně sociální pracovníci kladou stále důraz na informovanou spolupráci s rodinami klientů. V dlouhodobém udržení



compliance se jako velmi důležitý jeví komplexní přístup, psychosociální složka nesmí být zanedbávána, pokud mají diabetici compliance získat nebo udržet: „*To nevím, ale určitě je dobře cukrovkářům vysvětlovat věci okolo, nejen glykémie a léky, protože to není o lécích, mít cukrovku, to je víc*“ (I4). Na základě získaných údajů bylo konstatováno, že mezi zdravotně sociálními pracovníky převažuje profesionální přístup k práci, motivovaný altruistickým přístupem. Informanti hovořili v první řadě o pomáhání, doprovázení, radě a podpoře v obtížné životní situaci: „*Já jí věřím, ona mi třeba i vyhubuje, ale jen na oko, víte? Já jí prostě věřím.* (I1).

Sociální práce s chronicky nemocnými je velice náročná práce, i když jí tak možná každý nevnímá. Diabetiků stále přibývá, vyvíjejí se a přicházejí nové možnosti léčby, ale počty sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních jsou stále na stejné úrovni. Informanti hovořili ze svých zkušeností v první řadě o pomáhání, radě a podpoře v obtížné životní situaci: „*No ona mi dokázala vysvětlit, jaké mám možnosti, také nás seznámila s paní, která má taky špatné ledviny, a ta manželce říkala něco o vaření. Taky měla fotky z dovolené, ze Španělska, normálně tam chodila na dialýzu, prý to bylo snadné. Já jsem to nechtěl řešit, prostě jsem si to nepřipouštěl, ta hrozná jehla, bude mi špatně, kolikrát týdně přivázaný k přístroji. Omezení pití, přece nebudu cucat kostky ledu. Všechno byla hrůza a věděl jsem, že se to prostě stát může, sociální mě zklidnila, i výsledky mám lepší. Nejen cukr*“ (I6). Na této odpovědi je, domnívám se, nejvíce zřejmá subjektivně vnímaná důležitost podpory sociálního pracovníka při edukaci u informanta, pro kterého byla v období výzkumu náročnou životní situací příprava na dialýzu, změna diety, režimu, rozhodování, jakou formu dialýzy zvolit. Sociální pracovnice podporovala i udržení sociálních kontaktů u klienta, který byl z progresu nefropatie stresován a bezradný.

#### **7.4.1 Dílčí shrnutí**

Pro zodpovězení poslední DVO byly stanoveny indikátory týkající se vztahu mezi dlouhodobým udržením compliance a subjektivním vnímáním kvality života, také jak je subjektivně klienty vnímána důležitost sociální práce při procesu edukace. Jako přínos účasti sociálního pracovníka v edukaci diabetiků informanti shodně uvedli, že sociální pracovník je člověk, na kterého se mohou vždy obrátit a svěřit se mu, když něčemu nerozumí. Klienti někdy nechtějí z různých důvodů svými starostmi a obavami vždy zatěžovat rodinu a společně se shodli na výhodách spolupráce se sociálním pracovníkem

přímo na pracovišti diabetologie. Dva informanti měli možnost projednat své psychické obtíže s psychologem. Ve většině případů klienti vyzdvihují fakt, že sociální pracovník respektuje různé volby řešení jejich životní situace a není vůči nim direktivní jako někteří zdravotníci. Práci sociálního pracovníka vnímají informanti jako partnerský vztah, kdy mohou upřímně vyjádřit některé skutečnosti, a toto jim pomáhá přijmout režim a lépe spolupracovat s celým týmem. Subjektivně je dlouhodobá spolupráce ve vztahu k prevenci komplikací chápána mezi informanty jako důležitá. Možnost setkávání s jinými diabetiky, ale především s odborníky, na rekondičních pobytech je v dotazech na zvládání náročných životní situací vždy pozitivně oceňována. Často se v odpovědích vyskytuje obava ze sdělení některých skutečností přímo ošetřujícímu lékaři, ačkoli tyto mají na léčbu velký vliv. Výsledek dotazování poukázal na to, že některé důvěrné informace sdělují diabetici spíše nelékařským zdravotním profesím než ošetřujícímu lékaři. Tato skutečnost znamená, že důvěra a spolupráce se sociálním pracovníkem je pro nemocného i zdravotníky výhodou při udržení compliance klienta. Dlouhodobě spolupracující a dobře kompenzovaný diabetik má všechny předpoklady k úspěšnému zvládání náročných životních situací. Na zkoumaných pracovištích je pro informanty zvláště významná jistota vyplývající z přítomnosti sociálního pracovníka, jeho poradenská činnost, pro zdravotníky k dokreslení celkového obrazu pacienta a zavedení vhodného typu léčby zase techniky aktivního naslouchání a jiné komunikační dovednosti, kterými sociální pracovníci disponují.

## **Závěr**

Během zpracovávání teoretické části vyvstaly otázky, které byly formulovány do čtyřech dílčích výzkumných otázek. V empirické části práce byly dílčí výzkumné otázky transformovány do indikátorů a následně do tazatelských otázek, které tvořily rámcovou kostru pro rozhovory. Během rozhovorů s informanty byly tazatelské otázky doplňovány o další dotazy, které vyplývaly z průběhu rozhovorů a informací řečených informanty. Rozhovory byly analyzovány v kontextu okruhů korespondujících s dílčími výzkumnými otázkami.

Získaná data přinesla zjištění, že informanti rozhodně neměli dostatek dostupných informací o činnosti sociálního pracovníka na pracovišti diabetologie, kam docházejí. Informanti nevěděli přesně, s čím se mohou na sociálního pracovníka obracet a jaké jsou jeho kompetence.

Lékař je pro klienty autoritou, u dotazovaných diabetiků vyšla najevo i občasná záměrná lež zdravotníkům o skutečnostech podstatných pro léčbu. Současně ale často pasivně očekávali, jak a čím je lékař bude léčit. Předpokladem úspěšného zvládnání diabetu a jeho dobré kompenzace je otevřený přístup klienta vůči doporučeným změnám. Měnit každodenní návyky nelze ze dne na den, vyžaduje to jisté úsilí a sebedisciplínu učinit alespoň nějakou změnu v dosavadním životě. Většina doporučovaných opatření se odehrává v oblasti denního režimu a stravy, je to v zásadě mentální přístup, jež se u diabetiků snažíme ovlivnit či změnit. Odstranit negativní návyky a současně motivovat k dlouhodobé spolupráci je velmi obtížné. Na základě získaných údajů může být konstatováno, že mezi oslovenými diabetiky je vnímána jako náročná životní situace především samotná skutečnost, že trpí chronickou nemocí. Z šetření vyplývá, že velmi náročné je už pouze přiznat si tuto nemoc a podřídit se nezbytnému režimu. Pro zdravotníky jsou některé informace pro léčbu zcela zásadní, ale nemají čas na jejich zjišťování. Sami klienti preferují sdělovat tyto skutečnosti spíše nelékařským profesím v rámci týmu.

Nejvýznamnějším přínosem sociální práce je oblast poradenství, využití silných stránek klienta či jeho blízkého okolí, dále podpora. Tato skutečnost znamená, že získaná důvěra a spolupráce je výhodou při udržení compliance klienta. Dlouhodobá compliance dává všechny předpoklady k úspěšnému zvládnání náročných životních situací. Pro informanty

je zvláště významná jistota vyplývající z přítomnosti sociálního pracovníka, jeho poradenská činnost, pro zdravotníky k dokreslení celkového obrazu pacienta a zavedení vhodného typu léčby zase techniky aktivního naslouchání a jiné komunikační dovednosti, kterými sociální pracovníci disponují. Z doplňujících rozhovorů se zdravotníky na téma této práce vyplývá, že mají díky spolupráci sociálního pracovníka v týmu zajištěn komplexnější pohled na nemocného a mohou lépe strukturovat i svůj vlastní přístup a individuálně a cíleně volit vhodnou léčbu a další postup. Na výsledcích výzkumu se pravděpodobně podílela skutečnost, že ve specializovaných centrech jsou pacienti již při záchytu diabetu či během každé hospitalizace poučováni o své chorobě, a to nejen lékařem a zdravotními sestrami. Stravovací opatření pomáhá klientům řešit nutriční terapeut. Edukační sestra a zdravotně-sociální pracovník doporučují pacientům možnosti návštěvy různých organizací a pracovišť, kde jim mohou pomoci při léčbě diabetu a jeho komplikací. Nezastupitelnou roli v péči má na těchto pracovištích i klinický psycholog.

Někteří z informantů ale jeho intervenci či pomoc odmítala z různých subjektivních důvodů. Edukací se zúčastňují i rodinní příslušníci, pokud mají zájem. Klienti specializovaných pracovišť mají kromě pravidelných skupinových a individuálních edukací i možnost využití rekondičních pobytů. V případě, že by se stejnou metodou získala data z jiných pracovišť a menších zařízení, pravděpodobně by se ukázaly rozdíly v kvalitě života nemocných se stejnou diagnózou, bylo by možno soudit na význam podpůrných aktivit. Výsledky takového srovnání by mohly být využity také k hlubší analýze vzájemných vztahů mezi jednotlivými typy podpůrných aktivit na jedné straně a jednotlivými oblastmi kvality života na straně druhé.

### **Doporučení plynoucí ze získaných informací**

Získané výstupy bych chtěla doporučit k využití široké diabetologické veřejnosti, protože se domnívám, že diabetikům by se měla věnovat větší pozornost než dosud. V rámci kvalitní komplexní péče o diabetiky je žádoucí zvyšovat počet ambulancí v republice, kde bude úzká spolupráce se sociálním pracovníkem samozřejmostí, pokud nebude sám součástí pečujícího týmu. Jak bylo již v úvodu zmíněno, nejčastějšími překážkami úspěšné péče jsou psychologické bariéry, dále non-compliance (nespolupráce) a ekonomické problémy spojené s diabetem. Z rozhovorů se zdravotníky na téma této bakalářské práce shodně vyplývá, že ve všech těchto oblastech je prostor pro sociální

práci. Překážkou v zapojení sociálního pracovníka do pečujícího týmu by mohla být neinformovanost a neznalost jeho práce. Názory a odpovědi informantů mohou pomoci při vytváření obecné osvěty populace v oblasti prevence a terapie diabetu. Poskytují také zpětnou vazbu pro koncipování struktury péče o pacienty s diabetem.

## **Seznam tabulek**

**Tabulka 1:** Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek..... 44

## Seznam použitých zdrojů

### Tištěné zdroje

ATKINSON, L. R. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. Přel. Erik Herman, Miroslav Petržela, Dagmar Brejlová. ISBN 80-7178-640-3.

BERAN, Jiří et al. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.

GABURA, Ján a Jana PRUŽINSKÁ. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. Série učebnic navržená ediční radou kateder sociální práce. ISBN 80-85850-10-9.

CHROBÁK, Ladislav. *Propedeutika vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-274-3.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.

JIRKOVSKÁ, Alexandra et al. *Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes: manuál pro edukaci diabetiků*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3246-9.

KLÍMOVÁ, Jarmila a FIALOVÁ, Michaela. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressive consulting, 2015. ISBN 978-80-260-8208-8.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0528-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009a. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada, 2009b. ISBN 978-80-247-2362-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina a GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

- KUZNÍKOVÁ, Iva et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.
- MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3007-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-717-8549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MAZANEC, Radim. *Diabetes mellitus a bolest*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-311-4.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- NEČASOVÁ, Mirka. Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy. *Sociální práce/Sociálna práca*. Praha, 2004, 4(4), 31-34. ISSN 1213-6204.
- PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ. *Praktická diabetologie*. 6. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, [2018]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-559-0.
- PERUŠIČOVÁ, Jindřiška. *Diabetes mellitus a kardiovaskulární onemocnění – kardiabetes*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-428-9.
- PERUŠIČOVÁ, Jindřiška. *Diabetes mellitus v kostce*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-478-4.
- PERUŠIČOVÁ, Jindřiška. *Diabetes mellitus: onemocnění celého organismu*. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-512-5
- PERUŠIČOVÁ, Jindřiška a MOHR, Pavel. *Diabetes mellitus a deprese, demence (DM 3. typu)*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-357-2.



PIŤHOVÁ, Pavlína a ŠTECHOVÁ, Kateřina. *Léčba inzulinovou pumpou pro praxi*.

Semily: Geum, 2009. ISBN 978-80-86256-64-1.

RŮŽIČKA, Michal et al. *Krizová intervence pro speciální pedagogy*. Olomouc:

Univerzita Palackého, 2013. ISBN: 978-80-244-3305-9.

RYBKA, Jaroslav et al. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-

1612-7.

SVAČINA, Štěpán. *Metabolický syndrom*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-178-1.

ŠKRHA, Jan et al. *Laboratorní hodnocení kompenzace*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-

80-7262-607-6.

ŠTECHOVÁ, Kateřina a PIŤHOVÁ, Pavlína. *Léčba inzulinovou pumpou aneb*

*Každodenní život rodiny Novákovy*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-338-1.

VOKURKA, Martin a HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. Vyd. 10. Praha:

Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-262-9.

VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*.

Olomouc: ANAG, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1.

## **Elektronické zdroje**

EUROSTAT. *Chronic diabetes affects millions of people in the EU* [Chronický diabetes

postihuje miliony lidí v EU] [online]. Luxemburg, 2017 [cit. 2018-09-05]. Dostupné z:

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171113-1>

JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup* [elektronická

skripta]. Hradec Králové: Gaudeamus, ©2014 [cit. 2018-08-15]. ISBN 978-80-7435-

374-1. Dostupné z: <https://www.uhk.cz/cs-CZ/Download?DocumentId=20721>

NCD Risk Factor Collaboration. *Worldwide trends in diabetes since 1980: A pooled*

*analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants* [Celosvětové

trendy v diabetu od roku 1980: Souhrnná analýza 751 populačních studií se 4.4 miliony

účastníků] [online publikace]. *The Lancet*. 2016 [cit. 2018-09-05], **387**(10027), 1513-

1530. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8)

ÚZIS ČR [Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR]. *Stručný přehled činnosti oboru diabetologie a endokrinologie za období 2007–2016: NZIS report č. K/1* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2017. [cit. 2018-07-25]. ISSN 1210-8626. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/pece-nemocne-cukrovkou>

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 15. 11. 2006 [cit. 2018-07-03]. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 4. 2. 2004 [cit. 2018-07-03]. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální poradenství, odborné sociální poradenství, sociální prevence a depistážní činnost (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 14. 3. 2006 [cit. 2018-07-04]. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

## **Ostatní zdroje**

LIGA VOZÍČKÁŘŮ. *Nápadník: sborník informací a rad pro život s postižením*. Brno: Liga vozíčkářů, 2015.

## **Seznam příloh**

Příloha A: Rozhovor s lékařem z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce

Příloha B: Rozhovor se zdravotní sestrou z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce

Příloha C: Rozhovor s podiatrickou sestrou z ambulance na téma bakalářské práce

Příloha D: Rozhovor s edukační sestrou z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce

Příloha E: Rozhovor s nutričním terapeutem z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce

Příloha F: Rozhovor se sociální pracovnící z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce

Příloha G: Přepis nahrávky rozhovoru s informantem č.1

Příloha H: Charakteristika vybraných informantů

Příloha CH: Ochrana osobních údajů

## **Přílohy**

### **Příloha A: Rozhovor s lékařem z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce**

Lékařka, M.P., věk 40, praxe 10 let v ambulanci, předtím FN Motol

#### **Jak je vnímána úloha sociálního pracovníka klienty – pacienty s diabetem?**

*Diabetici zmiňují nedostatek času při kontrolách u mne, vím, že by si někdy chtěli ještě dál povídat, zeptat se, ale já opravdu nemám prostor v ambulanci na pacienta víc než cca 15 minut, ano někdy je vše jinak, ale to je pak zase na úkor jiných.*

#### **Oblasti života vnímané diabetiky podle Vašeho názoru jako zvládnutelné bez vnější pomoci jsou jaké?**

*Nevím přesně, domnívám se, že pokud se správně edukuje, a já mám moc šikovné sestřičky, tak hodně toho zvládají sami, někdy stačí vyměnit vhodnější glukometr nebo dát senzor, aby chápali, proč po nich něco chceme.*

#### **Víte, zda je klienty využívána pomoc sociálního pracovníka?**

*Doufám, že ano, je to výborné mít takového člověka po ruce, dává nám hodně podnětů a pokryje věci, které já jako lékař nestíhám anebo mi je třeba pacienti ani nechtějí říct. Sestřičky jsou super, jsme sehraní a šlape to. Taky je spousta otázek, na které neumím odpovědět, třeba právě ten důchod nebo příspěvky.*

#### **Které komplikace myslíte, že jsou Vašimi pacienty subjektivně vnímané jako zásadně ovlivňující kvalitu života?**

*Moji pacienti většinou komplikace myslím moc neřeší, jsem ráda, že chodí na prevenci na oční a k neurologovi, odběry a EKG jim děláme sami tady, ale dřív, když viděli v čekárnách více amputovaných nebo i slepců, spíš je to nutilo nezanedbávat kontroly, dodržovat režim.*

**Jaké faktory diabetu jsou subjektivně vnímané jako výrazně ovlivňující kvalitu života?**

*No asi samotný fakt, že mají diabetes, ne? Změna terapie, diabetici řeší pořád, jestli už musejí píchat inzulin nebo ne, podle toho posuzují vážnost své nemoci.*

**Jsou podle Vás některé oblasti života pacientů subjektivně vnímané jako rizikové bez pomoci?**

*Všechny životní krize jako lidé bez diabetu, ne? Invalidita, nemoc nebo úmrtí v rodině a tak, to se asi neliší, jen to mají ještě těžší o tu cukrovku.*

**Jaké je Vaše vnímání důležitosti dlouhodobé spolupráce diabetika ve vztahu k prevenci komplikací?**

*Dneska máme k dispozici nové efektivní léky a všechno jde rychle dopředu, ale jaká je u diabetiků adherence a compliance? Někdy je mi to jasné, když říkají, že ještě napsat nic nepotřebují, ale jindy mi právě pomůže intervence sociální pracovnice nebo dietky nebo kohokoli kdo nemá jako já tu nálepku doktora, kterému se všechno neříká. Nemyslím, že bych je nějak kárala nebo byla přísná, ale dlouhodobá compliance je priorita.*

**Jak vnímáte důležitost sociální práce při edukaci?**

*U diabetiků myslíme stále na to, že dlouho je nic nebolí a motivujeme je a stále vysvětlujeme, proč to, co jim říkáme je moc důležité. Stejně ale může být mnoho faktorů, která jako lékař nedokážu zachytit, postihnout, a tyto skutečnosti ovlivňují jejich život a mohou být příčinou mnohých selhání či zklamání na obou stranách.*

**Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?**

*Určitě chceme jejich spolupráci a spoustu technických věcí, kázeň, režim, omezujeme je v řízení auta, ve výběru profese, řešíme s nimi jejich intimní život, snažíme se je podporovat, povzbuzovat a motivovat, celá ordinace, celý tým, všichni. Léky nestačí.*

## **Příloha B: Rozhovor se zdravotní sestrou z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce**

Všeobecná sestra, L.L, věk 38, praxe 15 let v ambulanci, specializace vnitřní lékařství

### **Jak je vnímána úloha sociálního pracovníka klienty – pacienty s diabetem?**

*Myslím, že je dobře, že se mají na koho obrátit nebo někoho kdo jim řekne co a jak, hlavně já nemám pořád čas. Stačí, že pořád vyřizujeme nějaké žádanky na pojišťovny, proužky, boty, glukometry. Stahování glukometrů a senzorů, já fakt nemůžu poslouchat o vnučatech nebo zahrádce tak dlouho, jak by chtěli, hlavně důchodci teda. Taky vlastně nevím, na co můžou mít nárok, dřív to byla ta dieta nebo dietní stravování, ale to už asi není, já nevím, už to nesleduju. Ale ono je to nejen o těch dávkách, já vím, ale nemám na to čas.*

### **Oblasti života vnímané jako zvládnutelné bez vnější pomoci jsou?**

*To je těžko říct, někdo zvládá vždycky všechno, jiného rozhodí jedna špatná glykémie, ale ne že by to něco znamenalo, to o tom budou jen hodiny mluvit, ale že by si místo bučku dali brokolici, no to fakt ne! Ale mám je ráda, diabetologie je o příbězích, žijeme s nimi, jen prostě na ně nemáme čas, tedy já ... Bez pomoci taky koho? Hodně jim pomáhají doma, to je znát, když někdo nemá zázemí, to je hodně znát.*

### **Víte, zda je klienty využívána pomoc sociálního pracovníka?**

*Nevím jak moc, já jim ale číslo a kontakt dávám, to jo. Taky holky říkaly, že byla na rekondici, ale to já nejezdím, kvůli holce.*

### **Komplikace subjektivně vnímané jako zásadně ovlivňující kvalitu života?**

*Určitě dialýza nebo amputace, ale máme tu paní přes padesát, která má fobii z jehel a prostě se sama nepíchne, píchá ji manžel nebo snacha, oni bydlí s mladými. No, pumpu nechce, ale myslím, že to je vážně extrém, ona se fakt nepíchne. Jo jsou takoví, co to flákají a pořád mají všeho dost, protože to neberou, ale ona je právě ta pečlivka, rodina to s ní nemá jednoduché. Taky neuropatie, když nemůžou spát a mají bolesti, to je limituje určitě moc.*

### **Faktory diabetu subjektivně vnímané jako výrazně ovlivňující kvalitu života?**

*Myslím že všechno, je málo diabetiků, kteří jsou pečliví, dodržují, co mají, nejsou zase naopak hysterický a vydrží jim to celou dobu. Většinou jsou to jako vlny, roky jsou poslušní a pak zase nějaký čas ne... Přitom jsou to většinou jen věci okolo zdravého stravování a trocha pohybu, ale oni to odkývnou v ordinaci a pak stejně nic....*

### **Jaké oblasti života diabetiků jsou podle Vás jimi vnímané jako rizikové bez pomoci?**

*Oni jsou pořád chudinky, na nic nemají peníze nebo čas nebo prostě zapomenou ty léky večer brát a tak.... No, když je čerstvě chlap vdovec, tak to je potřeba mu pomoci, jsou takoví úplně ztraceni. Taky, když mu třeba IIR brání v práci, hlavně služby a taky řidiči z povolání. Těm se musí vyjít vstříc, aby nikoho nezabili a současně neskončili na pracáku. Když musí mít odlehčenou nohu, to jsou dlouho doma a je to průšvih, vlastně všechny komplikace jsou náročné, taky máme pár lidí s vodícím nebo asistenčním psem. To je pak vidět v čekárně, jak jim dělá dobře, že jsou středem pozornosti. Teda lidem.*

### **Jaké je Vaše vnímání důležitosti dlouhodobé spolupráce ve vztahu k prevenci komplikací?**

*Myslím, že to chápou, ale jsou dvě možnosti, buď na to kašlou, protože co by se snažili, ještě jim nic není anebo jsou úzkostní a pořád řeší nějaké nesmysly z televize nebo z internetu. Ono je to taky těžké, mají do smrti něco dělat a držet. Dlouhodobě se drží taky ti, co mají často hypo, pak jdou většinou na pumpy, ale hodně jich to odmítá, to jim musejí vážně chtít, aby pumpa měla smysl, a je dobré dát jim senzor, to pak mají před sebou fakta, většinou to zlepší spolupráci hodně.*

### **Subjektivně vnímaná důležitost sociální práce při edukaci?**

*Nevím, asi dobrý, ale já edukace nedělám, to bych fakt nestíhala, jen tak zběžně, to je jasné, když to vyplyne, já dělám ještě studie, víte někdy toho mám až nad hlavu, neměla bych na ně trpělivost. Ale logicky je určitě přínos, když mají tu možnost tady, ne někde na úradě, kam nedojdou nebo je tam fronta a nic nevyříděj.*

### **Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?**

*Takové ty běžné náročné pro nás všechny, nemoc v rodině, stěhování, změna práce, důchod nebo rozvod, když zemře mladý člověk, to je tragédie, ale jasně, každá smrt je*

*hrozná zátěž pro okolí. Hodně dělá, když jsou kompenzováni předtím, to pak krátkodobě vypadnout z režimu není takový průšvih, ale když na to kašlou dlouho, pak se něco stane doma nebo v práci a pak se rozhodí i cukrovka, to musíme všichni zabrat, aby se to postupně dalo zas někam do přijatelných mezí. Pořád opakovat, co mají dělat a jak, ale musejí mě vnímat a doktorku taky, nejen tu sedět. Do špitálu je nikdo zbytečně neposílá, ale musejí se snažit. Je fakt, že tady je nás víc a edukační nebo sociální nebo nakonec i psycholog udělají víc než léky, to tak je. Problém je hypoglykémie u těch, co bydlí sami. Máme pacienta, který málem zemřel v garáži, protože nikomu doma neřekl, že tam jde, nenajedl se a neměl nic po ruce, garáže na konci ulice a zachránila ho ženská se psem, co šla okolo. Další zase přijde o nohu, žije sám, ale nezlomí ho to, chodí k němu dobrovolníci, domácí péče a tak. Ale tomu pomohla hodně sociálka ve špitále a na rehabilitaci. Někomu je po dialýze špatně, je to pro něj konec, ale máme pacienty, kteří si na ledvině zjistí info a jezdí i do zahraničí, pak mi vyprávějí, jaké je kde zdravotnictví.*



## **Příloha C: Rozhovor s podiatrickou sestrou z ambulance na téma bakalářské práce**

Všeobecná sestra s podiatrickou specializací, M.J., 57 let, praxe 26 let

**Jak je podle Vás vnímána úloha sociálního pracovníka klienty – pacienty s diabetem?**

*Jéžiš, to my jsme rádi, že tu je, to je vždycky dobře, když to vezmeme z víc stran, aby se lidem pomohlo. Doktoři a holky na ambulancích nemají tolik času a hlavně nevíme, ono se všechno pořád mění, jako zákony a vyhlášky myslím.*

**Které oblasti života diabetiků se domníváte, že jsou vnímané jako zvládnutelné bez vnější pomoci?**

*Já jsem radši, když přijdou hned, jakmile se jim něco nezdá, tedy s nohama, hlavně když mají špatnou pedikérku nebo když si ty nohy škrábou sami, nevidí na to a hned je průšvih. Chápu ale, že jsou dlouhé termíny, někde pediatrie vůbec není, dostupnost, bla bla, takže skončí na chirurgii, kde to vždycky pos.....*

**Víte, zda je klienty využívána pomoc sociálního pracovníka?**

*No vím, že jezdí s IKEM na rekondice, taky ve špitálech ji všude mají, aby před propuštěním zařídila domácí péči, jinak asi na úřadech, my řešíme vozíčky a různé pomůcky spíš přes pojišťovnu.*

**Které komplikace vnímáte jako zásadně ovlivňující kvalitu života diabetiků?**

*Syndrom dia nohy a Charcot, tedy osteoartropatie, to znamená dlahy, imobilizaci, odlehčení maximálně, je to úplná změna dosavadního života a třeba jen proto, že měli v botě kamínek nebo taky kostičku z lega nebo i připínáček, oni to necítí.*

**Jaké faktory diabetu vnímáte jako výrazně ovlivňující kvalitu života pacientů?**

*Zase dia noha, to všichni řeší, bohužel až to je, kdyby nosili alespoň světlé ponožky, aby viděli, že na fusekli mají flek, když tam je rána, kam si nevidí. Pořád jim to holky opakují při edukaci, tedy tady u nás, máme na to i konverzační mapu, ta je bezvadná, taky máme pěkný naučný filmík, z Baťovy univerzity, tam vidí, jaké nosí boty, ale stejně si v létě nosí volnou špičku nebo žabky a tak. A pedikúra, to je kapitola na dlouho.*

### **Jaké oblasti života jsou diabetiky subjektivně vnímané jako rizikové bez pomoci?**

*Podle mě jednoznačně invalidita. Je fuk, jestli pro dia nohu nebo pro těžký infarkt či CMPéčko, prostě invalidita.*

### **Jak vnímáte důležitost dlouhodobé spolupráce ve vztahu k prevenci komplikací?**

*Musejí chodit na kontroly, nejen dia, taky na ostatní, na neurologii, sono cév, ale my je máme vychované, horší je, když přijdou odjinud a něco je zanedbané, taky dojíždění je problém, nechtějí pořád otravovat rodinu, mladí chodí do práce a tak... je problém se změnami termínů kontrol, máme narváno, ale vždycky se to nějak udělá.*

### **Subjektivně vnímaná důležitost sociální práce při edukaci**

*Určitě je dobře, když nám někdo pomůže je zdolat, aby mysleli na sebe, že teď se odbyvat znamená potom být na obtíž. Ale chápu to, že drahé boty a ponožky a péče jsou nedůležité, když je potřeba pomoci vnoučatům se stavbou nebo odkoupit byt. Jenže....*

### **Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?**

*Snažíme se všichni, sestry i lékaři mají pochopení, pokud si musí platit nějakou polobotu nebo tak, třeba si mezi sebou i předávají návody, jak to i slepit z molitanu doma. Dobrý protetik je taky výhoda, taková spolupráce je k nezaplacení, Jinak určitě různé organizace, nejen Svaz diabetiků, je jich víc, dá se najít, to mají holky na edukaci nebo sociální. Vždycky se snažíme nohu zachovat co nejdéle, ale někdy je to hrůza, víme všichni, jak to skončí, ach jo. Hodně nám pomáhají cévní, to se to pak pěkně hojí. No jo, ale na jak dlouho... Oni se vrací, někdy je to peklo.*

## **Příloha D: Rozhovor s edukační sestrou z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce**

Všeobecná sestra s interní specializací, certifikovaný kurz edukace diabetiků, G.K., 44 let, praxe v diabetologii 16 let

### **Jak je vnímána úloha sociálního pracovníka klienty – pacienty s diabetem?**

*Zdravotníci často neznají odpovědi na mnoho otázek našich pacientů, nám přijde důležité dodržovat doporučení, oni se zase bojí nám leccos říct, To je přesně ta úloha, naslouchat, poradit, dát přiměřené info všem zúčastněným, no takhle si to představuju. A hlavně to musí být chtěné, doktor musí pochopit, proč něco prostě nejde nebo naopak co by mohlo fungovat a diabetik musí mít možnost se rozhodnout, pokud je toho tedy schopen. Na tohle je to Vaše chování ke klientovi asi lepší než běžně k pacientovi.*

### **Oblasti života vnímané jako zvládnutelné bez vnější pomoci jsou?**

*Nevím, my se snažíme je vybavit všemi potřebnými informacemi, nezahltit je, být srozumitelní, jednat přiměřeně k situaci a kapacitě pacienta. Takže podle mne by měli zvládat všechno, co jim život přinese stejně jako běžná populace. Hlavně dvojky, ty určitě, ale kdyby chtěli, vlastně aspoň trochu vzali cukrovku jako memento a postavili se k tomu čelem, ale těch je málo. Většinou něco dělají, až když jim teče do bot.*

### **Víte, zda je klienty využívána pomoc sociálního pracovníka?**

*Bereme si na edukace různé hosty, sociální pracovníci taky, jinak dávám kontakty anebo přímo upozorním příslušnou sociální na konkrétního pacienta, když tuším problém. Ona je pak osloví sama. Určitě jsou rádi, že jim někdo poradí, nejen vyplnit papíry, ale vůbec. Určitě i naše doporučení hraje roli. Myslím, že někteří se bojí nebo stydí, ale to holt musíme i my trochu je popostrčit. Jsem ráda, že tu nemáme takové ty, co sociální pomoc zneužívají, těch je minimum, snad jen na parkování, ale když to slyším jinde...*

### **Komplikace subjektivně vnímané jako zásadně ovlivňující kvalitu života?**

*Probíráme pořád, postupně podle jejich stavu a léčby, je to ale různé, bojí se hypa, přitom ale použijí často glukometr jen před kontrolou. Ne všichni samozřejmě. Strejček jim umřel v LDN po amputaci, my jim zařídíme třeba cévní rekonstrukci, aby tak nedopadli, snaží*

*se, jsou rádi, že je v medicíně pokrok, jak říkají, ale jen co jim otrne, mají zas chuť na cigaretu. Je těžké edukovat dvojku s nefropatií, někdy je to na ně moc složité, ztrácí motivaci, jsou depresivní, na ledvině se o ně dobře starají, taky pořádají různé akce, ale ... Prevence. Prevence. Taky na očním utratí tisíce za různé aplikace léků, co nehradí pojišťovny, vitamíny v lékárně, spoléhají na laser. Kdyby radši na začátku vnímali a poslouchali.*

### **Faktory diabetu subjektivně vnímané jako výrazně ovlivňující kvalitu života?**

*Fakt je, že nejvíc je na edukacích zajímavá, jak je to s bůčkem a dia zákusky, ne nebudu ošklivá, nesmím je házet do jednoho pytle. Používám hodně pomůcky, talíře, obaly od různých potravin, konverzační mapy, ty jsou fajn, ale musíte na to mít čas. Někdy použiju mapy jen jako obrázky ke konkrétní situaci, kterou řeším, třeba hypo a hyper, to je ten stromeček s jablíčky. Prevence je omílaná dokola všude, i zdravotní pojišťovny na to slyší, ale je to fuška a chce to oboustrannou spolupráci. U dvojek je podle mne pro ně nejtěžší dieta a pohyb, jak říká dr. Matoulek, když už někdy nějaké pohybové návyky měli, je na co navázat a daří se, ale často je to děs. Řeknete jim, aby alespoň pravidelně venčili psa, odkývou Vám to, jenže pak je vidíte s tím zvířetem sice v parku, ale sedět na lavičce, no alespoň jsou na vzduchu, že jo?*

### **Jaké oblasti života jsou podle Vás subjektivně vnímané jako rizikové bez pomoci?**

*Určitě záchyt cukrovky, získat je, motivovat, udržet, to je moje práce, někdy na to holky hřeší, kolikrát je lepší něco vyjasnit hned za pět minut, než za dva měsíce a hodinu, ale to si vždycky vyřikáme. Zvu si i rodinu, když to jde a potom musíme najít termíny, ale taky způsob, protože ne každý se hodí na skupinu, nechce, nemůže, je to individuální.*

### **Je podle Vás významná dlouhodobá spolupráce ve vztahu k prevenci komplikací?**

*Naprosto zásadní, víc není co říct!*

### **Jak vy osobně vnímáte důležitost sociální práce při edukaci?**

*Velká, a to, že cukrovku mají na pořad, že musí řešit všechno vlastně dvakrát a pořad na diabetes myslet, i když mají třeba jen chřipku, to je náročné a každý jim cpe jen prášky a prášky a vlastně je nevnímá. Pokud mají opravdu nějaký blok, tak jasně psychiatr, ale jinak je to přesně pro sociálního pracovníka, tedy spíš pracovníci, jsou to ženské.*

*Na samotnou cukrovku invalidní důchod nedostanou, ale proč by ho měli mít, dá se žít úplně normální život, jen vědět, jak na to a být s tím smířený. Moc mi pomůže i zpětná vazba, když někoho řešíme společně, to mám dobrý pocit.*

### **Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?**

*Všechny ostatní stejně jako naše, tedy úmrtí v rodině, ztráta práce, úraz, nějaká pohroma, tedy živelná, jak říkají pojišťováci. Oni mají cukrovku, řeší spoustu svých věcí navíc, třeba jako kam dát inzulin na rybách pod stanem, když nemají ledničku, ale jinak se jich přece dotýká všechno stejně. Pomáhají jim nové léky, je rozdíl vyvářet jehly a stříkačky a píchat se furt, anebo dneska použít předplněné pero jednou denně. Léky jsou také pořád nové a nové, stále běží studie na nové preparáty, medicína jde rychle dopředu. No jasně, že to je byznys. Nakonec se ukáže, že jim pomůže víc naslouchat, nepaušalizovat, individuálně přizpůsobovat, pak je lepší compliance, ale hlavně adherence, když vědí a chápou proč a jak, najednou je hned lepší kompenzace. Znáám diabetiky, kteří třeba roky poslouchají v ordinaci o zelenině, jedním uchem tam a druhým ven, stejně jedí jen kyselé okurky k uzenému, no a k čemu to pak je? Ztráta času pro všechny. Musím je znát, vědět jak na ně, musíme si taky věřit. Stejně je to s těmi psychosociálními věcmi, když mají problém, je dobře ho ventilovat, často je pak řešení nebo pomoc snadné. Ale oni se v tom utápějí. Antidepresiva jim napíše každý obvodák, ale aby je někdo vyslechl, ach jo.*

## **Příloha E: Rozhovor s nutričním terapeutem z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce**

Nutriční terapeutka P.K., věk 42, praxe 12 let v dia ambulanci, předtím pracovala ve FN Motol

### **Jak je vnímána úloha sociálního pracovníka klienty – pacienty s diabetem?**

*Diabetici jsou obecně podle mne velmi nespolupracující klienti, říká se, že je to proto, že cukrovka nebolí, ale já si myslím, že je to spíš proto, že když někdo přestane kouřit nebo pít, tak přestane úplně, ale jíst musíte celý život a cukrovka Vám to omezí, pořád Vám někdo říká, co máte jíst, kolik, jak upravené, kdy atd.*

### **Oblasti života vnímané jako zvládnutelné bez vnější pomoci jsou?**

*Asi takové ty běžné starosti, to jim rodina pomůže, ale když je nějaké nečekané úmrtí nebo ošklivý rozvod, tak to někteří pomoc potřebují. Dneska jsou dost těžké i finance, můžu jim říkat horem dolem, co mají nakupovat a vařit, ale když na to nemají, tak holt jedí rohlíky, někteří mají insolvenci a dluhy a exekuce, to je parketa těch sociálních, ne?*

### **Víte, zda je klienty využívána pomoc sociálního pracovníka?**

*Nevím, jak dnes, dřív dostávali příspěvek na dietu, a to se zajímali velmi živě, ale to asi není sociální práce, to byla spíš úředničina. Vím, ještě z Motola, že se hodně řešilo se sociální pracovníci u dětí, ale vlastně nevím, jak to bylo, já měla dost své práce, asi to bylo kvůli mateřské, jak s nimi byly ty mámy doma, ale nevím přesně. Dneska to tady budou spíš důchody a ZTP, parkování a tak.*

### **Komplikace subjektivně vnímané jako zásadně ovlivňující kvalitu života**

*No to bude určitě v první řadě hypo, když tak nad tím uvažují, řešíme to nejčastěji, no a potom ledviny a diabetik před dialýzou. Dieta kdy zase komplet překopáváte, co jste jim celé roky říkala. Nejvíc je to vidět na pečivu, pořád do nich hučíte, že celozrné a tmavé pečivo a najednou jim nutíte rohlík, protože hlídáte minerály, musejí ale jíst, musí být v dobré kondici, ať už na dialýzu nebo transplantaci.*

### **Jaké faktory diabetu jsou vnímané jako výrazně ovlivňující kvalitu života?**

*Myslím, že komplikace, někdo se bojí hypa, to dost řešíme, a taky dost je omezuje neuropatie, ale tam se s dietou už moc nechytám, snažíme se o dobrou kompenzaci, ale stejně je to pak na neurologovi a berou léky a infuze a stejně většinou bez velkého efektu.*

### **Které oblasti života jsou subjektivně diabetiky vnímané jako rizikové bez pomoci?**

*Myslím, že životní krize obecně, taky třeba práce, to byste koukala, kolik jich dělá nepravidelné směny třeba. U důchodců je to, když zůstanou sami, to pak jim musí někdo pomoci a určitě z mého pohledu toho stravování je hrozné, když zůstane samotný chlap, vdovec, ten je úplně bezradný a je mi jich moc líto, nedávají to.*

### **Jak vnímáte důležitosti dlouhodobé spolupráce ve vztahu k prevenci komplikací?**

*Musí být motivace a důvěra, dobré jsou reedukace nebo pobyty, rekondice, škoda, že se nedá už při záchytu poslat do lázní, to bylo u těch, kteří měli zájem o informace super věc. Jinak je to jako na houpačce, vždycky se stane něco důležitějšího, čemu cukrovka ustoupí a pak se hasí najednou průšvihy. Ale ne všichni, to ne, někdy je to opravdu super, chápou a drží se celý život.*

### **Jak je podle Vás vnímána důležitost sociální práce při edukaci?**

*Pokud mi to pomůže mít spolupracujícího pacienta, beru všechno! Ne, dělám si legraci. Myslím to tak, že pacientům říkám a ukazuji, co a jak, ale možná to nevnímají právě proto, že mají jiné starosti a chápu to, jen se je snažím uchránit dalších problémů, které přijdou, i když se teď chovají, jako že nic není a říkají si, že sice by neměli, ale jednou se nic nestane. To je pravda, ale jejich jednou je pořád, a ještě mi říkají, že ten buček byl light nebo ten med byl dia. No řekněte mi, jak včela udělá dia med? Ne nerozčiluju se, chápu je, jen prostě někteří jsou nepoučitelní.*

### **Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?**

*U jedničkových ženských je to určitě těhotenství, to se snažíme všichni úplně maximálně. Jinak myslím, že starší diabetici hodně řeší, aby nepřišli o nohu, ale to spíš, když mají nějakou vlastní zkušenost, jinak snad nic. Jo ještě mladé jedničky, když sportují, tak to také je motivace a s nimi fajn spolupráce. Nejhorší je obézní dvojka s metabolickým syndromem, mají rezistenci, všechno jde pomalu a vymlouvají se právě na ty stresy*

*a problémy a já myslím, že nejen se mnou u diety, ale všude a všem. Se mnou spolupracuji výborně, tedy podle mne zodpovědně k životu, snad jen těhulky, tam je to radost, hrozně se snaží, ráda poradím a pomůžu různé fígle, když mě někdo poslouchá, je to náročné velká zodpovědnost, chceme normální těhotenství a zdravé dítě, a to je obrovská motivace.*



## **Příloha F: Rozhovor se sociální pracovnící z diabetologické ambulance na téma bakalářské práce**

Zdravotně-sociální pracovnice, I.K., věk 54, praxe 14 let, multidisciplinární tým

### **Jak je vnímána úloha sociálního pracovníka klienty – pacienty s diabetem?**

*Diabetici jsou mými klienty často, hodně jich za mnou chodí už sami, máme dlouhodobější vztah. Někdy s nimi jedu na rekondiční pobyt, když mě holky vezmou, to je pak myslím úplně nejvíc přínosné, oni se mimo domov víc otevřou a leckdy vyplyne něco, že ... Jinak musím psát vyjádření pro všechny transplantované, někdy je to oříšek, třeba když bydlí na ubytovně a nemá možnost samostatného bydlení nebo domácí mazlíčci, naši lékaři trvají na tom, že alespoň na rok žádné zvíře ne, a také se mi stalo, že jsme měli klienta ve výkonu trestu. Řeším překlady do jiných zařízení nebo domácí péči apod. Často také doklady, vyřizujeme platné dokumenty, někdy je to zajímavé u cizinců apod. Jsme malá nemocnice a bývám často i na ambulancích. Jen nemohu míchat terapie a sociální práci, mám kurz, ale to bych nezvládla, to nechci.*

### **Které oblasti života jsou diabetiky vnímané jako zvládnutelné bez vnější pomoci?**

*To se nedá říct, každý má svůj způsob zvládnání krizí, někdo je taková osobnost, že i když nikoho nemá, zvládá sám, jiný zase řeší všechno a je nejistý a skoro bych řekla, pořád fňuká, ale i to je moje práce, společně to dáme.*

### **Víte, zda je klienty využívána pomoc sociálního pracovníka?**

*No hodně mě oslovují zdravotníci, když se jim s pacientem něco nezdá, ale chodí mi pacienti taky sami, já ale nic nedělám za ně, musí se snažit. Když se podívám do počítače, tak jsem využitá až až. Hodně jich odkazují na úřady, pomohu vyplnit formulář, ale musí sami, já nic za ně vypisovat nebudu, děláme to společně.*

### **Jaké komplikace diabetu jsou podle Vás subjektivně vnímané jako zásadně ovlivňující kvalitu života klientů?**

*Mají obavy z invalidity, neschopnosti, nesoběstačnosti, to řešíme často, aby to klientovi vyhovovalo alespoň trochu, protože nejde hned všechno. Řešíme následnou péči, bydlení,*

*ale i chráněná pracovní místa, byty zvláštního určení, průkaz ZTP, mobilitu, příspěvek na péči, téměř každému jde něco nabídnout, jednám i s rodinami apod.*

### **Jaké jsou faktory diabetu výrazně ovlivňující kvalitu života?**

*Mám pocit, že sem patří všechno, ať už jsou hospitalizováni pro nějakou dekompenzaci diabetu nebo pro komplikace, cukrovku mají na celý život, i kdyby to bylo jen to chození na kontroly a dieta, nezabaví se toho nikdy.*

### **Které oblasti života jsou subjektivně vnímané diabetiky jako rizikové bez pomoci?**

*Určitě invalidita, i krátkodobá imobilita. To je složitější, protože někdy důchod, neschopnost nebo ztráta blízké osoby znamená dekompenzaci onemocnění ve smyslu přehodnocování a změny priorit v jejich životě a někteří naopak stále myslí na sebe, hlavně aby oni byli v pořádku do budoucna. To jsou chvíle, kdy bývají depresivní, potom tu pomoc všichni nabízíme, myslím nás personál, naslouchají všichni, potom to skončí u mě nebo u psychologů.*

### **Je podle Vás důležitá dlouhodobá spolupráce ve vztahu k prevenci komplikací?**

*Když je mezi týmem a klientem důvěra, jde všechno, většinou ale musí každý zažít nějaký průšvih nebo něco, že ho to nakopne nebo donutí, potom teprve spolupracují. Máme klienty z celé republiky, někdy je to složité, ale většinou se daří je motivovat. Snažím se jim dávat kontakty i do místa bydliště, někdo je ochoten i ke spolupráci s psychologem, kteří jsou sice přetížení, ale dá se. Každopádně dlouhodobá compliance je priorita.*

### **Jak vnímáte důležitost sociální práce při edukaci?**

*Pokud mám zpětnou vazbu, tak je to pro pracoviště velká výhoda, klienti se občas nesvěří zdravotníkům s velmi podstatnou skutečností, pak jim dávají pořádkové nové a nové léky a bez efektu. Myslím, že dokážu ulevit oběma stranám, nemocným i zdravotníkům. Nejen, že si udělám čas a prostor se klientovi věnovat, ale někdy navedu na lepší cestu všechny. Samozřejmě, že všechny informace podléhají mlčenlivosti, Do sociálních záznamů v systému lékaři vidí, ale nevidí celou moji kartu a opravdu citlivé údaje mám jen pro sebe. Klienti jsou si toho vědomi a jsou ke mně vesměs v komunikaci otevření. Uznávám, že někdy je to dilema.*

**Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?**

*U diabetiků je asi náročné všechno, zveme si i na edukace někoho z rodiny, při změnách léčby vždy, hlavně na aplikaci inzulínu. Naši klienti většinou zázemí mají, i když rodina přesně neví, co má dělat a jak se chovat, je důležitá. Pro každého hledáme řešení, nespolupracujících máme málo, ale my nejsme úplně běžné pracoviště. Pumpy, transplantace, komplikace, dia noha.*

## **Příloha G: Přepis nahrávky rozhovoru s informantem č.1**

### **Přepis nahrávky č.1**

Transkripce rozhovoru mezi tazatelem a diabetičkou 2.typu na léčbě IIR+PAD, svobodnou invalidní důchodkyní. Rozhovor vedl výzkumník (student) v edukační místnosti pracoviště diabetologie, kam informantka dochází. Rozhovor byl veden polostrukturovaně, v neformálním duchu.

**Datum realizace rozhovoru:** 12. 10. 2018

**Délka rozhovoru:** 60 min

### **Seznam použitého označování:**

. krátká pauza v promluvě jednoho mluvčího nebo na hranici promluv

.. střední pauza v promluvě jednoho mluvčího nebo na hranici promluv (zaváhání)

? tázací intonace

! výrazně zvolací intonace

... označení přerušené výpovědi nedořečené slovo

hmm přitakací responzní zvuk

eee označení samohláskových hezitačních zvuků (se smíchem)

(odmlčení) dlouhá a výrazná pauza

### **Informant 1:**

**DVO 1:** Jaké jsou náročné životní situace pro pacienta s DM a kdo jim pomohl je zvládnout?

**DVO 1.1:** Které oblasti života s chronickou nemocí vnímají klienti s diabetem jako zvládnutelné sami?

### **T 1: Co bylo pro vás v životě s diabetem nejnáročnější?**

*Nevím, asi omezit jídlo a taky mít nějaký režim, nikdy jsem nesnídala, už ve škole ne!  
Máma chodila do práce brzo ráno, svačinu jsem snědla někdy a oběd taky, většinou jsem*

*se najedla až odpoledne nebo večer, no a víkendy, to se vařilo u babičky, moučniky, polévky a tak... Najednou jsem měla pravidelně jíst, no a vážit si to a taky nejíst tolik příloh, no já mám ráda pečivo, víte? Zeleninu a maso jo, ale rohlík a buchta, to bylo moje... Ale dokud jsem nemusela píchat inzulín, tak jsem to moc neřešila, napadlo mě to, chtěla jsem to dělat, ale nějak to nešlo, asi jsem neměla vůli nebo co (odmlčení)*

## **T 2: Kdo vám pomohl při zvládnání této situace?**

*Nevím, žiju sama, asi se hodně snažili v práci, když jsem jim řekla, že mám cukrovku, kolega ji měl, všichni jsme to věděli, chodil na obědy a nosil si krabičky a byl takový hubený, až moc a hned mi říkal, že nemám pít tolik mlíka, divil se, že sním třeba pět jablek za odpoledne, ale bylo mi to jedno, ovoce přece není sladkost, nebo když jo, tak zdravá, bio, ze zahrady.*

*Když jsem to řekla bratrovi, švagrová vařila na chalupě, když jsme byli všichni na víkend tam, vařila docela šikovně, jako že mi to dala zvlášť, věděla něco o dietě, má rodiče s tou „stařeckou cukrovkou“, no její táta nějak snad přišel o nohu a už umřel, máma žije sama, a má snad jen slabou cukrovku, jako dietu, že nebere žádné prášky nebo tak.*

*Kamarádce jsem to řekla, chtěla mi nějak pomoci, tak že prý místo cukroví na svátky přinese ořechy, taky pistácie, tak to bylo že doma jo, ale jak jsem přišla někam na návštěvu nebo i v práci, ochutnávala jsem stejně a musím se držet pořád mě to láká.*

**DVO 1.2:** V jaké náročné životní situaci je od klientů očekáván přínos sociální práce?

## **T 1: Jaké máte zkušenosti s činností sociálního pracovníka?**

*Ted' s vyřizováním důchodu, ta paní byla moc milá, taky mi pomohli na účtárně a paní doktorka obvodní, ta to všechno vyplňovala a posílala a taky mi telefonovala sestra, teda z ordinace, co mám přinést ještě za papír a tak ... vlastně nevím přesně, jestli to byla sociální pracovnice. No a ted' znám paní I. a moc dobře se s ní povídá a ona toho hodně ví a umí a je mi s ní dobře, že mi jako rozumí.*

## **T 2: Kdy a proč očekáváte přínos sociální práce?**

*Nevím, já asi v případě problémů s dětma, ale ty já nemám, pak když někdo umře nebo tak, jo a když je člověk bez práce tak potřebuje sociálku, protože vyříděj ty podpory a tak ... Taky když někdo nemá dobrý byt tak to je pro sociálku, ne? Jak to myslíte? hmm*

*No plíseň a tak, když potřebujou jiné byt. Dobře a co konkrétně Vy? No já nic asi nečekala, jediné kdybych neměla tu práci, ale kdyby nebyla ta nehoda, tak já práci měla vždycky, a ještě plánuju na částečný úvazek někam jít, to určitě, až budu moct líc sedět, tak určitě chci vydělat nějakou korunu, no taky nechci bejt sama pořád doma ... a tak.*

**DVO 1.3:** Jaké faktory vedou k úspěšnému zvládnutí náročné životní situace?

**T 1: Máte vlastní způsob zvládnání krize?**

*No asi jo, zalezu si a hodně spím, pouštím si seriály v televizi a taky mám vždycky chutě, hlavně čokoláda a kakao jdou ve velkým, no a taky ty oříšky.*

**T 2: Kdo nebo co vám pomáhá?**

*No všichni se snažej mi pomoci, ale musím si pomoci stejně sama!*

**DVO 2:** Jaké oblasti života s diabetem může z pohledu klienta sociální práce účinně ovlivnit?

**DVO 2.1:** Zjistit, zda se klienti s diabetem aktivně obracejí na sociální pracovníky.

**T 1: Jak jste vyhledal/a sociálního pracovníka – sama nebo za pomoci někoho jiného?**

*Sama ne, to mi ani nepřišlo, že bych měla a nevěděla jsem k čemu by to bylo. To sestry a dietka nás zkontaktovaly, taky se ta schůzka trefila časem do kontroly, jako, že jsem nejela dvakrát.*

**T 2: Z pohledu dostupnosti informací, je nějaká oblast, kde byste uvítal/a zlepšení?**

*No kdybych chtěla, tak ano to jo, to bych si je našla, ale nějakéj letáček nebo tak to jsem nedostala.*

**T 3: Co byste doporučil pro zlepšení spolupráce se sociálním pracovníkem?**

*No asi aby bylo víc informací, v ordinacích ale asi i v novinách nebo na internetu nebo tak.*

**DVO 2.2:** Jaké oblasti života s diabetem jsou vnímány jako nejrizikovější bez pomoci?

**T 1: Čeho se ve spojení s diabetem nejvíce obáváte z hlediska budoucnosti?**

*Bojím se hypoglykemií, bydlím sama, sice mám fajn sousedy a taky telefon, že jo, ale stejně se bojím a radši jím hned jak mám hlad, kdyby se mi to stalo se bojím, že bych umřela nevím jak tohle vyřešit, aby byli doktoři rádi, že mám jako lepší cukr, no taky kvůli těm nohám, už mě brněj i ruce tak to by bylo určitě lepší, no ale béčka nechci, už takhle tloustnu, prý po inzulinu!*

**T 2: V jaké situaci očekáváte pomoc s jejím řešením?**

*Když by se mi to stávalo častěji, tak to bych musela něco udělat, doktorka pořád říká, že mám mít lepší cukr, ale kdo mi pak pomůže? Já se bojím mít cukrovku na pěti nebo šesti, sice pořád poslouchám, jak to špatně skončí, ale to už dávno jsem té sestřičce říkala, že teda budu jíst místo rohlíků chleba, to jo, ale že musím být opatrná, když jsem sama v bytě, měla jsem hypo v nemocnici, jak jsem cvičila tu nohu a bylo to hrozný, bojím se!*

**DVO 2.3:** Jaký faktor spojený s diabetem je vnímán jako nejvíce ovlivňující kvalitu života?

**T 1: Co vás na diabetu nejvíc limituje oproti předchozímu stavu?**

*Pořád na to myslet, že něco musím a něco zase nesmím! Chci mít dobrou cukrovku, tak se teď snažím, ale je to těžké. Taky to měření, teď se měřím poctivě už dlouho a píšu i jídlo, jak jím.*

**DVO 3:** Jak subjektivní vnímání kvality života diabetika ovlivňuje zvládání náročných životních situací?

**DVO 3.1:** Jaký druh komplikací je zásadní pro subjektivní vnímání kvality života?

**T 1: Obáváte se komplikací DM a jakých?**

*No tak jasně, bolejí mě nohy, nejen v noci, mám neuropatii, ještě po tom úrazu i záda a vůbec špatně chodím a vím, že jak jsem tlustá, tak nohy to mají těžký, teda se mnou. Bojím se, abych nepřišla o nohu nebo tak, kdyby se otevřela.*

**T 2: Jste sám aktivní při prevenci komplikací DM?**

*Teď se snažím dost už pár let, to jo, já vím, že musím, taky mám víc času, jak jsem doma, nikdo mi do toho nemluví, je to na mě. Sprchuju se, taky chodím na pedikúru, sama si*

*moc na nehty nedosáhnou, bojím se, aby se mi neotevřela noha nebo tak něco, a taky vlastně chodím na neurologii ještě kromě dia. Na oční chodím taky a na kontroly dia pravidelně, jak mi napíšu.*

**DVO 3.2:** Jak charakter komplikací ovlivňuje subjektivní vnímání života s diabetem?

**T 1:** Jsou pro vás akutní komplikace náročnější zátěž než komplikace pozdní a proč?

*Jo to jo, bojím se hypoglykemií, hrozně!..Protože ještě nechci umřít!*

**DVO 4:** Vliv sociální práce na dlouhodobé udržení spolupráce diabetika s pečujícím týmem?

**DVO 4.1:** Vnímají diabetici důležitost dlouhodobé spolupráce v léčbě pro prevenci chronických komplikací?

**T 1:** Domníváte se, že má sociální pracovník dostatečné kompetence a jaké?

*To nevím, nedovedu říct, asi jo. Myslíte jako, že jí tady všichni zdravěj a má pěknou kancelář? Nebo ordinaci?*

**T 2:** Co byste doporučil pro zlepšení sociální práce s diabetiky jako cílovou skupinou?

*Asi aby věděli, že můžou rovnou se na něco zeptat, třeba nejen na příspěvky nebo důchod, aby všichni věděli, že si můžou jenom povídat a třeba že se na něco přijde, tady tu mají psychologku nebo psychiatra nebo co, ale copak jsem cvok? eee (se smíchem). To nechci, tam ať choděj ty anorektičky. Paní I. je dobrá, moc toho ví a taky hodně zažila.*

**DVO 4.2:** Význam pomoci s dlouhodobým udržením compliance pro subjektivní vnímání kvality života diabetika?

**T 1:** Je pro vás náročné dodržovat potřebná doporučení a jaká?

*Je, ale už jsem si zvykla, vadí mi to, ale co mám dělat, co si píchám inzulin, je taky otrava to měření, ale oni teď nechtějí tady jen deníček, ale nosím glukometr, kde to pak vidí a nejde jen tak něco napsat, jo to jsem dělala dřív no, aby byl klid, ještě než jsem píchala.*



## **T 2: Co vás motivuje ke stálé spolupráci s týmem?**

*Já v nemocnici viděla starou paní, nikoho neměla, nemohla domů. Já taky žiju sama a chci všechno moct, jako aby se o mě nikdo nemusel starat, tak teď chodím na dia sem, vzali si mě, taky jsem tu ležela, jak jsem nepila, když mě bolela ta noha, protože jsem nechtěla chodit čůrat, bylo to hrozný a paní I. za mnou byla hned jak jsem tu ležela, a sestřičky moc hodný, hned říkaly že přece neskončím v ústavu nebo na eldéence, že jsem mladá, no jsem, že jo? Ono se to řekne všecko, ty jejich pokyny a příručky a všechno, myslím doktory, ale jak to má dělat sama ženská, taky než jsem měla důchod, tak ty peníze skoro nic. No když jsem chodila do práce, to ne, to bylo lepší, ale nájem drahej, jako fakturantka jsem zase moc neměla, to teda ne.*

**DVO 4.3:** Jaká je role sociální práce v edukaci?

## **T 1: Zúčastňujete se edukací nebo rekondičních pobytů a jakých?**

*Jednou, když mi našli cukrovku jsem byla v lázních, teď už to snad nejde, říkali. Tady edukace jo, chodím. U svojí dřívější doktorky to ne, dali mi něco vždycky podepsat a pořád mluvili o sacharidech a redukci, vím, že jsem kus, ale to já byla vždycky. Tady to je někdy docela i jako zajímavý pro mě, ta jedna tu pořád nosí nějaký recepty a ukazuje co a jak a taky je fajn, že nás je víc, že nehučej jenom do mě, ale já vím, že to je pravda, co nám říkaj, vždyť už se snažím. Taky kvůli těm nohám. Na tu rekondici bych jela, ale co s tou nohou, oni tam prej hodně choděj po procházkách, tak to nemůžu.*

## **T 2: Co vám přineslo zapojení sociálního pracovníka při edukaci?**

*Bylo to moc fajn, když ke mně přišla ve špitále a ptala se, co pro mě může udělat, to bylo fajn. Pořád jsem poslouchala, co musím, jak mám cvičit a musím zhubnout, aby mě ta noha unesla, taky jsem akorát tehdy skončila na inzulinu, bylo toho moc. Strašný to bylo a ona se zajímala o mě, paní I., jako že řekla, že to spolu zvládneme, že budu brzo doma a budu sem k nim chodit a ona mi bude říkat co a jak s důchodem a taky že tu mají tu dietní sestru, že uděláme tu dietu jako na míru. Já jí věřím, ona mi třeba i vyhubuje, ale jen na oko, víte? Hned se ptá, jestli se mi něco nestalo, jestli není něco doma jinak, třeba s bráchou a tak. Taky mluvila s bráchou, on je fajn, ale asi nevěděl, co se mnou, jako že by to nezvládl, oni mají děti na škole a tchýni na krku, tak za mnou, jak jsem měla ten úraz, tu nohu, moc nechodil, volal, to jo, ale co mi je platný, že mi řekne,*

*že se musím snažit ... No řekněte. Paní I. zařídila, že pan doktor mluvil s námi všema, i se švagrovou, a to je fakt dobrá ženská. Já to doma zvládám a sem mě vozí Societa, paní I. mi pomohla vyřídit tu průkazku, to je moc fajn, že mě všude dovezou, a byla jsem i za holkama v práci, akorát, že to musím objednat vždycky dost dopředu, no to nevadí. Brácha mě vozit nemusí, no na taxík bych neměla a do autobusu se mi jde blbě. Já jí prostě věřím, že to dokážu!*

## Příloha H: Charakteristika vybraných informantů

<b>Informant</b>	<b>Věk</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Stav</b>	<b>Léčba</b>	<b>Doba trvání DM</b>	<b>Druh finančního příjmu</b>
1	58	žena	svobodná	IIR + PAD	14 let	invalidní důchodce
2	45	muž	ženatý	IIR	16 let	OSVČ
3	52	muž	rozvedený	PAD + inzulin	11 let	zaměstnanec banky
4	48	žena	rozvedená	PAD + inzulin	21 let	zaměstnanec služeb
5	36	žena	vdaná	IIR	9 let	OSVČ
6	68	muž	ženatý	PAD + inzulin	23 let	starobní důchodce

Zdroj: Autor

## **Příloha CH: Ochrana osobních údajů**

### **SOUHLAS PACIENTA SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ A POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ**

#### **PRO ÚČELY VYPRACOVÁNÍ ZÁVĚREČNÉ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE**

<b>„Pacient“</b>	Jméno a příjmení:	
	Datum narození:	
	Adresa bydliště:	
<b>„Lékař“</b>	Ošetřující lékař:	
<b>„Student“</b>	Určená osoba:	

#### **Pacient prohlašuje, že:**

- Byl seznámen se skutečností o přípravě závěrečné kvalifikační práce studenta a možnosti svého zařazení do této přípravy;
- mu byla vysvětlena role pacienta a jeho osobních údajů v přípravě závěrečné kvalifikační Práce studenta (sběr a analýza zdravotní dokumentace – osobních údajů pacienta, jejich statistické zpracování a výsledná anonymizovaná podoba bez uvedení jakýchkoli osobních údajů v závěrečné kvalifikační práci studenta);
- Má zájem účastnit se této přípravy, poskytnout své osobní údaje studentovi za účelem vědecké činnosti.

#### **Pacient prohlašuje, že byl poučen a dává souhlas se zpracováním svých osobních údajů:**

- o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu;
- o možnosti určit osoby podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 Sb., kterým mohou být podány informace o jeho zdravotním stavu a případně mohou nahlížet také do zdravotnické dokumentace;
- o možnosti vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě;

- o právu toto určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat;
- dále, že v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb obsahují lékařské zprávy, výsledky z laboratoře a další výstupy a dokumenty osobní údaje a citlivé osobní údaje pacienta;
- pacient souhlasí s právem nahlížení studenta do své zdravotnické dokumentace
- pacient sděleným informacím rozumí, bere je na vědomí, což potvrzuje níže svým podpisem.

V Praze dne _____ 2019	Podpis:
	...jméno a příjmení... pacient