

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jitka Vranková

**Diabetes mellitus a jeho
psychosociální dopad na seniory**

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

2011

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

Bánov, 20. 4. 2011

Děkuji Mgr. Miroslavě Petřekové za užitečné rady, pomoc, kritický náhled a vedení při psaní mé bakalářské práce.

Chci tímto způsobem poděkovat své rodině a přátelům za pomoc a podporu, které se mi od nich dostávalo po celou dobu studia.

Obsah:

Úvod	3
1. Diabetes mellitus.....	6
1.1. Diabetes mellitus 2. typu – příčiny, průběh	6
1.2. Léčba diabetes mellitus 2. typu.....	8
2. Komplikace diabetes mellitus 2. typu	11
2.1. Akutní komplikace DM2T	11
2.1.1. Diabetická ketoacidóza	12
2.1.2. Hyperglykemický stav.....	12
2.1.3. Laktátová acidóza.....	13
2.1.4. Hypoglykémie.....	13
2.2. Chronické komplikace DM2T	14
2.2.1. Diabetická retinopatie.....	15
2.2.2. Diabetická nefropatie.....	15
2.2.3. Diabetická neuropatie.....	16
2.2.4. Syndrom diabetické nohy.....	16
2.2.5. Ischemická choroba srdeční.....	17
2.2.6. Cévní mozková příhoda	18
3. Psychosociální dopad nemoci na seniora.....	19
3.1. Proces stárnutí	19
3.2. Geriatrický pacient	22
3.2.1. Klinický obraz a průběh nemoci u seniora-diabetika	23
3.2.2. Geriatrické syndromy u diabetika	24
3.3. Psychický dopad diabetes mellitus na seniora.....	26
3.3.1. Vliv stresu, strachu a úzkosti na DM2T	28
3.4. Sociální situace seniora-diabetika.....	29
3.4.1. Role pacienta, soběstačnost diabetika.....	29
3.4.2. Hospitalizace	31
3.4.3. Sociální opora.....	32
3.4.4. Rodina a její vliv na seniora-diabetika.....	32
4. Zmírňování psychosociálního dopadu nemoci	35
4.1. Dostatek informací o nemoci	35
4.1.1. Komunikace se seniorem, bariéry v komunikaci.....	36

4.1.2.	Edukace diabetika	38
4.2.	Spolupráce s diabetikem, dodržování léčebného režimu	39
4.3.	Zachování identity a autonomie	40
4.4.	Péče o diabetika v rodině	42
4.4.1.	Péče o diabetika se syndromem diabetické nohy	44
4.5.	Sociální možnosti seniora-diabetika	44
4.5.1.	Příspěvek na péči	45
4.5.2.	Dávky sociální péče	46
4.5.3.	Mimořádné výhody	46
4.5.4.	Sociální služby	47
4.5.5.	Sociální práce se seniory	49
4.6.	Svépomocné organizace pro diabetiky	51
Závěr		53
Přílohy		55
Seznam literatury:		58

ÚVOD

Diabetes mellitus, lidově řečeno „cukrovka“, je chronické a zatím nevyléčitelné onemocnění, které provází lidskou populaci od nepaměti. Pacientů s diabetem celosvětově přibývá a léčba této choroby a zejména jejích komplikací se stává pro některé země ekonomicky neúnosnou (Rušavý, Frantová, 2007). Zdravotnická statistika (ÚZIS ČR, 2010) uvádí, že v roce 2009 bylo v naší republice více než 783 tisíc pacientů s diagnózou diabetes mellitus. Toto číslo představuje roční nárůst registrovaných diabetiků zhruba o 10 tisíc, a pokud by počet nových diabetiků narůstal stejným tempem, pak lze předpokládat, že v roce 2035 bude v ČR postižen diabetem asi každý desátý občan.

Diabetes mellitus jako nemoc je popsána v odborné literatuře dostatečně podrobně, stejně tak i komplikace této choroby a možnosti léčby. Stále se také objevují nové a nové metody diagnostiky i léčení. V současnosti si zdravotnický personál i lékaři uvědomují, že je potřeba léčit nejen nemoc a tělo pacienta, ale je nutné se zabývat i psychikou nemocného, jeho prožíváním nemoci apod. K samotné nemoci a jejím psychickým dopadům je nutno přičíst i sociální dopady, např. změnu péče o sebe sama, nutnost pomoci jiné osoby, využití sociálních služeb, možnost získání sociálních dávek apod. Všechny informace o seniorech, o diabetu, o psychice a sociální situaci nemocného s diabetem jsou však zpracovány odděleně, jako jednotlivá témata, a není dostupný žádný materiál o celkovém vlivu diabetes mellitus 2. typu na seniory. Seniorů v naší populaci stále přibývá a ve vyšším věku diabetici častěji trpí komplikacemi diabetu. Právě komplikace a jejich možné důsledky jsou pro seniora největší zátěží, výrazně mohou zhoršit zdravotní stav a ohrožují diabetika na životě a mají také velký vliv na psychiku pacienta a na jeho sociální situaci.

Cílem mé práce je zjistit, zda a jakým způsobem ovlivňuje diabetes mellitus život seniora – od diagnostiky, průběhu diabetu, přes léčbu nemoci, komplikace nemoci, psychické obtíže s nemocí spojené (šok z diagnózy, změna životního stylu, stres z komplikací, úzkost a strach) až po změny v sociální oblasti (zvládnutí péče o sebe sama, nutná pomoc okolí, vliv na rodinu, péče o nemocného v rodině, příspěvek na péči a jiné sociální dávky či příplatky, sociální práce se seniory). Jelikož počet seniorů v naší populaci přibývá a s tím i počet diabetiků, může tato práce posloužit při orientaci v problému samotným pacientům, jejich rodině, pečující osobě nebo sociálním

pracovníkům v zařízeních sociálních služeb pro seniory. Znalost problému diabetu u seniorů a jeho dopadů pak může pomoci zkvalitnit nejen péči o seniory, ale i samotný přístup k seniorům – diabetikům, komunikaci s nimi apod.

Má práce má teoretický charakter a vychází z odborné literatury nejen o diabetes mellitus, ale i o psychice pacientů, o specifických problémech seniorů a o sociální práci se seniory. Jako metodu práce jsem zvolila analýzu dostupných informací a následnou syntézu ve vztahu k seniorovi-diabetikovi. Použitá literatura mi umožnila propojit jednotlivé informace o nemoci a psychosociální situaci seniorů a podívat se na problém diabetes mellitus 2. typu u seniorů komplexně.

Pro účely mé bakalářské práce je nutno nejdříve podat základní informace o nemoci diabetes mellitus 2. typu. Jelikož má práce nemá být zdravotnického charakteru, uvádím informace o diabetu jen v takovém rozsahu, aby bylo poskytnuto základní vysvětlení choroby a jejích komplikací. Diabetes mellitus je samo o sobě dost omezující onemocnění (dodržování diety, pravidelný pohyb, správné dávkování léků, aplikace inzulínu apod.), přesto hlavní příčinou psychosociálního dopadu nemoci na seniora jsou komplikace této nemoci. Proto informacím o diabetických komplikacích je věnována jedna kapitola této práce. Aby informace o diabetu byly ucelené, informuji také o možnostech léčby diabetu.

Více se ve své práci věnuji psychickým a sociálním dopadům diabetu na seniora. Stáří samo o sobě má svá specifika, která jsou zjištěnou chronickou a nevyléčitelnou nemocí značně ovlivněna. Diabetem je ovlivněn nejen sám pacient, ale také jeho blízké okolí (rodina, přátelé, pečující osoby), mění se sociální role seniora, jeho kompetence. Senior se stává mnohdy závislým na jiných osobách, je ovlivněna jeho identita a autonomie. Psychosociální dopad diabetu na seniora je rozsáhlý a senior potřebuje často pomoc jiné osoby k tomu, aby tuto situaci dobře zvládl a aby psychosociální negativní vlivy byly co nejmenší. V poslední kapitole své práce se věnuji možnostem zmírnění psychosociálního dopadu diabetu na seniora – otázkám motivace, dodržování léčebného režimu, zachování autonomie, vlivu rodiny, svépomocným organizacím diabetiků, využití sociální péče a příspěvků apod.

Některé informace, které v této práci uvádím o diabetes mellitus 2. typu, jeho léčbě a komplikacích, jsou upravenými a rozšířenými poznatky, které jsem použila ve své absolventské práci s názvem Diabetes mellitus 2. typu a jeho psychosociální dopad

na osoby ve střední a pozdní dospělosti. Tato absolventská práce byla odevzdána na CARITAS-VOŠ sociální Olomouc v dubnu 2011.

V textu bakalářské práce používám pro diabetes mellitus 2. typu zkratku DM2T nebo zkrácený název nemoci – diabetes. Také osoby nemocné diabetem označuji pouze v mužském rodě – senior, diabetik, pacient, nemocný; stejně tak i ostatní osoby – lékař, sociální pracovník, zdravotník, rodinný příslušník. Použitá terminologie nemá působit diskriminačně, ale má sloužit přehlednosti a srozumitelnosti textu.

1. DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus je v naší populaci chorobou velmi rozšířenou, proto je také dostatek informací o jejích příčinách, průběhu, léčbě, komplikacích a důsledcích. Má práce nemá být zdravotnického charakteru, přesto je na místě, abych uvedla základní charakteristiky nemoci. Tyto informace jsou důležité k pochopení dopadu diabetu na psychiku a sociální sféru diabetika.

V posledních deseti letech přibýlo v oblasti diabetologie mnoho poznatků o průběhu nemoci, komplikacích a léčbě. Diabetologie se vyvíjí ruku v ruce s novými objevy a nově získanými informacemi, které by pak měli být použity pro lepší péči o diabetiky (Perušičová, 2004). Diabetes mellitus je označením pro několik chronických onemocnění, která jednotně charakterizuje hyperglykémie (zvýšená hladina cukrů v krvi), a která vznikají na podkladě absolutního či relativního nedostatku inzulínu v organismu. Jde o komplexní poruchu metabolismu nejen cukrů, ale také tuků a bílkovin (Rušavý, Frantová, 2007).

V roce 2009 se léčilo v ČR s diabetem jakéhokoliv typu více než 783 tisíc osob. Ve srovnání s rokem 2008 byl nárůst registrovaných diabetiků o 10 tisíc. Oproti roku 1980 se zvýšil počet léčených diabetiků 2,5krát. Pokud by počet pacientů s touto chorobou narůstal stejným tempem (asi 10 tisíc/rok), bude v roce 2035 postižen diabetem každý desátý občan ČR bez ohledu na věk (ÚZIS ČR, 2010).

1.1. Diabetes mellitus 2. typu – příčiny, průběh

Diabetes mellitus 2. typu (DM2T) patří mezi nejčastější metabolické poruchy, které se vyskytují v naší společnosti. Diabetes stále patří mezi typické nemoci stáří, ale dost často se vyskytuje také u střední generace. DM2T tvoří asi 85 – 90 % všech nemocných s diabetem. Za příčiny vzniku diabetes mellitus 2. typu jsou považovány nejen změny životního stylu, ale také dědičnost. Civilizační faktory, které zásadně ovlivňují vznik DM2T, jsou např. nadměrný příjem potravy, nedostatečná fyzická aktivita, nevhodná skladba stravy, kouření a jiné špatné civilizační návyky (Rybka, 2007). Z hlediska genetiky je v naší populaci zjištěno (Svačina a kol., 2008), že potomek dvou diabetiků 2. typu onemocní diabetem prakticky ve 100 % případů. Pokud

byl diabetikem jeden rodič, je riziko vzniku diabetu u jeho potomků více než 50 %. U náhodně vybraného jedince je riziko získání této choroby 20 – 25 %.

Diabetes mellitus je choroba dědičná, ale nedědí se nemoc, ale jen určité vloh, které působením vlivů, jako nadváha či imunologické změny, vedou ke vzniku choroby (Jirkovská a kol., 1999). DM2T vzniká plíživě, často je dlouho bez příznaků a může se poprvé projevit až komplikacemi. Základní příčinou vzniku nemoci je inzulinová rezistence (porucha působení inzulinu ve tkáních) s druhotným vyčerpáním beta-buněk pankreasu, které produkují inzulin. V organismu se nejprve objeví hyperinzulinémie (nadbytek inzulinu), která se snaží překonat inzulinovou rezistenci tkání. Poté dojde k vyčerpání beta-buněk a v organismu se projeví hyperglykémie. Rozvoj diabetu 2. typu je tedy podmíněn dvěma poruchami: inzulinovou rezistencí a snížením schopnosti beta-buněk produkovat dostatečnou dávku inzulinu (Rušavý, Frantová, 2007).

Z diagnostického hlediska lze populaci rozdělit podle naměřených hodnot glykémie do několika skupin. U jedince je vyloučen diabetes mellitus, pokud glykémie na lačno < 5,6 mmol/l, protože rozpětí koncentrace glykémie na lačno u zdravého jedince je v rozmezí 3,6 – 5,6 mmol/l. O zvýšeném riziku vzniku diabetu, tzv. prediabetes, lékaři mluví tehdy, pokud je glykémie na lačno v rozmezí hodnot 5,6 – 6,9 mmol/l. Prokázaný diabetes mellitus je v případě, kdy je klinická symptomatologie diabetu provázena náhodnou glykémií > 11,1 mmol/l a následně je hodnota glykémie na lačno > 7 mmol/l. Diagnostika diabetu podle glykemické křivky je založena na hodnocení glykémie 2 hod po podání 75 g glukózy ústy (per os). Pokud je naměřená hodnota vyšší než 11,1 mmol/l, jde o diabetes. Je také známo, že i nižší hodnota než 11,1 mmol/l může vést ke vzniku pozdních komplikací diabetu (Rybka, 2007).

Příznaky DM2T můžeme rozdělit do dvou skupin. V první jsou hlavní příznaky, které se vyskytují téměř vždy, v druhé jsou vedlejší příznaky, které se objevují nepravidelně. Mezi hlavní příznaky patří polydipsie (velká žízeň, kdy pacient vypije až několik litrů tekutin), dále polyurie (velké množství moče, močení i v noci), hubnutí pacienta při dostatečném množství potravy, dušnost a přítomnost acetonu v dechu, celková slabost, únava, které může vést ke kómatu. Vedlejším příznakem diabetu je např. kazivost zubů, paradentóza, gynekologické výtoky, brnění dolních končetin, poruchy zrakové ostrosti, různá kožní onemocnění a záněty, močové infekce apod. (Rušavý, Frantová, 2007).

1.2. Léčba diabetes mellitus 2. typu

Obecně lze říci, že cílem léčby diabetes mellitus 2. typu je odstranění příznaků nemoci – polyurie, žízně, snížení hmotnosti, častých infekcí, únavy apod. Včasné zahájení léčby a její důsledné dodržování působí preventivně proti komplikacím, zlepšuje kvalitu života nemocného, snižuje morbiditu a mortalitu na komplikace nemoci. U seniorů-diabetiků je však nutné zvážit zavedení intenzivního léčebného opatření, které může znamenat větší zhoršení kvality života než DM2T se všemi svými riziky (Perušičová, 2004).

Léčbu DM2T lze v zásadě rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Nefarmakologická léčba vyžaduje od pacienta velkou vůli, motivaci a dodržování léčebných opatření. Radíme sem diabetickou dietu a pohybovou aktivitu. Diabetická dieta spolu s fyzickým pohybem patří i v dnešní době mezi nejúčinnější léčebné prostředky. Cílem obou je zachování dobrého tělesného i duševního stavu pacienta a snaha o dlouhodobé hodnoty glykémie, které se blíží normálu. Většina diabetiků 2. typu je obézních či má nadváhu, proto je diabetická dieta často i dietou redukční, která má snižovat BMI¹, inzulínovou rezistenci a tuky v potravě. Přesto však musí být zajištěn dostatečný přísun energie pro diabetika, a to na základě jeho zdravotního stavu, věku. V dietě mají být zastoupeny sacharidy, převážně ve formě škrobů v rozmezí 55 – 60 %, tuky maximálně ve 30 % a bílkoviny nemají přesáhnout 15 % denního energetického příjmu (Rušavý, Frantová, 2007).

Dříve se při dietě a fyzické aktivitě dbalo na co největší redukci hmotnosti. V současnosti se osvědčila redukce o 5 – 10 % hmotnosti člověka, která se jeví jako nejefektivnější prevence proti metabolickým komplikacím. Tzv. mírná redukce hmotnosti může snížit výskyt diabetu až o polovinu. Na vznik diabetu má vliv nejen kvantita jídla, ale také jeho kvalita. Pro naši populaci to znamená jíst více ovoce a zeleniny, omezit příjem živočišných tuků a nahradit je tuky rostlinnými (Svačina, 2008).

Vlivem pravidelného pohybu dochází u diabetika nejen k redukci hmotnosti, ale také k metabolickým změnám v jeho organismu, na jejichž podkladě se snižuje

¹ Aby diabetik věděl, kdy je jeho hmotnost přiměřená, může si sám vypočítat svůj **hmotnostní index (BMI – body mass index)**, který ukazuje, zda hmotnost člověka odpovídá jeho výšce. BMI se vypočítá tak, že hmotnost pacienta podělíme výškou pacienta na druhou. Normou BMI není hodnota, ale rozmezí. BMI 20 – 25 ukazuje na normální hmotnost, rozmezí 25 – 30 signalizuje nadváhu, BMI 30 – 35 je brán jako obezita 1. stupně, BMI 35 a výše ukazuje na obezitu 2. stupně (Šafránková, Nejedlá, 2006).

inzulínová rezistence tkání. Fyzická aktivita by měla být hlavně pravidelná. Za dostačující a léčebně výhodnou se uvádí aktivita 3x v týdnu v rozmezí 60 – 90 min. Dodržování diabetické diety a pravidelný fyzický pohyb mají také preventivní a léčebný vliv na rozvoj chronických komplikací DM2T. Přes všechna pozitiva však poměrně často dochází k porušování diety a zanedbávání pohybové aktivity. Příčinou tohoto stavu může být špatná edukace pacienta, malá motivace, chybí individuální přístup k diabetikovi, podpora okolí pacienta a přiměřená kontrola (Rušavý, Frantová, 2007).

K farmakologické léčbě diabetu se řadí perorální antidiabetika (PAD), což jsou ústy podávané tablety s hypoglykemizujícím účinkem, a inzulín aplikovaný injekčně. Inzulínů, stejně jako PAD, je několik druhů s různými délkami účinku, různého složení. Rozdíly jednotlivých léků a inzulínů jsou více zdravotnickou záležitostí, proto je ve své práci neuvádím.

Perorální antidiabetika jsou indikována u diabetiků, u nichž nefarmakologická léčba nedokázala zajistit uspokojivé hodnoty glykémie. V současné době je diabetikům k dispozici celkem pět skupin antidiabetických léků, které se liší nejen svým chemickým složením, ale také mechanismem svého účinku. Základní princip, podle kterého lékař určí správný typ PAD pro jednotlivé pacienty, je snaha o docílení co nejlepších hodnot glykémie s co nejnižší hladinou PAD v krvi. Jde o snahu minimalizovat vedlejší účinky preparátů a současně zachovat optimální terapeutický efekt (Perušičová, 2004).

Inzulínová léčba byla dříve typická pro diabetes mellitus 1. typu, ale v současnosti není výjimkou aplikace inzulinu i u diabetiků 2. typu. Podávání inzulinu je hormonální léčba, která je zahájena v případě, kdy vlastní sekrece inzulinu je nedostatečná ke kompenzaci diabetu – vlastní inzulin nestačí kompenzovat přítomnou inzulinovou rezistenci (Perušičová, 2004).

Aplikace inzulinu se diabetici 2. typu většinou obávají. Zvláště senioři, kteří mají horší zrak, mají obavy z toho, jak zvládnou správné dávkování inzulinu, jak se naučí jej aplikovat. V současnosti se pro aplikaci inzulinu používají jednorázové stříkačky, tzv. „inzulínky“, dále dávkovače inzulinu, tzv. „inzulínové pera“, a moderní inzulinové pumpy. Výhodou inzulinových per je to, že je pacient nosí s sebou již naplněná inzulinem a odpadá tak zdlouhavá příprava před samotnou aplikací. Manipulace je velmi jednoduchá, poskytuje diabetikovi pohodlí při aplikaci inzulinu a zvyšuje se tím samostatnost u lidí, kteří by jinak byli odkázáni při aplikaci inzulinu na pomoc jiné

osoby. Nastavenou dávku si může diabetik kontrolovat nejen zrakem, ale i hmatem a sluchem, takže nastavení správné dávky zvládnou např. nevidomí diabetici či pacienti méně zruční. Oproti inzulínovému peru dodává inzulínová pumpa inzulín prostřednictvím kanyly zavedené do podkoží pacienta v mikrodávkách po celých 24 hodin a zvýšené dávky inzulínu si diabetik přidává mechanicky sám podle individuálních potřeb v závislosti na jídle, fyzické aktivitě a v čase, který mu vyhovuje. Tím se tento způsob aplikace inzulínu stává ještě flexibilnějším oproti standardním inzulínovým režimům. Inzulínové pumpy jsou bezpečné, obsahují řadu alarmů, které upozorňují diabetika na situace, při kterých by mohlo dojít k zastavení přísunu inzulínu, např. vybití baterie, ucpání kanyly, docházející inzulín v zásobníku (Kožnarová, 2006).

Statistika udává (ÚZIS, 2010), že v roce 2009 bylo v ČR léčeno 24 % všech diabetiků jen nefarmakologicky, tj. dietou a pohybovou aktivitou. Perorálními antidiabetiky bylo léčeno celkem 48,5 % pacientů. Čistě inzulínovou léčbu užívalo 16,9 % diabetiků a kombinací PAD a inzulínu bylo léčeno 10,6 % nemocných. Z celkového počtu diabetiků léčených jen inzulínem, si 96,7 % aplikovalo inzulín stříkačkou nebo perem a inzulínovou pumpu využilo 3,3 % pacientů.

2. KOMPLIKACE DIABETES MELLITUS 2. TYPU

Z předcházející kapitoly vyplývá, že i když je diabetes mellitus 2. typu choroba závažná a nevyléčitelná, existuje rozsáhlá terapie, která umožňuje diabetikovi vést běžný život téměř jako před onemocněním. Výrazné psychické a sociální dopady DM2T vznikají až na podkladě komplikací, které tato nemoc s sebou přináší. Akutní komplikace (zejména hypoglykémie) nastupují náhle, mnohdy bez předchozích varovných příznaků, a diabetik se jich obává, což má velký vliv na psychiku pacienta (strach, úzkost, stres). Chronické komplikace se dostavují pozvolna, mívají ale za následek často výrazné a dlouhodobé zhoršení zdravotního stavu diabetika (infarkt myokardu, mozková příhoda, ztráta zraku, postižení ledvin, amputace končetiny apod.) Tím je silně ovlivněna psychika diabetika a mění se i pacientův sociální status a role. Problematika komplikací diabetes mellitus je velmi obsáhlá a věnují se jí odborníci nejen u nás, ale i ve světě. Jestliže se u diabetika projeví některá z komplikací, ovlivní tedy i ostatní aspekty jeho života. Informace o komplikacích diabetu jsou důležitou součástí mé práce, není však nutné podávat o komplikacích podrobné informace medicínského rázu, protože se zabývám spíše psychickými a sociálními dopady těchto komplikací.

2.1. Akutní komplikace DM2T

Nové poznatky v diagnostice a léčbě diabetes mellitus umožnily zlepšení kvality a prodloužení života diabetiků. Akutní komplikace diabetu, které ohrožovaly pacienty dříve, však zdaleka nevymizely, setkáváme se s nimi ale v daleko menší míře. Akutní komplikace (tabulka 1) může potkat každého diabetika bez ohledu na věk, typ diabetu, způsob léčby a tyto komplikace jsou stále poměrně častou příčinou smrti diabetika. Klasický komatózní stav s fatálním následkem už dnes není běžnou záležitostí, ale metabolické komplikace stále ohrožují diabetiky na životě (Šmahelová, 2006).

Výskyt akutních komplikací diabetu se v posledních letech snižuje. Je to díky edukaci nemocných, dobré zdravotní síti a také díky zlepšujícím se psychosociálním podmínkám. Pokud se u pacienta vyvine jakýkoliv typ akutní komplikace, je nutná komplexní léčba pacienta a v závislosti na stavu pacienta i hospitalizace (Rybka, 2007).

Tabulka 1: **Akutní komplikace diabetu**

<i>Dělení akutních komplikací diabetu</i>	<i>Mortalita</i>
Akutní metabolické komplikace	
1. Akutní hyperglykemické stavy ➤ Diabetická ketoacidóza ➤ Hyperglykemický stav	 < 5 % > 15 %
2. Laktátová acidóza	> 50 %
Hypoglykémie	1 -10 %

2.1.1. Diabetická ketoacidóza

Jednotná definice této diabetické komplikace neexistuje. Šmahelová (2006, s. 19) ji popisuje jako „výsledek absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu a vzestup hladin katabolických hormonů, tedy zvýšené tvorby glukózy a ketolátek v játrech.“ Tuto komplikaci lze také popsat jako dekompenzovaný diabetes se zvýšenou hodnotou ketolátek v krvi a hodnotou glykémie > 13,9 mmol/l. Ketolátkami se nazývají produkty rozpadu mastných kyselin v organismu, které se vyskytují běžně např. při redukční dietě. U diabetiků je však postižen metabolismus cukrů, bílkovin i tuků, proto zvýšená hodnota ketolátek může způsobit v těle diabetika komplikace. Příčinou vzniku diabetické ketoacidózy jsou infekce, onemocnění trávicího traktu, kardiovaskulární příhody, chyby v léčebném režimu, konzumace alkoholu, stres apod. Příznaky ketoacidózy jsou závislé na stupni metabolické poruchy a mohou být téměř minimální, ale i závažné, až život ohrožující. Mezi příznaky lze řadit únavu, dehydrataci, zvýšenou glykémii, váhový úbytek, zvracení a dyspeptické potíže, ovocný pach v dechu pacienta. Mohou se objevit také výrazné bolesti břicha, které často simulují náhlou příhodu břišní, jindy je přítomna zmatenost, apatie až ztráta vědomí. Léčba diabetické ketoacidózy spočívá v úpravě glykémie (Šmahelová, 2006).

2.1.2. Hyperglykemický stav

Tato komplikace je v podstatě metabolickým rozvratem organismu diabetika, který se projevuje velmi vysokou hyperglykemií (hodnoty cukru v krvi jsou mnohdy vyšší než 50 mmol/l). Na rozdíl od diabetické ketoacidózy je minimální nebo negativní přítomnost ketolátek v krvi (Šmahelová, 2006).

Podle výzkumů se hyperglykemický syndrom vyskytuje nejčastěji u pacientů nad 50 let, u 35 % z nich jde o nově diagnostikovaný diabetes. Nejčastější příčinou bývá infekce, neadekvátní léčba skupinou diuretik (léky, které působí močopudně).

V klinickém obraze je patrná výrazná dehydratace, která je provázena hypotenzí (nizkým krevním tlakem) a jinými kardiovaskulárními projevy. Časté jsou mentální poruchy, křeče a asi 10 % pacientů upadá do kómatu. Závažnost průběhu a možných následků je důvodem k hospitalizaci na jednotce intenzivní péče, kde je nutné pacienta zbavit dehydratace a zabránit poškození ledvin (Rybka, 2007).

2.1.3. Laktátová acidóza

Laktátovou acidózu popisuje Šmahelová (2006) jako komplikaci diabetu, která se vyvíjí na podkladě nedostatečného přísunu nebo využití kyslíku ve tkáních. Zejména u diabetiků 2. typu se může vytvářet hypoxické prostředí v organismu (např. při srdečním selhávání) a to může zvyšovat riziko rozvoje laktátové acidózy. Ta může vznikat také na podkladě samotného diabetu, protože při něm je metabolismus laktátu abnormální. Léčba laktátové acidózy je i v dnešní době neuspokojivá, mortalita na tuto komplikaci je vysoká (tabulka 1). Specifická léčba v podstatě neexistuje a všechny pacienty s touto komplikací je nutno léčit na jednotkách intenzivní péče.

2.1.4. Hypoglykémie

Hypoglykemií se nazývá patologický stav, při kterém dojde k nerovnováze mezi nadbytkem inzulínu a nedostatkem glukózy v organismu. Hypoglykémie jako komplikace diabetu jsou častější u seniorů a nespolupracujících pacientů. Projevují se při požívání alkoholu, při přidruženém jiném onemocnění. Patologické snížení koncentrace glukózy má za následek poruchy především v mozkové tkáni, která je na přívodu cukru závislá. Příčinou hypoglykémie může být např. nadměrné užití perorálních antidiabetik nebo nadměrná dávka inzulínu, opožděný nebo vynechaný přísun potravy a také velká nebo dlouhodobá fyzická zátěž. Klinický obraz hypoglykémie je různorodý a závisí na hodnotách glykémie v krvi a také na rychlosti poklesu její koncentrace. Z diagnostického hlediska jde o hypoglykémii tehdy, jestliže koncentrace glykémie v krvi je nižší než dolní hranice normálního rozpětí, tzn. nižší než 3,6 mmol/l (Rybka, 2007).

Mezi nejčastější příznaky hypoglykémie patří zblednutí, pocení (studený pot), velký hlad, třes rukou, slabost, bušení srdce, neklid, pocity úzkosti. Hypoglykémie nejvíce ohrožuje mozek, který si nedokáže získat energii jinak než přísunem glukózy, a proto se hypoglykémie projevuje také zmateností, poruchami vidění, vrávoravou chůzí, odmítáním pomoci, špatnou spoluprací, agresivitou. Pokud není hypoglykémie

včas rozpoznána, dostaví se křeče, bezvědomí a diabetik je ohrožen na životě. Opakované těžké hypoglykémie mohou způsobit poškození mozku, u starších lidí pak mozkovou příhodu nebo srdeční infarkt. Diabetici většinou na sobě poznají přicházející hypoglykémii a mohou zabránit jejímu rozvinutí přísunem sacharidů (např. sněžení několika sušenek, pečiva). Při těžších příznacích je důležité požit cukr, vzít si bonbon nebo vypít sladký nápoj. Diabetici se mnohdy obávají toho, že si při hypoglykémii vezmou větší množství sacharidů, než je pro zvládnutí hypoglykémie nutné. Pokud by se tak stalo, je přechodně zvýšená hladina cukru v krvi menším nebezpečím než těžká hypoglykémie s bezvědomím. (Špitálníková, 2010).

Hypoglykémie může nastat u každého diabetika, zejména pokud je léčen PAD nebo inzulinem. Šmahelová (2006) rozlišuje čtyři stupně hypoglykémie (tabulka 2).

Tabulka 2: **Stupně hypoglykémie**

Asymptomatická hypoglykémie	Není provázena subjektivními příznaky, diagnostika jen biochemicky.
Mírná symptomatická hypoglykémie	Mírné příznaky, pacient ji zachytí včas a zvládne ji sám.
Závažná hypoglykémie	Závažné příznaky, poruchy vědomí, pacient potřebuje pomoc jiné osoby
Hypoglykemické koma	Pacient v bezvědomí, komatu

2.2. Chronické komplikace DM2T

Ze zdravotnické statistiky (ÚZIS ČR, 2010), která se zabývá péčí o nemocné cukrovkou, vyplývá, že tak jako stoupá každoročně počet léčených diabetiků, stoupá také počet pacientů, kteří jsou postiženi chronickými komplikacemi. Statisticky je sledována diabetická nefropatie, diabetická retinopatie a syndrom diabetické nohy. V roce 2009 bylo léčeno s DM2T přes 717 tisíc osob, což bylo 91,6 % všech léčených diabetiků. Počet osob s komplikacemi bylo v tomtéž roce zhruba 221 tisíc, což je 28 %.

Chronické komplikace mají oproti akutním pozvolnější nástup, ale o to více jsou pro diabetika nebezpečné. Většina chronických komplikací vzniká na podkladě změn na cévním systému pacienta – mikroangiopatie a makroangiopatie (tabulka 3). Příčinou bývá hlavně dlouhodobě dekompenzovaný diabetes, vyšší glykémie a také vyšší hemoglobin (ukazatel vyrovnanosti cukrovky během posledních dvou měsíců před

odběrem), dále vysoký krevní tlak a zvýšená hladina tuků v krvi (Jirkovská a kol., 1999).

Tabulka 3: **Chronické komplikace diabetu**

<i>Mikroangiopatické komplikace</i> (postižení malých cév)	<i>Makroangiopatické komplikace</i> (postižení velkých cév)
➤ Diabetická retinopatie – postižení očí	➤ Ischemická choroba srdeční
➤ Diabetická nefropatie – postižení ledvin	➤ Cévní mozková příhoda
➤ Diabetická neuropatie – postižení nervů	➤ Syndrom diabetické nohy – multifaktoriální komplikace

Diabetes mellitus je sice metabolické onemocnění, ale jak uvádí Svačina (2005), hlavním orgánem, který trpí dlouhodobou hyperglykemií, je cévní systém. Právě cévní komplikace jsou nejčastější příčinou toho, že diabetes zkracuje pacientům život. Vzhledem k tomuto faktu by mělo být na každého diabetika pohlíženo jako na pacienta nejen s DM2T, ale i na pacienta s ischemickou chorobou srdeční. V dnešní době je totiž právě diabetická makroangiopatie (ischemická choroba srdeční, infarkt, mozková příhoda, syndrom diabetické nohy) nejčastější příčinou smrti diabetiků.

2.2.1. Diabetická retinopatie

Diabetickou retinopatií je nazýváno specifické poškození sítnice oka u diabetiků. Někdy může být na podkladě dlouhodobé hyperglykémie poškozena také čočka a duhovka. Při této komplikaci dochází nejen k postižení sítnice, ale také ke ztlustění sítnice, tvorbě exudátu (výpotku), tvoří se nové cévy, které vedou k fibróze až k odtržení sítnice. Diabetická retinopatie je příčinou poškození zraku a následné slepoty asi u 33 % diabetiků 2. typu, u diabetiků-seniorů jde o nejčastější příčinu oslepnutí. Léčba prosté retinopatie zatím neexistuje, proto je velmi důležitá prevence. Ta spočívá v dlouhodobě dobře kompenzovaném diabetu, v normalizaci krevního tlaku. Pro prevenci a léčbu je důležitá spolupráce diabetologa s oftalmologem a pravidelná oční vyšetření diabetika (Šmahelová, 2005).

2.2.2. Diabetická nefropatie

Toto onemocnění vzniká jako důsledek špatně kompenzovaného diabetu. Diabetická nefropatie je charakterizována proteinurií (bílkovinou v moči), hypertenzí (vysokým krevním tlakem) a postupným poklesem ledvinových funkcí. Pacient může

být zcela bez příznaků až do stadia selhání ledvin a na příznaky počínající nefropatie se přijde často náhodně (objeví se bílkovina v moči). Pokud je zanedbána léčba počínající nefropatie, dochází postupně ke snižování funkcí ledvin, nakonec až k jejich selhání. Léčba spočívá ve velmi dobré kompenzaci diabetu, normalizaci krevního tlaku, snížení hodnot tuků v krvi, omezení příjmu bílkovin, udržování optimální hmotnosti diabetika, zákazu kouření. Pokud pacient trpí diabetickou nefropatií, bývá u něj zrychlený rozvoj ostatních komplikací diabetu, zejména makrovaskulárních, a rozvoj syndromu diabetické nohy. Jestliže dojde k selhání renálních funkcí, je diabetik zařazen do transplantačně-hemodialyzačního programu. Asi 1/3 všech dialyzovaných pacientů jsou diabetici, kterým vlivem diabetické nefropatie selhaly renální funkce (Pelikánová, Bouček, 2005).

2.2.3. Diabetická neuropatie

Diabetická neuropatie je podle Rybky (2007) přítomna u 5 – 10 % nemocných už při stanovení diagnózy diabetu a po deseti letech je přítomna až u 90 % diabetiků. Jde o nejčastější chronickou komplikaci diabetu, která je charakteristická poškozením periferních nervů na základě metabolických a cévních poruch při diabetu. Často je to první příznak, který přiměje nemocného k návštěvě lékaře. Projevuje se bolestí dolních končetin, svalovou slabostí, parézami nervů. Tato komplikace může způsobit až invaliditu pacienta a zásadním způsobem se podílí na vzniku tzv. diabetické nohy. Léčba spočívá v kompenzaci diabetu.

2.2.4. Syndrom diabetické nohy

Syndromem diabetické nohy se nazývají u diabetika chorobné změny na dolní končetině pod kotníkem. Příčin bývá několik - postižení cév (porucha prokrvení končetin, jejímž následkem je tvorba defektů až gangréna), postižení nervů (poškození nervových vláken vedoucích ke snížení citlivosti) a větší sklon k infekci (plísňím, hnisavým onemocněním). Neléčený syndrom diabetické nohy může vést až k amputaci končetiny a invaliditě diabetika (Jirkovská a kol., 1999).

O závažnosti této komplikace vypovídá i statistika (ÚZIS, 2010), která uvádí v roce 2009 celkem 5,6 % diabetiků s komplikací diabetické nohy, což je 43 990 osob. Z tohoto počtu pak podstoupilo v roce 2009 amputaci nohy či prstů na dolní končetině celkem 8 439 diabetiků.

Příčinou syndromu diabetické nohy bývají poranění na dolní končetině způsobená nevhodnou obuví, úrazy, popáleninami apod. Rizikovými faktory vzniku jsou předcházející defekty, biomechanické faktory (deformity, snížená pohyblivost kloubů, nevhodná obuv) a také socioekonomické faktory, jako jsou nedostatečná edukace, nedodržení léčby, nízká sociokulturní úroveň. Velký podíl na vzniku syndromu diabetické nohy má neuropatie (poškození nervů, snížená citlivost), která zvyšuje riziko vzniku diabetických defektů. Jelikož na podkladě neuropatie ztrácí diabetik citlivost na teplo a tlak, často sám nepozná, že nosí nevhodnou či malou obuv, že se poranil nebo popálil. Orientační zjišťování poruch citlivosti bývá součástí vyšetření diabetika minimálně jednou za rok. Nebezpečná je pro diabetika přítomnost infekce, která zhoršuje prognózu diabetické nohy. Jelikož příčiny vzniku syndromu diabetické nohy jsou různorodé, musí být léčba komplexní. Mezi její základy patří léčba ischemie, léčba infekcí a odstranění mechanického tlaku. Velmi důležitou roli zde hraje prevence, která spočívá v pravidelném ošetření nohou, ve volbě správné obuvi, včasné preventivní léčbě drobných defektů na dolní končetině, v identifikaci rizikových pacientů a edukaci nejen diabetiků, ale i jejich rodinných příslušníků (Pelikánová, Jirkovská, 2005).

2.2.5. Ischemická choroba srdeční

K pojmu ischemická choroba srdeční lze u diabetiků řadit různé projevy srdeční nedostatečnosti, např. anginu pectoris, akutní infarkt myokardu nebo srdeční selhání. Vývoj těchto komplikací vzniká u diabetika jako následek změn v metabolismu glukózy a lipidů. Dochází ke zvýšenému vzniku aterosklerózy, která má na svědomí právě kardiovaskulární komplikace diabetu. Tyto komplikace jsou pak u diabetiků častější, časnější, mají závažnější průběh a vyšší mortalitu, jsou provázeny atypickými či nulovými symptomy. Zvláště u starších pacientů, kteří již trpí neuropatií, lze vidět bezbolestný a bezpříznakový infarkt myokardu či anginu pectoris. Na tyto choroby zemře až 75 % diabetiků. Léčba a současně prevence spočívá zejména v kompenzaci diabetu. Při léčbě diabetu inzulinem a PAD se musí dbát na co nejnižší výskyt hypoglykémie, která by mohla působit jako spouštěcí mechanismus ischemie (Perušičová, 2005).

2.2.6. Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP) je po ischemické chorobě srdeční druhou nejčastější příčinou úmrtí u diabetiků 2. typu. Kvapil (2005) uvádí, že až u 13 % diabetiků ve věku nad 65 let se vyvine CMP a celkem 85 % všech CMP vznikne na podkladě ischemie (embolie, krvácení). V souvislosti s diabetem je prokázáno, že dlouhodobé zvýšení glykémie o 1 mmol/l zvyšuje smrtelné riziko CMP o 17 %. Léčba CMP je v podstatě shodná s léčbou ostatních chronických diabetických komplikací – kompenzace diabetu, léčba hypertenze. Doporučuje se udržovat přiměřenou hmotnost, dostatek pohybu, správnou dietu apod. Důsledná prevence a léčba již stávajících chorob výrazně snižuje riziko CMP nejen u „zdravé“ populace, ale i v silně rizikové populaci diabetiků 2. typu.

3. PSYCHOSOCIÁLNÍ DOPAD NEMOCI NA SENIORA

V minulých kapitolách jsem nastínila nemoc diabetes mellitus 2. typu a jeho akutní i chronické komplikace. Samo onemocnění se zdá pro diabetika málo ohrožující, nebolestivé, říká se mu proto „tichý zabiják“. Komplikace, které však DM2T provází, jsou pro pacienta velmi stresující, ohrožují ho na životě, mohou jej činit invalidním. U seniora-diabetika hrozí často více komplikací současně, dochází k řetězení různých potíží. Přesto existuje prevence před vznikem těchto komplikací a má ji v rukou samotný diabetik. Jde o důsledné dodržování léčebného režimu. Jeho součástí jsou diabetická dieta, zdravý životní styl, aktivní pohyb, správné dávkování PAD a inzulínu, léčba ostatních nemocí, které diabetika trápí. S rostoucím počtem diabetiků roste i počet chronických komplikací. Dodržování všech nařízení, doporučení a zákazů je pro pacienta velmi těžké a stresující, vyžaduje to velkou motivaci a často sebezapření. Zvláště senioři, kteří byli celý život zvyklí na určitý způsob života, způsob stravování, trávení volného času, mívají problém s přechodem na nový styl života. To je dáno často samotným procesem stárnutí a jeho psychickými a sociálními důsledky - senior se musí potýkat s jinými problémy, než na jaké byl zvyklý v produktivním věku, musí se naučit vyrovnat se svým stářím a mění se rovněž jeho role ve společnosti vzhledem k věku a také vzhledem k nemoci.

3.1. Proces stárnutí

Stáří má svá určitá specifika, která však nemusí být u každého seniora stejně výrazně zastoupená. Pro dobré pochopení problému diabetes mellitus 2. typu u seniora je potřeba uvést základní změny, které v procesu stárnutí nastanou dříve či později u každého člověka. Je obecně známo, že naše populace stárne. Se starými lidmi se dostane do kontaktu téměř každý, proto znalost změn ve stáří je prakticky využitelná v každodenním životě.

Každé vývojové období člověka se člení podle věku a má svou specifickou charakteristiku. Seniorský věk dělí Říčan (2004) takto: 60-75 let rané stáří; 75-90 let pokročilý věk, vlastní stáří; 90 a více let vysoký věk, dlouhověkost. Křivohlavý (2002) uvádí dělení seniorského věku takto: 65-70 let je věkem uvolňování aktivit, 70-75 let stáří a 75 let a výše věk senility.

Stárnutí je podle Topinkové (2005) biologický proces, který má svá specifika a postihuje různou rychlostí téměř všechny orgány. Starý organismus se stává méně přizpůsobivým a snadno u něj dochází k dekompenzaci jednotlivých funkcí i organismu jako celku. Obvyklé je sdružování různých nemocí v seniorském věku nebo jejich řetězení, kdy jedna nemoc vyvolá jinou. Polymorbidita (současný výskyt více než jedné chronické nemoci) a komplikovanost léčby geriatrického pacienta vyžaduje proto mezioborový přístup k seniorovi.

U seniorů dochází postupně k úbytku tělesných i duševních sil. Tělesná involuce je po šedesátém roku života rychlejší, snižuje se např. svalová hmota, vitální kapacita plic, zraková ostrost, vnímání sluchové. Zvyšuje se nebezpečí obezity, srdečních onemocnění, poruchy pohybového aparátu a polymorbidity. Také po duševní stránce dochází u seniorů ke změnám, ubývá duševních sil, zpomalují se reakce, senioři si hůře pamatují nové věci, špatně snášejí větší změny ve svém životě, mají snížený zájem o své okolí, jsou až neteční. Mnohdy ale nejde o změny na podkladě zpomalení mozkové činnosti či nějaké choroby, ale na podkladě sníženého zájmu, motivace, smyslu života. Některé změny také nemusí být na škodu – např. senioři jsou přesnější, a tím vyvažují ztrátu rychlosti v myšlení, mají více zkušeností. Bohužel dochází u seniorů k psychickým změnám i na podkladě nemocí. Časté jsou neurózy, psychické poruchy vyžadující gerontopsychiatrickou léčbu, dochází ke změnám osobnosti člověka. V praxi je běžná také stařecká demence (např. Alzheimerova typu), depresivní stavy (Říčan, 2004).

Problematikou starých lidí se také zabýval Křivohlavý (2002), který uvádí, že i přes nezadržitelnou postupnou ztrátu funkcí jednotlivých orgánů lze udržet dobrou výkonnost např. pohybového aparátu, zraku, sluchového vnímání nebo čichu a chutě, pravidelným trénováním těchto funkcí v průběhu celoživotní praxe. V oblasti řeči se u seniorů nemusí dostavit žádný útlum, zejména co do stránky obsahové, prodlužuje se ale doba od položení otázky k jejímu zodpovězení (tzv. latence odpovědi). Ve stáří se snižuje schopnost vstřípení nových informací, ale tzv. profesionální paměť může být relativně dobrá i ve vysokém věku. V kognitivní oblasti se u stárnoucích lidí projevují s rostoucím věkem obtíže přijmout nové podněty, snižuje se adaptabilita na nové věci. Také flexibilita, která je zapotřebí k vyrovnání se s novými skutečnostmi, je u seniorů snižena. Starší lidé si těžko osvojují nové vzorce chování, stále se drží svých zvyků, postojů, stereotypů. S tím také souvisí fixace seniorů na to, co znali dříve.

Psychika starých lidí se musí vyrovnat také s problémem přijetí vlastního stáří a vyrovnání se s procesem stárnutí. Lidé si často při odchodu do důchodu uvědomí, že se jim „zavírají dveře“, už nestihnou to, co chtěli udělat, ubývá jim fyzických a duševních sil, v mnohém nestačí držet krok s mladými. Pokud se člověk nedokáže vyrovnat s nezvratným procesem stárnutí, mohou u něj vzniknout neurózy (tzv. neurózy stáří) nebo deprese. Pro nekomplikované období stáří, pro zachování kvality života seniora je důležité, aby se člověk se svým stářím vyrovnal, našel v něm smysluplnost, soustředil se na pozitivní věci, které mu stáří nabízí (koníčky, vnoučata, přátelé, rodina). Při překonávání strachu ze stáří mohou pomoci také jeho blízcí, kteří by si měli seniora vážit tak jako dříve, neměli by bagatelizovat to, co senior říká, co ho trápí, nad čím přemýšlí. Do procesu překonání strachu z vlastního stáří se mohou aktivně zapojit také sociální pracovníci či ošetřující personál tím, že při práci se seniorem budou empaticky naslouchat a vnímat, o čem senior mluví, projeví soucit, nebudou seniora žádným způsobem diskriminovat apod. (Křivohlavý, 2002).

Ve vyšším věku se mění také sociální role člověka. Odchod do důchodu může mít pro některé seniory vážný psychický a sociální dopad. Platí to zejména u těch seniorů, kteří byli na své práci závislí. Senior se může cítit nepotřebný, izolovaný od svých kolegů, snižuje se jeho sebevědomí. Pozitivem je ale dostatek času na koníčky, záliby, rodinu, přátele. Tyto vazby a vztahy je však potřeba pěstovat ještě dříve, než se člověk stane seniorem, aby měl v důchodovém věku na co navázat (Říčan, 2004). Změnou prochází ve stáří také partnerský vztah (Hrozenská a kol., 2008). Může být lepší, protože se partneři za léta strávená spolu dostatečně znají a rozumí si. Vztah může být horší, protože pracovní vytížení dřívější doby neumožňovalo dostatečné sžití partnerů a ti nejsou na sebe dostatečně navyklí. Často se musí jeden z partnerů smířovat s úmrtím dlouhodobého partnera, což významně ovlivňuje psychiku a sociální zázemí jedince. Ženy se dožívají vyššího věku než muži, proto se také častěji potýkají s problémem ovdovění. Senior bez stálého partnera se často cítí osamělý, což se projevuje ve fyzické, psychické i sociální stránce (častější nemocnost, ztráta sociálních kontaktů, úzkosti). Velkou roli v životě seniora (nejen ovdovělého) hraje rodina. Ve schopnosti členů rodiny postarat se o své seniory, se ukazuje síla mezigeneračního pouta. Pro seniora je velmi podstatné, aby vztahy v rodině byly dobré, aby v rodině měl své zázemí. Kvalitní rodinné zázemí se projevuje často v době, kdy se senioři stávají závislými na pomoci svého okolí, své rodiny (Hrozenská a kol., 2008).

Otázkou sociální role starého člověka se zabývá také Vágnerová (2000, s. 464), podle ní „změny rolí, které jsou typické pro stáří, vedou ke stále větší anonymizaci, ke ztrátě individuálně specifických znaků“. Příčinou těchto změn může být odchod do důchodu, ztráta profesní role i určité sociální prestiže, kdy nastává role anonymního důchodce. Také na biologickém podkladě může dojít ke změnám sociálních rolí – role vdovce po ztrátě partnera, častá role pacienta, bezmocného, role obyvatele domova pro seniory či léčebny pro dlouhodobě nemocné. Také ekonomické faktory mění roli seniora – snížení životního standardu, omezená role zákazníka, ztráta prestiže a zvýšená závislost starého člověka na společnosti (Vágnerová, 2000).

3.2. Geriatrický pacient

Jelikož starých lidí v naší populaci neustále přibývá, zvyšuje se i počet seniorů, kteří jsou léčeni na různé choroby. Problematikou starých lidí se zabývá gerontologie (obor zaměřený na poznatky o stárnutí a stáří) a geriatrie (zabývá se zdravotním stavem ve stáří, nemocností ve stáří). Staří lidé tvoří specifickou skupinu pacientů, kteří se vyznačují nejen vyšší morbiditou, ale také velkým výskytem chronických a degenerativních chorob a vyšším sklonem k akutním i chronickým komplikacím těchto chorob. Podle Topinkové (2005) je pro seniory a pro jejich zdravotní stav typická změna spektra chorob (objevují se chronické nemoci, častější dekompenzace, hospitalizace), polymorbidita, akutní fáze nemocí častěji přecházejí do chronického stadia a významné je sociální prožívání nemoci. Mezi nejčastější choroby vyššího věku jsou řazeny kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolická onemocnění (zejména diabetes mellitus), onemocnění zažívacího traktu a respirační nemoci. S přibývajícími nemocemi ve stáří se také rozrůstá skupina seniorů, kteří jsou zdravotně postiženi a mají vlivem nemoci sníženou soběstačnost. Hodnocení zdravotního stavu ve vyšším věku je obtížné, protože se orgánová postižení kombinují, je rozdíl mezi subjektivním a objektivním nálezem u seniora, mohou nastat problémy při diagnostice vlivem některých onemocnění (např. demence, deprese apod.)

U geriatrických pacientů se mění klinický obraz jednotlivých chorob oproti mladší populaci. Mezi nejčastější změny patří atypický klinický obraz (vyskytuje se odlišný klinický průběh nemoci než u mladší populace se stejnou chorobou), projevy selhávání nejkřehčího orgánu (obvykle mozku, a to při jakékoli zátěži), objevují se specifické geriatrické komplikace (např. rychlý rozvoj imobilizačního syndromu) a odlišná je také

strategie léčby. Pro geriatrického pacienta je typická také polymorbidita, při které se může klinický obraz nemocí překrývat. U starého člověka se však může i několik banálních postižení vyvinout v závažnou míru nemocnosti a závislosti na jiné osobě. Problémem u geriatrických pacientů je také kaskádový (dominový) efekt nemoci, při kterém akutní onemocnění dekompenzuje jiné onemocnění chronické (např. virózy s horečnatým stavem zhorší průběh a kompenzaci diabetu) a může nastat řetězení jednotlivých příznaků. Toto je pak problémem při stanovení správné diagnózy a léčby (Kalvach a kol., 2008).

3.2.1. Klinický obraz a průběh nemoci u seniora-diabetika

Pro seniora je typické, že mnoho chorob probíhá jinak než u dospělé populace. To se týká také diabetes mellitus 2. typu. U seniora-diabetika se může vyskytnout mikrosymptomatologie – chorobné příznaky nemoci jsou minimální. Nemusí se projevit hlavní příznaky diabetu, jako je velká žízeň či hlad (senioři běžně méně jedí a mají snížený pocit žízně). U seniorů se objevuje také monosymptomatologie – nemoc se neprojeví obvyklou škálou příznaků, ale často jen jedním, který může ovlivnit určení správné diagnózy. U seniora je např. patrná ztráta hmotnosti, která ale může mít příčinu jak v nedostatečné stravě, tak může jít o projev diabetu. Často se u seniorů objevují nespecifické příznaky nemoci, jako např. nechutenství a únava, které jsou patrné u většiny chorob. Tyto nespecifické projevy mohou negativně ovlivnit schopnost včasné a správné diagnózy. U nemocných seniorů se často objeví symptomy druhotného postižení – na nemoc reaguje jiný než postižený orgán. U seniora dojde např. k selhávání ledvin, ale až při důkladném vyšetření je zjištěno, že selhávání je již komplikací diabetu. Jiným příkladem může být snížená pohyblivost seniora a bolesti nohou. Pacient ani jeho rodina tomu nemusí přikládat význam, protože se u starých lidí předpokládá snížená pohybová aktivita, přitom může jít už o rozvíjející se syndrom diabetické nohy. Mohou se vyskytnout také atypické lékové reakce, kdy naordinovaný lék má u seniora zvýšený či snížený účinek oproti účinku léku v jiné věkové skupině. Na to je třeba brát zřetel při ordinování antidiabetických léků, které samy o sobě mají vedlejší účinky (zhoršení zraku, zvýšení krevního tlaku apod.). U diabetika vyššího věku dochází častěji k prudkému zhoršení zdravotního stavu, např. při hypoglykémii, při chronických komplikacích diabetu, při infekcích. Tato situace zvyšuje také riziko úmrtí a zvyšuje se také invalidizující potenciál (častěji než ve středním věku dochází ke ztrátě soběstačnosti). Při vyšetřování seniora musí být věnována pozornost nejen

zdravotnímu stavu, ale také fyzické výkonnosti a soběstačnosti, duševnímu zdraví a psychické pohodě, socioekonomické situaci (Topinková, 2005).

3.2.2. Geriatrické syndromy u diabetika

U pacientů vyššího věku se objevují tzv. geriatrické syndromy. Jde o nespecifické komplikace, které provázejí seniora v souvislosti s chorobou, kterou trpí. Tyto syndromy zahrnují stránku fyzickou, psychickou i sociální, a to jak v příčinách, tak v projevech (Poledníková, 2008).

Aby se mohlo hovořit o geriatrickém syndromu, musí mít obtíže seniora komplexní charakter, musí dominovat v klinickém obrazu a také léčba musí být dlouhodobá. Většina geriatrických syndromů se může vyskytovat u různých chorob ve stáří a má souvislost s geriatrickou deteriorací (zhoršování funkcí organismu vlivem věku a zdravotního stavu) a křehkostí seniora. Geriatrickou křehkost lze chápat jako zhoršující se potenciál zdraví, narůstající funkční deficity, snížení soběstačnosti, dekompenzace zdravotního stavu a s tím spojená snížená kvalita života seniora. Výskyt geriatrického syndromu je známkou nepříznivé prognózy zdravotního stavu a náročné léčby pacienta. Kalvach (2008) dělí geriatrické syndromy takto: syndrom hypomobility, dekonidice a svalové slabosti; syndrom anorexie a malnutricie; syndrom instability s pády; syndrom imobility; syndrom inkontinence; syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti; syndrom deliria; syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka; syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří; syndrom dehydratace; syndrom duálního senzorického deficitu (souběžné postižení zraku a sluchu); syndrom maladaptace a syndrom terminální geriatrické deteriorace.

V souvislosti s diabetem u seniorů je možno sledovat téměř všechny výše jmenované geriatrické syndromy. Mezi nejčastější patří imobilizační syndrom, který může nastat při syndromu diabetické nohy. Postižení dolních končetin či následná amputace prstů nebo chodidla způsobuje, že diabetik není schopen v plné míře volného a účelného pohybu, někdy je přímo upoután na invalidní vozík či lůžko. Při imobilizačním syndromu dochází ke snížení svalové hmoty, úbytku svalové síly, ztuhlosti kloubů, snižuje se výkonnost kardiovaskulárního systému, dýchacího systému apod. Imobilizační syndrom se dotýká také psychiky diabetika, kdy je vlivem nepohyblivosti omezena psychická stimulace seniora, objevují se deprese, úzkosti, rychlé změny nálad, nespavost. Mění se také sociální situace diabetika, který se může

stát více závislým na okolí, nezvládá sebeobsluhu, jeho životní prostor je omezen na byt či lůžko, snižují se sociální kontakty, dochází k izolaci a ke snížení kvality života. Imobilizačnímu syndromu mnohdy u diabetiků vyššího věku předchází úraz vlivem pádu, ke kterému dochází na podkladě např. hypoglykémie, cévní mozkové příhody nebo zhoršení zraku. Frekvence pádů narůstá jednak s věkem, ale také s polymorbiditou a se zhoršením soběstačnosti (Poledníková, 2008).

Dalším typickým geriatrickým syndromem u diabetiků je porucha výživy. Ta může být způsobena problémy s přijímáním potravy, které mohou nastat následkem překážky v dutině ústní, nechutenstvím, následkem dietního omezení, psychického stavu diabetika nebo ekonomické situace. Může se vyskytnout malnutricie, což je nedostatečný přísun potravy, kterou popisuje Poledníková (2008). Tento stav může u diabetika nastat v případě, když diabetik zcela vynechá sacharidy v jakékoliv formě nebo dodržuje dietní režim nesprávně a příjem kalorií v potravě nepokrývá energetickou potřebu diabetika. Pokud se naopak diabetik přejídá, porušuje diabetickou dietu a nemá pravidelnou fyzickou aktivitu, dochází u něj často k obezitě, což je také následek poruchy výživy. Obezita je velmi častá zejména u starších diabetiků 2. typu. Poruchy výživy (malnutricie, obezita) mohou vést k subjektivnímu zhoršení stavu seniora-diabetika, zvyšují riziko infekce, dekubitů a mohou vést k imobilizaci.

U seniora-diabetika může nastat také syndrom duálního senzorického deficitu, což je současné postižení zraku a sluchu. Ztráta zraku na podkladě diabetické retinopatie je u starších diabetiků poměrně častá. Následkem ztráty zraku je izolace seniora, snížená sebeúcta a sebeobsluha, nezájem o okolí, deprese. Pokud se ke ztrátě zraku přidá ještě snížení sluchových schopností, je izolace pacienta ještě výraznější, jeho kontakty s okolím se omezují na minimální úroveň, je podstatně omezena schopnost získávání informací. S tím souvisí také geriatrický maladaptivní syndrom. Ten může vzniknout, pokud se senior-diabetik nedokáže adekvátně přizpůsobit změnám a zátěžovým situacím, které provázejí DM2T. Např. adaptace na hospitalizaci, která může být častější u diabetiků s rozvinutými komplikacemi, je velmi důležitá. Jestliže dojde k selhání adaptace, může se to u seniora-diabetika projevit zejména v kardiovaskulárním a imunitním systému vznikem jiné nemoci (infarkt, cévní mozková příhoda, zápal plic apod.). V souvislosti s diabetem se objevují u seniorů také geriatrické sociální syndromy, které vznikají při narušení sociální rovnováhy vlivem nepříznivých situací v okolí seniora nebo na podkladě neadekvátní reakce seniora na

tuto situaci. U diabetika, který trpí např. syndromem diabetické nohy nebo sníženou zrakovou funkcí a potřebuje již k péči o sebe sama pomoc jiné osoby, se může projevit sociální geriatrický syndrom v případě dysfunkce rodiny, jestliže nikdo z rodinných příslušníků se nechce nebo nemůže o seniora-diabetika starat, což vede k psychosociálním problémům, dekompenzaci diabetu. Ke geriatrickému sociálnímu syndromu se řadí také sociální izolace, která může být dobrovolná i nedobrovolná a kterou může vyvolat např. odchod do důchodu, úmrtí partnera, snížená soběstačnost vlivem nemoci apod. (Poledníková, 2008).

3.3. Psychický dopad diabetes mellitus na seniora

Z předcházejících kapitol vyplývá, že diabetes mellitus 2. typu bývá diagnostikován mnohdy až v seniorském věku. Někdy jde o náhodné zjištění diagnózy, jindy má pacient některé příznaky diabetu a někdy je DM2T diagnostikován až na podkladě vzniklých komplikací. Tyto komplikace jsou pak typické právě pro seniorský věk a nesou s sebou nejvíce psychických obtíží pro seniora-diabetika. Také zvládání samotné nemoci, přísného léčebného režimu a dodržování všech omezení a doporučení nese s sebou velkou psychickou zátěž.

Diabetes mellitus je řazena mezi nemoci psychosomatické. Z toho je patrné, že dobrý psychický stav kladně ovlivňuje průběh nemoci a psychická nepohoda negativně působí na kompenzaci diabetu. Platí to také opačně – dekompenzovaný diabetes, zhoršený celkový zdravotní stav nebo komplikace mají negativní vliv na psychiku nemocného. Proto je nutné posuzovat diabetika jako bio-psycho-sociální a duchovní osobu, brát ho jako celek a nezabývat se jen jednotlivými příznaky nemoci (Danzer, 2001).

Samotné diagnostikování závažné nemoci, jakou je DM2T, působí kromě tělesných obtíží i změny psychické. Zvládání takové zátěže ovlivní chování i uvažování pacienta. Zvláště u seniorů, kteří vzhledem k věku hůře snáší změny ve svém životě, je potřeba dát dostatek času na přizpůsobení se nové situaci, změně zdravotního stavu. Příznaky nemoci z počátku může senior popírat, ale tato situace nemůže trvat stále. Diabetik pochopí, že je třeba se léčit a zmírnit příznaky nemoci, které jej omezují v běžném životě. Způsob vyrovnání se s nemocí je dán aktuálním stavem pacienta, a to nejen po stránce tělesné, ale i psychické. Pokud bude diabetik bez zjevných potíží, bude informace o závažnosti a nevyléčitelnosti diabetu pravděpodobně odmítat – cítí se přece

dobře, takže to nemůže být tak zlé. V této fázi se může stát, že diabetik se odmítá léčit, porušuje dietu, cíleně porušuje všechna léčebná opatření. Jestliže pacient dosáhne fáze smíření s chorobou a jejími důsledky, je schopen akceptovat svou nemoc. Přijímá fakt chronické a nevléčitelné nemoci, je ochoten spolupracovat s lékařem a dodržovat léčebná opatření. Mnoho z těchto diabetiků žije dlouhodobě téměř bez potíží, nemusí se u nich projevovat komplikace nemoci a jejich zdravotní stav zůstává dlouhou dobu na dobré úrovni. Pokud se diabetikovi daří udržet svou nemoc pod kontrolou, velmi to posiluje jeho psychiku, snižují se stres z nemoci, obavy z komplikací. U kompenzovaného diabetika, který má snahu žít zdravě a dodržuje léčbu, se nemusí projevit ani jiné negativní psychické reakce na nemoc (Vágnerová, 2002).

Chronická nemoc jako diabetes mellitus 2. typu však může u seniora vyvolat negativní psychickou odezvu. Negativní reakce na nemoc je častější u těch diabetiků, kteří mají svou nemoc dekompenzovanou, trpí komplikacemi diabetu. U těchto diabetiků se mohou projevit stavy bezmoci a beznaděje, které mohou končit až sebevražedným jednáním. U seniorů se stavy beznaděje a deprese vyskytují častěji a tento stav se s přítomností nevléčitelné nemoci může zhoršovat. Senioři mají problémy s flexibilitou a adaptací na nové situace v jejich životě, proto se lze při chronické nemoci setkat u seniorů s regresí – senior se nedokáže vyrovnat se svou nemocí a mívá na okolí nesmyslné a dětinské požadavky, bývá vzdorovitý, labilní a špatně spolupracuje. Špatná adaptace na nemoc a nedostatečná spolupráce seniora se negativně podepisují na dodržování léčebného režimu a dochází k nedostatečné kompenzaci diabetu, k vyššímu riziku vzniku komplikací. Náprava této situace je možná pouze ve spolupráci s rodinou diabetika a osobami pečujícími (Vymětal, 2003).

Diabetes mellitus jako chronická a nevléčitelná nemoc ovlivňuje i sebepojetí diabetika. Snižuje se jeho sebeúcta i sebehodnocení, mohou se měnit jeho kompetence, zátěž choroby může měnit i jeho vlastnosti. Diabetes tak u seniorů znásobuje psychické změny, které nastávají vlivem věku, někdy až do patologických forem (Vágnerová, 2002). Na změny v pacientově psychice poukazuje také Křivohlavý (2002), který porovnává psychický stav zdravého a nemocného člověka (příloha 1). Psychika seniora-diabetika bývá ovlivněna např. změnou životního rytmu, kdy je diabetik nucen ke změně dřívějších zvyků a způsobu života na základě dodržování léčebného režimu. Dochází také k omezení aktivit diabetika, často se hlavně u seniorů vyvine závislost na jiné osobě. Nemoc a její léčba přiměje diabetika k vytvoření jiných sociálních vazeb,

např. s lékařem, ošetřujícím personálem, pečující osobou. Může se měnit také prostředí, ve kterém senior-diabetik pobývá (častější pobyt v nemocnici, v léčebně pro dlouhodobě nemocné, v lázních, v ordinacích lékařů, v čekárnách). U nemocného seniora se také mění vnímání času. Diabetik žije převážně svou přítomností (teď se musí najíst, dnes ještě musí cvičit, nesmí nezapomenout na inzulín). Kontakty s minulostí jsou omezeny a pohled do budoucna je nejistý, problematický. Všechny tyto změny pak negativně ovlivňují sebedůvěru a sebevědomí seniora-diabetika.

3.3.1. Vliv stresu, strachu a úzkosti na DM2T

Jelikož je diabetes mellitus typické psychosomatické onemocnění, je důležité, aby diabetik dokázal čelit stresům, úzkosti a strachu z nemoci a komplikací, aby byl v co nejlepší psychické pohodě. Být v psychické pohodě je pro seniora těžké samo o sobě, protože vlivem stárnutí se mění jeho psychické vlastnosti a možnosti. Na seniora-diabetika působí podobné stresy jako na jiné lidi, jde o tzv. stresory denní povahy (rodina, vztahy, denní povinnosti) nebo stresy při závažné životní situaci (úmrtí v rodině, hluboké a trvalé partnerské problémy, stěhování). Kromě toho však diabetik musí čelit i stresům po stanovení diagnózy diabetes mellitus. Objevuje se strach z akutních komplikací, z hypoglykémie a hyperglykémie, z reakce okolí na nemoc a léčbu, ze změn v léčbě (např. zahájení inzulinoterapie), z nároků na zvládnutí režimu, na pravidelnost v dodržování diety a sledování hmotnosti, obava z akutního onemocnění nebo úrazu. Specifickou kategorií jsou pak stresory, které se vyskytují při pozdních komplikacích diabetu. U seniora, který má vlivem nemoci např. oslabený zrak, dojde ke zhoršené orientaci v prostoru a k omezení pracovních a volnočasových aktivit, ovlivní to cestování, přístup k informacím, je nutné omezit čtení, sledování televize, návštěvu kin apod. Některé aktivity však mohou zůstat zachovány (cestování dopravními prostředky, práce na počítači), ale vyžadují speciální trénink anebo pomůcky pro osoby zrakově postižené. Stresory spojené se syndromem diabetické nohy se zase týkají omezení pohyblivosti a soběstačnosti. Klinicky jsou při stresu patrné rozkolísané a zvýšené glykémie. Vlivem stresu se mění i chování diabetika (rozvolnění režimu, jeho nedodržování až rezignace na režim, nepravidelnost, problémy s jídlem – přejídání, omezení jídla, větší konzumace sladkostí, noční jedení, vynechávání jídla či dávek inzulinu, dále konzumace alkoholu, nedostatek spánku a fyzické aktivity atd.) Stres ovšem nemá jen negativní vliv na jedince, ale také pozitivní vliv. To platí zejména pro přiměřenou zátěž, při které stres diabetika motivuje ke zvládnutí situace. Je však velmi

důležité, aby diabetik rozpoznal, kdy stresovou situaci zvládne sám nebo s pomocí rodiny a kdy je už potřeba vyhledat odbornou pomoc (Hrachovinová, 2010).

Kromě stresů musí diabetik čelit také strachu (z nemoci, z hospitalizace, z toho, jak zvládne dodržování léčebných opatření a jak jeho nemoc přijme okolí apod.) a úzkosti z možných komplikací, dopadů nemoci na rodinu, blízké. Tyto reakce organismu mají obrannou funkci a jsou potřebné. Kromě psychických projevů (nervozita, zapomínání, nesoustředění) se projevují také v tělesných funkcích, např. nespavost, bušení srdce, časté močení, třes, sucho v ústech, fyzická vyčerpanost (Šafránková, Nejedlá, 2006).

3.4. Sociální situace seniora-diabetika

Člověk je během svého života téměř vždy vázán na své okolí, na rodinu, přátele, kolegy. Ve stáří jsou tyto vazby zřetelnější, protože senior potřebuje často pomoc svých blízkých nejen vzhledem k věku, kdy mu přirozeně ubývá síl, ale také vzhledem ke svým chorobám, které jsou ve stáří časté. Se zjištěnou chronickou a nevyléčitelnou nemocí typu diabetes mellitus se mění sociální role seniora, nemocí je ovlivněno také jeho okolí, nemoc „otestuje“ rodinné soužití a vazby. Diabetes je psychosomatickou nemocí, proto je velmi důležité, aby diabetik cítil oporu od svých blízkých, aby byl členem fungující sociální sítě. Se změnou v sociální situaci mu může pomoci rodina, pečující osoba, přátelé nebo sociální pracovník (v poradnách, na úřadech, v nemocnici nebo v sociálních službách).

3.4.1. Role pacienta, soběstačnost diabetika

Po zjištění nemoci DM2T registruje jedinec změnu své sociální role. Z relativně zdravého seniora se stal nemocný člověk - diabetik, který trpí nevyléčitelnou nemocí. Role pacienta nese s sebou změnu kompetencí v rodině. Diabetik se může stát objektem péče ostatních členů, nemusí plnit své dřívější povinnosti v plném rozsahu. To je časté zejména u těch diabetiků, u kterých jsou rozvinuté komplikace nemoci, např. syndrom diabetické nohy, selhávání ledvin, poškození zraku. Seniorský věk sám o sobě přináší změnu kompetencí a rolí, diagnóza chronické nemoci tuto situaci ještě umocňuje (Vágnerová, 2002).

Křivohlavý (2002) zdůrazňuje v roli pacienta tři aspekty. Prvním je otázka zavinění změněného zdravotního stavu – ve většině případů nebývá diabetik okolím

obviňován z toho, že je nemocen. U seniorů se vzhledem k polymorbiditě, která je typická pro období stáří, téměř předpokládá, že senior trpí nějakou chorobou. Dalším aspektem je otázka zodpovědnosti – po zjištění nemoci se většinou vyskytnou oblasti činností, které diabetik již nemusí vykonávat nebo je vykonává v menší míře. Posledním aspektem je dle Křivohlavého (2002) očekávání okolí, že pacient bude se svou nemocí něco dělat, že se bude aktivně léčit, že bude dodržovat léčebný režim. Tento postoj společnosti k pacientovi je v naší kultuře běžný, ale vzhledem k tělesným i psychickým změnám ve stáří je pro seniora velmi těžké splnit tato očekávání okolí.

Jaká bude role pacienta ve stáří, závisí na seniorově soběstačnosti či závislosti na okolí. Ve stáří se snižuje funkční potenciál k samostatnosti a zvyšují se požadavky na okolí (úpravy prostředí, pomoc jiné osoby). Soběstačnost je schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe sama. Tato schopnost má stránku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou. Opakem soběstačnosti je disaptibilita (neschopnost vykonávat činnost běžným způsobem), která vzniká při poruše některé oblasti soběstačnosti. Senior s diabetem nemusí automaticky přijít o svou soběstačnost. Pokud je diabetes kompenzován a u diabetika nejsou rozvinuty komplikace nemoci, nemá DM2T velký vliv na udržení či ztrátu soběstačnosti. Výrazná změna nastává u diabetika s rozvinutými komplikacemi. Nejvíce patrná je ztráta soběstačnosti u seniora-diabetika se syndromem diabetické nohy. Při mírném průběhu této komplikace, kdy má diabetik bolesti nohou a není plně pohyblivý, potřebuje pomoc jen při některých úkonech péče o svou osobu (např. zajištění nákupů, pochůzek). Pokud však dojde k amputaci části dolní končetiny, může být diabetik zcela upoután na vozík či lůžko. V tomto případě pak potřebuje pomoc u většiny úkonů péče o sebe sama. Postupnou ztrátu soběstačnosti lze předpokládat u seniora-diabetika, který trpí ztrátou zraku, selháváním ledvin, prodělal cévní mozkovou příhodu nebo infarkt myokardu. Pro účely zdravotní a sociální diagnostiky se používá pro stanovení soběstačnosti test instrumentálních všedních činností IADL (příloha 2), ve kterém se hodnotí schopnost seniora vykonávat běžné činnosti jako nakupování, telefonování, vaření, užívání léků, práce kolem domu, hospodaření s penězi apod. Dalším používaným testem pro stanovení soběstačnosti je tzv. Barthelův test základních všedních činností ADL (příloha 3). Zde se hodnotí schopnost oblékání, stravování, osobní hygiena, použití WC, přesun na lůžko, chůze po rovině apod. (Zavázalová a kol., 2001).

3.4.2. Hospitalizace

S diabetem a zejména s jeho komplikacemi je u seniora spojena také častější hospitalizace. Životní situace je změněna samotnou nemocí a pokud se přidá hospitalizace, změny v životě diabetika jsou ještě výraznější, protože je narušeno jeho soukromí, autonomie (samostatnost v rozhodování), jeho způsob života i ekonomická situace. Podle Jarošové (2000) se hospitalizovaný diabetik ocitá ve společensky podřízené roli, je vyřazen ze společnosti zdravých. Při hospitalizaci je sociální postavení pacienta a personálu velmi odlišné. Pacient si má osvojit novou roli, podřídit se autoritě, která je vůči němu uplatňována a která reguluje jeho chování. V současnosti je velký rozpor mezi technickými možnostmi léčby v nemocnici (moderní přístroje, nové léčebné postupy, farmakoterapie) a mezi možnostmi důstojně a přiměřeně uspokojovat potřeby seniora-diabetika. Častá je ještě situace, kdy je pacient chápán pouze jako biologická bytost a dostatečně se nevěnuje pozornost jeho psychickým a sociálním potřebám. Starší diabetici si hůře zvykají na nové situace, hůře se adaptují a orientují v novém prostředí, mohou být zmateni. Hospitalizace způsobuje také značný stres, který negativně ovlivňuje diabetes. Pokud zhoršení zdravotního stavu ovlivní také sociální situaci seniora-diabetika, může požádat o pomoc zdravotně-sociálního pracovníka nemocnice. Ten může pracovat s rodinou seniora, připravit ji na návrat pacienta do domácího prostředí nebo pomoci vybrat pro seniora vhodnou sociální službu.

Při hospitalizaci vznikají u diabetika také nové vztahy k lékařům a zdravotnickému personálu. Zdravotní sestra by měla kromě své ošetrovatelské úlohy plnit i úlohu prostředníka mezi diabetikem a lékařem, ochraňovat zájmy pacienta, pomáhat plnit jeho potřeby, suplovat společenské vztahy, pomáhat diabetikovi vyrovnat se s osobními situacemi, které DM2T provází (Jarošová, 2000). Vztah lékaře a chronicky nemocného pacienta popisuje Krivohlavý (2002) - pacient podvědomě očekává uzdravení, protože však je DM2T nevyléčitelnou nemocí, bývá diabetik často zklamán. Odtud pak pramení většina neshod mezi lékařem a diabetikem, nedodržování diety a léčebného režimu. Lékař je pak takovým přístupem pacienta zklamán, což se může projevit i v jednání s diabetikem. Negativně na seniora-diabetika působí také situace, kdy je lékařem propuštěn z nemocnice do domácího ošetřování a není mu vysvětleno mnohé z toho, s čím bude konfrontován. Příčinou těchto situací je jednostranné zaměření lékaře a ostatních zdravotníků jen na pacientovu nemoc.

3.4.3. Sociální opora

O sociální opoře lze hovořit tehdy, když vztah jiných lidí k člověku v tíživé situaci má charakter pomoci a podpory. Tento podpůrný vztah by měl snižovat a zmírňovat následky těžké situace. Sociální opora může mít různou podobu. Pokud je vnímána v širším slova smyslu, patří sem např. možnost využití sociálních dávek, příspěvku na péči. V užším pojetí jde o pomoc určité skupiny lidí jednomu ze svých členů, např. kolegové ze zaměstnání, náboženská sdružení, svépomocné skupiny. Sociální opora v nejužším smyslu je pomoc od lidí, kteří jsou člověku nejbližší (Křivohlavý, 2001).

Při zkoumání vztahů mezi sociální oporou a zdravím člověka bylo zjištěno, že sociální opora pomáhá lidem lépe zvládat stresové situace, které přináší např. chronická nemoc typu DM2T, tlumí negativní účinky stresu na zdraví. Člověk, který ví, že v těžké situaci mu někdo pomůže, se lépe vyrovnává se stresem a nemocí. Toto je velmi důležité u diabetiků, u nichž problémy v psychické a sociální oblasti negativně ovlivňují průběh nemoci. Vnímaná dostupnost sociální opory způsobí, že člověk nepropadá panice, nejedná zkratkovitě, může se s někým poradit. S případnými negativními dopady své situace se pak jedinec lépe vyrovnává. Samozřejmě se vyskytují rozdíly mezi subjektivně vnímanou sociální oporou a oporou objektivně poskytovanou. Každý člověk má svou subjektivní představu o tom, jakou pomoc by potřeboval a v jaké míře. Aby sociální pomoc a opora byla účinná, měla by právě z potřeb jedince vycházet. I ta nejlépe míněná pomoc se mine účinkem, pokud nepokryje ty oblasti, ve kterých jedinec pomoc potřebuje. Obecně lze říci, že pozitivní vliv sociální opory závisí na jedinci a jeho zvláštnostech a potřebách, na poskytovateli sociální opory, na vztazích mezi jedincem a poskytovatelem a na typu a okolnostech poskytované opory (Mareš, 2005a).

3.4.4. Rodina a její vliv na seniora-diabetika

Rodina je velmi důležitá pro všechny členy, má fungovat jako homeostatický systém, který má udržovat ve vzájemných vztazích rovnováhu. Rodina má fungovat jako domov, má být bezpečným místem a východiskem pro všechny aktivity mimo ni. Pokud se v rodině vyskytne chronicky nemocný člověk, může podle Vymětala (2003) péče o něj udržovat rodinu tzv. „při životě“. Nemoc totiž nepostihuje jen samotného pacienta, ale ovlivňuje i rodinu jako celek. Nejbližší příbuzní působí na pacienta příznivě (podpora diabetika při dietě, cvičení) nebo také nepříznivě (působí proti

záměrům lékaře, bagatelizují diabetes). Je proto dobré, pokud je do léčby diabetika zasvěcena také jeho rodina. Zdravotní omezení diabetika by měla rodina akceptovat, rodinní příslušníci by měli vědět, co mohou a nemohou ve vztahu k diabetikovi dělat a jaké následky bude mít jejich počínání. Nejen s pacientem, ale i s jeho nejbližšími proto mají zdravotníci mluvit o nemoci, léčbě, komplikacích apod. Působení na diabetika by mělo být jednotné ze strany lékaře i ze strany rodiny, což vyžaduje vzájemnou domluvu. Podle Vymětala (2003, s. 107) „nemocný totiž důvěřuje lékaři a léčbě tehdy, jestliže lékaři důvěřují nejbližší příbuzní“.

Pro seniora má rodina svůj specifický význam, protože v období stáří se projeví síla mezigeneračního pouta v rodině a schopnost či možnost starat se o svého seniora, poskytovat mu citové zázemí. Pro seniora jsou tyto vztahy velmi důležité a význam dobrých vztahů se násobí s chronickou nemocí seniora. Většina seniorů touží žít doma, kde je mají rodinní příslušníci rádi a kde se o ně postarají. Pomoc seniorům se dá popsat ve dvou úrovních. Tou první je podle Hrozenkové (2008) občasná pomoc relativně zdravým seniorům - např. senior-diabetik, který je schopen sebeobsluhy, je samostatný a nemá rozvinuté komplikace, potřebuje občasnou pomoc s úklidem, nákupem apod. Druhou úrovní pomoci je péče o seniora odkázaného na pomoc jiné osoby – např. diabetik nesoběstačný, s postižením zraku, po amputaci končetiny, který bez pomoci jiné osoby není schopen péče o sebe sama. Zde je kladena na rodinu daleko větší zodpovědnost a péče o nemocného je v mnoha případech celodenní a vyčerpávající.

Rodinné vztahy hrají velmi důležitou roli také v duchovní oblasti seniora. V tomto případě nejde o rodinu a domov jako o místo a fyzický prostor, ale podstatnější je psychosociální dimenze rodiny, tj. vztahy, které mezi jednotlivými členy existují a které udržují vědomí rodinné sounáležitosti. Rodina jako duchovní opora není určována jen materiálním rozměrem ani jen sociálními vztahy. Rodina je rodinou, pokud si její členové uvědomují svou sounáležitost, vzájemnost a vnitřní duchovní spřízněnost, což je pro seniora, který při své nemoci hledá smysl života, velmi důležitý aspekt. Duchovní opora rodiny představuje vytvoření takových podmínek pro seniora-diabetika, aby pečující lidé pomáhali obnovit smysl jeho života, poskytli seniorovi jistotu, vytvořili prostor pro lásku typu agapé. Duchovní opora zahrnuje také schopnost naslouchat a sdílet duchovní strasti seniora. Její součástí je také společné hledání toho, jak lze zmírnit duchovní útrapy seniora, jak změnit postoje k negativním událostem a nahradit špatné vzpomínky zážitkem pohody a prospěšných smysluplných činů (Smékal, 2003)

Obecně lze říci, že stabilita rodiny je důležitá vždy a pro všechny její členy, pro nemocného obzvláště. Význam rodiny je pak patrný v zátěžových situacích, kterou je např. chronická nemoc jednoho člena rodiny. Špatné vztahy v rodině mohou vést k dekompenzaci DM2T, k prohlubování úzkostí a strachu pacienta. Oproti tomu stabilní rodina je velkou oporou pro pacienta a ten pak lépe zvládá veškerá úskalí léčby. Kvalita rodiny se promítá do zdravotního stavu jejích členů v prevenci, v průběhu nemoci, v léčbě i rehabilitaci. Pro pacienta je důležité, aby v rodině byl pevně zakotven a měl v ní své místo (Vymětal, 2003).

4. ZMÍRŇOVÁNÍ PSYCHOSOCIÁLNÍHO DOPADU NEMOCI

Vzhledem k faktu, že diabetes mellitus 2. typu je psychosomatické onemocnění, může diabetik průběh nemoci ovlivnit. Svým chováním v roli pacienta a dodržováním léčby může diabetik předcházet komplikacím. K dobré prognóze nemoci napomáhá dobrý psychický stav pacienta, dobré zázemí v rodině, sociální opora, kvalitní péče o diabetika. Diabetes sice nelze vyléčit, ale dá se říci, že sám diabetik může ve značné míře ovlivnit to, jak velký psychosociální dopad bude na něj nemoc mít. Existuje řada možností, jak lze u seniora-diabetika snížit psychosociální dopad nemoci. Patří sem např. dostatek vhodných informací o nemoci, správná motivace diabetika, dodržování léčebného režimu, využití sociální péče a opory. Diabetik by se neměl obávat říci si o pomoc svým blízkým, rodině, přátelům, ale i zdravotnímu personálu či sociálnímu pracovníkovi. S odhodláním diabetika bojovat s nemocí a případnou pomocí okolí může diabetik žít téměř plnohodnotný život.

4.1. Dostatek informací o nemoci

Mít dostatek informací o nemoci, která člověka postihla, je důležité nejen pro správnou léčbu, ale i pro psychiku pacienta. Ten potřebuje vědět, co může od nemoci očekávat, jak se bude vyvíjet, jak ji může ovlivnit či jak zmírnit její důsledky. Sdělení závažné diagnózy pacientovi a jeho rodině je úkolem pro lékaře, prvotní informace o diabetu získává pacient nejčastěji od diabetologa. Baštecká (2003) popisuje sdělování diagnózy jako proces, při kterém by měl pacient vědět, kdo mu sděluje diagnózu, zda může lékaři věřit. Lékař má mít dostatek času na případné otázky pacienta či jeho rodiny a na jejich vysvětlení. Informace by se měl diabetik dovědět na vhodném místě a ve vhodný čas. Veškeré informace by měly být podány v návaznosti na pacientovy představy o vlastním zdravotním stavu a na schopnosti a ochotě pacienta tyto informace přijmout. Sdělování není událost, ale proces, a protože diabetes mellitus je chronickou chorobou, pacient a lékař se budou setkávat pravidelně a mezi pacientem a lékařem se vytvoří určitý vztah. Po sdělení diagnózy a nejdůležitějších informací o diabetu, by se měl lékař ujistit, že mu pacient rozuměl. Když pacient informaci o své nemoci přijme, měl by mít možnost hovořit o svých pocitech a starostech. Tento fakt předpokládá u

zdravotnického personálu umění aktivního naslouchání. Může se stát, že je diabetik novými informacemi zahlcen, proto by základní informace o chorobě měl dostat také v tištěné podobě, formou letáku či brožury. Je jisté, že na první schůzce se pacient nedoví vše, co ho o nemoci zajímá, proto je důležité, aby si lékař s pacientem domluvil další schůzku. Je také vhodné, aby u rozhovoru lékaře s diabetikem byla přítomna diabetikova rodina. Získá tak důležité informace o nemoci a léčbě a může pozitivně působit na diabetika (Baštecká, 2003).

Nejdříve by se měl diabetik dovědět informace o tom, co to vlastně diabetes mellitus 2. typu je, jak se u seniora projevuje. Nově diagnostikovaný diabetik má vědět, že DM2T je chronická nemoc, kterou nelze vyléčit, ale která se při dodržování léčebných postupů a při dobré spolupráci pacienta dá zvládat velmi dobře. Zásadní informací pro diabetika je nutnost změny dosavadního stravování a životního stylu – dodržování diety a zvýšení pohybové aktivity. Znalost problematiky diabetu, jeho průběhu, komplikací a léčby poskytuje hlavně dospělým diabetikům větší samostatnost a umožňuje smysluplnou spolupráci se zdravotnickým personálem i svým okolím. Je velmi důležité, aby působení na pacienta bylo jednotné ze strany lékaře a rodiny, aby rodina podporovala diabetika v dodržování léčby a změny životního stylu. Cílem tohoto snažení je, aby se z diabetika stal spolupracující pacient znalý svých možností a schopností a ne jen člověk nevědoucí a závislý na pomoci jiných (Jirkovská, 1999).

4.1.1. Komunikace se seniorem, bariéry v komunikaci

Aby informace týkající se diabetu a veškerá komunikace se seniorem-diabetikem byla přijata adekvátně, měl by ten, kdo s diabetikem hovoří, mít na paměti nejen onemocnění, ale také diabetikův věk. Komunikace se seniory má svá specifika, ta by měli ovládat nejen lékaři a zdravotnický personál, ale také sociální pracovníci, kteří se seniory jednájí. Starší lidé mohou mít poruchy smyslového vnímání (zrak, sluch), mohou trpět psychiatrickými chorobami, neurologickými nemocemi apod. Aby sdělování informací seniorovi bylo efektivní, je třeba mít komunikační znalosti, velkou dávku trpělivosti, empatie a dostatek času. Komunikovat se seniorem-diabetikem lze nejen verbální formou, ale také neverbálně. Lze využít např. mimiku (řeč tváře), kterou ocení zejména senioři, kteří mají narušené sluchové vnímání. Velmi důležitý je oční kontakt, který informuje o prožívání seniora, signalizuje jeho pocity, fyzický i psychický stav. Využít lze také proxemiku (udržování vhodné vzdálenosti mezi lidmi) nebo haptiku (dotykový kontakt). Haptika je při komunikaci se seniory hojně využívána

ve formě pohlazení, držení za ruku apod. Do komunikace může být zařazena forma posturiky (držení těla, postoje), gestikulace (zejména horní polovina těla, rukou) a neméně důležitý je i celkový vzhled a úprava, které jsou patrné už při prvním kontaktu se seniorem (Hrozenková a kol., 2008).

Při komunikaci se mohou vyskytnout tzv. bariéry v komunikaci se seniory. Staří lidé mají často snížené komunikační dovednosti vzhledem ke svému věku, ke snižování funkčního potenciálu, na základě nemoci. Mezi nejčastější problémy v komunikaci patří schopnost, resp. neschopnost seniora přijímat sdělovaný obsah, což vzniká na podkladě změn ve smyslovém vnímání seniora a změn v kognitivní oblasti. Poruchy zraku u diabetika nebo psychosociální změny mohou negativně ovlivňovat schopnost přijmout sdělovanou informaci. Senior může mít také problém se správným pochopením (dekódováním) sdělovaného obsahu. Tuto schopnost ovlivňuje aktuální psychický a fyzický stav, kognitivní změny, předchozí zkušenosti, vzdělání (délka a zaměření), charakterové vlastnosti i ochota spolupracovat. Problém může seniorovi činit také omezená schopnost vyjadřovat nová sdělení či reagovat na původní informaci. Tato situace může nastat u diabetika např. po cévní mozkové příhodě, kdy je postiženo řečové centrum a diabetik má problémy s vyjadřováním. Vyjadřovací schopnosti mohou být ovlivněny aktuálním fyzickým a psychickým stavem, úrovní kognitivní oblasti, schopnostmi slovního vyjadřování (Pokorná, 2010).

Problém s komunikací bývá často na straně pečující osoby. Zejména profesionální pečovatelé zjednodušují svou komunikaci se seniorem, nadměrně vysvětlují jednoduché záležitosti, uplatňují dětskou řeč nebo ponižující tón. Často neuvědoměle používá pečující osoba tzv. elderspeak – styl komunikace a řeči, která není v komunikaci se seniory produktivní, neposiluje jeho samostatnost, ale naopak prohlubuje jeho závislost. Pokorná (2010) uvádí všeobecná doporučení pro eliminaci elderspeaku v komunikaci se seniory. Patří sem využití testů pro hodnocení schopností seniorů (ADL, IADL – příloha 2, 3), správné zhodnocení smyslových funkcí seniora, identifikace a porušení bariér v komunikaci, rozpoznání potřeb sociálních kontaktů a verbální i neverbální komunikace. Se seniorem je potřeba vždy jednat s úctou a respektem, sdělovanou informaci je třeba zasadit do celkového kontextu. Jestliže senior nerozumí, je lepší formulovat informaci znova a nepoužívat stále stejná slova. Otázky pro seniory je třeba pokládat postupně, neptat se na více věcí najednou. Také není třeba zvyšovat hlas – senioři špatně vnímají vysoké zvuky a člověku neslyšícímu to stejně nepomůže.

4.1.2. Edukace diabetika

Pod pojmem edukace diabetiků se rozumí výchova, vzdělávací proces a předávání informací diabetikovi, které mají sloužit k pochopení a přijetí nových návyků a praktických dovedností diabetika. Edukace je považována za základní kámen při léčbě diabetu, nezbytný k začlenění diabetika do společnosti a k prevenci diabetických komplikací. Předpokladem pro účinnou edukaci je motivace diabetika a jeho spolupráce (compliance) při léčbě (Knížková, Šmahelová, 2010). Význam edukace diabetiků popisuje také Jirkovská (1999) jako výchovu diabetiků ke schopnosti a ochotě dodržovat léčebný režim, k pravidelným kontrolám glykémie a ke zdravému životnímu stylu.

Edukátor (ten, kdo vzdělává diabetika – lékař, zdravotnický personál, nutriční terapeut apod.) má mít stanoven, co chce diabetika naučit a jaký to má pro něj význam. Sdělované informace mají být konkrétní, srozumitelné a jednoduché. To je velmi důležité u edukace seniora-diabetika, kdy edukátor má vzít na vědomí i jiná specifika seniorského věku (nedoslýchavost, neznalost zdravotnického žargonu, možnou sníženou úroveň intelektu). Seniorům při edukaci vyhovuje také praktická ukázka, nácvik dovedností, plánování činností a také pochvala a povzbuzení, které by měly provázet celý proces edukace. Velmi důležitá je také následná kontrola osvojených dovedností (Knížková, Šmahelová, 2010).

Cílem edukace i přístupu k pacientovi je to, aby se diabetik stal spolupracujícím pacientem. Dříve se k tomu používala především metoda kontroly zdravotního stavu, laboratorních vyšetření apod., dnes se přidává ověření toho, zda diabetik zná dohodnutou léčbu, zda rozumí důvodům, proč ji má dodržovat. Zvláště u starších pacientů je neustálé dotazování a kontrola důležitá, protože senioři si hůře osvojují nové zvyky, hůře se učí něčemu novému. U seniora-diabetika se zjišťuje, zda je přesvědčen, že je pro něj DM2T skutečný problém, že dohodnutá léčba je pro něj vhodná, že nedodržení léčby vede ke komplikacím diabetu, zda dokáže řešit drobné problémy s nemocí spojené apod. (Mareš, 2005b).

Senior-diabetik hůře přijímá nové skutečnosti, špatně se adaptuje na změnu životního stylu, kterou s sebou DM2T nese. Edukátor by měl vždy plně akceptovat seniorovu individualitu a sdělovat mu takové informace, které diabetik dokáže přijmout a adekvátně na ně reagovat. Jirkovská (1999) klade důraz na to, aby diabetik svou nemoc nepodceňoval, ale uvádí, že nemá smysl ji ani přeceňovat. Pokud by senior

(nebo jeho rodina) DM2T bagatelizoval, mohlo by rychle dojít k dekompenzaci diabetu, ke zhoršení celkového zdravotního stavu. Také komplikace diabetu by se u seniora rozvinuly rychleji. Jestliže bude diabetik svou nemoc přeceňovat, bude to mít negativní vliv na jeho psychiku – dostaví se obavy, úzkost a případná deprese. Pokud edukátor informuje diabetika a jeho rodinu o negativních důsledcích diabetu, měl by vždy zdůraznit, že komplikacím je možno předejít správným dodržováním léčebného režimu, že ne každý senior-diabetik musí mít všechny komplikace a že se správnou léčbou a sociální oporou lze tuto nemoc zvládat.

4.2. Spolupráce s diabetikem, dodržování léčebného režimu

Dnešní senioři byli vychovávaní s vědomím toho, že lékař léčí a pacient se striktně řídí jeho pokyny. V současné době je zejména při léčbě chronického onemocnění kladen důraz na iniciativu a aktivní spolupráci pacienta. Tento přístup je pro seniory nový a ne každý senior-diabetik je schopen být aktivním spolupracovníkem při léčbě své nemoci.

Spolupráci (i nespolupráci) chronického pacienta při léčbě své nemoci popisuje Mareš (2005b). Spolupráce při léčbě je jedním z prvků tzv. kooperativní péče, která spočívá v téměř rovnocenné spolupráci lékaře a pacienta (lékař je expertem na chorobu, pacient je znalý života s touto nemocí). Spolupráce se dotýká např. oblasti vztahu mezi diabetikem a lékařem či jiným pracovníkem, oba jsou odpovědní za průběh a výsledky nemoci, oba stanovují cíl péče a řeší vzniklé problémy.

Aby senior-diabetik dokázal dodržovat léčebný režim, potřebuje k tomu nejen fyzické schopnosti, ale z psychologického hlediska i ochotu a vůli k dodržování režimu. Pacient by měl vždy chápat důsledky svého chování, ať jde o dodržení, či nedodržení léčby. U diabetiků seniorského věku platí, že pokud pacient a jeho rodina skutečně věří tomu, že mu lékař a jeho léčebné metody pomohou, jsou ochotni se jim podřídit, změnit své dosavadní návyky. Pokud přesvědčení o prospěšnosti nejsou, hůře se jim nová doporučení plní. Proto je velmi důležité přesvědčit diabetika o nutnosti dodržování režimu již v první fázi nemoci, aby tento postup dodržoval i v dalších fázích. Důležitým momentem je také důraz na vlastní odpovědnost diabetika za jeho zdravotní stav, přesvědčení o tom, že jeho vlastní aktivita může zdravotní stav zlepšit. Aby byla co nejvíce podpořena spolupráce seniora-diabetika s lékařem, mělo by být vždy pozitivně

hodnoceno vše, co diabetik zvládnul, co se naučil, a na tom postavit další spolupráci (Křivohlavý, 2002).

Dodržováním léčebného režimu u seniora s diabetem 2. typu se vždy rozumí dodržování diabetické diety, pravidelná fyzická aktivita a správné užívání antidiabetických preparátů nebo dávkování inzulínu. Dodržování diety a cvičení je v praxi často daleko obtížnější než užívání léků. Od seniora-diabetika a jeho rodiny to vyžaduje znalost toho, co diabetik může sníst a kolik, vyžaduje to změnu životního stylu, motivaci ke změně, a to často nejen diabetika, ale také jeho rodiny. Tyto změny činí potíže diabetikovi, který se ve stáří hůře adaptuje na změny ve svém životě, může to ovlivnit také rodinu, která sice diabetem netrpí, ale diabetikovi se přizpůsobuje. Dodržováním léčebných doporučení u diabetiků 2. typu si pacient udržuje normální hladinu glykémie, předchází komplikacím diabetu, může docílit přiměřené tělesné hmotnosti (Jirkovská, 1999).

4.3. Zachování identity a autonomie

Identita (sebepojetí) seniora se mění pod tlakem okolí, jeho věku a zvláště zdravotního stavu. Stáří je charakterizováno ztrátou mnoha dřívějších kompetencí, které byly dříve jasnou součástí seniorovy identity. Ztráty kompetencí jsou umocněny zjištěním chronické nemoci. Diagnostikovaný diabetes mellitus 2. typu, vzniklé komplikace diabetu, různá omezení spojená s diabetem, to vše snižuje sebepojetí diabetika. Aby byla identita seniora-diabetika zachována v co největší míře, je podle Vágnerové (2000) důležité připomínat mu jeho minulé role a kompetence, které ho posilují v sebeúctě. Vzpomínání na dřívější úspěchy a doby, kdy se cítil senior dobře a v plné síle, ho udržují v psychické pohodě, která se odráží na dobrém průběhu diabetu. V současném pojetí identity seniora se klade důraz na podporu zachovalých kompetencí, senior srovnává své schopnosti se stejně starými jedinci a posiluje ho vědomí, že zvládne činnosti, byť velmi jednoduché, které někteří vrstevníci již nesvedou. Zachovalé kompetence by měly být udržovány, podporovány a odměňovány chválou. Snad nejdůležitější pro identitu seniora je jeho rodina, vědomí toho, že někam patří, že má někde své místo (viz. kap. 3.4.4).

Autonomii charakterizuje Matýsková (2004, s. 47) jako „schopnost činit samostatná rozhodnutí a nést za ně odpovědnost, schopnost zabezpečit se, být soběstačný a nezneužívat druhé v situacích, kdy se o sebe mohu postarat sám“.

Autonomie se týká sféry ekonomické (senior má svůj vlastní příjem a rozhoduje, jak s ním naloží), sféry soběstačnosti a sebeobsluhy (osobní hygiena, vaření, výživa, úklid, domácí práce apod.). Autonomie se týká také oblasti zdravotního stavu a psychiky. Tyto oblasti mají pro seniora-diabetika nejvýznamnější úlohu. Při DM2T a zejména při rozvinutých komplikacích této nemoci se může diabetik stát závislým na lékařské a ošetrovatelské péči, při snížení pohyblivosti, motoriky je ohrožena stěžejní složka autonomie. Z psychického hlediska je autonomie ohrožena zejména v oblasti rozhodování. Okolí chce mnohdy rozhodovat za seniora-diabetika, určuje, co je pro něj dobré z hlediska pečujícího, nikoli z hlediska diabetika. Autonomie je ohrožena také v oblasti organizace a náplni vlastního času, vnímání a udržování sociálních kontaktů (senior nerozhoduje sám o tom, s kým se bude stýkat, je závislý na jiných, pokud se chce někam dostat apod.). Často lze vidět ztrátu nebo snížení autonomie v oblasti samotné orientace seniora v běžném životě (např. po cévní mozkové příhodě, při depresích a dezorientaci při hypoglykémii apod.). Nemocí a věkem je také ovlivněna reálná schopnost nazírání na svou osobu, na své možnosti, na další průběh života (Matýsková, 2004).

Existují situace, při kterých se senior-diabetik vzdá své autonomie dobrovolně. Zváží svou situaci, své možnosti, svůj zdravotní stav a na základě tohoto samostatného posouzení omezí část své autonomie. Může jít např. o situaci, v níž si diabetik s poruchou zraku uvědomí, že nezvládá samostatný život bez pomoci jiných a zažádá o místo v domově pro seniory. Zde má jistotu pomoci při běžných úkonech o svou osobu, má zde ošetrovatelskou službu a jiné druhy podpory. Senior může pozbyť své autonomie také nedobrovolně. Např. při zhoršení jeho zdravotního stavu rozhodne osoba, která o něj pečuje, že již o něj pečovat nebude a „přiměje“ ho, aby zažádal o místo v domově pro seniory. Diabetik by raději zůstal doma, ale není nikdo, kdo by o něj pečoval, sám nedokáže proti nastalé situaci protestovat a je nucen vyhovět nátlaku pečující osoby. Seniorova autonomie má velký vliv na kvalitu jeho života. Jinak svou autonomii vnímá člověk, který žije v partnerském svazku, je soběstačný, má dobré rodinné zázemí, a jinak vnímá a uplatňuje svou autonomii osamělý senior, který je závislý na pomoci jiných, často cizích osob (Matýsková, 2004).

S otázkou identity seniora a jeho autonomie souvisí také otázka hodnotového systému seniora. Této tématice se věnuje Semešiová (2003), která ve své práci popisuje základní hodnoty, jež jsou pro seniory nejdůležitější. Pro seniory jsou důležité tyto

hodnoty: smysluplná práce, dostatek finančních zdrojů, sociální vazby s vrstevníky. Nejpreferovanější hodnotou seniorů je ale rodina a dobrý zdravotní stav. Hodnota rodiny pro seniora-diabetika, její role sociální opory a celkový význam je popsán v kapitole 3.4.4. této práce. Hodnota zdraví se podle Semešiové (2003) objevuje na vrcholu hodnotového žebříčku seniorů, má velmi důležitý význam pro jednotlivce. U seniora je tato hodnota ceněna o to víc, že s přibývajícím věkem přibývá také nemocí a jiných obtíží. Nemoc jako diabetes mellitus 2. typu znamená většinou omezení dřívějších zvyklostí a aktivit, s rozvinutím komplikací se pak často snižuje schopnost sebeobsluhy, zanikají některé sociální kontakty. To způsobuje, že senior se stává nesamostatným a závislým na jiné osobě. Většina seniorů chce žít samostatně a nezávisle a uvědomuje si, že zhoršení zdravotního stavu jim přinese změnu jejich sociální situace, identity a autonomie. Senioři potřebují mít pocit, že jsou pro okolí důležití, že stále zastanou svou roli, proto se snaží starat o sebe co možná nejdéle. Pokud ale fyzických a psychických sil ubývá (často na podkladě různých chorob), jsou nuceni požádat o pomoc. Zde se opět objevuje velký význam rodiny.

4.4. Péče o diabetika v rodině

Jak již bylo popsáno dříve, rodina má pro staršího diabetika velký význam, proto senior v situaci, kdy nemůže sám uspokojovat své potřeby, předpokládá, že se o něj bude starat rodinný příslušník. V případě, že senior-diabetik vyžaduje zvýšenou péči a rodina se o něj starat nemůže nebo nechce, může diabetik využít některých sociálních služeb. Většinou se jedná o pečovatelskou službu nebo domov pro seniory. Tam je pro seniora-diabetika zajištěna dostatečná péče jak sociální, tak zdravotní. Péče o diabetika v zařízeních sociálních služeb je většinou na dobré profesionální úrovni, pracovníci v sociálních službách jsou pravidelně vzděláváni na téma péče o seniory s různými typy postižení, proto se tomuto tématu ve své práci nevěnuji. Zabývám se však péčí o diabetika v rodině, v níž o seniora-diabetika pečují převážně laici, pro něž by má práce mohla být přínosem.

Péči o diabetika v rodině většinou předchází hospitalizace diabetika (kap. 3.4.2.), která u seniorů bývá častější. Ošetřující lékař by měl informovat rodinu o všech aspektech nemoci, o tom, jaké jsou možnosti léčby, jaká je prognóza, zda bude nutné o seniora-diabetika pečovat apod. Rodina by měla být zapojena do diagnostického i léčebného plánu. Zdravotně-sociální pracovník by měl již v nemocnici identifikovat,

zda je rodina ochotna a schopna pečovat o svého seniora. Pokud se rodina o seniora chce po návratu z nemocnice starat, je na místě, aby rodina byla dostatečně poučena, jak s nemocným komunikovat, jak jej motivovat, jak kontrolovat dodržování léčebného režimu, co je nutno změnit v běžném životě seniora-diabetika, jak podávat léky, jak pomoci s dávkováním inzulínu apod. Sociální pracovník má informovat rodinu o možnostech použití kompenzačních pomůcek, podat informace o podpůrných zdravotních a sociálních programech. Rodina seniora-diabetika by měla vědět, že na péči o seniora není sama, že existují respitní (odlehčovací) služby, že lze využít pomoci asistentů. Odlehčovací služby jsou využívány např. v situacích, kdy pečující osoba potřebuje krátkodobě pomoci s péčí o seniora (dovolená, úprava bytu, hospitalizace pečujícího). Čím více je senior odkázaný na pomoc rodiny, tím více je potřeba věnovat pozornost pečující osobě. Dlouhodobá péče může vést až k syndromu vyhoření stejně jako u profesionálního pečovatele (Janečková, 2005).

Intenzivní péče rodiny o seniora je nesporně pozitivním jevem, který podporuje mezilidské a mezigenerační vztahy, ale poskytování takové pomoci naráží na organizační i ekonomické těžkosti, proto je vhodné kombinovat domácí péči s pomocí např. pečovatelské služby, domácí zdravotní péče apod. Péče o člena rodiny, který je odkázaný na intenzivní celodenní péči (např. diabetik po amputaci nohy, při ztrátě zraku, při nutnosti hemodialýzy), je velkou psychickou zátěží pro obě strany. Vyskytuje se napětí ve vztahu senior – pečující, konflikty, stres, obviňování, někdy až násilí na seniorovi (Hrozenská, 2008)

Dnešní pojetí péče o seniora v domácím prostředí předpokládá, že senior by měl o sebe pečovat sám, pokud péči o sebe sama zvládá. Pomoc jiné osoby by měla přijít až ve chvílích, kdy senior sám péči o sebe nezvládá. Jak uvádí Šelner (2004), senioři přijímají péči v rodině pozitivně, odchod do „cizího“ prostředí je pro ně stresující. Převzetí odpovědnosti za seniora některým z rodinných příslušníků, ale má také svá úskalí. Mezi ně patří změněný vztah mezi seniorem a pečující osobou, při dlouhodobé péči vzniká závislost a pak často není z tohoto vztahu úniku. Objevují se skryté konflikty ve vztazích, a to zejména tam, kde pečující osobě nikdo s péčí o seniora nepomáhá. Pečující osoba nebo celá rodina se vlivem celodenní péče může sama dostat do sociální izolace, přerušit nebo velmi omezit své sociální kontakty mimo rodinu. Vlivem dlouhodobé péče o seniora může i pečující osoba mít zdravotní problémy (zhoršení zdravotního stavu, psychické obtíže) a to se může projevovat ve vztahu

k seniorovi ve formě násilí. Společnost by proto měla pečujícím poskytnout určitou pomoc ve formě spolupráce při péči o seniory. Sám senior i jeho rodina by měli vyhledávat a využívat nabídnutých služeb. Osvědčily se různé podpůrné aktivity, domácí ošetrovatelská péče, pečovatelské služby, supervize v rodině, pomoc psychologa apod.

4.4.1. Péče o diabetika se syndromem diabetické nohy

Syndrom diabetické nohy patří k velmi častým chronickým komplikacím diabetu. Typický je zvláště u seniorů-diabetiků a péče o seniora-diabetika s tímto syndromem je pro pečující osobu velmi zatěžující. K rozvinutí této chronické komplikace diabetu dochází vlivem špatné edukace pacienta a pečující osoby, nedostatkem informací o možnosti prevence a léčby této komplikace, nedodržením léčebného režimu. Zvláště v domácích podmínkách (pokud není dodržen léčebný režim) pak dochází k rozvinutí tohoto stavu. Někdy se diabetik ošetřuje sám, jindy dostatečné prevenci a péči nevěnuje pozornost pečující. Jestliže u diabetika dojde k defektům na dolních končetinách nebo ke zhoršení jeho stavu, je na místě, aby diabetik navštívil odborného lékaře, který nastaví adekvátní léčbu. Dobrá je spolupráce lékařů a agentur domácí zdravotní péče. Onemocnění žilního systému je vleklou záležitostí a vyžaduje stálou péči a kontrolu. Aby léčba byla účinná, je zapotřebí spolupráce pacienta, jeho velké trpělivosti a disciplíny, což bývá pro seniora-diabetika obtížné, protože často nedodrží léčbu důsledně nebo ji zcela přeruší. Spolupráce s domácími agenturami zajistí pravidelnou kontrolu stavu končetin, frekvenci převazů, dodržení sterility při ošetření a také pravidelnou edukaci pacienta i rodiny při péči o dolní končetiny. Pacient sám by měl denně sledovat stav dolních končetin, dodržovat hygienu, mít vhodnou obuv (dostatečně velkou a širokou, aby nedocházelo k otlakům), nosit bavlněné ponožky, adekvátně ošetřit i to nejmenší poranění, pravidelně dolní končetiny masírovat a pečovat o ně, docházet pravidelně do diabetologické poradny, kde také provádějí kontrolu dolních končetin (Pejznochová, 2003).

4.5. Sociální možnosti seniora-diabetika

Senioři jsou početnou skupinou naší populace a mají své specifické potřeby, které se vztahují k jejich věku a ke zdravotním obtížím pro seniorský věk typickým.

Vzhledem k polymorbiditě a ke snižování funkčního potenciálu u seniorů dochází často k nutnosti péče jiné osoby o seniory. Tato pravidelná a dlouhodobá péče má svá úskalí – organizační, vztahové i finanční. Naše společnost nabízí seniorům i pečujícím osobám sociální pomoc, která by péči o seniory měla ulehčit. Sociální pomocí je v této práci míněn např. příspěvek na péči, dávky sociální péče, mimořádné výhody pro osoby zdravotně postižené a systém sociálních služeb pro seniory.

4.5.1. Příspěvek na péči

Rozvinutí komplikací diabetu u seniora často způsobuje, že diabetik není schopen se v plné míře postarat sám o sebe, že se zvyšuje počet činností, které nezvládne sám a že je stále více odkázaný na pomoc jiné osoby. Aby tuto situaci dokázal diabetik zvládnout po ekonomické stránce, může požádat o příspěvek na péči, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Diabetik, u kterého je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a který potřebuje pomoc jiné osoby při péči o sebe sama a k zajištění soběstačnosti, může získat příspěvek na péči dle toho, jaký stupeň závislosti na jiné osobě vykazuje. Stupeň závislosti posuzuje posudkový lékař, který vychází také ze sociálního šetření pracovníků sociálního odboru obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Stupně závislosti jsou rozděleny do čtyř kategorií podle toho, jak je diabetik soběstačný a v jaké míře zvládá péči o vlastní osobu. Systém příspěvků na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (ÚZ 811, 2011), kde je v § 9 stanoveno celkem 36 bodů, které jsou u žadatele o příspěvek na péči zkoumány. Hodnotí se schopnost zvládnout úkony péče o vlastní osobu, a to příprava stravy, podání a porcování stravy, přijímání stravy a dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, dále výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě, stání, schopnost vydržet stát, přemisťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech, výběr vhodného oblečení, oblékání, svlékání, obouvání a zouvání, orientace v přirozeném prostředí, provedení jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu. Dále se posuzuje soběstačnost, a to v úkonech komunikace (slovní, písemná, neverbální), orientace v čase a mimo své přirozené prostředí, nakládání s penězi a jinými cennostmi, obstarání osobních záležitostí, uspořádání času a plánování života, zapojení se do sociálních aktivit, obstarávání potravin a běžných předmětů, vaření a ohřívání jídla, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péče o prádlo, přepírání

drobného prádla, péče o lůžko, obsluha běžných domácích spotřebičů, manipulace s kohouty a vypínači, manipulace se zámky, otevírání a zavírání oken a dveří, udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpadem a další jednoduché úkony spojené s chodem domácnosti. Podle zákona 108/2006 Sb. vykazuje osoba I. stupeň závislosti, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc či dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu. Výše příspěvku v I. stupni činí 800,-Kč. Jestliže má diabetik středně těžkou závislost II. stupně, potřebuje pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o svou osobu a náleží mu příspěvek ve výši 4.000,-Kč. Těžké závislosti III. stupně dosáhne dospělá osoba, která potřebuje pomoc či dohled jiné osoby při více než 24 úkonech a příspěvek této osobě činí 8.000,-Kč. Jestliže diabetik potřebuje pomoc při více než 30 úkonech péče o svou osobu, je kvalifikován jako úplně závislá osoba a je mu přiznán příspěvek IV. stupně ve výši 12.000,-Kč.

4.5.2. Dávky sociální péče

Pro osoby těžce zdravotně postižené jsou také určeny dávky sociální péče, jejichž podmínky upravuje vyhláška č. 182/1991Sb., kterou se provádí zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (ÚZ 811, 2011). Diabetik, který je vlivem své nemoci a jejich komplikací těžce zdravotně postižen (amputace končetiny, ztráta zraku, postižení ledvin a dialýza, mozková příhoda, těžký infarkt apod.) může zažádat o tyto dávky: jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (např. ortopedické pomůcky, invalidní vozík), příspěvek na úpravu bytu (nutná bezbariérovost pro pohyb invalidního vozíku, úprava koupelny), příspěvek na zakoupení motorového vozidla, příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla, příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu, příspěvek na úhradu za užívání garáže, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům. O sociální dávky musí diabetik zažádat na sociálním odboru obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Zdravotní stav a míru postižení posuzuje posudkový lékař. Tyto dávky jsou nenárokové, tzn., že nemusí být diabetikovi přiznány.

4.5.3. Mimořádné výhody

Vedle dávek sociální péče se poskytují osobám těžce zdravotně postiženým rovněž bezúročné půjčky na zakoupení motorového vozidla až do výše 40.000,-Kč a mimořádné výhody I., II. a III. stupně (průkazy TP, ZTP a ZTP/P). Vydání průkazu

mimořádných výhod upravuje příloha č. 1 a 3 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. (ÚZ 811, 2011). Držitelé průkazu TP mají nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích, nárok na přednost při osobním projednávání jiných záležitostí, pokud toto vyžaduje delšího čekání, zejména stání. Netýká se nákupu v obchodech, obstarávání placených služeb ani ošetření ve zdravotnických zařízeních. Držitelé průkazu ZTP mají všechny výhody jako držitelé průkazu TP a dále nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné, hromadné dopravy, na 75 % slevy jízdného ve vlacích a autobusech vnitrostátní dopravy, na slevu poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní nebo sportovní akce. Držitelé průkazu ZTP/P mají všechny výhody, které jsou popsány výše a ještě nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými dopravními prostředky. U plně nebo prakticky nevidomých je nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce, na slevu poloviny vstupného do kina, divadla či na jiná kulturní a sportovní vystoupení také pro průvodce. O bezúročnou půjčku a o mimořádné výhody si musí diabetik zažádat na sociálním odboru obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Zdravotní stav a míru postižení posuzuje posudkový lékař. Tyto dávky jsou nenárokové, tzn., že nemusí být diabetikovi přiznány.

4.5.4. Sociální služby

Pokud se senior-diabetik dostane vlivem svého zhoršeného zdravotního stavu (zejména na podkladě rozvinutých komplikací diabetu) nebo vlivem věku do nepříznivé sociální situace (např. je osamělý, nesoběstačný, nemá o něj kdo pečovat, bydlí v nevyhovujícím bytě vzhledem ke svému zdravotnímu stavu apod.) může využívat sociálních služeb. Systém sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (ÚZ 811, 2011). Senior-diabetik může využívat sociální služby pobytové (domovy pro seniory, odlehčovací služby, týdenní stacionáře, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče), ambulantní (tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, pečovatelská služba, odlehčovací služba, centra denních služeb, denní stacionáře) nebo terénní (osobní asistence, průvodcovské a předčitatelské služby, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služba). Jednotlivé sociální služby mají svá specifika, ale základními činnostmi při poskytování sociální služby jsou pomoc při zvládání úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,

poskytnutí ubytování, popř. přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. To, které služby bude senior-diabetik využívat, závisí zcela na individuálních potřebách seniora, na jeho zdravotním stavu a sociální situaci.

Pokud se o seniora stará rodina či pečující osoba v domácím prostředí, bývají využívány terénní a ambulantní sociální služby k tomu, aby pomohly s úkony, které pečující osoba nezvládá. Pro potřeby seniora-diabetika bývá velkou pomocí tzv. HOME CARE, domácí zdravotní péče. Zde pracují zkušené zdravotní sestry, které na doporučení lékaře navštěvují diabetiky a pomáhají s ošetrovatelskými úkony (měření fyziologických funkcí, aplikace inzulínu, příprava a podání léků, odběry krve, kontrola glykémie, ošetření a převazy ran, sledování zdravotního stavu diabetika, základní rehabilitace a jiné úkony ordinované lékařem). Tato péče je hrazena ze zdravotního pojištění pacienta. Často je využívána také pečovatelská služba a to u seniorů-diabetiků, kteří již zcela nezvládají péči o svou osobu, svou domácnost a péči jim nemohou zajistit v plné výši ani rodinní příslušníci. Nejčastěji jsou využívány úkony jako dovoz nebo donáška stravy, běžné nákupy a pochůzky, doprovod, úklid domácnosti, pomoc při oblékání, svlékání či přesunu na lůžko nebo vozík. Úkony pečovatelské služby si hradí senior sám, na uhrazení lze použít příspěvek na péči. Další využívanou službou pro seniory-diabetiky je osobní asistence. Jde o terénní službu, která pomáhá diabetikům se zajištěním základních potřeb (doprovod k lékaři, na úřady, na nákupy, kontakt se společenským prostředím, zastoupení rodinných příslušníků při jejich časové zaneprázdněnosti či vyčerpanosti).²

Podle internetového portálu pro diabetiky www.diacentrum.cz je hojně využívána také rezidenční (pobytová) služba pro diabetiky. Např. denní stacionáře využívají rodiny diabetiků, které tímto způsobem řeší komplexní péči o seniora po určitou část dne. V tuto dobu může jít pečující osoba do zaměstnání, k lékaři, má volno pro svůj odpočinek. Denní stacionáře mají provozní dobu většinou od rána do

² Diacentrum – stránky pro diabetiky [online]. Dostupné 30. 3. 2011 z WWW: http://www.diacentrum.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=183&Itemid=1

odpoledne a po návratu seniora z denního stacionáře se o něj opět stará rodina. Cílem této služby je aktivizace klienta, kontakt se společenským prostředím, je zajištěno stravování, pomoc při osobní hygieně apod. Péče o seniora v domácím prostředí je pro rodinu zatěžující a mohou nastat situace, kdy se rodinný příslušník nebude moci krátkodobě o seniora starat. V těchto případech může rodina seniora využít krátkodobého pobytu seniora v zařízení, které poskytuje odlehčovací službu. Senioři, jejichž zdravotní stav umožňuje samostatné bydlení v rámci bytu s využitím pomoci jiné osoby, často volí pobyt v domech s pečovatelskou službou. Zde bydlí senior v bytě zvláštního určení, je zde zajištěna pomoc pečovatelské služby, a to v takovém rozsahu, která seniorovi vyhovuje a která je potřebná vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, komplikacím diabetu apod. Rozsah služeb může senior měnit podle změn své zdravotní situace – při zhoršení stavu může pečovatelskou službu využívat při více úkonech, při zlepšení stavu se počet úkonů snižuje a senior může část péče o sebe převzít sám. Pečovatelská služba zajišťuje v těchto domech většinou denní provoz, noční provoz nebývá běžný a chybí zdravotní péče. Pokud senior-diabetik potřebuje komplexní péči 24 hodin denně, potřebuje zdravotní péči a rodina není schopna se o něj v této míře postarat, může využít služeb domova pro seniora, kde tato péče bude zajištěna. Zde se poskytuje pomoc seniorům, kteří z důvodu věku nebo zdravotního stavu mají sníženou soběstačnost, je zde zajištěna jak zdravotní tak sociální péče, pravidelná návštěva lékaře, aktivizační služby apod.³

4.5.5. Sociální práce se seniory

Seniorů v naší populaci stále přibývá a je nutné, aby byla zajištěna dostatečná a kvalitní péče o ně jak v domácím prostředí, tak v zařízeních sociálních služeb. Sociální služby zaměřené na pomoc seniorům mají své sociální pracovníky, kteří se věnují potřebám seniorů a sociální práci s nimi. Sociální práce v této oblasti se soustřeďuje zejména na péči o seniory, kterým zhoršený zdravotní stav způsobil pokles soběstačnosti a funkčních schopností, které se mohou týkat jak pohybového aparátu, tak smyslových schopností či jiných kognitivních funkcí. Zhoršený zdravotní stav pak způsobuje sníženou soběstačnost seniora v uspokojování svých každodenních potřeb, snižuje se kontrola seniora nad svým životem v té míře, na jakou byl zvyklý dříve, snižuje se kvalita jeho života. Omezení jedné funkce pak může vést k omezení dalších

³ Diacentrum – stránky pro diabetiky [online]. Dostupné 30. 3. 2011 z WWW: http://www.diacentrum.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=184&Itemid=1

funkcí a pro seniora vzniká bludný kruh, ze kterého se sám bez pomoci jen těžko dostává. Sociální práce se seniory má pomoci starému člověku překonat tento bludný kruh (Janečková, 2005).

Sociální práci se seniory lze také chápat jako činnost, kterou jsou naplňovány potřeby seniorů na úrovni biologické, psychické i sociální. Podle Hrozenkové (2008) si senior může své potřeby zajišťovat zcela sám nebo potřebuje k uspokojování svých potřeb pomoc jiné osoby. Někdy vyžaduje senior pomoci jen v některých oblastech běžných činností a jiné je schopen si zajistit sám – např. diabetik se syndromem diabetické nohy nezvládá zajištění nákupů, ale zvládne péči o svou osobu, proto by měl být v činnostech, které zvládne, podporován. Pokud už senior-diabetik potřebuje péči jiné osoby, měla by tato pozorně sledovat, jak se situace v životě diabetika vyvíjí, jak se mění jeho zdravotní stav, zda nepotřebuje jinou pomoc nebo více péče. Někdy se senior velmi snaží své potřeby zajistit sám a potřebuje pouze nasměrování své činnosti. Pečující osoba má v tomto případě seniora-diabetika podněcovat a vést. V případech, kdy se senior-diabetik dostane do situace, že není schopen naplňovat své potřeby, přebírá pečující osoba veškerou péči o seniora, ale ani v těchto případech nemá být přerušena komunikace se seniorem, má být zachována jeho autonomie (vlastní rozhodování).

Senioři jsou specifickou skupinou lidí, se kterými se sociální pracovník dostává do styku. Sociální pracovník má umět seniorovi pomoci v hledání nejlepšího řešení jeho situace, podporovat seniora i jeho rodinu v jejich rozhodnutích. V každé situaci je to senior (i když je velmi starý nebo nemocný), který má právo na rozhodnutí, jak s ním bude zacházeno, kdo o něj má pečovat apod. Při práci se seniory má sociální pracovník roli nejen rádce a pomáhajícího, ale také často roli důvěrníka. Sociální pracovník je školený ve vedení rozhovoru a trénovaný ve speciálních komunikačních schopnostech, které by měl vždy využít ve prospěch seniora. Někdy staří lidé špatně odhadnou své možnosti a schopnosti, bojí se přijmout sociální pomoc a služby, nereálně spoléhají na pomoc rodiny. V těchto případech je nutné, aby sociální pracovník získal důvěru seniora a pomohl mu podívat se na svou situaci reálně, aby přesvědčil seniora o nutnosti pomoci, dostatečně ho informoval o možných sociálních službách a provedl seniora tímto obtížným obdobím. Ať se senior rozhodne jakkoliv, měla by rodina být přítomna rozhodování o budoucnosti seniora. Je nutno počítat s názory rodiny, ať jsou jakékoli. V některých případech je rodina oprávněna vzít zodpovědnost seniora do svých rukou,

ale to jen v těch případech, kdy senior je tak vážně nemocen, že nedokáže sám o své situaci rozhodovat. Někdy může nastat situace, že rodina využívá seniorovy snížené schopnosti v rozhodování a že chce jednat proti vůli seniora. V těchto případech má sociální pracovník vždy stát na straně seniora, bránit jeho zájmy (Janečková, 2005).

Se seniorem-diabetikem se může sociální pracovník profesionálně setkat na mnoha místech. Je to např. zdravotně-sociální pracovník v nemocnici, který je znalý nejen diabetikova zdravotního stavu, ale může svým profesionálním přístupem pracovat s rodinou diabetika, připravit ji na návrat seniora-diabetika do rodinného prostředí. V případě, že se rodina nemůže o seniora-diabetika starat, má zdravotně-sociální pracovník možnost pomoci seniorovi podat žádost do domova pro seniory či do jiného zařízení sociálních služeb, která bude vyhovovat potřebám seniora. Pokud má diabetik nárok na nějakou sociální pomoc či dávky, využije pomoci sociálního pracovníka na úřadech. Jestliže bude tento sociální pracovník obeznámen s úskalími, která s sebou DM2T často nese, bude moci lépe pochopit diabetikovu situaci a adekvátně mu poradit a pomoci. Sociální práce se seniorem-diabetikem se uskutečňuje také v poradnách pro diabetiky, které mohou být součástí diabetologických center nebo ordinací. V sociálních službách, jejichž cílovou skupinou jsou senioři, se také sociální pracovník setkává s diabetiky a znalost jejich obtíží může ulehčit sociálnímu pracovníkovi jednání se seniorem-diabetikem.

4.6. Svépomocné organizace pro diabetiky

Jelikož je diabetes mellitus chorobou velmi rozšířenou, existuje řada spolků a organizací, které jsou určeny diabetikům. Tyto organizace často zakládají samotní diabetici, popř. lékaři a lidé, kteří se problematikou diabetu zabývají. Cílem a smyslem těchto organizací bývá zejména dostatečně informovat diabetiky a jejich rodiny o samotné nemoci, jejích komplikacích, možnostech léčby. Tyto svépomocné organizace se zabývají také edukací diabetiků, pořádají různé rekondiční pobyty pro diabetiky a jejich rodiny, vydávají periodika s diabetickou tematikou. Diabetici se o těchto organizacích mohou dovědět v ordinaci diabetologického lékaře, při edukaci nebo na nejrůznějších internetových stránkách. Možnost setkávat se s lidmi, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu řeší podobné či stejné problémy, je pro diabetika i jeho rodinu velmi posilující, působí to pozitivně a motivuje to diabetika k dodržování

léčebného režimu. Osobám pečujícím o seniora-diabetika se dostává touto cestou mnoha dobrých rad a informací.

Mezi organizace pro diabetiky s dlouhou tradicí patří Svaz diabetiků ČR, který pracuje od roku 1990. Jde o humanitární organizaci pro zdravotně postižené občany, která má již 12 územních organizací, vydává informační bulletin, pořádá rekondiční pobyty atd. V roce 1993 se sloučil s Českou společností diabetiků a nadále pokračuje ve svých aktivitách. Mezi ně patří např. vydávání časopisu Dia život, vydávání edukačních příruček, pořádání rekondičních a rehabilitačních pobytů, pořádání prodejních výstav apod.⁴

Další organizací pro diabetiky je Diabetická asociace ČR, která sdružuje několik subjektů – Českou diabetologickou společnost, Svaz diabetiků, Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí a Společnost všeobecného lékařství. Jejím cílem je sjednocení přístupu ke zlepšení péče o diabetiky, důraz na dodržování léčebných pravidel. Diabetická asociace organizuje dlouhodobé kampaně, ve kterých seznamují veřejnost s problematikou diabetu, realizují edukační projekty, snaží se o zlepšení přístupu k informacím o diabetu, jeho léčbě a prevenci.⁵

Existuje také velká řada internetových stránek s tematikou diabetu. Mezi ně patří např. www.rok1.cz, které jsou určeny nejen diabetickým pacientům, ale i jejich rodinám a přátelům, zdravotníkům a novinářům. Tyto stránky vznikly v roce 2010, kdy nastaly změny v přístupu k diabetu a jeho léčbě. Intenzivnější a cílenější léčba diabetu by měla korespondovat s nejnovějšími vědeckými poznatky. Kromě sekce s novinkami v léčbě jsou zde i rady a tipy, užitečná poradna pro pacienty či příběhy pacientů.⁶

Edukaci diabetiků, pomoci v tíživých situacích, dostatečnému informování veřejnosti o diabetu se věnuje např. Diastyl, občanské sdružení, jehož hlavní činností je vydávání časopisu Diastyl, dále Diaktiv, zájmové sdružení aktivních diabetiků, Diasport, sdružení pro sportující diabetiky, Diacentrum, občanské sdružení, jehož cílem je edukace diabetiků prostřednictvím přednášek a kurzů, podporou odborné literatury i tvorbou internetových stránek.⁷

⁴ Svaz diabetiků ČR [online]. [cit. 2011-02-13], dostupné z WWW: http://www.diabetes.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=5.

⁵ Diabetická asociace ČR [online]. [cit. 2011-02-13], dostupné z WWW: <http://www.diabetickaasociace.cz/diabeticka-asociace-cr>

⁶ www.rok1.cz. [online]. [cit. 2011-02-13], dostupné z WWW: <http://www.rok1.cz/>

⁷ Diacentrum – stránky pro diabetiky [online]. [cit. 2011-02-13], dostupné z WWW: http://www.diacentrum.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=180&Itemid=221

ZÁVĚR

Diabetes mellitus 2. typu byl dříve nazýván „stařeckou cukrovkou“, protože se vyskytuje zejména u seniorů. Jelikož seniorů v naší populaci stále přibývá, zvyšuje se i počet pacientů, kteří jsou diabetem postiženi. Již samotná nemoc je pro seniora značně omezující, protože léčebný režim spočívá zejména v dodržování diety, v pravidelné fyzické aktivitě a stravě, ve správném užívání léků a dávkování inzulínu. Pokud diabetik neklade dostatečný důraz na dodržování léčebného režimu, jeho diabetes se stává dekompenzovaným, a zvyšuje se tak možnost vzniku komplikací diabetu. Rozvinutí komplikací se zvyšuje také s dobou, po kterou se diabetik léčí. Akutní i chronické komplikace ohrožují diabetika na zdraví a často i na životě. Znalost těchto informací je pro diabetika často velmi stresující, ale psychické i sociální a ekonomické dopady diabetu lze určitým způsobem zmírnit.

Změnu fyzického potenciálu, psychiky a sociální situace nese s sebou již samotný seniorský věk. Pokud se k typickým seniorským změnám přidá ještě chronická a nevyléčitelná nemoc typu DM2T, jsou psychické a sociální dopady na seniora vyšší. Z mé práce vyplývá, že po psychické stránce se musí senior-diabetik vyrovnat nejen s procesem stárnutí, ale také se stresem, který s sebou přináší závažná choroba. Senior má strach z vývoje své nemoci a z komplikací. Velké změny přicházejí také v oblasti sociální. Mění se role seniora nejen vzhledem k věku, ale i vzhledem k diabetu. Senior se ocitá v roli pacienta, mění se jeho úloha v rodině, potřebuje větší sociální oporu, potýká se s častější hospitalizací, může se dostat do sociální izolace. Senior-diabetik však může (spolu se svou rodinou) mírnit tyto psychosociální dopady nemoci. Pokud bude mít správnou sociální oporu a bude dodržovat léčebný režim, pokud bude mít dostatek informací o nemoci, bude aktivním a spolupracujícím pacientem, který je pravidelně edukovaný, může senior-diabetik prožít i s tak vážnou chorobou téměř plnohodnotný život, velmi podobný tomu, který vedl před zjištěním nemoci. U seniorů všeobecně (a u nemocných seniorů zvláště) má velký význam rodina a zázemí, dobrá sociální opora. Fungující rodinné vztahy jsou zárukou nejen dobré péče o seniora-diabetika, ale také zachovávají identitu a autonomii seniora. Péče o nemocného člena rodiny je velmi záslužná, ale také vysilující, proto by se neměl senior bránit pomoci od společnosti a využívat nejen sociální služby, ale také sociální dávky a příspěvek na péči, pokud na ně má nárok.

Metodou analýzy dostupné odborné literatury, právních předpisů a internetových zdrojů jsem získala potřebné informace o tom, jak diabetes mellitus 2. typu zasahuje do základních oblastí života seniora. Některé oblasti psychosociálního dopadu nemoci na seniora by si zasloužily podrobnějšího zpracování (identita, autonomie, rodina, pečující osoba, násilí na seniorech apod.), ale pro mou bakalářskou práci, ve které se na problém DM2T u seniora dívám v celkovém kontextu, postačí informace v takovém rozsahu, jak jsou uvedeny. Pokud se má práce dostane do rukou seniora-diabetika, členů jeho rodiny, pečující osobě nebo sociálnímu pracovníkovi, který pracuje s cílovou skupinou seniorů, měla by poskytnout ucelené základní informace o diabetes mellitus 2. typu a jeho dopadu na seniora.

PŘÍLOHY

Příloha 1:

Porovnání psychické situace zdravého člověka a diabetika (Křivohlavý, 2002)

Situace zdravého člověka	Situace nemocného člověka / diabetika
Aktivita: Člověk je zde hlavním aktérem ve svém životě.	Pasivita: Pacient se stává předmětem péče jiných lidí, kteří se stávají hlavními aktéry pacientova života. U diabetika především při rozvinutých komplikacích.
Nezávislost: Minimální závislost na jiných, člověk dělá, co sám považuje za dobré.	Závislost: Diabetik musí dělat to, co mu určí lékař, a dělat to tak, jak chce odborník.
Vlastní životní rytmus: Člověk si sám určuje, co a kdy bude dělat. Životní rytmus má zažitý, je na něj zvyklý.	Změněný životní rytmus: Diabetik musí dodržovat léčebný režim, který mu změní jeho dřívější zvyky, rytmus – dieta, pravidelná strava, fyzická aktivita.
Sebedůvěra: Být zdravý umožňuje člověku podávat dobré výkony, být úspěšný, to posiluje jeho sebedůvěru.	Diabetik je svou nemocí omezen v běžných činnostech, je nucen dělat věci, které neumí (aplikace inzulínu), a to snižuje jeho sebevědomí.
Sociální interakce: Zdravý člověk má svou sociální síť (rodinu, přátele, kolegy), sám si ji vybral a vyzná se v ní.	Diabetik je nucen být členem jiných sociálních sítí (lékaři, zdravotnický personál), kontakty se známými bývají nemocí omezeny.
Prostředí k životu: Zdravý jedinec se pohybuje v jemu známém prostředí domova, práce, společnosti.	Nemocný tráví svůj čas v nemocnici, v lázních, u lékaře. Toto je pro něj cizí, ne tak běžné, musí se přizpůsobovat.
Zájmy: Zdravý člověk si je může vybrat bez omezení.	Diabetik musí mít vždy na zřeteli omezení způsobená nemocí.
Zvládání problémů: Během svého zrání se zdravý člověk naučil, jak zvládat těžké situace, které ho potkají.	Pacient často svému zdravotnímu stavu nerozumí, DM2T je nevyléčitelná – diabetik ztrácí vládu nad zdravím, neví si rady.
Emoce: U zdravého jedince převládají většinou kladné emoce (radost ze smysluplného života), má v životě určitou míru jistoty, naděje do budoucna.	Emoce u diabetika jsou hlavně z počátku nemoci charakterizovány jako negativní (strach, úzkost, napětí, nejistota).
Časový prostor: Zdravý jedinec má širokou časovou dimenzi, ve které žije (minulost, přítomnost a budoucnost). Hlavně pohled do budoucna bývá optimistický.	Diabetik žije převážně svou přítomností (teď se musí najíst, dnes ještě cvičení, nezapomenout na inzulín). Kontakty s minulostí jsou omezeny a pohled do budoucna je nejistý, problematický.

Příloha 2:

Test instrumentálních všedních činností IADL (instrumental activities of daily living)

(Zavázalová a kol., 2001)

<i>Činnost</i>	<i>Hodnocení</i>	<i>Bodové skóre</i>
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je.	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání.	5
	Nedokáže použít telefon.	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem.	10
	Cestuje s doprovodem.	5
	Cestuje s pomocí jiné osoby, upravený vůz.	0
Nakupování	Dojde samostatně nakoupit.	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby.	5
	Neschopen bez podstatné pomoci.	0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo.	10
	Jídlo ohřeje.	5
	Jídlo musí být připraveno jinou osobou.	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací.	10
	Provede jen lehčí práce nebo neudrží čistotu.	5
	Nutná pomoc při většině prací, neprovede.	0
Práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně.	10
	Provede pod dohledem.	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
Užívání léku	Samostatně, správný lék ve správnou dobu.	10
	Užívá, jsou-li připomenuty a připraveny	5
	Léky podány jinou osobou.	0
Finance	Samostatně, zná příjmy a výdaje, platí účty.	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc.	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi.	0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0 – 40 bodů: závislý v IADL

45 – 75 bodů: částečně závislý v IADL

80 bodů: nezávislý v IADL

Příloha 3:

Barthelův test základních všedních činností ADL (activities of daily living)

(Zavázalová a kol., 2001)

<i>Činnost</i>	<i>Provedení činnosti</i>	<i>Bodové skóre</i>
Najedení, napití	Samostatně bez pomoci.	10
	S pomocí.	5
	Neprovede.	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci.	10
	S pomocí.	5
	Neprovede.	0
Koupání	Samostatně nebo s pomocí.	5
	Neprovede.	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí.	5
	Neprovede.	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní.	10
	Občas inkontinentní.	5
	Trvale inkontinentní.	0
Kontinence moči	Plně kontinentní.	10
	Občas inkontinentní.	5
	Trvale inkontinentní.	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci.	10
	S pomocí.	5
	Neprovede.	0
Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci.	15
	S malou pomocí.	10
	Vydrží sedět.	5
	Neprovede.	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m.	15
	S pomocí 50 m.	10
	Na vozíku 50 m.	5
	Neprovede.	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci.	10
	S pomocí.	5
	Neprovede.	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů: vysoce závislý

45 – 60 bodů: závislost středního stupně

65 – 95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

SEZNAM LITERATURY:

- BAŠTECKÁ, B. a kol. (2003), *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.
- DANZER, G. (2001), *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Z německého originálu *Psychosomatik* přeložila Holgeová, Renata. Praha: Portál. ISBN 80-7178-456-7.
- HRACHOVINOVÁ, T. (2010), Cukrovka a stres. [online]. *DIA.info* č. 56. Dostupné 31. 1. 2011 z WWW: <http://www.dia-info.cz/?p=487>
- HROZENSKÁ, M. a kolektiv (2008), *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin, SR: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.
- JANEČKOVÁ, H. (2005), Sociální práce se starými lidmi. In Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. (eds), *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*.(s. 163-190). Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- JAROŠOVÁ, D. (2000), *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-85866-55-2.
- JIRKOVSKÁ, A. a kol. (1999), *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes*. Praha:Panax. ISBN 80-902126-6-2.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. (2008), *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KNÍŽKOVÁ, G., ŠMAHELOVÁ, A., Edukace diabetika. [online]. *Medicína pro praxi*, 2010, č. 5. (s. 238-240). Dostupné 21. 3. 2011 z WWW: http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201005-0008_Edukace_diabetika.php
- KOŽNAROVÁ, R. (2006), Dávkováče inzulinu a inzulinové pumpy. [online]. *Remedia – internetové stránky farmakoterapeutického dvouměsíčníku* č. 2/2006, rubrika PND. Dostupné 27. 2. 2011 z WWW: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Diabetologie/Davkovace-inzulinu-a-inzulinove-pumpy/8-V-eH.magarticle.aspx>
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2001), *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2002), *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- KVAPIL, M. (2005), Diabetes mellitus 2. typu a cévní mozkové příhody. In Svačina, Š. (Eds.), *Cévní komplikace diabetu* (s. 79-85). Praha: Galén. ISBN 80-7262-335-4.

- MAREŠ, J. (2005a), Sociální opora a zdraví. In Mareš, J., Hodačová, L., Býma, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. (s. 125-139). Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-1062-0.
- MAREŠ, J. (2005b), Kooperativní léčba a pacientem řízená terapie. In Mareš, J., Hodačová, L., Býma, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. (s. 195-210). Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-1062-0.
- MATÝSKOVÁ, D. (2004), Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů. In Sýkorová, D., Chytil, O. (Eds.) *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. (s. 46-51). Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. ISBN 80-7326-026-3.
- PEJZNOCHOVÁ, I. (2003), *Stručná příručka zdravotní sestry v péči o chronicky nemocné*. Veverská Bítýška: HARTMAN RICO A.S. ISBN 80-238-9971-6.
- PELIKÁNOVÁ, T., BOUČEK, P. (2005). Diabetická nefropatie. In Svačina, Š. (Eds.), *Cévní komplikace diabetu* (s. 57-69). Praha: Galén. ISBN 80-7262-335-4.
- PELIKÁNOVÁ, T., JIRKOVSKÁ, A. (2005). Syndrom diabetické nohy. In Svačina, Š. (Eds.), *Cévní komplikace diabetu* (s. 95-106). Praha: Galén. ISBN 80-7262-335-4.
- PERUŠIČOVÁ, J. (2004), *Desatera léčby perorálními diabetiky*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-462-4.
- PERUŠIČOVÁ, J. (2005), Ischemická choroba srdeční. In Svačina, Š. (Eds.), *Cévní komplikace diabetu* (s. 87-93). Praha: Galén. ISBN 80-7262-335-4.
- POKORNÁ, A. (2010), *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- POLEDNÍKOVÁ, I. (2008), Zdravotné aspekty starostlivosti o starších lidí. In Hrozenská, M. a kol. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktické východiská*. (s. 127-138). Martin, SR: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.
- RUŠAVÝ, Z., FRANTOVÁ, V. (2007), *Diabetes mellitus čili cukrovka. Dieta diabetická*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-2-2.
- RYBKA, J. (2007), *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1671-8.
- ŘÍČAN, P. (2004), *Cesta životem*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-829-5.
- SEMEŠIOVÁ, M. (2003), Hodnotový systém starších lidí. [online]. In *SOCIÁLNÍ PRÁCE / SOCIÁLNÁ PRÁCA* 3/2003 (s. 98-104). Dostupné 24. 3. 2011 z WWW: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2003-3-090326105516.pdf>

- SMÉKAL, V. (2003), *Současná rodina – možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům*. In *Mění se úloha rodiny v péči o seniory?*, ed. Bednář, M., Hauftová, D. Sborník. Olomouc.
- ŠVAČINA, Š. a kolektiv (2008), *Klinická dietologie*. Praha:Grada. ISBN 978-80-247-2256-6
- ŠAFRÁNKOVÁ, A., Nejedlá, M. (2006), *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.
- ŠELNER, I. (2004), *Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy*. [online]. In *SOCIÁLNÍ PRÁCE / SOCIÁLNA PRÁCA* 2/2004 (s. 12-20). Dostupné 24. 3. 2011 z WWW: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>
- ŠMAHELOVÁ, A. (2005). *Diabetická retinopatie*. In Svačina, Š. (Eds.), *Cévní komplikace diabetu* (s. 71-77). Praha: Galén. ISBN 80-7262-335-4.
- ŠMAHELOVÁ, A. (2006), *Akutní komplikace diabetu*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-812-3.
- ŠPITÁLNÍKOVÁ, S. (2010), *Hypoglykemie a její příznaky*. [online]. *Zdravotnické noviny* 17/2010, příloha: Pacientské listy. Dostupné 4. 2. 2011 z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/hypoglykemie-a-jeji-priznaky-454963>
- TOPINKOVÁ, E. (2005), *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ a STATISTIKY ČR (2010), *Péče o nemocné cukrovkou*. Praha: ÚZIS ČR. ISBN 978-80-7280-880-9.
- VÁGNEROVÁ, M. (2000), *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M. (2002), *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.
- VYHLÁŠKA č. 182/1991 Sb., k provedení zákona o sociálním zabezpečení (2011). In ÚZ č. 811, *Sociální zabezpečení 2011*. Podle stavu k 1. 1. 2011. Ostrava: Sagit. ISBN 978-80-7208-830-0.
- VYMĚTAL, Jan (2003), *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd., Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.
- ZÁKON č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (2011). In ÚZ č. 811, *Sociální zabezpečení 2011*. Podle stavu k 1. 1. 2011. Ostrava: Sagit. ISBN 978-80-7208-830-0.

ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2011). In ÚZ č. 811, *Sociální zabezpečení 2011*. Podle stavu k 1. 1. 2011. Ostrava: Sagit. ISBN 978-80-7208-830-0.

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. (2001), *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.