



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Pacienti s diabetes mellitus nedodržující léčebný
režim z pohledu ošetrovatelské péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Anna Švancárová

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Pacienti s diabetes mellitus nedodržující léčebný režim z pohledu ošetrovatelské péče*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8.2020

.....

Anna Švancárová

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D., vedoucímu mé bakalářské práce, za trpělivost, odbornou pomoc, cenné rady a ochotný a vstřícný přístup. Dále děkuji všem informantům, kteří se podíleli na výzkumné části, za jejich ochotu a důvěru poskytovat potřebné informace.

Pacienti s diabetes mellitus nedodržující léčebný režim z pohledu ošetrovatelské péče

Abstrakt

Bakalářská práce na téma: „Pacienti s diabetes mellitus nedodržující léčebný režim z pohledu ošetrovatelské péče“ měla stanovené dva cíle. První z nich měl za úkol odhalit příčiny, které vedou k nedodržování léčebného režimu ze strany pacientů s onemocněním diabetes mellitus a druhým cílem bylo popsat úlohu sestry u pacienta s diabetes mellitus nedodržujícího léčebný režim. V návaznosti na stanovené cíle byly formulovány celkem tři výzkumné otázky, které zněly následovně: Jaké intervence vykonává všeobecná sestra v péči o pacienta s diabetes mellitus nedodržujícího léčebný režim? Jaké příčiny vedou k nedodržování léčebného režimu ze strany pacientů s onemocněním diabetes mellitus? Jakým způsobem ovlivňuje komunikace ošetrujícího personálu úroveň spolupráce pacienta s diabetes mellitus na léčebném režimu?

Teoretická část se zabývá charakteristikou jednotlivých typů onemocnění DM, dále komplikacemi spojenými s tímto onemocněním, jak akutními, tak chronickými. Dále jsou v práci rozepsané a popsány možnosti léčby tohoto onemocnění a v neposlední řadě se zabývá edukací pacientů s DM.

V empirické části byla použita metodika kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl uskutečněn za využití polostrukturovaného rozhovoru. Připraveny byly dvě varianty polostrukturovaných rozhovorů, první byl veden s pacienty s onemocněním DM nedodržující léčebný režim a druhý se sestrami pracujícími s těmito pacienty. Rozhovor s pacienty s onemocněním DM nedodržující léčebný režim obsahoval 15 otázek. Rozhovor se sestrami pracujícími s těmito pacienty obsahoval otázek 16. Oba polostrukturované rozhovory byly doplněny ve vhodných případech podotázkami. Rozhovory byly ve většině případů zaznamenány formou zvukového záznamu, a to pouze po předchozím informování dotazovaného a s jeho souhlasem. Dále byly zaznamenány písemnou formou na papír. Zvukové záznamy byly později taktéž přepsány do písemné formy a následně zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“. Informantky a informanti byli ujištěni o naprosté anonymitě. Výzkumný soubor byl tvořen pacienty s DM nedodržující léčebný režim a sestrami pracujícími s těmito pacienty.

Výsledky výzkumného souboru A jsou prezentovány v podobě 4 kategorií a výsledky výzkumného souboru B jsou prezentovány v podobě 3 kategorií. Všechny kategorie jsou rozčleněny také do podkategorií, které jsou v práci přehledně schématicky znázorněny. Jednotlivé kategorie představují odpovědi na výzkumné otázky zmíněné v této bakalářské práci.

Tato práce může sloužit jako vzdělávací materiál pro sestry, které pracují s pacienty s DM nedodržující léčebný režim. Dále mohou výsledky posloužit studentům zdravotnických oborů, kteří se chtějí dozvědět více o příčinách nedodržování léčebného režimu u pacientů s DM a o tom, jakou úlohu sestra zastává v péči o tyto pacienty.

Klíčová slova

Pacient; diabetes mellitus; všeobecná sestra; edukace; ošetrovatelská péče

Patients with diabetes mellitus which do not keep medical regime from the perspective of nursing care

Abstract

The bachelor's thesis on the topic: "Patients with diabetes mellitus which do not keep medical regime from the perspective of nursing care" had two goals. The first one was about to identify the causes of non-adherence to medical regime from the perspective of patients with diabetes mellitus and the second one to describe nurse's task to patient with diabetes mellitus non-adherent to medical regime. Following these goals there were formulated three research questions, that are: What interventions are performed by general nurses in the care of Patients with diabetes mellitus which do not keep medical regime ? What causes lead to not keep the medical regime from the patient, who has diabetes mellitus, point of view? How does the communication between nurses and patients, with diabetes mellitus on the medical regime, affect the level of cooperation?

The theoretical part deals with the characteristics of individual types of DM diseases, as well as complications associated with this disease, both acute and chronic. Furthermore, the work describes treatment options for this disease and, last but not least, deals with the education of patients with DM.

In the empirical part was used the methodology of qualitative research. Data collection was performed by using a semi-structured interview. There were prepared two variations of semi-structured interviews. The first one was conducted with patients with DM disease who did not follow the treatment regime and the second with nurses working with these patients. The interview with patients with DM not following the medical regime contained 15 questions. The interview with the nurses working with these patients included 16 questions. Both semi-structured interviews were filled in by sub-questions where appropriate. Interviews were in most cases recorded in the form of a sound recording, and only after prior informing of the respondent and with his consent. They were also recorded in writing on paper. These audio recordings were later also transcribed into written form and subsequently processed by the open coding method, the "pencil-paper" technique. The informants were assured of complete anonymity. The research group consisted of patients with DM not adhering to the medical regime and with nurses working with these patients.

The results of research set A are presented in the form of 4 categories and the results of research set B are presented in the form of 3 categories. All categories are also divided into subcategories, which are clearly schematically shown in the work. The individual categories represent answers to the research questions mentioned in this bachelor's thesis.

This work can serve as an educational material for nurses who work with patients with DM that don't follow the medical regimen. Furthermore, the results can be used by medical students who want to learn more about causes of non-adherence to treatment regime by patients with DM and what roleplays a nurse in the care of these patients.

Key words

Patient; diabetes mellitus, nurse; education; nursing care

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Diabetes mellitus.....	10
1.1.1 Diabetes mellitus 1. typu	11
1.1.2 Diabetes mellitus 2. typu	12
1.1.3 Gestační diabetes mellitus	13
1.1.4 Ostatní specifické typy onemocnění diabetes mellitus	13
1.2 Komplikace u pacientů s onemocněním DM	14
1.2.1 Chronické komplikace – specifické.....	15
1.2.2 Chronické komplikace - nespecifické	18
1.2.3 Akutní komplikace.....	19
1.3 Léčba	22
1.4 Edukace pacientů s onemocněním DM.....	29
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	33
2.1 Cíl práce.....	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3 Metodika.....	34
3.1 Použité metody	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
4 Výsledky výzkumného šetření	36
4.1 Struktura výzkumného souboru A	36
4.1.1 Kategorizace získaných dat	36
4.2 Struktura výzkumného souboru B.....	44
4.2.1 Kategorizace získaných dat	44
5 Diskuze.....	54
6 Závěr	60
7 Seznam literatury	61
8 Seznam příloh	66
9 Seznam zkratk.....	70

Úvod

Díky zvyšujícímu se výskytu v populaci je onemocnění diabetes mellitus pokládáno za civilizační onemocnění. U lidí se špatným životním stylem se onemocnění rozvíjí rychleji. Pro řadu pacientů není riziko vzniku možných komplikací dostatečnou hrozbou. Mnoho z nich se zdravotnickým personálem nespolupracuje a nedodržuje nastavený léčebný režim. Pacientům často chybí motivace zlepšit svůj životní styl a začít léčebný režim dodržovat. U některých se zodpovědnější přístup dostaví ve chvíli, kdy se objeví první komplikace. Některým však ani to nestačí a nadále si neuvědomují vážnost tohoto onemocnění.

Toto téma „Pacienti s diabetes mellitus nedodržující léčebný režim z pohledu ošetrovatelské péče“ jsem si vybrala, jelikož jsem se ve své praxi několikrát s takovými pacienty setkala a péče o ně ze strany všeobecných sester byla různá. Dostatečná edukace a správně zvolená komunikace u pacienta je velice důležitá, neboť právě komunikace ošetrujícího personálu určitým způsobem ovlivňuje úroveň spolupráce pacienta s DM na léčebném režimu.

Nespolupráce pacienta zhoršuje ošetrovatelskou péči, proto má tato práce za cíl zjistit příčiny, které vedou k nedodržování léčebného režimu ze strany pacientů s onemocněním diabetes mellitus a popsat úlohu sestry v péči o tyto pacienty.

1 Současný stav

1.1 *Diabetes mellitus*

Onemocnění diabetes mellitus (dále jen DM) je známé již od středověku, uvádí ve své publikaci Svačina (2016). Adámková (2010) v této souvislosti upřesňuje, že takzvaný Ebersův papyrus ze 16. století před Kristem z Egypta je nejstarším dokladem o tomto onemocnění. Je tedy zřejmé, že diabetes mellitus, lidově cukrovka a starším názvem úplavice cukrová, provází lidstvo velmi dlouho (Adámková, 2010). V Ebersově papyru je doklad o onemocnění projevujícím se tvorbou velkého množství moči, zřejmě se tedy jednalo o DM (Adámková, 2010), neboť jedním z hlavních příznaků diabetu je právě polyurie, jak se shodují Haluzík (2018), Souček et al. (2005) či Svačina (2016). Ve stejném období byla popsána v Indii choroba, jež měla dva charakteristické typy klinických příznaků (Adámková, 2010). První skupina zahrnuje nemocné, kteří ztráceli hmotnost v souvislosti s touto nemocí, a pro druhou skupinu byl charakteristický naopak nárůst hmotnosti nemocných, proto je to pravděpodobně první zmínka o spojení diabetu a obezity (Adámková 2010). Haluzík (2018) zmiňuje, že mezi zásadní faktory zvyšující význam onemocnění DM a důležitost jeho prevence a terapie patří jeho vysoká a neustále rostoucí prevalence v populaci většiny vyspělých zemí světa a nově zaznamenaný výrazný vzestup v nejlidnatějších rozvojových zemích, kterými jsou Indie a Čína. Ke vzrůstajícímu počtu obyvatel s diabetem v České Republice přispívá nejen vysoký výskyt obezity, ale i stále se zhoršující životní styl (Haluzík 2018).

Seyyedrasooli et al. (2015) definují diabetes mellitus jako jedno z nejčastějších metabolických a nepřenosných onemocnění na celém světě. Souček et al. (2005) doplňují, že se jedná o heterogenní skupinu chronických onemocnění, jejichž základním rysem je hyperglykemie. Tím se shoduje s tvrzením Haluzíka (2018). Saudek (2018) píše, že základními typy diabetu jsou diabetes mellitus 1. typu, diabetes mellitus 2. typu, gestační diabetes mellitus a posledním je diabetes jako součást jiných poruch. Haluzík (2018) specifikuje poslední typ tohoto onemocnění jako ostatní specifické typy diabetu. Záleží na období vzniku, pokud je výskyt v mládí, pak se jedná o typ MODY, který je charakterizován vrozenými silně dědičnými poruchami, kdy je často potřeba inzulínu (Saudek, 2018). Výskyt v jakémkoli věku je charakterizován různými onemocněními postihující pankreas, diabetem vznikajícím po odstranění pankreatu, nadprodukcí

některých hormonů nebo podáváním některých léků, jako například kortikosteroidů a jiných, zmiňuje Saudek (2018).

1.1.1 *Diabetes mellitus 1. typu*

Inzulin dependentní diabetes mellitus, zkráceně IDDM, vzniká v důsledku pozvolného zániku beta buněk, kdy dochází k absolutnímu nedostatku tvorby inzulínu (Šafránková a Nejedlá, 2006). Beta buňky se nacházejí v pankreatu, blíže v Langerhansových ostrůvkách (Wang, 2013). Yagihashi (2015) doplňuje, že tyto ostrůvky byly objeveny studentem třetího ročníku medicíny v Berlíně v roce 1869 Paulem Langerhansem. U DM 1. typu jsou zpravidla postiženy autoimunitním zánětem (Navrátil et al., 2008).

Inzulin je nepostradatelným hormonem pro lidský organismus. Jak již bylo zmíněno, produkují ho B buňky Langerhansových ostrůvků pankreatu. Takzvaná pulzní sekrece je uvolňování inzulínu v pěti až patnácti minutových intervalech do portálního řečiště za přítomnosti C-peptidu a malého množství nezpracovaného proinzulinu, to vše u zdravého člověka. Přibližně polovina denní sekrece inzulínu je nezávisle uvolněna na příjem potravy a druhá polovina je produkována při příjmu potravy a využívá se k regulaci glykemie po jídle (Brož, 2015). Inzulin má dohled nad metabolismem sacharidů, tuků a proteinů (Rybka et al., 2006).

Šafránková a Nejedlá (2006) a Rybka et al. (2006) se shodují na tom, že pro toto onemocnění je typický výskyt u mladých lidí do čtyřiceti let, kdy nejčastější rozvoj je mezi dvanáctým a patnáctým rokem dítěte. Proto se dříve nazýval jako juvenilní diabetes. Šafránková a Nejedlá (2006) doplňují, že se diabetes mellitus 1. typu může objevovat a objevuje se nejen u mladých, ale i u starších lidí okolo sedmdesátého roku věku. Neprobíhá však tak agresivně jako u mladších jedinců. U tohoto diabetu je vždy léčba závislá na podání inzulínu, odtud název IDDM (Šafránková a Nejedlá, 2006). Pro všechny pacienty s onemocněním diabetes mellitus 1. typu je absolutní indikací léčba inzulínem (Brož, 2015). Bureš a Horáček (2003) udávají, že v počátku onemocnění nejsou projevy tak silné, popřípadě úplně chybí a diabetes je náhodně odhalen. Často tak bývá označován a léčen jako diabetes mellitus 2. typu. Klinický obraz napoví při stanovení diagnózy. Klasickými příznaky u onemocnění DM je polydipsie, polyurie, hubnutí při normální chuti k jídlu, únava a poruchy zrakové ostrosti (Bureš a Horáček, 2003). Rybka et al. (2006) doplňují klinické příznaky diabetu o nykturii, bolesti a křeče ve svalu, recidivující mykózy nebo svědění kůže či kožní hnisavé infekce.

1.1.2 *Diabetes mellitus 2. typu*

Navrátil et al. (2008) uvádějí, že se jedná o nejčastější formu diabetu. Rybka et al. (2006) popisují, že se choroba vyznačuje relativním nedostatkem inzulínu, jenž má za následek nedostatečné využití glukózy v organizmu. U tohoto typu diabetu nedochází k zániku schopnosti B-buněk slinivky břišní syntetizovat inzulín. Tato choroba ve vyspělých zemích postihuje téměř 8 % populace. Jelikož jsou projevy nemoci nenápadné a symptomatologie je velice chudá, tak bývá dlouho u nemocných nedagnostikována (Rybka et al., 2006). Adamíková et al. (2016) definují DM 2. typu jako progresivní onemocnění. S Haluzíkem (2018) se shodují, že kombinace dvou patofyziologických dějů je základem pro vznik tohoto onemocnění. Jedná se o relativně sníženou inzulínovou senzitivitu a o relativní či absolutní nedostatek inzulínu spojený s kvalitativní poruchou jeho sekrece. V době onemocnění se mohou výše zmíněné odchylky vyvíjet různým způsobem. Lze je nepatrně ovlivnit režimovými, respektive léčebnými opatřeními. Chronické zvýšení cirkulujících hladin volných mastných kyselin a ektopické ukládání lipidů ve svalové a jaterní tkáni se podílejí na snížení inzulínové senzitivity (Haluzík, 2018). Navrátil et al. (2008) doplňují, že se jedná převážně o chorobu dědičnou a z velké části má počátek ve středním věku a většina pacientů je obézních.

Jedná se o exogenní faktory, mezi které patří již zmíněná obezita. Dále pak nadměrný příjem kalorií, nevhodné složení stravy, nedostatečná fyzická aktivita a v neposlední řadě kouření a jiné civilizační návyky (Rybka et al., 2006). Haluzík (2018) poukazuje na zdaleka vyšší pravděpodobnost vzniku DM 2. typu u lidí s pozitivní rodinnou anamnézou. Tím pádem i průběh a doba rozvoje onemocnění se mohou velmi výrazně lišit, je tedy individuální u každého pacienta. Ti mladšího věku, kterým byla nemoc diagnostikována dříve, mají rozvoj nemoci často rychlejší. Naopak u starších pacientů je rozvoj pomalejší. Svačina (2016) vysvětluje na příkladě, že pokud se jedná o potomka dvou diabetiků 2. typu a monozygotní dvojče člověka se stejným onemocněním, pak onemocní diabetem téměř na 100 %. Pokud jde o jednoho rodiče diabetika nebo sourozence diabetika, pak je šance 50% (Svačina, 2016).

U diabetiků 2. typu vzniká inzulínorezistence převážně ve svalové, jaterní a tukové tkáni. Co se týká svalové tkáně, tak primárním projevem je snížené vychytávání glukózy. Pokles citlivosti na antilipolytický účinek inzulínu nastává v tukové tkáni. To

má za následek přílišné vyplavování volných mastných kyselin a zároveň dochází k jejich chronicky vyšším hladinám v oběhu. Nedostatečné utlumení jaterní novotvorby glukózy je projevem inzulinorezistence v jaterní tkáni (Haluzík, 2018).

Metabolický syndrom

Karen et al. (2014) definují metabolický syndrom (dále jen MS) jako soubor rizikových faktorů, do kterých se řadí obezita a nadváha, hyperglykémie, dyslipidemie, hypertenze nebo poruchy koagulace. Stává se větším rizikem pro daného jedince, u kterého je nutné zachytit včasnou a intenzivnější medikamentózní, ale i nefarmakologickou intervenci. Osoby s genetickou predispozicí při nevhodném životním stylu jsou náchylnější k vzniku tohoto syndromu. Nadměrný energetický příjem, stres či kouření jsou faktory definující špatný životní styl (Karen et al., 2014). Nedostatek pohybové aktivity je součástí nezdravého životního stylu a proto lidé se sedavým způsobem života mají až desetkrát zvýšené riziko vzniku MS (Fábryová et al., 2019). Karen et al. (2014) uvádějí, že inzulinová rezistence se považuje za patofyziologický podklad MS. Jedná se o nedostatečnou schopnost využívat inzulin ke zpracování glukózy. Jedinci s MS by se měli snažit o zlepšení svého životního stylu a užívat léky snižující zvýšený tonus lipidemik, jenž pozitivně ovlivňují rizikové faktory u MS nebo oddalují vznik diabetu 2. typu (Karen et al., 2014).

1.1.3 Gestační diabetes mellitus

Saudek (2018) definuje gestační diabetes mellitus jako vzácnější případ. Jedná se o diabetes, který vzniká u žen v průběhu těhotenství (Saudek, 2018). Rybka (2006) doplňuje, že gravidní žena má diagnostikovanou poruchu glukózové tolerance. Saudek (2018) píše, že po porodu může gestační diabetes mellitus odeznít nebo naopak přetrvává. Pak má většinou podobné příznaky jako DM 2. typu (Saudek, 2018). Svačina (2016) popisuje vývoj gestačního DM dvojího typu. První je, pokud pokračuje hyperglykemie. To je onemocnění klasifikováno jako DM 2. typu. V druhém případě hyperglykemie vymizí. I přesto však onemocnění patří do skupiny diabetu 2. typu. Ve vyšším věku vzniká větší riziko onemocnění touto chorobou (Svačina, 2016).

1.1.4 Ostatní specifické typy onemocnění diabetes mellitus

U těchto typů DM jsou dvě možná období vzniku. V prvním případě onemocnění vzniká v mládí a ve druhém případě se může nemoc vyskytovat v jakémkoliv věku

(Saudek, 2018). Sharma (2018) ve svém článku píše, že u mladých dospívajících se vyskytuje autozomálně dominantně zděděný typ diabetu nazývaný MODY. Stává se výsledkem heterozygotních mutací v různých transkripčních faktorech působících ve vývoji a zrání B-buněk v pankreatu. Tento typ je charakterizován brzkým nástupem diabetu, autozomální dědičností nebo žádnými známkami týkající se rezistence na inzulín. Další typ diabetu se nazývá LADA, tedy latentní autoimunitní diabetes u dospělých, který se definuje počátkem dospělosti, přítomností autoprotilátek spojených s diabetem a po stanovení diagnózy není nutná terapie inzulínem. U části dospělých lidí se může diabetes mellitus 1. typu, jenž je charakterizován přítomností autoprotilátek, vyvíjet pomalu. Proto někteří lidé s diagnostikovaným diabetem 2. typu jsou brzy závislí na inzulínu. Může se stát, že tito lidé mají pomalu progresivní formu diabetu 1. typu nebo LADA. Novým typem diabetu je dvojitý diabetes. Pro něj bývá charakteristický výskyt hyperglykémie u dětí a mladých adolescentů. Je zde kombinace markerů typických jak pro DM 1. typu, tak i pro DM 2. typu. Mezi ostatní specifické typy diabetu se dále řadí takzvaný křehký diabetes, někdy nazýván jako labilní. Některé mladé ženy s onemocněním DM 1. typu trpí chronicky špatnou metabolickou kontrolou, jež se projevuje závažnou nestabilitou hodnot glykémie. Hladina glukózy v krvi se kolísavě mění z příliš vysokých hodnot na extrémně nízké a naopak. Vyskytují se časté a nepředvídatelné situace hypoglykémie nebo diabetické ketoacidózy. Ty však nejsou chybou pacienta. Tento typ ohrožuje kvalitu života klienta. Hlavními důvody jsou frekvence akutních událostí, zotavení v nemocnici nebo předčasný výskyt chronických komplikací (Sharma, 2018).

Šafránková a Nejedlá (2006) zmiňují ještě jeden typ, takzvaný sekundární diabetes. Jedná se o typ, který vzniká v závislosti na jiném onemocnění, jenž vyvolává hyperglykémii. Například v důsledku destrukce tkáně při zánětu slinivky, tedy pankreatitidě. Pak také po léčích, kterými jsou například kortikoidy nebo diuretika. Dále v důsledku karcinomu nebo u endokrinních onemocnění jako je hypertyreóza nebo Addisonova choroba (Šafránková a Nejedlá, 2006).

1.2 Komplikace u pacientů s onemocněním DM

Svačina (2016) dělí komplikace diabetu na akutní a chronické. Chronické komplikace dále rozděluje na specifické a nespecifické (Svačina, 2016).

Navrátil et al. (2008) zmiňují, že hlavní příčinou zvýšené invalidity a mortality diabetiků jsou komplikace v souvislosti dlouhotrvající hyperglykemie. Specifické komplikace rozdělují na takzvané mikrovaskulární a na makrovaskulární komplikace. Ke zlepšení a prodloužení života pacienta napomáhá dobrá kompenzace diabetu, protože může výrazně zpomalit rozvoj chronických komplikací. Mezi mikrovaskulární komplikace se řadí retinopatie, nefropatie, v širším smyslu i neuropatie (Navrátil et al., 2008). Tyto komplikace jsou ještě doplněné o syndrom diabetické nohy jako kombinace neuropatie a mikroangiopatie (Svačina, 2016). U neuropatie jsou specifické dva druhy a to viscerální a somatický (Svačina, 2016). Mezi makrovaskulární komplikace patří angiopatie (Žďárská a Kvapil, 2017).

Diabetes může mít mnoho dalších komplikací. Řadí se sem častější výskyt infekcí nebo vztah k depresím, neboť deprese a diabetes jsou ve vzájemném propojení. Lze tedy říct, že u lidí s diabetem jsou časté projevy deprese a naopak u depresivních lidí se často vyskytuje onemocnění DM. Mezi další komplikace se řadí nádory, které se u diabetiků 2. typu vyskytují poměrně často (Svačina, 2016). Onemocnění DM 2. typu obvykle bývá diagnostikováno u lidí s několika měsíčním zpožděním. To je důvod, proč někteří pacienti již chronickými diabetickými komplikacemi trpí (Haluzík, 2018).

1.2.1 Chronické komplikace – specifické

Diabetická retinopatie

Rybka et al. (2006) definují diabetickou retinopatii jako onemocnění u pacientů s diabetem postihující cévy na očním pozadí. V dnešní době je možné ošetřit jednotlivé cévní změny na sítnici fotokoagulací a zrak je zachován (Šafránková a Nejedlá, 2006). Žďárská a Kvapil (2017) řadí retinopatii mezi nejčastější příčinu získané slepoty ve vyspělých zemích. Navrátil et al. (2008) píší, že celkově zhoršuje kvalitu života diabetiků, nejen v pokročilém stádiu. Důsledná kontrola kompenzace zpomalí samotnou progresi retinopatie (Navrátil et al., 2008). Žďárská a Kvapil (2017) rozlišují tři fáze. Jedná se o nonproliferativní, proliferativní a diabetickou makulopatii. Tato klasifikace umožní snáze hodnotit progresi diabetické retinopatie, indikovat léčbu a frekvenci kontrol (Žďárská a Kvapil 2017). Navrátil et al. (2008) uvádí, že využití laseru k ošetření sítnice využívá oftalmolog právě v proliferativní fázi. Celkové vyšetření očního pozadí vyšetřuje oftalmolog jedenkrát za rok. Díky tomuto vyšetření jde přímo posoudit stav drobných cév sítnice (Navrátil et al., 2008).

Diabetická nefropatie

Šafránková a Nejedlá (2006) zmiňují, že se diabetická nefropatie také nazývá diabetická nefroskleróza. Štechová et al. (2014) definují tuto komplikaci jako chronické progredující onemocnění ledvin, základem je metabolická odchylka u diabetu. U tohoto postižení může dojít až k ledvinnému selhání (Saudek, 2018). V rozvinutých zemích je nefropatie nejčastější příčinou chronického selhání ledvin (Navrátil et al., 2008). Saudek (2018) uvádí, že diabetická nefropatie se projevuje zhruba u 30 % nemocných s diabetem. U osob mající delší dobu neuspokojivě léčený diabetes, se onemocnění objevuje častěji. Zvýšený krevní tlak urychluje celkový průběh (Saudek, 2018). Žďárská a Kvapil (2017) píší, že postižení drobných cév glomerulů je podstatou tohoto onemocnění. V počátku svého vývoje je diabetická nefropatie asymptomatická. Později přichází hypertenze, proteinurie. Příznaky renální insuficience přicházejí v terminálním stádiu. Dochází ke zvýšené propustnosti glomerulů (Žďárská a Kvapil, 2017). Šafránková a Nejedlá (2006) upřesňují, že nejprve se ledviny zvětšují a teprve potom se přidává mikroalbuminurie. V neposlední řadě se zajišťuje zařazení do dialyzačního, nebo dialyzačně-transplantačního programu (Šafránková a Nejedlá, 2006). Saudek (2018) píše o tom, že krevní tlak je v těle řízen ledvinami. Ty dále pomáhají regulovat krvetvorbu a kostní metabolismus. Dle krevní hladiny kreatininu se odhaduje vylučovací funkce ledvin. Kreatinin je popisován jako látka, jenž vzniká v těle odbouráváním svalové hmoty a z těla je vylučována ledvinami. U žen se definuje normální hodnota do 105 $\mu\text{mol/l}$ a u mužů do 115 $\mu\text{mol/l}$ (Saudek, 2018). Samotná dialýza se zahajuje při hodnotě kreatininu 400 $\mu\text{mol/l}$. Důsledná kontrola glykemie a podávání ACE-inhibitorů může rozvoj nefropatie zpomalit (Šafránková a Nejedlá, 2006). Žďárská a Kvapil (2017) dodávají, že velice důležitým faktorem ovlivňující rozvoj a progresi komplikací je krevní tlak. Saudek (2018) připomíná, že každá osoba má pro vznik choroby větší či menší vlohly a od toho se odvíjí další průběh onemocnění.

Diabetická neuropatie

Výskyt diabetické neuropatie se pohybuje mezi 5 až 60 %. U pacientů s onemocněním diabetes mellitus přetrvávajícím více jak deset let a bez klinických projevů se výskyt pohybuje téměř okolo 100 % (Rybka et al., 2006). Žďárská a Kvapil (2017) píší, že rozšíření neuropatie stoupá s věkem v závislosti s délkou trvání nemoci. Více významné či méně významné známky polyneuropatie se objevují u každého diabetika s trváním

nemoci nad deset let (Žďárská a Kvapil, 2017). Štechová et al. (2014) definují diabetickou neuropatii jako nezánettivé poškození funkce a struktury periferních somatických či autonomních nervů. Podkladem jsou metabolicko-vaskulární poruchy u diabetu (Štechová et al., 2014). Navrátil et al. (2008) udávají, že při poškození postihující senzitivní nervy se jedná o periferní polyneuropatii. Ta zároveň patří mezi nejčastější. Jejimi typickými projevy jsou bolesti nebo naopak ztráta citlivosti v distálních oddílech končetin. Dále se může projevovat symetrickými parestéziemi. Nervy motorické či autonomního nervového systému bývají také postiženy (Navrátil et al., 2008).

Udržení glykemie v normálních hodnotách je jedinou cílenou léčbou (Rybka et al., 2006). Šafránková a Nejedlá (2006) doplňují, že převedení na inzulin a podávání vitamínu skupiny B je vhodné pro diabetiky 2. typu. Samotná léčba rozvinuté poruchy je složitá a pouze symptomatická (Navrátil et al., 2008). Tato léčba spočívá z velké části v potlačení bolesti. Důležitá je prevence vzniku defektů a péče o dolní končetiny, na kterou se nesmí zapomínat (Rybka et al., 2006).

Diabetická angiopatie

O diabetické angiopatii se ve zkratce zmiňují Šafránková a Nejedlá (2006). Definují ji jako postižení cév všech velikostí aterosklerózou. Příčinou bývá hypertenze a hyperglykemie při dlouhotrvajícím diabetu. Mnohá postižení vznikají právě v důsledku postižení cév daného orgánu. Pokud se jedná o postižení malých cév, pak se nazývá mikroangiopatie. Jestliže jde o větší cévy, pak se mluví o makroangiopatii (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Diabetická noha

Syndrom diabetické nohy je definován u pacientů s onemocněním DM jako postižení dolních končetin distálně od kotníku (Žďárská a Kvapil, 2017). Je řazen mezi nejzávažnější pozdní komplikace diabetu a velmi ovlivňuje morbiditu a mortalitu (Rybka et al., 2006). Až 25 % diabetiků zažije alespoň jedenkrát za svůj život ulceraci v rámci syndromu diabetické nohy (Žďárská a Kvapil, 2017). Navrátil et al. (2008) zmiňují, že diabetická noha je velice častou příčinou amputace. U 0,5–1 % diabetiků je nutná amputace dolní končetiny z důvodu syndromu diabetické nohy, což je třicetkrát více než u lidí, kteří onemocněním diabetes mellitus netrpí (Žďárská a Kvapil, 2017).

Šafránková a Nejedlá (2006) píší, že obor zabývající se těmito změnami se nazývá podiatrie. Péči o pacienta a jeho edukaci má na starosti podiatrická sestra. Projevy je dříve zmíněná neuropatie nebo angiopatie (Šafránková a Nejedlá, 2006). Neuropatie může způsobit abnormální postavení v drobných kloubech nohy a mít za následek poranění kůže (Navrátil et al., 2008). Žďárská a Kvapil (2017) píší, že kvůli poruše citlivosti, kterou pacient trpí, dochází k ulceracím. Pacienti musejí dbát na správně zvolenou obuv, při chůzi na bosu musejí být velice opatrní a obezřetní, aby si do nohy nezapíchlí kamínky, hřebík či jiné ostré předměty. V důsledku popálenin, když má pacient snížené vnímání teplých povrchů, také vznikají defekty (Žďárská a Kvapil, 2017). Ve fázi, kdy pacientovi vznikl defekt, se může připojit i infekce a konečnou fází může být gangréna končetiny (Navrátil et al., 2008). Léčba gangrén a jiných defektů vyžaduje většinou nepřetržitou hospitalizaci a velké finanční náklady (Rybka et al., 2006). Šafránková a Nejedlá (2006) zmiňují, že projev angiopatie má vliv na rozvoj aterosklerózy, na jejímž podkladě se vyvíjí ischemická choroba dolních končetin (dále jen ICHDK) se všemi příznaky. ICHDK probíhá u diabetiků obvykle bez příznaků (Žďárská a Kvapil, 2017). Pacienti nemívají v oblasti stehenního nebo lýtkového svalstva specifické klaudikace (Žďárská a Kvapil, 2017). Navrátil et al. (2008) píší, že především špatné prokrvení je důvod horšího a pomalého hojení ran a vzniku možné infekce. Diabetická gangréna může být suchá nebo vlhká. U suché gangrény se čeká na odpadnutí prstu. U vlhké gangrény lékař musí provést amputaci a tím ochrání pacienta před sepsí (Navrátil et al., 2008).

1.2.2 Chronické komplikace - nespecifické

U lidí s onemocněním diabetes mellitus jsou tyto komplikace velmi časté, ale mohou se vyskytovat i u lidí bez diabetu. Řadí se sem například diabetická makroangiopatie (Svačina, 2016). Příčinou chronických nespecifických komplikací je urychlená ateroskleróza, která má za následek cévní mozkové příhody, ischemické choroby dolních končetin a ischemické choroby srdeční spojené se srdečním infarktem (Psottová, 2012). Komplikace kardiovaskulární a cerebrovaskulární jsou důvodem úmrtí až u 75 % nemocných s DM (Žďárská a Kvapil, 2017). Ke vzniku komplikací přispívá i mnoho rizikových faktorů jako je například hypertenze, kouření nebo dyslipidémie (Žďárská a Kvapil, 2017).

Dalšími nespecifickými komplikacemi jsou kožní či močové infekce. V důsledku neuropatie se sem řadí i zhoršená motilita orgánů trávicího traktu (Šafránková a Nejedlá, 2006).

1.2.3 Akutní komplikace

Mezi tyto komplikace patří hypoglykemie, hyperglykemie a vzácnější diabetická ketoacidóza (Psottová, 2012). Samotná hyperglykemie zahrnuje diabetickou ketoacidózu, hyperglykemické kóma a laktátovou acidózu (Žďárská a Kvapil, 2017). Dle Haluzíka (2018) jsou nejčastěji akutní komplikace způsobeny příliš vysokou intenzitou pohybové aktivity.

Hypoglykemie

Rozmezí glykemie se udává od 4 do 6 mmol/l (Brož et al., 2015). Dle Saudka (2018) hladina krevního cukru u zdravých osob nepřesahuje na lačno 5,6 a po jídle 7,8 mmol/l. Pokud se hodnota glykemie ustálí na dolní hranici, tedy 3,6 mmol/l, pak se mluví o hypoglykémii (Brož et al., 2015). Navrácení glykemie na bezpečné hodnoty zajišťují kontraregulační hormony (Brož et al., 2015). Obvykle nastává jen u pacientů, kteří mají léky zvyšující riziko hypoglykemie anebo u pacientů s inzulinem (Haluzík, 2018). Příčinou bývá špatné dávkování inzulinu, nevhodné složení potravy nebo úplné chybění jídla nebo mnoho pohybu či stres (Psottová, 2012). Haluzík (2018) se zmiňuje o relativní hypoglykémii, která může nastat i u pacientů, kteří nemají onemocnění DM nebo jsou léčeni antidiabetiky, které nezpůsobují hypoglykémii, pokud před cvičením požijí větší porci volných sacharidů. Příjem potravin s nižším glykemickým indexem slouží jako prevence vzniku takovýchto hypoglykemií. Dále je dobré vyvarovat se těsně před fyzickou aktivitou příjmu většího množství rychle vstřebatelných sacharidů (Haluzík 2018). Roux (2010) zmiňuje dva aspekty hypoglykemie. Prvním aspektem je nedostatek cukru, který se projevuje únavou nebo duševní depresí a druhým je přebytek adrenalinu, který je charakteristický úzkostmi, křečemi, studeným potem či mdlobou (Roux, 2010). Psottová (2012) píše, že nepříjemné příznaky často doprovází snížení hladiny krevního cukru na spodní hranici rozmezí. Mezi hlavní příznaky řadí mimo jiné ještě třes, přechodné zhoršení zraku, dvojité vidění, pocit hladu, bolest hlavy, afázii až ztrátu vědomí, změny nálady od euforie až po agresivitu a jiné. Není však podmínkou projev všech příznaků, pacient může mít jen některé z nich. Podle citlivosti člověka na hypoglykémii, dle rychlosti vzniku této komplikace a jak daný jedinec tuto situaci

vnímá, se příznaky mohou lišit. Jelikož jsou výše zmíněné příznaky obecné, pak nemusí hned znamenat, že člověk trpí hypoglykemií, pokud se u něho nějaký z těchto příznaků objeví (Psottová, 2012). Cílem první pomoci u pacientů s hypoglykemií je co nejrychlejší vrácení hodnot glykemie nad hranici normy a zároveň zabránit výraznější hyperglykemii (Brož et al., 2015). Obvykle se podává monosacharid či disacharid (Brož et al., 2015). Fruktóza neboli hroznový cukr patří mezi jednoduché cukry a využívá se velice často ke zvýšení glykemie (Psottová, 2012). Stejně tak jako vypití sladkého nápoje, kterým bývá nejčastěji Coca-Cola nebo hodně sladký čaj (Psottová, 2012). Dle Brože et al. (2015) se injekční podání glukagonu využívá v případech, kdy nelze podat glukózu perorálně. Množství sacharidů, které je potřebné k zaléčení hypoglykemie je individuální u každého pacienta. Závisí především na pacientově osobní zkušenosti a vyhodnocení dané situace. Pokud souvisí hypoglykemie s fyzickou aktivitou, pak se doporučuje větší množství sacharidů. To je však důležité požit postupně, aby nedošlo k výraznější hyperglykemii. Pacienti musejí být edukováni o tom, že i relativně mírná hypoglykemie se může ihned prohloubit a neměli by jednotlivé příznaky podceňovat (Brož et al., 2015).

Hyperglykemie

Zvýší-li se hladina krevního cukru přibližně nad 12 mmol/l, pak se mluví o hyperglykemii. Obvykle je doprovázena nežádoucími projevy, není to však pravidlem. Proto se může stát, že pacient má hyperglykemii delší dobu bez povšimnutí. Některé z těchto příznaků mohou pacientovi napovědět, že není něco v pořádku. Jedná se především o pocit žízně, někdy vystupňovaný zvýšený příjem tekutin, časté močení, které vede k odvodnění organismu. Díky nedostatku a ztrátě tekutin může dojít ke snížení krevního tlaku, slabosti či poruše vědomí a náhlému selhání ledvin (Psottová, 2012).

Hyperglykemie – diabetická ketoacidóza

Diabetická ketoacidóza (dále jen DKA) je způsobena absolutním nebo relativním nedostatkem inzulínu. Dále ji může způsobit zvýšená produkce antiinzulinárních hormonů, které způsobují patologicky akcentovanou hepatální produkci glukózy a ketolátek (Žďárská a Kvapil, 2017). Dle Navrátila et al. (2008) je DKA charakterizována hyperglykemií a nahromaděním takzvaných ketolátek. Krev se stává hyperosmolární. Dochází tak ke zvýšeným ztrátám glukózy a vody močí. Snižuje se

také celkový objem krve. To může končit až oběhovým selháním. DKA se vyskytuje především u pacientů s DM 1. typu (Navrátil et al., 2008). U diabetiků mladších 20 let je nejčastější příčinou úmrtí právě zmiňovaná diabetická ketoacidóza (Žďárská a Kvapil, 2017). Mortalita se pohybuje okolo 7 %. Kromě výše zmíněné polyurie a polydipsie se vyznačuje DKA ještě poklesem hmotnosti, slabostí, poruchou vědomí. Ta může být různého stupně (Žďárská a Kvapil, 2017).

Metabolická acidóza vzniká, pokud se snižuje pH krve. To mají za následek ketolátky, které jsou kyselé povahy. Kombinace hyperosmolality a metabolické acidózy definuje danou poruchu. Typickými projevy pacienta je dehydratace, suchá kůže a sliznice, také trpí hypotenzí a tachykardií a má poruchu vědomí. Ta se pohybuje od těžké únavy až po kóma. Bolest břicha, nauzea, zvracení a kompenzační hyperventilace, kdy dech páchne acetonem, jsou příznaky, kterými se projevuje acidóza (Navrátil et al., 2008). Žďárská a Kvapil (2017) píše, že základem léčby je doplnit chybějící tekutiny a nahradit inzulín, dále je důležité upravit vnitřní prostředí a předcházet komplikacím. O pacienty s rozvinutou DKA se starají na jednotce intenzivní péče, kde je možnost monitorace vitálních funkcí. Léčba závisí na stavu nemocného, na jeho věku, na přidružených chorobách a na zkušenostech ošetřujícího lékaře. Nemocnému je ordinován klidový režim a až do snížení glykémie se podávají pouze hořké tekutiny. Podáváním nízkomolekulárních heparinů v běžném dávkování se předchází tromboembolickým komplikacím. Podávají se vždy, jelikož se jedná o hyperkoagulační stav (Žďárská a Kvapil, 2017).

Hyperglykemie – hyperosmolární neketoacidotický syndrom (kóma)

Hyperosmolární syndrom se vyvíjí především u pacientů s DM 2. typu ve středním nebo vyšším věku. Polymorbidita pacientů a jejich vyšší věk přispívají k závažnější prognóze. Mortalita u rozvinutého kómatu dosahuje až 30 %. Hyperosmolární syndrom je charakterizován rozvojem těžké hyperglykémie, která často převyšuje i 50 mmol/l, na rozdíl od DKA. Porucha vědomí je častým příznakem, velká část pacientů je v kómatu. Doposud nedagnostikovaný diabetes bývá velice častou příčinou pro vznik tohoto stavu, dále pak bývá příčinou diuretická léčba, porušení léčebného režimu, především přerušení medikace nebo léčba kortikosteroidy (Žďárská a Kvapil, 2017). Léčba spočívá v i.v. podání inzulínu a infuze, zároveň probíhá současné hledání příčiny dekompenzace (Navrátil et al., 2008). Žďárská a Kvapil (2017) kladou důraz především na rehydrataci

pacienta a současně na intenzivní sledování stavu krevního oběhu a monitorování renálních funkcí. Jelikož se jedná především o starší polymorbidní pacienty, tak je rozvrat vnitřního prostředí hlubší a napravení trvá delší dobu (Žďárská a Kvapil, 2017).

Hyperglykemie – laktátová acidóza

Žďárská a Kvapil (2017) definují laktátovou acidózu jako stav, kdy se laktát hromadí v organismu. Rozlišují se dva druhy. První typ je za podmínek hypoxie a jde o laktátovou acidózu typu A kam se řadí anémie, kardiální insuficience nebo šok. Druhý typ není za podmínek hypoxie a jedná se o laktátovou acidózu typu B. Oba typy jsou poměrně vzácné, i přesto se však mohou u diabetiků vyskytnout (Žďárská a Kvapil, 2017). Typ B je typický především pro diabetiky 2. typu a s typem A se lze setkat u všech typů tohoto onemocnění (Bartůněk et al., 2016). Příznaky jsou zprvu nespecifické. U pacientů se vyskytuje nauzea nebo zvracení. Vývoj těžké alterace celkového stavu a těžká metabolická acidóza se vzestupem laktátu nad 6 mmol/l je důsledkem pozdního rozpoznání příčin. Pacienti se léčí na jednotkách intenzivní metabolické péče. I přestože je zajištěna komplexní péče, tak se mortalita pohybuje stále okolo 50 %. Příčinou jsou nespecifické příznaky, které vedou k podcenění situace, nerozpoznání závažnosti stavu a k následné opožděné intenzivní léčbě (Žďárská a Kvapil, 2017).

1.3 Léčba

Umožnění plnohodnotného života po stránce kvantitativní a kvalitativní se stává cílem v souvislosti s celkovou péčí o pacienty s onemocněním DM. Stránka kvalitativní zahrnuje aktivní život bez omezení, následků a komplikací způsobených vlastním onemocněním. Do kvantitativní lze zahrnout například délku života (Psottová, 2012).

Do počátku 20. století nebyla známa žádná léčba, která by účinně pomáhala pacientům s diabetem. První léčbu inzulinem umožnil lékař Banting se svým spolupracovníkem Bestem (Svačina, 2016). Zjistili, že inzulin je hormon kritického významu při regulaci hladiny cukru v krvi (Tan, 2017). Za tento objev přijali v roce 1923 Nobelovu cenu (Tan, 2017). Svačina (2016) píše, že čím lepší byla kompenzace cukrovky, tím méně se rozvíjelo diabetických komplikací. Analoga inzulinu jsou látky, které se vyskytují v přírodě a vznikají v případě, že se upraví molekuly inzulinu. Zavedení těchto analog

inzulinu významně ovlivnilo léčbu diabetu (Svačina, 2016). Léčba by se měla zaměřovat na tři hlavní body, kterými jsou optimální kompenzace, dále pak co nejlepší kvalita života pacienta a v neposlední řadě prevence a eventuálně léčba komplikací cukrovky (Psottová, 2012). Základem pro optimální kompenzaci cukrovky je odstranění obtíží pacienta, tedy všech příznaků cukrovky, které mohou být různorodé a vznikají jako důsledek zvýšené či vysoké hodnoty krevního cukru a zároveň neschopností organismu zvládnout tuto situaci (Psottová, 2012). Úspěšná kompenzace onemocnění závisí na správně zvolené dietě a pohybovém režimu pacienta (Žďárská a Kvapil, 2017). Důležité jsou pravidelné kontroly u lékaře a řídit se dle jeho doporučení (Psottová, 2012). Především diabetici 2. typu by se měli snažit dodržovat dietní režim (Saudek, 2018). Žďárská a Kvapil (2017) píše, že nadváha či obezita se vyskytují u většiny jedinců s inzulinovou rezistencí. Dieta musí být nízkokalorická, jelikož cílem je dosáhnout negativní energetické bilance. Pokud se hmotnost pacienta změní, zmenší se o 5 až 10 %, pak se snižuje riziko kardiovaskulárních a onkologických nemocí. Je nutné ve svém jídelníčku omezit tuky, volné cukry a kuchyňskou sůl na minimum. Farmaka určená k léčbě obezity se přidávají, pokud redukční dieta nevede k dostatečně negativní energetické bilanci (Žďárská a Kvapil, 2017). Štechová et al. (2014) uvádějí různé způsoby, jak léčit diabetes mellitus. Jedná se o léčbu nefarmakologickou, léčbu inzulinem, dalším způsobem je léčba inkretinová a chirurgická (Štechová et al., 2014).

Nefarmakologická léčba

Při léčbě diabetu je nefarmakologická léčba základem úspěchu. Pokud pacient nedodrží základní režimová opatření a dietu, pak lze těžko dosáhnout uspokojivé kompenzace. Dle standardů české diabetologické společnosti (dále jen ČDS) zahrnuje nefarmakologická léčba i edukaci diabetika v příslušných úpravách léčebného režimu. Tělesná hmotnost, věk a režim pacienta s DM jsou faktory ovlivňující zvolený energetický obsah diety. Pokud se jedná o diabetika 2. typu, který je obézní nebo má nadváhu, tak ve většině případů má dietu diabetickou, ale zároveň také redukční. Cílem režimových opatření, jak uvádí ČDS, je přiblížit se k ideální hmotnosti. Zabránit však dlouhodobému nárůstu hmotnosti či dopomoc k jejímu snížení je cíl více reálný a v praxi snáze dosažitelný (Haluzík, 2018). Psottová (2012) přirovnává diabetickou dietu k racionální dietě. Tu nenahradí žádný lékař ani žádná léčba. Uvádí, že v rámci prevence cukrovky a jiných civilizačních chorob by měli všichni tuto dietu dodržovat, jak diabetici, tak i lidé bez diabetu. Je třeba myslet na individualitu každého člověka.

Proto se nedá stanovit jedna univerzální diabetická dieta. Musí se přihlížet k jednotlivým potřebám v závislosti na stáří a hmotnosti pacienta, dále pak na pohybu nebo typu práce či činnosti (Psottová, 2012). Štechová et al. (2014) píše, že u lidí s diabetem, u kterých se předpokládá nedostatek vitamínu D, je velice pozitivní zkušenost v mnoha zemích s dodáním tohoto vitamínu. Pokud je nedostatek výše zmíněného vitamínu, pak se mohou začít rozvíjet kardiovaskulární choroby, různé typy rakoviny nebo autoimunitní poruchy, jako je roztroušená skleróza, zánětlivé střevní onemocnění nebo již zmíněný diabetes mellitus 1. typu (Prietl et al., 2013).

Dle American Diabetes Association (2014) je pro diabetiky se zdravotními problémy kontrola porcí a výběr zdravých potravin důležitá. Prvním cílem je snížení nadváhy a zlepšení klinických ukazatelů. U diabetiků 2. typu na počátku onemocnění může mít úbytek hmotnosti klinické přínosy, jako například zvýšení HDL cholesterolu, snížení triglyceridů (dále jen TG) a snížení krevního tlaku. Dle studií lidé s onemocněním DM v průměru konzumují přibližně 45 % kalorií ze sacharidů, dále pak 36-40 % kalorií z tuku a z bílkovin 16-18 %. Různé způsoby stravování jsou při léčbě cukrovky účinnější (American Diabetes Association, 2014). American Diabetes Association (2017) uvádí, že z dlouhodobého hlediska je změna obvyklých stravovacích návyků u diabetiků málokdy úspěšná. Nejvíce by se pacienti, jak děti, tak dospělí, měli zaměřit na uhlohydráty ze zeleniny, luštěnin, ovoce, mléčných výrobků a celých zrn. Nápoje slazené cukrem se nedoporučují (American Diabetes Association, 2017), stejně tak jako tuky či kuchyňská sůl (Žďárská a Kvapil, 2017). Dle American Diabetes Association (2017) je doporučený denní příjem bílkovin 0,8 g na kilogram tělesné hmotnosti za den a jeho snížení v potravě se nedoporučuje. Celkové množství tuků není tak důležité jako jejich druh. Důležité je poučení, aby pacienti přijímali pouze doporučené množství nasycených tuků, cholesterolu v potravě a transtuků. Ve stravě se nasycené tuky postupně snižují a jsou nahrazeny nenasycenými tuky. Transtukům je doporučeno vyhnout se, jelikož jsou zdraví škodlivé. Dále by se měl snížit příjem sodíku přibližně na 1500 mg za den. Může tak dojít k zlepšení krevního tlaku. Lidé s diabetem mohou konzumovat stejné množství alkoholu jako ti bez diabetu, to znamená, že ženy mohou nejvýše jeden nápoj denně a mužům se nedoporučuje více než dva za den (American Diabetes Association, 2017).

Redukční dieta je spojena i s pohybovou aktivitou a při redukci tukové tkáně napomáhá zachovat dostatečnou svalovou hmotu. Fyzická aktivita se doporučuje, jelikož snižuje

inzulinémií a tím i inzulinorezistenci. Naopak se zlepšuje inzulinová senzitivita. Dále snižuje hmotnost a tlak krve, a to více systolický než diastolický. Také vede k úpravě inzulinorezistentní dyslipidémie, především snižuje koncentraci TG a naopak zvyšuje koncentraci HDL cholesterolu (Žďárská a Kvapil, 2017). American Diabetes Association (2017) doporučuje, aby se pacienti s DM věnovali alespoň hodinu denně aerobní aktivitě s intenzivním posilováním svalů. Dále by se měla zkrátit doba každodenního sezení a měla by být nahrazena aktivitou, třeba cvičením. To zlepšuje kontrolu hladiny glukózy v krvi, napomáhá snížit hmotnost a rizikové kardiovaskulární faktory a zlepšuje psychiku a pohodu pacienta. Fyzickou aktivitu je nutné přizpůsobit věku pacienta a jeho individuálním potřebám (American Diabetes Association, 2017).

Léčba inzulinem

U pacientů s DM 1. typu je léčba inzulinem jedinou a nezastupitelnou léčbou a zároveň i život zachraňující (Štechová et al., 2014). U tohoto typu je třeba dodržovat inzulinové režimy s více denními dávkami inzulinu a to tři krát až čtyři krát za den (Saudek, 2018). U diabetiků 2. typu doporučuje ČDS léčbu inzulinem především ve chvíli, kdy léčba dvojkombinací perorálních antidiabetik (dále jen PAD) nedosahuje uspokojivých výsledků (Haluzík, 2018).

Je několik způsobů, jak lze inzulin do těla doplnit. Využívá se dodání inzulinu inzulinovým perem nebo inzulinovou pumpou (Štechová et al., 2014). Jirkovská (2019) udává, že inzulinová pumpa je v České Republice úspěšně využívána, především v diabetologických centrech. Ta jsou rozšířena po celé republice ve větších městech. Zajišťuje zatím nejpřirozenější způsob vnějšího podávání inzulinu. Pacient s inzulinovou pumpou má volnější režim. Nemusí brzy ráno vstávat, aby si aplikoval inzulin. Také není potřeba dodržovat pravidelnou stravu, která byla důležitá při aplikaci inzulinu inzulinovými perami. Možnost jemného kontinuálního dávkování inzulinu je hlavní výhodou léčby inzulinovou pumpou. Tato léčba je indikována především pro diabetiky, kteří jsou léčeni inzulinem a jejichž diabetes nemá dobré stálé hodnoty, i přestože je využíván intenzifikovaný inzulinový režim, tedy aplikace tří a více injekcí inzulinu za den (Jirkovská, 2019).

Psottová (2012) dělí inzuliny dle původu na zvířecí inzuliny, lidské neboli humánní inzuliny a inzulinová analoga. Ve vyspělých zemích se dnes prakticky už zvířecí inzuliny nepoužívají (Brož et al., 2015). Vyráběly se dříve z vepřových nebo hovězích

slinivky (Psottová, 2012). Žďárská a Kvapil (2017) definují humánní inzulín jako polypeptid, který obsahuje 51 aminokyselin. Vyrábí se uměle za pomoci rekombinantního DNA, které se přesune do buňky bakterie *Escherichia coli*. Inzulín je následně tvořen jako produkt jejího metabolismu. Analogum inzulínu popisují jako molekulu, jenž je umělou a cílenou přeměnou molekuly lidského inzulínu. Dle analogu modifikovaná molekula zkracuje nebo naopak prodlužuje absorpci inzulínu. Po subkutánním (dále jen s.c.) podání inzulínu se sleduje rychlost nástupu biologického účinku, vrchol působení a trvání účinku. V závislosti na tom se rozdělují inzulínové přípravky na ultrakrátce působící, krátkodobě působící a inzulíny s prodlouženou dobou účinku, které se dále rozdělují na střednědobě a dlouhodobě působící, kam mezi střednědobě působící patří stabilizované inzulínové směsi. Skupinu ultrakrátce působících inzulínů tvoří výhradně inzulínová analoga (Žďárská a Kvapil, 2017).

Ultrakrátodobě účinkující inzulínová analoga jsou na našem trhu dostupná pouze tři, jsou jimi inzulín lispro, inzulín aspart a inzulín glulisin (Žďárská a Kvapil, 2017). Brož (2015) uvádí, že přípravkem obsahující účinnou látku inzulín lispro je Humalog, přípravek, který obsahuje inzulín aspart je Novorapid a posledním přípravkem obsahující inzulín glulisin je Apidra. Při s.c. podání nastupuje účinek ultrakrátce působících inzulínů za 10 až 15 minut. Za 30 až 45 minut je patrné maximum účinku a 2 až 5 hodin trvá klinicky významný účinek. Využívají se v léčbě u osob s renální či jaterní nedostatečností. V převážném případě se využívají při léčbě pomocí inzulínové pumpy a inzulíny aspart a lispro se mohou využívat v těhotenství (Brož, 2015).

Krátkodobě (rychle) působící inzulíny jsou čiré, neutrální roztoky (Brož, 2015). Neobsahují látky, které by zpomalovaly absorpci. Aplikují se jako jediné nitrožilně (dále jen i.v.), intramuskulárně (dále jen i.m.), intraperitoneálně (dále jen i.p.) nebo subkutánně (Žďárská a Kvapil, 2017). Brož (2015) píše, že při s.c. aplikaci začíná inzulín působit až za 30 minut, proto je důležité podat ho přibližně půl hodiny před jídlem. Vrchol účinku je za jednu až tři hodiny a konec účinku mezi čtvrtou až šestou hodinou. Dostupnými přípravky jsou Actrapid, Humulin R a Insuman Rapid (Brož, 2015).

Podání i.m. a s.c. je určeno pro střednědobě působící inzulíny (Brož, 2015). Psottová (2012) doplňuje, že se nesmějí aplikovat nitrožilně. Doba trvání účinku je přibližně jedenáct hodin, někdy i déle a maximálně 24 hodin. Není nutné ihned po aplikaci

takového typu inzulínu jíst, je však důležité zachovat běžný denní přísun potravin (Psottová, 2012). Dle Žďárské a Kvapila (2017) jsou tyto inzulíny zkalené substance. Jednotlivými preparáty jsou Humulin N, Insuman basal nebo Insulatard (Žďárská a Kvapil, 2017). Brož (2015) píše, že skupina dlouhodobě působících inzulínů často nahrazuje střednědobě působící inzulíny. Důvodem je vysoká variabilita v absorpci a mají nižší variabilitu účinku (Brož, 2015). Přípravek s účinnou látkou inzulín glargin může být Lantus, Abasaglar nebo Toujeo. Pokud přípravek obsahuje účinnou látku inzulín detemir, pak se jedná o Levemir (Žďárská a Kvapil, 2017). Tento typ inzulínu se také podává do podkoží a účinek trvá alespoň 24 hodin (Psottová 2012).

Stabilizované inzulínové směsi neboli kombinované (premixované) inzulíny se podávají způsobem s.c. nebo i.m. (Brož, 2015). Psottová (2012) popisuje tento typ inzulínu jako směs rychle a středně rychle působícího inzulínu. Účinek je v rozmezí deseti až dvaceti hodin. Pro diabetiky je většinou výhodou podání dvakrát za den (Psottová, 2012). Pravidelný režim aplikace je nezbytně nutný dodržovat, nejčastěji před snídaní a před večeří (Brož, 2015). Příkladem přípravku jsou Humulin M3, Insuman Combi 25, Mixtard 30, Humalog Mix 25 nebo NovoMix 30 (Psottová, 2012).

Perorální antidiabetika

Pokud diabetici dodržují ostatní součásti léčby, jako jsou diety, režimová opatření a přiměřená fyzická aktivita, tak PAD snižují a normalizují hladinu krevního cukru. Dle účinku v organismu a podle chemické struktury se dělí do několika skupin (Psottová, 2012). Souček et al. (2019) uvádí, že léky ovlivňující inzulínovou rezistenci se řadí do první skupiny. Druhé skupině se říká sekretagoga inzulínu. Léky působící nezávisle na inzulínu patří do třetí skupiny.

Zástupcem první skupiny jsou biguanidy. Je jimi ovlivněna zejména jaterní inzulínorezistence. Nejobávanejší komplikací této léčby je riziko laktátové acidózy, proto se v klinické praxi využívá právě metformin, u kterého je riziko nejmenší. Můžeme se s ním setkat pod názvem Glucophage nebo Siofor. Užívá se jednou až dvakrát za den (Souček et al., 2019). Hlavní výhodou metforminu dle Psottové (2012) je neomezení vlastní tvorby inzulínu v těle nebo snížení glykemie nalačno i po jídle. V závislosti na kompenzaci choroby lze léčbu kombinovat s jinými antidiabetiky či inzulínem nebo ponechat samotný metformin. Pacienti užívají lék po jídle nebo s posledními kousky jídla. Mezi nevýhody se řadí zvýšená opatrnost u lidí, kteří trpí

onemocněním ledvin, jater nebo plic. Zakázána je kombinace léku s vyšším množstvím alkoholu (Psottová, 2012).

Do druhé skupiny se řadí sulfonylurea, glinidy a z inkretinové léčby gliptiny. Sekreci inzulínu zvyšují sulfonylureové deriváty. Řadí se sem gliklazid, gliquidon a glimepirid. Jednou až dvakrát denně se podává nejmenší možná dávka. Výhodou je nízká cena. Nevýhodou a možným rizikem je vznik hypoglykemie a nárůst hmotnosti. Výhodou glinidů je, že ovlivňují pouze stimulovanou sekreci inzulínu. Patří sem repaglinid. Užívá se dvakrát až čtyřikrát denně a podává se před jídlem. Perorální podobu inkretinové léčby tvoří gliptiny. Jsou inhibitory DDP 4, tedy dipeptidylpeptidázy. Neovlivňují tělesnou hmotnost. Do této skupiny se může zařadit sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin nebo linagliptin či alogliptin (Souček et al., 2019). Martínková et al. (2018) uvádějí, že sekrece inzulínu se mění v závislosti na glukóze. S jejím růstem nad fyziologickou mez stoupá i sekrece inzulínu, která se poté snižuje v závislosti na poklesu glukózy. Tak zabraňuje riziku hypoglykemie (Martínková et al., 2018).

Inhibitory alfa-glukosidáz a glifloziny patří do třetí skupiny PAD (Souček et al., 2019). Zpomalení či snížení vstřebávání cukrů v zažívacím traktu způsobují inhibitory alfa-glukosidáz. Výhodou je, že se mohou kombinovat s jakoukoliv léčbou cukrovky a po jídle snižují glykémii, naopak je nevýhodou nutné užití léku s každou stravou a možné zažívací obtíže jako je nadýmání, plynatost či průjem, proto je nutná opatrnost u pacientů, kteří mají onemocnění trávicího traktu (Psottová, 2012). Souček et al. (2019) uvádějí, že z této skupiny lze jmenovat akarbozu, jenž se podává současně s jídlem třikrát za den. Snižování renální reabsorpce glukózy mají na starost glifloziny. Vzniklá glykosurie způsobuje snížení glykemie a také díky ní dochází k redukci hmotnosti. K gliflozinům se řadí dapagliflozin, empagliflozin a kanagliflozin (Souček et al., 2019).

Chirurgická léčba

Bariatrická chirurgie a transplantace jsou častými možnostmi chirurgické léčby. O bariatrické chirurgii se mluví jako o velmi efektivní. Léčba se zaměřuje na obézní nemocné pacienty s DM 1. i 2. typu (Štechová et al., 2014). Transplantace se provádějí u nemocných s diabetem 1. typu (Karges a Dahouk, 2011). Štechová (2014) uvádí, že transplantační léčba je limitována nízkým počtem dárců. Jedná se především o transplantace celé či části slinivky břišní, pankreatických ostrůvků nebo ledvin (Štechová, 2014). Transplantace ledvin patří mezi nejpočetnější orgánové transplantace,

kdy v roce 2015 jich v České Republice proběhlo 453 (Hořejší et al., 2017). Definitivní a dlouhodobou léčbu zajišťující normální hladinu glukózy v krvi bez rizika hypoglykemií u diabetiků 1. typu zabezpečuje transplantace pankreatu, která je velkým chirurgickým výkonem (Gruessner, 2013). Dle Hořejšího et al. (2017) se transplantovalo v roce 2015 třicet sedm pankreatů.

Saudek (2018) upozorňuje na vznik možných komplikací během transplantační léčby. Po transplantaci ledvin nebo pankreatu se málokdy vyskytují chirurgické komplikace. Pokud přeci jenom nastanou, pak se většinou úspěšně vyřeší následnou operací. Krvácení z transplantovaného orgánu nebo z místa nového napojení cév je obdobnou komplikací. Řeší se sešitím nebo podvázáním krvácející tepny. Pokud nastane trombóza, tak dochází k riziku ztráty transplantovaného orgánu (Saudek, 2018). Z tohoto důvodu se ihned v prvním období po transplantaci podává preventivně protisrážlivá léčba. Patří sem především heparin (Hemker, 2016). Imunitní systém člověka reaguje na přítomnost tkáně či orgánu pocházející z cizího jedince, proto je důležité, aby se imunologické znaky dárce a příjemce co nejméně lišily. Bakteriální, virové a kvasinkové infekce, jejichž výskyt souvisí s podávanou imunosupresivní léčbou, patří mezi nejčastější nechirurgické komplikace. Prevencí je podávání antibiotik, antimykotik a protivirových látek brzy po transplantaci. Pacient bývá často sám zdrojem infekce. Zápal plic a močové infekce se řadí mezi nejčastější bakteriální infekce. Mezi virové patří herpes, který vzniká nejčastěji v oblasti úst, v nose nebo jako pásový opar. V nemocnici existuje též riziko nákazy od jiných osob. Může ji způsobit prodělaná operace, zavedení močového katétru nebo centrální žilní kanyly. Mezi další běžné komplikace je možné zařadit vysoký krevní tlak, nervozitu či deprese, které bývají vyvolány operační zátěží, hospitalizací v nemocnici nebo také sociálním postavením pacienta (Saudek, 2018).

1.4 Edukace pacientů s onemocněním DM

Výchovně vzdělávací činnost zdravotníků je velice důležitá. Předpokladem pro lepší efektivní léčebný proces je podání dostatečných informací o zdravotním stavu pacientovi nebo jeho rodině, která se podílí na ošetrovatelské péči. Dále je třeba dostatečně znát léčebný režim. Doba léčení a rekonvalescence se obvykle zkracuje. Díky dostatečným informacím, které pacienti mají, se dosahuje u některých diagnóz

lepších výsledků. Výchova a vzdělávání se člení do několika základních oblastí. Jedná se o primární, sekundární a terciární prevenci. Primární prevence se zaměřuje na poměrně zdravou populaci či definovanou cílovou skupinu. Edukací neboli výchovou a vzděláváním pacientů s určitou diagnózou se zabývá sekundární prevence. Terciární prevence se zaměřuje na následky vzniklého onemocnění a řadí se sem fyzioterapie či ergoterapie (Svěráková, 2012)

Edukace pacienta se účastní celý ošetřující tým. Důležitou nezastupitelnou roli má sestra, která o pacienta pečuje. Zvýšení kvality života a zlepšení psychického stavu pacienta s diagnózou diabetes mellitus je hlavním cílem edukace. Pozornost je zaměřena především na edukaci správné výživy a prevenci akutních či pozdních komplikací (Kapounová, 2007). Onemocnění DM, více než jakékoli jiné chronické onemocnění, vyžaduje dostatečnou pozornost a edukace pacientů s tímto onemocněním je životně důležitá (Kafaie, 2012). Dle Kapounové (2007) by se měly využívat veškeré edukační pomůcky. Těmi jsou literatura, letáky, audiovizuální technika či osobní konzultace. Edukaci lze rozdělit na tři části. První je znalost základních témat, jako například optimální hodnota glykemie, glykovaného hemoglobinu, léčba inzulinovým perem a jiné. Další částí je komplexní edukace, která se soustředí na hloubkovou edukaci zaměřenou na diabetika 1. a 2. typu a prevenci komplikací. Nezbytnou částí je reedukace prováděná alespoň jednou za 6 měsíců. Při ní pacient řeší konkrétní problémy a je znovu edukován v léčbě DM (Kapounová, 2007). U pacientů je kladen důraz především na vstupní edukaci, tedy diagnostikování onemocnění a informování o režimových opatřeních (Gurková, 2017). Dle Svěrákové (2012) k účinné a správné edukaci nestačí určité množství informací, které sestra pacientovi předá. Sestra by měla společně s pacientem připravit edukační program (Svěráková, 2012). Jedná se o komplexní soubor intervencí, které se nejčastěji zaměřují na poskytnutí důležitých informací o onemocnění a léčbě pacientům, především v oblasti úpravy životního stylu, zvládnutí nemoci a změnu chování (John et al., 2011). Změnou chování je myšleno především změna stravovacích návyků a přidání odpovídajících pohybových aktivit do týdenního rozvrhu pacienta. Nutné je omezit kouření nebo nadměrnou konzumaci alkoholických nápojů (Svěráková, 2012).

Tradiční edukace popisuje zdravotnického pracovníka jako experta, který pomáhá pacientům řešit jejich danou situaci a odpovídá za její výsledky (Gurková, 2017). Štefánková et al. (2017) píše, že cílem komunikace s pacientem je pokus o jeho

motivaci. Tu lze ovlivňovat, i když se poskytují pouhé informace, rady nebo se navrhuje, aby něco pacient udělal či naopak omezil. Účinnější práci s motivací napomáhá i pouhé naslouchání pacientovi. Mezi zdravotníkem a pacientem se tak navazuje dobrý vztah a důvěra. Známkou úspěšné motivace jsou projevy pacienta. Je-li aktivní, spolupracuje, má dotazy nebo uvádí důvody ke změně, pak je pravděpodobné, že zvolený způsob sdělování je účinný a sám pacient je více motivován ke změně (Štefánková et al., 2017). Může nastat situace, kdy se pacienti začínají obhajovat a nehledají konstruktivní řešení své situace. Do této obranné pozice je tlačí sám zdravotník při použití nesprávné komunikace (Kvapil, 2018). Jedním z postupů, jak správně podávat informace, aby je pacient přijal a nezačal se bránit, je zjištění kolik toho o daném tématu pacient ví a na co by se rád zeptal. Lékař se může při vedení rozhovoru snažit o to, aby se pacient aktivně sám zapojoval a uváděl důvody ke změně a sám přemýšlel nad tím, jak je uskutečnit. Tento způsob se nazývá evokace. Je velice efektivní, ale náročnější. Otevřené otázky napomáhají k tomu, aby pacient popřemýšlel a jeho odpovědi nebyly stručné. Je důležité, aby si zdravotník zkontroloval, zda správně pochopil to, co mu bylo řečeno. K uskutečnění dobré motivace může pomoci uznání nebo ocenění, že je vidět nějaký pokrok či zlepšení. Shrnutím se zrekapituluje vše, co v rozhovoru mezi zdravotníkem a pacientem bylo řečeno. Pomocť pacientům vidět smysl dané činnosti nebo změny a ujasnit si, co je pro ně opravdu důležité, je hlavním úkolem zdravotníka. Štefánková et al (2017) popisují čtyři fáze motivačního rozhovoru s pacientem. První fází je navázání dobrého pracovního vztahu, druhou je nalezení zaměření rozhovoru, třetí fází je evokace a poskytování informací a poslední fází je plánování (Štefánková et al., 2017).

Partnerský přístup, důvěra, aktivní spolupráce a otevřenost jsou základem pro navázání dobrého pracovního vztahu. Pacient musí vidět, že zdravotník má o něho skutečný zájem a snaží se mu pomoci. Výhodou je, když umí pacient pojmenovat své pocity a popsat obavy týkající změny jeho dosavadního způsobu života. Porozumění ze strany zdravotníka je na prvním místě (Štefánková et al., 2017). Posílit a budovat terapeutické vztahy s pacientem dokáže pracovník při správně zvoleném jazyku (Dickinson, 2017). Zdravotníci podporují zapojení klienta do terapie především tím, že společně vybírají témata, na kterých je možné pracovat. Důležité je, aby pacient měl možnost volby. Pokud zdravotník ví dopředu, že potřebuje probrat nějaké téma s klientem, pak je vhodné požádat o svolení věnovat se tomuto tématu přednostně. Pokud pacient odmítá

komunikovat, pak jsou podmínky pro rozhovor ztížené a celková spolupráce se zhoršuje (Štefánková et al., 2017).

Pro pacienta je lepší, když má ze setkání s lékařem dobrý pocit, cítí naději a důvěru a chce o své situaci přemýšlet, než kdyby dostal úkoly, které by neuměl plnit. Nedochozí tak u pacienta ke stavům selhání a k pocitům neschopnosti. Lepší jsou malé dosažitelné kroky, které podpoří pocit schopnosti a motivují k dalšímu stanovení cíle. Velká část pacientů se snaží svůj životní styl změnit. Ne vždy se jim to však daří. Mnohdy se setkávají s neúspěchem nebo dobrý výsledek přetrvává pouze krátkou dobu. Často bývají demotivováni opakovanými neúspěchy. Neudržení změny může být i v případě, kdy sám pacient nedošel k vnitřnímu rozhodnutí, že tuto změnu chce uskutečnit (Štefánková et al., 2017). Práce s lidmi je krásná. Zároveň také velice náročná a je proto nezbytné zůstat trpělivý a komunikovat s pacientem a příliš na změnu netlačit (Kvapil, 2018).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Odhalit příčiny, které vedou k nedodržování léčebného režimu ze strany pacientů s onemocněním diabetes mellitus.

Cíl 2: Popsat úlohu sestry u pacienta s diabetes mellitus nedodržujícího léčebný režim.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké intervence vykonává všeobecná sestra v péči o pacienta s diabetes mellitus nedodržujícího léčebný režim?

Výzkumná otázka 2: Jaké příčiny vedou k nedodržování léčebného režimu ze strany pacientů s onemocněním diabetes mellitus?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem ovlivňuje komunikace ošetřujícího personálu úroveň spolupráce pacienta s diabetes mellitus na léčebném režimu?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro empirickou část této bakalářské práce byla zvolena metodika kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl uskutečněn za využití polostrukturovaného rozhovoru. Připraveny byly dvě varianty polostrukturovaných rozhovorů, první byl veden s pacienty s onemocněním diabetes mellitus nedodržující léčebný režim a druhý se sestrami pracujícími s těmito pacienty. Rozhovor s pacienty s onemocněním diabetes mellitus nedodržující léčebný režim obsahoval 15 otázek (příloha 1). Rozhovor se sestrami pracujícími s těmito pacienty obsahoval otázek 16 (příloha 2). Oba polostrukturované rozhovory byly doplněny ve vhodných případech podotázkami.

Rozhovor s pacienty je rozčleněn na 6 hlavních částí – základní údaje o informantech (jako je pohlaví, věk, délka trvání nemoci a typ onemocnění DM), příčiny nedodržování léčebného režimu z pohledu pacienta, edukace pacientů s onemocněním diabetes mellitus, znalost vzniku a řešení komplikací v souvislosti s DM, ošetrovatelská péče v nemocnici a pacientův postoj k onemocnění DM. Rozhovor se sestrami je rozčleněn na 6 hlavních částí – základní údaje o informantech (jako je pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetrovatelství, délka praxe ve zdravotnictví a oddělení, na kterém pracují), příčiny nedodržování léčebného režimu u pacientů s DM z pohledu sester, péči o pacienty s DM nedodržující léčebný režim, komunikaci sester s pacienty s DM nedodržující léčebný režim, komplikace u těchto pacientů v souvislosti s onemocněním DM a opakovanou edukaci pacientů sestrami. Každá část polostrukturovaných rozhovorů zahrnuje určitý počet souvisejících otázek. Před zahájením samotného rozhovoru proběhlo představení, uvedl se název práce, cíle práce a podrobnosti výzkumu. Informantky a informanti byli ujištěni o naprosté anonymitě a také o tom, že tyto rozhovory nebudou použity proti jejich osobě. Dotazované sestry a dotazovaní pacienti byli informováni o možnosti odmítnutí rozhovoru a o možnosti neodpovědět na jakoukoliv z položených otázek.

Rozhovory byly ve většině případů zaznamenány formou zvukového záznamu, a to pouze po předchozím informování dotazovaného a s jeho souhlasem. Dále byly zaznamenány písemnou formou na papír. Zvukové záznamy byly později taktéž přepsány do písemné formy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor A byl tvořen pacienty s onemocněním diabetes mellitus nedodržující léčebný režim. Tito pacienti byli různého věku, s různou délkou trvání jejich onemocnění a s odlišným typem DM (1. nebo 2. typ). Pacienti byli zvoleni na základě záměrného kritériálního výběru. Rozhodující roli představovala 2 kritéria: pacient má onemocnění diabetes mellitus a nedodržuje léčebný režim v souvislosti s tímto onemocněním. Z celkového počtu 7 dotazovaných informantů nám 7 z nich poskytlo rozhovor. V rámci zpracování výsledků jsou tyto informanti označeni jako P1-P7 (P = pacient).

Výzkumný soubor B byl tvořen všeobecnými sestrami s různou úrovní vzdělání v oboru ošetrovatelství (SŠ, Bc.) s odlišnou délkou praxe a z různých typů oddělení (interní, ADP a diabetologická ambulance). Všeobecné sestry byly zvoleny na základě záměrného kritériálního výběru. Rozhodující roli hrálo kritérium: práce s pacienty s DM nedodržující léčebný režim. Z celkového počtu 7 sester bylo 5 z nich ochotno věnovat nám svůj čas. Ve výsledku je tedy celkový počet zúčastněných 5 sester, které pracují s pacienty s onemocněním diabetes mellitus nedodržující léčebný režim. V rámci zpracování výsledků jsou tyto sestry označeny jako S1-S5 (S = sestra).

Výzkumné šetření pro oba výzkumné soubory A i B probíhalo ve dvou diabetologických ambulancích, v Nemocnici v Českém Krumlově a.s. (příloha 3) a Domácí zdravotní péči v květnu a červnu 2020. Konkrétní specifikaci oslovených pracovišť neuvádíme, a to z důvodu dodržení anonymity výzkumného šetření.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru A

Tabulka 1: Základní identifikační údaje výzkumného souboru A

Pacient	Pohlaví	Věk	Délka trvání nemoci	Typ onemocnění DM
P1	muž	71 let	15 let	1. typ
P2	žena	86 let	25 let	2. typ
P3	muž	74 let	8 let	2. typ
P4	muž	67 let	15 let	2. typ
P5	žena	64 let	9 let	2. typ
P6	muž	83 let	10 let	2. typ
P7	žena	73 let	30 let	2. typ

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 shrnuje základní identifikační údaje o všech sedmi zúčastněných informantech. Jedná se o čtyři muže a tři ženy ve věkovém rozmezí od 64 do 86 let. Další sloupec znázorňuje délku trvání onemocnění u informantů, která se pohybuje v rozmezí od 8 do 30 let. Poslední sloupec znázorňuje, jakým typem onemocnění DM informanti trpí. Jeden z informantů má DM 1. typu, zbylých šest má 2. typ.

4.1.1 Kategorizace získaných dat

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky získané v průběhu rozhovoru s pacienty s diabetes mellitus nedodržující léčebný režim. Výsledky jsou pro lepší přehlednost členěny do kategorií a podkategorií.

Stručný přehled kategorií

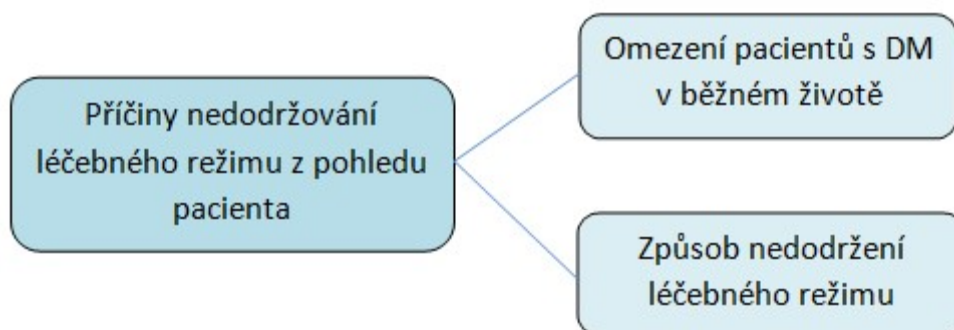
Kategorie 1 – Příčiny nedodržování léčebného režimu z pohledu P

Kategorie 2 – Edukace pacienta s DM

Kategorie 3 – Vznik komplikací u pacienta s DM

Kategorie 4 – Změna k lepšímu

Kategorie 1 – Příčiny nedodržování léčebného režimu z pohledu P



Kategorie 1 „Příčiny nedodržování léčebného režimu z pohledu pacienta“ je členěna na 2 podkategorie, které jsou přehledně zobrazeny předchozím schématem. Pomocí těchto podkategorií jsou zachyceny informace o tom, do jaké míry onemocnění DM omezuje pacienty v běžném životě, jakým způsobem a z jakého důvodu se nedaří pacientům dodržovat léčebný režim a co je důležité, aby diabetik v rámci každodenního života dodržel.

Omezení pacientů s DM v běžném životě

Většina dotazovaných pacientů (P3, P4, P5, P6 a P7) se shoduje na tom, že je jejich onemocnění diabetes mellitus v běžném životě omezuje. Hlavním důvodem u pacientů P4 a P5 je zhoršený zdravotní stav. Pacienta P4 omezuje dlouhodobě hojící se rána na noze a pacientku P5 amputace pravé dolní končetiny. U pacientů P3, P6 a P7 se vyskytuje především únava a pocit chladu. Pacient P6 dodává, že pozoruje zhoršení zraku. Dále si stěžuje na časté připomínky a rady od blízkých, jak by měl nejlépe režim dodržovat: „*Je to hrozné, pořád mi všichni opakují nutnost dodržování diety.*“ Dotazovaní pacienti P1 a P2 nemají pocit, že by je onemocnění DM nějak více omezovalo. Uvádějí, že dietu trochu dodržují, ale ne tak důsledně jako v počátku nemoci. Informantka P2: „*...striktně dietu nedodržuji. Už vím, co si mohu dovolit.*“ Dotazovaní pacienti (P3, P4 a P7) se shodují na tom, že pravidelný pohyb a dodržování diety je důležité, aby diabetik v rámci každodenního života dodržel. Přiznávají však, že to nedodržují. Pacient P4 uvádí: „*Asi ten pravidelný pohyb a stravu. Ale jak říkám, není to prakticky možné. Dříve se o to starala manželka, nezapomínala.*“ Žádný stres, normální klidný život bez přejídání, chodit ven a být v kolektivu doporučují informanti P1 a P2. Pacient P1 upřesňuje, že stres negativně působí na hladinu glykemie: „*...když jsem ve stresu, cukr je horší. Souvisí to s psychikou.*“ Nejlépe svou odpověď

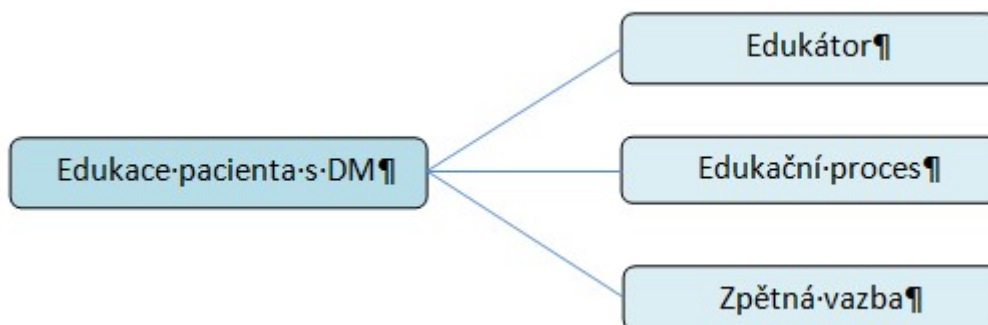
formulovala informantka P5: „*Měla bych dodržovat léčebný, dietní a pitný režim. Důležitý je i odpočinek a pohybová aktivita, abych předešla možným rizikům souvisejících s onemocněním.*“ Naprosto opačný názor na to má pacient P6, který se domnívá, že jakákoliv omezení u diabetika v rámci každodenního života jsou zbytečná: „*Člověk by se neměl omezovat.*“

Způsob nedodržování léčebného režimu

Způsob nedodržování léčebného režimu se u informantů opakoval. Všichni dotazovaní pacienti se shodují na tom, že dodržování diety je velice obtížné. Odepřít si sladké je pro informanty P1 a P3 nepředstavitelné. Pacient P3 rozhodně uvádí: „*Sladkosti si neodepřu. Kafe chci mít s cukrem.*“ Pacientka P7 přiznává, že dietu nedodržuje a doplňuje, že od začátku onemocnění DM vyhledává sladké mnohem víc než předtím: „*...dřív jsem nebyla na sladké, ale od té doby, co mám cukrovku, tak mám najednou velikou chuť na vše. Opravdu velká chuť na cukr.*“ Pobaveně odpovídal informant P6: „*když mám chuť na sladký, tak si ho prostě dám. Cokoliv z jídla, když mě teda nevidí babka, tak si dám.*“

Důvody nedodržování léčebného režimu byly u informantů různé. Věk v souvislosti s jejich onemocněním hraje velkou roli. Pacientka P2 se odkazovala na to, že po mnoha letech už ví, co si může dovolit a jelikož je stará, tak si dá, na co má chuť. Nejmladší z informantů, pacient P4, si stěžuje na nedostatek času a únavu: „*Na pravidelnou stravu nemám čas nebo prostě zapomenou.(...), už nemohu sportovat, každý krok mě unaví...*“ Důvodem nedodržování léčebného režimu u informantky P7 jsou nedostatečné vědomosti nebo nepřesné informace týkající se diabetu: „*Nevidím změnu. Měla jsem vysoký cukr, říkali, že na kole se spaluje a cukr jde dolů, ale po celodenním sportování jsem měla vyšší cukr než na začátku. Nerozuměla jsem tomu.*“ Někteří informanti (P3 a P6) popírají nedodržování léčebného režimu. Oba odpovídali totožně: „*Nemám pocit, že bych režim nedodržoval.*“

Kategorie 2 – Edukace pacienta s DM



Kategorie 2 „Edukace pacienta s DM“ je členěna na 3 podkategorie, které jsou přehledně zobrazeny předchozím schématem. Zde jsou zachyceny informace o tom, zda proběhla u informantů edukace a kdo tyto informanty edukoval. Dále jakým způsobem tato edukace probíhala, zda byla dostačující a v neposlední řadě, zda dotazovaní informanti porozuměli sděleným informacím, které jim poskytl edukátor.

Edukátor

Pro některé informanty bylo slovo edukace neznámý pojem, proto bylo nutné dostatečné vysvětlení. Všichni informanti udávají, že mají dostatečné množství informací o svém onemocnění DM. Převážná většina informantů (P1, P2, P3, P5, P6 a P7) je získala od lékaře nebo zdravotní sestry. Pacient P4 edukaci od zdravotního personálu neguje: „*Sám jsem si načetl, co mi přišlo důležité, abych věděl.*“ Informant P6 doplňuje, že diabetologickou ambulanci nenavštěvuje: „*...do dia ambulance nechodím.*“

Edukační proces

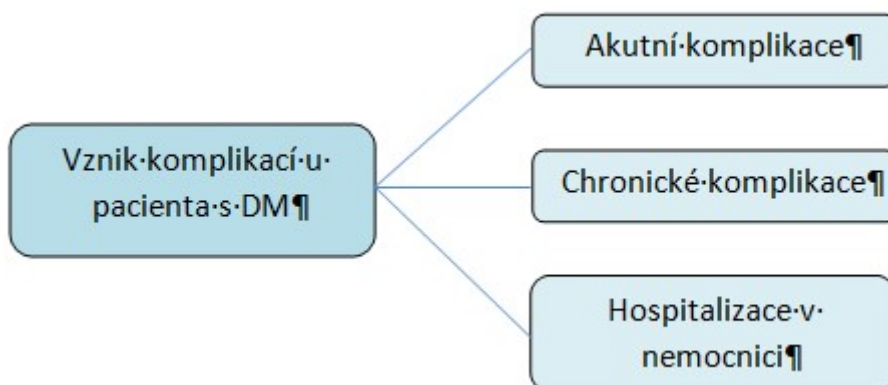
Pět ze sedmi dotazovaných informantů (P2, P3, P5, P6 a P7) získali informace o onemocnění DM ústním rozhovorem s lékařem nebo sestrou. Někteří měli informace doplněné literaturou či různými vzdělávacími brožurkami. Pacient P1 se ke způsobu edukace nechtěl vůbec vyjadřovat, většina pacientů popisovala způsob edukace velice stručně. Naopak pacientka P5 si vzpomněla na konkrétní témata, ve kterých byla edukována: „*Doktor a sestřička vysvětlili závažnost onemocnění, možných následků a rizik nedodržováním léčebného a dietního režimu, informacemi o vzniku nemoci a poškození s mojí nemocí souvisejících.*“ Jelikož se informant P4 vzdělával samostatně

doma, tak využíval studijní materiál, který měl k dispozici, především se jednalo o odbornou literaturu.

Zpětná vazba

Mnoha lékařům a sestřám, dle mínění dotazovaných pacientů (P1, P3, P4 a P6), nepřijde důležité získávat zpětnou vazbu po edukaci od pacienta. Na jednu z otázek zaměřující se na to, zda se edukátor přesvědčil o tom, že edukant sdělení porozuměl informant P3 odpovídá: „*Neptal se mě.*“ Informantky P2 a P7 se shodují ve výpovědi: „*Zeptal se mě, jesi všemu rozumím*“ Kontrolními otázkami a následnou návštěvou u pacientky doma se zdravotní sestra přesvědčila o tom, zda informantka P5 dostatečně rozuměla všem informacím, které jí byly sděleny.

Kategorie 3 – Vznik komplikací u pacienta s DM



Kategorie 3 „Vznik komplikací u pacienta s DM“ je členěna na 3 podkategorie, které jsou znázorněny v předchozím schématu. Pomocí podkategorií jsou v této poměrně obsáhlé kategorii zhodnoceny vědomosti, které pacienti mají v oblasti vzniku možných komplikací v souvislosti s onemocněním DM. Jak dokáží řešit nastalé komplikace ať už akutní nebo chronické, zda v průběhu trvání diabetu u nich došlo ke zhoršení zdravotního stavu a v neposlední řadě, zda byli dotazovaní informanti hospitalizováni v nemocnici.

Akutní komplikace

Všichni pacienti tvrdí, že znají možná rizika, která mohou v souvislosti s diabetem vzniknout. Někteří dokonce různé komplikace vyjmenovali. Nejvíce se shodovali na špatně hojící se rány především na nohou, dále pak zmiňovali ztrátu zraku a problémy

s ledvinami. Zatímco informanti P2 až P7 mluví s vážností o možných rizicích v souvislosti s onemocněním DM, tak informant P1 s úsměvem prohlašuje: „...říkají, že můžeme umřít, ale kdy umřeme, to ještě neví.“ Šest ze sedmi informantů potvrzují, že znají stav hypoglykemie nebo hyperglykemie. Z nich polovina (P3, P4 a P6) na stav hypoglykemie nebyla připravená. To znamená, že žádnou sladkost či samotný cukr po kapsách zmínění informanti neměli. Většinou jim pomáhaly manželky. Pacient P3 popisuje: „Přepracoval sem se na zahrádce, hlavně v předklonu sem byl. Něco jsem tam rejpal v zemi a potom se mi začala motat hlava, málem sem nedošel domů. Manželka se vztekala, zavolala sto pětapadesátku a ti mě odvezli do nemocnice.“ Informant P4 na sobě stav hypoglykemie pozná a ví, jak tento stav zahnat: „Vezmu si něco sladkýho nebo lžičku medu. Umím to už zahnat.“ Přípraveni na stav hypoglykemie byli pacienti P1, P5 a P7 a všichni tři byli schopni tento stav zvládnout. Někteří dodali cukr do těla v podobě čokolády nebo bonbonů, informant P1 je zvyklý improvizovat: „...kolikrát mi spadnul cukr jakože jsem měl takovou slabost, takovej třes, tak jsem si vzal (...) šťovíky na louce nebo sněh v zimě. Něco takovýho. Musíte něco jako zajíst, hlavně se uklidnit.“

Chronické komplikace

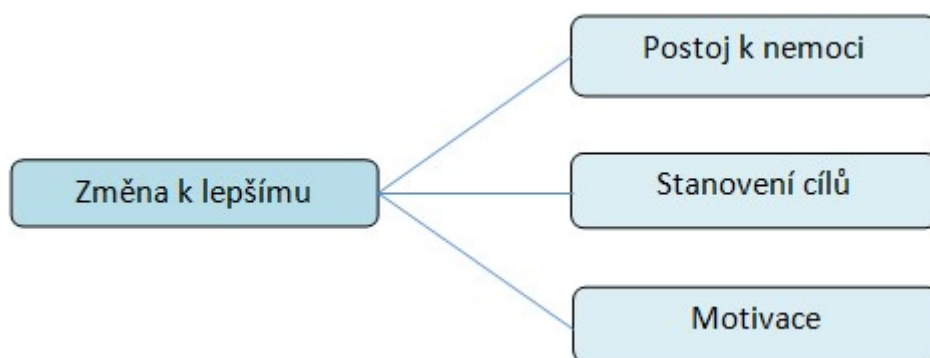
Čtyři informanti (P1, P2, P5 a P7) uvádějí, že se u nich zatím žádné chronické komplikace v souvislosti s onemocněním DM neobjevily. P1 a P7 se shodují na tom, že jim mrznou konečky prstů na nohou. Informant P1 to popisuje následovně: „Trochu mě zebe do noh, do prstů jako. Ale jinak se zdá, že mám teplý nohy, ale přitom mě trošku zebe, takže spím v ponožkách.“ Na nevolnost, zvracení a sucho v ústech si stěžuje pacientka P5. Zhoršení zdravotního stavu v průběhu trvání onemocnění DM přikládá nedodržování dietního režimu. Zbytek dotazovaný informantů (P3, P4 a P6) potvrzuje, že se u nich chronické komplikace vyskytly. U pacienta P3 se jedná o amputaci dvou prstů na pravé dolní končetině (dále již PDK). Zhoršení svého stavu přisuzuje též špatnému dodržování režimu, nedostatečné dietě a špatné kontrole dolních končetin. Retinopatie, angiopatie a amputace čtyř prstů na DK se týká pacienta P6, který se takto domnívá: „Důvodem zhoršení by mohla být špatná průchodnost cév a taky záderky na nohách.“ Dlouhodobě nehojící se ránu na dolní končetině má informant P4. Každý den u něho probíhá převazování rány. Dále si stěžuje na zvýšené hladiny glykemie v průběhu trvání nemoci. O důvodu zhoršení stavu se pacient P4 vyjadřuje takto: „Když sním to, co bych neměl, tak je jasný, že člověk musí počítat s tím zvýšeným cukrem.“

Kdybych podchytil ránu na noze dříve, tak by to nemuselo být třeba tak vážné. Ale vůbec jsem si toho nevšiml. Nekontroluju si nohy, nic za bolest sem necítil.“

Hospitalizace v nemocnici

Dotazované pacientky P5 a P7 byly v průběhu onemocnění DM dlouhodobě hospitalizované v nemocnici. S přístupem personálu byly moc spokojené a nechtěly by nic měnit. Naopak informanti P3 a P6, kteří byli též hospitalizováni v nemocnici v době trvání onemocnění DM spokojení s přístupem zdravotnického personálu nebyli. Pacient P6 bez úsměvu vzpomíná: *„Byli protivný.“* Oba se shodují na tom, že by rádi zlepšili nemocniční jídelnu. Na ambulanci do nemocnice dochází pravidelně pacient P4. Je tam spokojený: *„Na ambulanci sou hodní. Furt se tam střídají nový sestřičky. Jsou veselý a šikovný.“* Všichni dotazovaní informanti jsou spokojení s přístupem zdravotníků, se kterými se v souvislosti s diabetem setkávají, především se jedná o jejich ošetřující lékaře a pracovníky v diabetologické ambulanci. Pacientka P7 s úsměvem chválí: *„Doktorka i sestřička jsou velice milé a vždy mi vyjdou se vším vstříc.“* Pacient P3 doplňuje: *„...hodní, chápaví, možná málo přísní.“*

Kategorie 4 – Změna k lepšímu



Kategorie 4 „Změna k lepšímu“ je členěna na 3 podkategorie, které jsou přehledně zobrazeny v předchozím schématu. Kategorie 4 se zabývá změnou postoje dotazovaných pacientů k onemocnění DM a také důvodem proč nelze změnu uskutečnit. Dále popisuje stanovené cíle a motivace informantů.

Postoj k nemoci

Pouze dva informanti (P3 a P5) by chtěli dosáhnout změny v jejich postoji k nemoci a zároveň si myslí, že je to v jejich silách. Pacient P3 nechce prodělat další amputaci, ale i přesto mu dělá problém přinutit se něco dělat: „*Nechci už přijít o další prsty.*“ Informantka P5 by se ráda pokusila o větší disciplinovanost v pravidelném příjmu stravy. Hlavní problém, který jí brání v uskutečnění změny je vzniklé nechutenství. Starost o své zdraví má informant P4: „*Rád bych, aby se mi zahojila ta noha. Všichni straší tím nejhorším. (...), sám si nohu nepřevazuju, hodně zapomínám. Ale dcera o mě pečuje.*“ O zapomnětlivosti mluví i informant P6: „*Nechci mít tuhle nemoc. Chci mít stabilní hodnoty cukru, nechci přijít o nohy. (...), nechci se omezovat, jsem zapomnětlivý. Když mám chuť, dám si. Nohy mám slabé, už toho neujdu tolik.*“ Zbylí tři dotazovaní pacienti (P1, P2 a P7) nechtějí dosáhnout žádné změny v postoji k nemoci, důvody jsou různé. Informanta P1 odrazuje vysoký věk a se smíchem odpovídá: „*Ježiš, co můžete dosáhnout v těchto letech? Nic. Ne, hlavně neblbnout, nepřetahovat se, nepřesilovat. Nedělat to, že to musím udělat...*“ Radikální názor zastávala pacientka P7, když jsme se bavily o dosažení změny v jejím postoji k nemoci: „*Ne, mám tu být o pět let déle nebo méně, je to jedno. Chci si to jen užít...*“

Stanovení cílů

Negativně odpovídali informanti ve většině případů na otázku, zda mají stanovené nějaké cíle v souvislosti s jejich léčbou DM. Jenom tři dotazovaní pacienti (P1, P2 a P3) měli stanovený cíl typu v klidu dožít nebo udržet si onemocnění ve stejné nebo lepší rovině. Pacientka P2 si chce zachovat psychickou pohodu a udržet si zdraví, co nejdéle pro rodinu: „*Psychická pohoda, být schopná dojet si nakoupit, obstarat se a taky ty vnoučata a pravnoučata. Být tu pro ně ještě chvíli.*“

Motivace

Motivace je velice důležitá pro každého. Málokdo ji však má. Nejčastější motivací k tomu, aby se pacient s onemocněním DM začal chovat zodpovědněji, bývá rodina nebo veliké zhoršení stavu. Obvykle se lidé snaží poctivě režim dodržovat po vzniklých komplikacích jako je například amputace. Dlouho jim to však nevydrží, pacient P6 přiznává: „*Po amputaci jsem se snažil teď už zase ne.*“ Informanty P1, P4 a P7 u tohoto onemocnění odrazuje, že je nevléčitelné. Nemají tedy důvod více se snažit. Pacient P1

se smíchem odpovídá: „*Není co, vyléčit se to nedá...*“ Informantka P7 připouští: „*Kdyby to bylo vyléčitelné onemocnění, pak bych motivaci měla, takže je to jen udržování.*“

4.2 *Struktura výzkumného souboru B*

Tabulka 2: Základní identifikační údaje výzkumného souboru B

Sestry	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetřovatelství	Délka praxe ve zdravotnictví	Oddělení
S1	žena	SŠ	10 let	Domácí zdravotní péče
S2	žena	VŠ - Bc.	20 let	Interní odd.
S3	žena	SŠ	2 roky	Domácí zdravotní péče
S4	žena	VŠ - Bc.	40 let	Diabetologická ambulance
S5	žena	VŠ - Bc.	15 let	Diabetologická ambulance

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 shrnuje základní identifikační údaje o všech pěti zúčastněných informantech. Jedná se o pět všeobecných sester se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním. Dvě informantky pracují jako sestry v domácí zdravotní péči, jedna sestra pracuje na interním oddělení a zbylé dvě informantky pracují v diabetologické ambulanci. Délka jejich praxe je v rozmezí od 2 do 40 let.

4.2.1 *Kategorizace získaných dat*

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky získané v průběhu rozhovoru se sestrami pracujícími s pacienty s diabetes mellitus nedodržující léčebný režim. Výsledky jsou pro lepší přehlednost členěny do kategorií a podkategorií.

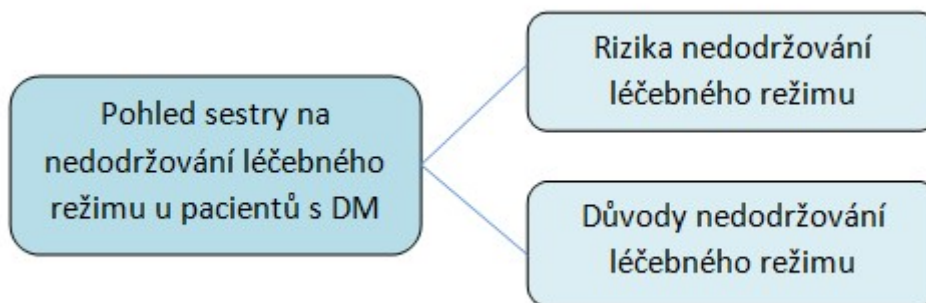
Stručný přehled kategorií

Kategorie 1 – Pohled sestry na nedodržování léčebného režimu u pacientů s DM

Kategorie 2 – Péče o pacienty s DM nedodržující léčebný režim

Kategorie 3 – Pohled sestry na vznik komplikací u pacienta s DM

Kategorie 1 – Pohled sestry na nedodržování léčebného režimu u pacientů s DM



Kategorie 1 „Pohled sestry na nedodržování léčebného režimu u pacientů s DM“ je členěna na 2 podkategorie, které jsou přehledně zobrazeny předchozím schématem. Za pomoci podkategorií jsou zde zachyceny informace o tom, s jakým nedodržováním léčebného režimu se sestry setkávají, jaké jsou důvody nedodržování léčebného režimu a v čem spočívají rizika pro pacienta.

Rizika nedodržování léčebného režimu

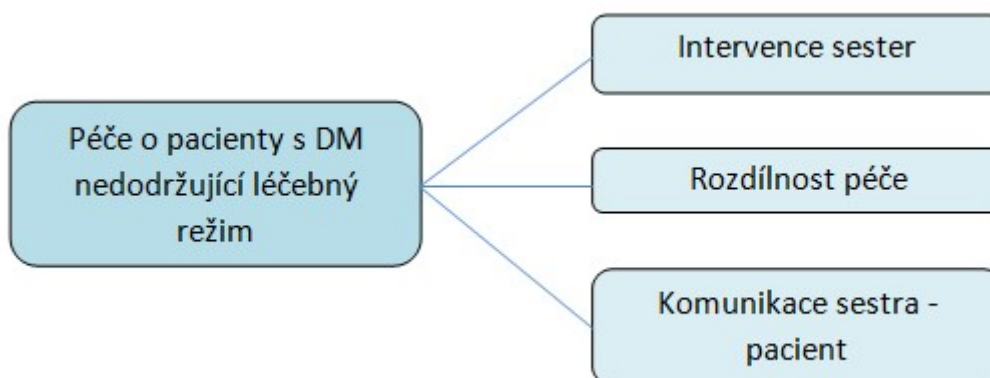
Všechny dotazované sestry se setkávají ve své praxi s pacienty s onemocněním DM nedodržující léčebný režim. Dotazované sestry se shodují na tom, že nejčastěji pacienti nedodrží dietní režim a nepravidelně se stravují. Informantka S4 popisuje: „*Především nepravidelnost stravy – hladovění. Není dodržen interval alespoň 5x denně. Obvykle pacienti, kteří mají PAD, tak mají pocit, že nepotřebují dodržovat dietu. Je zde velká neukázněnost.*“ Sestra S2 neklidně doplňuje, že často nespolupracuje i rodina pacienta: „*...nedodrží slazení. Používají normální cukru nebo nedodrží množství kolik. A nejvíce v nápojích. Lidé neakceptují, že některé nápoje obsahují cukr, nečtou si etiketu na obalu, buď to dělají vědomě, nebo nevědomě. Řeknou, že to neví. Ale i když mu limonády nosí rodina, tak ví, že je to diabetik a nesmí to, tak přinesou slazenou limonádu. Často si to neodepřou.*“ O zkušenost se špatnou a nepravidelnou aplikací inzulinu a zapomínání na kontrolní měření glykemie se podělila informantka S3: „*nejčastěji se setkávám s tím, že si pravidelně neaplikují inzulín, špatně si ho aplikují, neměří si hodnoty glykemie, lidsky řečeno prostě na to dlabou celkově...*“ S ní souhlasí i sestra S5. Rizikem nedodržování léčebného režimu u pacientů s DM je vznik akutních komplikací diabetu. Sestra S2 uvádí: „*Nedodržování léčebného režimu může pro diabetika přinést všechny různé diabetické komplikace. Samozřejmě se vyčerpá ta možnost zvyšování dávek toho inzulinu, vyčerpá se slivivky, člověku potom hrozí*

diabetický komplikace.“ Riziko vzniku vážných chronických komplikací znižuje informantka S3: „ ...*dále je riziko vzniku chronických komplikací. Nejčastěji se ve své profesi setkávám s diabetickou nohou, často končící amputací.*“

Důvody nedodržování léčebného režimu

Důvody nedodržování léčebného režimu znaly všechny sestry. Ne vždy se však jednalo o hlavní důvod. Informantky S2, S3 a S4 se shodují na tom, že si pacienti nepřipouští, že jsou nemocní. Bagatelizují a popírají tuto skutečnost. Sestra S4 tlumočí, co slyší od pacientů : „*Je mi dobře, se mi nic neděje. Pak nejsem vlastně nemocný.*“ Dalšími důvody nedodržování léčebného režimu u pacientů s DM jsou nedisciplinovanost, zapomnětlivost, špatné vztahy v rodině či nechutenství. Jako neovlivnitelný faktor uvádí sestra S3 stařeckou demenci: „ ...*dále se setkávám s neovlivnitelným faktorem a tou je ta demence pacienta, kdy rodina nejeví zájem o toho klienta. Neřeší jeho problémy. Prostě mu nepomáhají.*“ Sestry S4 a S5 se dále shodují na tom, že pacienti často nemají snahu léčit se, nemají vůli ani zájem. Sestra S4 popisuje, jak se mění postoj pacienta k dodržování léčebného režimu v závislosti na kolísavých hodnotách glykemie: „*Jakmile mají lepší hladinu, tak nadšení pro dodržování diety opadá a nejsou tak pečliví. Když se jim diabetes zjistí, jsou v šoku, ale jakmile si na to zvyknou, tak se snaha o zodpovědný přístup vytrácí.*“ Informantka S2 jako jediná popisuje stav, kdy jí pacient odpověděl, že pokud nedoplní do těla sacharidy v podobě nějaké sladkosti, tak mu začíná být špatně: „*Pacient řekne, že mu je špatně, když si cukr nevezme. Což je samozřejmé, protože jí potraviny s vysokým glykemickým indexem a rychle mu spadne cukr a má hned chuť na sladké a on to potřebuje doplnit, takže pořád lítá nahoru a dolů, což dělá to nejhorší pro sebe. A lidé jsou přesvědčení, že když si vezmou cukr, tak jim bude dobře. Jednak je to droga nebo návyk a nechtějí se toho vzdát a na druhou stranu nechtějí slyšet a nic pro sebe udělat a tvrdí, že to není tak hrozné.*“

Kategorie 2 – Péče o pacienty s DM nedodržující léčebný režim



Kategorie 2 „Péče o pacienty s DM nedodržující léčebný režim“ je členěna na 3 podkategorie, které jsou přehledně zobrazeny předchozím schématem. Pomocí podkategorií jsou v této poměrně obsáhlé kategorii popisovány informace o tom, jaké intervence musí sestra vykonávat v péči o pacienta s DM nedodržující léčebný režim a na co se v péči o tyto pacienty musí zaměřit. Dále se kategorii 2 zabývá rozdíly v péči o pacienty s DM nedodržující léčebný režim s těmi, kteří tento režim dodržují a poté náročností péče o tyto pacienty. V poslední podkategorii se budeme zabývat způsobem komunikace s těmito pacienty a do jaké míry ovlivňuje spolupráci mezi sestrou a pacientem.

Intervence sester

Většina sester (S1, S2 a S3) se zaměřují u pacientů na edukaci, ve chvíli, kdy zná jeho příčiny nedodržování léčebného režimu. Je potřeba řešit danou příčinu, která k nedodržování režimu vede. Sestra S1 podrobně popisuje: „*zaměřuji se na edukaci pacienta o nemoci, o jejích rizikových faktorech, vysvětlení důležitosti dodržování léčebného režimu, pravidelnosti přijímání stravy a pitného režimu, odpočinku a tělesné aktivity.*“ Informantky S2 a S3 mají zkušenost s tím, že je lepší podávat pacientům a jejich rodině informace postupně na vícero setkání než jim sdělit vše najednou. Sestra S3: „*...edukace probíhá v průběhu více návštěv, mám osvědčeno, že když jim vše řeknu naráz, tak si toho moc nepamatují. Je lepší to rozdělit do více kapitol.*“ Sestra S5 před samotnou edukací nejdříve preferuje zhodnotit úroveň vědomostí pacienta: „*Zhodnocení úrovně vědomostí pacienta v této oblasti. Následuje motivace pacienta k tomu, aby chtěl tyto info přijmout, aby jakože získal chuť znát tyto informace. Poté*

pacientovi podávám informace, jak za pomoci teoretických znalostí, tak praktickým nácvikem a poté pacientovi přidávám pomůcky, brožurky.“ Informantka S1 vykonává v péči o pacienta intervence k aplikaci inzulínu, měření hodnoty glykemie a kontrole příjmu stravy. O dodržování dietního režimu se zdlouhavě rozpovídala sestra S2: „Snažím se je přesvědčit, že když budou u nás dodržovat dietu, tak se postupně budou snižovat dávky inzulínu a když dodrží jenom co tady sní a co mají jenom v nemocnici, tak zjistí, jak jdou dávky inzulínu dolů. A pokud je to opravdu pacient, co to v nemocnici vydrží a není nic jiného, pak je tam ten rozdíl vidět. Často lékař počítá s tím, že doma nebude tak striktní dodržování režimu a diety, proto dává vyšší dávky inzulínu, jelikož se neočekává, že bude dodržovat. Ale mělo by to být spíše naopak, jelikož doma by měl mít pacient větší zátěž, než když leží v nemocnici. Že bude mít naopak větší spotřebu a že by ty dávky měly být nižší. Začne chodit, začne pracovat.“ Pokud pacient s DM i nadále nezmění svůj postoj, pak sestra S4 uvádí, že využívá slov jako je smrt, amputace, aby pacienta trochu vyděsila: „...když je to třeba, pak se snažím zastrašovat slovy smrt, amputace, oslepnutí.“

Rozdílnost péče

Rozdíl mezi péčí o pacienty s DM dodržující léčebný režim a o ty, kteří tento režim nedodržují, je veliký. Shodují se na tom všechny dotazované sestry. Je zde veliký rozdíl v náročnosti práce. Sestra S5 pracující v diabetologické ambulanci poukazuje na rozdíly v péči: „Ti, co dodržují režim chodí především jen na kontroly, zjišťujeme aktuální stav pacienta. Jestli se u něho objevují nějaké ty komplikace nebo nějaké ty problémy, které by s námi chtěl vyřešit. Povětšinou tito lidé tyto problémy nemají, pouze se kontroluje, zda nastavený léčebný režim funguje. Popřípadě se upraví.“ Zatímco u pacientů, kteří nedodržují léčebný režim, se postupuje následovně: „Musím zjistit příčiny, proč režim nedodržuje, jaký jsou důvody nedodržování léčebného režimu, opětovně ho poučit o nutnosti dodržení léčebného režimu, jaký je ten správný léčebný režim. Musí se nastavit opět správná dávka léčebného režimu, případně trochu pohrozit a co se týče kontrol, tak tito pacienti je mají častěji než ti, kteří naopak ne...“ Informantky S1, S3 a S4 tvrdí, že základem je opakovaná edukace u pacientů, kteří tento režim nedodržují. Sestra S4 přidává, že je třeba více apelovat na dostatečný pohyb pacientů, častou kontrolu dolních končetin a zdůrazňovat jim, aby toto onemocnění nepodceňovali. Sestra S3 doplňuje: „Důležitá je monitorace pacienta. Jako je kontrola glykemie, kontrola, jak si aplikuje inzulín, zda to umí, zda má teoretické znalosti. Práce je složitější z důvodu toho, že

pacient nejeví zájem o své onemocnění, neřeší komplikace, které mohou nastat. Důležitá motivace, aby režim dodržovali.“ Když pacient nejeví zájem o léčbu a o dodržování léčebného režimu, pak sestra nemá moc šancí, jak tento stav změnit. Pacient v tu chvíli nejeví zájem o onemocnění, o léčbu, o cokoliv, co sestra ze své strany provede. Informantka S5 to popsala následovně: „...je to jak házet hrách na zed’.“ Sestra S2 docela našťavaně zmiňuje vyčerpanost personálu při práci s pacienty nedodržující léčebný režim: „Pacient, který dodržuje, tak se nevrací. Nastaví se léčba a já toho pacienta roky nevidím. Pak je tu pacient, který má nastavenou léčbu. Začne se vracet s komplikacema, potkávám ho na dialýze, péče o ně je náročnější. Chápu, že jsou zdravotníci vyčerpaní, když nevidíte ochotu pacienta s tím stylem pracovat a pak se na vás člověk rozčílí, že vy ho kritizujete, že mu nechcete nic dopřát, tu jeho mlsku, tak se stává konflikt a personál se v tomto směru vyčerpá. Popisuje i situace, které vznikají v diabetologických ambulancích: „...chápu, že i nová sestřička v dia poradně, když si dva dny před kontrolou babička hlídá dietu, ale na glykovaném hemoglobinu je to vidět několik měsíců dozadu, tak je jasné, že sestra i doktorka už jsou vyčerpané a neví, jak s lidmi, aby to pochopili.“ Uvádí rozdíl mezi starým člověkem, zde konkrétně babičkou a mladým člověkem v produktivním věku, který by se sebou mohl něco dělat. V tu chvíli je začíná strašit vážnými komplikacemi, které mohou nastat. S údivem sestra sděluje: „A překvapuje mě, že mi lidé říkají, že nevěděli, že by mohli oslepnout, skončit na dialýze a tak dále. (...) přistupuji ke strašení a říkám, že jste tu poněkolkáté a vy o tu nohu přijdete a jsou lidé, co oslepli ze dne na den. (...) myslím si, že edukační masáž by měla být intenzivní a měla by postihovat i rodinu.“

Dotazované sestry mluví o tom, že lidé si dost často nedokážou představit, co onemocnění DM dokáže a čeho je schopné. Je důležité neustále vysvětlovat a přesvědčovat lidi o tom, že diabetická dieta smysl má. Práce s těmito lidmi je velice obtížná. Důležitá je trpělivost, opakovaná edukace, motivování k lepším výsledkům. „Pokud jsou to opakovaní pacienti, pak se přikláním k variantě drsně je zastrašit, aby si uvědomili, že něco dělají špatně a že je to vážné.“ doplňuje sestra S2. Dohled nad těmito pacienty je velice důležitý. Dále pak již zmiňovaná edukace, na kterou pacienti reagují různě. Část poslouchá a přikyvuje, jiní se doptávají a někteří se rozčilují a hájí se, že se jim nic stát nemůže anebo tvrdí, že dietu dodržují a sladké nejí. I přestože glykovaný hemoglobin ukazuje přesný opak.

Komunikace sestra – pacient

Dotazované sestry S1 a S4 uvádějí, že důležitý je v komunikaci mezi sestrou a pacientem vlídný, uklidňující a individuální přístup. Dále je nutné uvědomit si pacientovi limity a nechrlit informace všechny naráz, ale pozvolna. V průběhu je dobré ujišťovat se, zda rozuměli tomu, co jim sestry říkají. Dotazovaná sestra S3, má nejkratší dobu praxe a přiznává, že ze začátku nevěděla, jak s pacienty s DM nedodržující léčebný režim komunikovat: „ ...používala jsem latinské názvy, ale zjistila jsem, že těmto termínům málokdo rozumí. Dále kratší věty a nenabalovat informace naráz.“ Informantka S3, která má praxi ve zdravotní domácí péči, obsáhle popisuje, na co se v komunikaci především zaměřuje: „Pokud první návštěva, tak se snažím s pacientem seznámit. Jelikož jezdím k pacientům opakovaně, tak začínám úvodem, jak se pacient cítí. Dále pak navazuji přátelskou atmosféru, snažím si k pacientovi sednout, abychom byli na stejné úrovni. V začátku jde o zjištění informací, dále předáváme informace či nějaké brožury či letáčky. Na konci edukace se snažím získat zpětnou vazbu, co si pacient zapamatoval, co se naučil.“

Úroveň spolupráce pacientů nedodržujících léčebný režim je ve velkém ovlivněna naší komunikací s nimi. Někteří začínají pomalu spolupracovat, zamyslí se nad tím, co by mohli udělat lépe. I nadále se ovšem najdou tací, kteří zůstávají slovy sestry S5 „zaseknutí“ jelikož si neuvědomují vážnost svého stavu. Nejčastější reakcí pacientů je bagatelizace nebo samotné popření a nepřijetí skutečnosti onemocnění. Sestra S4 uvádí: „ ...agrese nebývá, spíš popření skutečnosti a smlouvání, že to se přeci jim stát nemůže, když se oni cítí nyní v pořádku.“ Aby si někteří pacienti s DM nedodržující léčebný režim začali uvědomovat vážnost jejich onemocnění, s tím se setkala informantka S1: „Setkala jsem se s uvědoměním si vážnosti onemocnění a případných rizik...“ Reakce v souvislosti s komunikací mezi sestrou a pacientem pěkně popsala informantka S3: „Pacient chce dodržovat, ale neví jak. Dále pacient naprosto odmítající, jak ze strany pacienta, tak ošetřující rodiny. A poslední, kdy pacient odmítá, pak po delší komunikaci, kdy se bavíme o komplikacích, které mohou vzniknout je pacient v šoku. Přemýšlí o tom, co by se mohlo stát. Že ta budoucnost není, nebo je velice krátká.“

Kategorie 3 – Pohled sestry na vznik komplikací u pacienta s DM



Kategorie 3 „Pohled sestry na vznik komplikací u pacienta s DM“ je členěna na 3 podkategorie, které jsou přehledně zobrazeny v předchozím schématu. Kategorie 3 se zabývá pohledem sester na dostatečné informace pacientů o vzniku možných komplikací v souvislosti s onemocněním DM. Dále se zaměřuje na nejčastější komplikace, se kterými se sestry v průběhu své praxe setkaly a na závažnost pacientova zdravotního stavu. Pomocí podkategorií jsou v této kategorii ještě zachyceny informace o opakované edukaci, jakým způsobem probíhá a do jaké míry je efektivní.

Vzdělanost pacienta

Dotazované sestry z domácí zdravotní péče a z diabetologických ambulancí uvádějí, že pacienti s diabetes mellitus, kteří k nim docházejí trvale nebo k nim sestry opakovaně dojíždějí, tak by měli mít dostatečné informace o možném vzniku komplikací. Pacienty, se kterými se setkávají poprvé, tak automaticky edukují, jelikož v této oblasti nemají dostatek informací. Sestra S4 uvádí: „*Pacienty, které znám roky, tak vím, že by ty potřebné dostatečné informace mít měli, jelikož je skoro každou návštěvu edukujeme o tom, co je potřeba, ale i přesto se najdou tací, co jsou překvapeni, když začnu mluvit o možnosti oslepnutí nebo o selhávání ledvin.*“ Informantka S3 ostatní dotazované sestry ze zdravotní domácí péče a diabetologických ambulancí doplňuje o skupinku pacientů, kteří striktně informace přijímat nechtějí: „*...pacienti, kteří absolutně nemají zájem o své onemocnění. Nechtějí info přijímat.*“ Něco podobného uvádí i dotazovaná sestra z interního oddělení: „*Edukace probíhají. Brožurky dostanou a jsou informováni. Ale když pacienti nechtějí přijmout fakt nemoci, tak si vsugerují, že jim to nikdo neřekl.*“

Zhoršení stavu

Pacientů s DM, u kterých se objevují komplikace, je mnoho. Sestry se setkávají jak s akutními, tak s chronickými komplikacemi. Sestry S1 a S3 se častěji setkávají s akutními komplikacemi u pacientů. Dle odpovědi sestry S3 jsou pro ně i více rizikové: *„Nejčastěji se setkávám s akutními komplikacemi. (...) Ty jsou pro mě více rizikové, stresové. Prostě hypoglykemie. Řešíme často s ošetřujícím lékařem, teda pokud nedokážeme stav vyřešit sami no.“* Co se týče chronických komplikací, tak se informantky nejčastěji shodují na oslepnutí, neuropatii a pocitem studených nohou, na amputacích končetin a dlouhodobě nehojících se ranách – diabetické noze. Sestra S2 mluví ještě o dialyzovaných pacientech. Dvě z dotazovaných sester se setkaly s tím, že po rozhovoru s pacientem o vážnosti jeho stavu, přišlo zlepšení. Pacient připustil možná rizika v souvislosti s onemocněním DM a snaží se jim předcházet.

Sestra S4 uvádí, že o vážnosti zdravotního stavu nemluví s každým pacientem. Pokud tento rozhovor nastane, pak má zkušenost s pasivním posloucháním pacienta nebo naopak vzniká vyhrocená situace, kdy se pacient začíná obhajovat: *„Většinou pacienti mlčky poslouchají a přikyvuji, někdy se brání, že to nevěděli nebo že už jsou zodpovědnější.“* V krajních situacích sestry používají zastrašování pacientů, aby si uvědomili vážnost jejich stavu, jako například sestra S5: *„...ve chvíli, kdy pacient dlouhodobě režim nedodrží, neplní své povinnosti, pak radikálně zakročíme a straším slovy – nedožijete se vnoučat, zemřete dřív, můžou vám uříznout nohu, oslepnete, budete mít selhání ledvin a budete muset jezdit na dialýzu.“*

Sestru S2 vždy velice rozruší, když jí letitý diabetik řekne, že něco zásadního nevěděl: *„...skoro je až straším a často slyším odpověď to jsem nevěděl. To mě vždy zarazí a kolikrát rozruší, že tohle letitý diabetik řekne. Ale vždyť je to jenom trochu, nemůžu pít neochucenou vodu, hořký čaj mi nechutná a to bych potom nemohl pít nic a to bych potom nemohl jíst, a co bych potom jedl, když vy mi řeknete, že bílé pečivo nemám a mě ten chleba nadýmá. A je spousta toho proč to nejde. Ti pacienti mají soustu důvodů, proč to nejde a chybí tam ta vlastní ochota ke změně. Oni mají nastavený svůj systém, co jim vyhovuje a tady mě máte a tady mě musíte léčit. Neříkám, že všichni, ale spíše ti zarputilí diabetici, kteří nechtějí změnit svůj životní styl, ale očekávají od toho zdravotnického systému to, že aniž by museli něco dělat, tak je zachrání...“* Rozzlobeně dodává, že pokud pacient nemá vůli něco měnit, tak je těžké pomáhat mu.

Opakovaná edukace

Všechny dotazované sestry prováděly opakovanou edukaci u diabetiků nedodržujících léčebný režim. Ta byla zaměřena nejvíce na dodržování pravidelného stravování, dostatek pohybové aktivity a zároveň i na odpočinek. Sestra S5 uvádí: „...*důležitá je motivace, probírání režimových opatření, léčba PADy. Proč pravidelně, proč na ně nezapomínat, jak správně aplikovat inzulin, jako ho používat. Mnohdy učíme rodinu, jelikož se o ně stará...*“ Sestra S3 zjišťovala jaké informace pacient má, co umí a v čem nemá jasno. Po podání informací se sestra přesvědčila, zda pacient všemu porozuměl. Dala prostor pro dotazy, které byla připravena následně zodpovědět. S pacientem trénovala aplikaci inzulinu a měření kontrolní glykemie. Opakovaná edukace od sestry S2 byla zaměřena především na komplikace, které mohou nastat. Pacienti poslouchají a smlouvají. Se smíchem dodává: „...*pacienti říkají, že tahle sestřička tomu nerozumí, jelikož zastrahuje tím, co jsem nikdy neslyšel.*“ Spolupráce pacientů je různorodá. Někteří mlčky poslouchají, jiní se doptávají, když je něco napadne. Nejsou výjimkou udivené a vyděšené pohledy pacientů. Sestra ze zdravotní domácí péče radí, jak se mají správně stravovat: „*Pacienti se cítí omezení a většinou se dotazují jaké druhy potravin a v jakém množství a kombinaci je mohou konzumovat.*“ Sestry jsou rády za každého pacienta, který má snahu spolupracovat. V tu chvíli je edukace a komunikace snazší. Dle dotazované S3 je důležitá trpělivost a navození spolupráce: „...*ti ostatní, co nechtějí spolupracovat, tak se snažím vrátit na takzvaný bod nula a začínám je motivovat od začátku k spolupráci.*“ Obě dvě sestry z diabetologické ambulance mají překvapivě dobré zkušenosti poté, co opakovaně edukovaly pacienty s diabetes mellitus nedodržující léčebný režim. Informantky ze zdravotní domácí péče mají zkušenost s tím, že pacienti jeví zájem o nápravu a jsou schopni připustit, že nebyli vzorní v péči o své zdraví. Sestra s nejkratší dobou praxe vzpomíná: „*První měsíce ze začátku byly výsledky tragické, říkala jsem si, jak je to možné, co dělám špatně? Zjistila jsem, že problém byl ve volbě komunikace. Mluvila jsem dost složitě rádoby odborně, nyní jsem se naučila mluvit jednodušeji a edukace jsou již úspěšnější, záleží na pacientovi, jestli sám chce nebo nechce dodržovat léčebný režim.*“ Sestra z interního oddělení má po dobu hospitalizace pacienta zkušenost s opakovanou edukací dobrou. Po propuštění neví, zda pacient režim dodržuje nebo ne. Pokud se ovšem za nějaký čas ve zhoršeném stavu opět nevrátí do nemocnice. Informantka S5 zakončuje náš rozhovor slovy, že edukace je velice důležitá a rozhodně smysl má.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce na téma „*Pacienti s diabetes mellitus nedodržující léčebný režim z pohledu ošetrovatelské péče*“ se zabývala pacienty trpícími civilizačním onemocněním diabetes mellitus, kteří nejsou dostatečně pečliví v péči o své zdraví. Podává přehled o tom, v čem nejčastěji pacienti režim nedodržují a co bývá důvodem. Dále byla práce zaměřena na ošetrovatelskou péči sester o tyto pacienty a na řadu souvislostí s problematikou spojených. Jelikož je výskyt onemocnění diabetes mellitus velice častý a mnoho pacientů se kvůli němu cítí omezení a nejsou pečliví v dodržování léčebného režimu, proto si myslím, že je toto téma neustále aktuální.

Prvním cílem bakalářské práce bylo odhalit příčiny, které vedou k nedodržení léčebného režimu ze strany pacientů s onemocněním diabetes mellitus. Pro splnění tohoto cíle bylo potřeba důkladně zmapovat samotné onemocnění diabetes mellitus a také jakým způsobem pacienti léčebný režim nedodržují. Druhým cílem bylo popsat úlohu sestry u pacienta s diabetes mellitus nedodržujícího léčebný režim. U tohoto cíle bylo pro jeho splnění potřeba důkladné prozkoumání problematiky, která se zabývala tím, co vše musí sestra v péči o pacienta zajistit, jakým způsobem má s pacientem komunikovat a jak nejlépe ho motivovat. Tyto problematiky jsou uvedeny v současném stavu této bakalářské práce na základě odborné literatury. Čerpáno bylo z nejnovější světové a české odborné literatury.

V návaznosti na první cíl byla stanovena jedna výzkumná otázka. Tato otázka zněla následovně: **„Jaké příčiny vedou k nedodržení léčebného režimu ze strany pacientů s onemocněním diabetes mellitus?“** Během rozhovoru byly pacientům pokládány otázky jakým způsobem či z jakého důvodu se jim nedaří dodržovat léčebný režim. Všichni dotazovaní pacienti se shodovali na tom, že nejobtížnější je dodržování dietního režimu. Dodržovat pravidelnou stravu a odepřít si sladké je pro některé informanty nepředstavitelné. Například pacientka P7 při rozhovoru přiznala, že dietu nedodrží a od začátku onemocnění DM vyhledává sladké mnohem víc než předtím: *„...dřív jsem nebyla na sladké, ale od té doby, co mám cukrovku, tak mám najednou velkou chuť na vše. Opravdu velká chuť na cukr.“* Podobně odpovídal pacient P3: *„Sladkosti si neodepřu.“* Je otázkou nakolik je cukr pro pacienty důležitý, i přestože mají vážné onemocnění s ním související. Taubes (2018) ve své publikaci polemizuje nad otázkou, zda se cukr stal opravdu návykovou látkou, nebo se jenom lidé chovají,

jako by jí byl. Dále uvádí, že žádný vědecký výzkum tuto teorii nepotvrdil, je však zřejmé, že se jednotlivci a celé populace chovají tak, jako by cukr návykový byl. Dotazované sestry doplnily, že diabetici často nedodržují pravidelné stravování. Časté je hladovění. Informantka S4 dále popisuje: „...obvykle pacienti, kteří mají PAD, tak mají pocit, že nepotřebují dodržovat dietu. Je zde velká neukázněnost.“ Častým důvodem proč informanti nedodržují léčebný režim byl argument, že po mnoha letech s tímto onemocněním už ví, co si můžou dovolit a co naopak ne. Myslím si, že stojí zmínit fakt, že všichni dotazovaní pacienti do určité míry ví, jak by se měli chovat, aby svůj léčebný režim dodržovali. Nikdo z nich se podle toho ale neřídí. Informanti také zmiňovali skutečnost, že diabetes mellitus je nevléčitelné onemocnění, a proto se vytrácí snaha o zodpovědnější přístup. Myslím si, že toto je jeden z důvodů ke ztrátě motivace pacientů.

Kalra et al. (2018) popisují, jak diabetes ovlivňuje fyzickou, sociální, duševní i psychologickou pohodu lidí. Pokud jsou psychosociální problémy dlouhodobě nevyřešeny, pak mají často vážné negativní dopady na pohodu a společenský život pacienta. Dotazovaní informanti se zmiňovali o tom, že je důležité nestresovat se jelikož to má negativní dopad na stav jejich onemocnění. Konkrétně P1 uvádí: „*Dobrý spánek, nestresovat se, nepřejídat se zbytečně. Dopřát si normální klidný život, když jsem ve stresu, cukr je horší. Souvisí to s psychikou.*“ P2 to doplňuje tím, že pro lepší psychický stav je dobré chodit ven a být v kolektivu blízkých lidí. Kalra et al. (2018) se s nimi shodují a uvádějí důkazy, které ukazují, že onemocnění diabetes mellitus a jeho komplikace jsou silně spojeny s psychologickými a psychiatrickými problémy. Ty mohou být spojeny se špatným chováním v péči o sebe, se špatnými metabolickými výsledky, se zvýšenou úmrtností nebo zvýšenými náklady na zdravotní péči, ztrátou produktivity či sníženou kvalitou života (Kalra et al., 2018).

Dotazované sestry se shodovaly na tom, že si pacienti nepřipouští, že jsou nemocní. Hlavně ve chvíli, kdy se u nich neobjevují žádné komplikace a nemají žádné problémy. Často bagatelizují a popírají tuto skutečnost. Sestra S4 od pacientů slyší věty typu: „*Je mi dobře, se mi nic neděje. Pak nejsem vlastně nemocný.*“ Švýcarsko-americká psychiatrička Elisabeth Kübler-Ross popisuje pět stádií, kterými si pacienti procházejí a postupně se s nimi vyrovnávají. První stádium je popírání a izolace, druhým zlost, třetím stádiem je smlouvání, čtvrtým stádiem je deprese a posledním akceptace. Ne do všech fází se pacienti dostanou. Sestry mají největší zkušenost se třetí fází, kdy pacienti

přesvědčují sebe i sestry, že režim dodržují a že to s nimi není až tak zlé a není třeba ještě striktně dodržovat léčebný režim. Kübler-Ross (2015) popisuje třetí stádium jako pokus o odklad. Obvykle se sestra setká za svoji praxi i s druhou fází, když říká pacientům, jakým způsobem by měli režim lépe dodržovat. Někteří mají pocit, že je sestry kritizují a nechtějí jim nic dopřát. Osoba může být frustrovaná, proč se zrovna u ní vyvinulo onemocnění DM. Kalra et al. (2018) nazývají druhou fází hněv a popisují ji jako silný pocit zlosti, nelibosti a nepřátelství. Většinou vzniká v reakci na vnímané provinění (Kalra et al., 2018). Někteří pacienti se dostanou až do pátého stádia, kdy jsou vyrovnáni se svým onemocněním a dokáží svoji situaci přijmout a připraví se na život s diabetem či na nutnost dodržovat zodpovědněji léčebný režim.

V souvislosti s druhým cílem byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První z nich byla položena následovně: „**Jaké intervence vykonává všeobecná sestra v péči o pacienta s diabetes mellitus nedodržujícího léčebný režim?**“ Po vyhodnocení odpovědí od dotazovaných sester jsme se dozvěděli, že důležité je zhodnotit ze začátku úroveň pacientových vědomostí. Dle toho se odvíjí, jakým způsobem a do jaké míry budou podávány nové informace. Kombinace teorie a praxe preferuje sestra S5: „*...pacientovi podávám informace, jak za pomoci teoretických znalostí, tak praktickým nácvikem. Poté pacientovi přidávám pomůcky, brožurky.*“ Kontrola aplikace inzulínu, měření hodnoty glykemie a kontrola příjmu potravy jsou intervence, které sestry u pacientů nedodržující léčebný režim zajišťují. Dotazované sestry z domácí zdravotní péče se často setkávají s tím, že si pacienti zapomínají aplikovat inzulín nebo se nepravdělně stravují. U pacienta P4 tomu nebylo jinak: „*Na pravidelnou stravu nemám čas nebo prostě zapomenu. Jsem starý, (...) dříve se o to starala manželka, nezapomínala.*“ Kudlová (2015) se sestrami souhlasí a přidává navíc několik diagnosticko-léčebných a ošetrovatelských činností jako například zjišťování životního stylu pacienta, především informace o jeho životosprávě. Dále přidává nutnost znát rodinnou anamnézu pacienta. Co se týče stravy, tak je důležité zaznamenávat současný jídelníček, příjem potravy s kontrolou sacharidů a podání PAD nebo aplikace inzulínu. V neposlední řadě zmiňuje neurologická nebo oftalmologická vyšetření jako prevence chronických komplikací (Kudlová, 2015). I přestože čtyři z pěti dotazovaných sester uvedly, že se v praxi setkávají u pacientů s komplikací diabetická noha žádná z nich v intervencích neuvedla, že by u pacientů kontrolu dolních končetin prováděla. Naopak Kudlová (2015) inspekci dolních končetin pacienta se zaměřením na poruchy kůže či kostní deformity řadí do

nutné diagnosticko-léčebné a ošetrovatelské činnosti sestry. Sahin a Cingil (2020) uvádějí, že čím více pacienti své onemocnění diabetes mellitus popírají, tím se zvyšuje počet symptomů na nohou. Sestra má důležitou roli v pravidelném sledování a opakované edukaci pacientů. Pravidelné osvojování informací napomáhá k svědomitějšímu přístupu pacientů (Sahin a Cingil, 2020). S tím některé sestry nesouhlasí jelikož nemají vždy jenom dobré zkušenosti. Informantky S3 a S5 popisují, že existují i takoví pacienti, kteří absolutně nemají zájem o své onemocnění. Nechtějí informace přijmout a nemají zájem o změnu. Trpělivost a snaha o navození spolupráce je nejdůležitější. Dotazovaná sestra S3 postupuje následovně: „ *...ti ostatní, co nechtějí spolupracovat, tak se snažím vrátit na takzvaný bod nula a začínám je motivovat od začátku k spolupráci.*“

Druhá výzkumná otázka v souvislosti s druhým cílem byla stanovena takto: „**Jakým způsobem ovlivňuje komunikace ošetřujícího personálu úroveň spolupráce pacienta s diabetes mellitus na léčebném režimu?**“ Na základě uskutečněného šetření lze říci, že komunikace pozitivně ovlivňuje spolupráci pacienta s DM na léčebném režimu. Důležité je zachovávat individuální přístup. Komunikace s pacientem musí být zaměřena na jeho věk a intelektuální úroveň (Špatenková a Králová, 2009). Většina pacientů nezvládne zachytit velké množství informací najednou, proto dotazované sestry doporučují rozplánovat informace do několika setkání. S tím souhlasí Zacharová (2016) a uvádí, že podání nadměrného množství informací směrem k pacientovi je velice neprofesionální. Dále doporučuje vyhnout se v komunikaci neetickému chování spojené s výsměchem, dvojsmyslností či urážkami. Tři z dotazovaných sester důrazně zmiňují, že když probíhá u pacientů edukace nemělo by se zapomínat na zpětnou vazbu, ve které se sestra přesvědčí, zda pacient všemu rozuměl. Sestra S5 pracující v diabetologické ambulanci uvádí: „ *...je dobré provést zpětnou vazbu, kdy vyhodnotíme nové info od pacienta, jak tomu porozuměl, jestli tomu porozuměl správně, kde sou mezery a případně naplánujeme na další kontrole předání dalších informací.*“ Podle informací získaných od pacientů s DM nedodržující léčebný režim je však zřejmé, že si zdravotnický personál nedával velkou práci s tím, aby se ujistil, zda pacient rozuměl všem informacím, které mu byly řečeny. Pouze informantka P5 uvádí, že u ní proběhla po edukaci kvalitní zpětná vazba. Sestra se u ní kontrolními otázkami přesvědčila, nakolik novým informacím porozuměla. Nyní nastává otázka, zda si pacient pouze nepamatuje jestli u něho lékař či sestra ověřovali kvalitu získaných informací nebo

opravdu zpětná vazba neprobíhala. Myslím si, že správná komunikace mezi pacientem a sestrou by sama měla vybízet k doplňujícím otázkám. Pacient by měl být sám aktivní a doptávat se, co mu není jasné nebo co ho navíc zajímá a sestra se o tom nezmínila. U dvou dotazovaných pacientek se edukátor přesvědčil otázkou, zda všemu rozumí. Dle Zacharové (2016) je toto nevhodně formulovaná otázka. Odpověď „ano či ne“ je pro ni od pacienta nedostačující. Lépe by tedy otázku formulovala takto: „*Jak tomu rozumíte?*“ V tuto chvíli je pacient nucen více přemýšlet nad tím, co se dozvěděl a co zdravotníkovi odpoví.

Pouze jedna informantka uváděla, že s ní pacient vedl otevřený rozhovor. Zbylé mají zkušenost s pacienty, kteří během rozhovoru mlčí nebo se naopak začínají obhajovat. Štefánková et al. (2017) to popisují jako běžné reakce pacientů. Jestliže sestra chce po pacientovi příliš mnoho, radí mu, informuje ho a nedává mu prostor, pak se dostává pacient do úzkých. Štefánková et al. (2017) vysvětlují, jak v těchto situacích zareagovat. Sestra by měla zpomalit a zapojit více pacienta, zeptat se, jak to vidí on, co ho napadá, co mu přijde důležité a podobně. Pak si myslím, že bude mít vedená komunikace mnohem lepší výsledky.

Když se sestry setkávají stále dokola s pacientem s DM, který odmítá dodržovat léčebný režim, pak využívají v komunikaci zastrašování. Snaží se pacientům pohrozit a doufají, že si uvědomí rizika, které toto onemocnění s sebou přináší. Dotazované sestry s tím mají poměrně dobrou zkušenost. Sestra S5 uvádí: „...někteří si uvědomí, že to není sranda a snaží se postupně proti tomu pracovat...“ Pokud se sestra dostane do té fáze, kdy je nucena pacienty zastrašovat, pak už jí ve většině případech ovládají emoce. Štefánková et al. (2017) zmiňují, že by pacient neměl mít pocit, že se na něj lékař či sestra zlobí. Mít pro ně alespoň základní pochopení, snažit se respektovat jejich limity. Pochopit je, pokud zrovna nemají náladu, jsou nemocní, trápí se nebo se špatně vyspali. Je důležitá neustálá motivace pacienta (Štefánková et al., 2017). Ta se odvíjí od správně zvolené komunikace. Některé sestry může plánovaný rozhovor s pacienty znervózňovat. Důvodem může být strach z toho, aby pacient správně pochopil vše, co mu bude sděleno popřípadě, aby pacient měl vůbec zájem o tyto informace. Špatenková a Králová (2009) uvádějí, že je úplně jedno s kým sestra komunikuje. V první řadě jde především o to, jak s ním komunikuje a jaký vztah s ním naváže, jelikož navázání dobrého vztahu, navození důvěry, je nejdůležitějším úkolem při prvním setkání s pacientem. Na samotné setkání s pacientem je dobré připravit se. Vhodně si

komunikaci s ním načasovat, projevit upřímný zájem o pacienta, sdělit mu vše jasně a srozumitelně a nezapomenout si ověřit, zda z našeho sdělení vše pochopil. Dobře stanovená komunikace poté ovlivňuje samotnou úroveň spolupráce mezi pacientem a ošetřujícím personálem.

Jak již bylo řečeno, k základním vztahům ve zdravotnické praxi patří vztah mezi sestrou a pacientem. Zvládnutí profesionální komunikace je dovednost, kterou se sestra musí učit celý život. Díky osvojování správných způsobů komunikování dokáže sestra komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a vhodně ukončit (Zacharová, 2016).

6 Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Pacienti s diabetes mellitus nedodržující léčebný režim z pohledu ošetrovatelské péče“ zjišťovala jakým způsobem a proč nedodrží pacienti léčebný režim. V bakalářské práci byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo odhalit příčiny, které vedou k nedodržování léčebného režimu ze strany pacientů s onemocněním diabetes mellitus. Druhý cíl se snažil popsat úlohu sestry u pacienta s diabetes mellitus nedodržujícího léčebný režim. V souvislosti se stanovenými cíli byly formulovány celkem tři výzkumné otázky. Jejich zaměření bylo na vykonávané intervence všeobecné sestry v péči o pacienta s DM nedodržujícího léčebný režim, dále se zabývaly příčinami, které vedou k nedodržování léčebného režimu ze strany těchto pacientů a v neposlední řadě se zaměřovaly na úroveň spolupráce pacienta s DM ovlivněnou komunikací ošetrujícího personálu.

Teoretická část bakalářské práce přináší informace nejen o různých typech tohoto onemocnění, ale i vzniku možných komplikací, které se v souvislosti s tímto onemocněním vyskytují. Dále je v teoretické části informace o různých typech léčby zmíněného onemocnění, jako je například léčba inzulinem nebo perorálními antidiabetiky. Důležitou kapitolou je samotná edukace pacientů s DM a způsob správné komunikace s nimi.

Výsledky výzkumného šetření poukazují na příčiny, které pacienty vedou k nedodržování léčebného režimu. Shodovali se na tom, že je onemocnění DM omezuje ve stravování a po několika letech s touto nemocí vědí, co si mohou dovolit. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že pokud se u pacienta neobjevily žádné komplikace, pak má pocit, že je zdravý a nic mu není. Sestry z velké části znaly povinnosti v péči o pacienta s DM nedodržujícího léčebný režim. Ne vždy tyto povinnosti plnily v praxi, přestože znaly jejich důležitost. Tato bakalářská práce také upozorňuje na nutno správné komunikace s pacienty s DM nedodržující léčebný režim a hlavně na roli sestry, kdy se vhodně kladenými dotazy přesvědčuje, zda pacienti edukaci porozuměli.

7 Seznam literatury

ADAMÍKOVÁ, A., 2016. Kombinovaná antidiabetická terapie s inzulinem při diabetes mellitus 2. typu. Praha: Mladá fronta. 101 s. ISBN 978-80-204-4224-6.

ADÁMKOVÁ, V., 2010. Civilizační choroby - žijeme spolu. Praha: Triton. 130 s. ISBN 978-80-7387-413-1.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2014. 4. Foundations of Care: Education, Nutrition, Physical Activity, Smoking Cessation, Psychosocial Care and Immunization. [online]. ADA. Diabetes Care [cit. 2020-04-07]. 38(1), pp. 20-30. doi: 10.2337/dc15-S007. ISSN 0149-5992. Dostupné z: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/dc15-S007>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 2017. 4. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. [online] ADA. Diabetes Care. [cit. 2020-04-09]. 41(1), pp. 38-50. doi: 10.2337/dc18-S004. ISSN 0149-5992. Dostupné z: <http://care.diabetesjournals.org/lookup/doi/10.2337/dc18-S004>

BARTŮNĚK, P. et al., 2016. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BROŽ, J., 2015. Léčba inzulinem. Praha: Maxdorf. 203 s. ISBN 978-80-7345-440-1.

BUREŠ, J., HORÁČEK, J., 2003. Základy vnitřního lékařství. Praha: Galén. 870 s. ISBN 80-7262-208-0.

DICKINSON, J. K. et al., 2017. The Use of Language in Diabetes Care and Education. [online]. American Diabetes Association. Diabetes Care [cit. 2020-04-04]. 40(12), pp. 1790-1799. doi: 10.2337/dci17-0041. ISSN 0149-5992. Dostupné z: <http://care.diabetesjournals.org/lookup/doi/10.2337/dci17-0041>

FÁBRYOVÁ, L., 2019. Diabezita: diabetes a obezita - nerozlučné dvojčinky. Brno: Facta Medica. 336 s. ISBN 978-80-88056-09-6.

GRUESSNER, R. W. G., GRUESSNER, A. C., 2013. The Current State of Pancreas Transplantation [online]. PubMed. Nature Reviews Endocrinology [cit. 2020-04-11]. 9(9), pp. 555-562. doi: 10.1038/nrendo.2013.138. ISSN 1759-5029. Dostupné z: <http://www.nature.com/articles/nrendo.2013.138>

GURKOVÁ, E., 2017. Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta. Praha: Grada Publishing. 191 s. ISBN 978-80-271-0461-1.

HALUZÍK, M., 2018. Průvodce léčbou diabetu 2. typu pro internisty. 3. vydání. Praha: Mladá fronta. 159 s. ISBN 978-80-204-4958-0.

HEMKER, H. C. A., 2016. Century of Heparin: Past, Present and Future [online]. Journal of Thrombosis and Haemostasis [cit. 2020-04-19]. 14(12), pp. 2329-2338. doi: 10.1111/jth.13555. ISSN 15387933. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jth.13555>

HOŘEJŠÍ, V. et al., 2017. Základy imunologie. 6. vydání. Praha: Triton. 297 s. ISBN 978-80-7553-250-3.

JIRKOVSKÁ, A., 2019. Léčba diabetu inzulínovou pumpou a monitorace glykémie: praktická doporučení pro edukaci. 6. vydání. Praha: Maxdorf. 112 s. ISBN 978-80-7345-601-6.

JOHN, H., et al., 2011. Cardiovascular Education for People with Rheumatoid Arthritis: what Can Existing Patient Education Programmes Teach Us? [online]. Oxford Academic Journals. Rheumatology [cit. 2020-03-29]. 50(10), pp. 1751-1759. doi: 10.1093/rheumatology/ker191. ISSN 1462-0324. Dostupné z: <https://academic.oup.com/rheumatology/article-lookup/doi/10.1093/rheumatology/ker191>

KAFAIE, P. et al., 2012. Evaluation of Patients' Education on Foot Self-Care Status in Diabetic Patients [online]. PMC. Iranian Red Crescent Medical Journal [cit. 2020-03-27]. 14(12), pp. 829-32. doi: 10.5812/ircmj.1138. ISSN 2074-1804. Dostupné z: <http://ircmj.com/en/articles/15713.html>

KALRA, S. et al., 2018. Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes [online]. Indian J. Endocrinol Metab [cit. 2020-07-16]. 22(5):696-704. doi:10.4103/ijem.IJEM_579_17

KAPOUNOVÁ, G., 2007. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada. 368 s. ISBN 9788024718309.

- KAREN, I. et al., 2014. Metabolický syndrom: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. 13 s. ISBN 978-80-86998-70-1.
- KARGES, W. J. P., DAHOUK, S., 2011. Vnitřní lékařství: stručné repetitorium. Praha: Grada. 426 s. ISBN 9788024731087.
- KUDLOVÁ, P., 2015. Ošetrovatelská péče v diabetologii. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
- KÜBLER-ROSS, E., 2015. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Praha. 320 s. ISBN 9788026209119.
- KVAPIL, M., 2018. Diabetologie 2018. Praha: Triton. 407 s. ISBN 978-80-7553-549-8.
- MARTÍNKOVÁ, J. et al., 2018. Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 520 s. ISBN 978-80-247-4157-4.
- NAVRÁTIL, L., 2008. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- PRIETL, B. et al., 2013. Vitamin D and Immune Function [online]. PMC. Nutrients [cit. 2020-04-11]. 5(7), pp. 2502-2521. doi: 10.3390/nu5072502. ISSN 2072-6643. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/2072-6643/5/7/2502>
- PSOTTOVÁ, J., 2012. Praktický průvodce cukrovkou: co byste měli vědět o diabetu. Praha: Maxdorf. 126 s. ISBN 978-80-7345-279-7.
- ROUX, D., 2010. Revoluce v léčení obezity, cukrovky, vysokého tlaku a cholesterolu. Olomouc: Fontána. 212 s. ISBN 978-80-7336-598-1.
- RYBKA, J., 2006. Diabetologie pro sestry. Praha: Grada Publishing. 283 s. ISBN 80-247-1612-7.
- ŞAHIN, S., CINGIL, D., 2020. Evaluation of the relationship among foot wound risk, foot self-care behaviors, and illness acceptance in patients with type 2 diabetes mellitus. Primary Care Diabetes [online]. [cit. 2020-07-16]. DOI: 10.1016/j.pcd.2020.02.005. ISSN 17519918. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751991819304164>

SAUDEK, F., 2018. Transplantační léčba diabetu: příručka pro pacienty s diabetem a jejich blízké. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 167 s. ISBN 978-80-7345-570-5.

SEYYEDRASOOLI, A. et al., 2015. Self-Efficacy in Foot-Care and Effect of Training: a Single-Blinded Randomized Controlled Clinical Trial [online]. PMC. Int J Community Based Nurs Midwifery. [cit. 2019-12-11]. 3(2), pp. 141-149. PMID: 26005694. PMCID: PMC4441354. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441354/>

SHARMA, S., 2018. Diabetes Mellitus: An Overview [online]. EBSCO. Journal of Advanced Scientific Research. [cit. 2019-12-26]. 92(2), pp. 10-13. ISSN 0976-9595. Dostupné z: https://sciencesage.info/admin/uploads/paper/JASR_20071824.pdf

SOUČEK, M. et al., 2005. Vnitřní lékařství pro stomatology. Praha: Grada Publishing. 380 s. ISBN 80-247-1367-5.

SOUČEK, M. et al., 2019. Vnitřní lékařství v kostce. Praha: Grada Publishing. 464 s. ISBN 9788027122899.

SVAČINA, Š., 2016. Antidiabetika: historie, současnost a perspektivy. Praha: Axonite CZ. 198 s. ISBN 978-80-88046-09-7.

SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. Interní ošetřovatelství II. Praha: Grada Publishing. 211 s. ISBN 80-247-1777-8.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén. ISBN 9788072625994.

ŠTEFÁNKOVÁ, J. et al., 2017. Motivace pacienta v diabetologické ambulanci. Praha: Mladá fronta. 132 s. ISBN 978-80-204-4590-2.

ŠTECHOVÁ, K., 2014. Diabetes mellitus 1. typu. Praha: Maxdorf. 136 s. ISBN 978-80-7345-377-0.

TAN, S. Y., MERCHANT, J., 2017. Frederick Banting (1891–1941): Discoverer of Insulin [online]. PMC. Singapore Medical Journal [cit. 2020-04-11]. 58(1), pp. 2-3. doi:

10.11622/smedj.2017002. ISSN 00375675. Dostupné z:
<http://www.smj.org.sg/article/frederick-banting-1891%E2%80%931941-discoverer-insulin>.

TAUBES, G., 2018. Doba jedová. Praha: Triton. 416 s. ISBN 9788075533425.

WANG, X. et al., 2013. Regional Differences in Islet Distribution in the Human Pancreas - Preferential Beta-Cell Loss in the Head Region in Patients with Type 2 Diabetes [online]. PMC. PLoS ONE. [cit. 2019-12-25]. 8(6) doi: 10.1371/journal.pone.0067454. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0067454>

YAGIHASHI, S., 2015. Advances in Pathology of Diabetes from Pancreatic Islets to Neuropathy-a Tribute to Paul Langerhans [online]. Pathology International [cit. 2019-12-25]. 65(4), pp. 157-169. doi: 10.1111/pin.12263. ISSN 13205463. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/pin.12263>

ZACHAROVÁ, E., 2016. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada. ISBN 9788027101566.

ŽĎÁRSKÁ, J. D., KVAPIL, M., 2017. Moderní diabetologie: teorie v kasuistikách léčby diabetes mellitus 2. typu. Praha: Current Media. 206 s. ISBN 9788088129196.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Podklad pro polostrukturovaný rozhovor - Pacienti s DM nedodržující léčebný režim

Příloha 2 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor – Všeobecná sestra

Příloha 3 – Povolení k realizaci výzkumného šetření

Příloha 1 - Podklad pro polostrukturovaný rozhovor – Pacienti s DM nedodržující léčebný režim

Základní údaje o informantech:

1. Pohlaví
2. Věk
3. Délka trvání nemoci
4. Typ onemocnění DM

Vlastní rozhovor:

1. Nakolik Vás onemocnění DM omezuje v běžném životě?
2. Jakým způsobem nedodržujete Váš léčebný režim?
3. Z jakého důvodu se Vám nedaří režim dodržovat?
4. Nakolik se domníváte, že máte dostatečné informace o režimových opatřeních týkajících se Vašeho onemocnění?
5. Co je podle vás důležité, aby diabetik v rámci každodenního života dodržoval a proč?
6. Proběhla u Vás edukace v souvislosti s onemocněním DM?
 - 6.1. Kdo Vás edukoval?
 - 6.2. Jakým způsobem edukace probíhala?
 - 6.3. Jak se edukátor přesvědčil, že jste sdělení porozuměl/a?
7. Znáte možná rizika, která by u Vás mohla v souvislosti s diabetem vzniknout?
8. Prodělal/a jste někdy některé rizikové stavy (hypo x hyperglykemie)?
 - 8.1. Byl/a jste na to připravený/á?
 - 8.2. Dokázal/a jste tento stav zvládnout sám/sama?
9. Jaké diabetické komplikace se u Vás už objevily?
10. Došlo v průběhu trvání Vaší nemoci DM k zhoršení Vašeho stavu?
 - 10.1. Pokud ano, víte, co bylo důvodem zhoršení?
11. Byl/a jste hospitalizován/a v nemocnici v souvislosti s DM?
 - 11.1. Byl/a jste spokojený/á s přístupem personálu v nemocnici?
 - 11.2. Chtěl/a byste něco změnit?
12. Jak Vám vyhovuje přístup zdravotníků, se kterými se v souvislosti s diabetem setkáváte?
13. Chtěl/a byste dosáhnout změny ve Vašem postoji k nemoci?
 - 13.1. Myslíte si, že je to ve Vašich silách?
 - 13.2. Jaká změna by to měla být?
 - 13.3. Co Vám v uskutečnění této změny brání?
14. Máte stanovené nějaké cíle v souvislosti s Vaší léčbou DM? Jaké?
15. Je něco, co by Vás motivovalo k zodpovědnějšímu přístupu?

Zdroj: vlastní výzkum

Základní údaje o informantech:

1. Pohlaví
2. Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetrovatelství
3. Délka praxe ve zdravotnictví
4. Oddělení

Vlastní rozhovor:

1. Jak často se ve své praxi setkáváte s pacienty s DM, kteří nedodržují léčebný režim?
2. S jakým nedodržováním léčebného režimu jste se setkal/a?
3. V čem je podle Vás toto nedodržování léčebného režimu pro pacienty rizikové?
4. Znal/a jste hlavní důvody nedodržování jejich léčebného režimu?
 - 4.1. Jaké důvody to byly?
 - 4.2. Které další příčiny, podle Vás, mohly vést k nedodržování léčebného režimu?
5. Na co se musíte zaměřit ve chvíli, kdy znáte pacientovi příčiny nedodržování léčebného režimu?
6. Jaké intervence vykonáváte v péči o pacienta s diabetes mellitus nedodržujícího léčebný režim?
7. Jak se liší péče o diabetiky nedodržující léčebný režim od těch, kteří tento režim dodržují?
8. V čem je pro Vás péče o tyto pacienty náročnější?
9. Jakým způsobem pracujete s diabetiky, kteří nedodržují léčebný režim?
10. Na co se v komunikaci s těmito pacienty zaměřujete?
11. Myslíte si, že je úroveň spolupráce s těmito pacienty ovlivněna Vaší komunikací s nimi?
12. S jakými reakcemi se u těchto pacientů setkáváte?
13. Myslíte si, že mají tito diabetici dostatečné informace o možném vzniku komplikací?
14. S jakými komplikacemi jste se u nich nejčastěji setkal/a?
15. Mluvil/a jste s nimi o vážnosti jejich stavu? Jak tento rozhovor skončil?
16. Prováděl/a jste někdy u diabetiků nedodržujících léčebný režim opakovanou edukaci?
 - 16.1. Jakým způsobem edukace probíhala? Na co byla zaměřena?
 - 16.2. Jak s Vámi pacient v průběhu edukace spolupracoval?
 - 16.3. Jaké výsledky měla Vaše edukace u pacientů nedodržujících léčebný režim?

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 3 – Povolení k realizaci výzkumného šetření

Švancárová Anna
studentka ZSF JCU v Českých Budějovicích
Boletice 77
382 21 Kájov
Tel.: 721 748 645

Mgr. Mária Vyhliďalová
hlavní sestra
Nemocniční 429, Horní Brána,
381 01 Český Krumlov

Boletice 23. března 2020

Žádost o povolení výzkumného šetření na interním oddělení v Nemocnici Český Krumlov, a.s.

Vážená paní magistro Vyhliďalová,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na interním oddělení v Nemocnici v Českém Krumlově, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Švancárové Anny, narozené 19.5.1998, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství prezenční formy, ZSF JCU v Českých Budějovicích.

Cílem této práce je popsat úlohu sestry u pacienta s diabetes mellitus nedodržujícího léčebný režim.

Výzkumné šetření bude provedeno formou rozhovoru se sestrami na interním oddělení. Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jiřího Kaase Ph.D.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Švancárová Anna

Šetření povoluji

NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s.
Nemocniční 429, Horní Brána
381 01 Český Krumlov
Mgr. Mária Vyhliďalová, MBA
hlavní sestra
Tel. 380 761 168, mobil: 777 741 117

9 Seznam zkratek

ADP – agentura domácí péče

Bc. - bakalář

ČDS – česká diabetologická společnost

DDP - dipeptidylpeptidázy

DKA – diabetická ketoacidóza

DM – diabetes mellitus

DNA – deoxyribonucleic acid

HDL cholesterol – high density lipoprotein / lipoprotein s vysokou hustotou

IDDM – inzulin dependentní diabetes mellitus

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin

i.m. – intramuskulární

i.p. - intraperitoneální

i.v. - intravenózní

LADA – latent autoimmune diabetes in adults

mmol/l – milimol na litr

MODY – maturity onset diabetes of the young

MS – metabolický syndrom

Odd. - oddělení

P1 - P7 – pacient 1-7

PAD – perorální antidiabetika

pH – potenciál vodíku

S1 – S5 – sestra 1-5

s.c. – subkutánní

SŠ – střední škola

TG – triglyceridy

VŠ – vysoká škola

$\mu\text{mol/l}$ – mikromol na litr