

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Jitka Kupková

Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy

**Aspekty zdravotní gramotnosti vztahující se k onemocnění
diabetes mellitus z pohledu seniorů s touto diagnózou**

Olomouc 2020

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v seznamu všechny použité literární i ostatní zdroje. Při zadání diplomové práce jsem byla seznámena s předpisy pro její vypracování.

V Olomouci dne 20. 03. 2020

.....
Bc. Kupková Jitka

Chtěla bych poděkovat PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. a doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za vedení, podporu a cenné rady při tvorbě mé diplomové práce. Děkuji také všem respondentkám, vedení nemocnice a oddělení a v neposlední řadě své rodině a mému manželovi za podporu a trpělivost po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE	8
1.1 Cíle výzkumu	8
1.2 Rešeršní strategie	9
2 TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1 Gramotnost.....	11
2.1.1 Zdravotní gramotnost	12
2.1.2 Zdravotní gramotnost seniorů.....	13
2.2 Senior	14
2.2.1 Individuální stárnutí.....	16
2.2.2 Penzijní připojištění	16
2.2.3 Pomoc seniorům	17
2.2.4 Finanční gramotnost dospělých a seniorů	18
2.2.5 Senior a zdravotní pojišťovna.....	19
2.2.6 Komunikace se seniorem.....	19
2.2.7 Vyváženost stravy u seniorů.....	21
2.3 Diabetes mellitus.....	24
2.3.1 Možnost stravování s diabetes mellitus	25
2.3.2 Diabetes mellitus – komplikace.....	26
3 PRAKTICKÁ ČÁST	30
3.1 Výzkumné problémy.....	30
3.2 Hypotézy a výzkumné předpoklady.....	30
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku	30
3.4 Organizace výzkumu.....	31
3.5 Metoda sběru dat.....	31
3.6 Demografická charakteristika respondentek v tabulkách a grafech.....	32

3.7 Zpracování dat.....	36
3.8 Ověřování platnosti hypotéz	49
4 DIABETES MELLITUS A JEHO KOMPLIKACE	56
4.1 Kazuistika G. M. 68 let	56
4.2 Kazuistika R. M. 81 let	58
4.3 Kazuistika P. B. 85 let.....	60
5 DISKUSE	63
ZÁVĚR	67
SOUHRN	68
SUMMARY	69
REFERENČNÍ SEZNAM.....	70
SEZNAM ZKRATEK	76
SEZNAM TABULEK.....	77
SEZNAM GRAFŮ	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	80
ANOTACE	

ÚVOD

Již šestým rokem pracuji na interním oddělení. Před dvaceti lety jsem začínala na chirurgickém oddělení. Mohu tedy srovnávat věkový průměr pacientů. Zatím co před dvaceti lety byl věkový průměr 50–60 let, nyní je to dle aktuálního stavu na oddělení v rozmezí 77–84 let. A to jen poznamenávám, že se jedná o akutní lůžka!

Co nám to ukazuje? Na straně jedné vyspělý zdravotnický systém – lidé se dožívají vyššího věku, ale na stranu druhou se zvyšují nároky na péči o seniory. Počet narozených dětí klesá. Sice se ještě pořád rodí více dětí, než dospělých umírá, ale rozdíl se začíná pomalu stírat. Počet narozených dětí (za rok 2018) stagnuje, počet zemřelých se zvyšuje. V roce 2018 se narodilo 114 tisíc dětí, 112,9 tisíc lidí zemřelo.

Již teď máme obavy z toho, že střední délka života přestává růst a tím se omezí možnost pracovat i ve vyšším věku. Početné ročníky, ke kterým patřím i já, začnou za víc jak 20 let odcházet do důchodu a dojde k vysokému náporu na důchodový systém (ČSÚ, 2018).

Ještě před dvaceti lety se do starobního důchodu odcházelo v 54 letech. V té době byla průměrná doba dožití 11 let. Nyní má ročník narození 1978 vypočten odchod do starobního důchodu na 65 let (Finance, 2018).

Do popředí zájmu se tedy dostávají senioři. Je zde snaha podpořit jejich aktivitu a myšlení, a tím i oddálit nemoci typické pro stáří (Alzheimer, demence, snížení objemu svalové hmoty, řídnutí kostí, ...). Snažíme se zajistit a podpořit jejich kvalitu života tak, aby byli co nejdéle zdraví a aktivní.

Diplomovou práci jsem zaměřila na zdravotní gramotnost seniorů, kteří byli hospitalizováni na interním oddělení v Nemocnici Kyjov a mezi jejich polymorbidním onemocněním byla i diagnóza diabetes mellitus 2. typu. Toto onemocnění je na třetí příčce z pohledu úmrtnosti v České republice. Na prvním místě jsou kardiovaskulární nemoci a na druhém místě nádorová onemocnění (SZU, 2014).

Chtěla bych zjistit úroveň zdravotní gramotnosti seniorů o tomto onemocnění a zároveň zjistit příčinu, proč dochází u některých nemocných k jejich opětovné hospitalizaci na našem oddělení z důvodu tohoto onemocnění. Práci chci zaměřit hlavně na seniory ve věku 65–100 let (naděje dožití v jihomoravském kraji v období 1. 1. 2013 – 31. 12. 2017 je podle Českého statistického úřadu u mužů 75,7 a u žen 85,1 let).

V závěru bych pak chtěla poukázat na to, jak se jiná zdravotnická zařízení snaží předcházet opětovné hospitalizaci pacientů pro diabetes a jak se i autoři některých

internetových stránek snaží co nejvíce zpříjemnit pacientům život s diabetem prostřednictvím přehledných informací. Seniorům, jejich rodinám a blízkým pomáhají se lépe orientovat v této nemoci, aby mohli lépe a komfortněji prožít zbytek života v kruhu své rodiny.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl:

Zjistit úroveň zdravotní gramotnosti ve vztahu k DM II. typu u seniorů s touto diagnózou v okrese Hodonín.

Dílčí cíle výzkumu

Dílčí cíl č. 1: Předložit veškeré dohledané relevantní poznatky, které byly publikovány o zdravotní gramotnosti v České republice.

Dílčí cíl č. 2: Předložit veškeré dohledané relevantní poznatky, které byly publikovány o zdravotní gramotnosti seniorů u nás a v zahraničí.

Dílčí cíl č. 3: Předložit veškeré dohledané relevantní poznatky, které byly publikovány o seniorech, pomoci seniorům v České republice a konkrétní pomoci seniorům s onemocněním diabetes mellitus.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit a předložit aktuální analýzu zdravotní gramotnosti seniorů, u kterých bylo diagnostikováno onemocnění DM na Hodonínsku, ve vztahu k tomuto onemocnění,

Dílčí cíl č. 5: Porovnat získané výsledky od oslovených respondentů (účastníků výzkumu) se zdravotní gramotností seniorů ve světě

Dílčí cíl č. 6: Poukázat na ne právě ojedinělé komplikace diabetu, se kterými jsme se u nemocných s diagnózou diabetes mellitus během praxe setkali.

Dílčí cíl č. 7: Zjistit a předložit dohledané relevantní informace, které pomohou předejít opětovné hospitalizaci diabetika pro toto onemocnění.

1.2 Rešeršní strategie

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

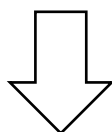
klíčová slova česky: Senior, Diabetes mellitus 2. typu, self-management, DSMQ dotazník, zdravotní gramotnost

klíčová slova anglicky: Senior, Diabetes mellitus type 2, self-management, DSMQ questionnaire, health literacy

jazyk: český, slovenský, anglický

období: 1993–2020

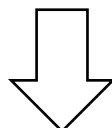
další kritéria: recenzovaná periodika, pouze full texty



DATABÁZE:

EBSCO, ProQuest, PubMed, GOOGLE Scholar,, Medvik, MedNar,

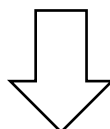
(n = 106)



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

duplicitní články, abstrakta (nedostupnost plnotextu), kvalifikační práce, nerelevantní

(n = 69)



RELEVANTNÍ VÝSTUPY REŠERŠE:

(n = 37)

Definice WHO z roku 1998

„Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví.“

(WHO, 1998)

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Gramotnost

Co vlastě znamená slovní spojení zdravotní gramotnost? Slovo gramotnost pochází z řeckého slova *gramma* = písmeno. V původním slova smyslu se jednalo o dovednost číst a psát v určitém jazyce, nejčastěji v mateřském.

V Evropě byla gramotnost asi až do 15. století výsadou elity společnosti. Až v 19. století nastala tzv. alfabetizace – učení číst a psát se začalo šířit dál, a to díky knihtisku, národním jazykovým hnutím, která propagovala náhradu latiny, průmyslové revoluci atd. U nás i v Evropě je gramotnost považována za indikátor stupně rozvoje společnosti. Bohužel ještě dnes mnoho zemí není zcela gramotných. Zde se zapojuje do alfabetizačního úsilí zejména UNESCO, to stanovilo den 8. září za Den mezinárodní gramotnosti (Duffková, 2017).

Mezi další, kdo se snaží zlepšit a zmapovat gramotnost obyvatel tohoto světa, patří Nadace World Literacy Foundation. Ta uvádí, že podle studie, kterou provedla v roce 2015, je na světě 796 miliónů zcela negramotných lidí. Dokonce v USA je negramotné každé čtvrté dítě. Nadace to považuje za světovou krizi. Má to dopad i na světovou ekonomiku, která tak ročně přichází o 1,2 trilionu amerických dolarů, protože gramotný člověk vydělává v přepočtu o 42 % víc než člověk negramotný. Pro představu, jedná se o 28,8 trilionu korun. Nadace také uvedla, že konkrétně Českou republiku tato negramotnost přijde na 3,62 miliardy amerických dolarů (87 miliard korun) ročně.

Dále Nadace World Literacy Foundation poukazuje na to, že na světě nyní žije asi 57 miliónů dětí, které se nemohou vzdělávat, a vzdělání jim není umožněno. Přesto, že je to vysoké číslo, došlo k dost velkému zlepšení úrovně gramotnosti. V roce 2000 bylo dětí, kterým nebylo umožněno vzdělání 100 miliónů (Emmerton, 2019).

2.1.1 Zdravotní gramotnost

Gramotností je popisováno několik druhů: např. čtenářská, matematická, zdravotní, finanční, mediální, jazyková, počítačová, sociální, pohybová aj. Pokud se tedy zaměříme na gramotnost zdravotní, můžeme ji dále rozdělit na složky:

1. funkční – sem patří tradiční zdravotní výchova. Jejím cílem je rozšířit znalosti obyvatel (očkování, preventivní prohlídky).
2. interaktivní složka – rozvíjí schopnost občanů jednat samostatně, podílet se na svém zdraví (preventivní programy).
3. kritická – cílem je utvářet zdravotně příznivé sociální prostředí (Holčík, 2017).

Dobrá zdravotní gramotnost zvyšuje úroveň zdravotního stavu obyvatelstva, nízká naopak vede k ekonomickým ztrátám, ovlivňuje náklady na zdravotní péči.

Zdravotně gramotný člověk je ten, který se na základě získaných informací o svém zdraví adekvátně rozhoduje (Holčík, 2010). Zdravotní gramotnost získáváme už od školního věku, tedy kolem 6. – 7. roku. Zde je již dítě naučeno samoobsluze, má hygienické návyky, začíná se samo rozhodovat, určitý čas během dne tráví mimo svou rodinu.

Již v programu „Zdraví 2020“ můžeme najít, že „zdravotní gramotnost společnosti se stala jedním z rozhodujících faktorů. Umožňuje správnou volbu zdravého chování a do značné míry ovlivňuje dovednosti, které se vytvářejí již v dětství“ (Zdraví 2020, s. 48).

Systematický výzkum zdravotní gramotnosti začal v 90. letech 20. století. Studie se z velké míry prováděly ve Spojených státech amerických (Davis et al., 1993). V roce 2014 vyšly první systematické studie, které se týkaly zdravotní gramotnosti 8 zemí Evropské unie. Proběhly v Rakousku, Bulharsku, Německu, Řecku, Španělsku, Irsku, Nizozemí a v Polsku (Sorensen, 2015). U nás bylo provedeno šetření úrovně zdravotní gramotnosti v roce 2014 (při realizaci programu Zdraví 2020). Podílel se na něm Státní zdravotní ústav (SZÚ), finančně ho podporovalo Ministerstvo zdravotnictví (MZ) České republiky a Česká kancelář WHO. Výzkum probíhal stejně, jako v předchozích osmi zemích Evropské unie. Zúčastnilo se ho 1037 obyvatel starších 16 let. Byly zastoupeny všechny kraje České republiky. Zdravotní gramotnost byla zkoumána hlavně v oblastech zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. V porovnání s ostatními 8 zeměmi skončila Česká republika na předposledním místě, za námi zůstalo pouze Bulharsko. Nejlepší výsledky má Nizozemsko. Studie ukázala, že 59,4 % našich dotazovaných obyvatel má pouze omezenou zdravotní gramotnost. Ze studie vyplývá, že v Česku má vliv na zdravotní gramotnost nejvíce věk

(v tom negativní slova smyslu, v pozitivním je to vzdělání), nejméně pak pohlaví. Věk má u nás vliv jak na celkovou zdravotní gramotnost, tak i na subjektivní zdravotní stav. Potřeba zaměřit se na zvyšování zdravotní gramotnosti u seniorů se tedy jeví jako velmi potřebné. Za zmínku je potřeba dodat, že na jedné straně jsme se umístili na předposledním místě, ale na straně druhé je návštěvnost lékaře u nás jedna z nejčastějších na světě (Kučera et al, 2016). Tuto situaci, kdy je mezi lékařem a zdravotní gramotností samotného pacienta/klienta znalostní mezera, je třeba změnit.

2.1.2 Zdravotní gramotnost seniorů

Podle statistického úřadu je k 31. 1. 2016 v České republice 18,3 % seniorů. Spolu s Itálií, Řeckem, Německem, Portugalskem, Finskem, Bulharskem a Maďarskem se tak řadíme k evropským zemím, kde počet seniorů (tedy obyvatel nad 65 let věku) je 20 % (ČSÚ, 2014).

Vzrůstá tedy potřeba zdravotní gramotnosti, aby se mohli senioři sami o sebe co nejdéle postarat. Za finanční podpory dotačního programu ministerstva zdravotnictví Národní program zdraví – projekty podpory zdraví pro rok 2015 a 2016 a z dotačního programu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, vznikl zdravotně výchovný materiál: Zdravotní gramotnost seniorů, dostupný na www.zdravotnigramotost.cz (Janovská a kol., 2016). Autoři zde rozdělili zdravotní gramotnost seniorů do třech oblastí:

- a) Oblast podpory zdraví – zde je zahrnutý životní styl (výživa, tělesná aktivita, denní režim, duševní hygiena, návykové chování), péče o prostředí (domácnost, instituce, veřejný prostor, osobní čas).
- b) Oblast prevence nemocí – základní hygiena, prevence infekčních i neinfekčních nemocí, postoje ke zdravotní péči a péči o zdraví.
- c) Oblast zdravotní péče – sem patří ošetrovatelská péče (rozpoznání příznaků poruchy zdraví, svépomoc a pomoc při poruše zdraví a v nemoci, dodržování léčebného režimu) a neodkladná první pomoc a bezpečné chování.

Příručka byla vytvořena jak pro seniory, tak pro ty, co se o seniory starají (sociální a zdravotničtí pracovníci) a je přístupná i veřejnost obecně. V budoucnu chtějí autoři vytvořit tzv. „elektronickou encyklopedii“ zdravotní gramotnosti.

Vliv zdravotní gramotnosti seniorů na čerpání zdravotnických služeb

Do zdravotní gramotnosti zahrnujeme i to, jak je člověk schopný pochopit a získat zdravotní informace k tomu, aby se mohl správně rozhodovat s ohledem na své zdraví. Nedostatečná zdravotní gramotnost vede zejména u starších ročníků k nedostatečnému využívání zdravotnických služeb. Podílí se i na špatném využití preventivních programů pro seniory, častých hospitalizacích, zvýšené mortalitě atd. (Kobayashi, 2014).

Hajduchová se svými spolupracovníky provedla výzkumné šetření zdravotní gramotnosti seniorů nad 65 roků věku. Cílem bylo mimo jiné popsat souvislost mezi zdravotní gramotností a schopností čerpat zdravotnické služby. Zde vyšlo najevo, že jedinci s nižší zdravotní gramotností, během posledních dvou let, se mnohem více a častěji obraceli a lékařskou pohotovost, naopak jedinci s dostatečnou zdravotní gramotností se na ni neobraceli téměř vůbec. Platí to i v počtu návštěv u praktického lékaře – čím nižší zdravotní gramotnost – tím početnější návštěvy u praktického lékaře, a to samé platí i pro hospitalizace. Bylo potvrzeno, že zdravotní gramotnost a počet návštěv u lékaře specialisty spolu nesouvisí (Hajduchová a kol., 2017).

Stejným výzkumem se zabývali i Baker et al (2002), Rasu et al (2015) a Vandenbosh et al. (2016). Jejich výsledky se vesměs shodují s Hajduchovou. Také dochází k závěru, že čím nižší zdravotní gramotnost, tím vyšší počet hospitalizací a častější návštěvy praktických lékařů (Hajduchová a kol., 2017).

2.2 Senior

Definice na téma senior již bylo napsáno mnoho. Haškovcová popisuje seniora jako staršího člověka, ale také nejstaršího a zpravidla váženého člena nějakého společenství (Haškovcová, 2012).

Řecky se senior řekne gerón – odtud pak označení gerontologie. Za seniora označujeme člověka staršího 65 let, je to následující období po období pozdní dospělosti. Věk je jediný objektivní faktor, který určuje, kdy se jedinec stává seniorem (Ondráková, 2012).

Stáří dále rozdělujeme podle vývojové psychologie na rané stáří (65–74 let), pravé stáří (75–89 let) a dlouhověkost (90 let a více). Změny, které ve stáří nastávají, mají významný podíl na zdravotní gramotnosti seniorů (Vágnerová, 2007).

Z fyzických změn je nejdůležitější zhoršující se zdravotní stav, svalová slabost, následkem čehož dochází ke snížené aktivitě (Ondrušová, 2011).

Z psychických změn je to pak přirozený úbytek mozkové tkáně, dochází ke zpomalení mozkové aktivity, což může u seniora vést až k sociální izolaci (Ondráková, 2012). Nesmíme také zapomenout, že v tomto období se častěji projevuje demence, deprese, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace (Ondrušová, 2011). Poslední poruchu mohou díky svému povolání zdravotníka potvrdit. Senior velmi špatně snáší vytržení ze svého přirozeného prostředí (tedy i pobyt v nemocnici).

Dochází i k socioekonomickým a sociálním změnám. Senior postupně ztrácí kontakt se svou prací, spolupracovníky, pobírá starobní důchod, dochází k úbytku financí. Zde můžeme zdůraznit, že je v tomto období důležitá nejenom gramotnost zdravotní, ale i gramotnost finanční. Ze sociálních změn to pak může být ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, a to může v některých negativních případech vyústit až k týrání a zneužívání seniorů (Topinková, 2005).

Z výsledků Sčítání lidu, domů a bytů 2011 vyplývá, že v České republice žije 1 644 836 obyvatel starších 65 let. Odpovídá to 16 % z celkového počtu obyvatel. V roce 2001, kdy proběhlo předešlé Sčítání lidu, domů a bytů činí nárůst o 2 %. Počet osob nad 65 let se zvýšil o 234 265. Na druhou stranu poklesla věková skupina 0–14 let o 2 % oproti roku 2001. Dochází k nárůstu indexu stáří, což je poměr počtu seniorů k věkové skupině 0–14 let. V roce 2011 index stáří v České republice dosáhl hodnoty 110. V praxi to znamená, že na 110 seniorů připadne 100 osob ve věku 0–14 let. V roce 2001 byl index stáří 85.

Ve skupině seniorů převažují ženy. Pro zajímavost ve věku 85+ bylo v roce 2011 polovina ženatých mužů, avšak žen bylo pouze 6 %.

Pokud bychom Českou republiku rozdělili na kraje, tak by nejvyšší index stáří byl v Praze (131), naopak nejnižší v kraji Středočeském (96). Jestliže se zaměříme na Evropskou unii, tak nejvyšší index stáří má Německo (156), naopak nejnižší Irsko (55). Česká republika se tedy pomyslně nachází uprostřed těchto hodnot (ČSÚ, 2014).

Ke konci roku 2017 žilo v České republice dle České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) 2 895 963 důchodců, kteří pobírali starobní, invalidní nebo pozůstalostní důchod (ČSSZ, 2018).

2.2.1 Individuální stárnutí

Díky tomu, že stáří je jev individuální a specifický, nemůžeme přesně říct, od kdy můžeme člověka považovat za starého. Proto Kalvach (2004) uvádí tři základní definice:

- a) Kalendářní stáří – zde Kalvach rozlišuje seniory mladé (65–74 let), staré (75–85 let) a velmi staré (85 let a více).
- b) Sociální stáří – souvisí se sociálními rolemi. Zahrnuje etapu postproduktivní (postreprodukční). Začíná odchodem do starobního důchodu (60+, příp. 65+). Člověk získává nové životní zkušenosti. V současné době zde dochází k rozvoji osobnosti, a to hlavně díky univerzitám třetího věku. Toto období již není chápáno jako období, kdy už má člověk vše za sebou, ale jako období, kdy se člověk věnuje novému životnímu programu.
- c) Biologické stáří – sleduje změny v oblasti fyziologie, adaptace, výkonnosti, mentální vyspělosti apod. Je velmi těžce vymežitelné. Lidé stejně staří mohou mít různý biologický věk (Kalvach, 2004).

2.2.2 Penzijní připojištění

Díky výše uvedeným číslům je zde určitá obava, že by v budoucnu nemusely být pokryty všechny výdaje na důchody. Sice v dnešní době je vysoká zaměstnanost a díky zvyšujícím se platům se zvyšují i příjmy z pojistného na důchody, avšak může dojít k poklesu ekonomiky nebo ke stagnaci, může se zvýšit podíl seniorů nad aktivním obyvatelstvem (MFCR, 2018).

Proto stát apeluje na obyvatele, aby si v dospělém věku zakládali penzijní připojištění a v důchodu měli určitou finanční rezervu. Rok 2019 byl, podle Asociace penzijních společností České republiky, od roku 2013 prvním, kdy se navýšil počet lidí s penzijním připojištěním. Koncem září roku 2019 mělo penzijní připojištění 4,445 milionu osob. Byl zde meziroční nárůst o 8 237 pojištěných. Celkem je v tzv. třetím pilíři 475,8 miliardy korun (APFCR, 2019)

Avšak pokud už senior pobírá starobní důchod a nemá penzijní připojištění, může stát požádat o příspěvky. Pokud má senior vážné zdravotní problémy, může si zažádat o invalidní důchod, průkaz ZTP (zdravotní, tělesné postižení), příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu nebo na zvláštní pomůcku.

2.2.3 Pomoc seniorům

Příspěvek na péči

Je určen těm, kteří dlouhodobě potřebují k vykonávání běžných denních činností, péči druhé osoby. Výše příspěvku se odvíjí od stupně postižení, který se určuje podle velikosti potřeby druhé osoby. Hodnotí se úroveň pohybu, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, péče o zdraví a domácnost, včetně osobní hygieny a vykonávání potřeby. Zohledňuje se i věk. Vyřízení příspěvku může trvat až 105 dnů. V případě potřeby je možné využít nemocenské dávky dlouhodobé péče. Je určena lidem, kteří nemohou chodit do zaměstnání z důvodu péče o osobu blízkou, která vyžaduje dlouhodobou péči (např. po operaci). Zažádat může potomek seniora, který byl minimálně 7 dní v nemocnici a na základě vyjádření lékaře bude následná péče trvat alespoň 30 dní. Maximální délka dávky je 90 dnů. O příspěvek potomek žádá svého zaměstnavatele, pokud se jedná o podnikatele, který si platí dobrovolnou nemocenskou, ten pak žádá na správě sociálního zabezpečení.

Příspěvek na mobilitu

Slouží na úhradu nutné dopravy lidem se zdravotním postižením. Příspěvek činí až 550,- korun měsíčně. Podmínkou je, že dotyčná osoba se dopravuje (nebo je dopravována) opakovaně za úhradu a vlastní ZTP, ZTP/P průkaz. O příspěvek se žádá na Úřadu práce. Nárok na něj nemají ti, kteří byli celý měsíc hospitalizováni v nemocnici nebo ti, kteří bydlí v domově pro seniory či jiném sociálním zařízení.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Je určen pro pacienty s těžkým tělesným nebo neurologickým postižením, s těžkými zrakovými nebo sluchovými vadami. Příspěvek je určen na pořízení toho, co nutně potřebují pro svou sebeobsluhu, a dotyčná věc není hrazena ze zdravotního pojištění. Od úpravy bytových podmínek, přes auto až po vodícího psa. Maximální výše je 350 tisíc korun. Příspěvek se vyřizuje na Úřadu práce České republiky.

Senior, a nejen on může zažádat na Úřadu práce i o příspěvek na bydlení, příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení nebo v případě velmi akutní potřeby i o mimořádnou okamžitou pomoc.

Mimořádná okamžitá pomoc

Pomoc je jednorázová. Poskytuje se v případě, kdy by mohlo dojít k ohrožení zdraví člověka, a to díky tomu, že má nižší příjmy, než je existenční minimum, tj. 2 200,- Kč. Dalším důvodem pro poskytnutí mimořádné okamžité pomoci je vážná mimořádná událost (např. požár, živelná pohroma). Poskytuje se i na nutný výdaj (správní poplatky, nocleh), na vzdělání nebo kroužek nezaopatřeného dítěte, na nákup nebo opravu nutného vybavení domácnosti a v neposlední řadě i na to, aby nedošlo k sociálnímu vyloučení např. po propuštění z výkonu trestu.

Uvedené příspěvky nejsou určeny pouze pro seniory, avšak vysoké procento seniorů tyto příspěvky využívá.

Jak už jsme výše uvedli, není u nás příliš dobrá gramotnost, hlavně finanční a zdravotní (zde máme na mysli především oblast podpory zdraví a oblast prevence nemocí) a snad právě kvůli tomu je u nás aktuálně 88 000 exekucí na důchody (MPSV, 2020).

2.2.4 Finanční gramotnost dospělých a seniorů

Finanční gramotnosti se v dnešní době učí již děti na základních školách. Jak už jsme uvedli, není u nás uspokojivá gramotnost zdravotní ani finanční. Z toho důvodu i Ministerstvo práce a sociálních věcí na svých webových stránkách, v pokynech pro obce uvádí seznam webových stránek, kam se mohou obyvatelé v případě finančních potíží obrátit. Je možné využít:

- <http://www.jakprezidluhy.cz/help-linka-2/mapa-dluhovych-poraden>,
- <http://dluhy.obcanskeporadny.cz/index.php/kam-pro-radu>,
- www.financnitisen.cz (v provozu je i celostátní bezplatná linka),
- <https://sako.justice.cz/> - obsahuje seznam osob, které mohou sepsat insolvenční návrhy.

Dne 1. 7. 2018 nabylo účinnosti ustanovení o bezplatné právní pomoci. Jedná se o novelu zákona o advokacii. Vzniká zde nárok na bezplatnou právní pomoc osobám, které mají příjem do trojnásobku životního minima. Česká advokátní komora jim poskytne (určí) advokáta k ústní právní poradě. Nárok je na 2 hodiny poradenství ročně.

2.2.5 Senior a zdravotní pojišťovna

U největší pojišťovny v České republice – Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která vznikla 1. 1. 1992 a to zákonem č. 551/1991 Sb., je pojištěno téměř 6 miliónů klientů (z 10 miliónů – počet obyvatel ČR)

VZP poskytuje zdarma nepovinné očkování proti chřipce klientům nad 65 let věku, hradí ho i osobám s diabetem, dále hradí seniorům i očkování proti pneumokokům.

Nově vzniklo tzv. VZP PLUS – DIABETES. Pojišťovna všem pacientům s DM, kteří jsou v péči diabetologa nebo praktického lékaře a jsou přihlášení do tohoto programu, hradí až 2 000,- Kč a to na preventivní programy. Až 1000 korun pojišťovna přispěje na pohybové aktivity nebo zakoupení vybavení pro sport (ne pro sportovní oblečení) a až 1000 korun pro nutričního terapeuta, který by jim pomohl se sestavením zdravého jídelníčku (VZP, 2020).

2.2.6 Komunikace se seniorem

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*. Znamená – společně něco sdílet, mít něco společné. Při komunikaci dochází ke sdělování informací mezi lidmi, a to prostřednictvím signálů a prostředků (ústně, mimikou gesty, ...). Podílí se na ní i media a počítačová komunikace. Můžeme ji také rozlišovat na aktivní a pasivní, verbální a neverbální. Slouží k vytváření mezilidských vztahů. Dá se říci, že ani nelze nekomunikovat. Komunikujeme od narození, s nadsázkou můžeme říct, že komunikace je již v prenatálním životě a trvá až do smrti. V komunikaci platí určitá pravidla, ať už probíhá mezi dětmi, dospělými, seniory. Naše společnost je založena na komunikaci (Janáčková, 2008).

Jaká jsou pravidla při komunikaci se seniorem, tedy člověkem starším 65-ti let? Musíme brát ohled na jeho zdravotní stav. Rozdíl mezi seniorem a člověkem v produktivním věku je do určité míry značný. Velký vliv zde má životní styl, pracovní prostředí, genetika, ale i přes to nebo právě proto již senior nezvládá to co ve třiceti, čtyřiceti letech. S postupujícím věkem dochází k vyhasínání reflexů, snížení pohybové aktivity, ke zhoršování zraku, sluchu, dochází k degenerativním změnám na páteři. Je větší potřeba v používání kompenzačních pomůcek, při získávání nových dovedností a informací. Senioři již nejsou tak aktivní. Dochází k nárůstu polymorbidity, rozvoji demence (Pokorná, 2010).

Všichni se ve svém okolí potkáváme se seniory, ať už přímo v rodině nebo jen při kontaktu s okolním prostředím – v obchodě, na ulici, v nemocnici, v čekárnách, ... komunikujeme s nimi. Zde si musíme (hlavně ve zdravotnických zařízeních) uvědomit, že

platí (jak už jsme řekli výše) určitá pravidla. Jsou postavena na respektování identity člověka. Oslovujeme seniory jménem, případně i titulem. Domácí oslovení „babi, dědo“ je nevhodné a ponižující. Vyhýbáme se infantilizaci (nemluvíme se seniorem, jako s dítětem), ani pokud je zde rozvoj syndromu demence. Pokud staršího člověka ošetřujeme, chráníme jeho důstojnost (to platí pro kohokoli, ať je to senior, dospělý nebo dítě). Nesnažíme se zlehčovat jeho potíže. Snažíme se je chránit před časovým stresem. Dopředu počítáme s jejich sníženou pohyblivostí, se zpomaleným psychomotorickým tempem. Důležité informace jim několikrát zopakujeme (rozpis léků a způsob jejich užití, přípravu na vyšetření, termíny vyšetření atd.). Napíšeme jim nejdůležitější věci na papír, poučíme i jejich doprovod. V případě, že je senior v doprovodu druhé osoby mluvíme nejprve s ním, až pak získáváme dodatečné informace od doprovodu, seniora neignorujeme. Ještě před rozhovorem si aktivně, ale taktně ověříme jeho komunikační bariéry (zrak, sluch). Tomu pak i přizpůsobíme další komunikaci. Zdržujeme se v zorném poli seniora, tzn., mluvíme z očí do očí – pokud sedíme, vyzveme ho, aby se také posadil. Mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Pokud máme pochybnosti, zda nám senior dobře rozumí, zkontrolujeme funkčnost jeho kompenzačních pomůcek (brýle, naslouchátko). Jestliže víme, že klient dobře slyší, nezesilujeme hlas. Ve stáří se porozumění řeči zhoršuje zejména ve hlučném prostředí. Nesnažíme se „překřičet“ jiný hovor, rozhlas, televizi. Hluk se snažíme odstranit, vypnout, zeslabit. Dopomoc při pohybu vždy nabídneme, ale nevnučujeme.

Ve zdravotnickém zařízení se snažíme, aby senior měl dostatek kompenzačních pomůcek a uměl je správně používat. Snažíme se zde také o to, aby ambulance, vyšetřovny atd. byly snadno přístupné, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením. Většina podniků, obchodů, restaurací má již bezbariérový přístup. Měli bychom seniora stále podporovat, aby byl co nejdelší možnou dobu pohyblivý. Po operacích, úrazech se snažíme, aby se senior zase co nejdříve „postavil na nohy“, motivujeme ho (Pokorná, 2010).

Pokud komunikujeme se seniorem se syndromem demence, musíme co nejvíce fixovat jeho pozornost (omezit rušivé a rozptylující vlivy prostředí), ověřit si, zda dobře vidí a slyší a zda netrpí afázií. Snažíme se ho povzbudit vlídným zájmem, chováme se klidně a pozitivně, omezujeme rychlé pohyby, nepřecházíme z místa na místo. Jsme v jeho zorném poli. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách. Nemluvíme ani odborně, ani ironicky. Používáme známé a přiměřené výrazy. Snažíme se gestikulovat i rukama. Vše názorně popsat, ukázat. Pokud něco správně nepochopí, neopakujeme pořád stejná slova, ale použijeme synonyma. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt, můžeme i jemným

dotykem. Ten nám napomáhá i ke zklidnění seniora. Během rozhovoru si ověřujeme, že nám rozumí. Opět důležité informace píšeme i na papír. Komunikujeme i neverbálně, používáme mimiku, dotek. Umožníme mu také tak komunikovat. Sledujeme jeho projevy bolesti, strachu, nervozity, obav, úzkosti, deprese. Při odchodu dáme jasně najevo, že odcházíme. Klient musí vědět, zda se ještě vrátíme a v rozhovoru budeme pokračovat, nebo jestli již rozhovor skončil. Nepodceňujeme ho, komunikaci neomezujeme, ale snažíme se ji přizpůsobit jeho schopnostem. Pokud je nutné takového pacienta vyšetřit, komunikujeme s ním při vyšetření klidně, uklidňujeme ho, vše mu popisujeme, komentujeme. Aktivně takové lidi chráníme. Chráníme jejich důstojnost, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Těmito všemi prostředky posilujeme u seniorů z hlediska zdravotní gramotnosti především oblast prevence nemocí a oblast zdravotní péče. Při komunikaci se snažíme posilovat také jeho základní informace. Jméno je v dlouhodobé paměti nejsilněji uloženo, ztrácí se pojem o čase, místě. Člověk má nejsilnější vzpomínky ze svého dětství, na své rodiče (Vybíral, 2009). Mám ze zaměstnání osobní zkušenost, kdy 80ti letá ležící paní chtěla jít domů, protože, jak udávala, se musí postarat o svou maminku.

A nesmíme také zapomínat na pravidla komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinou seniora. Nárůst seniorů si již uvědomují mnohé střední a odborné školy. Jen v našem regionu vznikl na učilišti nový obor – Ošetřovatel. Vidíme to i v médiích, kde se snaží zkrátit dobu studia zdravotních sester na minimum (u oboru Praktická sestra). Bohužel můj osobní názor je (a to vycházím z šestileté praxe u lůžka na interním oddělení), že nyní je zaměstnání sestry degradováno a pokud se z něj opět nestane prestižní zaměstnání, dostatek kvalifikovaných sester nebude.

2.2.7 Vyváženost stravy u seniorů

Senior může být jak zdravý (méně často), tak nemocný. Hlavně v pozdním stáří mluvíme o tzv. polymorbiditě. Mezi jeden z hlavních faktorů, který má velký vliv na zdravotní stav seniorů, patří výživa. První dochované informace o léčbě stravou pochází z doby kolem 3 500 let př. n. l., kdy léčba spočívala v podávání nálevů solných nebo cukerných roztoků a v popíjení masových či bylinných vývarů.

Výživa ve stáří má svá specifika. Pestrá strava je základem. Ve stáří se vyskytuje malnutrice, podvýživa i obezita. Zvyšuje se nedostatek tekutin, vlákniny, bílkovin, minerálů, stopových prvků, vitamínů a převažují sacharidy a tuky. Stoupající podíl tukové hmoty je

po 75. roku následován jejím poklesem (Malá et al., 2011). Pravděpodobně dochází k celkové anorexii organismu. Dle analýzy četných nutričních studií, bylo opakovaně prokázáno, že 12–30 % žen ve věku nad 65 let má dlouhodobě příjem bílkovin pod 30 g/den, přičemž doporučená denní dávka je kolem 50 g/den. Bílkoviny můžeme doplňovat i modulovým dietetikem Protifar. Přidává se do jídla. Již tři odměrky 2x denně znamenají navíc 17,8 g bílkovin. Pokud doplňujeme bílkoviny pomocí nutričních doplňků, můžeme doplnit až 20 g bílkovin vypitím 200 ml přípravku (Fortimel, Resource Protein Plus). Výhodou perorálních nutričních doplňků je příjem energie a proteinů v malém objemu. Z minerálních látek jsou to pak hlavně vápník – při jeho nedostatku vzniká nejčastěji osteoporóza, železo – senior má sníženou potřebu masa v potravě, což může být i důsledkem špatného stavu zubů, špatně sedící zubní náhrady, z nedostatku finančních prostředků atd., draslík – jeho nedostatek vzniká většinou při léčbě srdečního selhání diuretiky = ztráta draslíku do moči. Z vitamínů pak vitamin C – nedostatek při nízké konzumaci ovoce a zeleniny, vitamin D – tvoří se díky slunečnímu záření a napomáhá vstřebávání se vápníku do kostí, kyselina listová a vitamin B12 – při jejich nedostatku vzniká anémie.

Nedostatečná výživa vede ke snížení obranyschopnosti, horšímu hojení ran, delší době rekonvalescence (Topinková, 1995). Sledováním a aktivitami spojenými s lepší výživou se snažíme o dosažení a zachování svalové hmoty, ta se ve stáří z průměrných 30 % snižuje až na 15 % celkové tělesné hmotnosti. V 80 letech dochází ke snížení svalové hmoty přibližně o 40 % proti původnímu stavu ve 30 letech jedince. Zde pak narůstá riziko pádů, zhoršení pohyblivosti a snižuje se bazální metabolismus. Ztráta svalové hmoty (sarkopenie) způsobuje zvýšený počet pádů, fraktur, nesoběstačnost, zvýšenou úmrtnost a morbiditu v průběhu kritických stavů již v časně fázi (např. perioperační období) aktuální stresové zátěže, zhoršuje respirační funkce. Dále se pak snažíme pomocí stravy o správné fungování centrálního nervového systému a imunity (Berková et al., 2013).

Z evropského výzkumu je patrné, že problém výživy se tak netýká zdravých, doma žijících seniorů, ale hlavně seniorů s akutním nebo chronickým onemocněním, kteří jsou hospitalizováni v nemocnicích, nebo žijí v sociálních zařízeních (Kalvach, 2004).

Faktory mající vliv na příjem stravy

Mezi faktory, které vedou k ovlivnění příjmu stravy, patří faktory somatické, psychické i sociální. Jak jsme již uvedli, může nastat problém s denticí až v 60 % (příčinou je osteoporóza, parodontóza, snížená intenzita péče o dutinu ústní a zanedbávání pravidelných návštěv stomatologa – snižuje se kvalita žvýkání), polykáním (u CMP, Parkinsonově nebo Alzheimerově chorobě – nebezpečné jsou tzv. tiché aspirace stravy). Ty mohou být příčinou závažných, často recidivujících bronchopnemonií. Zhoršuje se vnímání chutě a vůně, snižuje se tvorba slin. Strava může být jednostranná – senior již nebývá ochotný zkoušet ve stravě něco nového. Mívá často nechutenství nebo nevolnost – spojené s užíváním většího množství léků. Snížení chutě k jídlu mohou vyvolat např. digoxin, antiflogistika, fluoxetin, antiparkinsonika, antibiotika, metformin nebo cytostatika. Zvýšení chuti k jídlu např. antiepileptika, tricyklická antidepressiva, atypická neuroleptika. Změnu kvality chuti způsobuje např. ACE inhibitory, amiodaron (kovová chuť).

Vliv může mít i zapomínání nebo život v jednočlenné domácnosti. I omezení pohyblivosti může vést k malnutrici – člověk není schopen si zabezpečit potravu nebo naopak může vyvolat značnou obezitu a úbytek svalové hmoty – člověk má dostatek jídla i chuť k jídlu, ale chybí mu pohyb (Jurášková et al., 2007). Ke zhodnocení fyzického stavu seniora používáme funkční testy. Měření síly svalového stisku, ergometrie, spiroergometrie, testy chůze, test přenášení břemene.

Obecné dietní zásady se příliš neliší od zásad zdravé výživy v produktivním věku. Strava by měla být pestrá, více vařených a dušených pokrmů, méně smažené a pečené na tuku. Zvýšit by se měl příjem vhodné zeleniny. U obézních seniorů omezujeme cukr a bílé pečivo. Preferujeme polysacharidy před jednoduchými cukry. Maso by mělo být libové, 1x do týdne ryby, 2x denně mléčné výrobky. Strava by měla být pravidelná, nepřejídat se, ani nehladovět. Úpravu a konzistenci stravy je třeba přizpůsobit potřebám seniora. Pokud i přes to není dobře pokryta denní dávka energie, je třeba přistoupit k nutričním doplňkům stravy. Poradí nám nutriční terapeut, praktický lékař apod. (Kubešová et al., 2006).

Senioři jsou nejvíce ohroženi malnutricí. Klíčové je u nich předcházet rozvoji malnutrice a sarkopenie (Hrnčiariková a kol., 2008).

2.3 Diabetes mellitus

V období od roku 2008–2018 se navýšil počet diabetiků o 15 %. Jestliže bude takové tempo i nadále pokračovat, tak v roce 2035 bude tímto onemocněním trpět každý 10. Čech. V České republice žije podle České asociace farmaceutických firem 928 000 diabetiků. Diabetes mellitus II. typu má z toho 850 000. Cena jejich léčby tvoří přibližně 15 % nákladů celého zdravotnictví. V roce 2015 to bylo 33 miliard Kč. V přepočtu to vychází asi na 53 000,- Kč na jednoho pacienta (Böhmová, 2018).

Počet pacientů se neustále zvyšuje. Nyní trpí tímto onemocněním 8 % obyvatelstva České republiky. Na prvním místě co do počtu výskytu je DM II. typu (v roce 2016 = 85 %), následuje porucha glukózové tolerance (7,4 %) a v neposlední řadě DM I. typu (6,5 %), zbylé 1,1 % je pak sekundární diabetes. Každý rok tak přibude téměř 10 000 nových diabetiků. Nejvyšší počet jich je ve věku 60–75 let. Zde se jejich počet téměř zdvojnásobil. Z 18 000 na 35 000 nemocných na sto tisíc obyvatel České republiky.

Co avšak na druhou stranu klesá, je počet pacientů, kteří se léčí pouze dietou (v roce 2011 to bylo 22 %, v roce 2016 to už bylo jen 15 %). Přibývá těch, kteří k dietě ještě potřebují dostávat perorální antidiabetika (PAD). V roce 2007 to bylo 45 %, v roce 2016 již 54 %. Počet pacientů léčených přímo inzulinem je setrvalý.

Ročně zemře 20–30 tisíc pacientů, kteří trpěli onemocněním DM (přitom diabetes nemusel být jednoznačnou příčinou jejich úmrtí). Pro názornost, v roce 2007 zemřelo 23 tisíc pacientů s DM, v roce 2015 pak zhruba 27 tisíc. Nesmíme také zapomínat na komplikace, které u onemocnění DM mohou nastat a to nefropatie, retinopatie a tzv. diabetická noha. Vyjmenovaná onemocnění se statisticky sledují (ÚZIS, 2017).

Musíme se zamyslet, proč k tomu dochází. Podle diabetoložky Klementové je to hlavně z důvodu, že pacient nemá motivaci ke zlepšení svých stravovacích a pohybových návyků. Dle jejího vyjádření až 36 % diabetiků nedodržuje léčebný režim a přejídá se. Poukazuje na to, že je zcela běžné, že pacient má čtyřkombinaci léků na diabetes a k tomu trojkombinaci léků na tlak, cholesterol a zvýšenou kyselinu močovou. To konec konců mohou potvrdit i já ze své praxe.

Do komplexní edukace pacientů s diabetem II typu patří, dle Klementové, diabetická dieta, fyzická aktivita, prevence diabetické nohy, prevence zdravotních komplikací a v neposlední řadě redukce váhy.

Diabetes mellitus zatím není léčitelné. Aktuálně se k udržení fyziologické hladiny glykemie používá vhodná životospráva, dodržování pokynů a ordinace lékaře. Pravidelnými

kontrolami očního pozadí, vylučovacího systému a prokrvení, zejména dolních končetin se pak snažíme předejít možným komplikacím (Klementová, 2017).

2.3.1 Možnost stravování s diabetes mellitus

Když jsme procházeli a hledali možnosti, jak a kde se může senior s DM stravovat, jako první jsme našli stravovací provoz v Olomouci. Jedná se o vývařovnu, která denně uvaří cca 780 obědů, ty se rozváží 7 dnů v týdnu včetně svátků.

Připravují zde dietu č. 3 (racionální), dietu č. 4 (s omezením tuků) a dietu č. 9 (diabetickou). Cena obědů se pohybuje v rozmezí od 66–86,- Kč (sluzbyproseniory, 2020).

Jako další zajímavost jsme našli vývařovnu v Táboře, kde nabízejí nejen dietu 3, 4, 9 ale i dietu D4/D9 – kombinaci diety šetřící a diabetické. Zde se i zamýšlí nad seniorem – kdy senior je většinou polymorbidní a tedy nemusí trpět pouze jedním druhem onemocnění (gcentrum, 2020).

Přímo v Brně, pak najdeme stravovací provoz, kde mají Menu I., Výběrové menu, Diabetické menu, Žaludeční a žlučnickové menu a Bezlepkové menu, vše i s rozvozem (pomocnemocnym, 2020).

V Domově pro seniory v Pelhřimově, kde vaří stravu i pro klienty denního stacionáře a pečovatelské služby a mohou si ji objednat i vyzvednout obyvatelé Pelhřimova, dokonce vaří i stravu s označením H, která je určena pro pacienty s antikoagulační léčbou (dpsp, 2020).

Pokud se porozhlédnu ve svém regionu, je zde možnost dovozu oběda přes Centrum sociálních služeb Kyjova, příspěvkové organizace města Kyjova. Nabízí z dietních jídel stravu diabetickou a žlučnickovou. Další diety pak záleží na dohodě. Dovoz jídla je zde však podmínován i objednávkou dalších služeb, které centrum poskytuje např. pedikúrou atd. Cena je zde nově stanovena na 76,- Kč včetně dovozu a pronájmu jídlonosiče. Dovoz nabízí jak seniorům nad 65 let, tak lidem se zdravotním postižením. Limitující je také to, že musí být z Kyjova (css-kyjov, 2020).

2.3.2 Diabetes mellitus – komplikace

Akutní komplikace

a) Hypoglykemie

Hladina glykemie je nižší než 3,9 mmol/l. jedná se o nejčastější komplikaci, ke které dochází při léčbě inzulinem spolu s PAD. Dochází k tzv. hyperinzulinémii, která je většinou způsobena vynecháním, oddálením nebo malým množstvím jídla anebo na druhou stranu zvýšenou fyzickou aktivitou, ale dávka inzulinu spolu s PAD zůstala stejná.

Obzvlášť je nebezpečná v kombinaci s alkoholem, nedostatečným příjmem potravy a při snížené funkci ledvin. Hodnotu určíme pomocí glukometru, nebo rozbořením krve v laboratoři. Rozlišujeme ji na asymptomatickou, symptomatickou, kdy ji pacient zvládne sám a symptomatickou, kdy je již potřeba druhé osoby (např. u kómatu). K příznakům řadíme třes, pocení, tachykardii, zmatenost, při delším trvání dochází k poruše vědomí až ke kómatu. Následkem časté hypoglykemie může být maligní arytmie, akutní koronární syndrom, neurologické postižení CNS s ložiskovými příznaky imitujícími cévní mozkovou příhodu, generalizované křeče nebo sekundární komplikace, jako jsou aspirace zvratků, úraz, dopravní nehoda. První pomoc je v podání cukru, v těžších případech 40 % glukóza intravenózně, v lehčích případech podat sladký nápoj per os.

Tabulka 1. Hypoglykemie – zásady léčby

Bez poruchy vědomí
<ul style="list-style-type: none"> • pacient zvládne sám • 200 ml sladkého nápoje (oslazený čaj, sladký nápoj typu kola – ne light!, džus) nebo 10–20 g hroznového cukru (2–4 tbl. po 5 g), sladký gel • dále 20–30 g komplexních sacharidů – pečivo, přílohy • kontrola glykémie po 15–20 minutách, pokud hypoglykémie přetrvává, postup opakovat • pokud přetrvává i po dalších 15–20 minutách, nutný příjem dvojnásobného množství sacharidů, než je uvedeno výše • nevhodná je čokoláda a tučná jídla • časná kontrola ošetřujícím lékařem, zvážení úpravy léčby
S poruchou vědomí
<ul style="list-style-type: none"> • 40–60 ml 10–20 % glukózy i.v., pokud není k dispozici, použít adekvátně vyšší objemy roztoku glukózy o nižší koncentraci • kontrola glykémie po 5–10 minutách, pokud hypoglykémie přetrvává, postup opakovat • po zvládnutí hypoglykémie jídlo se 30–40 g komplexních sacharidů – pečivo, přílohy • glukagon, je-li k dispozici a indikován • po nekomplikovaném průběhu není hospitalizace nutná • hospitalizace je nutná, pokud není úprava stavu kompletní (přetrvávají neurologické nebo psychiatrické příznaky) či je zde riziko opakování hypoglykémie v krátkém čase • časná kontrola ošetřujícím lékařem, zvážení úpravy léčby
Trvající porucha vědomí
<ul style="list-style-type: none"> • trvá porucha vědomí po verifikované hypoglykémii (glykémie byla nízká a již je normální nebo zvýšená): transport do nemocnice, monitorované lůžko, pokračuje infúze glukózy • porucha vědomí, hypoglykémie nebyla verifikována (např. při první kontrole glykémie je přítomná normální nebo vyšší glykémie): transport do nemocnice, monitorované lůžko, nemusí jít o následek hypoglykémie
Hypoglykémie po sulfonylureovém PAD
<ul style="list-style-type: none"> • riziko recurence • vhodná hospitalizace a infúzní aplikace glukózy ≤ 24 hodin dle klinického a laboratorního nálezu • časná kontrola ošetřujícím lékařem, vysazení sulfonylurey, změna léčby
Po zvládnutí hypoglykémie
<ul style="list-style-type: none"> • 20–40 g komplexních sacharidů v potravě – pečivo, přílohy • častější selfmonitoring glykémie • zjistit příčinu • zabránit opakování • u recidivující hypoglykémie změnit strategii léčby, zvolit vyšší cílové hodnoty glykémie a HbA_{1c}

- b) Hyperosmolární hyperglykemický stav – u pacientů s DM 2. typu. Hladina glykemie je 40–60 mmol/l. Je provázen těžkou dehydratací. Léčba spočívá v hydrataci. Je zde vysoká mortalita.
- c) Diabetická ketoacidóza – vyskytuje se u DM 1. typu.
- d) Laktátová acidóza.

Chronické komplikace

MIKROVASKULÁRNÍ

- a) Diabetické onemocnění ledvin (diabetická nefropatie).
- b) Diabetická neuropatie.
- c) Diabetická retinopatie.

MAKROVASKULÁRNÍ

- a) Ischemická choroba srdeční.
- b) Cévní mozková příhoda.
- c) Ischemická choroba dolních končetin (Karen, Svačina, 2018).

Tabulka 2. Počet léčených osob s diabetickou komplikací

Činnost oboru diabetologie v Jihomoravském kraji v roce 2013

Počet léčených osob s diabetickou komplikací

Území	Diabetická							% pacientů s diabetickou komplikací ze všech pacientů		
	nefropatie		retinopatie			noha		diabetická nefropatie	diabetická retinopatie	diabetická noha
	celkem	z celku s renální insuficiencí	celkem	z celku		celkem	z celku s amputací			
			proliferativní	slepota						
Blansko	959	185	1 270	445	12	216	57	10,9	14,5	2,5
Brno-město	5 283	1 988	5 761	1 494	256	2 635	857	13,4	14,6	6,7
Brno-venkov	1 607	377	1 248	375	20	318	81	13,4	10,4	2,6
Břeclav	913	168	989	246	12	258	93	12,0	13,0	3,4
Hodonín	1 209	252	1 296	322	37	496	112	8,4	9,0	3,4
Vyškov	343	224	328	118	19	145	63	8,6	8,2	3,6
Znojmo	1 635	703	1 405	323	24	767	176	14,1	12,1	6,6
Jihomoravský kraj	11 949	3 897	12 297	3 323	380	4 835	1 439	12,2	12,6	4,9
ČR	104 272	37 733	102 783	27 073	2 458	44 657	11 168	12,1	11,9	5,2

Tabulka 3. Počet léčených osob s diabetickou komplikací v kraji

Počet léčených osob s diabetickou komplikací v kraji v letech 2006–2013

Rok	Diabetická							% pacientů s diabetickou komplikací ze všech pacientů		
	nefropatie		retinopatie			noha		diabetická nefropatie	diabetická retinopatie	diabetická noha
	celkem	z celku s renální insuficiencí	celkem	z celku		celkem	z celku s amputací			
			proliferativní	slepota						
Jihomor. kraj 2006	6 294	1 994	9 055	1 724	399	4 295	828	8,5	12,2	5,8
Jihomor. kraj 2007	5 951	1 920	8 796	1 717	378	3 964	803	7,8	11,5	5,2
Jihomor. kraj 2008	6 020	1 876	8 629	1 571	245	3 749	746	7,6	10,9	4,8
Jihomor. kraj 2009	6 728	2 303	9 298	1 878	236	3 928	797	8,6	11,8	5,0
Jihomor. kraj 2010	7 940	2 772	10 382	2 237	189	4 114	907	9,5	12,4	4,9
Jihomor. kraj 2011	9 797	3 401	11 334	2 481	202	4 388	1 032	11,3	13,1	5,1
Jihomor. kraj 2012	9 853	3 367	11 483	2 664	224	4 009	1 108	10,7	12,5	4,4
Jihomor. kraj 2013	11 949	3 897	12 297	3 323	380	4 835	1 439	12,2	12,6	4,9

(ÚZIS ČR, 2014)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Výzkumné problémy

Po prostudování odborných publikací a následném zpracování rešeršní strategie, byly stanoveny následující výzkumné problémy, předpoklady a hypotézy.

- VP1:** Ovlivňuje věk respondentů v okrese Hodonín interaktivní složku jejich zdravotní gramotnosti?
- VP2:** Má vzdělání respondentů v okrese Hodonín vliv na interaktivní složku jejich zdravotní gramotnosti?
- VP3:** Má doba, se kterou se respondent v okrese Hodonín s onemocněním DM léčí vliv na interaktivní složku jeho zdravotní gramotnosti?
- VP4:** Ovlivňuje sociální zázemí respondentů v okrese Hodonín jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti?
- VP5:** Ovlivňuje návštěvnost lékaře v okrese Hodonín interaktivní složku zdravotní gramotnosti respondentů?

3.2 Hypotézy a výzkumné předpoklady

Vzhledem k reálné možnosti realizovat výzkumné šetření pouze u respondentů – žen (viz kap. 3.3) byly hypotézy formulované již s ohledem na tuto skutečnost.

- H1:** Věk respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín má vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění.
- H2:** Dosažené vzdělání respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín má vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění.
- H3:** Délka onemocnění u respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín nemá vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění
- H4:** Sociální zázemí respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín neovlivňuje jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění.
- H5:** Pravidelné návštěvy respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín u lékaře nemají vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořily pouze ženy 65+. Ženy byly hospitalizované na interním oddělení a v diagnóze měly onemocnění DM II. typu. Vzorek obsahující pouze ženy, byl zvolen záměrně, protože na tomto oddělení pracuji a mohla jsem dále sledovat, zda

informace, které ženy uvedly do dotazníku, jsou pravdivé či nikoliv (sledování kolik toho respondentka snědla, zda se dojídá, co z potravin nosí návštěvy pacientce, její schopnost si správně aplikovat inzulín atd.)

Respondentky pocházely z okresu Hodonín, kde počet žen s onemocněním DM je 8 094. Ty jsou léčeny buď u praktického lékaře nebo v diabetologických ambulancích (ÚZIS ČR, 2014). Podle těchto údajů jsme stanovili konečný počet dotazníků napočít 81, protože tento celkový počet respondentek tvoří 1 % žen s DM v okrese Hodonín.

3.4 Organizace výzkumu

Sběr dat probíhal v období 11/2019–01/2020 na interním oddělení Nemocnice Kyjov. Výzkum probíhal s písemným souhlasem managementu nemocnice. Dotazníky jsem s respondentkami vyplňovala osobně. Byla tak zajištěna 100% návratnost.

3.5 Metoda sběru dat

Ke sběru dat byl zvolen jako výzkumný nástroj dotazník. Byl inspirovaný standardizovaným dotazníkem DSMQ Diabetes Self-Management Questionnaire (Schmit, 2013), který byl dále rozpracován a doplněn o demografická data a další upřesňující otázky.

Dotazník DSMQ je určen k posouzení diabetické sebepečce a byl vyvinut ve Výzkumném ústavu Diabetologické akademie v Mergentheim. Obsahuje celkem 16 otázek, které jsou rozděleny do pěti domén.

První doména se zabývá *dietním opatřením* – otázky:

- Vybírám si potraviny, díky nimž se dá snadno udržovat optimální hladina cukru v krvi!
- Občas si dám něco, co je hodně sladké nebo něco, co je bohaté na sacharidy!
- Ve skladbě svého jídelníčku důsledně dodržuji doporučení lékaře nebo odborníka na diabetes!
- Někdy se opravdu přejím (aniž by přejídání bylo vyvoláno hypoglykemií)!

Druhá doména se zabývá *správným řízením glukózy* – otázky:

- Hladinu krevního cukru si kontroluji pečlivě a pozorně!
- Užívám léky (např. inzulín, tablety) podle předpisu!

- Pravidelně si zapisuji hladinu cukru v krvi (nebo analyzuji graf hodnot pomocí glukometru)! Hladinu cukru v krvi nekontroluji tak často, jak by bylo třeba pro to, aby měla adekvátní hodnoty!
- Někdy se stane, že si zapomenu vzít léky na cukrovku nebo že je vynechám (např. inzulín, tablety)!

Třetí doména se zabývá *pohybovou aktivitou* – otázky:

- Stává se, že vynechám plánovanou fyzickou aktivitu!
- Necvičím, ačkoliv by fyzická aktivita kompenzaci cukrovky zlepšila!
- Pravidelně cvičím, abych si udržela optimální hladinu cukru v krvi!

Čtvrtá doména se zabývá *péčí o zdraví* – otázky:

- Chodím k lékaři na všechny doporučené kontroly!
- Mám sklon nechodit k lékařům na kontroly týkající se diabetu!
- Co se týče péče o moje onemocnění – cukrovku, měla bych častěji chodit k praktickému lékaři!

Pátá doména se zabývá *selfmonitoringem* – otázka:

- Nedostatečně se o sebe starám, co se týče mojí cukrovky!

Dotazník obsahoval také krátký průvodní dopis, kde bylo popsáno a vysvětleno výzkumné šetření. Nechybělo poděkování za vypsání dotazníku.

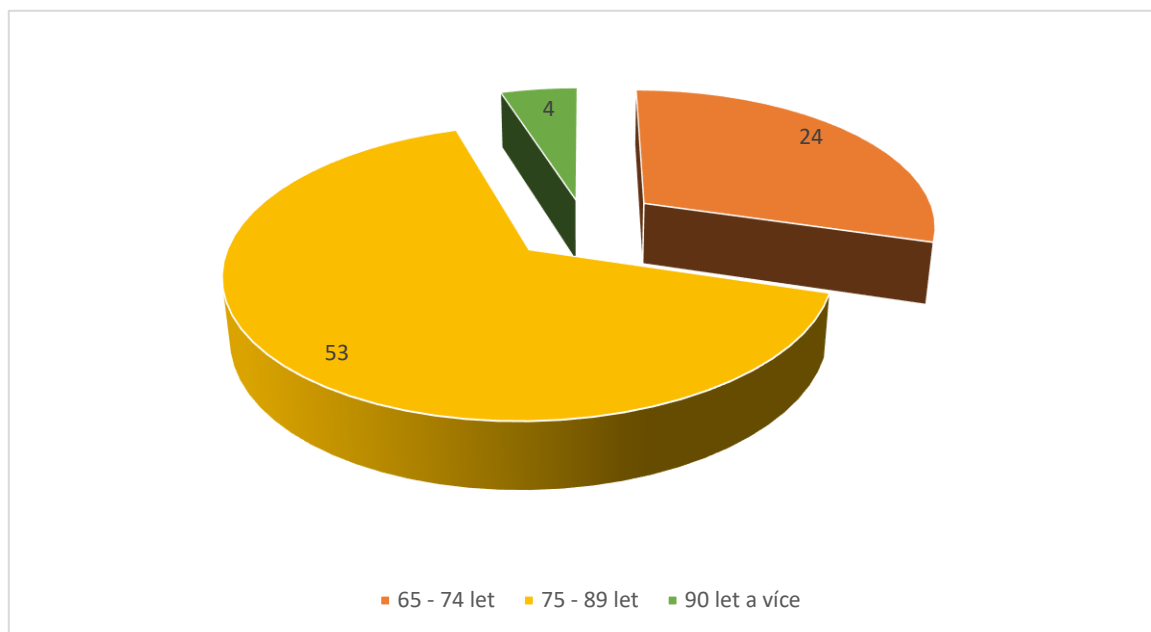
3.6 Demografická charakteristika respondentek v tabulkách a grafech

Věk respondentek

Ve věku 75–89 let je zde zastoupeno 65,4 % žen, je to nejpočetnější skupina, ve věku 65–74 let je 29,6 % a ve věku nad 90 let je 5 % respondentek.

Tabulka 4. Věkové zastoupení respondentek

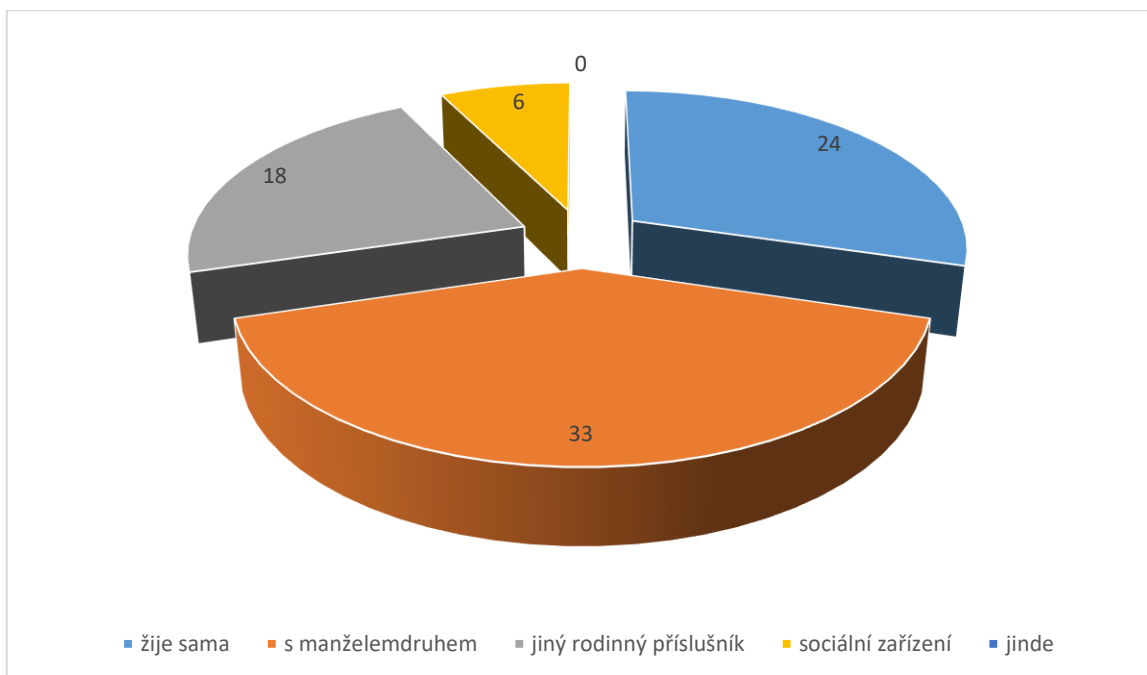
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
65–74 let	24	29,6
75–89 let	53	65,4
90 let a více	4	5
Σ	81	100

**Graf 1. Věkové zastoupení respondentek (n = 81)****Sociální zázemí respondentek**

Z tabulky a grafu vyplývá, že nejvíce žen žije s manželem/druhem 40,8 %, vzápětí však 29,6 % respondentek žije samo, 22,2 % pak s jinými rodinnými příslušníky a 7,4 % v sociálním zařízení. Odpověď jinde/jinak neuviedla žádná respondentka.

Tabulka 5. Sociální zázemí respondentek

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
žije sama	24	29,6
s manželem/druhem	33	40,8
jiný rodinný příslušník	18	22,2
sociální zařízení	6	7,4
jinde	0	0
Σ	81	100



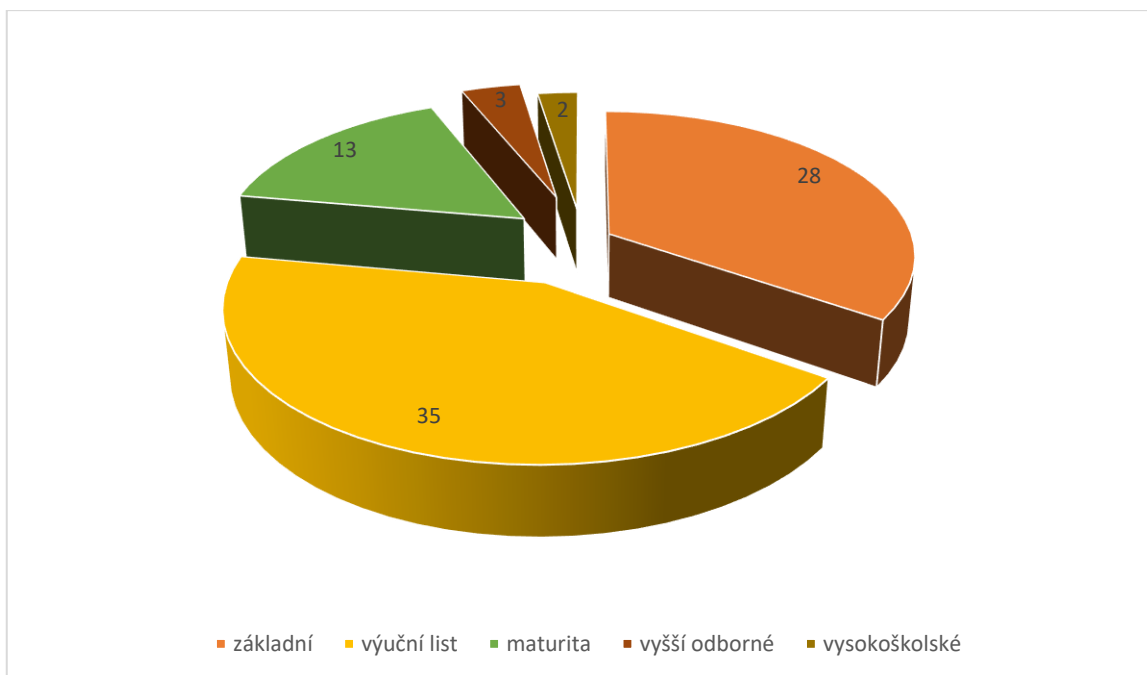
Graf 2. Sociální zázemí respondentek (n = 81)

Nejvyšší dosažené vzdělání

Bylo zde zastoupeno 34,6 % žen se základním vzděláním, 43,2 % s výučním listem, 16 % středoškolaček, 3,7 % s vyšším odborným vzděláním a 2,5 % s vysokoškolským vzděláním.

Tabulka 6. Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
základní	28	34,6
středoškolské/výuční list	35	43,2
středoškolské/maturita	13	16,0
vyšší odborné	3	3,7
vysokoškolské	2	2,5
Σ	81	100



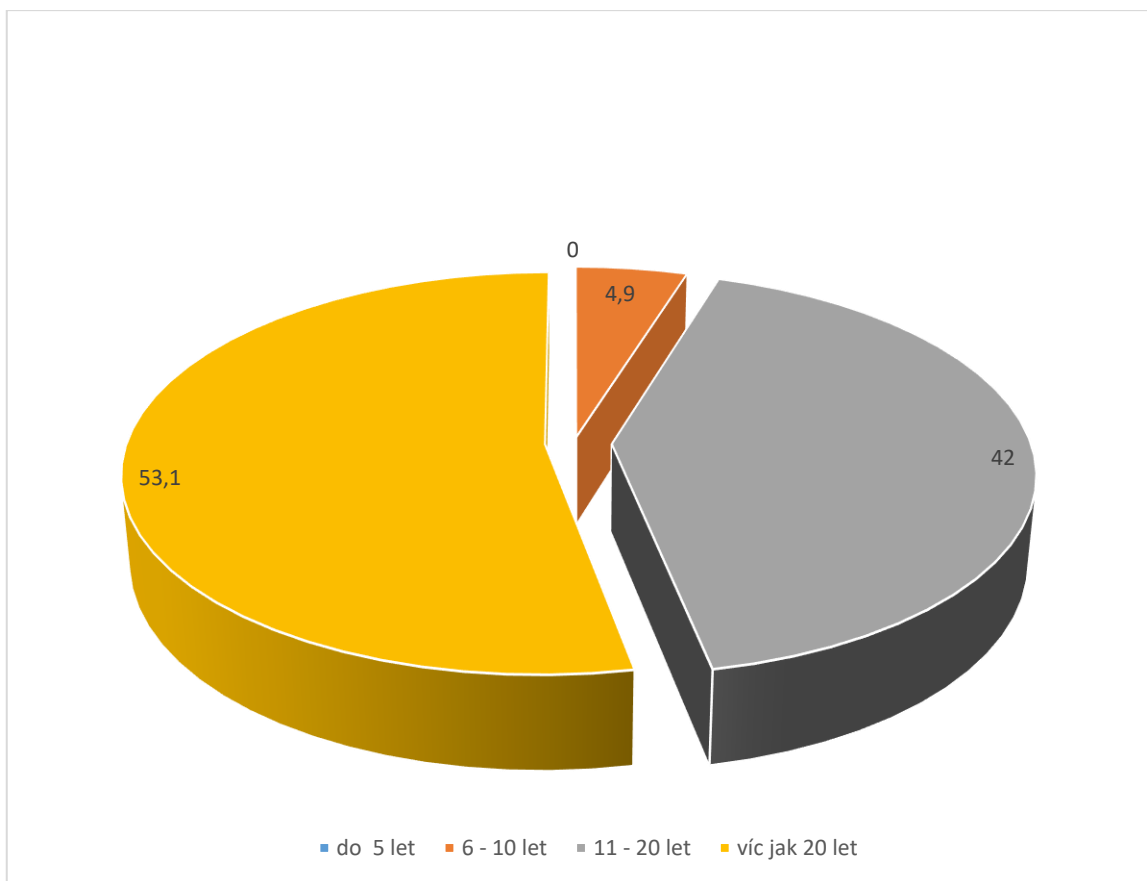
Graf 3. Nejvyšší dosažené vzdělání (n = 81)

Délka léčby

53,1 % je léčeno na DM více jak 20 let, 42 % pak 11–20 let a 6–10 let se léčí 4,9 % respondentek. Délku léčby do 5 let v dotazníku nikdo nevyplnil.

Tabulka 7. Délka léčby

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 5 let	0	0
6–10 let	4	4,9
11–20 let	34	42,0
víc jak 20 let	43	53,1
Σ	81	100



Graf 4 Délka léčby (n = 81)

3.7 Zpracování dat

Údaje z vyplněných dotazníků byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel. Výsledky byly seskupeny do jednotlivých domén – u otázek inspirovaných DSMQ dotazníkem. Pro větší přehlednost bylo použito tabulek a grafů. Byla vypočítány jak absolutní, tak relativní četnosti. Pro testování hypotéz byla využita webová aplikace¹ Test chí – kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce (Kábrt, 2019).

První doména – dietní opatření

Otázka: Vybírám si potraviny, díky nimž se dá snadno udržovat optimální hladina cukru v krvi! **je totožná s otázkou:** Ve skladbě svého jídelníčku důsledně dodržuji doporučení lékaře nebo odborníka na diabetes!

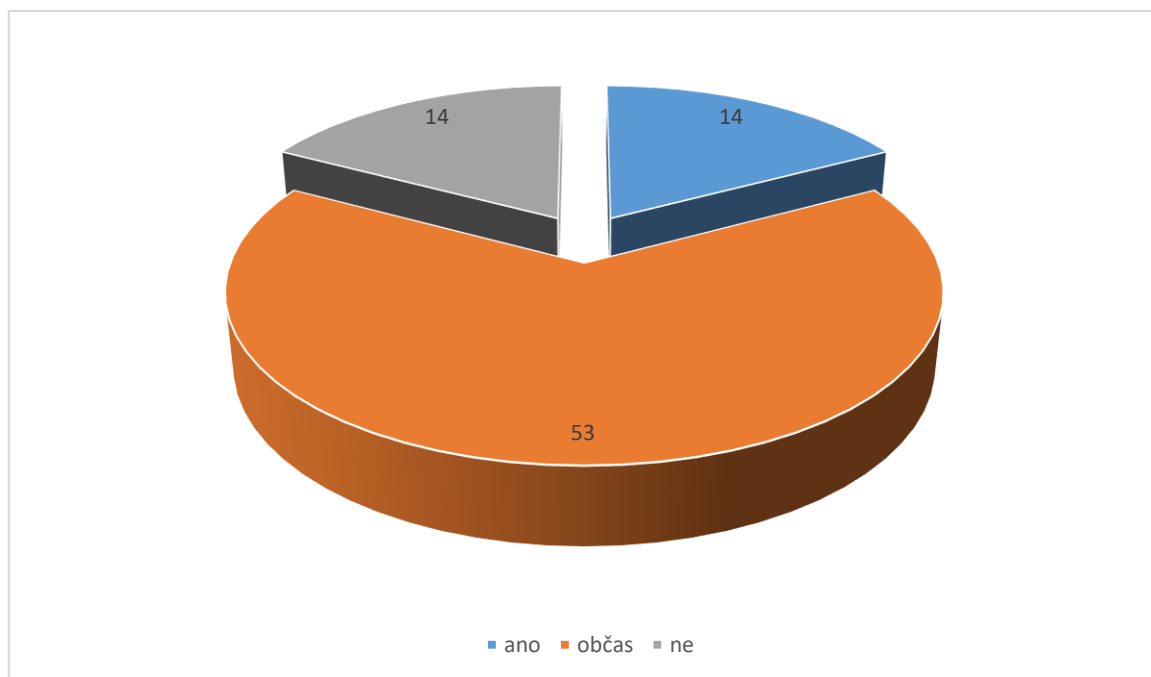
¹ Dostupné na: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

Výběr potravin

Z odpovědí vyplývá, že většina respondentek 65,4 % občas do svého jídelníčku zařadí i ne zcela optimální potraviny pro léčbu DM, 17,3 % dodržují správný jídelníček a stejné procento, tedy 17,3 % jídelníček pro léčbu cukrovky nedodržuje.

Tabulka 8. Výběr potravin

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	14	17,3
občas	53	65,4
ne	14	17,3
Σ	81	100



Graf 5. Výběr potravin (n = 81)

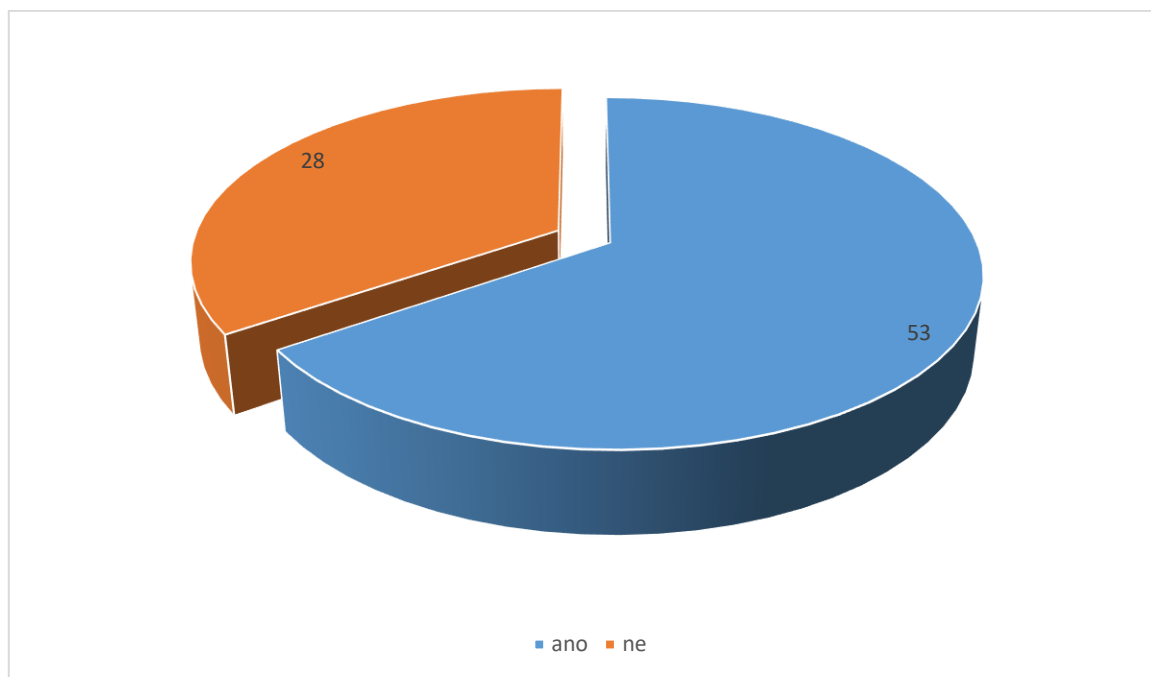
Otázka: Občas si dám něco, co je hodně sladké nebo něco, co je bohaté na sacharidy! **je totožná s otázkou:** Někdy se opravdu přejím (aniž by přejídání bylo vyvoláno hypoglykemií)!

Přejídání

Z 81 respondentek uvedlo, že 65,4 % si občas dá něco hodně sladkého nebo se přejí, zbylých 34,6 % udává, že se nepřejídá.

Tabulka 9. Přejídání

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	53	65,4
ne	28	34,6
Σ	81	100



Graf 6. Přejídání (n = 81)

Druhá doména – správné řízení glukózy

Otázka: Hladinu krevního cukru si kontroluji pečlivě a pozorně! – **odpovídá jak otázce:**

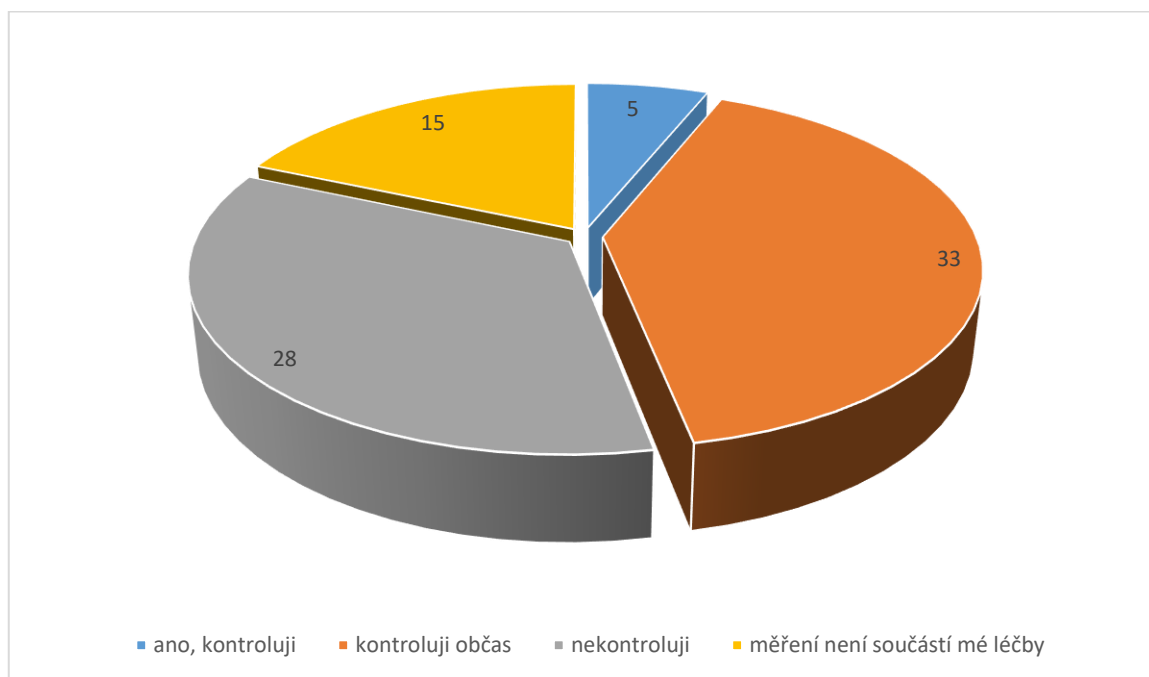
Pravidelně si zapisuji hladinu cukru v krvi (nebo analyzuji graf hodnot pomocí glukometru)! **tak otázce:** Hladinu cukru v krvi nekontroluji tak často, jak by bylo třeba pro to, aby měla adekvátní hodnoty!

Hladina krevního cukru

Pravidelně si kontroluje hladinu cukru pouze 6,2 % respondentek, občas 40,7 % a vůbec 34,6 %. 18,5 % nemá k dispozici glukometr. Jsou léčeny buď dietou nebo dietou spolu s perorálními antidiabetiky.

Tabulka 10. Hladina krevního cukru

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, kontroluji	5	6,2
kontroluji občas	33	40,7
nekontroluji	28	34,6
měření není součástí mé léčby	15	18,5
Σ	81	100



Graf 7. Hladina krevního cukru (n = 81)

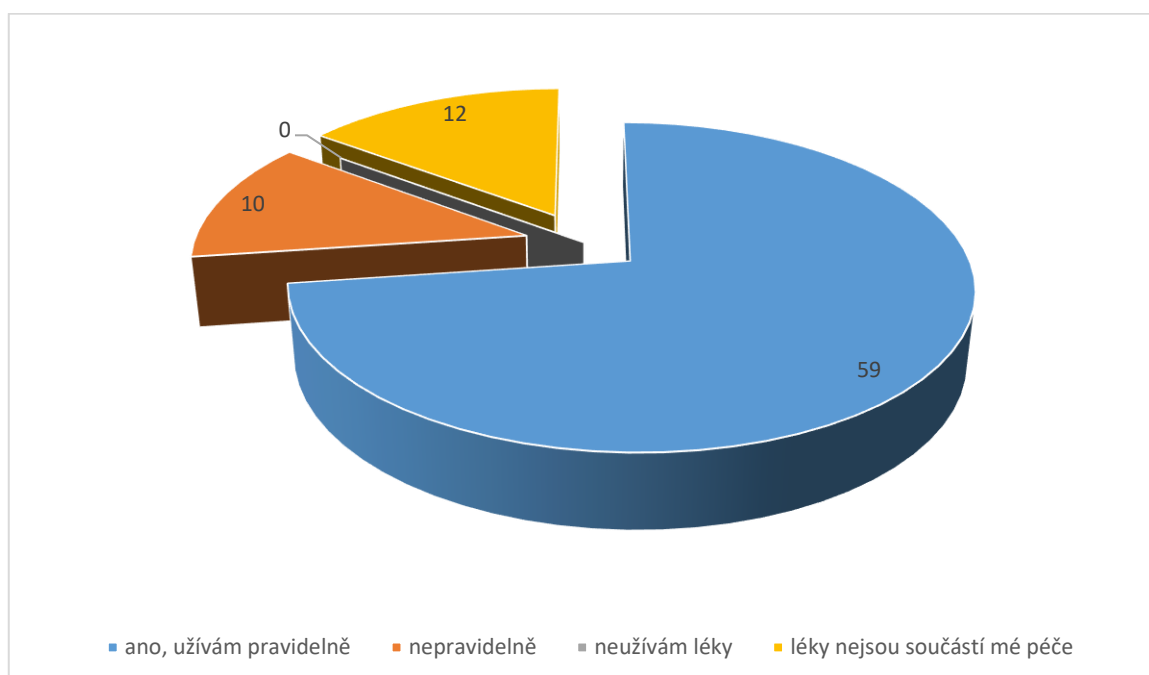
Otázka: Užívám léky (např. inzulín, tablety) podle předpisu! – **odpovídá otázce:** Někdy se stane, že si zapomenu vzít léky na cukrovku nebo že je vynechám (např. inzulín, tablety)!

Užívání léků

Respondentky uvedly, že žádná z těch, co mají v medikaci léky, by si nedovolila tyto léky neužívat. 72,8 % je užívá pravidelně, 12,4 % nepravidelně a 14,8 % z nich léky neužívá vůbec, nejsou součástí jejich léčby.

Tabulka 11. Užívání léků

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, užívám pravidelně	59	72,8
nepravidelně	10	12,4
neužívám léky	0	0
léky nejsou součástí mé léčby	12	14,8
Σ	81	100



Graf 8. Užívání léků (n = 81)

Třetí doména – pohybová aktivita

Otázka: Stává se, že vynechám plánovanou fyzickou aktivitu! **odpovídá jak otázce:**

Necvičím, ačkoliv by fyzická aktivita kompenzací cukrovky zlepšila! **tak otázce:**

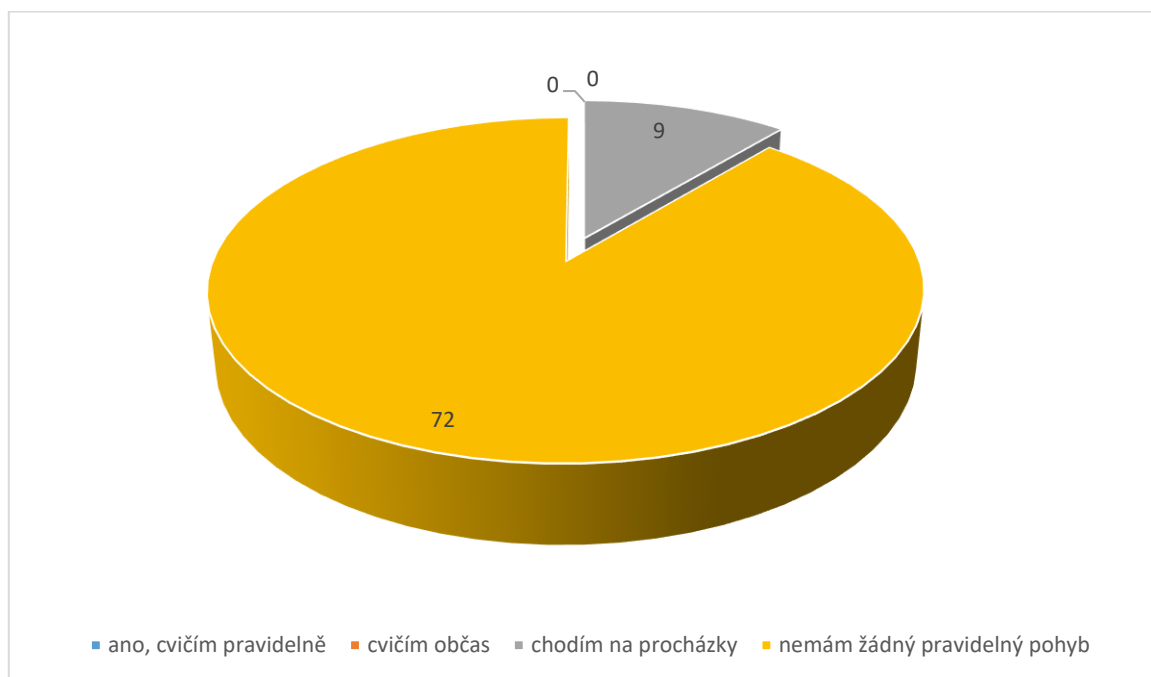
Pravidelně cvičím, abych si udržela optimální hladinu cukru v krvi!

Pohybová aktivita

Z dotazníku vyšlo najevo, že žádná z respondentek pravidelně ani občas necvičí. Pouze 11,1 % chodí na pravidelné procházky. 88,9 % nemá žádný pravidelný pohyb.

Tabulka 12. Pohybová aktivita

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, cvičím pravidelně	0	0
cvičím občas	0	0
choším na procházky	9	11,1
nemám žádný pravidelný pohyb	72	88,9
Σ	81	100



Graf 9. Pohybová aktivita (n = 81)

Čtvrtá doména – péče o zdraví

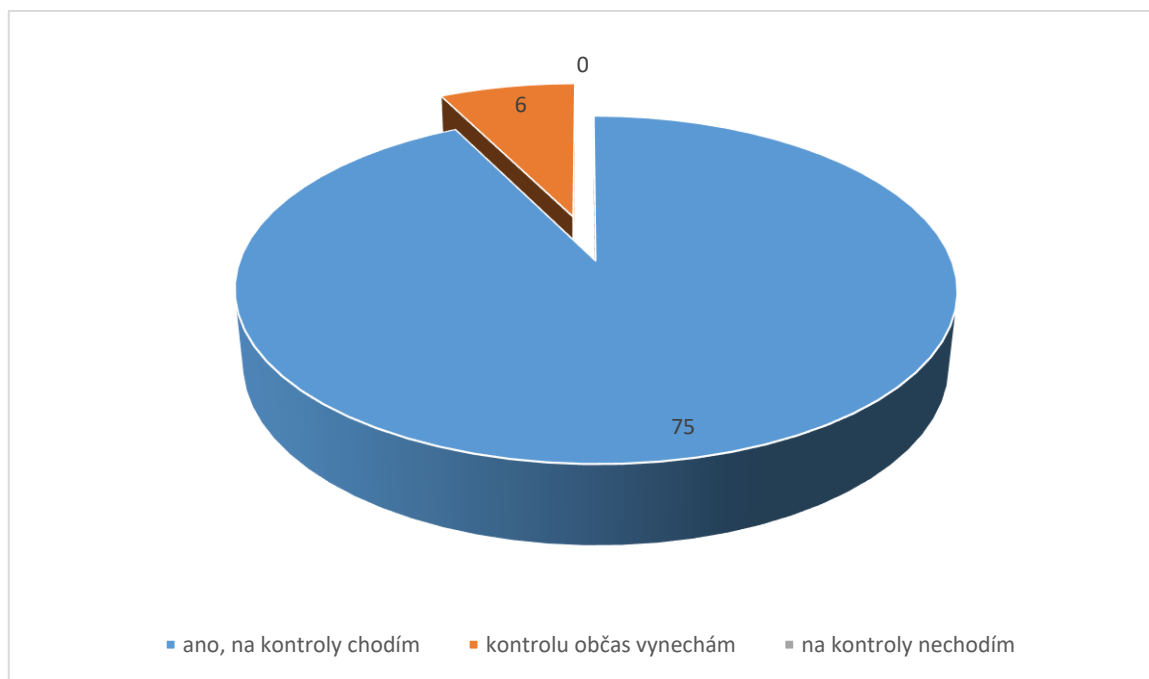
Otázka: Chodím k lékaři na všechny doporučené kontroly! **odpovídá jak otázce:** Mám sklon nechodit k lékařům na kontroly týkající se diabetu! **tak i otázce:** Co se týče péče o moje onemocnění – cukrovku, měla bych častěji chodit k praktickému lékaři!

Návštěvnost lékaře

92,6 % respondentek uvedlo, že na kontroly chodí pravidelně, pouze 7,4 % přiznalo, že návštěvu u lékaře občas vynechají. Nebyl nikdo, kdo by na kontroly k lékaři nechodil vůbec.

Tabulka 13. Návštěvnost lékaře

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, na kontroly chodím	75	92,6
kontrolu občas vynechám	6	7,4
nechodím na kontroly	0	0
Σ	81	100

**Graf 10. Návštěvnost lékaře (n = 81)****Pátá doména – selfmonitoring**

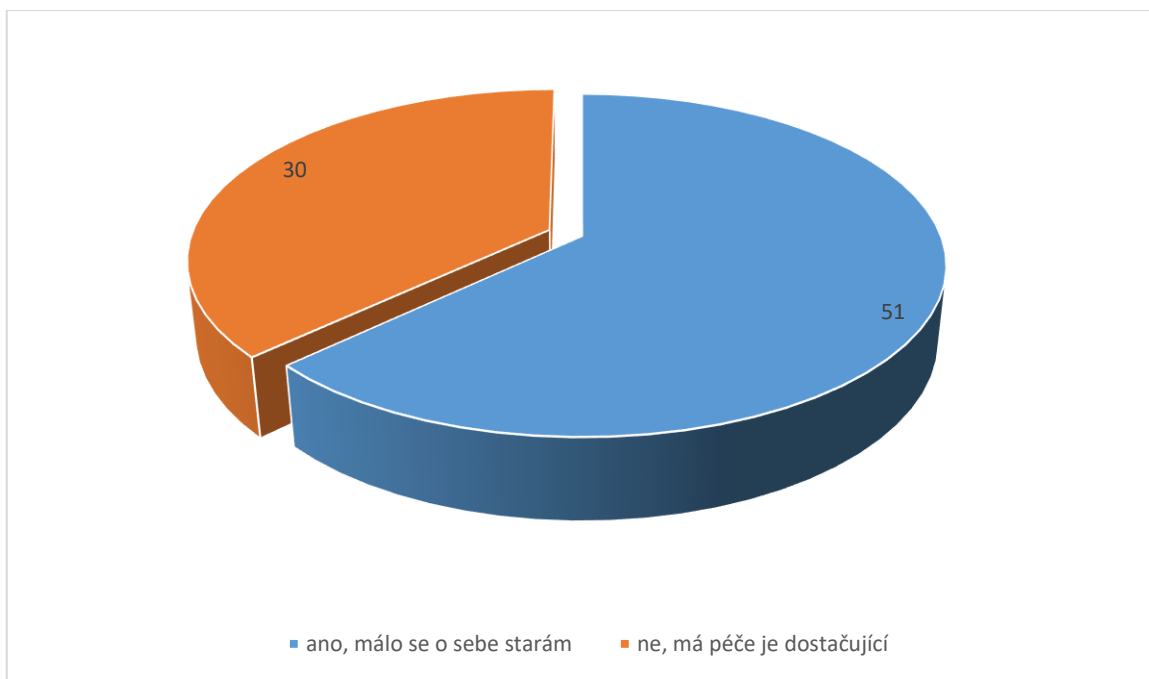
Obsahuje otázku: Nedostatečně se o sebe starám, co se týče mojí cukrovky!

Selfmonitoring

63 % dotázaných uvedlo, že co se týče jejich onemocnění DM, tak se o sebe málo starají, pouze 37 % uvedlo, že jejich péče je dostačující.

Tabulka 14. Selfmonitoring

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, málo se o sebe starám	51	63,0
ne, má péče je dostačující	30	37,0
Σ	81	100



Graf 11. Selfmonitoring (n = 81)

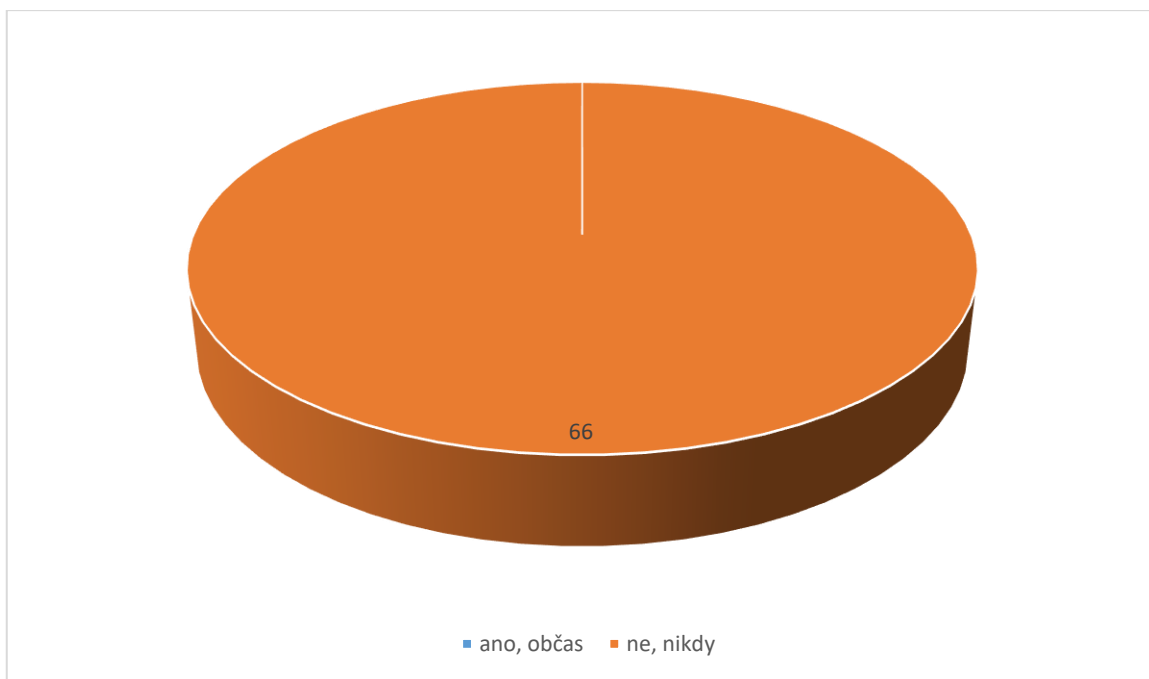
3.7.1 Zpracování doplňujících dat

Otázka: Měří si i ostatní členové rodiny nebo známí vaším glukometrem hladinu cukru v krvi, i když netrpí cukrovkou?

Na tuto otázku odpovídaly pouze ženy, které měly doma k dispozici glukometr. Vycházíme tedy z počtu 66 respondentek. Všechny 100 % odpověděly, že glukometr kromě nich nikdo jiný nepoužívá.

Tabulka 15. Použití glukometru

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, občas	0	0
ne, nikdy	66	100
Σ	66	100



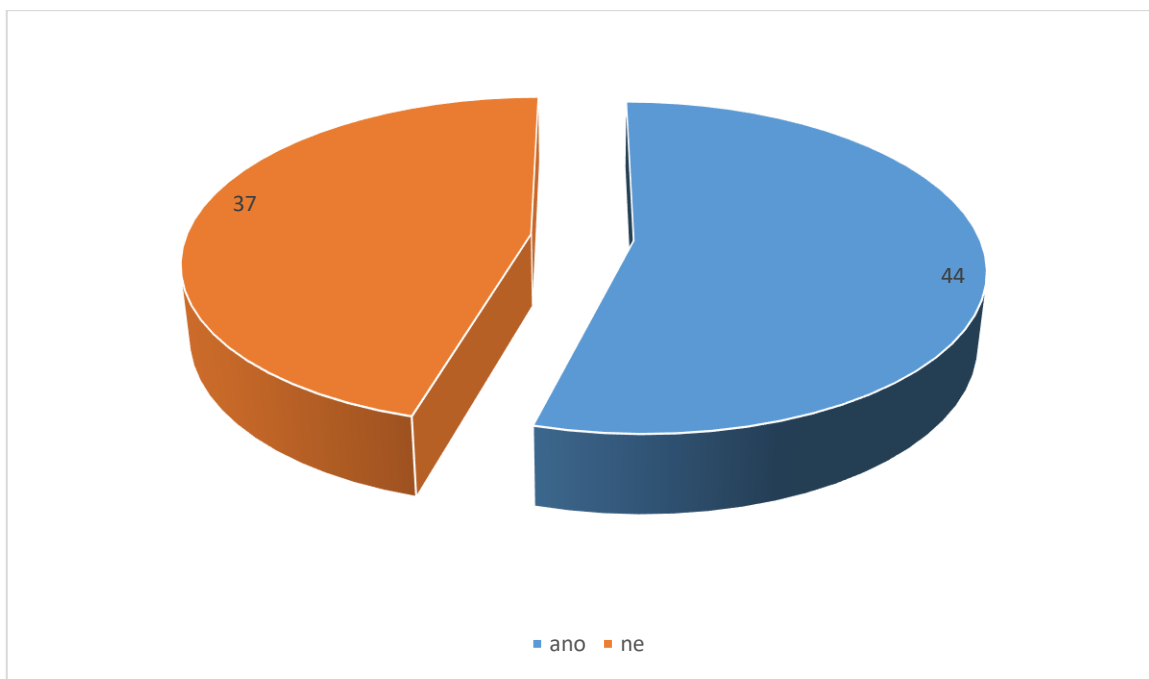
Graf 12 Použití glukometru (n = 66)

Otázka: Vyskytuje se ve Vaší rodině cukrovka?

54,3 % dotázaných uvedlo, že se u nich v rodině vyskytuje DM, 45,7 % uvedlo, že ne.

Tabulka 16. Výskyt cukrovky v rodině

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	44	54,3
ne	37	45,7
Σ	81	100



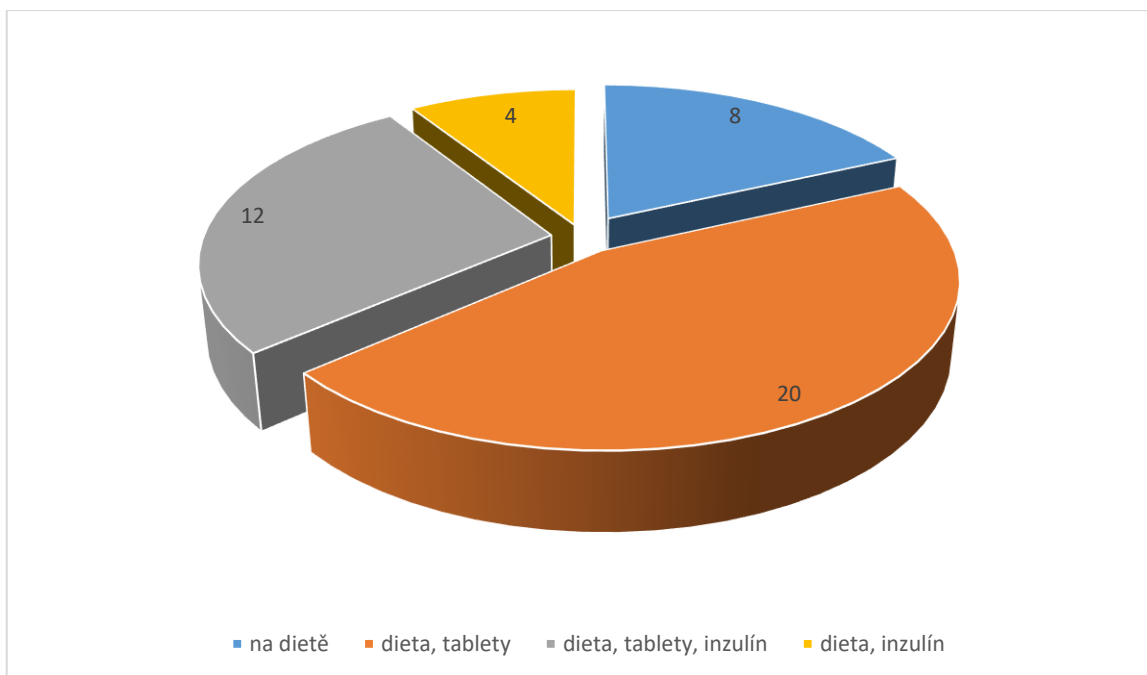
Graf 13. Výskyt cukrovky v rodině (n = 81)

Otázka: Pokud ANO, jaká forma?

Vycházíme z počtu 44, tyto respondentky uvedly, že se v jejich rodině vyskytuje nebo vyskytla cukrovka. Z toho 18,2 % je léčeno dietou, 45,4 % dietou + tabletami, dieta + tablety + inzulín 27,3 % a na dietě a inzulínu bylo 9,1 %.

Tabulka 17. Výskyt typu cukrovky v rodině

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
na dietě	8	18,2
dieta, tablety	20	45,4
dieta, tablety, inzulín	12	27,3
dieta, inzulín	4	9,1
Σ	44	100



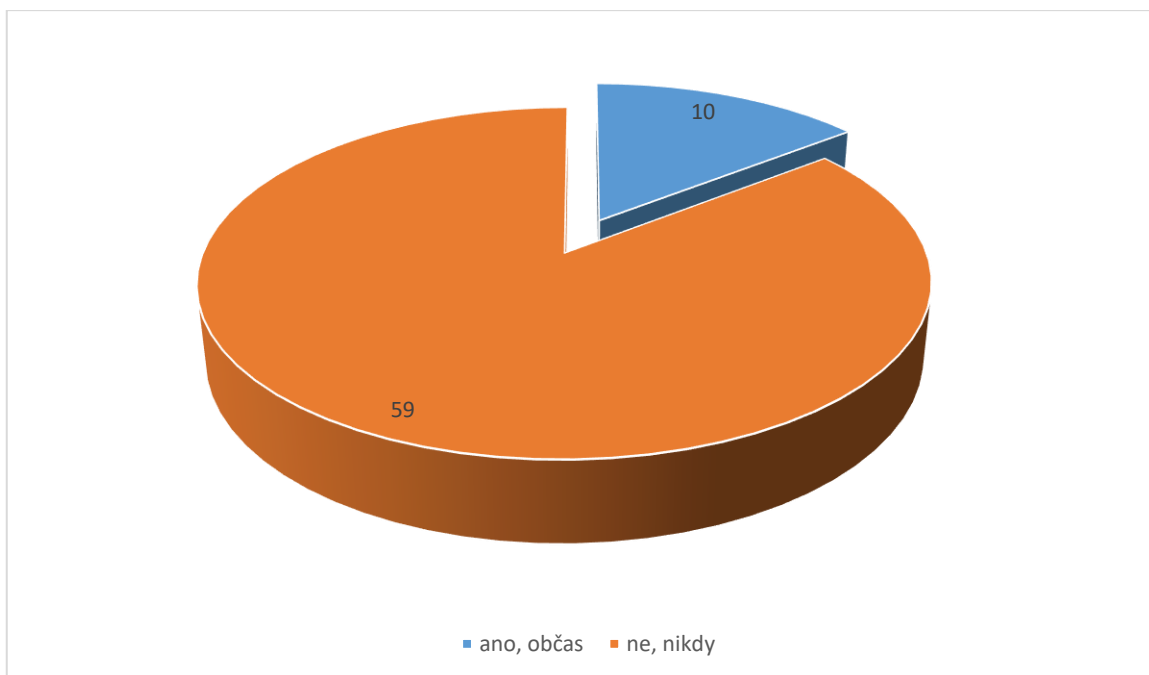
Graf 14. Výskyt typu cukrovky v rodině (n = 44)

Otázka: Upravujete si při dyskomfortu sama dávky léku?

Vycházíme z počtu 69 respondentek. Zbývajících 12 nemá léky jako součást svojí péče. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 85,5 % respondentek si nikdy neupravuje dávku léků a 14,5 % ano.

Tabulka 18. Úprava léků

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, občas	10	14,5
ne, nikdy	59	85,5
Σ	69	100



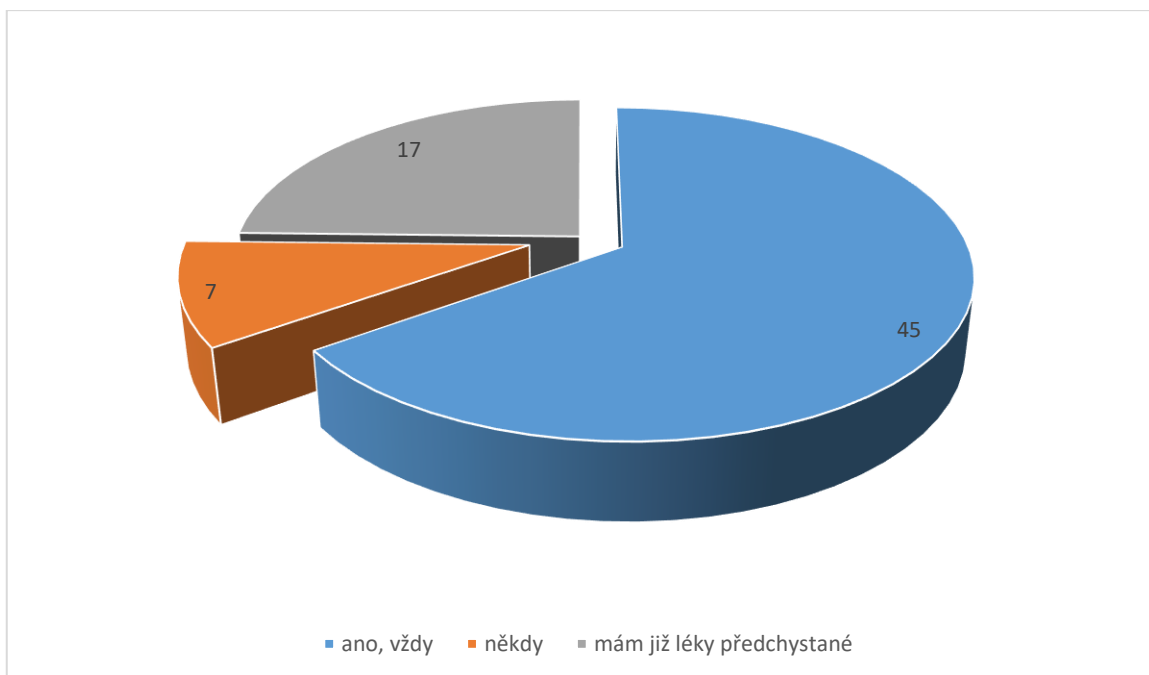
Graf 15. Úprava léků (n = 69)

Otázka: Léky si chystáte (aplikujete) sama?

Opět vycházíme z počtu 69 respondentek. 65,2 % respondentek si léky chystá samo, 10,2 % někdy a 24,6 % respondentek mají léky předchystané.

Tabulka 19. Aplikace/příprava léků

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, vždy	45	65,2
někdy	7	10,2
mám již léky předchystané	17	24,6
Σ	69	100



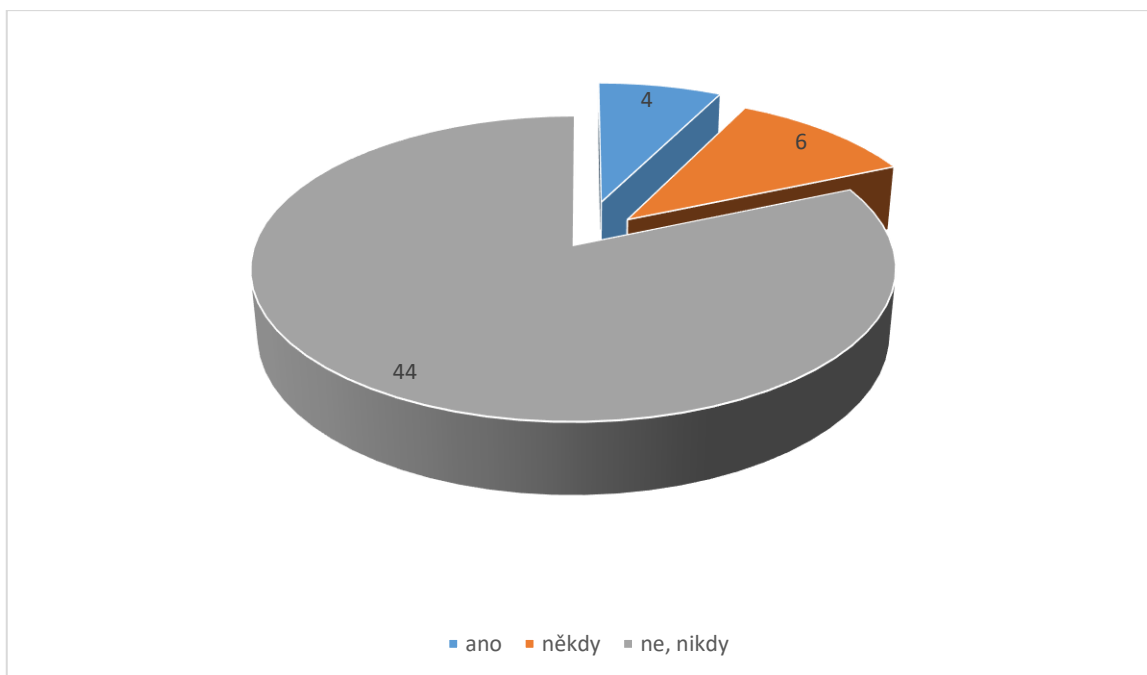
Graf 16. Aplikace/příprava léků (n = 69)

Otázka: Pokud si naměříte glukometrem výkyv v hladině cukru, upravujete si sama dávky léků?

Otázka se týká 54 respondentek, zbylé respondentky se buď léčí na dietě, nebo nemají glukometr. Průzkum ukazuje, že 81,5 % respondentek si nikdy neupravila množství léků, 11,1 % někdy a 7,4 % si dávku léků během léčby samo upravilo podle aktuální situace.

Tabulka 20. Úprava léků při výkyvu glykemie

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	4	7,4
někdy	6	11,1
ne, nikdy	44	81,5
Σ	54	100



Graf 17. Úprava léků při výkyvu glykemie (n = 54)

3.8 Ověřování platnosti hypotéz

Bylo stanoveno pět hypotéz, které byly formulovány na základě výzkumných problémů. Výzkumné problémy vycházely z hlavního cíle a dalších dílčích cílů. Pro testování hypotéz byla využita webová aplikace² Test chí – kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce (Kábrt, 2019).

H1: Věk respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín má vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění.

Ženy s onemocněním DM v okrese Hodonín ve věku 65–74 let mají lepší složku interaktivní zdravotní gramotnosti v oblasti DM, než ženy starší 74 let.

H0: Ženy s onemocněním DM v okrese Hodonín ve věku 65–74 let mají stejnou složku interaktivní zdravotní gramotnosti v oblasti DM jako starší ženy.

HA: Ženy s onemocněním DM v okrese Hodonín ve věku 65–74 let mají statisticky významně vyšší složku interaktivní zdravotní gramotnosti v oblasti DM, než ženy starší 74 let.

² Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

Tabulka 21. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s věkem – skutečné četnosti

	ženy 65–74 let	ženy 75 let a více	n_{·j}
∑ ano, špatná péče	18	36	54
∑ ne, dobrá péče	6	21	27
n_{i·}	24	57	81

Tabulka 22. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s věkem – očekávané četnosti

	ženy 65–74 let	ženy 75 let a více	n_{·j}
∑ ano, špatná péče	16	38	54
∑ ne, dobrá péče	8	19	27
n_{i·}	24	57	81

Testové kritérium pro dokazování hypotézy:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 1,066**

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha)}$; df = **3,841**

Výsledné rozhodnutí hypotézy:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků **nezamítáme (nemůžeme odmítnout)**.

Hypotéza H1: Věk respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín má vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění, **nebyla prokázána**.

H2: Dosažené vzdělání respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín má vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění.

Ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín se středoškolským a vysokoškolským vzděláním mají lepší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění, než ženy se základním vzděláním nebo ženy vyučené.

H0: Ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín se středoškolským a vysokoškolským vzděláním mají stejnou interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění, jako ženy se základním vzděláním nebo ženy vyučené.

HA: Ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín se středoškolským a vysokoškolským vzděláním mají statisticky významně vyšší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění, než ženy se základním vzděláním nebo ženy vyučené.

Tabulka 23. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti se vzděláním – skutečné četnosti

	základní, výuční list	maturita, vyšší odborné, vysokoškolské	n_{·j}
∑ ano, špatná péče	36	11	47
∑ ne, dobrá péče	27	7	34
n_{i·}	63	18	81

Tabulka 24. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti se vzděláním – očekávané četnosti

	základní, výuční list	maturita, vyšší odborné, vysokoškolské	n_{·j}
∑ ano, špatná péče	36,56	10,44	47
∑ ne, dobrá péče	26,44	7,56	34
n_{i·}	63	18	81

Testové kritérium pro dokazování hypotézy:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosažení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 0,092**

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha)}$; df = **3,841**

Výsledné rozhodnutí hypotézy:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H0) o nezávislosti jednotlivých znaků **nezamítáme (nemůžeme odmítnout).**

Hypotéza H2: Dosažené vzdělání respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín má vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění, **nebyla prokázána.**

H3: Délka onemocnění u respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín nemá vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění.

Ženy v okrese Hodonín s onemocněním DM, u kterých onemocnění trvá více než 10 let mají lepší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění než ženy, které se s onemocněním léčí 10 a méně let.

H0: Ženy v okrese Hodonín s onemocněním DM, u kterých onemocnění trvá více než 10 let mají stejnou interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění než ženy, které se s onemocněním léčí 10 a méně let.

HA: Ženy v okrese Hodonín s onemocněním DM, u kterých onemocnění trvá více než 10 let mají statisticky významně vyšší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění než ženy, které se s onemocněním léčí 10 a méně let.

Tabulka 25. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s délkou onemocnění – skutečné četnosti

	do 10 let	11 let a více	n_{·j}
\sum ano, špatná péče	0	49	49
\sum ne, dobrá péče	4	28	32
n_{i·}	4	77	81

Tabulka 26. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s délkou onemocnění – očekávané četnosti

	do 10 let	11 let a více	n_{·j}
\sum ano, špatná péče	2,42	46,58	49
\sum ne, dobrá péče	1,58	30,42	32
n_{i·}	4	77	81

Testové kritérium pro dokazování hypotézy:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosažení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 6,445**

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha)}$; df = **3,841**

Výsledné rozhodnutí o platnosti hypotézy:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků **zamítáme a přijímáme hypotézu H_A** , která nám říká, že ženy v okrese Hodonín s onemocněním DM, u kterých onemocnění trvá více než 10 let mají statisticky významně vyšší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění než ženy, které se s onemocněním léčí 10 a méně let.

Hypotéza H_3 : Délka onemocnění u respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín nemá vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění, **nebyla prokázána (byla zamítnuta).**

H_4 : Sociální zázemí respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín neovlivňuje jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění.

Ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín, které žijí s manželem nebo rodinnými příslušníky mají lepší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění než ženy, které žijí samy nebo v sociálním zařízení.

H_0 : Ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín, které žijí s manželem nebo rodinnými příslušníky mají stejnou interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění jako ženy, které žijí samy nebo v sociálním zařízení.

H_A : Ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín, které žijí s manželem nebo rodinnými příslušníky mají statisticky významně vyšší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění než ženy, které žijí samy nebo v sociálním zařízení.

Tabulka 27. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti se sociálním zázemím – skutečné četnosti

	s manželem, rodinou	sama, v sociálním zařízení	n_j
\sum ano, špatná péče	25	24	49
\sum ne, dobrá péče	26	6	32
n_i	51	30	81

Tabulka 28. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti se soc. zázemím – očekávané četnosti

	s manželem, rodinou	sama, v sociálním zařízení	n_{·j}
\sum ano, špatná péče	30,85	18,15	49
\sum ne, dobrá péče	20,15	11,85	32
n_{i·}	51	30	81

Testové kritérium pro dokazování hypotézy:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosažení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 7,581**

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha)}$; df = **3,841**

Výsledné rozhodnutí o platnosti hypotézy:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků **zamítáme a přijímáme hypotézu H_A**, která nám říká, že ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín, které žijí s manželem nebo rodinnými příslušníky mají statisticky významně vyšší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění než ženy, které žijí samy nebo v sociálním zařízení.

Hypotéza H₄: Sociální zázemí respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín neovlivňuje jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění, **nebyla prokázána (byla zamítnuta).**

H₅: Pravidelné návštěvy respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín u lékaře **nemají vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto** Ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín, které pravidelně navštěvují lékaře kvůli tomuto onemocnění, mají lepší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění **onemocnění**, než ženy, které pravidelné návštěvy u lékaře nedodržují.

H₀: Ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín, které pravidelně navštěvují lékaře kvůli tomuto onemocnění, mají stejnou interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění jako ženy, které pravidelné návštěvy u lékaře nedodržují.

HA: Ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín, které pravidelně navštěvují lékaře kvůli tomuto onemocnění, mají statisticky významně vyšší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění než ženy, které pravidelné návštěvy u lékaře nedodrží.

Tabulka 29. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s návštěvami u lékaře – skutečné četnosti

	ano	ne, někdy vynechám	n_{·j}
∑ ano, špatná péče	43	6	49
∑ ne, dobrá péče	32	0	32
n_{i·}	75	6	81

Tabulka 30. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s návštěvami u lékaře – očekávané četnosti

	ano	ne, někdy vynechám	n_{·j}
∑ ano, špatná péče	45,37	3,63	49
∑ ne, dobrá péče	29,63	2,37	32
n_{i·}	75	6	81

Testové kritérium pro dokazování hypotézy:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosažení do vzorce vychází testové kritérium: **G = 4,231**

Kritická hodnota: $\chi_{(1-\alpha)}$; df = **3,841**

Výsledné rozhodnutí o platnosti hypotézy:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků **zamítáme a přijímáme hypotézu HA**, která nám říká, že ženy s diagnózou DM v okrese Hodonín, které pravidelně navštěvují lékaře kvůli tomuto onemocnění, mají statisticky významně vyšší interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění než ženy, které pravidelné návštěvy u lékaře nedodrží.

Hypotéza H5: Pravidelné návštěvy respondentek s diagnózou DM v okrese Hodonín u lékaře nemají vliv na jejich interaktivní složku zdravotní gramotnosti v rámci tohoto onemocnění, **nebyla prokázána (byla zamítnuta).**

4 DIABETES MELLITUS A JEHO KOMPLIKACE

Zde bychom se chtěli zaměřit na komplikace ne tak známé, ale přesto docela časté.

4.1 Kazuistika G. M. 68 let

Pacientka byla přijata pro prokázanou plicní embolií dle CT (počítačové tomografie). Byla zahájena léčba LMWH (nízkomolekulárním neboli frakcionovaným heparinem) v terapeutické dávce, dále byly provedeny bandáže dolních končetin. Za hospitalizace proběhly kontroly glykemie, kde byla zjištěna hyperglykemie.

Anamnéza

Rodinná anamnéza: matka v 52 letech CMP (cévní mozková příhoda), otec CMP v 60 letech.

Osobní anamnéza při příjmu:

- Esenciální (primární) hypertenze.
- CMP v roce 2013.
- Diabetes mellitus 2. typu bez komplikací na PAD.
- Glaukom.
- Hyperlipidemie.
- Hypokalemie.

Farmaceutická anamnéza při přijetí:

Micardis plus 80/25, Orcal 10, Milurit 100, Torvazin 20, Verospiron 25, Glimepirid 4 mg, Vipidia 25 mg.

Alergie: Jod.

Sociální anamnéza: dříve dělnice, nyní starobní důchodce, kouření – 0, alkohol – 0, bydlí s dcerou a její rodinou.

Status praesens

Při příjmu byla pacientka při vědomí, orientovaná, spolupracovala, bez klidové dušnosti, bez ikteru, cyanózy, náplň krčních žil byla v normě, dolní končetiny bez větších otoků, břicho bylo měkké, prohmatné, nebolestivé, puls 75/min, krevní tlak 130/80, váha 105 kg, výška 158 cm.

Biochemické vyšetření: glykemie 12,53 mmol/l, cholesterol 6,68 mmol/l.

Mikrobiologické vyšetření moče: moč sterilní.

Wyšetření během hospitalizace spojené s DM:

Diabetologické konziliární vyšetření **5. den hospitalizace:**

Hodnoty glykemie se pohybovaly od 5,9–14,7 mmol/l, změněny PAD (perorální antidiabetika).

Diabetologické konziliární vyšetření **7. den hospitalizace:**

Hodnoty glykemie se pohybovaly od 5,6–10,2 mmol/l, změněny opět PAD.

Diabetologické konziliární vyšetření **9. den hospitalizace:**

Hodnoty glykemie se pohybovaly od 4,4–10,4 mmol/l, doporučen Humulin N, vydáno inzulínové pero a pacientka se má učít aplikovat inzulín.

Diabetologické konziliární vyšetření **12. den hospitalizace:**

Hodnoty glykemie se pohybovaly od 5,4–12,1 mmol/l, pacientka převedena opět na PAD.

Diagnózy při propuštění:

- plicní embolie bez akutního cor pulmonale,
- esenciální (primární) hypertenze t.č. tendence k hypotenzi,
- diabetes mellitus 2. typu s neurčenými komplikacemi na PAD.

Farmaceutická anamnéza při propuštění:

- Orcal 10, Milurit 100, Torvazin 20, Verospiron 25, Vipidia 25 mg,
- nově: Dibetix 0,5 mg, 2 mg, Eliquis 5 mg, Gliclazid 30.

Diskuse

Pacientka během hospitalizace byla převedena na inzulín. Aplikaci inzulínu ani po třech dnech sama nezvládala. Dělal chyby hlavně v tom, že nezvládala zcela stlačit pero, a tudíž část inzulínu, který si měla aplikovat, zůstával v peru. Pro svou obézní postavu ani sama neviděla, kam si inzulín aplikuje. V průběhu proto byla kontaktována rodina, která měla aplikaci inzulínu zajistit, a to buď svépomocí nebo prostřednictvím charity. Po třech dnech však byla pacientka opět převedena na PAD.

Závěr

Na uvedeném příkladu vidíme, že došlo zcela zbytečně ke stresu jak pacientky, tak její rodiny. Během diabetického konziliárního vyšetření vyšetřující lékař pacientku vůbec neviděl. Nemohl posoudit její schopnost aplikaci inzulínu hned v začátku. Řídil se pouze věkem pacientky.

4.2 Kazuistika R. M. 81 let

Pacientka byla hospitalizována pro hypoglykémii s bezvědomím. Při příjezdu RZP (rychlá zdravotnická pomoc) byla pacientka v hlubokém kómatu. Glykemie byla 2,0 mmol/l, podáno 50 ml 40 % glukózy, poté glykemie 11,2 mmol/l.

Anamnéza

- opakované hospitalizace na interním oddělení pro hypoglykémii při dietní chybě.

Rodinná anamnéza: matka zemřela na onemocnění srdce, otec pravděpodobně na plicní embolii, bratr zemřel na rakovinu plic.

Osobní anamnéza při příjmu:

- Diabetes mellitus 2. typu na PAD a inzulinu.
- Hypertenze.
- Hyperlipidemie.
- Onemocnění štítné žlázy.
- Anémie.
- Reakce na těžký stres – manžel v nemocnici již 4 měsíce.

Farmaceutická anamnéza při přijetí:

Anopyrin 100 mg, Atorvastatin 10 mg, Furon 40 mg, Lozap 50 mg, Prothiaden 25 mg, Siofor 850 mg + užívá inzulin na noc, ale neví název, aplikuje si 20 jednotek.

Alergie: Coxtral.

Sociální anamnéza: starobní důchodce, kouření – 0, alkohol – 0, bydlí nyní sama, dohlíží na ni dcera.

Status praesens

Při přijetí byla pacientka při vědomí, normostenická, spolupracovala, kůže bez ikteru, cyanózy, spojivky růžové, zornice izokorické, náplň krčních žil v normě, bez klidové dušnosti, břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, dolní končetiny bez otoků, krevní tlak 140/80, puls 80/min.

Biochemické vyšetření: glykemie při příjmu 7,18 mmol/l, C-reaktivní protein 31,3 mg/l.

Mikrobiologické vyšetření moče: moč sterilní.

Vyšetření během hospitalizace spojené s DM:

Diabetologické konziliární vyšetření **3. den hospitalizace:**

Za hospitalizace vysazen Siofor i inzulín, hodnoty glykemie 3,3–10,0 mmol/l. Doporučena diabetická dieta s vynecháním PAD i inzulínu.

Diagnózy při propuštění:

- Hypoglykemie.
- Diabetes mellitus 2. typu.
- Bakteriální infekce.
- Hypertenze.
- Hyperlipidemie.

Farmaceutická anamnéza při propuštění:

Anopyrin 100 mg, Atorvastatin 10 mg, Furon 40 mg, Lozap 50 mg, Prothiaden 25 mg, nově: Xorimax 500 mg, volně prodejná probiotika.

Diskuse

Pacientka byla hospitalizována pro hypoglykémii, hospitalizace pro toto onemocnění jsou u ní časté. Dle zápisu a záznamu RZP k ní v posledních 14 dnech vyjžděla 3x pro hypoglykémii. Pacientka žije nyní sama. Manžel je již 4 měsíce v nemocnici. Dohlíží na ni dcera. Pacientka byla hospitalizována těsně před Vánoci.

Závěr

Mělo by se více dbát na psychiku pacienta a neřešit pouze aktuální onemocnění. Zde jsme svědky, že pacientka vysloveně volá o pomoc (tři výjezdy RZP během čtrnácti dnů). Měla by být kontaktována sociální pracovnice, která by ji a její rodině pomohla danou situaci řešit. I hospitalizace kolem vánočních svátků svědčí o tom, že se pacientka cítí být velmi sama a rodině spíš na obtíž. Ve farmakologické terapii nejsou žádná psychofarmaka, byť jen na přechodnou dobu.

4.3 Kazuistika P. B. 85 let

Pacientka byla přijata pro dekompenzovaný diabetes mellitus. Odeslána z diabetologické ambulance. Pacientce se před třemi dny pokazila inzulinová pera, proto inzulín neaplikovala. Glykemie v laboratoři 28,9 mmol/l.

Anamnéza

- pacientka byla opakovaně hospitalizována na interním oddělení pro hypoglykémii s bezvědomím.

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 55 letech, matka v 60 letech, 3 sourozenci zemřeli na infarkt myokardu.

Osobní anamnéza při příjmu:

- Ischemická choroba srdeční.
- Hypertenze.
- Diabetes mellitus 2. typu na PAD + inzulín.
- Po CMP (2008).
- Hyperlipidemie.
- Polyneuropatie.
- Chronická hematurie.

Farmaceutická anamnéza při přijetí – pacientka neví, proto telefonicky kontaktována dcera. Insulatard, Novorapid, Bisoprolol 5 mg, Digoxin 0,125 mg, Eliquis 5 mg, Furon 40 mg, Geratam 800 mg, Kalnormin 1 g, Atoris 10 mg, Tripixam 10/2,5/5 mg.

Alergie: Penycilin.

Sociální anamnéza: starobní důchodce, kouření – 0, alkohol – 0, bydlí sama, dcera ji navštěvuje.

Status praesens

Pacientka při příjmu při vědomí, orientovaná, spolupracuje, bez ikteru či cyanózy, bez klidové dušnosti, bledší kůže, zornice izokorické, krevní tlak 120/80, tepová frekvence 84/min, dýchání čisté, náplň krčních žil v normě, břicho měkké, nebolestivé, dolní končetiny bez otoků, výška 165 cm, hmotnost 77 kg.

Biochemické vyšetření: glykemie 28,96 mmol/l, leukocyty v moči 452/μl.

Mikrobiologické vyšetření moče: pozitivní Enterococcus a Streptococcus.

Vyšetření během hospitalizace spojené s DM:

Diabetologické konziliární vyšetření **2. den hospitalizace:**

Hodnoty glykemie 9,1–17,2 mmol/l. Doporučena dieta + Novorapid 12–12–12 j., Insulatard 16/18j/noc.

Diabetologické konziliární vyšetření **3. den hospitalizace:**

Hodnoty glykemie 12,1–17,6 mmol/l. Doporučeno Novorapid 16–14–12 j., Insulatard 22j/noc.

Diabetologické konziliární vyšetření **4. den hospitalizace:**

Hodnoty glykemie 10,3–11,7 mmol/l. Doporučeno Novorapid 18–14–14 j., Insulatard 22j/noc.

Diagnózy při propuštění:

- Diabetes mellitus 2. typu na inzulínu, dekompenzace při přijetí.
- Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace.
- Chronická ischemická choroba srdeční.
- Hypertenze.
- Následky mozkového infarktu.
- Hyperlipidemie.
- Polyneuropatie.

Farmaceutická anamnéza při propuštění:

Insulatard 22j/noc, Novorapid 18–14–14 j., Bisoprolol 5 mg, Digoxin 0,125 mg, Eliquis 5 mg, Furon 40 mg, Geratam 800 mg, Kalnormin 1 g, Atoris 10 mg, Tripixam 10/2,5/5 mg. nově: Furolin 100 mg, volně prodejná probiotika.

Diskuse

Pacientka šla na obvyklou kontrolu ke svému diabetologovi. Pokaženým inzulinovým perům nevěnovala větší pozornost. Neudivilo ji ani to, že jak sama udávala, více pila – asi 3 l/den a více močila. Rodinu o pokažených perech neinformovala, rodina nekontrolovala stav per.

Závěr

Je potřeba pacienty i jejich rodiny neustále edukovat a vhodně i kontrolovat (pomocí cílených otázek), zda daným informacím rozumí. Pacientka, která je dlouhodobě léčena inzulinem by spolu s rodinou měla znát a na sobě poznat hyperglykemii. V případě poškození pera ihned kontaktovat lékaře a pravidelně si kontrolovat hladinu cukru. K takovým situacím by nemělo docházet. Zbytečně se pak zvyšuje riziko následných komplikací diabetu mellitu.

5 DISKUSE

Zabýváme se zde výsledky dotazníkového šetření, které bylo součástí diplomové práce na téma: Aspekty zdravotní gramotnosti vztahující se k onemocnění diabetes mellitus z pohledu seniorů s touto diagnózou. Výsledky jsou porovnávány s jinými dostupnými studii a odbornou literaturou.

Při výzkumu jsme se opírali o standardizovaný dotazník DSMQ, který slouží jako hodnotící nástroj k měření sebeděče u diabetiků. Zaměřili jsme se pouze na respondentky, a to hlavně z toho důvodu, že jsme mohli po vyplnění dotazníku dále v praxi sledovat, zda vyplnily dotazník pravdivě a jak se jejich zdravotní stav dále vyvíjí.

Vzorek tvořilo 81 respondentek, což odpovídá 1 % všech pacientek s onemocněním diabetes mellitus 2. typu, které jsou léčeny v okrese Hodonín.

Ve věku **75–89 let** zde bylo zastoupeno **65,4 %** žen, je to nejpočetnější skupina. Ve věku **65–74 let 29,6 %** a ve věku **nad 90 let 5 %** respondentek. Vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání bylo ve výzkumném vzorku zastoupeno 34,6 % žen se základním vzděláním, 43,2 % s výučním listem, 16 % středoškolaček, 3,7 % s vyšším odborným vzděláním a 2,5 % s vysokoškolským vzděláním. Statistické zpracování získaných dat nám pak ukázalo, že ženy s onemocněním DM se středoškolským a vysokoškolským vzděláním nemají statisticky významně vyšší složku interaktivní zdravotní gramotnosti v oblasti DM než ženy se základním vzděláním nebo ženy vyučené. To si odporuje se studií autorů Jackson et al (2014), ve které potvrzují, že vědomosti v oblasti sebeděče jsou závislé na úrovni vzdělání pacientů s DM. Jako důvod rozporu zde vidíme, že uvedená studie probíhala u dospělých a pracovně aktivních jedinců. Kdežto náš výzkum se týkal seniorů ve starobním důchodu v době výzkumu hospitalizovaných v nemocnici a nejpočetněji zastoupených ve věku 75–89 let. V tomto věku se již mohou projevovat degenerativní onemocnění mozku, které však ještě nebyly diagnostikovány. Zde již v procesu učení jejich vzdělání nehraje žádnou roli. Ze statistického šetření jsme také vyvodili závěr, že ženy s onemocněním DM ve věku do 74 let nemají statisticky významně vyšší složku interaktivní zdravotní gramotnosti v oblasti DM, než ženy starší.

Nejvíce žen žilo s **manželem/druhem**, tj. **40,8 %**, samo žilo 29,6 % respondentek, 22,2 % pak s jinými rodinnými příslušníky a 7,4 % žen v sociálním zařízení. Studie autorů Wen et al. (2004) poukazuje na to, že starší diabetici lépe zvládají sebeděči za podpory rodinných příslušníků.

53,1 % respondentek bylo léčeno na DM **více jak 20 let**, 42 % pak 11–20 let a 6–10 let se léčilo 4,9 % respondentek. Délku léčby do 5 let v dotazníku nikdo nevyplnil. Studie autora Abubakari (2016), která se zabývá vlivem sociodemografických faktorů u onemocnění DM, ukázala, že pacienti, kteří se s tímto onemocněním léčí delší dobu, jsou lepší ve svém řízení tohoto onemocnění. S tímto tvrzením se ztotožňujeme i my. Výsledkem naší hypotézy bylo, že ženy s onemocněním DM, u kterých onemocnění trvá více než 10 let mají statisticky významně vyšší složku interaktivní zdravotní gramotnosti v oblasti DM než ženy, které se s onemocněním léčí 10 let a méně.

V dalším, již konkretizujícím dotazníkovém šetření, kde jsme vycházeli z DSMQ dotazníku, jsme zjistili, že **65,4 %** pacientek občas do svého jídelníčku zařadí i **ne zcela optimální potraviny** pro léčbu DM. 17,3 % dodržuje správný jídelníček a stejné procento, tedy 17,3 % jídelníček pro léčbu cukrovky nedodržuje. Při dotazu na přejídání ze 100 % respondentek uvedlo **65,4 %** že si občas dá něco **hodně sladkého** nebo se přejí, zbylých 34,6 % udává, že se nepřejídá. Studie autorů Chlebowy, Hood, LaJoie (2010) dokazuje pozitivní vliv rodiny na dodržování léčebného režimu diabetikem. Zde se jednalo o dietní opatření, pohybový režim, péči odolní končetiny, měření glykémie v krvi a ve správném užívání léků.

Hladinu krevního cukru si pravidelně kontroluje pouze 6,2 % respondentek, **občas 40,7 %** a vůbec 34,6 %. 18,5 % respondentek nemá k dispozici glukometr. Jsou léčeny buď dietou nebo dietou spolu s perorálními antidiabetiky. Respondentky dále uvedly, že žádná z těch, co měly v medikaci léky, by neporušila doporučenou medikaci. **72,8 % ji užívala pravidelně**, 12,4 % nepravidelně a 14,8 % z nich léky neužívala vůbec (nebyly součástí jejich medikace). Z dotazníku vyšlo najevo, že žádná z respondentek pravidelně ani občas necvičila. Pouze 11,1 % chodilo na pravidelné procházky. **88,9 % nemělo žádný pravidelný pohyb.**

Zde vidíme problém v pohybu seniorů stejně jako ve studii od DeJesus (2016). Ta proběhla u amerických hispánských pacientů. Týkala se sebeděče v oblasti onemocnění diabetes mellitus. Výzkum byl prováděn před a po edukaci. I zde většina respondentů uvedlo, že neprovádí pravidelnou fyzickou aktivitu a jejich sebeděče je nedostačující. Stejný závěr má i studie autorů Jordan a Jordan (2010). Ti studovali dospělé filipoameričany.

Za výsledkem tak vysokého procenta pacientů, kteří nemají pravidelný pohyb, vidíme, že v tomto věku, tedy 65+ dochází k nárůstu dalších onemocnění, senior je polymorbidní. Přidružuje se degenerativní onemocnění kloubů a kostí, které bývá bolestivé,

dochází k omezení hybnosti, která může v některých případech vyústit až v to, že senior má přiměřený pohyb pouze v situacích, kdy jde navštívit lékaře.

92,6 % respondentek uvedlo, že **na kontroly chodí pravidelně**, pouze 7,4 % přiznalo, že návštěvu u lékaře občas vynechá. Nebyl nikdo, kdo by na kontroly k lékaři nechodil vůbec. V našem statistickém šetření jsme pak následně zjistili, že ženy s onemocněním DM, které pravidelně navštěvují lékaře kvůli tomuto onemocnění, mají statisticky významně vyšší složku interaktivní zdravotní gramotnosti v oblasti DM než ženy, které pravidelné návštěvy u lékaře nedodrží.

V otázce na sebeděči **63 %** dotázaných uvedlo, že co se týče jejich onemocnění DM, tak **se o sebe málo starají**, pouze 37 % uvedlo, že jejich sebeděče je dostačující.

Při porovnávání našich výsledků s výsledky studie Brabcová a kol. (2018), která se týkala zdravotní gramotnosti seniorů 65+. Docházíme k určité shodě i neshodě. Stejně jako v našem výzkumu, tak i zde byla zdravotní gramotnost ovlivněna věkem. Na rozdíl od našeho výzkumu, zde na zdravotní gramotnost mělo vliv vzdělání respondentů. Studie proběhla v České republice v Jihočeském kraji v roce 2016. Zdravotní gramotnost seniorů byla vyhodnocena pomocí standardizovaného dotazníku HLSQ-EU. Šetření proběhlo u 326 respondentů. Zdravotní gramotnost dostatečná byla zjištěna u 39,1 % seniorů, problematická u 37,8 % a nedostatečná u 23,1 % respondentů.

Stejně jako studie autorů Schmitt et al. (2013), tak i náš výzkum prokázal, že dotazník DSMQ je vhodný jako nástroj, který lékařům poslouží k vyhodnocení pacientů s onemocněním diabetes mellitus. Vyhodnotí jejich sebeděči a odhalí oblasti a důvody, které mohou vést k jejich nedostatečné sebeděči. Díky tomu tak mohou předcházet komplikacím, které v rámci tohoto onemocnění vznikají. Poukazuje na jednotlivé pacienty, kde je nutná reedukace a kontrola znalostí.

Dotazník by měl být použit u každého diabetika, který je hospitalizovaný v nemocnici a v případě potřeby by mu měla být zajištěna konzultace s diabetologem. Tak, jak je to u nás v případě nutriční terapeutky. Pokud pacient při příjmu nemá dostatečné znalosti o vhodnosti potravin, které jí, je mu zajištěna nutriční terapeutka, která spolu s ním navrhne jídelníček (diету). Týká se to nejenom diabetiků, ale i vegetariánů, pacientů léčených warfarinem atd. Bylo by tak možno předejít např. následujícím příkladům, kterých jsem byla osobně svědkem, a to pouze v relativně krátké době, kdy jsem dané téma sledovala v rámci zpracovávání diplomové práce.

První případ se týkal pacientky (68 let), která při příjmu neuváděla, že je diabetička. PAD jí do medikace přidal praktický lékař a zřejmě nedošlo k řádné edukaci. Pacientka si

myslela, že všechny léky, které užívá, jsou na srdíčko a odmítala přijmout fakt, že je diabetička. Podle toho vypadal i její jídelníček. Za hospitalizace jsme sice pacientce nasadili diabetickou dietu. Pacientka se přesto dojídala jídlem z domova.

Druhý případ se týká diabetičky (77 let) léčené inzulinem. Zde byla v noci přivolána sestra. Pacientka udávala pocit, který se shodoval s příznaky hypoglykemie. Avšak naměřená hodnota byla 6,4 mmol/l (fyziologická hodnota je 3,9–9 mmol/l u diabetika léčeného inzulinem), viz příloha č. 8. Až po důkladném rozhovoru se zjistilo, že pacientka v domácím prostředí záměrně udržuje hladinu cukru v krvi na 15 mmol/l. Tento výkyv tedy její tělo vnímalo jako hypoglykemií.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá aspekty zdravotní gramotnosti o onemocnění diabetes mellitus 2. typu u seniorů, kteří tímto onemocněním trpí. V úvodu práce je uveden hlavní cíl a dalších šest dílčích cílů. Následuje teoretická a praktická část, kde jsme se snažili odpovědět na dílčí cíle. Informace jsme získávali pomocí rešerše, kterou jsme hned v úvodu provedli.

Snažili jsme se předložit veškeré dohledané relevantní poznatky, které byly publikovány o gramotnosti, zdravotní gramotnosti, zdravotní gramotnosti seniorů, zdravotní gramotnosti seniorů s onemocněním diabetes mellitus jak u nás, tak v zahraničí. Provedli jsme analýzu interaktivní složky zdravotní gramotnosti seniorů, u kterých bylo diagnostikováno onemocnění DM na Kyjovsku, a porovnali se zdravotní gramotností v České republice.

Zaměřili jsme se i na seniora po všech jeho stránkách (komunikace, strava, pomoc seniorům atd.) U onemocnění diabetes mellitus jsme se hlavně zaměřili na statistiku, možnost stravování s tímto onemocněním a následné komplikace. Některé akutní komplikace jsme pak následně rozebrali v kazuistikách.

V teoretické části jsme se inspirovali standardizovaným DSMQ dotazníkem. Pro lepší pochopení seniory jsme vypracovali vlastní dotazník s doplňujícími demografickými údaji.

Dílčím šestým cílem bylo vytvořit informační leták. Po důkladném zvážení, jsme však došli k závěru, že zcela kompetentní k tomuto cíli a vytvoření letáku by měl být diabetolog a nutriční poradce. V příloze proto uvádíme návrhy, jak by edukační leták/ky mohl/ly vypadat (příloha 6-10). Vzor jsme našli v dokumentech liberecké nemocnice. Jsme také toho názoru, že všechny nemocnice v České republice by měly mít jednotné dokumenty ve vzdělávání diabetiků.

SOUHRN

Předložená diplomová práce se zabývá zdravotní gramotností seniorů. Hlavním cílem bylo zjistit jaká je zdravotní gramotnost seniorů diabetiků o jejich onemocnění na Hodonínsku.

Práce je tvořena částí teoretickou, praktickou a kazuistikami. Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly, vycházíme zde z dostupných relevantních zdrojů. V praktické části pak byl použit kvantitativní dotazník, který se opírá o standardizovaný dotazník DSMQ. Počet respondentek byl stanoven na základě celkového počtu diabetiček v okrese Hodonín. Jako vzorek bylo bráno 1 %. Pacientky byly zároveň hospitalizované na interním oddělení. Dotazníky byly vyplňovány individuálně. Bylo tak zajištěna 100% návratnost. Byla zde také možnost dále během hospitalizace sledovat pravdivost vyplněných dotazníků. Výsledky pak byly zpracovávány v tabulkách a grafech. V závěru praktické části byly zpracovány hypotézy a cíle práce.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že zdravotní gramotnost seniorů na Hodonínsku je podmíněna délkou onemocnění, sociálním zázemím a návštěvností lékaře, naopak není podmíněna věkem a dosaženým vzděláním.

Klíčová slova – Senior, Diabetes mellitus 2. typu, self-management, DSMQ dotazník, zdravotní gramotnost

SUMMARY

The thesis presented deals with the health literacy of the elderly. The main goal was to find out what the health literacy of senior diabetics is about their disease in the Hodonín region.

The work consists of parts theoretical, practical and case reports. The theoretical part is divided into three chapters, we are based here on the available relevant sources. The practical part then used a quantitative questionnaire, which is based on the standardised DSMQ questionnaire. The number of respondents was determined based on the total number of diabetics in hodonín county. As a sample, 1 % was taken. The patients were also hospitalized in the internal ward. Questionnaires were completed individually. This ensured a 100% return. There was also the possibility to continue to monitor the veracity of the questionnaires completed during hospitalization. The results were then processed in tables and charts. At the end of the practical part, hypotheses and objectives of work were processed.

The research survey found that the health literacy of the elderly in hodonín region is conditional on the length of the disease, social background and the attendance of the doctor, on the contrary, it is not conditional on age and educational attainment.

Keywords – Senior, Diabetes mellitus 2. type, self-management, DSMQ questionnaire, health literacy

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ABUBAKARI, A. et al. 2015 Sociodemographic and Clinical Predictors of Self-Management among People with Poorly Controlled Type 1 and Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perceptions and Self-Efficacy[online]. *Journal of Diabetes Research*.2016;6708164.[cit.2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2016/6708164/>
2. APFCR. 2019. *Penzijko v ČR 2019*. [online] Asociace penzijních společností ČR. [cit. 2019-09-21]. Dostupné z: <https://www.apfcr.cz/2019/09/16/penzijko-v-cr-zajem-o-dps-opet-roste/>
3. BERKOVÁ, M., BERKA, Z. a E. TOPINKOVÁ. 2013. Problematika seniorského věku: Stařecká křehkost, sarkopenie a disabilita. [online]. *Practicus*. [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: <http://www.practicus.eu/data/Practicus2013/practicus2013-02.pdf>
4. BÖHMOVÁ, O. 2018. Za posledních deset let přibylo 15 procent diabetiků. [online]. *Zdravotnický deník*. [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/11/za-poslednich-deset-let-pribylo-15-procent-diabetiku-pokud-pujde-stejnym-tempem-roce-2035-bude-nemocny-kazdy-desaty-cech/>
5. BRABCOVÁ, I. a kol. 2018. Zdravotní gramotnost seniorů. [online]. *Praktický lékař*. [cit. 2019-09-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-4-4/zdravotni-gramotnost-senioru-105315>
6. CENTRUM INTERNÍCH OBORŮ. 2014. *Diabetologické oddělení*. [online]. Krajská nemocnice Liberec, a. s. [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.nemlib.cz/diabetologie/>
7. CSS-KYJOV. 2020. *Rozvoz obědů*. [online]. Centrum sociálních služeb Kyjov, příspěvková organizace města Kyjova. [cit. 2020-01-18]. Dostupné z: <http://www.css-kyjov.cz/rozvoz-obedu/?open=107>

8. ČSSZ. 2018. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2018*. [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení. 2019. [cit. 2019-09-20]. ISBN 978-80-87039-54-0. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/documents/20143/99587/Statistick%C3%A1%20ro%C4%8Denka%20z%20oblasti%20d%C5%AFchodov%C3%A9ho%20poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD%20za%20rok%202018.pdf/6ac9652b-93c3-357a-4c86-aeb41068c54f>
9. ČSÚ. 2014. *Senioři v Česku*. [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2019-09-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a4>
10. ČSÚ. 2018. *Senioři a zdraví – 2018*. [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2019-02-20]. Kód: 310034-18. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2018>
11. DAVIS, T.C. et al. 1993. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened instrument. [online] *Fam Med*. 1993.25(6). [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8349060>
12. DEJESUS, Y. 2016. Self-Efficacy and Self-Management Assessments on Hispanic Patients with Diabetes. Walden University. [online] *Walden Dissertations and Doctoral Studies*. [cit. 2019-02-20]. Dostupné: <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4070&context=dissertations>
13. DIABETESCARE. 2020. Diabetes a cestování. [online]. *Ypsomed s.r.o.* [cit. 2019-02-20] Dostupné z: <https://www.mylife-diabetescare.com/cs-CZ/znalosti-o-diabetu/obecne-informace/diabetes-a-cestovani.html>
14. DPSP. 2020. *Zdravá výživa*. [online]. Domov pro seniory Pelhřimov. [cit. 2020-01-18]. Dostupné z: <http://www.dpsp.cz/stravovani/diety>
15. DUFFKOVÁ, J. 2017. Gramotnost [online]. *Sociologická encyklopedie*. [cit. 2019-06-08]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Gramotnost>
16. EMMERTON, A. 2019. Změna světů pomocí slov. [online]. *Worldliteracyfoundation* [cit. 2019-10-08]. Dostupné z: <https://worldliteracyfoundation.org/changing-worlds-with-words-2/>

17. FINANCE. 2018. *Věk odchodu do důchodu*. [online]. Praha, 2018. [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: https://www.finance.cz/duchody-a-davky/kalkulacky-a-aplikace/kalkulator-duchodovehoveku/?day=3&month=7&year=1978&gender=1&_children=2&_submit=Spo%C4%8D%C3%ADtej&do=application-retirementAge-submit
18. GCENTRUM. 2020. Jídelní lístek. [online]. *G-centrum Tábor*. [cit. 2020-01-18]. Dostupné z: <https://www.gcentrum.cz/index.php/pecovatelska-sluzba/jidelni-listek>
19. HAJDUCHOVÁ, H., BÁRTLOVÁ, S., BRABCOVÁ, I., MOTLOVÁ, L. a kol. 2017. Zdravotní gramotnost seniorů a její vliv na zdraví a čerpání zdravotních služeb. [online]. *Praktický lékař*. [cit. 2019-09-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-5/zdravotni-gramotnost-senioru-a-jeji-vliv-na-zdravi-a-cerpani-zdravotnich-sluzeb-62179>
20. HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. *Sociální gerontologie, aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-900-8.
21. HOLČÍK, J. 2010 *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-210-5239-0.
22. HOLČÍK, J. 2017. Potřeba a role zdravotní gramotnosti [online]. *První národní konference o zdravotní gramotnosti*. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/11_prezentace.pdf
23. HRNČIARIKOVÁ, D., JURÁŠKOVÁ, B. a Z. ZADÁK. 2008. Sarkopenie ve stáří. [online]. *Lékařské listy*. [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=389728>
24. CHLEBOW, D.O., HOOD, S. a A.S. LAJOIE. 2010. Facilitators and barriers to self-management of type 2 diabetes among urban African American adults: focus group findings. [online] *Diabetes Educ.* 2010;(36):897–905. [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974906>
25. JACKSON, I. et al. 2014. Knowledge of self-care among type 2 diabetes patients in two states of Nigeria. [online] *Pharmacy Practice*. 2014;12(3):404. [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25243026>

26. JANÁČKOVÁ, L. a P. WEISS. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.
27. JANOVSÁ, K. a kol. 2016. *Zdravotní gramotnost seniorů*. [online] Národní síť podpory zdraví, z. s. [cit. 2019-09-20]. Dostupné z: http://www.zdravotni-gramotnost.cz/wp-includes/files/gramotnost_A5_seniori.pdf
28. JORDAN, D.N. a J.L. JORDAN. 2010. Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus[online]. *J Diabetes Complications*. 2010; 24(4):250-8. [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19615920>
29. JURÁŠKOVÁ, B., HRNČIARIKOVÁ, D., HOLMEROVÁ, I. et al. 2007 Poruchy výživy ve stáří. [online]. *Med Pro Praxi*. 2007;4(11) [cit. 2019-03-20] Dostupné z: file:///C:/Users/HP/Downloads/Solen_med-200711-0002.pdf
30. KALVACH, Z. et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-0548-6.
31. KAREN, I. a Š. SVAČINA. 2018. *Diabetes mellitus – Novelizace 2018*. [online]. Praha: CDL-PL. ISBN 978-80-86998-99-2. [cit. 2020-02-18]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-DM-2018.pdf>
32. KLEMENTOVÁ, M. 2017. Diabetes: tichý zabiják. [online]. *Česká televize*. [cit. 2020-01-18]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1148499747-sama-doma/217562220600119/video/580132>
33. KOBAYASHI, L.C. et al. 2014. Stárnutí a funkční zdravotní gramotnost. [online]. *Časopisy gerontologie: Série B, svazek 71, 2016*, [cit. 2019-09-21]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/71/3/445/2605114>
34. KUBEŠOVÁ, H., WEBER, P., POLCAROVÁ, V. a kol. 2006. Výživa ve stáří. [online]. *Med. Propraxi* 2006;3 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/03/04.pdf>
35. KUČERA, Z. et al. 2016. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR. [online]. *Časopis lékařů českých*. 2016.155. [cit. 2019-01-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/zdravotni-gramotnost-obyvatel-cr-vysledky-komparativniho-reprezentativniho-setreni-59024>

36. MALÁ, E., KRČMOVÁ, I., BUREŠOVÁ, E. et al. 2011. Výživa ve stáří. [online]. *Interní Med* 2011; 13(3). [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2011/03/04.pdf>
37. MFČR. 2020. *Hospodaření systému důchodového pojištění 2018*. [online]. Praha: Ministerstvo financí České republiky. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/statni-rozpocet/hospodareni-systemu-duchodoveho-pojisten>
38. MPSV. 2020. *Dávky a příspěvky*. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2020-01-21]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/davky-a-prispevky#rodina-pece-deti>
39. ONDRÁKOVÁ, J. 2012. *Vzdělávání seniorů a jeho specifika*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-038-3.
40. ONDRUŠOVÁ, J. 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.
41. POKORNÁ, A. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
42. POMOC NEMOCNYM. 2020. Rozvoz obědů pro seniory v Brně. [online]. *Gericon*. [cit. 2019-05-18]. Dostupné z: <http://pomocnemocnym.cz/rozvoz-obedu-pro-seniory-v-brne-jidelna-maj/>
43. SCHMITT, A. 2013. The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control[online]. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013;11(1). [cit.2020-01-18]. Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-138>
44. SLUŽBY PRO SENIORY. 2020. Stravovací provoz. [online]. *Sociální služby pro seniory Olomouc*. [cit. 2020-01-18]. Dostupné z: <https://www.sluzbyproseniory.cz/stravovaci-provoz>
45. SORENSEN, K. et al. 2015. Zdravotní gramotnost v Evropě. [online] *Oxford Journals* 2015.25(6) [cit. 2019-11-08]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/>

46. SZU. 2014. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky Praha. [cit. 2018-05-16] ISBN 978-80-85047-49-3. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/aktuality/Cesi_ziji_dele_ale_trapi_je_civilizacni_nemoci/Zprava_o_zdravi_obyvatel_CR_.pdf
47. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
48. ÚZIS ČR. 2014. *Informace ze zdravotnictví Jihomoravského kraje*. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2019-05-18]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/izk_jhm_2014_03.pdf
49. ÚZIS. 2017. *Péče o nemocné cukrovkou*. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2019-05-18]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--knihovna&id=236>
50. VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum. ISBN 978 80-246-1318-5.
51. VYBÍRAL, Z. 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.
52. VZP. 2020. Organizace a hodnocení kvality péče o pacienty s onemocněním diabetes mellitus. [online]. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky*. [cit. 2019-09-21]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/bonifikace/bonifikacni-program-vzp-plus/diabetes>
53. WEN, L., PARCHMAN, M. a M. SHEPHERD. 2004. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes [online]. *Diabetes pedagog*. 2004; 30(6):980-993. [cit. 2020-01-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15641619>
54. WHO. 1998. Health Promotion Glossary. [online]. *Geneva: WHO*. [cit. 2019-10-29]. Dostupné: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
55. ZDRAVÍ 2020. *Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014, s. 48. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: http://www.khsbrno.cz/katalog/souodkaz/zdrav_politika/zdravi_2020_osnova_evropske_zdravotni_politiky.pdf

SEZNAM ZKRATEK

ACE inhibitor	- inhibitory enzymu <u>angiotenzin</u> -konvertázy
CMP	- cévní mozková příhoda
CNS	- centrální nervový systém
ČR	- Česká republika
ČSSZ	- Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	- Český statistický úřad
DM	- diabetes mellitus
DSMQ	- Diabetes Self-Management Questionnaire
MZ	- Ministerstvo zdravotnictví
PAD	- perorální antidiabetikum
SZU	- Státní zdravotnický ústav
VZP	- Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	- Světová zdravotnická organizace
ZTP	- osoba zvlášť těžce postižená
ZTP/P	- osoba zvlášť těžce postižená s průvodcem

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Hypoglykemie – zásady léčby	27
Tabulka 2. Počet léčených osob s diabetickou komplikací	28
Tabulka 3. Počet léčených osob s diabetickou komplikací v kraji	29
Tabulka 4. Věkové zastoupení respondentek	33
Tabulka 5. Sociální zázemí respondentek.....	33
Tabulka 6. Nejvyšší dosažené vzdělání	34
Tabulka 7. Délka léčby	35
Tabulka 8. Výběr potravin	37
Tabulka 9. Přejídání	38
Tabulka 10. Hladina krevního cukru	39
Tabulka 11. Užívání léků.....	40
Tabulka 12. Pohybová aktivita	41
Tabulka 13. Návštěvnost lékaře.....	42
Tabulka 14. Selfmonitoring	42
Tabulka 15. Použití glukometru.....	43
Tabulka 16. Výskyt cukrovky v rodině	44
Tabulka 17. Výskyt typu cukrovky v rodině	45
Tabulka 18. Úprava léků.....	46
Tabulka 19. Aplikace/příprava léků.....	47
Tabulka 20. Úprava léků při výkyvu glykemie	48
Tabulka 21. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s věkem – skutečné četnosti	50
Tabulka 22. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s věkem – očekávané četnosti	50
Tabulka 23. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti se vzděláním – skutečné četnosti	51
Tabulka 24. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti se vzděláním – očekávané četnosti	51
Tabulka 25. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s délkou onemocnění – skutečné četnosti	52

Tabulka 26. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s délkou onemocnění	
– očekávané četnosti	52
Tabulka 27. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti se sociálním zázemím	
– skutečné četnosti	53
Tabulka 28. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti se soc. zázemím	
– očekávané četnosti	54
Tabulka 29. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s návštěvami u lékaře	
– skutečné četnosti	55
Tabulka 30. Souvislost interaktivní složky zdravotní gramotnosti s návštěvami u lékaře	
– očekávané četnosti	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věkové zastoupení respondentek	33
Graf 2 Sociální zázemí respondentek	34
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání	35
Graf 4 Délka léčby	36
Graf 5 Výběr potravin	37
Graf 6 Přejídání	38
Graf 7 Hladina krevního cukru	39
Graf 8 Užívání léků	40
Graf 9 Pohybová aktivita	41
Graf 10 Návštěvnost lékaře	42
Graf 11 Selfmonitoring	43
Graf 12 Použití glukometru	44
Graf 13 Výskyt cukrovky v rodině	45
Graf 14 Výskyt typu cukrovky v rodině	46
Graf 15 Úprava léků	47
Graf 16 Aplikace/příprava léků	48
Graf 17 Úprava léků při výkyvu glykemie	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Dotazník
Příloha 2	Originál dotazníku
Příloha 3	Licence k dotazníku
Příloha 4	Potvrzení o přeložení dotazníku do českého jazyka
Příloha 5	Souhlas hlavní sestry s realizací výzkumného šetření
Příloha 6	Informace pro pacienty diabetická dieta
Příloha 7	Informace pro pacienty – VJ
Příloha 8	Úpravy dávek inzulínu diabetologie
Příloha 9	Tabulka pro domácí měření glykemií
Příloha 10	Kontrolní seznam pomůcek na dovolenou pro pacienta s diabetem léčeného inzulínem

Příloha 1 Dotazník

ANONYMNÍ DOTAZNÍK PRO OSOBY SENIORSKÉHO VĚKU TRPÍCÍ ONEMOCNĚNÍM DIABETES MELLITUS:

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás oslovit s žádostí o vyplnění dotazníků, které jsou zaměřené na hodnocení zdravotní gramotnosti u osob seniorského věku. Dotazníky budou využity pro výzkumnou část mé diplomové práce, jejíž téma zní: „*Aspekty zdravotní gramotnosti z pohledu seniorů s onemocněním diabetes mellitus.*“

Cílem výzkumného šetření je získat informace, které by po vyhodnocení vedly k lepšímu pochopení potřeb pacientů s tímto onemocněním a tím ke zkvalitnění jejich, a tedy i Vašeho života.

Dotazníky jsou anonymní, uvedené údaje slouží pouze pro moji diplomovou práci a nebudou poskytnuty žádným dalším osobám. Prosím o pravdivé zodpovězení otázek.

Odpovědi, které považujete za správné, prosím označte křížkem nebo dopište volné odpovědi. **Vyplněním těchto dotazníků souhlasíte se svojí účastí ve výzkumném šetření.**

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Bc. Jitka Kupková
kupkji01@upol.cz

studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia oboru:
Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy na Univerzitě Palackého v
Olomouci

1, Hladinu krevního cukru si kontroluji pečlivě a pozorně

- a, ano, pravidelně
- b, občas,
- c, ne, měření cukru v krvi není součástí mojí péče
- d, hladinu cukru si nekontroluji i přesto, že mám glukometr

2, Vybírám si potraviny, díky nimž se dá snadno udržovat optimální hladina cukru v krvi

- a, ano vždy
- b, občas
- c, ne

3, Chodím k lékaři na všechny doporučené kontroly

- a, ano
- b, ne
- c, někdy kontrolu vynechám

4, Užívám léky (např. inzulín, tablety) podle předpisu

- a, ano
- b, ne
- c, někdy vynechám
- d, léky/inzulín nejsou/není součástí moji péče

5, Občas si dám něco, co je hodně sladké nebo něco, co je bohaté na sacharidy

- a, ano
- b, ne, nikdy

6, Pravidelně si zapisuji hladinu cukru v krvi (nebo analyzuji graf hodnot pomocí glukometru)

- a, ano
- b, ne
- c, občas
- d, měření cukru v krvi není součástí mojí léčby

7, Mám sklon nechodit k lékařům na kontroly týkající se diabetu

- a, ano, nechodím na kontroly
- b, ne, na kontroly chodím
- c, na kontroly chodím, ale ne pravidelně

8, Pravidelně cvičím, abych si udržoval/a optimální hladinu cukru v krvi

- a, ano, cvičím pravidelně
- b, cvičím občas
- c, chodím na procházky
- d, necvičím

9, Ve skladbě svého jídelníčku důsledně dodržuji doporučení lékaře nebo odborníka na diabetes

- a, ano, důsledně dodržuji doporučení
- b, občas zhřeším
- c, jídelníček nedodržuji

10, Hladinu cukru v krvi nekontroluji tak často, jak by bylo třeba pro to, aby měla adekvátní hodnoty

- a, ano, hladinu cukru v krvi si nekontroluji tak často
- b, ne, hladinu cukru si kontroluji tak často jak je třeba
- c, hladinu cukru v krvi si nekontroluji, přestože mám glukometr
- d, měření cukru v krvi není součástí moji péče

11, Necvičím, ačkoliv by fyzická aktivita kompenzaci cukrovky zlepšila

- a, ano, necvičím
- b, cvičím
- c, cvičím občas
- d, chodím na procházky

12, Někdy se stane, že si zapomenou vzít léky na cukrovku nebo že je vynechám (např. inzulín, tablety)

- a, nikdy
- b, občas
- c, léky/inzulín nejsou/není součástí mojí péče
- d, stává se to často

13, Někdy se opravdu přejím (aniž by přejídání bylo vyvoláno hypoglykemií)

- a, ano
- b, ne, nikdy

14, Co se týče péče o moje onemocnění – cukrovku, měl/a bych častěji chodit k praktickému lékaři

- a, ano, měla bych chodit častěji
- b, ne, moje návštěvy jsou dostačující
- c, někdy i návštěvu vynechám

15, Stává se, že vynechám plánovanou fyzickou aktivitu

- a, ano, cvičím občas
- b, ne, cvičím pravidelně
- c, chodím na procházky
- d, nemám plánovanou fyzickou aktivitu

16, Nedostatečně se o sebe starám, co se týče mojí cukrovky

- a, ano, málo se o sebe starám stran DM
- b, ne, má péče je dostačující

Doplňující otázky

17, Věk

- a, 65 – 74
- b, 75 – 89
- c, 90 a více

18, Kolik let se léčíte s onemocněním DM?

- a, do 5 let
- b, 6 – 10 let
- c, 11 – 20 let
- d, víc jak 20 let

19, Měří si i ostatní členové rodiny nebo známí vaším glukometrem hladinu cukru v krvi, i když netrpí cukrovkou?

- a) ano, občas
- b) ne, nikdy

20, Vyskytuje se ve Vaší rodině cukrovka?

- a) ano
- b) ne

21, Pokud ANO, jaká forma?

- a) na dietě
- b) dieta, tablety
- c) dieta, tablety, inzulín
- d) dieta, inzulín

22, Upravujete si při dyskomfortu sama dávky léku?

- a) ano, občas
- b) ne, nikdy

23, Léky si chystáte (aplikujete) sama?

- a) ano, vždy
- b) někdy
- c) mám již léky předchystané

24. Pokud si naměříte glukometrem výkyv v hladině cukru, upravujete si sama dávky léků?

- a) ano
- b) občas
- c) ne, nikdy

25, S kým v současné době, žijete?

- a) sama
- b) s manželem nebo druhem
- c) s jinými rodinnými příslušníky
- d) v sociálním zařízení (domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou apod.)
- e) jinde/jinak – doplňte, prosím.....

26, Dosažené vzdělání

- a) základní
- b) středoškolské s výučním listem
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Příloha 2 Originál dotazníku

Table 1 Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ)

The following statements describe self-care activities related to your diabetes. Thinking about your self-care over the last 8 weeks, please specify the extent to which each statement applies to you.	Applies to me very much	Applies to me to a considerable degree	Applies to me to some degree	Does not apply to me
1. I check my blood sugar levels with care and attention. <input type="checkbox"/> Blood sugar measurement is not required as a part of my treatment.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. The food I choose to eat makes it easy to achieve optimal blood sugar levels.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. I keep all doctors' appointments recommended for my diabetes treatment.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. I take my diabetes medication (e. g. insulin, tablets) as prescribed. <input type="checkbox"/> Diabetes medication / insulin is not required as a part of my treatment.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Occasionally I eat lots of sweets or other foods rich in carbohydrates.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. I record my blood sugar levels regularly (or analyse the value chart with my blood glucose meter). <input type="checkbox"/> Blood sugar measurement is not required as a part of my treatment.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. I tend to avoid diabetes-related doctors' appointments.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. I do regular physical activity to achieve optimal blood sugar levels.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. I strictly follow the dietary recommendations given by my doctor or diabetes specialist.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. I do not check my blood sugar levels frequently enough as would be required for achieving good blood glucose control. <input type="checkbox"/> Blood sugar measurement is not required as a part of my treatment.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11. I avoid physical activity, although it would improve my diabetes.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12. I tend to forget to take or skip my diabetes medication (e. g. insulin, tablets). <input type="checkbox"/> Diabetes medication / insulin is not required as a part of my treatment.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13. Sometimes I have real 'food binges' (not triggered by hypoglycaemia).	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14. Regarding my diabetes care, I should see my medical practitioner(s) more often.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
15. I tend to skip planned physical activity.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
16. My diabetes self-care is poor.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Příloha 3 Licence k dotazníku

20. 5. 2019

Creative Commons — Uvedte původ 2.0 Generic — CC BY 2.0

Tato stránka je k dispozici v následujících jazycích:



Creative Commons License Deed

Uvedte původ 2.0 Generic (CC BY 2.0)



Toto je zkrácené, uživatelsky přívětivé znění plného textu licenčních podmínek (a jako takové licenci nenahrazuje).

Dílo smíte:

Sdílet — rozmnožovat a distribuovat materiál prostřednictvím jakéhokoli média v jakémkoli formátu

Upravit — remixovat, změnit a vyjít z původního díla

pro jakýkoliv účel, a to i komerční.

Poskytovatel licence nemůže odvolat tato oprávnění do té doby, dokud dodržíte licenční podmínky.

Za těchto podmínek

Uvedte původ — Je Vaší povinností uvést autorství, poskytnout s dílem odkaz na licenci a vyznačit Vámi provedené změny. Toho můžete docílit jakýmkoli rozumným způsobem, nicméně nikdy ne způsobem naznačujícím, že by poskytovatel licence schvaloval nebo podporoval Vás nebo Váš způsob užití díla.

Žádná další omezení — Nesmíte použít právní omezení nebo účinné technické prostředky ochrany, které by omezovaly ostatní v možnostech poskytnutých touto licencí.

Poznámky:

Touto licencí se není třeba řídit ohledně částí materiálu, které jsou volným dílem, popř. v případech, které lze klasifikovat jako výjimku či omezení práva autorského.

Nejsou poskytovány žádné záruky. Může se stát, že Vám licence neposkytne všechna oprávnění pro zamýšlené použití. Například další práva jako je ochrana osobních údajů, soukromí nebo osobnostních práv mohou limitovat použití tohoto díla.

Nová verze této licence je k dispozici. Měli byste ji využívat pro nová díla, a pokud chcete, tak i pro přelicencování starších děl. Žádná díla nejsou přelicencována *automaticky*.

Příloha 4 Potvrzení o přeložení dotazníku do českého jazyka

POTVRZENÍ

Potvrzujeme tímto, že naše společnost Skřivánek s.r.o. provedla překlad dokumentu DSMQ1 z **anglického jazyka** do českého jazyka pro **paní Jitku Kupkovou**, na základě objednávky č. **1908-02679** ze dne **8. 8. 2019**.

Tento překlad souhlasí s textem originálu.

Skřivánek s.r.o. je certifikovaným poskytovatelem překladatelských služeb.

Ve Vyškově , dne 19. 8. 2019

za Skřivánek s.r.o.


.....
Mgr. Irena Mikulová

Strana 1/1

Skřivánek s.r.o.
Vevří 102
CZ 616 00, Brno

Tel.: +420 543 210 518
GSM: +420 737 273 537
brno@skrivanek.cz

Certifikace dle EN ISO 9001, EN ISO 14001,
ČSN ISO/IEC 27001 a EN 17100
Sídlo společnosti: Na dolinách 153/22, 147 00 Praha 4 – Podolí

IČ: 60715235, DIČ: CZ60715235
KB Vyškov: 88-4134100267/0100
Společnost je zapsaná u Městského soudu v Praze, oddíl C,
vložka 232789, 20. 7. 1994, IČ: 607 15 235.

■ ■ ■ ■ ■
SKŘIVÁNEK

Příloha 5 Souhlas hlavní sestry s realizací výzkumného šetření

Nemocnice Kyjov,
příspěvková organizace
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Veronika Neničková, MBAce
Strážovská 1247/22
697 01 Kyjov

ŽÁDOST: REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici. Pracuji zde již 12. rokem, 6. rokem na interním oddělení. Nyní studuji 2. rokem navazující magisterský obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Univerzitě Palackého v Olomouci. Výsledky výzkumu by byly použity pro mou diplomovou práci a nebudou poskytnuty dalším osobám. Pracovní název diplomové práce je: „*Aspekty zdravotní gramotnosti z pohledu seniorů.*“ Výzkum bude probíhat anonymní dotazníkovou formou na interním oddělení. Svou závěrečnou kvalifikační práci vypracovávám pod vedením PaedDr. et Mgr. Marie Chráskové, Ph.D. z Katedry antropologie a zdravotní pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.


Za kladné vyřízení žádosti děkuji.

SOUHLASÍM:

ANO

NE


.....
Bc. Jitka Kupková
studentka PDF UP Olomouc
e-mail: kupkji01@upol.cz


.....
Mgr. Veronika Neničková, MBAce
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Základní informace pro pacienty o diabetické dietě

Diabetická dieta

Zjistili Vám diabetes mellitus, lidově řečeno cukrovku. Při této diagnóze byste měli dodržovat diabetickou dietu. Konkrétní typ diety Vám sdělí lékař. Diety se liší množstvím sacharidů na den. Jde o diety se 150g, 200g, 250g nebo 300g sacharidů. Případně Vám lékař sdělí množství VJ na celý den a jejich rozložení na jednotlivá jídla. Dietu by Vám měla vysvětlit nutriční terapeutka.

Základem je rozdělit si jídlo do více porcí denně, nejméně do třech (snídaně, oběd, večeře), dále možno zařadit malé svačiny, popř. druhou večeři dle množství sacharidů v dietě.

Základní zásady diabetické diety:

1. Stravujte se pravidelně, 3-6x denně podle doporučení lékaře. Pauzy mezi hlavními jídly by neměly být delší než 6 hodin a kratší než 4 hodiny. Svačiny konzumujte nejlépe 3 hodiny po hlavním jídle.
2. Omezte, popř. vylučte zcela sladké výrobky (cukr, med, sladkosti – sušenky, koláče, dorty, sladké nápoje). Potraviny obsahující jednoduchý cukr mohou konzumovat pouze výjimečně, v množství do 10g sacharidů na porci, diabetici, kteří jsou dobře kompenzovaní a netrpí nadváhou či obezitou.
3. Nesladte pravidelně cukrem, medem, ani přírodními sladidly jako je javorový sirup, třtinový cukr. Pokud musíte sladit, používejte nekalorická sladidla (např. stévie, sukralóza, sacharin, aspartam, acesulfam)
4. Sacharidové potraviny by měly být bohaté na vlákninu, vhodnější je např. celozrnný chléb, celozrnné těstoviny, celozrnná rýže. Hladina glykémie po nich stoupá pomaleji než po výrobcích z bílé mouky.
5. Jednoduché sacharidy obsažené v ovoci je vhodné konzumovat v malých množstvích na svačiny.
6. Je vhodné, abyste omezili, popř. vyloučili živočišné tuky (máslo, sádlo, tučná masa a masné výrobky, tučné mléčné výrobky. Tuky přispívají k přibírání na hmotnosti, a tím vzniká riziko zhoršení kompenzace diabetu a vzniku a rozvoje aterosklerózy.
7. Zařaďte do jídelníčku pokrmy z ryb, doporučuje se 2-3x týdně (400g). Obsahují tuky pro organismus prospěšné.
8. Jezte denně alespoň 600g zeleniny a ovoce (přednost dejte zelenině). Doporučuje se zařadit 5x týdně luštěniny (mají značný obsah vlákniny). Pozor na větší množství mrkve, hrášku, kukuřice, červené řepy a celeru – mohou ve větším množství ovlivnit glykémii.
9. Pijte dostatečné množství nekalorických tekutin (voda, čaj, minerálky bez příchutě). Doporučené množství je 30ml/kg tělesné hmotnosti na den.
10. Pozor na alkohol – obsahuje velké množství energie a při léčbě diabetu tabletkami nebo inzulinem může zapříčinit těžkou hypoglykémii.
11. Udržujte si svoji ideální hmotnost. Dosáhnete toho přiměřenou stravou a dostatečným pohybem.

Příklady jednotlivých jídelníčků podle typu diety:

Dieta se 150g sacharidů - redukční. Obsahuje 1400 kcal = 5800 kJ , 80g bílkovin, 50g tuků a 150g sacharidů.

Snídaně (35g sacharidů): 60g chleba, 15g rostlinného tuku, 40g plátkového sýra, hrnek bílé kávy

Svačina (15g sacharidů): 120g jablka

Oběd (40g sacharidů): hovězí vývar se zeleninou a nudlemi, 170g brambor, pečené kuře, miska okurkového salátu

Svačina (20g sacharidů): 150g bílého jogurtu, 20g chleba

Večeře (40g sacharidů): 80g chleba, 20g rostlinného tuku, 100g šunky, cca 100g zeleniny
čerstvé

Dieta s 200g sacharidů. Obsahuje 1800 kcal = 7500 kJ, 90g bílkovin, 70g tuků a 200g sacharidů.

Snídaně (40g sacharidů): 70g chleba, 20g rostlinného tuku, 50g šunky, hrnek bílé kávy

Svačina (30g sacharidů): 120g jablka, 30g chleba

Oběd (50g sacharidů): bramborová polévka (nezahuštěná), cca 140g vařené rýže, vepřové na žampionech

Svačina (30g sacharidů): 40g celozrnného pečiva, ovocný jogurt DIA

Večeře (50g sacharidů): šunkafleky (cca 160g samotných vařených těstovin), hmotnost celého pokrmu cca 250g

Dieta s 250g sacharidů denně. Obsahuje 2100 kcal = 8 800 kJ, 95g bílkovin, 80g tuku.

Snídaně (45g sacharidů): 80g chleba (cca 2 krajíce), rostlinný tuk, 40g šunky, hrnek bílé kávy

Svačina (35g sacharidů): 140g pomeranče, 40g chleba s máslem (10g)

Oběd (65g sacharidů): zeleninová polévka s krupicí, 4ks houskového knedlíku (105g), segedínský guláš

Svačina (35g sacharidů): 400g kefirového mléka, 1 ks rohlíku grahamového (60g)

Večeře (50g sacharidů): 90g chleba, rostlinný tuk 20g, lučina 100g, okurka salátová

2.večeře (20g sacharidů): chléb 40g a 40g šunky

VÝMĚNNÉ JEDNOTKY POTRAVIN

1 VJ = 10 g sacharidů

V tabulce jsou uvedena množství jednotlivých potravin odpovídající jedné VJ

Zdroj: databáze Nutriservis, Kalorické tabulky

PEČIVO

Potravina	množství za 1VJ
houška	18 g
chléb	20 g
celozrnný žitný chléb	20 g
bageta francouzská bílá	18 g
ďalamánek	18 g
chléb celozrnný Penam	26 g
toustový chléb světlý	20 g
toustový chléb tmavý	25 g
slunečnicový chléb	30 g
knäckebröt	15 g
suchar	14 g
suchar DIA	13 g
křehký kukuřičný chléb	13 g
křehký chléb graham	13 g
chlebiček Racio rýžový pozn. 1 plátek cca 10 g	12 g

bezlepkové pečivo

bílý chléb Schär	25 g
cereální chléb Schär	24 g

OBILOVINY, MOUKY,
ŠKROBY

Potravina	množství za 1VJ
mouka pšeničná bílá	14 g
mouka celozrnná pšeničná	14 g
mouka špaldová	13 g
mouka žitná	13 g
mouka kukuřičná	15 g
bramborový škrob	13 g
kukuřičný škrob - Maizena	12 g
sójová mouka	40g
pušinky prášek	12 g

ovesné vločky	15 g
Cornflakes	12 g
pohankové vločky	14 g
müsli sypané s ovocem	15 g
müsli sypané s ořechy a ovocem	18 g

PŘÍLOHY

Potravina	množství za 1VJ
brambory	50 g
bramborová kaše	50 g
brambory opékané	40 g
rýže syrová	13 g
rýže vařená	40 g
těstoviny syrové	14 g
těstoviny vařené	40 g
bramborový salát průměr	65 g
knedlík houskový	21 g
knedlík bramborový	21 g
pohanka loupaná syrová	14 g
pohanka vařená	50 g
kuskus syrový	15 g
kuskus vařený	50 g
jáhly syrové	11 g
jáhly vařené	45 g
bulgur	50 g
quinoa	50 g
brambory americké	45 g
hranolky v troubě	35 g
hranolky McDonald	22 g
krokety	40 g
polenta instantní hotová	60 g

LUŠTĚNINY

Potravina	množství za 1VJ
čočka sušená	17 g
čočka vařená	60 g
fazole sušené	17 g
fazole vařené	50 g
hrách sušený	17 g
hrách vařený	50 g
cizrna sušená	17 g
cizrna vařená	50 g
cizrna sterilovaná	45 g
sojové maso sušené	50 g
sojové maso vařené	150 g
tofu uzené	100 g
tofu marinované	80 g

DOCHUCOVADLA

kečup	40 g
hořčice plnotučná	70 g
hořčice kremžská	60 g
tatarská omáčka	120 ml

Pozn. 1 lžiče hořčice = cca 25 g

1 lžiče tatarčky = 15 ml

OVOCE

Potravina	množství za 1VJ
ananas	80g
angrešt	100 g
banán	50 g
borůvky	85 g
brusky	90 g
fíky čerstvé	60 g
grapefruit	100 g
hrozný	60 g
hruška	75 g
jablko	80 g
jahody	120 g
kiwi	75 g
maliny	80 g
mandarinka	110 g
mango	60 g
meloun žlutý	108 g
meloun červený	180 g
meruňky	90 g
nektarinky	110 g
ostružiny	90 g
pomelo	110 g
pomeranč	90 g
ryngle	60 g
rybíz červený	80 g
rybíz černý	60 g
švestky	70 g
třešně (s peckou)	85 g
višně (s peckou)	85 g
dětská přesnídávka (neslazená)	80 g

ZELENINA (vybrané druhy)

Potravina	množství za 1VJ
hrášek čerstvý	80 g
kukuřice cukrová	50 g
mrkev	130 g
červená řepa	100 g
rajčata	240 g
cibule	120 g
celer	140 g
petržel kořen	100 g
paprika červená, žlutá	160 g
okurky sterilované	160 g
kunovjanka zeleninová směs v nálevu	65 g
dýně	200 g

SUŠENÉ OVOCE

sušená jablka	15 g
sušené meruňky	15 g
sušené švestky	15 g
datle	25 g
fíky sušené	15 g
rozinky	14 g
brusinky	15 g

MLÉKO, MLÉČNÉ VÝROBKY

Potravina	množství za 1 VJ
mléko polotučné	200 ml
mléko nízkotučné	200 ml
jogurt bílý	200 g
bílý jogurt light	150 g
ovocný jogurt	70 g
ovocný jogurt light	50 g
řecký jogurt bílý	300 g
skyr bílý	250 g
DIA ovocný jogurt	150 g
kefírové mléko	250 ml
acidofilní mléko	250 ml
sojové mléko Alpro	400 ml
sojové mléko sušené cca 4 čajové lžičky	16 g

ZELENINOVÉ A OVOCNÉ ŠTÁVY, DŽUSY

Potravina	množství za 1VJ
pomerančový džus 100%	90 ml
jablečný džus	100 ml
ananasový džus	80 ml
hruškový džus	70 ml
jahodový džus	110 ml
grapefruitový džus	110 ml
džus černý rybíz	80 ml
mrkvová šťáva fresh	140 ml
červená řepa šťáva	110 ml
rajčatová šťáva	250 ml
multivitamin	80 ml

OŘECHY, SEMÍNKA, POCHUTINY

Potravina	množství za 1VJ
burské oříšky	60 g
lískové ořechy	60 g
mandle	55 g
vlašské ořechy	70 g
pistácie	40 g
kešu natural	40 g
para ořechy	100 g
pekanové ořechy	70 g
kokos čerstvý	70 g
kokos strouhaný	40 g
dýňová semínka	55 g
slunečnicová semínka	35 g
piniové oříšky	70 g
chia semínko	25 g
lněné semínko	30 g
chipsy bramborové	20 g
nachos	15 g

SLADKOSTI

Potravina	množství za 1VJ
cukr	10 g
med	12 g
sorbit	10 g
fruktoza	10 g
džem jahodový	17 g
džem jahodový dia	30 g
Nutella	17 g
bábovka	18 g
jablečný závin	11 g
vánočka	16 g
Bebe dobré ráno	15 g
Tatranka (1 ks = 47 g)	20 g
Fidorka (1 ks = 30 g)	15 g
čokoláda mléčná	18 g
čokoláda 70% kakaa	22 g
Esíčka	15 g (3 ks)
polomáčené sušenky	20 g
piškoty	13 g
müsli tyčinka	15 g
Toffifee	17 g
Haribo gumoví medvídci	13 g
Bonpari bonbony	10 g
ovesné sušenky Emco	17 g
Dukáty ovesné natural	19 g

NÁPOJE

Nápoj	množství za 1VJ
Coca Cola	100 ml
Sprite	100 ml
Fanta	100 ml
Kofola	90 ml
RedBull	90 ml
Malinovka	90ml
Mattoni citron	200 ml
Pivo	250 ml
Pivo nealko	350 ml
Pivo DIA	400 ml
Cider Kingswood	180 ml
Cider Strongbow	130 ml
Víno červené suché	350 ml
Víno bílé suché	150 ml

ZMRZLINY

nanuk Míša tvarohový	41 g (1 ks)
vanilková zmrzlina	40 g
čokoládová zmrzlina	35 g
jahodová zmrzlina	35 g
Mrož jahodový	40 g
Mrož černý rybíz	32 g
Ruská zmrzlina	40 g
Calippo vodová zmrzlina	47 g

DIA VÝROBKY

Potravina	Množství za 1 VJ
DIA mléčná čokoláda	22 g
ELA sušenky dia	20 g
dia piškoty	15 g
dia vánočka	18 g
Gullon sušenky Fibre	15 g
Diablo müsli tyčinka	13 g
Diabeta sušenky polom.	15 g
Diabeta věnečky	17 g

Příklady hotových pokrmů:

Pizza průměr 40 g = 1 VJ

McDonald malé hranoly 65 g – 29 g sacharidů = 3 VJ

McDonald cheesburger, hamburger – 30 g sacharidů = 3 VJ

McDonald Big Mac – 42 g sacharidů = 4 VJ

Palačinka s džemem (1ks 50 g) – 19 g sacharidů = 2 VJ

Bramborová polévka (250 g) – 26 g sacharidů = 2,5 VJ

Gulášová polévka (250 g) – 19 g sacharidů = 2 VJ

Hovězí vývar s nudlemi (250 g) – 11 g sacharidů = 1 VJ

Svíčková (200 ml) s houskovým knedlíkem (90 g) – 54 g sacharidů = 5,5 VJ

Šunkafleky (250 g) – 58,5 g sacharidů = 6 VJ

Řízek vepřový (110 g) – 30 g sacharidů = 3 VJ

Smažený sýr (100 g) – 19 g sacharidů = 2 VJ

Srbské rizoto – 55 g sacharidů = 5,5 VJ

Vařená čočka (porce 200 g) – 34 g sacharidů = 3 VJ

Hrachová kaše (porce 200 g) – 26 g sacharidů = 2,5 VJ

ÚPRAVY DÁVEK INZULÍNU

- Obecně:**
- **1 jednotka** inzulínu sníží glykémii o 1,5 až 3 mmol/l, ale reakce na dávku inzulínu je velmi individuální
 - na 10 g sacharidů v potravě je potřeba asi 1 jednotka krátkodobého inzulínu
 - krátkodobě působící inzulín aplikujte při hyperglykémii, jeho dávku upravujte podle glykémie před jídlem a za 2 hodiny po jídle
 - středně a dlouhodobě působící inzulín aplikovaný před spaním upravujte podle glykémie před spaním, v noci a ráno následujícího dne
 - při úpravách postupujte vždy opatrně, zpočátku měňte dávky v rozmezí 1- 4 jednotek, dále postupujte podle individuální reakce na inzulín

Jednorázové úpravy dávky krátkodobě působícího inzulínu

Hyperglykémie (zvýšená hladina cukru v krvi)

- upravte aktuální dávku, která má být aplikována před jídlem
- pokud je hyperglykémie naměřena mezi jídly, proveďte tzv.dopich

Dopichujte pouze krátkodobě působícím (rychlým) inzulínem

Actrapid HM, Humulin R, Insuman Rapid, Humalog, Novorapid, Apidra

Hodnoty glykémie

krátce působící (rychlý) inzulín navíc

5-9 mmol/l	bez inzulínu navíc
10-14 mmol/l	1-2 jednotky
15-19 mmol/l	3-4 jednotky
více než 20 mmol/l	4-5 jednotek

Hypoglykémie (snížená hladina cukru v krvi pod 3,8 mmol/l)

- **Vždy snězte potraviny obsahující sacharidy**

Hodnoty glykémie:

3,5 – 3,8mmol/l	10g složených sacharidů ve formě pečiva
3,0 – 3,5mmol/l	10g sacharidů ve formě pečiva + 10g jednoduchých cukrů (2kostky řepného cukru, čokoláda, sirup, atd....)
do 3,0mmol/l	20- 40g jednoduchých cukrů (4-8kostek cukru, 2-4 dcl džusu, slazené koly, ...) +10-20g složených sacharidů ve formě pečiva, sušenek,

POZOR!!!

V případě bezvědomí, agresivity, zmatenosti pacienta, nebo pokud se stav pacienta nelepší, je nutno volat RZP nebo aplikovat GlucaGen Hypokit 1 mg injekci do svalů !!!

Vyskytne-li se hypoglykémie před plánovaným jídlem, snězte vždy sacharidy navíc dle výše uvedených doporučení. Krátkodobě působící inzulín pak aplikujte až 30minut po jídle.

Trvalé úpravy dávkování inzulínu

- provádějte teprve tehdy, pokud se hyperglykémie nebo hypoglykémie opakuje další dny ve stejnou dobu
- upravujte dávku inzulínu, která danou glykémii ovlivňuje
 - při nevyhovující glykémii po jídle se jedná o dávku aplikovanou před daným jídlem
 - při nevyhovující glykémii ráno, upravujte dávku inzulínu před spaním
- **Vždy další den zkontrolujte efekt provedené úpravy.**



příklad:

hyperglykémie v poledne – **zvýšit** dávku inzulínu aplikovaného ráno
hypoglykémie v poledne – **snižit** dávku ranního inzulínu

při ranní hyperglykémii – ověřte glykémii mezi 1 a 4 hodinou v noci, dále postupujte dle výsledku nočního měření:

- **Hypoglykémie** - **snižit** večerní dávku dlouhodobě působícího inzulínu
- **Hyperglykémie** - **zvýšit** večerní dávku dlouhodobě působícího inzulínu

Dlouhodobě působící inzulíny:

Humulin N, Insulatard HM, Insuman Basal, Levemir, Lantus

POZOR!!!

Pokud jsou v moči **ketolátky** (aceton na ++ až +++) a glykémie je **více než 10 mmol/l** – připichujte každé 2 až 3 hodiny dle aktuální glykémie krátký inzulín do té doby, než glykémie klesne pod 10 mmol/l a moč je bez acetonu, pijte dostatek tekutin!

Pokud opakovaně zvracíte, je nutné navštívit lékaře.!!!!!!!!!!!!

Příloha 9 Tabulka pro domácí měření glykemií

TABULKA PRO DOMÁCÍ MĚŘENÍ GLYKEMIÍ

měření po jídle provádějte vždy za hod. po jídle!!!

datum	snídaně		oběd		večeře		před spaním	následující den		Poznámky léčba podpis
	před	po	před	po	před	po		01:00	04:00	

Příloha 10 Kontrolní seznam pomůcek na dovolenou pro pacienta s diabetem léčeného inzulínem



Kontrolní seznam pomůcek na dovolenou pro pacienta s diabetem léčeného inzulínem

Základní potřeby:

- Dostatečná zásoba inzulínu (ponechte jej v původním balení, transportujte a uchovávejte podle pokynů výrobce)
- Glukometr + náhradní pomůcky, odběrové pero, dostatek testovacích proužků a lancet, náhradní baterie
- Testovací proužky na ketony a schéma léčby ketoacidózy
- Dostatek hroznového cukru (glukózy) pro léčbu hypoglykémie
- Chladicí taška na inzulín
- Lékařské potvrzení o potřebách pro pacienty s diabetem (vystaví lékař)
- Potvrzení lékaře o onemocnění diabetem a nutnosti vybavení léky a zdravotními pomůckami (v angličtině a v jazyce země, do níž cestujete), včetně osobních údajů, adresy a kontaktu na diabetologickou poradnu
- Léčebný plán (dávký inzulínu a citlivost na inzulín)
- Souprava s glukagonem (při sklonu k těžkým hypoglykemiím)
- Deník pacienta s diabetem
- Adresa a telefonní číslo diabetologické poradny a/nebo cestovního zdravotního pojištění
- Návodů k použití k jednotlivým přístrojům pro opakovaně nahlédnutí

Pro uživatele inzulínového pera je navíc důležité:

- Inzulínové pero/a včetně rezervního
- Dostatečný počet jehel do pera

Pro uživatele inzulínové pumpy je navíc důležité:

- Inzulínová pumpa
- Dostatečný počet originálních baterií a zásobníků
- Dostatečný počet infuzních setů (upozornění: při koupání na dovolené může být jejich spotřeba vyšší)
- Dezinfekční přípravek na místo vpichu (upozornění: nepoužívejte přípravky s mastičím účinkem)
- Jednorázové stříkačky pro nouzové situace
- Rezervní inzulínové pero a jehly do pera
- Náplasti k zajištění infuzního setu v případě jeho odlepení
- Vytříděné nastavení léčby diabetu (bazální dávky na inzulínové pumpě, inzulín-saccharidový poměr, citlivost na inzulín atd.)

V případě, že je plánováno přerušování používání inzulínové pumpy:

- Léčebný plán
- Inzulínové pera pro bolusový a bazální inzulín a jehly do pera
- Inzulín (bazální a bolusový inzulín)



Tip: Vezměte si s sebou od všeho raději více než méně.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jitka Kupková
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Aspekty zdravotní gramotnosti vztahující se k onemocnění diabetes mellitus z pohledu seniorů s touto diagnózou
Název v angličtině:	Aspects of health literacy related to the disease diabetes mellitus from the perspective of seniors with this diagnosis
Anotace práce:	Předložená diplomová práce se zabývá zdravotní gramotností seniorů. Teoretická část vychází z dostupných relevantních zdrojů. Pro výzkum byl použit kvantitativní dotazník, který se opírá o standardizovaný dotazník DSMQ. Respondentky tvořili seniorky diabetičky z okresu Hodonín, hospitalizované na interním oddělení. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že zdravotní gramotnost seniorek na Hodonínsku je podmíněna délkou onemocnění, sociálním zázemím a návštěvností lékaře, naopak není podmíněna věkem a dosaženým vzděláním.
Klíčová slova:	Senior, Diabetes mellitus 2. typu, self-management, DSMQ dotazník, zdravotní gramotnost
Anotace v angličtině:	The thesis presented deals with the health literacy of the elderly. The theoretical part is based on available relevant sources. A quantitative questionnaire was used for the research, which is based on a standardised DSMQ questionnaire. The respondents were senior diabetics from Hodonín County, hospitalized in the internal department. The research survey found that the health literacy of seniorwomen in Hodonín region is conditional on the length of the disease, social background and the attendance of the doctor, on the contrary, it is not conditional on age and educational attainment.

Klíčová slova v angličtině:	Senior, Diabetes mellitus 2. type, self-management, DSMQ questionnaire, health literacy
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Dotazník Příloha 2 Originál dotazníku Příloha 3 Licence k dotazníku Příloha 4 Potvrzení o přeložení dotazníku do ČJ Příloha 5 Souhlas hl. sestry s real. výzkumného šetřením Příloha 6 Informace pro pacienty diabetická dieta Příloha 7 Informace pro pacienty – VJ Příloha 8 Úpravy dávek inzulínu diabetologie Příloha 9 Tabulka pro domácí měření glykemií Příloha 10 Seznam pomůcek pro diabetika na dovolenou
Rozsah práce:	80 stran
Jazyk práce:	Čeština