

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2009

Bc. Kateřina Knížová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O DIABETU

DIPLOMOVÁ PRÁCE

AUTOR: Bc. KATEŘINA KNÍŽOVÁ
VEDOUCÍ PRÁCE: MUDr. LENKA DOHNALOVÁ
DATUM ODEVZDÁNÍ PRÁCE: 25.5.2009

Summary

Public awareness of diabetes mellitus

Diabetes mellitus belongs to diseases frequently occurring in childhood and adulthood. Insufficient knowledge of this disease and an unsatisfactory compensation for diabetes leads to development of late complications that have a negative impact on one's, as well as the family's, life and create an economic problem for society as a whole.

In 1989 a conference about the problematic areas of diabetes was organised by the World Health Organisation and The International Diabetes Federation in Saint Vincent in Italy. The St. Vincent declaration defines diabetes as a significant and constantly increasing problem. It features general goals in the diabetic patients' care area, characteristics of patients with chronic complications, suggestions for monitoring and treatment, gynaecological care, education programmes and a debate about social conditions of the patients.

The thesis focuses on the main characteristics of the disease, symptoms, diagnosis and treatment. Complications of the disease, including advice for patients themselves and their prevention are described in more detail. Social aspects (work inclusion of a diabetic, invalidity and a reduced work capacity, driving of motor vehicles) are also emphasised.

The research part containing 18 questions aims to find out to what extent the Czech public is informed about the problematic areas of this disease. It also assesses the feasibility of obtaining information from individuals of different ages and places of residence (city vs. village) regarding diabetes.

These hypotheses were stated within the scope of the research:

1. Individuals older than 50 years of age are better informed about diabetes than individuals of a younger age.
2. Individuals living in a city have a better access to information concerning diabetes than individuals living in a village.

The data was obtained from questionnaire research, in which respondents older than 18 years of age participated. The data collection took place in Bechyně Spa Ltd. 58% of the resultant questionnaires were completed by women and 42% by men.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Informovanost veřejnosti o diabetu mellitu vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 25.5.2009

Podpis studenta.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat MUDr. Lence Dohnalové za vstřícný přístup a cenné připomínky, jimiž mne provázela po dobu přípravy diplomové práce, dále své rodině za podporu a Ing. Miroslavu Kosovi za trpělivost při mé práci s počítačem.

Obsah

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	9
1.1 Historie diabetu.....	9
1.2 Podstata nemoci.....	10
1.3 Projevy diabetu a stanovení diagnózy.....	11
1.4 Typy diabetu.....	12
1.5 Patogeneze a průběh choroby.....	13
1.6 Léčba diabetu.....	14
1.6.1 Léčba diabetu pomocí diety.....	15
1.6.2 Léčba diabetu fyzickou zátěží.....	16
1.6.3 Léčba diabetu pomocí perorálních antidiabetik (PAD).....	17
1.6.4 Léčba inzulinem.....	18
1.7 Edukace diabetiků.....	21
1.8 Selfmonitoring-samostatná kontrola diabetu a úpravy léčebného režimu	22
1.9 Akutní komplikace diabetu.....	23
1.10 Chronické komplikace diabetu.....	26
1.11 Vliv diabetu na psychiku nemocného.....	33
1.11.1 Nepříznivé psychologické reakce nemocného diabetika.....	35
1.11.2 Sociální aspekty diabetu.....	36
1.11.3 Průběh diabetu z hlediska psychosociálního.....	37
1.11.4 Rodina a její význam pro nemocného.....	38
2. Cíl práce.....	40
2.1 Cíl práce.....	40
2.2 Hypotézy práce.....	40
2.3 Charakteristika cílové skupiny.....	40
3. Metodika.....	41
3.1 Metoda dotazování, dotazník.....	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4. Výsledky.....	43
4.1 Výsledky dotazníkového šetření podle pohlaví a věku respondentů.....	43
4.2 Výsledky dotazníkového šetření podle škál.....	87
5. Diskuse.....	103
6. Závěr.....	109
7. Klíčová slova.....	111
8. Seznam použité literatury.....	112
9. Přílohy.....	117

Úvod

Diabetes mellitus patří v současné době mezi značně rozšířená civilizační onemocnění, která mohou ovlivňovat psychiku nemocného, jeho tělesný stav i sociální zázemí. Podle Světové zdravotnické organizace se počet diabetiků na světě odhaduje na 100 milionů, v Evropě na 10 milionů.

Mé rozhodnutí napsat diplomovou práci na toto téma podpořil příběh, který se stal mému známému-diabetikovi. V době, kdy nevěděl, že právě on onemocněl diabetem pocítil náhlou slabost při pohybu na ulici. Tomuto stavu nevěnoval pozornost a upadl do bezvědomí. Ačkoli kolem něj v tento okamžik prošlo několik desítek lidí, nikdo si jej nepovšiml. Někteří jej dokonce považovali za opilce. První pomoc mu neposkytl nikdo a nikoho také nenapadlo, že by mohlo jít o nemocného diabetem. Nebýt strážníků, kteří si jej všimli a přivolalo pomoc by lidská lhostejnost opět zvítězila.

Cílem úvodní části je čtenáři přiblížit problematiku včetně změn, které toto onemocnění přináší. V této části charakterizují historii, podstatu, příznaky a příčiny choroby. Uvedeny jsou rovněž jednotlivé typy diabetu včetně jejich charakteristických rysů. Tato část obsahuje alternativy léčby a podrobněji je vzhledem k mému povolání popsána léčba choroby fyzickou zátěží a komplikace diabetu včetně pohybové terapie. V případě komplikací seznamuji čtenáře se základními opatřeními při jejich výskytu. V diplomové práci se zaměřuji na psychosociální změny pacienta trpícího diabetem. Zmiňuji se zde rovněž o velkém vlivu rodiny a okolí na pacientovo nitro.

Cílem diplomové práce je zjistit, do jaké míry je veřejnost informována o problematice diabetu a jeho možných komplikacích. Součástí práce představuje dotazník, jehož úkolem je zjistit míru informovanosti veřejnosti o diabetu včetně poskytnutí první pomoci v případě výskytu nejčastější komplikace-hypoglykémie.

Populace by si měla uvědomit, že diabetes mellitus je choroba, při níž každoročně stoupá počet nositelů. Může postihnout do té doby zdravého jedince, který o její záluždnosti neví .

Domnívám se, že česká veřejnost příliš nejeví zájem o poskytování první pomoci a převládá u ní fenomén nevšímavosti, o čemž svědčí také případ mého známého.

Zároveň jsem přesvědčena, že nikoho z kolemjdoucích ani ve snu nenapadlo, že se jedná o pacienta s diabetem.

1. Současný stav

1.1 Historie diabetu

Diabetes mellitus patří k frekventovaným chronickým onemocněním dětského i dospělého věku.**(3)** Nedostatek znalostí o této nemoci a nedostatečná péče o nemocné s diabetem vede k rozvoji četných komplikací, které mají negativní dopad na kvalitu života člověka i jeho rodiny a znamenají značný ekonomický problém pro celou společnost. Světová zdravotnická organizace spolu s Mezinárodní diabetickou federací uspořádala v roce 1989 v italském Saint Vincentu konferenci o diabetu. Cílem byla podpora diabetologických center a pracovišť v oboru péče o diabetiky, zajištění péče o dětské pacienty odborníky na terapii diabetu, prosazovat opatření k prevenci diabetických komplikací, podpora vzdělávání v oboru diabetologie, zkvalitnění edukace pacientů aj. Diabetes mellitus jako choroba byl rozpoznán dříve než 2000 let před Kristem. Řecký lékař Aretaeus z Kapadocie ve 2. století n.l. popisuje onemocnění s neuhasitelnou žízní, při němž se vyskytuje také nadměrné močení. Nemocní nikdy nepřestávají močit a moč je vylučována z těla jako z otevřené hadice. Vznik a vývoj choroby vyžaduje určitý čas, ale dny nemocného jsou sečteny. Onemocnění nazývá diabetem, neboli úplavicí. V 5. století je indickými lékaři objevena sladká chuť moče.**(2)** V 18. století byla odhalena také sladká chuť krve u nemocných.

V 19. století byly vyvinuty laboratorní metody k měření obsahu cukru v krvi a v moči. Léčba pomocí diety měla úspěch jen u pacientů v dospělosti, nemocné dítě umíralo v průměru do tří let od prvních projevů.

Teprve objev Bantinga a Besta v roce 1921 změnil osud nemocných dětí a dospělých. Hormon, který izolovali ze slinivky břišní a který reguluje pohyb a využití glukózy v těle byl nazván inzulín proto, že vzniká v beta-buňkách Langerhansových ostrůvků slinivky břišní. S injekcemi inzulínu mohli postižené osoby jíst téměř jako před onemocněním a vést plnohodnotný život. 20. století přináší technický rozvoj inzulínové léčby, čištění inzulínu, biosyntetickou výrobu lidských inzulínů, kontinuální dávkování inzulínu. Jsou také zdokonaleny monitorovací systémy kompenzace choroby. Nedílnou součástí komplexní péče se stává vzdělávání pacientů a jejich aktivní zapojení do terapie diabetu.**(6)**

Inzulín však není lékem, který cukrovku natrvalo vyléčí. Inzulín je denně dostáván ve formě injekcí a v současné době se věnuje zvýšená péče zlepšení jeho kvality.**(34)** Důležitější než druh a kvalita inzulínu je způsob aplikace do těla. Stále častěji se využívají přenosné dávkovače inzulínu (inzulínové pumpy). Známý jsou i pokusy o transplantaci slinivky břišní, ale perspektivněji se jeví transplantace beta-buněk.

1.2 Podstata nemoci

Potravu tvoří bílkoviny, tuky, jednoduché a složité cukry, dále voda, soli a vitamíny i stopové prvky. Jednoduché cukry se spojují ve dvousložkové cukry i ve složité cukry. Jejich základní stavební jednotkou je glukóza, která je přenášena krví po těle. Glykogen je skladovací forma glukózy především ve svalech a v játrech.

TAB. 1. ROZDĚLENÍ SACHARIDŮ

Jednoduché cukry	Dvousložkové cukry	Složité cukry
Glukóza	Sacharóza-složena z glukózy a fruktózy	Škrob
Fruktóza	Laktóza-složena z glukózy a galaktózy	Glykogen
Galaktóza	Maltóza-složena ze dvou glukózových jednotek	

Sacharidy projdou v potravě slinami z úst žaludkem do střeva, kde se jednoduché cukry vstřebají do krve a jsou vycytány játry, vícenosložkové se musí ve střevě nejprve rozštěpit na jednoduché, aby se mohly vstřebat sliznicí a plavit se k játrům, kde dochází k jejich vycytávání. V játrech se mění jednoduché cukry na glukózu. Játra ukládají něco málo glukózy do zásoby tak, že se molekuly glukózy spojí do řetězců zvaných glykogen. Mezi jídly se glykogen štěpí na glukózu a přichází do krve, kde se její hladina udržuje v rozmezí 3,5-6,38 mmol/l.**(24)**

Pro stanovení hladiny cukru v krvi se odebírá buď krev z bříška prstu(kapilární krev) nebo krev ze žíly. Vyšší hodnoty jsou v kapilární krvi, která přináší glukózu tkáním, než v žilní krvi, která odtéká ze tkání o určité množství glukózy ochuzena.

Po jídle stoupá glykémie v kapilární plasmě na 9,7 mmol/l plasmy. Této hladiny dosahuje za hodinu po jídle a do dvou hodin po jídle opět klesá k ustáleným hodnotám

mezi játry, aby byla uvolňována do krevního oběhu ze zásoby v játrech. Nedostane-li organismus glukózu v potravě, začne ji vyrábět v játrech z tuků. Do buněk(kromě jaterních, nervových a buněk ve střevní sliznici) se dostane při normoglykémii glukóza jen tehdy, jestliže jí cestu přes obal buňky do nitra buňky otevře inzulin, pod jehož vlivem se glukóza ukládá do jater. Při nedostatku inzulinu nemůže glukóza vstoupit do buněk, po jídle se její hladina v krvi zvyšuje.(28) Inzulin je tedy nepostradatelný pro správně probíhající látkovou přeměnu cukrů. Jeho hlavní funkcí je snižovat glykémii.(29) Porucha této funkce způsobuje hyperglykémii, což je základní znak cukrovky.(12)

1.3 Projevy diabetu a stanovení diagnózy

Mezi příznaky diabetu patří žízeň a polydypsie, polyurie a noční močení, hubnutí při normální chuti k jídlu, únavnost a malátnost, přechodné poruchy zrakové ostrosti, poruchy vědomí až koma a v neposlední řadě dech páchnoucí po acetonu.(5) Mezi další projevy diabetu řadíme recidivující infekce urogenitálního traktu a kůže, stenokardie, klaudikace, trvalé poškození zraku při diabetické retinopatii, noční bolesti a parestézie dolních končetin, poruchy potence a poruchy vyprazdňování žaludku.

Diabetes mellitus je diagnostikován ve všech následujících případech:

1. Klinické příznaky +glykémie na lačno
více než 6,7mmol/l v plné kapilární nebo žilní krvi
více než 7,8 mmol/l v kapilární nebo žilní plazmě
2. Klinické příznaky + náhodná glykémie
více než 10 mmol/ l v plné žilní krvi
více než 11,1 mmol/l v plné kapilární krvi nebo v žilní plazmě
více než 12,2 mmol/l v kapilární plazmě
3. Glykémie na lačno vyšší než uvedené hodnoty nejméně při dvojitým měření- u osob bez klinických projevů
4. Glykémie na lačno nižší než uvedené hodnoty+ glykémie ve 120. min oGTT 11,1 a více mmol/l v žilní plazmě a plné kapilární krvi

Porucha glukozové tolerance: glykémie na lačno a náhodná glykémie nižší než uvedené hodnoty+ glykémie ve 120 min oGTT 7,8-11,1 mmol/l v žilní plazmě a plné kapilární krvi

Normální tolerance glukózy:

1. glykémie na lačno- méně než 5,6 mmol/l v plné kapilární nebo žilní krvi, méně než 6,4 mmol/l v kapilární nebo žilní plazmě
2. Náhodná glykémie- méně než 7,8 mmol/l v plné kapilární krvi, méně než 8,9 mmol/l v žilní plazmě+glykémie ve 120.min oGTT nižší než 7,8 mmol/l v žilní plazmě a plné kapilární krvi

Orální glukózový toleranční test

Orální GTT indikujeme pouze tehdy, není-li diagnóza jednoznačná již z hodnot glykémie na lačno a náhodné glykémie.

Provedení: 3 dny před testem neomezujeme příjem sacharidů a nemocný vykonává obvyklou tělesnou zátěž. Po 10-16hodinovém lačnění vypije nemocný 75 g glukózy ve 250-300 ml čaje nebo vody během 5-10 minut. Dávka glukózy v dětském věku je 1,75g/kg ideální hmotnosti. Během testu zůstane nemocný sedět a nemá kouřit. Odběry krve se provádějí na lačno a v 30., 60.a 120. minutě po zátěži(1).

1.4 Typy diabetu

Pro inzulin-dependentní DM je typický absolutní nedostatek inzulínu. Manifestuje nejčastěji v dětství a dospívání, obvykle klasickými příznaky.(13) Onemocnění je v naprosté většině případů důsledkem destrukce beta buněk při inzulitidě, jež má autoimunitní rysy, a která probíhá u geneticky disponovaných jedinců.

V případě non-inzulin-dependentního DM nejsou nemocní životně závislí na podání exogenního inzulínu, ačkoli občas inzulín vyžadují ke kompenzaci cukrovky.(11) Manifestuje se v dospělosti, obvykle po dosažení 40 let věku. Pro tento typ je typický familiární výskyt. Po letech dochází u značné části nemocných k selhání léčby perorálními antidiabetiky a k úpravě glykémie je nutné zahájit inzulínoterapii. (19)

Diabetes mellitus bývá součástí některých chorobných stavů. Doprovází choroby pankreatu(karcinom pankreatu, chronická pankreatitis), hormonální syndromy(

feochromocytom, akromegalii). Diabetes mohou indukovat také léky např. steroidy, psychofarmaka.

Gestační diabetes mellitus vzniká v průběhu gravidity.**(30)**

Porušená glukózová tolerance tvoří přechod mezi normální tolerancí glukózy a diabetem. V průběhu několika let se u části nemocných vyvine NIDDM. Nerozvíjejí se však mikroangiopatické komplikace.**(1)**

1.5. Patogeneze a průběh diabetu

Jak uvádí Bartoš a Pelikánová**(2)** podkladem IDDM je postupný zánik beta buněk Langerhansových ostrůvků, jejichž ostatní endokrinní buňky jsou zachovány. Destrukce buněk je způsobena imunitním procesem u geneticky disponovaných osob. Mediátorem tohoto procesu jsou T lymfocyty, jež infiltrují ostrůvky. Stav můžeme označit jako inzulinitis. Důležitou roli zde hrají spouštěcí mechanismy jako v případě styku s infekčním nebo toxickým agens. Příčinou jsou Coxsackie viry, herpetické viry, cytomegalovirus a chřipkové viry. Stykem s infekcí dochází k aktivaci imunitního systému proti beta buňkám. Z beta buněk se začínají uvolňovat antigeny, které aktivují T i B lymfocyty. T lymfocyty infiltrují ostrůvky a B lymfocyty produkují protilátky proti ostrůvkům. Tento proces vede k postupnému zániku beta buněk a dojde-li k zániku více než 90% ostrůvků, hovoříme o klinicky manifestním onemocnění. V případě NIDDM dochází k nerovnováze mezi sekrecí a účinkem inzulínu v metabolismu glukózy. V době klinické manifestace jsou přítomny obě odchylky a vzájemně se potencují. Na vzniku se podílejí vlivy genetické a exogenní faktory.**(5)** Svou úlohu zde rovněž hraje inzulínová rezistence, jež zvyšuje nároky na sekreci inzulínu a vede k hyperinzulinismu. Porucha glukozové tolerance se projevuje pouze při neschopnosti beta buněk vyrovnat se s vyššími nároky na sekreci inzulínu. Příčiny inzulínové rezistence mohou být primární a sekundární. U primární inzulínové rezistence musíme počítat s familiárním výskytem. Předpokládá se přítomnost genových mutací odpovědných za vznik inzulínové rezistence. Sekundární inzulínová rezistence vzniká vlivem metabolických a hormonálních příčin. Na vzniku inzulínové rezistence se podílí dekompenzace diabetu, přejídání a obezita, psychický stres, nedostatečná fyzická aktivita, některé léky a kouření.**(23)** Při mechanismu vzniku NIDDM hraje roli

inzulínová rezistence nebo porucha v sekreci inzulínu. Prvotní odchylkou u většiny NIDDM je rezistence, která vede k hyperglykémii. NIDDM se manifestuje kterémkoliv věku, obvykle po dosažení 40 let.(7) V době manifestace nacházíme vystupňovanou inzulínovou rezistenci a hyperinzulinismus na lačno s poruchou sekrece inzulínu. U části nemocných mohou být přítomny makroangiopatické komplikace (obezita, esenciální hypertenze) a mikroangiopatické komplikace (neuropatie, retinopatie). (33) Nemocní léčení dietou přecházejí na léčbu PAD a posléze je nutno přistoupit k inzulínoterapii.

Cílem léčby je umožnit nemocnému s diabetem žít plnohodnotný aktivní život, který se do kvantity i kvality blíží normálu.(18)

1.6. Léčba diabetu

Cílem komplexní léčby je dosáhnout optimální metabolické kompenzace s eliminací akutních komplikací onemocnění, snížením rizika a oddálením vzniku chronických komplikací. Metabolickou kompenzací rozumíme vyrovnanost metabolismu glukózy, kterou hodnotíme podle výše glykémie a ukazatelů dlouhodobé kompenzace (glykovaný hemoglobin). Nemocný by měl být bez subjektivních potíží vázaných na hyperglykémii a nemělo by u něj docházet k hypoglykemickým stavům.(10) Rovněž výskyt hypoglykemií by měl být minimální. Průměrné hodnoty glykemií by neměly kolísat mezi hyperglykemií a hypoglykemií. Doporučené hodnoty glykemií na lačno a před hlavními jídly by neměly u diabetiků přesáhnout hodnoty 7,8 mmol/l a po jídle 10 mmol/l. Stanovení hladiny cukru v krvi provádí nemocný glukometrem nebo testovacími proužky.(19) Ketolátky v moči by se u dobře léčeného diabetika neměly vyskytovat a jejich nález v moči je známkou dekompenzace cukrovky. Ketolátky doporučujeme měřit u nově zjištěných diabetiků, kdy je jejich přítomnost vodítkem pro diagnózu IDDM.(2) Význam sledování jejich hladiny lze uplatnit také v rámci selfmonitoringu a u ambulantních a hospitalizovaných pacientů, kteří mají subjektivní příznaky dekompenzace, zvrací nebo trpí bolestmi břicha, jsou vystaveni stresu nebo u gravidních diabetiček. Stanovení hladiny glykosurie je sice bezbolestné, ale nepodává informaci o aktuálním stavu glykémie a neodhalí přítomnost hypoglykémie. Její měření má význam v rámci selfmonitoringu u těch nemocných, kteří neměří hodnoty glykémie.

Doporučuje se provést stanovení hladiny cukru v moči u pacientů, u nichž nelze vyšetřit glykemický profil a kteří sami glykémii nesledují. Glykovaný hemoglobin je považován za nejdůležitější parametr kompenzace cukrovky. Pomocí glykovaného hemoglobinu lze posoudit dlouhodobou kompenzaci diabetu. Ke klinickým účelům užíváme stanovení celkového HbA1 nebo HbA1,c(2). Žádoucí jsou u diabetika hodnoty nepřesahující 9% pro HbA1 a 7,5% pro HbA1,c. Sérové lipidy vyšetřujeme dvakrát ročně.

1.6.1. Léčba diabetu pomocí diety

Dieta patří k základním léčebným opatřením v léčbě cukrovky.(16)Výběr, odpovídající zdravé skladbě jídelníčku, je složitý proces respektující nejen individuální potřeby, ale i chutě nemocného. Současný trend v dietní léčbě diabetu je výrazně volnější než v minulosti, přesto však je kladen důraz na správnou kvantitativní a kvalitativní hodnotu vybraných potravin. Další hlavní zásadou správného stravování je pravidelnost a častější a menší dávky jídla. Cílem dietoterapie je minimalizace rizika akutních komplikací, redukce rizika vzniku pozdních mikro a makroangiopatických komplikací, dosažení optimálních hodnot sérových lipidů a splnit obecné požadavky výživy. U diabetiků doporučujeme především rozpustnou část vlákniny (pektiny, slizy), neboť má příznivý vliv na kompenzaci diabetu zpomaleným vyprazdňováním žaludku a zpomaleným trávením a vstřebáváním potravin s vlákninou. Celkový příjem tuků se doporučuje snížit na 30% z přivedené energie.(1) Užitečné je nahradit nasycené tuky nenasycenými (rostlinnými oleji) a snížit příjem cholesterolu pod 300 mg na den. U dospělých diabetiků se dávka bílkovin redukuje na 1 g bílkovin/kg hmotnosti. Příjem bílkovin omezuje u osob s diabetickou neuropatií. Diabetik by měl rovněž omezit příjem soli. Vhodnými nápoji pro diabetiky jsou voda, minerální vody, sodovka nebo bylinné čaje. Alkohol povolujeme jen v malém množství a v malých dávkách. Naprosto nevhodná jsou kalorická sladidla u obézních diabetiků.

Dodržování diety vyžaduje změny v životním stylu, které je možné dosáhnout soustavnou edukací a psychoterapií. Nutností je také spolupráce lékaře s dietní edukační sestrou. Při sestavování dietního plánu bereme v úvahu u jednotlivých nemocných preference jídel, rodinné a sociální prostředí, ekonomické a stravovací možnosti.

Pacientům doporučujeme jíst přiměřené množství potravin, pravidelnost, omezit příjem soli a dodržovat zastoupení jednotlivých živin.(6) Příjem potravy by měl být rozložen do 6 porcí. Pacienti, kteří jsou léčeni inzulínem by měli ovládat obsahy cukrů v potravinách, např. ve formě výměnných jednotek, což je množství potravy obsahující 10 g sacharidů.(1) Obézní diabetici by měli znát rozdělení potravin podle obsahu energie. Tabulka výměnných jednotek rozděluje potraviny obsahující cukry na: mlýnské a pekárenské výrobky, mléčné výrobky, ovoce a vybranou zeleninu a na cukrářské výrobky.

1.6.2 .Léčba diabetu fyzickou zátěží

Fyzická aktivita patří k základním terapeutickým postupům při léčbě diabetu.Přispívá k rovnováze mezi příjmem a výdejem energie.(10)Hlavní roli při ní hraje druh terapie, výskyt komplikací, věk , provádění selfmonitoringu. Účinná je fyzická aktivita v primární prevenci diabetu 2. typu a při gestačním diabetu, neboť může oddálit nebo zabránit inzulinoterapii.

Akutní fyzická zátěž je provázána vzestupem energetické potřeby v pracujícím svalu, kterou se organismus snaží hradit z vlastních zdrojů. Stoupá produkce glukózy v játrech a je stimulován odsun glukózy do svalových buněk. Zároveň dochází ke zvýšení prokrvení pracujícího svalu. V prvních minutách cvičení je hlavním energetickým zdrojem glukóza ze svalového glykogenu, později glukóza tvořená v játrech. S délkou trvání zátěže narůstá podíl glykoneogeneze. Vlivem fyzické aktivity může nastat při IDDM normoglykémie při přiměřené inzulinémii. Větší utilizace glukózy při fyzické zátěži než její produkce vede k hypoglykémii. Může se objevit během cvičení, po něm, ale i za několik hodin.(7) Příčinou je vysoká koncentrace inzulínu a jeho rychlejší absorpce a lepší účinek. Vliv má i nedostatečný přísun cukrů před cvičením. Při dekompenzaci diabetu s hyperglykemií v důsledku nedostatečných dávek inzulínu převyšuje produkce glukózy její utilizaci. Fyzická zátěž zesiluje katabolický stav a hyperglykémii a může dojít ke ketoacidoze. Pacienti s NIDDM jsou charakterizováni inzulínovou rezistencí a hyperinzulinémií na lačno. Na fyzickou zátěž reagují snížením sekrece inzulínu. Nejsou ohroženi hypoglykemií nebo vzestupem glykémie s ketoacidozou během fyzické aktivity.Jak uvádí Bartoš a Pelikánová(2) při

soustavném tréninku klesá po 4-6 týdnech inzulínová rezistence se vzestupem maximální kyslíkové spotřeby, která je mírou trénovanosti. Snižuje se hladina plasmatického inzulínu. Snižování inzulínové rezistence je výraznější při aerobní zátěži než při posilovacím cvičení. U nemocných s NIDDM zlepšuje dlouhodobé zvýšení fyzické zátěže kompenzaci cukrovky. Zlepšuje se glukozová tolerance, snižuje se ranní hyperglykémie a koncentrace inzulínu u obézních diabetiků.

Kontraindikací fyzické aktivity je proliferativní retinopatie, ICHS, autonomní neuropatie s posturální hypotenzí, periferní neuropatie s poruchou citlivosti nohou, těžší hypertenze a sport s nebezpečím hypoglykémie u diabetiků léčených inzulínem. Mezi doporučované formy cvičení patří turistika, chůze, jízda na kole, plavání, bruslení apod. **(10)** Důležité je cvičit pravidelně, cvičení přizpůsobit své zdatnosti a individuální potřebě. Během cvičení doplňujeme tekutiny. Fyzická aktivita příznivě působí na kompenzaci diabetu, kardiovaskulární systém, pohybový aparát i na psychický stav pacienta. **(32)**

1.6.3. Léčba diabetu pomocí perorálních antidiabetik (PAD)

Perorální antidiabetika jsou léky, které různým mechanismem snižují glykémii. PAD se liší chemickou strukturou i mechanismem účinku a mají své místo v léčbě diabetu 2. typu tehdy, nepodaří-li se dosáhnout kompenzace diabetu režimovým opatřením. **(11)** Tyto léčebné preparáty lze rozdělit na : deriváty sulfonylmočoviny, biguanidy, inhibitory střevních alfa-glukozidáz a na vývojová antidiabetika.

Deriváty sulfonylurey zvyšují vnímavost beta buněk vůči glukóze, podporují sekreci inzulínu a jeho uvolnění z beta buněk Langerhansových ostrůvků slinivky břišní. Předpokladem účinku těchto léků je zachovaná sekreční schopnost beta buněk. Indikací k užití těchto léků je selhání diety u pacientů s NIDDM s vlastní inzulínovou sekrecí. **(4)** Vhodná je jejich kombinace s biguanidy, s večerní dávkou inzulínu nebo s inhibitory střevních alfy-glukozidáz. Kontraindikací je IDDM, těhotenství a laktace, oběhová a respirační nedostatečnost, snížená funkce ledvin, nadledvin a jater. Léčbu začínáme co nejnižší dávkou, která se během 1-2 týdnů zvyšuje na nejmenší možnou účinnou dávku, kterou podáme obvykle půl hodiny před jídlem nebo během jídla.

U biguanidů není hypoglykemizující účinek dosud objasněn. Na rozdíl od derivátů sulfonylmočoviny se biguanidy neváží na plasmatické bílkoviny, nepodléhají transformaci v játrech a výlučně se eliminují ledvinami. Jejich indikací je selhání diety u nemocných s NIDDM, hlavně u obézních nemocných. Kontraindikace jsou shodné s kontraindikacemi derivátů sulfonylmočoviny. Jejich podávání se nedoporučuje dále u renální insuficience, u stavů provázených celkovou nebo lokální hypoxií a u pokročilé generalizované mikroangiopatie. Nežádoucím účinkem je laktátová acidóza, dále se mohou vyskytnout gastrointestinální potíže, alergické reakce. Výskyt hypoglykémie je výjimečný.

Do skupiny inhibitorů střevních alfa-glukozidáz patří akarboza a guar. Akarboza v přítomnosti potravy omezuje vznik a vstřebávání glukózy. Indikací akarbozy je NIDDM léčený PAD, s nimiž se akarboza kombinuje. Je také indikována při inzulinoterapii. Kontraindikací akarbozy jsou střevní choroby. Nežádoucími účinky jsou flatulence a meteorismus. Guar se v terapii NIDDM používá jen omezeně.

1.6.4. Léčba inzulinem

Léčba podáním inzulinu tvoří základní součást léčby u nemocných s IDDM.(8) V některých případech se užívá ke korekci hyperglykémie u osob s NIDDM. Selhání PAD je nejčastější příčinou převedení nemocného s NIDDM na inzulinoterapii. Při primárním selhání nemocný od počátku choroby nereaguje na léčbu PAD a většinou jde o pomalu probíhající IDDM. O sekundárním selhání hovoříme tehdy, byl-li nemocný alespoň dva roky perorálními antidiabetiky kompenzován a byly vyčerpány jiné možnosti vedoucí ke zlepšení kompenzace. Indikací k převodu na léčbu inzulinem jsou výrazné subjektivní potíže, které souvisí s dekompenzací diabetu podobně jako přítomnost ketolátek v moči a progresivní hubnutí.

Akutní stres je obdobím, kdy dochází k větším nárokům na sekreci inzulinu a k dekompenzaci diabetu, kterou je nutno řešit přechodným podáváním inzulinu. Během gravidity je podávání PAD kontraindikováno, neboť těhotná diabetička je ohrožena teratogenním efektem těchto preparátů.(1) Nemocné převádíme na léčbu inzulinem v případě neuspokojivé kompenzace dietou.(9) Indikací k převodu na inzulinoterapii není sama o sobě přítomnost dlouhodobých cévních komplikací, pokud jsou nemocní

dobře kompenzování dietou nebo PAD. Podávání inzulínu zahajujeme u všech nemocných se symptomatickou formou diabetické neuropatie a s diabetickou nohou.(33)

V současné době jsou k dispozici inzulíny získané ze zvířecích pankreatů a inzulíny lidské. Výhodou lidských inzulínů je nižší tvorba protilátek, které se mohou podílet na vzniku a rozvoji inzulínové rezistence, nepředvídatelných hypoglykemií, alergických projevů, lipodystrofie v místě vpichu a diabetické fetopatie. Z ekonomických důvodů jsou lidské inzulíny užívány při léčbě IDDM bez omezení věku, gravidních diabetiček, při alergických projevech a při známce lipodystrofie.

Podle rychlosti nástupu účinku dělíme inzulíny na krátkodobě působící a na inzulíny s prodlouženou dobou účinku. Absorpce inzulínu závisí na místě vpichu a hustotě kapilární sítě. Absorpci urychluje např. vzestup teploty, masáž místa vpichu, slunění nebo sauna.

Krátkodobě působící inzulíny jsou určeny k intravenózní, subkutánní, intramuskulární a intraperitoneální aplikaci.(2) Účinek nastupuje za 15-30 minut po s.c. podání, vrcholí za 1-3 hodiny a trvá obvykle 4-6 hodin. Je nutno užít 4-5 dávek k pokrytí 24 hodin.

Inzulíny s prodlouženou dobou účinku (depotní) lze užít jen pro subkutánní a intramuskulární podání.(8) Nelze je aplikovat nitrožilně.

Indikace kombinovaných inzulínů je vhodná u inzulínových režimů, kde používáme v jedné dávce kombinace např. Pur Inzulin Neutral a Pur Inzulin Dep. Koncentrace inzulínu ve firemních přípravcích je 40 IU/ ml nebo 100 IU/ ml. Inzulín podáváme obvykle subkutánně. Doporučována je jeho aplikace do břicha, paží, stehna a hýždí s plánovaným střídáním míst určených pro aplikaci.(6) Nedoporučuje se inzulín píchat do oteklého, barevně změněného, bolestivého nebo zatvrdlého místa. Nutností je dezinfekce místa vpichu před vlastní aplikací. Inzulín je možno píchat injekčními stříkačkami nebo inzulínovými dávkovači. Stříkačky může nemocný používat až do otupení jehly, zpravidla po dobu 7 dnů. Dávkovače inzulínu slouží k jednorázovému nebo opakovanému použití. Plní se 100 jednotkovým inzulínem ve speciálních bombičkách. Jejich výhodou je snadná manipulace, která usnadňuje aplikaci inzulínu

nevidomým nebo seniorům neschopným si řádně natáhnout a aplikovat inzulín. K dosažení optimální kompenzace lze užít léčbu konvenční nebo intenzifikovanou. Při konvenční léčbě si nemocný aplikuje inzulín v jedné nebo ve dvou dávkách denně. 1. dávku inzulínu denně podáváme ráno nebo večer a aplikujeme velmi dlouho působící inzulín. Středně dlouho působící inzulín aplikujeme večer nebo ve 22. hodin před spaním, eventuálně ráno před snídaní. **(2)** Diabetik může aplikovat dvě denní dávky ráno a večer složené z krátce a středně dlouze působícího inzulínu. Možností je aplikovat tři dávky denně (ráno, večer a ve 22 hodin). Jak uvádí Bartoš a Pelikánová **(2)** tato možnost představuje přechod mezi programem konvenčním a intenzifikovaným. Intenzifikovanou léčbou rozumíme podávání inzulínu ve třech a více dávkách. **(8)** Indikací jsou nemocní s IDDM, u nichž tento způsob představuje jedinou možnost, jak dosáhnout trvalé kompenzace. Lze k ní přistoupit také u diabetiků s NIDDM. Výhodou intenzifikované léčby je dosažení normoglykémie nízkou dávkou inzulínu, dále subjektivní pocit zdraví, bezpečí a zvládnutí nemoci a v neposlední řadě volnější denní režim bez nutnosti dodržování času pro jídlo s možností změny fyzické aktivity. **(2)** Rizikem intenzifikované léčby je vyšší frekvence hypoglykémie a nežádoucí příbytek na váze. Mezi podmínky zaručující účelnost a bezpečnost patří především mentální schopnost, motivace a spolupráce nemocného, edukace pacienta a zácvik v selfmonitoringu, technické vybavení a zajištění celodenního kontaktu s ošetřujícím personálem. Velkou výhodou pro diabetika v sobě skrývá inzulínová pumpa. **(17))** Inzulín je aplikován kanylou zavedenou do podkoží břicha. Zahajujeme ji u nemocných s dekompenzací diabetu při intenzifikované léčbě, v současné době však přibývá i počet indikací na přání nemocného. Lze ji užít také u nemocných se známkou orgánového poškození, u diabetiků po transplantaci ledviny k ochraně štěpu apod. Pečlivě je třeba posoudit možnosti a schopnosti ze strany pacienta. Rizikem této volby jsou hypoglykémie, které jsou pacienty hůře rozeznávány a váhové příbytky. Nevýhodou je určité nepohodlí a ekonomická náročnost. Při léčbě inzulínovou pumpou je pacient ohrožen rozvojem hyperglykémie a ketoacidozy. Jinou možností je pro diabetika kombinace léčby PAD s inzulínem. Tato forma léčby je však určena pouze pro diabetiky s NIDDM. **(27)**

TAB. 2. – PŘEHLED INZULÍNŮ

Název	Začátek účinku	Maximum účinku	Celková doba působení	Způsob aplikace	Signální barva krabičky
Inz. HM R	30 minut	2-4 hod.	6 hod.	s.c. i.m. i.v.	Žlutá
Inz. HM NPH	1-2 hod.	6-10 hod.	12-16 hod.	s.c. i.m.	Červená
Inzulatard	1-2 hod.	8-12 hod.	20-24 hod.	s.c. i.m.	Modrá
Ultratard	2-4 hod.	16 hod.	24 hod.	s.c. i.m.	Zelená

1.7. Edukace diabetiků

Edukace znamená výchovu pacienta k samostatnější péči o vlastní onemocnění. Jejím cílem je, aby nemocný převzal větší část odpovědnosti za své zdraví na sebe a aby byla co nejlepší spolupráce se zdravotnickým týmem. Význam edukace je dán tím, že diabetes je chronické celoživotní onemocnění vyžadující schopnost pacienta upravit léčebný režim i mezi návštěvami lékaře.**(35)** Prvořadým úkolem edukačních programů je zlepšení kvality života diabetiků. Ideální je komplexní přístup k léčbě tzv. biopsychosociální model, který lze realizovat v edukačních programech. Systematická edukace vede k lepší kompenzaci cukrovky, nižšímu výskytu akutních komplikací a působí preventivně na pozdní komplikace diabetu. U obézních pacientů ulehčuje redukci váhy, i gravidních diabetiček snižuje perinatální morbiditu.

Základní edukaci provádí ošetřující lékař ve spolupráci se specialistou, při novém zjištění diabetu nebo tehdy, nebyl-li pacient edukován.**(2)** Napomáhá nemocnému vyrovnat se s chorobou a poskytuje mu minimální znalosti a dovednosti. Nemocný je

seznámen s cílem léčby, příznaky akutních komplikací. Měl by být informován také o tom, jak na akutní komplikace reagovat. Důležité je podat nemocným informace o selfmonitoringu a aplikaci inzulínu, o zásadách dietoterapie a léčby PAD.(7)

Edukaci komplexní realizuje edukační tým formou kursu pro 6-10 osob. Programy jsou sestaveny odděleně pro diabetiky léčené inzulínem a neléčené inzulínem. Edukační kurs pro diabetiky léčené inzulínem vyžaduje 16-20 edukačních hodin. Tematické okruhy určené pro diabetiky léčené inzulínem se týkají např.. inzulínové léčby, samostatné kontroly diabetu a hodnocení kompenzace, akutních komplikací cukrovky, dietoterapie apod. Program je zaměřen hlavně na praktická cvičení. Tematické okruhy určené pro diabetiky neléčené inzulínem se týkají např. samostatné kontroly diabetu, akutních komplikací, dietoterapie, informací o organizacích diabetiků apod. Opět je využito hlavně praktického nácviku.

Individuální edukace je uplatněna při zjištění cukrovky a při reedukaci, skupinová edukace při komplexních edukačních kurzech. Edukaci lze realizovat formou ambulantní, v době hospitalizace pacienta, formou návštěv v rodinách, telefonicky, při rekondičních pobytech nebo v lázních. Edukační tým je složen z lékařů kvalifikovaných v diabetologii, diabetologických edukačních sester, dietních edukačních sester, specializovaných pedikérek, psychologů, sociálních pracovníků a dalších členů. Znalosti lze zjišťovat pomocí testů, které slouží především k motivaci pacientů a k úpravě edukačních programů.

1.8. Selfmonitoring- samostatná kontrola diabetu a úpravy léčebného režimu

Selfmonitoring představuje v užším slova smyslu kontrolu glykemií nebo glykosurií a ketonurií samotným pacientem, v širším slova smyslu kontrolu a pravidelné sledování dalších parametrů, které mají vztah ke kompenzaci cukrovky(hypo nebo hyperglykémie, sledování hodnot glykovaného hemoglobinu a jiných ukazatelů dlouhodobé kompenzace) . Úkolem selfmonitoringu je podat informaci lékaři o kompenzaci diabetu a zároveň jej informovat o průběhu onemocnění mezi jednotlivými kontrolami.(37)

Selfmonitoring glykemií je indikován u pacientů léčených inzulínem, v době dekompenzace nebo při nutnosti kompenzace u ostatních diabetiků. Nezbytný je u

diabetiků uplatňujících intenzifikovanou inzulínovou léčbu, v těhotenství, u dětí, při nespolehlivých hodnotách glykosurie, při výskytu hypoglykemií nebo při situacích vyžadujících úpravu léčebného režimu.**(13)** Frekvence selfmonitoringu závisí na typu a stabilitě diabetu a na schopnostech pacienta využít výsledky. Při intenzivních inzulínových režimech se doporučuje provádět selfmonitoring alespoň 3 krát týdně po dobu, než se dosáhne dobré kompenzace, pak k udržení dobré kompenzace alespoň 1-2 krát týdně. Hladinu krevního cukru stanovuje nemocný testovacími proužky nebo pomocí glukometru.**(36)** Pacient se musí řídit podrobným návodem , který je u pomůcek přiložen.

Selfmonitoring glykosurií je doporučován těm diabetikům , kteří nejsou léčeni inzulínem. U diabetiků léčených inzulínem je vhodné stanovit glykosurii ve dnech, kdy glykémie neměří , tedy ráno před aplikací inzulínu.Měření glykosurie testovacími proužky může být falešně negativní, pokud je v moči přítomno větší množství ketoláték, kyseliny askorbové nebo salicylátů.

Selfmonitoring ketonurií provádí pacient zejména tehdy, je-li glykémie vyšší než 15-20 mmol/l , jsou-li subjektivní projevy acidózy nebo hyperglykémie, v těhotenství a při závažnějších onemocněních nebo po velké námaze.**(2)**

1.9 Akutní komplikace diabetu

Hypoglykémie vzniká nejčastěji v důsledku absolutního nebo relativního nadbytku inzulínu v průběhu inzulinoaterapie nebo při léčbě perorálními antidiabetiky. **(39)**Hypoglykemií rozumíme patologický stav snížené koncentrace glukózy provázený klinickými, humorálními a biochemickými projevy. Jako hranice hypoglykémie se udává hodnota 3,3 mmol/l v kapilární plasmě. Občasná hypoglykémie se nejčastěji vyskytuje u všech inzulínem léčených diabetiků. Častější výskyt je také mapován u nemocných léčených intenzifikovanými režimy, u nespolupracujících nemocných a při těžké autonomní neuropatii. Bezprostřední příčinou hypoglykémie u diabetiků bývají zvýšená fyzická zátěž či vynechání pravidelného jídla, špatně zvolená dávka inzulínu nebo požití alkoholu. **(36)**

Tento patologický stav se projevuje sníženou neuropsychickou výkonností, nevolností, bolestí hlavy, zamlženým viděním, poruchou jemné motoriky, celkovou slabostí, křečemi a bezvědomím.(7)Později se dostavuje třes, pocení, tachykardie, nervozita a hlad. Mezi komplikace této patologie patří úraz způsobený poruchou koordinace a přesného rozhodování. Těžká hypoglykémie může být provázena hemiplegií nebo hypokalémií. Během poruchy vědomí hrozí aspirace. Protrahovaná hypoglykémie s komatem může vést k ireverzibilnímu poškození mozku.

Léčbu hypoglykémie by měl zvládnout nemocný požitím 10-20 g sacharidů a počkat, až její projevy ustoupí. Vyskytnou-li se hypoglykémie opakovaně, je obvykle potřeba redukovat předešlou dávku inzulínu. Při výskytu hypoglykemického komatu by měli podat příbuzní koncentrovaný roztok cukru do úst. Prevencí výskytu hypoglykémie je správná edukace pacienta. Někteří nemocní nepocítují varovné příznaky a jsou nuceni provádět intenzivní monitorování glykemií, hlavně před spaním. Hypoglykémii může vyvolat požití alkoholu nebo beta-blokátorů. Fyzická námaha zlepšuje vstřebávání inzulínu a zvyšuje utilizaci glukózy.(14) Je tedy nutné upravit dávku inzulínu nebo zvýšit příjem cukrů. Hypoglykémii je možné zaměnit se záchvatem epilepsie, s projevy cévní mozkové příhody nebo opilosti.

Diabetická ketoacidóza(hyperglykémie) představuje akutní metabolickou komplikaci IDDM, vyvolanou nedostatkem inzulínu a zvýšenou produkcí kontraregulačních hormonů.(15) Je charakterizována metabolickou acidózou při vzestupu hladiny ketolátek, hyperglykemií a deficitem vody a minerálů. Příčinou vzniku jsou zanikající produkce endogenního inzulínu nebo nedostatečný zevní přísun. Hlavním faktorem je chybná terapie ze strany nemocného nebo lékaře, eventuelně nově vzniklý inzulindependentní diabetes mellitus. Mezi další příčiny vzniku řadíme stresogenní podněty, kterými jsou infekce, vaskulární příhody, úrazy a operace. Hyperglykémie a metabolická ketoacidoza tvoří důsledek deficitu inzulínu a nadbytek kontraregulačních mechanismů.

Mezi projevy hyperglykémie patří pocit žízně, polyurie a polydypsie, při pokročilé dehydrataci pocit slabosti, závrať a ortostatická hypotenze.(1) Prohlubující se ketoacidoza se projevuje zvracením, nevolností, v těžších případech dušností. Pozdním

projevem jsou poruchy vědomí, které mohou vyústit v koma. Během fyzikálního vyšetření lze zjistit acidotické (Kussmaulovo) dýchání a známky dehydratace. V laboratorním nálezu dominuje porucha acidobazické rovnováhy typu metabolické acidózy. Nacházíme rovněž tělový deficit draslíku. Pro diabetickou ketoacidozu svědčí i vzestup plasmatické koncentrace mastných kyselin. V diferenciatní diagnostice je nutno odlišit jiné příčiny ketoacidozy. Týká se to alkoholické ketoacidozy se současným hladověním, některých typů otrav, urémie a laktátové acidózy. Průvodním nálezem u diabetické ketoacidozy bývá leukocytóza, která nemusí být příznakem současné infekce. Zvýšeny bývají u diabetické ketoacidozy aktivity některých enzymů (sérové amylázy, kreatinkinázy), aniž by byla přítomna akutní pankreatitida nebo infarkt myokardu.

Základ léčby diabetické ketoacidozy představuje nitrožilní aplikace inzulínu.**(2)** S aplikací je nutno pokračovat i po normalizaci glykémie, podkožní aplikace by měla být zahájena až po zavedení perorálního příjmu a vymizení ketoacidozy. Úpravu deficitu tekutin a minerálů nahrazujeme izotonickým roztokem chloridu sodného. Po poklesu hodnot glykémie k 15 mmol/l je vhodné přejít k podávání 5% roztoku glukózy. Do náhradních roztoků přidáváme rovněž kalium chloratum. Mezi nejčastější komplikace diabetické ketoacidozy patří snížení renální funkce a akutní selhání ledvin.**(8)** Při řádné léčbě jde o plně reverzibilní stav. Komplikací mohou být také vaskulární příhody a různé infekce, zejména pneumonie. Při neadekvátní léčbě se vyskytují srdeční arytmie, jako důsledek nedostatečné korekce hypokalémie vznikající při léčbě, cévní trombózy a protrahované žaludeční atonie.

Hyperglykemické koma je akutní komplikací NIDDM, která má vážnou prognózu.**(20)** Typický je extrémní výskyt hyperglykémie s těžkou dehydratací. Příčinou vzniku jsou stavy znemožňující nemocnému dostatečný přísun vody při osmotické diuréze z narůstající hyperglykémie. Patří sem cerebrovaskulární a kardiovaskulární příhody, infekce, psychické poruchy a sociální izolace. Stav může být důsledkem neadekvátní terapie diuretiky, beta-blokátory nebo vzniká při zákrocích majících vliv na osmolaritu krve (dialýza). Při vzniku se uplatňuje relativní deficit inzulínu a zvýšená produkce kontraregulačních hormonů.

Plně rozvinutému stavu předchází období žízně a polyurie s postupnou dehydratací a poruchami vědomí.(22) Mohou se objevit křeče nebo ložiskové neurologické příznaky. V laboratorním nálezu dominuje extrémní hyperglykémie, která je spolu s dehydratací příčinou sérové hyperosmolarity, dále akutní selhání ledvin s vzestupem kreatininu a urey. Typická je přítomnost určitého stupně metabolické acidózy.(2) V rámci terapie upravujeme hypovolémii intravenózním podáním tekutin. Náhradním roztokem je izotonický roztok chloridu sodného. Nezbytným opatřením je sledování centrálního žilního tlaku vzhledem k možnosti kardiovaskulárního poškození, kdy rychlejší úhrada může být nebezpečná. Podáváme kalium chloratum k úpravě deficitu kalia. K snižování hyperglykémie přispívá podávání inzulínu a dehydratace. Mortalita komatu je vysoká i při zahájení adekvátní léčby.(33) Špatným znamením pro prognózu jsou hlavně závažné arytmie, prohlubující se poruchy vědomí a vznik akutního selhání ledvin. Dehydratace zvyšuje riziko trombotických příhod včetně diseminované intravaskulární koagulace.(2) Koma je často provázeno infekčními komplikacemi, hlavně pneumonií a sepsí.

1.10. Chronické komplikace diabetu

Diabetická nefropatie je chronické progredující onemocnění ledvin charakterizované proteinurií, hypertenzí a poklesem renálních funkcí.(12) Diabetickou nefropatií se rozumí diabetická mikroangiopatie postihující ledviny. Onemocnění postihuje nemocné s diabetem obou typů, dokonce i nemocné s diabetem pankreatogenním. Vznik diabetické neuropatie je podmíněn hyperglykemií, ale ne všichni diabetici včetně nedostatečně léčených jsou postiženi klinicky manifestní nefropatií. Vliv na její vznik mají nejen vlivy metabolické, ale také genetické a hemodynamické.(33) Z metabolických vlivů hraje největší roli výskyt chronické hyperglykémie. Genetické faktory se opírají o souvislost s hypertenzí. Diabetická nefropatie je důsledek špatné kontroly glykémie za podpory genetické dispozice k hypertenzi. Průběh diabetické neuropatie je záludný, protože až do stadia renální nedostatečnosti může probíhat bez subjektivních příznaků. Prvním stadiem, kdy lze onemocnění prokázat je incipientní nefropatie, charakterizovaná opakovaným zvýšením mikroalbuminurie. Zjištění ztrát albuminu močí lze prokázat běžnými biochemickými metodami. S progredující

chorobou lze prokazovat bílkovinu v moči běžnými testy. Proteinurie nad 0,5 g / 24 hodin je základní charakteristikou manifestní nefropatie. Postupně se může rozvíjet nefrotický syndrom ještě před vznikem renální nedostatečnosti. Je spojen s hypoproteinémií, otoky a hyperlipoproteinémií. Změny funkce ledvin se projevují postupným poklesem glomerulární filtrace, vzestupem kreatininu, urey a kyseliny močové. Zároveň dochází k poruše kompenzace diabetu, hlavně u IDDM. Typický je častý výskyt hypoglykemií.**(38)** Často je třeba snížit dávky inzulínu na polovinu. Dochází zároveň k urychlení průběhu vaskulárních komplikací, zejména hypertenze. U některých nemocných dochází náhle k selhání ledvin. Diabetická nefropatie u nemocných s NIDDM má určité odlišnosti. Především chybí stadium hyperfiltrace a hypertrofie ledvin. Proteinurie a hypertenze je téměř vždy přítomna při stanovení diagnózy. Pro diagnózu je důležitá anamnéza orientovaná na začátek a průběh cukrovky. Diagnóza manifestní nefropatie je založena na opakovaném průkazu proteinurie nad 0,5 g / 24 hodin. V případě hrozícího selhání ledvin a renální nedostatečnosti se sledují hodnoty kreatininu.**(2)** V léčbě diabetické nefropatie se uplatňuje kompenzace diabetu, udržování normálního krevního tlaku, strava s omezením bílkovin a léčba infekce močových cest.**(33)** Při léčbě renální nedostatečnosti se soustředíme na dietní opatření, především na příjem tekutin a redukci příjmu proteinů. Při retenci tekutin a při tendenci k hyperkalémii a hypertenzi je indikována terapie diuretiky. Nízkou hladinu vápníku vyrovnáváme podáváním Kalcium carbonicum. Alkalizační terapií zahajujeme léčbu poruch acidobazické rovnováhy podáváním bikarbonátu sodného. Při významné anemizaci podáváme erythropoetin při současném podávání preparátů železa. Při hyperlipoproteinémii se osvědčuje podat hypolipidemika. V případě selhávajících ledvin lze uplatnit hemodialýzu, peritoneální dialýzu nebo transplantaci ledviny.

Co může udělat pacient pro zamezení ledvinného postižení?

1. Udržovat hladiny glykémie v normálu a spolupracovat s lékařem při léčbě diabetu.
2. Přijímat malé množství soli, udržovat si doporučenou tělesnou hmotnost a pravidelnou tělesnou aktivitu.
3. Při zvýšeném krevním tlaku nad 140/90 zahájit příslušnou terapii.

4. Chránit se před vznikem infekce ledvin a při jejím objevení ji začít léčit.

Z očních komplikací je největším problémem diabetická retinopatie a na ni mnohdy navazující sekundární glaukom.**(12)** Podkladem pro vznik diabetické retinopatie je vyšší koncentrace hemoglobinu A1c, sorbitolové přetížení, mikrovaskulární změny a tvorba vazogenních faktorů. Na sítnici vznikají kapilární okluze, cévní dilatace, které jsou provázeny prosakováním a formací novotvořených cév, tedy proliferací. U dekompenzovaných diabetiků dochází ke ztrátě pericytů(buněk kontrolujících průměr kapilár svou kontraktibilitou), což vede k poruše funkcí kapilár sítnice. Prolongovaná vazodilatace vede ke vzniku mikroaneurysmat.**(2)** Přispívá k tomu zvýšený průtok krve sítnicí, který vede ke zvýšení koncentrace glukózy v sítnici. V době objevu retinopatie dochází k poklesu průtoku krve sítnicí ve střední periférii a objevují se hypoxická neperfundovaná ložiska. Novotvorba cév představuje nejzávažnější abnormalitu diabetické sítnice.

Prvním stadiem diabetické retinopatie je neproliferativní diabetická retinopatie.**(2)** Při vyšetření očního pozadí nacházíme mikroaneurysmata, vyskytující se hlavně na venózních částech kapilár. Typická je také intraretinální hemoragie, která vzniká dekompenzací kapilární stěny nebo prasknutím aneurysmat. Vyskytovat se mohou tvrdé exsudáty a makulární edém, který je nejčastější příčinou poklesu vizu u nemocných s neproliferativní diabetickou retinopatií. Rozlišujeme fokální, difuzní a cystoidní makulární edém.

Druhé stadium diabetické retinopatie představuje pokročilá neproliferativní diabetická retinopatie.**(2)** Postupné zhoršování je dáno vaskulárními okluzemi zvyšováním vaskulární permeability. Mezi typické změny tohoto stadia patří vakovité exsudáty, venózní abnormality, intraretinální mikrovaskulární abnormality, ischemie střední periférie sítnice.

Posledním stadiem diabetické retinopatie je proliferativní diabetická retinopatie.**(2)**Novotvořené cévy jsou základním znakem proliferativní diabetické retonopatie. Jsou funkčně méněcenné a mohou být provázeny fibrózní reakcí. Dochází k další progresi, ke krvácení a trakčnímu odchlípení sítnice.

Diagnózu nám upřesní základní oftalmologické metody. Důležitá je prevence a optimální kontrola diabetu. Metodou volby je v současnosti laserová terapie. Fotokoagulace je kontraindikována při neproliferativní diabetické retinopatii bez edému. Lze ji použít pouze při výskytu makulárního edému. Při proliferativní diabetické retinopatii se většinou používá panretinální fotokoagulace. Další možnou léčbou je kryoterapie a vitrektomie.

Velkým problémem zůstává včasná diagnostika diabetické retinopatie. Nemocný by měl být pravidelně sledován oftalmologem.**(12)** Co může pacient udělat pro své oči sám?

1. Pečlivě sledovat hladiny glykémie.
2. Navštěvovat pravidelně lékaře.
3. Alespoň jednou ročně absolvovat vyšetření očním lékařem.
4. Při výskytu očních potíží navštívit očního lékaře.

Pod pojmem diabetická neuropatie rozumíme difuzní nezánetlivé poškození funkce a struktury periferních nervů motorických, senzitivních a vegetativních.**(33)** V patogenezi se uplatňuje dlouhodobá hyperglykémie. Patologickou změnou při diabetické neuropatii je ztráta myelinizovaných a nemyelinizovaných axonů. Nacházíme segmentární demyelinizaci a axonální degeneraci.

Symetrická distální neuropatie je častou komplikací diabetiků a příčinou diabetické nohy. Nemocní si stěžují na pocity chvění, pálení a bolesti v nohou.**(33)** Distálně jsou lokalizovány poruchy citlivosti. Při těžké poruše cití se může pacient spálit a poranit si nohy, aniž by cítil bolest.

Při akutní bolestivé neuropatii dominuje prudká bolest stehem, lýtek a nohou nejčastěji v noci. Vyčerpává nemocného nespavostí, hubnutím a depresi.

Asymetrická proximální motorická neuropatie postihuje zejména starší muže s NIDDM. Typická je slabost a atrofie proximálního svalstva dolních končetin-pletence pánevního a stehem.

Mononeuropatie je charakterizována náhlým vznikem bolesti a poruchou v senzitivně motorické distribuci jednoho nervu. Typické jsou bolesti s poruchami

citlivosti a obrny v poškozeném nervu, což je nejčastěji medianus, radialis, ulnaris, peroneus nebo femoralis.

Radikulopatie je postižení nervového kořene. Nejčastěji bývá postižen kořen L5 a S1. V klinickém obraze se vyskytují bolesti a poruchy citlivosti.**(33)**

Pro úžinové neuropatie je typické postižení n. medianus v oblasti karpálního tunelu. Projevuje se bolestmi v noci, pocitem otoku dlaně a prstů a pocitem ztuhnutí prstů. Dochází k parestéziím a dysesteziím. Mohou se objevit trofické změny v oblasti thenaru.

K podezření na diabetickou neuropatii by měl dospět diabetolog, internista nebo praktický lékař na podkladě anamnézy, inspekce kůže, svalů a kloubů a provedením neurologického orientačního vyšetření. Při pozitivních anamnestických údajích, zjištění areflexie a poruch citlivosti se indikuje neurologické vyšetření.

V léčbě je základní nutností kompenzace diabetu. Podáváme preparáty ke zlepšení metabolické a regenerační schopnosti neuronů-gangliosidy, dále vitamin E nebo kyselinu gamalinolenovou .**(2)** Doporučuje se podávat stopové prvky hořčíku a zinku. Symptomatická léčba zahrnuje analgetika, anestetika nebo antidepresiva.

Autonomní(vegetativní) neuropatie je chronickou sekundární komplikací obou typů diabetu. Dominují projevy v kardiovaskulárním, gastrointestinálním nebo urogenitálním systému a funkčními testy lze prokázat difuzní postižení vegetativního nervstva. Znamky autonomní neuropatie jsou přítomny u nemocných starších, s delším trváním diabetu a neuspokojivou metabolickou kompenzací. Pro postižení kardiovaskulárního systému jsou typické poruchy v regulaci srdeční frekvence a krevního tlaku. V důsledku vagové poruchy mají diabetici vyšší klidové tepové frekvence než zdravé osoby. Ortostatickou hypotenzí rozumíme pokles systolického tlaku o více než 30 mm Hg po postavení. Příčinou je porucha reflexní vazokonstrikce ve splachnickém řečišti a v oblasti žil dolních končetin s nedostatečným návratem žilní krve k srdci při ortostáze. Autonomní neuropatie způsobuje v trávicím systému poruchy vyprazdňování žaludku, projevující se pocity plnosti, nevolností a zvracením.**(33)** Typické jsou rovněž recidivující diabetické průjmy, charakteristické zejména v nočních hodinách. Při postižení urogenitálního systému diabetickou neuropatií vzniká neurogenní měchýř.

Nemocný ztrácí pocit plnosti měchýře a vzniká močové reziduum. Objevit se mohou poruchy erekce, typická je rovněž retrográdní ejakulace do močového měchýře.

Autonomní neuropatii diagnostikujeme klinickou anamnézou a funkčními testy zejména v kardiovaskulární oblasti. Součástí léčby bývá dlouhodobá metabolická kompenzace. Léčba klinických forem autonomní neuropatie je převážně symptomatická.

Co může udělat diabetik sám?

1. Udržet svůj diabetes kompenzovaný.
2. Podat lékaři informaci o každém brnění, svalové slabosti, znecitlivění, bolesti a jiných pocitech.
3. Požádat o vyšetření trvalejších potíží.
4. Užívat léky.
5. Dávat pozor na poranění.

Termín diabetická makroangiopatie označuje aterosklerotické projevy na velkých tepnách diabetiků. Příčinou jsou změny průsvitu až uzávěry tepen, k nimž vedou tukové, vazivové a trombotické změny medie a intimy.**(33)** Ateroskleróza se může manifestovat jako ischemická choroba srdeční(ICHS), ischemická choroba dolních končetin(ICHDK) nebo ischemická choroba centrálního nervového systému(ICHCNS).

U diabetika se může objevit také diabetická noha.**(12)** Jedná se o stav , který vede k narušení tkáně nohy. Mezi následky diabetické nohy řadíme ulcerace, gangrény a amputace. Hlavními faktory vedoucími k rozvoji diabetické nohy jsou diabetická neuropatie a ischemická choroba dolních končetin. Mezi vyvolávající příčiny ulcerací řadíme nesprávnou obuv, popáleniny, drobné úrazy a dekubity, ragády a plísňové infekce. Nejčastějším místem vzniku ulcerace je planta v místě podélné a příčné klenby, 1. metatarzofalangeální skloubení, prsty a meziprstní prostory. Rozhodující roli při vzniku diabetické nohy hraje rovněž mikroangiopatie a makroangiopatie, dále infekce a kouření.

Jak uvádí Bartoš a Pelikánová **(2)** klinicky můžeme rozdělit diabetickou nohu na neuropatickou, angiopatickou a neuroischemickou. Diabetici nemusí vykazovat typické

příznaky postižení tepen dolních končetin jako jsou klaudikace, nehmátné pulsace nebo šelesty nad tepnami. Pacienti si stěžují spíše na atypické bolesti v nártu nebo v prstech, které se dostávají během chůze. Hojně rozšířená je klasifikace angiopatické nohy podle Fontaina. Pro první stadium jsou typické tyto změny: chladná kůže, vymizelé ochlupení, kožní atrofie, deformace nehtů a změny periferních pulsací. Pro druhé stadium jsou typické intermitentní klaudikace s intervalem nad 100-200 m, nebo s intervalem pod 100-200 m. ve třetím stadiu vznikají klidové bolesti a pro čtvrté stadium jsou typické nekrózy a gangrény. Z hlediska vyšetřovacích metod je důležitá zejména anamnéza, inspekce, palpace a auskultace, eventuálně orientační neurologické vyšetření. Nezbytnou nutností je kontrola obuvi pacienta a posouzení, zda odpovídá požadovaným kritériím. Při každé návštěvě diabetika v ordinaci provádíme inspekci nohou. Diagnózu lze doplnit dopplerovským vyšetřením nebo arteriografií tepen dolních končetin. Při indikaci arteriografie je nutné pacienta dostatečně hydratovat, používat minimální potřebné množství nízkomolekulárních kontrastních látek a kontrolovat renální funkce.

Při léčbě neuropatických ulcerací je důležitou složkou především dobrá kompenzace diabetu.**(33)** Důraz je kladen i na odlehčení nohy a odstranění tlaku na ulceraci. Mezi způsoby odlehčení patří např. berle, klid na lůžku, speciální poloviční terapeutické boty aj. Lokální forma léčby je zaměřena na čištění rány, podporu granulací a epitelizací. Při terapii infekce jsou nejčastěji používána antibiotika širokospektrá podle kultivace a citlivosti.

V terapii angiopatických nohou je kladen důraz na zlepšení krevního zásobení, které posuzujeme podle výsledků angiografie. Užívanými metodami jsou perkutánní transluminální angioplastika (PTCA) nebo cévní rekonstrukce (bypassy). Během konzervativní léčby ovlivňujeme medikamentózně mikrocirkulaci.

U nemocných s diabetem je bohužel někdy nutno přistoupit k amputaci.**(12)** Ta je indikována při konzervativně nezvládnutelné progresi gangrény, dále při septické reakci a při antibiotické léčbě a v neposlední řadě při klidových bolestech nereagujících na běžná analgetika, pokud není možno provést cévní rekonstrukci nebo perkutánní transluminální angioplastiku.

Rady při některých potížích:

1. Deformace nohou

Je důležité nechat si předepsat lékařem speciální obuv. Někdy je nutné provést korekci deformace operačně.

2. Nervová a cévní onemocnění

diabetik by měl nosit pohodlnou dobře padnoucí obuv a denně si prohlížet nohy. Důležitá je rovněž ochrana před poraněním, kompenzace diabetu a zanechání kouření.

3. Kuří oka, mozoly a potíže s prsty

Pacient by měl používat k ošetření kvalitní krémy. Při potížích se stříháním nehtů by se měl svěřit lékaři nebo pedikérovi.

4. Infekce a poranění

Diabetik by měl být na své nohy opatrný. Důležité je udržovat glykémii v normálu a všechny své potíže konzultovat s lékařem.

1.11 Vliv diabetu na psychiku nemocného

Každý člověk se někdy stane pacientem a musí nastoupit do nemocnice, kde ztrácí značnou část svého zázemí a v prvních dnech jen velmi těžko komunikuje s druhými. Při pobytu v nemocnici ztrácí nemocný sebehodnocení, kdy se o něm mluví jako o případu s nemocným orgánem, což vyvolává nejistotu a strach.(26)

Zároveň nemocný ztrácí pocit bezpečí a nastupují pocity odcizení a osamělosti. Musí se vyrovnat s tím, že v nemocnici nebude brán ohled na jeho záliby a zvyky, neboť všechny zajímá jen jeho chorobopis. Mnohdy je vystaven rozkazům a příkazům ošetřujícího personálu. Rovněž při lékařské vizitě zůstávají dotazy pacienta nezodpovězeny.

Ve své nemoci člověk přehodnocuje svůj život a mnohdy pochopí, že i bez něj se jeho rodina a zaměstnání musí obejít. (31)

Nemocný může být léčen v domácím prostředí, kde je sice obklopen svými blízkými, ale často trpí nejistotou z komplikací onemocnění. Vlivem choroby může dojít k narušení mezilidských vztahů, pocitům viny a změně v rozdělení úloh mezi členy rodiny. Existuje však skupina nemocných, kteří se nikomu nevnučují a uzavírají se do sebe; u těchto jedinců je na místě pozornost a trpělivost.

Diabetes mellitus patří mezi vleklá a chronicky probíhající onemocnění.(38) Pacient-diabetik je nucen často navštěvovat lékaře, dlouhodobě brát léky a omezit svoje přirozené aktivity a potřeby. Často jsou zdůrazňována omezení než to, co může dělat. Diabetik je velmi často litován svým okolím, které se snaží plnit jeho přání. Pacient by neměl poznat, že je „něco vzácného“ díky své chorobě , ani to, že je „vězněm“ léčby. (26)Důležitá je pochvala, ocenění a pozitivní motivace.

V případě hospitalizovaného pacienta dochází k radikální změně situace a prostředí, ve kterém se jeho běžný život odehrává. Často bývá vyřazen ze styku se zdravými lidmi a ocitá se v submisivní roli.

Musí se podřídit autoritě, jež někdy nepříjemně reguluje jeho chování. Úkolem lékaře je tedy získat nemocného ke spolupráci s personálem na svém uzdravení.

Do vztahu nemocný-personál však stále častěji vstupuje technika. Přitom může dojít k odsunutí nemocného do pozadí. Pacient je však v současné době více informován než dříve a nechce být jen pasivní součást léčby.

V současné době však mnoho pacientů ztrácí důvěru ve spolehlivost tradiční péče v nemocnici, jejíž kvalita je často neodpovídající. Vzrůstá tedy důvěra ve svépomoc, k alternativní medicíně a vytvářejí se svépomocné skupiny, jež sdružují osoby s podobnými problémy. Zde jedinec nachází snáze řešení svého zdravotního a sociálního stavu.

nemocí. Patří sem potřeba tvořivé práce, v níž se projevuje aktivita jedince. Její ztráta vyřazuje jedince z aktivity a ze sociálních vztahů. Nemocný chce během procesu uzdravení spolupracovat, což se významně projevuje v rehabilitaci. Fyzická aktivita pomáhá navazovat sociální kontakt s okolím a podporuje jeho soběstačnost. Potřeba poznání světa a sebe samotného zahrnuje pochopení situace, do níž se nemocný díky nemoci dostal. Chce znát její příčinu a typy léčby, chce být informován o důsledcích choroby a jeho uzdravení. Informace o práci a dění v rodině přispívají k jeho klidu a k získání účasti na léčebném procesu. Při uspokojování potřeby sociálních styků navazuje nemocný vztah k sestřám, k lékařům a ke spolupacientům. Jde hlavně o potřebu komunikace, jejíž uspokojení bývá obvykle narušeno. Aby se zkvalitnila úroveň komunikace, je zapotřebí dosáhnout změny ve vztahu pacient-zdravotnický personál na

partnerský vztah. Všichni zdravotníci by se měli učit naslouchat svým nemocným a vhodně je psychicky podporovat v jejich nelehké životní situaci. Potřeba vytváření kulturního prostředí v sobě zahrnuje estetiku prostředí s výzdobou, čistotu a upravenost personálu apod. Její uspokojování odvrací pacienta od přehnaného sebepozorování. Esteticky upravené prostředí a příjemný personál nemocnice navodí u nemocných pocit bezpečí a spokojenosti.

Pokrytí potřeb vzniklých nemocí je součástí procesu léčby. Úroveň pokrytí závisí na rozvoji lékařských věd a ošetrovatelské praxi. Potřeba navrácení zdraví je často zesílena obavou ze smrti a z trvalých následků nemoci a vyplývá z nutnosti plnit sociální role. Lidé však zaujímají ke svému zdraví různé postoje. Zdraví se však stává motivací, což vede k jeho ochraně a udržení. Potřeba zbavit se nebo snížit bolest je podmíněna psychickým a fyzickým stavem nemocného. Bolest je bezprostřední a subjektivní a nemusí být tedy spojena s požadavkem uzdravení.**(26)** U diabetiků se často setkáváme s bolestí např. u syndromu diabetické nohy. Vždy se snažíme nemocnému od bolesti ulevit, využíváme všech dostupných prostředků k tlumení bolesti. Potřeba obnovit a udržet schopnost plnění dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové je ze sociálního hlediska významná. Pacient si uvědomuje závislost na společnosti zdravých jedinců. Ve styku s nimi zastává roli podřízeného. Zároveň v roli nemocného ztrácí své dosavadní sociální postavení. Objeví-li se trvalé následky, začíná mít problém najít náhradní činnost k uspokojení potřeby své aktivity.

1.11.1 Nepříznivé psychologické reakce nemocného diabetika

Reakce diabetika na svou diagnózu závisí na kvalitě rodinného zázemí, dále na projevech onemocnění nebo defektu, pocitu ohrožení života a celkové kvalitě života(úroveň sebeobsluhy).

Mezi reakce nepříznivě ovlivňující vztahy s okolím řadíme fázi šoku z nepříznivé zprávy.**(26)**Rodina nechce přijmout informace o nemoci, odmítá uvěřit pravdě, hledá příčiny onemocnění a naději na uzdravení. Další fází je popření, během něhož dochází k nevědomému posunutí skutečnosti do podoby, kterou bychom si přáli mít. Pacient odmítá brát na vědomí změnu zdravotního stavu a mnohdy neúměrně riskuje. Vliv má pochopitelně závažnost choroby. V případě mladého diabetika může dojít

k neschopnosti přijmout omezení a handicap způsobený chorobou. Vždy je nutné připomenout mu míru odpovědnosti a možná řešení. Fáze depresivní a úzkostné reakce vzniká často v důsledku malé informovanosti o celé problematice.**(26)**Nemocný se mnohdy baví pouze o svých příznacích a o obavách, což nepříznivě ovlivňuje partnerské vztahy.Rodina se mnohdy snaží hledat viníka. Rozpory v rodině samotné mohou významně narušit potřebnou integritu zúčastněných a je třeba jim od počátku čelit. Pacientům musíme věnovat dostatek sil na zvládnutí nezbytných léčebných opatření, musí cítit, že v těžké situaci není sám a jeho blízcí mu musí být oporou. Diabetik má obvykle obavu z možnosti hypoglykémie, a proto není často schopen vyjít si na procházku.**(39)** Důležité je tedy seznámit se se všemi způsoby jejího zvládnutí a samozřejmě i s projevy hypoglykémie. Velkou pomoc v tomto ohledu poskytují rekondiční pobyty a různé relaxační postupy, kdy může dojít k poklesu glykémie. Rovněž není žádnou ostudou požádat o pomoc psychologa. Depresivní nálada vede často ke zhoršení celkového zdravotního stavu. Zde je důležité pečovat o tělesnou aktivitu pacienta. Mohou nastat i reakce agresivní. Řadíme je mezi psychologické obranné reakce, jež využívají zdraví lidé v tísní. Okolí je často chápáno jako projev útoku nebo neochoty ke spolupráci. Opět je možné obrátit se na odborníka nebo využít relaxačních metod. Přiměřené přijetí nemoci představuje nejlepší východisko pro diabetika, neboť dochází k vyrovnání psychického stavu a přijetí diabetu. Pacient je zodpovědný za kontrolu a léčbu cukrovky, neignoruje ji a věnuje se prevenci komplikací. Důležitý je projev zájmu o metody léčby komplikací, není ostudou požádat o radu svého lékaře a navštívit event.specialistu.

1.11.2 Sociální aspekty diabetu

Cílem léčby DM v dnešní době je umožnit nemocnému plnohodnotný a kvalitní život. Není proto výjimkou najít diabetika ve vrcholovém managementu. Mladí pacienti dosahují vysokoškolského vzdělání. Z právního hlediska není v zákonech jednoznačně stanoveno, která povolání by diabetik neměl vykonávat. Není ale ani stanoveno, kdo ponese zodpovědnost za možné škody, které vzniknou v přímé souvislosti s DM. Pracovní zařazení nemocného posuzujeme individuálně a v úvahu bereme přání nemocného i jeho celkový zdravotní stav. V praxi je významným limitujícím faktorem

nebezpečí vzniku hypoglykémie při léčbě inzulinem a některými PAD. Diabetik by při hypoglykémii mohl ohrozit život a zdraví své i životy a zdraví jiných osob. Diabetiky nenajdeme na místech řidičů z povolání, pilotů, v armádě a u policie, na místě požárníků, horníků apod. Pro řadu diabetiků s inzulinoterapií není vhodná práce ve směnném provozu a v provozech s nepravidelným stravováním. Velmi důležité je pracovní prostředí: prašné a vlhké prostředí zvyšuje riziko infekčních komplikací včetně diabetické nohy.

Samotná léčba inzulinem nebo pomocí inzulinové pumpy není indikací k zařazení nemocného do invalidního důchodu.(3) Moderní způsoby terapie naopak vedou ke zlepšení zdravotního stavu a zlepšují kvalitu života nemocného. Limitujícím faktorem pro sníženou pracovní schopnost a invaliditu je pokročilost chronických komplikací diabetu. K přiznání částečného invalidního důchodu je potřebný pokles míry schopnosti soustavní výdělečné činnosti alespoň o 33%, pro přiznání plného invalidního důchodu více než 66%.

Důvodem k nezpůsobilosti řízení motorového vozidla je v případě diabetiků cukrovka s očními a nervovými komplikacemi nebo s opakovaným výskytem komatu, cukrovka omezující tělesnou a duševní schopnost řidiče. Pro řízení motorových vozidel pro osobní potřebu nemocného je velmi důležité zvážit přítomná rizika, zejména labilitu diabetu s opakovanou hypoglykemií či s hypoglykemií bez varovných projevů, nález na očním pozadí, polyneuropatie a kardiovaskulární komplikace. (3)

1.11.3 Průběh diabetu z hlediska psychosociálního

Jak uvádí Křivohlavý (26) reakce pacienta na onemocnění probíhá v rovině psychické(prožívání nemoci, léčby a omezení, subjektivní důležitost), v rovině behaviorální(chování a jednání nemocného) a v rovině sociální(přijetí role nemocného). Nemocní prožívají v různých věkových obdobích své onemocnění rozdílně a rozdílně také akceptují omezení plynoucí z nemoci. U dítěte klademe důraz na spolupráci s rodiči. Rodiče sami nezářídka potřebují pomoc psychologa, neboť mnoho rodičů diabetických dětí trpí pocity izolovanosti a osamělosti.(22) Během dospívání přestává nemocný často s lékařem spolupracovat. Stresujícím pro dítě i rodiče je výběr povolání a otázka budoucího rodičovství. U diabetu rozeznáváme období sdělení

diagnózy, období bez komplikací a období pozdních komplikací. Sdělení diagnózy je provázeno fázemi, během nichž se objevuje počáteční šok, popření, zlost a agrese, smlouvání, deprese a přijetí. V období bez komplikací představuje zásadní problém to, jak udržet motivaci pacienta, aby dodržoval léčebný režim. V období pozdních komplikací se setkáváme s pocitem zlosti na zdravotníky nebo s pocitem viny. Pro toto období jsou typické deprese a úzkost.

Labilní cukrovka se projevuje chaotickými hodnotami cukru v krvi a narušením života častými pobyty v nemocnici pro akutní dekompenzaci a absencemi ve škole event. v zaměstnání.(9) Mezi jeho příčiny zařazujeme psychosociální vlivy, poruchy příjmu potravy, účelné jednání diabetika, infekce a jiné choroby, změny v působení inzulínu nebo inzulínového režimu a změny kontraregulačních hormonů majících vliv na hladinu cukru v krvi. K psychosociálním vlivům řadíme např. konflikty v rodině, špatnou adaptaci na chorobu, špatnou sociální situaci apod.

Labilní diabetes se vyskytuje u mladých žen a dívek, u nichž diagnostikujeme obezitu a poruchy menstruačního cyklu. Nelze však vyloučit i vliv dřívějších hypoglykemií, které nebyly řešeny snížením inzulínu. U mladých dívek se často vyskytují poruchy příjmu potravy, objevuje se strach z hypoglykémie a dívky se snaží striktně dodržovat postupy diety. Léčba obvykle vyžaduje pomoc odborníka.

1.11.4 Rodina a její význam pro nemocného

Rodina představuje základní společenskou jednotku a sociální skupinu zároveň. Dříve bylo zvykem v rodině pečovat o ty jedince, kteří ztratili schopnost postarat se o sebe ve zdraví i během nemoci. Postupným vývojem však rodina ustoupila do pozadí. Zodpovědnost za péči o nemocné převzala do velké míry zdravotnická zařízení.(26) U nás má rodinná péče malou podporu státu, její ekonomická hodnota není oceněna a pečující členové nejsou doceněni. V rodině dochází ke změně rolí mezi příslušníky, finančním problémům, zvýšenému stresu před následky choroby apod. Často se tedy hovoří o „nemocné rodině“. Rodina by se měla společně s nemocným zaměřit na posílení zdravého způsobu života.(9) Vždy záleží na schopnosti vyrovnat se s nemocí nejen ze strany nemocného, ale i ze strany rodiny. Přesto rodinné prostředí dokáže vytvořit optimální podmínky např. uspořádáním způsobu bydlení. Ne vždy je však

rodina připravena na tuto skutečnost. Musí se tedy nejprve seznámit s jinou situací, hledat možnosti řešení problémů a připravit se na kontakt a kvalitu přijetí a zařazení jedince o prostředí. Mnohdy situace vyžaduje přehodnotit dosavadní styl života, úroveň vztahů a funkce rodiny. V současné době nejsou ve většině zdravotnických zařízení návštěvy rodinných příslušníků omezovány a stále více lůžkových zařízení umožňuje každodenní návštěvy pacientů. Někdy se však může přístup a vztah k rodinným příslušníkům změnit, neboť nemocný přebírá funkci pasivního člena. Příslušníci rodiny jsou nuceni převzít řadu povinností a závazků za něj. Proto je na místě povzbuzení a dobré rodinné zázemí.

Zároveň však rodinní příslušníci mohou pacientův stav ovlivnit v negativním slova smyslu např. sdělováním nepříjemných zpráv, donáškou nevhodných jídel apod. na úspěšnost terapie má tedy vliv i chování rodinných příslušníků během návštěv. Mnohdy se však nemocná návštěv předem obává. Návštěvy totiž mohou pacienta rozrušovat a vyvolat u něj melancholické nálady. Může dojít až ke zhoršení zdravotního stavu, a proto by návštěva měla přispívat k pozitivnímu myšlení nemocného.

2. Cíl práce

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je seznámit čtenáře s problematikou diabetu a zaměřit se na bio-psycho-sociální změny, které toto onemocnění přináší. V diplomové práci stručně charakterizují historii, podstatu, projevy a možné příčiny tohoto onemocnění. Popsány jsou rovněž typy diabetu, možnosti léčby a akutní i chronické komplikace včetně základních rad pro pacienty samotné. Značný důraz je kladen na psychologické a sociální problémy související s výskytem diabetu. Průzkumná část má zjistit, do jaké míry je široká veřejnost informována o problematice tohoto onemocnění a zda je schopna poskytnout první pomoc při výskytu hypoglykémie.

2.2 Hypotézy práce

- 1. Osoby starší 50 let jsou o diabetu informovány lépe než osoby mladšího věku.***
- 2. Osoby žijící ve městě mají lepší přístup k informacím týkajících se diabetu než osoby žijící na vesnici.***

2.3 Charakteristika cílové skupiny

Za cílovou skupinu jsem po zvážení zvolila klienty starší 18 let pobývající v Lázních Bechyně s.r.o. Při výběru klientů nebyl brán ohled na skutečnost, zda se jedná o klienta, jemuž byl diagnostikován diabetes nebo nikoli.

3. Metodika

Po hlubším prostudování dané problematiky jsem se rozhodla pro kvantitativní sociologický výzkum.

Kvantitativní metody nám umožňují získávat údaje o rozložení, výskytu a podobách určitého jevu a dále zjišťovat vlastnosti, názory a postoje lidí ve zkoumaném vzorku osob. Tyto údaje slouží buď k prostému popisu, nebo jsou využívány k ověřování hypotéz o sociálních jevech a jejich vzájemných vztazích vyvozených z teorie. Prostřednictvím kvantitativního výzkumu jsou získávány informace od velkého počtu jedinců. Výhodou kvantitativního výzkumu bezesporu je, že získaná zjištění lze zobecnit na celou populaci, kterou zkoumaný vzorek reprezentuje.

3.1 Metoda dotazování , dotazník

Pro získání dat potřebných k dosažení stanoveného cíle byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl dotazník.**(25)** Dotazník je výzkumná metoda umožňující shromažďování dat na základě dotazování osob.**(21)**

Dotazník začínal úvodním slovem, kde byli respondenti informováni a obeznámeni s účelem tohoto dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní, s čímž byli respondenti srozuměni stejně tak, jako s použitím získaných údajů. Dotazník obsahoval celkem 18 otázek. První část dotazníku byla zaměřena na získání identifikačních údajů, druhá část dotazníku byla zaměřena na získání informací týkajících se názoru veřejnosti na projevy, příčiny, léčbu a komplikace diabetu.

V dotazníku byly použity jak otázky uzavřené, tak i polootevřené s možností vyjádření respondenta. Respondenti na uzavřené otázky odpovídali formou označení odpovědí, které odpovídali jejich názoru na problematiku. Byla jim zde také poskytnuta možnost doplnit údaje či varianty, které nebyly uvedeny v dotazníku. Sběr dat probíhal od listopadu 2008 do ledna 2009.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 438 respondentů. Celkem bylo distribuováno 500 dotazníků, navráčeno bylo 438 dotazníků. Návratnost tedy činila 87,6 %. Z celkového počtu 438 dotazníků bylo možno stejný počet použít pro výzkum.

Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím osobního kontaktu se širokou veřejností v Lázních Bechyně s.r.o.

Získaná data byla zpracována pomocí programu SPSS.

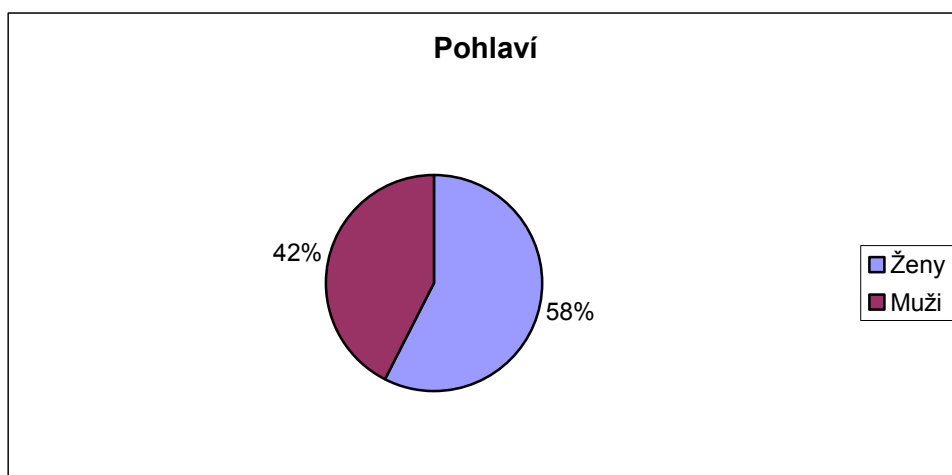
4. Výsledky

4.1 Výsledky dotazníkového šetření podle pohlaví a věku respondentů

Otázka č. 1 Jste: a) muž b) žena

Na dotazníkové šetření odpovědělo 252 žen(58 %) a 186 mužů(42 %).

Graf č. 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví

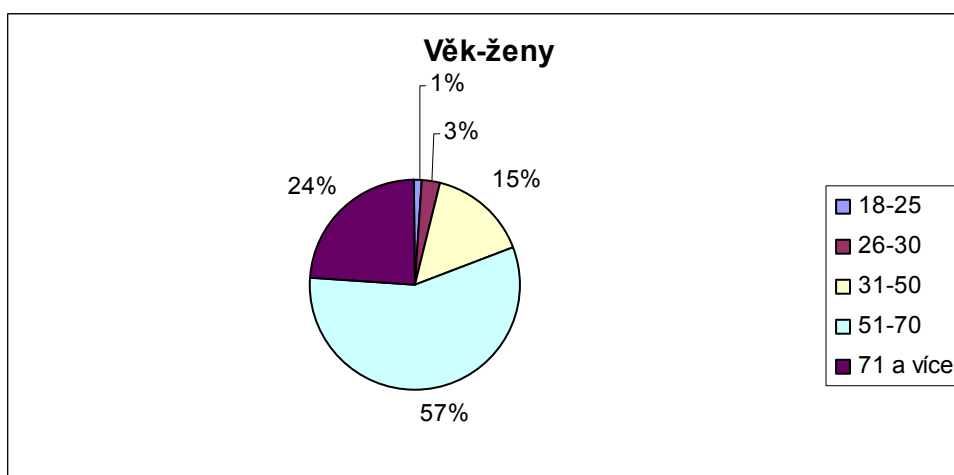


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2 Kdy jste se narodil/a? Uveďte prosím rok narození

Na dotazník odpověděly 3 ženy ve věkovém rozmezí 18-25 let (1 %), 7 žen ve věkovém rozmezí 26-30 let (3 %), 39 žen ve věku 31-50 let (15 %), 142 žen ve věku 51-70 let (57 %) a 61 žen bylo ve věkovém rozmezí 71 a více let (24 %).

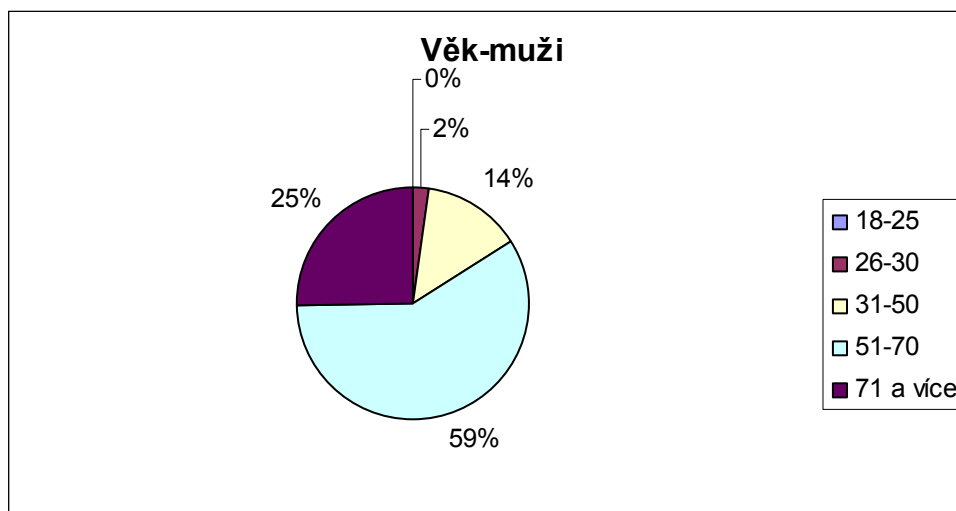
Graf č. 2 Věkové složení žen



Zdroj: vlastní výzkum

Na dotazník odpovědělo 0 mužů ve věku 18-25 let, 4 muži ve věku 26-30 let (2 %), 26 mužů ve věku 31-50 let (14 %), 109 mužů ve věku 51-70 let (59 %) a 47 mužů ve věku 71 a více let (25 %).

Graf č. 3 Věkové složení mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

V dotazníku uvedlo ZŠ 0 žen, variantu vyučena 96 žen (38 %), SŠ 114 žen (45 %), a VŠ 42 žen (17 %).

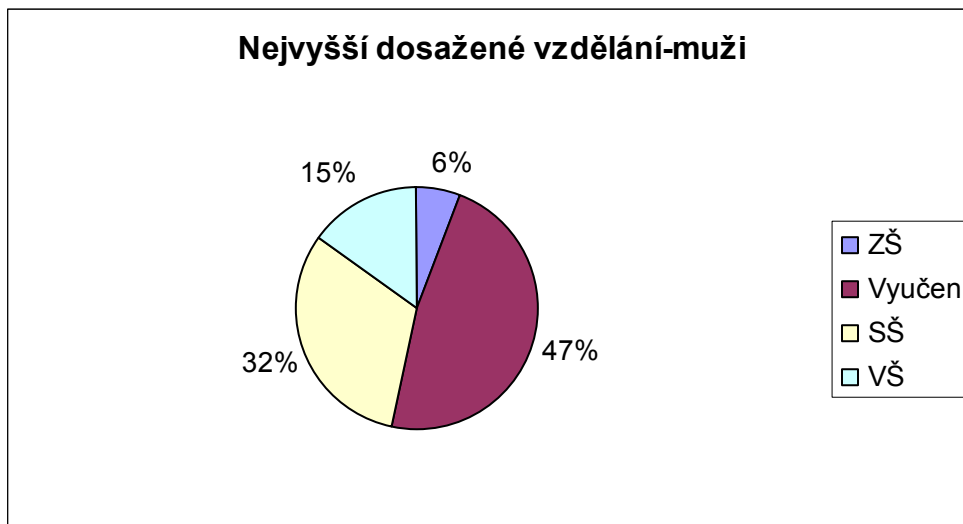
Graf č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu ZŠ uvedlo 11 mužů (6 %), vyučení 88 mužů (47 %), SŠ 59 mužů (32 %) a VŠ 28 mužů (15 %).

Graf č. 5 Nejvyšší dosažené vzdělání mužů

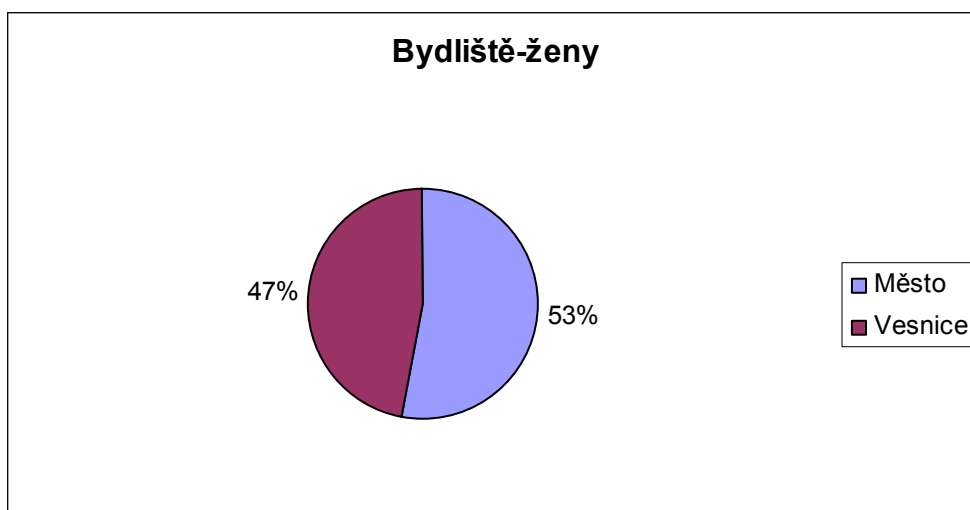


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4 Bydliště:

Z dotazníku vyplynulo, že 133 žen (53 %) žije ve městě a 119 žen (47 %) žije na vesnici.

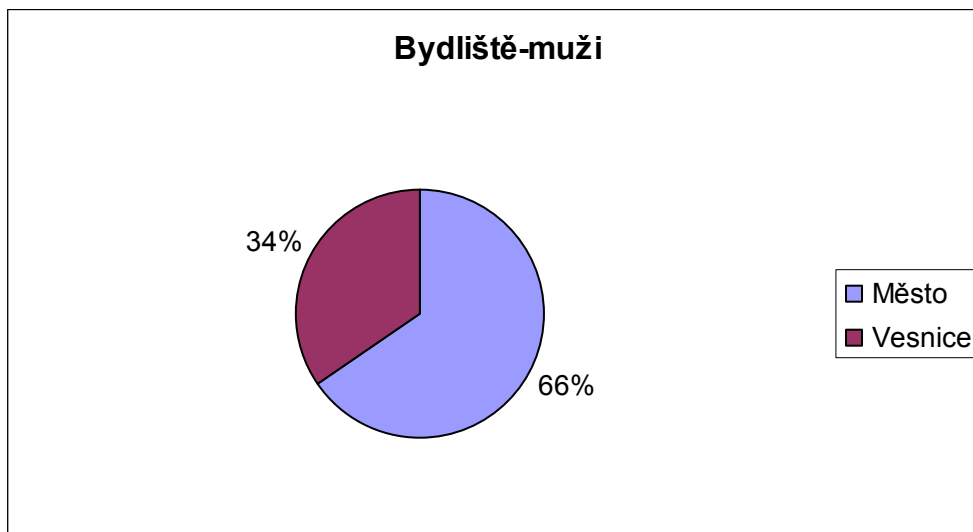
Graf č. 6 Bydliště žen



Zdroj: vlastní výzkum

122 mužů (66 %) žije ve městě a 64 mužů (34 %) žije na vesnici.

Graf č. 7 Bydliště mužů

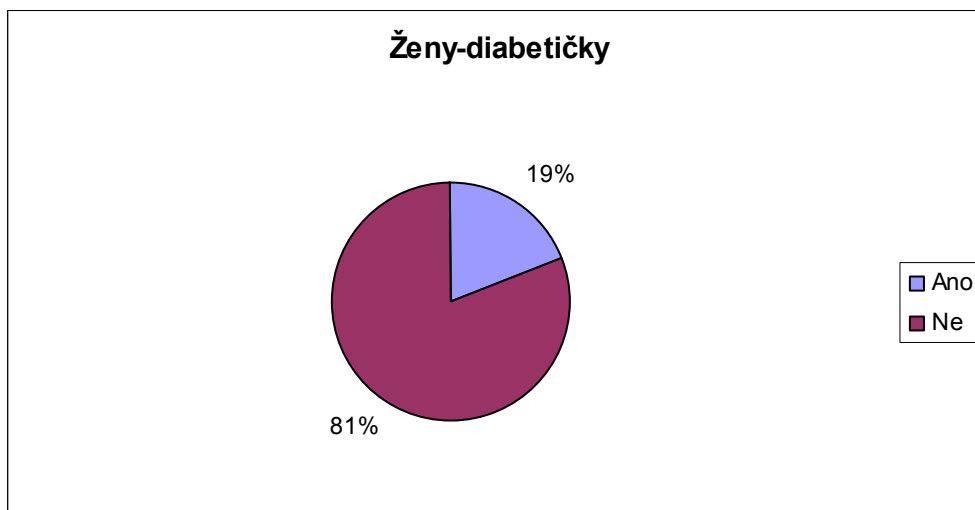


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5 Jste diabetik/diabetička

Z dotazníku vyplynulo, že 48 žen (19 %) udalo výskyt diabetu, 204 žen (81 %) jej neudalo.

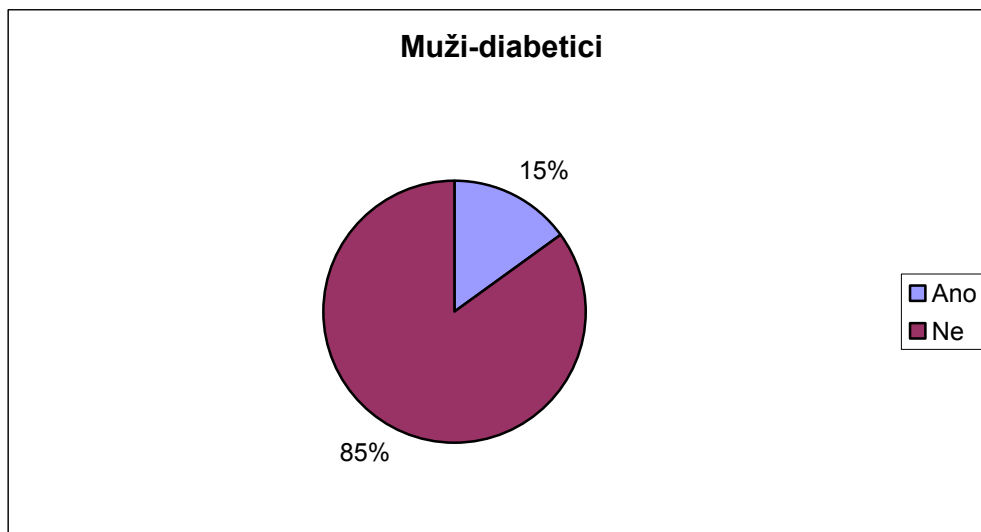
Graf č. 8 Výskyt diabetu u žen



Zdroj: vlastní výzkum

Na tutéž otázku udalo výskyt diabetu u své osoby 28 mužů (15 %), diabetes se nevyskytl u 158 mužů (85 %).

Graf č. 9 Výskyt diabetu u mužů

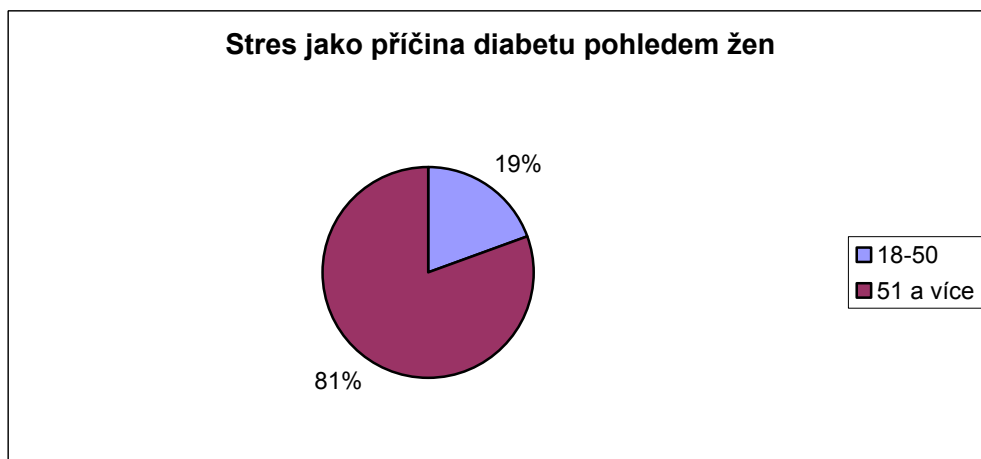


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6 Myslíte si, že patří mezi příčiny vzniku diabetu (lze zaškrtnout více možností)

Variantu *stres* uvedlo ve věkovém rozmezí 18-50 let 49 žen (19 %), 203 žen ve věku 51 a více let (81 %).

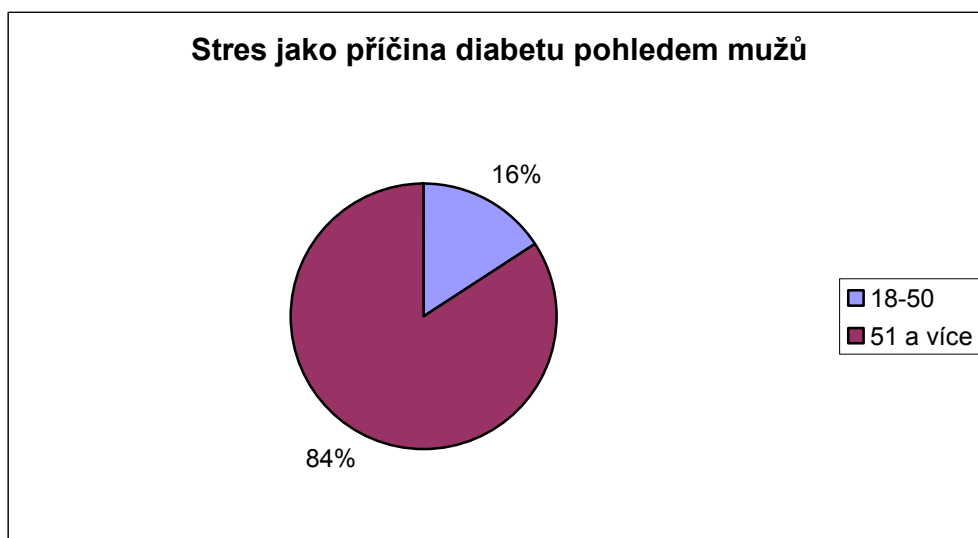
Graf č. 10 Stres jako příčina diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Na tutéž otázku udalo ve věku 18-50let variantu *stres* 27 mužů (16 %), 143 mužů ve věku 51 a více let (84 %).

Graf č. 11 Stres jako příčina diabetu pohledem mužů

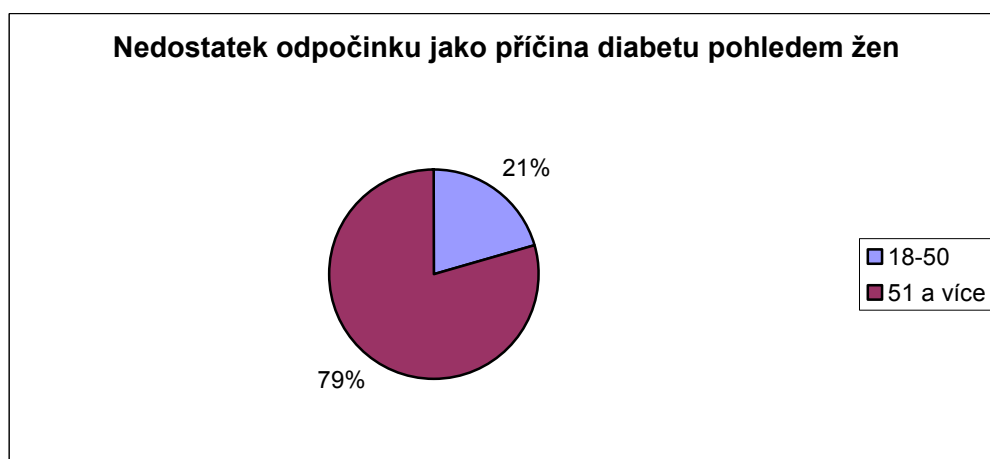


Zdroj: vlastní výzkum

V případě stresu jako vyvolávající příčiny diabetu byla prokázána na základě statistického vyhodnocení závislost na věku.

Variantu *nedostatek odpočinku* uvedlo 20 žen ve věku 18-50 let (21 %) a 77 žen ve věku 51 a více let (79 %).

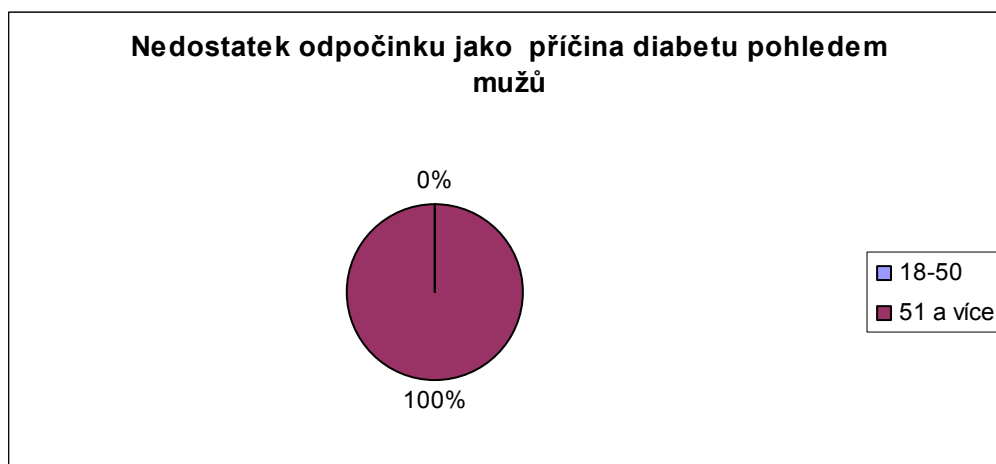
Graf č. 12 Nedostatek odpočinku jako příčina diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Na tutéž otázku udalo variantu **nedostatek odpočinku** 0 mužů ve věku 18-50 let (0 %) a 36 mužů ve věku 51 a více let (100 %).

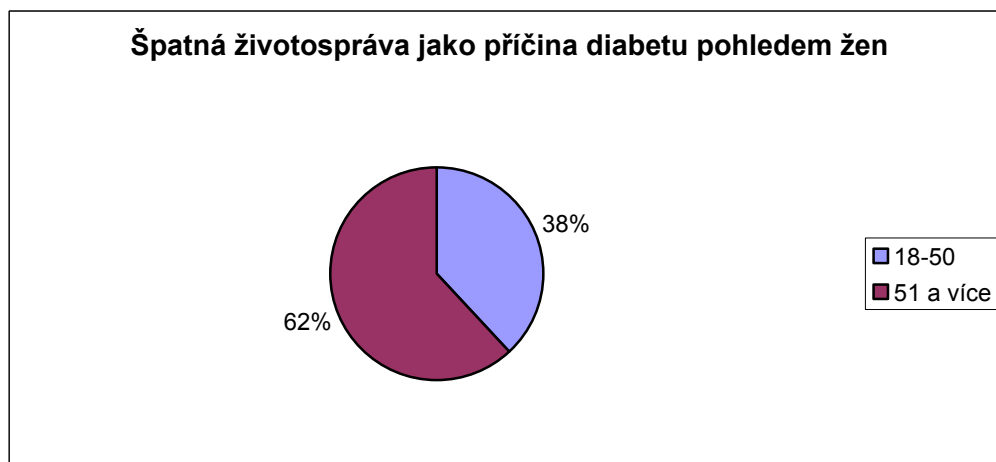
Graf č. 13 Nedostatek odpočinku jako příčina diabetu pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu **špatná životospráva** uvedlo jako jednu z příčin diabetu 21 žen ve věku 18-50 let (38 %) a 34 žen ve věku 51 a více let (62 %).

Graf č. 15 Špatná životospráva jako příčina diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Na tutéž otázku uvedlo variantu *špatná životospráva* 9 mužů ve věku 18-50 let (35 %) a 17 mužů ve věku 51 a více let (65 %).

Graf č. 16 Špatná životospráva jako příčina diabetu pohledem mužů

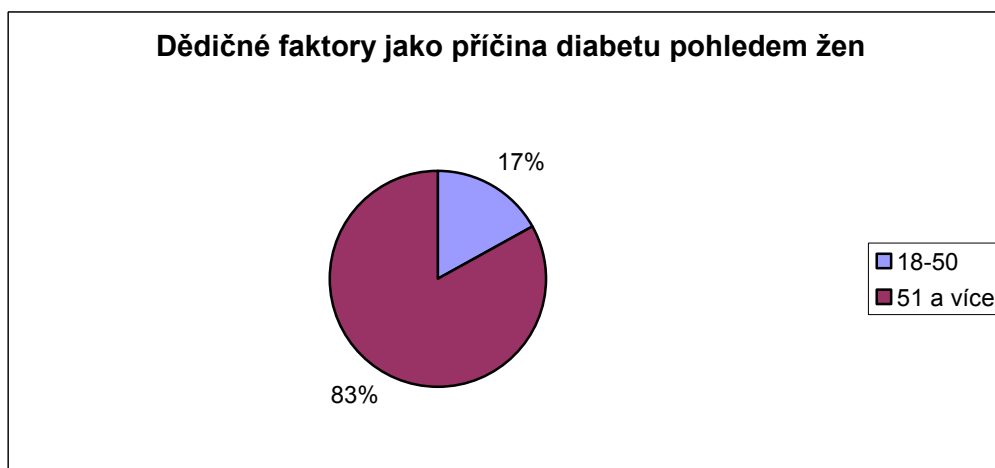


Zdroj: vlastní výzkum

V případě špatné životosprávy jako příčiny diabetu byla na základě statistického vyhodnocení nalezena významná závislost na věku.

Variantu *dědičné faktory* uvedlo v rámci výzkumu 40 žen ve věku 18-50 let (17 %) a 195 žen ve věku 51 a více let (83 %).

Graf č. 17 Dědičné faktory jako příčina diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Na tutéž otázku uvedlo variantu **dědičné faktory** 22 mužů ve věku 18-50 let (14 %) a 131 mužů ve věku 51 a více let (86 %).

Graf č. 18 Dědičné faktory jako příčina diabetu pohledem mužů



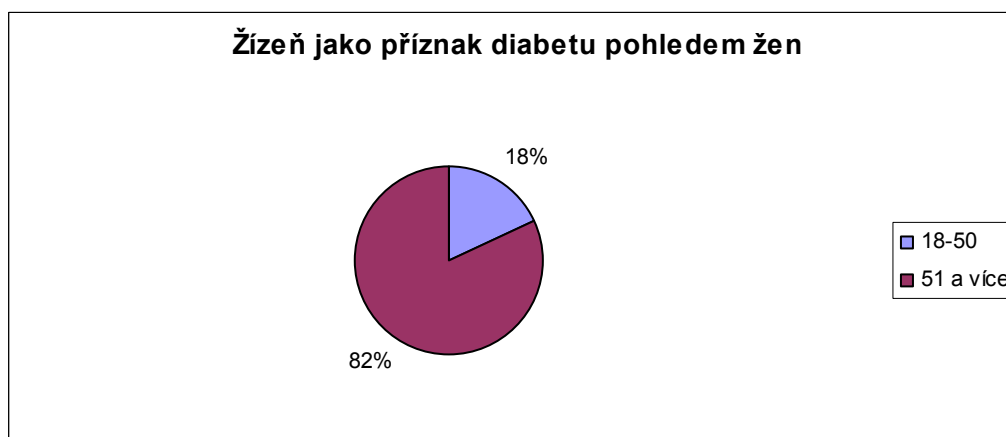
Zdroj: vlastní výzkum

V případě dědičných faktorů jako příčiny diabetu byla na základě statistického vyhodnocení nalezena závislost na věku.

Otázka č. 7 Kterými z níže uvedených potíží trpí podle Vašeho názoru pacienti-diabetici? Lze zaškrtnout i více možností

Variantu **žízeň** uvedlo v dotazníku 38 žen ve věku 18-50 let (18 %) a 171 žen ve věku 51 a více let (82 %).

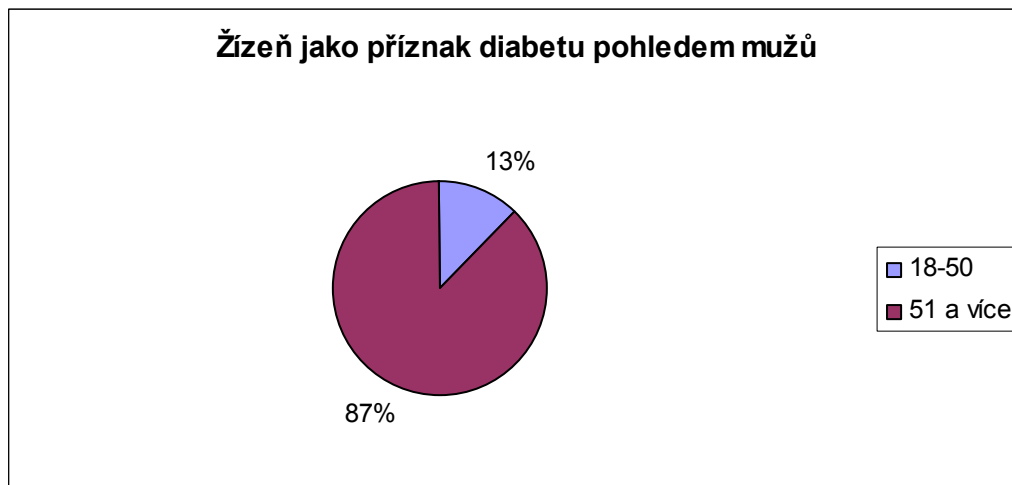
Graf č. 19 Žízeň jako příznak diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Na tutéž otázku uvedlo variantu **žízeň** 18 mužů ve věku 18-50 let (13 %) a 126 mužů ve věku 51 a více let (87 %).

Graf č. 20 Žízeň jako příznak diabetu pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

V případě žízně jako příznaku diabetu byla na základě statistického vyhodnocení prokázána závislost na věku.

Na tutéž otázku variantu **nadměrným močením** uvedlo 37 žen ve věku 18-50 let (16 %) a 192 žen ve věku 51 a více let (84 %).

Graf č. 21 Nadměrné močení jako příznak diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu **nadměrným močením** uvedlo 26 mužů ve věku 18-50 let (16 %) a 137 mužů ve věku 51 a více let (84 %).

Graf č. 22 Nadměrné močení jako příznak diabetu pohledem mužů

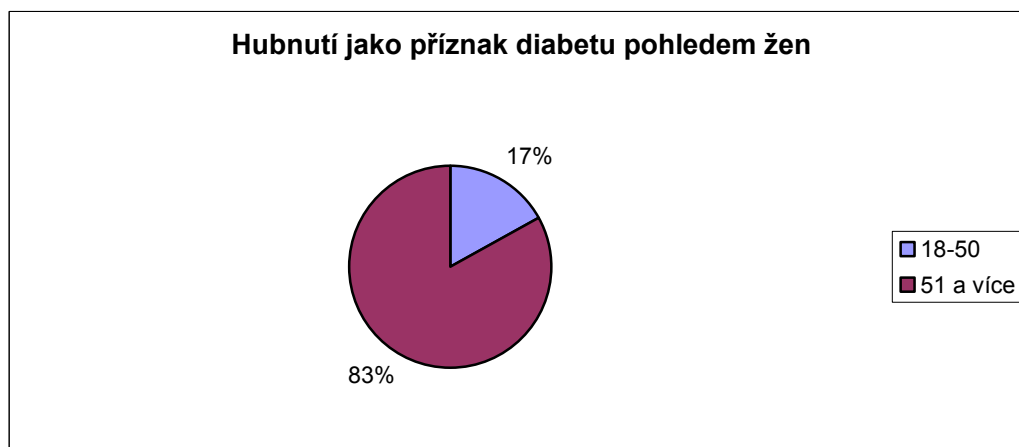


Zdroj: vlastní výzkum

U nadměrného močení jako projevu diabetu byla na základě statistického vyhodnocení prokázána závislost na věku.

Variantu **hubnutí** uvedlo 40 žen ve věku 18-50 let (17 %) a 195 žen ve věku 51 a více let (83 %).

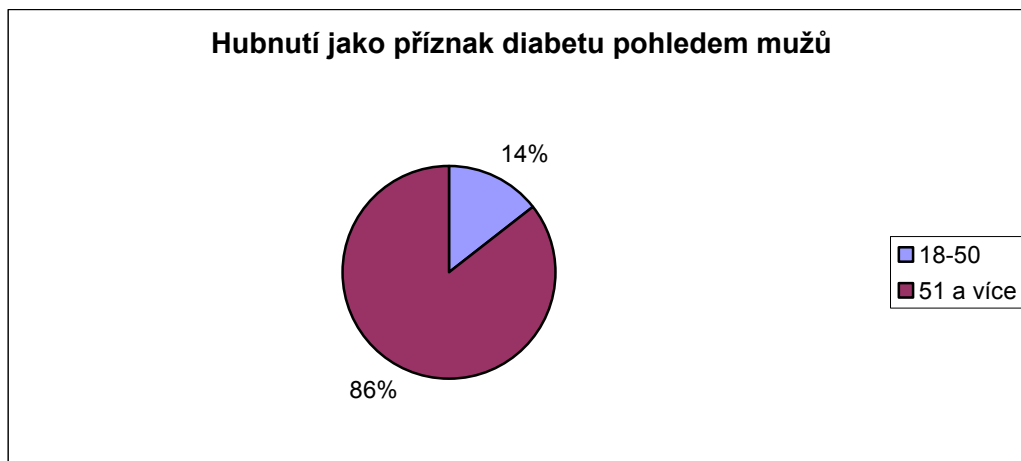
Graf č. 23 Hubnutí jako příznak diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu **hubnutí** uvedlo 22 mužů ve věku 18-50 let (14 %) a 130 mužů ve věku 51 a více let (86 %).

Graf č. 24 Hubnutí jako příznak diabetu pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu **únava** uvedlo v dotazníkovém šetření 40 žen ve věku 18-50 let (17 %) a 195 žen ve věku 51 a více let (83 %).

Graf č. 25 Únava jako příznak diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu **únava** uvedlo v dotazníku 17 mužů ve věku 18-50 let (15 %) a 93 mužů ve věku 51 a více let (85 %).

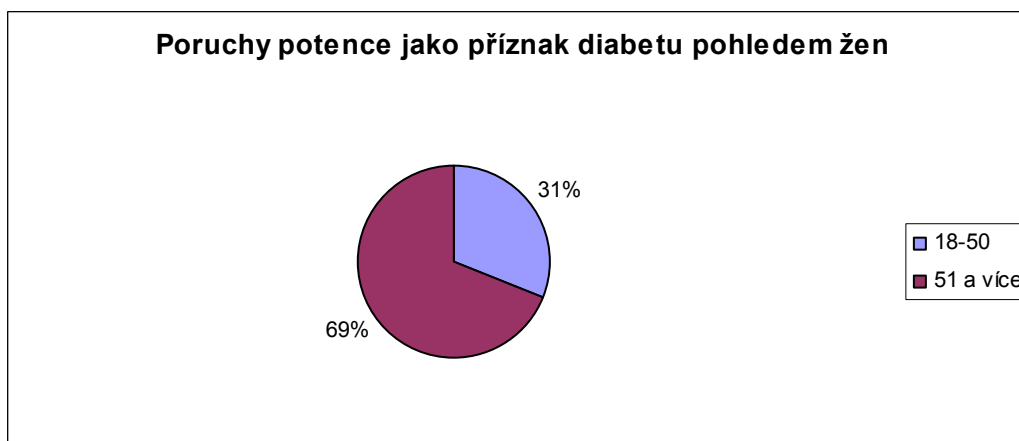
Graf č. 26 Únava jako příznak diabetu pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu **poruchami potence** uvedlo 31 žen ve věku 18-50 let (31 %) a 69 žen ve věku 51 a více let (69 %).

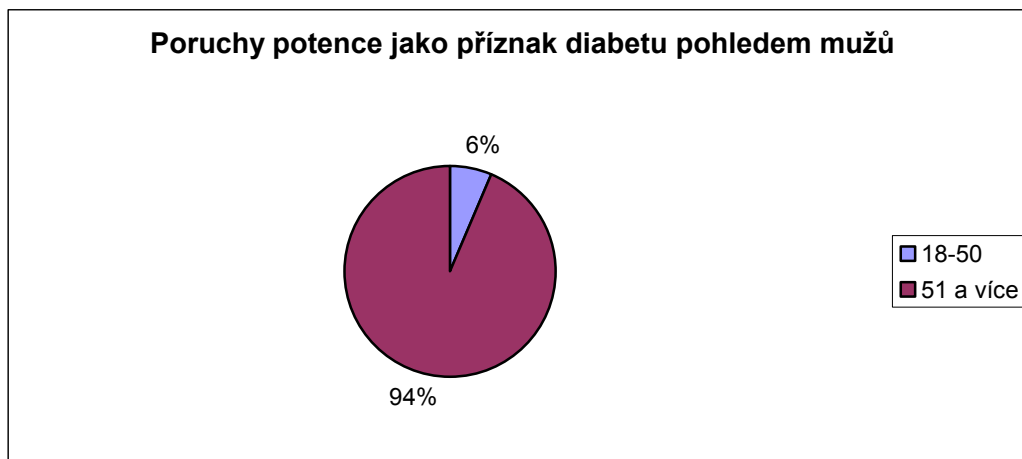
Graf č. 27 Poruchy potence jako příznak diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *poruchy potence* uvedli 4 muži ve věku 18-50 let (6 %) a 58 mužů ve věku 51 a více let (94 %).

Graf č. 28 Poruchy potence jako příznak diabetu pohledem mužů

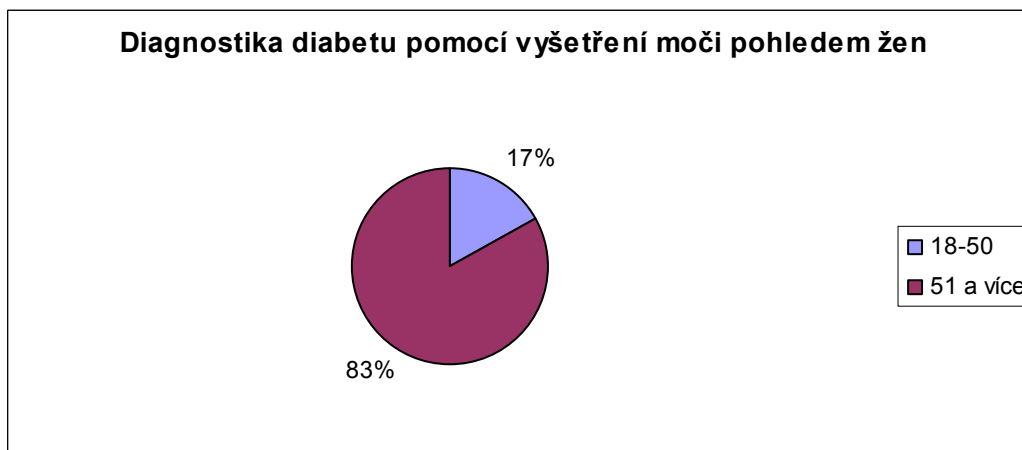


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8 Chorobu je dle Vašeho názoru možno diagnostikovat...Lze zaškrtnout více variant

Variantu *pomocí vyšetření moči* uvedlo 15 žen ve věku 18-50 let (17 %) a 73 žen ve věku 51 a více let (83 %).

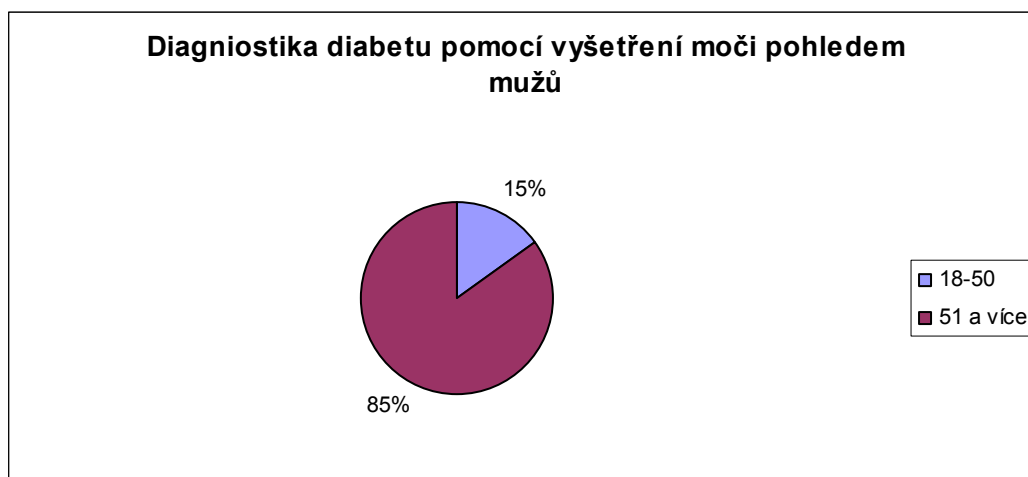
Graf č. 29 Diagnostika diabetu pomocí vyšetření moči pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *pomocí vyšetření moči* uvedlo 14 mužů ve věku 18-50 let (15 %) a 79 mužů ve věku 51 a více let (85 %).

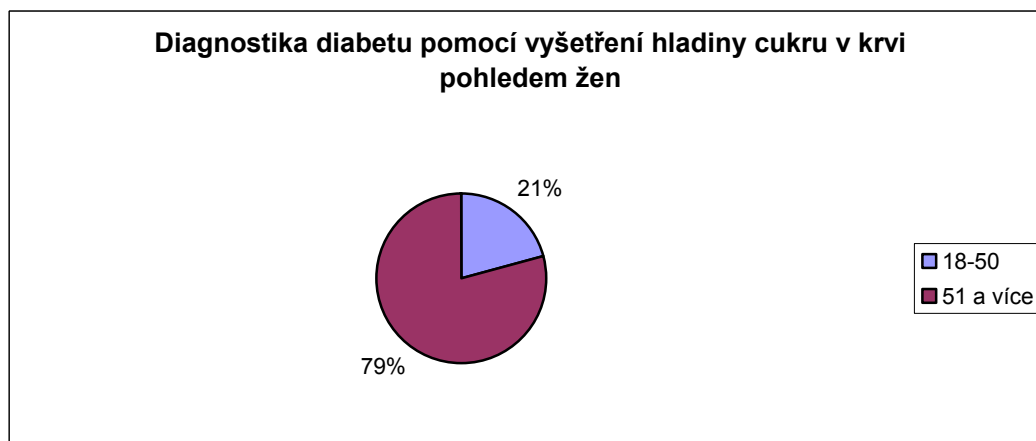
Graf č. 30 Diagnostika diabetu pomocí vyšetření moči pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Na tutéž otázku variantu *pomocí vyšetření hladiny cukru v krvi* uvedlo 34 žen ve věku 18-50 let (21 %) a 130 žen ve věku 51 a více let (79 %).

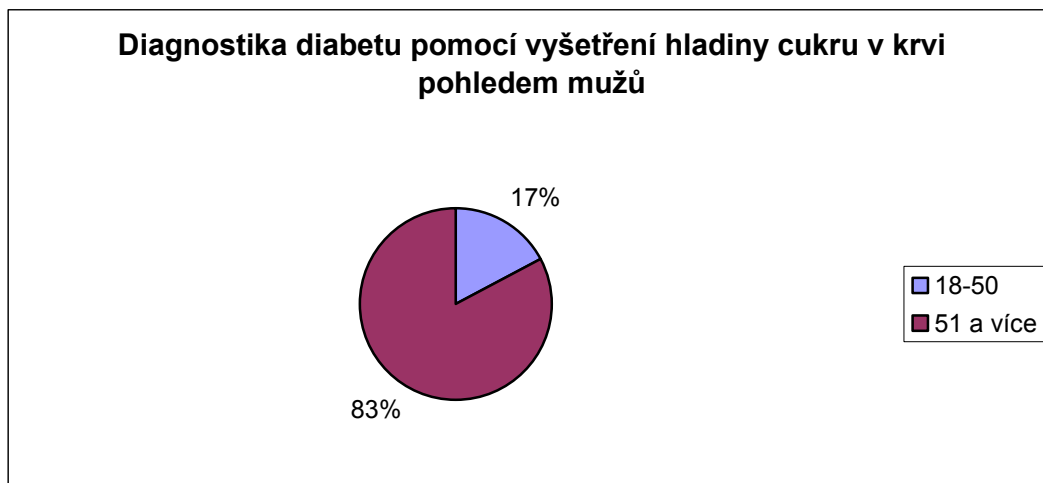
Graf č. 31 Diagnostika diabetu pomocí vyšetření hladiny cukru v krvi pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *pomocí vyšetření hladiny cukru v krvi* uvedlo 16 mužů mezi 18-50 lety (17 %) a 77 mužů mezi 51 a více lety (83 %).

Graf č. 32 Diagnostika diabetu pomocí vyšetření hladiny cukru v krvi pohledem mužů



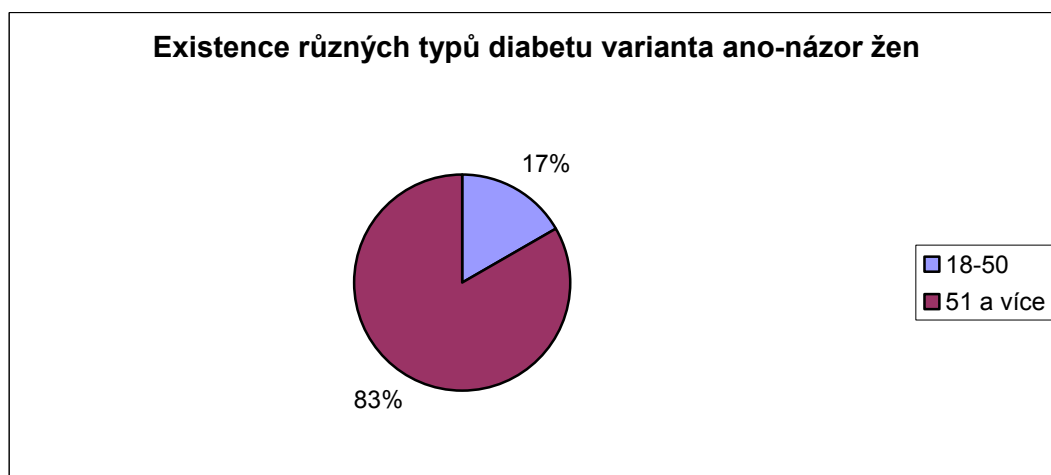
Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *jiné, prosím uveďte* neuvedl nikdo z respondentů.

Otázka č. 9 Existují podle Vás různé typy diabetu?

Variantu *ano* uvedlo v dotazníkovém šetření 33 žen ve věku 18-50 let (17 %) a 166 žen ve věku 51 a více let (83 %).

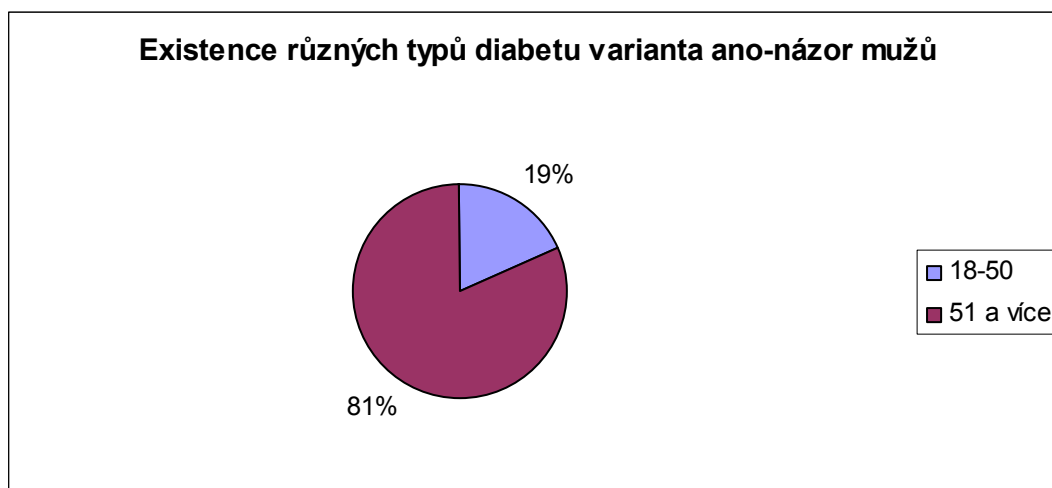
Graf č. 33 Existence různých typů diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Na tutéž otázku variantu *ano* uvedlo ve věkové skupině 18-50 let 21 mužů (19 %) a 92 mužů ve věku 51 a více let (81 %).

Graf č. 34 Existence různých typů diabetu pohledem mužů

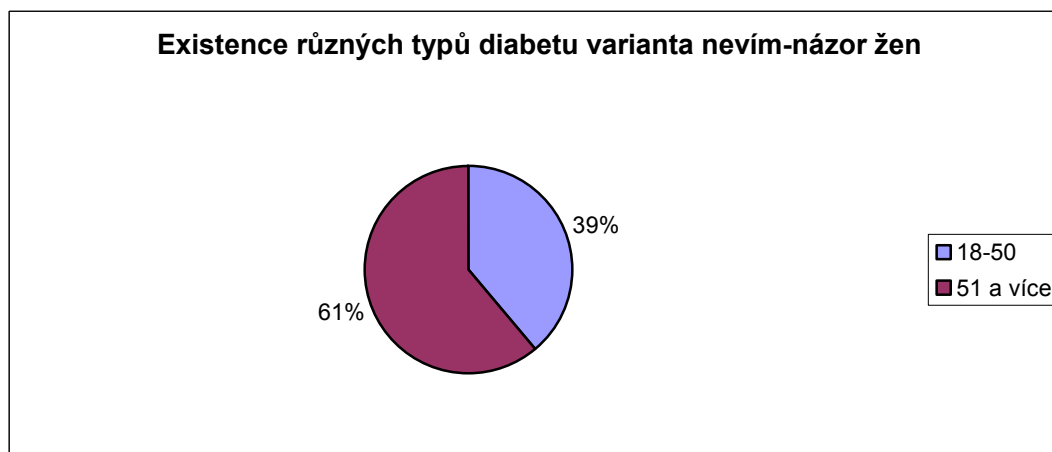


Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *ne* neuvedl nikdo z dotázaných.

Na tutéž otázku variantu *nevím* uvedlo 7 žen ve věku 18-50 let (39 %) a 11 žen ve věku 51 a více let (61 %).

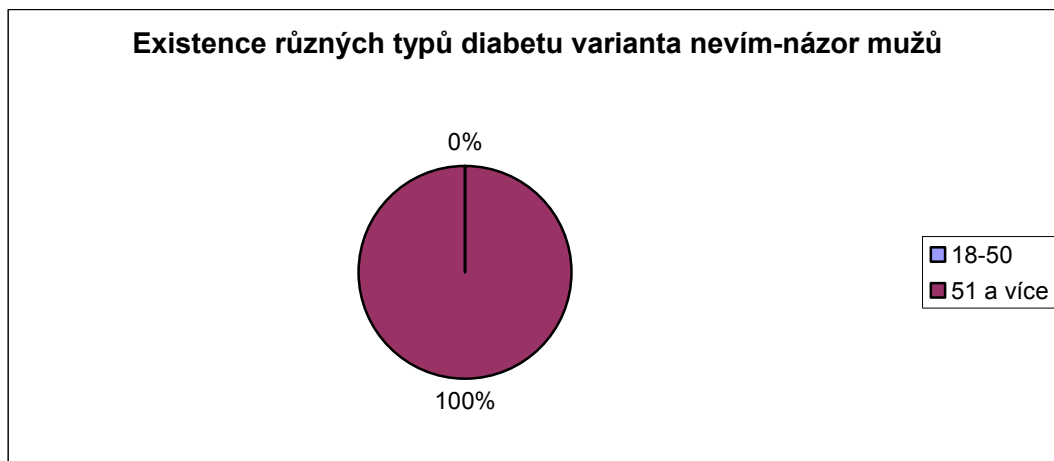
Graf č. 35 Existence různých typů diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *nevím* uvedlo 0 mužů ve věku 18-50 let a 19 mužů ve věku 51 a více let (100%)

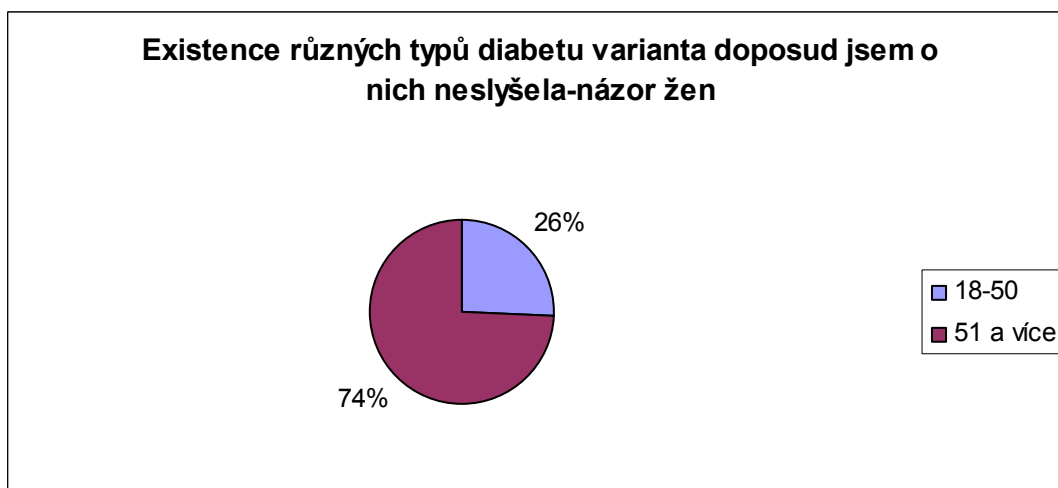
Graf č. 36 Existence různých typů diabetu pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *doposud jsem o nich neslyšela* uvedlo 9 žen ve věku 18-50 let (26 %) a 26 žen ve věku 51 a více let (74 %).

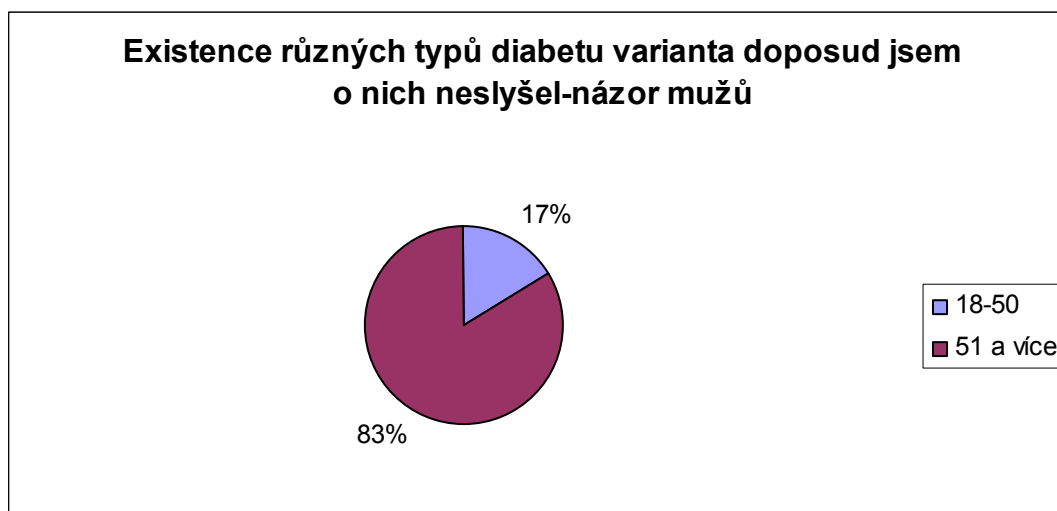
Graf č. 37 Existence různých typů diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *doposud jsem o nich neslyšel* uvedlo 9 mužů ve věkové kategorii 18-50 let (17 %) a 45 mužů ve věku 51 a více let (83 %).

Graf č. 38 Existence různých typů diabetu pohledem mužů

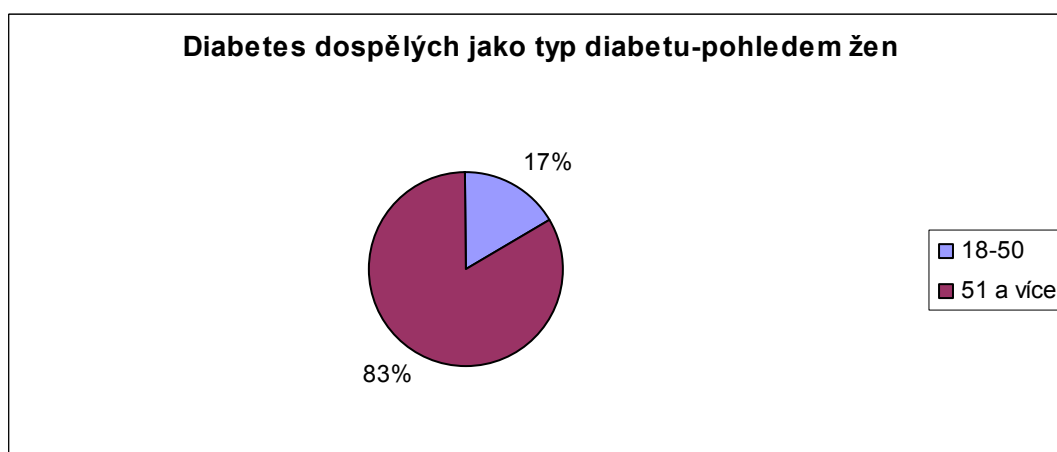


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10 V případě, že jste na předchozí otázku (č. 9) odpověděl/a kladně, dokázal/a byste některé typy diabetu vyjmenovat?

Diabetes dospělých uvedlo v dotazníkovém šetření 33 žen ve věku 18-50 let (17 %) a 166 žen ve věku 51 a více let (83 %).

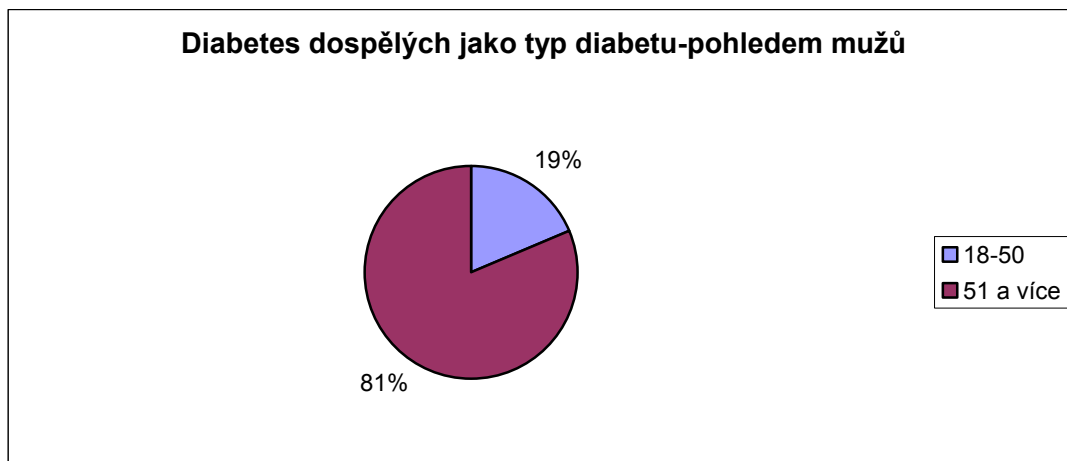
Graf č. 39 Diabetes dospělých jako typ diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Diabetes dospělých uvedlo 21 mužů ve věku 18-50 let (19 %) a 92 mužů ve věku 51 a více let (81 %).

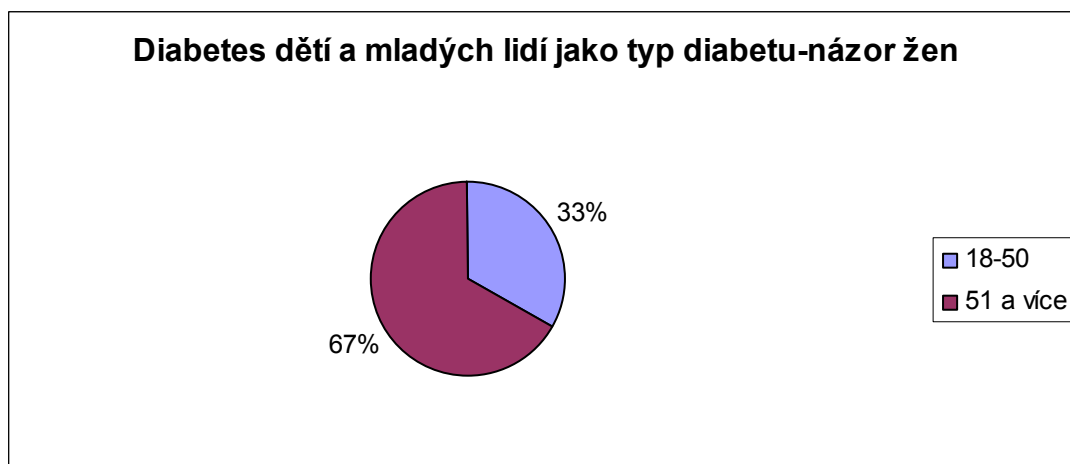
Graf č. 40 Diabetes dospělých jako typ diabetu pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Diabetes dětí a mladých lidí uvedlo 8 žen ve věku 18-50 let (33 %) a 16 žen ve věku 51 a více let (67 %).

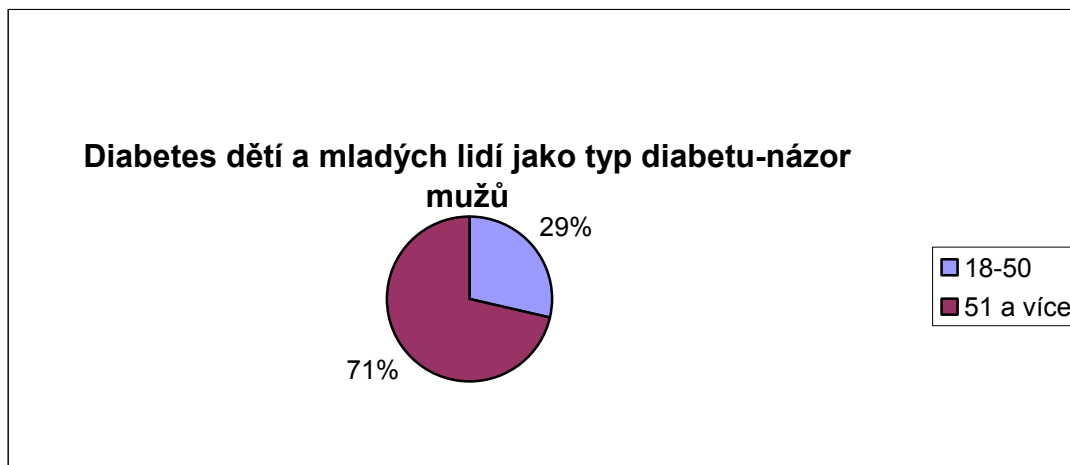
Graf č. 41 Diabetes dětí a mladých lidí jako typ diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Diabetes dětí a mladých lidí uvedli 2 muži ve věku 18-50 let (29 %) a 5 mužů ve věku 51 a více let (71 %).

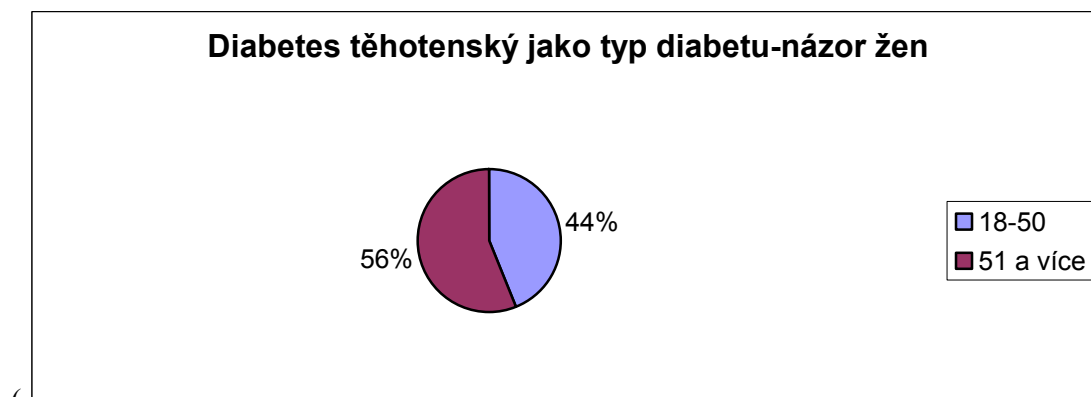
Graf č. 42 Diabetes dětí a mladých lidí jako typ diabetu pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Diabetes těhotenský uvedlo 11 žen ve věku 18-50 let (44 %) a 14 žen ve věku 51 a více let (56 %).

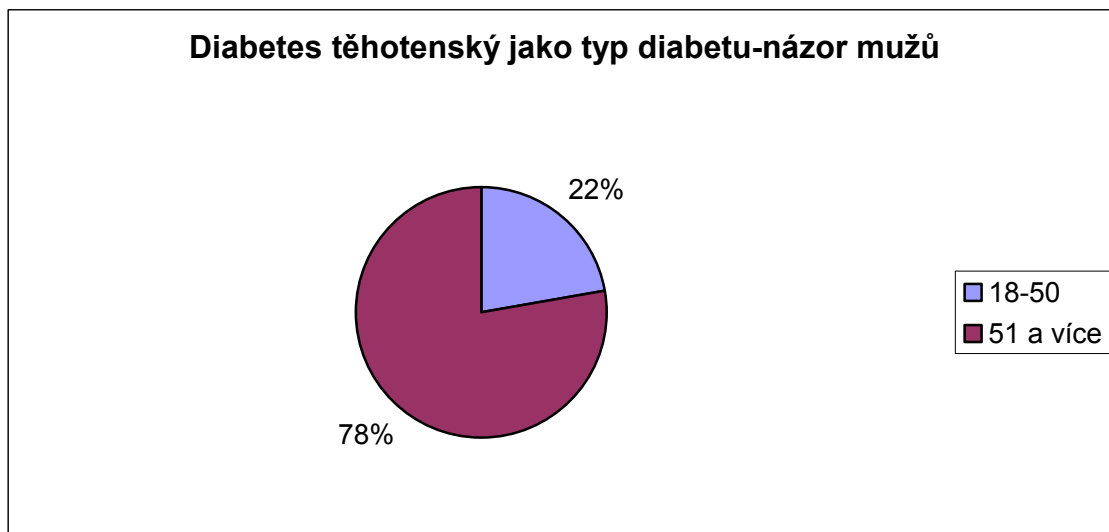
Graf č. 43 Diabetes těhotenský jako typ diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Diabetes těhotenský uvedli 2 muži ve věku 18-50 let (22 %) a 7 mužů ve věku 51 a více let (78 %)

Graf č. 44 Diabetes těhotenský jako typ diabetu pohledem mužů

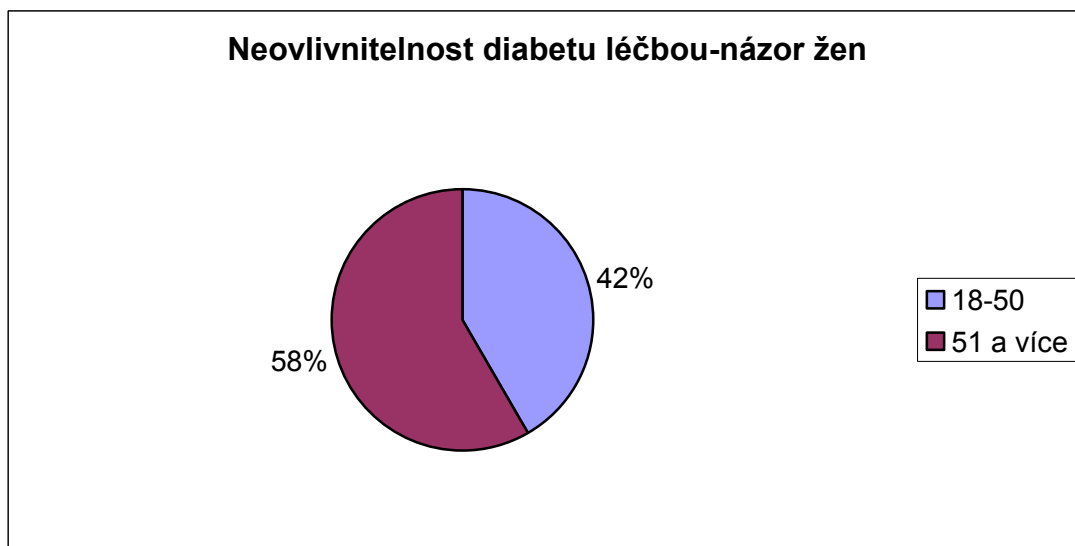


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 11 Diabetes mellitus je podle Vašeho názoru....

Choroba, která nelze léčbou ovlivnit uvedlo 5 žen ve věku 18-50 let (42 %) a 7 žen ve věku 51 a více let (58 %).

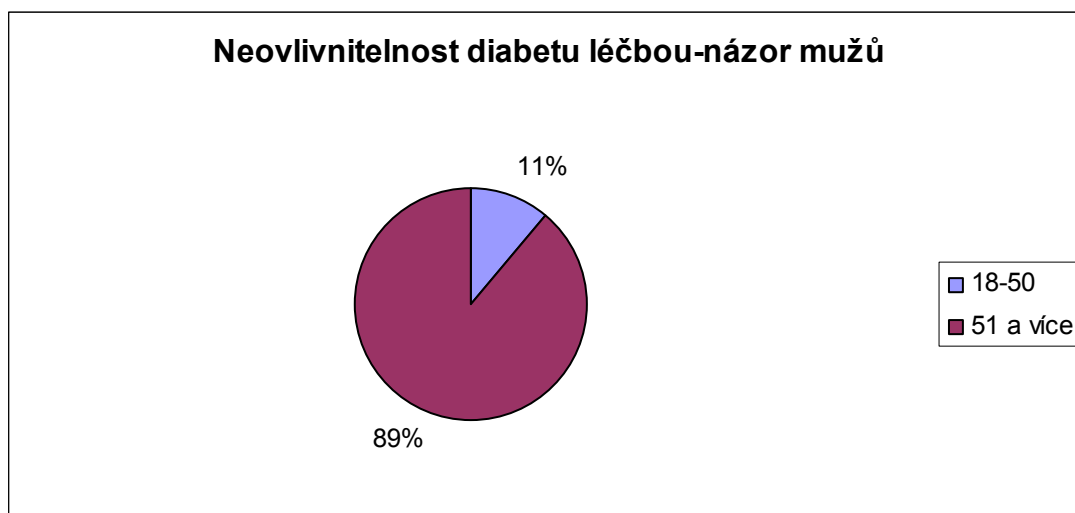
Graf č. 45 Neovlivnitelnost diabetu léčbou pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Choroba, která nelze léčbou ovlivnit uvedl 1 muž ve věku 18-50 let (11 %) a 8 mužů ve věku 51 a více let (89 %).

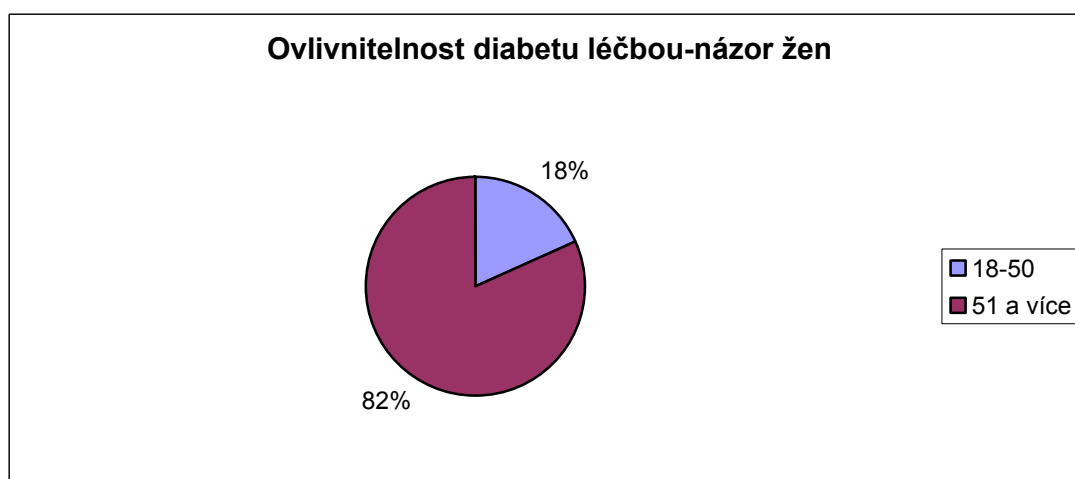
Graf č. 46 Neovlivnitelnost diabetu léčbou pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Choroba, která lze léčbou ovlivnit uvedlo 44 žen ve věku 18-50 let (18 %) a 196 žen ve věku 51 a více let (82 %).

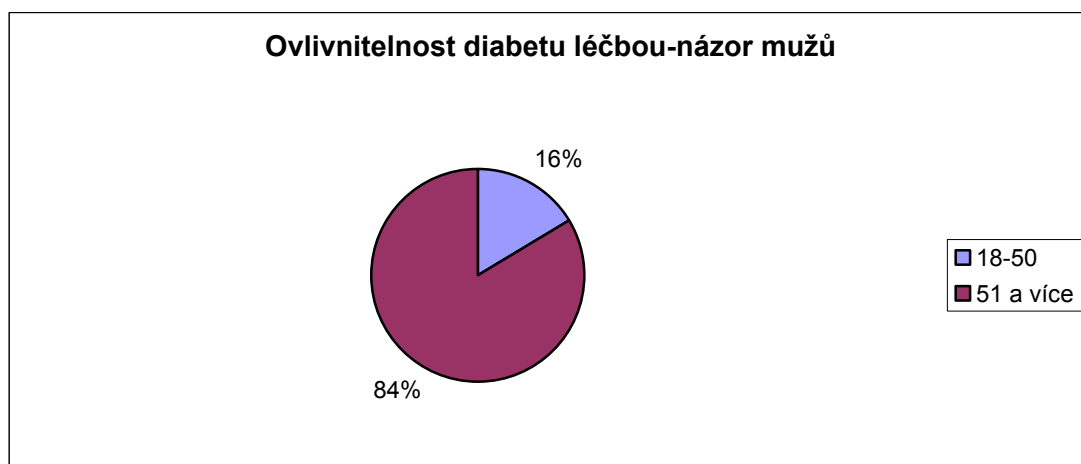
Graf č. 47 Ovlivnitelnost diabetu léčbou pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Choroba, která lze léčbou ovlivnit uvedlo 29 mužů ve věku 18-50 let (16 %) a 148 mužů ve věku 51 a více let (84 %).

Graf č. 48 Ovlivnitelnost diabetu léčbou pohledem mužů



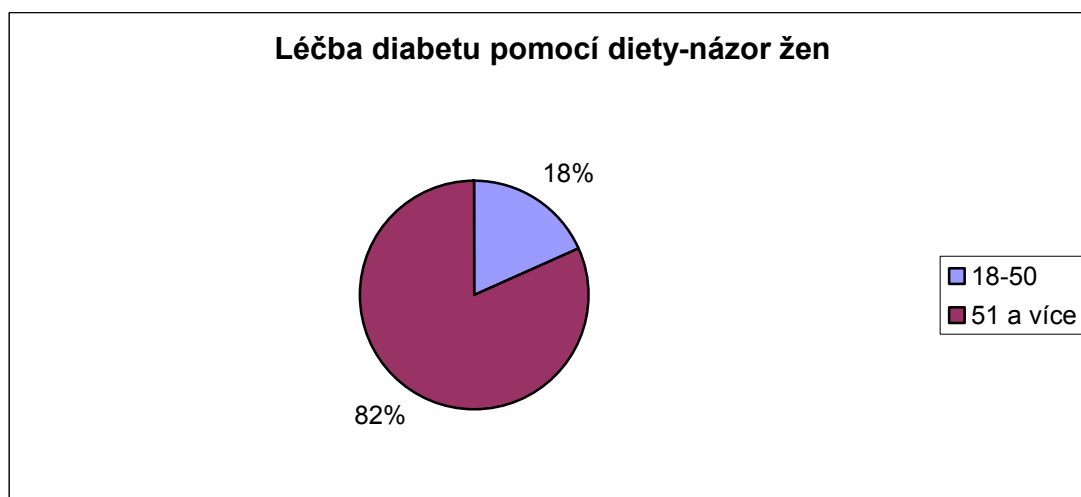
Zdroj: vlastní výzkum

Jiné, prosím uveďte nevedl nikdo z dotazovaných.

Otázka č. 12 V případě, že jste u předchozí otázky(č. 11) uvedl/a variantu „B“, lze podle Vašeho názoru diabetes léčit.....Lze zaškrtnout i více variant

Dietou uvedlo 44 žen ve věku 18-50 let (18 %) a 196 žen ve věku 51 a více let (82 %).

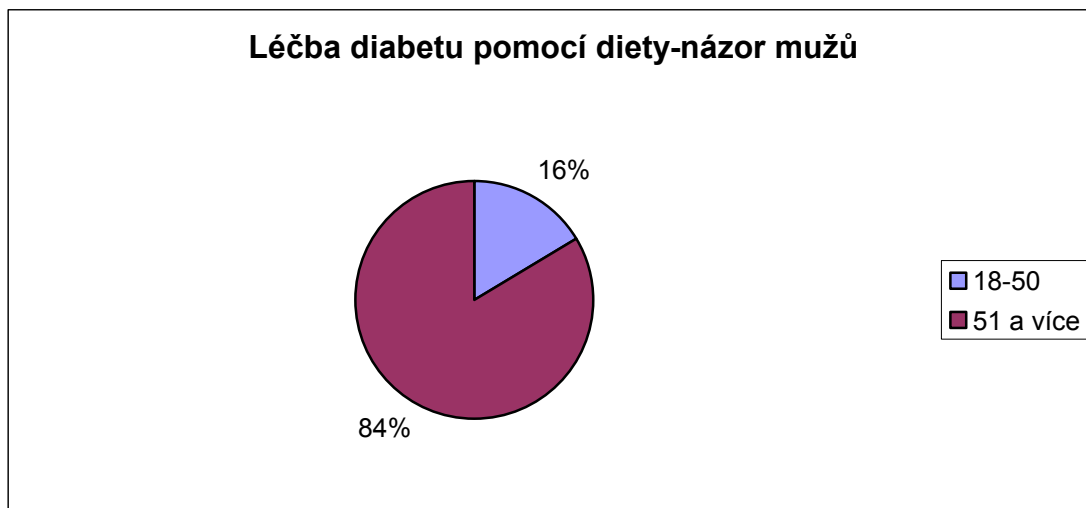
Graf č. 49 Léčba diabetu pomocí diety pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Dietou uvedlo 29 mužů ve věku 18-50 let (16 %) a 148 mužů ve věku 51 a více let (84%).

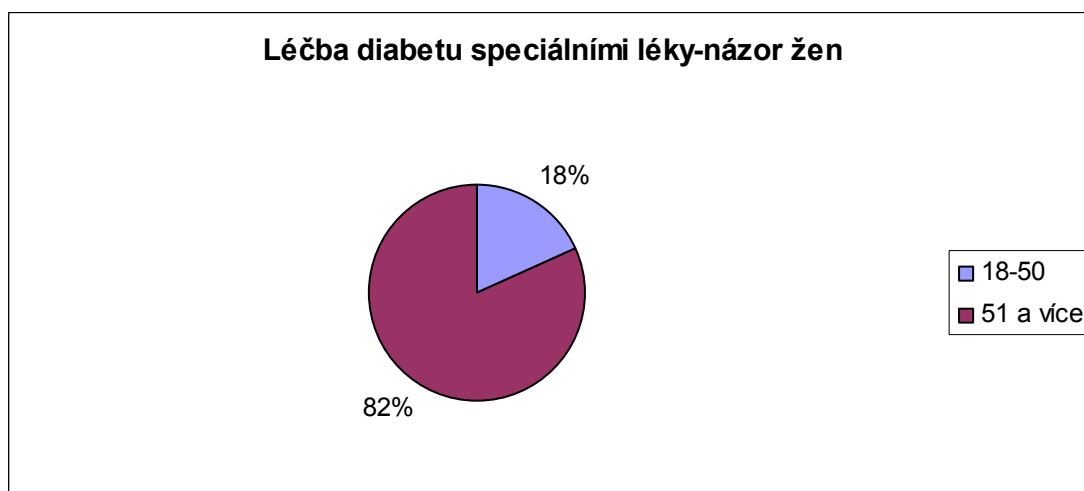
Graf č. 50 Léčba diabetu pomocí diety pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Speciálními léky uvedlo 44 žen ve věku 18-50 let (18 %) a 196 žen ve věku 51 a více let (82 %).

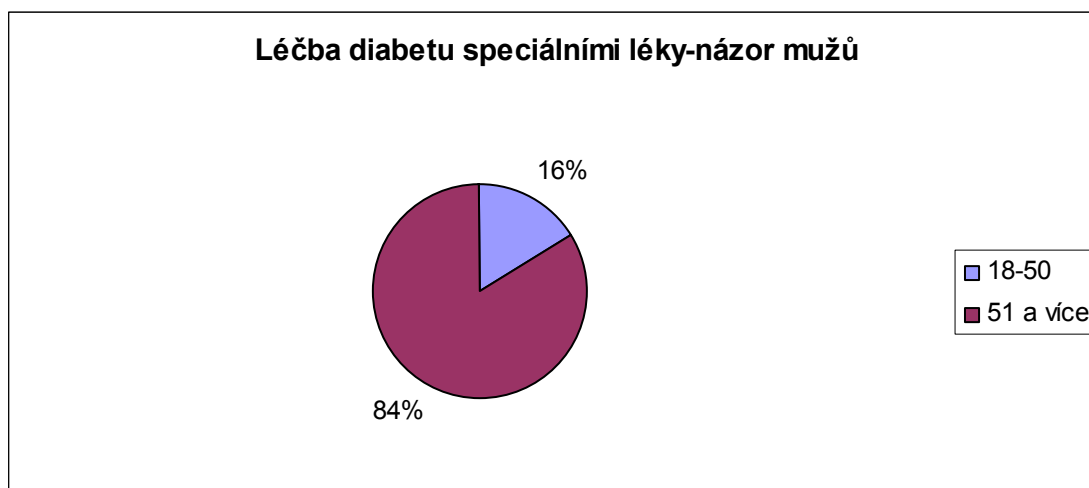
Graf č. 51 Léčba diabetu speciálními léky pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Speciálními léky uvedlo 29 mužů ve věkové kategorii 18-50 let (16 %) a 148 mužů ve věku 51 a více let (84 %).

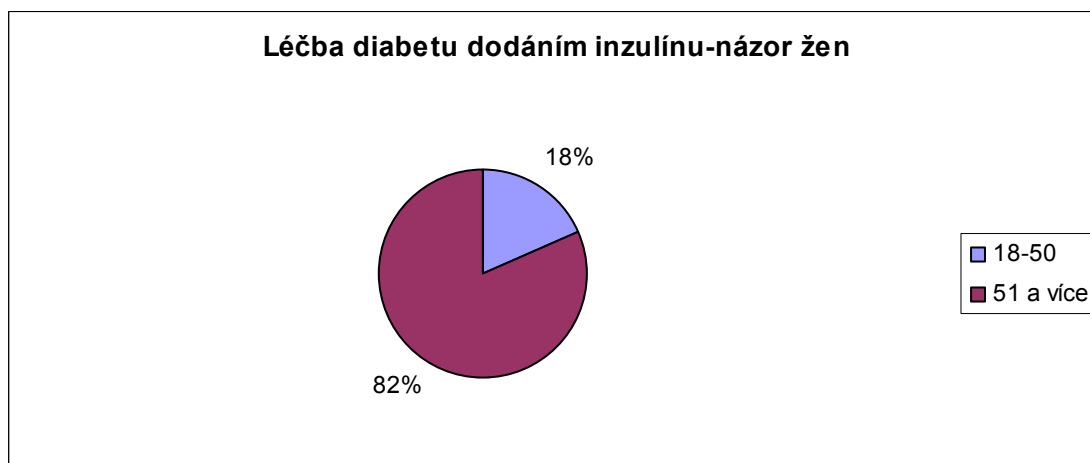
Graf č. 52 Léčba diabetu speciálními léky pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Dodáním inzulínu uvedlo v dotazníkovém šetření 44 žen ve věku 18-50 let (18 %) a 196 žen ve věku 51 a více let (82 %).

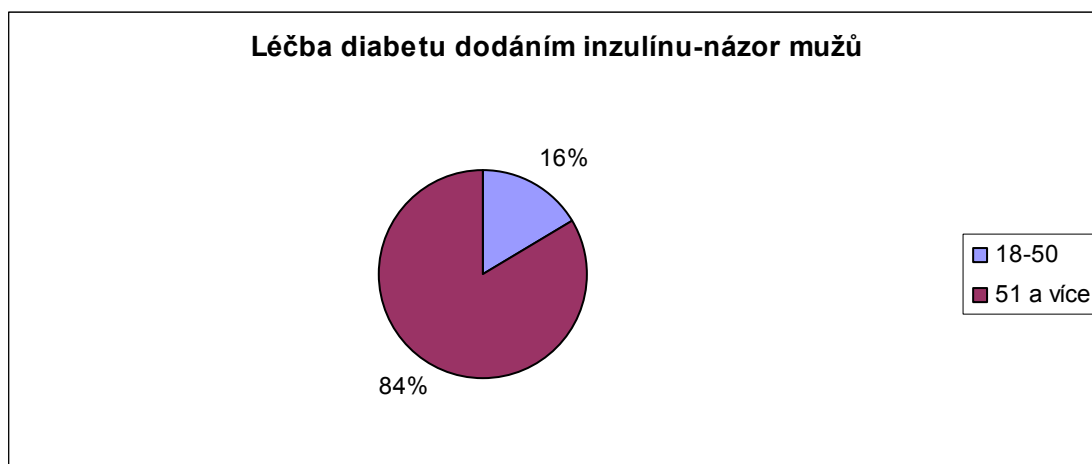
Graf č. 53 Léčba diabetu dodáním inzulínu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Dodáním inzulínu uvedlo 29 mužů ve věku 18-50 let (16 %) a 148 mužů ve věku 51 a více let (84 %).

Graf č. 54 Léčba diabetu dodáním inzulínu pohledem mužů



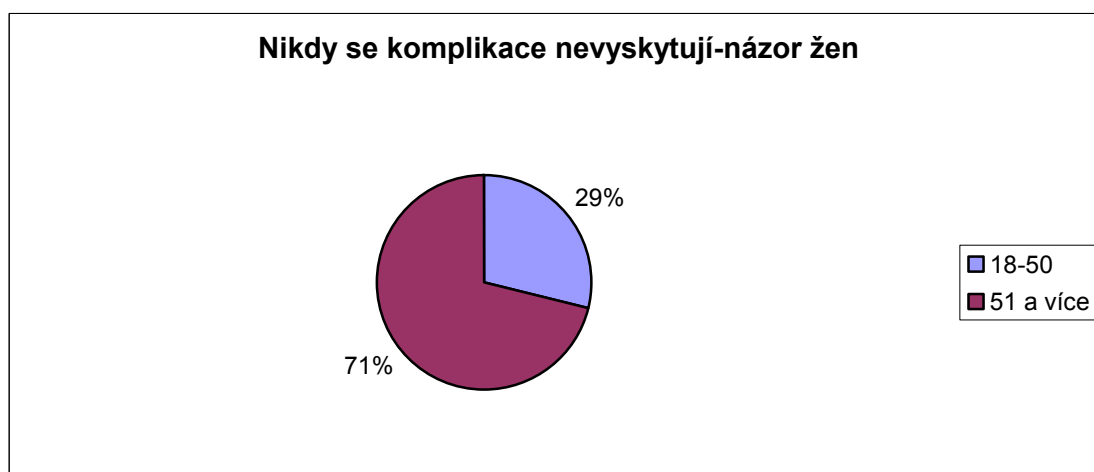
Zdroj: vlastní výzkum

Fyzickou zátěží nevedl jako jednu z variant nikdo z dotazovaných.

Otázka č. 13 V případě výskytu diabetu se.....

Variantu **nikdy se komplikace nevyskytují** uvedlo 11 žen ve věku 18-50 let (29 %) a 27 žen ve věku 51 a více let (71 %).

Graf č. 55 Nikdy se komplikace nevyskytují pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu ***nikdy se komplikace nevyskytují*** uvedlo 14 mužů ve věku 18-50 let (48 %) a 15 mužů mezi 51 a více let (52 %).

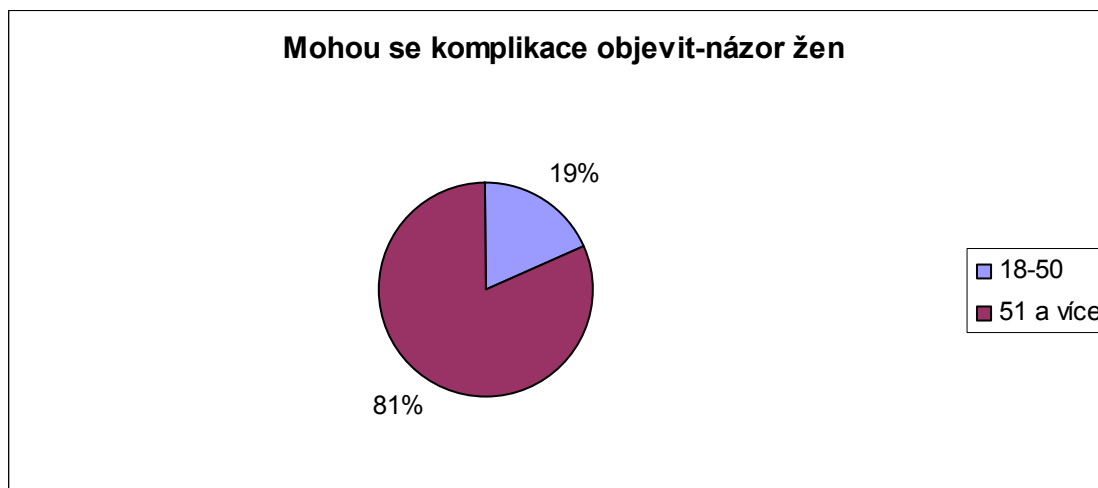
Graf č. 56 Nikdy se komplikace nevyskytují pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Mohou se komplikace objevit uvedlo v dotazníku 38 žen ve věku 18-50 let (19 %) a 165 žen ve věku 51 a více let (81 %).

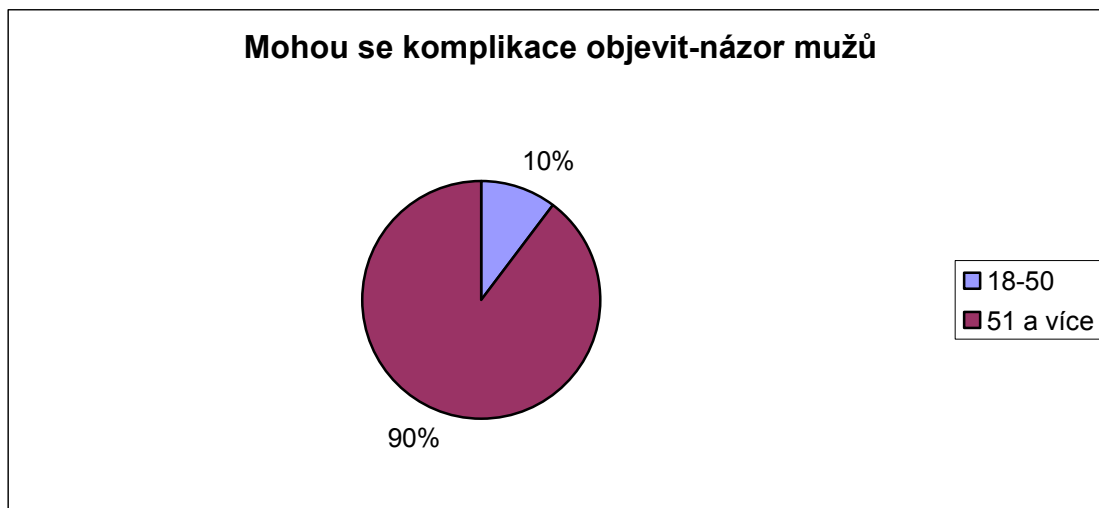
Graf č. 57 Mohou se komplikace objevit pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Mohou se komplikace objevit uvedlo v dotazníku 16 mužů ve věku 18-50 let (10 %) a 140 mužů mezi 51 a více let (90 %).

Graf č. 58 Mohou se komplikace objevit pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

O žádných komplikacích nevím uvedlo 0 žen ve věku 18-50 let a 11 žen ve věku 51 a více let (100 %).

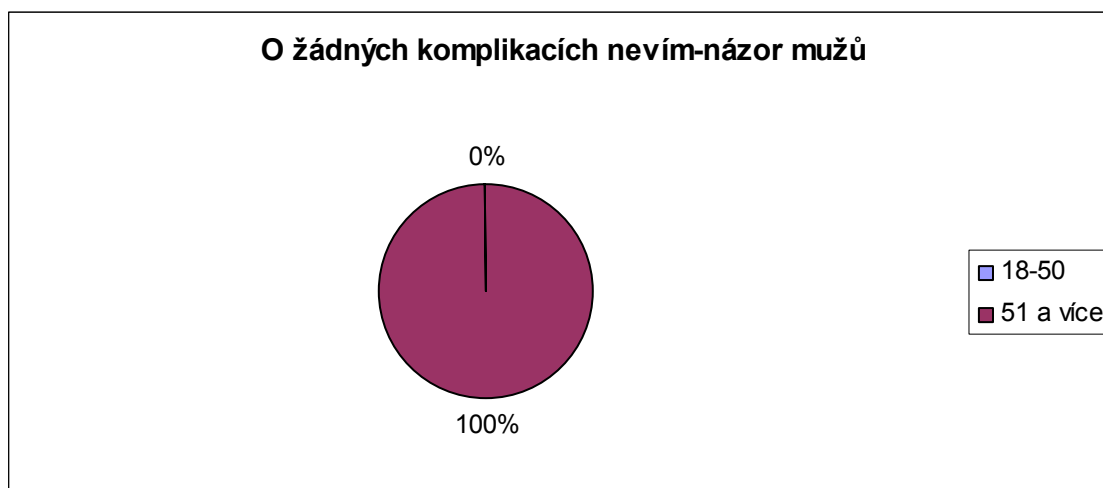
Graf č. 59 O žádných komplikacích nevím-názor žen



Zdroj: vlastní výzkum

O žádných komplikacích nevím uvedlo 0 mužů ve věku 18-50 let a 1 muž ve věku 51 a více let (100 %).

Graf č. 60 O žádných komplikacích nevím-názor mužů

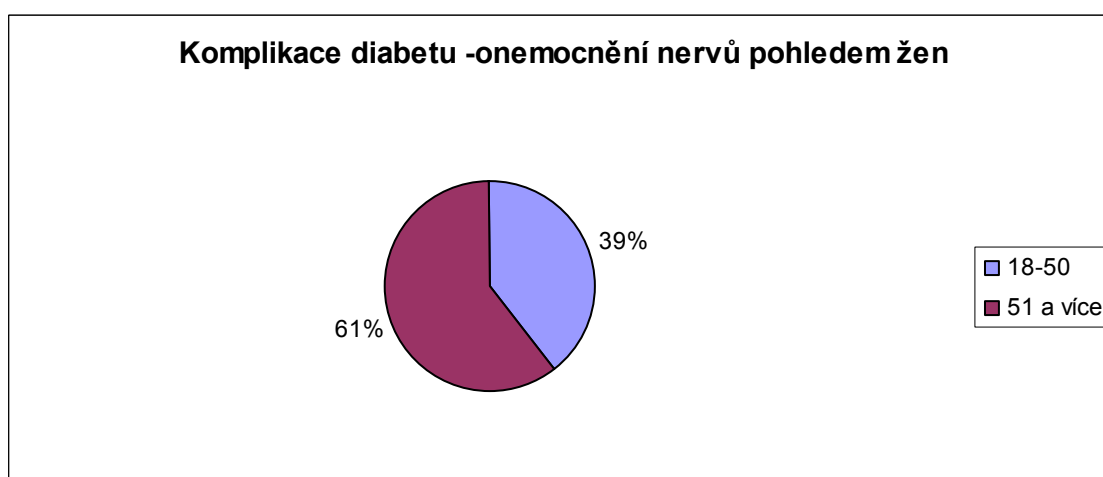


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 14 V případě, že jste u předchozí otázka (č. 13) uvedl/a variantu „B“, uveďte prosím, které komplikace máte na mysli

Onemocnění nervů uvedlo v dotazníkovém šetření 28 žen ve věku 18-50 let (39 %) a 43 žen ve věku 51 a více let (61 %).

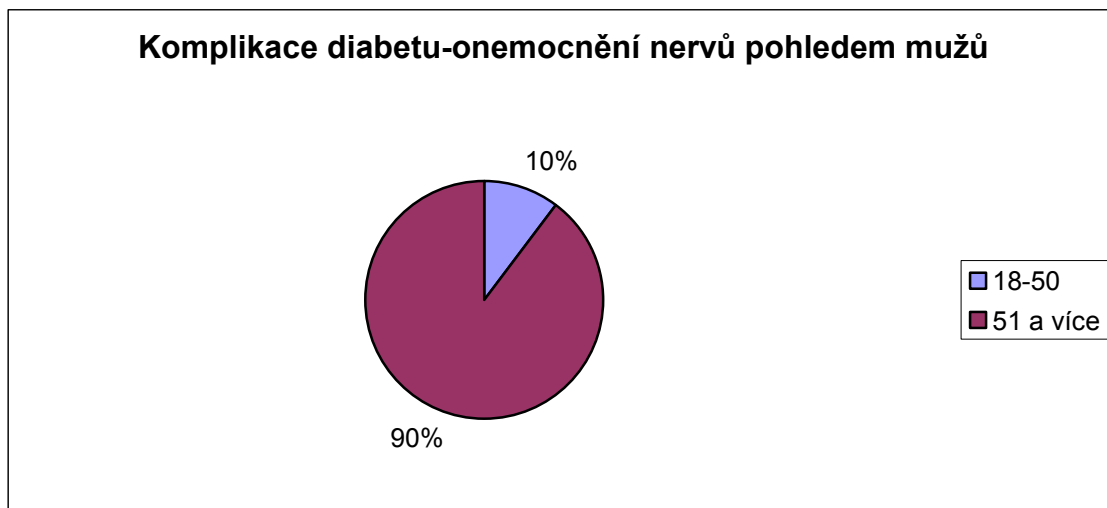
Graf č. 61 Onemocnění nervů jako komplikace diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění nervů uvedli 3 muži ve věku 18-50 let (10 %) a 26 mužů ve věku 51 a více let (90 %)

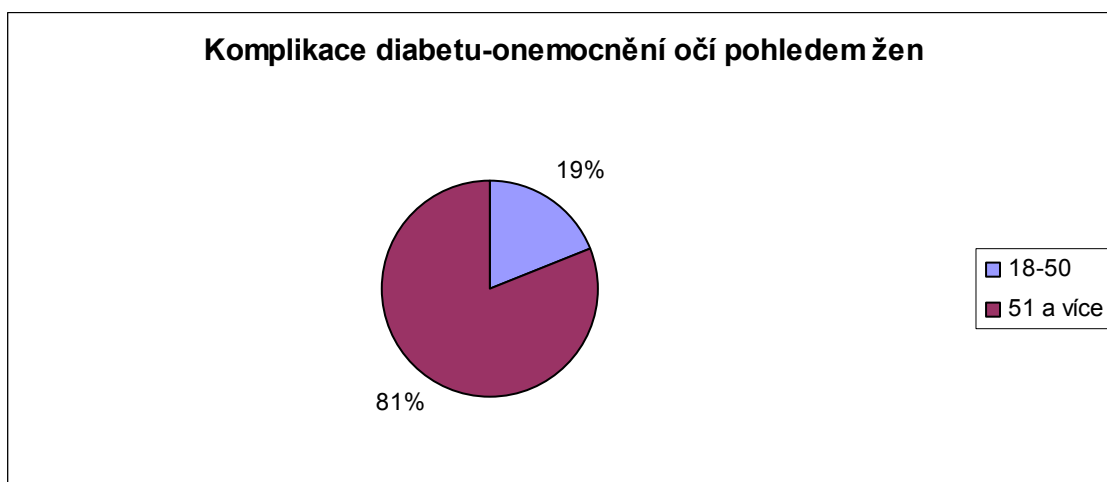
Graf č. 62 Onemocnění nervů jako komplikace diabetu pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění očí uvedlo v dotazníku 35 žen ve věku 18-50 let (19 %) a 149 žen ve věku 51 a více let (81 %).

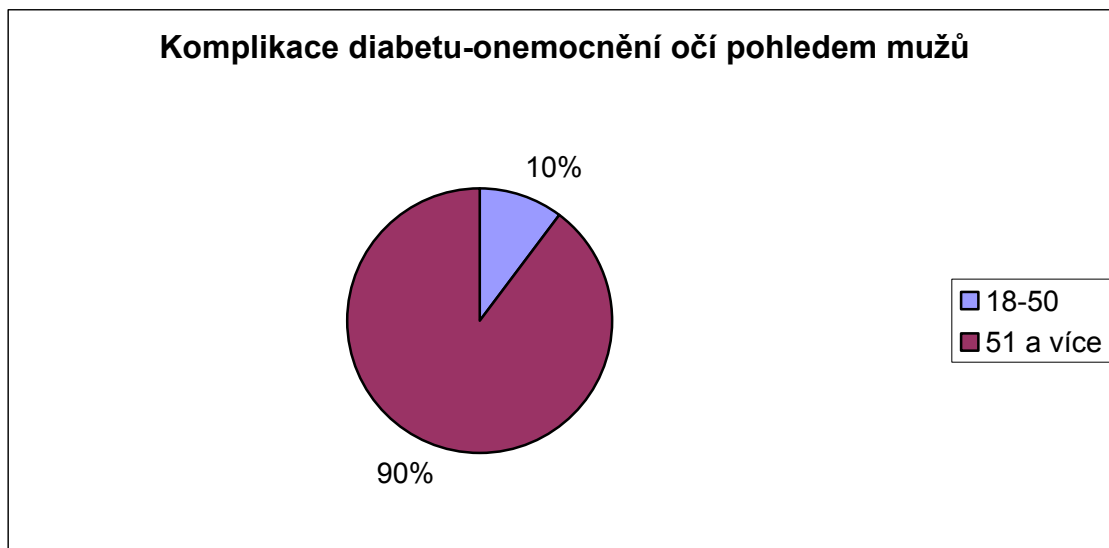
Graf č. 63 Onemocnění očí jako komplikace diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění očí uvedlo v dotazníku 14 mužů ve věku 18-50 let (10 %) a 121 mužů ve věku 51 a více let (90 %).

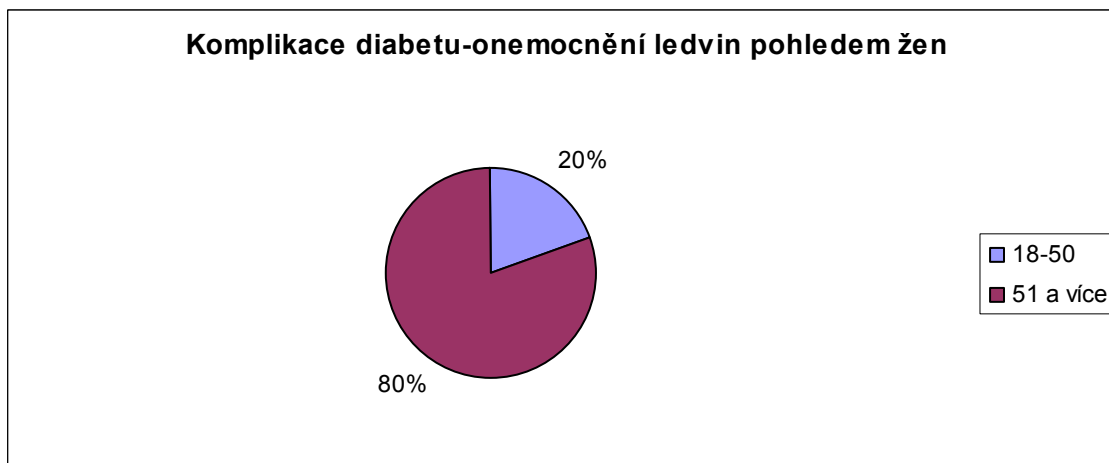
Graf č. 64 Onemocnění očí jako komplikace diabetu pohledem mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění ledvin udalo jako možnou komplikaci 35 žen ve věku 18-50 let (20 %) a 142 žen ve věku 51 a více let (80 %).

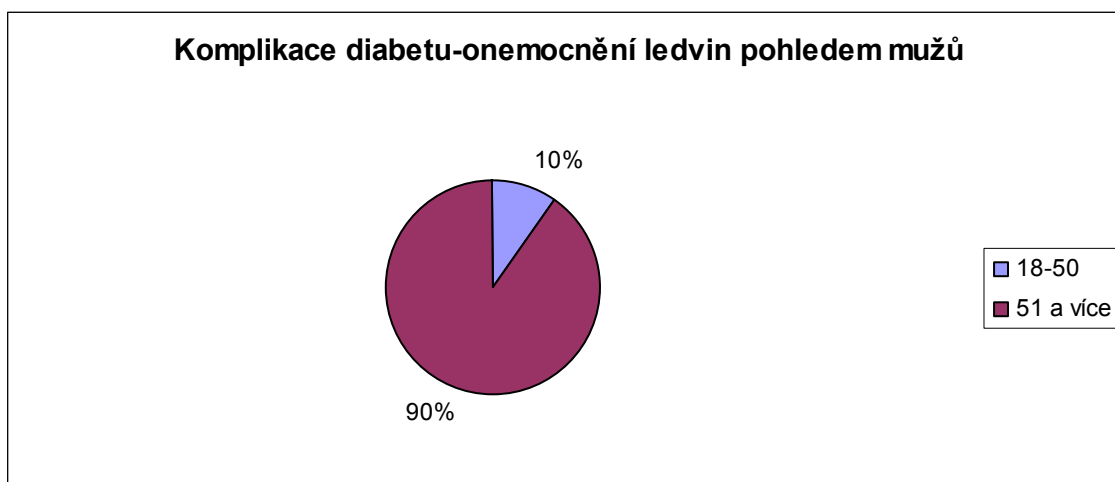
Graf č. 65 Onemocnění ledvin jako komplikace diabetu pohledem žen



Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění ledvin udalo jako možnou komplikaci 15 mužů ve věku 18-50 let (10 %) a 133 mužů ve věku 51 a více let (90 %).

Graf č. 66 Onemocnění ledvin jako komplikace diabetu pohledem mužů

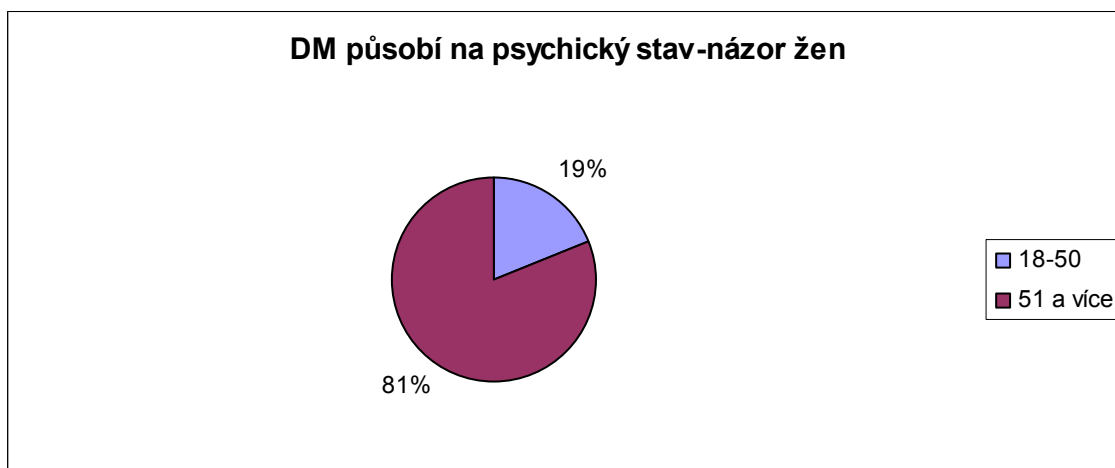


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 15 Diabetes mellitus je choroba, která podle Vašeho názoru....

Variantu *působí na psychický stav pacienta* uvedlo v dotazníkovém šetření 42 žen ve věku 18-50 let (19 %) a 182 žen ve věku 51 a více let (81 %).

Graf č. 67 DM působí na psychický stav-názor žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *působí na psychický stav pacienta* uvedlo v dotazníku 24 mužů ve věku 18-50 let (16 %) a 127 mužů ve věku 51 a více let (84 %).

Graf č. 68 DM působí na psychický stav-názor mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *nepůsobí na psychický stav pacienta* uvedlo v dotazníku 6 žen ve věku 18-50 let (32 %) a 13 žen ve věku 51 a více let (68 %).

Graf č. 69 DM nepůsobí na psychický stav-názor žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *nepůsobí na psychický stav pacienta* uvedli v dotazníku 4 muži ve věku 18-50 let (15 %) a 22 mužů ve věku 51 a více let (85 %).

Graf č. 70 DM nepůsobí na psychický stav-názor mužů



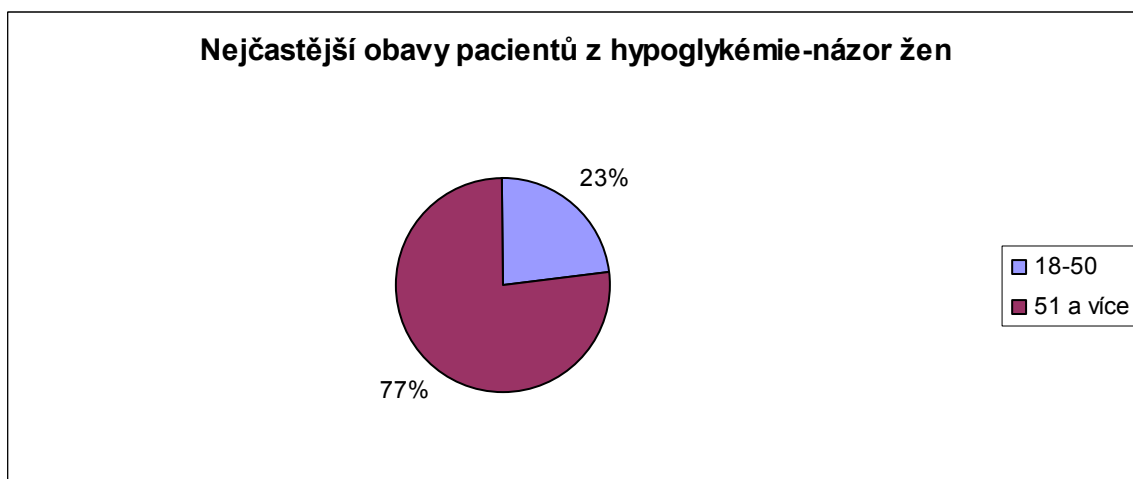
Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *o působení na psychiku pacienta jsem nepřemýšlel/a* neuvedl nikdo z respondentů.

Otázka č. 16 Pacienti-diabetici mají podle Vašeho názoru nejčastěji obavy z.....

Variantu *hypoglykémie(snížená hladina cukru v krvi)* uvedlo v dotazníku 41 žen ve věku 18-50 let (23 %) a 136 žen ve věku 51 a více let (77 %).

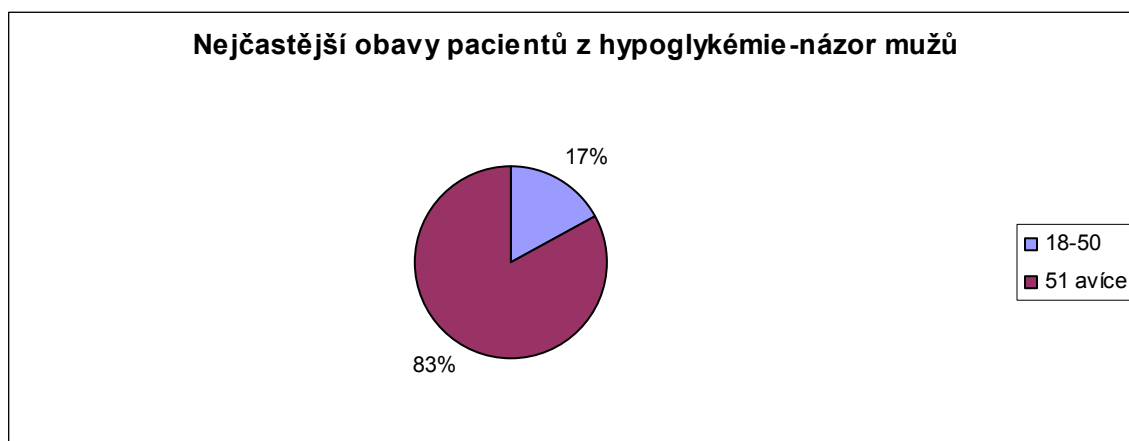
Graf č. 71 Nejčastější obavy pacientů z hypoglykémie-názor žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *hypoglykémie (snížená hladina cukru v krvi)* uvedlo 28 mužů ve věku 18-50 let (17 %) a 135 mužů ve věku 51 a více let (83 %).

Graf č. 72 Nejčastější obavy pacientů z hypoglykémie-názor mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *nezvládnutí léčby a jiné, prosím uveďte* nevedl nikdo z dotazovaných.

Otázka č. 17 V případě výskytu hypoglykémie(snížená hladina cukru v krvi) je základním opatřením v rámci první pomoci.....

Variantu *podání cukrů* uvedlo v dotazníku 43 žen ve věku 18-50 let (19 %) a 184 žen ve věku 51 a více let (81 %).

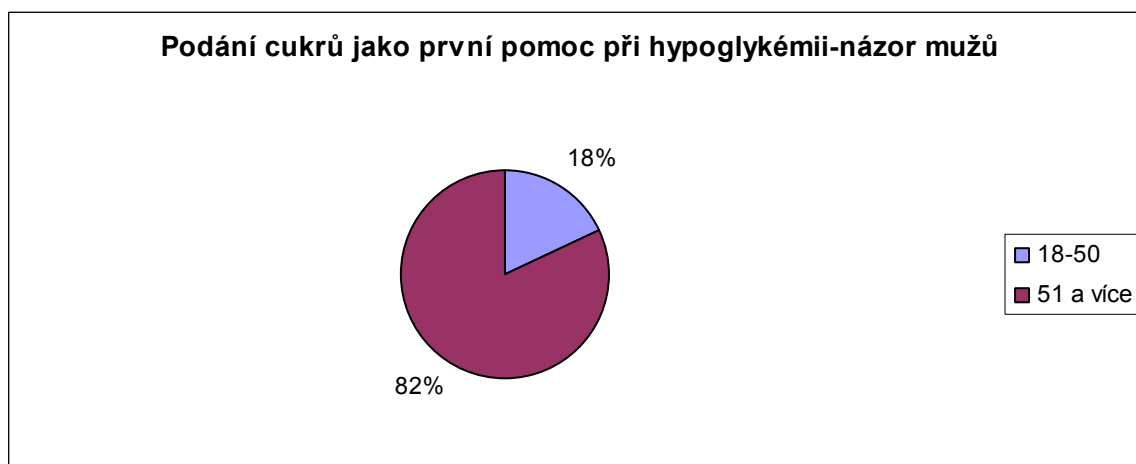
Graf č. 73 Podání cukrů jako první pomoc při hypoglykémii-názor žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu **podání cukrů** uvedlo 30 mužů ve věku 18-50 let (18 %) a 136 mužů ve věku 51 a více let (82 %).

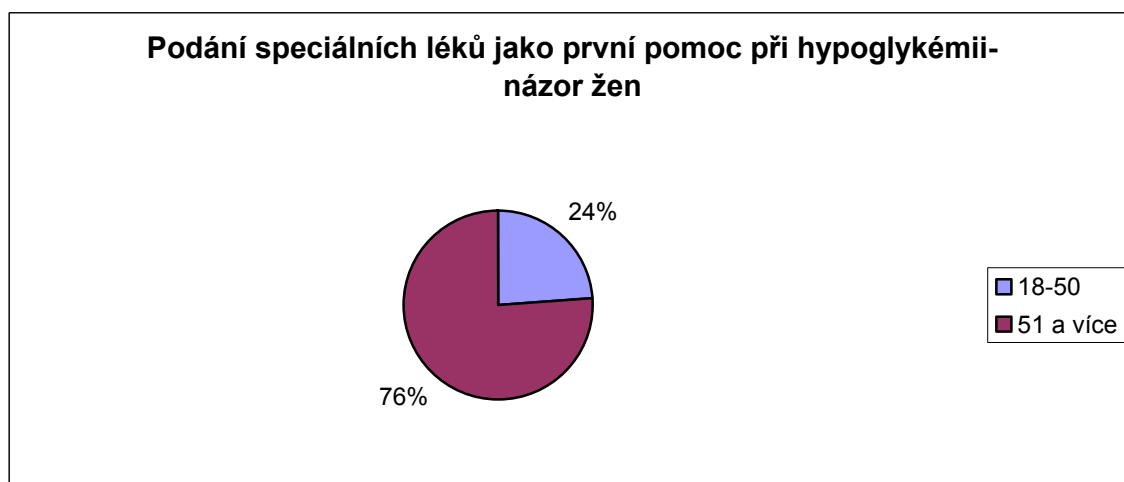
Graf č. 74 Podání cukrů jako první pomoc při hypoglykémii-názor mužů



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu **podání speciálních léků** uvedlo v dotazníku 6 žen ve věku 18-50 let (24 %) a 19 žen ve věku 51 a více let (76 %).

Graf č. 75 Podání speciálních léků jako první pomoc při hypoglykémii-názor žen



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *podání speciálních léků* udalo v dotazníku 0 mužů ve věku 18-50 let a 20 mužů ve věku 51 a více let (100 %).

Graf č. 76 Podání speciálních léků jako první pomoc při hypoglykémii-názor mužů



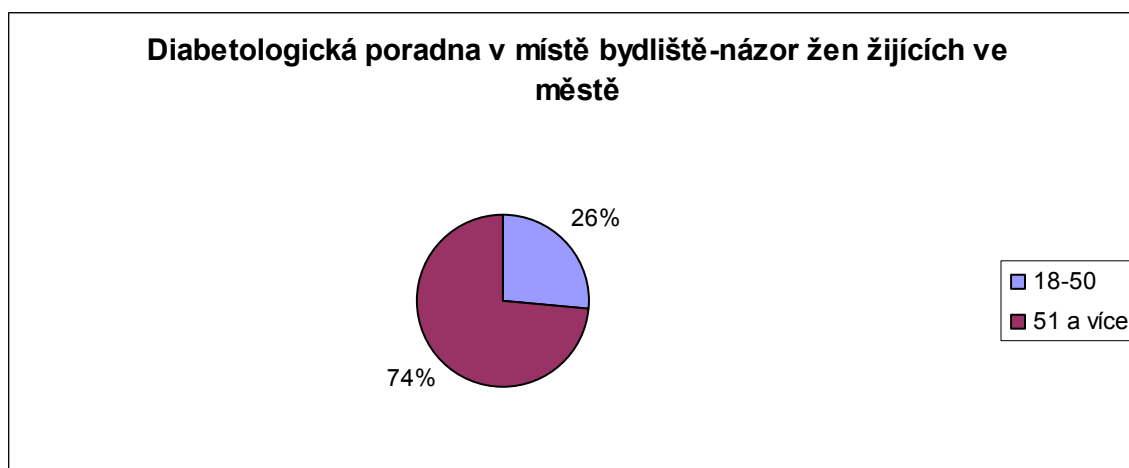
Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *jiné, prosím uveďte* neuvedl nikdo z respondentů.

Otázka č. 18 Je v místě Vašeho bydliště.....

Variantu *diabetologická poradna* uvedlo 31 žen ve věku 18-50 let (26 %) a 87 žen ve věku 51 a více let (74 %). **Všechny tyto ženy žijí ve městě.**

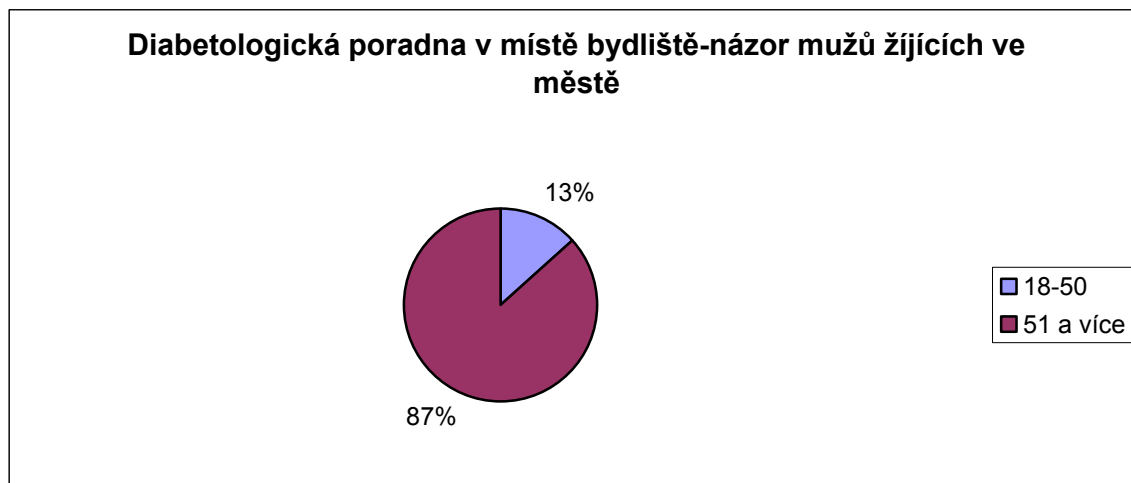
Graf č. 77 Diabetologická poradna v místě bydliště-názor žen žijících ve městě



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *diabetologická poradna* uvedlo 14 mužů ve věku 18-50 let (13 %) a 90 mužů ve věku 51 a více let (87 %). **Všichni tito muži žijí ve městě.**

Graf . 78 Diabetologická poradna v místě bydliště-názor mužů žijících ve městě



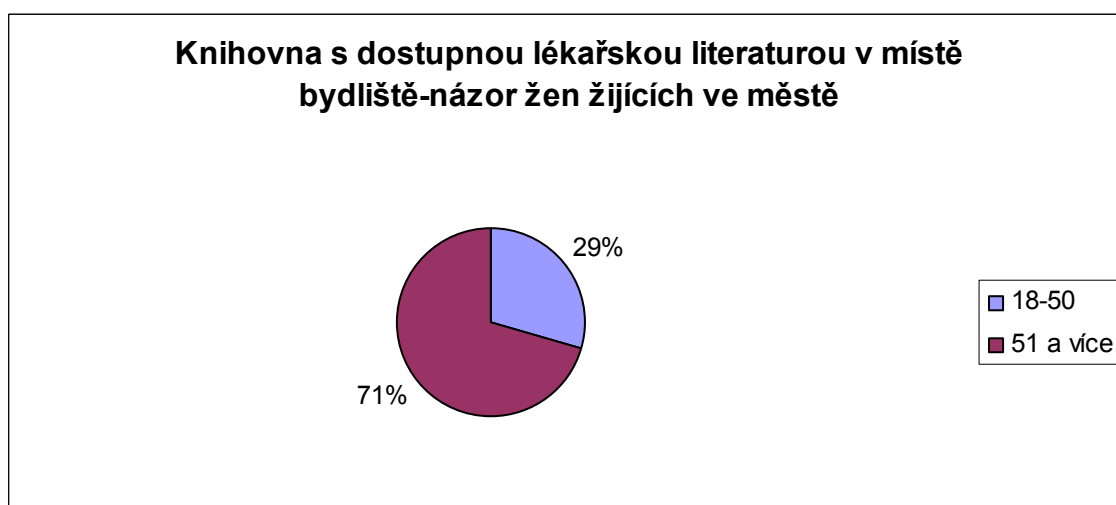
Zdroj: vlastní výzkum

Výskyt diabetologické poradny nevedl žádný z respondentů žijící na vesnici.

Na základě statistického vyhodnocení byla v případě existence diabetologické poradny v místě bydliště prokázána závislost na místu bydliště.

Variantu *knihovna s dostupnou lékařskou literaturou* uvedlo 39 žen ve věku 18-50 let (29 %) a 94 žen ve věku 51 a více let (71 %). **Všechny tyto respondentky žijí ve městě.**

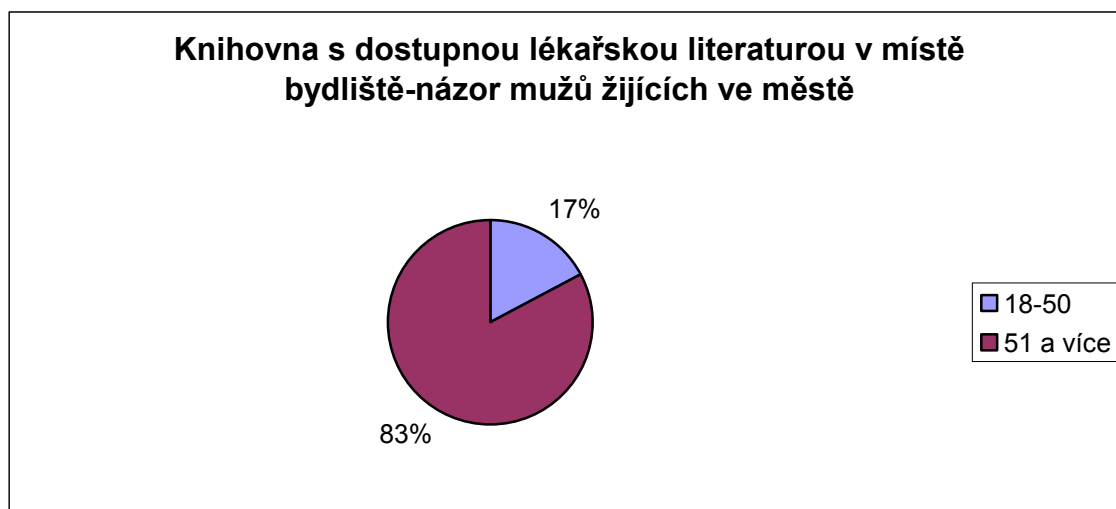
Graf č. 79 Knihovna s dostupnou lékařskou literaturou-názor žen žijících ve městě



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *knihovna s dostupnou lékařskou literaturou* uvedlo 21 mužů ve věku 18-50 let (17 %) a 101 mužů ve věku 51 a více let (83 %). **Všichni respondenti žijí ve městě.**

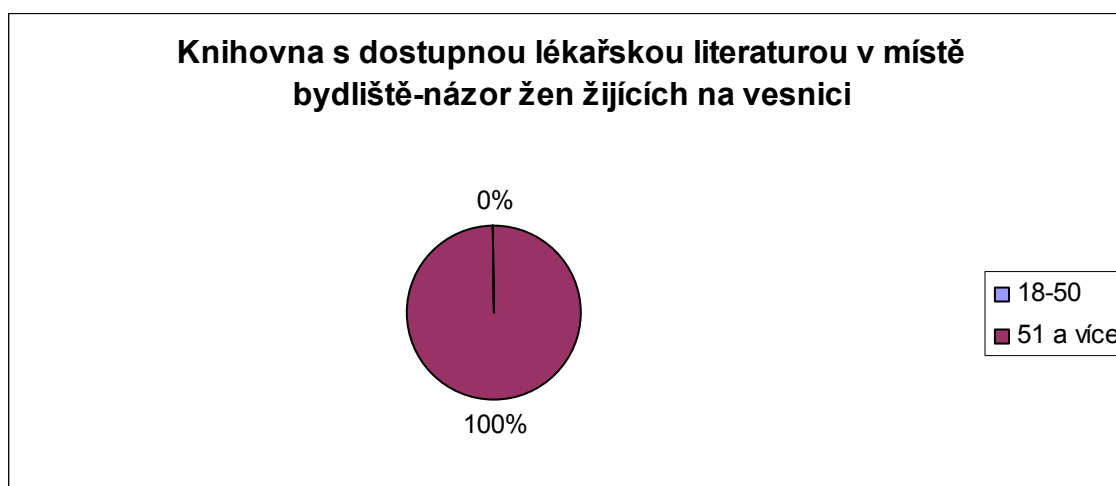
Graf č. 80 Knihovna s dostupnou lékařskou literaturou-názor mužů žijících ve městě



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *knihovna s dostupnou lékařskou literaturou* uvedlo 0 žen ve věku 18-50 let a 23 žen ve věku 51 a více let (100 %). **Tyto respondentky žijí na vesnici.**

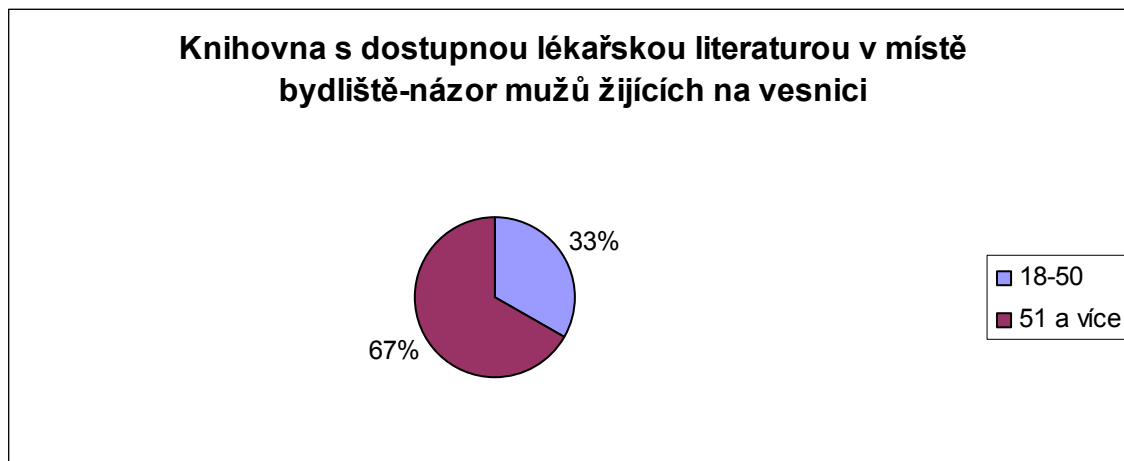
Graf č. 81 Knihovna s dostupnou lékařskou literaturou-názor žen žijících na vesnici



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *knihovna s dostupnou lékařskou literaturou* uvedlo 7 mužů ve věku 18-50 let (33 %) a 14 mužů ve věku 51 a více let (67 %). **Všichni dotázaní žijí na vesnici.**

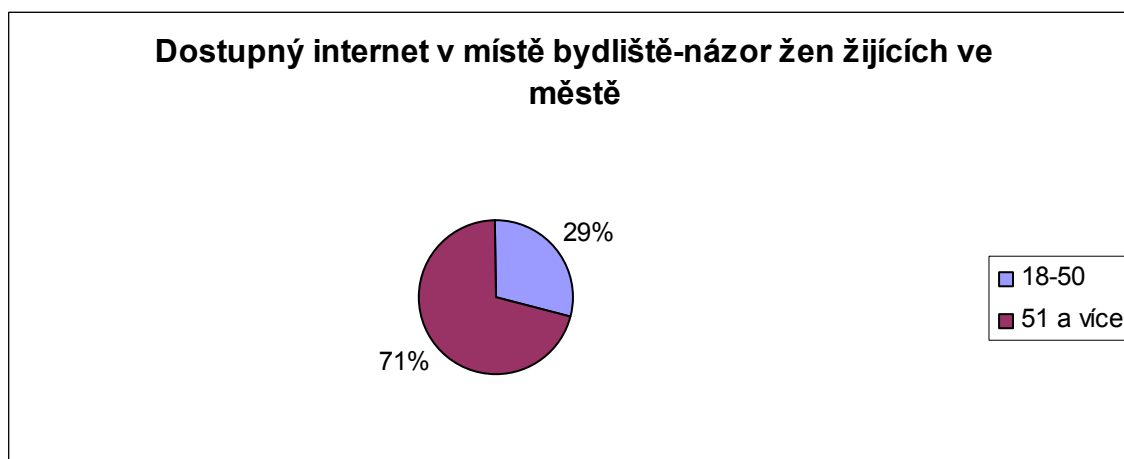
Graf č. 82 Knihovna s dostupnou lékařskou literaturou-názor mužů žijících na vesnici



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *dostupný internet* uvedlo 39 žen ve věku 18-50 let (29 %) a 94 žen ve věku 51 a více let (71 %). **Všechny tyto dotázané žijí ve městě.**

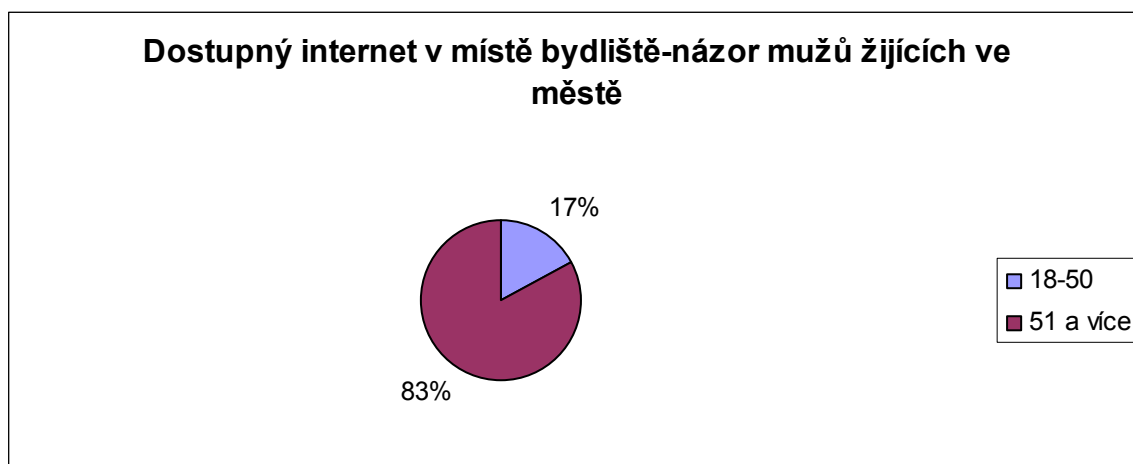
Graf č. 83 Dostupný internet –názor žen žijících ve městě



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *dostupný internet* uvedlo 21 mužů ve věku 18-50 let (17 %) a 101 mužů ve věku 51 a více let (83 %). **Tito dotázaní žijí ve městě.**

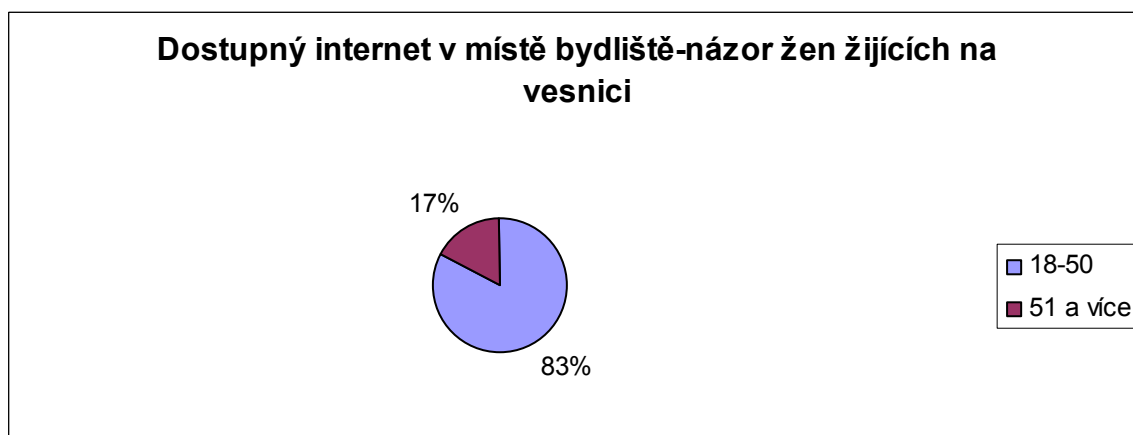
Graf č. 84 Dostupný internet –názor mužů žijících ve městě



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *dostupný internet* uvedlo 43 žen ve věku 18-50 let (83 %) a 9 žen ve věku 51 a více let (17 %). **Všechny respondentky žijí na vesnici.**

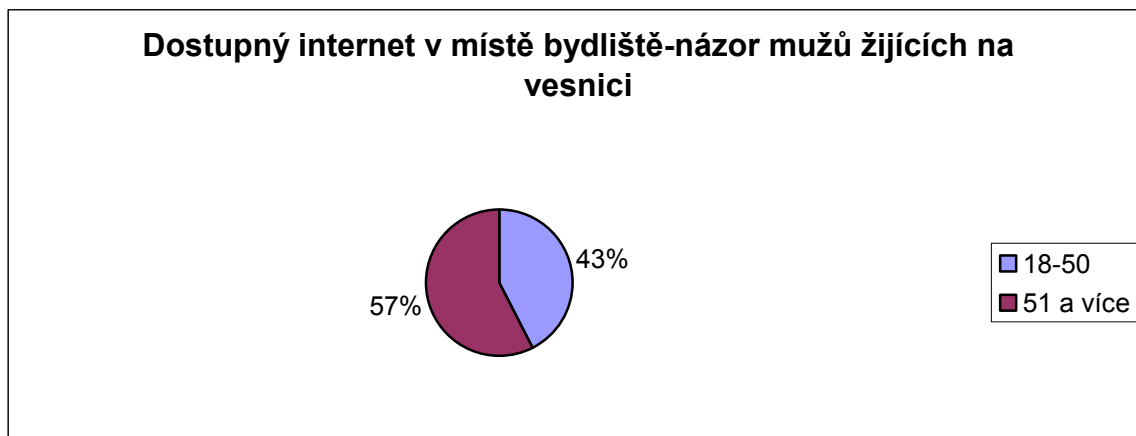
Graf č. 85 Dostupný internet –názor žen žijících na vesnici



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *dostupný internet* uvedlo 20 mužů ve věku 18-50 let (43 %) a 27 mužů ve věku 51 a více let (57 %). **Všichni dotázaní žijí na vesnici.**

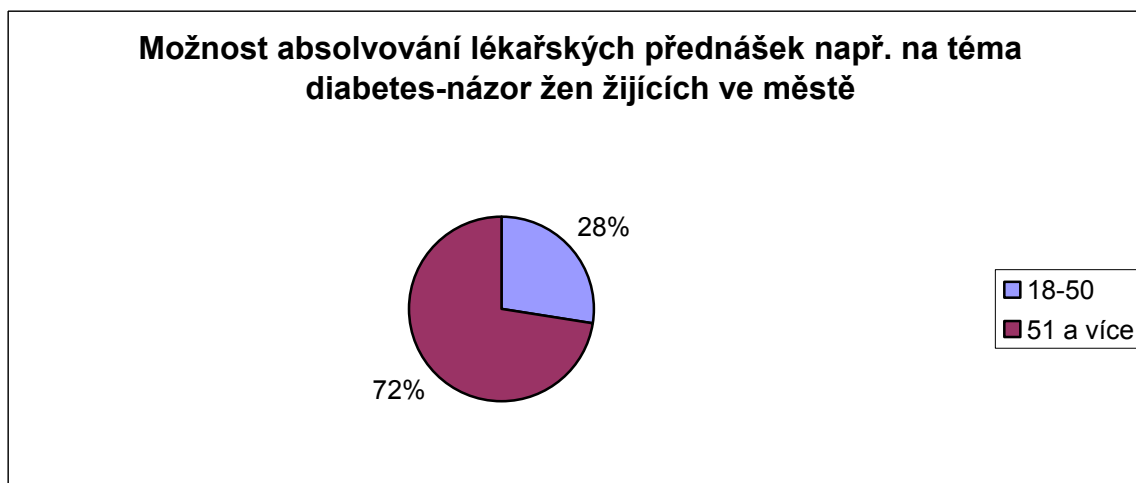
Graf č. 86 Dostupný internet-názor mužů žijících na vesnici



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *možnost absolvování lékařských přednášek např. na téma diabetes* uvedlo 24 žen ve věku 18-50 let (28 %) a 63 žen ve věku 51 a více let (72 %). **Všechny respondentky žijí ve městě.**

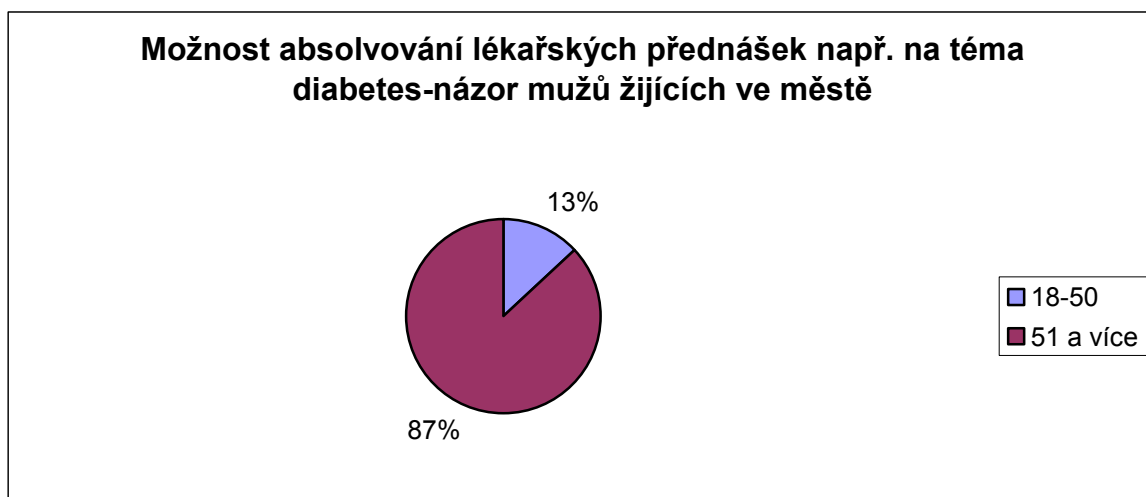
Graf č. 87 Možnost absolvování lékařských přednášek -názor žen žijících ve městě



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *absolvování lékařských přednášek např. na téma diabetes* uvedlo 11 mužů ve věku 18-50 let (13 %) a 74 mužů ve věku 51 a více let (87 %). **Všichni dotázaní žijí ve městě.**

Graf č. 88 Možnost absolvování lékařských přednášek-názor mužů žijících ve městě



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu *možnost absolvování lékařských přednášek např. na téma diabetes* nevedl z žen a mužů žijících na vesnici nikdo.

4.2 Výsledky dotazníkového šetření podle škál (1=výborná informovanost, 3=neinformovanost)

Vzhledem k zadané hypotéze jsem škály rozdělila podle pohlaví a věkové kategorie 18-50 let a 51 a více let.

Otázka č. 6 Myslíte si, že patří mezi příčiny diabetu

a) stres

Stres jako jednu z příčin diabetu uvedlo 49 žen mezi 18-50 lety (100 %) a 203 žen mezi 51 a více lety (100 %). Ženy v obou věkových skupinách patří do škály 1. 27 mužů ve věku 18-50 let (90 %) a 143 mužů mezi 51 a více lety (91,66 %) řadí také stres mezi příčiny diabetu (škála 1). Do škály 3 patří 3 muži z věkové kategorie 18-50 let (10 %) a 13 mužů z kategorie 51 a více let (8,33 %), kteří nevidí ve stresu jednu z příčin diabetu.

Tabulka č.1 Stres jako příčina diabetu

Stres	Ženy	18-50	%	51 a více	%
	1	49	100 %	203	100 %
	3	0		0	
	Muži	18-50	%	51 a více	
	1	27	90 %	143	91,66 %
	3	3	10 %	13	8,33 %

Zdroj: vlastní výzkum

b) nedostatek odpočinku

20 žen ve věku 18-50 let (40,81 %) a 77 žen ve věku 51 a více let (37,93 %) považuje nedostatek odpočinku za jednu z příčin diabetu (škála 1). 0 mužů ve věku 18-50 let a 36 mužů ve věku 51 a více let (23,07 %) považuje nedostatek odpočinku za příčinu choroby (škála 1). 30 mužů mezi 18-50 lety (100 %) a 120 mužů mezi 51 a více lety (76,92 %) v této variantě příčinu nevidí (škála 3).

Tabulka č.2 Nedostatek odpočinku jako příčina diabetu

Nedostatek odpočinku	Ženy	18-50	%	51 a více	%
	1	20	40,81 %	77	37,93 %
	3	29	59,18 %	126	62,06 %
	Muži	18-50	%	51 a více	%
	1	0		36	23,07 %
	3	30	100 %	120	76,92 %

Zdroj: vlastní výzkum

c) špatná životospráva

21 žen mezi 18-50 lety (42,85 %) , 34 žen mezi 51a více lety (16,74 %) , 9 mužů mezi 18-50 lety (30 %) a 17 mužů mezi 51a více lety (10,89 %) udává špatnou životosprávu jako příčinu choroby. Tato skupina osob náleží do škály 1. 28 žen mezi 18-50 lety (57,14 %) , 169 žen mezi 51a více lety (83,25 %) , 21 mužů mezi 18-50 lety (70 %) a 139 mužů mezi 51a více lety (89,10 %) neudává špatnou životosprávu jako příčinu diabetu. Náleží do škály 3.

Tabulka č.3 Špatná životospráva jako příčina diabetu

Špatná životospráva	Ženy			Muži		
	18-50	%	51a více	18-50	%	51a více
	1	42,85 %	34	1	30 %	17
	3	57,14 %	169	3	70 %	139

Zdroj: vlastní výzkum

d) dědičné faktory

Příčinu v dědičných faktorech udává 40 žen mezi 18-50 lety (81,63 %) , 195 žen mezi 51a více lety (96,05 %) , 22 mužů mezi 18-50 lety (73,33 %) a 131 mužů mezi 51a více lety (83,97 %). Tato skupina náleží do škály 1. Příčinu v dědičných faktorech neshledává 9 žen mezi 18-50 lety (18,36 %) , 8 žen mezi 51a více lety (3,94 %) , 8 mužů mezi 18-50 lety (26,66 %) a 25 mužů mezi 51a více lety (16,02 %) a náleží tedy do škály 3.

Tabulka č.4 Dědičné faktory jako příčina diabetu

Dědičné faktory	Ženy			Muži		
	18-50	%	51a více	18-50	%	51a více
	40	81,63 %	195	1	73,33 %	131
	9	18,36 %	8	3	26,66 %	25

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 7 Kterými z níže uvedených potíží trpí podle Vašeho názoru pacienti-diabetici?

a) žízeň

Žízeň uvedlo 38 žen mezi 18-50 lety (77,55 %), 171 žen mezi 51 a více lety (84,23 %), 18 mužů mezi 18-50 lety (60 %) a 126 mužů mezi 51 a více lety (80,76 %) jako příznak diabetu. Náleží do škály 1. 11 žen mezi 18-50 lety (22,44 %), 32 žen mezi 51 a více lety (15,76 %), 12 mužů mezi 18-50 lety (40 %) a 30 mužů mezi 51 a více lety (19,23 %) žízeň jako projev choroby neuvádělo. Náleží do škály 3.

Tabulka č. 5 Žízeň jako projev diabetu

Žízeň	Ženy	18-50	%	51 a více	%
	1	38	77,55 %	171	84,23 %
	3	11	22,44 %	32	15,76 %
	Muži	18-50	%	51 a více	%
	1	18	60 %	126	80,76 %
	3	12	40 %	30	19,23 %

Zdroj: vlastní výzkum

b) nadměrným močením

37 žen ve věku 18-50 let (75,51 %), 192 žen mezi 51 a více lety (94,58 %), 26 mužů mezi 18-50 lety (86,66 %) a 137 mužů mezi 51 a více lety (87,82 %) vidí v nadměrném močení příznak diabetu. Tato skupina byla zařazena do škály 1. 12 žen mezi 18-50 lety (24,48 %), 11 žen mezi 51 a více lety (5,41 %), 4 muži mezi 18-50 lety (13,33 %) a 19 mužů mezi 51 a více lety (12,17 %) v něm příznak nevidí a náleží do škály 3.

Tabulka č. 6 Nadměrné močení jako projev diabetu

Nadměrné močení	Ženy	18-50	%	51 a více	%
	1	37	75,51 %	192	94,58 %
	3	12	24,48 %	11	5,41 %
	Muži	18-50	%	51 a více	%
	1	26	86,66 %	137	87,82 %
	3	4	13,33 %	19	12,17 %

Zdroj: vlastní výzkum

c) hubnutím

40 žen mezi 18-50 lety (81,63 %), 195 žen mezi 51 a více lety (96,05 %), 22 mužů mezi 18-50 lety (73,33 %), 130 mužů mezi 51 a více lety (83,33 %) vidí v hubnutí příznak diabetu. Tato skupina náleží do škály 1. 9 žen mezi 18-50 lety (18,36 %), 8 žen mezi

51a více lety (3,94 %), 8 mužů mezi 18-50 lety (26,66 %) a 26 mužů mezi 51a více lety (16,66 %) v něm projev choroby nevidí. Náleží do škály 3.

Tabulka č. 7 Hubnutí jako projev diabetu

Hubnutí	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	40	81,63 %	195	96,05 %
	3	9	18,36 %	8	3,94 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	22	73,33 %	130	83,33 %
	3	8	26,66 %	26	16,66 %

Zdroj: vlastní výzkum

d) únavou

40 žen mezi 18-50 lety (81,63 %), 195 žen mezi 51a více lety (96,05 %), 17 mužů mezi 18-50 lety (56,66 %) a 93 mužů mezi 51a více lety (59,61 %) udalo únavu jako příznak (škála 1). 9 žen mezi 18-50 lety (18,36 %), 8 žen mezi 51a více lety (3,94 %), 13 mužů mezi 18-50 lety (43,33 %) a 63 mužů mezi 51a více lety (40,38 %) ji jako projev neudalo (škála 3).

Tabulka č.8 Únava jako projev diabetu

Únava	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	40	81,63 %	195	96,05 %
	3	9	18,36 %	8	3,94 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	17	56,66 %	93	59,61 %
	3	13	43,33 %	63	40,38 %

Zdroj: vlastní výzkum

e) poruchami potence

31 žen mezi 18-50 lety (63,26 %), 69 žen mezi 51a více lety (33,99 %), 4 muži mezi 18-50 lety (13,33 %) a 58 mužů mezi 51a více lety (37,17 %) vidí v poruchách potence projev choroby (škála 1). 18 žen mezi 18-50 lety (36,73 %), 134 žen mezi 51a více lety (66,00 %), 26 mužů mezi 18-50 lety (86,66 %) a 98 mužů mezi 51a více lety (62,82 %) v nich projev nevidí (škála 3).

Tabulka č.9 Poruchy potence jako projev diabetu

Poruchy potence	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	31	63,26 %	69	33,99 %
	3	18	36,73 %	134	66,00 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	4	13,33 %	58	37,17 %
	3	26	86,66 %	98	62,82 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8 Chorobu je dle Vašeho názoru možno diagnostikovat.....

a) pomocí vyšetření moči

15 žen mezi 18-50 lety (30,61 %), 73 žen mezi 51a více lety (35,96 %), 14 mužů mezi 18-50 lety (46,66 %) a 79 mužů mezi 51a více lety (50,64 %) zaškrtnulo tuto variantu a náleží do škály 1. 34 žen ve věku 18-50 lety (69,38 %, 130 žen mezi 51a více lety (64,03 %), 16 mužů mezi 18-50 lety (53,35 %) a 77 mužů mezi 51a více lety (49,35 %) ji nezaškrtnulo a náleží do škály 3.

Tabulka č.10 Vyšetření moči jako způsob diagnostiky diabetu

Vyš. moči	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	15	30,61 %	73	35,96 %
	3	34	69,38 %	130	64,03 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	14	46,66 %	79	50,64 %
	3	16	53,35 %	77	49,35 %

Zdroj: vlastní výzkum

b) pomocí vyšetření hladiny cukru v krvi

34 žen mezi 18-50 lety (69,38 %), 130 žen mezi 51a více lety (64,03 %), 16 mužů mezi 18-50 lety (53,33 %) a 77 mužů mezi 51a více lety (49,35 %) uvedlo tuto variantu jako možnost určení choroby (škála 1). 15 žen mezi 18-50 lety (30,61 %), 73 žen mezi 51a více lety (35,96 %), 14 mužů mezi 18-50 lety (46,66 %) a 79 mužů mezi 51a více lety (50,64 %) ji jako možnost určení choroby neuvedlo(škála 3).

Tabulka č.11 Vyšetření hladiny cukru v krvi jako způsob diagnostiky diabetu

Wyš. cukru v krvi	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	34	69,38 %	130	64,03 %
	3	15	30,61 %	73	35,96 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	16	53,33 %	77	49,35 %
	3	14	46,66 %	79	50,64 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 9 Existují podle Vás různé typy diabetu?

a) ano

33 žen mezi 18-50 lety (67,34 %), 166 žen mezi 51a více lety (81,77 %), 21 mužů mezi 18-50 lety (70 %) a 92 mužů mezi 51a více lety (58,97 %) udalo variantu ano (škála 1). 16 žen mezi 18-50 lety (32,65 %), 37 žen mezi 51a více lety (18,22 %), 9 mužů mezi 18-50 lety (30 %) a 64 mužů mezi 51a více lety (41,02 %) tuto možnost neudalo (škála 3).

Tabulka č.12 Existence různých typů diabetu-varianta ano

Ano	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	33	67,34 %	166	81,77 %
	3	16	32,65 %	37	18,22 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	21	70 %	92	58,97 %
	3	9	30 %	64	41,02 %

Zdroj: vlastní výzkum

c) nevím

42 žen mezi 18-50 lety (85,71 %), 192 žen mezi 51a více lety (94,58 %), 30 mužů mezi 18-50 lety (100 %) a 137 mužů mezi 51a více lety (87,82 %) náleží ke škále 1, neboť tuto možnost respondenti neudali. 7 žen mezi 18-50 lety (14,28 %), 11 žen mezi 51a více lety (5,41 %), 19 mužů mezi 51a více lety (12,17 %) náleží ke škále 3, protože tuto variantu udali.

Tabulka č. 13 Existence různých typů diabetu-varianta nevím

Nevím	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	42	85,71 %	192	94,58 %
	3	7	14,28 %	11	5,41 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	30	100 %	137	87,82 %
	3	0		19	12,17 %

Zdroj: vlastní výzkum

d) doposud jsem o nich neslyšel/a

40 žen mezi 18-50 lety (81,63 %), 177 žen mezi 51 a více lety (87,19 %), 21 mužů mezi 18-50 lety (70 %) a 111 mužů mezi 51 a více lety (71,15 %) náleží ke škále 1, neboť tuto možnost respondenti neudali. 9 žen mezi 18-50 lety (18,36 %), 26 žen mezi 51 a více lety (12,80 %), 9 mužů mezi 18-50 lety (30 %) a 45 mužů mezi 51 a více lety (28,84 %) náleží ke škále 3.

Tabulka č.14 Existence různých typů diabetu-varianta doposud jsem o nich neslyšel/a

Doposud jsem o nich neslyšel/a	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	40	81,63 %	177	87,19 %
	3	9	18,36 %	26	12,80 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	21	70 %	111	71,15 %
	3	9	30 %	45	28,84 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10 V případě, že jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, dokázal/a byste některé typy diabetu vyjmenovat?

Diabetes dospělých

33 žen mezi 18-50 lety (100 %), 166 žen mezi 51 a více lety (100 %), 21 mužů mezi 18-50 lety (100 %) a 92 mužů mezi 51 a více lety (100 %) uvedlo diabetes dospělých. Všichni respondenti tedy náleží do škály výborné informovanosti.

Tabulka č.15 Diabetes dospělých

Dia dospělých	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	33	100 %	166	100 %
	3	0		0	
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	21	100 %	92	100 %
	3	0		0	

Zdroj: vlastní výzkum

Diabetes dětí a mladých lidí

8 žen mezi 18-50 lety (24,24 %), 16 žen mezi 51 a více lety (9,63 %), 2 muži mezi 18-50 lety (9,52 %) a 5 mužů mezi 51 a více lety (5,43 %) udalo tuto variantu. Náleží do škály 1. 25 žen mezi 18-50 lety (75,75 %), 150 žen mezi 51 a více lety (90,36 %), 19 mužů mezi 18-50 lety (90,47 %) a 87 mužů mezi 51 a více lety (94,56 %) tuto možnost neudalo. Náleží do škály 3.

Tabulka č. 16 Diabetes dětí a mladých lidí

Dia dětí a mladých lidí			Ženy	18-50	%	51a více	%
			1	8	24,24 %	16	9,63 %
			3	25	75,75 %	150	90,36 %
			Muži	18-50	%	51a více	%
			1	2	9,52 %	5	5,43 %
			3	19	90,47 %	87	94,56 %

Zdroj: vlastní výzkum

Diabetes těhotenský

11 žen mezi 18-50 lety (33,33 %), 14 žen mezi 51a více lety (8,43 %), 2 muži mezi 18-50 lety (9,52 %) a 7 mužů mezi 51a více lety (7,60 %) tuto možnost udalo. Náleží do škály 1. 22 žen mezi 18-50 lety (66,66 %), 152 žen mezi 51a více lety (91,56 %), 19 mužů mezi 18-50 lety (90,47 %) a 85 mužů mezi 51a více lety (92,39 %) ji neudalo. Náleží do škály 3.

Tabulka č.17 Diabetes těhotenský

Dia těhotenský			Ženy	18-50	%	51a více	%
			1	11	33,33 %	14	8,43 %
			3	22	66,66 %	152	91,56 %
			Muži	18-50	%	51a více	%
			1	2	9,52 %	7	7,60 %
			3	19	90,47 %	85	92,39 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 11 Diabetes mellitus je podle Vašeho názoru.....

a) choroba, která nelze léčbou ovlivnit

42 žen ve věku 18-50 let (85,71 %), 196 žen mezi 51a více lety (96,55 %), 29 mužů mezi 18-50 lety (96,66 %) a 148 mužů mezi 51a více lety (94,87 %) neudalo tuto možnost a náleží do škály 1. 7 žen mezi 18-50 lety (14,28 %), 7 žen mezi 51a více lety (3,44 %), 1 muž mezi 18-50 lety (3,33 %) a 8 mužů mezi 51a více lety (5,12 %) tuto možnost udalo a náleží ke škále 3.

Tabulka č.18 Neovlivnitelnost diabetu léčbou

Choroba, která nelze léčbou ovlivnit		Ženy	18-50	%	51a více	%
		1	42	85,71 %	196	96,55 %
		3	7	14,28 %	7	3,44 %
		Muži	18-50	%	51a více	%
		1	29	96,66 %	148	94,87 %
		3	1	3,33 %	8	5,12 %

Zdroj: vlastní výzkum

b) choroba, která lze léčbou ovlivnit

44 žen mezi 18-50 lety (89,79 %), 196 žen mezi 51a více lety (96,55 %), 29 mužů mezi 18-50 lety (96,66 %) a 148 mužů mezi 51a více lety (94,87 %) tuto variantu udalo a náleží tedy ke škále 1. 5 žen mezi 18-50 lety (10,20 %), 7 žen mezi 51a více lety (3,44 %), 1 muž mezi 18-50 lety (3,33 %) a 8 mužů mezi 51a více lety (5,12 %) tuto možnost neudalo a náleží ke škále 3.

Tabulka č.19 Ovlivnitelnost diabetu léčbou

Choroba, kterou lze léčbou ovlivnit		Ženy	18-50	%	51a více	%
		1	44	89,79 %	196	96,55 %
		3	5	10,20 %	7	3,44 %
		Muži	18-50	%	51a více	%
		1	29	96,66 %	148	94,87 %
		3	1	3,33 %	8	5,12 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 12 V případě, že jste u předchozí otázky uvedl/a variantu „B“, lze podle Vašeho názoru diabetes léčit...

a) dietou

44 žen ve věku 18-50 let (100 %), 196 žen ve věku 51let a více (100 %), 29 mužů ve věku 18-50 let (100 %) a 148 mužů ve věku 51a více let (100 %) udalo tuto variantu. Náleží tedy ke škále 1.

Tabulka č. 20 Léčba diabetu dietou

Dietou	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	44	100 %	196	100 %
	3	0		0	
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	29	100 %	148	100 %
	3	0		0	

Zdroj: vlastní výzkum

b) speciálními léky

44 žen mezi 18-50 lety (100 %), 196 žen mezi 51a více lety (100 %), 29 mužů mezi 18-50 lety (100 %) a 148 mužů mezi 51a více lety (100 %) udalo tuto možnost a náleží tedy do škály 1.

Tabulka č. 21 Léčba diabetu speciálními léky

Spec. léky	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	44	100 %	196	100 %
	3	0		0	
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	29	100 %	148	100 %
	3	0		0	

Zdroj: vlastní výzkum

c) dodáním inzulínu

44 žen mezi 18-50 lety (100 %), 196 žen mezi 51a více lety (100 %), 29 mužů mezi 18-50 lety (100 %) a 148 mužů mezi 51a více lety (100 %) udalo tuto variantu. Náleží do škály 1.

Tabulka č. 22 Léčba diabetu dodáním inzulínu

Dodáním inzulínu	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	44	100 %	196	100 %
	3	0		0	
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	29	100 %	148	100 %
	3	0		0	

Zdroj: vlastní výzkum

d) fyzickou zátěží

44 žen mezi 18-50 lety (100 %), 196 žen mezi 51-71 a více lety (100 %), 29 mužů mezi 18-50 lety (100 %) a 148 mužů mezi 51-71 a více lety (100 %) tuto variantu neudalo a náleží tedy do škály 3.

Tabulka č. 23 Léčba diabetu fyzickou zátěží

Fyz. zátěží	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	0		0	
	3	44	100 %	196	100 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	0		0	
	3	29	100 %	148	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 13 V případě výskytu diabetu se:

a) nikdy se komplikace nevyskytují

38 žen mezi 18-50 lety (77,55 %), 176 žen mezi 51a více lety (86,69 %), 16 mužů mezi 18-50 lety (53,33 %) a 141 mužů mezi 51a více lety (90,38 %) tuto možnost neudalo a náleží do škály 1. 11 žen mezi 18-50 lety (22,44 %), 27 žen mezi 51a více lety (13,30 %), 14 mužů mezi 18-50 lety (46,66 %) a 15 mužů mezi 51a více lety (9,61 %) tuto možnost udalo a náleží do škály 3.

Tabulka č. 24 Výskyt komplikací-varianta nikdy se komplikace nevyskytují

Nikdy se komplikace nevyskytují	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	38	77,55 %	176	86,69 %
	3	11	22,44 %	27	13,30 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	16	53,33 %	141	90,38 %
	3	14	46,66 %	15	9,61 %

Zdroj: vlastní výzkum

b) mohou se komplikace objevit

38 žen mezi 18-50 lety (77,55 %), 165 žen mezi 51a více lety (81,28 %), 16 mužů mezi 18-50 lety (53,33 %) a 140 mužů mezi 51a více lety (89,74 %) tuto variantu udalo a náleží do škály 1. 11 žen mezi 18-50 lety (22,44 %), 38 žen mezi 51a více lety (18,71 %), 14 mužů mezi 18-50 lety (46,66 %) a 16 mužů mezi 51a více lety (10,25 %) tuto variantu neudalo a náleží do škály 3.

Tabulka č. 25 Výskyt komplikací-varianta mohou se komplikace objevit

Mohou se komplikace objevit			Ženy	18-50	%	51a více	%
			1	38	77,55 %	165	81,28 %
			3	11	22,44 %	38	18,71 %
			Muži	18-50	%	51a více	%
			1	16	53,33 %	140	89,74 %
			3	14	46,66 %	16	10,25 %

Zdroj: vlastní výzkum

c) o žádných komplikacích nevím

49 žen mezi 18-50 lety (100 %), 192 žen mezi 51a více lety (94,58 %), 30 mužů mezi 18-50 lety (100 %) a 155 mužů mezi 51a více lety (99,35 %) tuto variantu neudalo a náleží do škály 1. 11 žen mezi 51a více lety (5,41 %) a 1 muž mezi 51a více lety (0,64 %) tuto možnost uvedlo a náleží do škály 3.

Tabulka č. 26 Výskyt komplikací-varianta o žádných komplikacích nevím

O žádných komplikacích nevím			Ženy	18-50	%	51a více	%
			1	49	100 %	192	94,58 %
			3	0		11	5,41 %
			Muži	18-50	%	51a více	%
			1	30	100 %	155	99,35 %
			3	0		1	0,64 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 14 V případě, že jste u předchozí otázky uvedl/a variantu „B“, uveďte prosím, které komplikace máte na mysli

Onemocnění nervů

28 žen mezi 18-50 lety (73,68 %), 43 žen mezi 51a více lety (26,06 %), 3 muži mezi 18-50 lety (18,75 %) a 26 mužů mezi 51a více lety (18,57 %) tuto možnost uvedlo a patří do škály 1. 10 žen mezi 18-50 lety (26,31 %), 122 žen mezi 51a více lety (73,93 %), 13 mužů mezi 18-50 lety (81,25 %) a 114 mužů mezi 51a více lety (81,42 %) tuto variantu neudalo a náleží tedy do škály 3.

Tabulka č. 27 Komplikace diabetu-varianta onemocnění nervů

Onemocnění nervů	Ženy			Muži		
	škála	18-50	%	škála	18-50	%
	1	28	73,68 %	51a více	43	26,06 %
	3	10	26,31 %	51a více	122	73,93 %
	1	3	18,75 %	51a více	26	18,57 %
	3	13	81,25 %	51a více	114	81,42 %

Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění očí

35 žen mezi 18-50 lety (92,10 %), 149 žen mezi 51a více lety (90,30 %), 14 mužů mezi 18-50 lety (87,50 %) a 121 mužů mezi 51a více lety (86,42 %) tuto variantu uvedlo a náleží do škály 1. 3 ženy mezi 18-50 lety (7,89 %), 16 žen mezi 51a více lety (9,69 %), 2 muži mezi 18-50 lety (12,50 %) a 19 mužů mezi 51a více lety (13,57 %) tuto možnost neuvedlo a náleží do škály 3.

Tabulka č. 28 Komplikace diabetu-varianta onemocnění očí

Onemocnění očí	Ženy			Muži		
	škála	18-50	%	škála	18-50	%
	1	35	92,10 %	51a více	149	90,30 %
	3	3	7,89 %	51a více	16	9,69 %
	1	14	87,50 %	51a více	121	86,42 %
	3	2	12,50 %	51a více	19	13,57 %

Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění ledvin

35 žen mezi 18-50 lety (92,10 %), 142 žen mezi 51a více lety (86,06 %), 15 mužů mezi 18-50 lety (93,75 %) a 133 mužů mezi 51a více lety (95 %) tuto možnost uvedlo a náleží do škály 1. 3 ženy mezi 18-50 lety (7,89 %), 23 žen mezi 51a více lety (13,93 %), 1 muž mezi 18-50 lety (6,25 %) a 7 mužů mezi 51a více lety (5 %) tuto variantu neuvedlo a náleží do škály 3.

Tabulka č. 29 Komplikace diabetu-varianta onemocnění ledvin

Onemocnění ledvin	Ženy			Muži		
	1	3	%	1	3	%
	1	35	92,10 %	1	15	93,75 %
	3	3	7,89 %	3	1	6,25 %
				51a více		
				142		86,06 %
				23		13,93 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 15 Diabetes mellitus je choroba, která podle Vašeho názoru....

a) působí na psychický stav pacienta

42 žen mezi 18-50 lety (85,71 %), 182 žen mezi 51a více lety (89,65 %), 24 mužů mezi 18-50 lety (80 %) a 127 mužů mezi 51a více lety (81,41 %) tuto variantu udalo a náleží do škály 1. 7 žen mezi 18-50 lety (14,28 %), 21 žen mezi 51a více lety (10,34 %), 6 mužů mezi 18-50 lety (20 %) a 29 mužů mezi 51a více lety (18,58 %) tuto variantu neudalo a náleží do škály 3.

Tabulka č. 30 Diabetes jako choroba působící na psychický stav pacienta

Působí na psychický stav pacienta	Ženy			Muži		
	1	3	%	1	3	%
	1	42	85,71 %	1	24	80 %
	3	7	14,28 %	3	6	20 %
				51a více		
				182		89,65 %
				21		10,34 %

Zdroj: vlastní výzkum

b) nepůsobí na psychický stav pacienta

43 žen mezi 18-50 lety (87,75 %), 190 žen mezi 51a více lety (93,59 %), 26 mužů mezi 18-50 lety (86,66 %) a 134 mužů mezi 51a více lety (85,89 %) tuto možnost neudalo a náleží do škály 1. 6 žen mezi 18-50 lety (12,24 %), 13 žen mezi 51a více lety (6,40 %), 4 muži mezi 18-50 lety (13,33 %) a 22 mužů mezi 51a více lety (14,10 %) tuto variantu udalo a náleží do škály 3

Tabulka č. 31 Diabetes jako choroba nepůsobící na psychický stav pacienta

Nepůsobí na psychický stav pacienta			Ženy	18-50	%	51a více	%
			1	43	87,75 %	190	93,59 %
			3	6	12,24 %	13	6,40 %
			Muži	18-50	%	51a více	%
			1	26	86,66 %	134	85,89 %
			3	4	13,33 %	22	14,10 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 16 Pacienti-diabetici mají podle Vašeho názoru nejčastěji obavy z:

a) hypoglykémie

41 žen mezi 18-50 lety (83,67 %), 136 žen mezi 51a více lety (66,99 %), 28 mužů mezi 18-50 lety (93,33 %) a 135 mužů mezi 51a více lety (86,53 %) tuto možnost udalo a náleží do škály 1. 8 žen mezi 18-50 lety (16,32 %), 67 žen mezi 51a více lety (33%), 2 muži mezi 18-50 lety (6,66 %) a 21 mužů mezi 51a více lety (13,46 %) tuto možnost neudalo a náleží do škály 3.

Tabulka č. 32 Hypoglykémie jako nejčastější obava pacientů-diabetiků

Hypoglykémie		Ženy	18-50	%	51a více	%
		1	41	83,67 %	136	66,99 %
		3	8	16,32 %	67	33 %
		Muži	18-50	%	51a více	%
		1	28	93,33 %	135	86,53 %
		3	2	6,66 %	21	13,46 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 17 V případě výskytu hypoglykémie(snížená hladina cukru v krvi) je základním opatřením v rámci první pomoci:

a) podání cukrů

43 žen mezi 18-50 lety (87,75 %), 184 žen mezi 51a více lety (90,64 %), 30 mužů mezi 18-50 lety (100 %) a 136 mužů mezi 51a více lety (87,17 %) tuto možnost uvedlo a náleží do škály 1. 6 žen mezi 18-50 lety (12,24 %), 19 žen mezi 51a více lety (9,35 %), 20 mužů mezi 51a více lety (12,82 %) tuto variantu nevedlo a náleží do škály 3.

Tabulka č. 33 Podání cukrů jako první pomoc při hypoglykémii

Podání cukrů	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	43	87,75 %	184	90,64 %
	3	6	12,24 %	19	9,35 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	30	100 %	136	87,17 %
	3	0		20	12,82 %

Zdroj: vlastní výzkum

b) podání speciálních léků

43 žen mezi 18-50 lety (87,75 %), 184 žen mezi 51a více lety (90,64 %), 30 mužů mezi 18-50 lety (100 %) a 136 mužů mezi 51a více lety (87,17 %) tuto variantu nevedlo a náleží do škály 1. 6 žen mezi 18-50 lety (12,24 %), 19 žen mezi 51a více lety (9,35 %), 20 mužů mezi 51a více lety (12,82 %) tuto možnost uvedlo a náleží do škály 3.

Tabulka č. 34 Podání speciálních léků jako první pomoc při hypoglykémii

Podání speciálních léků	Ženy	18-50	%	51a více	%
	1	43	87,75 %	184	90,64 %
	3	6	12,24 %	19	9,35 %
	Muži	18-50	%	51a více	%
	1	30	100 %	136	87,17 %
	3	0		20	12,82 %

Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuse

Hypotéza č. 1 Osoby starší 50 let jsou o diabetu informovány lépe než osoby mladšího věku. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že tato hypotéza je pravdivá. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17.

Otázka č. 6 zjišťuje názory české veřejnosti na vyvolávající příčiny diabetu mellitu. 100 % žen mezi 18-50 lety a 100 % žen mezi 51 a více lety uvedlo stres jako vyvolávající příčinu choroby. 90 % mužů mezi 18-50 lety a 91,66 % mužů mezi 51 a více lety se s názorem žen ztotožnilo. Ačkoli druhá varianta odpovědi (nedostatek odpočinku) souvisí se stresem, udalo tuto možnost 40,81 % žen mezi 18-50 lety, 37,93 % žen mezi 51 a více lety a 23,07 % mužů mezi 51 a více lety. Neudalo ji 59,18 % žen mezi 18-50 lety, 62,06 % žen mezi 51 a více lety, 100 % mužů mezi 18-50 lety a 76,92 % mužů mezi 51 a více lety. Variantu špatná životospráva uvedlo 42,85 % žen mezi 18-50 lety, 16,74 % žen mezi 51 a více lety, 30 % mužů mezi 18-50 lety a 10,89 % mužů mezi 51 a více lety. Tuto alternativu naopak neuvedlo 57,14 % žen mezi 18-50 lety, 83,25 % žen mezi 51 a více lety, 70 % mužů mezi 18-50 lety a 89,10 % mužů mezi 51 a více lety. Dědičné faktory uvedlo 81,63 % žen mezi 18-50 lety, 96,05 % žen mezi 51 a více lety, 73,33 % mužů mezi 18-50 lety a 83,97 % mužů mezi 51 a více lety. Neuvedlo je 18-36 % žen mezi 18-50 lety, 3,94 % žen mezi 51 a více lety, 26,66 % mužů mezi 18-50 lety a 16,02 % mužů mezi 51 a více lety. Odborná literatura udává, že na vzniku diabetu 1. typu se podílejí faktory genetické v kombinaci s vnějšími vlivy. Důležitá je rovněž existence spouštěcího faktoru např. infekce, stresu apod. Pro diabetes mellitus 2. typu je typický familiární výskyt. V případě pozitivní rodinné anamnézy u DM 2. typu je důležité snížit rizikové faktory vzniku diabetu (stresové situace, malá pohybová aktivita). V názorech veřejnosti tak jasně dominuje jako vyvolávající příčiny diabetu stres a dědičné faktory.

Cílem otázky č. 4 bylo zjistit názory veřejnosti na potíže, kterými trpí pacienti-diabetici. Variantu žízeň uvedlo 77,55 % žen mezi 18-50 lety, 84,23 % žen mezi 51 a více lety, 60 % mužů mezi 18-50 lety a 80,76 % mužů mezi 51 a více lety. Tuto možnost neuvedlo 22,44 % žen mezi 18-50 lety, 15,76 % žen mezi 51 a více lety, 40 % mužů mezi 18-50 lety a 19,23 % mužů mezi 51 a více lety.

Nadměrné močení zaškrtno 75,51 % žen mezi 18-50 lety, 94,58 % žen mezi 51a více lety, 86,66 % mužů mezi 18-50 lety a 87,82 % mužů mezi 51a více lety. Nezaškrtno jej 24,48 % žen mezi 18-50 lety, 5,41 % žen mezi 51a více lety, 13,33 % mužů mezi 18-50 lety a 12,17 % mužů mezi 51a více lety.

81,63 % žen mezi 18-50 lety, 96,05 % žen mezi 51a více lety, 73,33 % mužů mezi 18-50 lety a 83,33 % mužů mezi 51a více lety uvedlo variantu hubnutí. Neuvedlo ji naopak 18,36 % žen mezi 18-50 lety, 3,94 % žen mezi 51a více lety, 26,66 % mužů mezi 18-50 lety a 16,66 % mužů mezi 51a více lety, Únavu uvedlo 81,63 % žen mezi 18-50 lety, 96,05 % žen mezi 51a více lety, 56,66 % mužů mezi 18-50 lety a 59,61 % mužů mezi 51a více lety. Neuvedlo ji 18,36 % žen mezi 18-50 lety, 3,94 % žen mezi 51a více lety, 43,33 % mužů mezi 18-50 lety a 40,38 % mužů mezi 51a více lety.

Variantu poruchami potence uvedlo 63,26 % žen mezi 18-50 lety, 33,99 % žen mezi 51a více lety, 13,33 % mužů mezi 18-50 lety a 37,17 % mužů mezi 51a více lety. Neuvedlo ji 36,73 % žen mezi 18-50 lety, 66 % žen mezi 51a více lety, 86,66 % mužů mezi 18-50 lety a 62,82 % mužů mezi 51a více lety. Bělobrádková a Brázdová **(3)** udávají, že pacienti-diabetici trpí nevolností, únavou, nadměrným močením, zvýšenou žíznivostí a hubnutím. U mužů se mohou vyskytnout rovněž poruchy potence.

Otázka č. 8 byla zaměřena na možnosti diagnostiky diabetu. 30,61% žen mezi 18-50 lety, 35,96 % žen mezi 51a více lety, 46,66 % mužů mezi 18-50 lety a 50,64 % mužů mezi 51a více lety uvedlo vyšetření moči. Neuvedlo je 69,38 % žen mezi 18-50 lety, 64,03 % žen mezi 51a více lety, 53,33 % mužů mezi 18-50 lety a 49,35 % mužů mezi 51a více lety. Vyšetření cukru v krvi uvedlo 69,38 % žen mezi 18-50 lety, 64,03 % žen mezi 51a více lety, 53,33 % mužů mezi 18-50 lety a 49,35 % mužů mezi 51a více lety. Tuto variantu neuvedlo 30,61 % žen mezi 18-50 lety, 35,96 % žen mezi 51a více lety, 46,66 % mužů mezi 18-50 lety a 50,64 % mužů mezi 51a více lety. Bartoš a Pelikánová **(2)** uvádějí, že velký význam má pro diabetiky monitorování glykémie, jejíž hodnoty informují o aktuální hodnotě cukru v krvi. Monitoringem moči kontrolujeme stav renálních funkcí. Nález ketolátek v moči je důvodem k přísnějšímu sledování glykémie. Otázka č.9 byla zaměřena na informovanost veřejnosti o typech diabetu. O existenci různých typů diabetu ví 67,34 % žen mezi 18-50 lety, 81,77 % žen mezi 51a více lety,

70 % mužů mezi 18-50 lety a 58,97 % mužů mezi 51a více lety. 32,65 % žen mezi 18-50 lety, 18,22 % žen mezi 51a více lety, 30 % mužů mezi 18-50 lety a 41,02 % mužů mezi 51a více lety o typech diabetu neví nebo o nich neslyšelo.

V otázce č. 10 měli respondenti, kteří v otázce č. 9 uvedli, že různé typy diabetu existují, tyto typy jmenovat. Vzhledem k faktu, že respondenty byla laická veřejnost, byla nutná určitá shovívavost při hodnocení, která se týkala vyjadřování. Variantu „diabetes dospělých“ uvedlo 100 % žen mezi 18-50 lety, 100 % žen mezi 51a více lety, 100 % mužů mezi 18-50 lety a 100 % mužů mezi 51a více lety. Variantu „diabetes dětí a mladých lidí“ uvedlo 24,24 % žen mezi 18-50 lety, 9,63 % žen mezi 51a více lety, 9,52 % mužů mezi 18-50 lety a 5,43 % mužů mezi 51a více lety. Tuto možnost neuvedlo 75,75 % žen mezi 18-50 lety, 90,36 % žen mezi 51a více lety, 90,47 % mužů mezi 18-50 lety a 94,56 % mužů mezi 51a více lety. Variantu „diabetes těhotenský“ uvedlo 33,33 % žen mezi 18-50 lety, 8,43 % žen mezi 51a více lety, 9,52 % mužů mezi 18-50 lety a 7,60 % mužů mezi 51a více lety. Tuto alternativu neuvedlo 66,66 % žen mezi 18-50 lety, 91,56 % žen mezi 51a více lety, 90,47 % mužů mezi 18-50 lety a 92,39 % mužů mezi 51a více lety. Lebl, Průhová et al (**28**) udávají, že diabetes 1. typu vzniká nejčastěji u dětí a mladých dospělých. Obvykle se projeví do 40 let. Bělobrádková a Brázdová (**3**) tvrdí, že DM 2. typu vzniká nejčastěji po 40. roce života a bývá označován jako diabetes dospělého věku. Dále obě autorky udávají existenci textačního typu, který se vyskytuje u 3-6% těhotných žen a po porodu mizí. Svým charakterem se blíží diabetu 2. typu.

Otázka č. 11 byla zaměřena na ovlivnitelnost diabetu léčbou. 89,79 % žen mezi 18-50 lety, 96,55 % žen mezi 51a více lety, 96,66 % mužů mezi 18-50 lety a 94,87 % mužů mezi 51a více lety uvedlo, že DM lze léčbou ovlivnit. Variantu nelze léčbou ovlivnit udalo 10,20 % žen mezi 18-50 lety, 3,44 % žen mezi 51a více lety, 3,33 % mužů mezi 18-50 lety a 5,12 % mužů mezi 51a více lety. Bělobrádková a Brázdová (**3**) udávají různé alternativy léčby dle aktuálního stavu pacienta.

V otázce č. 12 měli respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že DM lze léčbou ovlivnit zaškrtnout možné alternativy léčby. 100 % žen mezi 18-50 lety, 100 % žen mezi 51a více lety, 100 % mužů mezi 18-50 lety a 100 % mužů mezi 51a více lety udalo

variantu léčby dietou. 100 % žen mezi 18-50 lety, 100 % žen mezi 51 a více lety, 100 % mužů mezi 18-50 lety a 100 % mužů mezi 51 a více lety udalo, že DM lze léčit speciálními léky. 100 % žen mezi 18-50 lety, 100 % žen mezi 51 a více lety, 100 % mužů mezi 18-50 lety a 100 % mužů mezi 51 a více lety uvedlo, že DM lze léčit dodáním inzulínu. Možnost léčit diabetes mellitus fyzickou zátěží však neuvedl žádný z respondentů. Zarážející je, že tuto variantu neuvedli ani respondenti-diabetici. Pravděpodobně jí není přikládán takový význam jako v případě ostatních variant. Odborná literatura udává, že chorobu je možno léčit dietními opatřeními, perorálními antidiabetiky, inzulínem a fyzickou zátěží.

Otázka č. 13 byla zaměřena na názory veřejnosti, které se týkaly výskytu komplikací. 22,44 % žen mezi 18-50 lety, 13,30 % žen mezi 51 a více lety, 46,66 % mužů mezi 18-50 lety a 9,61 % mužů mezi 51 a více lety uvedlo, že při výskytu DM se komplikace nevyskytují. 77,55 % žen mezi 18-50 lety, 81,28 % žen mezi 51 a více lety, 53,33 % mužů mezi 18-50 lety a 89,74 % mužů mezi 51 a více lety uvedlo, že v případě výskytu DM se mohou komplikace objevit. Variantu o komplikacích nevím uvedlo 5,41 % žen mezi 51 a více lety a 0,64 % mužů mezi 51 a více lety. Rybka et al (33) udává, že v případě diabetu se vyskytují komplikace akutní a komplikace mikrovaskulární.

V otázce č. 14 bylo úkolem respondentů, kteří uvedli, že v případě DM se komplikace mohou vyskytnout tyto komplikace jmenovat. Akutní komplikace, kam řadíme hypoglykémii a diabetickou ketoacidózu neuvedl žádný z respondentů. Onemocnění nervů uvedlo 73,68 % žen mezi 18-50 lety, 26,06 % žen mezi 51 a více lety, 18,75 % mužů mezi 18-50 lety a 18,57 % mužů mezi 51 a více lety. Neuvedlo je 26,36 % žen mezi 18-50 lety, 73,93 % žen mezi 51 a více lety, 81,25 % mužů mezi 18-50 lety a 81,42 % mužů mezi 51 a více lety. Onemocnění očí uvedlo 73,68 % žen mezi 18-50 lety, 26,06 % žen mezi 51 a více lety, 18,75 % mužů mezi 18-50 lety a 18,57 % mužů mezi 51 a více lety. Onemocnění očí uvedlo 92,10 % žen mezi 18-50 lety, 90,30 % žen mezi 51 a více lety, 87,50 % mužů mezi 18-50 lety a 86,42 % mužů mezi 51 a více lety. Neuvedlo je 7,89 % žen mezi 18-50 lety, 9,69 % žen mezi 51 a více lety, 12,50 % mužů mezi 18-50 lety a 13,57 % mužů mezi 51 a více lety. Onemocnění ledvin uvedlo 92,10 %

žen mezi 18-50 lety, 86,06 % žen mezi 51 a více lety, 93,75 % mužů mezi 18-50 lety a 95 % mužů mezi 51 a více lety. Neuvedlo je 7,89 % žen mezi 18-50 lety, 13,93 % žen mezi 51 a více lety, 6,25 % mužů mezi 18-50 lety a 5 % mužů mezi 51 a více lety.

Otázka č. 15 byla zaměřena na názory veřejnosti ohledně působení choroby na psychický stav pacienta. Variantu působí na psychický stav pacienta uvedlo 85,71 % žen mezi 18-50 lety, 89,65 % žen mezi 51 a více lety, 80 % mužů mezi 18-50 lety a 81,41 % mužů mezi 51 a více lety. Variantu nepůsobí na psychický stav pacienta uvedlo 12,24 % žen mezi 18-50 lety, 6,40 % žen mezi 51 a více lety, 13,33 % mužů mezi 18-50 lety a 14,10 % mužů mezi 51 a více lety. Bělobrádková a Brázdová (3) udávají, že u většiny nemocných se v průběhu onemocnění setkáváme s depresivními stavy. Roli hrají špatné výsledky léčby, strach z komplikací nebo obtížné hledání partnera.

V otázce č. 16 měli respondenti uvést svůj názor na nejčastější obavy pacientů-diabetiků. 83,67 % žen mezi 18-50 lety, 66,99 % žen mezi 51 a více lety, 93,33 % mužů mezi 18-50 lety a 86,53 % mužů mezi 51 a více lety uvedlo variantu hypoglykémie.

Otázka č. 17 byla zaměřena na poskytnutí první pomoci v případě výskytu hypoglykémie. 87,75 % žen mezi 18-50 lety, 90,64 % žen mezi 51 a více lety, 100 % mužů mezi 18-50 lety a 87,17 % mužů mezi 51 a více lety uvedlo podání cukrů. 12,24 % žen mezi 18-50 lety, 9,35 % žen mezi 51 a více lety, 20 % mužů mezi 51 a více lety uvedlo podání speciálních léků. Odborná literatura udává, že základním opatřením je podání kostek cukru.

V otázce č. 18 měli respondenti uvést, jaké zdroje informací týkající se diabetu lze nalézt v místě jejich bydliště. Diabetologickou poradnu v místě bydliště uvedlo 31 žen mezi 18-50 lety (26 %) a 87 žen mezi 51 a více lety (74 %). Všechny tyto respondentky žijí ve městě. Existenci diabetologické poradny ve městě udalo 14 mužů mezi 18-50 lety (13 %) a 90 mužů mezi 51 a více lety (87 %). Z osob žijících na vesnici neuvedl tuto variantu nikdo z dotazovaných.

Knihovnu s dostupnou lékařskou literaturou uvedlo 39 žen mezi 18-50 lety (29 %) a 94 žen mezi 51 a více lety (71 %). Tyto respondentky žijí ve městě. 21 mužů mezi 18-50 lety (17 %) a 101 mužů mezi 51 a více lety (83 %) uvedlo existenci knihovny s dostupnou lékařskou literaturou v jejich městě. Knihovnu s dostupnou lékařskou

literaturou uvedlo 23 žen mezi 51 a více lety (100 %) žijících na venkově. Z mužů žijících na vesnici uvedlo tuto variantu 7 mužů mezi 18-50 lety (33 %) a 14 mužů mezi 51 a více lety (67 %). Variantu dostupný internet, kde je možné také najít aktuální informace týkající se diabetu uvedlo 39 žen mezi 18-50 lety (29 %) a 94 žen mezi 51 a více lety (71%). Tyto respondenty žijí ve městě. Dostupný internet udalo 21 mužů mezi 18-50 lety (17 %) a 101 mužů mezi 51 a více lety (83 %) žijících ve městě. Dostupný internet udalo 43 žen mezi 18-50 lety (83 %) a 9 žen mezi 51 a více lety (17 %) žijících na vesnici. Dostupný internet udalo 20 mužů mezi 18-50 lety (43 %) a 27 mužů mezi 51 a více lety (57 %). Tito muži žijí na vesnici. Možnost absolvovat lékařské přednášky např. na téma diabetes uvedlo 24 žen mezi 18-50 lety (28 %) a 63 žen mezi 51 a více lety (72 %). Tyto ženy žijí ve městě. Stejnou variantu uvedlo 11 mužů mezi 18-50 lety (13 %) a 74 mužů mezi 51 a více lety (87 %). Tito respondenti žijí ve městě. Možnost absolvovat lékařské přednášky neuvedl z respondentů žijících na vesnici nikdo.

6. Závěr

Výzkumné šetření prokázalo, že osoby starší 50 let jsou o diabetu informovány lépe než osoby mladšího věku. Domnívám se, že tento fakt svědčí o tom, že tyto osoby se o danou problematiku zajímají více. Svou roli bezesporu hrají média i dostupné statistiky, které informují o stoupajícím počtu pacientů-diabetiků. Mladí lidé, kteří nemají žádné potíže tuto skutečnost ignorují. Problém se jich dotkne jen v případě, že onemocní někdo z blízkého okolí.

Rovněž osoby žijící na vesnici mají podle výsledků šetření horší přístup k informacím týkajících se diabetu než osoby žijící ve městě. Nefungují zde diabetologické poradny a není ani možnost účasti na lékařských přednáškách.

Vzhledem ke zjištěným nedostatkům bych navrhovala:

1. Zvýšení informační kampaně týkající se diabetu

Informační kampaň by měla být zaměřena především na mladší generaci. Vzhledem k faktu, že diabetes mellitus patří rovněž mezi frekventovaná onemocnění dětského věku, považovala bych za vhodné seznámit s jeho problematikou již žáky navštěvující základní školu včetně poskytování první pomoci při hypoglykémii.

2. Seznámení s problematikou prostřednictvím praktických lékařů

Rovněž praktičtí lékaři by měli při sběru anamnézy pozorně naslouchat především v případě, kdy pacient udává subjektivní potíže typické pro diabetes. Zvýšená pozornost je nutná především v případě dětí a mladých lidí, kteří varovným příznakům často nevěnují pozornost.

3. Pořádání lékařských přednášek

Ve větších městech mají občané více příležitostí navštěvovat lékařské přednášky s různou tematikou včetně problematiky diabetu. Informační letáky o jejich konání bych doporučila umístit rovněž do přilehlých obcí, pokud v nich tato možnost chybí.

4. Možnost návštěvy diabetologické poradny na vesnicích

Domnívám se, že obce s vyšším počtem obyvatel jsou v tomto případě velmi znevýhodněny. Myslím si, že diabetologická poradna by byla jistě častým místem návštěv v případě, že by měla na starosti větší spádové území s návštěvností lékaře-diabetologa alespoň jednou týdně.

Když jsem začala psát diplomovou práci, bylo mým cílem zjistit, do jaké míry je česká veřejnost informována o problematice diabetu. V první části jsem seznámila čtenáře s diabetem a jeho komplikacemi. Zdůrazněn je také psychologický a sociální aspekt diabetu. Ve výzkumné části jsem zjišťovala míru informovanosti veřejnosti o této chorobě.

Impulsem k napsání diplomové práce na toto téma byl příběh, který se stal mému známému-diabetikovi. Součástí dotazníkového šetření byla také otázka zaměřená na poskytnutí první pomoci při hypoglykémii. Ačkoli většina respondentů uvedla podání cukrů, domnívám se, že v reálné situaci by reagovala bez povšimnutí. Přitom k poskytnutí pomoci v této situaci by stačila špetka odvahy a ochota pomoci bližnímu.

7. Klíčová slova

DM-diabetes mellitus

IDDM-insulin-dependentní diabetes mellitus

NIDDM-non-insulin-dependentní diabetes mellitus

PAD-perorální antidiabetika

Insulinoterapie

Selfmonitoring

Edukace

8. Seznam použité literatury

1. *About type 2 Diabetes*. [online]15.4.2007 [cit.2009-1-9] Dostupné z: [//http://www.diabetes.com/about-type-2-diabetes/about-tyope-2-diabetes.html](http://www.diabetes.com/about-type-2-diabetes/about-tyope-2-diabetes.html)
2. Bartoš, V. Pelikánová, T.*Praktická diabetologie*. 3. vydání. Praha: Maxdorf, 1996.376s. ISBN 80-85800-31-4
3. Bělobrádková, J. Brázdová, L. *Diabetes mellitus*. NCO NZO, 2006. 161 s. ISBN 80-7013-446-1
4. *Co je diabetes mellitus (cukrovka)?*[online] 15.4.2007 [cit.2009-2-8] Dostupné z: [http:// www. mte.cz/cukrovka-diabetes.htm](http://www.mte.cz/cukrovka-diabetes.htm)
5. *Cukrovka= Diabetes mellitus* [online]. 21.1.2000 [cit.2009-3-14] Dostupné z: [http://nemoci.doktorka.cz/cukrovka _=-diabetes_mellitus](http://nemoci.doktorka.cz/cukrovka_-diabetes_mellitus)
6. *Cukrovka-hrozba budoucnosti*. [online] .[cit.2008-03-01]. Dostupné z [http:// dia.abecedazdravi.cz/ cukrovka-hrozba-budoucnosti](http://dia.abecedazdravi.cz/cukrovka-hrozba-budoucnosti)
7. *Cukrovka neboli Diabetes mellitus*. .[online]5.4.2007 [cit. 2009-3-17]. Dostupné z:<http://www.milota.com/clanek/45Cukrovka-neboli-Diabetes-mellitus.htm>
- 8.*Diabetes-cukrovka-nemoci*. [online]10.4.2008[cit.2008-04-03]Dostupné z <http://www.potravinova-alergie.info>
9. *Diabetes mellitus*. [online] 8.3.2009 [cit. 2009-9-3] Dostupné z: [http:// cs. Wikipedia.org/wiki/diabetes_mellitus](http://cs.wikipedia.org/wiki/diabetes_mellitus)
10. *Diabetes mellitus*. [online] 6.5.2007 [cit. 2009-2-5] Dostupné z: [http:// diabetes_mellitus.navajo.cz/](http://diabetes_mellitus.navajo.cz/)

11. *Diabetes mellitus II. typu.* [online] 29.10.2008 [cit. 2009-3-1] Dostupné z: www.lekari-online.cz/vnitri-lekarstvi/zakroky/diabetes-mellitus-II-typu
12. *Diabetes mellitus (klasifikace+komplikace).* [online] 25.5.2008 [cit. 2009-3-4] Dostupné z: <http://studenti-studentum.blogspot.com/2007/08/diabetes-mellitusklasifikacekomplikace.html>
13. *Diabetes mellitus I. typu.* [online] 4.10.2007 [cit. 2008-11-5] Dostupné z: <http://www.diacentrum.cz/index.php?option=kontent a task=view a id=39 a Itemid=48>
14. *Diabetes I. typu.* [online]19.6.2008 [cit. 2009-1-4] Dostupné z: <http://www.cukrovkar.cz/deti/diabetes-1.-typu.html>
15. *Diabetes mellitus I.typu.*[online]. [cit. 2008-01-02]. Dostupné z <http://dia.abecedazdravi.cz/>
16. *Diabetes mellitus* .[online] 23.10.2007 [cit.2008-10-6]. Dostupné z:<http://www.odmaturuj.cz/medicina/diabetes-mellitus-2/>
17. *Diabetes mellitus.* .[online] 12.3.2009 [cit. 2009-3-15]. Dostupné z: [http:// en.Wikipedia.org/ wiki/Diabetes](http://en.Wikipedia.org/wiki/Diabetes)
18. *Diabetes mellitus-tři pohledy na nemoc.*[online] 25.5.2008 [cit. 2008-01-03]. Dostupné z [.http:// dia.abecedazdravi.cz](http://dia.abecedazdravi.cz)
- 19.*Diabetes mellitus* . [online] 8.6.2007 [cit.2009-3-18]. Dostupné z: <http://www.zdravi4u.cz/view.php?cislocclanku=2007060801>

20. *Diabetes Symptoms*. [online] 3.4.2007 [cit.2009-1-10]. Dostupné z: http://www.emedicinehealth.com/diabetes/page_3-em.htm
21. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-7066-822-9
22. Gulaková, D., Rusová, A. *Diabetes mellitus 1.typu*. [online] 23.1.2009 [cit. 2009-3-18]. Dostupné z: <http://www.mladazena.cz/scripts/detail.php?id=400632>
23. Jirkovská ,A. et al. *Jak (si) léčit a kontrolovat diabetes*. 1. vydání. Svaz diabetiků ČR, 2003. 242 s.
24. Klener, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vydání. Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-430
25. Kozlová, L. *Některé základní problémy sociologického výzkumu*. In Kontakt. Č. 1. Č. Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000, roč. //, s. 41-44 ISSN 1212-417
26. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0
27. Křížová, J. *Cukrovka _DIABETES MELLITUS*. [online] 14.3.2005 [cit. 2009-3-14].
Dostupné z :<http://www.ordinace.cz/clanek/cukrovka-diabetes-mellitus>
28. Lebl, J. et al. *Abeceda diabetu*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2004. 183 s. ISBN 80-73450-22-4

29. Mehnert, H. Standl, E. *Rukověť pro diabetiky*. 5. vydání. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1994. 259 s. ISBN 80-85612-44-5
30. Páv, J. *Klinická diabetologie*. Praha: Avicenum, 1988. 356 s. ISBN 08-005-88
31. Pera, H. Weinert, B. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 1996. 199 s. ISBN 80-7021-152-0
32. Perušičová, J. *Aktuality v diabetologii*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 130s. ISBN 8072621920
33. Rybka, J. *Diabetes mellitus-komplikace a přidružená onemocnění*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s. , 2007. 317 s. ISBN 978-80-247-1671-8
34. Rybka, J. *Diabetologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 283 s. ISBN 80-247-1612-7
35. Schmidtová, S. Cukrovka-diabetes mellitus. [online] 26.1.2009 [cit. 2009-3-17]. Dostupné z: [http:// www.viviente.cz/cukrovka-diabetes-mellitus/](http://www.viviente.cz/cukrovka-diabetes-mellitus/)
36. Svačina , Š. *Trendy soudobé diabetologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 225 s. ISBN 80-7262-359-1
37. Urbánek, J. *Co je to diabetes mellitus*. [online] 25.4.2008 [cit.2009-3-2]. Dostupné z: http://www.dia-urbanek.cz/co_je_mellitus.html
38. Šácha, P. *Diabetes mellitus I typu*. [online] 24.4.2007 [cit. 2008-5-3]. Dostupné <http://www.celostnimediceina.cz/diabetesúdiabetes-mellitus-I typu.htm>

39. Zach,P. *Náhlé stavy při cukrovce*. [online] 24.4. 2006 [cit.2009-3-17]. Dostupné z: [http://www.prvni-pomoc.com/view.php?navezclanku=nahle-stavy-při-cukrovce-diabetes-mellitus a cislocclanku=2006110002](http://www.prvni-pomoc.com/view.php?navezclanku=nahle-stavy-při-cukrovce-diabetes-mellitus&cislocclanku=2006110002)

9. Přílohy

DOTAZNÍK

Vážený klienti, jmenuji se Kateřina Knížová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Tento dotazník je součástí mé diplomové práce na téma: Informovanost veřejnosti o diabetu mellitu. Dotazník je anonymní a Vašich údajů tedy nebude zneužito. Zvolenou odpověď (odpovědi) prosím označte kroužkem event. doplňte písemně.

1. Jste: a) muž
b) žena
2. Kdy jste se narodil/a? Uveďte prosím rok narození
3. Nejvyšší dosažené vzdělání:
 - a) základní
 - b) vyučen (a)
 - c) středoškolské
 - d) vysokoškolské
4. Bydliště:
 - a) město
 - b) vesnice
5. Jste diabetik
ANO NE
6. Myslíte si, že patří mezi příčiny vzniku diabetu (lze zaškrtnout i více možností)
 - a) stres
 - b) nedostatek odpočinku
 - c) špatná životospráva
 - d) dědičné faktory
7. Kterými z níže uvedených potíží trpí podle Vašeho názoru pacienti-diabetici? Lze zaškrtnout i více možností
 - a) žízní
 - b) nadměrným močením
 - c) hubnutím
 - d) únavou
 - e) poruchami potence

8. Chorobu je dle vašeho názoru možno diagnostikovat....Lze zaškrtnout více variant

- a) pomocí vyšetření moči
- b) pomocí vyšetření hladiny cukru v krvi
- c) jiné, prosím uveďte

9. Existují podle Vás různé typy diabetu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) doposud jsem o nich neslyšel (a)

10. V případě , že jste na předchozí otázku (č.9) odpověděl(a) kladně, dokázal/a byste některé typy diabetu vyjmenovat?

11. Diabetes mellitus je podle Vašeho názoru:

- a) choroba, která nelze léčbou ovlivnit
- b) choroba, kterou lze léčbou ovlivnit
- c) jiné, prosím uveďte

12. V případě, že jste u předchozí otázky (č.11) uvedl (a) variantu „B“, lze podle Vašeho názoru diabetes léčit.....

Lze zaškrtnout více variant

- a) dietou
- b) speciálními léky
- c) dodáním inzulínu (léku, kterého je u diabetu nedostatek)
- d) fyzickou zátěží

13. V případě výskytu diabetu se:

- a) nikdy komplikace nevyskytují
- b) mohou se komplikace objevit
- c) o žádných komplikacích nevím

14. V případě, že jste u předchozí otázky (č.13) uvedl(a) variantu „B“, uveďte prosím, které komplikace máte na mysli

15. Diabetes mellitus je choroba, která podle Vašeho názoru:

- a) působí mimo jiné na psychický stav pacienta
- b) nepůsobí na psychický stav pacienta
- c) o působení na psychiku pacienta jsem nepřemýšlel(a)

16. Pacienti-diabetici mají podle Vašeho názoru nejčastěji obavy z:

- a) hypoglykémie(snížená hladina cukru v krvi)
- b) nezvládnutí léčby
- c) jiné, prosím uveďte

17. V případě výskytu hypoglykémie(snížená hladina cukru v krvi) je základním opatřením v rámci první pomoci:

- a) podání cukrů
- b) podání speciálních léků
- c) jiné, prosím uveďte

18. Je v místě Vašeho bydliště

a) diabetologická poradna

ANO NE

b) knihovna s dostupnou lékařskou literaturou

ANO NE

c) dostupný internet

ANO NE

d) možnost absolvování lékařských přednášek (např. na téma diabetes)

ANO NE

Tabulka č.1 Vývoj počtu léčených osob s komplikací diabetu

Rok	Diabetická						
	nefropatie		retinopatie			noha	
	Celkem	z toho	Celkem	z toho		celkem	z toho
		s renální insuficiencí		proliferativní	slepota		s amputací
1988	20 322	2 961	37711	5 324	881		
1989	23 578	3 204	41 445	5 677	949		
1990	24 258	3 474	43 795	6 093	1 004		
1991	25 875	3 893	44 754	6 099	1 091		
1992	26 430	4 102	44 732	8 383	1 156		
1993	26 207	5 121	47 437	9 073	1 321	40 444	4 185
1994	28 679	6 527	51 563	10 104	1 381	43 064	4 503
1995	34 583	7 924	60 243	12 316	1 634	37 893	4 578
1996	37 040	9 058	64 058	12 676	1 973	36 959	4 970
1997	40 189	9 981	64 735	13 488	1 887	40 207	5 266
1998	43 549	11 363	67 808	13 648	1 925	42 770	5 465
1999	44 407	12 872	70 192	15 145	2 462	40 159	5 637
2000	48 317	13 925	73 861	16 097	2 097	37 764	5 865
2001	51 418	14 862	74 437	16 032	2 135	36 725	6 118
2002	56 486	16 730	78 494	16 977	2 222	38 166	6 743
2003	59 811	18 372	81 085	17 206	2 263	37 971	7 029
2004	63 067	19 265	84 077	18 644	2 364	39 753	7 444
2005	66 534	20 864	79 182	17 407	2 169	38 090	7 303
2006	69 842	21 906	86 527	20 339	2 429	41 328	7 834
2007	73 954	24 196	88 315	20 902	2 335	42 337	7 853

Zdroj: ÚZIS

Tabulka č. 2 Vývoj počtu diabetiků

Vývoj počtu diabetiků	1980	1985	1990	1995	2000
Počet osob léčených na začátku roku	302 133	390 555	461 785	549 598	631 573
Počet nově zjištěných onemocnění	41 247	45 208	59 737	43 831	52 649
Počet úmrtí za období	18 152	23 292	26 045	19 637	22 852
Počet osob léčených na konci roku	317 144	396 007	479 125	552 236	654 164

Vývoj počtu diabetiků	2003	2004	2005	2006	2007
Počet osob léčených na začátku roku	666 737	687 772	704 164	728 323	728 178
Počet nově zjištěných onemocnění	56 683	54 303	56 545	56 311	56 398
Počet úmrtí za období	24 603	23 725	23 326	23 521	22 869
Počet osob léčených na konci roku	686 865	712 079	739 305	748 528	754 961

Zdroj: ÚZIS