

# **PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ**

Studijní program:  
**Sociální politika a sociální práce**

Studijní obor:  
**Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Forma studia:  
**Kombinovaná**

Diplomová práce

**Kvalita života u diabetiků**  
**Quality of life of diabetic patients**

**Bc. Jaroslava Mrkvičková**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.**

Praha 2008

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu práce panu doc. PhDr. Janu Srncovi, CSc., za velmi obětavou pomoc a čas, jeho podnětné rady a zájem, se kterým se mi během konzultací věnoval.

Děkuji také panu rektorovi PhDr. Jiřímu Růžičkovi za možnost studia na této vysoké škole, které mi je velkým přínosem pro mou práci ve zkvalitňování péče o pacienty.

Velký dík patří také i všem přednášejícím se kterými jsem měla tu čest se setkat a být přítomna na jejich přednáškách.

Poděkování patří také paní Haně Králové a paní Darje Vávrové ze studijního oddělení, které mi pomáhaly svým vstřícným přístupem orientovat se ve studijní problematice.

Dále děkuji PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za vstřícný přístup a rady, vrchní sestře Kliniky diabetologie IKEM Vendulce Škvařilové za pomoc při sběru dat a PhDr. Věře Lánské za pomoc při jejich zpracování.

Děkuji všem, kteří svými cennými radami přispěli ke vzniku mé diplomové práce.

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne: .....

.....

# OBSAH

## I. TEORETICKÁ ČÁST

Úvod .....	7
<b>1. Historie diabetu .....</b>	<b>8</b>
1.1. Co je diabetes .....	9
1.2. Léčba .....	10
1.3. Akutní komplikace.....	12
1.3.1. Hypoglykémie .....	12
1.3.2. Hyperglykémie .....	12
1.3.3. Ketoacidóza .....	12
1.3.4. Diabetické hyperglykemické kóma.....	13
1.4. Chronické komplikace .....	13
1.4.1. Specifické komplikace diabetu.....	13
1.4.2. Nеспецифické komplikace diabetu .....	13
<b>2. Psychické problémy diabetiků .....</b>	<b>14</b>
2.1. Diagnóza – jak se s ní vyrovnat .....	14
2.2. Rodina .....	16
2.3. Láska .....	17
2.4. Zaměstnání .....	19
2.5. Transplantace .....	20
<b>3. Psychosociální problémy a psychopatologické stavy u pacientů s diabetem .....</b>	<b>21</b>
3.1. Diabetes mellitus z psychosociálního hlediska .....	22
3.2. Deprese .....	23
3.3. Problémy příjmu potravy .....	23
3.4. Léčebné možnosti psychopatologických stavů.....	24
<b>4. Sainvincentská deklarace .....</b>	<b>24</b>
4.1. Práva a povinnosti diabetiků .....	25
4.2. Program edukace .....	25
<b>5. Kvalita života .....</b>	<b>26</b>
5.1. Co je kvalita života .....	27
5.2. Zdraví a kvalita života .....	28
5.3. Nemoc a kvalita života .....	29
<b>6. Práce sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení .....</b>	<b>31</b>
6.1. Legislativa .....	32
6.2. Práce s pacientem .....	32
6.3. Práce s rodinou .....	33
<b>7. Dobrovolníci v nemocnici .....</b>	<b>34</b>
7.1. Cíle dobrovolnické práce .....	34

<b>8. Metodologie výzkumu .....</b>	<b>34</b>
8.1 Kvantitativní výzkum .....	35
8.2. Kvalitativní výzkum .....	36
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. Vlastní výzkum .....</b>	<b>38</b>
1.1. Cíle výzkumu .....	38
1.2. Kladené otázky .....	38
<b>2. Metody výzkumu .....</b>	<b>38</b>
2.1. Dotazníky.. .....	39
2.2. Analýza lékařské a ošetrovatelské dokumentace .....	39
2.3. Charakteristika výzkumného vzorku .....	40
<b>3. Postup a organizace výzkumu .....</b>	<b>40</b>
<b>4. Základní údaje o skupině respondentů .....</b>	<b>40</b>
<b>5. Výsledky výzkumu .....</b>	<b>43</b>
5.1. Zjištěné údaje z dotazníku WHOQOL-BREF .....	44
5.2. Výsledky hrubých skóru .....	64
<b>6. Diskuse .....</b>	<b>67</b>
<b>7. Závěr .....</b>	<b>69</b>
<b>8. Literatura .....</b>	<b>71</b>
Seznam zkratk.....	74
Seznam grafů.....	75
Seznam příloh .....	77
<b>9. Anotace.....</b>	<b>86</b>
Abstract.....	87

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## Úvod

Pracuji ve zdravotnickém zařízení a řadu let jsem pracovala jako zdravotní sestra u lůžka na Klinice diabetologie v Institutu klinické a experimentální medicíny. V současné době pracuji ve stejném zdravotnickém zařízení, ale na jiné pozici, ze které mohu řadu věcí ovlivnit, změnit. Péče o pacienty mi není lhostejná a díky studiu na této vysoké škole se obohatil můj přístup při řešení různých životních situací u pacientů, pohled na nemoc a na pacienta.

Diabetes mellitus lidově nazýván cukrovka je epidemií nové doby. Je skupinou nemocí, jejíž incidence narůstá nejen v České republice ale celosvětově. Podle statistik bylo v roce 1975 v České republice hlášeno asi 234 tisíc diabetiků, v roce 1998 jich bylo 609 tisíc. Je to nárůst na 260% proti roku 1975. V roce 2010 lze v České republice očekávat, bude-li dosavadní trend pokračovat, 800 tisíc diabetiků.

Tak jak narůstá výskyt onemocnění, tak narůstají i počty diabetiků u kterých se vyskytly a rozvinuly pozdní následky onemocnění – chronické komplikace. Tyto narůstající počty chronických komplikací vedou nejen ke snížení kvality života diabetiků, ale mnohdy i ke zhoršenému pracovnímu uplatnění a také ke zvyšujícím se ekonomickým nárokům na péči o tuto skupinu obyvatelstva.

Ve své diplomové práci se zabývám mnohokrát diskutovanou a zkoumanou problematikou kvality života diabetiků a s tím spojených dalších problémů v jejich životě.

I když se IKEM řadí mezi špičková pracoviště, ve kterém se úspěšně provádějí transplantace orgánů u diabetiků a i další lékařská a ošetrovatelská péče je na vysoké úrovni, zaměřila jsem svou diplomovou práci na tuto problematiku abych zjistila, zda je následná naše péče o tyto pacienty také tak kvalitní a zda naše odborná a sociální péče má pozitivní vliv na ohroženou kvalitu jejich života.

Hlavním cílem mé práce je zjistit kvalitu života našich nemocných a na základě výsledků případně navrhnout opatření, která by vedla ke zlepšení péče o tyto pacienty.

# 1 Historie diabetu

„Nejstarší písemné záznamy o cukrovce máme ze starého Egypta a později i ze starého Řecka, Říma, z arabských zemí, z Indie a z Číny“.<sup>1</sup>

Diabetes mellitus – úplavice cukrová je onemocnění, o kterém jsou písemné doklady staré již 3 500 let. Tehdy v papyru, který byl později nazván Ebersovým, můžeme najít jasnější popis nemoci. Na vrcholu starověké medicíny byl diabetes nemocí, která již dostala své jméno. Tím, který ji toto jméno dal, byl řecký lékař Aretaitos z Cappadocie (30-90 n.l.), která se nachází v Malé Asii na území dnešního Turecka. Tento řecký lékař nazval poprvé nemoc diabetes. Termín pochází z řeckého protékat nebo odtékat. V názvu je použit jeden z hlavních příznaků neléčené cukrovky – časté močení. O diabetu se zmiňuje i klasik starověké medicíny Celsus. V moderní historii diabetu je důležitá postava francouzského fyziologa Claudie Bernarda, který žil v 19. století. V roce 1855 popsal vztah mezi diabetem, játry a nervovým systémem a tím vlastně upozornil na význam krevního cukru. Nedlouho potom, v roce 1869 popsal student berlínské lékařské fakulty Paul Langerhans zvláštní ostrůvky ve tkáni slinivky břišní. Tehdy vůbec netušil, jaký význam mají. Okolo roku 1889 provedli ve Strasburgu mladí lékaři Oskar Minkowski a Joseph von Mering odejmutí slinivky břišní pokusnému psovi. U psa došlo k vydatnému močení a v moči byla prokázána glukóza. Tehdy byl poprvé spojen vznik diabetu s onemocněním slinivky břišní. Krátce poté bylo prokázáno, že cukrovka se týká poruchy vnitřní sekrece slinivky břišní.

V roce 1909 Jean de Meyer objevil hormon, který snižuje množství cukru v krevním řečišti a nazval jej inzulín. Teprve v roce 1921 se podařilo mladému ortopedovi a studentu medicíny Bestovi získat první inzulín z pankreatu psa, který snižoval hladinu cukru v krvi. Brzo po jeho izolaci zachránil život třináctiletému Leopardu Thomsonovi. První výsledek však nebyl nijak povzbudivý. Teprve další aplikace kvalitnějšího preparátu vedly k očekávanému úspěchu. Tím byla účinnost inzulinu prokázána a inzulín byl v krátké době rozšířen po celém světě.

Do objevení inzulinu bylo onemocnění diabetes mellitus I. typu jednoznačně onemocněním smrtelným. Nemocní, často děti a mladí lidé, umírali do několika měsíců po

---

<sup>1</sup> KOPECKÝ, A. *Dějiny cukrovky*. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR, 2000, s.8.



stanovení diagnózy na diabetické kóma. Tato beznaděj byla po objevu inzulínu vystřídána obrovskou nadějí. Inzulínová éra dovoluje dlouhý život všem, kteří jsou závislí na aplikaci inzulínu a kteří by rozhodně před rokem 1921 zemřeli. První použití inzulínu u nás se odehrálo již v roce 1923 v Praze. U lůžka pacienta stáli tehdy tři muži, kteří se stali profesory lékařství a významně přispěli k rozvoji české medicíny. Byl to Jiří Syllaba, tehdy ještě medik a později zakladatel československé diabetologie, Josef Charvát, zakladatel československé endokrinologie a budoucí slavný pediatr Josef Švejcar.

Další rozvoj vědy umožnil rozdělit diabetes na několik základních skupin. Koncem 30. let byla vyvinuta perorální antidiabetika, léky pro léčbu diabetu II. typu. Diabetes mellitus se díky vývoji vědy stal chorobou kterou je možno kompenzovat a přestal být osudovou ranou. Mnoho nemocných žije ještě šedesát let po stanovení diagnózy své nemoci. Přesto je diabetes nemocí chronickou, která se nedá plně vyléčit. Proto se vědci snaží alespoň o co nejdokonalější kompenzaci nemoci a o co nejlepší zamezení pozdních komplikací.

Diabetiků I. typu je v České republice asi 7,5% a téměř 92% tvoří diabetici s cukrovkou II. typu. Pro zvyšující se podíl genetické účasti na rozvoji diabetu svědčí trvalý nárůst incidence v nejnižších věkových kategoriích. Je však také zřejmé, že život podmíněný nesprávnými dietními návyky, snižující se fyzická aktivita a narůstající stresové vlivy se promítají do trendu vývoje diabetu II. typu.

## 1.1. Co je diabetes

Diabetes mellitus – úplavice cukrová se řadí mezi civilizační choroby a je jednou z nejčastějších chorob na světě.

Tímto pojmem rozumíme skupinu chronických metabolických chorob, jejímž základním rysem je hyperglykémie. Příčinou může být buď nedostatek inzulínu (porucha sekrece), nebo nedostatečný účinek inzulínu. Diabetes je provázen komplexní poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin.

Postupně se rozvíjejí v průběhu choroby dlouhodobé cévní komplikace jako je retinopatie (postižení očí), nefropatie (postižení ledvin), neuropatie (postižení nervů), které jsou pro diabetes specifické. Nebo to jsou komplikace pro diabetes nespecifické – urychlená ateroskleróza.

„Mezi klasické příznaky diabetu patří polydipsie, polyurie a noční močení, hubnutí při normální chuti k jídlu, únavnost či přechodné poruchy zrakové ostrosti“.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> PELIKÁNOVÁ, T., BARTOŠ, V. *Diabetes mellitus-minimum pro praxi*. Praha: Triton, 1999, s.11.

Podle příčiny nedostatku inzulínu se diabetes dělí na diabetes I. typu, který je závislý na zevním přívodu inzulínu a na diabetes II. typu, který je na zevním přívodu často nezávislý. Diabetes mellitus I. typu začíná většinou v dětství a dospívání, ale může se projevit v kterémkoli věku. Je to porucha metabolismu sacharidů, jejíž příčinou je nedostatečná nebo chybějící produkce hormonu – inzulínu. Jedná se o tak zvaný inzulín dependentní diabetes mellitus (IDDM), tedy diabetes závislý na inzulínu. Příčina tohoto onemocnění je přičítána genetickým faktorům a autoimunitní reakci organismu. Nemocní jsou doživotně odkázáni na aplikaci inzulínu a dodržování dalších opatření, které by měly vést ke snížení rizik vzniku akutních i pozdních komplikací spojených s tímto onemocněním. Začátek tohoto onemocnění tímto typem diabetu bývá náhlý a dramatický.

Diabetes mellitus II. typu se manifestuje nejčastěji v dospělosti většinou po 40. roce věku. Záchyt tohoto typu diabetu bývá často náhodný, někdy až při rozvoji diabetických komplikací. Jeho vznik podporují vedle vrozené náchylnosti i nadváha, nedostatek pohybu a duševní stresy. V naší populaci tento typ cukrovky převládá. V praxi se setkáváme nejčastěji s diabetes mellitus II. typu, tak zvaný inzulín nondependentní diabetes mellitus (NDIDDM), tedy cukrovkou nezávislou na podání inzulínu. Příčinou poruchy metabolismu sacharidů je v tomto případě nedostatečná produkce inzulínu, nebo produkce inzulínu defektního. K léčbě není většinou zapotřebí zevní dodávání inzulínu, podávají se perorální antidiabetika a pacient musí dodržovat dietní režim.

## **1.2. Léčba**

V současné době je diabetes mellitus dobře léčitelná nemoc. Cílem správné léčby je umožnit pacientovi plnohodnotný, aktivní život, který se co nejvíce kvantitativně i kvalitativně blíží normálu. Cílem dobré léčby je také zpomalit vznik a rozvoj dlouhodobých cévních komplikací. Důležitým faktorem při léčbě je sám pacient. Velmi důležitá je jeho spolupráce a dokonalá znalost své nemoci.

Pro terapii diabetu se užívají tyto základní léčebné prostředky:

- Dieta
- Přiměřená pohybová aktivita
- Perorální antidiabetika
- Inzulinoterapie

## **Dieta**

Každý pacient s diagnostikovaným diabetem musí doživotně dodržovat dietní režim, který je sestaven na základě jeho individuálních potřeb.

„Základem diabetické diety je omezení v přívodu jednotlivých živin, především sacharidů, ale také tuků a bílkovin“.<sup>3</sup>

Tato dieta je významným léčebným prvkem u všech typů diabetu.

Dieta napomáhá lékům k udržení normální hladiny krevního cukru. „Ani tablety, ani inzulín nedokáží udržet optimální hladinu krevního cukru, pokud nebude dodržována diabetická dieta“.<sup>4</sup>

U pacientů s diabetem II. typu spojeného s obezitou je zcela zásadní. U těchto pacientů musí dieta umožňovat redukci hmotnosti.

Cílem dietní léčby je v první řadě zlepšení kompenzace diabetu. Při snaze o toto zlepšení je nutné respektovat kvalitu života. V dietní léčbě je nutné vzít v úvahu individuální zvyklosti pacienta. Monitorování hmotnosti, glykemií, krevních tuků, krevního tlaku a funkce ledvin je předpokladem efektivní léčby. Pokud nedojde k dosažení cílů, je potom nutné upravit dietní léčbu v souvislostech s ostatními léčebnými opatřeními.

## **Pohybová aktivita**

„Pravidelný tělesný pohyb snižuje hladiny krevního cukru a zlepšuje citlivost buněk tělesných tkání na inzulín produkovaný beta buňkami pankreatu u diabetiků II. typu, tak na inzulín aplikovaný do podkoží u diabetiků I. typu“.<sup>5</sup>

I když fyzická aktivita patří k základním pilířům terapie diabetu, je nutné její význam posuzovat diferencovaně.

Při sportu dochází ke snížení hladiny krevního cukru, sport pomáhá udržovat ideální tělesnou hmotnost. Pohyb by měl být pravidelný a pokud možno provozovaný ve stejné intenzitě. Pro diabetiky jsou vhodné sporty s intervalovou zátěží a dobrým okysličením tkání, jako například rychlá chůze, cyklistika, běh, tenis, plavání.

Fyzická aktivita může být kontraindikována, dojde-li, nebo hrozí-li zhoršení komplikací diabetu.

Sportovní aktivita upevňuje pocit radosti ze života, vede k překonávání větších životních překážek a přináší také sebevědomí.

---

<sup>3</sup> ANDĚL, M. *Život s cukrovkou*. Praha: Grada, 1996, s.16.

<sup>4</sup> BARTÁŠKOVÁ, D., MENGEROVÁ, O. *Cukrovka-dieta a rady lékaře*. Čestlice: Medica, 2008, s.36.

<sup>5</sup> ANDĚL, M. *Život s cukrovkou*. Praha: Grada., 1996, s.76.

### **Perorální antidiabetika**

Jsou to syntetické léky určené pro perorální použití v léčbě diabetu II. typu. V praxi se používají sloučeniny sulfonylurey a biguamidů.

### **Inzulinoterapie**

Inzulín se používá standardně k léčbě diabetes mellitus I. typu a k léčbě DM II. typu pokud je terapie pomocí diety, cvičení a perorálních antidiabetik nedostačující.

## **1.3. Akutní komplikace**

Jedná se o náhle vzniklý stav, přímo související s hladinou glukózy v krvi, jež může vést k metabolickému rozvratu a velmi závažným problémům.

### **1.3.1. Hypoglykémie**

Hypoglykémie je snížení hladiny cukru v krvi pod dolní hranici normy., „U nemocných s diabetem vzniká hypoglykémie v souvislosti s absolutním nebo relativním nadbytkem inzulínu v průběhu léčby inzulínem nebo deriváty sulfonylurey“.<sup>6</sup>

Je-li pacient léčen pouze dietou, není těžkou hypoglykemií ohrožen. Senzitivita diabetiků na hypoglykémii je různá. Těžké hypoglykémie mohou vést až k poruchám vědomí a křečím. Za těžkou hypoglykémii považujeme takovou, k jejímuž zvládnutí je zapotřebí jiné osoby.

### **1.3.2. Hyperglykémie**

Hyperglykémie je zvýšení hladiny cukru v krvi nad normu, způsobené akutním nedostatkem inzulínu. Hyperglykémie je často projevem dlouhodobě špatné kompenzace onemocnění, nebo bývá velmi často při odhalení onemocnění.

### **1.3.3. Ketoacidóza**

Vzniká tehdy, když není včas odhalena hyperglykémie. Nedostatek inzulínu v krvi vede k tomu, že cukr nemůže přestupovat z krve do buněk a donutí tak organismus využívat alternativní zdroj energie – tuky. Rozpadem tuků dochází ke vzniku kyselých látek - ketolátek. Tento stav vede k metabolickému rozvratu.

---

<sup>6</sup> PELIKÁNOVÁ, T., BARTOŠ, V. *Diabetes mellitus - minimum pro praxi*. Praha: Triton, 1999, s. 87.

### **1.3.4. Diabetické hyperglykemické kóma**

Jedná se o velmi závažnou komplikaci. Je důsledkem metabolického rozvratu. Tato komplikace vyžaduje vždy hospitalizaci s neustálou kontrolou životních funkcí.

Tato komplikace se vyskytuje již velmi zřídka, ale nemocný je při ní akutně ohrožen na životě. I dnes je bohužel relativně vysoká úmrtnost (až 40%).

## **1.4. Chronické komplikace**

„Diabetes mellitus je chronické onemocnění, které po letech trvání vede k ireverzibilním změnám postihujícím v organismu jednotlivé tkáně. Tyto komplikace jsou spíše pozdními projevy nemoci než komplikacemi v pravém slova smyslu“.<sup>7</sup>

### **1.4.1. Specifické komplikace diabetu**

Jsou to komplikace, které jsou charakteristické pro diabetes a nevyskytují se u žádného jiného onemocnění. Mezi tyto komplikace ovlivňující velmi kvalitu života diabetiků patří postižení ledvin – diabetická nefropatie, postižení očí – diabetická retinopatie a postižení nervů – diabetická neuropatie. Tyto komplikace jsou způsobeny poruchou drobných cév, které nazýváme diabetické mikroangiopatie. Postižené diabetiky těžké formy silně invalidizují a upoutávají na invalidní vozík (diabetická noha) Příčinou je dlouhodobě špatná kompenzace diabetu.

### **1.4.2. Nespecifické komplikace diabetu**

Ty se vyskytují u diabetu poměrně často, ale mohou provázet i řadu jiných onemocnění. Nejsou pro diabetes typické. Mezi tyto komplikace patří makroangiopatie, zvýšený výskyt infekcí.

Tyto chronické komplikace, především cévní komplikace a to jak mikroangiopatie, tak makroangiopatie vedou k narůstající morbiditě a mortalitě diabetické populace. Diabetes se spolu s dalšími poruchami jako je třeba obezita, hypertenze podílí na zvýšeném výskytu cerebrovaskulárních a kardiovaskulárních onemocněních, které jsou u diabetiků častější než u nediabetiků. Výrazné je též u diabetiků postižení dolních končetin, které vede pro diagnózu „diabetické nohy“ k zvyšujícímu se počtu amputací.

---

<sup>7</sup> BARTOŠ,V., PELIKÁNOVÁ,T., a kol. *Praktická diabetologie*. Praha:Maxdorf, 2003 s.211.

## 2 Psychické problémy diabetiků

Psychické problémy vztahující se k onemocnění cukrovkou jsou velmi rozsáhlé. „Lidé, kteří nepoznali starosti a obtíže diabetika, si často myslí, že cukrovka je nemoc přinášející s sebou jen pár nijak nezatěžujících omezení, a k tomu řadu sociálních výhod“.<sup>8</sup>

Pacienti se často cítí takovýmto názorem zaskočení, nepochopení, méněcenní a někdy mají sklony se se svou nemocí doslova ukrývat před ostatními. Mnoha nemocným se nikdy nepodaří přijmout nemoc jako svou součást. Nemocný s cukrovkou ve skutečnosti žije ve stavu neustálého omezování. Od diabetika v podstatě očekáváme, že bude mít ty největší znalosti o své chorobě, že bude vést pravidelný život, bude dodržovat dietu. Při dietě musí omezit či zcela vynechat řadu oblíbených jídel. Také by neměl kouřit, měl by omezit alkohol, měl by pravidelně cvičit. Aplikovat si několikrát denně inzulín a hlídat hladinu cukru v krvi. Odměnou za toto vše je mu pouze přiblížení se kvalitě života, kterou ostatní zdraví jedinci zažívají automaticky bez všech omezení.

„Výzkumy zaměřené na kvalitu života ukazují na tři základní okruhy problémů, psychický stres vázaný na onemocnění, překážky různých aktivit a problémy spojené s jídlem. Tyto problémy nejsou samostatné a izolované, naopak, navzájem se propojují a zpětně ovlivňují celkový stav“.<sup>9</sup>

Psychické problémy jako jsou strach, pocity křivdy, úzkost a vztek mohou nepříznivě ovlivnit průběh onemocnění a léčbu. Stres může velmi zhoršit i celkové zdraví.

### 2.1. Diagnóza – jak se s ní vyrovnat

I přes velké vědecké úspěchy v léčbě diabetu je pro většinu lidí zjištění, že onemocněli cukrovkou doslova „šok“. Jsou vyděšení, naštvaní, přemýšlí, zda se lékař nespletl. „Vždyť mi přece skoro nic není, proč zrovna já“.

Reakce na diagnózu závažného onemocnění dle psychologických pozorování u nemocných probíhají u většiny lidí podobně v několika fázích.

---

<sup>8</sup> JIRKOVSKÁ, A., a kol. *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes*. Praha:Panax, 1999, s.42..

<sup>9</sup> JIRKOVSKÁ, A., a kol. *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes*. Praha:Panax, 1999 s.42.

## **1. Šok**

První fáze je šok, člověk má pocit, že se mu to jen zdá a není to ve skutečnosti pravda.

## **2. Popření**

V druhé fázi si nemocný skutečnost odmítá přiznat, chová se jako by neexistovala. „Nemocný nechce nic vědět a často nerozumně riskuje. To, že diabetes nebolí a není vidět, může tendence k popírání ještě posilovat“.<sup>10</sup>

## **3. Agrese**

V další fázi si nemocný začíná připouštět tuto skutečnost a zmocňuje se ho vztek, proč zrovna on. Svým vztekem vyjadřuje pocit bezmoci a úzkosti. Většinou se ale pacientova agrese ventiluje vůči těm, kdo se mu snaží pomoci a je tudíž nejbližší. Je to rodina, přátelé a v neposlední řadě také zdravotníci.

## **4. Deprese**

Ve čtvrté fázi nastává depresivní reakce. Člověk se uvědomí svou nemoc a její důsledky. Je to určitý předstupeň k přijetí nemoci a k normálnímu chování.

## **5. Přijetí**

Po těchto citových výjevech a reakcích přichází u většiny rozumné a praktické přijetí nemoci. Pacient si již reálně uvědomuje svůj zdravotní stav, omezení i rizika. Cítí zodpovědnost za svůj zdravotní stav. Toto přijetí a vyrovnanost mu umožňuje snažit se žít plnohodnotným životem. Tyto obranné reakce mohou trvat různě dlouho a v průběhu nemoci se mohou vracet. Hlavně v době osobních problémů, nebo při zhoršení zdravotního stavu.

Všechny uvedené reakce jsou přirozené a nesvědčí o žádné duševní poruše. Patří mezi klasické psychologické mechanismy. Není nic zvláštního, pokud se pacient obrátí o radu k odborníkovi, aby se tyto pocity naučil zvládat a regulovat. Existuje však výchozí postoj, jenž je nezbytný pro každou práci s vlastními pocity a s vlastním onemocněním. Je třeba přijmout sám sebe jako plnohodnotného člověka, člověka, který za svou odvahu a ochotu snášet těžší životní úděl, než jeho zdraví spoluobčané, zaslouží ocenění, uznání a úctu. Úcta a uznání k vlastnímu bytí není narcistická sebeláska, ale nutná podmínka kvalitního života.

Jak se s touto diagnózou vyrovnat, není jednoduché a neexistuje jednoduchý návod. Základní nutností je dobrá informovanost. Informovanost nejen nemocného, ale i rodiny,

---

<sup>10</sup> KRAUSOVÁ, Z. *Psychické problémy diabetiků*. Praha: Svaz diabetiků české republiky, 2001, s. 5.

přátel. Nemocný by se měl dovědět co nejvíce o své nemoci a stát se svým osobním expertem na diabetes.

Při tomto onemocnění dochází v životě diabetika ke změnám a je důležité stanovit si reálné cíle. Je potřeba čas a energii na zorganizování si života s diabetem. Podpora okolí, rodiny a kamarádů je v první fázi onemocnění velmi důležitá. Dobré je také zapojit se do různých programů a organizací, které se zabývají pomocí diabetikům. Pozitivní myšlení a sebevědomí je součástí dobrého zvládnání „čerstvého“ onemocnění.

Pouze pacient sám se může rozhodnout, jak přistoupí ke svému životu s diabetem. Musí si zvolit vlastní cestu a uzpůsobit tomu své životní hodnoty a cíle. Je na každém člověku zda jeho život bude radostný a šťastný, nebo naopak nešťastný a zoufalý. Asi každý by měl vědět pro co žije. Stanovení hodnot je jedním z nejdůležitějších vlivů pro utváření vlastního života. Každý z nás pojímá slovo „hodnota života“ různě. Samozřejmě, že je velký rozdíl v hodnotách u zdravého a nemocného jedince. Každý hledá své hodnoty v něčem jiném. V řešení této situace nemusí být nikdo osamocen. Kromě toho, že diabetická poradna pomůže nemocnému v první fázi po zjištění onemocnění, může se pacient na ni obrátit kdykoliv. Pacient by měl využít všech dostupných zdrojů k tomu, aby získal informace potřebné pro optimální uzpůsobení svého života životu s diabetem a aby mohl žít takovým životem, jaký si zvolí.

## **2.2. Rodina**

Rodina hraje v životě diabetika důležitou roli. I ti nejbližší v okolí diabetika si nedokážou úplně představit, jaké to je mít cukrovku a žít s tímto onemocněním. Je tudíž nezbytné si toto uvědomit a zbytečně nechtít od rodiny nemožné. Pokud rodina nemocného podporuje a je solidární, je to ideální stav. „V dobře fungující rodině diabetika drží například často dietu celá rodina“.<sup>11</sup>

V situacích, kde rodina a pacient společně dobře nefungují, mohou nastat některé problémy v soužití a může docházet i k chybám v léčbě.

### **2.2.1. Postoje rodiny**

Většinou má rodina svého blízkého ráda a má o něj starost a chce pro něj udělat to nejlepší. V podstatě ale ve snaze mu pomoci dělá něco, čím mu moc neprospívá nebo čím vyvolá nedorozumění, konflikty. Rodina může nemoc buď bagatelizovat, nebo naopak má

---

<sup>11</sup> KRAUSOVÁ, Z. *Psychické problémy u diabetiků*. Praha: Svaz diabetiků české republiky, 2001 s.19.



nadměrnou úzkost. Někdy může docházet k hyperprotektivnímu chování rodiny. Tam, kde o diabetika pečuje rodina hyperprotektivním způsobem (rozmazluje a příliš se stará, ale zároveň řídí a kontroluje), se dostává pacient do nesvéprávné pozice. Pokud dojde k takovému chování ze strany rodiny, je důležité se tomuto chování postavit, neboť se pacient stává pasivním objektem. Dostane-li se do této role manžel, manželka, je v podstatě opodstatněné se domnívat, že toto manželství dlouho nevydrží.

Rodina může také vystupovat jako příliš úzkostná a opatrná. Pacient se může touto úzkostí „nakazit“ a upadnout do nejistoty a pasivity, nebo může vykazovat přehnaně riskantní chování, že může vše. Mnoho těchto nedorozumění pramení právě z neinformovanosti rodiny. „Chyby a nedorozumění z dobré vůle mají velkou šanci na nápravu, když jsou zúčastnění schopni otevřené komunikace a empatie a jde jim hlavně o zdraví pacienta“.<sup>12</sup>

Bohužel však mohou být ve hře i jiné faktory, například, že diabetes drží rodinu pohromadě, protože jinak by se už dávno rozpadla. Nemoc tak dostane funkci sociálně-psychologickou a je nástrojem psychologických her a manipulací. Jsou to třeba situace, že je manželství před rozchodem a jeden z manželů onemocní. Ten druhý se cítí jako v pasti a partnera „nemůže“ opustit. Také onemocnění dítěte může „držet“ rodinu pohromadě, nebo se syn nemůže odpoutat od nemocné matky. Nemoc v těchto rodinách není jen nemocí, ale stává se nástrojem k nějakému cíli. V těchto situacích je potřebný zásah odborníka psychologa, psychiatra, psychoterapie. Jedním z nejhorších rodinných postojů je, když se rodina o svého nemocného člena nezajímá, odmítá ho, zatěžuje ji. Bývá to obvykle ve vztazích, které nefungovaly dávno před nemocí. Zde se projeví nezralost a nepevnost charakteru partnera nebo bohužel i celé rodiny, která nechce nést zodpovědnost, nechce se starat.

### **2.3. Láska**

Je na světě něco důležitějšího než láska? Je něco důležitějšího pro co by stálo žít? „Významný švýcarský psychiatr Ludvík Binsvanger navázal na filozofii Martina Heideggera, když to co Heidegger nazval lidskou existencí (Dasein) a označil za In – Sorge – Seins, obměnil a na místo péče o starosti postavil do centra života lásku, jak sám vyjádřil, milující pospolitost lidí spojených „pocitem sounáležitosti“.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> KRAUSOVÁ, Z. *Psychické problémy u diabetiků*. Praha: Svaz diabetiků české republiky, 2001, s.20.

<sup>13</sup> FRANKL, V. *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta, 1998, s. 74.

Pokud mluvíme o lásce, tak ta není pudovým vztahem k anonymnímu partnerovi, který by se dal nahradit kýmkoliv, který má stejné vlastnosti jako milovaná osoba. V opravdovém vztahu se s partnerem setkáváme jako s osobou, kterou vždy oslovujeme „Ty“. Znamená to, ale také říci druhému „ano“, tedy pochopit ho nejen s jeho hodnotami v jeho osobitosti a jedinečnosti, ale také tyto jeho hodnoty přijmout.

„Nestačí pohlížet na něj jako na „takového – a – ne jiného“, ale zároveň ho vidět i s možnostmi a nutnostmi jeho bytí, to znamená vidět nejen to, čím skutečně je, ale také všechno to, čím by se stát mohl nebo měl“.<sup>14</sup>

Skutečná a opravdová láska nám dovoluje spatřit člověka reálně, dovoluje možnost předvídat, činí nás jasozřivějšími. Láska je přijetím hodnoty milovaného objektu. V partnerském soužití s diabetikem musí oba partneři vědět na čem jsou, aby se vyhnuly nereálným životním plánům, nepředloženým obavám, zklamáním. Při vážnějším vztahu by měl být partner nemocného diabetem podrobněji do nemoci zasvěcen. V podstatě se řada věcí vyjasňuje až během manželství, ale mnoho plánů a představ jde postupně sladit. Nejlepší je, když nemocný vezme svého partnera ke svému lékaři, který mu zodpoví jeho otázky. Tomuto postupu by se nemocný neměl vyhýbat a bát se, že svou otevřeností partnera odradí. Jestliže partner přijme a zvykne si na nemoc, tak jak si již zvykl nemocný, přijímá ho i s ní. Jestliže ale partner v začátcích vztahu nerespektuje a nesnaží se druhého evidentně přijmout i s nemocí, je dobré si rozmyslet, zda ve vztahu pokračovat.

Co by měl partner **vědět a umět si s tím poradit** při vzájemném soužití:

1. Měl by mít základní informace o diabetu
2. Vědět si rady s hypoglykemií
3. V případě potřeby aplikovat inzulín, glukagon
4. Měl by být informován o otázkách dědičnosti, těhotenství

„Problémy v sexuálním životě diabetiků jsou poměrně časté, zvláště se stoupajícím věkem a s delším trváním diabetu. Mohou postihnout až 30-50% mužů“.<sup>15</sup>

Příčiny mohou být jak tělesné, tak psychické, někdy obojí. Někdy mohou potenci narušit i určité léky. Z psychických příčin to bývá většinou stres, problémy ve vztahu k partnerce, deprese, úzkost. Obecně lze říci, že k postupnému zhoršování erekce vedou tělesné příčiny, zatímco psychické příčiny se projeví náhle.

---

<sup>14</sup> FRANKL, V. *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta, 1998, s. 75.

<sup>15</sup> KRAUSOVÁ, Z. *Psychické problémy u diabetiků*. Praha: svaz diabetiků české republiky, 2001 s. 26.

Psychické i tělesné příčiny impotence se dají léčit. Existuje řada metod, technik. Jedná-li se o psychickou příčinu, je ji možno také odstranit a to psychoterapií nebo léky. Soulad s partnerem a sexuální uspokojení je velmi podstatnou součástí života. U žen s diabetem na rozdíl od mužů nebývá sexuální život výrazněji narušen. Ženy, které se léčí pro diabetes mellitus I. typu, se neliší od ostatních žen. Mají stejnou touhu, porodit a vychovávat zdravé dítě a mají stejnou schopnost dítě počít. Pro tyto ženy i přes velký vývoj vědy na poli gynekologie a porodnictví a diabetologie však stále představuje těhotenství riziko. Těhotenství většinou nevede ke zhoršení diabetu, ani nebývá příčinou vzniku či zhoršení pozdních komplikací diabetu. Platí spíše naopak, že diabetes, který není dostatečně stabilizovaný či neléčené nebo pokročilé pozdní komplikace diabetu mohou být příčinou těhotenských komplikací, které někdy vyústí v ohrožení dítěte. Je zde však jiný problém, a to neplánované těhotenství. Žena, dívka by měla být lékařem informována o možných komplikacích, například otěhotnění v době špatné kompenzace diabetu. Toto těhotenství by mohlo skončit i vrozenou vadou dítěte. Je proto velmi důležité po poradě s lékařem používat vhodnou antikoncepci. V těhotenství musí být sledována i několikrát denně glykémie, která se musí pohybovat v normálních hodnotách, jinak hrozí buď poškození dítěte nebo narození nezralého miminka, které se špatně adaptuje na nové prostředí.

## **2.4. Zaměstnání**

Mnoho psychických problémů jako je stres, deprese nastává u diabetiků při řešení jak dál v pracovní otázce. Nemocní s diabetem, zvláště nemocní léčení inzulínem byli v minulých letech často neoprávněně diskriminováni ve výběru některých povolání. I v současné době je výběr vhodného povolání do určité míry omezen. Pro diabetiky jsou vhodnější zaměstnání, kde je možno dodržovat pravidelný stravovací režim a v průběhu týdne neměnnou aktivitu. Diabetik by neměl být také v práci vystaven nadměrnému psychickému zatížení. Pro diabetiky I. typu, kteří jsou ohroženi hypoglykemií, nejsou vhodné výškové práce a práce, kde by mohli být ohroženi jiní lidé. Naštěstí pracovišť a profesí, která jsou zcela neslučitelná s tímto onemocněním, je minimum. Mnoho pacientů má velké dilema, zda o své nemoci má v práci vůbec říct, a to z důvodů obavy reakce na přijetí „jeho nemoci“ zaměstnavatelem a kolegy. Jedním z důvodů je strach z propuštění a z toho jak „to“ kolegové přijmou. Diabetici na inzulínu by měli v každém případě kolegy a přímého nadřízeného o své nemoci informovat. Informace by se měla podávat postupně, aby ji kolegové stačili zpracovat. Jsou-li požadavky práce a onemocnění neslučitelné, nebo je

pracovní stres takový, že by z toho plynula zdravotní rizika, je změna zaměstnání nutná. Důležité jsou dobré vztahy v zaměstnání, které usnadňují komunikaci a navozují větší pocit jistoty a zázemí.

Při posuzování dlouhodobé snížené pracovní schopnosti či plné invalidity se postupuje přísně individuálně. Závisí zde i velmi na postojích nemocného a typu dosavadního zaměstnání.

## 2.5. Transplantace

„Myšlenka léčit diabetes transplantací je téměř stejně stará jako poznání, že diabetes vzniká v důsledku odstranění pankreatu“.<sup>16</sup>

První pokusy se datují již v roce 1892. Transplantační medicína je rychle rozvíjející se obor. I když má pro nemocné s diabetem ještě velký dluh, neboť se transplantace provádí teprve když už se u nemocného vyvinuly pokročilé změny vyvolané dlouhodobým trváním diabetu, otevírá navzdory tomu dříve netušené možnosti a mění osudy lidí. V současné době se u diabetiků většinou provádí kombinovaná transplantace ledviny a pankreatu. Největším přínosem transplantace pankreatu je významné zlepšení kvality života. Eliminuje se aplikace inzulínu, při kombinované transplantaci pankreatu a ledviny dochází i k eliminaci dialyzační léčby, což znamená zvrát v životě pacienta. Dále je to uvolnění diety a uvolnění dalších omezení v životě. Na zjištění kvality života pacientů po transplantaci bylo provedeno několik studií. Ve studiích hodnotí pacienti kvalitu života po transplantaci jako lepší. Největší zlepšení bylo zaznamenáno v hodnocení psychického stavu. Pacient před transplantací musí samozřejmě projít přípravou, a to nejen po stránce medicínské, ale také po stránce psychické a sociální. Transplantace je pro pacienta velkou životní příležitostí jak co do zlepšení kvality života, ale i co do jeho dalšího „bytí“. Z fenomenologického hlediska by se tato závažná situace dala vyjádřit Heideggerovým „Dasein-pobyť“. „Pobyť je takové jsoucno, jehož bytostnou charakteristikou je to, že mu v jeho bytí jde o toto jeho bytí. Pobyť je, srozumitelněji vyjádřeno, takové jsoucno, jemuž není lhostejné, jak jest: je interesované na svém bytí“.<sup>17</sup>

I když je pacient před výkonem i psychicky připravován, je na něm samém, jak k výkonu přistoupí a jak sám bude snášet další léčbu. Psychická stránka má velký vliv na další léčbu a funkci transplantovaných orgánů. Před transplantací musí pacient také řešit sociální

---

<sup>16</sup> ADAMEC, M., SAUDEK, F. *Transplantace slinivky břišní a diabetes mellitus*. Praha: Galén, 2005 s. 44.

<sup>17</sup> PETŘÍČEK, M. *Úvod do (současné) filosofie*. Praha: Hermann, 1997, s. 71.

problematiku. Úspěšná transplantační léčba může zásadním způsobem zlepšit celkový zdravotní stav, ale neřeší tíživou sociální situaci, která tuto chronickou nemoc provází. Před výkonem je vhodné zkontaktovat sociálního pracovníka. Sociální pracovník by se měl zaměřit na problémy spojené s bydlením, s partnerskými a sousedskými vztahy a finanční situací. Zjistí-li sociální pracovník nějaké problémy, hledá s pacientem vhodné řešení. Důležité pro nemocného je, že ve svém boji s nemocí nezůstává sám a že jsou kolem lidé kteří mu podají pomocnou ruku a také lidé, kteří tím vším prošli a uměli se pomocné ruky chopit a těm ostatním teď pomáhají vracet naději.

„Projít dlouhá léta trvajícím diabetem, poznat jeho méně přívětivou tvář, sáhnout skoro na dno lidských možností a pak se znovu vzchopit, to je možná příležitost vzkázat druhým, že brát a rozdávat je nohem hezčí, než se uzavírat do sebe a všechno vzdát“.<sup>18</sup>

### **3 Psychosociální problémy a psychopatologické stavy u pacientů s diabetem**

„Diabetes je nesporně komplexním problémem, neboť se netýká pouze tělesných symptomů, ale vyznačuje se častým a významným dopadem v oblasti pracovní a ekonomické“.<sup>19</sup>

„Diabetes mellitus patří mezi chronická onemocnění, která jsou z psychosociálního hlediska charakterizována následujícími znaky: trvalou přítomností nemoci, nezbytností dodržovat komplexní léčebný režim, fázemi zlepšení a obdobím zhoršení nemoci, které nelze vždy předpovídat a nemocný se jimi cítí zaskočen“.<sup>20</sup>

Toto onemocnění má z psychosociálního hlediska některé důležité charakteristiky. Jedná se především o nemoc sice léčitelnou, ale v podstatě nevléčitelnou a s rizikem akutních a pozdních komplikací. Progreduje různě rychle a někdy vede až k invaliditě nemocného.

„Průběh diabetu je ovlivňován psychosociálními faktory, protože se jedná o chronické, nevléčitelné, progredující a často invalidizující onemocnění, které nemocného omezuje v řadě jeho aktivit a vyžaduje dodržování různých zásad a pravidel“.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> SAUDEK, F. *Příprava na transplantaci*. Praha: Maxdorf, 2005, s. 65.

<sup>19</sup> HRACHOVINOVÁ, T. *Psychologie péče o pacienty s diabetem*. Medicína po promoci, 2007, 2, 8, s. 61.

<sup>20</sup> HRACHOVINOVÁ, T. *Deprese a diabetes-psychosociální faktory* [online]. Dostupné na: <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb> [cit. 21. ledna 2008]

<sup>21</sup> BARTOŠ, V., PELIKÁNOVÁ, T., a kol. *Praktická diabetologie*. Praha: Maxdorf, 2003, s. 435.

Tyto faktory je nutno vzít v úvahu při léčbě. Spolupráce s klinickým psychologem nebo psychiatrem zlepšuje kvalitu života pacientů i jejich kompenzaci nemoci. Nemocní prožívají své onemocnění v různých věkových obdobích rozdílně a také rozdílně akceptují omezení vyplývající z nemoci. Zvláštní přístup je nutný k nemocným v dětství a v dospívání. Spolupráce s rodiči je tady nutná, zásadní. Pro řadu rodičů je nevyléčitelná nemoc natolik stresující, že řada z nich potřebuje psychologickou péči. V dospívání často nemocný přestává spolupracovat s ošetřujícím lékařem, lže, podvádí, vzdoruje. Často stresující pro dospívající je výběr zaměstnání a otázky rodičovství.

### **3.1. Diabetes mellitus z psychosociálního hlediska**

Reakce pacienta na onemocnění probíhá obecně v několika rovinách.

1. Psychická rovina – jak pacient nemoc prožívá a přijímá, jakou má pro něj důležitost
2. Behaviorální – jak se chová a jak jedná
3. Rovina sociální – jak přijímá nemocný novou roli, jak ji modifikuje

U diabetu z psychosociálního hlediska rozlišujeme tři fáze:

#### **1. Období sdělení diagnózy**

Sdělení diagnózy je provázeno řadou psychických reakcí, které se rozdělují dále do několika fází. Je to počáteční šok, popření, zlost a agrese, smlouvání, deprese, přijetí. Při sdělování diagnózy je třeba informace dávkovat tak, aby pacient nebyl zahlcen najednou neznámými pojmy. Pokud se nemocný cítí zahlcen informacemi a navíc v období, kdy se vyrovnává s realitou nemoci, může to u něho vyvolat pocity beznaděje, marnosti a rezignace.

#### **2. Období bez komplikací**

V období bez komplikací je nemocný v relativní pohodě a plný funkční aktivity. V této fázi je problém udržet motivaci nemocného, aby dodržoval léčebný režim. Někdy si nemocný nemusí být ani vědom chyb v režimu a proč se objevila nějaká akutní komplikace. Toto může být pro nemocné stresující. Vždy jde především o kvalitu života.

#### **3. Období pozdních komplikací**

V této fázi se setkáváme s pocity zlosti na zdravotníky, anebo vlastní viny. Nejčastěji toto období provází deprese a úzkost. Hloubka deprese je zde závislá na stupni tělesného poškození.

**Psychosociální vlivy**, které mohou ovlivňovat nemoc:

Rodinné konflikty

Špatná sociální situace

Špatná adaptace na onemocnění

Deprese, anxiety, snížené sebehodnocení

### 3.2. Deprese

„Deprese mohou postihovat až 50% mladých, špatně kompenzovaných diabetiků“.<sup>22</sup> Diagnostika se opírá o symptomy jako jsou poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, hubnutí, únava, ztráta energie, poruchy libida, smutek, neschopnost koncentrace, nepřiměřená úzkost až suicidální tendence. V několika studiích bylo prokázáno, že u pacientů s depresí a bez deprese jsou i rozdíly v kompenzaci diabetu. V jedné studii byl zjišťován dopad na psychické prožívání nemoci. „Výsledky ukazují, že dopad diabetu jako chronického somatického onemocnění na oblast psychického prožívání je výraznější u žen. Tyto okolnosti by bylo vhodné zohlednit v edukaci a celkovém terapeutickém i psychoterapeutickém přístupu k nemocným ženám“.<sup>23</sup>

Deprese ovlivňuje bezprostředně motivaci pacientů k léčbě. Může docházet až ke ztrátě zájmu o vlastní zdraví.

### 3.3. Problémy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy patří anorexie a bulimie. Nejčastěji se tyto poruchy vyskytují u mladých dívek, které se snaží striktně dodržovat dietu a hlídají váhu, nebo se obávají akutní komplikace – hypoglykémie. Ztráta hmotnosti je typickým projevem mentální anorexie (více než 25% původní váhy), abnormálně malý příjem potravy, poté následné zvracení nebo průjmy (vyvolané). Jsou-li poruchy příjmu potravy plně rozvinuté, většinou se dají odhalit. „Anorexie a bulimie se u mladých diabetiček vyskytují častěji než u žen bez diabetu“.<sup>24</sup>

Důvodů je asi několik. Diabetik se neustále musí zabývat jídlem, dietou, omezovat se a to může vést k deformovanosti vztahu k jídlu. Dále je to manipulace s inzulinem (vynechání

---

<sup>22</sup> BARTOŠ,V., PELIKÁNOVÁ,T. *Praktická diabetologie*. Praha:Maxdorf, 2003,s.440..

<sup>23</sup> HRACHOVINOVÁ.T. *Deprese a diabetes-psychosociální faktory*. [online] Dostupné na:<http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb>

<sup>24</sup> KRAUSOVÁ,Z. *Psychické problémy u diabetiků*.Praha:Svaz diabetiků české republiky.,2001, s. 49.

nebo snížení dávky), která vede také k manipulaci s jídlem. Tyto psychosociální poruchy mají na svědomí i řadu úmrtí.

### **3.4. Léčebné možnosti psychopatologických stavů**

Základní zdravotní péče je nemocným poskytována lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky. Tuto péči doplňuje klinický psycholog. V našich podmínkách i psychosociální poradna. V případech, kde se vyžadují speciální preventivní, diagnostické, terapeutické, rehabilitační postupy, je vhodná psychoterapie individuální či skupinová. „Psychoterapie individuální, skupinová nebo rodinná, není vždy pacientem akceptována, může ale pomoci ve snížení hospitalizací, zlepšit školní docházku“.<sup>25</sup>

Týmový přístup k terapii se jeví jako nejvhodnější. Jedná se o edukační sestru, lékaře, psychologa nebo psychiatra, sociální pracovníci, psychosociální poradnu. Mnoho pro zlepšení těchto problémů může pro sebe udělat sám pacient.

## **4 Saintvincentská deklarace**

„V italském Saint Vincentu se sešli v říjnu 1989 odborníci z diabetologie, zástupci organizací diabetiků a ministerstev zdravotnictví z celé Evropy, aby pod záštitou Světové zdravotnické organizace a Mezinárodní diabetologické federace vypracovali pro všechny země Evropy program péče o diabetiky nazvaný podle místa konání Saintvincentskou deklarací“.<sup>26</sup>

Vzhledem k rostoucím počtům diabetiků na celém světě, je nutné řešit všechny problémy, které tato nemoc přináší, podle nejnovějších vědeckých poznatků. Tato nemoc nepostihuje jenom samotné diabetiky, ale dotýká se rodin, zdravotnické komunity a má samozřejmě závažné dopady sociální a ekonomické. Pozdní diabetické komplikace nejenže ohrožují život diabetiků, ale určují především kvalitu života, což při chronické nemoci, která se zatím nedá vyléčit není zanedbatelné. Tyto nesnadné úkoly nelze realizovat bez účasti státních orgánů, které mohou podpořit jednotný postup. Proto byl také vypracován v České republice Národní diabetologický program, který je zaměřen na vytvoření

---

<sup>25</sup> BARTOŠ,V., PELIKÁNOVÁ, T. a kol. *Praktická diabetologie*.Praha: Maxdorf, 2003 s.441.

<sup>26</sup> RYBKA,J. *Saintvincentská deklarace*. Praha: Svaz diabetiků české republiky,1994, s.3.



strukturované péče o diabetiky, zlepšení kvality života, na vzdělávání profesionálů, na prevenci a podporu vědecko-výzkumné činnosti.

K obecným cílům Saintvincenské deklarace patří neustálé zlepšování zdraví, kvality a kvantity, která se blíží co nejvíce normálu.

#### **4.1. Práva a povinnosti diabetiků**

Mezi práva diabetika patří, aby lékař, respektive celý tým, zabezpečil léčebný plán a cíle vlastní péče. Jde o zabezpečení pravidelných kontrol, léčbu ve speciálních případech, edukaci a informace o dostupné sociální a ekonomické podpoře.

Mezi povinnosti pacienta patří uplatňování rad v každodenním životě, mít svoji nemoc pod kontrolou.

#### **4.2. Program edukace**

„Žádného z cílů Saintvincenské deklarace nebude dosaženo, dokud nebudou vypracovány účinné programy edukace – výuky, která se stává nezbytnou součástí dlouhodobé klinické péče“.<sup>27</sup>

Diabetes mellitus je chronické onemocnění, které vyžaduje celoživotní péči. Vhodným způsobem léčby lze většině nemocných umožnit téměř normální způsob života. Zlepšení kvality života však předpokládá aktivní účast diabetika na léčbě. Pozornost musí být věnována zejména výukovým edukačním programům, postojům a názorům pacientů, tak aby zvládli udržovat příslušný režim péče o vlastní osobu. Vzhledem k tomu, že se v posledních letech rozšířil tak zvaný selfmonitoring (samostatné měření glykémie), tak se také musela změnit i dosavadní úloha diabetika, který se stal rovnoprávným členem léčebného týmu. To znamená, že pacient má právo si vybrat svého lékaře, ale zároveň přebírá i větší díl zodpovědnosti za své zdraví. Edukační programy jsou určeny nejen pro samotné diabetiky, ale také pro rodinné příslušníky a všechny, kteří se chtějí něco o diabetu dozvědět. Edukace diabetiků má kladný dopad nejen na zdraví jednotlivých pacientů s diabetem, ale taky na ekonomiku státu. Snižuje se takto počet pacientů s pozdními komplikacemi a tím i dlouhodobá léčba a hospitalizace. Pouze poučený a aktivně spolupracující diabetik může žít normální a zdravý život.

Edukace musí být integrální složkou kontinuální klinické péče.

---

<sup>27</sup> RYBKA, J. *Saintvincentká deklarace*. Praha: Svaz diabetiků české republiky, 1994, s.9.

## 5 Kvalita života

S pojmem kvalita života se pracuje v různých oblastech lidského myšlení. Do psychologie jej uvedl koncem 30. let Thorndike. „V 50. letech se kvalita života stala politickým cílem a sloganem ve Spojených státech amerických a teprve poté se stala předmětem zájmu medicíny“.<sup>28</sup>

Například v psychologii byla kvalita života dlouhou dobu považována za ekvivalent obsahu počitků. Odborníci si začali relativně nedávno všimnout kvality života ve zdraví a nemoci. Kvalita života bývá spojována i s důstojností umírání a smrti. „Termín „ kvalita“ pochází z latinského „qualita“, což znamená kvalita, jakost, vlastnost. Qualitas je pak odvozeno od ještě hlubšího kořene „qui“ a znamená „kdo“. Český kořen tohoto tázacího zájmena (kdo?) „k“ –nás dovede až ke slovům „kěz“ či „kýžený“ to je žádoucí, cílový stav“.<sup>29</sup>

Kvalita života jako kritérium se v současné době uplatňuje v mnoha výzkumech. Je to například hodnocení životní úrovně, hodnocení kvality služeb, změna kvality života u chronicky nemocných, individuální spokojenosti. Dalším současným trendem, podporující zájem o měření kvality života, je zaměření se na pozitivní charakteristiky života nemocných a nikoli na pouhou absenci symptomů, což souvisí s celkovým posunem ve vnímání zdraví. „Měření kvality života však nemusí sloužit jen bezprostředním praktickým účelům, ale pomáhá vytvářet komplexnější pohled na to, jak určitá nemoc mění život jedince, do jakých životních oblastí nejvíce zasahuje a zda není možné dopad nemoci zmírnit nabídkou jiné, než zdravotnické péče“.<sup>30</sup>

„Z hlediska vnějšího hodnocení kvality života byly navrženy různé způsoby, jak objektivně hodnotit subjektivní názor pacienta na kvalitu života, a to pomocí speciálních dotazníků“.<sup>31</sup> Subjektivní hodnocení kvality života nemocného nemusí někdy být v souladu s biologickým zdravím. „WHO definice zdraví jako „stavu úplné fyzické,

---

<sup>28</sup> DRAGOMIRECKÁ,E., ŠKODA,C. Kvalita života,vymezení,definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 1997, roč.93,č 2,s.102

<sup>29</sup> KŘIVOHLAVÝ,J.*Psychologie nemoci*.Praha:Grada, 2002.,s.162.

<sup>30</sup> DRAGOMIRECKÁ,E., ŠKODA,C. Měření kvality života v sociální psychiatrii.*Česká a slovenská psychiatrie*,1997,roč.93,č.8,s.431

<sup>31</sup> HAŠKOVCOVÁ,H. *Thanatologie*.Praha:Galén,,2007,s 426.

*psychické a sociální pohody*“ narušila jednoznačnou vazbu mezi zdravím a nemocí a dovoluje tak uvažovat o zvyšování kvality zdraví i v nemoci“.<sup>32</sup>

## 5.1. Co je kvalita života

Na tuto otázku není jednoduchá odpověď a to z důvodů jak kdo kvalitu života vnímá, chápe, hodnotí. Jinak kvalitu života, hodnoty, smysl života hodnotí zdravý jedinec a jinak člověk nemocný, sociálně slabý. Jinak se dívá na kvalitu života Světová zdravotnická organizace, jinak filosofie, jinak psychologie, sociologie, medicína., Například z pojetí WHO vychází starší definice, v níž je kvalita zdraví ztotožňována se subjektivně pociťovaným zdravím: „*Kvalita života je komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímaná každým jedincem či skupinou*“.<sup>33</sup>

Z filosofického hlediska patří určitě do hodnocení kvality života péče o duši – epimelia. „Péče o duši je výsledkem Sókratova myšlení, tak zvané sókratovské metody“.<sup>34</sup> Péče o duši ví, že je život jediný dar, o nějž má smysl pečovat a to v dotyku s bytím, z něhož vše povstává.

Za své bytí je zodpovědný každý sám. Každý se musí rozhodovat sám i když neví, zda je jeho rozhodování správné. „Epimelia neboli péče o duši, stupňuje bytí člověka, protože je prohlubuje v jeho bytostném poznávání sama sebe, polis i kosmu“.<sup>35</sup>

Pojem životního smyslu úzce souvisí s kvalitou „žitého“ života. Tento pojem byl zásluhou Viktora Emila Frankla znovu uveden do lékařství, psychologie a psychoterapie. Tento zakladatel logoterapie a existenciální analýzy vyšel z psychoanalýzy Sigmunda Freuda a individuální psychologie Alfreda Adlera. Logoterapii, kterou vytvořil jako samostatný přístup, koncipoval jako doplnění dosavadních psychoterapií o tematiku smyslu života. „Frankl pokládal „vůli ke smyslu“ za normálních okolností za hlavní motivační sílu, která stojí za směřováním a snažením se člověka v jeho životě“.<sup>36</sup>

„Ve svém díle neužíval Viktor Emil Frankl pojmu „existenciální analýza“ zcela jednotně. V základu existenciální analýzy stojí Franklovo pojetí člověka (existence) –

---

<sup>32</sup> DRAGOMIRECKÁ,E., ŠKODA,C. Kvalita života,vymezení,definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii,*Česká a slovenská psychiatrie*,1997,roč.93,č.2,s.103

<sup>33</sup> DRAGOMIRECKÁ,E., ŠKODA,C. kvalita života,vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii,*Česká a slovenská psychiatrie*,1997,roč.93,č.2,s.104

<sup>34</sup> HOGENOVÁ,A. *První aproximace k fenomenologické metodě*.Praha:pražská vysoká škola psychosociálních studií,2006,s.10

<sup>35</sup> HOGENOVÁ,A. *První aproximace k fenomenologické metodě*.Praha:Pražská vysoká škola psychosociálních studií,2006, s 53.

<sup>36</sup> PAYNE,J., a kol. *Kvalita života a zdraví*.Praha:Triton,,2005,s 253.

antropologická koncepce – přesvědčení, že člověku jde především o smysl. Touto koncepcí se prolínají dvě základní otázky: co činí člověka člověkem a co mu umožňuje existenciálně žít – prožít „zdravý naplněný život“.<sup>37</sup>

Z hlediska sociologického je smysluplné se domnívat, že pojem kvalita života je i sociokulturně i historicky podmíněn. Pojem kvalita života se stala předmětem systematického vědeckého zájmu a studia až v posledních dekádách 20. století (první zmínky byly již v pracích klasických autorů). Vzhledem k tomu, že tato doba i společnost, v níž byl pojem artikulován, je charakterizována hojností a nadbytkem, tak otázkou již není jak rozšířit blahobyt většímu počtu osob, ale stává se otázkou smysl tohoto počínání. Tedy otázka po kvalitě lidského života je otázkou po lidství lidského života, po jeho antropologické či filosofické podstatě.<sup>38</sup> Kvalitu života je možno také definovat jako pocit dobrého bytí.

## 5.2. Zdraví a kvalita života

Zdraví má složku subjektivní a objektivní. Zdraví představuje již po tisíciletí v životě člověka jednu z nejvýznamnějších, žádoucích a současně existenciálně nezbytných hodnot. Lidé hledali způsoby jak žít nejen zdravě, ale současně moudře již od samých počátků lidské civilizace. „Moderní pojetí chápe tento fenomén jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody“.<sup>39</sup>

Subjektivně zdrav se cítí člověk tehdy, když nemá žádnou zdravotní potíže a je mu dobře. V průběhu života člověka se subjektivní chápání zdraví mění a to v závislosti na pohlaví, věku a vzdělání. Objektivně zdrav se cítí člověk tehdy, když u něj nebyla zjištěna žádná nemoc a cítí se zdrav. Každý lékař má být vzdělán v základech lékařské psychologie a psychologie zdraví, protože kromě somatického zjištění by se měl podílet i tomu duševnímu. Protože to, co se odehrává v mozku nemocného se může promítat i do celého těla. Každý člověk by měl věnovat mimořádnou pozornost svému zdraví a mít za ně odpovědnost. Pojmem zdraví se zabývá také psychologie zdraví. Ta se zabývá tím, co se děje v „duši“ zdravých i nemocných lidí. „Doplňuje to, co má na mysli medicína, když svůj program formuluje jako tak zvanou holistickou medicínu, případně i tam kde se hovoří o prevenci“.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup>Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu. *Co je logoterapie a existenciální analýza?*[online] Dostupné na: <http://www.volny.cz/slea/slealtea.htm>. [cit. 25.ledna 2008]

<sup>38</sup> PAYNE.J., a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s 219.

<sup>39</sup> MLČÁK,Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava:Ostravská univerzita Ostrava, 2007, s 10.

<sup>40</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha:Portál,,2001, s 18.

Psychologie zdraví se zabývá psychologickým aspektem prevence. Psychologii zdraví jde o prevenci v nejširším slova smyslu. Nejde jí jen o prevenci té či oné nemoci. O tom jak zdravě žít samozřejmě existuje řada solidních informací. Někteří lidé se snaží získávat informace a zjistit, co jim může být prospěšné a dobré pro zdravý způsob života. Člověk ve svém konání chce něčeho dosáhnout, chce si splnit svoje představy a touhy, chce dosáhnout cíle. Aby toho dosáhl a jeho kvalita života odpovídala jeho představám, potřebuje být zdrav. Podstatnou věcí pro spokojenost a naplnění životních tužeb je zdraví.

### 5.3. Nemoc a kvalita života

Obecně nežádoucí součástí lidského údělu i když přirozenou je nemoc. Člověka vyřazuje z běžného života, je nositelem určitých změn, je zdrojem utrpení, strachu či úzkosti a neposlední řadě někdy velké bolesti. Na člověka klade zvýšené nároky, mobilizuje psychické a fyzické síly. Vede také k zamyšlení nad hodnotou zdraví, kvalitou a smyslem života. Představy o vzniku onemocnění se v průběhu vývoje lidstva mnohokrát měnily. Každá představa byla ovlivněna kulturním a vědeckým myšlením doby. Jedna z prvních představ považovala nemoc za posedlost ďáblem, nebo trestem za hřích. „Dnes se na vznik nemocí pohlíží ve vztahu ke způsobu, jakým lidé žijí svůj každodenní život v interakci se svým okolím“.<sup>41</sup>

„Nemoc je porucha zdraví“, tak definuje význam slova „nemoc“ slovník spisovné češtiny. Jaký je rozdíl mezi chorobou a zdravotní nepohodou? Choroba představuje abstraktní soubor příznaků, které jsou nutné ke stanovení diagnózy. O zdravotní nepohodě hovoříme tehdy, když člověku není zdravotně dobře. Cítí se špatně, není ve své kůži, pociťuje bolest a emoční rozladu. „Zdravotní nepohoda se týká celého člověka – nejen jeho tělesné schránky, ale i jeho psychické stránky, jeho sociálního života i jeho duchovní stránky – zaměření, a tím i smysluplnosti jeho života (sledování cílů, které si daný člověk postavil a plnění úkolů, které si na sebe vzal)“.<sup>42</sup>

Každá nemoc více či méně ovlivňuje psychiku člověka a je velký rozdíl u akutních onemocnění a u chronických onemocnění, jako je diabetes mellitus. Vzhledem ke komplexnosti zdravotního problému a šíří jeho možných důsledků do řady oblastí života má negativní dopad na kvalitu života nemocného. „Závažné chronické onemocnění prožívají nemocní s různou intenzitou – jako problém, stresovou situaci, krizi, životní

---

<sup>41</sup> MASTILIAKOVÁ D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, s 37.

<sup>42</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s 18.

situaci“.<sup>43</sup> Nemocný k chronickému onemocnění zaujímá často falešný postoj. Neuvědomuje si rozsah slova chronické, ale je přesvědčen, že onemocnění odezní a bude opět zdrav. Pacient si neuvědomuje, že bude s chronickou nemocí žít dlouho, ale i s velkou pravděpodobností až do smrti. Každá nemoc, ale závažná, chronická a nevléčitelná zvláště, může nemocného omezovat až vyřazovat z jeho každodenních aktivit a vztahů. „Průběh mnoha tělesných onemocnění významně ovlivňuje řada psychogenních faktorů, neboť v podstatě každá nemoc má v různé míře vyjádřenou svou psychickou komponentu, která se může projevat jak na obecné, tak na individuální úrovni“.<sup>44</sup>

Ve všech lékařských oborech, které se zabývají somatickým onemocněním se jeví jako žádoucí aplikace psychoterapie. Bohužel v současné době není stále ještě dostatečně rozpracována a prakticky zavedena do všech typů standardní zdravotní péče. Při zvládnutí bolesti může psychoterapie významně pomoci. Také má své místo při přípravách na náročné operace a v pooperační péči. Hovoří-li se o kvalitě života u nemocných, je potřeba si ujasnit o jakou rovinu jde. Zda jde o hodnocení efektivity určitých lékařských zásahů, či zda je cílem medicíny zachování autonomie života. Je-li cílem vlastní řízení života, pak je nutné udělat vše co je možné, aby byla zachována integrita člověka i tvář v tvář smrti.

V různých obdobích minulosti bylo pohlíženo na psychiku a tělo buď jako na spojené, nebo oddělené entity. Je ale víc než zřejmé, že dělení mezi psychickou a tělesnou nemocí nebylo v nejstarších společnostech žádné. „Již Hippokrates na konci 5. století před Kristem moudře zdůraznil, že nemoc zahrnuje jak tělo, tak duši člověka“.<sup>45</sup>

Holistický přístup k onemocnění byl ve skutečnosti již přítomen v babylonsko-asyrské, řecké a římské civilizaci a ve středověku. V této době to bylo v souladu s duchovní vírou a kulturou. Víra v jednotu duše a těla byla poté v době renesance odmítnuta. Na duši se začalo pohlížet jako na doménu filozofie a náboženství. Tělo se stalo doménou medicíny. V 17. století René Descartes vytvořil model duše a tělo jako dichotomní – oddělený, takzvaný karteziánský dualismus. V této době převažovalo takovéto myšlení, které se stále nepodařilo dosud plně překonat. Descartesův model byl popřen v době, kdy Sigmund Freud popsal lidské podvědomí. Toto podvědomí je neuvědomovaný prvek lidského psychického života. Tato Freudova práce vedla k odklonu od karteziánského dualismu. Tento úkol je velmi obtížný a „znovuspojení“ rozdělené osoby v západním myšlení není plně dokončeno. Ve 20. století byly nicméně uskutečněny kroky, které vedly směrem

---

<sup>43</sup> HRACHOVINOVÁ, T. *Psychologie péče o pacienty s diabetem*. Medicína po promoci, 2007, 2, 8, s. 61.

<sup>44</sup> MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2007, s. 69.

<sup>45</sup> MATILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, s. 22.

k holističtějšímu přístupu k člověku. „Holismus je filozofický směr, tak zvaných filozofických celků a celistvosti. Holismus považuje pojem celku za centrální filozofickou kategorii“.<sup>46</sup>

## 6 Práce sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení

Z pohledu sociálního pracovníka se můžeme z řad diabetiků ve zdravotnickém zařízení setkat s pacienty tělesně postiženými, vlastníci průkaz ZTP, nebo s invalidními důchodci nebo s pacienty, kteří budou teprve žádat o nějakou sociální výpomoc. Mnozí z těchto pacientů potřebují zajistit i sociální a zdravotní péči po propuštění z nemocnice.

Sociální práce je nedílnou součástí komplexní péče o pacienty s diabetem. Je to pomoc sociálního pracovníka pacientovi při zmírnění nebo odstranění sociálních nebo zdravotních důsledků nemoci. Sociální pracovník je členem multidisciplinárního týmu. Tento pracovník dodržuje etický kodex sociálních pracovníků ČR. Sociální pracovník pomáhá lidem řešit a zvládnout problémy fungování v interakcích s jejich sociálním prostředím. Pomáhá jim zlepšovat kvalitu jejich života. Cílem sociální práce je informovanost, podpora, pomoc a spokojenost pacienta. V současné době se nejvíce setkáváme s tím, že vymezení cíle sociální práce se opírá o koncept sociálního fungování. Práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví se skládá z mnoha oblastí pomoci. Mezi nejčastější oblasti pomoci patří zabezpečování zdravotnické následné péče po propuštění. Sem spadají překlady na spádová lůžka, překlady do léceben dlouhodobě nemocných, překlady do rehabilitačních zařízeních, do Hospiců, Agentury domácí péče. Do sociálního okruhu spadají pečovatelské služby, domy s pečovatelskou službou, sociální ošetřovatelská lůžka, Domovy pro seniory, Ústavy sociální péče. Dále je to kontakt s rodinou a dalšími fyzickými osobami, kteří mohou poskytnout pomoc danému pacientovi. Přiznání mimořádných výhod pro těžce postižené a v neposlední řadě i příspěvek na péči. Mezi další poradenství a pomoc patří zabezpečení sociálních pohřbů, důchodů, duchovních služeb, notářských služeb a kontaktů na zapůjčení zdravotních pomůcek. Jednou z nejdůležitějších oblastí pomoci je odborné sociální poradenství. Do tohoto poradenství spadá například pomoc při žádosti o zvýšení důchodu pro bezmocnost, mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany, příspěvek na trvalé používání kompenzačních

---

<sup>46</sup> Definice: Holismus,[online] Dostupné na :<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/48739-holismus>)[cit. 25. ledna 2008]

pomůcek. Dále to může být příspěvek na úpravu bytu, příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu, příspěvek na dopravu.

## 6.1. Legislativa

Sociální práce je odborná disciplína zaměřená na člověka. Můžeme ji charakterizovat jako činnost sociálního pracovníka, která je zaměřena na klienta, na různé životní situace, do kterých se dostal a které neumí sám svými silami ani s pomocí rodiny řešit. „Sociální pracovník vystupuje jako zástupce majoritní společnosti a jako prostředník mezi sociálním klientem a společností“.<sup>47</sup> V této roli stojí na straně státu a zákona, stojí tedy na straně mocnějšího.

Sociální služba dle zákona je činnost, kterou se zajišťuje pomoc v nepříznivé situaci potřebným osobám. „Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí na ně působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování“.<sup>48</sup>

Pro práci sociálního pracovníka je nejdůležitější Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dále je to Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi, který obsahuje informace o příspěvku na živobytí, doplatek na bydlení, řeší okamžitou mimořádnou pomoc. Vyhláškou č. 504/2006 se provádějí některá ustanovení tohoto zákona. Zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu má hlavní využití v Zákoně č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi. Jedním z dalších důležitých zákonů je Zákon č. 117/1995 Sb. O státní sociální podpoře a Zákon č. 198/2002 Sb. o dobrovolnictví. To jsou nejdůležitější zákony a Vyhlášky, které sociální pracovník musí nejen znát, ale hlavně je musí umět aplikovat do praxe.

## 6.2. Práce s pacientem

„Základní dimenze, v nichž člověk existuje, jsou biologická, psychologická, sociální, poznávací“.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> GOLDMANN, R., a kol. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 98.

<sup>48</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách

<sup>49</sup> Sociální pomoc. *Zdravotně postižení*. [online] Dostupné na: [http://www.brno.cz/socialni\\_pomoc](http://www.brno.cz/socialni_pomoc) ffs [cit. 28. ledna 2008]



Člověk se setkává v každé z těchto dimenzí s určitými faktory, které jeho život se zdravotním handicapem ovlivňují. Znalost těchto faktorů je pro práci sociálního pracovníka velmi důležitá. Z biologických faktorů je to v první řadě zdravotní stav, aktuální tělesná kondice. Z psychologických faktorů, které ovlivňují život pacienta jsou to například osobnostní rysy, sebehodnocení, sebepojetí, aktuální psychický stav. Ze sociálních faktorů je to třeba rodinné zázemí, společenské postoje, sociální politika, poskytované sociální služby a sociální práce.

O pomoc sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení žádá buď ošetřující lékař, staniční sestra nebo pacient sám. Žádá-li o pomoc pracovníka někdo jiný, může pacient pomoc odmítnout. O pomoc může v některých případech požádat i úřad, rodinný příslušník, policie. Pro pracovníka jsou velmi důležité objektivní údaje, aby mohl sestavit vhodný plán sociální pomoci s ohledem na podporu sociálního fungování pacienta. Důležitou součástí posouzení zdravotně – sociálních potřeb je vztah k sociální síti a plánování sociálních služeb a zdravotních služeb ve vztahu k demografickým možnostem. Sociální pracovník ověřuje, jak pacient zvládal aktivity denního života, jak využíval sociální služby a v jakém rozsahu a zda čerpá sociální dávky. Ověřuje jaká je pacientova finanční situace. Po vyhodnocení tohoto šetření pracovník celou situaci konzultuje a klient rozhodne, s kterou alternativou pomoci souhlasí.

### **6.3. Práce s rodinou**

„Rodina je společenskou institucí, její podobu ovlivňují prominentní hodnoty dané společností“<sup>50</sup>.

Rodina byla a je základní jednotkou lidských společností. Pokud pacient má rodinu, je spolupráce s ní velmi nutná. V první řadě musí sociální pracovník zjistit, kdo pro pacienta představuje hlavní sociální oporu. Zda je to právě rodina, kdo bude schopna a ochotna o něj pečovat a spolupracovat při plánování dalších služeb. Je důležité zjistit jakou sociální roli hraje pacient v rodině, jaké má rodinné zázemí, zda není týrán, či zanedbáván, nebo osamocen. Rodiny, které pečují o nemocného člena rodiny jsou více psychosociálně zatížené. Může proto docházet k typickým problémům s kterými se pečující rodiny setkávají, jako jsou ekonomické problémy, nebo psychické zatížení. Důležitým faktorem pro posuzování sociálního fungování jsou také podmínky bydlení. Jak rodina zajistí

---

<sup>50</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 182.

eventuální stavební úpravy a možnosti používání kompenzačních pomůcek. Je důležité také zjistit, zda je rodina zdrojem podpory či zdrojem stresu.

## **7 Dobrovolníci v nemocnici**

Dobrovolníci v nemocnicích je poměrně mladý program, který je v současné době do některých nemocnic zaváděn. Práce dobrovolníka v mnohém velmi dobře ovlivňuje kvalitu života nemocných ve zdravotnickém zařízení. Zřizovatelem dobrovolnických organizací je Ministerstvo vnitra české republiky a řídí se Zákonem č. 198/2002 Sb. o dobrovolnictví.

### **7.1. Poslání a cíle dobrovolnické práce v nemocnici**

Posláním dobrovolnického programu je psychosociální podpora pacientů, zlepšení atmosféry na odděleních a propojení zdravého světa se světem v nemocnici. „Dobrovolníci se orientují ve svých činnostech na posílení motivace pacientů na smysluplné trávení času během hospitalizace a na ty činnosti, které pacienti i přes své handicapy způsobené zdravotním stavem mohou vykonávat“.<sup>51</sup>

Dobrovolníci docházejí na oddělení pravidelně na jednu až tři hodiny týdně. U pacientů s diabetem, kteří jsou upoutáni na lůžko, nebo jsou nevidomí, nebo za nimi nechodí návštěvy, dobrovolnický program významně přispívá ke zlepšení péče o tyto pacienty. Příznivě ovlivňuje psychický stav nemocných a zlepšuje tak jejich spolupráci s ošetřujícím personálem.

## **8 Metodologie výzkumu**

„Oproti prostému shromažďování zkušeností, je vědecké poznávání v pojetí tradičně vědecké metodologie záměrné, plánovité a systematické“.<sup>52</sup>

Mezi vědeckým a nevědeckým – běžným poznáváním jsou určité rozdíly. Rozdíly můžeme vidět jak v přístupu zkoumání, tak i v dalších, například v pozorování, závěrech,

---

<sup>51</sup> POSPÍŠILOVÁ, K. *Výroční zpráva 2005 DC Lékořice*. Praha: Hestia, 2005. s. 13.

<sup>52</sup> SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006. s. 4.

nástrojích, měřeních, hypotéz a postojů. Výzkum rozlišujeme základní a aplikovaný. „Základní výzkum v empirických vědách objevuje obecné (základní a zkušenosti dostupné) charakteristiky lidské existence a okolního světa, odhaluje vzájemné souvislosti a vztahy mezi jednotlivými projevy a snaží se objevit zákonitosti, kterým lidské bytí podléhá“.<sup>53</sup>

V obecné psychologii jde například o poznávání toho, co platí obecně o člověku. Tento výzkum se zabývá hlavně teoretickými otázkami. Účelem je připravit takové základní předpoklady, na nichž může stavět další výzkum. Má tedy spíše povahu laboratorní. Aplikovaný výzkum používají empirické vědy tehdy, když zkoumají nějaký problém, jev v životě společnosti. Tento výzkum hledá řešení praktických problémů. Má také bezprostřední význam pro praxi a provádí se nejvíce v přirozeném prostředí. Je to zaměření se na určitý problémový jev ve společnosti, který má svou historii, trvání a má vliv na různorodé skupiny lidí. Je to například v sociální oblasti drogová závislost či nízká porodnost. „V sociálních vědách má aplikovaný výzkum často za cíl návrh opatření, intervencí nebo programů, jež zlepšují podmínky života lidí“.<sup>54</sup>

Kvalitativní a kvantitativní výzkumné strategie jsou ve společenských vědách dvě hlavní kategorie výzkumu. Pro všechny typy výzkumu je mnoho základních kroků společných i když každá oblast vědy preferuje určité metody výzkumu a určité strategie. „Na začátku identifikujeme téma a problém, vymezuje účel výzkumu a určujeme výzkumné otázky, případně hypotézy“.<sup>55</sup>

Metoda, která je nejobvyklejší při zjišťování kvality života je využití dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů. Pro pacienty s určitými obtížemi se používají speciální dotazníky, které obsahují položky, které zjišťují dopad obtíží na život pacienta.

## 8.1. Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum má omezený rozsah informace o velice mnoha jedincích. Je tam silná redukce počtu pozorovaných proměnných a počtu vztahů mezi nimi. „Generalizace na populaci je většinou snadná a validita generalizace měřitelná“.<sup>56</sup>

---

<sup>53</sup> SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006, s.5.

<sup>54</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005, s.39.

<sup>55</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005, s.40.

<sup>56</sup> SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006, s.6.

Vzhledem k tomu, že se předpokládá, že lidské chování se může do jisté míry měřit a předpovídat, jsou metody přírodních věd v sociálních vědách vzorem kvantitativního přístupu k výzkumu. Logika kvantitativního výzkumu je hypoteticko-deduktivním modelem vědy. Sebraná data založená na těchto principech musí být v rámci výzkumu podrobně zpracována, aby odpovídala předmětu zkoumání, pokud možno co nejvíce. Závěry výzkumu by měly být validní-platné, reliabilní-spolehlivé. Kvantitativně zaměřený výzkum může mít dvě podoby a to experimentální a neexperimentální.

## 8.2. Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum podává mnoho informací o velmi malém počtu jedinců. Má silnou redukci počtu sledovaných jedinců. „Generalizace na populaci je problematická a někdy nemožná“.<sup>57</sup>

Kvalitativní výzkum je někdy chápán jako pouhý doplněk kvantitativních výzkumů. Jindy je chápán jako protipól výzkumné pozice vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě. Kvalitativní výzkum však získal postupně v sociálních vědách s ostatními formami výzkumu rovnocenné postavení. Jak vymezit nebo dělat kvalitativní výzkum, pro to neexistuje jediný obecně uznávaný způsob. „Kvalitativní výzkum je široké označení pro rozdílné přístupy“.<sup>58</sup>

Kvalitativnímu výzkumu je vytýkáno několik jeho slabostí, jako například, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Přicházejí i obtíže s zobecňováním výsledků. Také se mu vytýká jeho neprůhlednost, malá transparentnost. Má ale i své přednosti. Výhodou je, že je získán hloubkový popis případů. Proč se daný fenomén objevil, o tom poskytuje podrobné informace.

---

<sup>57</sup> SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006, s.6.

<sup>58</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2006, s.50.

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

## **1 Vlastní výzkum**

Při výzkumu kvality života u diabetiků bylo použito kvantitativního typu výzkumu. Kvantitativní výzkum používá deduktivní logiku. To znamená, že problém který existuje v teorii, nebo v sociální rovině je přeložen do hypotéz. Ty pak jsou základem pro výběr proměnných. Pro testování hypotéz jsou použita sebraná data. Soubor přijatých nebo zamítnutých hypotéz, je výstupem kvantitativního výzkumu. Protože pro náš výzkum nemohly být splněny všechny podmínky pro realizaci verifikačního výzkumu, neověřovali jsme platnost předem stanovených hypotéz, nýbrž hledali jsme odpovědi na položené otázky.

### **1.1. Cíle výzkumu**

Cílem naší přehledové studie, zaměřené na život pacientů s diabetes mellitus, bylo:

- 1) Zjistit aktuální kvalitu života ve zvolené skupině pacientů
- 2) Odpovědět na položené otázky

### **1.2. Kladené otázky**

- 1) Zda jsou u pacientů naší diagnostické skupiny zjevné známky zhoršení kvality života.
- 2) Zda jsou ovlivněné a zhoršené vztahy a pocity pacientů:
  - osobní (vztahy v rodině , s přáteli, s ošetřujícím personálem)
  - v oblasti pracovní
  - v oblasti pocitu sociální neužitečnosti.
- 3) Zda a jak mají negativní pocity vliv na kvalitu života.

## 2 Metody výzkumu

K ověření stanovených cílů a ověření kladených otázek byly zvoleny dvě metody:

1. Dotazník: a) dotazník vlastní konstrukce, který zjišťuje demografická data  
b) standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace (krátká verze) WHOQOL-BREF
2. Analýza lékařské a ošetrovatelské dokumentace

### 2.1. Dotazníky

Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991 dal podnět k vytvoření mezinárodního **dotazníku pro měření kvality života**.

Po dvou desetiletích intenzivního rozvoje měření kvality se ukázaly jako nezbytné čtyři principy, které měl nový instrument naplnit.

1. Komplexnost – instrument by měl pokrývat široké spektrum aspektů života
2. Subjektivnost – preferovanou formou je sebeposouzení, nikoli hodnocení jinou osobou
3. Relativní důležitost – instrument by měl obsahovat hodnocení subjektivních aspektů života a odrážet poznatky o důležitosti položek a oblastí ve své struktuře.
4. Kulturní relevance – zapojení více výzkumných center umožňuje odpovědět na tuto otázku.

„Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako to *„jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“*<sup>59</sup>

Dotazníky vytvořené pracovní skupinou Světové zdravotnické organizace vycházejí z této definice. (příloha č.1.)

Dále byl použit **dotazník vlastní konstrukce** na zjištění sociometrických údajů (věk, pohlaví, rodinný stav, zaměstnání).( příloha č.2)

### 2.2. Analýza lékařské a ošetrovatelské dokumentace

Cílem použití metody byl výběr vhodných respondentů do výzkumného vzorku, aby odpovídal stanoveným kritériím výzkumu.

---

<sup>59</sup> DRAGOMIRECKÁ,E.,BARTOŇOVÁ,J. *WHOQOL-BREF,WHOQL-100*, Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace.Praha:Psychiatrické centrum Praha, 2006,s.28.

Kritéria pro nezařazení do výzkumu.

1. Nesouhlas pacienta s výzkumem
2. Přítomnost další závažné choroby nesouvisející s diabetem
3. Účast v jiné klinické studii

### **2.3. Charakteristika výzkumného vzorku**

Bylo osloveno 85 hospitalizovaných pacientů na základě stanovených kritérií. Těmto pacientům byly postupně rozdány dotazníky. K vyhodnocení se vrátilo 75 dotazníků, což je návratnost 88%. Ze 75 dotazníků bylo vyhodnoceno pouze 70, protože 5 dotazníků neobsahovalo úplná data.

## **3 Postup a organizace výzkumu**

Výzkum byl prováděn na Klinice diabetologie v IKEM od listopadu 2007 do ledna 2008 u mužů i žen bez rozdílu věku. Všichni respondenti byly poučeni o tom, že se podílejí na šetření, které je součástí diplomové práce. Dotazníky byly vyplňovány dobrovolně a anonymně. Výstupy byly hodnoceny v procentuálních poměrech a hrubých skórách.

Dotazník zaměřený na základní údaje respondentů byl zpracován v programu Excel do grafů. U dotazníku zaměřeného na Kvalitu života WHOQOL-BREF bylo postupováno podle příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Dotazník byl opět zpracován v programu Excel do grafů a byly spočítány hrubé skóry jednotlivých domén.

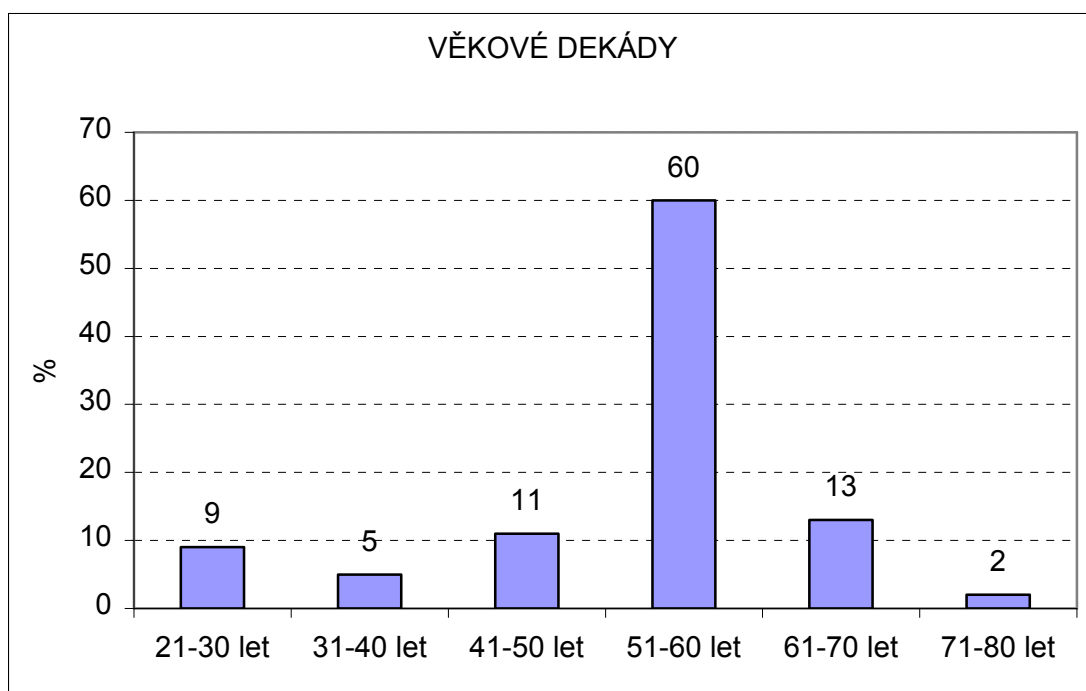
## **4 Základní údaje o skupině respondentů**

### **Graf č.1 Věk respondentů**

Na grafu jsou znázorněny věkové dekády respondentů. Z tohoto grafu vyplývá, že nejvíce respondentů 60% je ve věku 51-60 let. Ve věku 61-70 let je 13%, ve věku 41-50 let 11% , ve věku 21-30let 9%, 31-40 let 5% a věku 71-80 2% respondentů.



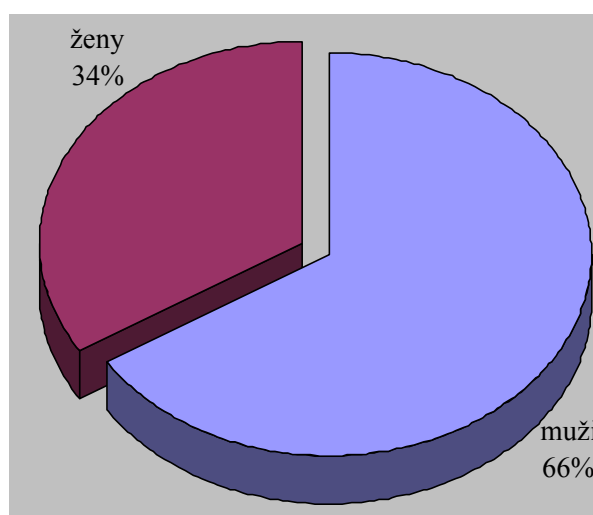
**Graf č.1 Věkové dekády respondentů**



**Graf č. 2**

**Pohlaví respondentů**

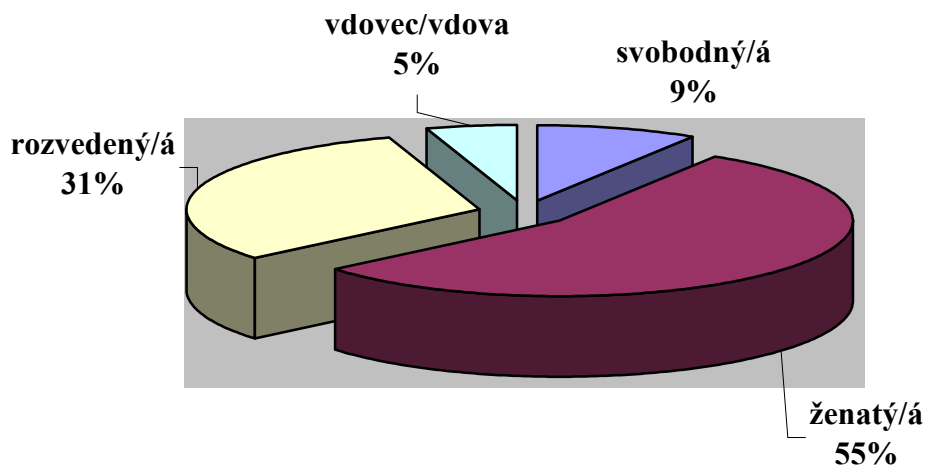
Z tohoto grafu vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo 66% mužů tj. 46 respondentů a 34% žen, tj. 24 respondentů.



### Graf č.3

#### Rodinný stav

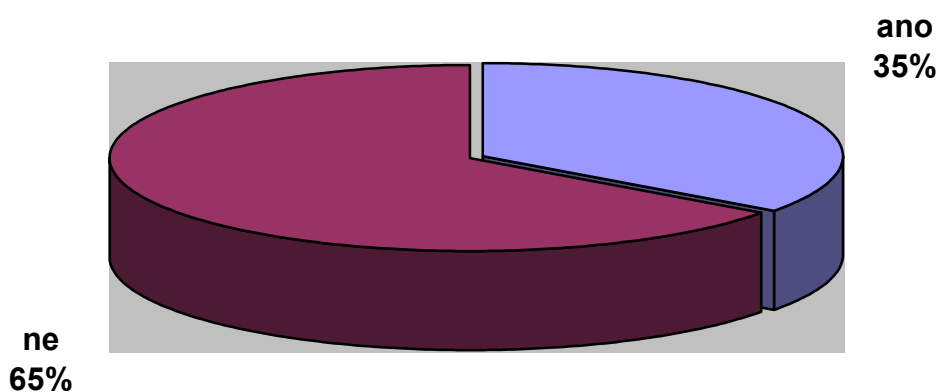
Na tomto grafu je vyjádřen rodinný stav respondentů. Ženatých/vdaných bylo 55%, rozvedených 31%, svobodných 9% a vdova/vdovec 5% respondentů.



### Graf č.4

#### Zaměstnání

Tento graf vyjadřuje kolik respondentů pracuje či nikoli. Větší procento 65% nepracuje a 35% pracuje.



## 5 Výsledky výzkumu

Dotazník WHOQOL-BREF je rozdělen do čtyř dimenzí - domén

- 1) Fyzické zdraví
- 2) Prožívání
- 3) Sociální vztahy
- 4) Prostředí

Otázky zaměřené na tyto dimenze byly zpracovány do jednotlivých grafů.

K měření kvality života bylo třeba spočítat průměrné hrubé skóry jednotlivých domén. Průměrné hrubé skóry jsou standardizované průměrné hodnoty položek příslušných každé doméně. Rozpětí hrubého skóru u domén se pohybuje od minima 0 do maxima 6, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života. Samostatné položky hodnotící celkovou kvalitu života a zdravotní stav jsou také vyjádřeny v hrubých skórech. V dotazníku se jedná o otázky zaměřené přímo na hodnocení své kvality života a spokojenosti se svým zdravím. V hrubých skórech je také vyjádřena otázka na prožívání negativních pocitů vztahená k jednotlivým hrubým skórum.

### 5.1. Zjištěné údaje z dotazníku WHOQOL-BREF

Výsledky výzkumu byly zpracovány dle jednotlivých dimenzí.

#### 1. Fyzické zdraví

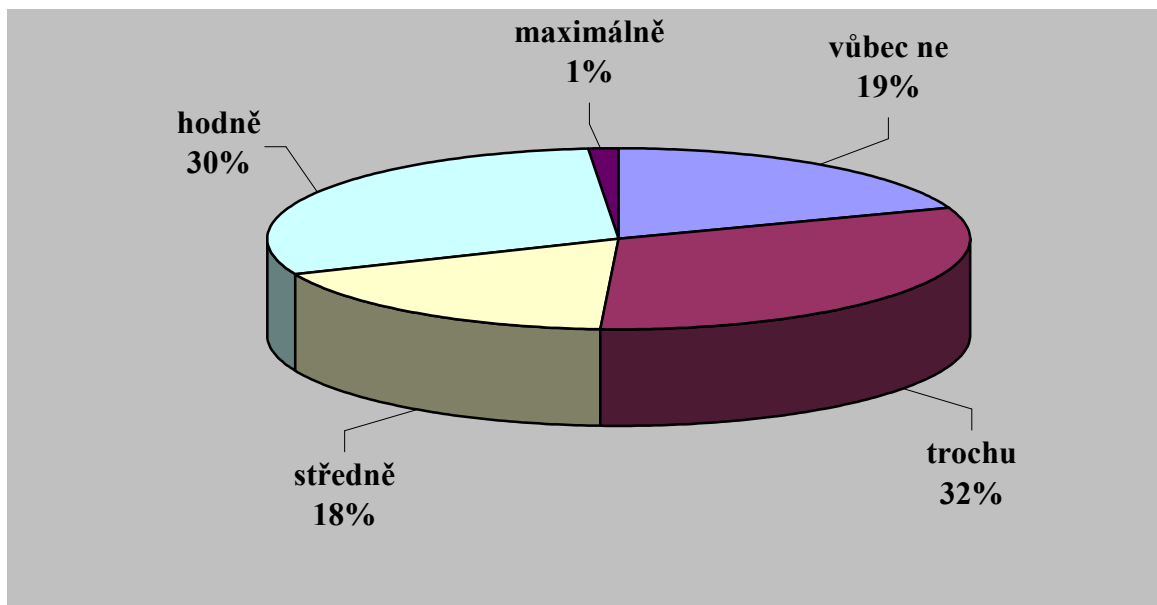
Do této dimenze patří **bolest a nepříjemné pocity, energie a únava, spánek a odpočinek.**

Nepříjemné tělesné pocity a bolest, které člověk prožívá mu brání v činnosti, kterou potřebuje a chce vykonávat. Tyto pocity a bolest člověka zatěžují a narušují život. V tomto případě je tudíž nutná lékařská péče. (Graf č. 5, Graf č.6)

### Graf č. 5

#### Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

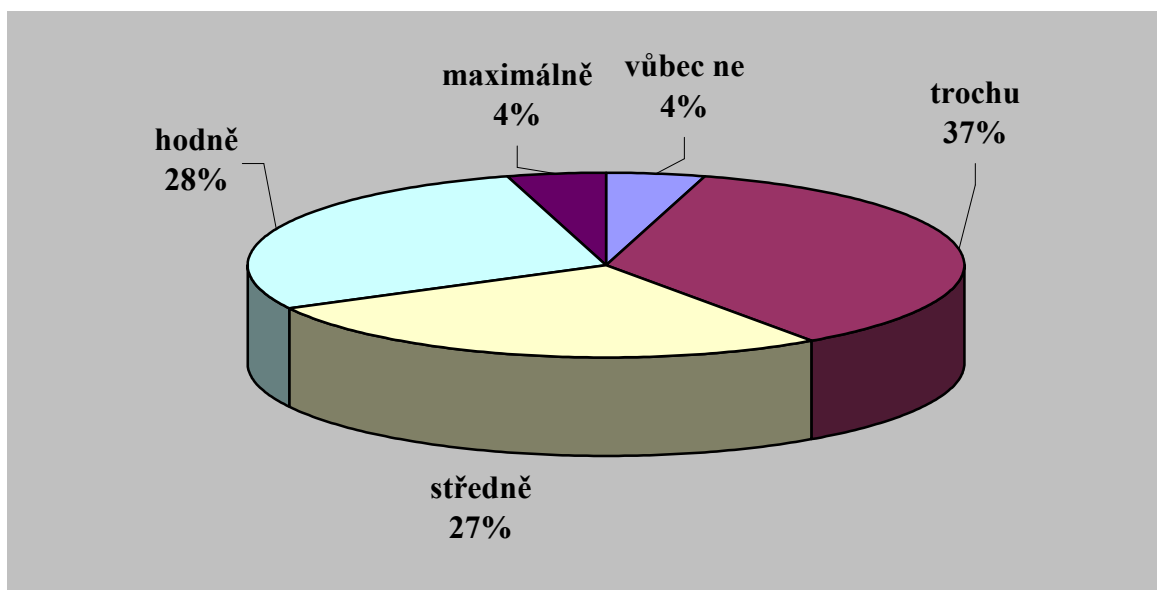
Z grafu č. 5 vyplývá, že ve skupině našich respondentů je zhruba polovina těch, kterým bolest prakticky nebrání v činnosti (přiřazené části „vůbec ne“ a „trochu“). Jedná se o 51% dotazovaných.



### Graf .č 6

#### Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl fungovat v každodenním životě?

Na tomto grafu je z odpovědí patrné, že 59% respondentů potřebuje lékařskou péči, aby mohli fungovat v každodenním životě (přiřazené části „středně“, „hodně“ a „maximálně“). Je to nadpoloviční většina.



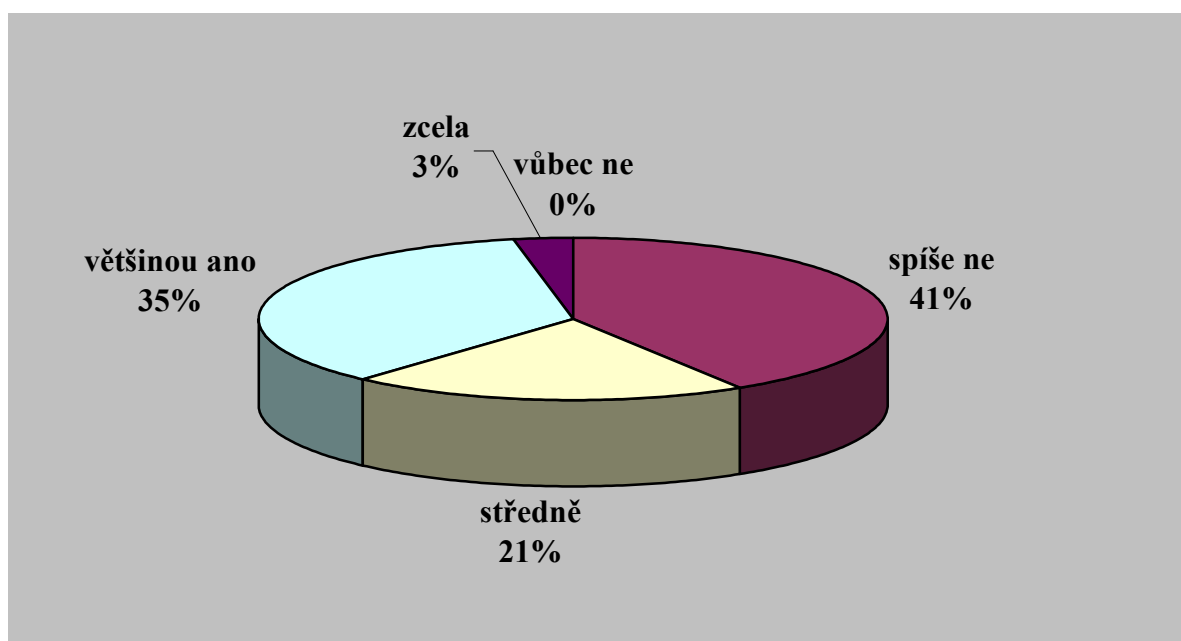
**Energie a únava**, tyto otázky se zaměřují na energii, chuť do života a schopnost provádět úkoly nezbytné pro denní život. Únava může být důsledkem například nemoci samé, vlivem depresí nebo nadměrné zátěže. Únava může mít i dopad na sociální vztahy, v důsledku nemoci zvyšující se závislosti na ostatních.

(Graf č. 7, 8, 9, 10)

### Graf č.7

#### Máte dost energie pro každodenní život?

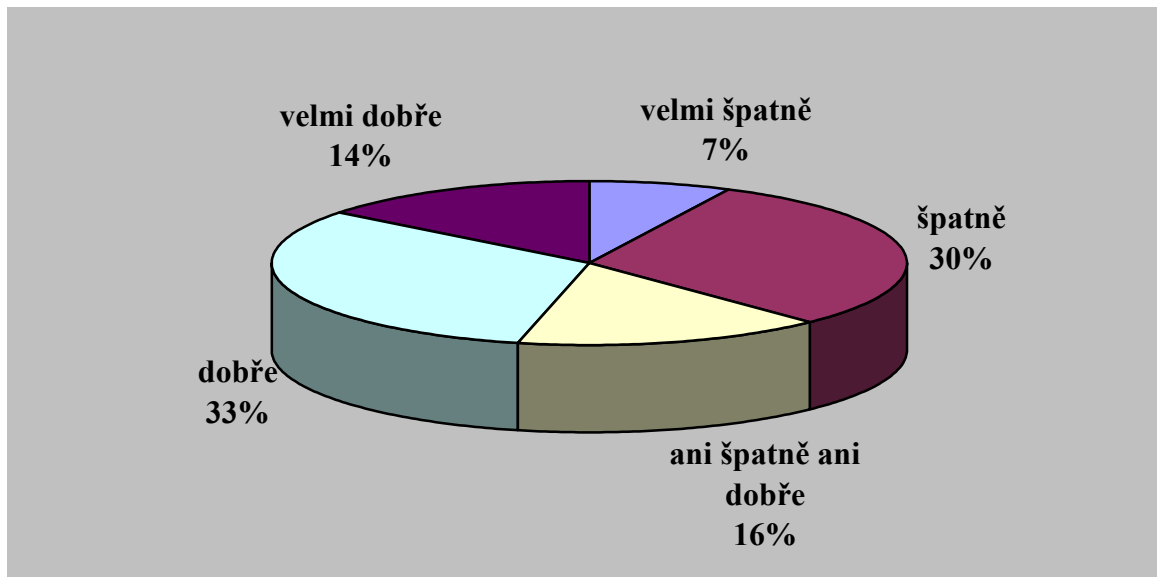
Z vyhodnocení otázky na tomto grafu vyplývá, že víc jak polovina respondentů má dost energie pro každodenní život (přiřazené části „středně“, „většinou ano“, „zcela“). Jedná se celkem o 59% dotazovaných.



### Graf č.8

#### Jak se dokážete pohybovat?

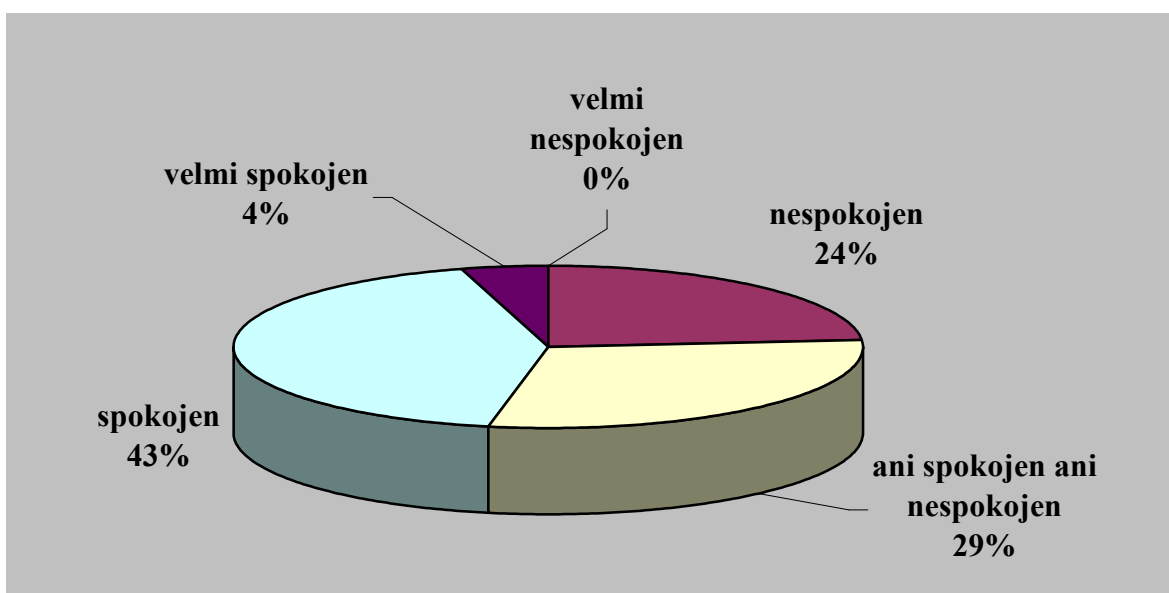
Z tohoto grafu je patrné, že menší částí respondentů dělá pohyb problémy. Jedná se o 37% dotazovaných (přiřazené části „velmi špatně“, „špatně“). Větší část respondentů 47% se dokáže pohybovat dobře (přiřazené části „dobře“ a „velmi dobře“).



### Graf č. 9

#### Jak jste spokojen se svou schopností provádět každodenní činnost?

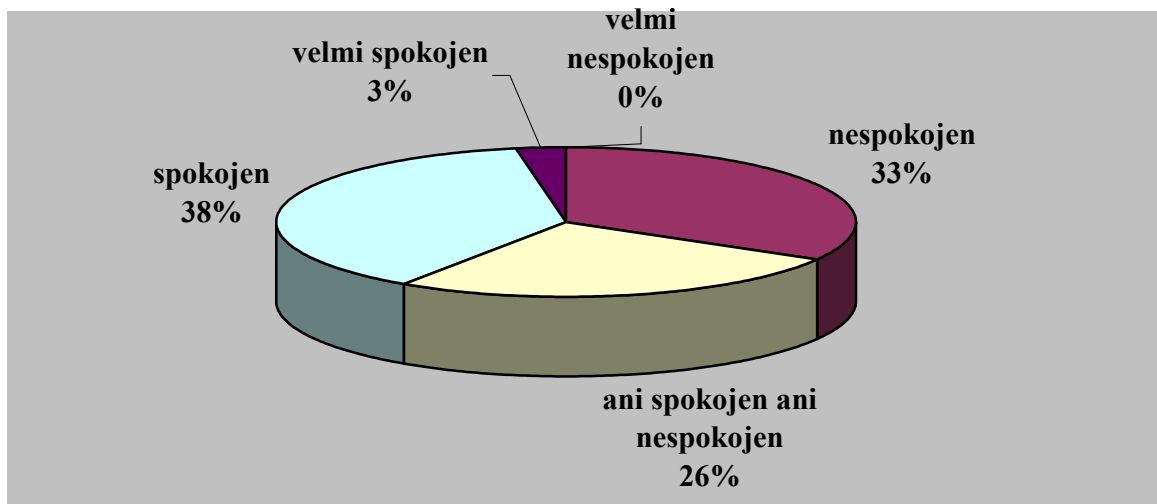
Větší část respondentů 47%, tak jak vyplývá z tohoto grafu, je spokojeno se svou schopností provádět každodenní činnosti (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“). Menší část 24% dotazovaných je nespokojeno (přiřazená část „nespokojen“).



### Graf č. 10

#### Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?

Z tohoto grafu je patrné, že spokojena se svým pracovním výkonem není ani polovina respondentů (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“). Jedná se o 41% dotazovaných.

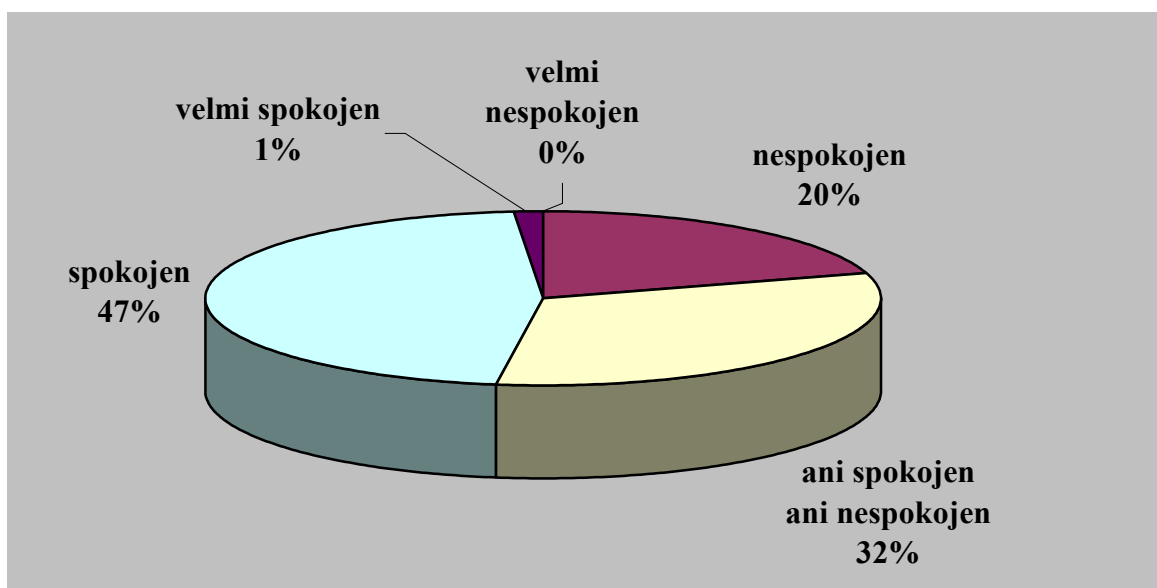


**Spánek a odpočinek**, tento oddíl zahrnuje veškeré problémy se spánkem. Mohou zahrnovat potíže s usínáním, probouzením se během noci, nedostatečné osvěžení spánkem.(Graf č.11)

### Graf č. 11

#### Jak jste spokojen se svým spánkem?

Tak jak vyplývá z grafu, je se svým spánkem spokojena skoro polovina respondentů (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“). Celkem je to 48%. Nespokojeno se svým spánkem je pouze 20% dotazovaných (přiřazené části „velmi nespokojen“, „nespokojen“).



## 2. Prožívání

Tato doména obsahuje otázky, které se zabývají **pozitivními pocity, myšlením, učením soustředěním, sebedůvěrou, sebeúctou, vnímáním těla, vzhledu a negativními pocity.**

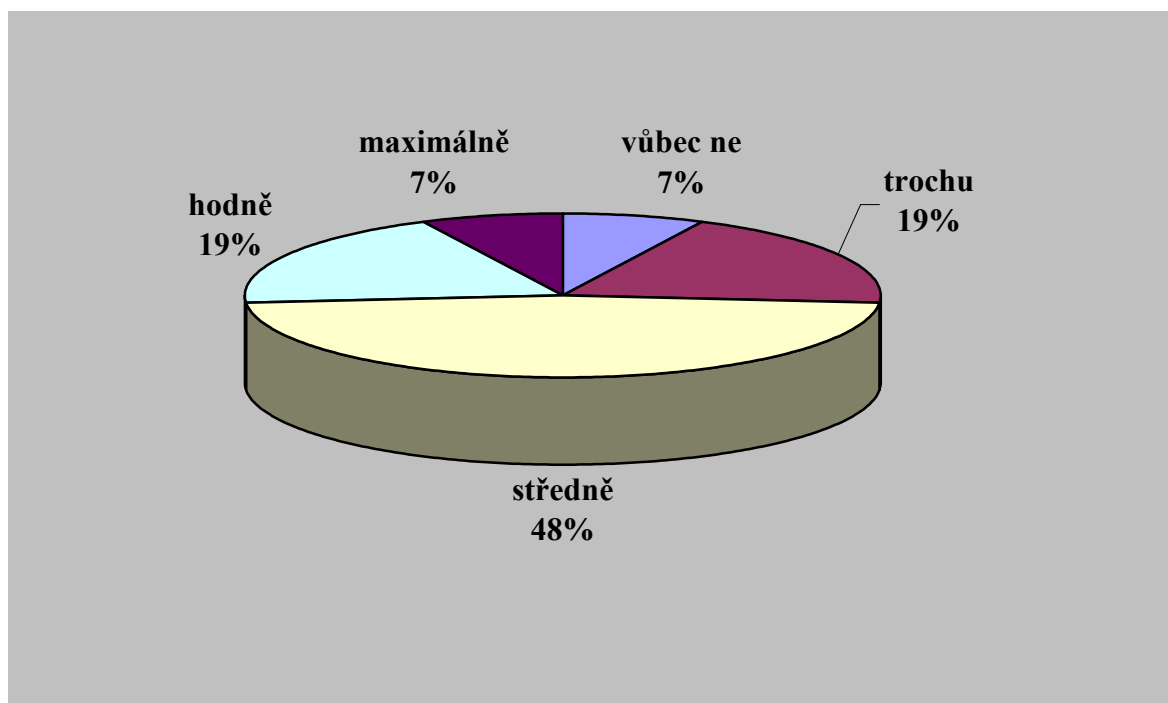
V tomto oddíle se zkoumá, nakolik prožívá respondent pozitivní pocity klidu, smyslu života, spokojenosti. Tato faceta může být pro mnoho respondentů totožná s kvalitou života.

(Graf č. 12,13,14,15,16)

### Graf č. 12

#### Jak moc Vás těší život?

Na tomto grafu je patrné, že skoro tři čtvrtiny respondentů život těší (přiřazené části „středně“, „hodně“, „maximálně“). Jedná se o 74% dotazovaných. Pouze 29% respondentů má jiný názor na svůj život, který je moc neteší (přiřazené části „vůbec ne“, „trochu“).

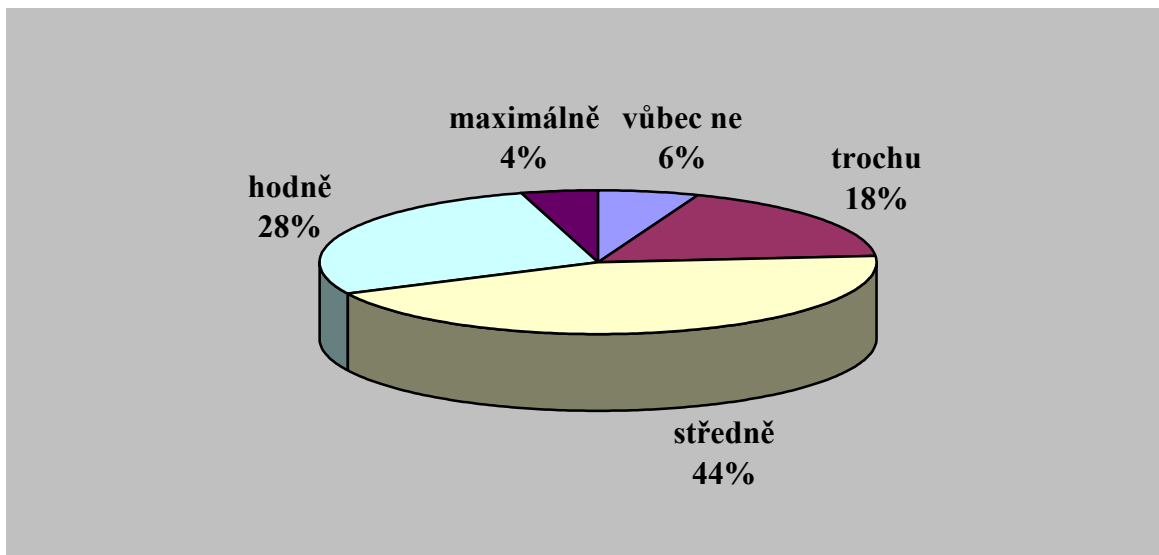




### Graf č.13

#### Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl ?

Na tuto otázku opět, jak z grafu vyplývá, odpověděly tři čtvrtiny respondentů 76%, že jejich život je smysluplný (přiřazené části „středně“, „hodně“, „maximálně“). Pouze 24% dotazovaných život netěší a když, tak jen málo (přiřazené části „vůbec ne“, „trochu“).

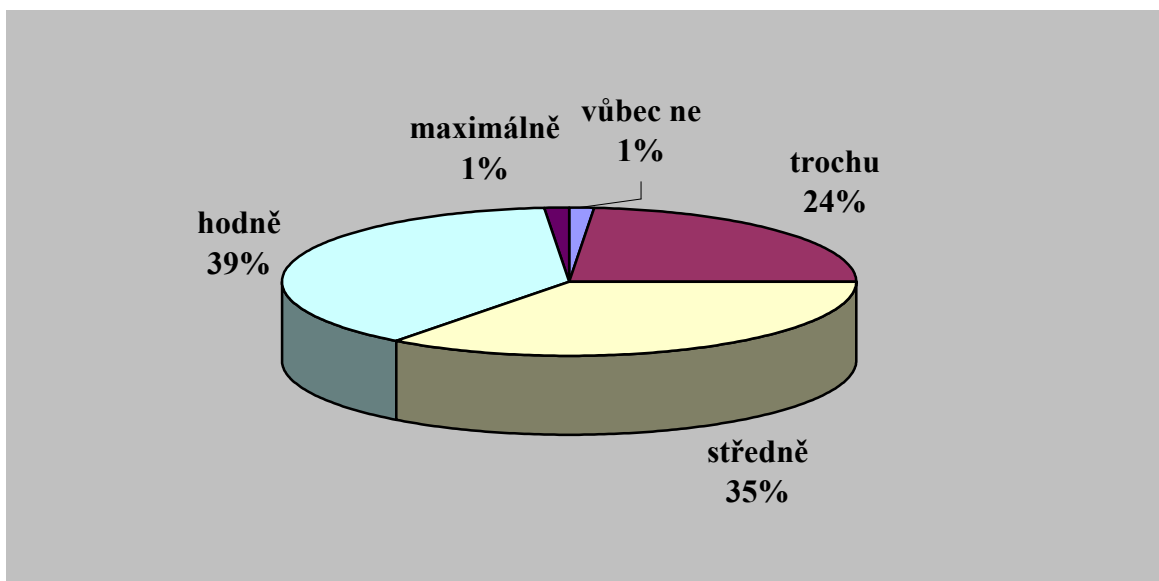


Faceta **myšlení a soustředění** zkoumá respondentův názor na své soustředění. (Graf.č.14)

### Graf č.14

#### Jak se dokážete soustředit?

Z tohoto grafu vyplývá, že na tuto otázku odpověděly opět tři čtvrtiny, že nemají v podstatě problém se soustředit (přiřazené části „středně“, „hodně“, „maximálně“). Pouze 25% respondentů připustilo, že má problém se soustředit (přiřazené části „vůbec ne“, „trochu“).

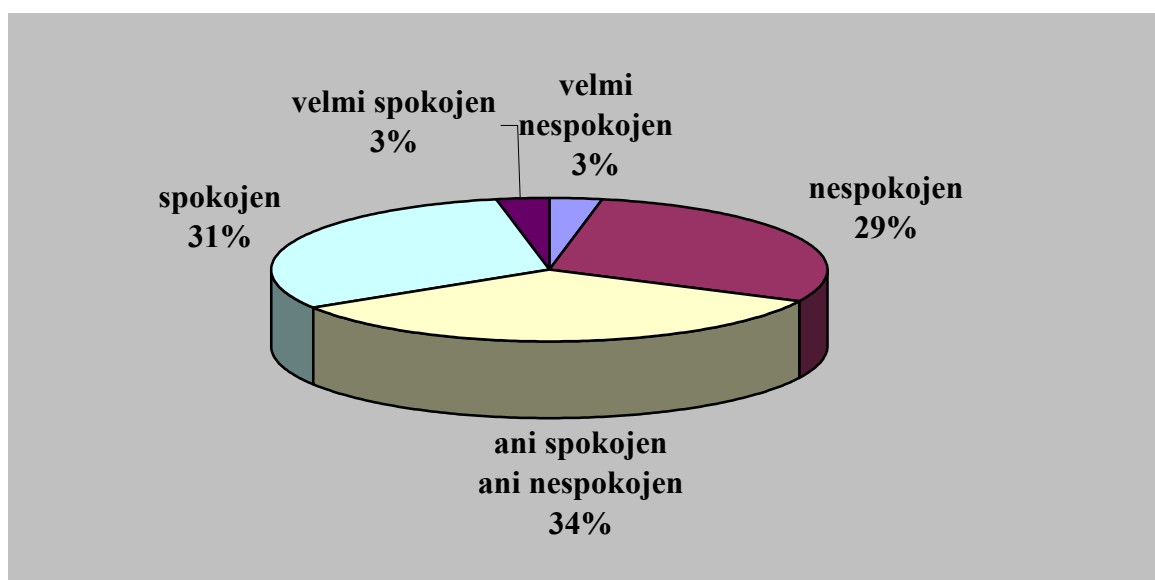


**Sebedůvěra a sebeúcta**, tento oddíl zjišťuje, jak respondenti o sobě smýšlejí, jak si cení sami sebe. (Graf č.15)

### Graf č.15

#### Jak jste spokojen sám se sebou?

Na tuto otázku odpovědělo, tak jak je patrné z tohoto grafu, že spokojeno samo se sebou bylo 34% respondentů (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“). Skoro stejné procento respondentů 32% bylo samo se sebou nespokojeno (přiřazené části „velmi nespokojen“, „nespokojen“).

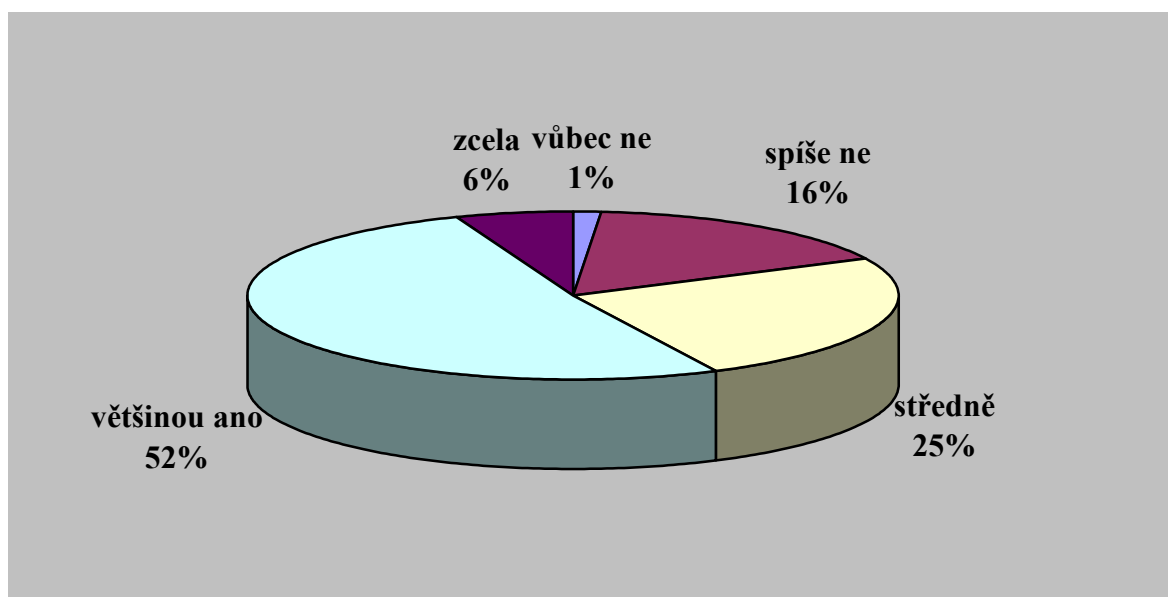


**Vnímání těla a vzhledu** se zabývá tím, jak na vlastní tělo nahlíží respondent. Jak hodnotí vzhled svého těla, zda pozitivně či negativně.(Graf č. 16)

## Graf č. 16

### Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Akceptovat svůj vzhled, jak vyplývá z grafu dokáže většina respondentů (přiřazené části „středně“, „většinou ano“, „zcela“). Pouze 17% respondentů nedokáže plně akceptovat svůj vzhled (přiřazené části „vůbec ne“, „spíše ne“).



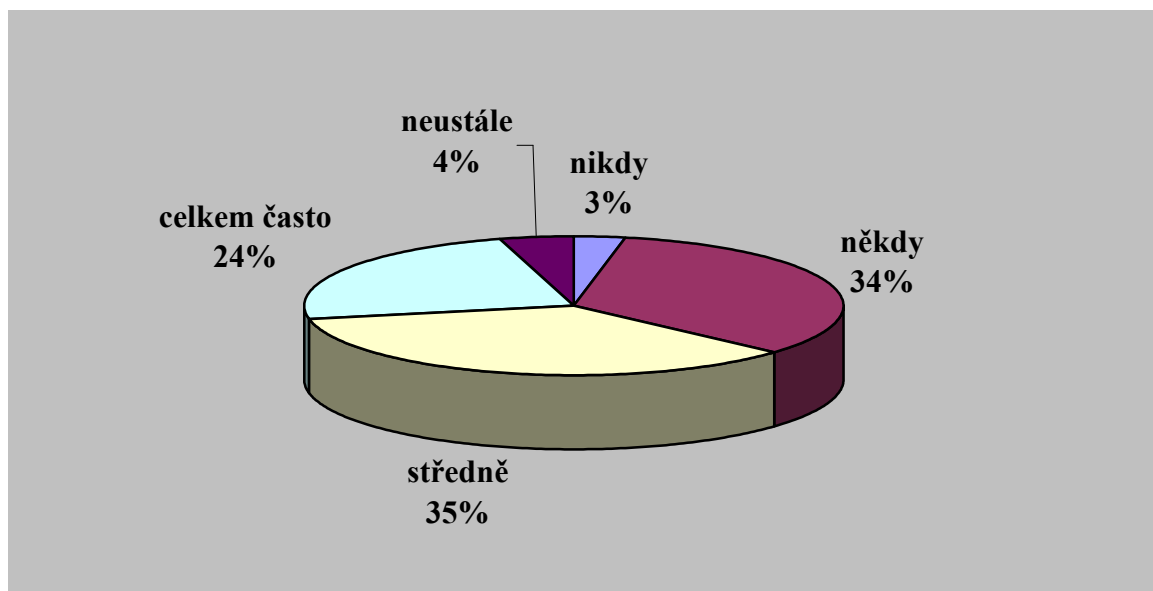
V tomto oddíle zjišťujeme nakolik prožívá respondent **negativní pocity**. Jsou to pocity viny, smutku, zoufalství, nervozity, úzkosti, nedostatku radosti ze života. Tato otázka je dále zpracována v souvislosti s jednotlivými doménami, jak dalece časté prožívání negativních pocitů **ovlivňuje kvalitu života**.

(Graf č. 17)

### Graf č. 17

#### Jak často prožíváte negativní pocity?

Na tuto otázku odpovědělo, jak je grafu patrné, z naší skupiny respondentů 63% , že negativní pocity prožívá buď středně, nebo významně často. (přiřazené části „středně“, „celkem často“, „neustále“).



### 3. Sociální vztahy

V této doméně zjišťujeme do jaké míry se v životě dostává respondentovi od nejbližšího okolí **lásky, přátelství a podpory**. Také zahrnuje jaké má respondent **blízké vztahy** a to jak emoční, tak fyzické.

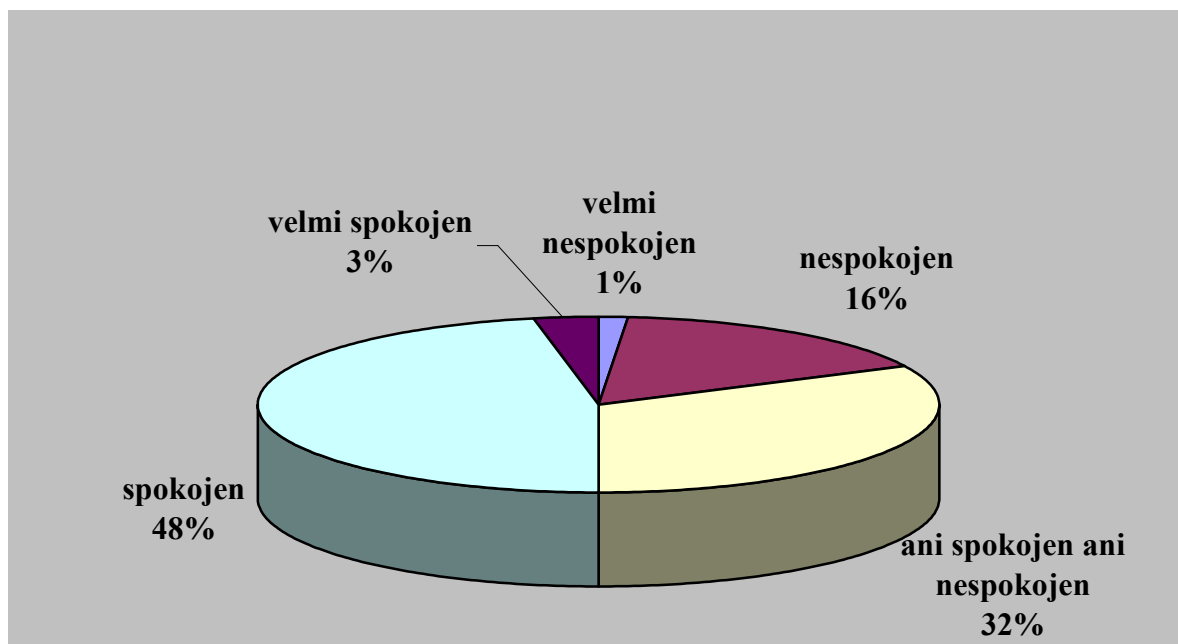
Otázka na osobní vztahy zjišťuje, do jaké míry je pro člověka únosná péče o druhé a patří sem veškeré láskyplné vztahy.

(Graf č. 18,19)

## Graf č. 18

### Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?

Z tohoto grafu vyplývá, že přes polovina respondentů, 52%, je se svými osobními vztahy spokojeno (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“). Jen 17% dotazovaných bylo se svými vztahy nespokojeno (přiřazené části „velmi nespokojen“, „nespokojen“).



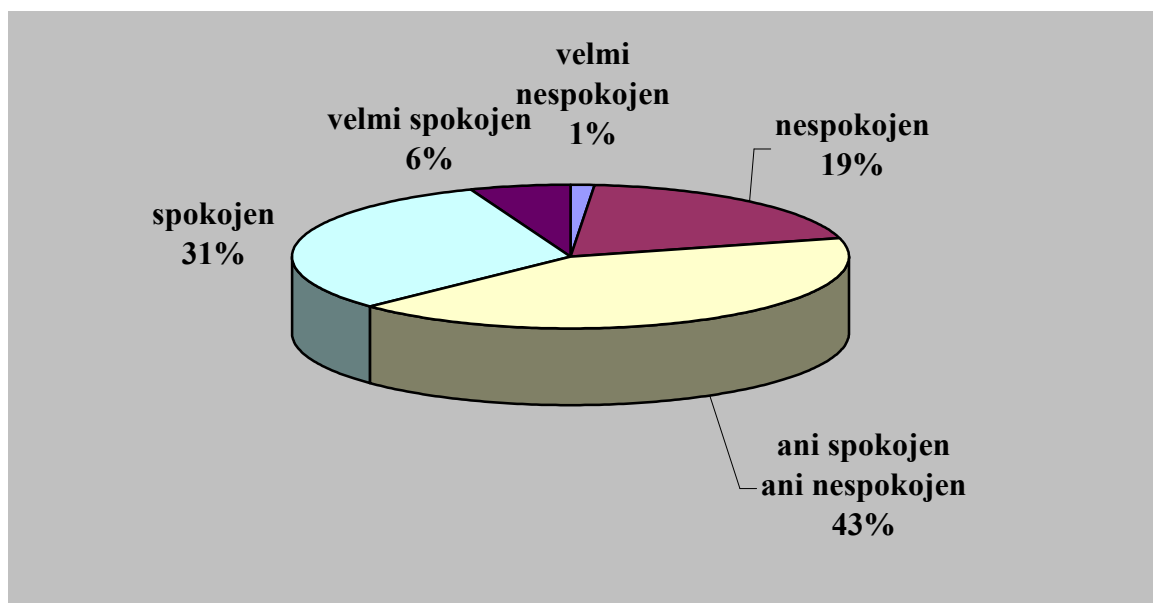
Faceta sociální podpora zjišťuje, jak a do jaké míry respondent pocítuje **pomoc a podporu od rodiny, přátel.**

(Graf č.19)

## Graf č. 19

### Jak jste spokojen s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Na tuto otázku, jak je patrné z grafu odpovědělo z našich respondentů pouze 37% , že je spokojeno (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“).



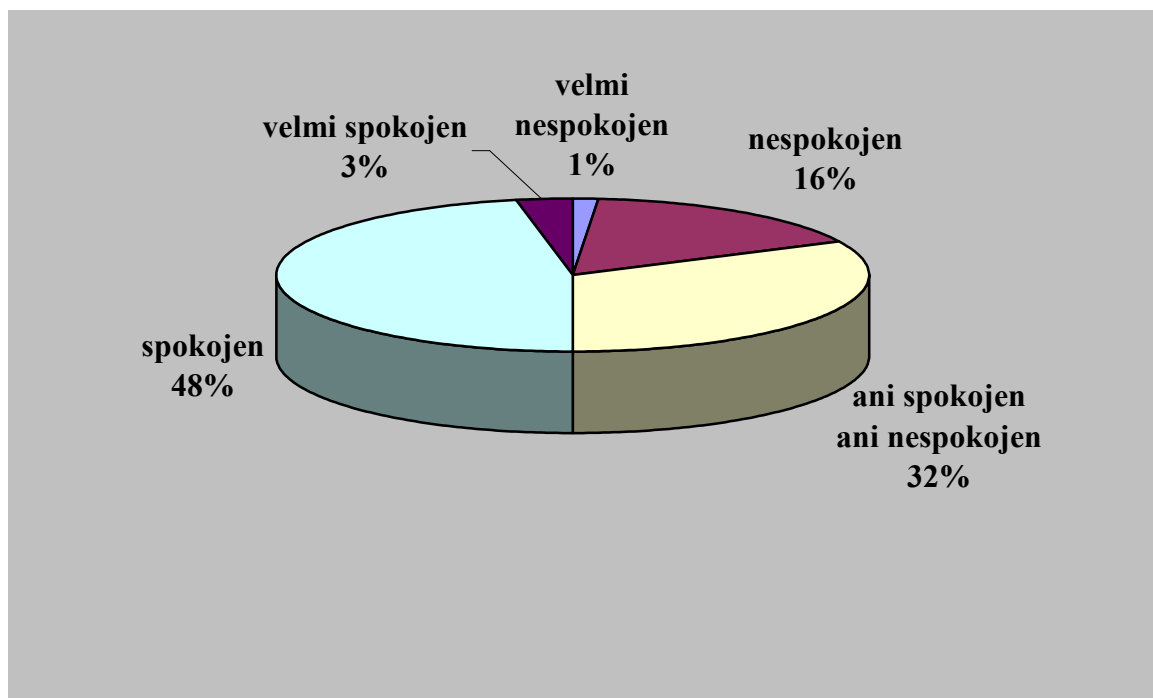
Otázka se zabývající se **sexuální potřebou** a touhou po uspokojení se týká pouze vztahu sexuálních aktivit ke kvalitě života. Není zde důležité jak je člověk sexuálně orientovaný, důraz je na přání a vyjádření naplnění v sexuální oblasti.

(Graf č. 20)

## Graf č. 20

### Jak jste spokojen se svým sexuálním životem?

Z odpovědí na tuto otázku z grafu vyplývá, že polovina respondentů, 51%, je spokojena se svým sexuálním životem (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“). Menší část 17%, je nespokojena (přiřazené části „velmi nespokojen“, „nespokojen“).



## 4. Prostředí

Tato doména je zastoupena v dotazníku nejvíce. Zahrnuje otázky týkající se **fyzického bezpečí, domácího prostředí, finanční situace, zdravotní a sociální péče, možnosti získávat nové informace, volný čas a záliby, životní prostředí, spokojenost s možností dopravy.**

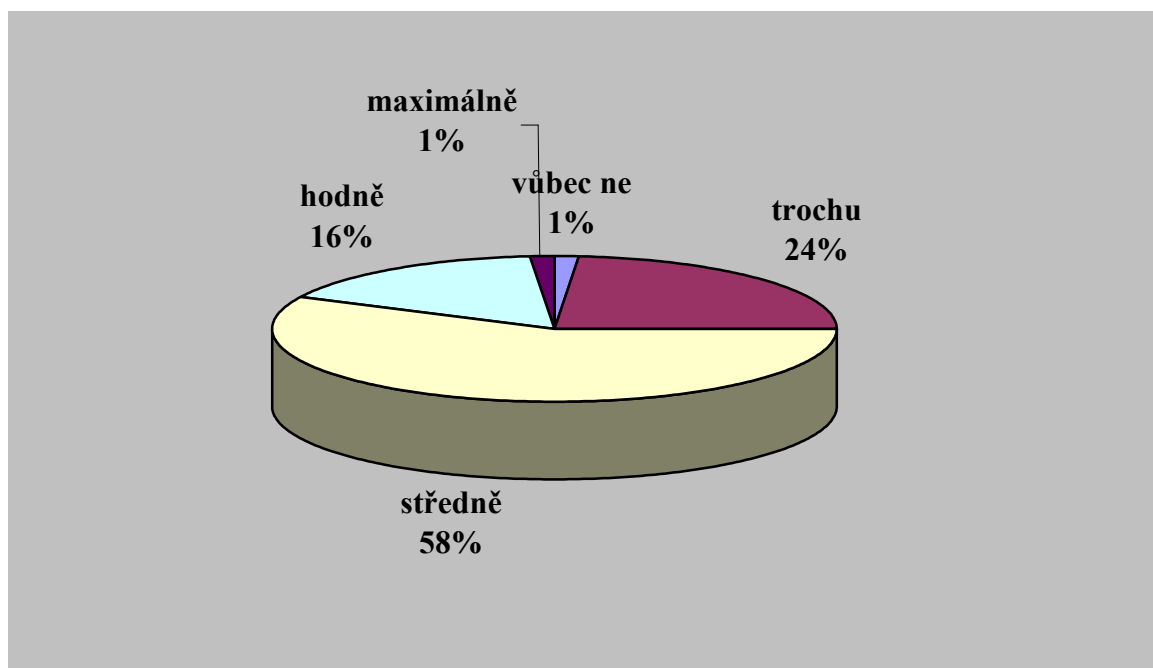
Oddíl, který se zabývá pocitem bezpečí a jistoty se také ptá jaké ohrožení bezpečí může přicházet a jak to respondent cítí.

(Graf č. 21,22,23,24,25,26,27,28)

## Graf č.21

### Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Z tohoto grafu je patrné, že tři čtvrtiny respondentů se cítí ve svém každodenním životě bezpečně (přiřazené části „středně“, „hodně“, „maximálně“). Pouze 25% dotazovaných se necítí moc bezpečně (přiřazené části „vůbec ne“, „trochu“).



Tato faceta zjišťuje, jak je důležité pro respondenty místo, **kde žijí a jak jsou spokojeni.**

(Graf č. 22)

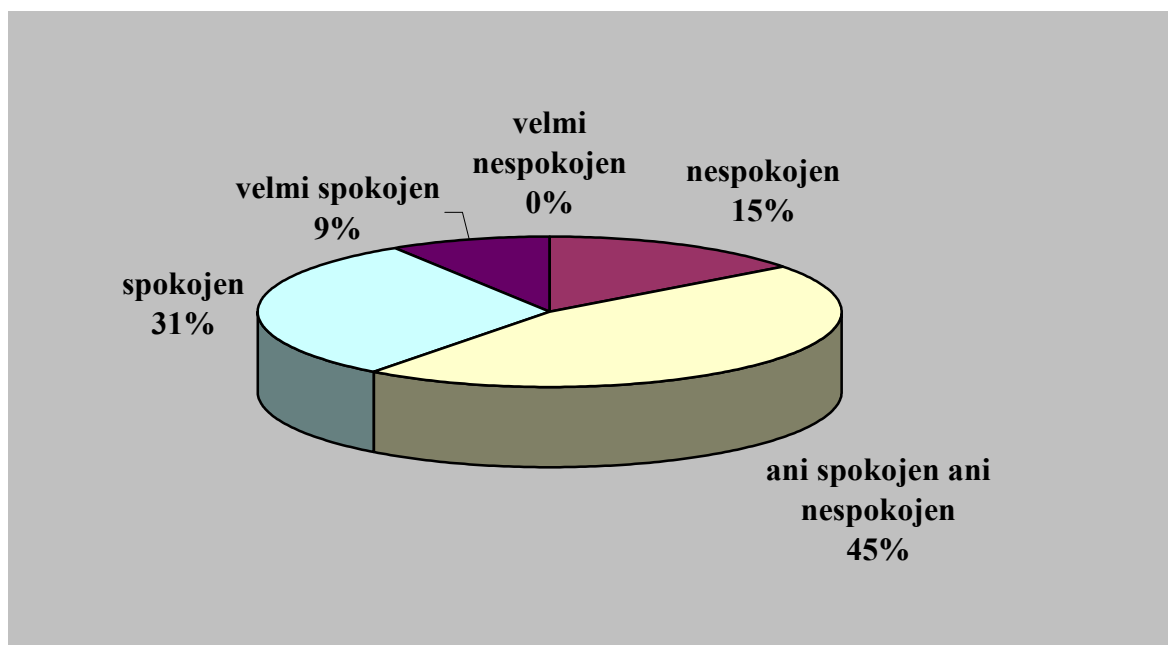
## Graf č. 22

### Jak jste spokojen s podmínkami v místě, kde žijete?

Z odpovědí na tuto otázku z grafu vyplývá, že necelá polovina dotazovaných, 40%, spokojena s podmínkami kde žije (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“). Malá část respondentů, 15%, je s podmínkami nespokojena (přiřazené části „velmi nespokojen“, „nespokojen“).



Graf č.22



V oddíle finanční situace zjišťujeme, jak respondent nahlíží na svou **finanční situaci** a nakolik tyto prostředky **uspokojují jeho potřeby**. Hodnocení v žádném ohledu nebere v potaz zdravotní stav respondenta, ani nebere ohled na to zda je či není zaměstnaný. Pohled na soběstačnost či nedostatečnost finančních prostředků může být u různých osob velmi rozdílná.

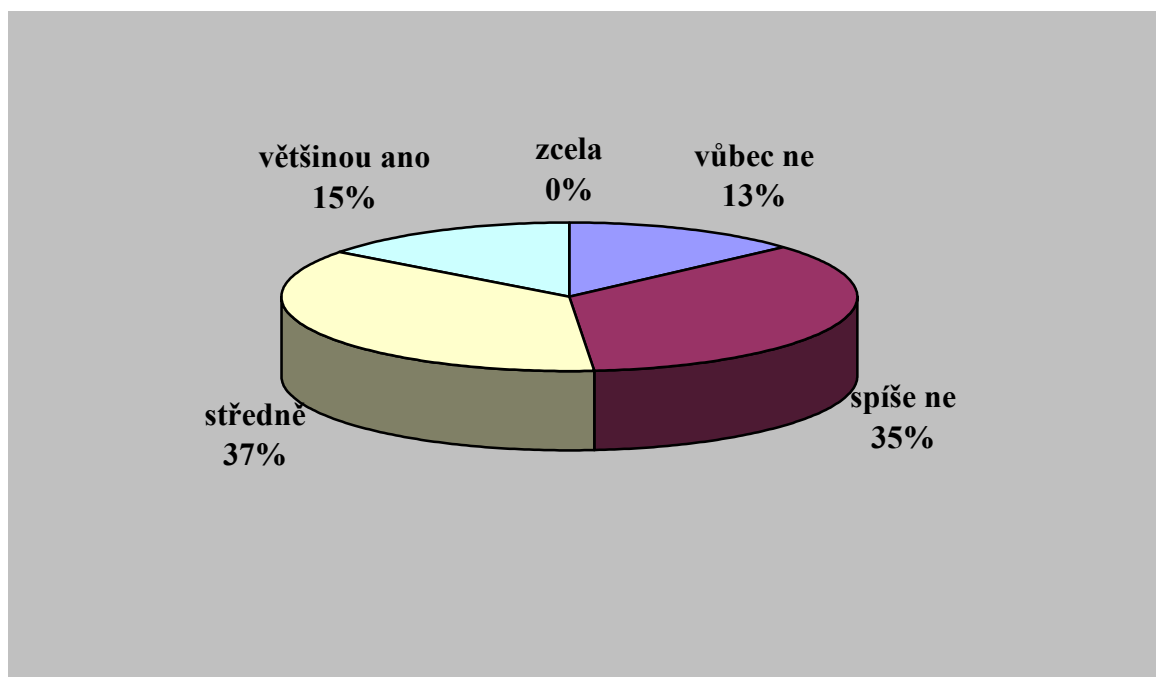
(Graf č. 23)

### Graf č. 23

#### Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Z tohoto grafu vyplývá, že pouze polovina respondentů, 52%, je spokojena s dostatkem peněz pro vlastní potřebu (přiřazené části „středně“, „většinou ano“). Skoro ale také polovina dotazovaných ,48%, má problém s dostatkem peněz pro svou potřebu (přiřazené části „vůbec ne“, „spíše ne“).

Graf č.23



Faceta **zdravotní péče** zjišťuje názor respondenta na dostupnost zdravotní péče v blízkém okolí.

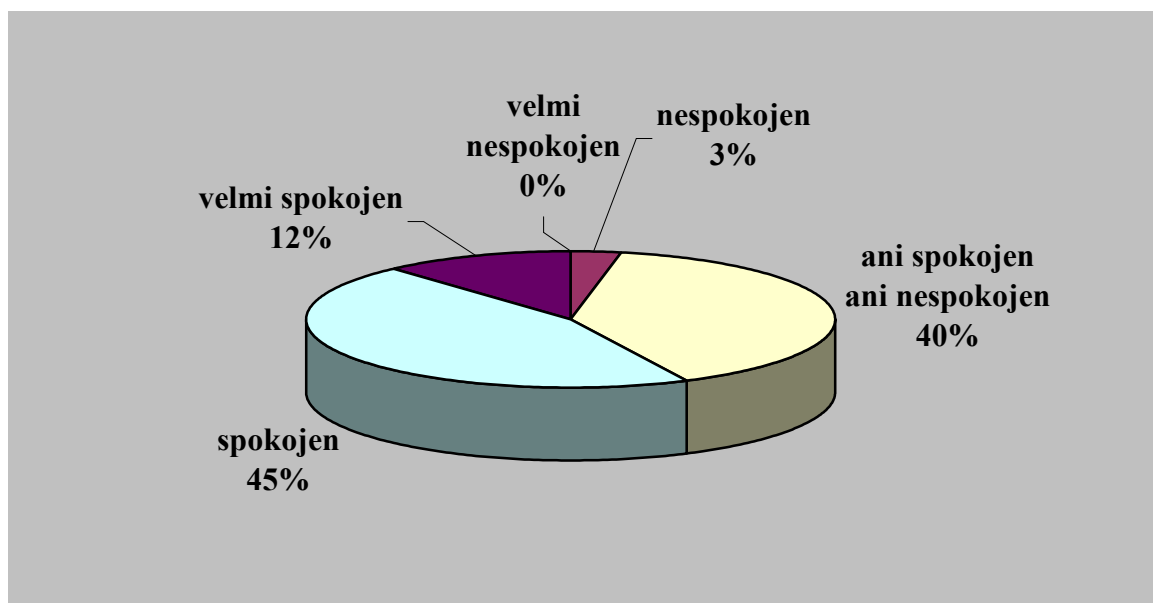
(Graf č. 24)

**Graf č.24**

**Jak jste spokojen s dostupností zdravotní péče?**

Na tuto otázku odpověděla pouze 3% respondentů, že je s dostupností zdravotní péče nespokojena (přiřazená část „nespokojen“). Naopak více než polovina dotazovaných, 57%, je s dostupností zdravotní péče spokojena (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“).

Graf č. 24



V otázce, která zjišťuje možnosti **získávat nové informace** se ptáme respondenta na možnosti získat a mít přehled o potřebných informacích. Každý vnímá tuto otázku odlišně. Někdo potřebuje být informován široce, (informace o světovém dění) a někomu stačí informace omezenější. Má to vztah ke kvalitě života respondenta.

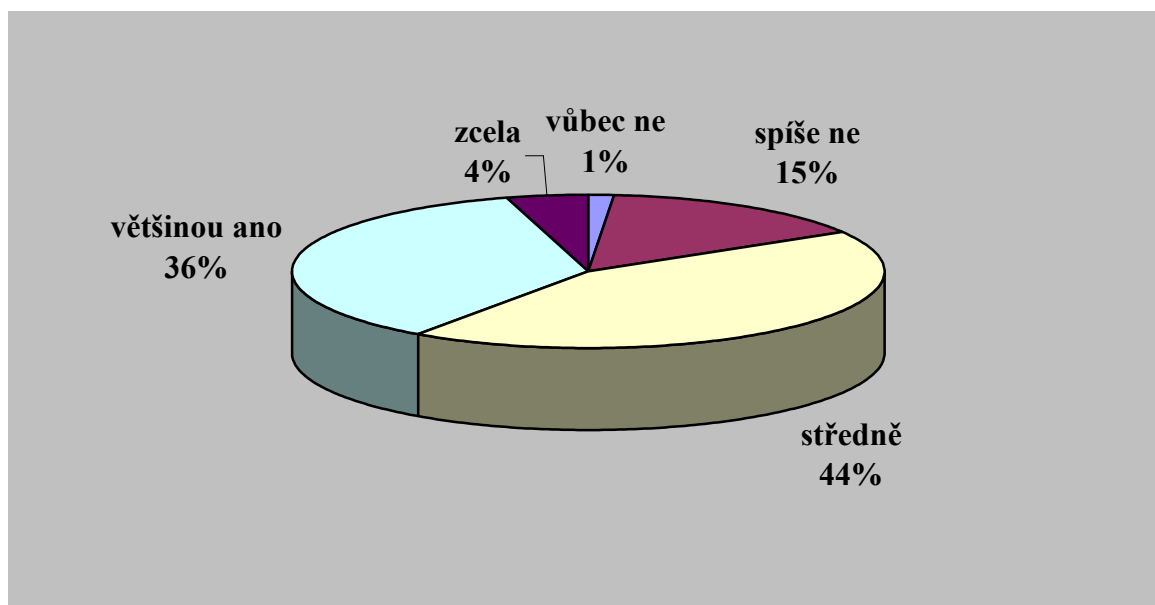
(Graf č. 25)

**Graf č. 25**

**Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?**

Velká část respondentů 84%, odpověděla, tak jak vyplývá z grafu, že má přístup k potřebným informacím (přiřazené části „středně“, „většinou ano“, „zcela“). Pouze 16% respondentů má problémy s dostupností informací (přiřazené části „vůbec ne“, „spíše ne“).

Graf č. 25

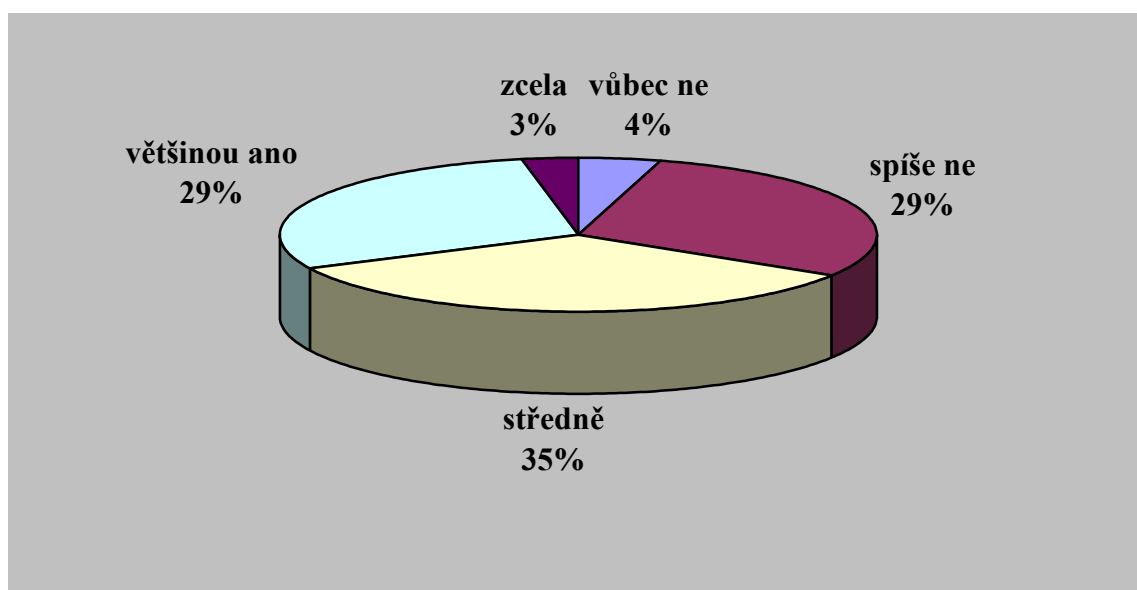


**Volný čas a záliby**, tím se zabývá tato faceta. Zjišťujeme možnosti a preference respondenta. Patří sem veškeré záliby, kterými může člověk trávit volný čas. (Graf č. 26)

Graf č. 26

**Máte možnost věnovat se svým zálibám?**

Z tohoto grafu je patrné, že svým zálibám se má možnost věnovat přes polovinu respondentů, 67% (přiřazené části „středně“, „většinou ano“, „zcela“). Menší část, 33%, odpovídá, že má problém se svým zálibám věnovat (přiřazené části „vůbec ne“, „spíše ne“).



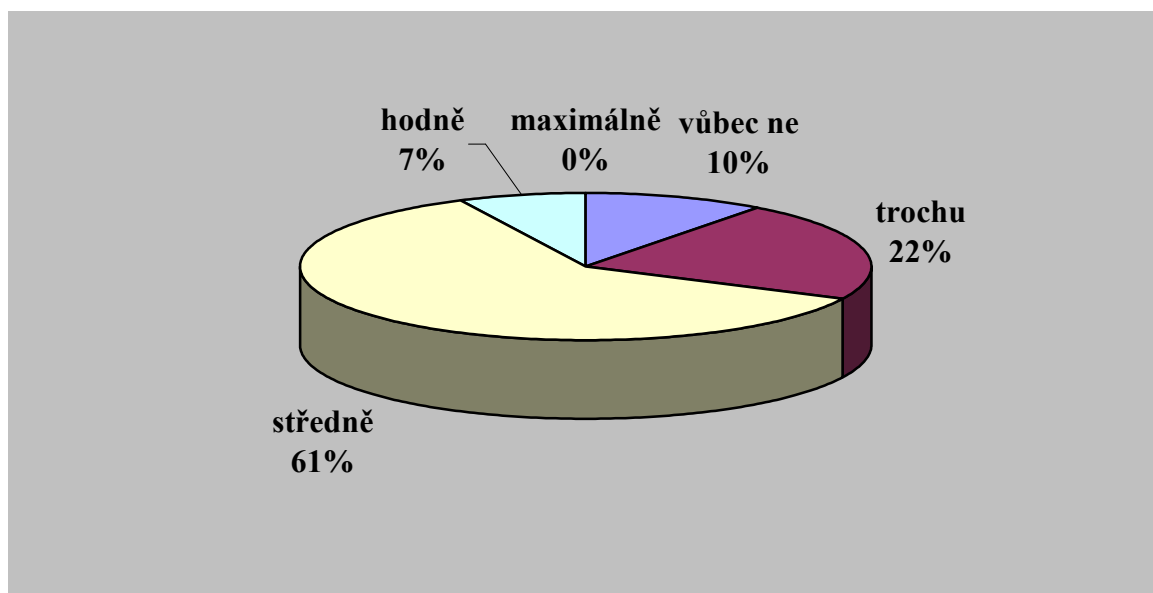
**Životní prostředí** se zabývá názorem respondenta na životní prostředí ve kterém žije. Zahrnuje znečištěné ovzduší, celkový vzhled prostředí, hlučnost. Má podstatný vliv na kvalitu života. (Graf č. 27)

#### Graf č.27

##### Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

Z odpovědí na tuto otázku z grafu vyplývá, že dvě třetiny respondentů, 67%, jsou přesvědčeny, že žijí ve zdravém prostředí (přiřazené části „středně“, „hodně“).

Menší část, pouze 33% dotazovaných, si myslí, že prostředí ve kterém žijí, není zdravé (přiřazené části „vůbec ne“, „trochu“).

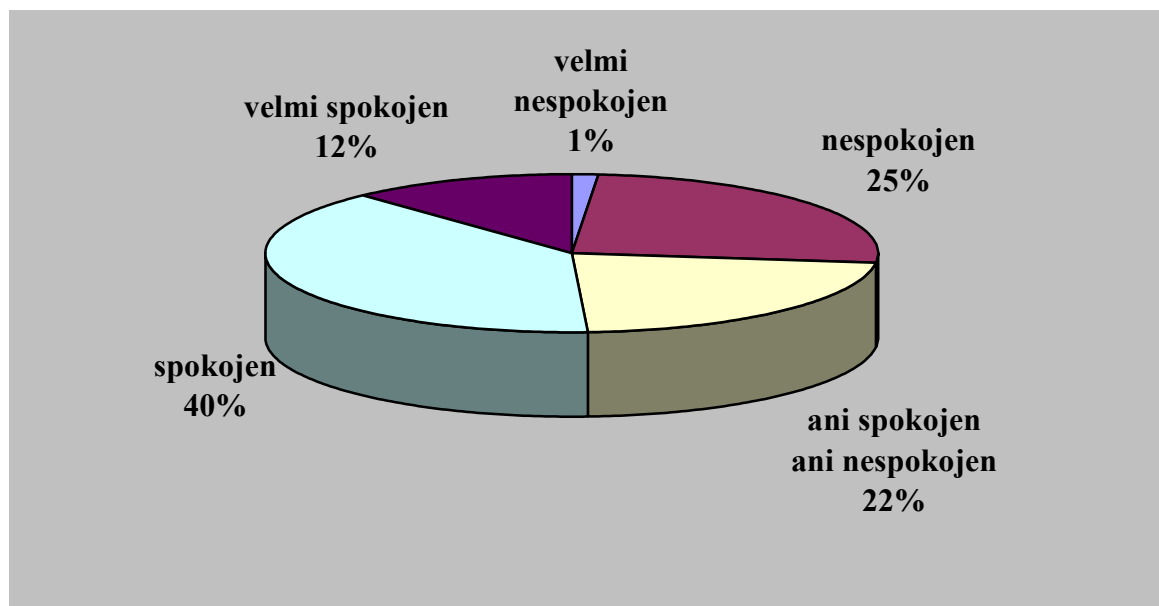


Poslední faceta se zabývá zjištěním, jak je respondent spokojen s **dostupností dopravy**. V otázce je zahrnut jakýkoliv dopravní prostředek, jaký má respondent k dispozici (auto, autobus, vlak). Podstatné je jak je tento prostředek dostupný. Není zde zahrnuta ani míra pohyblivosti respondenta. (Graf č. 28)

### Graf č. 28

#### Jak jste spokojen s dopravou?

Tento graf se zabývá výsledkem odpovědí na spokojenost s dopravou. Zhruba polovina dotazovaných je s dopravou spokojena, 52% (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“). Malá část respondentů 26%, byla s dopravou nespokojena (přiřazené části „velmi nespokojen“, „nespokojen“).



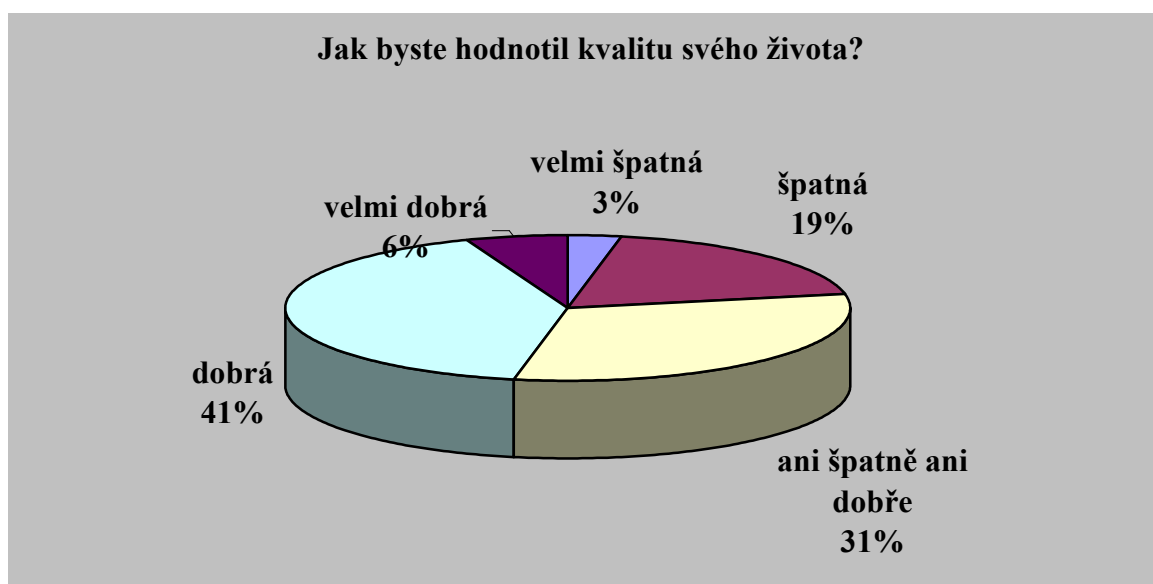
### Graf č. 29

#### Jak by jste hodnotil kvalitu svého života?

Tato otázka byla také ještě samostatně zpracovaná do průměrných hrubých skóre (viz graf č. 32).

Z tohoto grafu vyplývá, že jako špatnou kvalitu života svého života hodnotí pouze 22% respondentů (přiřazené části „velmi špatná“, „špatná“). Jako dobrou kvalitu svého života hodnotilo v naší skupině 47% respondentů (přiřazené části „dobrá“, „velmi dobrá“).

Graf č.29

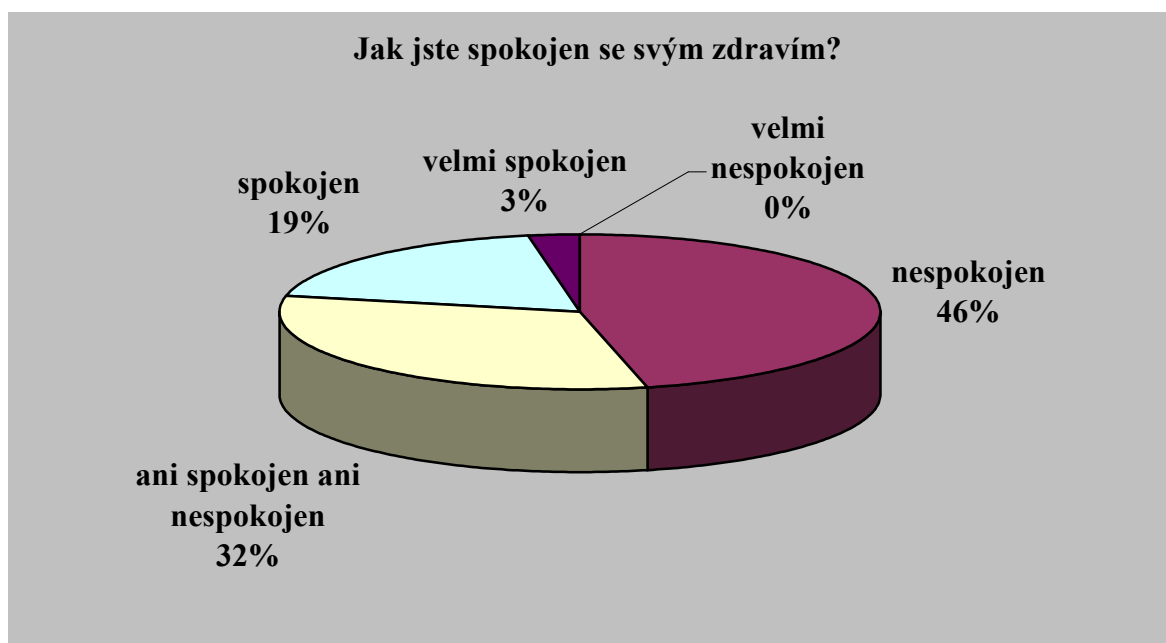


Graf č. 30

**Jak jste spokojen se svým zdravím?**

Tato druhá otázka je také ještě samostatně zpracovaná do průměrných hrubých skóre (viz graf č. 32).

Tak jak je patrné z tohoto grafu, pouze menší část respondentů, 22%, je svým zdravím spokojena (přiřazené části „spokojen“, „velmi spokojen“). Naopak nespokojena se svým zdravím byla skoro polovina respondentů, 46% (přiřazené části „nespokojen“).



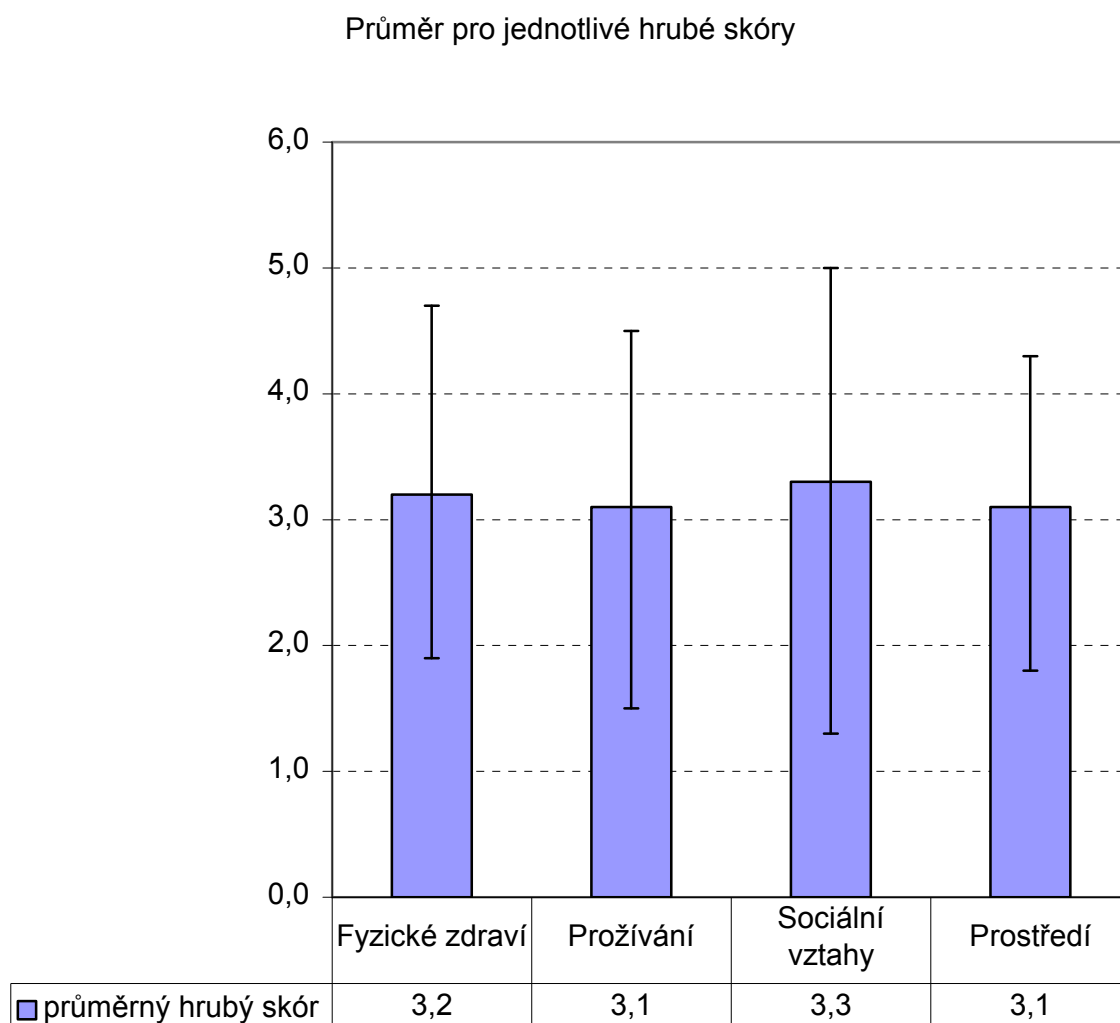
## 5.2. Výsledky hrubých skóre

### Průměrné hrubé skóre jednotlivých domén

Průměrný hrubý skóre se pohybuje v rozpětí 0 až 6 a čím má vyšší hodnotu, tím lepší je kvalita života. Na grafu č. 29 je průměr pro jednotlivé hrubé skóre. Z tohoto grafu vyplývá, že všechny čtyři dimenze se pohybují v hrubých skórech nad hodnotou 3. Můžeme tedy konstatovat, že kvalita života u našich respondentů není špatná. Vzhledem k tomu, že průměrné hodnoty pro všechny hrubé skóre jsou velmi podobné, je celková kvalita velmi vyrovnaná.

### Graf č. 31

#### Průměrné hrubé skóre jednotlivých domén

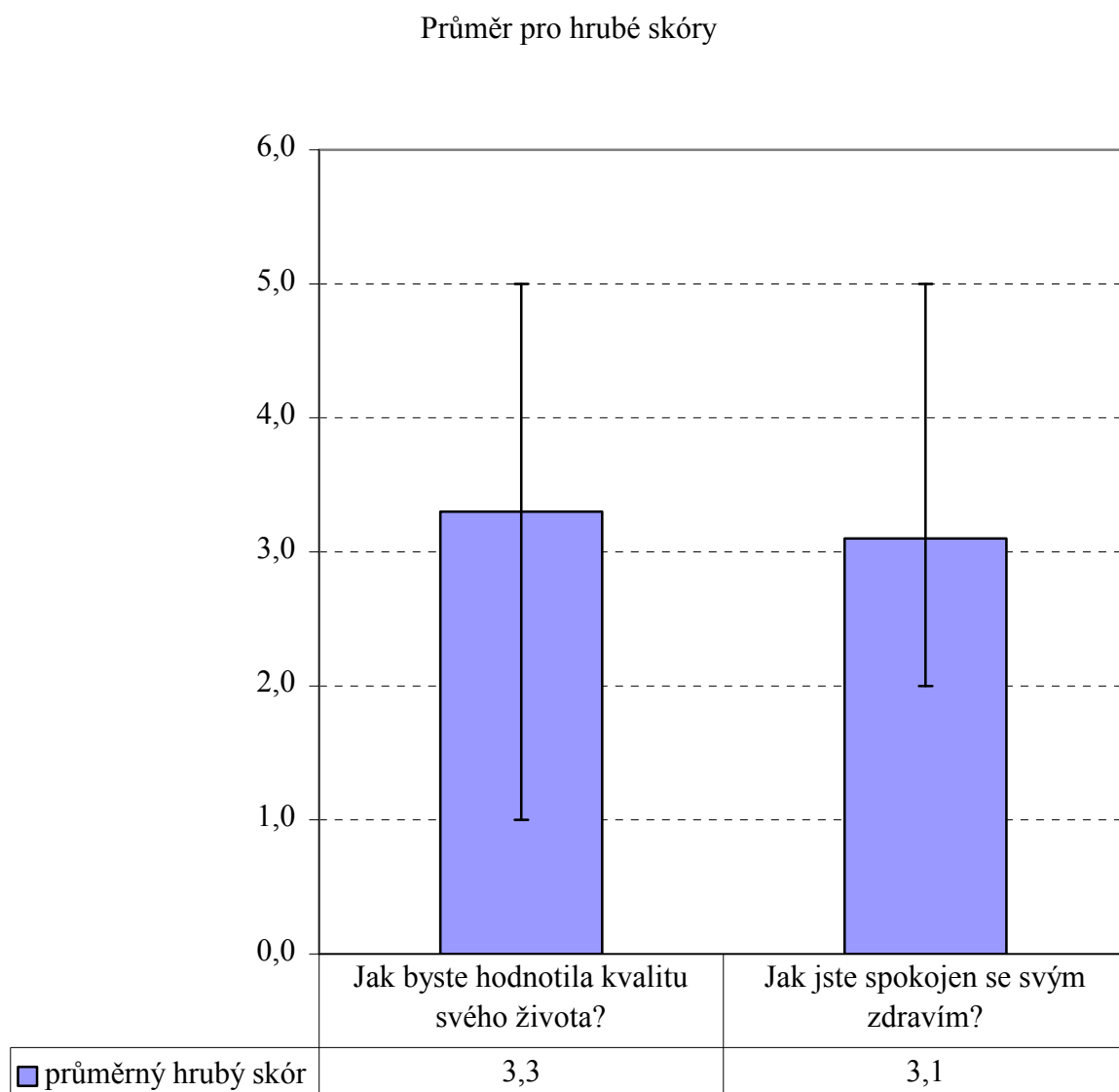




Samostatné položky, které se zaměřují přímo na hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím, jsou vyjádřeny v průměrných hrubých skórech na grafu č.32. Obě dvě hodnoty opět přesahují hodnotu 3. To znamená, že respondenti nehodnotí svou kvalitu života špatně ani nehodnotí špatně svůj zdravotní stav.

**Graf č.32**

**Hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím v hrubých skórech**

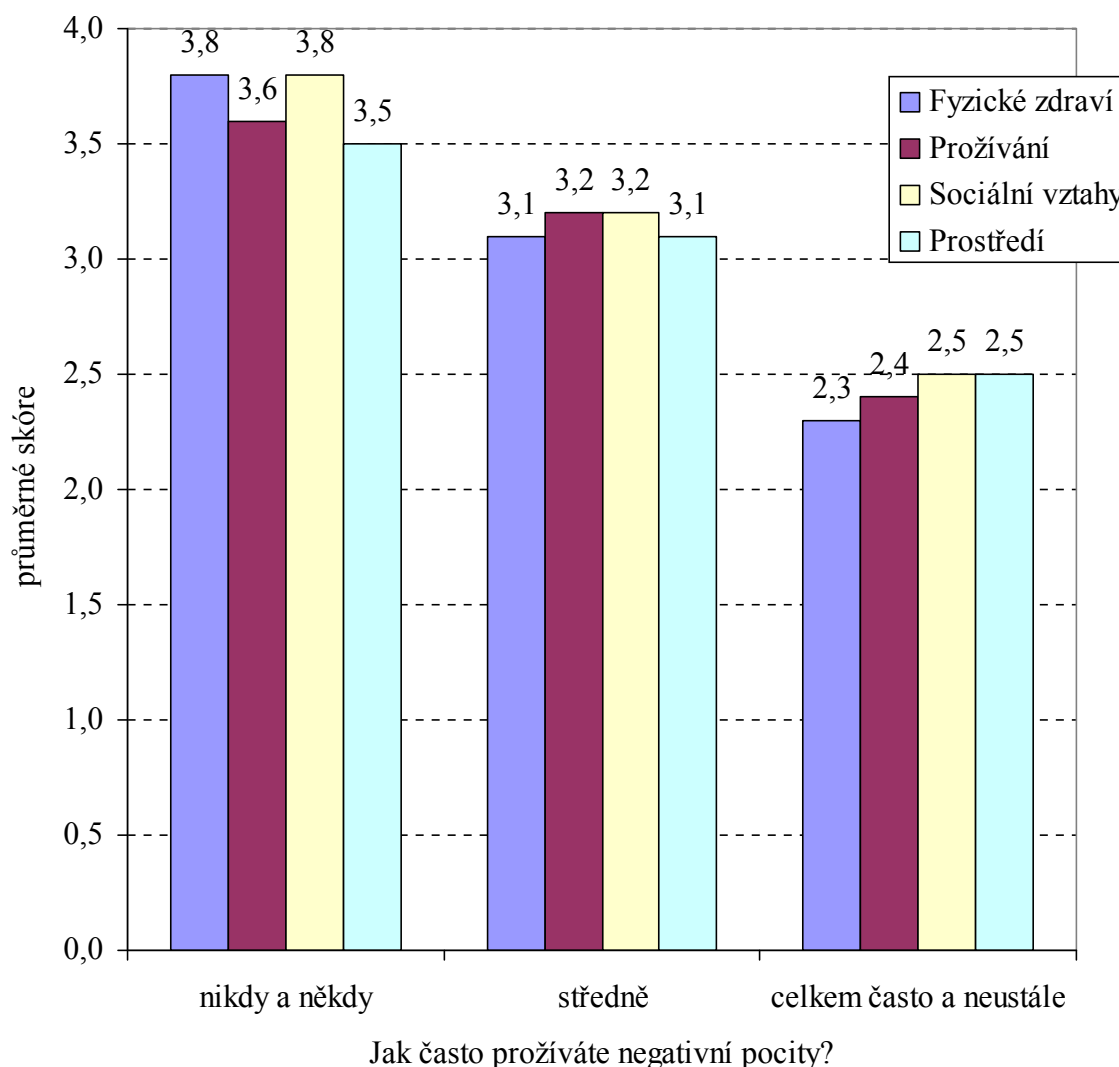


Graf č. 33 dává do vztahu otázku „**Jak často prožíváte negativní pocity?**“ a jednotlivé hrubé skóry našich domén. Prožívání negativních pocitů silně ovlivňuje hodnotu všech hrubých skórů. Čím častěji pacient prožívá negativní pocity, tím nižší jsou hrubé skóry a tím je horší jeho kvalita života.

**Graf č. 33**

**Jednotlivé hrubé skóry dle prožívání negativních pocitů**

Jednotlivé hrubé skóry podle otázky číslo 26  
(do skoru Prožívání není zahrnuta otázka 26)



## 6 Diskuse

Diplomová práce je věnována kvalitě života pacientů, kteří mají diabetes mellitus – úplavici cukrovou. Cílem práce bylo zjistit, zda se v našem vzorku projevuje zhoršená kvalita života u těchto chronicky nemocných a v případě, že ano, ve kterých oblastech. Výzkumně jsme se zaměřili na tyto dílčí otázky: zda se nemoc projevuje ve zhoršení osobních vztahů, ve zhoršení pracovních možností a zda vyvolává pocit sociální neužitečnosti. Dále jak ovlivňuje časté prožívání negativních pocitů celkovou kvalitu života.

Diplomová práce je členěna do dvou částí, teoretické a empirické. První část je věnována kvalitě života a faktorům, které ji ovlivňují a limitují, a to speciálně u pacientů s diabetem.

V empirické části jsou zpracovány výsledky dotazníku vlastní konstrukce a dotazník WHO WHOQOL-BREF (krátká verze).

Výzkum probíhal od listopadu 2007 do ledna 2008 na klinice diabetologie IKEM. Po předchozím prostudování lékařské a ošetrovatelské dokumentace bylo do výzkumu zařazeno 85 pacientů, kteří splňovali kritéria pro zařazení do výzkumu. Základním kritériem byl souhlas pacienta a dále absence jiné závažné choroby nesouvisějící s diabetem, která by mohla ovlivnit sledované hodnoty a zkreslit výsledky výzkumu.

K vyhodnocení bylo použito informací od 70 pacientů z celkového počtu 85 oslovených respondentů. K vyhodnocení se vrátilo 75 dotazníků (tj.88%). Dalších 5 dotazníků z důvodů neúplných dat nemohlo být zpracováno. Ve zkoumaném vzorku bylo 46 mužů a 24 žen. Průměrný věk výzkumné skupiny byl 51 let. Výběr respondentů byl velmi uvážlivý a ve spolupráci s vrchní sestrou kliniky byli tito oslovováni. V případě potřeby, byla poskytnuta pacientům upřesňující informace o vyplňování dotazníků.

Na základě stanovených cílů byly formulovány tři otázky, vztahující se k předpokládané zhoršené kvalitě života u pacientů s diabetes mellitus.

Otázka číslo 1. se ptala, zda jsou u pacientů s diabetes mellitus zjevné známky zhoršení kvality života. Toto očekávání se nepotvrdilo. Respondenti, kteří jsou pacienty kliniky diabetologie IKEM, nejevili žádné výrazné známky zhoršení kvality života. Při vyhodnocení jednotlivých domén dotazníku, kde se pohybuje rozpětí na hodnotící škále od

0 do 6, se pohybovaly jednotlivé skóry vesměs nad hodnotou 3. Z toho vyplývá, že můžeme hodnotit kvalitu života respondentů jako velmi vyrovnanou a poměrně dobrou.

Z výsledků k otázce číslo 2. vyplynulo, že u respondentů se sledovaným onemocněním nedošlo ke zhoršení osobních vztahů. Ani u otázky o pocitech sociální neužitečnosti nebylo shledáno zhoršení. V pracovní oblasti bylo zjištěno, že pouze 45% respondentů pracuje a ani zde jsme nezjistili žádné zjevné zhoršení.

Naopak u otázky číslo 3. byl potvrzen vliv častého prožívání negativních pocitů na sníženou kvalitu života.

Ze zjištěných ukazatelů usuzujeme, že aktuální kvalita života respondentů není špatná a je velmi vyrovnaná.

## 7 Závěr

Cílem práce bylo zjistit aktuální kvalitu života u pacientů s diabetes mellitus. Jedná se o teoreticko-empirickou práci. Ke zjištění demografických údajů byl použit anonymní dotazník vlastní konstrukce. (viz příloha č.2) Dále byl použit standardizovaný dotazník WHO WHOQOL-BREF (krátká verze), který se používá k měření kvality života u respondentů s různým onemocněním. (viz příloha č. 1)

Vyhledávání respondentů proběhlo na základě studia zdravotnické dokumentace. Kritériem k zařazení do vzorku byl souhlas pacienta a nepřítomnost další závažné choroby nesouvisející s diabetem.

Oslovených respondentů bylo 85. Návratnost byla 88% tj. 75 dotazníků. Z toho bylo 5 dotazníků vyřazeno pro neúplné údaje. Průměrný věk respondentů byl 51 let. Výsledky byly statisticky zpracovány podle běžných metod. Otázky výzkumu byly stanoveny ve shodě s cíli diplomové práce a po prostudování odborné literatury.

Výsledky výzkumu nepotvrdily předpoklad o zhoršené kvalitě života u diabetiků ani očekávání, že v důsledku onemocnění dojde ke zhoršení osobních vztahů, k pocitu sociální neúčinnosti, nebo ke zhoršení v oblasti pracovní.

I když byl výzkumný vzorek poměrně malý, aby se daly vyvodit jednoznačné závěry, domníváme se, že výsledky svědčí o kvalitě bio-psycho-sociální péče o pacienty, kteří jsou ošetřováni na našem pracovišti.

Na pozitivních výsledcích se pravděpodobně podílí skutečnost, že naši pacienti jsou i po propuštění z hospitalizace i nadále léčeni v IKEM. Roli hraje také to, že během hospitalizace jsou pacienti poučováni o své chorobě a to nejen lékařem a ošetřujícími sestrami, ale také sestrami edukačními. Edukační sestra mimo jiné doporučuje těmto pacientům i možnost návštěv příslušných organizací a pracovišť, které jim mohou pomoci při léčbě diabetu, jeho komplikací a zařazení se do běžného života. Poučení se pacientům dostává i v jiných oblastech. O stravování jsou edukováni nutričním terapeutem. V sociální sféře je jim k dispozici zdravotně-sociální pracovník a psychosociální poradna s vysokoškolsky vzdělaným pracovníkem v oboru. Nezastupitelnou roli v péči o pacienty zde má i klinický psycholog.

Edukací procházejí dle zájmu i rodinní příslušníci. O naše pacienty se staráme ve všech těchto oblastech i po propuštění při jejich ambulantních návštěvách. Pacienti mají také možnost výjezdových edukačních kurzů.

Problémem zůstává, nakolik lze zjištěné pozitivní výsledky zobecňovat i na jiná pracoviště.

V případě, že by se stejnou metodou, jaká byla námi použita, získala data z jiných nemocničních zařízení a ukázaly se rozdíly v kvalitě života nemocných se stejnou diagnózou, bylo by možno soudit na význam podpůrných, zejména edukačních aktivit, tak, jak se realizují na našem pracovišti. Výsledky takového srovnání by mohly být využity také k hlubší analýze vzájemných vztahů mezi jednotlivými typy podpůrných aktivit na jedné straně a jednotlivými oblastmi (doménami) kvality života na straně druhé.

## 6. Literatura

- ADAMEC,M.,SAUDEK,F.*Transplantace slinivky břišní a diabetes mellitus*. Praha: Galén,  
2005. ISBN 80-246-1166-X
- ANDĚL,M.*Život s cukrovkou* Praha:Grada,1996
- BARTÁŠKOVÁ,D.,MENGEROVÁ,O.*Cukrovka-dieta rady lékaře*.Čestlice:Medica,2008.  
ISBN 978-80-85936-60-5
- BARTOŠ,V.,PELIKÁNOVÁ,T. a kol. *Praktická diabetologie*.Praha:Maxdorf,2003. ISBN  
80-85912-69-4
- DRAGOMIRECKÁ,E.,BARTOŇOVÁ,J. *WHOQOL-BREF,WHOQOL-100 příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*.Praha: Psychiatrické centrum Praha,2006. ISBN 80-85121-82-4
- DRAGOMIRECKÁ,E.,ŠKODA,C. Kvalita života-vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii.*Česká a slovenská psychiatrie*,1997,roč.93,č.2
- DRAGOMIRECKÁ,E.,ŠKODA,C. Měření kvality života v sociální psychiatrii.*Česká a slovenská psychiatrie*.1997, roč.93,č.8
- FRANKL,V.,E.*Psychoterapie pro laiky*.Brno:Cesta,1998. ISBN 80-85319-80-2
- GOLDMANN.R. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Olomouc:Univerzita Palackého Olomouc,2006, ISBN 80-244-1454-6
- HAŠKOVCOVÁ,H. *Thanatologie*.Praha:Galén,2007. ISBN 978-80-7262-471-3
- HENDL,J. *Kvalitativní výzkum*.Praha:Portál.2005. ISBN 80-7367-040-2
- HOGENOVÁ,A. *První aproximace k fenomenologické metodě*.Praha:Pražská vysoká škola psychosociálních studi,2006.
- HRACHOVINOVÁ,T.Psychologie péče o pacienty s diabetem.*Medicina po promoci*.2007.  
ISSN 1212-9445

- JIRKOVSKÁ,A. a kol.*Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes*.Praha:Panax,1999. ISBN 80-902126-6-2
- KOPECKÝ,A. *Dějiny cukrovky*.Praha:Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR,2000.
- KRAUSOVÁ,Z.*psychické problémy diabetiků*.Praha:Svaz diabetiků české republiky, 2001.
- KŘIVOHLAVÝ,J. *Psychologie nemoci*.Praha:Grada,2002. ISBN 80-247-0179-0
- KŘIVOHLAVÝ,J. *Psychologie zdraví*.Praha: Portál,2001. ISBN 80-7178-774-4
- MASTILIAKOVÁ,D.*Holistické přístupy v péči o zdraví*.Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví,1999. ISBN 80-7013-277-9
- MATOUŠEK,O. a kol.*Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál,2003. ISBN 80-7178-548-2
- MLČÁK,Z.*Psychologie zdraví a nemoci*.Ostrava:Ostravská univerzita Ostrava,2007. ISBN 80-7368-035-1
- PAYNE,J. a kol.*Kvalita života a zdraví*.Praha:Triton,2005. ISBN 80-7254-657-0
- PELIKÁNOVÁ,T., BARTOŠ,V.*Diabetes mellitus-minimum pro praxi*.Praha:Triton,1999
- PETŘÍČEK,M.*Úvod do (současné)filosofie*.Praha:Maxdorf,2005. ISBN 80-7345-055-0
- POSPÍŠILOVÁ,K.*Výroční zpráva 2005DC Lékořice*.Praha:Hestia,2005.
- RYBKA,J. *Saintvincentská deklarace*.Praha: Svaz diabetiků české republiky,1994.
- SAUDEK,F.*Příprava na transplantaci*.Praha:Maxdorf,2005. ISBN 80-7345-055-0
- SRNEC,J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií,2006.
- ZÁKON č. 108/2006 Sb.



### **Internetové odkazy:**

Definice.*Holismus*. [online]. Dostupné na: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/48739-holismus> [cit.25.ledna 2008]

Sociální pomoc.*Zdravotně postižení*. [online]. Dostupné na: <http://www.brno.cz/sociální> [cit. 28.ledna 2008]

Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu. *Co je logoterapie a existenciální analýza?* [online] Dostupné na: <http://www.volny.cz/slea/sleatea.htm> [cit. 25.ledna 2008]

Hrachovinová.T.*Deprese a diabetes-psychosociální faktory*. [online]. Dostupné na: <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb> [cit.21.ledna 2008]

## **Seznam zkratk**

IDDM	Inzulin dependentní diabetes mellitus
NIDDM	Non inzulin dependentní diabetes mellitus
DM	Diabetes mellitus
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
WHO	World Health Organization
ZTP	Zdravotně tělesně postižený

## Seznam grafů

Graf č. 1	Věkové dekády respondentů .....	41
Graf č. 2	Pohlaví respondentů .....	41
Graf č. 3	Rodinný stav .....	42
Graf č. 4	Zaměstnání .....	42
Graf č. 5	Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? .....	44
Graf č. 6	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl fungovat v každodenním životě? .....	44
Graf č. 7	Máte dost energie pro každodenní život? .....	45
Graf č. 8	Jak se dokážete pohybovat? .....	46
Graf č. 9	Jak jste spokojen se svou schopností provádět každodenní činnost? .....	46
Graf č. 10	Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem? .....	47
Graf č. 11	Jak jste spokojen se svým spánkem? .....	47
Graf č. 12	Jak moc Vás těší život? .....	48
Graf č. 13	Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? .....	49
Graf č. 14	Jak se dokážete soustředit? .....	49
Graf č. 15	Jak jste spokojen sám se sebou? .....	50
Graf č. 16	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled? .....	51
Graf č. 17	Jak často prožíváte negativní pocity? .....	52
Graf č. 18	Jak jste spokojen se svými osobními vztahy? .....	53
Graf č. 19	Jak jste spokojen s podporou, kterou Vám poskytují přátelé? .....	54
Graf č. 20	Jak jste spokojen se svým sexuálním životem? .....	55
Graf č. 21	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? .....	56
Graf č. 22	Jak jste spokojen s podmínkami v místě, kde žijete? .....	57
Graf č. 23	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb? .....	58
Graf č. 24	Jak jste spokojen s dostupností zdravotní péče? .....	59
Graf č. 25	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život? .....	60
Graf č. 26	Máte možnost věnovat se svým zálibám? .....	60
Graf č. 27	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete? .....	61
Graf č. 28	Jak jste spokojen s dopravou? .....	62
Graf č. 29	Jak by jste hodnotil kvalitu svého života? .....	63
Graf č. 30	Jak jste spokojen se svým zdravím? .....	63
Graf č. 31	Průměrné hrubé skóry jednotlivých domén .....	64

Graf č. 32	Hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím v hrubých skórech ...	64
Graf č. 33	Jednotlivé hrubé skóry dle prožívání negativních pocitů .....	65

## **Seznam příloh**

- Příloha č. 1      Dotazník WHOQOL-BREF
- Příloha č.2      Dotazník vlastní konstrukce
- Příloha č.3      Společnosti a nadace, které mohou být prospěšné pacientům s diabetem

## KVALITA ŽIVOTA

### DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

#### WHOQOL-BREF (krátká verze)

#### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	Trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

**Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.**

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	Špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13..Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.



	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Příloha č.2  
**Dotazník vlastní konstrukce**

Vážená paní,  
Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci na projektu, který je součástí mé diplomové práce navazujícího psychosociálního studia. Cílem je zjištění, jak vnímáte kvalitu svého života a jak jsou pro Vás důležité různé oblasti života.

Jde o anonymní šetření.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Bc.Jaroslava Mrkvičková

Výběr prosím zaškrtněte

1. pohlaví	muž	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	žena	<input type="checkbox"/>
2. věk	41 – 50 let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51 – 60 let	<input type="checkbox"/>
	61 – 70 let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71 – 80 let	<input type="checkbox"/>
				81 let a více	<input type="checkbox"/>
3. rodinný stav	svobodná/ý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vdaná/ženatý	<input type="checkbox"/>
4. zaměstnána/ý	ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>

**Společnosti a nadace,  
které mohou být prospěšné pacientům s diabetem.**

**KONTAKT - Infocentrum sociální pomoci**

Palackého náměstí - vestibul metra B, Praha 2, PSČ 128 00

Tel.: 222 646 151, 222 563 704, [infokontakt@mcssp.cz](mailto:infokontakt@mcssp.cz)

<http://www.mcssp.cz/infokontakt.htm>

Městské centrum sociálních služeb a prevence pomáhá lidem, kteří se ocitli v tíživé sociální nebo životní situaci. Nabízí pomoc sociální, terapeutické, zdravotnické služby, psychologické i právní poradenství, přechodné ubytování a základní informační servis. **Služby mohou využít osoby z celé České republiky a cizinci.**

• Krizová linka důvěry RIAPSu

Tel.: 222 580 697 NONSTOP

• Linka důvěry Centra krizové intervence

Tel.: 284 016 666 nonstop

• Senior telefon

Tel.: 222 221 771 nonstop

• Linka psychopomoci

Tel.: 224 214 214 pro celou ČR

Vialinka o problematice erektilní dysfunkce

Tel.: 283 004 444

(po - pá 16 - 20 hod., lékař na telefonu st 18 - 20 hod.)

**Svaz diabetiků ČR**

Koperníková 11, Praha 2, PSČ 120 00

Tel.: 224 142 634

<http://www.diabetes.cz>

Pracovní doba: Pondělí-Čtvrtek 8.00 hod. - 16.00 hod.

Pátek 8.00 hod. - 14.00 hod.

**Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR**

Třebohostická 2283/2, Praha 10, PSČ 100 00

Tel./fax: 257532297

E-mail: [diabetes.deti@brailnet.cz](mailto:diabetes.deti@brailnet.cz)

<http://www.brailnet.cz/srpdd/>

**Národní rada zdravotně postižených České republiky**

Partyzánská 1/7, Praha 7, PSČ 170 00

Telefon: +420 266753424

<http://www.nrzp.cz/>

**Svaz tělesně postižených v ČR**

Karlínské náměstí 12, Praha 8, PSČ 186 03

Tel./Fax.: 224 819 083

<http://www.svaztp.cz/>

**Svaz postižených civilizačními chorobami - SPCCH v ČR**

Karlínské náměstí č. 12, Praha 8, PSČ 186 03

Tel.: 224 81 59 13, 224 81 22 25, 224 81 69 97 linka: 262, 246, 249

<http://www.sweb.cz/spccher/>

**Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných,  
jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy**

**Společnost DaT**

Ohradní 1368, Praha 4 - Michle, PSČ 140 00

Tel.: 261 215 616

<http://www.znovu.cz/sdat/>

**Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR**

**SONS**

Krakovská 21, Praha 1, PSČ 110 00

Tel.: 221 462 365

Fax: 221 462 363

<http://www.brailnet.cz>

Návštěvní hodiny jsou ve všech střediscích každý čtvrtek od 13.00 do 18.00 hodin.

**Tyfloservis**

**Obecně prospěšná společnost pro nevidomé a slabozraké**

Krakovská 21, Praha 1, PSČ 110 00

Tel.: 221 462 365

Fax: 221 462 363

<http://www.brailnet.cz/tyfloservis/>

**Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR**

Karlínské nám. 12, Praha 8, PSČ 186 03

Tel.: 224 816 829

email: [snnrcr@quick.cz](mailto:snnrcr@quick.cz)

<http://www.snnrcr.cz>

• **Centrum služeb pro zdravotně postižené**

<http://www.vilik.cz/centrumslužeb/>

• **Infoposel cz.** - pro zdravotně postižené

informační systém pro zdravotně postižené

<http://www.infoposel.cz/index.php?idm=adresar>

## **Chat a diskusní fórum o diabetu na internetu**

•Svaz diabetiků ČR

**<http://www.diazivot.cz/>**- Chat, poradna

**<http://www.diasport.cz>**

• Novo Nordisk

**<http://diabetesmellitus.cz/>**-Zeptejte se odborníků

•Pomocník diabetika

**<http://proe.cz/diabet/>** - Dia fórum – chat

•Medatron

**<http://www.medatron.cz/>** -Diskusní fórum

•Časopis diabetůáček

**<http://diabetacek.sweb.cz/>** -Chat

## **Anotace**

Příjmení a jméno:	Bc. Mrkvičková Jaroslava
Škola:	Pražská vysoká škola psychosociální
Studijní program:	Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	
Název práce:	Kvalita života u diabetiků
Vedoucí práce:	Doc.PhDr. Jan Srnec, CSc.
Počet stran:	87
Rok:	2008
Klíčová slova:	Kvalita života, diabetes mellitus, klient, pacient, zdraví, nemoc, výzkum

Diplomová práce je zaměřena na zjištění aktuální kvality života u diabetiků. Výsledky nepotvrdily očekávaný výsledek o zhoršené kvalitě života u těchto pacientů, ani očekávání, že v důsledku nemoci dojde ke změnám v osobním a pracovním životě.

Na pozitivní výsledky výzkumu má pravděpodobně vliv nejen kvalitní péče o pacienty při hospitalizaci, ale i následná péče po propuštění.

Jedná se jak o edukaci pacientů, tak rodinných příslušníků, tak o zdravotně-sociální a psychosociální poradenství.

Problém však zůstává v zobecnění těchto pozitivních výsledků na jiná pracoviště. Získaná data z jiných pracovišť by mohla být užita ke srovnání a zjištění eventuálních rozdílů ve kvalitě života nemocných se stejnou diagnózou. Výsledky takového srovnání by mohly být využity k hlubší analýze vzájemných vztahů mezi jednotlivými typy podpůrných aktivit a jednotlivými oblastmi života.

Z výsledků výzkumu byl naopak potvrzen vliv častého prožívání negativních pocitů na sníženou kvalitu života.

## **Abstract**

Author's name: Jaroslava Mrkvičková  
School: Pražská vysoká škola psychosociální  
Program: Social policy and social work  
Branch: Social work with the aim of communication and applied psychotherapy  
Title: Quality of life of diabetic patients.  
Konsultant: Jan Srnec  
Number of pages: 87  
Year: 2008  
Key words: quality of life, diabetes mellitus, client, patient, health, illness,  
research

The aim of the dissertation is to uncover actual quality of life of diabetics. The results did not prove expectations about impaired quality of life of these patients and that as a result of illness will be real changes in their personal and working life.

The positive outcomes of research probably have been influenced not only quality of care during hospitalization but also after-following care.

Under scrutiny here is both patient's and family member's education and medicinal social and psychosocial consultancy as well.

However, exploitation of these positive results is difficult at other facilities. Data from other facilities could be compared and utilized for acquiring potential differences in quality of life of similarly diagnosed patients. Results of such a comparison could be used in deeper analysis of mutual relationship between specific types of supportive activities and particular spheres of quality of life.

The outcomes of research on the contrary have confirmed frequent live throughout negative feelings related to lowered quality of life.





### **Jaroslava Mrkvičková: Kvalita života u diabetiků**

Autorka vhodně navázala na svou dlouholetou praxi zdravotní sestry na klinice diabetologie v Institutu klinické a experimentální medicíny. Využila rovněž svého současného postavení v řídicím orgánu téhož Institutu k realizaci předložené výzkumné studie, a to zejména po stránce jejího organizačního zajištění.

Práce je zaměřena na významnou skupinu nemocí, souhrnně označovaných jako diabetes mellitus. Jde o závažná onemocnění s vysokým a stále narůstajícím výskytem. Vzhledem k významné psychosociální problematice, která je spojena s touto skupinou nemocí, se mi jeví volba tématu pro diplomovou práci na této vysoké škole jako zcela adekvátní. Šťastně zvolena je rovněž specifikace tématu na otázku kvality života osob s diabetem mellitus.

Tzv. teoretická (literárně-přehledová) část práce obsahuje podstatné informace o diabetu (historie diabetu, psychické a psychosociální problémy), dále ujasnění některých pojmů a přístupů v práci dále používaných (kvalita života, úloha sociálního pracovníka, dobrovolníci aj.). Výklad je dobře strukturovaný a obsahově vyvážený.

Empirická sonda se soustřeďuje, jak řečeno shora, na otázku kvality života diabetických pacientů. Zvolená metodika je adekvátní sledovanému záměru. Autorka se rozumně nepouští do podrobnější analýzy získaných dat, nýbrž – přiměřeně daným podmínkám – zůstává převážně na úrovni popisu. Ze tří položených otázek u dvou nebyly shledány závažnější odchylky od normy z hlediska kvality života. Tento nálezný je překvapivý vzhledem k závažnosti psychosociálních obtíží a omezení, jimž jsou diabetičtí pacienti vystaveni. Autorka správně zdůrazňuje možnou souvislost s velmi nadprůměrnou úrovní péče, jaké se dostává pacientům v IKEMu. Evidentní předností jmenovaného zdravotního zařízení je právě komplexnost a odborné zajištění nejen zdravotní, nýbrž i psychosociální péče o pacienty.

K empirické části práce nemám zásadnější připomínky. Jako velmi podnětný se mi jeví autorčin návrh na provedení obdobného dotazníkového šetření na dalších pracovištích, kde se nerealizují podpůrné a zejména edukační aktivity v takové komplexnosti a v takové míře, jako je tomu v IKEMu. Souhlasím s tím, že takový „srovnávací“ projekt by umožnil hlubší analýzu vztahů mezi jednotlivými typy podpůrných aktivit na jedné straně a jednotlivými oblastmi (doménami) kvality života na straně druhé.

Práce má také několik formálních předností, jako je přehlednost a úplnost dokumentace, úprava grafů, dbalost na gramatickou a stylistickou úroveň textu aj.

V případě, že bude k dispozici větší časový prostor, navrhuji, aby autorka práce odpověděla na následující otázku:

Respondenti byli předem uvědoměni tazatelkou o tom, že jde o výzkumné šetření za účelem diplomové práce. Mohla tato skutečnost ovlivnit věrohodnost výpovědí ve smyslu tendence k pozitivním odpovědím? Mohlo eventuálně hrát roli i to, že se respondenti chtěli „zalíbit“ instituci?

**Z á v ě r:**

Jako tzv. vedoucí diplomové práce konstatuji, že paní Bc. Mrkvičková pracovala na diplomním úkolu s velkým zaujetím, plně využívala příležitosti ke konzultacím a odvedla práci, která spolehlivě splňuje požadavky kladené na práci diplomové. Doporučuji tedy předloženou práci k obhajobě.



## POSUDEK OPONENTA NA DIPLOMOVOU PRÁCI

Název:

Kvalita života u diabetiků

Bc. Jaroslava Mrkvičková

Práce je rozdělena na dvě samostatné části: teoretickou a empirickou.

V teoretické části se autorka zabývá historií onemocnění diabetes mellitus, jeho epidemiologií, příčinami, příznaky, komplikacemi akutními i chronickými. Velkou pozornost věnuje psychickým problémům těchto pacientů, dále zkoumá jejich psychosociální problémy a případné psychopatologické stavy spojené s touto nemocí. Autorka se neomezuje pouze na postižené osoby, ale také věnuje pozornost jejich rodinným příslušníkům. Jednu kapitolu věnuje také Saintvicentské deklaraci, která není ve veřejnosti příliš známá, ale má pro přístup k tomuto onemocnění nezanedbatelný význam.

Dále přistupuje autorka k úvahám o kvalitě života vůbec, o kvalitě života v nemoci a konečně i ke kvalitě života u diabetes mellitus. Teoretická část končí dvěma kapitolami o práci sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení a uplatnění dobrovolnické práce v nemocnici, což považuji za velmi důležitý a názorný přístup pro studium na naší škole.

Empirická část se věnuje vlastnímu výzkumu založenému na hodnocení dotazníků jednak autorky, jednak renomovaných autorů a na analýze lékařské a ošetřovatelské dokumentace. Tato část je příkladně dokumentována, obsahuje 33 grafů. Také je mimořádná až nezvykle vysoká návratnost dotazníků.

Obsahová stránka i způsob citování literatury zasluhuje velmi kladné ocenění a svědčí o výborné spolupráci vedoucího práce se studentkou.

Připomínka: Údaje uvedené pod nadpisem Diskuse by odpovídaly spíše nadpisu Souhrn, protože se zde uvádí v kostce způsob výzkumu a nikoliv event. polemika s jinými názory a argumentace autorky ve prospěch vlastních názorů.

Také bych dávala přednost používat v diplomové práci jednotného čísla (zkoumala jsem místo zkoumali jsme), protože podmínkou této práce je právě samostatná práce autorky, což potvrzuje i v počátečním prohlášení.

Výtky se týkají převážně formální úpravy práce:

- 1) Na rozdíl od obvyklého trendu jak bakalářských, tak diplomových prací (tj. spíše mezery v textu zvětšovat) autorka velmi šetří místem např. nedává každou velkou kapitolu na novou stránku, ale ponechává ji na stejné stránce, kde předchozí kapitola končí, což je na úkor přehlednosti. Totéž se vyskytuje u některých nadpisů např. hned v Obsahu u nadpisu Empirická část.
- 2) V duchu předchozí výtky jsou i údaje v literárních zdrojích i citacích pod čarou namačkané na sebe, obvykle bez mezer, které tam podle předpisů ke psaní českých textů patří: většinou chybí mezery za čárkou i za dvojtečkou, někdy i za tečkou, což působí rušivě a znesnadňuje přehlednost těchto údajů.

- 3) Pokud jsou na téže stránce pod čarou a dokonce za sebou dva odkazy z téže stránky téhož díla, není třeba odkaz celý opakovat, ale uvede se jen autor a místo ostatních údajů „Tamtéž“.
- 4) Podle normy pro citace odborné literatury se již nepíše u více autorů „a kol.“, ale „aj.“
- 5) Na s.12 se u léčby diabetu píše „biguamidy“ a má být „biguanidy“.
- 6) Na s.17, ř.4 je napsáno Binsvanger, ale tento autor se píše Binswanger.
- 7) Na s.26, ř.8 chybí v uvedení latinského slova qualitas „s“, ale jde zřejmě o nedopatření, protože v tomtéž řádku je slovo uvedeno správně.

### **Závěr**

Po stránce teoretického pojetí onemocnění diabetes mellitus a úlohy sociálního pracovníka v péči o tyto nemocné, jakož i po stránce provedení výzkumné části je práce velmi kvalitní. Doporučuji ji nejen k obhajobě, ale i k zařazení do event. budoucích soutěží, jichž by se škola hodlala zúčastnit, samozřejmě teprve po opravě uvedených, i když nepříliš významných formálních nedostatků.

V Praze, 30.5.2008

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

