

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Bára Konečná

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života seniorů s onemocněním diabetes mellitus II. typu

Bára Konečná

2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bára Konečná**  
Osobní číslo: **Z18153**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Kvalita života seniorů s onemocněním diabetes mellitus II. typu**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014., 240 s., ISBN 978-80-247-4544-2.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Koalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013., 128 s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
- MACHÁČOVÁ, Kateřina a Iva HOLMEROVÁ. *Akční gerontologie, aneb, Jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta, 2019., 248 s., Medical services. ISBN 978-80-204-5489-8.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011., 192 s., ISBN 978-80-247-3872-7.
- OLŠOVSKÝ, Jindřich. *Diabetes mellitus 2. typu: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2018. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-558-3.
- PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Diabetes mellitus v kostce: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, 2012. Současná diabetologie. ISBN 978-80-7345-303-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Vlastimila Semencová**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

L.S.

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

**Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita života seniorů s onemocněním diabetes mellitus II. typu jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 13. 06. 2021

Bára Konečná v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto způsobem bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Vlastimile Semencové za čas a užitečné rady, které mi poskytla při konzultacích. Děkuji za podporu a především trpělivost v procesu tvorby celé mé práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Machalové za cenné rady k odborným poznatkům v moderní diabetologii.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zaměřuje na teoretickou a výzkumnou část.

Teoretická část se zaměřuje na onemocnění diabetes mellitus II. typu v seniorském věku ve vztahu ke kvalitě života jedince. Zaměřuje se na charakteristiku stáří a stárnutí, zabývá se pojmem a metodami měření kvality života. Popisuje onemocnění diabetes mellitus II. typu, zabývá se jeho diagnostikou, léčbou a komplikacemi. Zabývá se tím, jak toto onemocnění ovlivňuje v pozitivní i negativní stránce kvalitu života seniora diabetika.

Výzkumná část zkoumá výsledky dotazníků vlastní tvorby, prostřednictvím kterých byla získána data pro zpracování a vyhodnocení výsledků.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Stáří, senior, kvalita života, diabetes mellitus

## **TITLE**

Quality of life of seniors with diabetes mellitus II. type

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis focuses on the theoretical and research part.

The theoretical part focuses on diabetes mellitus II. type in senior age concerning the quality of life of the individual. It focuses on the characteristics of old age and aging, deals with the concept and methods of measuring the quality of life. Describes diabetes mellitus II. type deals with its diagnosis, treatment, and complications. It deals with how this disease affects both the positive and negative quality of life of a diabetic senior.

The research part examines the results of self-created questionnaires, through which data were obtained for processing and evaluation of results.

## **KEYWORDS**

old age, senior, quality of life, diabetes mellitus,

# OBSAH

Úvod.....	14
Cíl práce.....	16
TEORETICKÁ ČÁST .....	17
1. Stáří a stárnutí .....	17
1.1 Členění období stáří .....	17
1.2 Stáří a nemoc.....	18
1.2.1 Tělesné projevy.....	19
1.2.1.1 Fyzická aktivita a kompenzační pomůcky .....	19
1.2.2 Psychické změny.....	19
1.2.3 Sociální změny ve stáří .....	20
1.3 Aktivní stáří.....	20
1.3.1 Proti samotě .....	20
1.3.2 Rodinná podpora.....	21
1.4 Ageismus.....	21
1.5 Služby a podpora pro seniory.....	21
2. Diabetes mellitus.....	22
2.1. Patofyziologie .....	22
2.2 Klasifikace diabetu.....	22
2.2.1 Symptomatologie DM II. typu.....	23
2.2.1.1 Rizikové faktory vzniku DM.....	23
2.2.2 Diagnostika DM.....	24
2.2.2.1 Diabetický screening .....	24
2.2.2.2 Selfmonitoring DM .....	25
2.2.3 Kompenzace DM II. typu .....	25
2.2.3.1 Krevní tlak .....	25
2.2.3.2 Body mass index.....	26



2.2.4	Léčba DM II. typu .....	26
2.2.4.1	Dietní opatření .....	26
2.2.4.2	Pohybová aktivita .....	27
2.2.4.3	Inzulínová léčba.....	27
2.2.4.4	Antidiabetika neinzulínová.....	28
2.2.5	Komplikace DM II. typu.....	29
2.2.5.1	Nejčastější akutní komplikace .....	29
2.2.5.2	Nejčastější chronické komplikace .....	30
2.2.6	Diabetes mellitus v České republice .....	30
2.2.6.1	Diabetická asociace České republiky .....	30
2.2.6.2	Příspěvek na diabetické pomůcky .....	30
2.2.7	Diabetes mellitus u seniorů.....	31
3.	Kvalita života.....	32
3.1	Hierarchie potřeb.....	32
3.2	Konceptualizace kvality života .....	33
3.2.1	Kvalitu života hodnotící druhá osoba .....	33
3.2.2	Kvalitu hodnotící sama osoba.....	33
3.2.3	Kombinované metody .....	34
3.3	Kvalita života s onemocněním diabetes mellitus .....	34
PRAKTICKÁ ČÁST .....		35
4.	Průzkumné otázky.....	35
4.1	Metodika průzkumu .....	36
4.2	Forma dotazníku.....	36
4.3	Distribuce dotazníků .....	37
4.4	Pilotní šetření .....	37
4.5	Návrat dotazníků .....	37
4.6	Vyhodnocení dat .....	37

4.7	Prezentace výsledků .....	39
5	Diskuze .....	74
6	Závěr .....	84
7	Použitá literatura .....	86
8	Přílohy.....	90

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	Graf znázorňující pohlaví respondentů	39
Obrázek 2	Graf znázorňující věk respondentů	40
Obrázek 3	Graf znázorňující délku léčby DM II. typu u respondentů	41
Obrázek 4	Graf znázorňující omezení v životě diabetika u respondentů	42
Obrázek 5	Graf znázorňující typ léčby DM II. typu u respondentů	43
Obrázek 6	Graf znázorňující porušování léčebného režimu u respondentů	44
Obrázek 7	Graf znázorňující obtíže s dodržováním léčby u respondentů	45
Obrázek 8	Graf znázorňující obtíže s dodržováním léčby udané respondenty	46
Obrázek 9	Graf znázorňující měření TK u respondentů	47
Obrázek 10	Graf znázorňující četnost měření TK uvedenou respondenty	48
Obrázek 11	Graf znázorňující důvody pro neměření TK uvedené respondenty	49
Obrázek 12	Graf znázorňující měření GM u respondentů	50
Obrázek 13	Graf znázorňující četnost měření GM udanou respondenty	51
Obrázek 14	Graf znázorňující důvody pro neměření GM dle respondentů	51
Obrázek 15	Graf znázorňující znalost BMI u respondentů	52
Obrázek 16	Graf znázorňující hodnoty BMI udané respondenty	53
Obrázek 17	Graf znázorňující komplikace u DM II. typu respondentů	54
Obrázek 18	Graf znázorňující komplikace DM II. typu udané respondenty	55
Obrázek 19	Graf znázorňující dostupnost informací pro diabetiky dle respondentů	56
Obrázek 20	Graf Spokojenost respondentů s finančním zabezpečením	57
Obrázek 21	Graf znázorňující využívání finanční podpory pro diabetiky respondenty	58
Obrázek 22	Graf znázorňující volnočasové aktivity respondentů	59
Obrázek 23	Graf znázorňující jiné volnočasové aktivity uvedené respondenty	60

Obrázek 24	Graf znázorňující omezení dřívějších aktivit respondentů	61
Obrázek 25	Graf znázorňující omezení specifických aktivit dle respondentů	62
Obrázek 26	Graf znázorňující hodnocení vlastní kvality života dle respondentů	63
Obrázek 27	Graf znázorňující čas strávený s rodinou dle respondentů	64
Obrázek 28	Graf znázorňující čas strávený s přáteli a známými dle respondentů	65
Obrázek 29	Graf znázorňující spokojenost s úrovní samostatnosti dle respondentů	66
Obrázek 30	Graf znázorňující potřebu pomoci v každodenních činnostech	67
Obrázek 31	Graf znázorňující jiné oblasti potřeby pomoci respondentů	68
Obrázek 32	Graf znázorňující pomoc od rodiny v každodenních činnostech	69
Obrázek 33	Graf znázorňující využívání pomůcek usnadňující pohyb respondentů	70
Obrázek 34	Graf znázorňující typy pomůcek využívané respondenty	71
Obrázek 35	Graf znázorňující využívání sociálních služeb respondenty	72
Obrázek 36	Graf znázorňující předsudky vůči diabetikům zaznamenané respondenty	73

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADDQoL	Audit of Diabetes Dependent Quality of Life 19
ADS	Appraisal of Diabetes Scale
APACHE II	Acute Physiological and Chronic Health Evaluation
BMI-	Body mass index
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
DPP-4	Dipeptidyl peptidáza-4
GM	Glykémie
HbA1c	Glykovaný hemoglobin
HDL	High density lipoproteins
HGL	Hraniční glykémie nalačno
HRQOL	Health Related Quality Of Life
ILF	Quality of Life Index
kJ	Jednotka kilojoule
KŽ	Kvalita života
LADA	Latent Autoimmune Diabetes of Adults
LDL	Low density lipoproteins
MANSA	Manchester Short Assesment of Quality of Life Profile
MODY	MODY (maturity-onset type diabetes of the young)
oGTT	Orálně glukózo toleranční test
PAD	Perorální antidiabetikum
PAID	Problem Areas in Diabetes Scale

PAtIS	Psychosocial Adjustment to Illness Scale
PCOS	Syndrom polycystických ovarií
PGT	Porušená glukózová tolerance
QALY	Quality-adjusted life year
SEIQo	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SGLT2	Sodíko-glukózový transportér 2
TK	Krevní tlak
WED	Well-Being Enquiry for Diabetics
WHO	Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

V dnešní době je velmi diskutabilní otázkou prodlužování délky života související s demografickým nárůstem seniorů ve společnosti. Delší život představuje mnoho výhod spojených s možností soužití se svou rodinou a blízkými, možnost být pro ně oporou užívání si života a mnohé další. Největší nevýhodou je ale tlak, vyvíjený společností na každého jedince, což vede k dlouhodobému vystavení stresu a následný výskyt civilizačních chorob. Kromě výskytu onkologických onemocnění se také setkáváme s onemocněním cévního systému a taktéž metabolického systému. Do této poslední kategorie řadíme obezitu, dnu, následný výskyt kardiovaskulárního onemocnění a především diabetes mellitus. V posledních několika letech přibývají tato onemocnění díky nepříznivým změnám životního stylu, což ovlivňuje celkovou kvalitu života.

Tato práce se zabývá seniory s onemocněním diabetes mellitus II. typu. Skupinu zaměřující se na seniory jsem si vybrala z důvodu, že pracuji jako praktická sestra a náplní mé práce je právě péče o seniory, se kterými se nejčastěji ve svém zaměstnání setkávám. Činnosti spojené se základními potřebami, boj proti samotě nebo pohyb ve stáří, jež jsou jedni z podmínek pro zdraví.

Senioři často ztrácejí smysl života a schopnost aktivního stáří v důsledku odchodu do důchodového věku. Díky tomu začínají zanedbávat zodpovědnost za vlastní zdraví. Další příčinou zhoršení kvality života přispívá výskyt chronických onemocnění a zdravotních komplikací, jejichž léčbu řeší většina seniorů pouze medikamenty a zapomínají na zdravý životní styl, ať už se to týká fyzického zdraví nebo psychického (Mlýnková, 2011, s. 11).

Diabetes mellitus II. typu hraje jakožto chronické onemocnění důležitou roli v oblasti kvalitního života spojeným se seniorským věkem. Toto onemocnění je mnohdy způsobeno již výše zmíněným nezdravým životním stylem a způsobuje nejednu komplikaci v životě seniora. Diabetes mellitus, ať už bez, nebo se svými komplikacemi může způsobit změnu celkového pohledu na kvalitu života omezit možnost aktivního stáří, nebo zapříčinit nesamostatnost v životě, která způsobí závislost na druhé osobě. Vybrala jsem si proto toto onemocnění, jelikož může za vznik častých komplikací, které silně ovlivňují kvalitu života právě u skupiny seniorů. Touto prací jsem také chtěla ukázat na nejčastější oblasti v každodenním životě, které jsou tímto onemocněním často negativně ovlivněny, a je proto důležité v léčbě seniora diabetika na ně myslet a snažit se je změnit k lepšímu.

Tato práce se skládá z teoretické části pojednávající o stáří a stárnutí, definuje stáří a nemoc, zabývá se aktivním stářím a ageismem. Dále teoretická část definuje onemocnění diabetes mellitus II. typu, popisuje léčbu a kompenzaci tohoto onemocnění, a také zmiňuje problematiku diabetu v České republice. Třetí částí teorie pojednává o kvalitě života a popisuje možné koncepty jejího hodnocení. V praktické části je uvedena metodika výzkumu, popis dotazníkového šetření a následné hodnocení výsledků za pomoci grafů. V posledních částech je popsána diskuze, závěr práce a k dispozici jsou také zdroje a přílohy, ze kterých tato práce čerpala.



## **CÍL PRÁCE**

**Hlavní cíl:** Zjistit subjektivní hodnocení kvality života seniorů s onemocněním diabetes mellitus II. typu (žijícím v domácím prostředí).

**Dílčí cíle:**

1. Zmapovat vliv vybraných aspektů na kvalitu života seniorů s onemocněním DM II. typu.
2. Zjistit, jak onemocnění DM II. typu změnilo život seniorů.
3. Zmapovat, zda senioři s DM II. typu dodržují léčbu (léčebný režim).

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Stáří a stárnutí

V určitém slova smyslu můžeme tvrdit, že každý jedinec stárne již od narození a díky různorodosti organismu stárne každý jedinec jinak. V průběhu lidského života se proto pohled na stárnutí mění. Podobně je to i v okamžiku, kdy máme určit přesnost, jak je člověk starý. Obecně se říká, že jedinec je tak starý, jak se starý cítí. V souvislosti s problematikou stáří a stárnutí se můžeme setkat s cizojazyčnými pojmy, které vycházejí například z latinského jazyka (senex – starý) z řečtiny (gerón – stařec) nebo i z angličtiny (the elderly – staří lidé, age – věk, ageing – stárnutí) (Příbyl, 2015, s. 9).

Proces stárnutí je součástí našeho života a lze jej vymezit v širším i v užším smyslu. Křivohlavý (2011, s. 17) metaforicky ve své knize píše : „ *Stárnutím se rozumí, děj proces obrazně řečeno plynutí vody od pramene k moři.* “ Autor vymezuje proces stárnutí v širším významu, ve kterém stárnutí jedince začíná jeho narozením a pokračuje dále dětstvím až do období dospělosti.

Slovo stárnutí se rozumí pod pojmem shrnutí všech změn jak strukturálních, tak i funkčních v organismu. Tyto změny se na jedinci projevují vzestupem zranitelnosti a úbytkem výkonosti. Stárnutí je proto souhrnem změn, kterým jedinec podléhá postupem času. Změny ovšem nenastupují souběžně, proto je stárnutí velice individuální a veškeré funkce a systémy organismu daného jedince stárnou nestejně. Stárnutí také můžeme považovat za přechodné období vývoje mezi dospělostí a stářím (Dvořáčková, 2012, s. 9, 10).

### 1.1 Členění období stáří

Jak uvádí ve své knize Dvořáčková a Hrozenková (2013, s. 13) z pohledu seniora definujeme spodní hranici 65. rokem života člověka. Každá společnost má v sobě několik jedinců různého věku a je možné je rozlišovat na základě mnoha určujících faktorů.

Jedince je možné dělit do kategorií věku z mnoha aspektů:

- Chronologický věk-označuje kalendářní věk, skutečný prožitý čas bez ohledu stavu organismu.
- Biologický věk-výsledek geneticky řízeného programu organismu, způsob života, výskyt onemocnění a úrazů a působení vlivů vnějšího prostředí.
- Funkční věk-odpovídá funkční výkonosti jedince, určuje ho shrnutí biologických, psychologických a sociálních charakteristik.

- Psychologický věk-je výsledkem funkčních změn, osobnostních rysů a subjektivního věku v průběhu stárnutí.
- Sociální věk-přítomnost či nepřítomnost programu života a částečně je závislý na důchodovém věku jedince.

Vývojové etapy člověka ve stáří mohou být diferencovány dle Machové (2016, s. 186-187) na tři pod období:

1. Období počátečního stáří (od 60-65 let věku)
2. Období pokročilého stáří (od 75 let věku)
3. Období vrcholného stáří (od 90 let věku)

Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 14-15) zmiňují, že Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) člení střední a vyšší věk následovně:

1. Období středního věku (45-59 let)
2. Období raného stáří (staršího věku; 60-74 let)
3. Období vlastního stáří (pokročilého, vysokého věku; 75-89 let)
4. Období dlouhověkosti; nad 90 let

## 1.2 Stáří a nemoc

Hudáková s Majerníkovou (2013, s. 21-23) se ve své knize zmiňují o aspektech stáří a dělí je na 11 základních pohledů:

- Pokles tělesné hmotnosti, výšky a proporcí (pánve, deformace čelisti a chrupavky, změkčování kostí)
- Zvyšuje se riziko úrazu (právě kvůli změkčování kostí, tzn. větší riziko zlomenin které se špatně léčí)
- Snížení pohyblivosti jedince (rychlost a pružnost jednotlivých svalů se snižuje)
- Snížení výkonnosti srdce, plic a cévního systému (krev se hůře okysličuje, vyšší riziko infarktu myokardu, ochabování srdečních chlopní)
- Menší výkonnost žláz, tzv. vnitřních sekrecí (což vede k ztracení imunity, ospalosti, nižší vitalitě a pohyblivosti, již zmíněnému křehnutí kostí, řídnutí vlasů a také lámavosti nehtů)
- Změny vzhledu a vlastností kůže (podkožní tuk mizí, snižuje se obsah vody v kůži - hluboké vrásky a pigmentové skvrny)
- Zhoršení zraku (snížení ostroty zraku, zbarvení a změny na sítnici, horší rozpoznávání barev)
- Sluch (Špatné vnímání sluchových vjemů - dezorientace, nervozita a podrážděnost)
- Změna termoregulace (hůře se přizpůsobuje změnám klimatu)
- Lámavost vlasů, šednutí vlasů, lámavost nehtů
- Vyšší náchylnost na nemoci

### **1.2.1 Tělesné projevy**

Změnami, kterými se senioři odlišují od mladých, se označují jako fenotyp stáří. Tělesná výška se s přibývajícím věkem snižuje a tělesná hmotnost povětšinou stoupá. Jsou změny ve smyslovém vnímání, dochází ke změnám akomodace čočky, vyskytuje se úbytek sluchové ostrosti a snižuje se pocit chuti a čichu, především pak u kuřáků. Vyskytují se často změny chůze a postojů těla, ubývá svalová hmota a tím i síla. Dochází ke změnám termoregulace. Nastávají změny v oblasti kardiovaskulárního, trávicího, močového a vylučovacího systému a v neposlední řadě se mění sexuální aktivita jedince. Všechny funkční a morfologické změny ovlivňují chování i vzhled starého člověka. S tímto souvisí i změny týkající se psychiky člověka (Dvořáčková, 2012, s. 12).

#### **1.2.1.1 Fyzická aktivita a kompenzační pomůcky**

Jak bylo již výše uvedeno ve stáří je znatelně vyšší výskyt onemocnění, které mohou znemožňovat vykonávání každodenních aktivit. V těchto případech nastává omezování v oblastech sebezpeče a samoobslužnosti jedince a postupně se rozvíjí závislost na druhých osobách, například na pečovateli nebo rodinném příslušníkovi. Senior již není schopný si sám jít nakoupit nebo nezvládne pohyb mimo svůj domov sám. V takovéto situaci je nejlepším řešením pořízení a používání kompenzačních pomůcek. Mezi kompenzační pomůcky řadíme berle, hole, chodítka ( vysoká i nízká ) nebo vozík. S jejich pomocí je senior se sníženou funkcí v oblasti pohyblivosti schopen se bezpečně dopravit třeba na procházku, nebo i na výlet, ale čím větší vzdálenost, tím je lepší doprovod další osoby (Mlýnková, 2011, s. 26).

### **1.2.2 Psychické změny**

Proces stárnutí nám zahrnuje psychickou změnu, která se s u každého jedince s rostoucím věkem objevuje zcela individuálně. Postupem času dochází ke zhoršení kognitivních neboli poznávacích funkcí tudíž změny v oblasti paměti, vnímání, představ, pozornosti a především myšlení. Myšlení může klesat a klesá i psychická vitalita. Beze změny zůstává však slovní zásoba neboli způsob, jakým vyjadřujeme myšlenky či intelekt. Ovšem mohou se měnit určité osobnostní rysy jedince a jeho vlastnosti. Dochází i ke zvýraznění některých patologických rysů (např: u paranoidní osobnosti se zvyšuje podezíravost). Problém je také v seniorském věku se přizpůsobovat se změnami, které v životě nastanou. Objevuje se emoční labilita či střídání nálad převažující depresivní naladění (Mlýnková, 2011, s. 24).

### **1.2.3 Sociální změny ve stáří**

Psychosociální stárnutí ovlivňuje schopnost člověka se adaptovat na určité změny, které přináší stáří. Do těchto změn řadíme odchod do důchodu, který symbolizuje možnost oddechu a péči o sebe sama, avšak na druhou stranu snižuje počet kontaktů v sociálních sférách. Toto období však dává i tak možnost senioru využívat čas, jak si sám přeje. Výraznou změnou, které stáří často přináší, je změna bydliště či využívání zařízení sociálních služeb, která pro jedince nemusí vždy být přínosem. Dalším důležitým faktorem v oblasti sociální problematiky ve stáří je role starších lidí ve společnosti. (Dvořáčková, Hrozenská, 2013, s. 44-47)

Jak uvádí Dvořáčková (2013, s. 45) „*Každý stárnoucí a starší člověk je členem společenství. Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starší subpopulaci jako svou neoddělitelnou součást*“.

### **1.3 Aktivní stáří**

Jakýkoliv pohyb dokáže sloužit jako prevence a měl by nás po celý život provázet. Moderní technologie dokážou vše usnadnit, ale to o co nás připravují je právě pohyb. Spoustu seniorů se hýbe velmi málo a nepravidelně nebo i jednostranně. Svou roli hraje stres a přidružené onemocnění (jak fyzické, tak duševní). Existují však výzkumy, přednášky, workshopy i organizace, které se zajímají o pohyb ve stáří a také jsou pořádány soutěže pro boření mýtů, kdy senioři, ať už se potýkají s jakýmkoliv handicapem, či nemocí se mohou soutěži zúčastnit a získávat různá ocenění medaile a diplomy (Macháčová a spol., 2019, s. 184-188).

Doporučované pohybové aktivity jsou například ranní rozvíčka, dechová cvičení, plavání a vodní sporty, práce na zahrádce, procházky a netradiční pohybové aktivity (jóga, regenerace zraku nebo spinální cvičení). (Hátlová, Jindrová a kol., 2013, s. 19)

#### **1.3.1 Proti samotě**

Samota je problém v každém věku, ale ve stáří se potřeba komunikace a sblížení se ostatními stává hlavním cílem většiny seniorů. Mnoho klubů stacionářů a neziskových organizací nabízejí možnosti boje proti samotě, ať už se to týká výletů a zájezdů, pěveckých sborů, taneční terapie, nebo čtenářských kroužků či kurzů plavání, kde si lidé ve seniorském věku dokážou najít přátele. Důležitá je především osvěta těchto možností pro starší obyvatele, aby věděli, že na to nejsou sami (Macháčová a spol, 2019, s. 189-200).

### **1.3.2 Rodinná podpora**

Jeřábek a kol. (2013, s. 81) uvádějí: „*Sečteme-li dohromady čas, který všechny zúčastněné osoby v pečující rodině vynaloží na pomoc a péči svému seniorovi, zjistíme, že každá z těchto rodin vydává v průměru 41 hodin svého času týdně.*“. Dále uvádí, že statisticky v mediánové rovině vydá rodina na péči o seniora v domácnosti 28 hodin stráveného času každý týden. Jsou ale tak rodiny, které přesahují tuto časovou jednotku. Péče o seniora s vyšší časovým výdajem bývá z pravidla mimořádné (Jeřábek a kol., 2013, s. 81).

### **1.4 Ageismus**

Tento termín se objevil poprvé koncem 20. století v USA (termín ageismus se vyslovuje „ejdžizmus“ a je odvozen od slova age-věk). Ageismus je výraz pro věkovou diskriminaci, která je rovněž velmi nebezpečná právě pro seniory. Tento termín však nemusí zahrnovat pouze seniory, ale všechny věkové skupiny. Pojem diskriminace značí rozdílný přístup k lidem či společenským skupinám a poškozuje jak skupiny, tak jednotlivce. Objevuje se omezování práv a neuznávání rovnosti s ostatními jedinci (Dvořáčková, Hrozenková, 2013, s. 51).

### **1.5 Služby a podpora pro seniory**

#### 1. Zdravotní péče:

- Dispenzarizace v odborných ambulancích
- Domácí zdravotní péče (Home Care)

#### 2. Sociální péče:

- Terénní služby – odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelská služba, péče tísňové
- Pobytové služby – domovy pro seniory, domov se zvláštním režimem, služby odlehčovací
- Ambulantní služby – denní stacionáře

#### 3. Dávky a příspěvky:

- příspěvek na speciální a zvláštní pomůcky
- příspěvek na mobilitu

(Macháčová a kol., 2019, s. 168-169, 174)

## **2. Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus (dále jen DM) česky úplavice cukrová nebo cukrovka je nazýván soubor metabolických onemocnění, který se projevuje typickou hyperglykemií neboli zvýšenou hladinu krevního cukru, jež vzniká následkem poškozením sekrece inzulínu narušení účinku inzulínu v tkáních nebo kombinací obojího. Hyperglykemie vede u diabetiků k poškození poruše funkce či kompletnímu selhání skupin orgánů, zvláště pak k poškození ledvin, krevních cév, nervů a zraku (Haluzík, 2018, s. 12).

Věda, která se zabývá tímto onemocněním je odborně nazývána jako diabetologie. Je součástí medicinských oborů a souvisí úzce s dalšími základními lékařskými obory, jako je obezitologie, oftalmologie, kardiologie, endokrinologie, nefrologie a mnoho dalších (Perušičová, 2016, s. 20).

### **2.1. Patofyziologie**

Pro vznik onemocnění DM je nezbytné sloučení dvou patofyziologických úkonů, a to úplná či poměrná nouze v množství inzulínu, jež se spojena s poruchou kvality své sekrece a s poklesem senzitivity inzulínu (tkáně mají sníženou citlivost na působení inzulínu). Tyto odchylky se mohou během onemocnění různě vyvíjet a obě do jistého rozsahu lze ovlivnit režimovými a léčebnými režimy (Haluzík, 2018, s. 13).

### **2.2 Klasifikace diabetu**

Základní rozdělení typů DM:

1. DM I. typu
  - idiopatický
  - autoimunitní
2. DM II. typu
  - Porucha sekrece inzulínu
  - Porucha působení inzulínu
3. Gestační DM
4. Ostatní a specifické typy diabetu (typ MODY, typ LADA, DM doprovázející jiná onemocnění, DM při endokrinopatiích, DM způsobený onemocněním pankreatu a DM vyvolaný léky nebo chemickými látkami)

(Perušičová, 2016, s. 17)

Dále pak rozdělujeme stav zvaný prediabetes, který diagnostikujeme při zvýšení hodnot GM nad normální rozmezí, které ale nedocílí do diabetických hodnot pro samotný DM. Tento stav

nicméně předchází diabetu a zvyšuje rizika jeho vývoje. Prediabetes zahrnuje 3 následující stavy :

- Hraniční GM nalačno (dále jen HGL) v hranici 5,6-7,7 mmol/l v žilní plazmě
- Porušená glukózová tolerance (dále jen PGT), v rozmezí 7,8-11,0 mmol/l v žilní plazmě ve 120. minutě orálně glukózo tolerančního testu (dále jen oGTT)
- Kombinace poruch HGL+PGT

(Olšovský, 2018, s. 21)

### **2.2.1 Symptomatologie DM II. typu**

Typickým obrazem z hlediska klinických příznaků neléčeného DM je podle Češky (2015, s. 254-255):

- Žízeň, polyurie (nadměrný příjem tekutin), polydipsie (nadměrné močení)
- Poruchy zraku ve smyslu rozmazaného či neostrého vidění
- Zvýšená náchylnost k infekcím
- Únava a malátnost

Haluzík (2018, s. 16-17) dodává: „*Obecně tedy platí, že hladina glykemie by měla být změřena při jakémkoli zhoršení zdravotního stavu, jehož etiologie není jasná.*“

#### **2.2.1.1 Rizikové faktory vzniku DM**

Mezi 10 hlavních faktorů, které podporují vznik DM II. typu jsou:

1. Vyšší věk (nad 45 let)
2. Obezita
3. Zvýšená hladina cholesterolu v krvi
4. Sedavý styl života
5. Hypertenze
6. Diagnóza PCOS (syndrom polycystických ovarií)
7. Těhotenský diabetes nebo porod plodu s váhou nad 4 kg
8. PGT nebo/i HGL
9. DM v rodinné anamnéze
10. Diagnóza acanthosis nigricans (kožní projev diabetu, jedná se o bradavičnaté černé pigmentové změny na kožních řasách, např. šíji)

(Perušičová, 2012, s. 24-25)



## 2.2.2 Diagnostika DM

Kritéria pro vlastní diagnostiku DM II. typu se v posledních letech upravili. Nejdůležitějším z kritérií je diagnostika založená na měření hodnoty GM v žilní plazmě. K určení diagnózy DM II. typu by tedy neměly sloužit hodnoty naměřené pouze glukometrem z kapilární krve nebo měřením kontinuální GM ani jinými alternativními způsoby. Patologická hodnota GM by však měla vést k přeměření hodnoty GM v žilní krvi a dále pak výsledek oGTT (Haluzík, 2018, s. 17).

1. Náhodně měřená GM:
  - < 5,6 mmol/l – lze DM vyloučit
  - 5,6-11,0 mmol/l- nutné vyšetřit GM nalačno
  - >11,0 mmol/l – DM za předpokladu výskytu dalších příznaků diabetu (polyurie, žízeň, polydipsie)
2. GM nalačno: odebírána po lačnění během noci, minimálně po 8 hodinách. Musí být vyloučena jakákoliv fyzická aktivita i kouření. Pacient má být při odběru v klidové poloze, nejlépe sedě.
  - < 5,6 mmol/l – lze DM vyloučit
  - 5,6-6,9 mmol/l – považována za zvýšenou GM nalačno (označována jako součást prediabetu, tedy HGL, důležité následně provést oGTT
  - >7 mmol/l – považován jako DM (nutné však vyšetření zopakovat)
3. oGTT: Vyšetření pomocí podání 75g glukózy per-orálně, následné měření GM v žilní plazmě, rozhodující hodnota se ukáže po 2 hodinách od podání glukózy, tedy po 120 minutách.
  - <7,8 mmol/l – DM lze vyloučit, pokud byla normo hodnota GM nalačno
  - 7,8-11,0 mmol/l – považuje se za PGT, spadá pod prediabetes
  - >11,0 mmol/l – DM

(Perušičová, 2016, s. 48-49)

### 2.2.2.1 Diabetický screening

U skupiny pacientů s DM je vhodné provádět aktivně diabetický screening, který slouží jako ukazatel hodnot GM, a jako prevence záchytu diabetických komplikací. Vyšetření žilní plazmy nebo kapilární krve se provádí 1 x za 2 roky u jedinců ve věku 40 let a více a u pacientů bez rizika DM jako součást preventivních prohlídek. Dále pak 1 x za rok u jedinců se zvýšeným rizikem onemocněním DM, kam patří jedinci s kardiovaskulární chorobou při výskytu DM v rodinné anamnéze, obézní pacienti, jedinci s arteriální hypertenzí, s prediabetem, hyperlipoproteinemií, s výskytem gestačního diabetu v těhotenství nebo syndromem polycystických ovárií – PCOS (Haluzík, 2018, s. 18-19).

Pozitivní výsledek screeningu vyšetření poruch homeostázy glukózy, tedy DM a prediabetu jsou:

- Náhodně vyšetřená hodnota GM > 7,0 mmol/l kapilární krve nebo >7,8 mmol/l v žilní plazmě nezávisle na jídle, měřená kdykoliv během dne nebo
- GM nalačno v žilní plazmě vyšetřena laboratorně >5,6 mmol/l nebo
- Glykovaný hemoglobin, (dále jen HbA<sub>1c</sub>), hodnota odrážející dlouhodobý průměr kontroly GM, v období tj. 120 dnů, vyjádřena v jednotkách mmol/mol, stanovená laboratorně >39mmol/mol.

(Olšovský, 2018, s. 23)

### **2.2.2.2 Selfmonitoring DM**

Selfmonitoring doslova sebekontrola, jehož cílem je pravidelné měření a udržování hodnot v oblasti GM, tlaku krve (dále jen TK), tělesné hmotnosti a zjišťování ketolátek a glukózy v moči pro ideální kompenzaci DM. Ve vztahu k hodnotě GM jde především o měření hladiny glukózy v krvi pomocí glukometru. Pro zjištění ketolátek a glukózy v moči používají jedinci diagnostické proužky, přičemž za normálních okolností nemá být ani jedna látka přítomna v moči (Krollová, Štechová, 2017).

### **2.2.3 Kompenzace DM II. typu**

Kompenzací diabetu je myšlen soubor opatření, díky kterým chceme dosáhnout určitých hodnot pro zvládnutí onemocnění DM. Mezi ukazatele kompenzace diabetu patří normalizace GM, krevních lipidů, optimální hodnotu indikátoru tělesné hmotnosti a normohodnotu TK. Účelem kompenzace je také předcházet akutním komplikacím, specifickým mikrovaskulárním potížím a ateroskleróze (Kvapil, 2015, s. 103-104).

Mezi kritéria cíle léčby dle standardů České diabetologické společnosti (ČLS JEP) patří ukazatele: HbA<sub>1c</sub>, GM nalačno a po jídle (z žilní plazmy), hodnoty GM v kapilární krvi nalačno i po jídle, postprandiální GM (změřenou v době 90–120 minut po jídle), body mass index (dále jen BMI), TK, krevní lipidy (celkový cholesterol, HDL a LDL cholesterol), triacylglyceroly, obvod pasu v cm (závisí na pohlaví) a celková dávka inzulínu na 24 hodin a kg v hmotnosti (Haluzík, 2018, s. 24).

#### **2.2.3.1 Krevní tlak**

Významnou součástí léčby DM II. typu je úsilí o docílení kompenzace TK. Dosažení ideální hodnoty TK je stejně důležité jako dosažení ideální hodnoty GM. Hypertenze je zvýšená hodnota TK a bývá velmi často diagnostikována při záchytu DM. Kontrolní TK by měl být

měření při každé ambulantní návštěvě lékaře, případně být monitorován pomocí 24hodinového monitorování (Kvapil, 2015, s. 88).

Fyziologické hodnoty u dospělého jedince jsou systolického tlaku v rozmezí 90-139 mmHg, diastolického tlaku pak 60-89 mmHg (ideální průměr je 120/80 mmHg). Hypertenze je v rozmezí systolického tlaku >140 mmHg a diastolického tlaku >90 mmHg. Hypotenze, nízký TK, je systolicky <90 mmHg a diastolicky hodnotou <60 mmHg (Rokyta a kol., 2014, s. 89).

### **2.2.3.2 Body mass index**

BMI neboli index tělesné hmotnosti kombinuje hodnotu tělesné výšky a váhy. Lze ho vypočítat pro ženu i pro muže. Jedinci, jejichž hodnota BMI přesahuje 25, mají zvýšené riziko vzniku DM II. typu, hypertenze, kardiovaskulárních nemocí, nerovnováhy krevních lipidů, respirační choroby, onemocnění žaludku a rakoviny. Dle hodnot BMI lze orientačně zjistit, zda je váha v normě, zda jedinec trpí podvýživou, nadváhou nebo obezitou. Ovšem tato hodnota je čistě orientační a nelze ji využít u každého jedince. Příkladem je člověk s vysokým množstvím svalové hmoty nebo naopak může BMI vyjít nižší, a proto je neobjektivní (The American Diabetes Association, 2017, s. 88).

Hodnotu BMI lze vypočítat poměr hmotnosti (v kg) a druhé mocniny výšky (v m). Výsledkem je hodnota, která spadá do určitých kategorií a ty jsou následující: podváha je <18,5, normální hmotnost 18,6-25,0, nadváha 25,1-30, obezita 30,1-40,0, morbidní obezita >40,0 (Fatková, 2014).

### **2.2.4 Léčba DM II. typu**

DM II. typu je komplexní metabolické onemocnění, a proto je nezbytné, aby jeho léčba byla také komplexní a zaměřená individuálně na každého nemocného jedince zvlášť. Léčba DM II. typu obsahuje složku režimovou léčbu, vlastní léčbu diabetu a léčbu dalších přidružených komplikací a vzniklých onemocnění (Hanzulík, 2018, s.28).

#### **2.2.4.1 Dietní opatření**

Cíle dietní léčby zahrnují především:

- Optimálně kompenzovat diabetes při dietě s individuální tvorbou inzulínu, fyzickou aktivitou a perorálními antidiabetiky
- Prevenci a léčbu akutně vzniklých komplikací (např: hypoglykémii) a chronických komplikací (např: diabetická retinopatie)
- Individuální dietu, zohledněnou na osobní požadavky (veganství, kulturní zvyklosti)
- Dosáhnutí ideální hladiny lipidů v krvi

- Energetické dodání potřebných látek k prevenci nadváhy či obezity a zvládnání katabolických situací vzniklých během DM

(Perušičová, 2012, s. 64)

Dietními doporučení by mělo být tedy individuální, aby bylo docíleno snížení denních kalorií v existujícím příjmu nejméně o 500-1000 kcal/den, případně z hlediska kilojoulů snížení o 2100-4200 kJ (Perušičová, 2016, s. 62).

Běžnými doporučeními v oblasti výživy pro nemocné s DM jsou:

- Sacharidy: 45-60 % z celkového denního příjmu
- Vláknina: 25 g na 1000 kcal, ½ by měla tvořit rozpustná vláknina
- Bílkoviny: 10-20 % celkového energetického příjmu
- Tuky: 20-35 % z celkového příjmu denně, příjem cholesterolu nemá překročit 300mg za den
- Ovoce a zelenina: denně 500-600 g, zelenina lze i vařená, počítány i luštěniny

(Fatková, 2014)

#### **2.2.4.2 Pohybová aktivita**

Fyzická aktivita se řadí mezi základní léčebné opatření u nemocných s DM. Pohybová aktivita má zásadní vliv na senzitivitu inzulínu v organismu. Pohyb vede ke snížení TK redukuje hmotnosti a zlepšuje schopnosti pohybového aparátu, což se flexibility týče. Existují však limity z hlediska pohybu u pacienta s DM, a to omezení z ohledu na přidružené nemoci, z pohledu na riziko vzniku hypoglykémie a z hlediska DM komplikací (Olšovský, 2018, s. 40).

The American Diabetes Association (2016, s. 93-94) česky Americká diabetická asociace dbá na to, aby se jedinec s DM individuálně dohodl se svým lékařem na vhodném pohybovém režimu a lékař nabádá k odbornému posouzení každého nemocného, zejména pokud daná osoba s diabetem kouří, trpí neuropatií, má ledvinové a zraňovací obtíže nebo jestli je nemocnému více než 40 let, má vysoký TK, má zhoršenou cirkulaci krve v dolních končetinách a trpí-li DM II. typu více jak 10 let.

#### **2.2.4.3 Inzulínová léčba**

V současnosti jsou k dispozici jen lidské inzulíny, které nahradily dříve používané zvířecí (vepřové, hovězí). Inzulíny se dělí na:

- Krátce působící-Humulin R, Actrapid, Insuman Rapid, Fiasp, Insuman Infusat
- Středně působící-Insulatard, Monotard HM, Humulin N,
- Inzulínová analoga-Novorapid, Apidra, Humalog, Levemir, Lantus, Toujeo, Tresiba

(Haluzík, 2018, s. 92-93)

Dále máme na trhu premixované inzuliny, které jsou kombinací směsí inzulínů s odlišnou dobou trvání účinku mezi které nejčastěji patří Mixtard 30, Novomix 30, KwikPen a Ryzodeg (Perušičová, 2016, s. 69).

Dle trvání účinku, s ohledem na trvání a nástup, dělíme inzulíny na:

- Ultrakrátkodobé nástup účinku za 10-20 minut, vrchol účinku 30-45 minut, celkové trvání 2-5 hodin, příkladem je NovoRapid, Humalog, Apidra
- Krátkodobé, nástup za 30 min., vrchol účinku za 60-180 min., délka trvání 4-6 hod., příkladem je Insuman Rapid, Humulin R, Actrapid, Fiasp, Insuman Infusat
- Středně dlouhodobé, nástup za 1-3 hod., vrchol účinku za 4-6 hod., délka trvání 12-24 hod., příklad je Insulatard, Monotard HM, Humulin N
- Dlouhodobé, nástup za 3-4 hod., vrchol účinku za 10-18 hod., délka trvání 22-24 hod., příkladem jsou Levemir, Toujeo, Lantus,
- Ultradlouhodobé, nástup za 30-90 hod., vrchol účinku není, délka trvání 28-40 hod., příkladem je Tresiba

(Perušičová, 2012, s. 67)

#### 2.2.4.4 Antidiabetika neinzulínová

Perorální antidiabetika (PAD) jsou léky, které podle svého mechanismu účinky pomáhají v léčbě diabetu mellitu. Celkově pak všechny léky neinzulínového typu můžeme označit za antidiabetika a rozdělujeme je podle toho, zda má jedinec inzulínovou rezistenci (odpor) nebo deficienci (nedostatek). Dělení vypadá následovně:

- **Inzulínové senzistéry**, zajišťují zvýšení citlivosti inzulínu v okrajových tkáních a tím pádem snižují rezistenci inzulínu. Radíme mezi ně biguanidy a zástupcem těchto látek je metformin a látky glitazony, jejichž zástupcem je pioglitazon
- **Inzulínová segretagoga**, zajišťují zvýšení sekrece inzulínu z B-buněk a patří mezi ně deriváty sulfonylurey, zástupci jsou pak glimepirid, glipizid nebo gliklazid s řízeným uvolněním v organismu a další. Dalšími segretagogy jsou glinidy, neboli nesulfonylureová segretagoga, představitelem je repaglinid
- **Léky ovlivňující inkretinovou soustavu**, (soustavu hormonů produkované buňkami tenkého a tlustého střeva, které stimulují syntézu a sekreci inzulínu) a patří sem inhibitory DPP-4, neboli gliptiny, a hlavními představiteli jsou vildagliptin, saxagliptin apod., druhou skupinou inkretinového systému jsou inkretinová mimetika, jejichž zástupci jsou liraglutid a exenatid

- **Antidiabetika s odlišným principem účinku**, zahrnují amylinová analoga, která jsou zatím v ČR nedostupné, dále inhibitor alfa-glukosidáz, zástupcem je akarbóza a poslední skupinou jsou inhibitory SGLT2, kam patří představitelé jako kenagliflozin, depagliflozin a empagliflozin.

(Perušičová, 2016, s. 76-77)

## 2.2.5 Komplikace DM II. typu

Dělíme na akutní a chronické komplikace DM II. typu.

1. **Akutní komplikace** zahrnují:
  - Hypoglykémii
  - Diabetickou ketoacidózu
  - Laktátovou acidózu
  - Hyperglykemické kóma
  - Hypoglykemické kóma
2. **Chronické komplikace** zahrnují:
  - Diabetickou nefropatii
  - Diabetickou retinopatii
  - Syndrom diabetické nohy
  - Diabetická neuropatie

(Perušičová, 2012, s. 97-112)

### 2.2.5.1 Nejčastější akutní komplikace

- Hypoglykémie je stav organismu vyvolaný poklesem hladiny GM v krvi, který vyvolává charakteristické příznaky, jako je bledost, křeče, snížená mentální schopnost, palpitace, pocení, silný hlad až bezvědomí. Tento stav vzniká při hodnotě  $<3,3$  mmol/l z kapilární plazmy. Hypoglykémie je nebezpečná u starších osob a pacientů s aterosklerózou, jelikož jsou náchylnější ke vzniku infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody. Léčba spočívá v podání 10-20 g sacharózy, příznaky pak odeznívají do 15 minut. (Perušičová, 2016, s.98-99)
- Hyperglykemické kóma je stav, kdy je z hlediska časové jednotky několika dní přetrvávající hyperglykémie nad 20,0 mmol/l laboratorně vyšetřené GM, s příznaky, jako je žízeň, nadměrná dehydratace, polyurie, známky poruch vědomí a ledvinového selhání, objevují se projevy hypotenze až poruchami vědomí či smrtí. Tento stav je považován jako závažný a má vysokou letalitu. Léčba spočívá v podání inzulínu s dostatečnou rehydratací a monitoringem základních životních funkcí (Olšovský, 2018, s. 16, 27-28).

### 2.2.5.2 Nejčastější chronické komplikace

- Diabetická nefropatie je chronické onemocnění ledvin projevující se proteinurií (bílkovina v moči), postupným selháváním ledvinných funkcí a hypertenzí. Toto onemocnění se obvykle projevuje až po 10 a více letech u nemocných s DM. Léčba spočívá ve správné kompenzaci diabetu, podáváním antihypertenziv, vhodná je nízkoproteinová dieta a u někdy je nutná i trvalá dialýza či transplantace ledvin (Perušičová, 2012, s. 102-104).
- Diabetická retinopatie je považována za komplikaci DM, při které dochází k poškozením a následné novotvorbě cév na sítnici, které vede k nevratné poruše zraku až slepotě. Léčba spočívá v co nejlepším kompenzování DM, farmakoterapií či laserovou terapií (Haluzík, 2018, s. 49, 123).
- Diabetická noha, také nazývána jako syndrom diabetické nohy, je podle WHO popisován jako: „...*ulcerace nebo destrukce tkání nohou u diabetiků s ulceracemi nebo gangrény na nohou...*“ (Perušičová, 2016, s. 111). Klinicky je tento syndrom dělen dle typu původce na neuropatickou-angipatickou a neuroischemickou příčinu. Léčba spočívá komplexní péči se záchytem včasné infekce a správného hojení ran i nošením vhodné obuvi pro diabetiky (Kvapil a kol., 2015, s. 193).

### 2.2.6 Diabetes mellitus v České republice

Češka (2015, s. 251) konstatuje ve své knize následující: „*V současnosti je v České republice evidováno více než 9 % osob s diabetem (990 000). Předpokládá se, že dalších 5 % populace zůstává nediagnostikováno. Nejčastěji se jedná o DM 2. typu (93 % případů), DM 1. typu tvoří asi 5 %, a ostatní typy jsou spíše vzácné.*“

#### 2.2.6.1 Diabetická asociace České republiky

Diabetická asociace ČR je základnou pro řízení a sledování požadavků na léčbu a prevenci DM. Spojuje Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, Svaz diabetiků, Česká diabetologická společnost a Společnost všeobecného lékařství. Hlavní prioritou je sjednocený přístup pro zlepšení léčby a péče o nemocné s DM směřované jak pro širokou veřejnost, tak pro odborníky (Rybka, 2014).

#### 2.2.6.2 Příspěvek na diabetické pomůcky

Pomůcky pro nemocné DM předepisuje odborný lékař se zaměřením endokrinologie a diabetologie na poukaz pro pojišťovny. Jedinec s DM má právo dle zákona o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (zákon č. 48/1997 sb.), aby mu ošetřující diabetolog předepsal pomůcky v následujícím rozsahu : proužky ke stanovení glukózy a ketolátek lancety pro odběr krve glukometr jehly k inzulinovým perům aplikátor inzulinu aplikátor inzulinu k aplikaci injekční stříkačkou aplikátor odběru krve obuv

pro diabetiky : stříkačka injekční k aplikaci inzulínu komplet k aplikaci (inzulínová stříkačka)  
inzulínovou pumpu sety infuzní k inzulínové pumpě sety infuzní teflonové k inzulínové pumpě  
a pedikérské ošetření nohou (cukrovka.cz, 2020).

### **2.2.7 Diabetes mellitus u seniorů**

Díky stárnutí populace je odhadována prevalence DM II. typu u jedinců nad 65 let nárůstu až 4,5x a až 3x vyšší prevalencí nemocných s DM II. typu v budoucích 30-40 letech. Příznaky DM II. typu u seniorů nebývají plně vyjádřeny (glykosurie nemusí být přítomna, kvůli stoupajícímu renálnímu prahu pro glukózu), a proto bývá tato nemoc diagnostikována později, jestliže se zabýváme pouze hodnotou GM 5 mmol/l výše nalačno (Kvapil a kol., 2015, s. 47-48).



### 3. Kvalita života

Kvalitu života (dále jen KŽ) lze popsat jako psychologickou, sociologickou nebo také historicko-filozofickou představu. Obvykle jsme zvyklí hovořit o kvantitě neboli délce našeho života, jelikož se udává v počtu let a určuje se snadněji. Ovšem o KŽ to neplatí. Dle Dvořáčkové (2012, s. 57) obecně platí, že KŽ zahrnuje tři oblasti, a to sociální postavení, tělesné prožívání a duševní pohodu. Znamená to, že KŽ by měla být brána holisticky a individuálně nicméně nereprezentuje pouze jednoho jedince, ale zajímá se o to, v jakém prostředí daná osoba žije, jaké má požadavky, potřeby a jak se cítí (Dvořáčková, 2012, s. 56, 57).

Indikátory KŽ dle WHO jsou stanoveny do několika kategorií zahrnující určitá spektra. Těmi kategoriemi jsou:

Úroveň samostatnosti – zahrnuje každodenní aktivity, pohyb, závislost na medikamentech a pracovní výkonnost

1. Fyzické zdraví – diskomfort a bolest, únava a spánek, životní energie
2. Psychické zdraví – pozitivní a negativní emoce, styl přemýšlení, vzhled, sebehodnocení, kognitivní funkce
3. Prostředí – svoboda, finanční zabezpečení, zdravé prostředí, dostupnost informací, domov, rekreace, bezpečí a sociální péče
4. Sociální vztahy – sociální opora, osobní vztahy, sexuální aktivita
5. Duchovno neboli spiritualita – přesvědčení a víra, individuální hodnoty

(Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 26)

#### 3.1 Hierarchie potřeb

Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 27) ve své knize udávají že „Kvalitu života je třeba hodnotit z perspektivy různých vazeb, které jsou porovnatelné s hierarchií potřeb člověka“.

Pojem potřeba lze vysvětlit i jako nedostatek či projev něčeho, co jedinci chybí nebo čeho je v organismu nedostatek. Prožívání nedostatku či nadbytku ovlivňuje psychickou aktivitu, která nás dovede k určité činnosti, která má za cíl uspokojit naše potřeby. Slouží to jako motivační síla, která způsobuje i změny v chování (Mlýnková, 2011, s. 47-48).

Nejznámější teorií z hlediska potřeb člověka je zajisté Maslowova pyramida potřeb pojmenovaná svým tvůrcem americkým psychologem Abrahamem Haroldem Maslowem ve 40. letech 20. století. Tato teorie se zaměřuje na pořadí důležitosti a na pořadí, ve kterém se projevují lidské potřeby. Žádná potřeba tedy nemůže být izolována, jelikož je ve spojení s

uspokojením či neuspokojením ostatních potřeb jedince. Maslow své potřeby dělí na nižší a vyšší s předpokladem toho, že uspokojení nižších potřeb je zapotřebí k uspokojení vyšších (Dvořáčková, 2012, s. 40-41).

Maslowova pyramida potřeb zahrnuje tyto body (od nejnižších po nejvyšší):

1. základní tělesné a fyziologické potřeby
2. potřeba bezpečí a jistoty
3. potřeba lásky a sounáležitosti
4. potřeba úcty a uznání
5. potřeba seberealizace

(Maslow, 2014, s. 201)

## **3.2 Konceptualizace kvality života**

Existuje několik možností zkoumání KŽ. Jednou z první skupiny je hodnocení, kde KŽ hodnotí druhá osoba. Sekundární skupinou jsou metody, kde je hodnotícím sám daný jedinec. Poslední skupinou jsou postupy hodnocení smíšené vzniklé kombinací první a druhé skupiny možností měření KŽ (Gurková 2011, s. 57).

### **3.2.1 Kvalitu života hodnotící druhá osoba**

Metodou vystihující celkový stav jedince z hlediska fyziologie a patofyziologie je používán APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) neboli Hodnotící systém akutní a chronické změny stavu. Princip tohoto zkoumání tvoří podmínka, že na vážnost onemocnění lze usuzovat tak, jak se kvantitativně odchyluje daná situace nemocného od normálního stavu. Následujícím příkladem této metody zkoumání KŽ může sloužit Quality of Life Index (ILF) v překladu Index kvality života. Kritéria, které tuto metodu stanovují například zvládání těžkostí spojené s onemocněním nebo bolest (Pražský, 2013).

### **3.2.2 Kvalitu hodnotící sama osoba**

Mezi tři nejpoužívanější metody hodnocení sebou samým jsou:

- QALY (Quality-adjusted life year), neboli Kvalita života upravených let
- HRQoL (Health Related Quality of Life), neboli Kvalita života ve vztahu ke zdraví
- SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), neboli Systém individuálního hodnocení kvality života

(Hudáková, Majerníková, 2013, s. 36-37)

### **3.2.3 Kombinované metody**

Mezi tyto metody patří a MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life Profile) způsob, kterým lze hodnotit KŽ vytvořený univerzitou v Manchesteru. Tato metoda hodnotí nejen celkovou spokojenost v životě, ale také předem určené rozsahy života člověka (Pražský, 2013).

### **3.3 Kvalita života s onemocněním diabetes mellitus**

Existují i speciální pomůcky pro měření KŽ u pacientů s DM. Používané jsou generické nástroje, mezi které patří například škála pohody Well Being Questionnaire nebo Škála psychoadaptace na onemocnění (Psychosocial Adjustment to Illness Scale).

V oblasti výzkumů zabývajících se hodnocení jednoho nebo některých určitých faktorů KŽ ve vztahu k DM se uvádí především tyto metody:

- Audit of Diabetes Dependent Quality of Life 19 (ADDQoL 19)
- Appraisal of Diabetes Scale (ADS),
- Problem Areas in Diabetes Scale (PAID)
- Well-Being Enquiry for Diabetics (WED)

(Gurková, 2011, s. 152)

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 4. Průzkumné otázky

Na podkladě stanovených průzkumných cílů:

1. Zmapovat vliv vybraných aspektů na kvalitu života seniorů s onemocněním DM II. typu.
2. Zjistit, jak onemocnění DM II. typu změnilo život seniorů.
3. Zmapovat, zda seniori s DM II. typu dodržují léčbu (léčebný režim).

byly kladeny tyto následné průzkumné otázky:

1. Existuje rozdíl ve vnímání vybraných aspektu kvality života u respondentů s DM II. typu mezi délkou trvání onemocnění, pohlavím a věkem respondentů?
2. Cítí se respondenti s DM II. typu finančně zabezpečeni a jsou respondenti spokojeni se svým zázemím?
3. Existuje rozdíl v dodržování léčby (léčebného režimu) mezi pohlavím a věkem respondentů s DM II. typu?
4. Bude rozdíl mezi respondenty dle pohlaví a léčby DM II. typu v pocitech potřeby pomoci ve zvládnání běžných každodenních činností?

## 4.1 Metodika průzkumu

V průzkumné části byla zvolena forma kvantitativního průzkumu. Průzkum byl uskutečněn pomocí polostrukturovaného dotazníku vlastní tvorby (příloha F s. 88), který byl zaměřen na zvolené aspekty, které ovlivňují kvalitu života seniora s DM II. typu.

Dotazníkem je myšlen soubor předem přichystaných otázek, na které je respondentem, tedy dotazovaná osoba schopna odpovědět. Otázky, které tvoří strukturu dotazníku, musí být vhodně zformulované a seřazené. Otázky lze postavit jako otevřené či uzavřené. Na otevřené otázky respondent odpovídá přímo tedy přímo vypisuje svou odpověď a na uzavřené otázky odpovídá respondent pomocí předem připravených odpovědí, které volí jako svou možnost. Dotazník lze nadále dělit jako standardizovaný, kdy má pevně danou formu a jeho data mohou být mezi sebou jednoduše porovnávána, přičemž jeho nevýhodou je omezený rozsah možností odpovědi nebo dotazník polostrukturovaný, který obsahuje otázky jak standardizované, tak i otázky otevřené a jeho výhoda je využívání pro relevantní zkoumání určitého tématu, avšak může být problematický v ohledu porovnávání získaných dat s dalšími (Pelikán, 2011, s. 104).

## 4.2 Forma dotazníku

Dotazník obsahuje celkem 26 otázek. Na začátku dotazníku jsou kladeny dvě uzavřené identifikační otázky (1, 2) zaměřující se na pohlaví a věk respondenta. Následně byli respondenti dotazováni uzavřenou otázkou o délce léčení DM II. typu (č. 3). Dále dotazník obsahuje deset uzavřených otázek (č. 4, 6, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 22, 24), ve kterých respondenti měli možnost na výběr z určitých odpovědí, přičemž otázku č. 22 vyplnili ti respondenti, kteří v 21. otázce odpověděli a) Ano. Zbytek otázek v dotazníku tvoří polouzavřené, kde respondent odpovědět pomocí vlastního vyjádření. Mezi tyto otázky patří otázky, kdy respondenti měli na výběr jednu ze dvou možností – a) Ano, b) Ne (č. 8, 9, 10), kde mohli udat důvod ke každé zvolené odpovědi. Další pět polouzavřených otázek, které obsahovaly odpovědi a) Ano, b) Ne, měli možnost doplnění informací od respondenta pouze k jedné zvolené dané odpovědi (č. 7, 14, 16, 23, 25). Zbylé polouzavřené otázky (č. 5, 11, 15, 21) zahrnovaly možnost: jiné, kde mohli opět respondenti odpovědět dle vlastních slov. Poslední otázkou v dotazníku byl dotaz, zda by chtěli respondenti doplnit nějaké informace, které v dotazníku nejsou obsaženy či se o něco podělit.

### **4.3 Distribuce dotazníků**

Respondenti byli senioři žijící v domácím prostředí v nejmenovaném regionu kraje Vysočina, kteří navštěvují diabetologickou ambulanci. Celkem bylo připraveno 100 dotazníků tištěnou formou, přičemž 10 z nich bylo použito pro pilotní šetření. Pro výběr respondentů do průzkumného šetření byla stanovena tato kritéria : věk 60 a více let, onemocnění DM II. typu a důkaz o tom, že respondent nevykazuje známky mentální poruchy a byl ochotný vyplnit již výše zmíněný dotazník. Dotazníky byly rozdány všeobecnou sestrou pracující v diabetologické ambulanci. Všeobecná sestra znala dostatečně všechny respondenty, kterým byl dotazník dán k vyplnění, proto jsou získaná data vhodná a splňují podmínky pro vyplnění. Vyplněné dotazníky respondenti vkládali do předem připraveného boxu. Všichni respondenti byli informováni o anonymitě dotazníku, a že data získaná z výzkumu poslouží jako praktická část bakalářské práce. Před samotným šetřením bylo nutno požádat vedení nejmenované diabetologické ambulance o souhlas s průzkumem. Tento souhlas je k nahlédnutí u autorky této bakalářské práce.

### **4.4 Pilotní šetření**

Pro sběr dat bylo učiněno původně pilotní šetření provedeno o 7 dní dříve, jež zahrnovalo 10 respondentů. Díky pilotnímu šetření byla zjištěna špatně pochopitelná formulace výběru odpovědi u otázky č. 21 týkající se chodu domácnosti. Bylo zjištěno, že formulace odpovědi „chod domácnosti“ je pro dotazované nespécifická proto byla tato odpověď obohacena o dodatek v závorkách o úklid, vaření a nakupování. Dále byla do této otázky zahrnuta možnost výběru odpovědi : jiné, kdy se mohli respondenti vyjádřit, v jakých jiných každodenních činnostech potřebují pomoci, které nejsou zahrnuty v ostatních možnostech výběru. Následně byly ostatní dotazníky distribuovány a těchto 10 pilotních dotazníků bylo vyřazeno z průzkumu.

### **4.5 Návrat dotazníků**

Celkem se ze 100 dotazníků vyřadilo 10 dotazníků jakožto pilotní šetření (viz výše), proto se následný průzkum týkal 90 respondentů. Do připraveného sběrného boxu se vrátilo celkem 83 dotazníků, z nichž byly 3 vyřazeny z průzkumu pro neúplné odpovědi. Proto bylo pro praktickou část použito celkem 80 vyplněných dotazníků od respondentů.

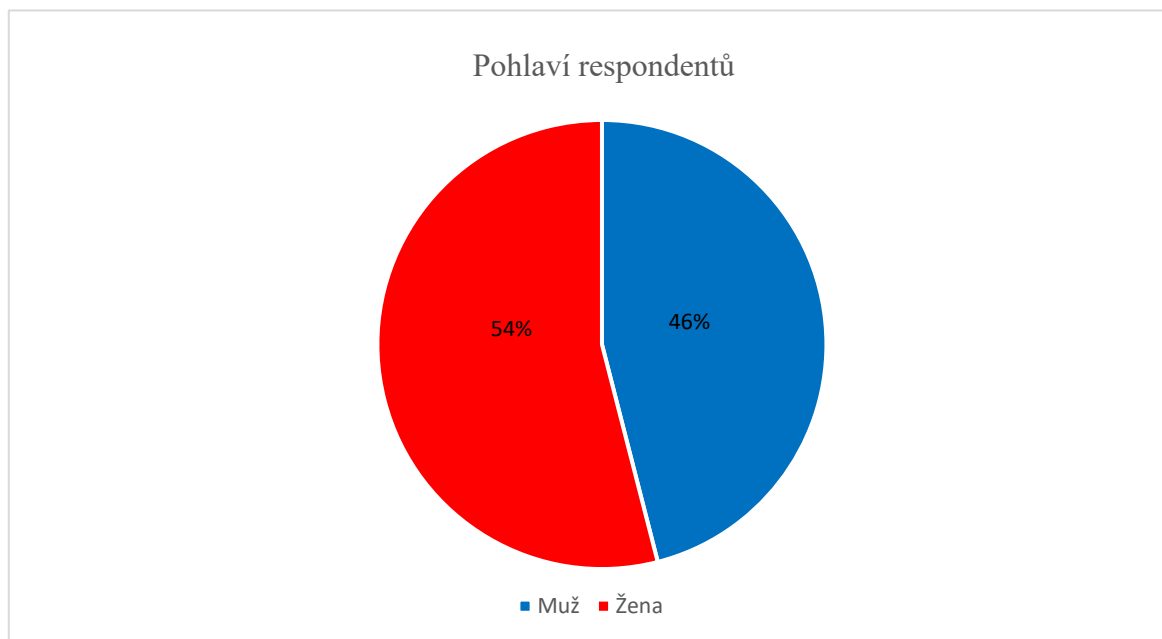
### **4.6 Vyhodnocení dat**

Data získána z dotazníku byla vyhodnocena pomocí programů Microsoft Word 2019 a Microsoft Excel 2019. Vlastní hodnoty získány metodikou průzkumu jsou popsány za pomoci absolutní a relativní četnosti a formou grafů.

Jestliže máme definovat určitý soubor dat a hodnot, je vhodné rozdělit tato data a hodnoty do intervalů. Výsledkem je číslo, které popisuje počet hodnot, které spadají do jednotlivých intervalů, a to nazýváme absolutní četností. Dále rozlišujeme ještě relativní četnost, jež je výsledkem počtu hodnot v určitém intervalu týkající se celkového počtu hodnot (Neubauer, Sedlačík a kol., 2016, s. 31-33).

## 4.7 Presentace výsledků

### Dotazníková otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?



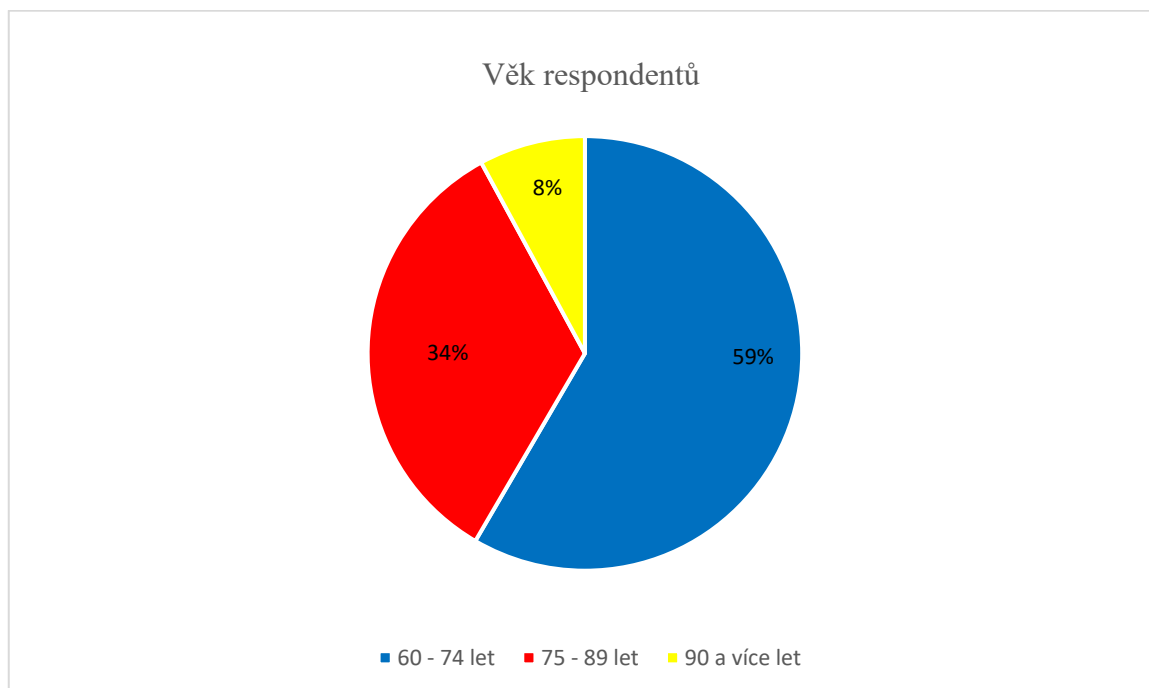
Obrázek 1 Graf znázorňující pohlaví respondentů

Zdroj: vlastní

Dotazník vyplnilo 80 (100 %) respondentů, z nichž bylo 37 mužů, tedy 46 %, a 43 žen, tudíž 54 % z celkového počtu dotázaných.



## Dotazníková otázka č. 2: Kolik je Vám let?



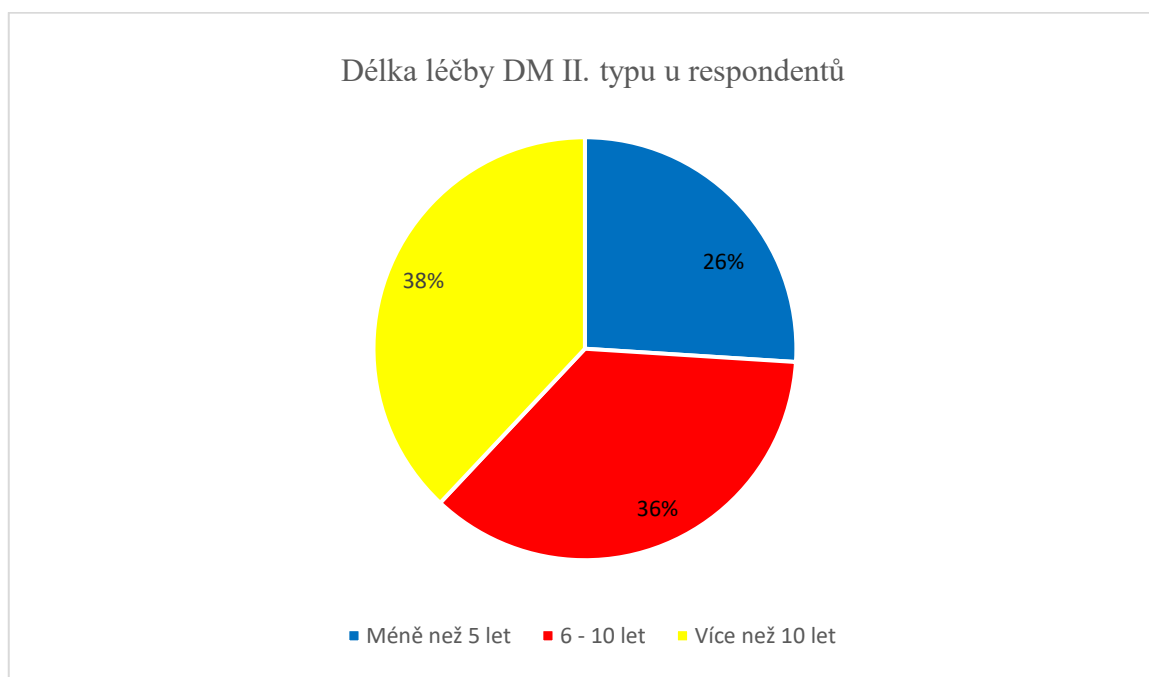
Obrázek 2 Graf znázorňující věk respondentů

Zdroj: vlastní

Minimální věkovou hranicí pro dotazované byl věk 60 let a více. Tato otázka obsahuje tři možnosti odpovědi z důvodu demografického stárnutí populace. Tuto otázku vyplnilo všech 80 respondentů (100 %). V intervalu věku respondentů od 60 - 74 let bylo 47 respondentů, což činí celkem 59 %, a proto je nejzastoupenější věkové kategorie seniorů. Další věkovou kategorií jsou respondenti ve věku 75 - 89 let, kterých bylo dohromady 27 a zastupují celkem 34 % z celkového počtu. Poslední kategorií tvoří senioři ve věku 90 let a více, kterých bylo jen 6 a zastupující pouze 8 % respondentů.

Věkovou kategorii 60-74 let dále uvedlo 23 žen, což činí 29 % a 7 mužů, jež dělá 9 %. Ve věku 75-89 let bylo 14 žen, tedy 18 % a 20 mužů tedy 25 %. Poslední kategorií bylo věkové rozhraní 90 let a více, které zaznamenalo 6 žen, což činí 8 % a 10 mužů tedy 13 %.

### Dotazníková otázka č. 3: Jak dlouho se léčíte s DM II. typu?



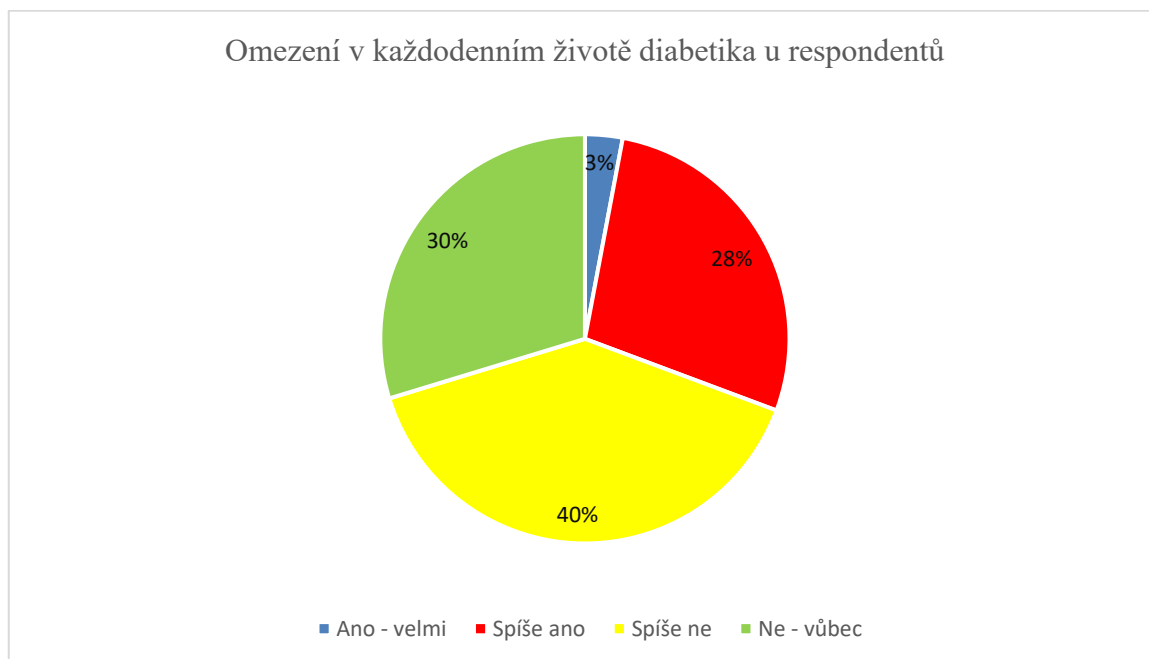
Obrázek 3 Graf znázorňující délka léčby DM II. typu u respondentů

Zdroj: vlastní

Další otázkou dotazníku týkající se onemocnění DM II. typu je otázka délky léčby. Nejvíce zastoupenou odpovědí je délka léčby více než 10 let, na kterou odpovědělo 38 %, tedy 30 respondentů z celkových 80 (100 %). Skoro stejně početně se umístila délka léčby 6 - 10 let, kterou zaznamenalo v dotazníku 29 respondentů, což ve výsledku činí 36 %. Poslední možností méně než 5 let zaznamenalo 21 respondentů tudíž 26 % dotazovaných.

Méně než 5 let uvedlo v dotazníku celkem 20 žen a 10 mužů, což činí 25 % žen a 13 % mužů. Možnost 6 - 10 let odpovědělo 11 žen, tedy 14 % a 10 mužů tedy 13 %. Poslední kategorii v léčbě trvající déle než 10 let bylo odpovězeno 15 % zastoupeno 12 ženami a 21 % v zastoupení 17 mužů.

#### Dotazníková otázka č. 4: Omezuje Vás DM II. typu v každodenním životě?

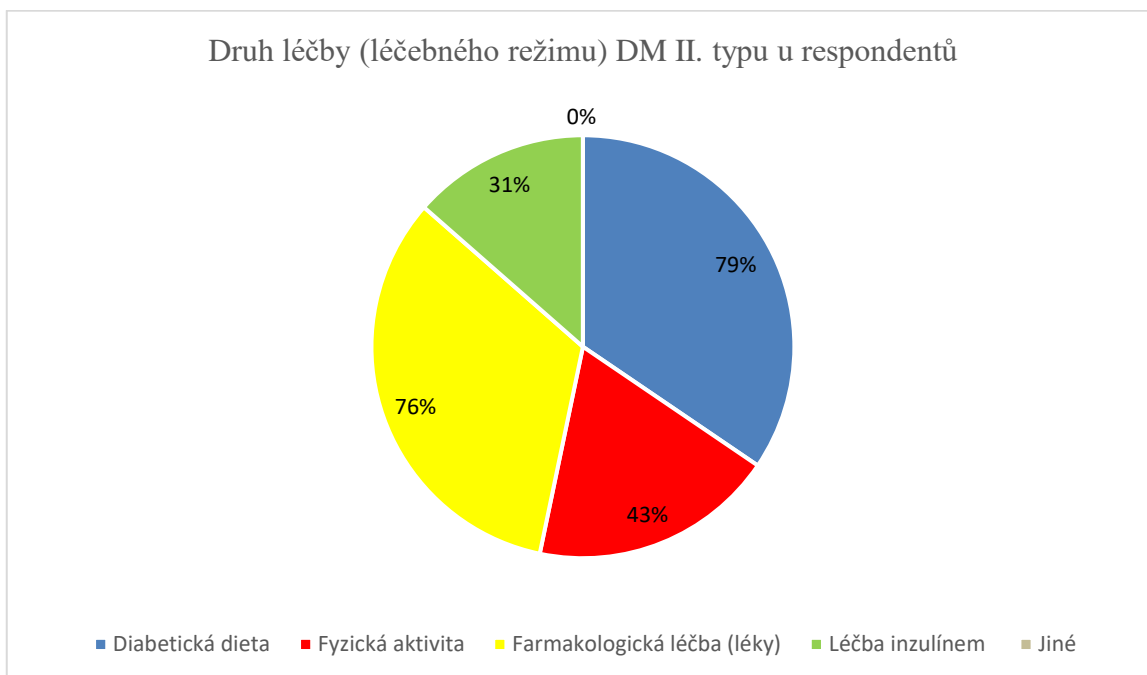


Obrázek 4 Graf znázorňující omezení v životě diabetika u respondentů

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 80 (100 %) dotázaných lze zjistit, že 3 % tedy 2 dotazovaní považují své onemocnění jako velmi omezující v každodenním životě. Další větší skupinou tvořící 28 % tudíž 22 respondentů považuje diabetes za spíše omezující. 32 dotazovaných, kteří tvoří 40 % dotázaných spíše neoznačují diabetes za omezující v každodenním životě. Poslední skupinou je 30 % dotázaných, kteří neuvádějí žádná omezení. Bylo jich tedy 24 z celkových 80, jež nepocítují žádná omezení v životě diabetika seniora.

### Dotazníková otázka č. 5: Jaká je Vaše léčba (léčebný režim) DM II. typu?

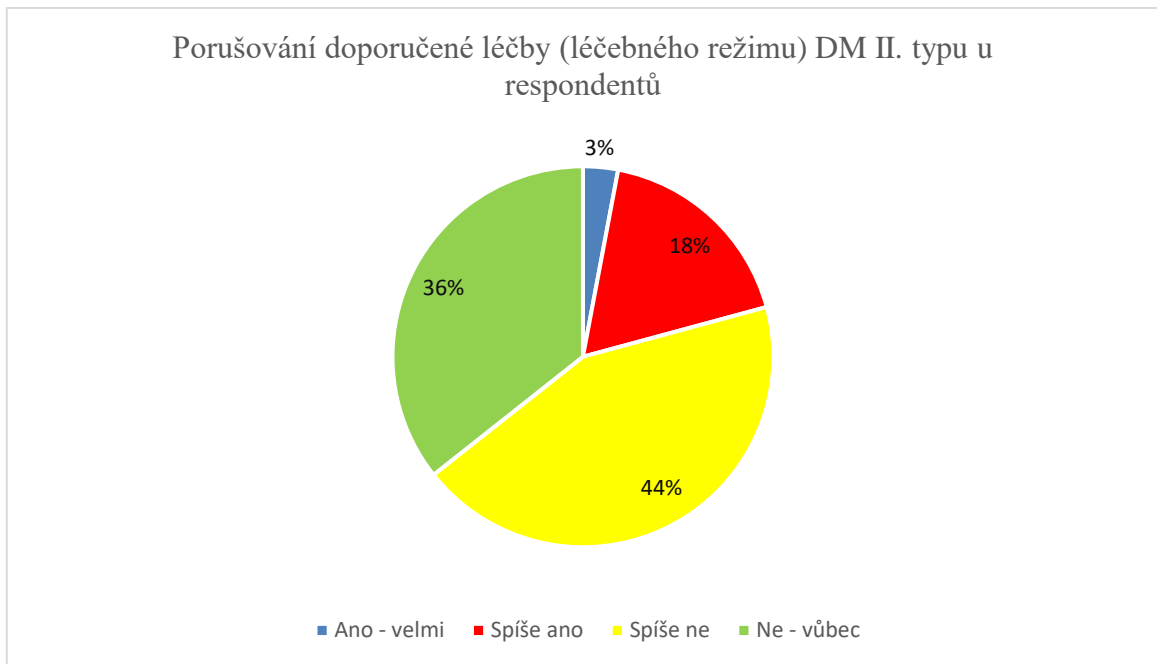


Obrázek 5 Graf znázorňující typ léčby DM II. typu u respondentů

Zdroj: vlastní

K tomuto grafu byla použita otázka z dotazníku, která zahrnovala jednu či více odpovědí. Nejzastoupenějším typem léčby, kterou označilo z celkového počtu 80 respondentů (100 %) celkem 79 % respondentů neboli 63 dotázaných byla odpověď diabetická dieta. Další z možností byla fyzická aktivita, kterou považuje za jeden z typů léčby celkem 34 respondentů, což činí 43 %. Za ní byla druhou nejvíce zaznamenanou odpovědí farmakologická léčba, kterou označilo 76 % respondentů tudíž 62 dotázaných. Možnost léčby inzulinem označilo 31 %, což činí 25 dotázaných. Poslední možností, kterou mohli respondenti vybrat, byla možnost jiné, kde mohli dotazovaní vlastní odpověď napsat, nebyla využita žádným z respondentů.

**Dotazníková otázka č. 6: Stává se Vám, že porušujete doporučenou léčbu (léčebný režim) DM II. typu?**

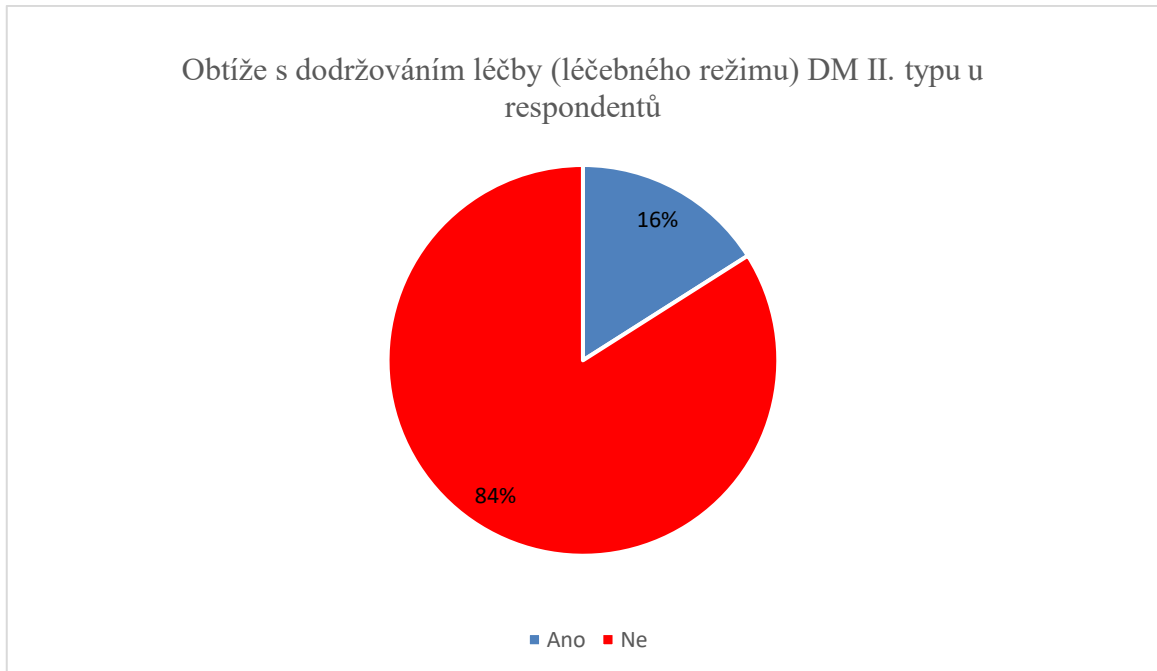


**Obrázek 6 Graf znázorňující porušování léčebného režimu u respondentů**

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů odpověděli 3 % pouze 2 respondenti, že velmi porušují léčebný režim. Dalších 18 % respondentů odpovědělo, že spíše ano porušují léčbu, což činí 14 dotazovaných. Skupina a celku 35 respondentů tvořící 44 % udávají, že spíše neporušují léčbu. Poslední skupinou je zbylých 29 respondentů činící 36 %, kteří léčbu vůbec neporušují.

**Dotazníková otázka č. 7: Máte nějaké obtíže s dodržováním léčby (léčebného režimu) DM II. typu?**



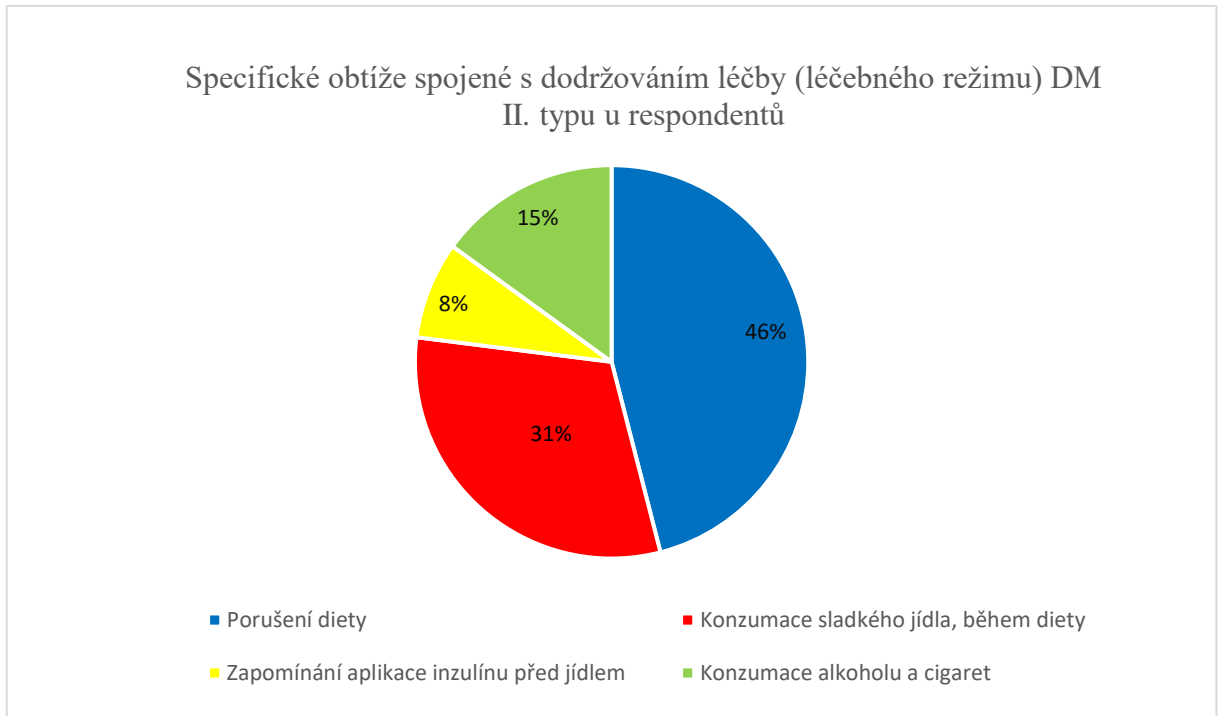
**Obrázek 7 Graf znázorňující obtíže s dodržováním léčby u respondentů**

Zdroj: vlastní

Polostrukturovanou otázkou s možností vlastní odpovědi byl dotaz týkající se obtíží dodržování léčby DM II. typu. Z 80 (100 %) respondentů jich 67 neuvádí žádné obtíže s dodržováním léčby, což činí 84 %. Naopak potíže s dodržováním léčebného režimu uvádí celkem 13 respondentů, tedy zbylých 16 %.

## Jaké obtíže spojené s dodržováním léčby (léčebného režimu) DM II. typu máte?

Respondenti, kteří uvedli, že mají obtíže s léčbou měli dále napsat, jaké obtíže mají.



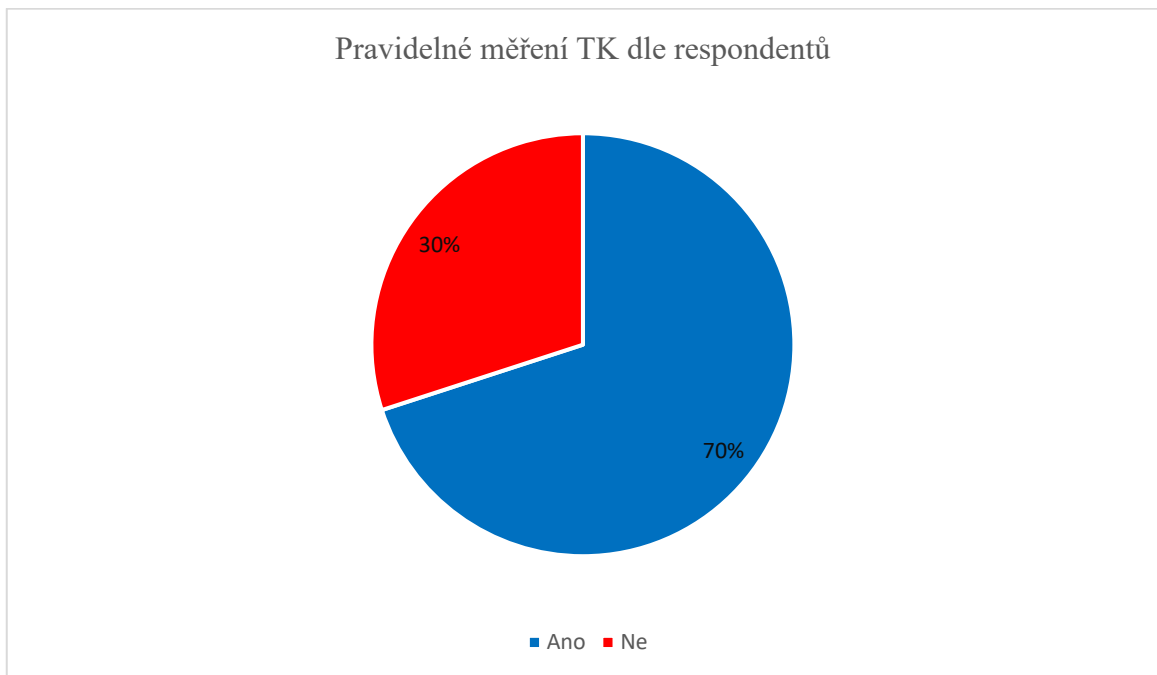
Obrázek 8 Graf znázorňující obtíže s dodržováním léčby udané respondenty

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří uváděli v předchozí otázce potíže s dodržováním léčebného režimu, tedy 13 dotazovaných (100 %).

Mezi nejčastější obtíže popsané respondenty jsou obtíže týkající porušení diety, které jsou zastoupeny v 46 % neboli 6 dotázaných, kteří odpověděli kladně uvedli tuto obtíž. Dalším zastoupeným problémem je dle 4 dotázaných taktéž 31 % konzumace sladkého jídla během diety při diabetu. Dva dotázaní odpověděli, že konzumují během léčby alkohol a kouří cigarety, což v počtu z 13 lidí tvoří 15 %. Posledním problémem, který uvedl jeden respondent, je zapomínání aplikace inzulínu před jídlem, což tvoří zbylých 8 %.

### Dotazníková otázka č. 8: Měříte si pravidelně krevní tlak?



Obrázek 9 Graf znázorňující měření TK u respondentů

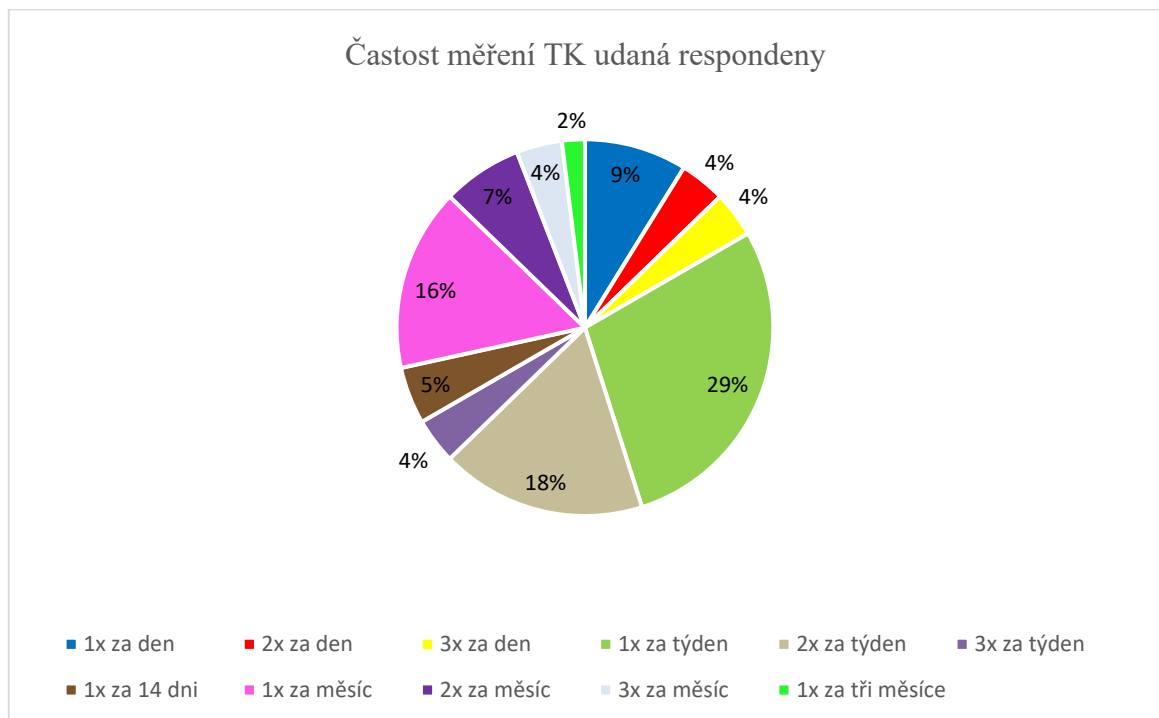
Zdroj: vlastní

Jakožto součást kompenzace diabetu byla položena otázka týkající se pravidelného měření TK. Z počtu 80 (100 %) respondentů si pravidelně měří TK 56 dotázaných, což činí 70 %. Zbýlých 30 % tudíž 24 dotázaných si TK neměří.



## Jak často si měříte TK?

Respondenti, kteří uvedli, že si TK měří měli dále napsat, jak často toto činí.



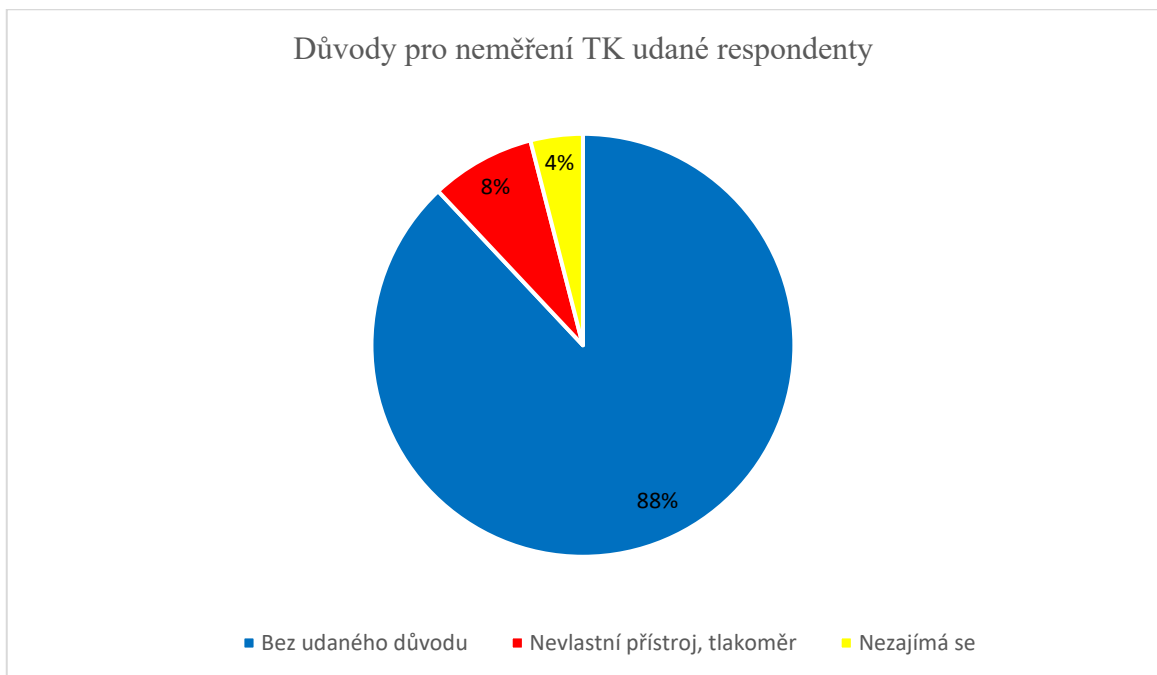
Obrázek 10 Graf znázorňující častost měření TK uvedenou respondenty

Zdroj: vlastní

Z počtu 56 (100 %) respondentů, kteří odpověděli v otázce č. 8 kladně jich 9 % celkem 56 dotázaných, odpovědělo, že si TK měří jednou denně. Dvakrát denně si TK měří 2 dotázaní, tedy 4 % a třikrát denně taktéž pouze 2 dotázaní také 4 % z celkového počtu. Dále 16 dotázaných tvořící 29 % odpovědělo, že si TK měří jednu týdně. Dvakrát do týdne si TK měří 18 %, tedy 10 lidí a třikrát týdně 2 respondenti, tedy 4 %. Celkem 3 respondenti, což je 5 % napsali, že si TK měří jednou za 14 dní. Dalších 16 % neboli 9 respondentů si TK měří jednou za měsíc 7 % neboli 4 respondenti pak dvakrát za měsíc a třikrát za měsíc pouze 2 respondenti tudíž 4 %. Poslední jeden respondent uvedl, že si TK měří jednou za tři měsíce, a proto tvoří zbylé 2 %.

## Důvody, proč si respondenti neměří TK.

Respondenti, kteří uvedli, že si TK neměří měli dále napsat důvod proč.

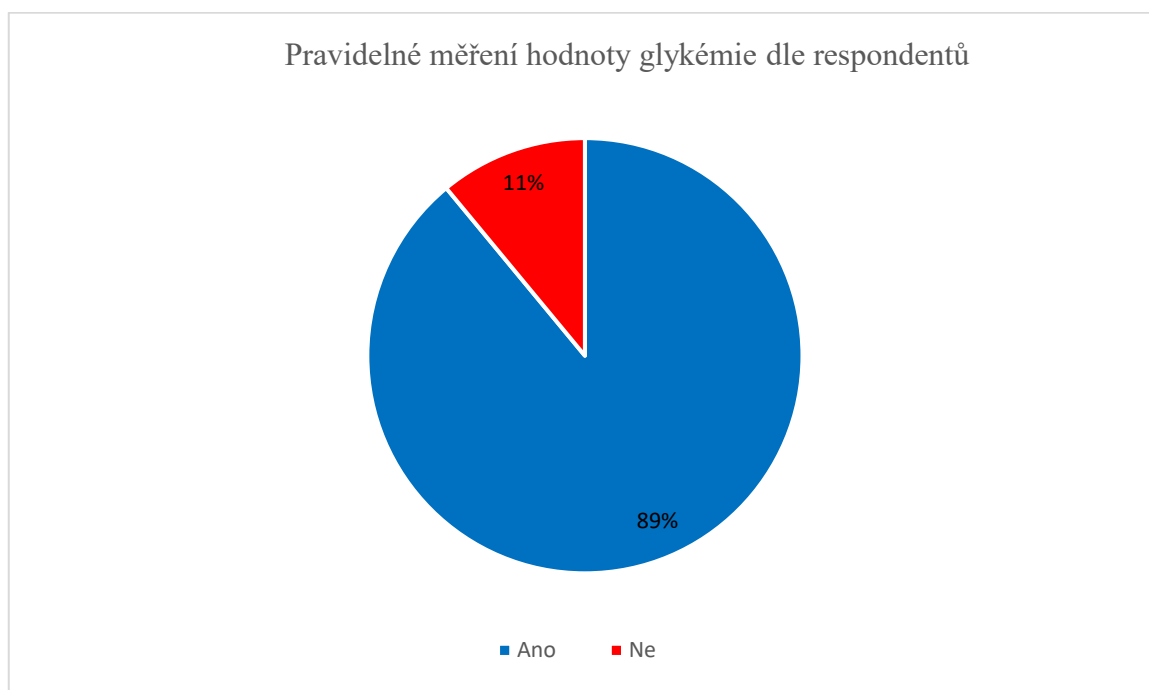


Obrázek 11 Graf znázorňující důvody pro neměření TK uvedené respondenty

Zdroj: vlastní

Žádný důvod k možnosti, že si TK pravidelně neměří, nenapsalo celkem 21 respondentů z celkových 24 (100 %) dotázaných. Zbýlých 8 % odpovědělo v počtu 2 respondentů, že nemají přístroj na měření TK. Zbýlý jeden respondent tvořící 4 % uvedl, že ho hodnota jeho TK nezajímá.

### Dotazníková otázka č. 9, Měříte si pravidelně hodnotu glykémie?



Obrázek 12 Graf znázorňující měření GM u respondentů

Zdroj: vlastní

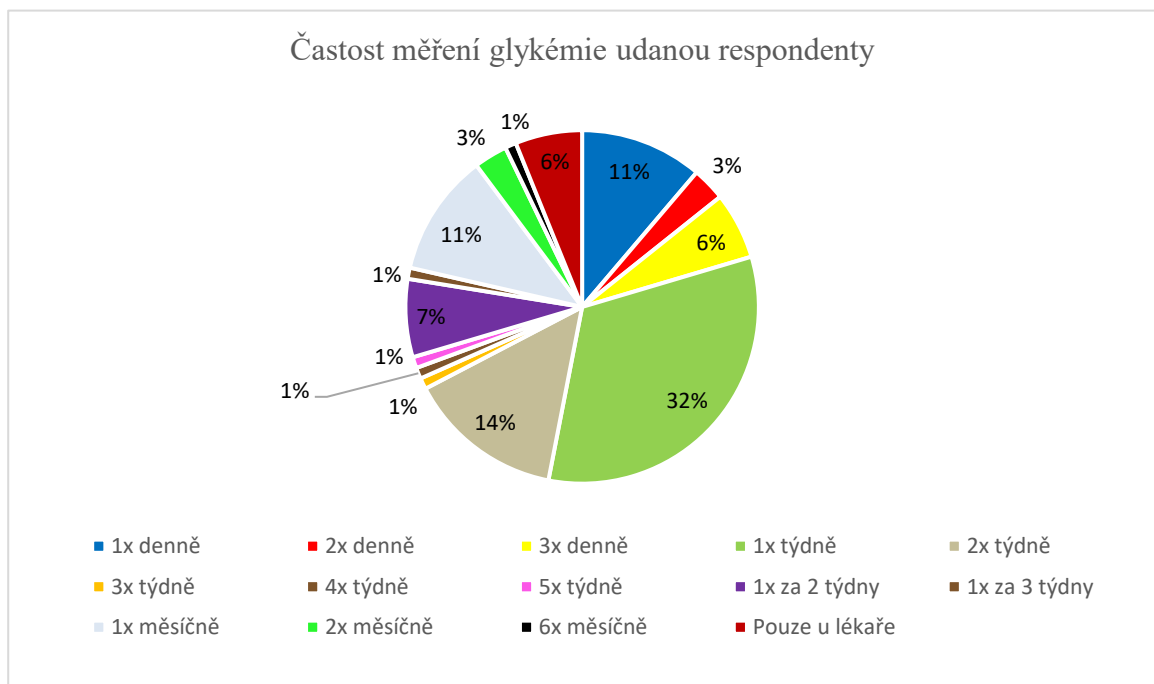
Na tuto otázku odpovědělo 80 (100 %) respondentů a ve velkém zastoupení jsou respondenti, kteří uvedli, že si pravidelně měří GM. Celkem tato skupina tvoří 89 %, což je 71 respondentů. Zbýlých 11 % tedy 9 respondentů udalo, že si pravidelně GM neměří.

Ze 71 (100 %) respondentů, kteří si pravidelně měří hodnotu GM, je celkem 8, tedy 11 % měřící si GM jednou denně. Dále 2 respondenti, tedy 3 % měřící si GM dvakrát denně a třikrát denně se pak měří 4 lidé, tedy 6 %. Jednou týdně je to pak 32 % neboli 23 respondentů, dvakrát týdně 14 % neboli 10 respondentů a třikrát týdně si GM měří pouze 1 respondent tvořící 1 %. Čtyřikrát týdně si GM měří 1 % neboli jeden respondent a pětkrát týdně je to taktéž pouze 1 % tudíž jeden respondent. Dále si GM měří jednou za dva týdny 7 % tudíž 5 respondentů a jednou za tři týdny 1 %, tedy jeden respondent. Jednou za měsíc je to 11 %, tedy 8 respondentů a dvakrát za měsíc 3 %, tedy 2 respondenti. Další 1 % tedy jeden respondent si GM měří 6 x za měsíc. Posledních 6 % tedy 4 dotázaní si GM měří pouze u lékaře nespecificky frekventovaně.

Celkem 9 respondentů (100 %) uvedlo, že si pravidelně GM neměří. Důvody, které respondenti napsali jako příčinu pro neměření si GM jsou v poměru 67 % bez udaného důvodu tedy celkem 6, kteří odpověděli negativně u 9. otázky. Zbýlých 33 % neboli 3 respondenti uvedli, že nemají přístroj na měření / glukometr.

## Jak často si měříte hodnotu glykémie?

Respondenti, kteří uvedli, že si hodnotu glykémie měří měli dále napsat, jak často toto činí.

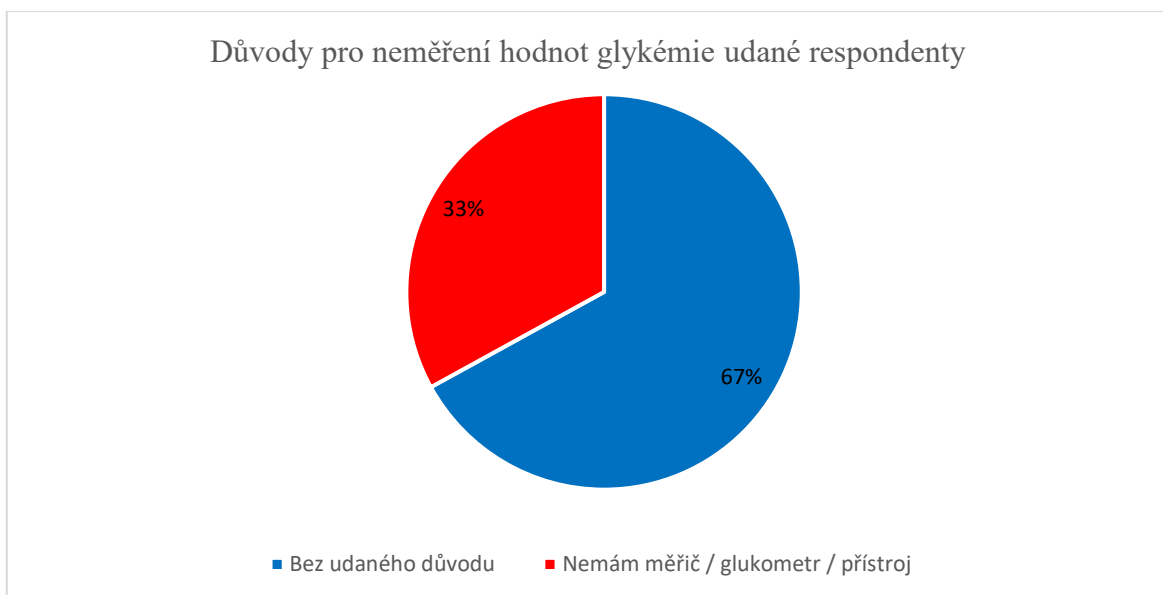


Obrázek 13 Graf znázorňující častost měření glykémie dle udanou respondenty

Zdroj: vlastní

## Důvod, proč si respondenti neměří hodnotu glykémie.

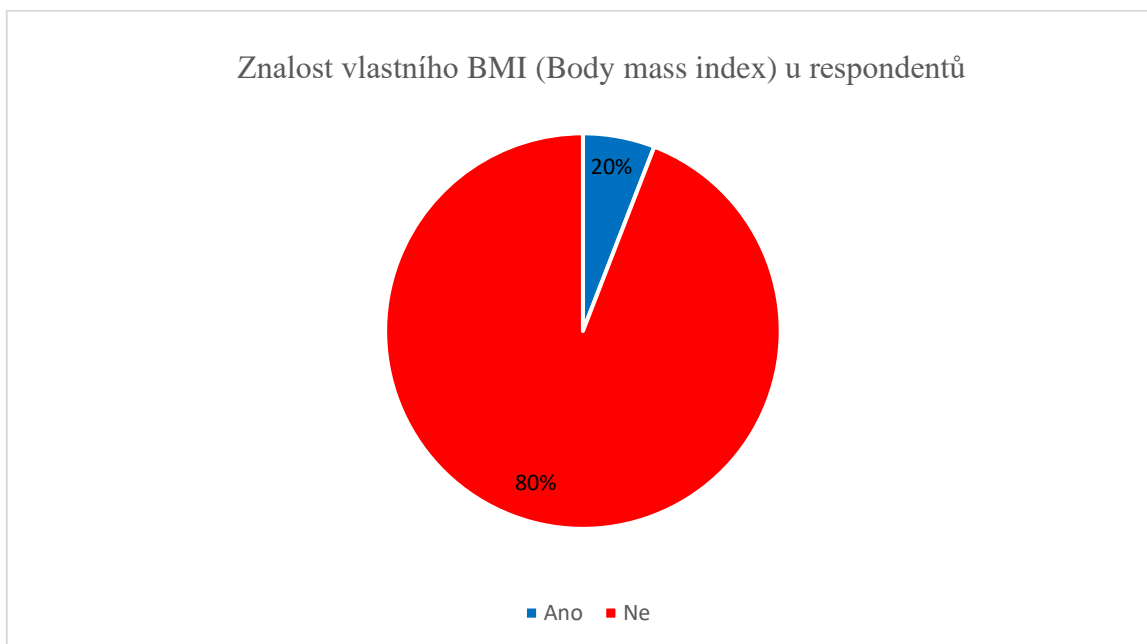
Respondenti, kteří uvedli, že si hodnotu glykémie neměří měli dále napsat důvod proč ne.



Obrázek 14 Graf znázorňující důvody pro neměření GM dle respondentů

Zdroj: vlastní

### Dotazníková otázka č. 10: Víte, jaký je Váš BMI (Body mass index)?



Obrázek 15 Graf znázorňující znalost BMI u respondentů

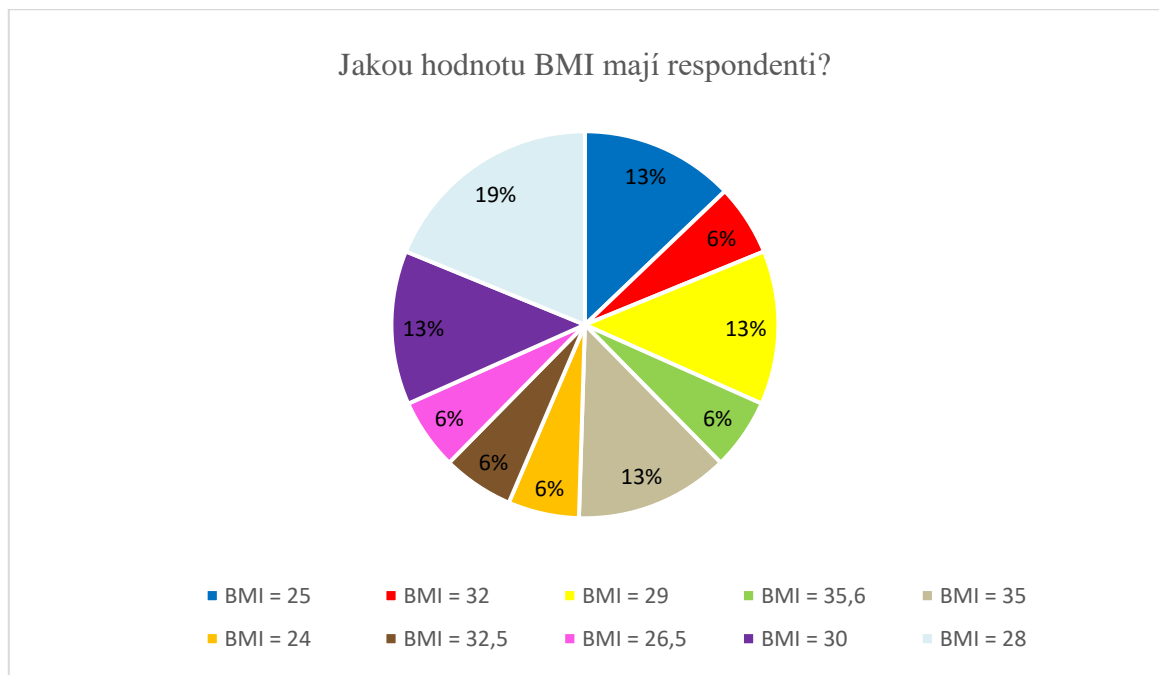
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů odpovědělo pouhých 20 % tedy 16 respondentů, že znají hodnotu svého BMI. Zbýlých 80 % tedy 64 respondentů odpovědělo jako možnost b) Ne, na otázku zda znají svou hodnotu BMI.

Z počtu 64 (100 %) respondentů udalo důvod neznalosti svého BMI 8 % tedy 5 dotázaných, že neví, co BMI je. Dalších 5 % tedy 3 respondenti odpověděli jen slovem : „Neznám“. Dále 5 % neboli 3 respondenti udali, že své BMI neumí vypočítat Odpovědí, že se nezajímají, napsala celkem 3 %, tedy 2 lidé a jako důvod, že nikdy BMI nezjišťovali, udalo důvod 2 %, tedy 1 respondent. Zbýlých 78 % 50 respondentů neuvodlo důvod.

## Jaké je Vaše hodnota BMI (Body mass index)?

Respondenti, kteří uvedli, že znají svou hodnotu BMI ji měli dále napsat.

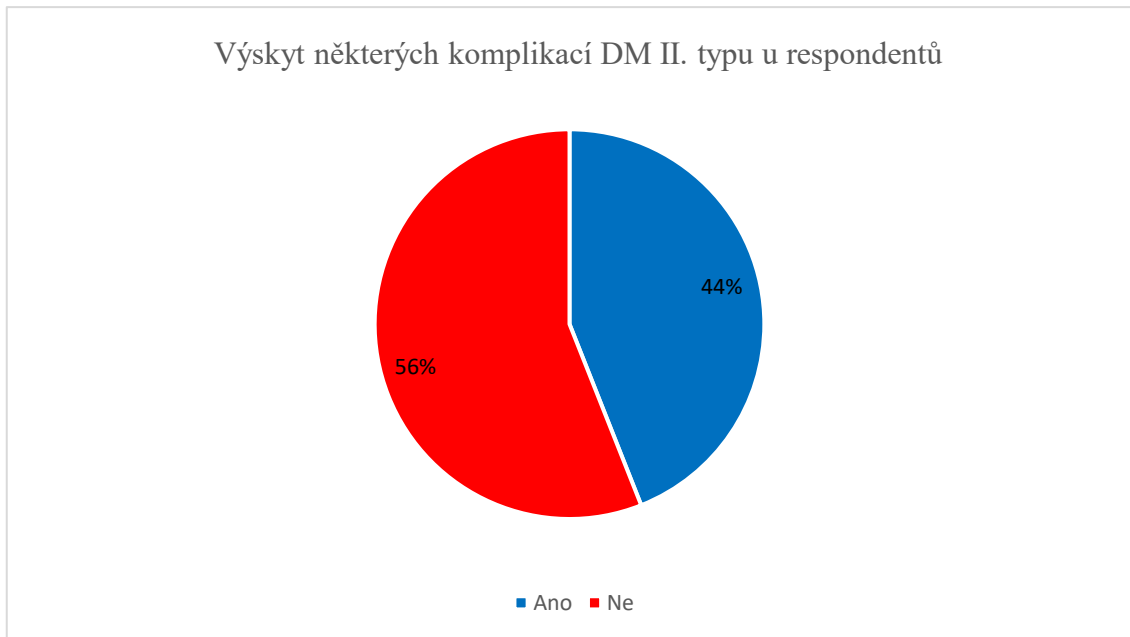


Obrázek 16 Graf znázorňující hodnoty BMI udané respondenty

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 16 (100 %) respondentů, jež znali své BMI, byla nejčastější odpověď hodnota 28, která zastupuje v celkovém počtu 19 % tedy ji uvedli 3 respondenti. Další častou hodnotou BMI 25, dále BMI 29, BMI 35 a BMI 30, které uvedli ve všech čtyřech případech dva respondenti tedy zahrnuje každá 13 % ze celkových 16 lidí. Poslední čtyři hodnoty, tedy hodnota BMI 24, BMI 26,5, BMI 32 a BMI 35,6 uvedlo ve všech případech 6 % v každém tedy jeden respondent.

**Dotazníková otázka č. 11: Objevují se u Vás některé komplikace DM II. typu?**



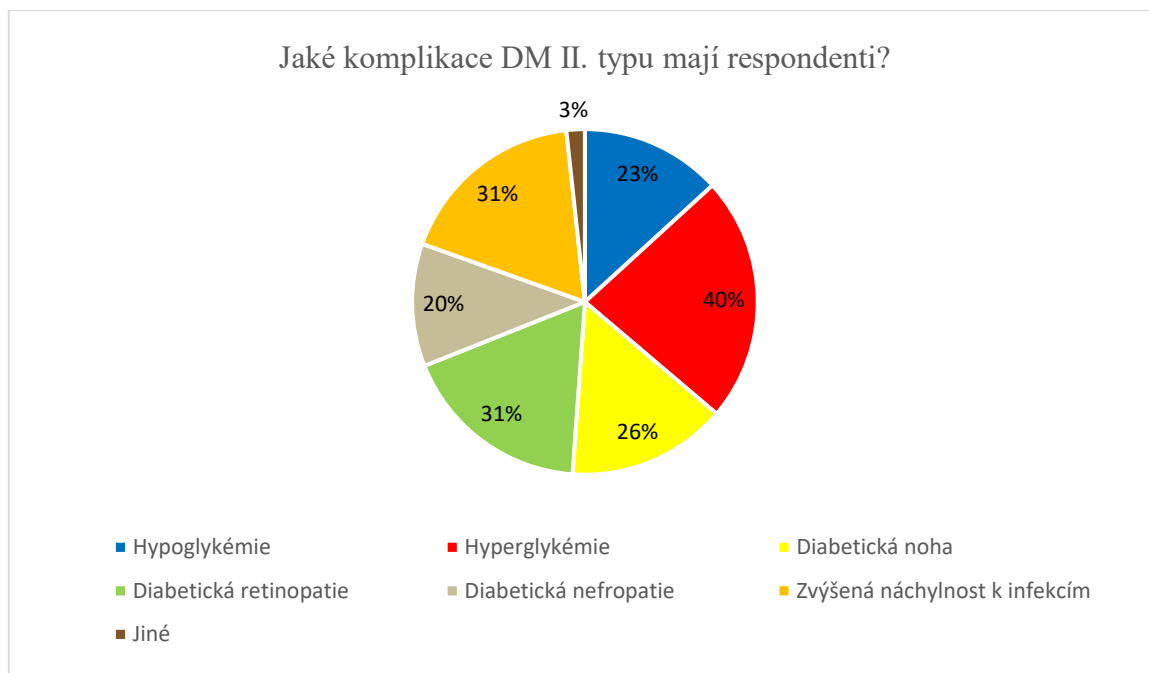
**Obrázek 17 Graf znázorňující komplikace u DM II. typu respondentů**

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů odpovědělo 45 dotázaných, že netrpí žádnými komplikacemi a 35 dotázaných, že naopak některé komplikace DM II. typu mají. Ve výsledku to činí 56 % respondentů bez komplikací a 44 % s komplikacemi.

## Jaké komplikace DM II. typu se u respondentů objevují?

Respondenti, kteří uvedli, že se u nich objevuje komplikace DM II. typu měli dále napsat jednu či více odpovědí, o jakou komplikaci se jedná.



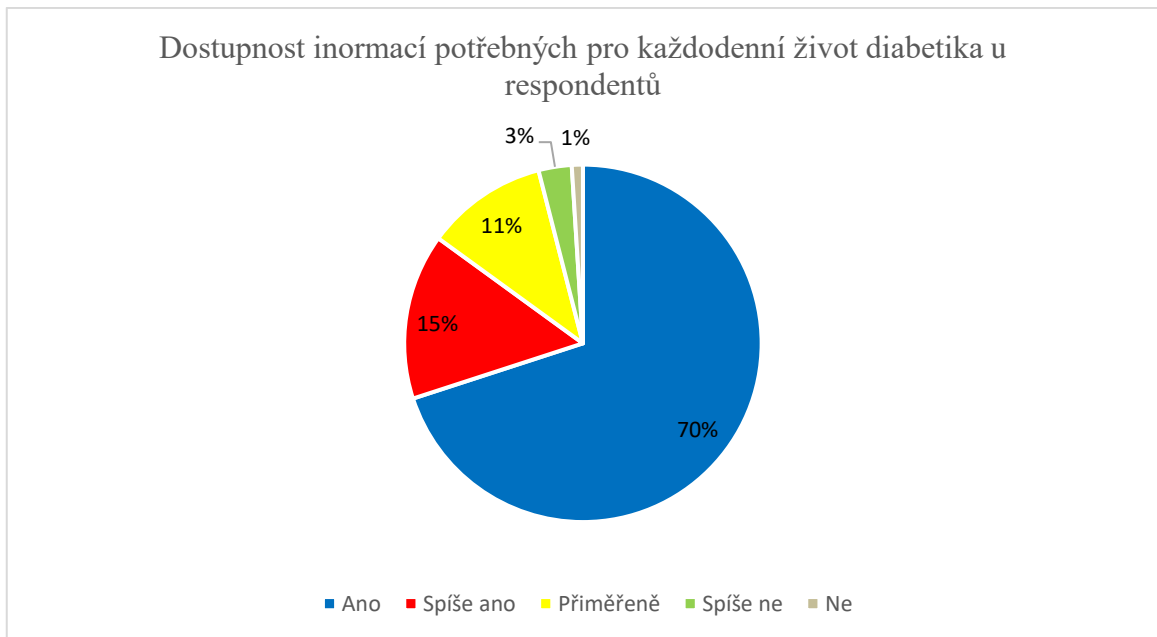
Obrázek 18 Graf znázorňující komplikace DM II. typu udané respondenty

Zdroj: vlastní

Celkem 35 (100 %) respondentů uvedlo, že trpí jednou či více komplikací diabetu. Respondenti nejvíce zaznamenali odpověď hyperglykémii, která byla zaznamenána celkem 14 x, a tvoří tak 40 %. Dále byla čteně zaznamenána diabetická retinopatie, která byla v dotazníku zaškrtnuta 11 x, tvoří tedy 31 %. Stejně se umístila 11 x zvýšená náchylnost k infekcím, která dělá také 31 %. Diabetická noha byla zaznamenána 9 x, a činí proto 26 %. Další komplikací, která byla zaznamenána 8 x, je hypoglykémie, jež zaujímá 23 %. Diabetická nefropatie byla v dotazníku zaškrtnuta 7 x a činí tak 20 %. Poslední jeden respondent uvedl možnost jiné a napsal zde jako komplikaci : „ poškození nervů cukrovkou “. To tedy ve výsledku dělá 3 % z celkových 35 respondentů, jež uvedli jednu či více komplikací.



**Dotazníková otázka č. 12: Jsou pro Vás informace potřebné pro každodenní život diabetika dostupné?**

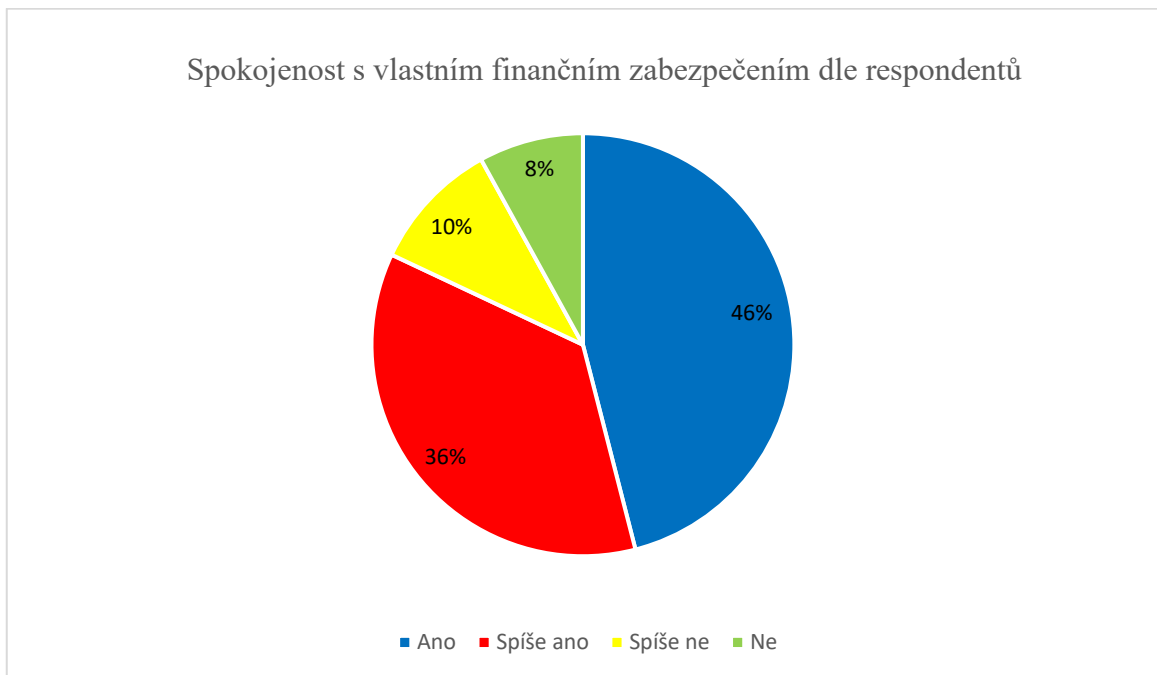


**Obrázek 19 Graf znázorňující dostupnost informací pro diabetiky dle respondentů**

Zdroj: vlastní

Z počtu 80 (100 %) respondentů uvedlo celkem 56 respondentů, že jsou pro ně informace pro každodenní život diabetika dostupné to činí 70 % z celku. Dalších 12 respondentů tedy 15 % uvedlo, že spíše jsou pro ně dostupné informace k životu diabetika. Jako možnost přiměřeno, uvedlo 9 respondentů, tedy 11 %. Možnost, že spíše nejsou dostupné informace pro život diabetika zaznamenalo 3 % dotázaných tedy 2 lidé. Poslední jeden respondent tvořící 1 % uvedl, že pro něj nejsou dostupné informace týkající se života diabetika.

### Dotazníková otázka č. 13: Jste spokojen/á se svým finančním zabezpečením?

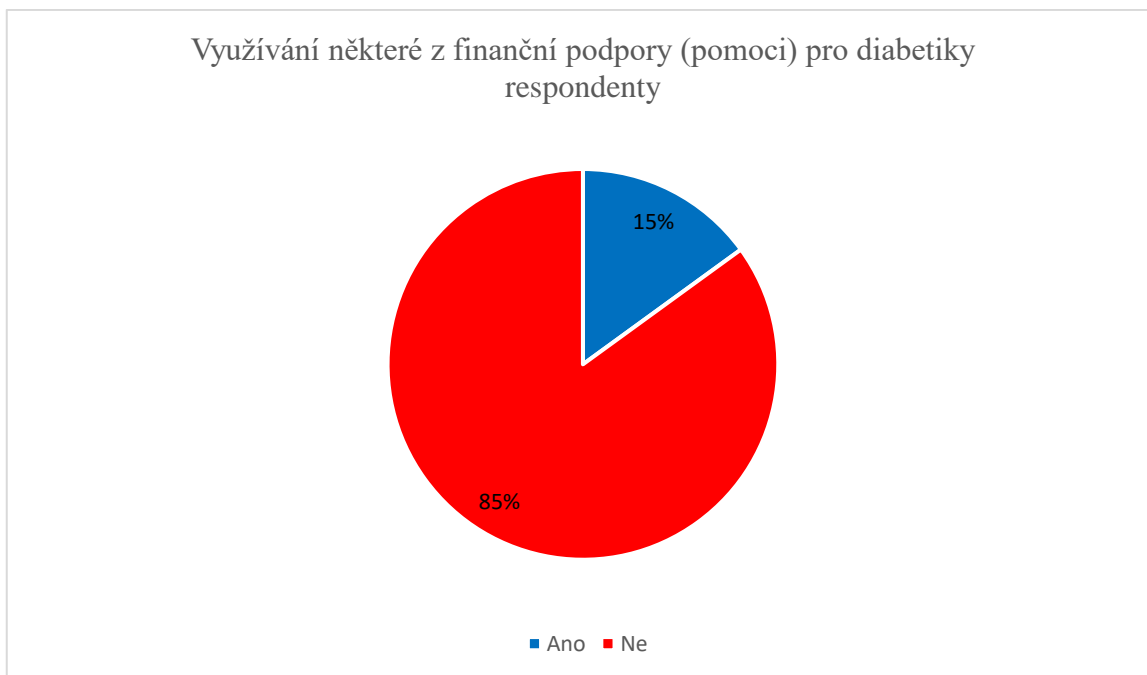


Obrázek 20 Graf znázorňující spokojenost respondentů s finančním zabezpečením

Zdroj: vlastní

Se svým finančním zabezpečením je z celkového počtu 80 (100 %) respondentů spokojeno 37, což činí 46 %. Dále je spíše spokojeno se svými financemi 29 respondentů, tedy celkem 36 %. Spíše nespokojeni byli pouze 2 respondenti, kteří tvoří 3 % z celku. Poslední skupinou tvoří 1 % respondentů, kteří nejsou spokojeni se svým finančním zabezpečením, tedy jeden respondent.

**Dotazníková otázka č. 14: Využíváte některou z finanční podpory (pomoci) pro diabetiky?**



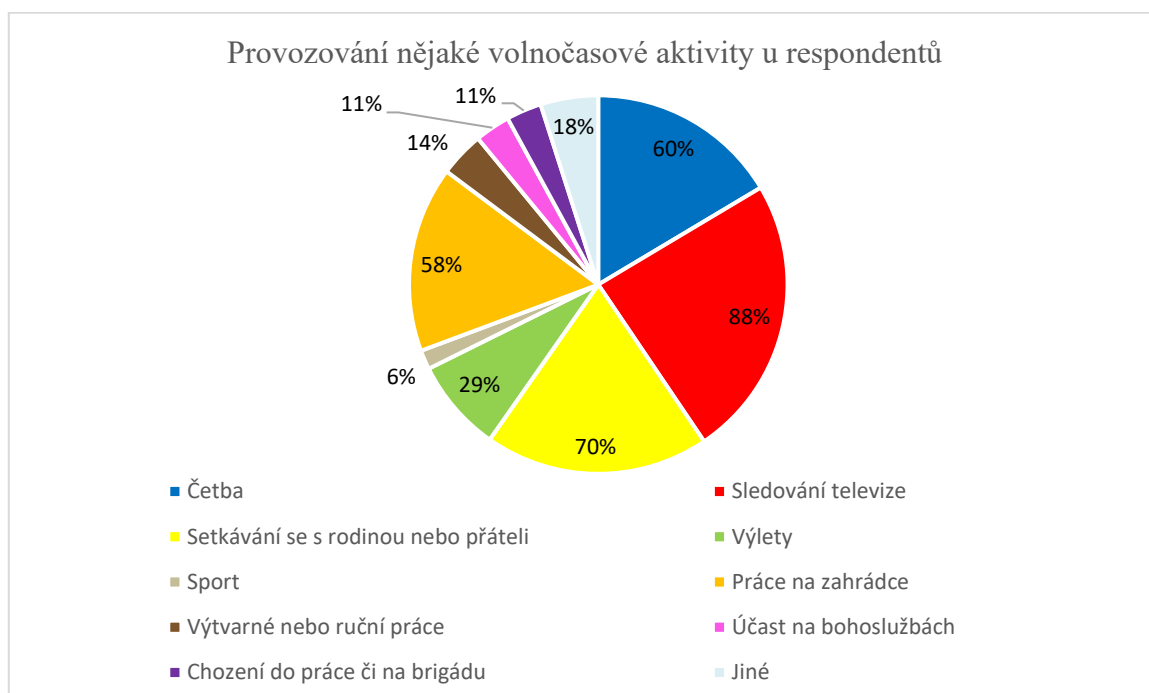
**Obrázek 21 Graf znázorňující využívání finanční podpory pro diabetiky respondenty**

Zdroj: vlastní

Z 80 (100 %) respondentů se vyjádřilo k odpovědi využívání finanční podpory pro diabetiky 12 dotázaných tvoří tedy 15 %. Zbýlých 68 respondentů, kteří tvoří 85 % z celku, nevyužívají finanční podporu pro diabetiky.

Z 12 respondentů, kteří odpověděli, že využívají finanční podporu / pomoc pro diabetiky všichni zaznamenali, že využívají podporu od pojišťovny. Tvoří tedy 100 % z 12 respondentů

### Dotazníková otázka č. 15: Provozujete ve volném čase nějaké aktivity?



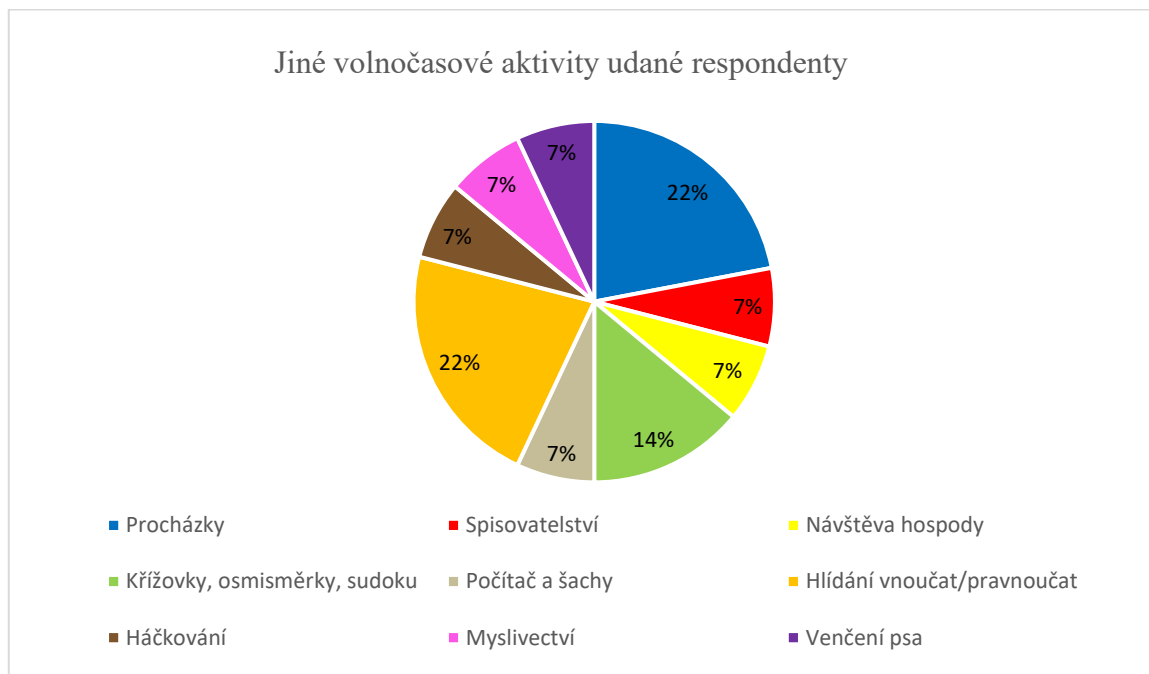
Obrázek 22 Graf znázorňující volnočasové aktivity respondentů

Zdroj: vlastní

V otázce spojené s volnočasovou aktivitou mohli respondenti zaznamenat jednu či více odpovědí. Všech 80 (100 %) respondentů odpovídalo na tuto otázku. Možnost četba ve volném čase byla uvedena celkem 48 x tudíž zabírá v grafu 60 % je tak třetí nejčastější volnočasovou aktivitou u dotázaných diabetiků. Další možností bylo sledování televize, které zaznamenalo 70 respondentů proto tvoří nejčastější aktivitu, a činí tedy 88 %. Setkávání se s rodinou nebo přáteli zaznamenalo 56 respondentů a činí tak 70 %, tedy druhou nejčastější aktivitu ve volném čase respondentů. Možnost výlety ve výběru odpovědí označilo 29 % dotázaných tedy 23 respondentů. Možnost sport zastupuje 6 % byl tedy zaznamenán pouze 5 x v dotazníku. Práce na zahrádce byla hojně zastoupena celkem 46 x tvoří tedy 58 %. Další možností byla volba výtvarné nebo ruční práce, která činí 14 % a byla zaznamenána celkem 11 x. Celkem devět respondentů zaškrtnulo jako volnočasovou aktivitu účast na bohoslužbách, a proto zabírá 11 %. Další stejně zastoupenou aktivitou je chození do práce či na brigádu, kterou taktéž zaznamenalo devět dotázaných a také tvoří 11 % z volnočasových aktivit. Odpověď jiné s možností dopsání vlastní aktivity označilo 14 respondentů tudíž zabírá v grafu 18 %.

## Jaké jiné volnočasové aktivity provozujete?

Respondenti, kteří uvedli možnost jiné měli dále napsat, jaké jiné volnočasové aktivity provozují.



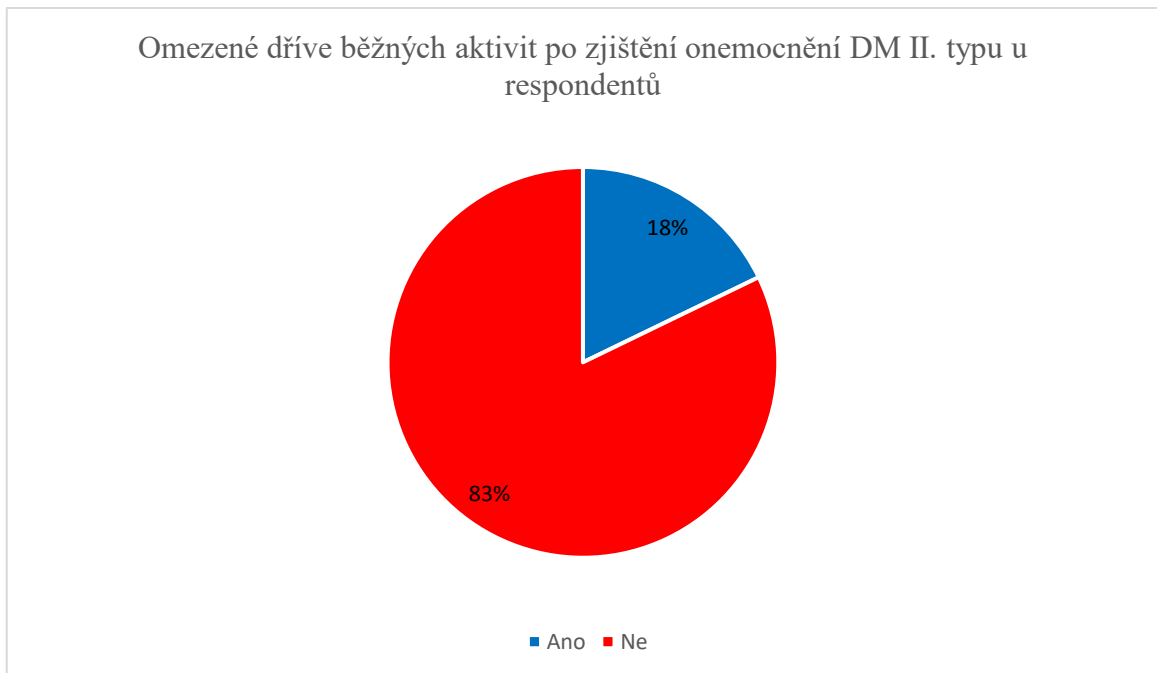
Obrázek 23 Graf znázorňující jiné volnočasové aktivity uvedené respondenty

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídali ti respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli možnost jiné, tedy 14 dotazovaných (100 %).

Z celkového počtu 14 respondentů, jež odpověděli jako možnost jiné v otázce č. 15 napsalo 22 %, tedy tři respondenti hlídání vnučat / pravnoučat. Dále byly 3 x uvedeny procházky, které provozuje 22 % dotázaných. Dva respondenti uvedli, že ve volném čase luští křížovky osmisměrky a sudoku proto tvoří celkem 14 %. Háčkování, myslivectví, venčení psa, návštěva hospody a spisovatelství se každá z těchto pěti uvedených možností objevuje jednou, a tudíž každá zastupuje 7 % v grafickém zobrazení jiných volnočasových aktivit respondentů.

**Dotazníková otázka č. 16: Museli jste po zjištění onemocnění DM II. typu omezit některé dříve běžné aktivity?**



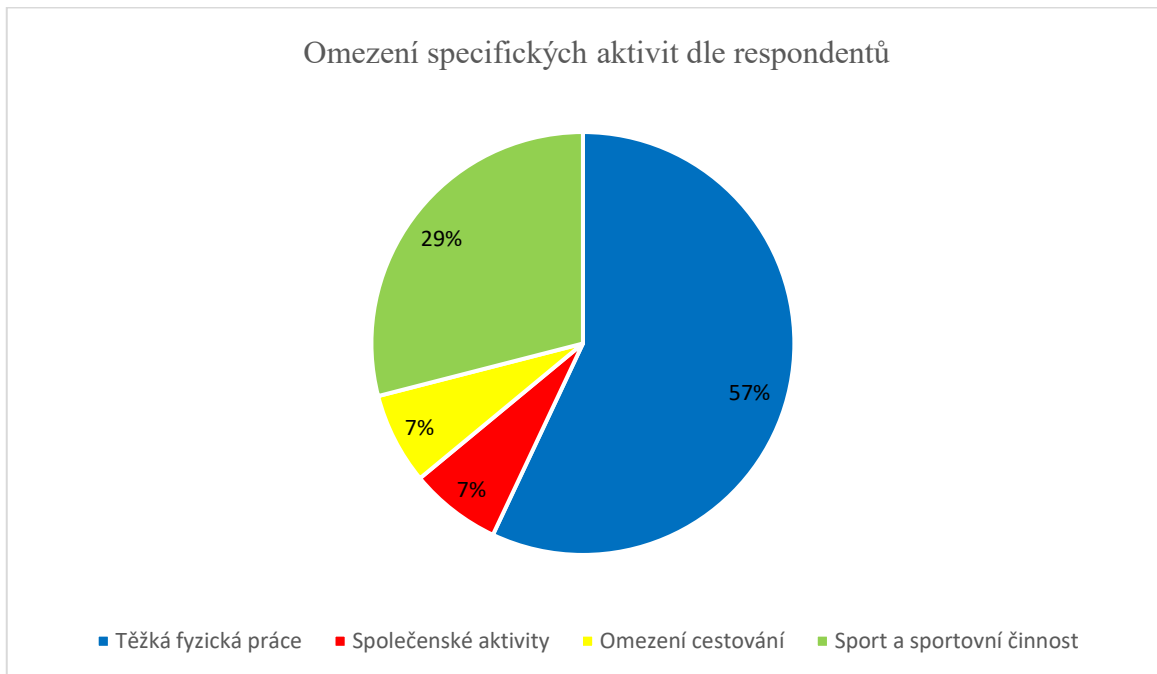
**Obrázek 24 Graf znázorňující omezení dřívějších aktivit respondentů**

Zdroj: vlastní

Z počtu 80 (100 %) respondentů menší početní skupina respondentů tvořící 18 % tedy 14 dotázaných uvedlo omezení v oblasti dříve běžných aktivit. Zbýlých 83 %, které tvořilo 66 respondentů, odpovědělo, že nemuseli omezit žádnou z běžných aktivit ve svém životě po zjištění onemocnění DM II. typu.

### Jaké specifické dříve běžné aktivity jste po zjištění DM II. typu meseli omezit?

Respondenti, kteří uvedli, že museli po zjištění onemocnění DM II. typu omezit dříve běžné aktivity měli dále uvést, jaké přesně aktivity to byly.

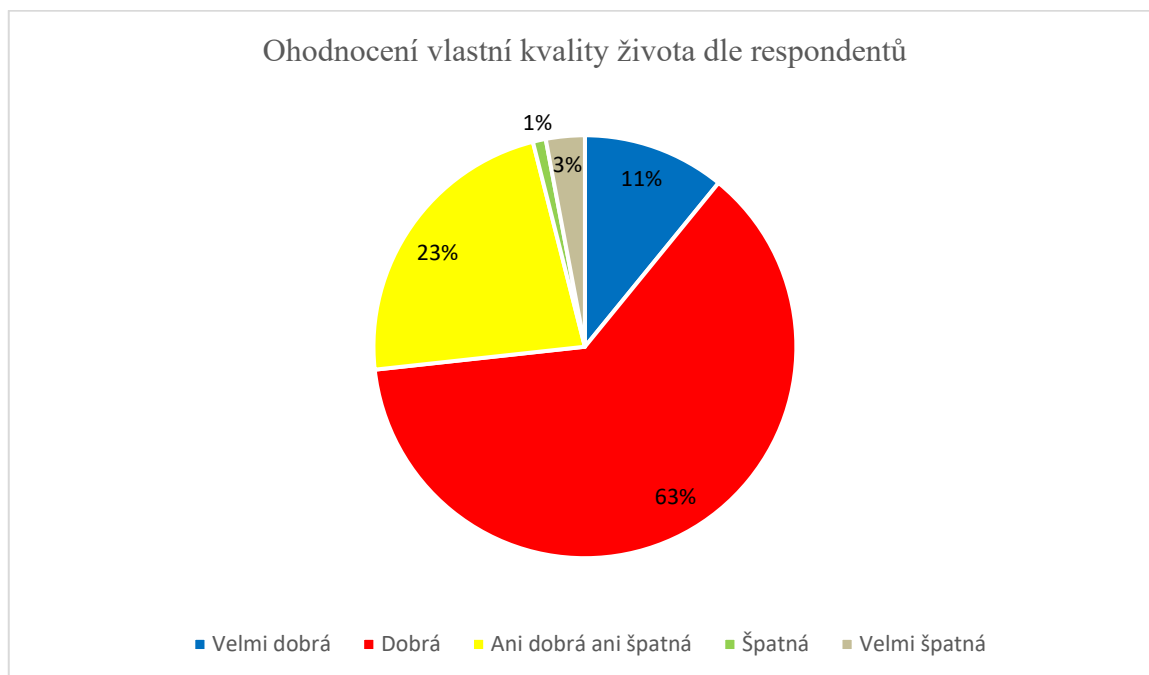


**Obrázek 25 Graf znázorňující omezení specifických aktivit dle respondentů**

Zdroj: vlastní

Ze 14 (100 %) respondentů, kteří uvedli omezení aktivit po zjištění onemocnění DM II. typu uvedlo 57 % tedy 8 respondentů, že museli omezit těžkou fyzickou práci. Další 4 x napsanou aktivitou byl sport a sportovní činnost, která tvoří 29 % z grafu. Společenské aktivity a omezení cestování uvedl u každé z těchto dvou odpovědí vždy jeden dotázaný, a proto obě zastupují 7 % v grafickém zobrazení.

### Dotazníková otázka č. 17: Jak byste ohodnotil/a kvalitu svého života?



Obrázek 26 Graf znázorňující hodnocení vlastní kvality života dle respondentů

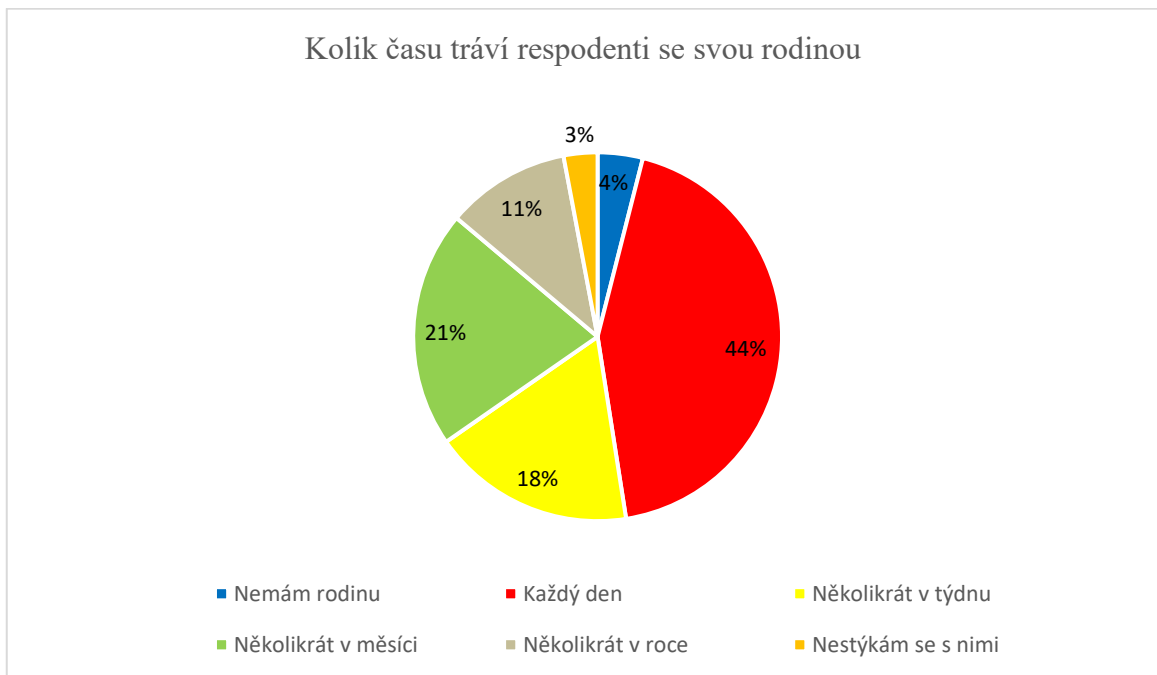
Zdroj: vlastní

Jako velmi dobrou kvalitu života uvedlo celkem 9 respondentů tvoří tedy 11 % z celkového počtu 80 (100 %) respondentů. Další a nejvíce zastoupenou možností bylo dobré ohodnocení kvality života, které tvoří celkem 63 % a bylo zaznamenáno celkem 50 respondenty. Možnost ani dobrá, ani špatná byla zaškrtnuta celkem 18 x, a činí tedy 23 %. Odpověď špatná na otázku hodnocení kvality života byla zaznamenána pouze jednou tvoří tedy 1 % z 80 dotázaných. Možnost velmi špatné hodnocení zaznamenali 2 respondenti tvoří tedy zbylé 3 %.

V ohledu na pohlaví uvedlo celkem 5 žen tedy 6 %, že je jejich kvalita života velmi dobrá a 4 muži, kterých bylo tedy 5 %. Jako dobrou svou kvalitu života považuje celkem 28 žen a 22 mužů, což činí 35 % ženského pohlaví a 28 % mužského. Devět žen i mužů uvedlo jako odpověď ani dobrá, ani špatná každé pohlaví tedy zabírá 11 %. Odpověď špatná kvalita života vybrala jedna žena tvoří tedy 1 %. Poslední možnost velmi špatná kvalita života vybrali dva muži tvořící z celkového počtu 3 %.



**Dotazníková otázka č. 18: Kolik času trávíte se svou rodinou (např.: dětmi, vnoučaty, ...)?**

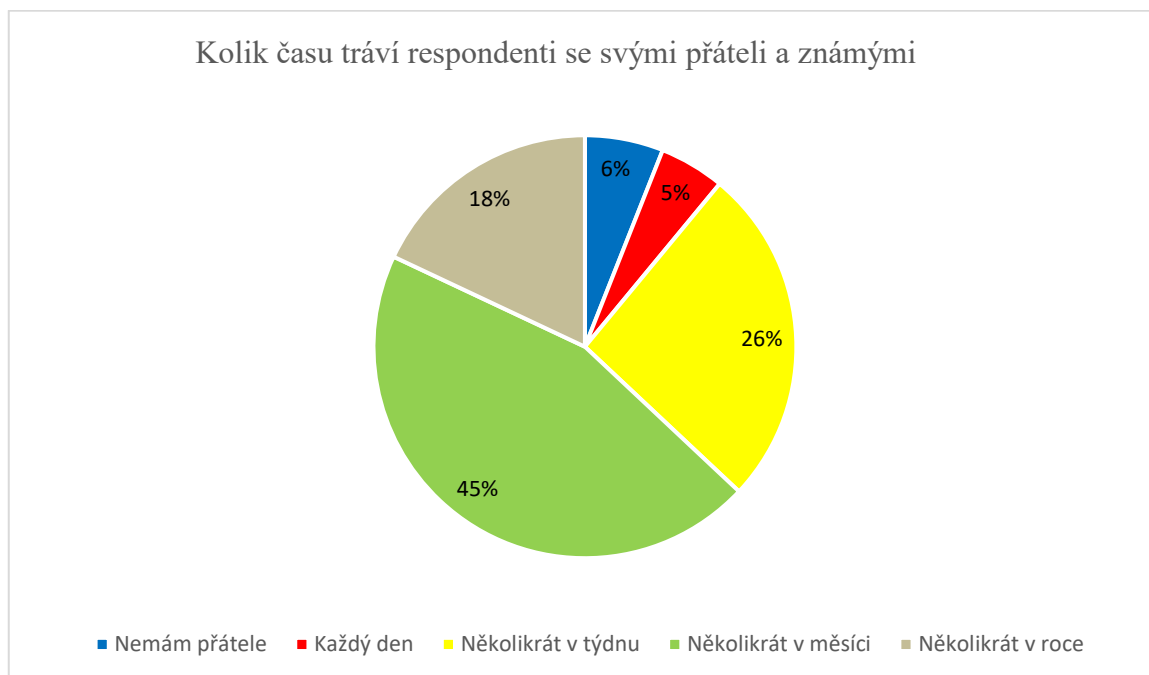


**Obrázek 27 Graf znázorňující čas strávený s rodinou dle respondentů**

Zdroj: vlastní

Tato otázka byla zodpovězena všemi 80 (100 %) respondenty. V odpovědi na tuto otázku bylo 3 x zaznamenáno, že respondent nemá rodinu, a proto tato možnost zastupuje v grafickém zobrazení 4 %. Další a nejzastoupenější z odpovědí byla možnost vidání se rodinou každý den, kterou zaznamenalo 35 respondentů, a tvoří tedy 44 % z celku. Několikrát v týdnu se vidá s rodinou 14 respondentů, což činí 18 %. Možnost několikrát v měsíci vybralo 17 dotázaných, kteří tvoří z celkového počtu 21 %. Několikrát v roce se s rodinou vidá 9 respondentů, jež tvoří 11 % z celkového počtu a možnost, že se rodinou nestýkají, vybrali 2 respondenti celkem tedy zbylá 3 % respondentů.

### Dotazníková otázka č. 19: Kolik času trávíte se svými přáteli a známými?

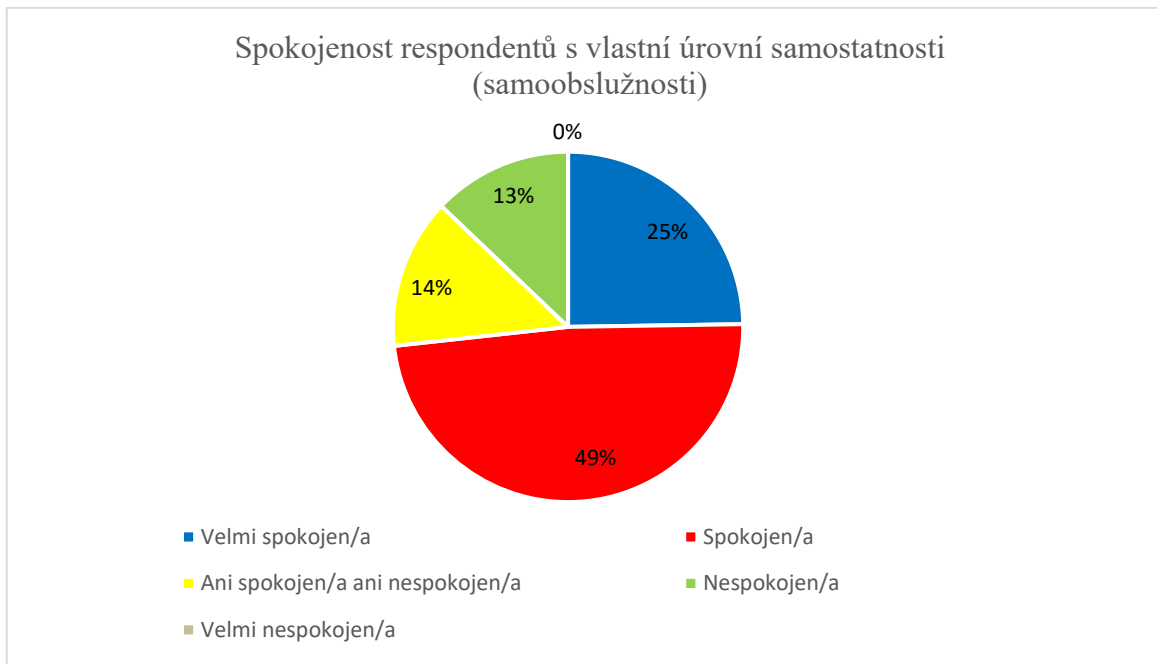


Obrázek 28 Graf znázorňující čas strávený s přáteli a známými dle respondentů

Zdroj: vlastní

Všech 80 (100 %) respondentů odpovědělo na tuto otázku. Výběr odpovědi „nemám přátele“ vybralo celkem 6 % dotázaných tedy 5 respondentů. Každý den se se svými přáteli naopak vídá 5 %, tedy 4 respondenti z 80. Druhou nejzastoupenější odpovědí byla zaznamenána možnost vídání se s přáteli a známými několikrát v týdnu, jež vybralo 26 % neboli 21 dotázaných. Další možnost vídání se několikrát v měsíci s přáteli tedy nejvíce vybíranou vybralo 45 % z celkového počtu, tedy 36 dotázaných. Posledních 18 % vybralo odpověď stýkání se s přáteli několikrát v roce a to bylo zaznamenáno celkem 14 x v dotazníku.

**Dotazníková otázka č. 20: Jste spokojen/a s Vaší úrovní samostatnosti (samoobslužnosti)?**

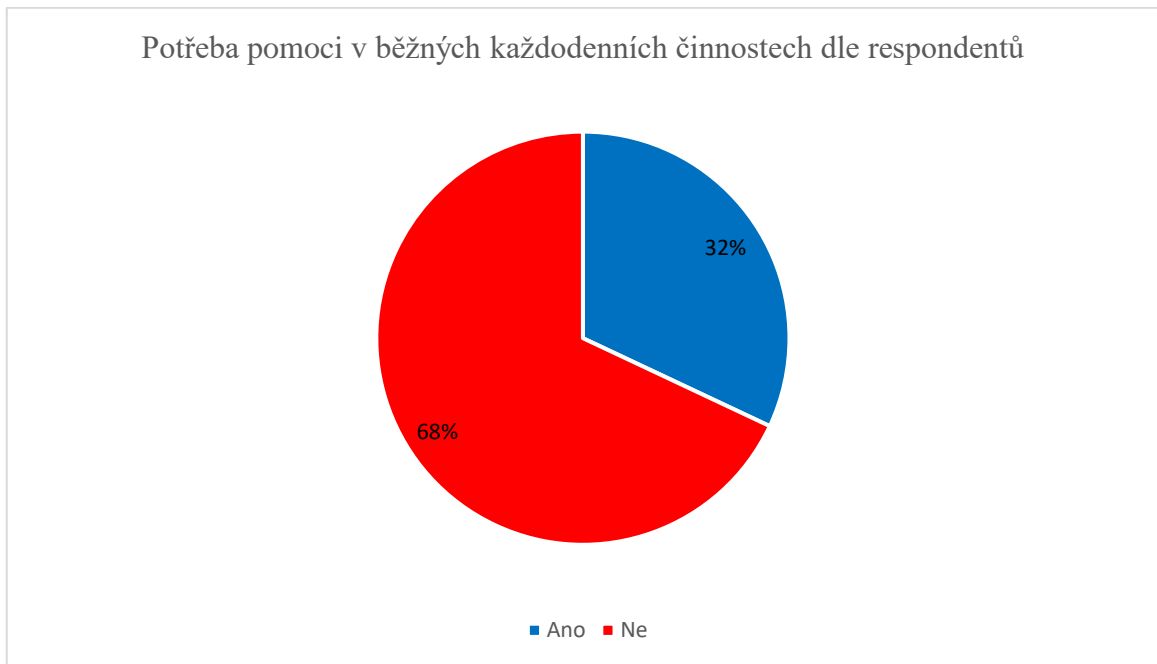


**Obrázek 29 Graf znázorňující spokojenost s úrovní samostatnosti dle respondentů**

Zdroj: vlastní

Z počtu 80 (100 %) respondentů je se svou samoobslužností / samostatností velmi spokojeno 25 % dotázaných, kterých bylo celkem 20. Spokojených je se svou samostatností 39 respondentů, kteří tvoří 49 % z celku. Neurální možností ani spokojení, ani nespokojení vybralo 14 % dotázaných tato možnost byla tedy vybrána celkem 11 x. Nespokojenost se svou samostatností vyjádřilo 13 %, tedy 10 respondentů a velmi nespokojen nebyl žádný z dotázaných.

**Dotazníková otázka č. 21: Potřebujete pomoc v běžných každodenních činnostech?**



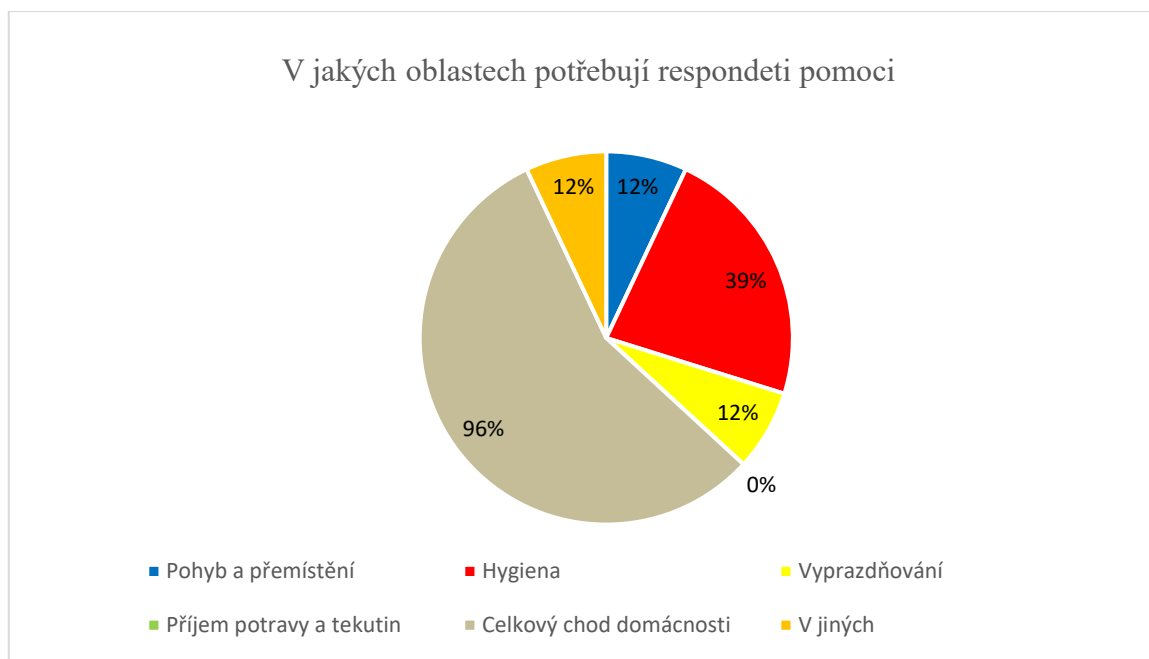
**Obrázek 30 Graf znázorňující potřebu pomoci v každodenních činnostech**

Zdroj: vlastní

Z počtu 80 (100 %) respondentů potřebuje pomoc v každodenním životě celkem 26 respondentů, kteří v grafickém zobrazení tvoří 32 %. Zbýlých 68 %, které tvoří 54 respondentů uvádí, že nepotřebují žádnou pomoc v běžných každodenních činnostech.

### V jakých běžných každodenních činnostech potřebují respondenti pomoci?

Respondenti, kteří uvedli, že potřebují pomoci v jedné či více z každodenních činností dále uvedli, v jakých oblastech potřebují dopomoc.



**Obrázek 31 Graf znázorňující jiné oblasti potřeby pomoci respondentů**

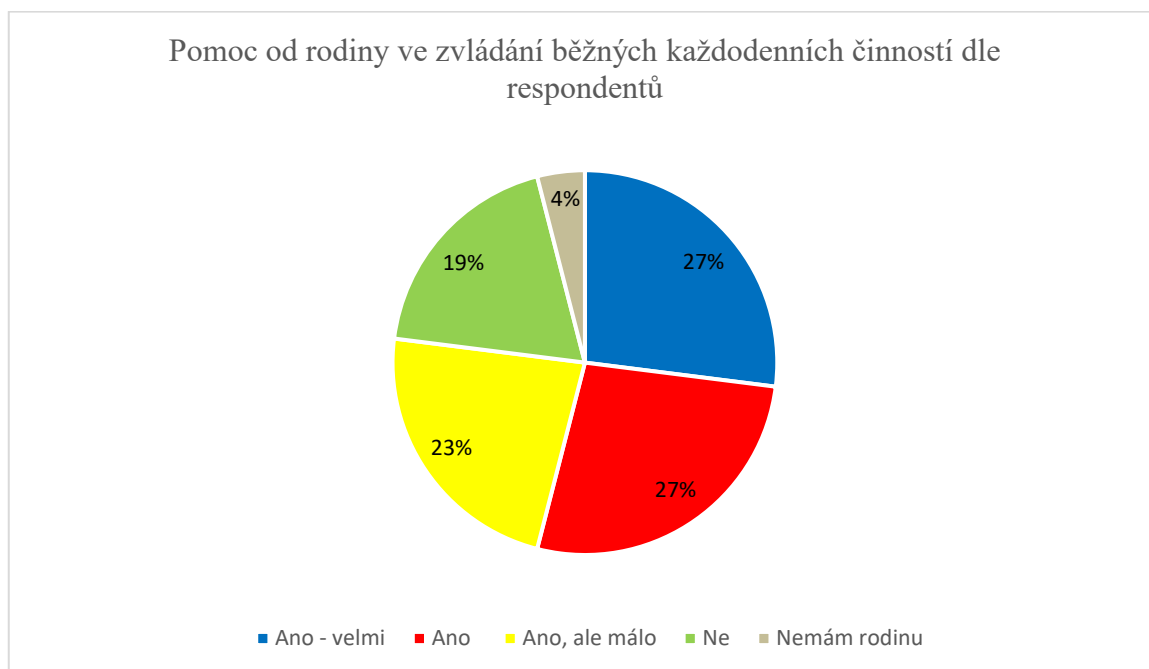
Zdroj: vlastní

Jestliže uvedl respondent, že potřebuje pomoci v běžných činnostech, měl na výběr jednu či více odpovědí, případně dopsat do možnosti „jiné“, s čím potřebuje pomoci. Celkem potřebuje pomoci 26 (100 %) respondentů.

S pohybem a přemístěním potřebují pomoc celkem tři respondenti, kteří tvoří 12 %. S hygienou potřebuje pomoci 10 z dotázaných, kteří tvoří 39 %. Jako možnost pomoci s vyprázdněním uvedlo celkem 12 %, tedy tři respondenti. S příjmem potravy a tekutin nepotřebuje pomoci nikdo z dotázaných respondentů. Naopak s celkovým chodem domácnosti potřebuje pomoci až 96 % respondentů tudíž 25 dotázaných z 26. V jiných případech, kde mohl respondent uvést, v jakých oblastech potřebuje pomoci, zaznamenalo tuto odpověď 12 %, tedy tři respondenti.

V jiných oblastech, které uvedli 3 respondenti (100 %) bylo zjištěno, že dva z respondentů potřebují pomoci s dovozem k lékaři a tvoří tak z možnosti „jiné“ celkem 67 %. Zbýlých 33 % tedy jeden respondent ze tří uvedl, že potřebuje pomoci s oblékáním ponožek a bot.

**Dotazníková otázka č. 22: Pomáhá Vám Vaše rodina ve zvládnání běžných každodenních činností?**



**Obrázek 32 Graf znázorňující pomoc od rodiny v každodenních činnostech**

Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří zvolili možnost a) Ano, v otázce č. 21, tedy že potřebují pomoci v určitých oblastech každodenního života. Celkem bylo tedy 26 (100 %), kteří tuto možnost zvolili.

Z těchto 26 respondentů uvedlo 7 dotázaných, že jim rodina velmi pomáhá v běžných činnostech tvoří tedy 27 %. Taktéž tvoří dalších 27 % tedy 7 respondentů odpověď, kdy rodina respondentovi pomáhá. Třetí možnost, kdy rodina pomáhá respondentovi, ale málo byla zvolena celkem 6 x, činí tedy z celkového grafického zobrazení 23 %. Odpověď, že rodina nepomáhá, byla zvolena 5 respondenty zabírá tedy 19 % z celku. Poslední možnost tvořící zbylá 4 % vybral jeden respondent a to, že nemá rodinu, jak odpověděl v otázce č. 18.

**Dotazníková otázka č. 23: Využíváte pomůcky usnadňující a zlepšující Váš pohyb?**



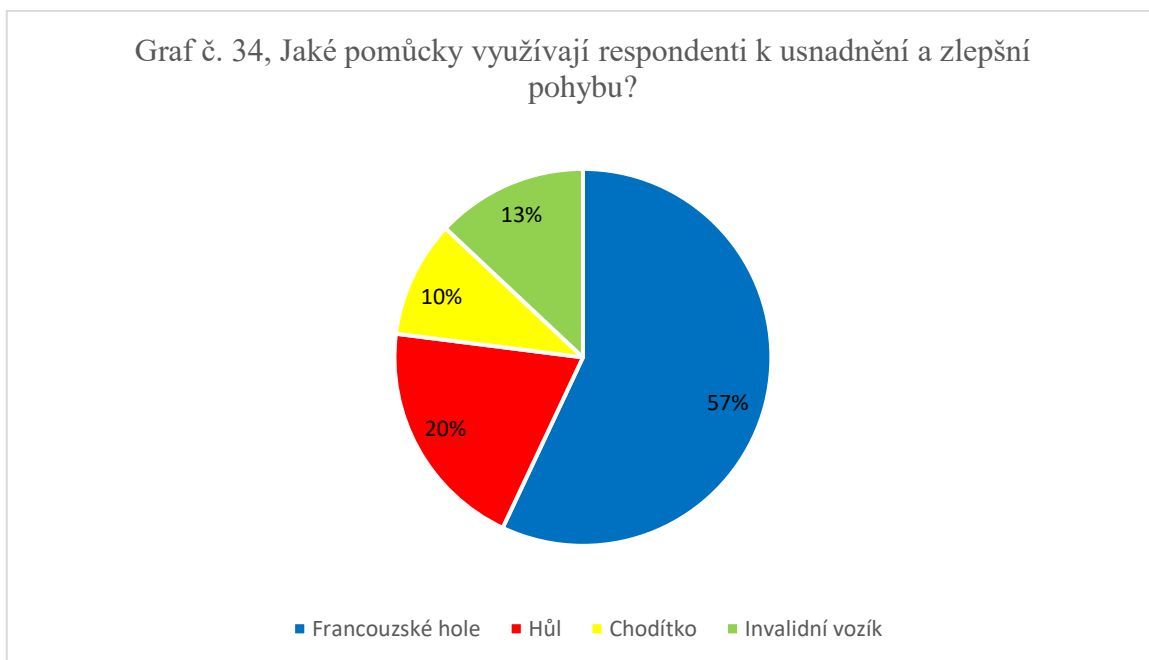
**Obrázek 33 Graf znázorňující využívání pomůcek usnadňující pohyb respondentů**

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů uvedlo 35 % tedy 30 respondentů, že využívá nějakou pomůcku k usnadnění či zlepšení pohybu. Na tuto možnost respondent následně odpověděl, o jakou pomůcku se jedná. Zbýlých 65 % tvoří 50 respondentů, jež nevyužívají žádnou takovou pomůcku.

### Jaké pomůcky usnadňující a zlepšující pohyb využívají respondenti?

Respondenti, kteří uvedli, že používají pomůcky ke zlepšení a usnadnění pohybu dále měli uvést, o jaké přesně pomůcky se jedná.



Obrázek 34 Graf znázorňující typy pomůcek využívané respondenty

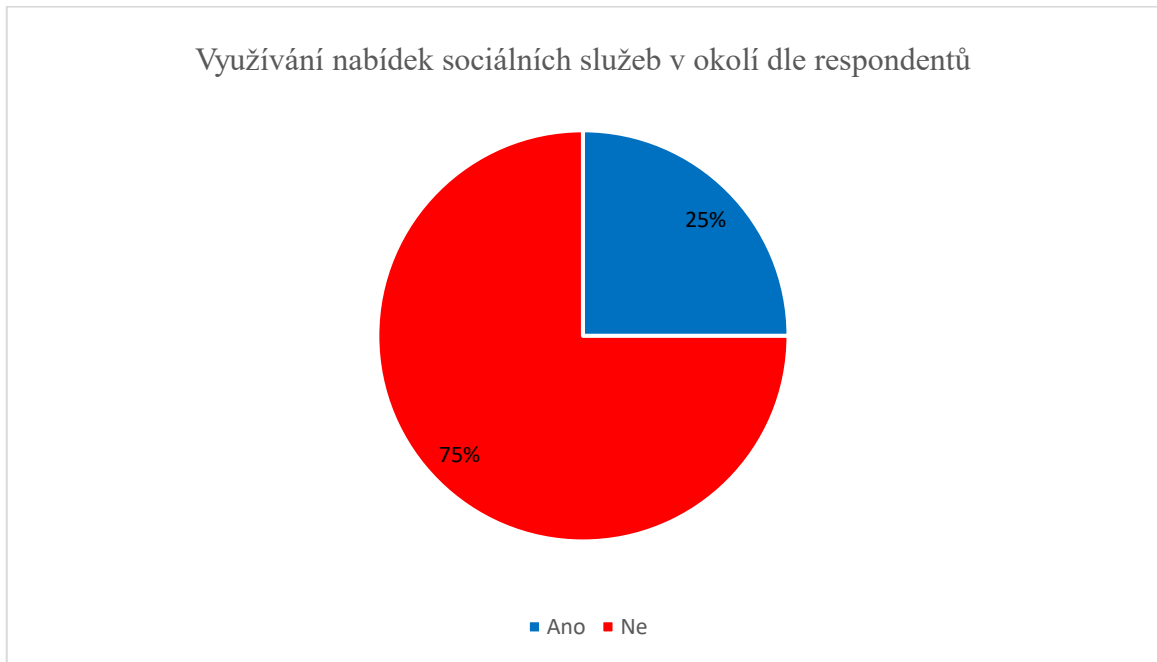
Zdroj: vlastní

Tuto otázku zodpovědělo 30 respondentů tvořících 100 %.

Mezi nejpoužívanější pomůcky k usnadnění a zlepšení pohybu bylo zaznamenáno 17 respondenty francouzské hole, jež tvoří 57 %. Jako další pomůcku uvedlo 6 dotázaných tedy 20 %, že používají hůl. Chodítko v grafickém zobrazení zabírá 10 % a využívají ho 3 respondenti. Posledních 13 % dotázaných tedy v počtu 4 respondentů používá invalidní vozík.



**Dotazníková otázka č. 24: Využíváte nabídku sociálních služeb ve Vašem okolí (charita, pečovatelské služby, ...)?**

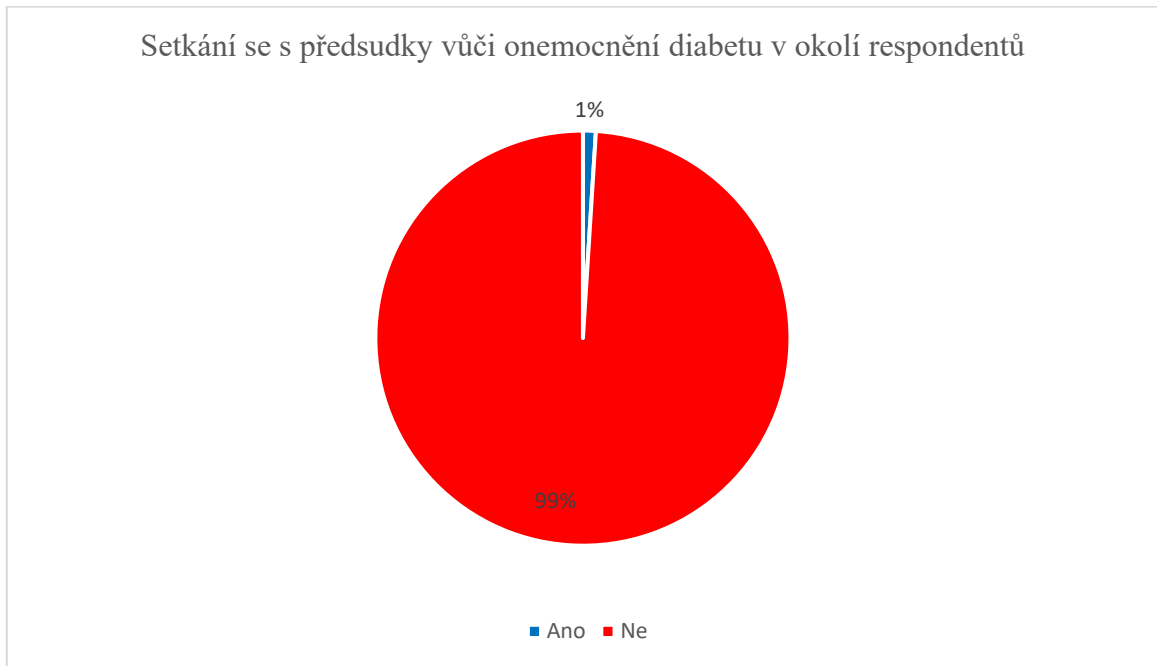


**Obrázek 35 Graf znázorňující využívání sociálních služeb respondenty**

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku využívání sociálních služeb odpovědělo 20 respondentů, že služby využívají. Naopak 60 respondentů nevedlo, že by takovouto službu využívali. Ve výsledku je pak využívání nabídek sociálních služeb na 25 % a nevyužívání zabírá 75 %.

**Dotazníková otázka č. 25: Setkali jste se ve Vašem okolí s předsudky vůči pacientům s DM?**



**Obrázek 36 Graf znázorňující předsudky vůči diabetikům zaznamenané respondenty**

Zdroj: vlastní

Ze všech 80 (100 %) respondentů se s předsudky vůči onemocnění se setkala pouze jedna respondentka diabetička tvoří tedy 1 %. Ostatních 99 % tedy 79 respondentů se nikdy s předsudky vůči pacientům s diabetem nesetkali.

## 5 DISKUZE

Tato práce se zabývá kvalitou života seniorů s onemocněním diabetes mellitus II. typu a pro vhodné vyhodnocení byl stanoven 1 hlavní cíl a 3 dílčí cíle, na které lze odpovědět vyhodnocením 4 průzkumných otázek. Zkoumaný soubor respondentů tvořilo 80 diabetiků, kteří odpovídali na 26 otázek polostrukturovaného dotazníku vlastní tvorby.

Pro porovnání výsledků z průzkumného šetření této práce byly použité následující kvalifikační práce: *Kvalita života seniorů* (Bartošová, 2015), *Volnočasové aktivity seniorů pohledem generace v produktivním věku* (Brádllová, 2020), *Volnočasové Aktivity Seniorů* (Kovalová, 2014) *Hodnocení úrovně znalostí u pacientů s diabetem* (Králová, 2016), *Kvalita života jedinců s diabetem mellitem 2. typu* (Lajzová, 2015) *Kvalita života u pacientů při onemocnění Diabetes mellitus* (Prčíková, 2011), *Kvalita života seniorů jako sociální kategorie* (Stehlíková, 2017) a *Pohybová aktivita seniorů s diabetes mellitus II. typ* (Trajkova, 2015).

Dále byly použity do této práce k porovnání výsledků hodnoty z literárního díla *Mezigenerační solidarita v péči o seniory* (Jeřábek a kol., 2013).

### **Průzkumná otázka č. 1: Existuje rozdíl ve vnímání vybraných aspektu kvality života u respondentů s DM II. typu mezi délkou trvání onemocnění, pohlavím a věkem respondentů?**

Pro vyhodnocení byly stanoveny dotazníkové otázky č.: 1, 2, 3, 15, 16, 17, 18, 19, 25

Otázka č. 1 se zabývala pohlavím respondentů, přičemž bylo zjištěno, že dotazník vyplnilo více žen, jež bylo 43 (54 %) a mužů 37 (46 %) z celkových 80 (100 %) respondentů. Tato nerovnováha pohlaví měla za výsledek ovlivnění celkového pohledu na kvalitu života, kdy ženy měly vyšší procento lepšího subjektivního hodnocení života než mužská populace (viz obrázek č. 1, s. 39). Ve srovnání s kvalifikační prací Stehlíkové (2017) lze zjistit, že hypotézu, kterou ve své práci potvrdila, souhlasí s hodnotami získanými z mého výzkumu tedy, že ženy seniorky vykazují vyšší kvalitu života než muži senioři. Důležité je zmínit, že tomto výzkumu i ve výzkumu Stehlíkové (2017) nebylo rovnoměrné zastoupení pohlaví a žen bylo více.

Otázka č. 2 se zabývala věkem respondentů. Otázka měla možnost výběru ze tří věkových kategorií. Ve věkové kategorii bylo 47 (59 %) respondentů ve věku 60 - 74 let v rozmezí 75 - 89 let bylo 27 (34 %) respondentů a v kategorii 90 a více bylo 6 respondentů (8 %) (viz obrázek č. 2, s. 40). Tato otázka byla také použita jako jeden z možných ukazatelů tedy věk, jež může ovlivnit subjektivní hodnocení kvality života.

Otázka č. 3 zkoumala délku léčby s DM II. typu. Nejzastoupenější odpovědí byla léčba více než 10 let, kterou zvolilo z 80 (100 %) respondentů 30 (38 %) dotázaných (viz obrázek č. 3, s. 41). Druhou nejzastoupenější pak byla léčba 6-10 let, kterou zvolilo 29 (36 %) respondentů. Poslední možností méně než 5 let zaznamenalo 21 (26 %) respondentů.

Otázka č. 15 se zabývala volnočasovými aktivitami, které senioři diabetici provozují, kde mohli respondenti označit jednu či více možností. Bylo zjištěno, že nejvíce respondentů tráví svůj volný čas sledováním televize, která byla v dotazníku zaznamenána celkem 70 x a tvoří 88 % volnočasové aktivity (viz obrázek č. 22, 23, s. 59, 60). Druhou nejzastoupenější aktivitou bylo setkávání se s rodinou nebo přáteli, jež tvořilo 70 % a zaznamenáno bylo 56 x. Třetí oblíbenou aktivitou byla četba, jež tvořila 60 % z odpovědí a za ní byla často zvolená možnost práce na zahrádce, jež tvořila 58 %. Touto otázkou bylo taktéž zjištěno, že pouze 5 % respondentů provozuje ve volném čase nějaký sport. Je tedy na místě při edukaci o zdravém životním stylu a léčebného režimu diabetu doporučovat sportovní aktivity dle doporučení lékaře. V porovnání s kvalifikační prací Brádlové (2020) lze porovnávat jednotlivá zastoupení volnočasových aktivit, z čehož 126 (100 %) respondentů v jejím průzkumu uvedlo jako nejčastější volnočasovou aktivitu procházky, jež vybralo 68 (54 %). Dále byla druhou nejzastoupenější odpověď sledování televize, kterou zvolilo 65 (52 %) respondentů. Třetí nejzastoupenější aktivitou u Brádlové (2020) byla taktéž četba jako v této práci a tvořila celkem 39 %, přičemž ji zvolilo 49 respondentů. Ve srovnání s touto prací je vidět, že sledování televize a četba jsou stále velmi oblíbenými aktivitami v seniorském věku.

Otázka č. 16 zkoumala, zda museli senioři po zjištění onemocnění DM II. typu omezit některé z dříve běžných aktivit. Z počtu 80 (100 %) respondentů jich 14 (18 %) uvedlo omezení v běžném životě a zbylých 66 (83 %) respondentů uvedlo, že je onemocnění nijak neomezuje z hlediska aktivit. Omezení pocítovali respondenti především v těžké fyzické práci a sportovní činnosti, ale také bylo zjištěno, že diabetes omezil společenské aktivity a možnost cestování (viz obrázek č. 25, s. 62). Tento výsledek je velmi zajímavý z hlediska různorodosti vnímání omezení v životě seniora diabetika.

Otázka č. 17. zkoumala subjektivní hodnocení kvality života seniora diabetika. Velmi dobrou svou kvalitu života ohodnotilo z celkových 80 (100 %) respondentů dohromady 11 % tedy 9 respondentů (viz obrázek č. 26, s. 63). Nejzastoupenější vybranou možností byla odpověď „dobrá“, kterou zvolilo celkem 50 (63 %) respondentů. Neutrální možnost ani dobrá, ani špatná zastoupila z celku 23 % vybralo ji tedy 18 respondentů. Špatnou kvalitu života zvolilo 1 %, jež

tvoří 1 respondent a velmi špatnou pak 3 % respondentů byla vybrána tedy celkem 2 respondenty. Dále bylo s ohledem na pohlaví zjištěno, že ženy pocítují subjektivně svou kvalitu života lépe než muži ovšem pouze s ohledem na toto průzkumné šetření, jelikož byla převaha v ženském pohlaví, která dotazník vyplnila. V porovnání s kvalifikační prací Lajzové (2015), jež ve svém průzkumu měla 100 (100 %) respondentů diabetiků ve věku 18 - 60 let celkem 48 (48 %) respondentů hodnotilo svou kvalitu života jako dobrou. Dále 31 respondentů (31 %) ji hodnotilo jako ani dobrou /, ani špatnou a 13 (13 %) respondentů uvedlo svou kvalitu života jako velmi dobrou. Dalších 6 (6 %) respondentů udalo kvalitu života jako špatnou a zbylý 2 (2 %) respondenti označili vlastní kvalitu života jako velmi špatnou. Je tedy patrné, že ve srovnání s Lajzovou (2015) bylo zjištěno, že subjektivně lidé s diabetem vnímají svou kvalitu života jako dobrou nicméně je stále nutné sledovat a zlepšovat kvalitu života i těm, kteří ji vnímají jako velmi špatnou a snažit se ji zlepšit.

Otázka č. 18 se zabývá časem stráveným s rodinou. Bylo zjištěno, že 44 % ze všech 80 (100 %) respondentů tráví každý den se svou rodinou, tedy celkem 35 respondentů (viz obrázek č. 27, s. 64). Několikrát v měsíci se pak 17 seniorů diabetiků schází se svou rodinou, což činí 21 % tedy tuto možnost zvolilo 17 dotázaných a několikrát v týdnu pak 14 seniorů, což dělá 18 % z celkového počtu. Podobných výsledků dosáhl Jeřábka a kol. (2013, s. 207), který zjistil že až 10 hodin nebo více spolu týdně tráví celkem 46 % z jeho výzkumu rodinné soudržnosti. Je tedy patrné, že čas s rodinou je pro seniory jeden z velkých aspektů v oblasti kvality života a že rodina dělá nedílnou součást stáří a stárnutí.

Otázka č. 19. se zabývala časem stráveným s přáteli a známými, přičemž se zjistilo, že se senioři se svými známými a přáteli vídají nejčastěji několikrát v měsíci, což tvoří počet 36 (45 %) respondentů. Druhou zastoupenou časovou jednotkou pak bylo stýkání se několikrát v týdnu, což činí číslo 26 % vybralo tuto možnost, tedy 21 dotázaných. Je zde tedy patrné, že je o 1 % více seniorů, kteří mají častější kontakt s přáteli než s rodinou (viz obrázek č. 28, s. 65).

Otázka č. 25 se týkala pohledu veřejnosti na diabetes a byla zvolena v dotazníku formou otázky, zaměřující se na předsudky od okolí vůči pacientům s DM (viz obrázek č. 36, s. 73). Na tuto otázku odpověděla jedna respondentka a bylo zjištěno, že se setkala s nepříjemnou reakcí od okolí v době, kdy se musela v dopravním prostředku najít. Zbylých 99 % respondentů se nikdy s předsudky vůči diabetu nesetkali, což je příjemné zjištění, avšak i ta jedna respondentka by po edukaci okolního světa nemusela tuto nepříjemnou situaci zažít.

Z výše uvedených dotazníkových otázek lze konstatovat, že existuje rozdíl ve vnímání kvality života z hlediska pohlaví, jelikož více žen seniorek diabetiček uvedlo lepší kvalitu života než muži, avšak, jak je zmíněno výše bylo více respondentů ženského pohlaví proto tento rozdíl ve vnímání vlastní kvality života nelze brát v celkovém globálním měřítku. Dále bylo zjištěno, že hlediska délky léčby, jež měla velmi podobné procentuální zastoupení ve všech odpovědích není patrný rozdíl ve vnímání kvality života. Z hlediska věkové kategorie je to velmi podobné, jelikož všechny věkové kategorie vnímají svou kvalitu života různě, a proto nelze konstatovat, která věková kategorie vnímá subjektivně vlastní kvalitu života lépe či hůře. Z výsledku průzkumu aspektů života seniora diabetika lze také usoudit, že většinové množství seniorů tráví čas se svou rodinou, která má na kvalitu života pozitivní vliv a toto tvrzení se týká i přátel či známých.

### **Průzkumná otázka č. 2: Cítí se respondenti s DM II. typu finančně zabezpečeni a jsou respondenti spokojeni se svým zázemím?**

Pro vyhodnocení byly stanoveny dotazníkové otázky č.: 12, 13, 14, 18, 19, 24, 25

Otázka č. 12 zkoumala, zda jsou potřebné informace pro život diabetika pro respondenty dostupné. Z počtu 80 (100 %) respondentů uvedlo 56 (70 %) dotázaných, že jsou pro neinformace dostupné (viz obrázek č. 19, s. 56). Dalších 12 respondentů tedy 15 % uvedlo, že jsou pro ně spíše dostupné a přiměřeně jsou dostupné pro 9 (11 %) respondentů. Spíše nedostupné informace zvolila 3 % respondentů tedy 2 respondenti a jako vůbec nedostupné pak 1 %, tedy 1 respondent. Z tohoto vyplývá, že informovanost seniorů o svém onemocnění je na dobré úrovni, avšak je nutné pohlížet i na ty, jež uvedli, že pro ně informace nejsou dostatečně dostupné, jelikož to může silně ovlivnit následnou léčbu a výskyt možných komplikací diabetu.

Otázka č. 13 zjišťovala spokojenost s finančním zabezpečením seniorů diabetiků. Se svou finanční stránkou je spokojeno 37 (46 %) z 80 respondentů a spíše spokojeno pak 29 (36 %) respondentů. Spíše nespokojeni jsou 2 (3 %) z dotázaných a poslední 1 % tedy 1 respondent, je nespokojen se svým finančním zabezpečením (viz obrázek č. 20, s. 57). Ve srovnání s kvalifikační prací Bartošové (2015) lze zjistit, že její výsledky výrazně nadprůměrné 0 % a mírně nadprůměrné 16 % lze srovnávat s výsledky přiloženého dotazníku s hodnotami ukazující spokojenost 46 % a spíše spokojenost 36 % se svým finančním zabezpečením. Je tedy patrné, že v tomto šetření je velký rozdíl v oblasti vnímání vlastního finančního zabezpečení.

Otázka č. 14. zkoumala, zda respondenti využívají některou z finanční podpory pro diabetiky, kdy bylo následně zjištěno, že z celkového počtu 80 (100 %) respondentů uvedlo pouze 12 (15

%) možnost využívání podpory pro diabetiky. K této odpovědi ve všech 12 případech byla uvedena podpora od pojišťovny. Zbylých 68 (85 %) respondentů buď nevyužívá podporu od pojišťovny, nebo si není vědomo této podpory (viz obrázek č. 21, s. 58).

Otázka č. 24 zjišťovala, zda senioři diabetici využívají nabídku sociálních služeb v okolí. Možnost využívání sociálních služeb vybralo 20 (25 %) dotázaných z celkových 80 (100 %) respondentů a 60 (75 %) respondentů uvedlo, že takové služby nevyužívají (viz obrázek č. 35, s. 72). Tato otázka je dále úzce spojena s otázkou č. 21, kdy mnoho respondentů odpovědělo, že potřebují pomoci s chodem domácnosti.

Z výše uvedených dotazníkových otázek lze konstatovat, že z hlediska finančního zabezpečení se respondenti cítí spokojeně a toto tvrzení převládá nad nespokojeností, avšak existují i jedinci, které své finanční zabezpečení považují za velmi špatné. Dále bylo zjištěno, že informovanost seniorů diabetiků je na dobré úrovni. Bylo zjištěno, že převážná většina respondentů nevyužívá podporu pro diabetiky, což je velmi překvapivé už jen z hlediska následného finančních nákladů na selfmonitoring hodnot glykémie. Také lze konstatovat, že převážná většina respondentů nevyužívá žádnou ze sociálních služeb ve svém okolí.

### **Průzkumná otázka č. 3: Existuje rozdíl v dodržování léčby (léčebného režimu) mezi pohlavím a věkem respondentů s DM II. typu?**

Pro vyhodnocení byly stanoveny dotazníkové otázky č.: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Otázka č. 4 zkoumala, zda respondenti považují své onemocnění jako omezující, případně v jaké míře. Nejčastěji uvedená odpověď na otázku omezování ze strany DM II. typu v každodenním životě odpovědělo nejvíce 40 % respondentů, že je onemocnění spíše neomezuje (viz obrázek č. 4, s. 42). Spíše omezující považuje toto onemocnění celkem 28 % a jako vůbec neomezuující dalších 30 %. S ohledem na pohlaví uvedlo celkem 17 žen diabetes jak vůbec neomezuující a 16 žen jako spíše neomezuující. V porovnání s muži je to pak 7 respondentů považující diabetes za vůbec neomezuující a 16 za spíše neomezuující. Bylo tedy zjištěno, že mužské pohlaví v tomto výzkumu považuje diabetes za omezující v každodenním životě. S porovnáním kvalifikační práce Prčíkové (2011), která ve své práci zkoumající kvalitu života diabetika, avšak ve věku od 17 - 86 lety zjistila, že z celkového počtu 40 (100 %) respondentů jich 35 % uvedlo, že je diabetes neomezuje v běžném životě a 23 % považuje diabetes za spíše neomezuující. Dále zjistila, že spíše omezující své onemocnění označuje 25 % diabetiků a jako omezující ho označuje 17 % z dotázaných. Přetrvává tedy vícero diabetiků, jež svou nemoc považují za spíše neomezuující v běžném každodenním životě, avšak je nutné podotknout, že je

stále vysoké procento diabetiků, ať už seniorů, či jiné věkové kategorie, které své onemocnění považují za omezující a je nutné proto zlepšovat kvalitu jejich života a dbát na samotnou léčbu diabetu.

Otázka č. 5 zjišťovala, jakou léčbu či léčebný režim respondenti mají. V této otázce mohli respondenti uvést jednu či více odpovědí. Nejzastoupenější léčbu představuje diabetické dieta, kterou označilo 79 % respondentů tedy 63 respondentů. Následně je za ní se 76 % farmakologická léčba, kterou zvolilo 62 respondentů. Fyzickou aktivitu má jako součást léčebného režimu 34 (43 %) z dotázaných a léčbu inzulinu využívá 25 (31 %) respondentů (viz obrázek č. 5 s. 43). Překvapivé zjištění bylo, že mnoho seniorů s tímto onemocněním nemá jako součást léčebného režimu nastavenou diabetickou dietu a fyzickou aktivitu, jež léčbu diabetu celkově ovlivňují. Ve srovnání s kvalifikační prací Králové (2016) bylo zjištěno, že 37 % respondentů se léčilo pomocí farmakologické léčby, zatímco v tomto výzkumu bylo zjištěno, že léky se léčí 76 % dotázaných diabetiků seniorů. Dále bylo zjištěno, že inzulinem se oproti výzkumu Králové (2016), kdy jich zaznamenala 55 % léčí v tomto průzkumném šetření pouze 31 %.

Otázka č. 6 zjišťovala, zda respondenti porušují doporučenou léčbu. Porušováním léčebného režimu se dopouští pouze 2 (3 %) respondenti z celkových 100 %, tedy 80 dotázaných. Nejvíce zvolenou odpovědí byla možnost spíše neporušuje, kterou zvolilo 35 (44 %) dotázaných (viz obrázek č. 6, s. 44). Ve srovnání s Prčíkovou (2011), která ve své kvalifikační práci také zkoumá, zda diabetici ve věkové kategorii od 17-89 let porušují doporučenou léčbu. Ve své práci zjistila, že z počtu 40 (100 %) respondentů uvedlo celkem 52 %, že léčbu dodržují a spíše ji dodržuje 33 %. Spíše ji nedodržuje 15 % a žádný z jejích respondentů neuvedl, že by léčbu nedodržoval vůbec. Je tedy patrné, že se porušení léčby dopustí mnohem méně diabetiků seniorů než těch, kteří léčbu opakovaně porušují.

Otázka č. 7 se zabývala tím, jaké mají respondenti specifické obtíže s dodržováním léčby či léčebného režimu. S dodržováním léčebného režimu má potíže 13 (16 %) z dotázaných 80 (100 %) respondentů, z nichž je převaha ženského pohlaví, tedy celkem 9 respondentek uvádějících problémy s dodržováním diety a také zapomínání aplikace inzulinu. Muži taktéž uvádějí problémy s dodržováním diety, ale dva ze čtyř doplnili konzumaci alkoholu a kouření cigaret, což se dá považovat za nezdravý životní styl, který má pak za následek zhoršení léčebného režimu (viz obrázek 7, 8, s. 45, 46). Zbýlých 84 % tvoří respondenti, kteří nemají žádné obtíže s dodržováním léčby, což je pozitivní výsledek.



Otázka č. 8 se zabývá pravidelném měření krevního tlaku u respondentů. Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů se celkem 56 (70 %) vyjádřilo, že si svou hodnotu tlaku pravidelně měří. Dále byla zjišťována častost měření, z čehož je nejzastoupenější odpovědí měření TK 1 x týdně uvedenou 16 (29 %) respondenty. Nejčastějším důvodem pro neměření TK bylo, že respondenti nemají tonometr. Tato otázka je spolu s měřením glykémie a znalosti vlastního BMI součástí zhodnocení správné kompenzace diabetu. (viz. obrázek 9, 10, 11, s. 47, 48, 49).

Otázka č. 9 se zabývala pravidelným měřením glykémie ve smyslu selfmonitoringu. Hodnotu glykémie si z celkového počtu 80 (100 %) respondentů měří pravidelně glykémii 71 (89 %) respondentů. Nejzastoupenější odpovědí bylo měření 1x týdně, kterou zvolilo 23 (32 %) respondentů. Zbylých 9 (11 %) respondentů, jež si glykémii neměří, uváděli jako nejčastější důvod, že nemají glukometr, což je velmi překvapivé vzhledem k tomuto onemocnění (viz obrázek č. 12, 13, 14, s. 50, 51)

Otázka č. 10 zjišťovala, zda respondenti znají své BMI. Z celkového počtu 80 respondentů (100 %) se k hodnotám BMI vyjádřilo nejméně respondentů tedy pouze 16 (20 %) z nich zná svou hodnotu. Většina těch respondentů, jež hodnotu neznají, uvedlo, že nevědí, co BMI je (viz obrázek 15, 16, s. 52, 53). Celkově pak ti, co znají své BMI uváděli hodnoty, které poukazují na nadváhu a obezitu. Nicméně tato hodnota je pouze orientační a je nutné znát celkovou konstituci jedince a také obvod pasu pro posouzení vzniku rizik. Zajímavostí, jež byla zjištěna tímto průzkumným šetřením je, že se celkem 3 x objevila jako odpověď hodnota BMI 28. S porovnáním kvalifikační práce Trajkové (2015), která zkoumala 36 (100 %) respondentů diabetiků od 60-70 let, kdy zjistila, že nejzastoupenější skupinou tvořící 36 % mají respondenti hodnotu BMI od 25–29,9 (nadváha), což je stejný výsledek, který byl zjištěn pomocí toto dotazníku tedy, že převážná většina seniorů diabetiků má dle hodnot BMI nadváhu.

Otázka č. 11 zkoumala, zda se u respondentů objevují některé z komplikací onemocnění DM II. typu. Respondenti měli možnost zvolit jednu či více odpovědí, případně dopsat vlastními slovy možnosti, jež nebyly uvedeny. Z 80 (100 %) respondentů jich 35 uvedlo, že nějakou komplikací trpí, tedy 44 % (viz obrázek 17, 18, s. 54, 55). Nejčastější akutní komplikací je hyperglykémie, která byla vybrána celkem 14 x a z chronických komplikací je to pak diabetická retinopatie a zvýšená náchylnost k infekcím, z čehož byly tyto odpovědi zvoleny obě celkem 11 x. Ve srovnání s kvalifikační prací Králové (2016) lze porovnat, že výskyt komplikací DM II. typu bylo 30 %, zatímco v této práci jsem zjistila, že 44 % respondentů uvádí některé

komplikace diabetu. Výsledkem je tedy zjištění nárůstů komplikací spojených s tímto onemocněním.

Z výše uvedených dotazníkových otázek lze konstatovat, že muži i ženy ve stejném a nejvíce zastoupeným množství udávají, že je onemocnění diabetu spíše v každodenním životě neomezuje. Respondenti, které toto onemocnění omezuje z hlediska specifických aktivit dále uváděli omezení fyzické práce či sportu existuje tedy souvislost s hodnotami BMI, jež respondenti a které byly ve většině případech zvýšené, a proto to může mít vliv na nedostatečnou kompenzaci diabetu z hlediska hlídání si váhy a obvodu pasu. Léčbu nebo léčebný režim respondenti spíše neporušují, a pokud ano tak v oblastech diety, jež má největší zastoupení v typu léčebného režimu spolu s farmakologickou léčbou.

#### **Průzkumná otázka č. 4: Bude rozdíl mezi respondenty dle pohlaví a léčby DM II. typu v pocitech potřeby pomoci ve zvládnání běžných každodenních činností?**

Pro vyhodnocení byly stanoveny dotazníkové otázky č.: 1, 2, 4, 5, 6, 11, 14, 20, 21, 22, 23, 24

Otázka č. 20. se zabývala spokojeností s vlastní úrovní soběstačnosti a samostatnosti. Z počtu 80 (100 %) respondentů je se svou samoobslužností/samostatností velmi spokojeno 20 (25 %) dotázaných a spokojených, jež je nejpočetnější skupina tvoří celkem 49 % a vybralo ji 39 respondentů. Neutrální možnost ani spokojení, ani nespokojení vybralo 11 (14 %) dotázaných. Zbylých 10 (13 %) respondentů pak uvedlo, že jsou nespokojeni se svou samostatností (viz obrázek č. 29, s. 66). Úroveň samoobslužnosti je ovlivněna rodinným zázemím finančním zabezpečením celkovým stavem a bývá pochopitelně ovlivněna onemocněním DM a také komplikacemi spojenými s ním.

Otázka č. 21 zkoumala, zda potřebují senioři diabetici pomoci v běžných každodenních činnostech. Z 80 (100 %) dotázaných uvedlo 26 (32 %) respondentů, že potřebují pomoci v některých běžných činnostech. V této otázce mohli respondenti uvést jednu či více možností. Nejčastěji zastoupenou potřebou tvořící 96 % tedy 25 z 26 (100 %) respondentů, byla potřeba pomoci s celkovým chodem domácnosti, kam patří úklid, nakupování nebo vaření. Tuto odpověď zvolilo 13 žen a 12 mužů. Zajímavým poznatkem do praxe byla odpověď od jednoho respondenta, který uvedl, že potřebuje pomoci pouze s oblékáním bot a ponožek (viz obrázek č. 30, 31, s. 67, 68).

Otázka č. 22 zkoumá podporu a pomoc rodiny ve zvládnání běžných každodenních činností. Na tuto otázku odpovídali ti respondenti, jež odpověděli v otázce č. 21, že ano potřebují pomoci.

Z celkového počtu 26 (100 %) respondentů, jež odpověděli kladně na předchozí otázku, odpovědělo 7 respondentů, že jim rodina velmi pomáhá a dalších 7 respondentů uvedlo, že rodina jim pomáhá, a to v oběma případech značí 27 %. Odpověď, kdy rodina pomáhá respondentovi, ale málo zastupuje dále 23 %, uvedlo ji 6 respondentů a odpověď, že rodina nepomáhá, zastupuje 5 (19 %) respondentů z celkových 26 respondentů. Odpověď, že respondent nemá rodinu byla zastoupena ve 4 % uvedl ji tedy 1 respondent (viz obrázek č. 32, s. 69). Z tohoto vyhodnocení otázky je patrné, že rodina hraje v životě seniora jak už bylo zmíněno výše v otázce č. 18 nezastupitelnou roli a dokáže tak ovlivnit celý pohled na kvalitu života.

Otázka č. 23 zkoumala využívání pomůcek usnadňující a zlepšující samotný pohyb respondenta. V této otázce následně respondent, pokud uvedl, že používá některou z pomůcek následně napsal, o jakou pomůcku se jedná. Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů uvedlo 30 (35 %) respondentů, že některou takovou pomůcku používají. Z těchto 30 (100 %) respondentů jich uvedlo v 57 % tedy 17 respondentů uvedlo používání francouzských holí. Dále 6 (20 %) respondentů používá pouze hůl a 4 (13 %) respondenti pak tvoří skupinu používající invalidní vozík. Zbýlých 10 % tedy 3 respondenti uvedli jako pomůcku pro usnadnění pohybu chodítka (viz obrázek č. 33, 34, s. 70, 71). Ve srovnání s kvalifikační prací Kovalové (2014) lze porovnat, že z jejího celkového počtu 30 (100 %) respondentů využívá kompenzační pomůcku celkem 86 % respondentů oproti tomuto průzkumnému šetření, které z 80 (100 %) dotázaných pouze 35 % uvedlo, že používají nějakou pomůcku usnadňující pohyb. Dále lze porovnat jednotlivé pomůcky, které respondenti uváděli. Kovalová (2014) dále ve své práci zjistila, že z 30 (100 %) respondentů jich v nejzastoupenějším počtu 13 (43 %) respondentů uvedlo jako pomůcku chodítka dále 11 (37 %) uvedlo jako pomůcku vozík a dalších 6 (20 %) uvedlo francouzské hole. S ohledem na omezený počet dotázaných je ale patrné, že je více respondentů k dnešnímu datu, kteří využívají více francouzské hole oproti chodítku, které bylo v době průzkumného šetření Králové častější pomůckou ke kompenzaci pohybu.

K poslední otázce, č. 26 se mohli respondenti libovolně vyjádřit k tématu, z čehož jeden (1 %) respondent uvedl, že: „*cukrovka je hrozná nemoc*“, a jeden uvedl: „*cukrovka je nepříjemná*“. Zbýlých 78 (99 %) respondentů se k tomuto tématu nevyjádřilo.

Z výše uvedených dotazníkových otázek lze zjistit, že s ohledem na pohlaví je spokojenost se svou soběstačností stejná. Také lze konstatovat, že většina respondentů nepotřebuje pomoci v běžných každodenních činnostech, a pokud ano jedná se skoro ve všech případech o pomoc s

chodem domácnosti. Také existuje spojení rodiny se sebedpěčí a samoobslužností respondentů, jelikož ti, kteří uvedli, že potřebují dopomoci dále uváděli, že jim rodina pomáhá, ať už více, či méně, proto je neodmyslitelnou součástí života seniora a jeho vnímání její kvality. Kompenzační pomůcky využívá menší procento respondentů, z nichž převládá pohyb s pomocí francouzských holí

## 6 ZÁVĚR

Tak jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách tato bakalářská práce se zabývala kvalitou života seniorů s onemocněním diabetes mellitus II. typu. Vzhledem k prodlužování života a zvyšující populací seniorů je problematika stáří spojená s kvalitou života aktuální.

**Hlavní cíl:** Zjistit subjektivní hodnocení kvality života seniorů s onemocněním diabetes mellitus II. typu (žijících v domácím prostředí). Pro splnění hlavního cíle bylo zapotřebí stanovit dílčí cíle.

1. Zmapovat vliv vybraných aspektů na kvalitu života seniorů s onemocněním DM II. typu.
2. Zjistit, jak onemocnění DM II. typu změnilo život seniorů.
3. Zmapovat, zda senioři s DM II. typu dodržují léčbu (léčebný režim).

První dílčí cíl se zaměřoval na vybrané aspekty života seniora diabetika, proto jsem nejdříve zkoumala demografické znaky seniorské populace, což znamená pohlaví věk a finanční zabezpečení. V rámci tohoto prvního dílčího cíle jsem taktéž zjišťovala, jak onemocnění diabetes mellitus II. typu ovlivňuje pohled na kvalitu života pomocí otázek zaměřující se na obtíže spojené s léčbou výskyt komplikací a dostupnost informací pro diabetiky. Nejvíce respondentů potýkajících se ve stáří s onemocněním diabetem mellitem II. typu bylo ve věku 60-74 let, což činí 59 % z celkového počtu respondentů.

Zajímavým poznatkem bylo také zjištění, že finanční podporu pro diabetiky, kterou lze čerpat pomocí pojišťoven využívá z celkového počtu 80 respondentů pouze 15 %. Zbylé procento tedy musí doplácet za pomůcky pro diabetiky, což ovlivňuje pohled na své finanční zabezpečení.

Druhým dílčím cílem jsem zkoumala změnu v životě spojené s onemocněním diabetem. Průzkumné šetření ukázalo, že kvalita života se pohybuje u dotázaných respondentů subjektivně jako dobrá. Největší ovlivnění působení onemocnění na kvalitu života bylo z hlediska omezení fyzické práce a sportovní činnosti. To velmi ovlivnilo volnočasové aktivity seniorů, kteří v dotazníku nejvíce uváděli jakožto volnočasovou aktivitu sledování televize, které označilo 88 % dotázaných a pouhé 5 % uvedlo, že provozuje ve volném čase nějaký sport či sportovní aktivitu. Třetím dílčím cílem zabývajícím se zmapováním, zda senioři dodržují léčebný režim diabetu jsem zjistila, že téměř polovina seniorů neporušují svou léčbu, což uvedlo celkem 44 % ze všech dotazovaných. To, že obtíže s dodržováním léčby nemá celkem 84 % je překvapivý výsledek.

Díky těmto cílům jsem mohla zjistit hlavní cíl, tedy posoudit subjektivní hodnocení kvality života seniora diabetika. Subjektivně svou kvalitu zdraví ohodnotilo 50 dotázaných z 80 respondentů jako dobrou, což činí ve výsledku celkem 63 %.

S ohledem na věk se v kategorii věku zařadilo nejvíce respondentů do kategorie hodnocení kvality života jako dobrá, přičemž celkem 29 respondentů ve věku 60-74 let 17 respondentů ve věku 75-89 let a 4 respondenti ve věkové kategorii 90 let a více uvedli právě subjektivně kvalitu života jako dobrou. Z výzkumu je tedy patrné, že převládá převážně více pozitivní hodnocení kvality života v každé věkové kategorii.

Také bylo příjemným překvapením, že pouze jedna respondentka uvedla setkání se s předsudkem vůči pacientům s diabetem. I když je to pouze 1 % pořád je nutné společnost edukovat o tomto onemocnění, a zamezit tak vznikům diskriminace spojené s léčebným režimem, jelikož právě to může zcela ovlivnit psychický stav nemocného, který je nezbytný pro dobrou kvalitu života.

Tato práce přinesla mnoho zajímavých zjištění, jež lze aplikovat do praxe a je také impulsem pro zkoumání problematiky spojené se stářím a diabetem mellitem II. typu. Senioři často vnímají své onemocnění jako osud spojený se stářím a nemají tolik snahu tento stav zlepšit a změnit. Nejvhodnější by bylo zařadit a doporučovat seniorům s tímto onemocněním ale i s jiným zapojit do běžného života fyzickou aktivitu dle svých možností a dle doporučení lékaře s ohledem na vznik možných komplikací.

Výsledky tohoto šetření byly předány diabetologické ambulanci, jejíž vedení dalo souhlas s průzkumem.

### **Doporučení pro praxi**

Přínosem do praxe by taktéž byl zajímavý průzkum rozdílu vnímání kvality života u seniorů s diabetem mellitem II. typu srovnaný mezi seniory žijící v domácím prostředí a mezi seniory žijící v domovech pro seniory.

Všem zdravotníkům bych proto doporučila, aby se při zjišťování klinických obtíží pacientů zaměřili i na subjektivní hodnocení života pacienta v určitých aspektech, protože to může velice pomoci v následné léčbě a zlepšení kvality života nejen u seniorské populace, ale ve všech věkových kategoriích.

## 7 POUŽITÁ LITERATURA

### Tištěné zdroje

*Co očekávat, když máte diabetes*, The American Diabetes Association. Praha 7: Knihy Omega, 2017, 184. ISBN 978-80-7390-507-1.

ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha 7: Grada Publishing, 2014, 240s., ISBN 978-80-247-4544-2.

ČEŠKA, Richard a kol. *Interna*. 2.vydání.Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2015, 909s. ISBN 978-80-7553-780-5.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2: Třetí, upravené a doplněné vydání*. 3.vydání.Praha: Grada Publishing, 2013, 512s. ISBN 978-80-247-4788-0.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: V domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012, 112s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011, 223s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.

HALUZÍK, Martin. *Průvodce léčbou diabetu 2. typu pro internisty*. 3.vydání.Praha 4: Mladá fronta, 2018, 160s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4958-0.

HÁTLOVÁ, Běla; JINDROVÁ, Iva a kol. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1.vydání.Praha 8: Portál, 2013, 173. ISBN 978-80-262-0335-3.

HEGYI, Ladislav; KRAJČÍK, Štefan. *Geriatría*. 1.vydání.Bratislava: Herba, 2010, 608s. ISBN 978-80-89171-73-6.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012, 239s. Studijní texty. ISBN 978-80-7419-106-0.

HROZENSKÁ, Martina; DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013, 191s. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUDÁKOVÁ, Anna; MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2013, 128s. Sestra. ISBN 978-80-247-4772-9.

- JEŘÁBEK, Hynek a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013, 316s. Studie. ISBN 978-80-7419-117-6.
- JINDŘICH, Olšovský. *Diabetes mellitus 2. typu*. 2.vydání.Praha-Libuš: Maxdorf, 2018, 118s. ISBN 978-80-7345-558-3.
- KROLLOVÁ, Pavlína; ŠTECHOVÁ, Kateřina. *Selfmonitoring: Co je selfmonitoring?* [online]. 2017 [cit. 5.6.2021]. Dostupný na WWW: <https://www.cukrovka.cz/selfmonitoring>
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011, 141s. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KVAPIL, Milan a kol. *Diabetologie 2015*. Praha: Stanislav Juhaňák - TRITON, 2015, 290s. ISBN 978-80-7387-887-0.
- MACHÁČOVÁ, Kateřina; HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Aktivní gerontologie aneb Jak stárnout dobře*. Praha 4: Mladá fronta, 2019, 247s. Medical services. ISBN 978-80-204-5489-8.
- MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Univerzita Karlova: Karolinum, 2016, 272s. ISBN 978-80-246-3357-2
- MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha 8: Portál, 2014, 317s. Klasici. ISBN 978-80-262-0618-7.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha 8: Portál, 2013, 576s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2011, 192s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NEUBAUER, Jiří; SEDLAČÍK, Marek a kol. *Základy statistiky: Aplikace v technických a ekonomických oborech - 2., rozšířené vydání*. 2.vydání.Praha 7: Grada Publishing, 2016, 280s.. ISBN 978-80-247-5786-5.
- PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2.vydání. Praha 1: Karolinum, 2011, 270 s. ISBN 978-80-246-1916-3.
- PERUŠIČOVÁ, Jindřiška. *Diabetes mellitus v kostce II.*, 2.vydání.Praha-Libuš: Maxdorf, 2016, 155s. Současná diabetologie. ISBN 978-80-7345-478-4.



PERUŠIČOVÁ, Jindřiška. *Diabetes mellitus v kostce.*, 1.vydání.Praha-Libuš: Maxdorf, 2012, 152s. Současná diabetologie. ISBN 978-80-7345-303-9.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří.* Praha-Libuš: Maxdorf, 2015, 96s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

ROKYTA, Richard a kol. *Učebnice Somatologie.* 6.vydání.Praha 3: Wolters Kluwer ČR, 2014, 260s. ISBN 978-80-7478-514-6.

### **Elektronické zdroje**

FATKOVÁ, Romana. CARE COMM s.r.o.,*Diabetes a obezita, režimová opatření* [online]. 2014 [cit. 3.4.2021]. Dostupný na WWW: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/10/diabetes-a-obezita-rezimova-opatreni/> ISSN 2570-4915.

Pomůcky pro diabetiky - hrazení zdravotními pojišťovny. *Pomůcky pro diabetiky - hrazení zdravotními pojišťovny* [online]. 2020 [cit. 5.6.2021]. Dostupný na WWW: <https://www.cukrovka.cz/pomucky-pro-diabetiky-hrazeni-zdravotnimi-pojistovnami>

PRAŽSKÝ, Bohumil. INTERNET INFO, s.r.o., *Kvalita života v ošetrovatelské praxi: Možnosti měření kvality života* [online]. 2013 [cit. 22.3.2021]. Dostupný na WWW: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-oseetrovatelske-praxi-473279>

RYBKA, Jaroslav. *Diabetická asociace ČR* [online]. 2014 [cit. 5.6.2021]. Dostupný na WWW: <https://diabetickaasociace.cz/diabeticka-asociace-cr/>

### **Závěrečné kvalifikační práce**

BARTOŠOVÁ, Jaroslava. *Kvalita života seniorů.* Liberec, 2015. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky. Vedoucí práce Mgr. Lenka Nádvoříková, Ph.D.

BRÁDLOVÁ, Kamila. *Volnočasové aktivity seniorů pohledem generace v produktivním věku.* Opava, 2020. Diplomová práce. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav veřejné správy a regionální politiky. Vedoucí práce Mgr. Kamil Janiš, Ph.D.

KOVALOVÁ, Klára. *Volnočasové Aktivity Seniorů.* Bakalářská práce. Pardubice, 2014. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Kristýna Šoukalová

KRÁLOVÁ, Zuzana. *Hodnocení úrovně znalostí u pacientů s diabetem*. Bakalářská práce. Pardubice, 2016. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Kristýna Šoukalová.

LAJZOVÁ, Hana. *Kvalita života jedinců s diabetem mellitem 2. typu*. Bakalářská práce. Brno, 2015. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová

PRČÍKOVÁ, Veronika. *Kvalita života u pacientů při onemocnění Diabetes mellitus*. Bakalářská práce. Brno, 2011. Masarykova Univerzita, Fakulta sportovních studií, Katedra podpory zdraví. Vedoucí práce Mgr. Lenka Beránková, Ph.D.

STEHLÍKOVÁ, Markéta. *Kvalita života seniorů jako sociální kategorie*. Pardubice, 2017. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická, Katedra věd o výchově. Vedoucí práce prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

TRAJKOVA, Andrea. *Pohybová aktivita seniorů s diabetes mellitus II. typu*. České Budějovice, 2015. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, Katedra výchovy ke zdraví. Vedoucí práce doc. PaedDr. Emil Řepka CSc.

## **8 PŘÍLOHY**

Příloha A – Použitý dotazník .....	91
------------------------------------	----

## Příloha A – Použitý dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Bára Konečná a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění dotazníku, který je podkladem mé bakalářské práce na téma „*Kvalita života seniorů s onemocněním diabetes mellitus II. typu*“. V rámci bakalářské práce budu zkoumat kvalitu života v dnešní době u seniorů s tímto onemocněním (v dotazníku onemocnění *diabetes mellitus II. typu* je nahrazeno zkratkou *DM II. typu*).

Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné. Vámi uvedené údaje budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Odpovědi zakroužkujte, pokud není uveden jiný způsob zapisování odpovědí. Budete-li mít zájem, ráda Vás seznámím s výsledky dotazníkového šetření.

Předem děkuji za váš čas a ochotu vyplnění dotazníku.

.....

### **1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Muž
- b) Žena

### **2. Kolik je Vám let?**

- a) 60–74 let
- b) 75–89 let
- c) 90 a více let

### **3. Jak dlouho se léčíte s DM II. typu?**

- a) Méně než 5 let
- b) 6–10 let
- c) Více než 10 let

### **4. Omezuje Vás DM II. typu v každodenním životě?**

- a) Ano – velmi
- b) Spíše ano

- c) Spíše ne
- d) Ne – vůbec

**5. Jaká je Vaše léčba (léčebný režim) DM II. typu?**

*(prosím, zakroužkujte jednu či více možností oblasti léčby DM II. typu)*

- a) Diabetická dieta
- b) Fyzická aktivita
- c) Farmakologická léčba (*léky*)
- d) Léčba inzulínem
- e) Jiné (*prosím, napište jaké*): .....

**6. Stává se Vám, že porušujete doporučenou léčbu (léčebný režim) DM II. typu?**

- a) Ano – velmi
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne – vůbec

**7. Máte nějaké obtíže s dodržováním léčby (léčebného režimu) DM II. typu?**

- a) Ano – prosím, napište jaké:  
.....
- b) Ne

**8. Měříte si pravidelně krevní tlak?**

- a) Ano – prosím, napište jak často:  
.....
- b) Ne – prosím, napište důvod: .....

**9. Měříte si pravidelně hodnotu glykémie?**

- a) Ano – prosím, napište, jak často:  
.....

b) Ne – prosím, napište důvod:

.....

**10. Víte, jaký je Váš BMI (Body mass index)?**

• (BMI = číslo používané jako indikátor podváhy, normální tělesné hmotnosti, nadváhy či obezity)

a) Ano – prosím, napište hodnotu:

.....

b) Ne – prosím, napište důvod:

.....

**11. Objevují se u Vás některé komplikace DM. II typu?**

a) Ano – prosím, zakroužkujte jaké (*zakroužkujte jednu či více možností*):

- Hypoglykémie (snížená hladina krevního cukru)
- Hyperglykémie (zvýšená hladina krevního cukru)
- Diabetická noha
- Diabetická retinopatie (onemocnění očního pozadí)
- Diabetická nefropatie (onemocnění ledvin)
- Zvýšená náchylnost k infekcím
- Jiné .....

b) Ne

**12. Jsou pro Vás informace potřebné pro každodenní život diabetika dostupné?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Přiměřeně
- d) Spíše ne
- e) Ne

**13. Jste spokojen/á se svým finančním zabezpečením?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

**14. Využíváte některou z finanční podpory (pomoci) pro diabetiky?**

- a) Ano – prosím, napište jakou: .....
- c) Ne

**15. Provozujete ve volném čase nějaké aktivity?**

*(u této otázky máte možnost zakroužkovat i více aktivit)*

- a) Četba
- b) Sledování televize
- c) Setkávání se s rodinou nebo přáteli
- d) Výlety
- e) Sport
- f) Práce na zahrádce
- g) Výtvarné nebo ruční práce
- h) Účast na bohoslužbách
- i) Chození do práce či na brigádu
- j) Jiné *(prosím napište jaké)*: .....
- .....

**16. Museli jste po zjištění onemocnění DM II. typu omezit některé dříve běžné aktivity?**

- a) Ano – prosím, napište jaké: .....
- b) Ne

**17. Jak byste ohodnotil/a kvalitu svého života?**

- a) Velmi dobrá
- b) Dobrá
- c) Ani dobrá ani špatná
- d) Špatná
- e) Velmi špatná

**18. Kolik času trávíte se svou rodinou (např.: dětmi, vnoučaty, ...)?**

- a) Nemám rodinu
- b) Každý den

- c) Několikrát v týdnu
- d) Několikrát v měsíci
- e) Několikrát v roce
- f) Nestýkám se s nimi

**19. Kolik času trávíte se svými přáteli a známými?**

- a) Nemám přátele
- b) Každý den
- c) Několikrát v týdnu
- d) Několikrát v měsíci
- e) Několikrát v roce

**20. Jste spokojen/a s Vaší úrovní samostatnosti (samoobslužností)?**

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spokojen/a
- c) Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d) Nespokojen/a
- e) Velmi nespokojen/a

**21. Potřebujete pomoc v běžných každodenních činnostech?**

a) Ano (*prosím zakroužkujte jednu či více oblastí, se kterými potřebujete pomoci*):

- Pohyb a přemístění
- Hygiena
- Vyprazdňování
- Příjem potravy a tekutin
- Celkový chod domácnosti (úklid, vaření, nakupování)
- V jiných (*prosím, napište v jakých*): .....

.....

b) Ne

**22. Pomáhá Vám Vaše rodina ve zvládnutí běžných každodenních činností?**

*(na tuto otázku odpovídají pouze ti respondenti, kteří na předchozí otázku č. 21 odpověděli „Ano“ – tedy že potřebují pomoc v běžných každodenních činnostech)*



- a) Ano – velmi
- b) Ano
- c) Ano, ale málo
- d) Ne
- e) Nemám rodinu (*tak, jak jsem uvedl/a v otázce č. 18*)

**23. Využíváte pomůcky usnadňující a zlepšující Váš pohyb?**

- a) Ano (*napište slovy o jaké pomůcky se jedná -např. francouzské hole, chodítka, vozík, ...*):

.....

- b) Ne

**24. Využíváte nabídku sociálních služeb ve vašem okolí (*charita, pečovatelské služby, ...*)?**

- a) Ano
- b) Ne

**25. Setkali jste se ve Vašem okolí s předsudky vůči pacientům s DM?**

- a) Ano – prosím, napište jakými:

.....

- b) Ne

**26. Pokud byste chtěli něco doplnit, o čem se v dotazníku nezmiňuji, ale rádi byste se o to podělili,**

**prosím napište:**

.....

.....

Děkuji Vám za Váš čas a vyplnění dotazníku.