

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Veronika Ťupová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života u pacientů s diabetem mellitem 2. typu

Veronika Ťupová

2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Ťupová**
Osobní číslo: **Z18179**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Kvalita života u pacientů s diabetem mellitem 2. typu**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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:

1. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
2. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
3. JIRKOVSKÁ, Alexandra. *Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes: manuál pro edukaci diabetiků*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3246-9.
4. KVAPIL, Milan a kol. *Moderní diabetologie: Teorie v kazuistikách léčby diabetes mellitus 2.typu*. Praha: Current Media, 2017. ISBN 978-80-88129-19-6.
5. OLŠOVSKÝ, Jindřich. *Diabetes mellitus 2.typu*. 2. Praha 4: Maxdorf s.r.o, 2018. ISBN 978-80-7345-558-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kristýna Šoukalová**
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 u pacientů s diabetem mellitem 2. 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 10. 7. 2021

Veronika Ťupová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla moc poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Kristýně Šoukalové, Ph.D. za rady a čas, který mi po celou dobu psaní bakalářské práce věnovala. Také bych chtěla moc poděkovat své rodině a nejbližším, kteří i v nejtěžších chvílích v průběhu mého studia stáli při mně.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života u pacientů s diabetem mellitem 2. typu a je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. První blok teoretické části je zaměřen na diabetes mellitus 2. typu, druhý blok na kvalitu života. Praktická část se zabývá hodnocením kvality života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Výsledky byly vyhodnoceny prostřednictvím standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

KLÍČOVÁ SLOVA

Diabetes mellitus 2. typu, kvalita života, WHOQOL-BREF, dotazník, průzkum, respondenti

TITLE

The quality of life in diabetes mellitus type 2 patients

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with a quality of life in patients with type 2 diabetes and is divided into two parts, theoretical and practical. The first block of the theoretical part is focused on type 2 diabetes mellitus, the second block on quality of life. The practical part deals with the quality assessment of life in patients with type 2 diabetes mellitus. The results were evaluated using a standardized WHOQOL-BREF questionnaire.

KEYWORDS

Diabetes mellitus type 2, quality of life, WHOQOL-BREF, questionnaire, survey, respondents

OBSAH

Úvod.....	13
Cíl práce.....	14
I. Teoretická část.....	15
1 Diabetes mellitus 2.typu	15
1.1 Definice a epidemiologie	15
1.2 Klinický obraz DM2T	16
1.3 Diagnostika	16
1.3.1 Hodnota glykémie.....	17
1.3.2 Orální glukózový toleranční test (oGTT)	17
1.3.3 Doporučená vyšetření ve chvíli stanovení DM2T	18
1.4 Terapie DM2T.....	18
1.4.1 Nefarmakologická léčba	18
1.4.2 Farmakologická léčba	20
1.5 Komplikace DM2T	21
1.5.1 Akutní komplikace.....	22
1.5.2 Chronické komplikace	24
1.6 Edukace diabetiků	26
2 Kvalita života.....	27
2.1 Historie kvality života	27
2.2 Vymezení pojmu kvality života	27
2.3 Přístupy vyskytující se v konceptu kvality života	28
2.4 Měření kvality života	28
2.5 Kvalita života a diabetes mellitus	31
II. Praktická část.....	33
3 Metodika průzkumu.....	34

4	Vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření	37
5	Diskuze	70
6	Závěr	80
7	Použitá literatura	81
8	Přílohy.....	85

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?.....	37
Tabulka 2 Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	38
Tabulka 3 Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	39
Tabulka 4 Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?.....	40
Tabulka 5 Jak moc Vás baví život?	41
Tabulka 6 Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	42
Tabulka 7 Jak dobře jste schopen/a se soustředit?.....	43
Tabulka 8 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?.....	44
Tabulka 9 Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	45
Tabulka 10 Máte dost energie pro běžný život?	46
Tabulka 11 Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	47
Tabulka 12 Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	48
Tabulka 13 Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?.....	49
Tabulka 14 Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	50
Tabulka 15 Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?.....	51
Tabulka 16 Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	52
Tabulka 17 Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?.....	53
Tabulka 18 Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?.....	54
Tabulka 19 Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	55
Tabulka 20 Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?.....	56
Tabulka 21 Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	57
Tabulka 22 Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	58
Tabulka 23 Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	59
Tabulka 24 Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?.....	60
Tabulka 25 Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?.....	61
Tabulka 26 Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	62
Tabulka 27 Průměrné hodnoty pacientů s diabetem mellitem 2. typu v oblasti „fyzické zdraví“	63
Tabulka 28 Průměrné hodnoty pacientů s diabetem mellitem 2. typu v oblasti „prožívání“	63
Tabulka 29 Průměrné hodnoty pacientů s diabetem mellitem 2. typu v oblasti „sociální vztahy“	64

Tabulka 30 Průměrné hodnoty pacientů s diabetem mellitem 2. typu v oblasti „prostředí“	64
Tabulka 31 Vyhodnocení průměrných hodnot z celkového počtu respondentů dle jednotlivých domén.....	65
Tabulka 32 Pohlaví respondentů.....	66
Tabulka 33 Věk respondentů	66
Tabulka 34 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	67
Tabulka 35 Zaměstnání respondentů	67
Tabulka 36 Rodinný stav respondentů.....	68
Tabulka 37 Délka od diagnostiky diabetu mellitu 2. typu	68
Tabulka 38 Způsob léčby diabetu mellitu 2. typu	69
Tabulka 39 Přehled inzulinu a inzulinových analog.....	86

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADA	Americká diabetologická asociace
BMI	Body Mass Index
CMP	cévní mozková příhoda
COVID-19	koronavirus
ČR	Česká republika
ČDS	Česká diabetologická společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
DIA	diabetické potraviny
DK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
DM1T	diabetes mellitus 1. typu
DM2T	diabetes mellitus 2. typu
DR	diabetologická retinopatie
eGF	vypočtená glomerulární filtrace
EKG	elektrokardiografie
EMG	elektromyografie
EQ-5D	Dotazník Euro Quality of Life, 5 položek
g	gram
HbA1c	hodnota glykovaného hemoglobinu v krvi
HRQOL	Health Related Quality of Life
IDF	Celosvětová diabetologická federace
ICHS	ischemická choroba srdeční
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin

IM	infarkt myokardu
K+C	kultivace+citlivost
M+S	moč+sediment
mg	miligram
mmol/l	milimol na litr
mmol/mol	milimol na mol
mOsm/l	miliosmol na litr
NHP	Nottingham Health Profile
NYHA	New York Heart Association
oGTT	orální glukózový toleranční test
pH	power of hydrogen
SF-36	Short Form 36 Health Subject Questionnaire
SDN	syndrom diabetické nohy
SIP	Sickness Impact Profile
TSH	tyreotropin
USD	americký dolar
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Questionnaire
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF

ÚVOD

Diabetes mellitus (dále DM) je chronické onemocnění, které má celou řadu dopadů na lidský organismus a často bývá spojeno se zvýšenou mortalitou. V tomto případě je velmi důležitý postoj jednotlivce k danému onemocnění (Kvapil, 2012, s. 24–25).

Podle nejnovějších statistických údajů vycházejících z Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR (ÚZIS) vyplývá, že v roce 2017 se počet nově zjištěných pacientů, žijící v České republice snížil na 113 734, což je o 2 043 diagnostikovaných méně než v předchozím roce. Celkový počet osob léčených v roce 2017 na diabetes mellitus 2. typu (dále jen DM2T) je 786 026. Toto číslo je menší než v předešlém roce o 1 298 pacientů (web, uzis.cz, 2018).

Celosvětová diabetologická federace (IDF) k roku 2019 připisuje 463 milionů dospělých, u nichž bylo zaznamenáno onemocnění DM. Lidí s DM2T přibývá téměř ve všech zemích. V roce 2019 bylo dále zjištěno, že zhruba 374 milionů lidí je vystaveno riziku vzniku DM2T (web, idf.org, 2020).

Pojem kvalita života se v České republice dostal do popředí a stal se součástí odborných dialogů psychologů, lékařů, zdravotních sester, zaměstnanců v sociálních službách a dalších odborníků z nejrůznějších odvětví. Na kvalitu života mají lidé nejednotný názor. Koncept kvality života je rozdělen do tří složek, a to na fyzické prožívání, psychickou vyrovnanost a na sociální pozici jedince. Z těchto oblastí vyplývá, že kvalita života je zaměřena na individuální úroveň, prostředí, ve kterém lidé žijí, ale také potřeby každého jedince (Dvořáčková, 2012, s. 56–57).

Bakalářská práce je zaměřena na diabetes mellitus 2. typu. Právě DM2T je velmi důležitý pro obor ošetrovatelství, jelikož pacientů s tímto onemocněním je početně mnoho a v důsledku diabetu vzniká řada chronických a orgánových komplikací. Je považováno za velice nákladné, proto vyžaduje mnoho finančních prostředků, neboť může vést k invaliditě (Janičková-Žďárská, a kol., 2017, s. 15–16). Práce se skládá ze dvou částí – z teoretické a praktické. Praktická část vychází z kvantitativního průzkumu. Data byla získána formou standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Druhá fáze dotazníkového šetření se skládá ze sociodemografických informací o každém pacientovi, které jsou vytvořeny mnou a nejsou součástí dotazníku WHOQOL-BREF.

CÍL PRÁCE

Hlavní cíl

Zhodnocení kvality života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu.

Dílčí cíle

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „fyzické zdraví“.

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „prožívání“.

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „sociální vztahy“.

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „prostředí“.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Tato teoretická část je rozdělena do dvou bloků. První blok je zaměřen na onemocnění DM2T a druhý na kvalitu života obecně. Následně je poukázáno na to, do jaké míry ovlivňuje kvalita života toto onemocnění a jak spolu souvisejí. Všechny bloky jsou psány stručně a uvádí se pouze vytyčené základní koncepty.

Současný stav poznání

Současný stav poznání se zabývá determinanty kvality života v souvislosti s DM2T ve městě Ardabilu, které se nachází na severozápadě Íránu. Tato studie měla za cíl zjistit dimenzi kvality života související se zdravím a faktory vztahující se k DM2T, které jsou doporučeny diabetologickou klinikou v Ardabilu. Studie, která se tímto zabývala, měla k dispozici 300 respondentů. Data byla shromážděna prostřednictvím dotazníku WHOQOL-BREF. Nejvyšší skóre bylo v souvislosti s enviromentální doménou a nejnižší s dimenzí sociálního zdraví (Morteza et al., 2016). Další studie zabývající se kvalitou života u pacientů s DM2T probíhala v severozápadní Etiopii. Této studii se zúčastnilo 344 respondentů, kteří za jednu z nejlépe hodnocených oblastí zvolili doménu s názvem „sociální vztahy“ (Reba et al., 2018). V českém jazyce se kvalitou života u pacientů s DM2T zabývá ve své bakalářské práci Hana Lajzová (2015). Průzkumu se účastnilo 100 respondentů, kdy výsledky byly vyhodnoceny pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

1 DIABETES MELLITUS 2.TYPU

Následující text je zaměřen pouze na onemocnění DM2T a to vzhledem k tomu, že cílovou skupinou jsou pacienti s tímto onemocněním.

1.1 Definice a epidemiologie

Diabetes mellitus 2. typu (dále jen DM2T) je označován za různorodé, metabolické a nevléčitelné onemocnění, při kterém dochází k inzulinové rezistenci, čímž je myšleno, že organismus není schopen fyziologicky využít glukózu. Vlivem inzulinové rezistence dochází k poklesu funkčnosti beta buněk, což vede k nedostatku inzulinu v těle. Důsledkem je zvýšená hladina cukru v krvi neboli hyperglykémie (Olšovský, 2018, s. 10–15).

Podle nejnovějších statistických dat zaznamenaných v ÚZIS k roku 2018 se v České republice vyskytuje 786 026 osob, kterým byl diagnostikován DM2T (web, uzis.cz, 2018). Počet jedinců s DM2T roste, a tím dochází k rozvoji komplikací. Obyvatelstvo tvoří značnou část diabetiků, u kterých dojde k diagnostice náhodně, či při vyšetření přidruženého onemocnění. Časně

stanovená diagnóza, vhodné léčebné postupy a vyhledávání komplikací DM vedou k efektivním terapeutickým postupům (Škrha a kol., 2020, s. 1). K roku 2017 se udává 96 445 jedinců s onemocněním DM2T, léčených na diabetickou nefropatii, ale také 79 256 pacientů kteří jsou léčeni na diabetickou retinopatii a byl jim diagnostikován DM2T. Též se k tomuto roku připisuje 36 452 pacientů s DM2T, kteří jsou postiženi komplikací diabetické nohy (web, uzis.cz, 2018).

Celosvětová diabetologická federace (IDF) k roku 2019 udává 463 milionů dospělých ve věku 20–79 let, kterým bylo onemocněním diabetes mellitus diagnostikováno a z toho zapříčinilo 4,2 milionu úmrtí. V tomtéž roce bylo zjištěno, že 374 milionů lidí je vystavěno riziku vzniku DM2T. Zdravotní náklady v roce 2019 způsobené onemocněním DM byly zaznamenány ve výši nejméně 760 miliard USD (web, idf.org, 2020).

1.2 Klinický obraz DM2T

Klinickým obrazem je myšlen soubor příznaků, které jsou typické pro dané onemocnění. Jedná se především o symptomy, které z počátku zdaleka nemusí poukazovat na onemocnění DM, proto je vždy důležité včas vyhledat lékaře. Jedním z velmi častých příznaků je zvýšená žíznivost a s tím spojený pocit neustupujícího sucha v ústech. Jelikož cukr je propouštěn do moči a váže na sebe vodu, tak tím zapříčiní polyurii (nadměrné močení) a žíznění. Právě zmiňovaná polyurie, která je dalším typickým projevem onemocnění DM2T, může být doplněna o přítomnost nykturie (časté noční močení) či urogenitální infekce. Mezi další příznaky jsou řazeny poruchy zraku a pach z úst po acetonu (Pelikánová a kol., 2011, s. 58–59).

Velmi častou symptomatologií u DM2T je kožní zánětlivé onemocnění spojené s častým svěděním. V souvislosti s přidruženým onemocněním se zde objevují ICHS, ICHDK, ale také CMP a srdeční selhání. Onemocnění DM2T je doprovázené také únavou. Projevit se může nauzeou a úbytkem na váze (Škrha a kol., 2020, s. 2).

1.3 Diagnostika

Podle autora Haluzíka (2018, s. 24) diferenciaci DM2T s charakteristickým průběhem není od ostatních typů diabetu problematické rozpoznat.

V rámci DM2T existuje rozsáhlý rozptyl převažujícího patofyziologického mechanismu i klinických příznaků. Vždy je třeba určit diagnózu, kterou stanovuje praktický lékař za úzké spolupráce diabetologem. K potvrzení diagnózy je třeba postupovat dle následujících kroků:

- Výskyt klinických příznaků spolu s náhodnou glykemií je vyšší než 11,0 mmol/l a hodnota glykémie v žilní plazmě nalačno je též vyšší než 7,0 mmol/l

- Pokud se u pacienta neprojevují žádné klinické projevy, tak hodnota glykémie v žilní plazmě nalačno je opětovně vyšší než 7,0 mmol/l. O tomto případě se mluví pouze tehdy, kdy lačnění dané osoby je alespoň 8 hodin.
- Zjištění glykémie za 2 hodiny při oGTT je vyšší či rovné 11,1 mmol/l, pouze tehdy, když glykémie nalačno byla pod 7,0mmol/l (Škrha a kol., 2020, s. 3).

Pro toto onemocnění jsou stanovené určité terapeutické cíle, což je hladina glykémie a s ní spojená dispenzarizace jedinců, ale také glykovaný hemoglobin, které jsou popsány níže a jsou chápány jakožto dva velmi důležité diagnostické parametry pro kompenzaci diabetu.

1.3.1 Hodnota glykémie

K diagnostice pacienta s onemocněním DM se používá již zmiňovaná hodnota glykémie (zjišťuje hladinu cukrů v krvi), která se určuje z kapilární krve nebo v žilní plazmě (Janičková-Žďárská a kol., 2017, s. 34). Autoři Lebl a kol. (2015, s. 15) uvádějí, že: „*U zdravého člověka glykémie neklesne pod 3,3 mmol/l a nalačno nestoupne přes 5,5 mmol/l.*“ Dispenzarizace pacientů dle následujících kritérií:

- a) Součástí prevence u pacientů, kteří nespádají do skupiny rizikových jedinců, ale jejich věk dosáhl 40 let, je vyšetření doporučováno jednou za 2 roky.
- b) Osobám se zvýšeným rizikem, vycházejícím především z klinických příznaků, by se měl odběr glykémie kontrolovat alespoň 1x ročně.
- c) U pacientů, kteří mají jasné příznaky, je třeba vyšetřit hodnotu glykémie ihned.

(Janičková-Žďárská a kol., 2017, s. 34).

1.3.2 Orální glukózový toleranční test (oGTT)

Podle autora Průši (2012, s. 5): „*Tento test slouží k vyšetření poruch metabolismu glukózy, kdy koncentrace glukózy je mezi hodnotami vylučujícími nebo naopak potvrzujícími diabetes*“. Orální glukózový toleranční test je indikován, pokud je hladina glykémie nalačno nižší než 5,6 mmol/l, nebo naopak vyšší než 7,0 mmol/l. Test spočívá při běžných podmínkách v tom, že se nemocnému podá 75 g glukózy do roztoku s vodou orálním způsobem. Při tomto testu je rozhodující hodnota glykémie ve druhé hodině již zmíněného testu. Pokud je hladina glykémie vyšší než 11,1 mmol/l, tak je lékařem diagnostikován DM. V případě, že se hodnoty pohybují v rozmezí od 7,9–11,1 mmol/l jedná se o poruchu glukózové tolerance. Nález glykémie v hodnotách 5,6–6,9 mmol/l se nazývá prediabetes. Při hodnotách pod 5,6 mmol/l se vylučuje DM. Americká diabetologická asociace (ADA) doporučuje znát číselný údaj glykovaného

hemoglobinu (HbA1c), kdy hodnota nad 6,5 % neboli 48 mmol/mol je předurčena k diagnostikování DM (Olšovský, 2018, s. 21–22).

1.3.3 Doporučená vyšetření ve chvíli stanovení DM2T

Poté, co dojde k diagnostice onemocnění DM, je třeba vykonat komplexní vyšetření pacienta. Lékař získá potřebná anamnestická data, která jsou zaměřena na symptomy, rizikové faktory, dietní zvyky, fyzickou činnost, přidružená onemocnění spojená s komplikacemi diabetu, ale také gestační a rodinnou anamnézu. Následně se zaměří na fyzikální vyšetření, do kterého spadá především tělesná hmotnost, výška, BMI, fyziologické funkce. Dalším krokem může být doplnění o vyšetření tepen na DK, očního pozadí, štítné žlázy, EKG či kompletní neurologické zhodnocení pacienta. V neposlední řadě lékař indikuje laboratorní vyšetření, skládající se z odběru venózní krve: glykémie (nalačno/po jídle), glykovaný hemoglobin, lipidy, minerály, kreatinin, kyselina močová v séru, jaterní testy, C-peptid, který se vyšetřuje pouze, pokud není jisté rozlišení diabetu, ale také hormon TSH, pokud je podezření na tyreopatii. Dále se provádí odběr moči na M+S a K+C, kde se zjišťuje přítomnost cukru, bílkoviny, ketonu a albuminurie. V úplném závěru dojde ke stanovení léčebného plánu (Haluzík 2018, s. 19–20).

1.4 Terapie DM2T

Léčebný režim je nedílnou součástí každého onemocnění. U DM2T se dělí na nefarmakologickou léčbu, kam je řazen dietní režim a fyzická aktivita. Druhou skupinou je farmakologická léčba, do které spadá užívání perorálních antidiabetik a terapie inzulinem. V neposlední řadě u obézních pacientů může být jedním z řešení chirurgická bariatrická metoda, která vede ke zlepšení kompenzace DM (Škrha a kol., 2020, s. 9).

1.4.1 Nefarmakologická léčba

Dietní a pitný režim

Autorka Jirkovská a kol. (2014, s. 69) uvádí: „*Dieta je nezbytnou součástí všech dalších léčebných postupů, včetně léčby perorálními antidiabetiky, intenzivním inzulinovým režimem, včetně inzulinových pump apod*“. Dietní opatření je doporučeno z důvodu ustálení nebo redukce hmotnosti. Prvním krokem je zhodnocení stavu výživy pacienta nutričním terapeutem za úzké spolupráce rodiny, vyžadující aktivní edukační činnost, a následné stanovení dietního plánu. Dietní doporučení je vždy individuální a berou se v potaz různé aspekty člověka. Poté, co je diagnostikováno onemocnění DM, se doporučuje návštěva nutričního terapeuta, cca 1x za měsíc v průběhu prvního půlroku od stanovení diagnózy a následně alespoň 1x za rok (Jirkovská a kol., 2014, s. 69–70).

Diabetická dieta je považována za racionální dietu, a proto je třeba nahrazovat volné sacharidy složenými. Zaměřuje se na kritéria, jako jsou tuky, energie, sacharidy a bílkoviny. Je doporučeno konzumovat především rozpustnou vlákninu, minerály, vitamíny, ovoce, zeleninu, luštěniny, celozrnné těstoviny, hnědou rýži a pekárenské produkty. Z tuků jsou preferovány omega-3 polynenasycené mastné kyseliny, mezi které patří rybí produkty a rostlinné oleje (Olšovský, 2018, s. 31–32). U pacientů s onemocněním DM se upřednostňují nízkenergetické produkty. Dalším velmi důležitým konceptem při léčbě DM je pitný režim, který je nezbytný pro celou populaci. Je třeba vybírat správný druh tekutin. Za vhodnou volbu jsou považovány především neslazené minerální vody, bylinné čaje či diabetické nápoje. Je nutné věnovat zvýšenou pozornost konzumaci alkoholických nápojů, které nejsou zcela zakázány, ale mají určitá rizika, jež je nutné před požitím znát: pokud je osoba před konzumací alkoholu nalačno, je možné, že nastane hypoglykemický stav, kdy injekce glukagonu nemusí být účinná. Dalším rizikem požití alkoholu jsou atypické projevy, které vznikají v opilosti a jsou velmi podobné projevům při hypoglykémii. Vždy je třeba brát v potaz, aby nedošlo k záměně těchto stavů. V důsledku častého užívání alkoholu dochází ke zvyšování hmotnosti, hypertenzi a zvyšování neutrálních tuků v krevním oběhu (hypertriglyceridémii). Nadměrné množství alkoholických nápojů způsobuje poškození nervů až neuropatii, těžkou hypoglykémii, dokonce může dojít až k dysfunkci jater (Jirkovská a kol., 2014, s. 89–91).

Speciální potraviny pro diabetiky

Česká diabetologická společnost (ČDS) z roku 2012 charakterizuje speciální „dia“ výrobky následovně: *„Mnoho speciálních „dia“ výrobků obsahuje zvýšené množství tuků a energie, jejich soustavná spotřeba může naopak škodit ve formě nedodržování všech zásad diabetické diety, a proto se označení „dia potraviny“ paušálně neodporučuje.“* Podstatné je vždy označení potravin s náležitými informacemi, které jsou důležité k usměrňování výživy každého jedince, zejména množství energie, ale také poměr jednotlivých živin. Je nutné, aby potraviny na etiketách byly čitelné, jelikož pacienti s DM mají velmi často zrakové komplikace. Autorka Jirkovská a kol. (2014, s. 89) uvádí: *„Všechny dia výrobky z mouky (např. sušenky, oplatky) obsahují cukr ve formě škrobu, a to i když jsou slazeny náhradním sladidlem.“* Pokud na obalu není uveden poměr sacharidů, je nutné si uvědomit, že polovinu hmotnosti výrobku představují sacharidy (Jirkovská a kol., 2014, s. 88–89). Dle vyhlášky 23/2001 Sb. už není možno označit potraviny jako „DIA“. Z novelizované vyhlášky 54/2004 Sb., o potravinách pro zvláštní výživu a o způsobu jejich použití, byl vypuštěn paragraf 21 (označení potravin na obalu jako potraviny vhodné pro diabetiky) (ČR, 2001; ČR, 2004).

Fyzická aktivita

Fyzická aktivita je velmi důležitou součástí léčby DM2T. Aby došlo ke zvolení správného druhu pohybové aktivity, musí se přihlížet na zdravotní stav pacienta. Důležitým stanoviskem pro volbu pohybové činnosti je věk a zdravotní stav jedince. Pro onemocnění DM2T jsou typické komplikace, které ovlivňují intenzitu a druh fyzické aktivity. Pohyb má dobrý vliv na inzulinovou rezistenci ve tkáních, snižování dávky inzulínu a na hodnoty krevního tlaku. Dále dochází k úbytku na váze, kdy obezita je hlavním charakteristickým znakem již zmiňovaného onemocnění. Pohyb zlepšuje kompenzaci diabetu, a tím předchází vzniku diabetických komplikací. Důležitá je pravidelnost pohybu, alespoň 3x týdně po půl hodině. Doporučuje se např. chůze v tempu, jízda na kole, plavání, bruslení, lyžování atd. Fyzická aktivita zlepšuje onemocnění DM2T, také dokáže navodit pocit relaxace, spokojenosti, snižuje stresové napětí, zlepšuje celkový psychický stav jedince a má pozitivní vliv na kvalitu spánku (Psottová, 2012, s. 32–34).

1.4.2 Farmakologická léčba

Perorální antidiabetika

Farmakologická léčba započne tehdy, když se prokáže diagnóza DM. V současnosti se využívají antidiabetika, která nejenže snižují hladinu cukru v krvi, ale také hladiny HbA1c. U obézních pacientů by měla být upřednostňována antidiabetická léčba, která pozitivně ovlivňuje tělesnou hmotnost jedince, a zároveň je důležitá postprandiální glykémie, která má vliv na kompenzaci DM. U každého pacienta, u kterého byla zahájena antidiabetická léčba, se hodnotí subjektivní snášenlivost a vedlejší účinky. Nejvíce podávaným lékem je metformin. Denní dávka je maximálně do 3 000 mg. Pokud dojde k masivnímu renálnímu selhání, kdy hodnoty eGF jsou pod 0,5 ml/s, je metformin kontraindikován, proto jsou důležité pravidelné kontroly ledvinných funkcí. Pacienti, kterým bylo diagnostikováno chronické srdeční selhání, využívají lék metformin pouze tehdy, pokud se u nich neprojevuje klasifikace dušnosti NYHA ve III. a IV stupni. Jestliže nedojde k dosažení potřebné kompenzace diabetu při léčbě metforminem, je třeba doplnit terapii o další antidiabetikum, ale s rozdílným mechanismem účinku. Ostatní antidiabetika se využívají pouze v případě, kdy je u pacienta prokázána nesnášenlivost na metformin nebo jeho stav zpočátku vyžaduje zahájit léčbu inzulínem. Od počátku diagnózy DM by mělo nastat po 3 měsících zhodnocení stavu. Nedojde-li do půl roku k docílení požadované kompenzace diabetu, je nutné vybrat jednu z možností kombinované léčby perorálními antidiabetiky nebo také inzulínem. Cíle léčby jsou vždy individuální vzhledem ke stavu jedince a k přidruženým onemocněním (Škrha a kol., 2020, s. 5–6).

Jirkovská a kol. (2014, s. 116–117) uvádí, že: „*Perorální antidiabetika, která jsou u nás k dispozici, se stále rozšiřují o další účinné látky s různými mechanismy účinku.*“ Přehled ostatních skupin perorálních antidiabetik: thiozolidindiony (Actos, Pioglitazon), deriváty sulfonylurey (Amaryl, Glucobene, Glyclada, Oltar), glinidy (Enyglid, Novonorm), inkretiny (Galvus, Januvia, Trajenta, Victoza), inhibitory alfa-glukosidáz (Akarboza Mylan, Glucobay) a glifloziny (Forxiga).

Inzulinoterapie

Léčba inzulinem se zahajuje u DM2T tehdy, kdy terapeutický efekt perorálními antidiabetiky nebo jejich kombinací není dostačující. Též se započíná v případech, kdy je léčba kontraindikována. Jestliže se nevyskytnou kontraindikace, vždy se kombinuje aplikace inzulinu společně s užitím metforminu. Jsou upřednostňovány nižší účinné dávky inzulinu. Inzulinovou léčbu, druh inzulinu a jeho množství by měl vždy určovat diabetolog (Škrha a kol., 2020, s. 8).

Inzulin má velký podíl na celý organismus, především na metabolismus. Inzulinová rezistence vzniká ve svalové, jaterní a tukové tkáni. Může být ovlivněna hormonálními a metabolickými změnami. V jednotlivých částech plní odlišnou funkci. Ve svalové tkáni dochází ke sníženému vychytávání glukózy, a tím dojde k poklesu látkové přeměny. Jaterní tkáň nedokáže dostatečně potlačit novotvorbu glukózy, kdy játra tvoří glukózu. I v tom případě, že hladina cukru v krvi je vyšší, než by měla být norma, tak v tukové tkáni dochází k poklesu citlivosti na inzulin vedoucí k nadbytečnému uvolňování mastných kyselin. Tímto dojde k chronicky vyšším hladinám v oběhu. Na tvorbě glukózy má podíl taktéž zvýšená hladina glukagonu. Tento hormon má za úkol tvorbu glukózy vyrovnávat (Haluzík, 2018, s. 13–14).

V České republice existují různé druhy inzulinů, které se dělí na humánní a analoga. Jejich přehled a využití jsou uvedeny v Příloze A.

1.5 Komplikace DM2T

Proto, aby se předešlo komplikacím u DM, je třeba udržovat hladinu cukru v krvi v normě. Optimální hladina glykémie v lidském těle by se měla pohybovat v rozmezí 4,5–7,5 mmol/l. Při jakémkoliv poklesu či nárůstu se jedná o život ohrožující stav, kdy je nutné bezodkladně vyhledat odbornou pomoc. Následující podkapitoly jsou zaměřeny na dva bloky, a to na komplikace akutní a chronické (Psottová 2012, s. 83–84).

1.5.1 Akutní komplikace

Do této skupiny patří hypoglykémie, hyperglykémie, s tím spojené hyperglykemické (hyperosmolární) kóma a diabetická ketoacidóza, která se vyskytuje pouze při onemocnění diabetes mellitus 1. typu (dále DM1T). Tyto komplikace mají kratší časový úsek a vyžadují neodkladnou léčbu (Psottová 2012, s. 83–84).

Hypoglykémie

Jedná se o patologický stav, kdy dochází ke snížené hladině cukru v krvi pod hodnotu 3,3 mmol/l v kapilární plazmě. Nejčastější příčinou hypoglykémie je nadměrná fyzická aktivita, vynechaná pravidelnost stravy, nesprávně zvolená dávka inzulínu, zvýšená dávka perorálních antidiabetik, která způsobují hypoglykémii, nebo také nadměrné množství alkoholu. Následkem hypoglykémie je zhoršená pohyblivost a ztráta koordinace, která velmi často způsobuje pád jedince. Další komplikací, kterou může vyvolat hypoglykémie, je porucha vědomí, kdy může dojít k nevratnému poškození mozku a v nejzávažším případě nastane náhlá smrt (Pelikánová a kol., 2011, s. 348–353). Při jakémkoliv příznaku naznačujícím sníženou hladinu cukru v krvi je nutné, aby pacient měl v dosahu 10–20 g cukru, tím je myšleno 2–3 kostky cukru, sklenku sladkého nápoje, sušenku nebo čistou glukózu. Pokud symptomy neustoupí do 15 minut, je třeba vyhledat lékařskou pomoc. V obtížných případech se ve zdravotnickém zařízení podává glukóza intravenózně nebo glukagon intramuskulárně (Perušičová, 2012, s. 99).

Autoři Lebl a kol. (2015, s. 44) rozdělují hypoglykémii do tří stupňů podle poklesu hladiny glykémie:

Mírná hypoglykémie

Mírný stupeň hypoglykémie koresponduje hodnotám glykémie 3–4 mmol/l. Projevují se příznaky fyzického rázu, především tremor, nadměrné pocení a známky bledého zbarvení kůže. V tomto případě se léčba započíná podáním sacharidů do stravy jedince a ve většině případů dochází k efektu bez lékařské pomoci.

Střední těžká hypoglykémie

Při přechodu do tohoto stupně se pohybuje hladina glykémie v rozmezí hodnot 2–3 mmol/l. Symptomy jsou jak fyzického, tak nervového charakteru. K léčebnému efektu dochází podáním sacharidů do nápoje, což je upřednostňováno před podáním do stravy. V tomto stupni hypoglykémie bývá vyhledána pomoc z okolí.

Těžká hypoglykémie

V nejzávažnějším stupni dochází k poklesu hodnot glykémie pod 2 mmol/l. Nejhojnější je výskyt nervových příznaků, kdy mozkové buňky vykazují nedostatek glukózy, a dochází tak ke ztrátě

vědomí, či dokonce může nastat bezvědomí doprovázené křečemi. V tomto případě se dostaví hlavní terapeutický účinek až po podání glukagonu intramuskulárně.

Hyperglykémie

Při jakémkoliv příznaku naznačujícím hyperglykémii neboli zvýšenou hladinu cukru v krvi nad 12 mmol/l se jedná o stav, který spadá taktéž mezi závažné komplikace DM. Tento stav může být svými příznaky pro člověka lehce přehlédnutelný. Pokud dojde k rychlému a prudkému nárůstu hladiny glykémie, je nutné bezodkladně vyhledat specialistu. Příčinou hyperglykémie je ve většině případů nedostatečná dávka inzulínu či nedodržení dietního opatření. Symptomy, které postihují jedince s hyperglykemií, jsou nadměrná žíznivost, sucho v dutině ústní, opocená kůže a polyurie, která zapříčiní velké ztráty tekutin v těle (Psottová, 2012, s. 85–86). Druhotnými a zároveň méně častými projevy jsou infekce močových cest, celková zhoršená výkonnost, ale také kožní onemocnění. V důsledku vysokých ztrát tekutin z těla a nadměrné žíznivosti je velmi důležitý pitný režim, ve kterém jsou upřednostňovány minerální vody. Nezbytné jsou kontroly hladiny glykémie v pravidelných časových intervalech (Jirkovská a kol., 2014, s. 67–68).

Hyperglykemické (hyperosmolární) kóma

Tento stav znamená akutní metabolický rozvrat, který je charakterizován výraznou hyperglykemií (často i nad 50 mmol/l), vysokou osmolaritou plazmy (nad 320 mOsm/l), minimální nebo negativní přítomností ketolátek v moči a normální či jen lehce sníženou hodnotou bikarbonátu v plazmě (pod 18 mmol/l) (Šmahelová, Lásticová, 2011). Při této akutní komplikaci velmi často vzniká ledvinové selhání, až zde obvykle dochází k poruchám vědomí. Hospitalizace vyžaduje vždy intenzivní péči. Jako příčina vzniku se uvádí nízký příjem tekutin při osmotické diuréze vyvolané hyperglykemií, dále cerebrovaskulární a kardiovaskulární příhody, infekční onemocnění, psychické a sociální poruchy. Může vzniknout při zákrocích, které mají vliv na osmolalitu krve, a tím je enterální a parenterální výživa nebo také dialýza. Jedním z nejdůležitějších kroků při zahájení léčby je zajištění intravenózního příjmu tekutin, zejména jde o náhradu ztraceného kalia, a měla by být také zahájena inzulinoterapie. Vyskytují se komplikace, jako jsou arytmie, akutní renální selhání, trombotické poruchy a infekce. V konečné fázi může dojít k úmrtí. (Pelikánová a kol., 2011, s. 369–371)

Diabetická ketoacidóza

Komplikace, která se vyskytuje převážně u DM1T. Vzniká nedostatečnou produkcí inzulínu a zároveň vyšší tvorbou kontraregulačních hormonů. Vyznačuje se metabolickou acidózou (zvýšené množství kyselin v krevním prostředí, což zapříčiní pokles pH krve), kdy dojde k nárůstu míry ketolátek (Pelikánová a kol., 2011, s. 362–363).

1.5.2 Chronické komplikace

Pro předcházení chronických komplikací je důležitá kompenzace diabetu. Nezbytnou složkou pro správné vyrovnaní hladiny glykémie je vhodně stanovená léčba pacientů s DM2T kvalifikovaným zdravotnickým personálem. Dalším faktorem pro snížení rizik chronických komplikací je trvalé dodržování dietního režimu, především je důležité dbát na preventivní opatření. U pacientů, kteří jsou léčeni na DM je nutnou složkou dodržovat správnou životosprávu, tím je myšlena pravidelná fyzická aktivita a úplné vynechání tabákových výrobků. Příčinou chronických komplikací jsou dlouhotrvající hyperglykémie, které způsobují poškození cév. Pokud dojde k poškození drobných cév, vytvoří se tzv. mikroangiopatické změny, následkem čehož může dojít k poškození ledviny, očí a dolních končetin. Jestliže dojde k poškození velkých cév, tzv. makroangiopatickým změnám, způsobujícím rozvoj aterosklerózy, která je původem pro řadu onemocnění, především pro vznik ICHS, ICHDK, CMP a IM. Proto by každá osoba, které byl diagnostikován DM, měla docházet na pravidelné kontroly do diabetologické ambulance (Psottová, 2012, s. 83, 104).

Diabetická nefropatie

Nefropatie je renální chronické onemocnění ledvin. Typickými znaky je bílkovina v moči, zvýšený krevní tlak a snížená činnost ledvin. Poslední a zároveň velmi progresivní fází diabetické nefropatie je ledvinové selhání, u něhož je v konečném stádiu charakteristická urémie, což je nadměrné hromadění dusíkatých látek v organismu. Hlavním faktorem pro diagnostiku diabetické nefropatie je albuminurie. Stanovuje se pomocí 8 – 24hodinového sběru moči, podle kterého dojde k určení poměru koncentrací albuminu a kreatininu v moči. Následně se provádí celkové vyšetření ledvin nefrologem. Pokud se prokáže přítomnost albuminu v moči, stanoví lékař léčebnou terapii příslušnými antihypertenzivy. Cílem léčby je především udržet v největším rozsahu normotenzi a vhodně zvolit antidiabetickou léčbu. V nejzazším případě je pacientovi indikována hemodialýza či transplantace ledvin. Při renálním selhání by měl každý pacient preferovat nízkobílkovinnou dietu (Janíčková-Žďárská a kol., 2017, s. 73–76).

Diabetická neuropatie

Tato chronická komplikace je považována za nejčastější periferní neuropatii na světě. Projevuje se poruchou periferních nervů v důsledku snížené metabolické funkce vyskytující se u osob s DM. Ke klasifikaci daného onemocnění dochází v neurologickém zařízení pomocí elektrofyziologických testů, především EMG (elektromyografie) a pomocí sdělených a viditelných symptomatologií ze strany pacienta. Rizikové faktory, které mají podíl na vzniku neuropatie a dají se částečně či plně ovlivnit, jsou hyperglykémie, hyperlipidémie, zvýšený

krvní tlak, konzumace alkoholických nápojů, užívání tabákových výrobků a toxických látek, ovlivňujících činnost nervové soustavy a způsobujících nedostatky vitamínu B12. Mezi neovlivnitelné faktory patří věk, výška, pohlaví, dědičnost a délka stanovení diagnózy DM. Klinický obraz se skládá z mnoha charakteristických znaků, především z neuropatické bolesti, která se projevuje nejčastěji v nočních hodinách. Může být spontánní či vyvolaná určitým podnětem a bývá velmi často narušena chůzí. Doprovodnými symptomy jsou také znaky senzitivní, kam patří porucha citlivosti a koordinace, nebo naopak přecitlivění, ale také mravenčení či bolestivost. Mezi méně časté příznaky patří např. nevolnost, zvracení, bolest břicha, pocit neúplného vyprázdnění močového ústrojí, poruchy srdeční frekvence a nadměrné pocení v oblasti hlavy a krku. Diabetickou neuropatii lze částečně potlačit užitím preparátu kyseliny thioctové a vhodnou aplikací vitaminů B. Současně s touto léčbou se doporučuje podávat také antidepresiva, antikonvulziva, popřípadě opioidy (Perušičová, 2012, s. 106–110).

Diabetická retinopatie (dále DR)

DR je chronické makroangiopatické onemocnění objevující se u jedinců s onemocněním DM. Retinopatie je velmi vážné onemocnění, které má dopad na kvalitu zraku, při kterém může dojít až k úplné ztrátě zraku. Dochází k poruše kapilár v sítnici s následným poklesem perycitů, což jsou buňky, které jsou hojně obepnuty krevními cévy. Projevuje se uzavřením kapilár, rozšířením a novotvorbou cév. Diabetická retinopatie se klasifikuje do čtyř následujících skupin:

- neproliferativní retinopatie – vyznačuje se malými aneurysmaty, krvácivými projevy uvnitř sítnice, flebopatií a zánětlivým výpotkem,
- preproliferativní retinopatie – pro tuto skupinu je charakteristický měkký zánětlivý výpotek,
- proliferativní retinopatie – zde dochází k nové tvorbě cév,
- diabetická makulopatie – vyznačuje se otokem retiny, kde dochází ke shromažďování proteinů a lipidů ve tvaru zánětlivých výpotků (Perušičová, 2012, str. 104–105).

Základní vyšetřovací metody používající se pro určení diagnózy DR se nazývají: vyšetření ostrosti zraku na blízko a na dálku, vyšetření pohyblivosti a rovnovážnosti očních bulv, zjištění, zda se objevuje dvojité vidění. Dalšími speciálními metodami sloužícími k průkazu DR jsou oftalmoskopie, perimetrie, tonometrie, elektroretinografie, sonografie a stereofotografie. Léčba se zaměřuje, jako v předešlých případech, na stabilizaci krevního tlaku, další důležitou součástí je pravidelná kontrola glykemických hodnot. Nelze vynechat také aktivní screening sítnice a zvolit vhodnou oftalmologickou léčbu (Pelikánová a kol., 2011, s. 418–421).

Syndrom diabetické nohy

Česká diabetologická společnost ČLS JEP definuje syndrom diabetické nohy (dále jen SDN) následovně: „*Infekce, ulcerace nebo destrukce tkání nohou (tj. struktur pod kotníkem) u diabetiků asociovaná s diabetickou neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin.*“ Hlavními faktory, které se podílejí na vzniku diabetické nohy, jsou diabetická neuropatie, diabetická angiopatie, infekce a snížená mobilita kloubů. Neuropatie končetiny jsou jak senzorycké, tak autonomní, způsobují poruchu citlivosti v oblasti chodidla a významně se podílejí na vzniku deformit. Tyto činitele přispívají ke zvýšení plantárního tlaku, třecích sil a ke kapilárním poruchám toku krve. V důsledku těchto patogenetických faktorů dochází k poklesu oxygenace, která způsobí vznik ulcerací. Ulcerace jsou vyvolány otlaky v oblasti nohy, nevhodnou obuví, mikrotraumaty, dekubity, prasklinami, plísňovým a zánětlivým onemocněním prstů končetin. Pacient je při diagnostice SDN předán do podiatrické ambulance, kde se podrobí podiatrické anamnéze. Každý jedinec s diagnózou SDN by měl dodržovat určitá preventivní opatření, a tím je přiměřená tělesná teplota nohou, vhodná obuv s pevnou a rovnou podrážkou, kdy bývá upřednostňována kožená obuv fixující nohu po celé délce a šířce. Prostor, ve kterém se noha nachází, neobsahuje žádná cizí tělesa a ostré předměty (Jirkovská a kol., 2016, s. 1–8).

1.6 Edukace diabetiků

Obohacuje pacienty o znalosti dané problematiky a podporuje samostatnost pacienta. Edukace je velmi důležitá pro zdárnou léčbu, jelikož velmi často dochází ke kompenzování diabetu pacientem samotným. Náplň edukace spočívá v pochopení principu DM a jeho léčby. Jedinec užívající perorální antidiabetika by se měl zaměřit na to, zda dochází v plném rozsahu k využití terapeutického účinku. Nezbytné jsou také pravidelné kontroly glykemických hodnot a dalších měřítek, která směřují k následnému zhodnocení výsledků. Dále do edukace spadá rovněž preventivní opatření, zjištění a léčba komplikací DM, ale také návštěva nutričního terapeuta. Každý jedinec by měl do své životosprávy zapojit pohybovou aktivitu. Na závěr dojde k posouzení psychologického a sociálního stavu, v případě výskytu problematiky se stanoví postup, jak docílit změn v daných oblastech (Jirkovská, Kvapil, 2012, s. 59–61).

2 KVALITA ŽIVOTA

Druhý blok bakalářské práce je zaměřen na kvalitu života a jeho problematiku.

2.1 Historie kvality života

Již ve starověkém Řecku a Římě začala vznikat mytologie o kvalitě života, která byla spojována především s bytostmi, jako je Asclepius a Aesculapus. Samotné vymezení pojmu se uvádí až ve 20. letech 20. století, a to ve spojení s ekonomickým rozmachem a funkcí státu. Posuzován byl především vliv státních dotací a celkový vývoj finančních prostředků. Zlom nastal koncem 30. let, kdy Thorndike uvedl kvalitu života do psychologického oboru. V následujících letech byl především v zájmu politického a materiálního života. V 60. letech byl koncept kvality života reprezentován prezidenty Ameriky J. F. Kennedym a L. B. Johnsonem a čím dál více byla kvalita života chápána jako nemateriální rozměr života. V 70. letech došlo ke zvratu, vymezení pojmu se dostalo do oboru sociologie a uskutečnil se první výzkum v oblasti kvality života za účelem zjistit, jak lidé líčí svůj život ve spojitosti s jeho kvalitou. Mnohokrát se dostávalo do popředí žít jiným způsobem než lepším. V tomtéž roce se také kvalita života začala objevovat v medicínských oborech. V 80. letech se tento pojem dostal do oblasti sociální psychiatrie, kde se podrobněji rozebíral. Kvalita života byla v této etapě chápána jako měřítko pro hodnocení životní úrovně v populaci, ale zároveň se začala více propagovat koncepce kvality života, která se opírá o subjektivní vnímání a hodnocení vlastního života. V 90. letech, především v jejich druhé polovině došlo k největšímu rozvoji, hojně se začaly používat výzkumy kvality života, které byly směřovány zejména na způsob života a hodnotové zaměření (Heřmanová, 2012, s. 13–17).

2.2 Vymezení pojmu kvality života

Koncept kvalita vyjadřuje jakousi hodnotu, která je relativní, protože je ztvárněna kvalitativními a kvantitativními ukazateli. Nejčastějším předmětem hodnocení kvality života je individuální život. Celý pojem kvality života vyjadřují kladná a záporná hlediska života. Pojem „kvalitní“ je spojován s přídavným jménem „dobrý“. Měření kvality života vychází ze srovnávání různých „životů“, které vystupují z toho, co je pro každého jedince důležité. Z toho vyplývá, že se jedná o termín, který nemá přesně stanovenou definici a je formální, hypotetický a velmi individuální. Problematika kvality života se zjišťuje v různých vědních oborech, jako je medicína, ošetřovatelství, filozofie, ekonomie, sociologie, psychologie, pedagogika atd. (Gurková, 2011, s. 21–23). Ve spojitosti s kvalitou života se zabýváme otázkami, jež nám pomáhají zjistit, zda se cítíme být ve vlastním životě užiteční, jak je to s mírou naší osobní svobody a jestli pocítujeme

spokojenost (Gurková, 2011, s. 34). Autorka Dvořáčková (2012, s. 57) dále uvádí: „*Jestliže hovoříme o kvalitě života jako o mnohorozměrném fenoménu, můžeme hovořit o rozměru materiálním (biologický, neurofyzilogický, ekonomický), duchovním (etický, estetický), společenském a individuálním.*“ V reálném životě se stává, že některý z těchto rozměrů může být potlačený, a naopak jiný může převyšovat ostatní (Dvořáčková, 2012, s. 56–57). Ve zdravotnickém zařízení je pojem kvalita života směřován na poskytovanou péči zdravotním personálem každému pacientovi a na jednotlivé zdravotnické programy, kde se mezi významné životní domény řadí: bytí (being-who I am), přílnutí (belonging – napojení na vlastní prostředí) a realizace (becoming – dosahování cílů a nadějí) (Payne, 2005, s. 207–209).

2.3 Přístupy vyskytující se v konceptu kvality života

Při měření kvality života jsou významné dva přístupy:

První přístup – „*kvalita života jako konstrukt na úrovni celé populace*“, vystupuje do popředí svoji usilovnou snahou vytvořit generické definice v oblasti kvality života, které budou použity na lidské obyvatelstvo ve smyslu jako celek. Součástí tohoto přístupu je porovnání objektivních indikátorů kvality života mezi dílčími společnostmi např. pomocí Indexu lidského rozvoje (Human Development Index).

Druhý přístup – „*kvalita života jako individuální konstrukt*“, je zaměřen na specifické pojetí kvality života každého jedince, např. kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life-HRQoL) nebo ve spojení s individuálním pocitem pohody. Jedná se především o životní situace vzhledem k současnému zdravotnímu stavu jedince (Gurková, 2011, s. 24–25).

V souvislosti s rozvojem kvality života se charakterizují tři konceptualizační a metodologické přístupy k individuální kvalitě života:

Psychologický přístup – v tomto přístupu převládají pojmy, jako je pohoda, štěstí, spokojenost, seberealizace, nalezení smyslu života atd.

Sociologický přístup – do tohoto přístupu se zařazují především sociálně-ekonomické složky, ve kterých se klade důraz na sociální úspěšnost (status, materiální podmínky apod.) a pocit každého jedince ve vztahu k nim.

Medicinský (zdravotnický) přístup – v něm dominuje zdraví a funkční stav jedince (Gurková, 2011, s. 29–30).

2.4 Měření kvality života

Podle autorek Dragomirecké a Bartoňové (2006, s. 10) je kvalita života měřena z následujících hledisek:

- „(1) jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností bariér a zdrojů okolí,
- (2) jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem,
- (3) jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.“

Hlediska náležící prvním ukazatelům jsou pocit bezpečí, vzdělání, pevnost v rodinném kruhu atd., která mohou při nedostatku klesnout pod určitou mez (např. chudoba) a ovlivňovat kvalitu života. Celková spokojenost je přisuzována výsledku hodnot a životní úrovně každého jedince ve všech oblastech, které považuje za podstatné. Pro třetí ukazatel jsou typické různorodé oblasti života. Obvykle do tohoto bodu spadá fyzická aktivita, možnost konat činnosti každodenního života a trávit volný čas, schopnost prožívání a návaznost mezilidských vztahů. Kvalitu života zdravotního stavu jedince, funkční stav a míra postižení se specifikuje jako „health-related quality of life“. WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life) dotazníky z tohoto vymezení vystupují, a to tím, že doplňují objektivní hlediska zdravotního stavu pacienta o deskripci následků nemoci a efekt léčby. Následně dojde ke zhodnocení účinku léčby z pohledu konkrétního jedince, především zaměřením se na chronické komplikace, které nejdou zcela vyléčit. Kvalitu života lze pozorovat na individuální úrovni, která se přednostně zaměřuje na léčebný plán a následné zhodnocení terapeutického efektu, nebo na úrovni skupin pacientů s určitým druhem onemocnění, kde je při měření kvality života hlavním ukazatelem léčebný efekt a dopady léků na organismus. Další úroveň se zabývá populačním šetřením kvality života, která slouží k dispenzarizaci rizikových skupin a zároveň jsou základem pro zahájení preventivních programů a plánování zdravotní a sociální péče (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 10).

Generické nástroje měření kvality života

Jsou to zobecněné nástroje, které se zabývají celkovým stavem pacienta bez ohledu na jeho konkrétní problém vycházející z daného onemocnění.

- SIP (Sickness Impact Profile): tento nástroj vznikl za účelem zhodnotit terapeutický efekt a vliv farmakoekonomie na zdravotní politiku. Skládá se ze 136 položek, které se zaměřují na běžné životní aktivity.
- NHP (Nottingham Health Profile): orientovaný na tělesný, sociální a psychický distress. Tento nástroj je obohacen o prožívání a nezakládá si na početném množství položek, tudíž není tak rozsáhlý.
- WHOQOL-BREF: tento dotazník má uplatnění převážně v klinické praxi. Skládá se z 26 položek, které spadají do čtyř oblastí. Položky jsou hodnoceny v rozmezí od 1 do 5. Čím

vyšší číslo, tím vyšší kvalita v dané oblasti. Dotazník WHOQOL-BREF, který se vyskytuje také v praktické části bakalářské práce, je podrobněji popsán níže.

- SF-36: tento dotazník byl vytvořený za účelem poskytovat hodnocení, do nichž spadají obecné pojmy související se zdravím, které nejsou charakteristické pro žádné onemocnění, věk nebo typ léčebného režimu.
- EQ-5D: je nástroj zabývající se hodnocením zdravotního stavu jak v subjektivní, tak objektivní oblasti. Objektivní část je tvořena pěti položkami. Každá položka je hodnocena dle třístupňové škály – mírné potíže, střední a intenzivní. Výstupem je EQ-5D index určující rozměr kvality života, kdy nejhorší zdravotní stav nabývá hodnoty 0 a nejlepší zdravotní stav hodnoty 1. Subjektivní indikátor začleňuje vizuální analogovou škálu, kde respondent zakreslí svůj subjektivně pocíťovaný zdravotní stav na stupnici, kde platí číslo 0 za nejhorší a 100 za nejlepší zdravotní stav. Výstupem je EQ-5D VAS, zhodnocení subjektivního zdravotního stavu (Gurková, 2011, s. 144–146).

Specifické nástroje měření kvality života

Specifické nástroje se zabývají identifikací činitelů ovlivňujících kvalitu života pacientů a jsou zaměřeny na úzké parametry, které jsou typické pro dané onemocnění. Prostřednictvím těchto nástrojů nelze hodnotit obecné oblasti, jež ovlivňují kvalitu života. Mnohé studie dokazují, že specifické nástroje, které obsahují domény a subškály, vyžadují zvýšenou citlivost měření a mají vyšší diskriminační validitu než u generických nástrojů. Autorka Gurková (2011, s. 149) uvádí: *„Při měření kvality života pacientů se specifickým onemocněním je proto vhodnější využít dostupné specifické nástroje měření kvality života týkající se konkrétního onemocnění.“* (Gurková, 2011, s. 149). Specifické nástroje, které se vztahují k onemocnění DM, jsou uvedeny níže.

Nástroj WHOQOL-BREF

Nástroj WHOQOL-BREF popisují podrobněji z důvodu využití tohoto dotazníku v praktické části bakalářské práce. WHOQOL-100 byl 100položkový instrument, který byl pro klinickou praxi příliš rozsáhlý, proto došlo k jeho nahrazení kratší verzí WHOQOL-BREF, skládající se z 26 položek. Tento dotazník obsahuje 24 položek, které jsou řazeny do čtyř subškál (fyzické, psychologické, sociální oblasti a prostředí) a dvou položek, jež slouží k celkovému hodnocení. Vyšší číslo znamená vyšší kvalitu života v jednotlivé oblasti. Výsledky zhodnocení WHOQOL-BREF dotazníku se označují jako doménové skóry, které zaznamenávají průměrný hrubý skór

vypočítaný z daných položek a hodnoty odpovědí dvou samostatných položek, které se zabývají zhodnocením kvality života jako celku, ale také zdravotním stavem pacienta (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 14–17).

2.5 Kvalita života a diabetes mellitus

Velmi důležitou úlohou v kvalitě života u pacienta s DM2T je zvládnání stresu. Toto onemocnění zasahuje do života nejen pacienta, ale také rodiny. Právě rodina by měla pacienta podporovat a v co největší míře se zajímat o jeho zdravotní stav. Pacienti s onemocněním DM mohou velmi často pociťovat nepříjemné stavy, jako je bezmocnost, deprese, strach z budoucnosti apod. Na kvalitu života má u pacientů s DM velký vliv věk a délka onemocnění. Právě čas je jedním z nejdůležitějších činitelů, který s daným onemocněním úzce souvisí. Aby bylo u pacienta dosaženo co nejvyšší kvality života v souvislosti s léčbou, je důležité zaměřit se na biologické aspekty, ale také na psychická a sociální hlediska. Neméně důležitou roli zde hraje správná edukace pacienta. Jedním z největších vlivů na kvalitu života jedinců s DM je přítomnost komplikací, jak těch akutních, především hypoglykemický stav a s ním spojená obava ze smrti, tak i chronických komplikací, kde může být přítomen velký strach z amputace končetiny, ztráty zraku, či kardiologického a renálního onemocnění. Správná edukace, včasné zahájení léčby a spolupráce pacienta s odborným týmem vede k pozastavení postupu DM, a tím dochází ke zlepšení kvality života (Michalovová, Tkáčová, 2015, s. 36–37).

Kvalita života u pacientů s DM bývá zvýšená, pokud mají tělesnou zdatnost, jelikož je to pro tělo ve srovnání s méně fyzicky zdatnými osobami prospěšné. Začlenění pohybových aktivit do běžného života snižuje negativní dopad na psychický stav člověka. Jedinci, kteří se věnují pohybovým činnostem, postupují k naplnění vyšší kvality života, než pacienti, kteří se nevěnují žádné fyzické aktivitě (Tod a kol., 2012, s. 145).

Nástroje na měření kvality života u pacientů s DM

Pro toto onemocnění je důležité zaměřit se na specifické nástroje týkající se léčebné stránky a škál DM, které se využívají ve spojitosti s ošetrovatelským výzkumem:

- Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL 19),
- Problem Areas in DM (PAID),
- Diabetes- 39 (D-39 DIABETES),
- Diabetes Care Profile (DCP),
- Diabetes Impact Measurement Scales (DIMS),

- Diabetes Quality of Life Measure (DQOL),
- Diabetes Quality of Life Clinical Trial Questionnaire-Revised (DQLCTQ-R),
- Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes – R (QSD-R),
- Well-Being Enquiry for Diabetics (WED),
- Appraisal of Diabetes Scale (ADS),
- Diabetes Health Profile (DHP) (Gurková, 2011, s. 151–154).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Cíle práce

Hlavní cíl

Zhodnocení kvality života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu.

Dílčí cíle

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „fyzické zdraví“.

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „prožívání“.

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „sociální vztahy“.

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „prostředí“.

Průzkumné otázky

1. Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „fyzické zdraví“?
2. Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „prožívání“?
3. Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „sociální vztahy“?
4. Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „prostředí“?

3 METODIKA PRŮZKUMU

Průzkum bakalářské práce byl složen z anonymního dotazníkového šetření WHOQOL-BREF za účelem zhodnocení kvality života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu a ze sedmi sociodemografických otázek.

3.1. Popis dotazníkového šetření

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF:

Nástroj WHOQOL zvyšuje dosavadní rozsah pojetí kvality života. Obecné požadavky na nástroj jsou komplexnost, subjektivnost, důležitost oblasti a kulturní významnost. Pracovní skupina vytvářející tento dotazník je tvořena 15 členy z celosvětových výzkumných center, kdy pilotní verze sloužila k ověření jeho psychometrických vlastností, které byly následně ověřovány pomocí dat z 20 výzkumných míst z celého světa (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 12–17).

První část dotazníku se skládá ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který je zkrácenou verzí 100 položkového dotazníku WHOQOL. Jeho vyplnění trvá přibližně 5 minut. Na tuto dobu je důležité zajistit místnost bez rušivých elementů (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 17–23). WHOQOL-BREF dotazník obsahuje 26 kroužkovacích položek. Jednotlivé položky dotazníku jsou hodnoceny od 1 do 5 bodů. Vyšší číslo v daných oblastech značí vyšší kvalitu života, naopak nižší číslo znamená nižší kvalitu. U třech negativně formulovaných položek se skóre při vyhodnocení vždy obrací (Gurková, 2011, s. 146). Otázky by měly být vyplňovány v řádném pořadí. Důležitou úlohou dotazníku je zaměření na širokou škálu aspektů kvality života, proto byly zachovány všechny faceti. Každé facetě náleží položka, která s ní nejvíce souvisela. WHOQOL-BREF se skládá z 26 otázek a z toho 24 otázek zastupují domény a dvě otázky vztahující se k celkové kvalitě života a zdravotnímu stavu jsou postaveny a hodnoceny samostatně. Všechny položky jsou řazeny do čtyř domén, které jsou důležité pro zhodnocení kvality života. Domény se člení na oblasti: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. K hodnocení kvality života prostřednictvím dotazníku WHOQOL-BREF je nutné spočítat průměrné hrubé skóre daných oblastí, které jsou standardizované průměrné hodnoty položek náležící příslušné doméně. První doména s názvem „fyzické zdraví“ se skládá se ze sedmi položek (q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18). Druhá doména „prožívání“ obsahuje šest položek (q5, q6, q7, q11, q19 a q26). Doména „sociální vztahy“ zahrnuje tři položky (q21, q22 a q23). Do poslední domény „prostředí“ patří osm položek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25). Ze všech domén byl vypočítán v provedeném průzkumném šetření průměrný hrubý skór.

Výsledky jsou uvedeny pod každou doménou na stupnici od 4 do 20, kdy vyšší skóre představuje vyšší kvalitu v určité oblasti (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 14–23).

Sociodemografické otázky:

Druhá část dotazníkového šetření se skládá ze sociodemografických údajů každého respondenta. Tato část obsahuje sedm základních otázek o jednotlivém respondentovi. Sociodemografické otázky zahrnují pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, současné zaměstnání, rodinný stav, délku onemocnění DM2T od stanovení diagnózy a léčbu každého respondenta.

3.2. Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumný soubor je tvořen 50 respondenty, kteří splňují předem stanovená kritéria pro zařazení do průzkumného vzorku. Do průzkumného šetření nebyli zařazeni respondenti, kteří podstupují pouze dietní terapii či kombinovanou terapii perorálními antidiabetiky a inzulínem.

Kritéria pro zařazení respondenta do průzkumného šetření:

- diagnóza diabetes mellitus 2. typu,
- věk 18 let a více,
- sběr dat v rámci plánované dispenzarizace v diabetologické poradně,
- absence diagnostikovaného kognitivního deficitu,
- léčba pomocí PAD (perorální antidiabetika) či inzulínem,
- ochota vzájemné spolupráce a účast na dotazníkovém šetření.

Z důvodu pandemické situace COVID-19 byl provoz diabetologických poraden značně omezen, a proto byl původní počet 120 respondentů snížen na 55 respondentů. Z celkového počtu 55 rozdaných dotazníků jich bylo do finálního šetření zahrnuto 50, jelikož 5 dotazníků nebylo možné zařadit kvůli chybnému vyplnění. Návratnost dotazníku byla 100%.

3.3. Průběh průzkumného šetření

Průzkum byl proveden v diabetologické poradně po dobu tří měsíců, od 14. 9.–14. 12. 2020. Před zahájením výzkumu bylo potřeba získat povolení od vedoucího pracovníka, který má dané zařízení na starost. V případě splnění kritérií pro zařazení byl respondent seznámen autorem průzkumu v úvodu dotazníku o průběhu šetření a byl poučen, k jakým účelům bude dotazník použit. Jednotlivě byl každý pacient také obeznámen s tím, že dotazník je anonymní a v průběhu jeho vyplňování může od účasti na dotazníkovém šetření kdykoliv odstoupit. Respondenti byli

požádání o důkladné a čitelné vyplnění sociodemografických otázek a dotazníku. Po dobu vyplňování bylo respondentovi zajištěno klidné místo, kde měl na vyplnění dotazníkového šetření 20 minut času, kdy obvykle samotné vyplňování trvalo pouze 5 minut. Po celou dobu byla pacientům k dispozici pověřená osoba, která zodpověděla případné dotazy. Po vyplnění každý respondent odevzdal dotazník do zapečetěného boxu, který se nacházel na předem určeném a označeném místě.

3.4. Zpracování a vyhodnocování získaných dat

Výsledná data byla zpracována v programech Microsoft Office Excel 2019 a Microsoft Office Word 2019. Zpracování a vyhodnocování dat probíhalo pomocí absolutní a relativní četnosti, kdy výsledky jsou zobrazené v tabulkách. Následně byly vypočítány průměrné hodnoty v jednotlivých doménách, které byly porovnány s populační normou (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41).

4 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Následují tabulky pro každou otázku standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Vyučňené hodnoty zobrazují největší četnost v dané položce. Vyhodnocení každé domény je zobrazeno v tabulkách (viz Tabulku 27, 28, 29, 30) s průměrnou hodnotou, u které je také uvedena také populační norma (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41).

Otázka č. 1 Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka 1 – Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi špatná	1	2 %
2 – špatná	4	8 %
3 – ani špatná ani dobrá	17	34 %
4 – dobrá	22	44 %
5 – velmi dobrá	6	12 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života“ (viz Tabulku 1) odpovědělo 22 respondentů (44 %), že považují kvalitu svého života za dobrou. Kvalitu života jako ani špatnou, ani dobrou označilo 17 respondentů (34 %), 6 respondentů (12 %) odpovědělo, že kvalita jejich života je velmi dobrá. Celkem 4 respondenti (8 %) uvedli, že kvalita jejich života je špatná. Odpověď velmi špatná kvalita života se vyskytla pouze u 1 respondenta (2 %).

Otázka č. 2 Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

Tabulka 2 – Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	4	8 %
2 – nespokojený/á	7	14 %
3 – ani spokojený/á ani nespokojený/á	20	40 %
4 – spokojený/á	19	38 %
5 – velmi spokojený/á	0	0 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste se svým zdravím“ (viz Tabulku 2) odpovědělo 19 respondentů (38 %), že jsou spokojeni se svým zdravím. Odpověď „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ uvedlo 20 respondentů (40 %). Velmi spokojen se svým zdravím během dotazníkového šetření není ani jeden respondent. Odpověď „nespokojený“ se svým fyzickým zdravím zvolilo 7 respondentů (14 %). Velmi nespokojeni se svým zdravím v průběhu dotazníkového šetření byli 4 respondenti (8 %).

Otázka č. 3 Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?

Tabulka 3 – Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – v obrovské míře	1	2 %
2 – velmi	10	20 %
3 – středně	21	42 %
4 – málo	12	24 %
5 – vůbec ne	6	12 %
Celkem	50	100 %

Otázka „Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete“ (viz Tabulku 3) byla zodpovězena 21 respondenty (42 %) odpovědí „středně“. Odpověď „málo“ uvedlo 12 respondentů (24 %). Bolest vůbec nebrání vykonávat běžné potřeby v průběhu dotazníkového šetření 6 respondentům (12 %). Bolest velmi brání vykonávat běžné činnosti 10 respondentům (20 %). Fyzická bolest v obrovské míře brání dělat potřebné aktivity 1 respondentovi (2 %).

Otázka č. 4 Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?

Tabulka 4 – Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – v obrovské míře	1	2 %
2 – velmi	12	24 %
3 – středně	21	42 %
4 – málo	15	30 %
5 – vůbec ne	1	2 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě“ (viz Tabulku 4), odpovědělo 21 respondentů (42 %), že potřebují k běžnému životu léčbu středního stupně. Léčbu v malé míře, kterou pacienti potřebují pro vykonávání každodenních aktivit, uvedlo 15 respondentů (30 %). Rozsáhlou léčbu na fungování v běžném životě zvolilo 12 respondentů (24 %). 1 respondent (2 %) zvolil odpověď, že nepotřebuje žádnou léčbu. Léčbu v obrovské míře pro běžné fungování uvedl 1 respondent (2 %).

Otázka č. 5 Jak moc Vás baví život?

Tabulka 5 – Jak moc Vás baví život?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	1	2 %
2 – málo	5	10 %
3 – středně	17	34 %
4 – velmi	21	42 %
5 – v obrovské míře	6	12 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak moc Vás baví život“ (viz Tabulku 5) 21 respondentů (42 %) zvolilo odpověď „velmi“, 17 respondentů (34 %) uvedlo, že je život baví „středně“. V obrovské míře se v průběhu dotazníkového šetření těší ze života 6 respondentů (12 %), 5 respondentů (10 %) odpovědělo, že je život baví málo. V dotazníku 1 respondent (2 %) uvedl, že ho život nebaví vůbec.

Otázka č. 6 Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?

Tabulka 6 – Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	2	4 %
2 – málo	6	12 %
3 – středně	11	22 %
4 – velmi	24	48 %
5 – v obrovské míře	7	14 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl“ (viz Tabulku 6) uvedlo 24 respondentů (48 %), že je pro ně jejich život velmi smysluplný. Střední míra smysluplnosti života se v dotazníkovém šetření vyskytla u 11 respondentů (22 %). U 6 respondentů (12 %) byla uvedena malá míra smyslu života. V obrovské míře má život po dobu dotazníkového šetření smysl pro 7 respondentů (14 %). 2 respondenti (4 %) odpověděli, že život nemá žádný smysl.

Otázka č. 7 Jak dobře jste schopen/schopna se soustředit?

Tabulka 7 – Jak dobře jste schopen/schopna se soustředit?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	0	0 %
2 – málo	12	24 %
3 – přiměřeně	18	36 %
4 – velmi	18	36 %
5 – v obrovské míře	2	4 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak dobře jste schopen/a se soustředit“ (viz Tabulku 7) zvolilo odpověď „přiměřeně“ 18 respondentů (36 %). 18 respondentů (36 %) uvedlo, že jsou schopni soustředit se „velmi“. Schopnost soustředit se považuje 12 respondentů (24 %) za malou. V obrovské míře v průběhu dotazníkového šetření se dokáží soustředit pouze 2 respondenti (4 %). Ani jeden respondent neuvedl žádnou schopnost soustředění.

Otázka č. 8 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Tabulka 8 – Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	1	2 %
2 – málo	12	24 %
3 – přiměřeně	21	42 %
4 – velmi	14	28 %
5 – v obrovské míře	2	4 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě“ (viz Tabulku 8) uvedlo nejvíce respondentů odpověď „přiměřeně“, a to počtem 21 (42 %). Velmi bezpečně se cítí ve svém běžném 14 respondentů (28 %). Odpověď „málo“ bezpečně byla zvolena 12 respondenty (24 %). V obrovské míře uvedli svůj každodenní život za bezpečný 2 respondenti (4 %). Bezpečnost ve svém životě se vůbec nevyskytla u 1 respondenta (2 %).

Otázka č. 9 Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?

Tabulka 9 – Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	0	0 %
2 – málo	4	8 %
3 – přiměřeně	23	46 %
4 – velmi	23	46 %
5 – v obrovské míře	0	0
Celkem	50	100 %

U otázky „Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?“ (viz Tabulku 9) uvedlo 23 respondentů (46 %) odpověď „přiměřeně“, 23 respondentů (46 %) odpovědělo, že prostředí, ve kterém žijí, považují za velmi zdravé. Ani jeden z respondentů neodpověděl, že fyzické prostředí, ve kterém žijí, je v obrovské míře zdravé. Odpověď „málo“ zdravé prostředí zvolili 4 respondenti (8 %). Žádný z respondentů neodpověděl, že prostředí, ve kterém žijí není vůbec zdravé.

Otázka č. 10 Máte dost energie pro běžný život?

Tabulka 10 – Máte dost energie pro běžný život?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	0	0 %
2 – málo	12	24 %
3 – přiměřeně	21	42 %
4 – většinou	14	28 %
5 – naprosto	3	6 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Máte dost energie pro běžný život?“ (viz Tabulku 10) zvolilo 21 respondentů (42 %), odpověď „přiměřeně“. Málo energie pro každodenní život uvedlo 12 respondentů (24 %). 14 respondentů (28 %) odpovědělo, že mají většinou dostatek energie pro život, odpověď „naprosto“ zvolili 3 respondenti (6 %). Ani jeden z respondentů neprokazuje žádnou energii pro běžný život.

Otázka č. 11 Jste schopen/schopna přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?

Tabulka 11 – Jste schopen/schopna přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	1	2 %
2 – málo	8	16 %
3 – přiměřeně	21	42 %
4 – většinou	15	30 %
5 – naprosto	5	10 %
Celkem	50	100 %

Otázku „Jak jste schopen/schopna přijmout svůj fyzický vzhled?“ (viz Tabulku 11) hodnotí 21 respondentů (42 %) odpovědí „přiměřeně“. Schopnost ve většině přijmout svůj vzhled, uvedlo 15 respondentů (30 %). Naprosto je schopno přijmout svůj fyzický vzhled v průběhu dotazníkového šetření 5 respondentů (10 %). 8 respondentů (16 %) odpovědělo, že jsou schopni přijmout svůj fyzický vzhled málo. Žádnou schopnost přijmout svůj vzhled uvedl 1 respondent (2 %).

Otázka č. 12 Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?

Tabulka 12 – Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	0	0 %
2 – málo	9	18 %
3 – přiměřeně	21	42 %
4 – většinou	16	32 %
5 – naprosto	4	8 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?“ (viz Tabulku 12) zvolilo 21 respondentů (42 %) odpověď „přiměřeně“. Většinou dostatek finančních prostředků uvedlo 16 respondentů (32 %). Naprostý dostatek peněz odpověděli 4 respondenti (8 %). U 9 respondentů (18 %) se vyskytl nedostatek finančních prostředků. Žádný z respondentů neuvedl úplný nedostatek finančních prostředků.

Otázka č. 13 Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Tabulka 13 – Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	0	0 %
2 – málo	2	4 %
3 – přiměřeně	18	36 %
4 – většinou	26	52 %
5 – naprosto	4	8 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ (viz Tabulku 13) odpovědělo 26 respondentů (52 %), že informace potřebné pro každodenní život jsou pro ně většinou dostupné, 18 respondentů (36 %) uvedlo, že informace pro běžný život, pokládají za přiměřeně dostupné. Naprostá dostupnost informací pro každodenní život byla zvolena u 4 respondentů (8 %). Malou dostupnost informací pro život uvedli 2 respondenti (4 %). Absolutní nedostupnost informací pro běžný život ne zvolil ani jeden respondent.

Otázka č. 14 Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Tabulka 14 – Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – vůbec ne	0	0 %
2 – málo	7	14 %
3 – přiměřeně	21	42 %
4 – většinou	16	32 %
5 – naprosto	6	12 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?“ (viz Tabulku 14) odpovědělo 21 respondentů (42 %) „přiměřeně“. Dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů uvedlo 16 respondentů (32 %). U 6 respondentů (12 %) se vyskytla odpověď „naprosto“. Málo možností pro rozvoj svých zájmů uvedlo 7 respondentů (14 %). Ani jeden z respondentů neodpověděl, že nemá vůbec žádnou příležitost pro rozvoj svých zájmů.

Otázka č. 15 Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?

Tabulka 15 – Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi špatně	4	8 %
2 – špatně	8	16 %
3 – ani špatně, ani dobře	13	26 %
4 – dobře	19	38 %
5 – velmi dobře	6	12 %
Celkem	50	100 %

U otázky „Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?“ (viz Tabulku 15) uvedlo 19 respondentů (38 %) odpověď „dobře“. Odpověď „ani dobře ani špatně“ se vyskytla u 13 respondentů (26 %). Tuto otázku velmi dobře hodnotilo 6 respondentů (12 %). Špatný pohyb mimo domov uvedlo 8 respondentů (16 %). Pohybovat se mimo domov dělá velmi velké potíže 4 respondentům (8 %).

Otázka č. 16 Jak spokojený/á jste se svým spánkem?

Tabulka 16 – Jak spokojený/á jste se svým spánkem?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	6	12 %
2 – nespokojený/á	10	20 %
3 – ani spokojený/á ani nespokojený/á	14	28 %
4 – spokojený/á	16	32 %
5 – velmi spokojený/á	4	8 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste se svým spánkem“ (viz Tabulku 16) zvolilo odpověď „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ 14 respondentů (28 %). Spokojenost se spánkem se vyskytuje u 16 respondentů (32 %). Odpověď „velmi spokojený/á“ označili 4 respondenti (8 %). Nespokojenost se svým spánkem uvedlo 10 respondentů (20 %), 6 respondentů (12 %) zvolilo odpověď, že jsou velmi nespokojeni se svým spánkem.

Otázka č. 17 Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?

Tabulka 17 – Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	1	2 %
2 – nespokojený/á	4	8 %
3 – ani spokojený/á, ani nespokojený/á	24	48 %
4 – spokojený/á	15	30 %
5 – velmi spokojený/á	6	12 %
Celkem	50	100 %

U otázky „Jak spokojený/á jste se s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?“ (viz Tabulku 17) odpovědělo „ani spokojený/á, ani nespokojený/á“ 24 respondentů (48 %). Spokojenost s vykonáváním každodenních činností se vyskytla u 15 respondentů (30 %). Odpověď „velmi spokojený/á“ uvedlo 6 respondentů (12 %). S výkonem běžných aktivit jsou v průběhu dotazníkového šetření nespokojeni 4 respondenti (8 %). Velmi velkou nespokojenost uvedl 1 respondent (2 %).

Otázka č. 18 Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?

Tabulka 18 – Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	2	4 %
2 – nespokojený/á	8	16 %
3 – ani spokojený/á, ani nespokojený/á	19	38 %
4 – spokojený/á	16	32 %
5 – velmi spokojený/á	5	10 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?“ (viz Tabulku 18) zvolilo 19 respondentů (38 %) odpověď „ani spokojeni, ani nespokojeni“. 16 respondentů (32 %) uvedlo, že jsou se svojí schopností pracovat spokojeni, velmi spokojeno je 5 respondentů (10 %). Se schopností pracovat je nespokojeno 8 respondentů (16 %) a 2 respondenti (4 %) jsou velmi nespokojeni.

Otázka č. 19 Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?

Tabulka 19 – Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	2	4 %
2 – nespokojený/á	8	16 %
3 – ani spokojený/á ani nespokojený/á	25	50 %
4 – spokojený/á	10	20 %
5 – velmi spokojený/á	5	10 %
Celkem	50	100 %

„Jak spokojený/á jste sám/a se sebou“ (viz Tabulku 19), na tuto otázku zvolilo 25 respondentů (50 %) odpověď „ani spokojený/á, ani nespokojený/á“. Spokojenost s vlastní osobou uvedlo 10 respondentů (20 %). Odpověď „velmi spokojeni“ se sebou samým se vyskytla u 5 respondentů (10 %). Nespokojenost sám/a se sebou zvolilo 8 respondentů (16 %). Velmi nespokojeni sami se sebou byli během dotazníkového šetření 2 respondenti (4 %).

Otázka č. 20 Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

Tabulka 20 – Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	4	8 %
2 – nespokojený/á	7	14 %
3 – ani spokojený/á ani nespokojený/á	14	28 %
4 – spokojený/á	23	46 %
5 – velmi spokojený/á	2	4 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?“ (viz Tabulku 20) uvedlo 23 respondentů (46 %), že jsou spokojeni. 14 respondentů (28 %) zvolilo odpověď „ani spokojeni, ani nespokojeni“. 2 respondenti (4 %) uvedli, že jsou velmi spokojeni s osobními vztahy. Na tuto otázku odpovědělo 7 respondentů (14 %), že jsou nespokojeni. Velmi nespokojeni se svými osobními vztahy v průběhu dotazníkového šetření jsou 4 respondenti (8 %).

Otázka č. 21 Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?

Tabulka 21 – Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	12	24 %
2 – nespokojený/á	8	16 %
3 – ani spokojený/á, ani nespokojený/á	13	26 %
4 – spokojený/á	15	30 %
5 – velmi spokojený/á	2	4 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?“ (viz Tabulku 21) zvolilo 13 respondentů (26 %) odpověď „ani spokojeni ani nespokojeni“. Během dotazníkového šetření odpovědělo 15 respondentů (30 %), že jsou spokojeni a 2 respondenti (4 %) velmi spokojeni. Nespokojenost se svým sexuálním životem uvedlo 8 respondentů (16 %). Odpověď „velmi nespokojeni“ se sexuálním životem byla zvolena u 12 respondentů (24 %).

Otázka č. 22 Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?

Tabulka 22 – Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	0	0 %
2 – nespokojený/á	10	20 %
3 – ani spokojený/á, ani nespokojený/á	13	26 %
4 – spokojený/á	23	46 %
5 – velmi spokojený/á	4	8 %
Celkem	50	100 %

U otázky „Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?“ (viz Tabulku 22) zvolilo 23 respondentů (46 %) odpověď, že jsou spokojeni. Odpověď „ani spokojeni, ani nespokojeni“ s poskytováním podpory od přátel uvedlo 13 respondentů (26 %). 4 respondenti (8 %) zvolili odpověď „velmi spokojeni“. 10 respondentů (20 %) pak tuto otázku vyhodnotilo odpovědí „nespokojený“. Žádný z respondentů neuvedl odpověď „velmi nespokojený/á“ s podporou od přátel.

Otázka č. 23 Jak spokojený/á jste se svým bydlením?

Tabulka 23 – Jak spokojený/á jste se svým bydlením?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	0	0 %
2 – nespokojený/á	4	8 %
3 – ani spokojený/á, ani nespokojený/á	15	30 %
4 – spokojený/á	22	44 %
5 – velmi spokojený/á	9	18 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste se svým bydlením?“ (viz Tabulku 23) odpovědělo 22 respondentů (44 %), že jsou spokojeni. Odpověď „ani spokojeni, ani nespokojeni“ uvedlo respondentů (30 %). 9 respondentů (18 %) označilo odpověď „velmi spokojeni“. 4 respondenti (8 %) odpověděli, že jsou se svým bydlením nespokojeni. Ani jeden z respondentů neodpověděl, že je velmi nespokojen se svým bydlením.

Otázka č. 24 Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?

Tabulka 24 – Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	0	0 %
2 – nespokojený/á	3	6 %
3 – ani spokojený/á ani nespokojený/á	15	30 %
4 – spokojený/á	26	52 %
5 – velmi spokojený/á	6	12 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?“ (viz Tabulku 24) odpovědělo 26 respondentů (52 %), že jsou spokojeni. Odpověď „ani spokojený/á, ani nespokojený/á“ zvolilo 15 respondentů (30 %). 6 respondentů (12 %) uvedlo, že jsou velmi spokojeni. 3 respondenti (6 %) odpověděli, že jsou s dostupností zdravotní péče nespokojeni. Žádný z respondentů, který se účastnil dotazníkového šetření, nezvolil odpověď „velmi nespokojený/á“ s dostupností zdravotní péče.

Otázka č. 25 Jak spokojený/á jste s možností dostat se tam, kam potřebujete?

Tabulka 25 – Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – velmi nespokojený/á	3	6 %
2 – nespokojený/á	7	14 %
3 – ani spokojený/á, ani nespokojený/á	14	28 %
4 – spokojený/á	23	46 %
5 – velmi spokojený/á	3	6 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete“ (viz Tabulku 25) odpovědělo 23 respondentů (46 %), že jsou spokojeni. Odpověď „ani spokojený/á, ani nespokojený/á“ zvolilo 14 respondentů (28 %). Velmi spokojeni s dostupností dostat se tam, kam potřebují, uvedli 3 respondenti (6 %). Nespokojenost u této otázky se vyskytla u 7 respondentů (14 %). Na tuto otázku odpověděli 3 respondenti (6 %), že jsou velmi nespokojeni s možností dostat se tam, kam potřebují.

Otázka č. 26 Jak často jste měl/a negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

Tabulka 26 – Jak často jste měl/a negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – stále	1	2 %
2 – velmi často	9	18 %
3 – celkem často	12	24 %
4 – zřídka	26	52 %
5 – nikdy	2	4 %
Celkem	50	100 %

Na otázku „Jak často jste měl/a negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?“ (viz Tabulku 26) odpovědělo „zřídka“ 26 respondentů (52 %). Odpověď „celkem často“ se vyskytla u 12 respondentů (24 %). 2 respondenti (4 %) uvedli, že nikdy neměli negativní pocity. 9 respondentů (18 %) zvolilo odpověď, že se u nich velmi často projevují negativní pocity. Pocity, jako je špatná nálada zoufalství, úzkost a deprese, se u 1 respondenta (2 %) během dotazníkového šetření vyskytovaly stále.

Doména 1 – fyzické zdraví

V následujících čtyřech tabulkách jsou znázorněny průměrné hodnoty jednotlivých otázek pro každou doménu a zároveň je zde uvedena populační norma (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41).

Tabulka 27 – Průměrné hodnoty pacientů s diabetem mellitem 2. typu v oblasti „fyzické zdraví“

Otázka	Celkem	Populační norma
č. 3. Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	3,24	4,03
č. 4. Jak moc potřebujete určitou léčbu, abyste mohl vykonávat aktivity v běžném životě?	3,06	4,16
č. 10. Máte dostatek energie pro běžný život?	3,16	3,62
č. 15. Jak moc Vám dělá potíže pohybovat se mimo domov?	3,30	4,27
č. 16. Jak jste spokojený/á se svým spánkem?	3,04	3,61
č. 17. Jak jste spokojený/á s vykonáváním každodenních činností?	3,42	3,76
č. 18. Jak spokojený/á jste se svými pracovními schopnostmi?	3,28	3,76

Tabulka 27 zobrazuje průměrné hodnoty u jednotlivých otázek (otázka č. 3, č. 4, č. 10, č. 15, č. 16, č. 17, č. 18) z dotazníku WHOQOL-BREF, které jsou zahrnuty v doméně 1, zabývající se oblastí „fyzické zdraví“.

Doména 2 – prožívání

Tabulka 28 – Průměrné hodnoty pacientů s diabetem mellitem 2. typu v oblasti „prožívání“

Otázka	Celkem	Populační norma
č. 5. Jak moc Vás baví Váš život?	3,52	3,83
č. 6. Jak moc má podle Vás život smysl?	3,56	3,86
č. 7. Jak jste schopný/á se soustředit?	3,32	3,55
č. 11. Do jaké míry jste schopný/á akceptovat Váš vzhled?	3,30	3,90
č. 19. Jak moc jste spokojený/á sám/sama se sebou?	3,16	3,57
č. 26. Do jaké míry Vás doprovází negativní pocity (nepříjemná nálada, beznaděj, obava, deprese)?	3,38	3,47

Tabulka 28 znázorňuje průměrné hodnoty jednotlivých otázek (otázka č. 5, č. 6, č. 7, č. 11, č. 19, č. 26) vyskytující se v dotazníku WHOQOL-BREF, konkrétně v doméně 2, která se věnuje oblasti „prožívání“.

Doména 3 – sociální vztahy

Tabulka 29 – Průměrné hodnoty pacientů s diabetem mellitem 2. typu v oblasti „sociální vztahy“

Otázka	Celkem	Populační norma
č. 20. Jak moc jste spokojený/á se svými osobními vztahy?	3,24	3,75
č. 21. Jak moc jste spokojený/á se svým sexuálním životem?	2,74	3,64
č. 22. Jak spokojený/á jste s podporou, která je vám poskytována přáteli?	3,42	3,85

Tabulka 29 představuje průměrné hodnoty jednotlivých otázek (otázka č. 20, č. 21, č. 22), které jsou obsaženy v dotazníkovém šetření WHOQOL-BREF v doméně 3, zabývající se oblastí „sociální vztahy“.

Doména 4 – prostředí

Tabulka 30 – Průměrné hodnoty pacientů s diabetem mellitem 2. typu v oblasti „prostředí“

Otázka	Celkem	Populační norma
č. 8. Do jaké míry se cítíte bezpečně ve svém životě?	3,08	3,24
č. 9. Jak zdravé je Vaše prostředí, ve kterém žijete?	3,38	2,85
č. 12. Máte dost finančních prostředků na uspokojení svých potřeb?	3,30	2,87
č. 13. Jak moc jsou pro Vás běžné informace dostupné?	3,64	3,87
č. 14. Máte dostatek možností pro rozvoj svých zájmů?	3,42	3,33
č. 23. Jak spokojený/á jste s bydlením, ve kterém žijete?	3,72	3,54
č. 24. Jak jste spokojený/á s přístupností Vaší zdravotní péče?	3,70	3,70
č. 25. Do jaké míry jste spokojený/á s možností dostat se na místo, kam potřebujete?	3,32	3,19

Tabulka 30 vystihuje průměrné hodnoty jednotlivých otázek (otázka č. 3, č. 9, č. 12, č. 13, č. 14, č. 23, č. 24, č. 25), jež jsou znázorněny v doméně 4 dotazníkového šetření WHOQOL-BREF, která je zaměřena na oblast „prostředí“.

Vyhodnocení kvality života u pacientů s diabetem mellitem 2. typu dle jednotlivých domén

Tabulka 31 – Vyhodnocení průměrných hodnot z celkového počtu respondentů dle jednotlivých domén

	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4
Hodnota celkem	12,86	13,49	12,53	13,78

Tabulka 31 uvádí průměrné hodnoty v jednotlivých doménách z celkového počtu zúčastněných respondentů. Nejlépe hodnocená je doména 4 s názvem „prostředí“, jejíž hodnota je 13,78. Tato doména obsahuje otázky týkající se bezpečnosti, prostředí, financí, informací, možností pro rozvoj, bydlení, spokojenosti s dostupností.

Vyhodnocení sociodemografických otázek

Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 32 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	25	50 %
Muž	25	50 %
Celkem	50	100 %

Dotazníkového šetření (viz Tabulku 32) se zúčastnilo 50 respondentů, z toho 25 žen (50 %) a 25 mužů (50 %).

Kolik Vám je let?

Tabulka 33 – Věk respondentů

Věkové kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Věk 30–39	3	6 %
Věk 40–49	7	14 %
Věk 50–59	16	32 %
Věk 60–69	13	26 %
Věk 70–79	11	22 %
Celkem	50	100 %

Průzkumného šetření (viz Tabulku 33) se zúčastnilo 16 respondentů, kteří spadali do věkové kategorie od 50 – 59 let. Na vyplnění dotazníku se ve věkové kategorii 60–69 let podílelo 13 respondentů (26 %). Nejstarší věkovou kategorií tvořilo 11 respondentů (22 %). Ve věku 40–49 let se účastnilo dotazníkového šetření 7 respondentů (14 %). Nejmladší věkovou skupinu tvořili 3 respondenti (6 %).

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 34 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	7	14 %
Středoškolské vzdělání bez maturity	18	36 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	14	28 %
Vyšší odborné vzdělání	3	6 %
Vysokoškolské vzdělání	8	16 %
Celkem	50	100 %

Tato otázka (viz Tabulku 34) znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. 18 respondentů (36 %) má nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, bez maturitní zkoušky. 14 respondentů (28 %) dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitní zkouškou, vyšší odborné vzdělání ukončili 3 respondenti (6 %). 7 respondentů (14 %) z dotazníkového šetření má ukončené základní vzdělání. Dokončené vysokoškolské vzdělání uvedlo 8 respondentů (16 %).

Jaké je Vaše současné zaměstnání?

Tabulka 35 – Zaměstnání respondentů

Současné zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zaměstnaný/á	21	42 %
Nezaměstnaný/á	4	8 %
Invalidní důchodce/důchodkyně	12	24 %
Důchodce/důchodkyně	13	26 %
Celkem	50	100 %

Na tuto otázku (viz Tabulku 35), která se zabývá současným zaměstnáním respondentů, odpovědělo 21 respondentů (42 %), že jsou zaměstnaní. Dotazníkového šetření se zúčastnili 4 nezaměstnaní respondenti (8 %). 12 respondentů (24 %) zvolilo odpověď, že jsou v invalidním důchodu a 13 respondentů uvedlo důchodový věk.

V jakém rodinném stavu se momentálně nacházíte?

Tabulka 36 – Rodinný stav respondentů

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný/á	3	6 %
Vdaná/ženatý	25	50 %
Rozvedený/á	8	16 %
Vdovec/vdova	14	28 %
Celkem	50	100 %

Tato otázka (viz Tabulku 36) zobrazuje momentální rodinný stav. 25 respondentů (50 %) uvedlo odpověď vdaná/ženatý. 3 respondenti (6 %) z dotazníkového šetření jsou svobodní. 8 zúčastněných respondentů (16 %) odpovědělo, že jsou momentálně rozvedeni. 14 respondentů (28 %) zvolilo odpověď vdovec/vdova.

Jak dlouho máte diagnostikováno toto onemocnění?

Tabulka 37 – Délka od diagnostiky diabetu mellitu 2. typu

Délka diagnostiky DM2T	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	17	34 %
5–10 let	17	34 %
11 a více let	16	32 %
Celkem	50	100 %

Na otázku (viz Tabulku 37) znázorňující diagnostiku onemocnění diabetes mellitus 2. typu odpovědělo 17 respondentů (34 %), že délka od počátku diagnózy je kratší než 5 let. Počátek diagnózy diabetu mellitu 2. typu v rozmezí od 5 do 10 let se vyskytl u 17 respondentů (34 %). 16 respondentů (32 %) uvedlo, že délka od stanovení diagnózy onemocnění diabetes mellitus 2. typu je delší než 11 let.

Jakou léčbu podstupujete při tomto onemocnění?

Tabulka 38 – Způsob léčby diabetu mellitu 2. typu

Léčba onemocnění DM2T	Absolutní četnost	Relativní četnost
Léčba pomocí tablet PAD	28	56 %
Léčba inzulinem	22	44 %
Celkem	50	100 %

Na tuto otázku (viz Tabulku 38) zvolilo odpověď „léčba pomocí PAD“ 28 respondentů (56 %). Léčbu inzulinem z dotazníkového šetření podstupuje 22 respondentů (44 %).

5 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnocení kvality života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Tento dotazník má čtyři oblasti, ze kterých je vypočítán průměrný hrubý skór, a následně porovnán s populační normou (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41). Počet studií na toto téma je v českém jazyce omezen, proto porovnávám bakalářskou práci pouze s bakalářskou prací autorky Lajzové.

„Jak hodnotí pacienti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu kvalitu svého života?“

Tato otázka (q1) se zaměřovala na individuální kvalitu života u pacientů DM2T. 22 dotazovaných respondentů (44 %) považuje kvalitu svého života za dobrou. „Ani špatnou a ani dobrou“ kvalitu života uvedlo 17 respondentů (34 %). 6 respondentů (12 %) odpovědělo, že kvalita jejich života je velmi dobrá. Špatnou kvalitu života zhodnotili 4 respondenti (8 %). Velmi špatnou kvalitu svého života uvedl 1 respondent (2 %). Kvalita života u pacientů s DM je ovlivněna řadou faktorů, jedním z nich je faktor časový, doba od stanovení diagnózy pacienta (věk). Na kvalitu života má značný vliv také přítomnost jak akutních, tak chronických komplikací. Kvalita života u pacientů s onemocněním DM působí na tělesný, psychický, ale také sociální stav jedince (Gillernová a kol., 2011, s. 50).

„Jak jsou pacienti spokojeni se svým zdravím?“

Tato otázka (q2) hodnotila spokojenost se zdravotním stavem u pacientů s onemocněním DM2T. Na tuto otázku odpovědělo „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ 20 respondentů (40 %). Spokojenost se svým zdravím uvedlo 19 respondentů (38 %). Ani jeden z respondentů nepociťuje velmi velkou míru spokojenosti se svým zdravím. Z dotazovaných uvedlo 7 respondentů (14 %), že kvalita jejich života je špatná a velmi špatná je u 4 respondentů (8 %). Podle bakalářské práce Hany Lajzové (2015), která se zabývala kvalitou života u pacientů s diabetem mellitem 2. typu, z celkového počtu 100 respondentů označilo 38 (38 %) respondentů nejčastější odpověď, že jsou spokojeni. Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí konkrétně 37 (37 %) respondentů uvedlo, že jsou ani spokojeni ani nespokojeni. Velmi velkou spokojenost se svým zdravím vyjádřilo 6 respondentů (6 %). Z této bakalářské práce vyplývá, že nespokojenost se svým zdravotním stavem zvolilo 17 (17 %) respondentů a velmi nespokojeni byli 2 (2 %) respondenti.

Průzkumná otázka č. 1

Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti fyzické zdraví?

Touto otázkou se zabývá první doména, která znázorňuje oblast „fyzické zdraví“. Tato doména podle dotazníku WHOQOL-BREF je složena z otázek q3, q4, q10, q15, q16, q17, a q18.

Na otázku (q3) „Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?“ nejvíce respondentů uvedlo odpověď „středně“, a to konkrétně 21 respondentů (42 %). Odpověď „málo“ zvolilo 12 respondentů (24 %). Vůbec žádná bolest, která omezuje respondenty v běžných činnostech, byla uvedena 6 respondenty (12 %). Bolest velmi omezuje 10 respondentů (20 %) a v obrovské míře 1 respondenta (2 %). Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,24. Populační norma pro tuto otázku je 4,03. Autor Rokyta Richard (2016, s. 341) charakterizuje bolest jako nepříjemný sensorický a emocionální prožitek, který je spojen s akutním či potenciálním poškozením tkáňové integrity. Bolest je vždy subjektivní, a proto je důležité přistupovat ke každému pacientovi individuálně.

Otázka (q4) „Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?“ byla zodpovězena 21 respondenty (42 %) odpovědí „středně“. Odpověď „malou“ léčbu uvedlo 15 respondentů (30 %). Žádnou léčbu nepotřeboval 1 respondent (2 %). Odpověď „velmi“ byla označena 12 respondenty (42 %). Léčbu v obrovské míře pro vykonávání běžných aktivit potřeboval 1 respondent (2 %). Průměrná celková hodnota pro tuto otázku je 3,06. Populační norma u této otázky je 4,16. U každého pacienta by měl být stanoven individuální léčebný režim, kdy je nezbytnou součástí léčby, především kompenzace diabetu mellitu, dodržování režimových opatření, dietní léčby, pohybové aktivity a ochota vzájemné spolupráce lékaře s pacientem (Psottová, 2012, s. 25).

Na otázku (q10) „Máte dostatek energie pro každodenní život?“ zvolilo 21 respondentů (42 %) odpověď „přiměřeně“. Většinou dostatek energie pro denní činnosti uvedlo 14 (28 %) respondentů. Odpověď „naprosto“ zvolili 3 respondenti (6 %). Málo energie pro běžný život odpovědělo 12 respondentů (24 %). Ani jeden z respondentů neuvedl, že nemá žádnou energii pro běžné denní činnosti. Vypočítaná průměrná hodnota pro danou otázku je 3,16. Populační norma pro tuto otázku je 3,62. V bakalářské práci Hany Lajzové (2015) uvedlo 42 (42 %) respondentů, že mají pro běžný život střední míru energie. Odpověď „většinou“ zvolilo 40

(40 %) respondentů. Z celkového počtu dotazovaných zvolilo odpověď „zcela“ 9 respondentů (9 %), 8 respondentů (8 %) vybralo odpověď „spíše ne“ a 1 respondent (1 %) uvedl, že nemá vůbec žádnou energii pro běžný život.

U otázky (q15) „Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo svůj domov?“ uvedlo 19 respondentů (38 %), že pohybovat se mimo domov zvládají dobře. Velmi dobře se mimo svůj domov pohybuje 6 respondentů (12 %). Odpověď „ani špatně, ani dobře“ uvedlo 13 respondentů (26 %). Pohyb mimo domov je obtížný pro 8 respondentů (16 %). Velmi obtížný pohyb uvedli 4 respondenti (8 %). Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,30. Populační norma u této otázky je 4,27. Pohyb je nezbytnou součástí života, ale také komplexní léčby pacientů s onemocněním diabetes mellitus (Jirkovská a kol., 2014, s. 184–185). Velmi častou komplikací ovlivňující pohybovou aktivitu u těchto pacientů je diabetická neuropatie a syndrom diabetické nohy (Perušičová, 2012, s. 104–111).

Na otázku (q16) „Jak spokojený/á jste se svým spánkem?“ odpovědělo 16 respondentů (32 %), že jsou se svým spánkem spokojeni. Velmi velkou spokojenost se svým spánkem uvedli 4 respondenti (8 %). Odpověď „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ uvedlo 14 (28 %) respondentů. Nespokojenost se svým spánkem zvolilo 10 dotazovaných respondentů (20 %) a 6 respondentů (12 %) je velmi nespokojeno se svým spánkem. Průměrná hodnota u této otázky je 3,04. Populační norma této otázky je 3,61. Spánek je pro nás důležitý, jelikož je jednou ze základních potřeb člověka. Průměrně člověk nespí za den 6–8 hodin. Proto, aby mohl být spánek zrealizován, je nutná funkce nervového systému (Rokyta, 2016, s. 383).

U otázky (q17) „Jak spokojený/á jste s tím, jak vykonáváte každodenní činnosti?“ byla 24 respondenty (48 %) zvolena odpověď „ani nespokojeni, ani spokojeni“. Spokojenost s vykonáváním denních činností uvedlo 15 respondentů (30 %). Odpověď „velmi spokojeni“ s výkoností běžných aktivit zvolilo 6 respondentů (12 %). Nespokojenost s provedením každodenních činností byla uvedena u 4 respondentů (8 %) a velmi nespokojený byl 1 respondent (2 %). Průměrná hodnota z celkového počtu respondentů, podílejících se na dotazníkovém šetření je 3,42. Populační norma u této otázky je 3,76. Každodenní aktivity jsou běžné činnosti, které zdravý člověk vykonává samostatně, spadají do biologických potřeb každého jedince, které jsou znázorněny v Maslowově pyramidě potřeb (Trachtová a kol., 2013, s. 19).

U otázky (q18) „Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat“ uvedlo 19 (38 %) respondentů odpověď „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. Se schopností vykonávat

pracovní aktivity je spokojeno 16 respondentů (32 %). Velmi velkou spokojenost s pracovní schopností uvedlo 5 respondentů (10 %). Nespokojenost s pracovním životem byla označena u 8 respondentů (16 %). Odpověď „velmi nespokojeni“ se schopností pracovat uvedli 2 respondenti (4 %). Průměrná hodnota u této otázky z finálního počtu dotazovaných je 3,28. Populační norma u této otázky je 3,76. Podle bakalářské práce Hany Lajzové (2015) 49 respondentů (49 %) zvolilo odpověď, že jsou spokojeni se schopností vykonávat pracovní aktivitu, možnost „ani spokojeni, ani nespokojeni“ se svojí pracovní schopností uvedlo 23 respondentů (23 %). 14 respondentů (14 %) zvolilo odpověď, že jsou nespokojeni se schopností práce a 2 (2 %) respondenti jsou velmi nespokojeni. Naopak 12 respondentů (12 %) zvolilo odpověď „velmi spokojený/á“ se schopností práce. Průměrná hodnota pro tuto doménu z celkového počtu respondentů je 12,86.

Průzkumná otázka č. 2

Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „prožívání“?

Tato průzkumná otázka se zabývá oblastí „prožívání“, která spadá pod druhou doménu, jež je zobrazená v dotazníku WHOQOL-BREF. Tato doména zahrnuje otázky q5, q6, q7, q11, q19, q26.

U otázky (q5) „Jak moc Vás baví život?“ zvolilo odpověď „velmi“ 21 respondentů (42 %). Ve střední míře baví život 17 respondentů (34 %). V obrovské míře se těší ze života 6 respondentů (12 %). Odpověď „málo“ uvedlo 5 respondentů (10 %). Vůbec se netěší ze života 1 respondent (2 %). Průměrná hodnota této otázky je 3,52. Populační norma pro tuto otázku je 3,83. Podle autorky Slezáčkové (2012, s. 141) by měl být život především radostný. S přibývajícím věkem dochází k úbytku radosti, a naopak přibývá zodpovědnosti. Spokojení lidé jsou ti, kteří mají ve svém životě určitý směr (Slezáčková, 2012, s. 247–252).

Na otázku (q6) „Do jaké míry má Váš život smysl“ odpovědělo 24 respondentů (48 %) „velmi“. V obrovské míře měl život smysl pro 7 respondentů (14 %). Odpověď „středně“ uvedlo z celkového počtu dotazovaných 11 respondentů (22 %). „Málo“ byl život smysluplný pro 6 dotazovaných respondentů (12 %). Vůbec žádný smysl byl uveden u 2 respondentů (4 %). Výpočet průměrné hodnoty u této otázky je 3,56. Populační norma této otázky je 3,86. Smysluplnost znamená schopnost jedince stanovit si životní cíle, přemýšlet o smyslu a významu života, aktivně vykonávat pracovní činnosti, volnočasové aktivity, realizovat své zájmy a být součástí mezilidských vztahů (Slezáčková, 2012, s. 29).

U otázky (q7) „Jak dobře jste schopen/a se soustředit?“ byla uvedena odpověď „přiměřeně“ u 18 respondentů (36 %). Stejný počet respondentů 18 (36 %) uvedl, že má vysokou schopnost soustředění. V obrovské míře se dokáží soustředit z celkového počtu dotazovaných 2 respondenti (4 %). Ani jeden z respondentů nemá žádnou schopnost soustředit se. Průměrná hodnota z finálního počtu dotazovaných je 3,32. Populační norma u této otázky je 3,55. V bakalářské práci Hany Lajzové (2015) uvedla část respondentů, a to konkrétně 41 (41 %), že jsou schopni středního stupně soustředění. 38 respondentů (38 %) zvolilo odpověď „velmi“ a 11 respondentů (11 %) v „obrovské míře“. Málo bylo schopno soustředit se 8 respondentů (8 %), 2 respondenti (2 %) uvedli, že nejsou schopni žádného soustředění.

Na otázku (q11) „Jak jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled?“ uvedlo 21 (42 %) respondentů odpověď „přiměřeně“. Z dotazovaných bylo schopno přijmout svůj vzhled 15 respondentů (30 %). Naprosté přijetí svého vzhledu uvedlo 5 respondentů (10 %). Odpověď „málo“ byla označena u 8 respondentů (16 %). Vůbec nebyl schopen přijmout svůj vzhled 1 respondent (2 %). Pro tuto otázku byla vypočítána průměrná hodnota 3,30. Populační norma této otázky je 3,90. Pacienti s onemocněním diabetes mellitus 2. typu velmi často trpí nadváhou a obezitou (Olšovský, 2018, s. 10).

Otázka (q19) „Jak jste spokojený/á sám/a se sebou?“ byla zodpovězena 25 respondenty (50 %) odpovědí „ani spokojený/á, ani nespokojený/á.“ Spokojenost s vlastní osobou uvedlo 10 respondentů (20 %). Odpověď „velmi spokojeni“ sami se sebou zvolilo 5 respondentů (10 %). Odpověď „nespokojený/á“ zvolilo 8 respondentů (16 %). Z celkového počtu respondentů byli velmi nespokojeni s vlastní osobou 2 respondenti (4 %). Průměrná hodnota pro tuto otázku z dotazníkového šetření je 3,16. Populační norma této otázky je 3,57. Pro spokojenost je velmi důležité sebepřijetí, což je kladný postoj k sobě samému, umění porozumět sami sobě a dokázat přijmou vlastní osobu jak v pozitivních, tak v negativních vlastnostech. Důležitou roli zde hraje vyrovnání se s vlastní minulostí (Slezáčková, 2012, s. 26).

Na otázku (q26) „Jak často se u Vás objevují negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost a deprese?“ uvedla nadpoloviční většina respondentů odpověď „zřídka“, přesně 26 respondentů (52 %). Nikdy se žádný z těchto pocitů neprojevil u 2 respondentů (4 %). Odpověď „celkem často“ byla zvolena u 12 respondentů (24 %). Velmi často trpělo negativními pocity 9 respondentů (18 %). Odpověď „stále“ byla zvolena 1 respondentem (2 %). Průměrná hodnota u této otázky vycházející z celkového počtu dotazovaných

respondentů je 3,38. Populační norma u této otázky je 3,47. Pacienti s onemocněním diabetes mellitus velmi často trpí psychickými problémy v důsledku nepříznivého průběhu nemoci. Tyto problémy se projevují nejčastěji úzkostí a strachem z diagnostických a terapeutických postupů, ale také obavou z laboratorních výsledků (Jirkovská a kol., 2014, s. 154–155). Průměrná hodnota z celkového počtu zúčastněných respondentů pro tuto doménu je 13,49.

Průzkumná otázka č. 3

Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „sociální vztahy“?

Tato průzkumná otázka vychází ze třetí domény a je zaměřena na oblast oblastí „sociální vztahy“. Do této domény spadají otázky q20, q21, q22.

Na otázku (q20) „Jak spokojeni jste se svými osobními vztahy?“ odpovědělo 23 (46 %) respondentů, že jsou se svými osobními vztahy spokojeni. Se svými osobními vztahy uvedli, že jsou velmi spokojeni 2 respondenti (4 %). Odpověď „ani spokojený/á, ani nespokojený/á“ byla označena u 14 respondentů (28 %). Nespokojenost byla uvedena u 7 respondentů (14 %). Velmi nespokojeni s osobními vztahy po dobu dotazníkového šetření jsou 4 respondenti (8 %). Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,24. Populační norma této otázky je 3,75. Podle bakalářské práce Hany Lajzové (2015) nadpoloviční většina respondentů 54 (54 %) zvolila odpověď, že jsou se svými osobními vztahy spokojeni. Možnost „ani spokojeni, ani nespokojeni“ v průběhu dotazníku zvolilo 24 respondentů (24 %). Odpověď „velmi spokojený/á“ se svými osobními vztahy se objevila u 14 respondentů (14 %). 6 respondentů (6 %) uvedlo, že jsou s osobními vztahy nespokojeni a 2 respondenti (2 %) byli velmi nespokojeni.

Na otázku (q21) „Jak jste spokojený/á se svým sexuálním životem?“ odpovědělo 15 respondentů (30 %), že se svým sexuálním životem jsou spokojeni, 2 respondenti (4 %) uvedli, že jsou velmi spokojeni. Odpověď „ani spokojený/á, ani nespokojený/á“ byla zvolena 13 respondenty (26 %). Se sexuálním životem bylo z dotazovaných nespokojeno 8 respondentů (16 %). Odpověď „velmi nespokojený/á“ byla označena u 12 respondentů (24 %). Průměrná hodnota z celkového počtu respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření je 2,74. Populační norma u této otázky je 3,64. Sexualita je ovlivněna psychickými, tělesnými a zevními aspekty. Jednou z nejčastějších sexuálních komplikací jsou chronická onemocnění, právě proto má řada pacientů s onemocněním diabetes mellitus obtíže v sexuálním životě (Jirkovská a kol., 2014, s. 313).

Otázka (q22) „Jak spokojený/á jste s podporou, kterou vám poskytují přátelé?“ byla u 23 respondentů (46 %) zodpovězena, že jsou s podporou od přátel spokojeni. Velmi spokojeni s podporou od blízkých uvedli v dotazníkovém šetření 4 respondenti (8 %). U 13 respondentů (26 %) byla zvolena odpověď „ani spokojený/á, ani nespokojený/á“ s podporou od přátel. Nespokojenost uvedlo 10 respondentů (20 %). Žádný z respondentů nebyl velmi nespokojený s podporou, která je mu poskytnuta od přátel. Pro tuto otázku je průměrná hodnota z finálního počtu zúčastněných respondentů 3,42. Populační norma u této otázky je 3,85. Důležitá vlastnost mezilidských vztahů je přátelskost, která je jednou z hlavních pilířů nejen v partnerském a rodičovském, ale také v profesním vztahu. Přátelé s námi mají společné hodnoty, zájmy, poskytují nám sociální oporu a často právě oni s námi sdílejí nepříznivé životní situace (Slezáčková, 2012, s. 118). Pro tuto doménu je průměrná hodnota z celkového počtu respondentů nejnižší, a to 12,53. Respondenti uvedli, že jsou nejméně spokojeni v oblasti „sociální vztahy“.

Průzkumná otázka č. 4

Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu v oblasti „prostředí“?

Tato průzkumná otázka vychází ze čtvrté domény, která se zabývá oblastí „prostředí“ a zahrnuje následující otázky q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25.

Na otázku (q8) „Jak bezpečně se cítíte ve svém běžném životě?“ 21 (42 %) respondentů uvedlo odpověď „přiměřeně“. Velmi bezpečně ve svém životě se cítí z celkového počtu dotazovaných 14 respondentů (14 %). Odpověď „v obrovské míře“ uvedli 2 respondenti (4 %). Ve svém běžném životě se málo bezpečně cítilo 12 respondentů (24 %). Vůbec svůj život nepovažoval za bezpečný 1 respondent (2 %). Průměrná hodnota vypočítaná z této otázky u dotazovaných je 3,08. Populační norma u této otázky je 3,24. Bezpečí (jistota) je pojem, který znázorňuje ochranu proti ohrožení a zneužití. Pokud je míra nejistoty pro daného jedince nízká, dochází ke zvýšení jeho vnitřního klidu, jistoty a pohody (Slezáčková, 2012, s. 128, 159).

U otázky (q9) „Jak zdravé je Vaše prostředí, ve kterém žijete?“ zvolilo odpověď „velmi“ 23 respondentů (46 %), odpověď „přiměřeně“, taktéž 23 respondentů (46 %). V obrovské míře zdravé prostředí, ve kterém žije, neměl ani jeden z respondentů. Odpověď „málo“ zdravé prostředí, ve kterém se dotazovaní nacházeli, uvedli 4 respondenti (8 %). Ani jeden z respondentů neodpověděl, že svoje prostředí považuje za velmi nezdravé. Průměrná hodnota

z celkového počtu zúčastněných respondentů u této otázky je 3,38. Populační norma u této otázky je 2,85. V bakalářské práci Hany Lajzové (2015) tuto otázku zhodnotilo 54 respondentů (54 %), že prostředí, ve kterém žijí je velmi dobré, 6 respondentů (6 %) za maximálně dobré a 34 respondentů (34 %) zvolilo odpověď „přiměřeně“. Málo zdravé prostředí uvedlo 5 (5 %) respondentů a 1 respondent (1 %) označil své prostředí za vůbec nezdravé.

Otázka (q12) „Máte dostatek peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?“ byla nejvíce zvolená odpověď „přiměřeně“, a to počtem 21 respondentů (42 %). Odpověď „většinou“ byla označena 16 respondenty (32 %). Naprostý dostatek finančních prostředků uvedli 4 respondenti (8 %). Málo financí pro uspokojení svých potřeb vyjádřilo 9 respondentů (18 %). Ani jeden z respondentů neuvedl úplný nedostatek peněz pro uspokojení každodenních potřeb. Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu zúčastněných je 3,30. Populační norma pro tuto otázku je 2,87. Léčba a komplikace diabetu mellitu jsou po ekonomické stránce velice nákladné. Jde o onemocnění, které v důsledku chronických komplikací velmi často vede k invaliditě (Janíčková-Žďárská a kol., 2017, s. 16).

Na otázku (q13) „Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ odpovědělo 26 respondentů (52 %), že jsou pro ně potřebné informace většinou dostupné. Naprosto dostupné informace pro každodenní život uvedli 4 respondenti (8 %). „Přiměřeně“ hodnotilo dostupnost informací 18 respondentů (36 %). Málo dostupné informace jsou pro 2 respondenty (4 %). Ani jeden z respondentů neuvedl odpověď „vůbec ne“. Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, je 3,64. Populační norma u této otázky je 3,87. Pro pacienty s onemocněním diabetes mellitus je velmi důležitý edukační program, který je veden formou diskuze, ale také zahrnuje praktické ukázky a nácvik samotným pacientem. U těchto pacientů je také důležitý velký přísun edukačních materiálů, které jsou jedním z pilířů diabetologie a mohou být doplněny např. o video či film (Jirkovská, Kvapil, 2012, s. 59).

Otázka (q14) „Máte dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů?“ byla zodpovězena odpovědí „přiměřeně“, a to počtem 21 respondentů (42 %). Na tuto otázku odpovědělo 16 respondentů (32 %), že většinou mají dostatek možností pro rozvoj svých zájmů. Naprostý dostatek uvedlo 6 respondentů (12 %). Odpověď „málo“ byla uvedena u 7 respondentů (14 %). Ani jeden z dotazovaných nemá vůbec žádné možnosti pro rozvíjení svých zájmů. Průměrná hodnota vycházející z této otázky z celkového počtu respondentů je 3,42. Populační

norma pro tuto otázku je 3,33. U pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu by měla být do života zařazena zejména pravidelná fyzická aktivita, jako je např. chůze, jízda na kole či plavání (Psottová, 2012, s. 114).

U otázky (q23) „Jak spokojený/á jste se svým bydlením?“ byla odpověď „spokojený/á“ se svým bydlením zvolena 22 respondenty (44 %). Odpověď „velmi spokojeni“ se svým bydlením uvedlo 9 respondentů (18 %). „Ani spokojený/á, ani nespokojený/á“ se svým bydlením uvedlo 15 respondentů (30 %). Nespokojenost byla zvolena 4 respondenty (8 %). Ani jeden z respondentů neuvedl odpověď „velmi nespokojený/á“. Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu respondentů, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření, je 3,72. Populační norma pro tuto otázku je 3,54. Podle světové zdravotnické organizace je životní prostředí jedním z 6 základních aspektů kvality života (Slezáčková, 2012, s. 23).

Na otázku (q24) „Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?“ odpovědělo 26 respondentů (52 %), že jsou spokojeni. S dostupností zdravotní péče bylo velmi spokojeno 6 respondentů (12 %). Odpověď „ani spokojený/á, ani nespokojený/á“ byla označena 15 respondenty (30 %). Nespokojenost se zdravotní péčí uvedli 3 respondenti (6 %). Ani jeden z respondentů neodpověděl, že je velmi nespokojený s přístupností své zdravotní péče. Průměrná hodnota u této otázky z celkového počtu zúčastněných respondentů je 3,70. Populační norma u této otázky je 3,70. V bakalářské práci Hany Lajzové (2015) uvedlo 67 respondentů (67 %), že jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče, 16 respondentů (16 %) zvolilo odpověď „ani spokojeni, ani nespokojeni“ a 15 respondentů (15 %) uvedlo, že jsou velmi spokojeni. 2 respondenti (2 %) odpověděli, že s dostupností zdravotní péče nejsou spokojeni. Ani jeden respondent nezvolil odpověď „velmi nespokojený/á“.

Otázka (q25) „Do jaké míry jste spokojený/á s možností dostat se tam, kam potřebujete?“ byla 23 respondenty (46 %) vyjádřena odpovědí „spokojený/á“. Velmi spokojeni s možností dostat se na dané místo byli 3 respondenti (6 %). Odpověď „ani spokojený/á, ani nespokojený/á“ uvedlo 14 respondentů (28 %). 7 respondentů (14 %) zvolilo odpověď „nespokojeni“. S možností dostat se na určité místo byli velmi nespokojeni 3 respondenti (6 %). Průměrná hodnota pro tuto otázku z finálního počtu dotazovaných respondentů je 3,32. Populační norma pro tuto otázku je 3,19. Postižení dolních končetin v důsledku diabetu mellitu je jednou z nejobávanějších komplikací, které snižují kvalitu života jedince a je velmi často spojeno s dlouhodobou hospitalizací v nemocničním zařízení (Jirkovská a kol., 2014,

s. 259). Průměrná hodnota z celkového počtu zúčastněných respondentů pro tuto oblast je 13,78. Respondenti tuto doménu s názvem „prostředí“ zhodnotili nejlépe.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života u pacientů s onemocněním DM2T. Skládá se ze dvou částí, z teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena do dvou bloků. První blok se zabývá onemocněním DM2T, druhý blok popisuje kvalitu života. Praktická část je zaměřena na kvalitu života u pacientů s onemocněním DM2T a zhodnocení kvality života v jednotlivých doménách. Následně jsou výsledky srovnávány s bakalářskou prací Hany Lajzové (2015), odbornou literaturou a populační normou, která vychází z manuálu (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41).

Z průzkumu této bakalářské práce vyplývá, že nejlépe hodnocenou oblastí z celkového počtu dotazovaných je doména s názvem „prostředí“ (13,78), která zahrnuje otázky zabývající se bezpečností, prostředím, financemi, informovaností, možnostmi pro rozvoj, bydlením a dostupností. Tato doména je respondenty zhodnocena nad hodnotu stanovené populační normy, která vychází z manuálu (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42). Z toho vyplývá, že kvalitu života v této oblasti pokládají respondenti za dobrou.

Z průzkumného šetření jsou respondenti nejméně spokojeni s doménou „sociální vztahy“ (12,53). Tato doména zahrnuje otázky týkající se osobních vztahů, sexuálního života a podpory ze strany přátel. Z těchto výsledků je patrné, že kvalita života v této oblasti dosáhla nižší hodnoty, než je populační norma, která vychází z manuálu (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42).

Obecně je důležité nejen v ambulantním zařízení, ale také při hospitalizaci věnovat dostatek času každému pacientovi. Důraz je kladen na zapojení rodiny do zvládnání nemoci pacienta, vyslechnutí pacienta, volbu vhodné komunikace, zejména u starších pacientů, ale také je nutné se zaměřit na celkovou problematiku jednotlivce. Kvalita života je významná pro celou populaci, proto bychom se tímto tématem měli nepřetržitě zabývat.

V závěru je třeba zmínit, že výsledky průzkumného šetření byly předány do zdravotnického zařízení, ve kterém byl průzkum proveden. Se získanými výsledky přislíbilo zdravotnické zařízení, že bude dále pracovat. Účelem by mělo být zaměření se na oblast, kde je kvalita života pokládána za nedostatečnou, což je oblast „sociální vztahy“. Důležitý je kontakt nejen s pacientem, ale i jeho rodinou či blízkými a schopnost umět aktivně naslouchat každému jedinci. Tato bakalářská práce byla přínosná nejen pro zdravotnické zařízení, ale i pro mě samotnou.

7 POUŽITÁ LITERATURA

TIŠTĚNÉ ZDROJE

1. ADAMÍKOVÁ, A. *Kombinovaná antidiabetická terapie s inzulinem při diabetes mellitus 2. typu*. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-4224-6.
2. BARTŮŇEK, P.; JURÁSKOVÁ, D.; HECZKOVÁ, J.; NALOS, D. (eds). *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. ČEŠKA, R.; ŠTULC, T.; TESAŘ, V.; LUKÁŠ, M. (eds). *Interna*. 2. vyd. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-885-6.
4. DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
5. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. FRIED, M.; SVAČINA, Š. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Mlečice: Axonite CZ, 2018. ISBN 978-80-88046-15-8.
7. GILLERNOVÁ, I.; KEBZA, V.; RYMEŠ, M. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2798-1.
8. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
9. HALUZÍK, M. *Průvodce léčbou diabetu 2. typu pro internisty*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4958-0.
10. HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
11. JANÍČKOVÁ-ŽĎÁRSKÁ, D.; KVAPIL, M. *Moderní diabetologie: teorie v kasuistikách léčby diabetes mellitus 2. typu*. Praha: Current Media, 2017. ISBN 978-80-88129-19-6.
12. JIRKOVSKÁ, A. *Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes: manuál pro edukaci diabetiků*. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3246-9.
13. KVAPIL, M. *Nová diabetologie*. Praha: Medical Tribune CZ, 2012. ISBN 978-80-87135-34-1.

14. LEBL, J.; PRŮHOVÁ, Š.; ŠUMNÍK, Z. *Abeceda diabetu*. 4., vyd. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-438-8.
15. OLŠOVSKÝ, J. *Diabetes mellitus 2. typu: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-558-3.
16. PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
17. PELIKÁNOVÁ, T.; BARTOŠ, V. *Praktická diabetologie*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-244-5.
18. PERUŠIČOVÁ, J. *Diabetes mellitus v kostce: průvodce pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-303-9.
19. PRŮŠA, R. *Průvodce laboratorními nálezy*. Praha: Raabe, 2012. ISBN 978-80-87553-68-8.
20. PSOTTOVÁ, J. *Praktický průvodce cukrovkou: co byste měli vědět o diabetu*. Praha: Maxdorf, 2012–2019. ISBN 978-80-7345-279-7.
21. ROKYTA, R. *Fyziologie*. 3. vyd. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-238-1.
22. SLEZÁČKOVÁ, A. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3507-8.
23. ŠMAHELOVÁ, A.; LÁŠTICOVÁ, M. *Diabetologie pro farmaceuty*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 169 s. ISBN 978-80-204-2519-5.
24. TOD, D.; THATCHER, J.; RAHMAN, R. *Psychologie sportu*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3923-6.
25. TRACHTOVÁ, E.; TREJTNAROVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
26. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. ČR. Vyhláška 23/2001 Sb. Potraviny určené pro diabetiky [online]. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/...112>.
2. ČR. Vyhláška 54/2004 Sb. Potraviny určené pro diabetiky [online]. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-54>.
3. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *Diabetes facts & figures* [online]. [cit. 2020-11-29]. Belgie, 2020. Dostupné z: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>.
4. JIRKOVSKÁ, A.; KVAPIL, M. Doporučený postup dietní léčby pacientů s diabetem. In *Doporučení k edukaci diabetika* [online]. [cit. 2020-10-30]. 2012, roč. 15, č. 1, s. 59–61 Dostupné z: https://www.diab.cz/dokumenty/-edukace_diabetika_2012.pdf.
5. JIRKOVSKÁ, A.; PELIKÁNOVÁ, T.; ANDĚL, M. *Doporučený postup dietní léčby pacientů s diabetem* [online]. [cit. 2020-10-30]. 2012, roč. 15, č. 4. Dostupné z: https://www.diab.cz/dokumenty/standard_dietni_lecba.pdf.
6. JIRKOVSKÁ, A.; LACIGOVÁ, S.; RUŠAVÝ, Z.; BÉM, R. Doporučený postup péče o nemocné se syndromem diabetické nohy. In *Diabetologie* [online] [cit. 2020-12-17]. Praha, 2012, roč. 15, č. 1, s. 41–48. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/DMEV/2012/01/08_standard_diab_noha_dmev_1-12.pdf.
7. LAJZOVÁ, H. *Kvalita života jedinců s diabetem mellitem 2. typu*. [online]. [cit. 2021-05-27]. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová. Brno, 2015. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/if9yt/Bakalarska_prace-tisk.pdf.
8. MICHALOVOVÁ, M.; TKÁČOVÁ, Ľ. Kvalita života u pacientov s diagnózou diabetes mellitus. In *Suplementum*, [online]. 2015 [cit. 2020-11-05]. Roč. 2015, č. 2, s. 36–40. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/59071/Michalovova-M_KvalitaZivota_2015.pdf?sequence=1&isAllowe
9. MORTEZA SHAMSHIGARAN, S.; ATAEI, J.; ALAMDARI, M. I.; SAFAEIAN, A.; AMINISANI, N. Primary care diabetes: Predictors of health-related quality of life among people with type II diabetes Mellitus in Ardabil, Northwest of Iran, 2014. In *Primary care diabetes: Predictors of health-related quality of life among people with*

type II diabetes Mellitus in Ardabil, Northwest of Iran, 2014 [online]. [cit. 2021-01-22]. 2016, roč. 10, č. 4, s. 244–250. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2015.11.004>.

10. REBA K. et al. Health – related quality of life of patients with diagnosed type 2 diabetes in Felege Hiwot Referral Hospital, North West Ethiopia: a cross – sectional study. In *BMC Research Notes* [online]. [cit. 2021-05-25]. Velká Británie, 2018, roč. 11, č. 1. Dostupné z: doi: 10.1186/s13104-018-3625-x.
11. ŠKRHA, J.; PELIKÁNOVÁ, T.; PRÁZNÝ, M.; KVAPIL, M. Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu. In *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa* [online]. [cit. 2020-11-29]. Praha: MeDitorial, 2020, s. 18 Dostupné z: <http://www.diab.cz/standardy>.
12. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Stručný přehled činnosti oboru diabetologie a endokrinologie za období 2007–2017*. [online]. [cit. 2020-11-29]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K01_A004_diabet-_endokrin_2017.pdf.

8 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Přehled inzulínu a inzulínových analogů</i>	86
Příloha B <i>Dotazník</i>	87

Příloha A Přehled inzulinu a inzulinových analog

Tabulka 39 Přehled inzulinu a inzulinových analog

	NÁZEV INZULINŮ	NÁSTUP ÚČINKU	VRCHOL PŮSOBENÍ	DOBA TRVÁNÍ
Ultrakrátkodobé	Apidra Humalog NovoRapid	10–20 minut	30–45 minut	2–5 hod
Krátkodobé	Actrapid HM Humulin R Insuman Rapid	30 minut	60–180 minut	4–6 hod
Středně dlouhodobé	Humulin L Humulin N Insulatard Insuman Basal Monotard HM	1–3 hod	4–6 hod	12–24 hod
Dlouhodobé	Lantus, Levemir	3–4 hod	10–18 hod	22–24 hod
Ultradlouhodobé	Tresiba	30–90 hod	není	28–40 hod

(Perušičová, 2012, s. 65)

Příloha B *Dotazník*

Vážení respondenti,

jmenuji se Veronika Ťupová a studuji na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, studijní program Ošetrovatelství. Dovolte mi touto cestou představit Vám dotazník, který je součástí mé bakalářské práce se zaměřením na kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Dotazník je složen ze dvou částí, první část je zaměřena na kvalitu života za použití standardizovaného dotazníku WHOQOL- BREF, který se skládá z 26 kroužkovacích otázek doplněných o připomínky k hodnocení, a druhá část je mnou vytvořený dotazník, zahrnující otázky ohledně základních informací o každém pacientovi. Následně po vyplnění pacient odevzdá dotazník do označeného boxu, který bude k dispozici pacientům po dobu jednoho kalendářního měsíce na předem určeném místě. Dotazník je anonymní, kdykoliv jej v průběhu můžete opustit bez toho, aniž by to pro Vás mělo vliv na lékařskou a ošetrovatelskou péči. V závěru dojde k vyhodnocení Vašich odpovědí a budou zaznamenány v praktické části bakalářské práce.

Touto cestou Vás prosím o vyplnění dotazníku.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu a těší mě, že se tímto podílíte na mé bakalářské práci.

PRVNÍ ČÁST

INSTRUKCE K VYPLNĚNÍ

Následující otázky jsou zaměřeny na kvalitu zdraví a jiných oblastí Vašeho života. Po přečtení jednotlivých otázek, prosím, zvolte jednu odpověď, která se nejvíce podobá Vašemu pohledu na danou věc. Pokud jsi nejste jistý/á s odpovědí na otázku, obvykle to, co Vás napadne jako první, považujeme za správné.

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE (WHOQOL-BREF)

		Velmi špatná	Špatná	Ani špatná, ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
1	Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

		Velmi nespoko- jený/á	Nespoko- jený/á	Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	Spoko- jený/á	Velmi spoko- jený/á
2	Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky se Vás ptají na to, jak moc jste v posledních 4 týdnech zažil/a/pocítil/a některé situace.

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
3	Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	5	4	3	2	1
4	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	5	4	3	2	1
5	Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5
6	Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	1	2	3	4	5
7	Jak dobře jste schopen/a se soustředit?	1	2	3	4	5
8	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9	Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky se vás ptají na to, v jakém rozsahu jste v posledních čtyřech týdnech zažíval/a nebo byl/a schopen/a dělat určité věci.

		Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Většinou	Naprosto
10	Máte dost energie pro běžný život?	1	2	3	4	5
11	Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	1	2	3	4	5
12	Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	1	2	3	4	5
13	Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14	Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5

		Velmi špatně	Špatně	Ani špatně, ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15	Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
16	Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5
18	Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?	1	2	3	4	5
19	Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	1	2	3	4	5
20	Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21	Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22	Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	1	2	3	4	5
23	Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	1	2	3	4	5
24	Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25	Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5

Následující otázka se zajímá o to, jak jste se v posledních čtyřech týdnech cítil/a.

		Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	stále
26	Jak často jste měl/a negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	5	4	3	2	1

Máte nějaké připomínky či doplnění k tomuto dotazníku?

DRUHÁ ČÁST

VLASTNÍ DOTAZNÍK

Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

Kolik Vám je let?

.....

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní vzdělání
- b) Středoškolské vzdělání, bez maturity
- c) Středoškolské vzdělání, ukončené maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Vysokoškolské vzdělání

Jaké je Vaše současné zaměstnání?

- a) Zaměstnaný/á
- b) Nezaměstnaný/á
- c) Invalidní důchodce/důchodkyně
- d) Důchodce/důchodkyně

V jakém rodinném stavu se momentálně nacházíte?

- a) Svobodný/á
- b) Ženatý/vdaná
- c) Rozvedený/á
- d) Vdovec/vdova

Jak dlouho máte diagnostikováno toto onemocnění?

- a) Méně než 5 let
- b) 5–10 let
- c) 11 a více

Jakou léčbu podstupujete při tomto onemocnění?

- a) Léčba pomocí tablet (PAD, perorální antidiabetika)
- b) Léčba inzulinem