

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetřovatelství

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA
S RECENTNÍM DIABETEM MELLITEM

Bakalářská práce

Autor práce: Tomáš Kvasnička

Vedoucí práce: PhDr. Petra Pavlíková

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Tomáš Kvasnička
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Specifika ošetřovatelské péče o pacienta s recentním diabetem mellitem
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Pavlíková
Cíl práce:	Zjistit specifika péče o pacienta s recentním diabetem mellitem a zjistit nejčastější problémy při poskytování ošetřovatelské péče.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem „*Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s recentním diabetem mellitem*“. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje současnému stavu poznání dané problematiky, zahrnuje zejména historii onemocnění, jeho příznaky, diagnostiku, klasifikaci typů diabetu, možné komplikace a způsoby léčby.

Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, který byl realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami pracujícími na lůžkovém oddělení. Cílem výzkumu bylo zjistit specifika péče o pacienta s recentním diabetem mellitem a zjistit nejčastější problémy při poskytování ošetrovatelské péče.

Klíčová slova

Diabetes mellitus; inzulin; pacient; edukace; ošetrovatelská péče

Abstract

The bachelor's thesis deals with the topic "Specifics of Nursing Care for a Patient with Recently Diagnosed Diabetes Mellitus." The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part focuses on the current state of knowledge of the issue and covers the history of the disease, its symptoms, diagnostics, classification of diabetes types, possible complications, and treatment options.

The practical part is conducted in the form of qualitative research, carried out through semi-structured interviews with registered nurses working in an inpatient ward. The aim of the research was to identify the specifics of nursing care for patients with recently diagnosed diabetes mellitus and to determine the most common problems encountered in providing nursing care.

Keywords

Diabetes mellitus; insulin; patient; education; nursing care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 30. dubna 2026

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval své vedoucí práce PhDr. Petře Pavlíkové za trpělivost, spolupráci a odborné vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěl poděkovat respondentům, kteří mi poskytli cenné informace pro výzkum této problematiky.

Zároveň bych chtěl poděkovat rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Obsah

Seznam tabulek	7
Seznam zkratek	8
Úvod	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Historie onemocnění	10
1.2 Diabetes mellitus	12
1.2.1 Charakteristika.....	12
1.2.2 Klasifikace	13
1.3 Diagnostika onemocnění	13
1.3.1 Klinické projevy.....	14
1.3.2 Diagnostika v současnosti	14
1.4 Komplikace diabetu mellitu	15
1.4.1 Akutní komplikace.....	15
1.4.2 Chronické komplikace	16
1.5 Léčba diabetu mellitu	17
1.5.1 Režimová opatření.....	18
1.5.2 Léčba diabetu 1. typu.....	18
1.5.3 Léčba diabetu 2. typu.....	19
1.6 Role sestry v péči o pacienty s recentním diabetem mellitem	20
1.6.1 Edukace	20
1.6.2 Selfmonitoring	20
1.6.3 Prevence komplikací	21
2 Výzkumná část	22
2.1 Cíl práce a výzkumné otázky	22
2.2 Výzkumné otázky.....	22
2.3 Metodika výzkumu	22
2.4 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí	22
2.5 Průběh výzkumu.....	23
2.6 Výsledky výzkumu.....	24
3 Diskuse	40
4 Návrh řešení a doporučení pro změnu	43
Závěr	44
Seznam použité literatury	45
Přílohy	458

Seznam tabulek

Tab. 1: Respondenti	24
Tab. 2: Odlišení péče o pacienta s dlouhodobým/nově zjištěným diabetem	25
Tab. 3: Průběh edukace pacienta po stanovení diagnózy	26
Tab. 4: Nejdůležitější témata podle respondentů	26
Tab. 5: Kdo provádí edukaci	27
Tab. 6: Využití podpůrných prostředků	27
Tab. 7: Reakce na oznámení diagnózy	28
Tab. 8: Psychická podpora	29
Tab. 9: Vybavení oddělení pomůckami a materiálem	30
Tab. 10: Spolupráce s odbornostmi	31
Tab. 11: Provedení edukace a režimová opatření	32
Tab. 12: Význam komunikace sestry a pacient	34
Tab. 13: Nejčastější problémy v oblasti léčebného režimu	35
Tab. 14: Popření diagnózy, odmítnutí léčby a strach z hypoglykemie	36
Tab. 15: Návčik selfmonitoringu	37
Tab. 16: Okolnosti ovlivňující ošetrovatelskou péči	38
Tab. 17: Možnosti zlepšení péče	39

Seznam zkratek

ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
HbA1c	glykovaný hemoglobin
např.	například
oGTT	orální glukózový toleranční test
p.o.	příspěvková organizace
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	World Health Organization

Úvod

Diabetes mellitus patří v současné době mezi nejvýznamnější chronická neinfekční onemocnění s narůstající prevalencí v celosvětovém měřítku. Což představuje závažný zdravotnický i společenský problém, a to zejména vzhledem k dlouhodobému průběhu, riziku vzniku komplikací a ekonomické náročnosti léčby. Onemocnění je charakterizováno poruchou metabolismu sacharidů, tuků a bílkovin, která vzniká v důsledku absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu, případně jeho snížené biologické účinnosti na úrovni cílových tkání.

Hlavním z projevů diabetu mellitu je hyperglykemie, tedy zvýšená hladina glukózy v krvi. Dlouhodobě nekompenzovaný diabetes může vést k rozvoji řady akutních komplikací, jako je hypoglykemie, diabetická ketoacidóza či hyperosmolární hyperglykemický stav, ale také k pozdním chronickým komplikacím. Mezi tyto komplikace patří zejména mikroangiopatické postižení (diabetická retinopatie, nefropatie a neuropatie) a makroangiopatické změny, které zvyšují riziko kardiovaskulárních onemocnění, jako je ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda či ischemická choroba dolních končetin. Tyto komplikace významně ovlivňují morbiditu, mortalitu i celkovou kvalitu života pacientů, a to nejen po stránce fyzické, ale i psychické a sociální.

Nezastupitelnou roli v komplexní péči o pacienty s diabetem mellitem zaujímá všeobecná sestra, která je nedílnou součástí týmu. Ošetrovatelská péče je zaměřena nejen na monitoraci fyziologických funkcí a glykemie, aplikaci inzulínu či perorálních antidiabetik a sledování účinnosti léčby, ale také na včasnou identifikaci rizik a prevenci komplikací. Nedílnou součástí péče je edukace pacienta, která zahrnuje nácvik selfmonitoringu glykemie, zásady správné aplikace inzulínu, dietní opatření, pohybový režim a rozpoznání varovných příznaků akutních komplikací.

Důležitým aspektem ošetrovatelské péče je rovněž psychická podpora pacienta, zejména v období bezprostředně po stanovení diagnózy, tedy u recentních diabetiků, kdy pacient čelí zásadní změně životního stylu. Sestra zde plní roli edukátora, poradce i podpůrného prvku, který napomáhá pacientovi adaptovat se na chronické onemocnění, posiluje jeho kompetence v oblasti sebez péče a podporuje jeho aktivní zapojení do léčebného procesu. Komplexní, individuálně přizpůsobený a empatický přístup ze strany ošetrovatelského personálu je nezbytný pro dosažení dobré kompenzace onemocnění a prevenci jeho komplikací.

Volba tématu byla podmíněna praktickými zkušenostmi získanými v rámci odborné na interním oddělení, kde se často setkávám s pacienty s nově diagnostikovaným (recentním) diabetem mellitem. Tito pacienti jsou vystaveni náročné životní změně a vyžadují nejen odbornou zdravotní péči, ale také citlivý přístup, podporu a dostatečnou edukaci ze strany zdravotnického personálu.

Cílem bakalářské práce je zaměřit se na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s recentně diagnostikovaným diabetem mellitem a identifikovat nejčastější problémy, se kterými se sestry při poskytování péče setkávají.

1 Současný stav problematiky

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na základní poznatky týkající se onemocnění diabetes mellitus, které tvoří nezbytný rámec pro pochopení specifík ošetrovatelské péče o pacienty s tímto onemocněním. Vzhledem k narůstající prevalenci diabetu mellitu a jeho závažným zdravotním i psychosociálním důsledkům je důležité věnovat pozornost nejen samotné podstatě onemocnění, ale také jeho komplexnímu managementu.

V této části práce budou postupně rozpracovány nejdůležitější oblasti dané problematiky, a to od historického vývoje poznání diabetu mellitu přes jeho etiologii, patofyziologii a klinické projevy až po diagnostiku, klasifikaci, léčbu a možné komplikace. Pozornost bude věnována také významu edukace pacienta a roli ošetrovatelské péče v managementu onemocnění.

Cílem teoretické části je podat ucelený přehled současných poznatků o diabetu mellitu a vytvořit tak odborný základ pro následnou praktickou část práce, která se zaměřuje na specifika ošetrovatelské péče o pacienty s nově diagnostikovaným onemocněním.

1.1 Historie onemocnění

Diabetes mellitus patří mezi onemocnění, jejichž popis se v medicíně objevuje již od starověku. Přestože byly první klinické projevy choroby známy po tisíciletí, skutečné porozumění jejím příčinám a možnostem léčby se začalo rozvíjet až v novověku a zejména v 19. a 20. století. Historie diabetu je tak příkladem postupného přechodu od pouhého pozorování symptomů k experimentálně podloženému poznání patofyziologie a cílené terapii. Moderní přehledy zdůrazňují, že starověké, řecké, římské, arabské i hinduistické texty obsahovaly popisy onemocnění odpovídajícího dnešnímu diabetu, avšak dlouhou dobu chybělo pochopení jeho biologické podstaty. Teprve posledních přibližně dvě stě let přineslo zásadní pokrok v porozumění diabetu a ve vývoji léčby. (Becker a kol., 2022)

Samotný pojem „*diabetes*“ je tradičně spojován s antickou medicínou a s představou, že tekutiny procházejí organismem bez užítku. Ve starších obdobích byla nemoc chápána především podle nápadných klinických projevů, zejména polyurie, žízně, hubnutí a postupného chátrání nemocného. Přesnější rozlišení přišlo až v raném novověku, kdy Thomas Willis v 17. století upozornil na sladkou chuť moči nemocných a rozšířil název na „*diabetes mellitus*“. Tím se začal formovat nejen modernější diagnostický pohled, ale i odlišení diabetu od jiných stavů provázených nadměrným močením. Souhrnné historické práce ukazují, že vývoj názvosloví nebyl jen terminologickou změnou, ale odrážel i postupné zpřesňování klinického chápání této choroby. (Becker a kol., 2022)

Ve středověku a raném novověku bylo vysvětlování diabetu silně ovlivněno tehdejšími autoritami, především Galénem. Mezi lékaři dlouho přetrvával názor, že diabetes mellitus souvisí především s onemocněním ledvin a s nadměrným močením. Renesanční medicína však začala více stavět na pozorování, anatomii a kritickém přehodnocování starších schémat. Toto období proto představovalo důležitý přechod mezi tradičním autoritativním výkladem nemoci a novověkým, více faktickým přístupem. Z historického hlediska šlo o významný předstupeň moderní diabetologie, protože postupně oslaboval starší mylné interpretace a vytvářel prostor pro experimentální výzkum v následujících stoletích. (Bukovská, 2016)

Za skutečný zlom v poznání diabetu bývá považováno 19. století. V této době došlo k rozvoji chemických metod, laboratorního vyšetřování moči a krve i ke zpřesnění anatomických znalostí o pankreatu. Důležitým mezníkem byl popis Langerhansových ostrůvků v roce 1869 a zejména experimenty Oskara Minkowského a Josepha von Meringa z roku 1889, které prokázaly, že odstranění pankreatu u zvířete vede ke vzniku diabetu. Tento objev zásadně změnil chápání onemocnění, protože přesunul pozornost od ledvin a močových cest k pankreatu a jeho

endokrinní funkci. Diabetes se tak začal chápat jako metabolická porucha spojená s nedostatkem látky vytvářené ve slinivce břišní. (Becker a kol., 2022)

Jeden z vrcholných bodů tohoto vývoje byl objev inzulínu v roce 1921. Frederick Banting, Charles Best, John Macleod a James Collip navázali na předchozí experimentální poznatky a připravili extrakt z pankreatu, který dokázal snižovat hladinu glukózy v krvi. V roce 1922 byl inzulín poprvé úspěšně použit u člověka. Jednalo se o jednu z největších událostí v dějinách medicíny vůbec. Před zavedením inzulínu byl zejména diabetes 1. typu téměř jistě smrtelným onemocněním, zatímco po jeho objevu se postupně proměnil v chronickou nemoc, kterou bylo možné léčit a dlouhodobě kontrolovat. Význam inzulínu navíc nespočíval jen v bezprostředním terapeutickém efektu, ale také v tom, že otevřel nové výzkumné směry v oblasti biochemie, fyziologie, imunologie a později i molekulární medicíny. (Carr a kol., 2021)

Na objev inzulínu navázal velmi rychlý rozvoj diabetologie ve 20. století. Inzulín se postupně začal průmyslově vyrábět, zlepšovala se jeho čistota, měnila se délka účinku a vznikaly nové aplikační formy. Současně se rozvíjela dietní opatření, edukace pacientů a postupně také perorální antidiabetika. Dějiny antidiabetik nejsou jen historií jednotlivých léčiv, ale i příběhem proměny celkového přístupu k diabetu – od snahy zvládat základní hyperglykémii k cílenému ovlivňování kardiometabolického rizika, přidružená onemocnění a dlouhodobé prognózy nemocných. Moderní léčba diabetu tak stojí na dlouhém historickém vývoji, v němž se postupně spojily poznatky o patogenezi, klinickém průběhu a komplikacích onemocnění. (Sosna, 2016)

Kardiometabolické riziko úzce souvisí s metabolickým syndromem, který nepředstavuje samostatnou diagnózu, ale soubor vzájemně propojených rizikových faktorů a onemocnění. Jeho hlavním podkladem je inzulínová rezistence, která významně zvyšuje riziko aterosklerózy a diabetu 2. typu. Za typické projevy se považují zejména abdominální obezita, hypertenze, aterogenní dyslipidemie a poruchy metabolismu glukózy. U těchto pacientů má zásadní význam včasná odhalení rizika a intenzivní úprava životního stylu, protože právě ta představuje nejúčinnější způsob, jak snížit pravděpodobnost předčasné aterosklerózy i rozvoje diabetu 2. typu. (Rosolová, 2020)

S prodlužováním života pacientů s diabetem se zároveň začaly výrazněji projevovat pozdní komplikace onemocnění. To vedlo k rozvoji specializovaných oblastí diabetologické péče. V historii diagnostiky a léčby diabetické retinopatie se ukazuje, že některé komplikace bylo možné přesněji popsat až ve chvíli, kdy pacienti díky inzulínu žili dostatečně dlouho a zároveň existovaly technické možnosti jejich zachycení. U diabetické retinopatie sehrál zásadní roli vynález oftalmoskopu v 19. století a následný rozvoj oftalmologie. Tento příklad dobře ukazuje, že historie diabetu není pouze historií samotné choroby, ale i historií jejích komplikací, diagnostických metod a navazujících oborů. Rozvoj diabetologie proto probíhal souběžně s rozvojem laboratorní medicíny, interny, oftalmologie, nefrologie i preventivní péče. (Sosna, 2016)

V ČR má péče o pacienty s diabetem jasně organizovaný rámec. Jsou zde vymezena diabetologická centra pro dospělé jako specializovaná pracoviště léčebně-preventivní péče, která zajišťují komplexní diagnostiku i terapii diabetu, zejména u složitějších forem onemocnění a jeho komplikací. Součástí těchto center nejsou pouze diabetologické ambulance, ale také edukační pracoviště, podiatrické ambulance a návaznost na další odbornosti, například oftalmologii, nefrologii, angiologii, kardiologii či nutriční péči. Tento model ukazuje, že diabetes není chápán jen jako izolované onemocnění jednotlivce, ale jako chronická choroba vyžadující koordinovanou mezioborovou péči, systematickou edukaci a prevenci pozdních komplikací. (Pelikánová, 2024)

1.2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus představuje heterogenní skupinu chronických metabolických onemocnění, která jsou charakterizována poruchou regulace glykémie v důsledku nedostatečné sekrece inzulinu, poruchy jeho účinku nebo kombinace obou těchto mechanismů. Vzhledem ke své komplexnosti a narůstající incidenci patří diabetes mellitus mezi významné výzvy současné medicíny. (Benešová a kol., 2023)

Onemocnění zasahuje do celé řady metabolických procesů v organismu a svým dlouhodobým průběhem může vést k rozvoji závažných komplikací postihujících různé orgánové systémy. Správné pochopení podstaty diabetu mellitu, jeho příčin a mechanismů vzniku je zásadní nejen pro efektivní léčbu, ale také pro prevenci jeho komplikací a zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. Tato podkapitola se zaměřuje na vymezení pojmu diabetes mellitus, jeho základní charakteristiku a význam v kontextu současného zdravotnictví. (World Health Organization, 2024)

1.2.1 Charakteristika

Diabetes mellitus je skupina chronických metabolických onemocnění, pro která je typická zvýšená hladina glukózy v krvi, tedy hyperglykemie. Ta vzniká v důsledku nedostatečné sekrece inzulinu, poruchy jeho účinku na cílové tkáně nebo kombinace obou těchto mechanismů. Inzulin přitom patří mezi základní hormony regulující metabolismus glukózy, protože umožňuje její vstup do buněk a podílí se na udržení energetické rovnováhy organismu. Pokud je jeho tvorba nebo působení narušeno, dochází nejen k poruše metabolismu sacharidů, ale postupně také tuků a bílkovin. Diabetes proto nelze chápat jen jako izolovanou poruchu „cukru v krvi“, ale jako komplexní onemocnění, které ovlivňuje celý organismus. (American Diabetes Association, 2025)

Jedná se o chronické metabolické onemocnění vedoucí při dlouhodobém trvání k poškození srdce, cév, očí, ledvin a nervového systému. Nejčastější formou je diabetes 2. typu, který bývá často spojen s nadváhou, obezitou a nedostatkem pohybové aktivity. Takové pojetí ukazuje, že diabetes mellitus nepředstavuje pouze individuální zdravotní problém konkrétního pacienta, ale také významnou zátěž pro veřejné zdraví. (World Health Organization, 2024)

Dlouhodobě zvýšená glykémie má řadu nepříznivých důsledků. Při nedostatečné kompenzaci onemocnění dochází postupně k poškození cév, nervů a dalších orgánových systémů. Nejčastěji bývají postiženy oči, ledviny, periferní nervový systém, srdce a cévy. V klinické praxi proto není důležitá pouze samotná léčba hyperglykemie, ale i pravidelné sledování nemocného, prevence komplikací a dlouhodobá edukace pacienta. Péče o diabetika musí být komplexní a zahrnovat nejen farmakoterapii, ale také režimová opatření a systematickou spolupráci pacienta s léčebným týmem. (Kvapil a kol., 2020)

V současné době patří diabetes mezi nejvýznamnější chronická neinfekční onemocnění současnosti. Jeho výskyt dlouhodobě roste, a to zejména v souvislosti se stárnutím populace, častějším výskytem obezity, nízkou pohybovou aktivitou a celkovou změnou životního stylu. Zvláště výrazný nárůst je patrný u diabetu 2. typu. Onemocnění navíc často probíhá dlouhou dobu bez výraznějších obtíží, takže může být zachyceno až ve chvíli, kdy se objeví první komplikace nebo kdy je zvýšená glykémie zjištěna náhodně při laboratorním vyšetření. Právě v tom spočívá závažnost diabetu – jeho počáteční průběh může být nenápadný, ale dlouhodobé následky bývají velmi významné. (Kvapil a kol., 2020)

Z hlediska klinického obrazu se diabetes může projevovat různě. U části pacientů se objevují typické příznaky, například žízeň, časté močení, únava, rozmazané vidění nebo nechtěný úbytek hmotnosti. U jiných probíhá zpočátku téměř bez příznaků. I z tohoto důvodu je dnes diabetes mellitus chápán jako onemocnění, které vyžaduje nejen správnou diagnózu a léčbu, ale i aktivní vyhledávání rizikových osob a včasný záchyt. Současný přístup k diabetu tak zahrnuje nejen

snahu o dosažení dobré kompenzace glykémie, ale také prevenci komplikací, ovlivnění kardiovaskulárního rizika a zlepšení kvality života nemocného. (Kvapil a kol., 2020)

1.2.2 Klasifikace

Diabetes mellitus se v současnosti dělí podle příčiny vzniku a mechanismu onemocnění do několika základních skupin. Toto rozdělení je důležité nejen z teoretického hlediska, ale také pro klinickou praxi, protože jednotlivé typy diabetu se liší svým průběhem, způsobem léčby i dlouhodobou prognózou. Podle České diabetologické společnosti ČLS JEP (2016) je rozlišen na diabetes mellitus 1. typu, diabetes mellitus 2. typu, gestační diabetes mellitus a další specifické typy diabetu. Právě správné zařazení pacienta do konkrétní skupiny má zásadní význam pro volbu vhodného terapeutického postupu a pro následné sledování nemocného. (Kvapil a kol., 2016)

Diabetes mellitus 1. typu je charakterizován destrukcí β -buněk pankreatu, která vede k absolutnímu nedostatku inzulínu. Nejčastěji jde o autoimunitní proces, i když v menší části případů může být příčina jiná nebo není zcela objasněna. Pro tento typ diabetu je typický sklon ke ketoacidóze a nutnost celoživotní léčby inzulínem. Přestože bývá často spojován s dětským nebo adolescentním věkem, může vzniknout i v dospělosti. Při podezření na diabetes 1. typu je nutné nemocného co nejrychleji předat do péče diabetologa, protože bez včasné léčby může dojít k rychlému zhoršení stavu. (Kvapil a kol., 2016)

Nejčastější formou onemocnění je diabetes mellitus 2. typu. U tohoto typu se uplatňuje především inzulínová rezistence a postupně se rozvíjející porucha sekrece inzulínu. Na začátku onemocnění tedy nejde o absolutní nedostatek inzulínu, ale spíše o situaci, kdy organismus na inzulín nedokáže dostatečně reagovat. Diabetes 2. typu bývá často spojen s obezitou, vyšším věkem, nedostatkem pohybu, arteriální hypertenzí a dalšími složkami metabolického syndromu. Právě toto onemocnění může dlouhou dobu probíhat bez výraznějších příznaků, a proto bývá někdy diagnostikováno až ve chvíli, kdy jsou již přítomny komplikace nebo jiné metabolické poruchy. Právě z tohoto důvodu má význam aktivní screening a včasný záchyt rizikových osob. (Kvapil a kol., 2020)

Samostatnou skupinu tvoří gestační diabetes mellitus, tedy diabetes zjištěný v průběhu těhotenství, který nebyl jednoznačně přítomen již před otěhotněním. Tato forma má specifický význam, protože může ovlivnit průběh těhotenství, porod i zdravotní stav plodu a současně zvyšuje riziko budoucího rozvoje diabetu 2. typu u matky. Kromě hlavních typů diabetu se v klasifikaci uvádějí i další specifické formy, například monogenní (podmíněné jedním genem) typy diabetu, diabetes při onemocnění exokrinní části pankreatu, diabetes indukovaný léčivými nebo diabetes vznikající v souvislosti s jinými endokrinními poruchami. Zařazení některých pacientů nemusí být však zcela jednoznačné. Klinický obraz může být atypický nebo může nést znaky více forem současně, a proto se objevují úvahy o tom, že budoucí klasifikace diabetu bude více zohledňovat konkrétní patofyziologické mechanismy a terapeutické možnosti než pouze tradiční rozdělení na základní typy. (Čechurová a kol., 2017)

1.3 Diagnostika onemocnění

Diagnostika diabetes mellitus představuje důležitý prvek v managementu onemocnění, neboť umožňuje včasné zahájení léčby a minimalizaci rizika vzniku akutních i chronických komplikací. Zvláštní význam má diagnostika v časně fázi onemocnění, tedy v období bezprostředně po stanovení diagnózy, kdy hovoříme o recentně diagnostikovaném diabetu mellitu. (Friedecký a kol., 2019)

Slovo recentní pochází z latinského *recens, recentis*, což znamená „čerstvý“, „nedávný“ nebo „nový“. Recentně diagnostikovaný diabetes mellitus označuje stav, kdy bylo onemocnění

diabetes mellitus u pacienta zjištěno v nedávné době, zpravidla v řádu dnů, týdnů až několika měsíců od stanovení diagnózy. Jedná se o období, ve kterém dochází k zahájení léčby, nastavení terapeutického režimu a intenzivní edukaci pacienta. Toto období je z pohledu dalšího průběhu onemocnění zásadní, jelikož dochází k nastavení léčebného režimu, edukaci pacienta a formování jeho přístupu k vlastnímu onemocnění. A právě zde své nezastupitelné místo zaujímá všeobecná sestra. (Kvapil a kol., 2020)

1.3.1 Klinické projevy

Klinické projevy mohou být různorodé a do značné míry závisejí na typu onemocnění, rychlosti jeho rozvoje i míře metabolické dekompenzace. U části pacientů se onemocnění projevuje typickými příznaky, mezi které patří zejména zvýšená žížeň, častější močení, únava, rozmazané vidění a nechtěný pokles tělesné hmotnosti. Tyto symptomy bývají nápadnější především u diabetu 1. typu, kde se onemocnění rozvíjí rychleji a metabolická porucha je výraznější. Naproti tomu u diabetu 2. typu mohou být příznaky dlouhou dobu jen mírné nebo zcela nenápadné, a proto bývá onemocnění často zachyceno až při preventivním laboratorním vyšetření nebo při vyšetřování jiného zdravotního problému. (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025)

U diabetu 1. typu bývá klinický obraz obvykle výraznější. Typické je rychle vznikající zhoršení celkového stavu, výrazná žížeň, polyurie, hubnutí a v některých případech i rozvoj diabetické ketoacidózy. Při podezření na diabetes 1. typu je nutné jednat rychle, protože bez včasného zahájení léčby může dojít k akutnímu ohrožení pacienta. Klinické projevy proto nelze podceňovat ani v době, kdy je k dispozici široká škála laboratorních metod. V běžné praxi totiž právě anamnéza a klinický obraz často představují první krok, který vede k dalšímu cílenému vyšetření. (Šumník a kol., 2022)

Právě nenápadný průběh diabetu 2. typu představuje v diagnostice zásadní problém. Nemoc může několik let probíhat bez výrazných obtíží, přesto již během této doby dochází k poškození cév, nervů a dalších orgánů. Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že symptomy diabetu 2. typu jsou často méně výrazné a jejich rozpoznání může nastat až po delší době, někdy dokonce teprve při vzniku komplikací. Z tohoto důvodu má v současném pojetí diagnostiky velký význam aktivní vyhledávání rizikových osob, zejména pacientů s nadváhou, obezitou, hypertenzí, dyslipidemií, pozitivní rodinnou anamnézou nebo anamnézou gestačního diabetu. (Kvapil a kol., 2020)

1.3.2 Diagnostika v současnosti

Současná diagnostika je založena především na laboratorním průkazu poruchy metabolismu glukózy. V běžné klinické praxi se využívá zejména stanovení glykémie nalačno, orální glukózový toleranční test (oGTT) a vyšetření glykovaného hemoglobinu (HbA1c). Diagnostika musí vycházet ze standardizovaného laboratorního vyšetření, protože právě správná interpretace laboratorních výsledků je zásadní pro odlišení normální glukózové tolerance, prediabetu a samotného diabetu. (Friedecký a kol., 2019)

V diagnostice i sledování zaujímá významné místo stanovení glykovaného hemoglobinu (HbA1c). Slouží nejen k hodnocení dlouhodobé kompenzace onemocnění, ale také ke screeningu rizika diabetu a k samotné diagnóze. (Friedecký a kol., 2019)

Diabetes 2. typu může probíhat dlouhou dobu bez výraznějších příznaků, a proto bývá často zachycen až při preventivním vyšetření nebo ve chvíli, kdy se již začínají objevovat komplikace. Důležitý je screening zejména u osob s vyšším rizikem, například u pacientů s obezitou, hypertenzí, dyslipidemií nebo pozitivní rodinnou anamnézou. Včasný záchyt onemocnění je

důležitý nejen pro zahájení léčby, ale i pro prevenci pozdních cévních a orgánových komplikací. (Kvapil a kol., 2020)

V České republice se mezi základní diagnostické metody řadí glykémie na lačno a laboratorní vyšetření glykovaného hemoglobinu (HbA1c), zatímco orální glukózový toleranční test (oGTT) je možné využít jako alternativní diagnostickou metodu. Včasně rozpoznání prediabetu má zásadní význam, protože právě v této fázi lze vhodnou režimovou intervencí a úpravou životního stylu výrazně ovlivnit další vývoj onemocnění. Současný přístup k diagnostice diabetu tak nesměřuje jen k potvrzení již rozvinuté choroby, ale i k identifikaci osob, u kterých je riziko jejího vzniku vysoké. (Brož a kol., 2025)

V současné diabetologii proto diagnostika neznamena pouze stanovení jedné laboratorní hodnoty, ale komplexní posouzení klinického a metabolického stavu nemocného. Důležité je nejen potvrdit přítomnost diabetu, ale také správně rozlišit jeho typ, vyhodnotit míru rizika a zvolit vhodný postup další dispenzarizace. Moderní diagnostika diabetu je úzce spojena s prevencí komplikací, aktivním screeningem a individuálním přístupem k pacientovi. (Friedecký a kol., 2019)

1.4 Komplikace diabetu mellitu

Komplikace diabetu patří mezi nejzávažnější důsledky tohoto onemocnění. Neovlivňují jen zdravotní stav pacienta, ale často i jeho běžný život, soběstačnost a celkově kvalitu života. Proto nelze toto onemocnění chápat pouze jako poruchu metabolismu glukózy. Při dlouhodobém trvání může vést k poškození cév, nervů, očí, ledvin i dalších orgánů. Komplikace diabetu se dělí na akutní a chronické. Toto rozdělení je důležité hlavně proto, že akutní komplikace vznikají náhle a mohou pacienta bezprostředně ohrozit na životě, zatímco chronické komplikace se rozvíjejí postupně a bývají spojené hlavně s délkou trvání diabetu a úrovní jeho kompenzace. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

V současné době se komplikace nevnímají jen jako pozdní následek onemocnění, ale jako oblast, kterou je potřeba aktivně sledovat a řešit včas. Důraz se proto klade nejen na samotnou léčbu diabetu, ale také na prevenci, pravidelné kontroly a včasné zachycení prvních známek orgánového poškození. Právě proto péče o pacienta s diabetem musí být komplexní a musí zahrnovat nejen farmakologickou terapii, ale také edukaci, screening komplikací a mezioborovou spolupráci. (Dubský a kol., 2024)

1.4.1 Akutní komplikace

Akutní komplikace diabetu jsou stavy, které vznikají náhle a vyžadují rychlé rozpoznání a okamžitou léčbu. Patří mezi ně především *hypoglykemie*, *diabetická ketoacidóza*, *hyperglykemický hyperosmolární stav* a *laktátová acidóza*. Společné mají to, že mohou během krátké doby výrazně zhoršit zdravotní stav pacienta a v některých případech ho i přímo ohrozit na životě (Nemcová, Hlinková a kol., 2024).

Nejčastější akutní komplikací bývá *hypoglykemie*. Jedná o stav, kdy hladina glukózy v krvi klesne pod normální hodnotu a objeví se příznaky jako pocení, třes, slabost, hlad, porucha soustředění, zmatenost nebo v těžších případech i porucha vědomí. Riziko hypoglykemie je vyšší především u pacientů léčených inzulínem nebo některými perorálními antidiabetiky. V praxi ale není důležité jen zvládnout samotný akutní stav. Stejně podstatná je i prevence dalších stavů, protože opakované hypoglykemie mohou vést ke strachu z léčby a zhoršené spolupráci pacienta. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

Závažnou akutní komplikací je také *diabetická ketoacidóza*, která bývá typická hlavně pro diabetes 1. typu. Vzniká při výrazném nedostatku inzulínu, kdy organismus není schopen

využívat glukózu jako zdroj energie a začne ve větší míře odbourávat tuky. Tím vznikají ketolátky a rozvíjí se metabolická acidóza. Pacient může mít nevolnost, zvracení, bolesti břicha, dehydrataci, zrychlené dýchání nebo poruchu vědomí. Tento stav vyžaduje rychlou léčbu, protože bez ní může dojít k vážnému ohrožení života. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

Na rozdíl od ketoacidózy se *hyperglykemický hyperosmolární stav (hyperglykemie)* častěji objevuje u starších pacientů s diabetem 2. typu. I zde dochází k těžké dekompenzaci diabetu, ale bez výraznější ketózy. Typická je velmi vysoká glykemie, těžká dehydratace a porucha vědomí. Z klinického pohledu jde opět o stav, který vyžaduje urgentní nemocniční péči. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

Méně častou, ale stále závažnou komplikací je *laktátová acidóza*, která bývá spojena s těžkými interními stavy a poruchou vnitřního prostředí. U všech těchto akutních komplikací je důležité včasné rozpoznání příznaků, správné vyhodnocení stavu a okamžité zahájení léčby. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

Z pohledu ošetrovatelské i lékařské péče je u akutních komplikací důležitá také edukace pacienta. Nemocný by měl vědět, jak rozpoznat varovné příznaky hypoglykemie nebo hyperglykemie, kdy vyhledat pomoc a jak postupovat v rizikových situacích, např. při změně dávkování inzulínu, infekci nebo při nepravidelném příjmu potravy. Právě edukace a prevence mohou výrazně snížit riziko vzniku těchto stavů a zlepšit bezpečnost léčby. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

1.4.2 Chronické komplikace

Na rozdíl od akutních komplikací vznikají chronické komplikace diabetu postupně. Jejich rozvoj bývá spojen hlavně s dlouhodobou hyperglykemií, délkou trvání onemocnění a přítomností dalších rizikových faktorů, například hypertenze, dyslipidemie nebo obezity. Chronické komplikace se tradičně dělí na mikrovaskulární a makrovaskulární. Toto dělení je stále důležité, protože přehledně ukazuje, jaké orgánové systémy bývají diabetem nejčastěji postiženy. Mezi mikrovaskulární komplikace se řadí především diabetická retinopatie, diabetická neuropatie a diabetická nefropatie. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

Diabetická retinopatie, onemocnění sítnice oka, je jednou z nejvýznamnějších příčin zhoršení zraku u pacientů s tímto onemocněním. Vážnost tohoto onemocnění spočívá v tom, že v počátečních stádiích nemusí působit žádné větší obtíže. Riziko vzniku se především zvyšuje s délkou trvání diabetu, dlouhodobě nedostatečnou kompenzací glykemie, hypertenzí i dalších cévních rizikových faktorů. Právě proto je důležitý pravidelný screening a včasné oftalmologické vyšetření. Ukazuje se, že současný přístup k diabetické retinopatii je založen především na časném záchytu a na snaze zachytit změny ještě dříve, než dojde k výraznému poškození zraku. (Dubský a kol., 2024)

Další významnou komplikací je diabetická neuropatie. Ta může postihnout periferní i autonomní nervový systém a její projevy jsou velmi různorodé. U pacientů se může objevit porucha čítí, brnění, pálení, bolest, ale i zhoršené vnímání tlaku nebo teploty. Praktický význam této komplikace je velký hlavně proto, že výrazně zvyšuje riziko vzniku syndromu diabetické nohy. Pokud pacient necítí poranění nebo přetížení nohy, může snadno dojít ke vzniku defektu, infekce a v krajním případě i amputace. Význam zde má pravidelný screening neuropatie a včasné prevence. (Dubský a kol., 2024)

Mezi mikrovaskulární komplikace se řadí také diabetická nefropatie. Diabetická nefropatie se může dlouho rozvíjet nenápadně, ale postupně vede ke zhoršení ledvinových funkcí a současně zvyšuje celkové kardiovaskulární riziko. Z dnešního pohledu se už nebere jen jako izolovaná komplikace ledvin, ale jako součást širšího kardiometabolického rizika pacienta. I zde je proto

důležitý pravidelný screening, sledování laboratorních parametrů a včasné zahájení léčby. (Dubský a kol., 2024)

Do makrovaskulárních komplikací patří především ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda a ischemická choroba dolních končetin. Tyto komplikace jsou velmi závažné, protože výrazně ovlivňují nemocnost i úmrtnost pacientů s diabetem, zejména u diabetu 2. typu. Diabetes totiž často nepůsobí samostatně, ale bývá spojen s dalšími rizikovými faktory, jako je hypertenze, dyslipidemie nebo obezita. V současné diabetologii se proto zdůrazňuje, že léčba nemá být zaměřena jen na glykemii, ale i na celkové snížení kardiovaskulárního rizika pacienta (Němcová, Hlinková a kol., 2024).

Ischemická choroba srdeční patří mezi nejzávažnější makrovaskulární komplikace. U pacientů s diabetem je její výskyt výrazně vyšší než u běžné populace, protože diabetes urychluje aterosklerotické změny v cévním systému a současně bývá často spojen s dalšími rizikovými faktory, jako jsou arteriální hypertenze, dyslipidemie nebo obezita. Závažnost tohoto onemocnění spočívá také v tom, že u diabetiků může probíhat méně nápadně nebo atypicky, takže někdy není včas rozpoznáno. Proto se v současnosti ischemická choroba srdeční chápe jako důležitou součást celkového kardiovaskulárního rizika pacienta a její prevence je jedním z hlavních cílů léčby diabetu. (Dubský a kol., 2024)

Další komplikací představuje cévní mozková příhoda. U pacientů s diabetem mellitem je zvýšené riziko ischemické cévní mozkové příhody, a to zejména v souvislosti s dlouhodobou hyperglykemií, aterosklerózou a častým současným výskytem hypertenze a dalších vaskulárních rizikových faktorů. Tato komplikace může mít závažné následky v podobě poruchy hybnosti, řeči, citlivosti nebo trvalé ztráty soběstačnosti. Z hlediska současné péče je důležité, že prevence cévní mozkové příhody u diabetiků nespočívá jen v kompenzaci glykémie, ale také v důsledné kontrole krevního tlaku, lipidů a dalších přidružených onemocnění. Moderní přístup tedy vychází z celkového ovlivnění celkového kardiovaskulárního rizika, nikoliv pouze z léčby samotného diabetu. (Dubský a kol., 2024)

U ischemické choroby dolních končetin se jedná o komplikaci, která vzniká na podkladě aterosklerotického postižení tepen zásobujících dolní končetiny. U pacientů s diabetem bývá její průběh často závažnější, protože se může kombinovat s diabetickou neuropatií a poruchou hojení ran. Což znamená, že nemocný nemusí včas pociťovat bolest nebo jiné varovné příznaky, a onemocnění je tak někdy zachyceno až v pokročilejším stádiu. Ischemická choroba dolních končetin má velký význam zejména proto, že se podílí na vzniku syndromu diabetické nohy a zvyšuje riziko ulcerací, infekcí a amputací. (Němcová, Hlinková a kol., 2024)

Ischemická choroba dolních končetin se může projevovat chladem nohou, změnou barvy kůže, oslabením periferních pulzací, bolestmi při chůzi nebo zhoršeným hojením ran. Prevence syndromu diabetické nohy zahrnuje pravidelnou péči o nohy, denně kontrolovat stav kůže, meziprstních prostor, nehtů i případných otlaků, prasklin nebo drobných poranění, která mohou při současné neuropatii zůstat bez povšimnutí. Důležitá je proto správná hygiena, šetrné ošetřování pokožky, nošení vhodné obuvi a včasné řešení každého defektu. Nedílnou součástí péče je také pravidelné vyšetření dolních končetin a spolupráce s odborníky, včetně diabetologa, cévního specialisty a podiatrické ambulance, která se zaměřuje na prevenci, diagnostiku a léčbu syndromu diabetické nohy. (Dubský a kol., 2024)

1.5 Léčba diabetu mellitu

Léčba diabetu v současné době není už zaměřena na pouhé snižování, ale jedním z cílů jednak dosažení nejlepšího metabolického vyvážení, ale také prevence akutních a chronických komplikací, snížení kardiovaskulárního a renálního rizika a zachování co nejlepší kvality života pacienta. Léčba proto musí být dlouhodobá, komplexní a individuální ke každému nemocnému.

Znamená to, že se při volbě léčebného postupu zohledňuje nejen typ diabetu, ale také věk pacienta, délka trvání onemocnění, přítomnost obezity, kardiovaskulárních onemocnění, chronického onemocnění ledvin, riziko hypoglykemie i schopnost pacienta spolupracovat při léčbě. (Kvapil a kol., 2020)

Důležitým znakem je také, že současná léčba není o podávání léků. Vedle farmakoterapie má zásadní význam režimová léčba, edukace, selfmonitoring a spolupráce v rámci mezioborového týmu. Dalším ze znaků jsou dodržování diabetické diety, pravidelná fyzická aktivita, kontrola tělesné hmotnosti a edukace pacienta, která patří k základním předpokladům dobré kompenzace onemocnění. Současně se připomíná, že moderní farmakoterapie musí být vždy propojena se schopností pacienta rozumět své léčbě a aktivně se na ní podílet. Léčba recentního diabetu je mnohem více orientovaná na pacienta než dříve a stojí na sdíleném rozhodování a podpoře self-managementu (sebeřízení), kdy se jedná o program péče, který si pacient zajišťuje a organizuje nezávisle, ale spolupracuje s diabetologickým týmem. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

1.5.1 Režimová opatření

Základem léčby diabetu zůstávají režimová opatření, která jsou platná jak pro diabetes 1. typu, tak i pro diabetes 2. typu. Součástí léčby je především úprava stravovacích návyků, pravidelná fyzická aktivita, redukce nadváhy či obezity a omezení sedavého způsobu života. Nezastupitelná je ovšem léčebná výživa a pravidelná individualizovaná nutriční edukace, která patří k základům péče o osoby s diabetem 2. typu a že režimová intervence může významně přispět ke zlepšení glykemické kompenzace i celkového metabolického profilu. (Adamíková a kol., 2025)

U recentního diabetu se ale režimová léčba nepředstavuje jen jako obecné doporučení „méně jíst a více se hýbat“. Naopak se stále více zdůrazňuje individualizace. Důležitou roli zde má fyzická aktivita, která má u diabetiků významné přínosy, ale současně je nutné zohlednit rizikovost konkrétního pacienta, přítomnost komplikací a celkovou fyzickou kondici. U pacientů s diabetem 2. typu se doporučuje zejména pravidelná aerobní aktivita doplněná odporovým cvičením a omezením dlouhého sezení. Režimová léčba má význam nejen pro kompenzaci diabetu, ale i pro prevenci komplikací a ovlivnění kardiovaskulárního rizika. (Horová a kol., 2022)

1.5.2 Léčba diabetu 1. typu

Základem léčby diabetu 1. typu zůstává inzulinoterapie, protože u těchto pacientů dochází k absolutnímu nedostatku inzulínu. Léčba proto musí inzulín plně nahrazovat. Dnes je referovaným přístupem intenzifikovaná inzulinová léčba, kam patří systém basal-bolus i léčba pomocí inzulinové pumpy. V dnešní době inzulinová pumpa představuje technologicky nejvyspělejší způsob podání inzulínu, protože umožňuje nastavení dávek způsobem, který se nejvíce blíží fyziologickým podmínkám organismu. Zásadní součástí moderní léčby je nejen kontinuální monitorace glukózy, ale i správná technika aplikace, edukace pacienta, selfmonitoring a schopnost reagovat na změny hodnoty glykémie. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

Léčba diabetu 1. typu se stále častěji opírá o *hybridní uzavřené okruhy*. Hybridní uzavřený okruh patří mezi nejmodernější technologie, které se dnes používají v léčbě diabetu 1. typu. Tento systém propojuje kontinuální monitoraci glukózy, inzulinovou pumpu a mechanismus, který podle aktuálních hodnot glukózy automaticky upravuje dávky inzulínu. Systém sice část léčby řídí sám, ale na léčbě se stále pacient aktivně podílí, například zadáváním sacharidů před jídlem a podáním bolusu. Hlavní výhodou této technologie je to, že pomáhá udržovat glykémii ve vhodném rozmezí, snižuje riziko hypoglykemie a zároveň může zlepšit celkovou kompenzaci diabetu. Význam má také v běžném životě pacienta, protože snižuje každodenní zátěž spojenou

s rozhodováním o dávkách inzulínu a může přispět k většímu pocitu bezpečí i lepší kvalitě života. (Dubský a kol., 2024)

1.5.3 Léčba diabetu 2. typu

U léčby diabetu 2. typu se jedná o dlouhodobý proces, kdy nejde jen o samotné podávání léků, ale o celkový přístup k pacientovi a jeho onemocnění. Na vznik diabetu 2. typu se podílí více orgánů a metabolických mechanismů, a proto musí být léčba zaměřena širším směrem než jen na snížení hladiny cukru v krvi. Důležitou součástí terapie je změna životního stylu, zejména úprava stravy, dostatek pohybu, snaha o snížení tělesné hmotnosti a pravidelné kontroly. Právě režimová opatření mají zásadní význam pro dobrou kompenzaci onemocnění a mohou výrazně ovlivnit i riziko pozdějších komplikací. (Národní zdravotnický informační portál, 2021)

Pokud samotná režimová opatření nestačí, navazuje farmakologická léčba. Dříve byla terapie založena hlavně na lécích, které zvyšovaly sekreci inzulínu nebo citlivost tkání na jeho účinek. V současnosti je ale přístup k léčbě širší a více individuální. Důležitým lékem první volby u takového typu je Metformin, pokud jej pacient dobře snáší a nemá k jeho užívání kontraindikace. Při dalším výběru léčby se už nehodnotí jen glykemie, ale zda má pacient onemocnění srdce, cév nebo ledvin, jestli trpí obezitou a jak vysoké je u něj riziko hypoglykemie. Stále větší význam proto mají také moderní lékové skupiny, například inhibitory SGLT-2 (Forxiga, Jardiance) nebo agonisté receptoru pro GLP-1 (Ozempic), které mají příznivý vliv nejen na glykémii, ale i na srdce a ledviny. (Národní zdravotnický informační portál, 2021)

V současné léčbě diabetu 2. typu je více zaměřená jak na konkrétní potřeby pacienta a celkový zdravotní stav nemocného a jeho další onemocnění. Ovšem důležitost jako o samotných lécích je edukace pacienta, protože nemocný by měl rozumět své diagnóze, znát zásady léčby a vědět, jak může svým chováním ovlivnit průběh onemocnění. Součástí úspěšné léčby je také pravidelnost, dodržování doporučeného režimu a snaha o dosažení cílových hodnot. Pokud je pacient správně edukován a na léčbě aktivně spolupracuje, je možné výrazně snížit riziko komplikací a zlepšit jeho dlouhodobou prognózu. (Dubský a kol., 2024)

1.6 Role sestry v péči o pacienty s recentním diabetem mellitem

Nezastupitelnou roli v péči o pacienty s diabetem zde zaujímá sestra, protože se nepodílí jen na samotném provádění ošetrovatelské péče, ale také na edukaci a dlouhodobé podpoře nemocného. U recentního diabetu je její úloha významná zejména v období po stanovení diagnózy, kdy pacient potřebuje porozumět podstatě onemocnění, zásadám léčby a změnám, které bude muset zařadit do běžného života. Sestra pacienta edukuje o dietním režimu, významu pravidelné fyzické aktivity, správném užívání léků a o tom, jak rozpoznat příznaky hypoglykemie nebo hyperglykemie. Důležitou součástí její práce je i podpora selfmonitoringu, tedy vysvětlení, proč a jak sledovat glykémii, jak pracovat s glukometrem nebo senzorem a jak správně reagovat na zjištěné hodnoty. Právě díky této průběžné edukaci může pacient lépe zvládat každodenní léčebný režim a aktivně se podílet na péči o své zdraví. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

Další významnou oblastí je prevence akutních i chronických komplikací diabetu. Sestra vede pacienta k tomu, aby chápal význam pravidelných kontrol, správné hygieny, péče o dolní končetiny, vhodné obuvi a včasného řešení i drobných zdravotních obtíží. Edukuje ho také o tom, proč je důležité dodržovat léčbu, sledovat změny zdravotního stavu a docházet na preventivní vyšetření. V současné diabetologii se stále více zdůrazňuje individuální přístup, a právě sestra bývá často tím zdravotníkem, který s pacientem nejčastěji komunikuje, motivuje ho a pomáhá mu zvládat onemocnění po praktické stránce. Její role proto nespočívá jen v odborném provádění výkonů, ale i v dlouhodobé podpoře, která může významně ovlivnit dodržování léčby, kvalitu života pacienta i riziko vzniku komplikací. (Dubský a kol., 2024)

1.6.1 Edukace

Mezi nedílnou součást poskytované péče spadá edukace pacienta. U tohoto onemocnění totiž nestačí jen správně nasadit léčbu, ale je potřeba, aby pacient své nemoci rozuměl a uměl s ní dlouhodobě pracovat. Diabetes je chronické onemocnění, které zasahuje do každodenního života, protože pacient musí pravidelně řešit stravu, pohyb, léky, kontrolu glykémie a prevenci komplikací. Právě proto je edukace považována za jeden ze základních součástí moderní diabetologické péče. Edukace a podpora pacienta zlepšují výsledky léčby, pomáhá snižovat stres spojený s onemocněním a pomáhají lépe se zapojovat do péče o vlastní zdraví. Edukace se netýká jen jedné oblasti, ale zasahuje i do dalších, do oblasti výživy, fyzické aktivity, prevence akutních a chronických komplikací a správného užívání léků. Edukace by měla být přizpůsobená konkrétnímu pacientovi, jeho věku, typu diabetu, léčbě i tomu, jak dobře rozumí zdravotním informacím. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

Velký význam má i to, aby pacient rozuměl tomu, proč je důležité dodržovat doporučený režim. Nestačí mu jen říct, co má dělat, ale je potřeba vysvětlit i důvod. Pacient by měl vědět, proč je důležité pravidelně jíst, sledovat glykemický profil, pravidelný pohybový režim, péče o nohy nebo docházet na kontroly. Důležitá je také psychická stránka onemocnění, protože dlouhodobé zvládnutí diabetu může být pro člověka náročné, tudíž je zde nezastupitelná role zdravotnického personálu. (Bouchnerová, 2025)

1.6.2 Selfmonitoring

Na edukaci úzce navazuje selfmonitoring, tedy samostatné sledování vlastního zdravotního stavu pacientem. Tento pojem nejčastěji spojuje s kontrolou glykemie, ale ve skutečnosti je širší. Patří sem například i sledování jídelníčku, reakce organismu na fyzickou aktivitu, kontrola tělesné hmotnosti nebo vnímání změn zdravotního stavu. Selfmonitoring pomáhá pacientovi lépe pochopit, jak jeho tělo reaguje na každodenní situace, a díky tomu může lépe spolupracovat na

léčbě. Důležitý je zejména u pacientů léčených inzulínem, poněvadž pomáhá při úpravě dávek inzulínu a při odhalení výkyvů glykémie. (Národní zdravotnický informační portál, 2024)

V posledních letech se selfmonitoring výrazně změnil díky rozvoji moderních technologií. Klasické měření glykémie glukometrem dnes u mnoha pacientů doplňují nebo nahrazují glukózové senzory a další digitální přístroje. Tyto technologie umožňují sledovat glykémii častěji a přesněji, a pacient tak získává lepší přehled o tom, jak se jeho stav mění během dne i noci. Ovšem pacient musí vědět, jak s přístroji pracovat, umět vyhodnotit naměřené hodnoty a podle nich upravit režim. (Prázný a kol., 2019)

1.6.3 Prevence komplikací

Selfmonitoring i edukace mají zásadní význam v prevenci komplikací diabetu. Dlouhodobé komplikace nevznikají náhle, ale postupně, a proto je možné jejich riziko významně ovlivnit včasnou prevencí. Pacient by měl být veden k tomu, aby věděl, proč je důležitá dobrá kompenzace diabetu, pravidelné kontroly a včasné řešení i menších obtíží. Což znamená pravidelnou kontrolu nohou, používání vhodné obuvi, správnou hygienu, docházení na oční vyšetření, sledování renálních parametrů a důsledné dodržování léčby hypertenze či dyslipidemie. Při dlouhodobém trvání poškozuje srdce, cévy, oči, ledviny i nervový systém, a proto musí být prevence komplikací součástí komplexní léčby. (World Health Organization, 2024)

Velmi důležitá je například prevence syndromu diabetické nohy. Pacient by měl být poučen o každodenní kontrole nohou, správné hygieně, vhodné obuvi a o tom, že i drobné poranění může představovat problém. Správná prevence může výrazně snížit riziko vzniku defektů, infekcí a následných amputací. Nedílnou roli zde má zdravotnický personál, poněvadž často edukují o každodenní péči o nohy a významu pravidelných kontrol. (Bouchnerová, 2025)

Důležitou součástí prevence komplikací je i edukace o stravě a pohybu. Racionální stravování patří k základům léčby všech typů diabetu a zároveň se podílí na prevenci dalších komplikací. Nastavení správné výživy je nedílnou součástí terapie a že pacient musí být motivován k dlouhodobému dodržování doporučení. Rovněž další důležitou edukací je o fyzické aktivitě, která by měla být individuální a měla by vycházet z konkrétního zdravotního stavu pacienta, jeho možností a cílů léčby. (Nemcová, Hlinková a kol., 2024)

Současný přístup k prevenci komplikací je stále více individualizovaný a týmový. Na péči o pacienta se podílí nejen sestra, ale i nutriční terapeut, případně psycholog nebo další odborníci. Schopnost pacienta dodržovat léčbu totiž nezáleží jen na jeho vůli, ale i na jeho životních podmínkách a podpoře okolí. (Kvapil a kol., 2020)

2 Výzkumná část

Cílem bakalářské práce je zaměření v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s nově diagnostikovaným diabetem mellitem. Vzhledem k tomu, že stanovení této diagnózy představuje pro pacienta zásadní životní zlom vyžadující celkové přizpůsobení, je nezbytné analyzovat přístupy ošetrovatelského personálu, který v tomto procesu hraje zásadní roli.

2.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je identifikovat a analyzovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s recentně diagnostikovaným onemocněním diabetes mellitus z pohledu všeobecných sester.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči o pacienta s diagnózou recentní diabetes mellitus?

Výzkumná otázka č. 2: Jak je organizovaná péče o tyto pacienty?

Výzkumná otázka č. 3: S jakými problémy se potýkají všeobecné sestry při poskytování ošetrovatelské péče?

2.3 Metodika výzkumu

Pro účely bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum, která umožňuje hluboké porozumění subjektivním zkušenostem a postojům všeobecných sester v procesu péče o pacienty s recentním diabetem. Kvalitativní výzkum se nezaměřuje na statistickou četnost, ale usiluje o objasnění významů, které sestry přisuzují specifickými pohledy na edukaci a psychickou podporu v časně fázi onemocnění.

Sběr dat byl realizován metodou polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda umožnila flexibilně reagovat na výpovědi respondentů a více rozkrýt problematické oblasti, jako je nespolupráce pacientů k léčbě. K první výzkumné otázce se váží 4 otázky, ke druhé výzkumné otázce se váží 4 otázky a ke třetí výzkumné otázce se váží 5 otázek. Rozhovory byly zaměřeny na specifika péče a edukaci, organizaci péče a problémy při poskytování ošetrovatelské péče. Rozhovory se skládaly z 10 otevřených otázek a ze 3 polouzavřených otázek (viz příloha A).

Platnost šetření byla zajištěna využitím dat skrze zapojení respondentů s různou délkou odborné praxe. Data byla analyzována metodou otevřeného kódování, kdy byly identifikovány kódy a následně seskupeny do kategorií.

Souhlas s provedením výzkumného šetření od náměstkyně nelékařských profesí Nemocnice Jihlava, p.o. je obsažen v příloze B. Souhlas od respondentů s poskytnutím informací proběhl ústně. Odpovědi respondentů byly zaznamenávány písemně.

2.4 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření probíhalo na interním oddělení C, D Nemocnice Jihlava, p.o. Výběr respondentů byl proveden metodou záměrného (účelového) výběru přes instituci. Kritériem pro

zařazení do výzkumného souboru byl výkon povolání všeobecné sestry na lůžkovém oddělení a zkušenost s péčí o pacienty s recentním diabetem mellitem.

Celkový výzkumný soubor tvořilo 10 respondentů (všeobecných sester). Právě délka odborné praxe respondentů na daném pracovišti byla různorodá, pohybovala se v rozmezí od 19 měsíců (1 rok) do 32 roků, což umožnilo získat perspektivu jak od začínajících pracovníků, tak od sester s dlouholetou praxí. Tato různorodost přispěla k objektivitě a úplnosti získaných dat.

2.5 Průběh výzkumu

Samotný sběr dat byl realizován v období od února 2026 do dubna 2026. Před zahájením šetření byl kontaktován management nemocnice za účelem získání souhlasu s provedením výzkumu. Respondenti byli osloveni přímo na pracovišti, kde byli seznámeni s tématem, účelem a předpokládaným využitím výsledků bakalářské práce. Konečný počet činil 10 respondentů.

Etické aspekty výzkumu byly zajištěny důslednou anonymizací všech údajů. Respondenti byli informováni o dobrovolnosti jejich účasti a o možnosti kdykoliv od rozhovoru odstoupit. Souhlas s poskytnutím informací a s jejich následným zpracováním pro účely bakalářské práce byl ze strany respondentů udělen ústně před zahájením každého rozhovoru. Jednotlivá setkání probíhala v nerušeném prostředí oddělení tak, aby byla zachována důvěrnost sdělení a nebyl narušen provoz pracoviště. Získaná data byla následně doslovně přepsána a podrobena analýze.

2.6 Výsledky výzkumu

Prvním respondentem byla sestra s vyšším odborným vzděláním, pracující na interním oddělení D, jejíž věk je 51 roků, na oddělení působí 4 roky.

Druhým respondentem byla sestra se středoškolským vzděláním, pracující na interním oddělení C, jejíž věk je 53 roků, na oddělení působí 32 roků.

Třetím respondentem byla sestra s vyšším odborným vzděláním, pracující na interním oddělení C, jejíž věk je 27 roků, na oddělení působí 4 roky.

Čtvrtým respondentem byla sestra se středoškolským vzděláním, pracující na interním oddělení C, jejíž věk je 24 roků, na oddělení působí 4 roky.

Pátým respondentem byla sestra s vysokoškolským vzděláním, pracující na interním oddělení C, jejíž věk je 32 roků, na oddělení působí 4 roky.

Šestým respondentem byla sestra s vysokoškolským vzděláním, pracující na interním oddělení C, jejíž věk je 25 roků, na oddělení působí 1 rok.

Sedmým respondentem byla sestra se středoškolským vzděláním, pracující na interním oddělení D, jejíž věk je 50 roků, na oddělení působí 3 roky.

Osmým respondentem byla sestra se středoškolským vzděláním, pracující na interním oddělení C, jejíž věk je 48 roků, na oddělení působí 25 roků.

Devátým respondentem byla sestra se středoškolským vzděláním, pracující na interním oddělení D, jejíž věk je 31 roků, na oddělení působí 10 roků.

Desátým respondentem byla sestra se středoškolským vzděláním, pracující na interním oddělení D, jejíž věk je 39 roků, na oddělení působí 4 roky (shrnutí viz Tab. 1).

Tab. 1: Respondenti

Respondent	Věk (roky)	Vzdělání	Praxe na oddělení (roky)
S1	51	vyšší odborné	4
S2	53	středoškolské	32
S3	27	vyšší odborné	4
S4	24	středoškolské	4
S5	32	vysokoškolské	4
S6	25	vysokoškolské	1
S7	50	středoškolské	3
S8	48	středoškolské	25
S9	31	středoškolské	10
S10	39	středoškolské	4

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 1: V čem se tato péče liší od péče o pacienta s dlouhodobým/nově zjištěným diabetem?

Z odpovědí (viz Tab. 2) můžeme vyčíst, že péče o pacienta s nově zjištěným diabetem je výrazně odlišná od péče o pacienta s dlouhodobým onemocněním, a to především v oblasti edukace a adaptace na nemoc. Respondent S1 uvádí, že nově diagnostikovaný pacient má problém přijmout svou diagnózu a často má nereálná očekávání týkající se léčby. Na tuto skutečnost navazuje S8, která zdůrazňuje, že pacient zpočátku neví, co se děje, má mnoho otázek a potřebuje důkladné vysvětlení.

Významným prvkem péče je edukace, kterou zmiňují téměř všichni respondenti. Například S2 poukazuje na nutnost opakované edukace u nově zjištěných pacientů, zatímco u dlouhodobých pacientů je důležitější pravidelná monitorace glykémie. S3 a S4 shodně uvádějí, že péče o nově diagnostikovaného pacienta je zaměřena na edukaci a nácvik praktických dovedností, jako je aplikace inzulínu či měření glykémie, zatímco dlouhodobý pacient tyto činnosti již zvládá samostatně.

Další důležitou oblastí je komplexní edukace zaměřená na dietu, režimová opatření a celkové pochopení nemoci (S5, S6, S9, S10). Respondent S7 doplňuje, že součástí péče je také psychická podpora, nastavení léčby a stabilizace glykémie. Naopak u pacientů s dlouhodobým diabetem se péče zaměřuje spíše na kontrolu zdravotního stavu a případnou reedukaci (S6, S10). Tito pacienti jsou podle S3 více soběstační a péče je orientována na udržení či zlepšení jejich zdravotního stavu (S9).

Tab. 2: Odlišení péče o pacienta s dlouhodobým/nově zjištěným diabetem

Kategorie	Kód	Respondent
adaptace na nemoc	Obtížná adaptace a přijetí diagnózy	S1, S8
	Nereálná očekávání pacienta	S1
edukace	Opakovaná a důkladná edukace	S2, S8
	Seznámení s diagnózou a základní porozumění nemoci	S4, S9, S10
	Komplexní edukace (dieta, inzulín, režim, podiatrie)	S5, S6, S10
	Reedukace dle potřeby	S10
praktické dovednosti	Nácvik aplikace inzulínu a měření glykémie	S4, S6
léčba	Nastavení léčby a stabilizace glykémie	S7
psychická podpora	Psychická podpora pacienta	S7
kontrola onemocnění	Monitorace a kontrolní charakter péče	S2, S6
soběstačnost	Vyšší soběstačnost u dlouhodobého pacienta	S3
léčba	Zaměření na zlepšení stavu u dlouhodobých pacientů	S9

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 2: Jak probíhá edukace pacienta po stanovení diagnózy? Která témata jsou podle Vás nejdůležitější? Kdo provádí edukaci?

Edukace pacienta po stanovení diagnózy diabetu probíhá jako postupný a systematický proces. S1 uvádí, že edukace začíná ústním vysvětlením diagnózy, na které navazuje praktický nácvik aplikace inzulínu, kdy pacient nejprve sleduje výkon sestry a následně si jej osvojuje samostatně. Podobně také S3 a S6 zdůrazňují, že edukace probíhá postupně a zahrnuje jednotlivé oblasti jako režim, dieta, měření glykémie a aplikace inzulínu.

Tab. 3: Průběh edukace pacienta po stanovení diagnózy

Kategorie	Kód	Respondent
Průběh edukace	vysvětlení diagnózy, základní vysvětlení onemocnění	S1, S7
	pochopení nemoci	S9
	vysvětlení dalšího postupu	S8
	postupná edukace, průběžná edukace	S3, S6
	opakovaná edukace	S2
	ústní edukace, srozumitelná komunikace	S1, S2
	možnost dotazů	S2
	edukace při hospitalizaci, edukace ambulantně	S6

Zdroj: vlastní zpracování

Na význam opakování edukace a srozumitelnosti sdělovaných informací upozorňuje S2, která považuje za důležité, aby pacient měl možnost klást otázky a získával jasné odpovědi. Edukace je podle S6 realizována jak během hospitalizace, tak ambulantně, což potvrzuje její kontinuální charakter (viz Tab. 3).

Tab. 4: Nejdůležitější témata podle respondentů

Kategorie	Kód	Respondent
Obsah edukace	aplikace inzulínu, nácvik aplikace inzulínu, samostatná aplikace	S1, S3, S4, S6, S7, S10
	úprava inzulínových jednotek	S10
	měření glykémie, monitorace glykémie	S3, S4, S6, S7
	edukace o glukometru, předání glukometru	S5, S8
	dietní opatření, dietní režim, edukace o výživě	S1, S3, S5, S6, S7, S10
	režimová opatření, životospráva	S3, S7, S9, S10
	vysvětlení terapie, účinek terapie	S9
	komplikace diabetu, význam dodržování léčby	S5
	psychika pacienta	S1

Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska edukace se respondenti shodují na několika základních tématech. Nejčastěji zmiňovanými oblastmi jsou dietní a režimová opatření (S1, S3, S5, S7, S10), měření glykémie (S3,

S4, S6, S7) a aplikace inzulínu (S1, S3, S4, S6, S7, S10). S5 zdůrazňuje význam edukace o rizicích a komplikacích diabetu, které vedou k lepšímu pochopení nutnosti dodržování léčby. S1 navíc poukazuje na důležitost psychické stránky pacienta. S9 popisuje edukaci jako proces vedoucí od pochopení nemoci přes vysvětlení možností terapie až po úpravu životosprávy (viz Tab. 4).

V oblasti realizace edukace se ukazuje, že jde o mezioborovou činnost (viz Tab. 5). S8 a S9 uvádějí, že edukace je zahajována lékařem, který pacientovi sděluje diagnózu a další postup. Následně se zapojuje ošetrovatelský personál. Jednu z hlavních rolí zde sehrává diabetologická sestra, která je zmiňována ve více výpovědích (S2, S4, S8, S10) jako hlavní edukátor, zejména v oblasti praktických dovedností. Dále se na edukaci podílí nutriční terapeut (S2, S5, S10), všeobecná či edukační sestra (S6) a další členové týmu, včetně ošetrovatelek (S1).

Tab. 5: Kdo provádí edukaci

Kategorie	Kód	Respondent
edukátor	lékař (zahájení edukace)	S7, S8, S9
	diabetologická sestra (hlavní edukátor)	S2, S4, S8, S10
	všeobecná sestra, edukační sestra	S6
	nutriční terapeut (výživa)	S2, S5, S10
	ošetrovatelský personál, ošetrovatelka	S1, S9
	mezioborová tým	S1, S6

Zdroj: vlastní zpracování

Součástí edukace je také využití podpůrných prostředků (viz Tab. 6). S8 uvádí předání glukometru a edukačních materiálů, zatímco S1 popisuje praktickou demonstraci výkonů. Tyto prvky podporují lepší pochopení a samostatnost pacienta v péči o vlastní onemocnění.

Tab. 6: Využití podpůrných prostředků

Kategorie	Kód	Respondent
podpůrné prostředky	edukační materiály, glukometr	S8
	demonstrace sestrou, praktický nácvik	S1

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 3: Jak pacienti reagují na oznámení této diagnózy?

Reakce pacientů na oznámení diagnózy jsou převážně negativní a emočně zatížené. Nejčastěji sestry (S1, S3, S7, S8) popisují šok, strach, překvapení a zmatení jako první reakce pacientů. Významnou kategorií je nepřijetí diagnózy. Sestry S1, S2, S3, S4 a S8 uvádějí, že pacienti diagnózu často popírají, nechťejí ji přijmout nebo jí zpočátku nevěří.

Další oblastí jsou obavy a nejistota (S1, S4, S6, S7, S8), které se týkají především budoucího života s onemocněním. Některé sestry (S1, S8) specificky zmiňují také obavy spojené s léčbou, zejména aplikací inzulínu. Nedostatek informací a nejistota v orientaci v nové situaci se objevují především u S8, která poukazuje na to, že pacienti nevědí, co je čeká a jak mají postupovat. Naopak menší část pacientů reaguje klidně nebo onemocnění podceňuje (S5, S9), případně jej nevnímá jako závažné.

Z výpovědí rovněž vyplývá, že reakce pacientů může být ovlivněna individuálními faktory, zejména věkem (S10), kdy mladší pacienti diagnózu přijímají lépe než starší. Celkově lze shrnout, že podle sester převažují u pacientů negativní emoční reakce, často doprovázené popřením diagnózy a nejistotou ohledně budoucnosti a léčby (viz Tab. 7).

Tab. 7: Reakce na oznámení diagnózy

Kategorie	Kód	Respondent
emoční reakce pacientů	šok	S1, S3, S7, S8
	strach	S3, S4, S6, S7, S8
	zmatení / překvapení	S7, S8
přijetí diagnózy	popření / nepřijetí / nevěření	S1, S2, S3, S4, S8
obavy a nejistota	obecné obavy, nejistota	S1, S4, S6, S7, S8
	obavy z budoucnosti	S4, S8
	obavy z inzulínu / léčby	S1, S8
informovanost a orientace	nedostatek informací, nejistota v režimu	S8
vnímání nemoci	klid, podceňování, nevnímání ohrožení	S5, S9
individuální faktory	vliv věku	S10

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 4: Jakou roli podle Vás hraje psychická podpora v tomto období?

Podle respondentů (S1–S10) psychická podpora hraje v daném období velmi významnou až zásadní roli (viz Tab. 8). Respondenti S2, S6, S7 a S9 ji přímo označují jako zásadní nebo velmi důležitou. To ukazuje, že psychická stránka péče je vnímána jako důležitá součást práce s pacientem.

Významnou stránkou psychické podpory je zklidnění pacienta a pomoc s přijetím situace či diagnózy, což zmiňují S1 a S4. Na to navazuje také snížení strachu a lepší porozumění situaci (S3), což naznačuje, že psychická podpora pomáhá pacientovi orientovat se v nové životní situaci.

Dalším důležitým tématem je komunikace a naslouchání pacientovi. Respondenti S6 a S8 upozorňují na nutnost individuálního přístupu – zatímco někteří pacienti potřebují o své situaci mluvit, jiní se mohou uzavírat do sebe. S tím souvisí i potřeba zabránit pocitu osamělosti (S8). Velmi výrazně se objevuje také role rodiny a blízkého okolí, kterou zmiňují S5, S8 a S10. Podle S10 pacient lépe zvládá situaci, pokud ví, že na ni není sám. S5 dále rozšiřuje tento pohled o možnost edukace rodinných příslušníků nebo využití externích služeb (např. Charita). Současně S9 upozorňuje, že potřeba psychické podpory není u všech pacientů stejná, což zdůrazňuje význam individuálního posouzení.

Tab. 8: Psychická podpora

Kategorie	Kód	Respondent
psychická podpora	zásadní význam psychické podpory	S2, S6, S7, S9
	uklidnění pacienta; přijetí situace	S1, S4
	snížení strachu; porozumění	S3
	individuální míra potřeby podpory	S9
	ujištění; edukace; externí podpora	S5
komunikace a naslouchání	naslouchání; individuální potřeby pacienta	S6, S8
Podpora od rodiny a okolí	potřeba blízkosti; prevence osamělosti	S8
	podpora rodiny a okolí	S5, S8, S10
	pocit bezpečí; zvládnání situace	S10

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 5: Jaké pomůcky a edukační materiály jsou na oddělení k dispozici? Považujete je za dostačující a proč?

Z odpovědí respondentů (viz Tab. 9) je zřejmé (S1–S10), že na oddělení jsou v některých případech k dispozici základní edukační materiály a pomůcky, jako jsou letáky, brožury, dietní materiály, glukometry také i cvičná inzulinová pera (S1, S4, S6, S7). Tyto pomůcky jsou využívány nejen k předávání informací, ale také k praktickému nácviku, zejména při aplikaci inzulinu (S5, S7).

Současně je poukaz na nedostatek těchto materiálů přímo na oddělení (S2, S8, S10). Edukace pacientů je proto často zajišťována ve spolupráci se specialisty, jako jsou diabetologická sestra, nutriční terapeut nebo podiater, kteří pacientům poskytují jak informace, tak edukační materiály (S2, S5, S8, S10).

Většina respondentů hodnotí dostupné pomůcky jako dostačující, především z hlediska podpory porozumění onemocnění pacientem (S1, S3, S4, S6, S7). Na druhou stranu se objevují i názory, že dostupnost materiálů není dostatečná, zejména přímo na oddělení (S2, S8, S10). Respondent S9, rovněž zdůrazňuje, že kromě materiálů a pomůcek hraje podstatnou roli také otevřený rozhovor s pacientem, jenž přispívá k lepšímu zapamatování informací.

Tab. 9: Vybavení oddělení pomůckami a materiálem

Kategorie	Kód	Respondent
edukační materiály a pomůcky na oddělení	letáky, brožury, dietní materiály, glukometry, cvičná inzulinová pera	S1, S4, S6, S7
praktické pomůcky v edukaci	glukometry, cvičné pomůcky, využití v praxi	S3, S7
	nedostatek materiálů, absence pomůcek na oddělení	S2, S8, S10
	materiály jsou dostačující, pacient lépe chápe onemocnění	S1, S3, S4, S6, S7
praktický nácvik	nácvik aplikace inzulinu, výměna jehly	S5, S7
role specialistů v edukaci	diabetologická sestra, nutriční terapeut, podiater, předávání materiálů mimo oddělení	S2, S5, S8, S10
význam komunikace	otevřený rozhovor, retence informací, doplnění materiálů komunikací	S9

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 6: Se kterými odbornostmi spolupracujete při péči o tyto pacienty (diabetolog, nutriční terapeut, ...)?

U nynější otázky všichni respondenti (S1–S10) uvádějí spolupráci v rámci diabetologické péče, tedy s diabetologem nebo diabetologickou sestrou. Tato spolupráce představuje základ péče o pacienty s diabetem a zahrnuje i edukaci pacientů.

Významnou kategorií je také nutriční péče, kterou zmiňuje většina respondentek (S1-S10). Nutriční terapeut se podílí především na úpravě dietního režimu a redukcii hmotnosti. Respondenti (S6, S9) uvádí širší lékařskou mezioborovou spolupráci, konkrétně s internistou nebo praktickým lékařem, což odráží komplexní přístup k pacientovi. Do kategorie specializované péče spadá spolupráce s podiatří a očním lékařem (S5, S7, S10), která souvisí s prevencí a řešením komplikací diabetu.

Tab. 10: Spolupráce s odbornostmi

Kategorie	Kód	Respondent
diabetologická péče	spolupráce s diabetologem / diabetologickou sestrou	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
nutriční péče	spolupráce s nutričním terapeutem	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10
lékařská mezioborová spolupráce	spolupráce s internistou / praktickým lékařem	S6, S9
specializovaná péče	spolupráce s podiatří a očním lékařem	S5, S7, S10

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 7: Jak je na vašem oddělení prováděna edukace těchto pacientů a jaká jsou režimová opatření?

Nejčastěji je edukace prováděna ústně a praktickým nácvikem, což potvrzují respondenti S1 a S9 (viz Tab. 11). Ústní edukace, často vedená formou rozhovoru, je zároveň doplněna možnostmi klást dotazy, přičemž důraz na opakování edukace zmiňuje zejména S2. Z hlediska organizace edukace převažuje individuální přístup k pacientovi, který uvádějí S3 a S6, přičemž edukace probíhá především během hospitalizace.

Někteří respondenti (S4, S10) poukazují na návaznost edukace mezi diabetologickou ambulancí a lůžkovým oddělením, což naznačuje kontinuitu péče. Postupné předávání informací během hospitalizace zmiňuje S4. Na edukaci se podílí širší spektrum zdravotnických pracovníků, nejčastěji sestry, ale také lékaři a specializované sestry, například diabetologické či nutriční (S2, S10).

Tab. 11: Provedení edukace a režimová opatření

Kategorie	Kód	Respondent
forma edukace	praktický nácvik (inzulin, glykémie)	S1, S9
	ústní edukace / rozhovor	S1, S2, S9
	opakovaná edukace	S2
	odpovídání na dotazy	S2
organizace edukace	individuální edukace	S3, S6
	edukace během hospitalizace	S3
	edukace na diabetologii + návaznost	S4, S10
	postupná edukace	S4
edukátor	zdravotnický personál	S2, S4, S7, S8, S10
	Lékař	S2
	specializované sestry (diabetologická, nutriční)	S10
režimová opatření – dieta a monitoring	diabetická dieta / úprava stravy	S1, S4, S5, S7, S8, S9
	měření / kontrola glykémie	S1, S5, S6, S7, S8
	konzultace s lékařem	S1
léčba	podávání inzulinu a léků	S7, S8
	léčba obecně	S6
	kontaktování lékaře při zhoršení.	S8
životní styl	pohyb / aktivizace	S5, S6, S9
	úprava denního režimu	S9

Zdroj: vlastní zpracování

V oblasti režimových opatření se nejčastěji objevuje důraz na dietní režim a úpravu stravy, který uvádí většina respondentů (S1, S4, S5, S7, S8, S9). Nedílnou součástí péče je také pravidelné

měření a kontrola glykémie (S1, S5, S6, S7, S8), v některých případech doplněné konzultací s lékařem (S1).

Další významnou oblastí je farmakologická léčba, zejména aplikace inzulínu a podávání léků, které zmiňují S7 a S8. V rámci režimových opatření je rovněž zdůrazňován životní styl pacienta, především pohyb a aktivizace (S5, S6, S9), případně i úprava denního režimu (S9). Jak uvádí S8, péče zahrnuje také reakci na akutní změny zdravotního stavu, když např. dochází k hypoglykémii a dochází ke kontaktování lékaře.

Otázka č. 8: Jaký má podle Vás význam komunikace sestry s pacientem v adaptační fázi onemocnění?

Komunikace sestry s pacientem v adaptační fázi onemocnění je velmi významná součást ošetrovatelské péče. Respondenti zdůrazňují její vysokou důležitost (S2) a v některých případech ji označují dokonce za zásadní, někdy i významnější než komunikaci s lékařem (S9, S10). Komunikace se stává základním nástrojem pro navázání vztahu s pacientem a jeho orientaci v nové životní situaci (viz Tab. 12).

Významnou oblastí je edukace a informovanost pacienta. Respondenti uvedli, že prostřednictvím komunikace dochází k vysvětlování onemocnění a léčby, odpovídání na dotazy a celkovému zvyšování porozumění nemoci (S1, S3, S4, S5, S6, S8). Edukace pomáhá pacientovi lépe pochopit svou situaci a aktivně se zapojit do léčebného procesu.

Dalším důležitým bodem je psychická podpora, kterou komunikace zajišťuje. Respondenti zdůrazňují potřebu pacienta uklidnit, dodat mu pocit jistoty a být mu oporou v náročném období (S1, S5, S7, S10). Komunikace tak přispívá ke snížení nejistoty a úzkosti, které jsou s nově vzniklým onemocněním často spojeny. Významnou roli hraje také budování důvěry a vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Otevřená komunikace umožňuje pacientovi svěřit se, ptát se a aktivně spolupracovat na léčbě (S3, S6, S8, S10). Důvěra pro péči je důležitým předpokladem.

Komunikace rovněž podporuje adaptaci pacienta na onemocnění. Pomáhá mu přijmout diagnózu, lépe se orientovat v nové situaci a postupně se s ní vyrovnat (S7, S8). Sestra zde vystupuje jako průvodce, který pacienta provází celým procesem adaptace. V neposlední řadě je zdůrazněna specifická role sestry, která je s pacientem v častém a kontinuálním kontaktu a je pro něj snadno dostupná (S7, S8, S9).

Tab. 12: Význam komunikace sestry a pacient

Kategorie	Kód	Respondenti
význam komunikace	vysoká důležitost; důležitá role	S2, S9, S10
edukace a informovanost	edukace; vysvětlování; odpovídání na dotazy; pochopení nemoci	S1, S3, S4, S5, S6, S8
psychická podpora	uklidnění; pocit jistoty; podpora	S1, S5, S7, S10
důvěra a vztah	důvěra; otevřená komunikace	S3, S6, S8, S10
adaptace na nemoc	přijetí diagnózy; orientace v situaci	S7, S8
role sestry	kontinuální kontakt; dostupnost; významnější než lékař	S7, S8, S9

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 9: S jakými nejčastějšími problémy v oblasti dodržování léčebného režimu se setkáváte?

Nejčastějším problémem v oblasti dodržování léčebného režimu je nedodržování dietních opatření, které zmiňuje většina sester (S1, S3, S4, S5, S6, S9, S10) (viz Tab. 13). Tento problém se projevuje nejen jako obecné nedodržování diety, ale také jako konkrétní dietní chyby či vědomé porušování režimu, například dokupování nevhodných potravin (S1).

Další významnou oblastí jsou problémy spojené s farmakologickou léčbou, zejména u diabetiků. Sestry uvádějí jak odmítání inzulínoterapie (S9), tak i zapomínání na aplikaci inzulínu (S6), což může významně ovlivnit kompenzaci onemocnění. Stále se objevují problémy v oblasti životního stylu a self-monitoringu, jako je nedostatek pohybové aktivity a nepravdělné měření glykémie (S6).

Silným tématem jsou také psychosociální bariéry. Některé sestry (S7, S8) upozorňují na nespolečenskou spolupráci pacientů, jejich odmítání nemoci a negativní postoj k léčbě („Proč zrovna já“, „Mě se to netýká“). Tyto faktory výrazně komplikují edukaci i samotnou léčbu.

Nezastupitelnou skupinu tvoří pacienti s kognitivním deficitem, například s demencí (S8), u nichž je dodržování režimu obtížné z důvodu snížené schopnosti porozumění. V těchto případech je často nutná zapojení domácí péče nebo rodiny.

Tab. 13: Nejčastější problémy v oblasti léčebného režimu

Kategorie	Kód	Respondent
nedodržování režimových opatření	nedodržování diety	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9, S10
	dietní chyby / porušování diety	S1, S3, S4
problémy s léčbou	zapomínání na inzulín	S6
	odmítání léčby (inzulínoterapie)	S8, S9
self-management a životní styl	nedostatek pohybu	S6
	nepravdělné měření	S6
bariéry	nespolečenská spolupráce pacienta	S7, S8
	negativní postoj k nemoci	S8
	kognitivní omezení	S8
	potřeba domácí péče	S8

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 10: Setkáváte se s popřením diagnózy, odmítáním léčby nebo případně se strachem z hypoglykemie? Jak tuto situaci řešíte?

V této části respondenti (S1, S3, S4, S7, S8, S10) uvádějí častější výskyt těchto situací, zatímco jiné (S2, S6, S9) se s nimi setkávají spíše ojediněle (viz Tab. 14). Mezi nejčastější problémy patří popření diagnózy (S1, S3, S8) a odmítání léčby (S1, S9). Významnou roli hraje také strach, který se objevuje v různých podobách, např. strach z hypoglykemie či hyperglykemie (S5), strach z aplikace inzulínu (S10) nebo obavy ze změny životního stylu (S9, S10). Tyto faktory často souvisejí s nedostatečným porozuměním onemocnění a jeho důsledkům.

Jako nejčastější způsob řešení se ukazuje opakovaná edukace pacienta, kterou zmiňuje většina respondentů (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S10). Edukace je často doplněna vysvětlováním významu léčby, rizik a správných postupů (S1, S3, S5, S9, S10). V některých případech je využívána také reedukace (S9) a zapojení rodiny do edukace pacienta (S2).

Důležitou součástí péče je rovněž individuální přístup k pacientovi (S6, S8, S9), který zohledňuje jeho potřeby a postoje k onemocnění. Některé sestry zdůrazňují význam psychické podpory (S7) a v odůvodněných případech i spolupráci s psychologem (S6).

Tab. 14: Popření diagnózy, odmítnutí léčby a strach z hypoglykemie

Kategorie	Kód	Respondent
formy problému	popření diagnózy	S1, S3, S8
	odmítání léčby	S1, S9
	strach (obecný)	S1, S8
	strach z hypoglykemie/hyperglykemie	S5
	strach z inzulínu	S10
	strach ze změny životního stylu	S9, S10
	neochota změny životního stylu	S9
frekvence výskytu	častý výskyt	S4
	nízký výskyt	S2, S6, S9
způsoby řešení	opakovaná edukace	S1, S2, S3, S4, S5, S7, S10
	vysvětlování (význam, rizika, postupy)	S1, S3, S5, S9, S10
	reedukace	S9
	edukace rodiny	S2
Přístup, léčba	individuální přístup	S6, S8, S9
	psychická podpora	S7
	spolupráce s psychologem	S6
	režimová opatření	S7

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 11: Jak pacienti zvládají nácvik selfmonitoringu (měření glykémie, aplikace inzulínu)?

Pacienti většinou zvládají nácvik selfmonitoringu, tedy měření glykémie a aplikaci inzulínu, bez větších obtíží (viz Tab. 15). Respondenti S1, S2, S4, S6, S7 a S9 odpověděli, že většina pacientů je schopna si tyto dovednosti osvojit, přičemž někteří pacienti dosahují poměrně rychle samostatnosti (S1, S7, S9).

Současně je však zdůrazňován individuální charakter zvládnutí. Sestry S3, S4, S5, S8 a S10 uvádějí, že záleží především na věku, psychickém stavu a celkových schopnostech pacienta. Například S5 upozorňuje na význam stavu mysli, zatímco S8 poukazuje na obtíže u pacientů s kognitivním deficitem, kde je nutná častější a důraznější edukace.

Specifickým zjištěním je přítomnost počátečního strachu z aplikace inzulínu, který však podle S6 postupně odeznívá, jak si pacienti osvojují potřebné dovednosti. Tento proces učení bývá relativně rychlý, jak uvádí S6 a S9, kdy si pacienti postupy osvojí během několika dní.

V případech, kdy pacient není schopen selfmonitoring zvládnout samostatně, dochází k zapojení rodiny, což uvádějí S1, S2, S3, S8 a S10. Rodina je často také edukována (S3, S8), aby mohla pacienta efektivně podporovat. Pokud ani tato podpora nestačí, je zajišťována domácí zdravotní nebo sociální péče (S1, S2, S8).

Tab. 15: Nácvik selfmonitoringu

Kategorie	Kód	Respondent
zvládnutí selfmonitoringu	dobré zvládnutí selfmonitoringu	S1, S2, S4, S6, S7, S9
	samostatnost a rychlé osvojení	S1, S7, S9
	postupné osvojení dovedností	S6, S9
	individuální rozdíly pacientů	S3, S4, S5, S8, S10
faktory ovlivňující výuku selfmonitoringu	vliv věku	S3, S5, S1
	vliv psychického stavu	S5, S8
	počáteční obavy	S6
podpora	zapojení rodiny	S2, S3, S8, S10, S1
	edukace rodiny	S3, S8
	domácí / sociální péče	S1, S2, S8
	opakovaná edukace	S8
	aktivní přístup pacienta	S8

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 12: Jaké okolnosti, podle Vás, mohou ovlivňovat samotnou ošetrovatelskou péči?

Ošetrovatelskou péči ovlivňuje několik faktorů (viz Tab. 16), z nichž nejčastěji zmiňována je spolupráce pacienta. Respondenti S2 a S7 poukazují na nespolečnost, zatímco S3, S6 a S9 zdůrazňují význam spolupráce. S10 doplňuje konkrétní projevy, jako je odmítání léčby a nedodržování režimu.

Významnou roli hraje také psychický stav pacienta (S3, S5, S8, S9), včetně zmatenosti a demence (S4, S5), které mohou ztěžovat komunikaci i péči. Dále je zmiňován věk pacienta (S6, S8), jeho znalosti, vzdělání a motivace (S3, S6, S8), které ovlivňují schopnost spolupracovat. Na péči má vliv i zdravotní stav, zejména celková kondice a přidružená onemocnění (S8, S9). Respondenti S5 a S10 upozorňují také na vliv rodiny, která může péči podporovat i komplikovat. V neposlední řadě se objevují i faktory související s podmínkami péče, jako je dostatek času na pacienta (S1) a dostupnost pomůcek (S6).

Tab. 16: Okolnosti ovlivňující ošetrovatelskou péči

Kategorie	Kód	Respondent
spolupráce pacienta	nespolupráce / neochota ke spolupráci	S2, S7
	spolupráce pacienta	S3, S6, S9
	odmítání léčby, nedodržování režimu	S10
psychický stav	psychický stav pacienta	S3, S5, S8, S9
	zmatenost, demence	S4, S5
demografické faktory	věk pacienta	S6, S8
informovanost pacienta	znalosti, vzdělání, motivace k učení	S3, S6, S8
zdravotní stav	celková kondice, přidružená onemocnění	S8, S9
	postoj k diagnóze	S8
faktory	vliv rodiny	S5, S10
	dostatek času na pacienta	S1
	dostatek pomůcek	S6

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 13: Napadají Vás možnosti, jak zlepšit péči v této problematice?

Z odpovědí vyplývá, že hlavní možnosti zlepšení péče spočívají především v oblasti edukace pacienta a jeho rodiny (S2, S3, S5), kde je zdůrazňován i dostatek času na edukaci. Dále je důležitá informovanost a dostupnost informací (S1, S9), zejména o léčbě a výživě.

Respondenti také poukazují na význam vzdělávání zdravotnického personálu (S6, S8, S9) a kvalitní komunikace mezi pacientem a zdravotníkem (S9, S10). Někteří respondenti zmiňují i potřebu psychické podpory a zlepšení organizace péče (S6, S7, S8), například formou edukačních materiálů a pravidelných kontrol. Jako bariéra byla identifikována zmatenost pacienta (S4).

Tab. 17: Možnosti zlepšení péče

Kategorie	Kód	Respondent
edukace pacienta a rodiny	edukace pacienta a rodiny; dostatek času	S2, S3, S5
informovanost	informovanost veřejnosti; dostupnost informací	S1, S9
vzdělávání personálu	vzdělávání a školení zdravotníků	S6, S8, S9
komunikace	komunikace pacient–zdravotník	S9, S10
psychická podpora	psychická a psychologická podpora	S6, S7
organizace péče	edukační materiály a programy; kontroly	S6, S7, S8
bariéry	zmatenost pacienta	S4

Zdroj: vlastní zpracování

3 Diskuse

Bakalářská práce se zabývala problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s recentně diagnostikovaným onemocněním diabetes mellitus. Cílem výzkumné části bylo prostřednictvím kvalitativního šetření u deseti všeobecných sester z interního oddělení Nemocnice Jihlava p.o. zmapovat specifika této péče, proces edukace a identifikovat nejčastější bariéry, které v klinické praxi nastávají. Výsledky šetření nabízejí komplexní pohled na roli sestry jako školitele a průvodce pacienta v kritické fázi přijetí chronického onemocnění.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči o pacienta s diagnózou recentní diabetes mellitus?

Nově diagnostikovaný pacient se často nachází v situaci nejistoty, obav a nedostatku informací. Respondenti popisovali šok, strach, zmatení i popírání diagnózy. Tyto reakce lze považovat za očekávatelné, protože diabetes mellitus představuje chronické onemocnění, které významně zasahuje do každodenního života pacienta. Totéž zdůrazňuje Diabetes UK (2019), britská charitativní organizace zaměřená na podporu lidí s diabetem, že zdravotníci by měli umět rozpoznat emoční obtíže osob s diabetem a vést s nimi podpůrný rozhovor o jejich prožívání.

Za nejvýraznější charakteristiku ošetrovatelské péče byla respondenty označována edukace. Ta se netýká pouze předání informací o diagnóze, ale zahrnuje také praktický nácvik měření glykémie, aplikace inzulínu, dietních opatření, režimových změn a prevence komplikací. Tento závěr se shoduje s bakalářskou prací Marie Herentinové (2020), která se věnovala edukaci pacienta s nově diagnostikovaným DM 2. typu a popisuje základní edukaci v počátku diagnózy, následnou komplexní edukaci a reedukaci zaměřenou na specifické obtíže a motivaci pacienta.

Význam edukace je potvrzen také v bakalářské práci Martiny Pernické, DiS. (2018), jejímž cílem bylo vytvořit edukační proces u pacienta s diabetem mellitus. Uvádí se, že edukace byla zaměřena mimo jiné na aplikaci inzulínu, měření glykémie pomocí glukometru a rozpoznání možných komplikací. To odpovídá výpovědím respondentů S1, S3, S4, S6, S7 a S10, kteří uváděli právě nácvik aplikace inzulínu a selfmonitoring jako důležitou oblast péče.

Z výsledků dále vyplývá, že edukace má být postupná, opakovaná a přizpůsobená schopnostem pacienta. Respondenti upozorňují, že pacient po sdělení diagnózy nemusí být schopen vstřebat všechny informace najednou. Proto je důležité, aby sestra informace opakovala, ověřovala porozumění a ponechala pacientovi prostor pro dotazy. Edukace pomáhá pacientům získat znalosti a dovednosti potřebné pro každodenní rozhodování a zvládání nemoci.

K tomuto zjištění patří i víceoborový charakter péče. Respondenti zmiňují roli lékaře, diabetologické sestry, všeobecné či edukační sestry, nutričního terapeuta i dalších členů týmu. Nejvýraznější postavení má v praktické edukaci diabetologická sestra, která pacienta vede k samostatnosti. Standardy péče o diabetes zahrnují nejen léčbu a cílové hodnoty, ale také podporu zdravého chování, psychosociální péči a komplexní přístup k pacientovi, což je v souladu s doporučeními American Diabetes Association (2026).

Neoddělitelnou součástí péče o pacienta s recentním diabetem je psychická podpora. Respondenti ji označovali za zásadní, zejména při zklidnění pacienta, zmírnění strachu a podpoře přijetí diagnózy. Důležitý je individuální přístup, protože každý pacient reaguje na diagnózu odlišně. Někteří potřebují o své situaci mluvit, jiní se uzavírají do sebe. Významnou roli zde sehrává také rodina, která může pacientovi pomoci překonat počáteční nejistotu a podpořit jej v dodržování léčebného režimu.

Výzkumná otázka č. 2: Jak je organizována péče o tyto pacienty?

V současné době je významnou součástí ošetrovatelské péče edukace. Z rozhovorů vyplývá, že edukace probíhá především ústně, formou rozhovoru, vysvětlování a praktického nácviku. Tento

poznatek je ve shodě s bakalářskou prací Veroniky Houzarové (2023), ve které se uvádí, že sestra při edukaci diabetiků nejčastěji využívá vysvětlování, rozhovor, instruktáž a praktické cvičení.

Dále vyplynulo, že na některých odděleních jsou dostupné edukační materiály a pomůcky, například letáky, brožury, dietní materiály, glukometry nebo cvičná inzulinová pera. Tyto pomůcky napomáhají pacientům lépe porozumět onemocnění a umožňují praktický nácvik, zejména při aplikaci inzulínu. Současně však část respondentů upozornila na nedostatek těchto materiálů přímo na oddělení. Tento rozdíl ukazuje, že dostupnost edukačních pomůcek může být v praxi nerovnoměrná a závislá na konkrétním pracovišti.

Dalším důležitým zjištěním je mezioborová spolupráce. Všichni respondenti zmiňovali spolupráci s diabetologem nebo diabetologickou sestrou. Dále byla často uváděna spolupráce s nutričním terapeutem, případně s podiatrem, očním lékařem, internistou či praktickým lékařem. Tato zjištění odpovídají odborným doporučením, podle nichž se na péči a edukaci pacienta podílí diabetologický tým, zahrnující diabetology, edukační sestry a nutriční terapeuty, případně další odborníky. (Šumník a kol., 2022)

V oblasti režimových opatření respondenti nejčastěji zdůrazňovali dietní režim, pravidelné měření glykémie, aplikaci inzulínu, užívání léků, pohybovou aktivitu a úpravu denního režimu. Tato zjištění jsou v souladu s doporučenými postupy, podle kterých je základem úspěšné léčby diabetu nejen farmakologická léčba, ale také edukace, selfmonitoring glykémie, dietní režim a fyzická aktivita. (Kvapil, 2016) Význam dietní edukace potvrzuje bakalářská práce Pavly Russellové (2024), kde uvádí, že edukace o dietních intervencích je součástí terapie a podílí se na ní edukační sestra nebo nutriční terapeut.

Důležitým tématem byla také komunikace sestry s pacientem v adaptační fázi onemocnění. Podle respondentů je označena za velmi významnou, v některých případech dokonce za zásadní. Komunikace slouží nejen k předávání informací, ale také k psychické podpoře, uklidnění pacienta, budování důvěry a podpoře adaptace na nové životní podmínky. Tím se ukazuje, že role sestry není pouze technická nebo organizační, ale také podpůrná a edukační. Sestra je s pacientem v častém kontaktu, a proto má významnou možnost ovlivnit jeho postoj k léčbě i schopnost spolupracovat.

Pro porovnání výsledků lze také použít diplomovou práci Bc. Terezy Machátové, DiS. (2021), která se zabývala edukací jako součástí moderní léčby diabetu. Práce zkoumala vliv pravidelně a systematicky vedené edukace na kompenzaci diabetu a sledovala mimo jiné změny glykémie, hmotnosti a glykovaného hemoglobinu. To podporuje zjištění této práce, že edukace není pouze doplňkem péče, ale jedním z nástrojů, který může ovlivnit léčebný režim i celkové zvládnutí onemocnění.

Výzkumná otázka č. 3: S jakými problémy se všeobecné sestry potýkají při poskytování ošetrovatelské péče?

Z rozhovorů se ukázalo, že nejčastější obtíže se týkají především nedodržování léčebného režimu, nedostatečné spolupráce pacienta, psychického nastavení nemocného a potřeby opakované edukace. Za nejvýraznější problém respondenti označovali nedodržování dietních opatření. Tento výsledek lze považovat za očekávaný, protože dietní režim je u diabetu jednou ze základních součástí léčby a zároveň oblastí, která významně zasahuje do každodenního života pacienta.

Dalším významným problémem bylo odmítání léčby, popření diagnózy a obavy spojené s inzulinoterapií nebo hypoglykemií. Tyto výsledky ukazují, že ošetrovatelská péče o diabetika není pouze technickou péčí zaměřenou na aplikaci inzulínu či měření glykémie, ale zahrnuje také psychickou podporu a práci s motivací pacienta.

Rovněž se ukazuje, že nácvik selfmonitoringu pacienti většinou zvládají, avšak závisí na věku, psychickém stavu, kognitivních schopnostech a podpoře rodiny. To je v shodě s bakalářskou

prací Simony Prokopové (2024), která se zabývala pacienty užívajícími inzulín a mimo jiné sledovala znalosti pacientů, nácvik aplikace inzulínu, selfmonitoring a dostupnost pomůcek. Stejně zaměřená byla i bakalářská práce Elišky Boudové (2018), která se zaměřila na edukaci pacienta s diabetem na inzulínoterapii a na souvislost mezi kvalitou edukace a následným dodržováním léčby.

Významným zjištěním je také úloha rodiny v péči o pacienta s diabetem. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že rodinní příslušníci mohou pacienta podporovat především při dodržování léčebného režimu, dietních opatření a selfmonitoringu. Současně však mohou v některých případech péči i komplikovat, například pokud pacientovi neposkytují vhodnou podporu nebo nerespektují doporučený režim. Podle Jirkovské (2017) by měla edukace vést diabetika samostatného rozhodování a péči o své onemocnění. Pokud toho pacient není z důvodu věku, psychického stavu nebo kognitivního deficitu plně schopen, je vhodné do edukace zapojit také rodinu.

Možnosti zlepšení péče respondenti spatřovali hlavně v delší a opakované edukaci, lepší komunikaci, dostupnosti informací, vzdělávání zdravotnického personálu a psychické podpoře pacienta. S tím se shoduje diplomová práce Bc. Terezy Machátové, DiS. (2021), která se zabývala edukací jako součástí moderní léčby diabetu a sledovala vliv edukačního programu na léčbu pacienta s diabetem.

4 Návrh řešení a doporučení pro změnu

Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření a identifikovaných problematických oblastí v ošetrovatelské péči o pacienty s recentním diabetem mellitem a doporučení směřujících ke zkvalitnění edukačního procesu a posílení psychické adaptace pacientů. Jako prioritní opatření se jeví standardizace edukačních materiálů a posílení vizuální podpory při výuce. Vzhledem k tomu, že se sestry často potýkají s nedostatkem aktuálních tištěných podkladů, což komplikuje předávání informací, je žádoucí vytvořit jednotné edukační balíčky. Tyto materiály by měly obsahovat názorné infografiky, jako je například talířová metoda stravování nebo schémata rotace míst vpichu inzulínu, které prokazatelně snižují kognitivní přetížení pacientů v šokové fázi po stanovení diagnózy. Součástí těchto sad by měl být i strukturovaný průvodce, který pacientovi umožní vracet se k informacím i po propuštění do domácího léčení.

Pro zajištění plynulé ošetrovatelské péče by se dalo uvažovat o zavedení edukačního záznamu přímo do ošetrovatelské dokumentace. Tato karta by sloužila k jasnému přehledu o tom, která témata již byla s pacientem probírána, jaká je úroveň jeho pochopení a jaké konkrétní bariéry, jako je strach z aplikace nebo kognitivní deficit, byly u daného jedince identifikovány. Tímto krokem by došlo k výraznému zefektivnění předávání informací mezi směnami i mezi jednotlivými členy mezioborového týmu, včetně nutričních terapeutů a lékařů. Právě posílení role nutričního terapeuta se jeví jako zásadní, neboť dietní opatření byla ve výzkumu označena za nejhůře přijatelnou změnu. Zintenzivnění této spolupráce by umožnilo edukaci o stravování individualizovat s ohledem na dosavadní zvyklosti pacienta, což zásadně zvyšuje pravděpodobnost dlouhodobé spolupráce k léčbě.

V neposlední řadě je nezbytné zaměřit se na rozvoj komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu, zejména v oblasti motivačních rozhovorů. Jelikož psychický stav a počáteční nespokojenost pacienta představují hlavní bariéry v péči, pravidelné workshopy zaměřené na tyto techniky by sestrám pomohly lépe provázet pacienty fází popření a budovat jejich vnitřní motivaci k režimovým změnám. U geriatrických pacientů a osob se sníženou soběstačností je pak nutné do tohoto procesu systémově zapojit rodinné příslušníky již v počátku hospitalizace. Vyčlenění fixního času pro rodinnou edukaci, kde si příbuzní pod dohledem sestry prakticky vyzkouší technické úkony, jako je měření glykémie či aplikace inzulínu, může výrazně snížit riziko následné dekompenzace a opakovaných hospitalizací. Celý tento proces by měl být podpořen kontinuálním vzděláváním sester v oblasti moderních diabetických technologií, aby byly schopny kvalifikovaně odpovídat na dotazy pacientů a zvyšovat tak jejich důvěru v poskytovanou péči.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala specifiky ošetrovatelské péče o pacienty s recentním diabetem mellitem. Cílem práce bylo zjistit specifika péče o tyto pacienty a zjistit nejčastější problémy při poskytování ošetrovatelské péče.

K výzkumu bylo nutné provedení výzkumného šetření na interním oddělení C, D Nemocnice Jihlava, p.o. Výzkum se skládal ze 3 výzkumných otázek, které se zaměřovaly na specifika ošetrovatelské péče, organizaci péče a na problémy při poskytnutí péče.

Hlavním cílem práce bylo prostřednictvím kvalitativního šetření zmapovat specifika této péče v klinické praxi a identifikovat nejčastější bariéry, se kterými se všeobecné sestry při poskytování péče o nově diagnostikované pacienty setkávají. Teoretická část práce poskytla nezbytný odborný rámec, zahrnující původ onemocnění, moderní diagnostické postupy, klasifikaci a aktuální terapeutické standardy, přičemž zvláštní důraz byl kladen na edukační proces a nezastupitelnou roli sestry v mezioborovém týmu. Právě teoretické poznatky vytvořily pevný základ pro následnou interpretaci dat získaných ve výzkumné části, která byla realizována na interním oddělení C, D Nemocnice Jihlava, p.o.

V rámci výzkumné části byl uskutečněn kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů s deseti všeobecnými sestrami. Výsledky potvrdily, že péče o recentního diabetika vykazuje vysokou míru specifičnosti, a to především v oblasti psychické podpory a intenzity edukačního působení. Výzkum ukázal, že sestry vnímají tyto pacienty jako časově i emočně náročnější skupinu ve srovnání s pacienty chronickými, u nichž je léčebný režim již stabilizován. Jako nejzásadnější bariéry v poskytování kvalitní péče byly identifikovány psychické reakce na straně pacienta, zejména fáze popření diagnózy, šok a strach z aplikace inzulínu. Rovněž byl zjištěn problém v podobě nedostatku času personálu na hloubkovou edukaci a nedostatek moderních vizuálních edukačních pomůcek, které by usnadnily pochopení režimových opatření.

Výzkumné šetření rovněž poukázalo na význam mezioborové spolupráce, kde sestra plní roli koordinátora a „překladače“ odborných informací do srozumitelného jazyka pacienta. Což naznačuje, že úspěšnost dodržování léčebného režimu je přímo závislá na kvalitě prvotní edukace a navázání důvěryhodného vztahu mezi sestrou a pacientem v prvních dnech hospitalizace. U geriatrických pacientů byla potvrzena nezbytnost včasné zapojení rodinných příslušníků do edukačního procesu, což se jeví jako kritický faktor pro bezpečnou návaznost péče po propuštění do domácího prostředí. Z výzkumu vychází také hluboká provázanost mezi technickou zručností sestry při nácviku aplikací a její schopností empatické komunikace, která je pro pacienta v adaptační fázi nemoci důležitá.

Na základě získaných poznatků byla v práci navržena konkrétní opatření pro praxi, která mají možnost reálně zkvalitnit ošetrovatelský proces. Mezi hlavní návrhy patří standardizace edukačních balíčků s využitím grafických znázornění informací, zavedení strukturovaných záznamů o edukaci do ošetrovatelské dokumentace pro zajištění kontinuity informací a posílení kompetencí sester v oblasti motivačních rozhovorů. Tyto kroky by měly vést k odstranění informačního přetížení pacientů a k posílení jejich vnitřní motivace k celoživotní změně životního stylu.

Při vypracování bakalářské práce jsem měl možnost se dozvědět mnoho informací. Bylo zajímavé pozorovat, jak se v určitých oblastech shodovali odpovědi, tak i odlišnosti, která vyplývala z délky praxe a způsobu vedení péče.

Právě bakalářská práce pomohla nahlédnout do zajištění péče o pacienty s touto diagnózou, tím zodpovězení tří výzkumných otázek a splnění cíle práce.

Seznam použité literatury

- ADAMÍKOVÁ, Alena a kol. Výživová doporučení pro osoby s diabetem České diabetologické společnosti ČLS JEP. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa*. Online. 2025. roč. 28, č. 3, s. 111–127. Dostupné z: https://www.diab.cz/wp-content/uploads/2025/10/FINAL_DMEV_3_25_Horova.pdf [cit. 2026-03-02].
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. Online. 2025. roč. 48, suppl. 1, s. S27–S49. Dostupné z: https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S27/157566/2-Diagnosis-and-Classification-of-Diabetes. [cit. 2026-03-02].
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. *Standards of Care in Diabetes—2026*. *Diabetes Care*. Online. 2026. 49 (Supplement 1). Dostupné z: https://diabetesjournals.org/care/issue/49/Supplement_1 [cit. 2026-04-20].
- BECKER, DOROTHY, J. a kol. From Antiquity to Modern Times: A History of Diabetes Mellitus and Its Treatments. *Hormone Research in Paediatrics*. Online. 2022. roč. 95, č. 6, s. 593–607. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36446320/>. [cit. 2026-02-25].
- BENEŠOVÁ, Klára a kol. Epidemiologie diabetes mellitus. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/1768-diabetes-mellitus-epidemiologie-otevrena-data>. [cit. 2026-04-20].
- BOUDOVÁ, Eliška. Edukace pacienta s diabetem mellitus na inzulinoterapii. Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. 2018.
- BOUCHNEROVÁ, Tereza. Specifika potřeb pacientů s onemocněním diabetes mellitus. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2025.
- BROŽ, Jan. Současná doporučení pro screening a diagnostiku diabetu mellitu a prediabetu: význam glykovaného hemoglobinu. *Praktický lékař*. Online. 2025. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2025-2-18/soucasna-doporuceni-pro-screening-a-diagnostiku-diabetu-mellitu-a-prediabetu-vyznam-glykovaneho-hemoglobinu-141128>. [cit. 2026-03-07].
- BUKOVSKÁ, Andrea. Z histórie diabetologie – humanizmus a renesancia. *Forum Diabetologicum*. Online. 2016. roč. 5, č. 3, s. 175–176. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/forum-diabetologicum/2016-3/z-historie-diabetologie-humanizmus-a-renesancia-60288>. [cit. 2026-02-25].
- CARR, ALICE, L., J. a kol. 100 years of insulin: celebrating the past, present and future of diabetes therapy. *Nature Medicine*. Online. 2021. roč. 27, č. 7, s. 1154–1164. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34267380/>. [cit. 2026-02-23].
- CENČIČ, Ajda a kol. Mixed-methods research on diabetes patient health education using digital technologies. Online. *Kontakt*. 2022, roč. 24, č. 2, s. 123–130. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2022.017>. [cit. 2026-04-19].
- ČECHUROVÁ, Daniela a kol. Gestační diabetes mellitus: doporučený postup screeningu, gynekologické, perinatologické, diabetologické a neonatologické péče. Online. 2017. Dostupné z: https://www.diab.cz/wp-content/uploads/2025/03/2017-1-DP_GDM_2017.pdf. [cit. 2026-02-23].
- DIABETES UK. Diabetes and emotional health: a practical guide for healthcare professionals supporting adults with Type 1 and Type 2 diabetes. Online. 2019. Dostupné z:

<https://www.diabetes.org.uk/for-professionals/improving-care/good-practice/psychological-care/emotional-health-professionals-guide> [cit. 2026-04-20].

- DUBSKÝ, Michal a kol. Komplikace diabetu a moderní trendy diabetologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-5398-5.
- FRIEDECKÝ, Břetislav a kol. Diabetes mellitus – laboratorní diagnostika a sledování stavu pacientů – aktualizace. Online. Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP a Česká diabetologická společnost ČLS JEP. 2019. Dostupné z: https://www.diab.cz/wp-content/uploads/2025/03/2019-2-standard_labor_2019.pdf. [cit. 2026-03-07].
- HERENTINOVÁ, Marie. Edukace pacienta s nově diagnostikovaným onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta. Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. 2020.
- HOROVÁ, Eva a kol. Doporučení pro fyzickou aktivitu u diabetes mellitus. Online. 2022. Dostupné z: https://www.diab.cz/wp-content/uploads/2025/03/2022-1-doporuceni_pro_FA_DM_nove.pdf. [cit. 2026-02-27]
- HOUZAROVÁ, Veronika. Edukace o prevenci syndromu diabetické nohy. Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. 2023.
- JIRKOVSKÁ, Alexandra. Možnosti efektivní edukace v diabetologii. Vnitřní lékařství. 2017. 63(3), 214–218. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2017/03/05.pdf> [cit. 2026-04-21].
- KVAPIL, Milan a kol. Doporučený postup péče o nemocné s diabetes mellitus 1. typu. Online. 2016. Dostupné z: https://www.diab.cz/wp-content/uploads/2025/03/2016-2-standard_DM_I.pdf. [cit. 2026-02-23].
- KVAPIL, Milan a kol. Standardy péče o diabetes mellitus 2. typu. Online. 2020. Dostupné z: https://www.diab.cz/wp-content/uploads/2025/03/2020-1-standardy_DM_aktual_2020.pdf. [cit. 2026-03-02].
- KVAPIL, Milan. Máme uvažovat o nové klasifikaci diabetu ovlivněné terapeutickým rozhodováním? Vnitřní lékařství. Online. 2016, roč. 62, suppl. 4. s. 119. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2016-suppl-4/mame-uvazovat-o-nove-klasifikaci-diabetu-ovlivnene-terapeuticky-m-rozhodovanim-59838>. [cit. 2026-03-09].
- MACHÁTOVÁ, Tereza. Edukace jako součást moderní léčby diabetu. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. 2021.
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. Cukrovka 2. typu: co to je a jak se léčí? Online. 2021. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/445-cukrovka-2-typu-co-to-je-a-jak-se-leci>. [cit. 2026-03-12].
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. Použití inzulinové pumpy a glukózových senzorů u pacientů s diabetem léčených inzulinem – klinický doporučený postup. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1327-pouziti-inzulinove-pumpy-a>

- glukozových-senzoru-u-pacientu-s-diabetem-lecenyh-inzulinem-klinicky-doporuceny-postup [cit. 2026-03-03].
- NEMCOVÁ, Jana; HLINKOVÁ, Edita a kol. Diabetes mellitus: Management ošetrovatelské péče. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-5361-9.
- PELIKÁNOVÁ, Terezie. Diabetologické centrum pro dospělé: základní charakteristika. Online. 2024. Dostupné z: https://www.diab.cz/wp-content/uploads/dokumenty/diab_centrum_dospeli.pdf. [cit. 2026-02-23].
- PERNICKÁ, Martina. Edukační proces u pacienta s diabetem mellitus. Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. 2018.
- PRÁZNÝ, Martin a kol. Použití inzulinové pumpy a glukózových senzorů u pacientů s diabetem léčených inzulinem: klinický doporučený postup České diabetologické společnosti. Online. 2019. Dostupné z: https://www.diab.cz/wp-content/uploads/2025/03/CDS_technologie01.pdf. [cit. 2026-03-03].
- PROKOPOVÁ, Simona. Ošetrovatelský proces u pacienta užívajícího inzulin. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova. 2. lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství. 2024.
- REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. 2. vydání. Praha: Grada. 2021. ISBN 978-80-271-3032-0.
- ROSOLOVÁ, Hana. Hlavní téma: Metabolický syndrom. Vnitřní lékařství. Online. 2020. roč. 66, č. 1, s. 9. Dostupné z: <https://casopisvitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/01/01.pdf>. [cit. 2026-02-25].
- RUSSELOVÁ, Pavla. Zdravotní gramotnost u diabetiků. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2024.
- SOSNA, Tomáš. Historie diagnostiky a léčby diabetické retinopatie. Vnitřní lékařství. Online. 2016. roč. 62, suppl. 4, s. S136–S141. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2016-suppl-4/historie-diagnostiky-a-lecby-diabeticke-retinopatie-59842>. [cit. 2026-02-25].
- ŠUMNÍK, Zdeněk a kol. Standardy péče o diabetes mellitus 1. typu Online. 2022. Dostupné z: <https://www.diab.cz/wp-content/uploads/2025/03/2022-2-doporuceny-postup.pdf>. [cit. 2026-03-10].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diabetes. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. [cit. 2026-03-03].

Přílohy

Příloha A: Otázky k rozhovoru

Příloha B: Souhlas s provedením výzkumu v Nemocnici Jihlava, p.o.

Příloha C: Odpovědi k výzkumu