proLékaře.cz | 9.11.2026

Diabetický distres z pohľadu klinickej diabetológie

Diabetic distress from clinical diabetology view

Daniel Kolény[1], Marcela Murínová[2]
[1]DA-MI MED s.r.o., Nitra
[2]Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Súhrn
Diabetes je chronické ochorenie, ktoré predstavuje pre pacienta záťaž spolu s potrebou dennej a komplexnej starostlivosti. V ktorejkoľvek etape liečby môže mať pocit nezvládania až zlyhania, čo je negatívna emočná odpoveď označovaná ako diabetický distres. Môže sa manifestovať zhoršením kompenzácie diabetu, adherencie k liečbe, či režimovým opatreniam, ktoré sprevádzajú psychické ťažkosti imitujúce úzkosti a depresiu. Nejedná sa o klasifikované duševné ochorenie a ani sa tak k nemu nepristupuje v liečbe. Vzhľadom na to, že sa štatisticky jedná o pomerne častý problém, ktorý sa týka našej klinickej praxe, treba sa mu venovať v rámci skríningu, diagnostiky a intervencie. Zmyslom článku je poukázať na danú problematiku.

Kľúčové slová: adherencia – diabetický distres –diabetes a psychiatrické problémy – diagnostika – intervencia – emočný stres z diabetu – stres súvisiaci s diabetom

Summary
Diabetes is a chronical disease that poses a burden on a patient together with a need of daily complex care. In whichever stage of a treatment there might come to a perception of not doing well or even failing, which is a negative emotional reaction called diabetic distress. It can manifest as a worsening of diabetes compensation, lower adherence to the medical treatment or regime precautions, accompanied with the psychological signs imitating anxiety and depression. However, it is not a psychiatric disorder and is not treated as such. Taking into account that it is statistically quite frequent issue from diabetic point of view, it should be a subject of proper screening, diagnostics and intervention. Essence of this article is to inform about existence of diabetic distress.

Key words: adherence – diabetes disorders and psychiatric issues – diabetes distress – diabetes related distress – diagnosis – emotional distress of diabetes – intervention

✉ **MUDr. Daniel Kolény** | d.koleny@gmail.com | ✉ **Bc. Marcela Murínová** | mmurinova06@gmail.com
Doručené do redakcie | Received 2. 4. 2024
Prijaté po recenzii | Accepted 15. 4. 2024

Úvod

Podľa definície je diabetes mellitus (DM) chronický porušený metabolizmus glukózy, ktorý zahŕňa absolútnu alebo relatívnu poruchu sekrécie inzulínu, prípadne obidve poruchy. Jeho hlavným znakom je hyperglykémia. Porušené metabolické procesy vedú k vývoju chronických komplikácií, vrátane orgánovo špecifických degeneratívnych procesov [1]. Pre väčšinu pacientov to znamená, že s ochorením budú konfrontovaní po zvyšok života. Pričom počet diabetikov narastá a štatistická realita predbieha dlhodobú prognózu. Podľa Medzinárodnej diabetologickej federácie (IDF – International Diabetes Federation) aktuálne trpí diabetom celosvetovo 537 miliónov pacientov s prognózou 783 miliónov pre rok 2045 [2]. V Slovenskej republike je počet diabetikov približne 500 tisíc s ročnou incidenciou 20 tisíc [3–6]. Stúpajúci počet pacientov znamená značnú záťaž kladenú na systém starostlivosti. Na jednej strane sú výsledky dôležitejších klinických štúdií, napr. UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) [7] a DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) [8], ktoré sa následne premietli do nad-

proLékaře.cz | 9.11.2026

národných i národných odporúčaní pre liečbu diabetu a sú neustále inovované o pribúdajúce poznatky z vedy a výskumu [9]. Na druhej strane nie je jednoduché ich aplikovať v požadovanej miere do klinickej praxi. Predstavuje to záťaž z pohľadu lekára aj pacienta. Liečba má byť komplexná a má zohľadňovať individualitu pacienta. Pre pacienta môže byť náročné prijať svoje ochorenie a zmenu životného štýlu, ktorú prináša. Toto vytvára priestor pre nízku adherenciu k liečbe na rôznej úrovni (životospráva, režimové opatrenia, medikamentózna liečba) a v rôznom období trvania ochorenia [10]. Aj preto je táto štatistika u diabetikov nepriaznivá, čo vplýva negatívne na dosahovanie stanovených cieľov liečby [11]. Na liečbu má tiež významný vplyv prítomnosť komorbidít s nejakým psychickým statusom u diabetika, ako napr. depresia, úzkosť či iných liečených či neliečených duševných ťažkostí. Podľa rôznych autorov sa výskyt všetkých foriem depresie v populácii diabetikov udáva na úrovni 20–40 %, je 2krát vyšší ako u pacientov bez diabetu, častejšie u žien. Rovnako 2- až 2,5-krát je vyšší výskyt úzkostných porúch v tejto skupine pacientov na úrovni 30–40 %, opäť častejší u žien. Je podskupina pacientov, v ktorej sa obidve poruchy prekrývajú, 30 % diabetikov s depresiou má úzkostnú poruchu a 50 % pacientov s generalizovanou úzkosťou trpí depresiou [12–15]. Ako vyplýva z uvedenej štatistiky, väčšina pacientov s diabetom netrpí depresiou ani úzkostnou poruchou. Napriek tomu, dennodenná konfrontácia so snahou zvládať svoje ochorenie môže vyústiť do neúmernej až nezvládnuteľnej psychickej záťaže, ktorá môže viesť k stresu súvisiaceho s diabetom. Nejedná sa o patologickú poruchu v zmysle klasifikovaného duševného ochorenia [17]. V anglosaskej literatúre sa uvádza ako diabetes distres, čo by sa dalo preložiť ako stres z diabetu, alebo diabetický distres (DD), podobne je to uvedené aj v českej literatúre [18]. Uvádzajú sa aj iné anglické termíny, diabetes-related distress (diabetes–specific distress), čo korešponduje s nemeckým odborným pomenovaním diabetesbezogene belastungen, stres (záťaž) súvisiaca s diabetom (špecifická pre diabetes). Pokračujúci a neriešený DD sa označuje ako diabetes burnout, vyhorenie z diabetu [19,20].

Z histórie diabetického distresu

Termín diabetický distres (DD) sa stal prvýkrát súčasťou psychosociálneho výskumu v roku 1995 a týkal sa negatívnej emocionálnej alebo afektívnej skúsenosti vyplývajúcej z výzvy, ktorú prináša život s DM. Zastancovia tohto konceptu si najskôr neboli istí, či je diabetes skutočne tou hlavnou prekážkou starostlivosti o seba a diabetes. Pribúdajúce množstvo dôkazov vo forme systematických prehľadov a intervenčných štúdií naprieč typmi diabetu, vekom, rôznymi kultúrami a krajinami celého sveta potvrdili, že DD môže byť takouto prekážkou. Preto sa skríning DD stal v niektorých krajinách súčasťou klinickej praxe a národných smerníc [21,22]. Súčasťou Českej diabetologickej spoločnosti je Psychologická sekcia, ktorej úlohou je prepojenie liečebných a psychologických aspektov starostlivosti o diabetika [23].

Diabetický distres – definícia

DD je definovaný ako emocionálna odpoveď na diabetes a je charakterizovaná extrémnou obavou, nepohodou (skľúčenosťou) kvôli vnímanej neschopnosti vyrovnať sa z výzvami a požiadavkami života s diabetom [24]. Je to negatívny stres špecifický pre osoby s DM [25]. Podľa štatistických údajov, ktoré sa opierajú o dôkazy zo štúdií z celého sveta, postihuje 1 zo 4 diabetikov 1. typu (DM1T), 1 z 5 diabetikov 2. typu (DM2T) liečených inzulínom a 1 z 10 pacientov s DM2T neliečených inzulínom [26]. Prevalencia DD je pre DM1T 42 % a DM2T 36 % [27]. Iná štatistika udáva incidenciu 33–50 % [28]. Je zrejmé, že s DD sa stretne počas svojho života mnoho diabetikov, často aj po rokoch a v akejkoľvek perióde liečby [29]. Úlohu vo výskyte hrá aj vek pacientov. Podľa výsledkov štúdie malo závažný distres 53 % pacientov s DM2T vo veku 18–34 rokov oproti vekovej skupine ≥ 51 rokov a 20 % u starších pacientov vo veku 65–92 rokov. Častejšie sa spája so ženským pohlavím a obezitou [30,31]. Najčastejší je režimový distres (77 %) a interpersonálny distres (14 %). Z komplikácií je častý u nefropatie (39 %) a retinopatie (37 %), pre riziko diabetickej nohy u 1 zo 7 diabetikov. Dôležitým faktorom je aj dĺžka trvania diabetu [32]. Rozvoj DD sa odvíja od každého jedného pacienta individuálne. Do úvahy treba brať mnoho premenných, ako je úroveň odolnosti, sebaúcta, ochranné faktory človeka a ďalšie, ktoré prispievajú nie len rozvoju, ale aj zvládnutiu DD. Pacienti interpretujú ťažkosti ako frustráciu a únavu z každodennej starostlivosti o cukrovku. Napriek snahe nevidia výsledky, majú komplikácie, cukrovka im berie veľa energie. Majú pocit, ako keby cukrovka ovládala ich, nie naopak. Pri pokračujúcom DD môže prísť k fyzickej i psychickej vyčerpanosti, strate motivácie až vyhoreniu z diabetu. Môže to viesť k tomu, že si prestanú napr. kontrolovať glykémie, vynechávajú návštevy u lekára, zhorší sa ich adherencia k liečbe.

Hlavné oblasti stresu súvisiaceho s diabetom

- **Emočná záťaž**, ktorú prináša chronická choroba: pocit viny, hnevu, frustrácie, úzkosti, príznaky depresie až vyhorenie.

proLékaře.cz | 9.11.2026

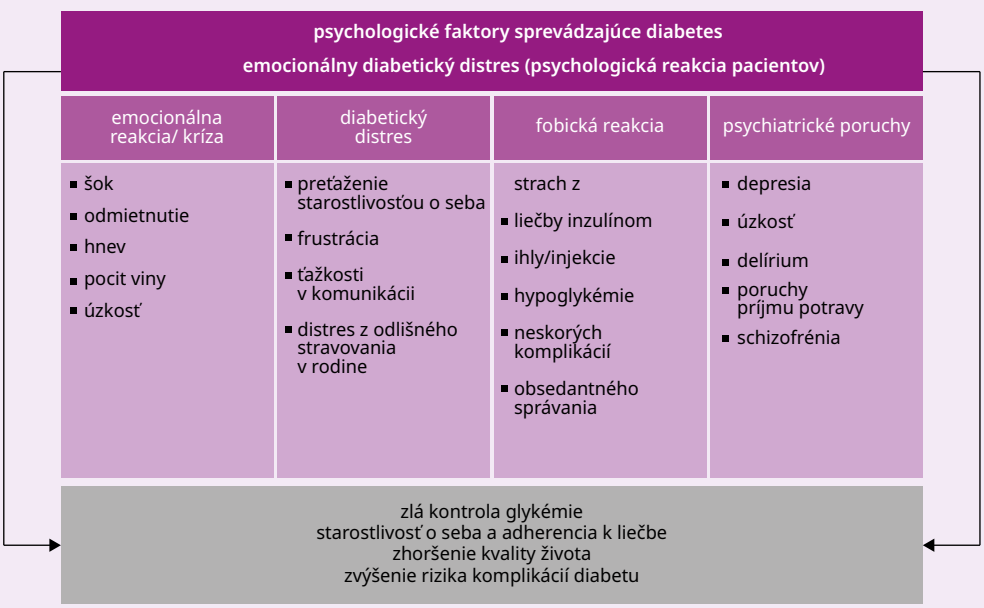
- **Záťaž vo vzťahu k režimovým opatreniam**: psychologicky podmienený odpor k inzulínu u pacientov s DM2T, zmena liečby na inzulínovú pumpu, nezvládnutie nových technológií, potrebe injekčnej liečby, laserovej liečby očí, perfekcionizmus so snahou o dokonalú kompenzáciu.
- **Interpersonálne vzťahy v rodine**: medzi priateľmi, k zdravotníkom, nedostatočná pomoc a podpora, neadekvátna forma komunikácie so zdravotníkmi, nezapájanie sa do spoločnej starostlivosti, vzťahy na pracovisku, strach oznámiť svoje ochorenie, strata blízkeho, sociálna izolácia, osamelosť.
- **Strach z akútnych komplikácií**: hlavne hypoglykémie, zhoršenie HbA_{1c}, pred vyšetrením komplikácií, ich zistenie/potvrdenie, riziko hemodialýzy, plánovaná transplantácia, riziko amputácie končatiny, či vážne poškodenie zraku [17].
- **Vyvolávajúce faktory DD** (schéma)
  - životné zmeny: dospievanie, manželstvo, tehotnosť, menopauza, zmena práce, bydliska
  - zmena zdravotného stavu: monitoring glykémií, komplikácie ochorenia, nové ochorenie
  - zmeny v zdravotnej starostlivosti: podpora blízkych, kolegov, zdravotníckeho personálu, strata zdravotného poistenia
  - zmena manažmentu ochorenia, zmena liečby, ďalšie vyšetrovania
  - negatívne životné udalosti: napr. finančné ťažkosti, strata zamestnania alebo bývania

Diagnostika a diferenciálna diagnostika diabetického distresu

V rámci **diferenciálnej diagnosticky** je dôležité brať do úvahy premorbiditu diabetika v zmysle prítomnosti depresie alebo úzkostnej poruchy. Pri podozrení na organickú duševnú poruchu je potrebné pacienta odporučiť k špecialistovi. DD nie je klasifikovaný ako psychické ochorenie. Uvedené symptómy sú viazané na diagnózu diabetu, a preto má skôr povahu symptomatickej duševnej poruchy. Nedajú sa efektívne liečiť liekmi [29]. Pri dlhodobom, neriešenom priebehu DD však môžu do týchto vyústiť. Je možná aj koincidencia depresie s DD [34,35].

Primárne by sme DD mali poznať a venovať mu pozornosť aj za predpokladu, že stav pacienta nemusí zo začiatku nasvedčovať jeho rozvoju. Pacienti zväčša nevedia, že ich ťažkosti súvisia s diabetom a majú negatívny vplyv na metabolickú kompenzáciu a zhoršenú kvalitu života. Aj keď ich vnímajú, často sa zdráhajú o nich hovoriť s lekárom. Prirodzene by sa náš záujem mal sústrediť na diabetikov, u ktorých došlo v priebehu ochorenia k zhoršeniu adherencie, kompenzácie diabetu (HbA_{1c}, fluktuácia glykémií, hypoglykémie, nárast/pokles hmotnosti) v kombinácii s príznakmi DD. Základom je nadviazanie dialógu s pacientom a správne vedený rozhovor s otázkami, ktoré sú zamerané na jednotlivé oblasti diabetu [17,26,33]. V úvode komunikácie by sme mali klásť otvorené otázky, napr. typu: „Chcem, aby ste vedeli, že sme zhodnotili vaše

Schéma | Psychologické faktory sprevádzajúce diabetes. Upravené podľa [26,34]



proLékaře.cz | 9.11.2026

výsledky: predpokladám, že ste to očakávali?“ Ďalej viesť pacienta, aby dokázal identifikovať a uvedomiť si pocity (napr. hnev, úzkosť, strach): „Čo vás momentálne najviac trápi na cukrovke?“, „Z čoho máte najväčšie obavy, keď sa liečite na cukrovku?“. Tiež je treba vyjadriť porozumenie: „Chápem, prečo sa tak cítite.“, „Pacienti, ktorých sme liečili, tiež pociťovali takéto ťažkosti.“ Je možné aj poukázať na vzdor a reflektovať ho: „Na jednej strane chcete mať lepšie liečenú cukrovku, na druhej sa bojíte zvýšiť si dávku lieku.“ A dobré je oceniť iné aspekty liečby: „Máte pocit, že s cukrovkou bojujete, chodíte pravidelne na kontroly, meriate si cukor a máte dobrý tlak a cholesterol, schudol ste.“ Stanoviť si plán: „Ako by ste znovu riešil situáciu, keby ste nechcel užívať lieky?“ [38].

Z kontaktu s diabetikmi najčastejšie zaznieva ich strach z hypoglykémie, injekčnej liečby, komplikácií ochorenia, nezvládanie liečby, monitoringu, obavy z výsledkov aj kontaktu s lekárom. Časté je tiež odmietanie očného vyšetrenia alebo zákrokov. U mladších pacientov sa objavuje problém nedostatku času, starší sa boja samoty a nezáujmu blízkych. U diabetikov 1. typu sú to obavy pri hľadaní, zmene alebo zo straty zamestnania, interpersonálne vzťahy na pracovisku, v rodine, strach o príbuzných, či socioekonomická situácia.

Ukážkové kazuistiky

Prvým prípadom je 35-ročná žena s DM1T (od 10. roka života). Od svojich 20 rokov používa inzulínovú pumpu. Úroveň jej liečby je priemerná, prevažne skôr neuspokojivá. Na otázku, prečo sa nesnaží o dosiahnutie lepších výsledkov, odpovedala, že sa bojí závažnej hypoglykémie. U pacientky okrem edukácie a motivácie najviac pomohlo použitie novej technológie monitoringu glykémie, ktoré prispelo k zníženiu HbA_{1c} o 1–2 %.

Druhým prípadom je 63-ročná žena s DM2T (od 45 rokov života), ktorá trpí morbídnou obezitou. Pri perorálnej liečbe dosahovala dobrú úroveň liečby. Po príchod GLP1-RA do klinickej praxe bola pacientke ponúknutá možnosť zmeny liečby. Následne prerušila liečbu aj kontroly. Po niekoľkých rokoch ju praktický lekár znovu odoslal do diabetologickej ambulancie pre hyperglykémiu. Na otázku, prečo nechodila na kontroly, odpovedala, že hlavnou príčinou bola obava, že si bude musieť nový liek aplikovať injekčne. Doslova povedala: „Dostala som blok.“ Pacientka pokračuje v liečbe po uistení, že zmena liečby by bola vhodná, nie nevyhnutná.

Použitie validovaných dotazníkov v diagnostike diabetického distresu

Používané dotazníky sú rôzneho typu a zamerania. Slúžia k posúdeniu prítomnosti DD, pomôžu špecifikovať oblasti a intenzitu ťažkostí. Jednoduché dotazníky obsahujúce 2 otázky a 6 stupňov (st.) závažnosti odpovedí, napr. (Two-Item Diabetes Distress Scale-DDS2) [17], špecifické pre DM1T s 28 otázkami a 6 st. závažnosti odpovedí (Typ 1 Diabetes Distress Scale, T1-DDS), DM2T (Typ 2 Diabetes Assessments Scala, T2-DDAS) [39] s 8 otázkami a 5 st. závažnosti, dotazník s 20 otázkami so 4 st. závažnosti odpovedí (Problem areas in diabetes – PAID – Scale) [26]. Tiež sa používa dotazník so 16 otázkami, ktorý je zameraný na zistenie aktivít spojených so starostlivosťou o diabetes za posledných 7 dní (Summary of Diabetes Self – Care Activitis – SDSCA) alebo multidimenzionálny dotazník, ktorý obsahuje 41 otázok rozdelených do 3 sekcií (Multidimenzional Diabetes Questionnaire-MDQ) [35]. Najrozšírenejším je dotazník so 17 otázkami a 6 st. závažnosti odpovedí.

Škála diabetického distresu (DDS – Diabetes Distress Scale 17) [40], ktorú vytvoril W. Polonsky s kolektívom v 2005 roku, pomocou ktorej je možné identifikovať DD v 17 rôznych oblastiach (DDS17) ťažkostí diabetikov a ich intenzitu (od bezproblémového po veľmi vážny problém) behom posledného mesiaca (obr). Následne sa vyhodnocuje celkové skóre DD, aj ďalšie špecifické oblasti, ako emočná záťaž, distres súvisiaci s lekárom, režimom alebo interpersonálny distres [40]. Výskum ukázal vzťah medzi DDS skóre a zvládaním chovania a vplyvu na HbA_{1c}.

Manažment diabetického distresu

Úvodom je dôležité pacientovi vysvetliť, že ťažkosti, ktoré prežíva, nie sú prejavom klasifikovaného duševného ochorenia, ale stresu z diabetu. Cieľom intervencie nie sú príznaky, ale príčina [17]. Základom poznania ťažkostí pacienta je správna komunikácia. Každý pacient by mal mať pocit, že sa môže s ťažkosťami obrátiť na svojho lekára a hľadať u neho pomoc. Zväčša to príjme radšej ako odporučenie psychologického alebo psychiatrického vyšetrenia, pokiaľ to nie je nevyhnutné. Preventívnym krokom by malo byť upozornenie, že v súvislosti s liečbou sa môže stretnúť s ťažkosťami, ktoré sú prirodzenou reakciou, dať mu nádej, pozitívnu emóciu, že ak sa tak stane, môžeme správnou intervenciou DD redukovať alebo eliminovať. Každý pacient je iný a je potrebné zvoliť individuálny prístup so zameraním na konkrétne potreby a stanoviť pacientom realistické ciele a odporúčania a viesť ich k tomu, že ich snaha má zmysel (napr. zlepšenie glykémie po doporučenej zmene stravo-

proLékaře.cz | 9.11.2026

Obr. | Dotazník Škála diabetického distresu. Upravené podľa [26]

Škála diabetického distresu

inštrukcie

Život s diabetom (DM) môže byť niekedy náročný. V súvislosti s diabetom sa môžu vyskytovať rôzne problémy a nepríjemnosti, ktoré sa môžu výrazne líšiť z hľadiska závažnosti. Môže sa jednať o problémy v rozsahu od miernych nepríjemností po závažné životné ťažkosti. Nižšie uvádzame 17 oblastí potenciálnych problémov, ktoré ľudia s diabetom niekedy prežívajú. Zvážte, do akej miery vás každý z týchto 17 faktorov V PRIEBEHU UPLYNULÉHO MESIACA stresoval alebo obťažoval, a zakrúžkujte príslušné číslo.

Majte prosím na pamäti, že vás žiadame o stanovenie miery, do akej je pre váš život každý z faktorov obťažujúci, NIELEN o posúdenie, či je pre vás daný výrok pravdivý. Pokiaľ napr. cítite, že pre vás konkrétny výrok neplatí alebo daný faktor nepredstavuje problém, zakrúžkujte 1. Pokiaľ vás obťažuje veľmi, zakrúžkujte 6.

závažnosť		žiadna	mierna	stredná	celkom vážna	zavážná	veľmi vážna
problém							
1	Mám pocit, že mi DM každý deň berie príliš duševnej i telesnej energie.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
2	Mám pocit, že môj lekár nevie dosť o DM a jeho liečbe.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
3	Neverím v svoju schopnosť zvládať DM v každodennom živote.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
4	Cítim zlosť, strach, alebo depresiu, keď premýšľam nad životom s DM.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
5	Mám pocit, že mi môj lekár nedáva dostatočne jasné inštrukcie, ako DM zvládať.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
6	Mám pocit, že si nerobím dostatočne často test krvného cukru.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
7	Mám pocit, že ak robím, čo robím, skončím so závažnými, dlhodobými komplikáciami.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
8	Mám pocit, že často zlyhávam v dodržiavaní diabetického režimu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
9	Pri zvládaní DM necítim dostatočnú podporu od priateľov alebo rodiny (napr. plánujú aktivitu, ktorá sa kríži s mojím rozvrhom, nabádajú ma, aby som jedol/a nevhodné jedlá).	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
10	Mám pocit, že mi DM riadi život.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
11	Mám pocit, že môj lekár neberie moje obavy spojené s DM dostatočne vážne.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
12	Mám pocit, že nie som dostatočne dôsledný/á v dodržiavaní správneho jedálničku.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
13	Od priateľov alebo rodiny necítim dostatočné docenenie toho, ak náročný život s DM môže byť.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
14	Cítim sa zahltený/á nárokmi, ktoré na mňa život s DM kladie.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
15	Mám pocit, že nemám lekára, na ktorého sa môžem v súvislosti so svojim DM obracať dostatočne pravidelne.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
16	Necítim sa motivovaný/á k zvládnutiu DM.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
17	Mám pocit, že mi priatelia alebo rodina neposkytujú emočnú podporu, akú by som si prial/a.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

proLékaře.cz | 9.11.2026

Skórovací formulár diabetického distresu

inštrukcie

DDS poskytuje celkové skóre diabetického distresu plus skóre 4 čiastkových stupníc, z ktorých sa každá vzťahuje k odlišnému druhu distresu [1]. Pre určenie skóre jednoducho spočítajte odpovede pacienta pri príslušných položkách a vydeľte výsledné číslo počtom položiek danej stupnice. Súčasný výskum [2] naznačuje, že priemerné skóre položiek 2,0–2,9 by malo byť považované za „mierny distres" a priemerné skóre položiek ≥ 3,0 by malo byť považované za „silný distres". Súčasný výskum tiež ukazuje, že asociácia medzi DDS skóre, zvládaním vlastného chovania a biologickými premennými (napr. HbA_{1c}) sa vyskytuje s DDS skóre ≥ 2,0. V závislosti na klinickom kontexte si mierny alebo silný distres zaslúži klinickú pozornosť lekárov. Odporúčame tiež revidovať pacientove odpovede naprieč všetkými položkami, a to bez ohľadu na priemerné hodnoty položiek. Môže byť užitočné prešetriť hlbšie každú položku so skóre ≥ 3,0, prípadne začať rozhovor práve týmito položkami.

celkové DDS skóre

a) súčet skóre 17 položiek

b) delené 17

c) priemerné skóre položiek

mierny distres alebo väčší (priemerné skóre položiek > 2) ☐ áno ☐ nie

emočná záťaž

a) súčet skóre 5 položiek (1, 4, 7, 10, 14)

b) delené 5

c) priemerné skóre položiek

mierny distres alebo väčší (priemerné skóre položiek > 2) ☐ áno ☐ nie

distres súvisiaci s lekárom

a) súčet skóre 4 položiek (2, 5, 11, 15)

b) delené 4

c) priemerné skóre položiek

mierny distres alebo väčší (priemerné skóre položiek > 2) ☐ áno ☐ nie

distres súvisiaci s režimom

a) súčet skóre 5 položiek (6, 8, 3, 12, 16)

b) delené 5

c) priemerné skóre položiek

mierny distres alebo väčší (priemerné skóre položiek > 2) ☐ áno ☐ nie

interpersonálny distres

a) súčet skóre 3 položiek (9, 13, 17)

b) delené 5

c) priemerné skóre položiek

mierny distres alebo väčší (priemerné skóre položiek > 2) ☐ áno ☐ nie

proLékaře.cz | 9.11.2026

vacieho režimu, mierny pokles hmotnosti) [18]. Následne je dôležité prejsť na konkrétnu príčinu týchto ťažkostí (môže ich byť aj viacero súčasne) a pokúsiť sa ich spolu s pacientom alebo aj jeho príbuznými riešiť a navrhnúť také riešenie, ktoré podporí záujem pacienta a bude ním akceptované. Dôležité je stanovenie priorít: sú ťažkosti, ktoré treba riešiť aktuálne, priebežne alebo neskôr [25]**.** Treba postupovať krok za krokom. Pri rozhodovaní o miere a forme ďalšieho postupu je dôležité poznať intenzitu ťažkostí. V tejto stratifikácii nám pomôže DDS [17]. Následne zvážime, či zvládneme intervenciu s pacientom sami, prípadne bude treba aj odbornej psychoterapeutickej intervencie zameranej na emočnú zložku DD [26,33]. Pozorovaním u dospelých pacientov s DM2T bolo zistené, že riešením negatívnych emócií psychologickou intervenciou sa znížil HbA_{1c} o 0,5–1 % DCCT [33]. Psychologická intervencia by mala nastúpiť v momente, kedy lekár začne pozorovať dlhodobo zníženú adherenciu či stagnáciu v liečbe u pacienta v kombinácii s príznakmi DD. Pri koincidencii depresie a DD je potrebné liečiť obidve súčasne [17], niekedy je potrebný multidisciplinárny prístup. Okrem psychoterapie je potrebná pomoc výživového poradcu, edukátora, či sociálneho pracovníka [35]. So správnou intervenciou vieme u pacienta zredukovať alebo eliminovať DD. Výsledkom spoločného snaženia má byť pocit, že pacient znovu nadobudol kontrolu nad svojím ochorením aj emočnou záťažou, ktorú prináša.

Záver

Výsledky liečby diabetu stoja prevažne na správnej diagnóze, liečbe, dodržiavaní stravovacích odporúčaní a režimových opatrení. Každý pacient môže i napriek spoločnému úsiliu zlyhať v ktorejkoľvek z oblastí liečby a stratiť kontrolu nad svojím ochorením. V takom prípade by sme mali myslieť na skutočnosť, že sa jedná o skutočný problém a treba mu podať pomocnú ruku a spoločne hľadať možnú príčinu a riešenie. Niekedy si neuvedomujeme, že správna komunikácia má rovnaký liečebný efekt ako liek. Zmyslom riešenia je pomôcť pacientovi tak, aby mal pocit, že opäť zvláda liečbu ako súčasť svojho života. **Ako je uvedené v citovanom článku, telo a duša sú spojené nádoby, preto platí jednoduchá rovnica: keď pacient vráti svojej psychike rovnováhu, vyrovná i hladinu cukru** [41].

Literatúra

1. Mokáň M, Martinka E, Galajda P et al. Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia. Vydavatelstvo P+M: Martin 2008: ISBN 978–80–969713–9-8.

2. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes facts and figures. Dostupné z WWW: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>.

3. Činnosť diabetologických ambulancií v Slovenskej republike 2021. Október 2022. Dostupné z WWW: <https://www.nczisk.sk/aktuality/pages/Cinnost-diabetologickych-ambulancii-v-Slovenskej-republike-v-roku-2021.aspx>.

4. Činnosť diabetologických ambulancií v Slovenskej republike 2019. Október 2020. Dostupné z WWW: <https://www.nczisk.sk/aktuality/pages/Cinnost-diabetologickych-ambulancii-v-Slovenskej-republike-v-roku-2019.aspx>.

5. Činnosť diabetologických ambulancií v Slovenskej republike 2018. Október 2019. Dostupné z WWW: <https://www.nczisk.sk/aktuality/pages/Cinnost-diabetologickych-ambulancii-v-Slovenskej-republike-v-roku-2018.aspx>.

6. Mokáň M, Galajda P, Martinka E et al. Odporúčania pre prevenciu diabetes mellitus 2. typu. Ministerstvo zdravotníctva SR 2021. Dostupné z WWW: <https://www.heath.gov.sk>.

7. Chalmers J, Cooper ME. UKPDS and the Legacy Effect. N Engl J Med 2008; 359(15): 1618–1620. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMe0807625>.

8. [DCCT Research Group]. Diabetes Control and Complications Trial (DCCT): results of feasibility study Diabetes Care 1987; 10(1): 1–19. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.10.1.1>.

9. Sacks DB, Arnold M, Bakris GL et al. Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus Diabetes Care 2023; 46(10): e151–e199. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dci23–0036>.

10. [World Health Organization]. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization: Geneva 2003. Dostupné z WWW: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>.

11. Martinka E, Ponťuch P, Mišániková M. Výskyt diabetickej nefropatie v populácii pacientov s diabetes mellitus na Slovensku: výsledky prieskumu NEFRITI. Forum Diab 2015; 4(3): 198–207.

12. Forgáčová L. Diagnostika a liečba depresie diagnostika a liečba depresie pri diabetes mellitus.. Ambulantná terapia 2008; 6(3): 158–162.

13. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care 2001; 24(6): 1069–1078. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.2337/diacare.24.6.1069>.

14. Collins MM, Corcoran P, Perry IJ. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. Diabet Med 2009; 26(2): 153–161. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464–5491.2008.02648.x>.

15. Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE et al. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. J Psychosom Res 2002; 53(6): 1053–1060. Dostupné z DOI: <10.1016/s0022–3999(02)00417–8>.

16. Nanayakkara N, Pease A, Ranasinha S et al. Depression and diabetesdistress in adults with type 2 diabetes: results from the Australian National Diabetes Audit (ANDA) 2016. Sci Rep 2018; 8(1): 7846. Dostupné z WWW: <https://www.nature.com/articles/s41598–018–26138–5>.

17. Beeney L. Identifying and managing diabetes distress. Not mad, more likely sad. Endocrinology Today 2015; 4(2): 21–23. Dostupné z WWW: <https://www.researchgate.net/publication/275654612>.

18. Diagnóza diabetická úzkost aneb Když cukrovka člověka psychicky zdolává. Dostupné z WWW: <https://www.prolekare.cz/tema/moderni-lecba-diabetu/detail/diagnoza-diabeticka-uzkost-aneb-kdyz-cukrovka-cloveka-psychicky-zdolava-8478>.

19. [American Diabetes Association]. Diabetes and Emotional Health. Dostupné z WWW: <https://diabetes.org/sites/default/files/media/ada_mental_health_workbook_r4.pdf>.

20. Diabetes distress. Dostupné z WWW: <https://www.wikiskripta.eu>.

21. Skinner TC, Joensen L, Parkin T. Twenty-five years of diabetes distress research Diabet Med 2020; 37(3): 393–400. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/dme.14157>.

proLékaře.cz | 9.11.2026

22. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS. Management of hyperghlycaemia in the 2 diabetes, 2022. A consensus report by the Americal Diabetes Association (ADA) and the Europen Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia 2022; 65(12):1925–1966. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00125–022–05787–2>.

23. Česká diabetologická společnost. Psychologická sekce. Dostupné z WWW: <https://www.diab.cz/psychologicka>.

24. Kalra S, Verma K, Balhara YP. Diabetes distress. JOSH-Diabetes 2018; 6(1): 4–7. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038–1676185>.

25. Konečná J. Diabetický distres. Co je diabetický stres a jak mu předcházet? Jak komplikuje léčbu diabetes mellitus? Dostupné z WWW: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2023/4/lecba-diabetu-na-prahu-3-tisicileti/>.

26. ADA. Diabetes and Emotional Health. Chapter 3. Diabetes Distress. Dostupné z WWW: <https://www.ada_mental_health_workbook_chapter_3.pdf>.

27. Fisher L, Polonsky WH, Hessler D. Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide Diabet Med 2019; 36(7): 803–812. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/dme.13967>.

28. Fisher L, Hessler DM, Polonsky WH. When is diabetes distress clinically meaningful? Establishing cut-points for the Diabetes Disstres Scale. Diabetes Care 2012; 35(2): 259–264. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.2337/dc11–1572>.

29. Beverly L, Hughes A, Nelson LA. What is Diabetes Distress? Society of Behaviorel Distress. Dostupné z WWW: <https://www.sbm.org/healthy-living/what-is-diabetes-distress>.

30. Diabetes and Mental Health. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Dostupné z WWW: <https://www.cdc.gov/diabetes/managing/mental-health.html>.

31. Myers BA, Klingensmith R, de Groot M. Emotional Correlates of the COVID-19 Pandemic in Individuals With and Without Diabetes. Diabetes Care 2022; 45(1): 42–58. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/dc21–0769>.

32. Monika Rusnáková. Stres z cukrovky má svoje meno. Dostupné z WWW: <https://www.dovera.sk/lepsizivotscukrovkou/o-nas/novinky-o-cukrovke/383-stres-z-cukrovky-ma-svoje-meno>.

33. Pouria Khashayar P, Shirzad N, Zarbin A et al. Diabetes-related distress and its association with the complication of diabetes in Iran. J Diabetes Metab Disord 2022; 21(2): 1569–1575. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s40200–022–01103–2>.

34. Kalra S, Jena BN, Yeravidekar R. Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes. Indian J Endocrinol Metab 2018; 22(5): 696–704. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/ijem.IJEM_579_17>.

35. Nanayakkara N, Pease A, Ranasinha S. Depression and diabetes distress in adults with type 2 diabetes: results from the Australian National Diabetes Audit (ANDA) 2016. Sci Rep 2018; 8(1): 7846. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598–018–26138–5>.

36. Tareen RS, Tareen K. Psychosocial aspects of diabetes management: dilemma of diabetes distress. Transl Pediatr 2017; 6(4): 383–396. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2017.10.04>.

37. Riegel KD, Lupínková J. DDS_1.1_CZ TR© 2019. Dostupné z WWW: <https://behavioraldiabetes.org/xwp/wp-content/uploads/2019/01/DDS1.1_CZ_final.pdf>.

38. Polonsky WH, Fisher L, Esarles J et al. Assesasing pychosocial distress in diabetes: Development of the Diabetes Distress Scale. Diabetes Care 2005; 28(3): 626–631. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626>.

39. Fisher L, Polonsky WH, Hessler D. Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide. Diabet Med 2019; 36(7): 803–812. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/dme.13967>.

40. Polonsky W. Recognizing and addressing diabetes distress. Oral Presentation # S49.2 Session: Diabetes and the mind: psychological aspects. EASD Berlin 2018. 5 October 2018. Dostupné z WWW: <https://www.easd.org/media-centre/#!resources/recognizing-and-addressing-diabetes-distress>.

41. Diabetes a stres. Dostupné z WWW: <https://www.cukrovka.cz/diabetes-a-stres>.