

Kvalita života dětí s diabetem mellitem

Zuzana Sklenářová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Zuzana Sklenářová
Osobní číslo: H11649
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: kombinovaná

Téma práce: Kvalita života dětí s diabetem mellitem

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek.
Stanovení cílů práce.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace průzkumu.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření a návrh využití pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tisková/elektronická

Seznam odborné literatury:

ANDĚL, Michal et al. Diabetes mellitus a další poruchy metabolismu. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-047-9.

BOTTERMANN, Peter a Martina KOPPELWIESEROVÁ. Můj problém... cukrovka. Praha: Olympia, 2008. ISBN 978-80-7376-090-8.

HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: SLON, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

NEUMANN, David et al. Děti s diabetem v kolektivu dětí. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2935-3.

PAYNE, Jan et al. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

VÁVROVÁ, Helena. Babičko, dědo, vezměte si mne na prázdniny. Povídání o cukrovce nejen pro prarodiče a jejich vnoučata. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2583-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14.5.2019


.....

¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zastupitelství studentů vysokých škol

²⁾ Vyšší škola rozšiřuje své právo zveřejňovat dílo, tj. bakalářskou a diplomovou práci, a tímto právo dle zákona, včetně poskytnutí oprávnění a výše nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

(2) *Diplomová, diplomová, bakalářská a rigorózní práce odlišitelně označená k obhajobě není již věc uznávaná při pracovním úkol před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v době učebního ročníku předáním vydané knihy nebo není-li tak učeno, v době pracovního úkolů knihy, které se tak mohou obhajoba práce. Každý se může za zveřejnění práce pořídit na své náklady výřez, opisy nebo vzpomínkový.*

(3) *Plati, že odlišitelně práce autor označil se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na případnou obhajobu.*

2) *zákon č. 121/2005 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o ochraně náležitých zájmů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 33 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nepatří právo autora nebo držitele či vyhlášené zařízení, udělit nikoliv za účelem přenosu nebo nepřenosu kopírovatelného nebo záznamového záznamu k výuce nebo k službě potřebné díla vysoce školní nebo studijním do učebních knih nebo studijních materiálů přímou či nepřímou cestou, jeho právního účinku že dílo nebo držitelství či vyhlášené zařízení (knihovní dílo).*

3) *zákon č. 121/2005 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o ochraně náležitých zájmů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 40 Školní dílo*

(1) *Škola nebo školství či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na užití díla (autorské) a užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Učitelé či auto- učitelské dílo učitelé mohou bez nároku odměny, mohou se tyto učitelé domáhat odměny či křivky jeho výkonu, jeho výše a rozsahu. Úhrasou § 33 odst. 3 zřizovat osobně.*

(2) *Není-li zveřejněno jinak, může autor školního díla své dílo i) používat jinou formou, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školství či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školství či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výjimek jim dovoleno v souvislosti s učením díla či poskytnout jinou podle odstavce 2 předložit přílohu ke školskému účelu, která se týká díla vysoce školní, a to podle okolností až do jejich závěrečné výuky, přitom se přihlíží k její výjimečné dovoleno školou nebo školství či vzdělávacím zařízením a užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Cíl: Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života (KŽ) dětí od 5 do 18let s Diabetem mellitem I typu (DM I typu).

Metodika: V praktické části byl použit modifikovaný standardizovaný dotazník PedsQL , verze 4.0. Poskytl informace o obecné KŽ dětí s DM I typu v oblasti fyzické, psychické, školní a sociální problematiky. Výzkumný soubor byl tvořen 41 respondenty, respektive dětmi s DM I typu, které jsou pacienty diabetologické poradny Uherskohradištské nemocnice. Dotazníkové šetření, včetně předvýzkumu, probíhalo od února 2014 do 8. dubna 2014.

Výsledky: Výsledky dotazníkového šetření prokázaly, že děti s DM I typu zhodnotily kvalitu svého života v oblasti fyzické, psychické, sociální a školní problematiky na 75 %. Nejméně je DM I typu ovlivněna oblast sociální spolu s oblastí fyzických funkcí. Nejhůře respondenti zhodnotili oblast psychickou, kdy daná oblast získala pouze 56,9 %.

Závěr: DM I typu je onemocnění, jehož výskyt celosvětově narůstá. Kvůli svému onemocnění jsou děti často našťvané a smutné. Je velmi důležité věnovat těmto problémům pozornost a snažit se o to, aby se KŽ dětí s DM I typu podobala co nejvíce KŽ dětí zdravých. Výsledky průzkumu budou pro sestry přínosné. Umožní zaměřit se na psychické problémy dětí s DM I typu a snažit se o jejich zlepšení, stejně tak jako ošetřovatelský tým, který se podílí na péči o takto nemocné děti. Smutek a našťvanost mohou děti vnímat kvůli tomu, že se jim nedaří DM I typu kompenzovat tak, jak by chtěly. Proto je nutné zaměřit se na podrobnější edukaci jak dětí s DM I typu, tak i jejich rodičů.

Klíčová slova: Diabetes mellitus I typu, dítě, kvalita života, dotazník PedsQL

ABSTRACT

Aim: The aim of the thesis was to find out what is the life quality of children aged 5-18 suffering with diabetes.

Methods: A modified, standardised questionnaire was used in a practical part of the thesis. It has provided some information about the life quality of children with diabetes in physical, mental, educational and social areas. The research was created by 41 respondents, children with this illness, who are the patients of a diabetes clinic in hospital in Uherske Hradiste. The questionnaire survey, including previous research, was conducted from February 2014 to 8th April 2014.

Results: The results of the questionnaire survey show that children with diabetes illness value their quality of life at 75%. The social and physical areas are influenced the least. The worst part for respondents is the mental part, it reached only 56.9%.

Conclusion: Diabetes is a disease which incidence is increasing worldwide. Because of this illness children are sad and very often upset. It is very important to pay attention to these problems and try to keep the life quality of children with diabetes on the same level as quality of healthy children's lives. These results are going to be a benefit for nurses. They can help to focus on mental problems of children and try to improve them. Children can feel the sadness and frustration because they can not compensate diabetes as much as they wanted. That's why it's necessary to focus on better education of children and their parents as well.

The key words: diabetes, a child, the quality of the life, questionnaire PedsQL

Na tomto místě velmi děkuji paní Mgr. Andree Filové za odborné vedení bakalářské práce a velmi cenné rady, které mně v průběhu zpracovávání práce poskytovala.

Poděkování patří i celé mé rodině za podporu při studiu a také za trpělivost.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat MUDr. Yvoně Ptoškové a dětské sestře Svatavě Hampalové za poskytnutí odborného materiálu a skvělou spolupráci při dotazníkovém šetření.

Prohlašuji, že jsem práci s názvem Kvalita života dětí s diabetem mellitem vypracovala samostatně a veškeré zdroje informací uvedla v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 CHARAKTERISTIKA DIABETU MELLITU	13
1.1 CO JE DIABETES MELLITUS	13
1.2 KLASIFIKACE DIABETU MELLITU	13
1.2.1 Diabetes mellitus I. typu (DM I typu)	13
Příčiny vzniku DM I typu	14
Příznaky DM I typu.....	14
1.2.2 Diabetes mellitus II. typu (DM II).....	14
1.3 KOMPLIKACE DM.....	14
Akutní komplikace DM	14
Chronické komplikace	15
1.4 DIAGNOSTIKA DM.....	15
1.5 LÉČBA DM I.....	16
1.5.1 Selfmonitoring	17
1.6 INZULINOTERAPIE.....	17
1.6.1 Pomůcky pro diabetiky	18
Inzulinové stříkačky	18
Inzulinová pera.....	18
Inzulinové pumpy.....	18
1.6.2 Zásady aplikace inzulínu	18
1.6.3 Uchování inzulínu.....	19
1.7 DIETOTERAPIE	19
1.8 POHYBOVÁ AKTIVITA	20
1.9 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DÍTĚ S DM	21
1.9.1 Příjem dítěte do nemocnice	21
Hospitalismus, psychická deprivace.....	22
Separace.....	22
2 KVALITA ŽIVOTA	23
2.1 POJEM KVALITA ŽIVOTA	23
2.2 KVALITA ŽIVOTA A NAPLNĚNÍ POTŘEB	23
2.3 KVALITA ŽIVOTA DĚTÍ S ONEMOCNĚNÍM DM I.....	24
2.4 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	24
2.4.1 Měření kvality života v ošetrovatelství	24
Generické nástroje měření kvality života	24
Specifické nástroje měření kvality života.....	26
Specifické nástroje měření kvality života pacientů s DM	26
Specifické nástroje měření kvality života u dětí.....	26
2.5 KVALITA ŽIVOTA V JEDNOTLIVÝCH ETAPÁCH ŽIVOTA	27
Dítě do 3 let	27
Předškolní věk	27
Školní věk	28

2.6	KOMUNIKACE	29
2.6.1	Komunikace s rodiči	29
2.6.2	Komunikace s dítětem	29
	SDRUŽENÍ RODIČŮ A PŘÁTEL DIABETICKÝCH DĚTÍ V ČESKÉ REPUBLICCE	30
II	PRAKTICKÁ ČÁST	31
3	FORMULACE PROBLÉMU	32
4	CÍLE PRŮZKUMU	33
5	METODIKA PRÁCE	34
	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	34
	METODA SBĚRU DAT	34
	Charakteristika PedsQL	34
	Charakteristika dotazníku	34
	ORGANIZACE PRŮZKUMU	35
	ZPRACOVÁNÍ DAT	36
6	VÝSLEDKY	37
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	55
	SEZNAM OBRÁZKŮ	57
	SEZNAM TABULEK	58
	SEZNAM GRAFŮ	59
	SEZNAM PŘÍLOH	60

ÚVOD

Dětský svět je v posledních letech zkoumán mnoha různými obory. Každý z nich má však na něj jiný pohled a ne moc dobře se daří vystihnout celek. Nadějí na to, aby byl tento svět dětí vnímán celistvě a provázaně, je koncept kvality života. V současné době se kvalita života čteně stává výzkumným předmětem (Mareš, 2010, s. 48; Řehulková, 2008, s. 5).

Průzkumné šetření bude zaměřeno na kvalitu života dětí v oblasti fyzické, psychické, sociální a školní problematiky. V průzkumném šetření budou zahrnuty i demografické údaje.

Téma práce jsem si zvolila z toho důvodu, že pracuji na dětském oddělení. Děti s onemocněním DM I typu jsou na oddělení hospitalizovány stále častěji. Nejvíce však v době, kdy je DM I typu právě diagnostikován. Děti jsou po kompenzaci stavu propuštěny do domácí péče. Jaká je jejich kvalita života v následujících měsících a letech už se ale většinou nedozvíme. Proto jsem se na tuto oblast zaměřila a ráda bych zjistila, jak toto onemocnění ovlivňuje jejich život.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaká je KŽ dětí od 5 do 18let s DM I typu. V práci jsou stanoveny i dílčí cíle, které zjišťují, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dětí v oblasti fyzických a psychických funkcí a také oblast sociální a školní problematiky.

Empirická část práce je tedy zaměřena na zjištění KŽ dětí s DM I typu. Jelikož je DM onemocnění, jehož výskyt celosvětově narůstá, je nutné věnovat pozornost právě KŽ pacientů s tímto onemocněním. Důležitá je také snaha o to, aby se KŽ dětí s DM I typu, ať už v oblasti fyzické, psychické, sociální nebo školní problematiky, co nejvíce podobala KŽ zdravých jedinců. I z tohoto důvodu se práce zabývá touto problematikou.

Výsledky průzkumu by měly zvýšit zájem o problematiku KŽ dětí s DM I typu, případně přispět k jejímu zlepšení. Velmi ráda bych poznatky využila ve svém budoucím povolání. Výsledky by také měly být přínosné celému ošetrovatelskému týmu, který se podílí na péči o diabetické dítě. Díky nim bude možné zaměřit se na nejhůře zhodnocené, výše zmíněné, oblasti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA DIABETU MELLITU

Podle výpočtů Ústavu zdravotnických informací a statistiky se v roce 2005 v České Republice (ČR) s Diabem mellitem I. typu (DM I typu) léčilo 1619 dětí ve věku do 19-ti let (Machová, Kubátová, 2009, s. 217).

Do roku 2012 se zvýšil počet takto nemocných dětí o 345, to znamená, že v roce 2012 bylo v ČR 1996 dětí s DM I typu (Zvolský, ©2013, s. 4).

1.1 Co je diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) neboli cukrovka, nazývaný též úplavice cukrová, je celoživotní onemocnění, při kterém je narušen metabolismus cukrů, tuků a bílkovin. Hlavním znakem tohoto onemocnění je hyperglykémie (zvýšená hladina krevního cukru), jejíž příčinou je nedostatek inzulínu, jeho nesprávné působení nebo kombinace obou najednou (Vávrová, 2012, s. 9).

1.2 Klasifikace diabetu mellitu

Světová zdravotnická organizace (WHO) provedla v roce 1985 klasifikaci DM za účelem rozčlenění diabetu na různé typy. Tato klasifikace byla v roce 1997 nahrazena doporučením Americké diabetologické asociace (ADA) a v roce 1999 přijata mezinárodní diabetickou federací (IDF). (Rušavý, Frantová, 2007 s. 15).

Rozlišujeme tedy několik typů diabetu. V literatuře je uváděn diabetes mellitus I. a II. typu, gestační diabetes (těhotenská cukrovka) a sekundární DM, který vzniká v důsledku jiného onemocnění (Bottermann, Koppelwieserová, 2008, s. 18).

1.2.1 Diabetes mellitus I. typu (DM I typu)

Pro DM I typu je charakteristická úplná absence inzulínu v organismu z důvodu destrukce beta buněk Langerhansových ostrůvků pankreatu autoimunitním procesem.

Inzulín je pro organismus velmi důležitý hormon, který snižuje hladinu glukózy (cukru) v krvi. Je tudíž nezbytné jeho zevní podávání po celý život. Proto se také nazývá inzulín dependentní DM, tzn. na inzulínu závislý DM (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 56; Vávrová, 2012, s. 9-13).

DM I typu se převážně objevuje v dětském věku a u mladistvých a vrcholí v období staršího školního věku, tedy mezi 12 - 15 rokem života (Anděl et al, 2001, s. 38).

Příčiny vzniku DM I typu

Mezi příčiny vzniku DM I typu řadíme dědičnost, která spolu s působením zevních faktorů, jako je například virová infekce, spouští autoimunitní proces. Tento diabetes označujeme jako imunitně podmíněný. Dalším typem je diabetes nazývaný jako idiopatický, jehož přesná příčina vzniku není známá (Pelikánová, 2003, s. 16).

Příznaky DM I typu

Při onemocnění DM I typu zcela chybí inzulin, což způsobuje, že se glukóza nedostává do buněk. Hromadí se v krvi a tím dochází k hyperglykemii, která je jedním z příznaků DM I typu. K dalším příznakům DM I typu se řadí glykosurie, což znamená, že se glukóza z krve dostává do moči. Glukóza, která má schopnost na sebe vázat vodu, se dostává spolu s močí ven z těla. Tím dochází k polyurii (nadměrné močení). Organismus tak ztrácí větší množství vody a důsledkem toho dochází k polydipsii (zvýšený pocit žízně). (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 58).

K příznakům se řadí také malátnost, únava, tělesná slabost, suchá a svědivá kůže, z počátku zvýšená chuť k jídlu, později však nechutenství a zvracení, hubnutí, enuréza (pomočování) a zhoršené vidění (Vávrová, 2012, s. 30-31).

1.2.2 Diabetes mellitus II. typu (DM II)

Tento typ DM se vyskytuje u naprosté většiny dospělých. V této práci se budeme zabývat diabetem I. typu, který se vyskytuje v dětském věku.

1.3 Komplikace DM

Při onemocnění DM se vyskytuje řada komplikací. Jejich příčinou je ve většině případů nesprávná kompenzace diabetu. Komplikace DM se dělí na akutní a chronické.

Akutní komplikace DM

Mezi akutní komplikace DM se řadí hypoglykemie (pokles hladiny glukózy v krvi), která může vzniknout aplikací nadměrné dávky inzulinu, při velké fyzické zátěži nebo také při vynechání jídla po aplikaci inzulinu. Hypoglykemie se rozvíjí velmi rychle a objevuje se třes, hlad, studený pot, nervozita, dvojité vidění, poruchy paměti až koma. Je nutný okamžitý přívod glukózy.

Další z akutních komplikací jsou hyperglykemie a diabetická ketoacidóza, jejichž příčinou může být nedostatečné množství inzulínu způsobené vynecháním inzulínu nebo aplikací nedostatečného množství inzulínu, ale také nedostatkem pohybu a akutní infekcí. Příznaky se na rozdíl od hypoglykemie rozvíjí pomaleji. K příznakům patří žízeň, snížený kožní turgor, suchost sliznic a jazyka, Kussmaulovo dýchání a v neposlední řadě je cítit aceton z dechu. U těchto komplikací je třeba podat inzulín, ale až po zjištění glykemie, aby se vyloučila hypoglykemie (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 59).

Chronické komplikace

K chronickým komplikacím řadíme diabetickou makroangiopatii (postižení velkých tepen), která má příznaky nemoci stejné jako ateroskleróza, ale průběh je urychlen diabetem. Dále diabetickou mikroangiopatii (postižení menších tepen). K mikroangiopatiím řadíme diabetickou nefropatii, kdy jsou postiženy cévy, které zásobují živinami ledviny. V případě poškození cév, které vyživují sítnici oka, mluvíme o diabetické retinopatii. V neposlední řadě je nutné do této skupiny komplikací zařadit diabetickou neuropatii, u které mohou být postiženy nervy, které jsou nezbytné k vnímání citlivosti (senzitivní nervy) a nervy motorické, které zajišťují pohyb (Pelikánová, 2003, str. 59-74; Stránská, 2011, str. 61).

I když se u dětí a dospívajících pozdní komplikace ještě klinicky neprojevují, je nutné dvakrát do roka provést vyšetření moči ke zjištění množství albuminu (albuminurie) a jednou ročně absolvovat oční vyšetření (Anděl et al., 2001, s. 54).

Jedna z nejzávažnějších komplikací při onemocnění DM je syndrom diabetické nohy. Příčinou vzniku tzv. diabetické nohy jsou angiopatie a důsledkem toho špatné prokrvení DKK (ischemie DKK). Na vzniku diabetické nohy se podílí také poškození nervů na DKK, kdy nemocný přestává vnímat bolest, chlad i teplo a dotek, snadno se tak může zranit. Je velmi důležité, aby nemocní DM dbali o péči DKK a nosili vhodnou obuv (Navrátilová, 2007, s. 50).

1.4 Diagnostika DM

K lékaři přichází rodiče se svými dětmi na podkladě pozorovaných příznaků, jako je polyurie a polydipsie, úbytek hmotnosti a velká únava (Anděl et al., 2001, s. 48).

Nedílnou součástí diagnostiky DM je vedle laboratorního vyšetření anamnéza a fyzikální vyšetření (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 61).

Laboratorní vyšetření slouží k definitivní diagnostice DM. Provádí se v případě přítomnosti klinických příznaků a zahrnuje zjištění glykemie nalačno, přičemž naměřená hodnota glykemie je větší nebo rovna 7mmol/l. Dále zjištění náhodné glykemie, což je hodnota glykemie, která je naměřená kdykoliv během dne, bez ohledu na to, zda je pacient po jídle či nikoliv a třetím kritériem je OGTT (orální glukózový toleranční test). Potvrzení diagnózy DM musí být nejméně dvakrát v různých dnech (Pelikánová, 2003, s. 18).

K diagnostickým metodám patří i vyšetření moči, při kterém se zjistí glykosurie a ketonurie (kyselé látky v moči). Tato vyšetřovací metoda je velmi jednoduchá a rychlá. Provádí se pomocí testovacích proužků na moč. Nevýhodou však je, že měřením pomocí těchto proužků neodhalíme hypoglykémii (Pelikánová, 2003, s. 50).

1.5 Léčba DM I

Léčbou DM I typu není pouze celoživotní podávání inzulínu a diabetická dieta. Cílem léčby DM je zabránění vzniku komplikací, a to jak akutním, tak i chronickým. U dětí je nutné udržovat hladinu glykemie co nejbližší fyziologickým hodnotám a tím předcházet těžkým hypoglykemiím, které mohou u dětí předškolního věku způsobit poškození mozku (Anděl et al., 2001, s. 49).

Optimálně by se měla hladina glykemie držet v rozmezí 3,3 - 6 mmol/l nalačno a za hodinu po jídle do 8 mmol/l (Lebl et al., 1998, s. 46).

Při stanovení léčebných cílů je nutné zvážit věk dítěte, energetickou potřebu pro růst a vývoj dítěte, také aktivitu a hlavně psychosociální prostředí.

Edukace diabetika, včetně jeho celé rodiny, se považuje za základ úspěšné léčby. Týká se inzulínoterapie, dietoterapie, sportu a fyzické aktivity dítěte a hlavně selfmonitoringu (domácí monitorování). Cílem edukace je poskytnout znalosti a dovednosti v oblasti onemocnění DM. Velmi důležité je dítě i jeho rodinu motivovat k tomu, aby tyto získané vědomosti dokázali využít tak, aby se kvalita života (KŽ) nemocného dítěte mohla co nejvíce vyrovnat KŽ jejich zdravých vrstevníků.

Léčba DM není věc pouze diabetologa. Na léčbě se podílí dietní sestry, edukační sestry a zejména psycholog (Anděl et al., 2001, s. 49-50).

1.5.1 Selfmonitoring

Nejdůležitějším prvkem léčby je selfmonitoring, kdy je nutné dítě do domácího monitorování, s ohledem na věk, zapojit hned, jakmile je DM diagnostikován (Anděl et al., 2001, s. 47,50).

Nedílnou součástí selfmonitoringu je pomůcka nazývaná glukometr a proužky do něj. Pomocí glukometru se provádí sledování glykemie z kapky krve, a to nejen v době pravidelného měření, což je před snídaní, před obědem, před první večeří a před spaním, ale i při náhle vzniklých situacích, jako je třeba zvracení. Pravidelným domácím měřením tak můžeme předcházet nebezpečným hypoglykemiím. Selfmonitoring zahrnuje také kontrolu moči a to pomocí testovacích proužků, kterými můžeme pouhým zrakem přítomnost či nepřítomnost ketolátek a cukru v moči (Neumann et al., 2013, s. 31-33).

1.6 Inzulínoterapie

U nemocných DM I typu je nutné celý život podávat inzulin a to takovým způsobem, aby co nejvíc napodobil přirozenou sekreci inzulinu (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 63).

Přirozený rytmus tvorby inzulinu nejlépe napodobuje systém bazál - bolus. Tento systém nahrazuje přirozenou základní tvorbu inzulinu, která probíhá nepřetržitě (bazál), i tvorbu inzulinu závislou na jídle (bolus). (Lebl et al., 1998, s. 30, 159).

U každého nemocného DM je léčba inzulinem volena přísně individuálně a se snahou zajistit co nejkvalitnější kontrolu glykemie a hlavně také kvalitní styl života, který dítě významným způsobem neomezuje (Vávrová, 2012, s. 38).

Inzulin byl objeven v roce 1922. V této době byl k dispozici jen hovězí inzulin nebo inzulin vepřový, který se později pomocí chemických postupů podařilo přeměnit na humánní (lidský). Dnes se tyto inzuliny získávají produkcí geneticky upravených bakterií *E. coli* nebo kvasinek. Postupem času se začaly vyrábět analogové inzuliny, které jsou podobné humánnímu inzulinu a liší se pouze pořadím některých aminokyselin. Díky tomu se zlepšil účinek inzulinu (Bottermann, Koppelwieserová, 2008, s. 101).

Inzulinové preparáty se dělí do dvou skupin. První skupinou jsou rychle působící inzuliny, v lahvičce čiré, které se podávají před jídlem. Začínají účinkovat za 20-35 minut a vydrží působit 6-8 hodin. Řadíme sem například Actrapid HM, Humulin R, Insuman rapid. Druhou skupinou jsou dlouze působící (depotní), v lahvičce mléčně zakalené inzuliny. Začínají působit za 2-3 hodiny. Jejich účinek trvá 12-16 hodin. Do této skupiny patří například Hu-

mulin N, Insulatard HM, Monotard HM (Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, 2013, s. 10).

1.6.1 Pomůcky pro diabetiky

U každého diabetika je zcela pochopitelný strach z každodenní aplikace inzulínu. Postižení si musí pod kůži aplikovat inzulín pomocí injekcí sami několikrát za den. Dnešní doba však umožňuje aplikovat si inzulín velmi diskrétně a zároveň s minimální bolestí a to díky jemným a krátkým jehlám. K aplikaci inzulínu mohou nemocní DM využívat různé druhy pomůcek (Bottermann, Koppelwieserová, 2008, s. 92-93).

Inzulínové stříkačky

Jsou to malé jednorázové injekce, tzv. inzulinky, na kterých je dobře viditelná stupnice. V současné době už se od nich opouští.

Inzulínová pera

Jsou nazývané také jako inzulínový dávkovač. Představují pro pacienta jednodušší aplikaci inzulínu a větší komfort. Velikostně i vzhledem se podobají propisce. Uvnitř dávkovače se nachází vyměnitelný zásobník s inzulínem. Na dávkovači se nastaví přesný počet jednotek, který chceme aplikovat (Bottermann, Koppelwieserová, 2008, s. 92-93).

Inzulínové pumpy

Inzulínové pumpy se dají svou velikostí přiblížit k mobilnímu telefonu a je tak možné je snadno skrýt pod oblečení. Tento přístroj v průběhu dne i noci kontroluje hladinu glukózy a podle potřeby aplikuje inzulín. Pomocí inzulínové pumpy se dá nejlépe napodobit přirozená sekrece inzulínu (Jirkovská, 2006, s. 6, 7, 23).

U spousty diabetiků s inzulínovou pumpou dochází k omylu, že se již svou nemocí nadále nemusí zabývat. Opak je pravdou. I při léčbě inzulínovou pumpou je nutné, aby si nemocný kontroloval glykemii a potraviny (Bottermann, Koppelwieserová, 2008, s. 94).

1.6.2 Zásady aplikace inzulínu

Inzulín se aplikuje subkutánně (pod kůží), kde se nachází tuková tkáň. Inzulín je nejlépe vhodné aplikovat do oblasti břicha a do stehna a to z toho důvodu, že mají silnější tukovou vrstvu. V dnešní době mají pomůcky k aplikaci inzulínu krátké jehly, které zabraňují hlubokému vpichu. Přesto někdy dochází k neúmyslnému vstříku do svalů. Takto aplikovaný

inzulin působí mnohem rychleji, ale zároveň kratší dobu než je třeba. Proto se u pacientů, kteří mají normální tělesnou hmotnost a tím i tenkou tukovou vrstvu pod kůží doporučuje, aby před aplikací inzulínu pomocí prstů vytvořili kožní řasu a do něj inzulín pod úhlem 90° vstříkli. U obézních se inzulín aplikuje kolmo k místu vpichu (Bottermann, Koppelwieserová, 2008, s. 94-96).

Nemocný, který používá inzulínové stříkačky a střídá více druhů inzulínu, by měl také vědět, že jako první se natahují inzulíny krátkodobé. Střednědobé a dlouhodobé mléčně zakalené inzulíny musí diabetik před každým použitím lehce promíchat nebo protočit několikrát mezi dlaněmi. V žádném případě ale nesmí s lahvičkami ani s perem třepat (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 67).

Důležité je také střídání míst vpichu a také zvolit oblast pro aplikaci inzulínu, která ovlivňuje průběh jeho působení. „*Inzulín aplikovaný do břicha působí rychleji než inzulín aplikovaný do stehna, protože z břišní tkáně se inzulín dostane rychleji do krevního oběhu než z tkáně na stehně*“ (Bottermann, Koppelwieserová, 2008, s. 95).

1.6.3 Uchovávání inzulínu

K uchovávání inzulínu je nutná teplota v rozmezí od 2° C do 8° C, tedy v chladničce. Nesmí však dojít ke zmrznutí. Není vhodné jej uchovávat ani blízko topení nebo na slunci, aby se nepřehřál, a tím nedošlo k jeho znehodnocení. Inzulín, který je v peru, vydrží při pokojové teplotě 28 dní (Neumann et al., 2013, s. 29).

1.7 Dietoterapie

Jedním ze základních opatření při léčbě DM je dieta, ne však v pravém smyslu slova. „*Doporučení přijatá Českou diabetologickou společností v roce 1999 a platná v současné době se shodují s pravidly racionální výživy*“ (Pelikánová, 2003, s. 36).

Česká diabetologická společnost v roce 1991 schválila revizi diabetické diety, která měla zásady podobné s Britskou a Americkou diabetologickou společností. Jejím doporučením je vyšší podíl sacharidů, a to hlavně škrobů, na 55-60%. Tuky by neměly překročit 30% a bílkoviny 15% denního příjmu energie (Rušavý, Frantová, 2007, s. 17).

U výživy pro děti a dospívající s DM je důležité velmi kvalitně a důsledně rozumět tomu, jaké má strava složení a množství. Také musí odpovídat potřebám dítěte, které se rychle vyvíjí. Strava má být pestrá a zdravá a dítě nesmí být hladné. U diabetického dítěte je ve

stravě důležité množství cukru, které musí být shodné s množstvím inzulínu a také s pohybem. Ke snadnějšímu určení obsahu sacharidů v potravinách se využívají výměnné sacharidové jednotky (VJ). U nás odpovídá 1 VJ 12- ti g sacharidů (Anděl et al., 2001, s. 53; Neumann et al., 2013, s. 29).

VJ je „*množství jídla, které obsahuje vždy stejné množství sacharidů*“ (Lebl et al., 1998, s. 161).

Děti mají k jídlu přesně rozepsané množství VJ, které musí dodržovat. Existují potraviny, které nejsou do VJ započítávány. Jedná se zejména o maso, tvaroh a sýry, také vejce, máslo a hlavně zelená a bezbarvá zelenina. Tyto potraviny téměř nebo vůbec neobsahují sacharidy a proto nijak významně neovlivní glykémii. Ostatní potraviny, například chléb, ovoce, brambory, jogurty, mléko, se už počítat musí (Neumann et al., 2013, s. 29).

V příloze P I můžeme vidět výměnné tabulky, které nám umožní lépe si představit, jak diabetici počítají potraviny.

Velmi důležité je, aby jídlo v průběhu dne bylo rovnoměrně rozloženo. Nejčastěji se jedná o 6 jídel denně s intervaly 2-3 hodiny. Kojenci a batolata mají menší porce jídla, proto mohou jíst častěji. Snídaně, oběd a 1. večeře musí být obsahově vydatnější než jídla doplňková, protože se jedná o jídla hlavní. Důležitý je dostatečný příjem tekutin (Sestra 6/2011, s. 57).

Veškeré jídelní plány jsou sestavovány dietní sestrou ve spolupráci celé rodiny se snahou co nejvíce zachovat stravovací návyky rodiny (Anděl et al., 2001, s. 54).

Dieta by měla být individuální pro každého jedince. Neměla by narušovat potřeby, jídelní zvyklosti a ani životní styl pacienta (Rušavý, Frantová, 2007, s. 17).

1.8 Pohybová aktivita

Fyzická aktivita je stejně důležitá pro všechny lidi tak jako pro diabetiky (Rušavý, Frantová, 2007, s. 15).

U diabetiků I. typu je důležité fyzickou aktivitu sladit s dávkou inzulínu a s příjmem potravy a díky tomu udržet správnou glykémii. Při fyzické zátěži hrozí hypoglykémie a to nejen v průběhu cvičení a bezprostředně po něm, ale ještě i 12 hodin po ukončení cvičení. Proto je nutné měřit glykémii nejen před každým cvičením, ale i během něj a po něm. V případě, že je před plánovanou pohybovou aktivitou naměřena glykémii vyšší než 14 mmol/l, dopo-

ručuje se cvičení odložit. Při fyzické námaze může dojít také k prohloubení dekompenzace diabetu a zhoršení hyperglykemie a diabetické ketoacidózy (Pelikánová, 2003, s. 40).

1.9 Ošetřovatelská péče o dítě s DM

Hospitalizace pro dítě znamená narušení normálního života. Je vytrženo z běžných denních aktivit a životního stylu rodiny. Je také přerušen kontakt se sourozenci, příbuznými a vrstevníky. Dítě se během hospitalizace setká s neznámými lidmi a může zažít bolestivé zkušenosti. Sestra může pozitivně ovlivnit adaptaci dítěte na hospitalizaci, protože tráví s dítětem, ze všech členů ošetřovatelského a zdravotnického týmu, nejvíce času (Plevová, Slowik, 2010, s. 64).

Hospitalizace se dotýká jak nemocného dítěte, tak i všech členů rodiny. Je velmi důležité, aby sestra chápala změny v jejich chování a jednání. Povzbuzováním k aktivní účasti na léčbě může sestra u rodičů zajistit pocit důvěry k ošetřovatelskému týmu (Plevová, Slowik, 2010, s. 57).

1.9.1 Příjem dítěte do nemocnice

Příchod na nemocniční oddělení představuje pro každé dítě negativní zkušenost. Opět hraje důležitou roli sestra. Vždy by měla při příchodu pozdravit a dítěti se představit. Je nutné, aby se dítěte zeptala na jméno a pak jej jménem oslovovala. Sestra co nejvíce komunikuje hlavně s dítětem a až na druhém místě s rodiči nebo jinou osobou, která dítě doprovází. Hlavní činností dítěte je hra. Je možné tedy s dítětem navázat kontakt a komunikovat pomocí hračky. Úkolem sestry je ukázat dítěti pokoj, seznámit ho s ostatními dětmi na pokoji, provést dítě oddělením a pomoci mu s orientací. V neposlední řadě je nezbytné dítě vyslechnout a případně mu trpělivě odpovídat na všechny dotazy (Plevová, Slowik, 2010, s. 66).

V dnešní době, zejména u malých dětí, je samozřejmostí, že je jeden z rodičů přijímán s nimi. Tato možnost u dítěte zajistí lepší duševní pohodu. Také návštěvy působí na každé dítě příznivě. Při styku se známými a milými lidmi se cítí spokojeně. Každá návštěva je zbaví pocitu opuštění (Plevová, Slowik, 2010, s. 70-71).

Ke každému hospitalizovanému dítěti přistupuje celý zdravotnický tým podle zásad, které jsou vyjádřeny v Chartě práv hospitalizovaných dětí (Slezáková, 2010, s. 11).

Hospitalismus, psychická deprivace

Termín hospitalismus vyjadřuje jakousi nemocniční nemoc. V současnosti se upřednostňuje spíše širší pojem - psychická deprivace.

Dle Matějčka (2001) je psychická deprivace „*psychický stav, který vzniká v takových životních situacích, kdy dítěti není dána příležitost k uspokojení jeho základních duševních potřeb v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu*“. (Plevová, Slowik, 2010, s. 71). Tento stav může ohrozit duševní zdraví a duševní vývoj dítěte. (Sikorová, 2011, s. 36-37)

K hlavním úkolům zdravotnického týmu a výchovných pracovníků ve všech zdravotnických zařízeních patří prevence, případně náprava následků psychické deprivace (Plevová, Slowik, 2010, s. 73).

Separace

Tento pojem je definován jako náhlé přerušení vztahů, které jsou už vytvořeny. Dochází k porušení vztahů mezi dítětem a rodiči nebo jeho vychovateli. Odloučené dítě reaguje typickými separačními fázemi (Plevová, Slowik, 2010, s. 73).

Je to **fáze protestu**, kdy se dítě vzteká a svým křikem volá matku. Na základě předchozích zkušeností dítě čeká, že matka přijde, když pláče. Po fázi protestu nastává **fáze zoufalství**. V této fázi už dítě křičí méně a pomalu přestává věřit, že se matka vrátí. Odmítá hračky a kontakt s druhými. Poslední je **fáze odpoutání se od matky**, která nastává většinou až po dlouhodobém odloučení od matky. Dítě k matce potlačuje své city a připoutá se k osobě, která o něj pečuje (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 80).

Separacním reakcím a jejím důsledkům je lepší předcházet, než je pak léčit. Proto se snažíme co nejvíce o to, aby matka byla hospitalizována spolu s nemocným dítětem (Plevová, Slowik, 2010, s. 75).

2 KVALITA ŽIVOTA

2.1 Pojem kvalita života

Pojem kvalita života (KŽ) je možné vyjádřit jako hodnotu, jakost. Nejčastěji hodnoceným objektem kvality je život jednotlivce, který je chápán jako komplexní pojem, jež zahrnuje veškeré oblasti jeho činnosti (život pracovní, citový, rodinný i společenský). Vedle individuálního života je možné hodnotit život skupiny, společnosti nebo populace.

V ošetrovatelství mluvíme o KŽ pacientů s různými nemocemi (DM, onkologické onemocnění apod). V běžné komunikaci je pojem KŽ, nebo spíše kvalitní chápán jako dobrý. „V odborném jazyce se termín KŽ používá na popis pozitivních i negativních aspektů života“ (Gurková, 2011, s. 22).

V medicíně se termín KŽ užívá už od 70. let. Problematika KŽ je ve zdravotnictví zejména v posledních letech velmi zdůraz

ňována. V této oblasti je hlavním bodem zkoumání KŽ fyzické a psychosomatické zdraví. Mluvíme tak o KŽ ovlivněnou zdravím (Payne, 2005, s. 211).

Je velmi složité definovat KŽ, protože její koncept zahrnuje rozsáhlou škálu různých oblastí zkušenosti člověka a to od fyzických funkcí až po oblasti spojené s prožíváním životního štěstí a plněním životních cílů (Gurková, 2011, s. 21-23).

WHO v roce 1948 navrhla a přijala definici zdraví, kterou je možné chápat jako oborovou definici KŽ. Tato definice uvádí, že: „zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (well-being)“ (Heřmanová, 2012, s. 32).

2.2 Kvalita života a naplnění potřeb

Spokojený život a KŽ je nutné chápat jako blízké pojmy. Jedna z mnoha složek KŽ je proces uspokojování lidských potřeb. Odborníci z Centra pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu chápou KŽ holisticky (komplexně, celistvě). Jejich model se opírá o tři základní oblasti života. První oblastí je bytí, ať už fyzické, psychologické či spirituální. Druhou doménou je vazba k určitému prostředí, tedy náležitost fyzická, sociální nebo skupinová. Poslední oblastí je realizace - praktická, volnočasová a růstová (Šamánková, 2011, s. 31).

2.3 Kvalita života dětí s onemocněním DM I

DM je onemocnění, které velmi zasáhne život nejen celé rodiny nemocného dítěte, ale hlavně jednotlivce samotného. Toto onemocnění výrazně mění a ovlivňuje KŽ a je považováno za stresující událost v životě člověka. Je nezbytné, aby se rodiče o dítě s DM naučily dobře starat a postupem času to naučily i nemocné dítě. Vyžaduje to však mnoho vědomostí, schopností, také disciplínu a hlavně ochotu učit se a spolupracovat. Po překonání všech těchto bariér může rodina prožít kvalitnější a plnohodnotnější život. I když má dítě DM I typu, neznamená to, že není považováno za plnohodnotného člena společnosti. I přes mnohá omezení by se neměla KŽ nemocného dítěte mnoho odlišovat od zdravých dětí (Ovšonková, Mozolová, ©2012, s. 143-148).

2.4 Hodnocení kvality života

Hodnocení KŽ v klinické praxi je nezbytné zejména u pacientů s chronickými a nevléčitelnými chorobami, mezi které patří i DM I typu. V medicíně i v ošetrovatelství je KŽ jedním z hlavních ukazatelů při hodnocení efektivnosti léčení. (Gurková, 2011, s. 126, 139-140).

2.4.1 Měření kvality života v ošetrovatelství

Na měření KŽ se mohou využívat generické nástroje, specifické nástroje nebo nástroje individuální (Gurková, E., 2011, s. 116).

Generické nástroje měření kvality života

Celosvětově se používají 2 nástroje měření KŽ. Jsou to Sickness Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). (Gurková, 2011, s. 144).

SIP

Tento nástroj je určený pro širokou populaci bez ohledu na závažnost a typ nemoci, kulturní aspekty a aspekty demografické. Je sestaven ze 136 položek, které prezentují denní aktivity. Tyto položky jsou rozděleny do 12 subškál (spánek, oddech, emocionální život, péče o tělo, pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita, sociální interakce, komunikace, práce, rekreační aktivity a stravování). (Gurková, 2011, s. 144).

NHP

Tento typ nástroje na měření KŽ vytvořili autoři Hunt et al. v roce 1981 a při tvorbě vycházeli ze SIP. Je zaměřený na hodnocení emocí. Obsahuje pouze 38 položek, které jsou rozdělené do 6 subškál (spánek, bolest, emocionální reakce, sociální izolace, tělesná mobilita a úroveň energie) a je tak jednodušší na vyplnění.

U nás jsou v českém jazyce dostupné a nejčastěji využívané SF-36, WHOQOL-100 a jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF, EQ-5 (Gurková, 2011, s. 144-145).

SF-36

Byl vytvořený v roce 1992 autory Ware et al. Tento nástroj se využívá k hodnocení KŽ v souvislosti se zdravotním stavem. Jeho originální verze obsahuje 36 položek a SF-12, což je verze zkrácená, má položek 12 (Gurková, 2011, s. 145).

WHOQOL-BREF

Je zkrácenou verzí WHOQOL-100. Originální verze WHOQOL-100 je sestaven ze 100 položek. WHOQOL-BREF se využívá zejména v klinické praxi.

Tato zkrácená verze má 26 položek, které se sdružují do 4 subškál (fyzické zdraví, psychická oblast, sociální vztahy a prostředí). Osoba, která dotazník vyplňuje, hodnotí jednotlivé položky čísly od 1 do 5. Čím vyšší číslo je uvedeno, tím vyšší je i KŽ v dané oblasti (Gurková, 2011, s. 146).

EQ-5D

„European Quality of Life Questionnaire - Version (EQ-5D) je výsledkem mezinárodní spolupráce v rámci European Quality of Life Group“ (Gurková, 2011, s. 146).

Je to standardizovaný, generický nástroj, který hodnotí objektivní a subjektivní vnímání zdravotního stavu. Objektivní má 5 položek (pohyblivost, sebepéče, obvyklé činnosti, bolest/potíže, úzkost/deprese) a u subjektivního respondent vyznačí na stupnici (0 až 100) vizuální analogové škály svůj subjektivně vnímaný zdravotní stav. Hodnota 100 vyjadřuje nejlepší zdravotní stav a 0 nejhorší (Gurková, 2011, s. 146).

Specifické nástroje měření kvality života

Tyto nástroje se snaží co nejpřesněji identifikovat faktory, které ovlivňují KŽ pacientů a také hodnotí faktory bezprostředně související s daným onemocněním.

Specifické nástroje jsou však kritizovány kvůli zaměření se na oblast symptomatologie onemocnění. Prostřednictvím těchto nástrojů nelze hodnotit všeobecné oblasti, které spolu určují celkovou KŽ.

Dotazníky jsou většinou sestaveny tak, aby bylo možné je vyplnit samostatně, čili bez asistence druhé osoby. Některé formy dotazníků je možné vyplnit během rozhovoru výzkumníka s pacientem, přičemž dotazníky vyplňuje výzkumník. Existují také formy dotazníků, které lze vyplnit elektronicky (Gurková, 2011, s. 149-150).

Specifické nástroje měření kvality života pacientů s DM

Mezi často používané nástroje měření KŽ u pacientů s DM jsou například SF-36, WHO škála pohody, Škála psychosociální adaptace na onemocnění, NHP, SIP, EQ-5D a mnoho dalších (Gurková, 2011, s. 151-152).

Watkins doporučuje širší konceptualizaci KŽ ve svém přehledu specifických nástrojů pro DM. Uvádí specifické nástroje jako je Diabetes-39 (D-39), Diabetes Care Profile (DCP), Diabetes Impact Management Scales (DIMS), Diabetes Quality of Life (DQOL), The Diabetes-Specific Quality of Life Scale (DSQoLS). „V oblasti výzkumů zaměřených na hodnocení jednoho nebo některých specifických determinant KŽ ve vztahu k DM uvádí za přiměřené využití následujících nástrojů: *Appraisal of Diabetes Scale (ADS)*, *Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life 19 (ADDQoL 19)*, *Problem Areas in Diabetes Scale (PAID)*, *The Diabetes Health Profile (DHP)*, *Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes-Revised (QSD-R)*, *Well-Being Enquiry for Diabetics (WED)*“ (Gurková, 2011, s. 152)

Specifické nástroje měření kvality života u dětí

Nástroje pro měření KŽ u dětí a adolescentů jsou nejčastěji vytvořené z nástrojů původně zkonstruovaných pro dospělé nebo se používají nástroje vytvořené přímo pro dětskou populaci (Gurková, 2011, s. 166).

2.5 Kvalita života v jednotlivých etapách života

Dítě do 3 let

V tomto věkovém období je DM I typu výjimečný, ale není vyloučeno, že DM I typu zjistíme u novorozence, kojence či batolete. Během prvního roku si dítě velmi rychle zvykne na nové úkony, které pak považuje za samozřejmé. Je možno tedy říci, že inzulinové injekce a odběry pro něj patří k samozřejmostem, stejně tak jako například koupání (Lebl et al., 1998, s. 126-127).

Při uspokojování svých základních potřeb je zcela odkázáno na dospělou osobu (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 68).

Dítě velmi brzy pochopí, že svým křikem vždy na sebe upoutá pozornost nebo přivolá pomoc. Je důležité, aby se malé dítě cítilo co nejlépe. Proto by všechny jeho základní potřeby měly být uspokojeny co nejdříve. Pro dítě v tomto věku je také nezbytný úsměv a hra (Plevová, Slowik, 2010, s. 76-77).

Předškolní věk

V tomto věku obvykle dítě nastupuje do mateřské školy (MŠ). Rodiče dětí s DM I typu se velmi často setkávají s odmítnutím přijetí takto nemocného dítěte do MŠ. Často to není jen kvůli strachu učitelů z toho, zda zvládnou péči o diabetické dítě, ale příčinou je spíše málo personálu na to, aby zvládli kolektiv dětí a současně péči o dítě s DM I typu. Během pobytu v MŠ je nutné dítěti pravidelně aplikovat inzulin. Samotné dítě aplikaci v tomto věku ještě nezvládne, a pokud není možné, aby inzulin aplikovala učitelka MŠ nebo rodiče, může ošetřující pediatr předepsat, aby aplikaci inzulinu v MŠ prováděly zdravotní sestry v rámci domácí péče.

Starší dítě předškolního věku už by mělo chápat, že při své nemoci musí pravidelně jíst a před jídlem si aplikovat inzulin.

Důležité také je dítěti neulevovat. Je nutné jej zařadit mezi vrstevníky a to ve všech činnostech. V MŠ je to zejména hra, vycházky, stolování, odměny. To umožňuje dítěti navázat rovnocenné vztahy s vrstevníky (Neumann et al., 2013, s. 38, 41, 43).

Školní věk

Dítě nastupuje na základní školu (ZŠ). Je to pro něj velká událost. Jelikož nastupuje do kolektivu nových dětí, mělo by být dítě připraveno rodiči na otázky ostatních dětí.

Dítě ve věku 6-7 let už většinou zvládá měření i aplikaci inzulínu, ale je nutné jej kontrolovat. Pokud nezvládá aplikaci, musí už umět připravit inzulínové pero a znát vhodná místa k aplikaci inzulínu.

Mezi 8-9 rokem už se děti snaží zvládat úkony, které jsou s léčbou DM I typu spojené a také by měli vědět, že je nutné, aby si glykemií měřili pravidelně. Veškerá odpovědnost i vyhodnocení však zůstává stále na rodičích.

Ve věku 10-11 let zvládnou veškeré praktické úkony, které se týkají léčby diabetu, ale dospělá osoba musí kontrolovat dávku aplikovaného inzulínu. V páté třídě ZŠ by děti měli umět rozlišit inzulíny podle doby jejich působení a také by měli znát potraviny, které mohou jíst pouze v omezeném množství. Hypoglykemií i hyperglykemií na konci prvního stupně už děti musí rozpoznat a také je zvládnout.

V tomto věku děti často začínají porušovat doporučení lékaře, protože se nechtějí lišit od ostatních vrstevníků. Na druhém stupni ZŠ a u dospívajících se však toto zhoršuje, protože se zvýrazňuje vliv kolektivu. Jinak jsou už ale dospívající v péči o diabetes samostatní.

Ve škole by dítěti mělo být během vyučování umožněno odejít na toaletu, napít se nebo se najíst a také změřit si glykemií (Neumann et al., 2013, s. 46-48).

U adolescentů se může vyskytovat problém s alkoholem. Je samozřejmé, že i dítě s DM I typu alkohol zkusí. Ale nemělo by se to často opakovat. Alkohol velmi ovlivňuje hladinu krevního cukru a to nejen proto, že obsahuje sacharidy, ale je také důležité vědět, že k jeho odbourávání dochází v játrech. Ty pak při nastupující hypoglykemií nejsou schopné uvolnit glukózu (Vávra, Vávrová, 2006, s. 78).

Je nutno zmínit i sexuální aktivitu, která k dospívání patří. Při kompenzovaném DM I typu není sexuální aktivita nijak omezena. U chlapců, kteří nemají DM I typu kompenzovaný, se mohou vyskytnout poruchy erekce. U dekompenzovaných děvčat je to horší. Může dojít k nechtěnému těhotenství, a pokud nejsou dívky s DM I typu dobře kompenzované, plod se vyvíjí špatně, děti se rodí nezralé a mají mnoho vývojových vad. Prevencí je antikoncepce (Vávra, Vávrová, 2006, s. 76).

2.6 Komunikace

2.6.1 Komunikace s rodiči

Ve zdravotnictví komunikovat neznámá jen mluvit, ale sdělovat informace a také je získávat. Součástí sesterského profesionálního vybavení je právě dovednost komunikovat s pacienty, v našem případě s dětmi a jejich rodiči. Tato schopnost umožňuje navázání a rozvíjení kontaktů s pacienty (Plevová, Slowik, 2010, s. 13).

Velmi důležité jsou pro pacienta a jeho rodinu informace. Pravidelná komunikace a podávání správných informací patří k uspokojování základních potřeb nemocných (Šamánková et al., 2011, s. 39).

Je také třeba, aby veškeré informace byly pro pacienta srozumitelné a je nutné je stále opakovat. Nejlepší jsou brožury a letáky, tedy informace v písemné podobě. Pacient má při čtení těchto materiálů dost času si připravit otázky, které položí zdravotníkům (Plevová, Slowik, 2010, s. 58).

2.6.2 Komunikace s dítětem

Ze všeho nejdůležitější je s dítětem navázat kontakt, ale ne vždy se nám to podaří. Situace si vždy vyžaduje trpělivost. Na dítě se stále usmíváme, ptáme se ho na různé věci, chválíme ho a také odměňujeme. Je možné navázat komunikaci s dítětem pomocí hračky, ať už jeho nebo nemocniční. Přes hračku pak můžeme dítěti ukázat zdravotní výkony, aby dítě vědělo, co jej čeká (Plevová, Slowik, 2010, s. 75).

Je nezbytné vyvarovat se komunikační chybě, kdy je otázka položena dítěti a odpovídá za něho rodič. Pro dítě je velmi důležité mluvit o svých obavách a bolestech. Dostává se mu díky tomu pocit jistoty, že je bráno vážně (Šamánková et al., 2011, s. 66).

Při komunikaci s novorozencem je významný dotyk. Snadno rozliší dotyk příjemný a nepříjemný.

Kojenec preferuje něžný hlas. Při komunikaci s kojencem je vhodné naklonit se nad něj tak, aby nám vidělo do obličeje, usmívat se a mluvit klidně.

Batole už oslovujeme jménem, nejlépe tak, jak jej oslovují rodiče. Můžeme také používat slova z jeho slovníku. Není vhodné být direktivní, protože dítě může reagovat vzdorem.

Na děti v předškolním věku mluvíme jasně, stručně, srozumitelně, klidně, pomalu a v krátkých větách. V tomto věku už je vhodný oční kontakt. Nezbytné je dítěti naslouchat a nepřerušovat ho.

S dětmi mladšího školního věku mluvíme stále ještě dětským slovníkem. Tyto děti už zapojujeme do spolurozhodování o jeho osobě.

Dospívajícím vykáme a oslovujeme je jménem. Při komunikaci s dospívajícím můžeme používat správné odborné výrazy, ale vždy je nutné si ověřit, zda nám rozumí (Plevová, Slowik, 2010, s. 76-80).

Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v České republice

Jedná se o humanitární organizaci, která byla založena v roce 1990. Spolupracuje se všemi dětskými diabetology a pomáhá učit se žít dětem s DM I typu i jejich rodinám. K 1. 1. 2013 mělo Sdružení 1425 diabetiků.

Organizace spolupracuje s Diabetickou asociací České republiky, snaží se co nejvíce udržovat úroveň péče o děti s DM I typu, podílí se na edukaci a přednáškových činnostech nejen pro diabetiky, ale také pro zdravotnický personál, zajišťuje diatábory a víkendové pobyty a vydává edukační materiály (Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, 2013, s. 3, 7).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Při zmínění slova dětství se každému z nás vybaví život plný elánu, štěstí a radosti. Přáním každého je, aby děti byly zdravé. Bohužel jsou však děti, které jsou chronicky nemocné (Šamánková, 2011, s. 60). K chronickým nemocem řadíme i DM, což je metabolické onemocnění, které je velmi závažné a složité. Pokud se však člověk s DM, v našem případě dítě či jeho rodiče, v problematice tohoto onemocnění dobře orientuje, může žít stejně šťastně, stejně dlouho a kvalitně tak, jako jeho vrstevníci, kteří DM nemají (Lebl et al., 1998, s. 9; Vávrová, 2012, s. 7).

Právě slova kvalitně a KŽ jsou v této práci často zmiňována. Samotný pojem KŽ se objevil poprvé už ve 20. letech 20. století. O problematiku KŽ v ošetrovatelství začal narůstat zájem zejména v posledních třech desetiletích. KŽ zkoumá celá řada oborů, včetně medicíny a ošetrovatelství. Právě v ošetrovatelství je KŽ dlouhodobým cílem ošetrovatelské péče. Ta by se měla v rámci zvyšování KŽ zaměřovat zejména na podporu zvládnutí běžných denních aktivit, také na návrat nemocných do běžného života, a ne jenom na aspekty fyzické (Gurková, 2011, s. 15, 140; Heřmanová, 2012, s. 11, 13).

Problematikou KŽ dětí a mladistvých se zabýval Jiří Mareš et al. Výsledkem jeho výzkumu je sborník - *Kvalita života u dětí a dospívajících (2006)*, který se týká právě KŽ z pohledu různých oborů, jako je například medicína, psychologie, sociologie i pedagogika.

4 CÍLE PRŮZKUMU

Hlavní cílem průzkumu bylo zjistit, jaká je KŽ dětí od 5 do 18let s DM I typu.

Dílčí cíle:

Cíl 1:

Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti fyzických funkcí.

Cíl 2:

Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti psychických funkcí.

Cíl 3:

Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti sociální problematiky.

Cíl 4:

Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti školní problematiky.

Cíl 5:

Zjistit, kterou oblast DM I typu nejvíc ovlivňuje.

5 METODIKA PRÁCE

Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořily děti s DM I typu a jejich rodiče, kteří navštěvovali diabetologickou poradnu v Uherskohradištské nemocnici. Děti od 8 do 18let dotazníky vyplňovaly samostatně, za děti, ve věku 5-7 let, je vyplnily jejich rodiče.

Výběr výzkumného souboru byl záměrný, kritériem výběru byly děti s DM I typu, dále věk v rozmezí 5-18 let a samozřejmě souhlas rodičů dítěte k tomu, aby se mohlo na dotazníkovém šetření podílet.

Celkem bylo rozdáno 55 dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo 41 respondentů, protože 8 respondentů dotazník nevyplnilo vůbec a 6 respondentů jej nevyplnilo správně. Návratnost tedy činila 74,5 %. Na výzkumném šetření mělo podíl 48,8 % dívek a 51,2 % chlapců. V průměru bylo dětem 12,5 let.

Metoda sběru dat

Byla zvolena forma kvantitativního výzkumu, kdy se jednalo o vyplnění modifikovaného standardizovaného dotazníku PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory), verze 4.0. Dotazník byl odborně přeložen z anglického jazyka, následně lingvisticky zkontrolován a poté upraven dle potřeb české ošetrovatelské praxe.

Charakteristika PedsQL

Jedná se o modulární výzkumný nástroj, který byl vytvořen primárně pro děti. Je určený pro měření KŽ související se zdravím (HRQoL - Health Related Quality of Life) u zdravých i u chronicky nemocných dětí a adolescentů. Lze jej použít i v klinické praxi, protože není rozsahově dlouhý a vyplnění trvá asi 4 minuty (Gurková, 2011, s. 166-167).

„PedsQL představuje validní, reliabilní, flexibilní (aplikovatelný v komunitě, ve školách, v klinické pediatrické praxi) a multidimenzionální nástroj (obsahuje 4 subškály - tělesné, emocionální, sociální fungování a fungování ve škole) měření KŽ.“ (Gurková, 2011, s. 167)

Charakteristika dotazníku

Jedná se o soubor předem připravených otázek na určitém formuláři. V úvodu dotazníku je vhodné vysvětlit, z jakého důvodu respondent dotazník vyplňuje. Součástí úvodního vysvětlení by mělo být i potvrzení toho, že dotazník je anonymní. Pokud však anonymní ne-

ní, je nutný souhlas respondenta. Dotazník je charakteristický tím, že při vyplňování dotazníku respondentem není výzkumník přítomen, také je nutný předvýzkum a v neposlední řadě je vhodné přiměřeně znát prostředí, ve kterém výzkum probíhá (Kutnohorská, 2009, s. 41).

V únoru a v březnu 2014 byl realizován u dvou dětí (6 a 13 let) s DM I typu předvýzkum z důvodu zjištění vhodnosti, srozumitelnosti a jednoznačnosti otázek pro děti a rodiče. Děti, u kterých byl předvýzkum proveden, byly hospitalizovány na dětském oddělení Uherskohradištské nemocnice. Pomocí předvýzkumu bylo zjištěno, že jednotlivé položky v dotazníku jsou pro děti i rodiče srozumitelné, vhodné i jednoznačné. Jelikož byly dotazníky vyplněny kompletně, jsou zahrnuty do zpracovaných výsledků.

Použitý dotazník obsahoval 6 položek. První položkou byl věk a druhou pohlaví. Ostatní položky byly zaměřeny na zjišťování KŽ dětí s DM I typu. Položka 3, která se týkala problémů fyzických funkcí, byla dále rozčleněna na 9 otázek. Ostatní položky, tedy 4, 5 a 6, které se týkaly problémů psychických funkcí, sociálních problémů a také problémů ve škole, mají 5 otázek. Respondenti po instrukcích dětské sestry vyplňovali dotazník samostatně. U otázek respondenti kroužkovali na Likertově škále čísla 0-4, přičemž 0 je problém nikdy, 1 problém skoro nikdy, 2 problém někdy, 3 problém často a 4 znamená problém skoro vždy. Dotazník je přiložen níže. (Příloha P II a P III).

Organizace průzkumu

Před samotným šetřením proběhl odborný překlad a lingvistická kontrola standardizovaného dotazníku, který byl poté upraven. Bylo zhotoveno 45 dotazníků pro děti a 10 dotazníků pro rodiče dětí ve věku 5-7 let. Rozdáno tedy bylo 55 kusů dotazníků.

Sběr dat probíhal od 10. března do 8. dubna 2014. Před předáním dotazníků, byla hlavní sestře Uherskohradištské nemocnice a lékařce endokrinologické poradny, předložena žádost o umožnění dotazníkového šetření. Žádost byla oběma schválena a řádně podepsaná.

Dětská sestra z endokrinologické poradny, která dotazníky rozdávala, byla seznámena s jejich obsahem a s důvodem vyplňování. Také byla sestře zdůrazněna anonymita dotazníků.

Zpracování dat

Údaje, které jsme získaly, jsou zpracovány do grafů. Grafy byly vytvořeny pomocí programů Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

Pro lepší interpretaci získaných výsledků jsou odpovědi respondentů, zakroužkované na Likertově škále, převedeny následovně:

Odpověď NIKDY - 0 = 100 bodů

Odpověď TĚMĚŘ NIKDY - 1 = 75 bodů

Odpověď NĚKDY - 2 = 50 bodů

Odpověď ČASTO - 3 = 25 bodů

Odpověď SKORO VŽDY - 4 = 0 bodů

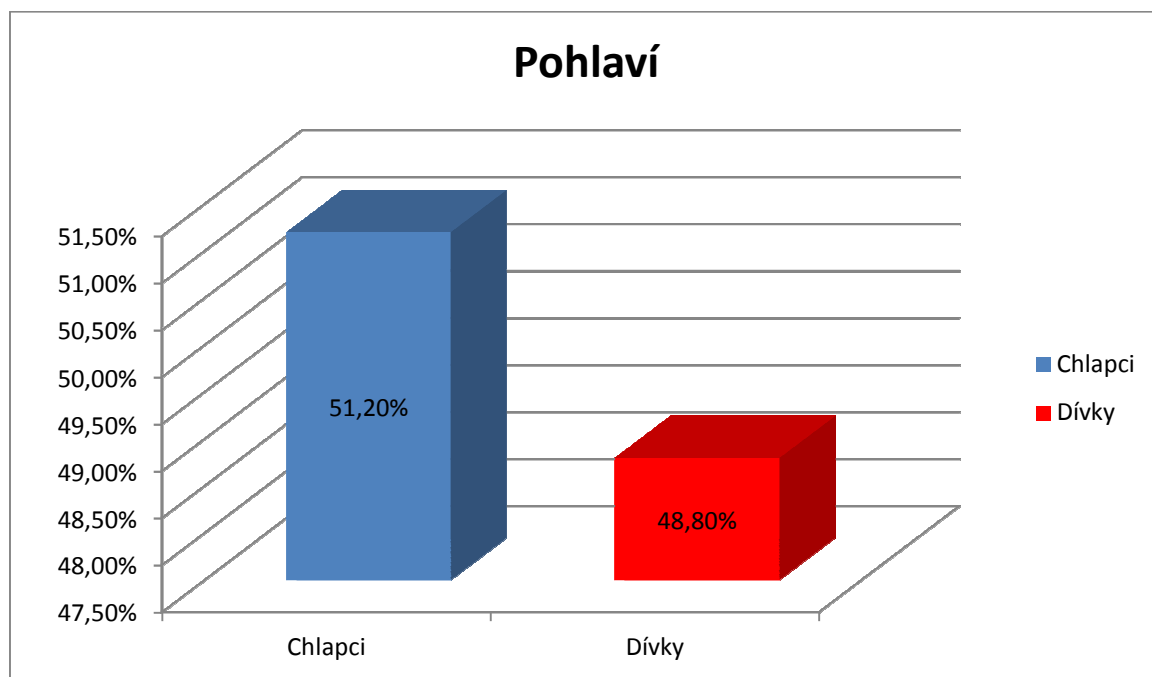
To znamená, že čím je více bodů, tím je lepší KŽ. V případě, že některá z daných oblastí problematiky dosáhne na nejvyšší možný počet bodů, získá tedy 100 %.

Inspirací k takovému vyhodnocování dotazníků byl autor dotazníků PedsQL verze 4.0. James W. Varni.

6 VÝSLEDKY

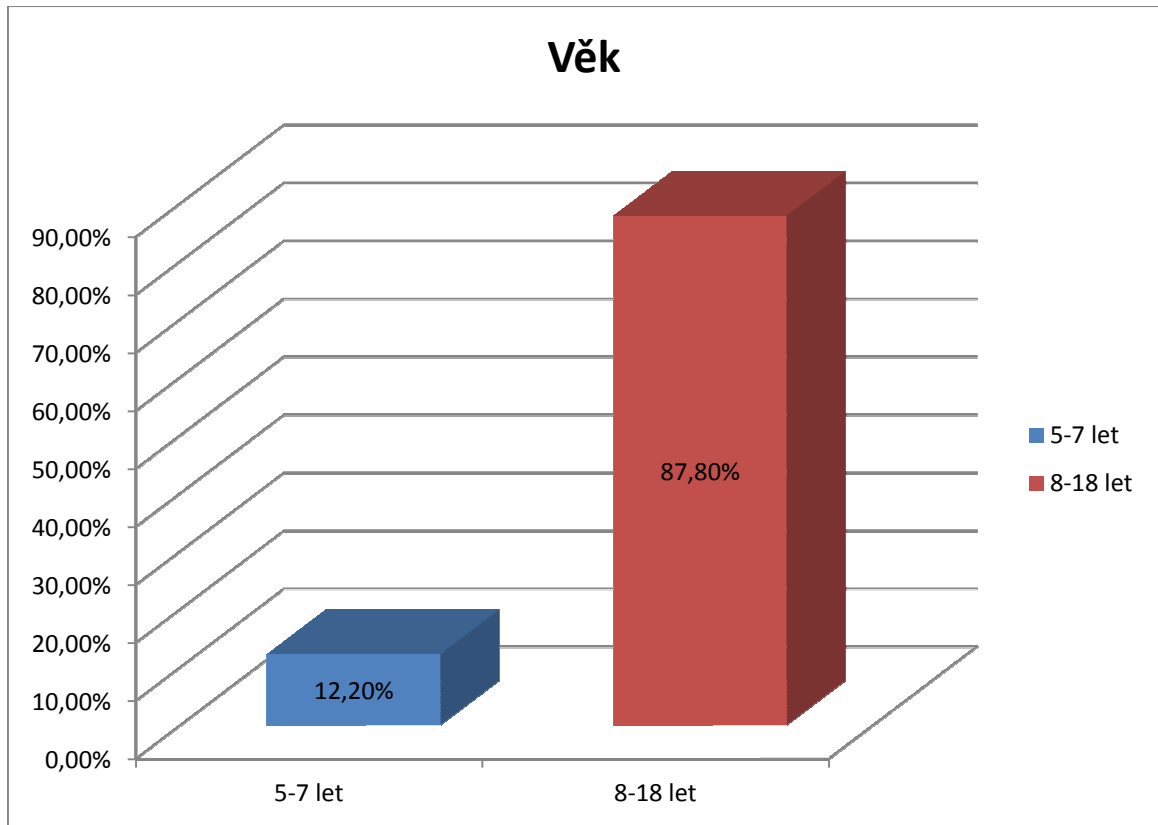
Demografické údaje

Demografické údaje byly získány pomocí prvních dvou otázek v dotazníku.



Graf 1. Pohlaví

Na dotazníkovém šetření se podílelo 21 chlapců, což představuje 51,2 % a 20 dívek, což je 48,8 %. Výsledky můžeme vidět vyobrazeny v grafu č. 1.



Graf 2. Věk respondentů

Na dotazníkovém šetření se podílelo celkem 41 respondentů. Nejmladšímu respondentovi bylo 5 let a naopak nejstarším 18 let. Z grafu můžeme vyčíst, že ve věku 5-7 let, kdy za děti vyplňovali dotazník jejich rodiče, se průzkumu zúčastnilo 5 respondentů (12,2 %). Děti, které dotazník vyplňovali sami, tedy ve věku 8-18 let, bylo 36 (87,8 %). V průměru bylo dětem 12,5 let.

SYSTÉM VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

V tabulkách níže jsou uvedeny počty respondentů podle toho, jak subjektivně vnímali KŽ v oblasti fyzické, psychické, sociální a školní problematiky.

V bílém políčku je uvedena absolutní četnost respondentů.
Ve žlutém políčku je uvedena relativní četnost respondentů.

Každý respondent, který označil výši svého problému 0 - PROBLÉM NIKDY, získal 100 bodů. To znamená, že každá otázka mohla dosáhnout na maximálně 4100 bodů, protože počet respondentů byl 41. Při označení 1 - PROBLÉM TĚMĚŘ NIKDY, bylo počítáno 75 bodů. V případě označení 2 - PROBLÉM NĚKDY to bylo 50 bodů, při 3 - PROBLÉMU ČASTO bylo uděleno 25 bodů a za respondenty, kteří označili 4 - PROBLÉM VŽDY, se nezapočítal žádný bod.

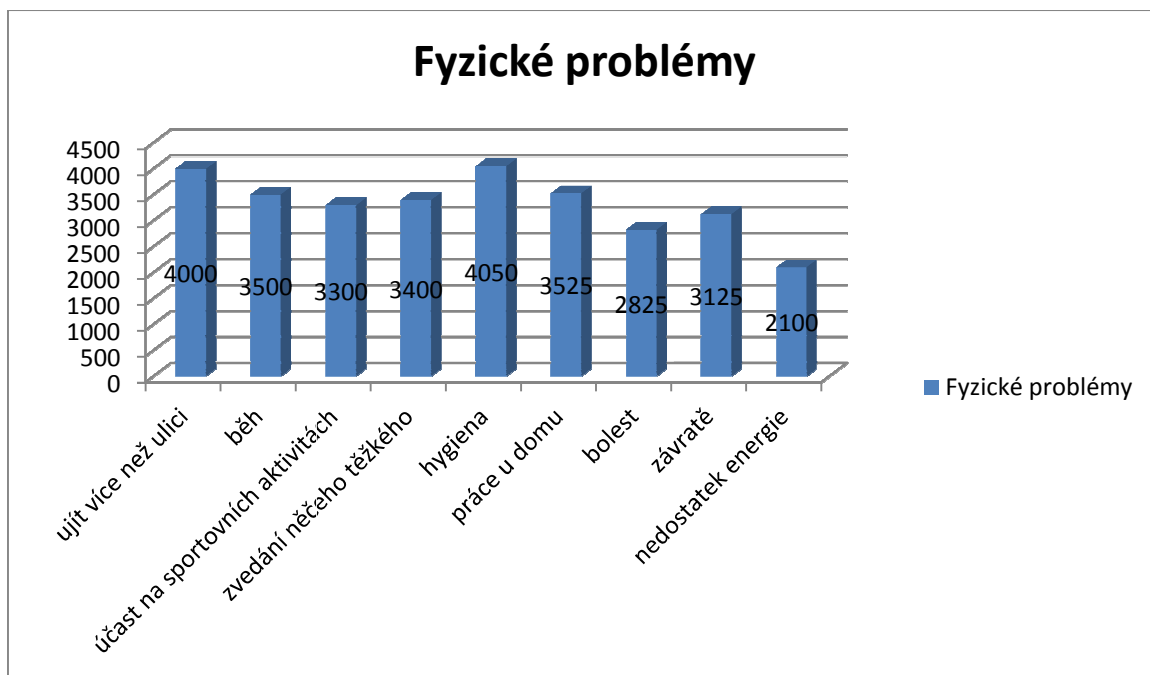
Takže pokud na některou z daných otázek například odpovědělo 36 respondentů 0 - PROBLÉM NIKDY (3600 bodů) a 5 respondentů 2 - PROBLÉM NĚKDY (250 bodů), bylo získáno 3850 bodů v dané otázce.

Čím je více bodů, tím je lepší KŽ. V případě, že některá z daných oblastí problematiky dosáhne na nejvyšší možný počet bodů, získá tedy 100 %.

Fyzické funkce

Tabulka 1. Subjektivní vnímání KŽ dětí v oblasti fyzických funkcí

Problém:	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Ujít více než jednu ulici	37	4	0	0	0
	90,2%	9,8 %			
Běhání	19	20	2	0	0
	46,3 %	48,8 %	4,9 %		
Účast na sportovních aktivitách	20	12	8	0	1
	48,8 %	29,3 %	19,5 %		2,4 %
Zvedat něco těžkého	23	8	10	0	0
	56,1 %	19,5 %	24,4 %		
S hygienou sám sebe	39	2	0	0	0
	95,1 %	4,9 %			
Práce kolem domu, úklid hraček	25	13	0	2	1
	61 %	31,7 %		4,9 %	2,4 %
Bolest	12	10	16	3	0
	29,3 %	24,4 %	39 %	7,3 %	
Závratě	16	13	10	2	0
	39 %	31,7 %	24,4 %	4,9 %	
Energie	2	9	22	5	3
	4,9 %	21,9 %	53,7 %	12,2 %	7,3 %



Graf 3. Bodové hodnocení subjektivního vnímání KŽ dětí v oblasti fyzických funkcí

K dílčímu cíli č. 1 *Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti fyzických funkcí* se vztahovala položka dotazníku č. 3, která zjišťovala, zda a jak velký problém mají děti kvůli DM I typu ujit více než jednu ulici, s běháním, s účastí na sportovních aktivitách, se zvedáním něčeho těžkého, sám/samu sebe osprchovat nebo okoupat, s prací (např. okolo domu nebo úklid hraček), s bolestí, se závratěmi, s energií.

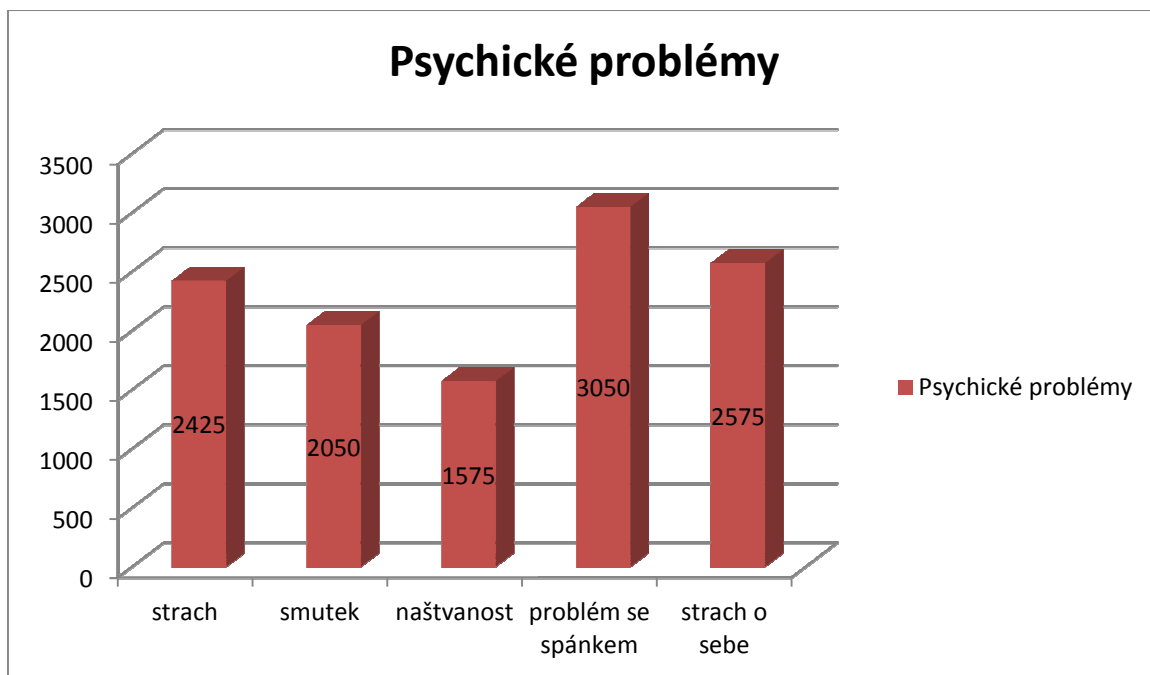
Jak uvádí graf č. 3 a tabulka č. 1, nejmenší problém měli děti *s hygienou sami sebe* a největší problém pro děti představuje *málo energie*.

V oblasti problematiky fyzických funkcí bylo možné získat maximálně 36 900 (100 %) bodů, kdy tento počet ukazuje na nejvyšší KŽ v dané oblasti. Sečtením bodů z grafu č. 3 bylo dosaženo 29 825 (80,8 %) bodů. K dílčímu cíli č. 1 *Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti fyzických funkcí*, je možné tedy říci, že KŽ dětí s DM I typu v této oblasti není až tak výrazně ovlivněna.

Psychické funkce

Tabulka 2. Subjektivní vnímání KŽ dětí v oblasti psychických funkcí

Problém:	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Strach	3	12	23	3	0
	7,3 %	29,3 %	56,1 %	7,3 %	
Smutek	2	8	20	10	1
	4,9 %	19,5 %	48,8 %	24,4 %	2,4 %
Naštvanost	0	5	20	8	8
		12,2 %	48,8 %	19,5 %	19,5 %
Spánek	18	8	12	2	1
	43,9 %	19,5 %	29,3 %	4,9 %	2,4 %
Strach, co se ti stane	10	10	14	5	2
	24,4 %	24,4 %	34,1 %	12,2 %	4,9 %



Graf 4. Bodové hodnocení subjektivního vnímání KŽ dětí v oblasti psychických funkcí

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti psychických funkcí* se vztahovala položka dotazníku č. 4, která zjišťovala, zda mají děti kvůli své nemoci problém se smutkem a naštvaností a také jak velký mají strach všeobecně, problém se spánkem a strach o sebe.

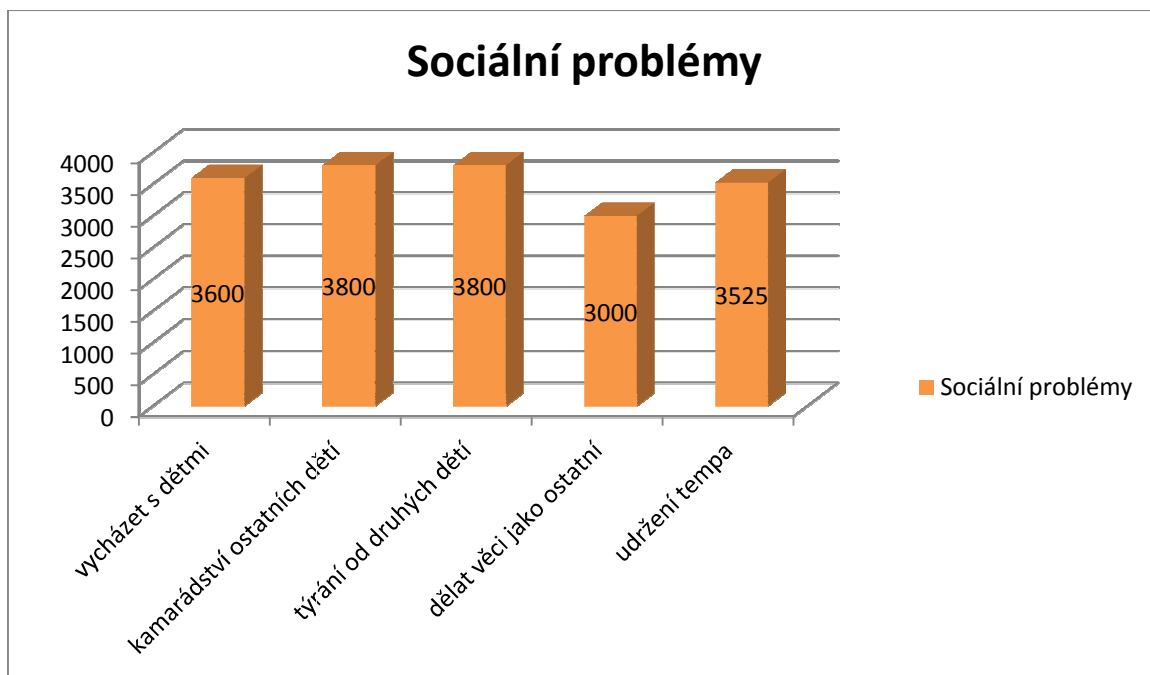
Z grafu č. 4 a tabulky č. 2 je patrné, že *smutek a naštvanost* jsou subjektivně vnímány hůře než ostatní problémy.

Pro nejvyšší KŽ v této oblasti bylo možné dosáhnout 20 500 (100 %) bodů. Po sečtení bodů v grafu č. 4 bylo získáno pouze 11 675 (56,9 %) bodů. K dílčímu cíli č. 2. *Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti psychických funkcí*, můžeme tedy podle grafu č. 4 říci, že tato oblast byla DM I typu značně ovlivněna. Ve srovnání s grafem č. 3, který se týká oblasti fyzických funkcí, je KŽ dětí s DM I typu ovlivněna méně, než oblast funkcí psychických.

Sociální problémy

Tabulka 3. Subjektivní vnímání KŽ dětí v oblasti sociální problematiky

Problém:	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Vyjít s druhými dětmi	30	6	2	2	1
	73,2 %	14,6 %	4,9 %	4,9 %	2,4 %
S kamarády	31	8	2		
	75,6 %	19,5 %	4,9 %		
S týráním od druhých	34	3	3	1	
	83 %	7,3 %	7,3 %	2,4 %	
Dělat věci jako ostatní	15	15	6	3	2
	36,6 %	36,6 %	14,6 %	7,3 %	4,9 %
Udržení tempa s ostatními	24	12	4	1	
	58,5 %	29,3 %	9,8 %	2,4 %	



Graf 5. Bodové hodnocení subjektivního vnímání KŽ dětí v oblasti sociálních problémů

K dílčímu cíli č. 3 *Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti sociální problematiky* se vztahovala položka dotazníku č. 5, která zjišťovala, jestli a jak velký problém mají děti s DM I typu vycházet s druhými dětmi, s kamarádstvím ostatních dětí, problém s týráním od druhých dětí, dělat věci, které dělají ostatní děti, udržet tempo při hraní si s ostatními dětmi.

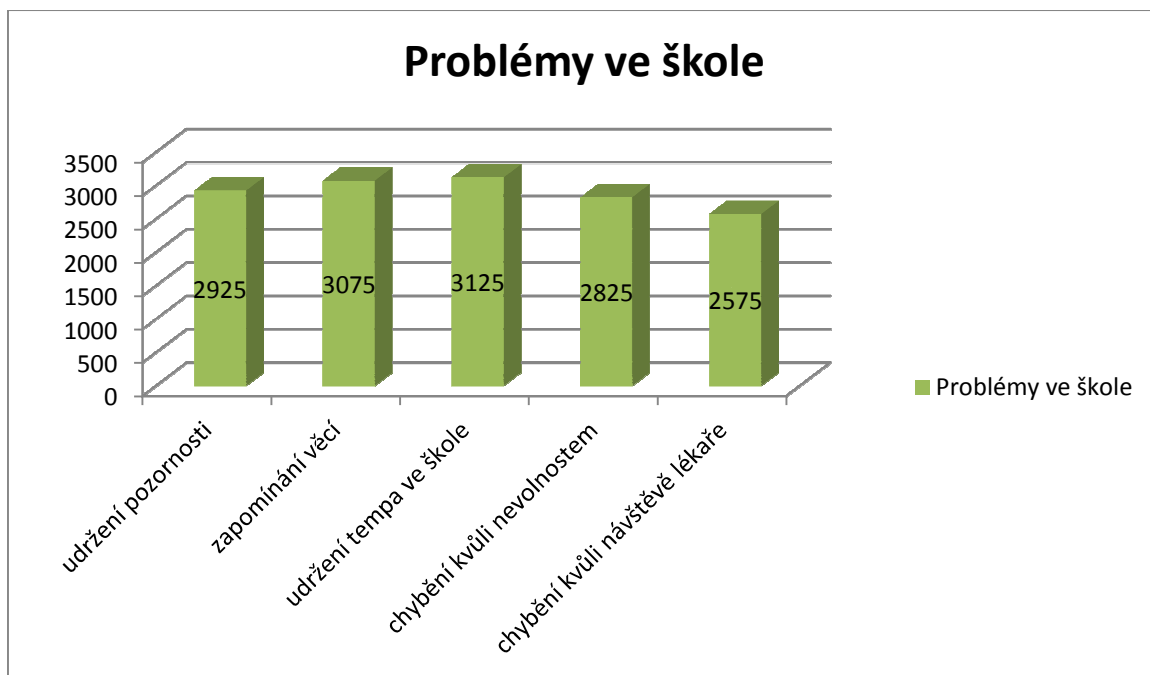
Graf č. 5 a tabulka č. 3 uvádí, že děti s DM I typu se kvůli své nemoci nejméně setkaly s *týráním od druhých dětí*. Minimální problém měly také s *kamarádstvím ostatních dětí*.

Pro tuto oblast problematiky bylo možné získat maximálně 20 500 (100 %) bodů, což by znamenalo nejvyšší možnou KŽ. Po kompletním sečtení bylo dosaženo 17 725 (86,5 %) bodů. K dílčímu cíli č. 3. *Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti sociální problematiky*, se dá na základě výše uvedeného grafického vyhodnocení říct, že DM I typu danou oblast téměř neovlivnil, nebo ovlivnil jen minimálně. V porovnání s grafem č. 3, č. 4 i s grafem č. 6 je zřejmé, že tato oblast je DM I typu ovlivněna nejméně.

Školní problematika

Tabulka 4. Subjektivní vnímání KŽ dětí v oblasti školní problematiky

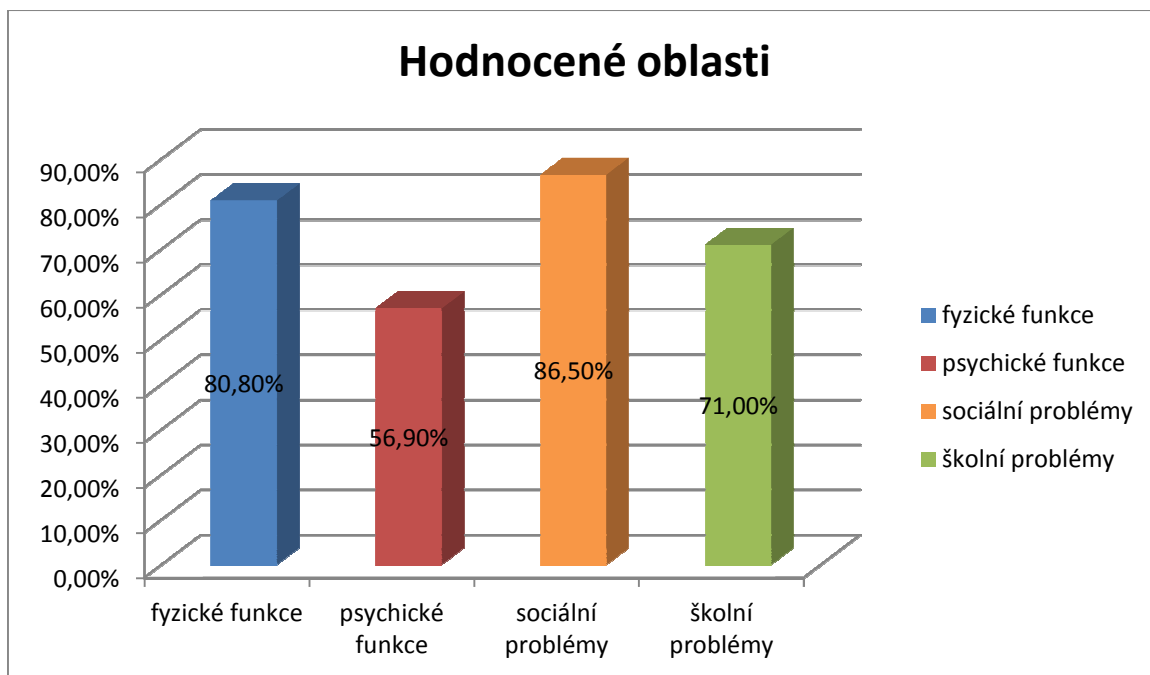
Problém:	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Udržení pozornosti	13	15	8	4	1
	31,7 %	36,6 %	19,5 %	9,8 %	2,4 %
Zapomínání věcí	13	18	8	1	1
	31,7 %	44 %	19,5 %	2,4 %	2,4 %
Udržení tempa	17	11	11	2	
	41,5 %	26,8 %	26,8 %	4,9 %	
Chybění kvůli nevolnostem	10	16	10	5	
	24,4 %	39 %	24,4 %	12,2 %	
Chybění kvůli návštěvě lékaře	6	14	16	5	
	14,6 %	34,2 %	39 %	12,2 %	



Graf 6. Bodové hodnocení subjektivního vnímání KŽ dětí v oblasti školní problematiky

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti školní problematiky* se vztahovala položka dotazníku č. 6, která zjišťovala, zda a jak velký problém mají ve škole respondenti kvůli DM I typu s udržením pozornosti, se zapomínáním věcí, s udržením tempa při školních aktivitách, s absencí ve škole kvůli nevolnostem nebo návštěvě lékaře. Po sečtení bodů u jednotlivých odpovědí můžeme v grafu č. 6 vidět, že největší problém děti měly s *absencí ve škole kvůli návštěvě lékaře*.

Daná oblast mohla získat nejvíce 20 500 (100 %) bodů. Po sečtení bodů v grafu č. 6 je patrné, že bylo dosaženo 14 525 (71 %). K dílčími cíly č. 4 *Zjistit, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dítěte v oblasti školní problematiky* se dá říct, že KŽ v dané oblasti je ovlivněna. Ve srovnání s grafem č. 4 je ale oblast školní problematiky ovlivněna méně než psychické funkce. Naopak při srovnání grafů č. 3, č. 5 a č. 6 je zřejmé, že je tato oblast DM I typu ovlivněna více než fyzické funkce a oblast sociální.



Graf 7. Procentově zhodnocené subjektivní vnímání KŽ dětí v jednotlivých oblastech problematiky

K dílčímu cíli č. 5 se vztahovaly položky dotazníku č. 3, č. 4, č. 5 a č. 6. a zjišťovaly, která oblast je DM I typu nejvíce ovlivněna. Pro nejvyšší KŽ v každé oblasti bylo nutné dosáhnout výsledku 100 %. K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, kterou oblast DM I typu nejvíc ovlivňuje* je nutno říct, že dle výsledků v grafu č. 7, je nejvíce DM I typu ovlivněna oblast psychických funkcí.

DISKUZE

Dotazníkové šetření prokázalo rozdílné vnímání KŽ dětí z oblasti fyzické, psychické, sociální a školní problematiky.

Analýzou otázek k dílčímu cíli č. 1, který zjišťoval, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dětí v oblasti fyzických funkcí, bylo zjištěno, že v dané oblasti děti nevykazují nijak významné omezení KŽ. Hodnocení KŽ dosáhlo na 80,8 %. Největší problém pro respondenty bylo *málo energie*. Také Širůčková (2011) uvádí, že faktor, který je DM I typu nejvíce ovlivněn, je právě *fyzická námaha a nedostatek energie*. Jinak se respondenti shodují, že pokud dodržují režim, DM I typu je v této oblasti prakticky neomezuje.

Analýzou otázek k dílčímu cíli č. 2, který zjišťoval, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dětí v oblasti psychických funkcí bylo zjištěno, že tato oblast byla respondenty hodnocena nejhůře, čili jako nejvíce ovlivňující KŽ. Získáno bylo pouze 56,9 %. V dané oblasti byl pro respondenty největším problémem *smutek, naštvanost a strach*. Jak uvádí Krejcarová (2013), nejvíce na psychiku člověka působí fakt, že DM je onemocnění, zatím, bohužel nevléčitelné. Z tohoto důvodů může být tato oblast hodnocena nejhůře. Všichni respondenti z jejího průzkumného šetření se shodují, že mají *strach* z komplikací a mnohdy jsou *naštvaní*, že i přes veškerá úsilí se jim nedaří DM zvládat.

Analýzou otázek k dílčímu cíli č. 3, který zjišťoval, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dětí v oblasti sociální problematiky, bylo prokázáno, že zmíněná oblast je DM I typu ovlivněna jen minimálně, což je patrné i ze získaného výsledku 86,5 %. Rovněž Burešová (2008) konstatuje, že oblast sociální problematiky je DM I typu nevýznamně ovlivněna.

Analýzou otázek k dílčímu cíli č. 4, který zjišťoval, jak DM I typu ovlivňuje KŽ dětí v oblasti školní problematiky, bylo prokázáno, že DM I typu tuto oblast ovlivňuje, ale ne příliš. KŽ byla v dané oblasti zhodnocena na 71 %. Respondenti měli největší problém *s absencí ve škole kvůli návštěvám lékaře*. Krejcarová (2013) uvádí, že školní docházku DM I typu nijak neovlivnil.

Analýzou otázek k dílčímu č. 5, který zjišťoval nejvíce ovlivněnou oblast DM I typu, bylo prokázáno, že onemocnění nejhůře působí na psychiku. Burešová (2008) však konstatuje, že nejhůře ze všech byla zhodnocena oblast školní problematiky.

Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit, jaká je KŽ dětí s DM I typu. Dotazníkové šetření prokázalo, že KŽ dětí s DM I typu není ovlivněna výrazně. Z celkového maximálního po-

čtu 98400 (100 %) bodů bylo získáno 73750 (75 %). Bylo také prokázáno, že děti s tímto onemocněním odlišně vnímají fyzickou, psychickou, sociální a školní stránku života.

Za zmínku stojí výsledek Burešové (2011), která uvedla, že zkoumaný vzorek českých dětí od 8 do 18 let zhodnotil KŽ na 83,3 %. Zabývala se také problematikou KŽ dětí s DM I typu v zahraničních studiích. Výsledky těchto studií ukazují, že děti a dospívající s DM I typu vykazují nižší KŽ než zdravé děti.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývá problematikou KŽ dětí s DM v oblasti fyzické, psychické, sociální a školní problematiky. Kvůli svému onemocnění jsou děti často naštvané a smutné. Je velmi důležité zaměřit se na tyto problémy.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je KŽ dětí s DM I typu. Cíl byl splněn s využitím dotazníkového šetření. Analýzou výsledků průzkumného šetření bylo prokázáno, že děti s DM I typu hodnotí kvalitu svého života na 75 %. Autor dotazníku J. W. Varnisice neuvádí horní či dolní hranici pro zhodnocení KŽ, ale obecně platí, čím vyšší je průměrná hodnota, tím vyšší je i KŽ. Nejvíce byla podle výsledků šetření ovlivněna DM I typu oblast psychická, která dosáhla pouze na 56,9 %. Děti často udávaly pocity *smutku a naštvání*. Naopak nejlépe hodnocena byla oblast sociální s výsledkem 86,5 %. Děti se nejméně setkaly kvůli své nemoci s *týráním od druhých dětí*. Minimální problém měly děti také s *kamarádství ostatních dětí*.

Podle mého názoru jsou zjištěné výsledky pro praxi přínosné. Díky výsledkům průzkumného šetření je možné zaměřit se na oblasti, které byly nejhůře zhodnoceny. Výsledky budou zveřejněny i v ambulanci, ve které průzkumné šetření probíhalo. Díky tomu se mohou i rodiče dětí s DM I typu snažit o zlepšení výsledných problémů. *Smutek a naštvanost* mohou děti vnímat kvůli tomu, že se jim nedaří DM I typu kompenzovat tak, jak by si představovaly. Proto je důležitá podrobnější edukace nejen dětí, ale i jejich rodičů, aby se jim DM I typu dařilo lépe zvládat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ANDĚL, Michal et al. 2010. *Diabetes mellitus a další poruchy metabolismu*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-047-9.
- [2] BOTTERMANN, Peter a Martina KOPPELWIESEROVÁ. 2008. *Můj problém, cukrovka*. Praha: Olympia. ISBN 978-80-7376-090-8.
- [3] GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [4] HEŘMANOVÁ, Eva. 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-106-0.
- [5] JIRKOVSKÁ, Alexandra. 2006. *Léčba diabetu inzulinovou pumpou*. Brno: Medatron.
- [6] KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [7] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- [8] LEBL, Jan et al. 1998. *Abeceda diabetu*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-86-1.
- [9] MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [10] NAVRÁTILOVÁ, Lucie. 2007. Komplexní přístup k péči o pacienta s diabetickou nohou. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, srpen 2007, roč. 17, č. 9/2007, s. 50. ISSN 1210-0404.
- [11] NEUMANN, David et al. 2013 *Děti s diabetem v kolektivu dětí*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2935-3.
- [12] PAYNE, Jan et al. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- [13] PELIKÁNOVÁ, Terezie. 2003. *Diabetologie a vybrané kapitoly z metabolismu*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-358-X.
- [14] PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
- [15] RUŠAVÝ, Zdeněk a Veronika FRANTOVÁ. 2007. *Diabetes mellitus čili cukrovka. Diabetická dieta*. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-903820-2-2.
- [16] ŘEHULKOVÁ, Oliva et al. 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-073-9.

- [17] SDRUŽENÍ RODIČŮ A PŘÁTEL DIABETICKÝCH DĚTÍ. 2013. *Cukrovky se ne-
bojíme*. Praha: Sportpropag.
- [18] SIKOROVÁ, Lucie. 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada.
ISBN 978-80-247-3593-1.
- [19] SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN
978-80-247-3286-2.
- [20] STRÁNSKÁ, Dagmar. 2011. DM - Diabetická neuropatie. *Sestra*. Praha: Mladá fron-
ta, červen 2011, roč. 21, č. 6/2011, s. 61-62. ISSN 1210-0404.
- [21] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetrovatelství 2*. Praha:
Grada. ISBN 978-80-247-1777-7.
- [22] ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada
Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [23] VÁVROVÁ, Helena. 2012. *Babičko, dědo, vezměte si mne na prázdniny. Povídaní o
cukrovce nejen pro prarodiče a jejich vnoučata*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-
204-2583-6.
- [24] VÁVRA, Jakub a Helena VÁVROVÁ. 2006. *Poezie dospívání*. Praha: Geum. ISBN
80-86256-44-8.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDOJŮ

- [25] BUREŠOVÁ, Gabriela. ©2008. *Kvalita života dětí a mladistvých s diabetem mellitem 1. typu*. [online]. [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://theses.cz/id/bzmy7h/downloadPraceContent_adipIdno_12886
- [26] KREJCAROVÁ, Eva. ©2013. *Život s Diabetem mellitem 1. typu z pohledu nemocného*. [online]. [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/403726/pedf_m/DP_Zivot_s_diabetem_mellitem_z_pohledu_nemocneho.pdf
- [27] MAREŠ, Jiří. ©2010. Časopis Pedagogika. *Kvalita života žáků a škola*. [online]. Roč. 1, č. 1, s. 47-72. [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <http://www.casopispedagogika.sk/rocnik-1/cislo-1/Kvalita%20zivota%20zaku%20a%20skola.pdf>
- [28] OVŠONKOVÁ, Anna a Mária MOZOLOVÁ. ©2012. Ošetrovatel'stvo. *Kvalita života rodičov a detí s diabetes mellitus 1. typu* [online]. Listopad 2012, roč. 2, č. 4, s. 143 - 148. [cit. 2014-11-01]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2012/04/143-kvalita-zivota-rodicov-a-deti-s-diabetes-mellitus-1-typu.pdf
- [29] ŠIRŮČKOVÁ, Marie Dominika. ©2011. *Diabetes mellitus v dětském věku*. [online]. [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/84487/pedf_m/Diplomova_prace.pdf
- [30] VARNI, W. James. ©1998-2014. PedsQL™. *The PedsQL Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory*. [online]. [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: <http://www.pedsq.org/index.html>.
- [31] ZVOLSKÝ, Miroslav. ©2013. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Činnost oboru diabetologie, péče o diabetiky v roce 2012*. [online]. [cit. 2014-03-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-diabetologie-pece-diabetiky-roce-2012>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADA	Americká diabetologická asociace
ADDQoL 19	Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life 19
ADS	Appraisal of Diabetes Scale
Bc.	Bakalář
Cit.	citováno
ČR	Česká Republika
č.	Číslo
D-39	Diabetes - 39
DCP	Diabetes Care Profile
DHP	The Diabetes Health Profile
DIMS	Diabetes Impact Management Scales
DKK	Dolní končetiny.
DM	Diabetes mellitus
DMI	Diabetes mellitus I. Typu
DMII	Diabetes mellitus II. Typu
DSQoLS	The Diabetes-Specific Quality of Life Scale
DQOL	Diabetes Quality of Life
et al.	Et alli - „a kolektiv„
EQ-5D	European Quality of Life Questionnaire
IDF	Mezinárodní diabetologická federace
KŽ	Kvalita života
Mgr.	Magistr
mmol/l	Milimol na litr
MŠ	Mateřská škola

MUDr.	medicinae universae doctor - doktor medicíny
NHP	Nottingham Health Profile
OGTT	Orální glukózový toleranční test
PAID	Problem Areas in Diabetes Scale
QSD-R	Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes-Revised
s.	strana
SIP	Sickness Impact Profile
VJ	Výměnná sacharidová jednotka
WED	Well-Being Enquiry for Diabetics
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola
%	Procento

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Výměnné jednotky - ovoce.....	61
Obrázek 2. Výměnné jednotky - zelenina.....	61
Obrázek 3. Výměnné jednotky - pečivo, těstoviny, brambory, polévky.....	62
Obrázek 4. Výměnné jednotky - mléčné výrobky, ořechy, sladkosti	62

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Subjektivní vnímání KŽ dětí v oblasti fyzických funkcí	40
Tabulka 2. Subjektivní vnímání KŽ dětí v oblasti psychických funkcí	42
Tabulka 3. Subjektivní vnímání KŽ dětí v oblasti sociální problematiky.	44
Tabulka 4. Subjektivní vnímání KŽ dětí v oblasti školní problematiky	46

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví	37
Graf 2. Věk respondentů	38
Graf 3. Bodové hodnocení subjektivního vnímání KŽ dětí v oblasti fyzických funkcí	41
Graf 4. Bodové hodnocení subjektivního vnímání KŽ dětí v oblasti psychických funkcí ..	43
Graf 5. Bodové hodnocení subjektivního vnímání KŽ dětí v oblasti sociálních problémů ..	45
Graf 6. Bodové hodnocení subjektivního vnímání KŽ dětí v oblasti školní problematiky ..	47
Graf 7. Procentově zhodnocené subjektivní vnímání KŽ dětí v jednotlivých oblastech problematiky	48

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I	Výměnné jednotky
PŘÍLOHA P II	Dotazník pro děti
PŘÍLOHA P III	Dotazník pro rodiče

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO DĚTI

Dotazník pro děti

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Sklenářová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, Ústavu zdravotnických věd, oboru Všeobecná sestra. V rámci bakalářské práce s názvem Kvalita života dětí s diabetem mellitem provádím průzkum v oblasti této problematiky. Prosím o vyplnění dotazníku, který se této problematiky týká. Veškeré Tebou vyplněné údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro tuto práci.

Pokud nebudeš něčemu rozumět, neboj se zeptat.

Na následujících stránkách je seznam činností, které by pro Tebe mohly být problém. Prosím, řekni nám, jak moc velký problém pro Tebe byla každá z těchto činností za poslední měsíc. Problémy jsou očíslovány od 0 do 4. V každé tabulce zakroužkuj vždy jen jedno číslo a to podle výše tvého problému.

0.....problém nikdy

1.....problém skoro nikdy

2.....problém někdy

3.....problém často

4.....problém skoro vždy.

Nejsou zde žádné správné nebo špatné odpovědi. Děkuji za Tvůj čas a vyplnění dotazníku.

1. Do okýnka níže, prosím, uveď věk:

2. Zakroužkuj, prosím, pohlaví:

- Dívka
- Chlapec

3. Fyzické funkce	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Problém ujít více než jednu ulici?	0	1	2	3	4
Problém s běháním?	0	1	2	3	4
Problém s účastí na sportovních aktivitách?	0	1	2	3	4
Problém se zvedáním něčeho těžkého?	0	1	2	3	4
Problém sám/samu sebe osprchovat nebo okoupat?	0	1	2	3	4
Problém s prací (např. okolo domu)?	0	1	2	3	4
Problém s bolestí?	0	1	2	3	4
Měl/měla jsi závratě?	0	1	2	3	4
Měl/měla jsi málo energie?	0	1	2	3	4

4. Psychické funkce	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Měl/měla jsi strach?	0	1	2	3	4
Cítil/cítěla jsi se smutný/smutná?	0	1	2	3	4
Cítil/cítěla jsi se naštvaný/naštvaná?	0	1	2	3	4
Měl/měla jsi problémy se spánkem?	0	1	2	3	4
Měl/měla jsi strach, co se ti stane?	0	1	2	3	4

5. Sociální problémy	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Problém vycházet s druhými dětmi?	0	1	2	3	4
Problém s kamarádstvím ostatních dětí?	0	1	2	3	4
Problém s týráním od druhých dětí?	0	1	2	3	4
Problém dělat věci, které dělají ostatní děti ve tvém věku?	0	1	2	3	4
Problém udržet tempo při hraní si s ostatními dětmi?	0	1	2	3	4

6. Problémy ve škole	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Problém s udržením pozornosti v hodině?	0	1	2	3	4
Problém se zapomínáním věcí do školy?	0	1	2	3	4
Problém s udržením tempa při školních aktivitách?	0	1	2	3	4
Chybění ve škole kvůli nevolnostem?	0	1	2	3	4
Chybění ve škole kvůli návštěvám nemocnice/lékaře?	0	1	2	3	4

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK PRO RODIČE

Dotazník pro rodiče

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Sklenářová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, Ústavu zdravotnických věd, oboru Všeobecná sestra. V rámci bakalářské práce s názvem Kvalita života dětí s diabetem mellitem provádím průzkum v oblasti této problematiky. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který se této problematiky týká. Veškeré Vámi vyplněné údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro tuto práci.

Dotazník pro Vás, rodiče, je určen v případě, že Vaše dítě je ve věku 5 - 7 let.

Na následujících stránkách je seznam činností, které by pro Vaše dítě mohly být problém. Prosím, řekněte nám, jak moc velký problém pro něj/ni byla každá z těchto činností za poslední měsíc. Problémy jsou očíslovány od 0 do 4. V každé tabulce zakroužkujte vždy jen jedno číslo a to podle výše jeho/jejího problému.

0.....problém nikdy

1.....problém skoro nikdy

2.....problém někdy

3.....problém často

4.....problém skoro vždy.

Nejsou zde žádné správné nebo špatné odpovědi. Moc děkuji za Váš čas a vyplnění.

1. Do okýnka níže, prosím, uveďte věk dítěte:

2. Zakroužkujte, prosím, pohlaví Vašeho dítěte:

- dívka
- chlapec

3. Fyzické funkce	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Problém ujít více než jednu ulici?	0	1	2	3	4
Problém s běháním?	0	1	2	3	4
Problém s účastí na sportovních aktivitách?	0	1	2	3	4
Problém se zvedáním něčeho těžkého?	0	1	2	3	4
Problém sám/samu sebe osprchovat nebo okoupat?	0	1	2	3	4
Problém s prací? (např. úklid hraček)	0	1	2	3	4
Cítil/cítla bolest?	0	1	2	3	4
Měl/měla závratě?	0	1	2	3	4
Měl/měla málo energie?	0	1	2	3	4

4. Psychické funkce	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Měl/měla strach?	0	1	2	3	4
Cítil/cítla se smutný/smutná?	0	1	2	3	4
Cítil/cítla se naštvaný/naštvaná?	0	1	2	3	4
Měl/měla problémy se spánkem?	0	1	2	3	4
Měl/měla strach, co se mu/jí stane?	0	1	2	3	4

5. Sociální problémy	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Problém vycházet s druhými dětmi?	0	1	2	3	4
Problém s kamarádstvím ostatních dětí?	0	1	2	3	4
Problém s týráním od druhých dětí?	0	1	2	3	4
Problém dělat věci, které dělají ostatní děti v jeho/jejím věku?	0	1	2	3	4
Problém udržet tempo při hraní si s ostatními dětmi?	0	1	2	3	4

6. Problémy ve škole (školce)	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Skoro vždy
Problém s udržením pozornosti v hodině? (ve školce při aktivitách, které vyžadují soustředění)	0	1	2	3	4
Problém se zapomínáním věcí do školy/školky?	0	1	2	3	4
Problém s udržením tempa při školních aktivitách?	0	1	2	3	4
Chybění ve škole/školce kvůli nevolnostem?	0	1	2	3	4
Chybění ve škole/školce kvůli návštěvám nemocnice/lékaře?	0	1	2	3	4