

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Tereza Vacková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu

Bakalářská práce

2022

Tereza Vacková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza Vacková**
Osobní číslo: **Z19138**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu**
Téma práce anglicky: **Quality of life in patients with type 1 diabetes mellitus.**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucie VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
DVORÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
KAREN, Igor a Štěpán SVAČINA. *Diabetes mellitus v primární péči*. 2., rozš. vyd. Praha: Axonite CZ, 2014. Asclepius (Axonite CZ). ISBN 978-80-904899-8-1.
KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.
KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ, a kol. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5331-7.
SOUČEK, Miroslav a Petr SVAČINA. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2289-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kristýna Šoukalová, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2022**

L.S.

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

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

V Pardubicích dne 8. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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

V Pardubicích dne 27.4.2022

Tereza Vacková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla moc poděkovat své vedoucí práce Mgr. Kristýně Šoukalové, Ph.D. za její čas, cenné rady a za její ochotný a vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem pacientům, kteří se zúčastnili průzkumného šetření. Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mi byli po dobu studia velkou oporou.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá dvěma tématy. Prvním tématem je onemocnění diabetes mellitus 1. typu a druhým je kvalitu života. Praktická část je zaměřena na hodnocení kvality života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

KLÍČOVÁ SLOVA

Diabetes mellitus 1. typu, kvalita života, dotazník WHOQOL-BREF, průzkum

TITLE

The quality of life in diabetes mellitus type 1 patients.

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the quality of life in patients with type 1 diabetes mellitus. The bachelor thesis consists of a theoretical and practical part. The theoretical part of the thesis deals with two topics. The first topic is type 1 diabetes mellitus and the second is quality of life. The practical part is focused on the evaluation of quality of life in patients with type 1 diabetes mellitus. The results were evaluated using a standardized WHOQOL-BREF questionnaire.

KEYWORDS

Diabetes mellitus type 1, quality of life, WHOQOL-BREF questionnaire, survey

Obsah

Úvod.....	13
Cíl práce.....	14
1 Diabetes mellitus 1. typu	15
1.1 Definice DM1T a etiopatogeneze	15
1.2 Klinický obraz DM1T	16
1.3 Diagnostika DM1T.....	16
1.4 C-peptid.....	17
1.5 Edukace	17
1.6 Terapie.....	18
1.6.1 Dieta.....	18
1.6.2 Potraviny pro diabetiky.....	18
1.7 Farmakoterapie.....	18
1.7.1 Typy podání inzulínu	19
1.7.2 Typy inzulínů.....	19
1.7.3 Kombinovaná léčba diabetu 1. typu	20
1.8 Komplikace	21
1.8.1 Akutní komplikace.....	21
1.8.2 Chronické komplikace	22
2 Kvalita života.....	27
2.1 Historie kvality života	27
2.2 Definice pojmu kvality života.....	28
2.3 Měření kvality života	28
2.3.1 Generické nástroje měření kvality života	29
2.3.2 Specifické nástroje měření kvality života.....	30
2.4 Kvalita života a diabetes mellitus	31

2.4.1	Nástroje na měření kvality života u pacienta s onemocněním DM	31
	praktická část	33
3	Metodika průzkumu	33
3.1	Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF	33
3.2	Sociodemografické otázky	34
3.3	Popis průzkumného souboru	34
3.4	Průzkumné šetření	34
3.5	Zpracování a vyhodnocení získaných dat	35
4	Analýza získaných dat	36
5	VYhodnocení Výsledků Sociodemografických položek	67
6	Diskuze	71
7	Závěr	81
8	Použitá literatura	82
8.1	Knižní zdroje	82
8.2	Elektronické zdroje	85
9	Přílohy.....	86

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života	36
Tabulka 2 - Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	37
Tabulka 3 - Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	38
Tabulka 4 - Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	39
Tabulka 5 - Jak moc Vás baví život?	40
Tabulka 6 - Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	41
Tabulka 7 - Jak dobře jste schopen/a se soustředit?	42
Tabulka 8 - Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	43
Tabulka 9 - Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	44
Tabulka 10 - Máte dost energie pro běžný život?	45
Tabulka 11 - Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	46
Tabulka 12 - Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	47
Tabulka 13 - Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	48
Tabulka 14 - Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	49
Tabulka 15 - Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	50
Tabulka 16 - Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	51
Tabulka 17 - Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	52
Tabulka 18 - Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?	53
Tabulka 19 - Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	54
Tabulka 20 - Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	55
Tabulka 21 - Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	56
Tabulka 22 - Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	57
Tabulka 23 - Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	58
Tabulka 24 - Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?	59
Tabulka 25 - Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	60
Tabulka 26 - Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	61
Tabulka 27 - fyzické zdraví	62
Tabulka 28 - prožívání	63
Tabulka 29 - sociální vztahy	64
Tabulka 30 - prostředí	65

Tabulka 31 - Vyhodnocení průměrných hodnot dle domén	66
Tabulka 32 - Jaké je Vaše pohlaví?	67
Tabulka 33 – Věk.....	67
Tabulka 34 - Jaký je Váš rodinný stav?	68
Tabulka 35 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	68
Tabulka 36 - Jaké je Vaše současné zaměstnání.....	69
Tabulka 37 - Jakou léčbu užíváte při nemocnění diabetes mellitus?.....	69
Tabulka 38 - Kolik let se léčíte s diabetem mellitem 1. typu?.....	70

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADDQoL 19	Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life 19
ADS	Appraisal of Diabetes Scale
ALT	alaninaminotransferázy
AST	aspartátaminotransferázy
BMI	Body Mass Index
ČR	Česká republika
ČDS	Česká diabetologická společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
D-39	Diabetes-39
DCP	Diabetes Care Profile
DHP	The Diabetes Health Profile
DHP1/18	Diabetes Health Profile
DIMS	Diabetes Impact Management Scales
DM	diabetes mellitus
DM1T	diabetes mellitus 1. typu
DM2T	diabetes mellitus 2. typu
DQOL	Diabetes Quality of Life
DSQoLS	The Diabetes-Specific Quality of Life Scale
EKG	elektrokardiografie
EMG	elektromyografie
mmol/l	milimol na litr
NHP	Nottingham Health Profile

oGTT	orální glukózový toleranční test
PAID	Problem Areas in Diabetes Scale
pH	power of hydrogen
QSD-R	Questionnaire od Stress in Patients with Diabetes-Revised
SDN	syndrom diabetické nohy
SF-36	Short Form 36 Health Subject Questionnaire
SIP	Sickness Impact Profile
TSH	tyreotroponin
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WED	Well-Being Enquiry for Diabetics
WHO	World Health Organization
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Questionnaire
WHOQOL-BREF	The World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF

ÚVOD

Diabetes mellitus (dále jen DM) je chronické autonomní onemocnění, které má dopad na lidský organismus. Jedná se o onemocnění, které postihuje všechny věkové kategorie a značně zvyšuje invaliditu, mortalitu a morbiditu u lidské populace. Jedná se o chronické onemocnění, které má velký vliv na kvalitu života člověka, ovlivňuje jeho fyzickou, psychickou a sociální stránku u pacientů a přetrvává až do jeho smrti. Toto onemocnění ovlivňuje také celou jeho rodinu. Je velmi důležité, aby se pacient se svým onemocněním vyrovnal a naučil s ním žít. Jedná se o onemocnění, které se považuje za nákladné, protože je doprovázeno mnohými komplikacemi až invaliditou (Michalovová, Tkáčová, 2015, s. 1–2).

Podle nejnovějších statistických údajů vycházejících z Ústav zdravotnických informací (dále ÚZIS) a statistiky České republiky (dále ČR) vyplývá, že nemocných s DM přibylo z 804 987 v roce 2007 na 936 124 v roce 2017. Průměrně přibývá 13 000 meziročně. Pacientů s diabetem mellitem 1. typu (dále DM1T) je v roce 2017 6,8 % (61 784), což je více než v roce 2007, kde bylo 6,6 % (53 129) pacientů (web, uzis.cz, 2018).

Pojem kvalita života je velmi rozšířený pojem, který zahrnuje širokou škálu oblastí zkušeností člověka. Patří sem politické, sociální, filozofické, historické kulturní, psychologické a mnohé další aspekty, které ovlivňují člověka. Hodnocení kvality života je rozděleno do 3 částí, a to na psychickou vyrovnanost, fyzické prožívání a sociální pozici jedince. U každého člověka je vnímání kvality života individuální, a proto je nutné posuzovat více aspektů (Hudáková, Majerníková, 2013 s. 18–19).

Bakalářská práce se zabývá tématem diabetes mellitus 1. typu (dále DM1T). Skládá se ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá onemocněním diabetes mellitus 1. typu a kvalitou života. Pro získání dat k průzkumu v praktické části byl využit standardizovaný dotazník The World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF (dále WHOQOL-BREF) a dotazníkové šetření skládající se ze sociodemografických otázek, které nejsou součástí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

CÍL PRÁCE

Cíle teoretické části:

Hlavní cíl

Popsat onemocnění diabetes mellitus 1. typu.

Dílčí cíle

Popsat diagnostiku onemocnění diabetes mellitus 1. typu.

Popsat léčbu onemocnění diabetes mellitus 1. typu.

Popsat komplikace onemocnění diabetes mellitus 1. typu.

Cíle praktické části:

Hlavní cíl

Zhodnocení kvality života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu.

Dílčí cíle

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „prožívání“.

Zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „fyzického zdraví“.

Zjistit kvalitu života u pacienta s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „prostředí“.

Zjistit kvalitu života u pacienta s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „sociální vztahy“.

Průzkumné otázky

Jaká je kvalita života u pacienta s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „prožívání“?

Jaká je kvalita života u pacienta s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „fyzického zdraví“?

Jaká je kvalita života u pacienta s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „prostředí“?

Jaká je kvalita života u pacienta s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „sociální vztahy“.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DIABETES MELLITUS 1. TYPU

DM1T je onemocnění, které je charakterizováno zánikem beta-buněk pankreatu, který vede k absolutnímu nedostatku inzulínu. Proto je zde typickým znakem hyperglykémie a ketoacidóza způsobena nedostatkem inzulínu (web, diab.cz, 2016).

Podle autora Karen (2014, s. 19) „*Po dohodě s kolegiem autorů a spoluautorů uvádíme upravenou definici, která je uvedena v Doporučených postupech pro primární péči z roku 2009 a 2013 a která se i v současné době jeví jako nejkomplexnější a nejvýstižnější: Diabetes mellitus je chronické heterogenní onemocnění provázené hyperglykemií v důsledku absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu.*“

V současné době existuje mnoho typů DM, jako je např. diabetes mellitus 1. typu, diabetes mellitus 2. typu (dále DM2T), gestační diabetes mellitus a ostatní specifické typy DM. Tato bakalářská práce je zaměřena pouze na DM1T, protože sledovanou skupinou jsou pacienti s tímto onemocněním (Karen a kol., 2014, s. 19–20).

1.1 Definice DM1T a etiopatogeneze

DM1T je chronické onemocnění, při kterém dochází k absolutnímu nedostatku inzulínu, způsobeném různě rychle působícím zánětem B-buněk Langerhansových ostrůvků pankreatu. K destrukci těchto buněk dochází u jedinců s genetickou predispozicí. Za prokazatelné antigeny jsou považovány HLA-DR/DQ. K rizikovým antigenům se řadí DR 3, DR 4, DQA1 a DQB1. Neprokázané antigeny jsou DR 2 a DR 5. U autoimunitního původu lze v těle nalézt protilátky proti řadě auto-antigenů. Patří sem např. protilátky proti inzulínu a proinzulínu, proti buňkám Langerhansových ostrůvků a mnoho dalších (Souček a kol., 2019, s. 322).

Jedná se o onemocnění charakteristické vznikem v dětském věku. Avšak byla objevena i varianta LADA (latent autoimmune diabetes of adults), která manifestuje v jakémkoliv věku člověka. B-buňky jsou v těle člověka jediným zdrojem inzulínu, proto když dojde k jejich zničení nebo nedostatku vzniká onemocnění DM1T. Existují dva typy DM1T, první z nich je idiopatický a druhý imunitně podmíněný. Při imunitně podmíněného typu imunitní buňky reagují proti své vlastní tkáni, jako by byla cizí (Štechová, 2014, s. 10–14).

1.2 Klinický obraz DM1T

Hlavním ukazatelem tohoto onemocnění je považována hyperglykémie, tedy vysoká hladina cukru v krvi. Některé příznaky odhalují závažnost a trvání metabolických změn nebo mohou mít velký dopad na zdraví člověka. Mezi nejčastější symptomy patří polyurie (nadměrné močení), hlavním důvodem je propouštění cukru do moči, která na sebe váže vodu. Zvýšení osmotického tlaku a ztráty vody vyvolají polydipsie (žíznivost). Dále se objevuje nykturie (časté močení noci), únava, váhový úbytek nebo porucha zraku. V extrémních případech může vzniknout koma a dech se zápachem acetonu. Nedostatečnou kompenzací DM doprovází recidivující infekce nejčastěji kůže, urogenitálního aparátu nebo zvýšená kazivost zubů (Kasper, 2015, s. 276–277).

1.3 Diagnostika DM1T

Základem stanovení diagnózy u DM je chronická hyperglykémie, kterou doprovází rychle rozvíjející se klinický obraz. Hyperglykémie je měřena především z venózní plazmy. Měření glykémii ráno 8 hodin po jídle říkáme lačná glykémie. Náhodnou glykémii odebíráme kdykoli nehledě na příjem potravy u člověka (Souček a kol., 2019, s. 321).

Pro určení DM1T u pacienta jsou důležité tyto kroky, které vyhodnotí praktický lékař ve spolupráci s diabetologickým lékařem:

- Měřená glykémie na lačno je vyšší než 7,0 milimol na litr (dále mmol/l). (poslední příjem musí být nejméně 8 hodin před odběrem).
- Náhodná glykémie přesahuje hodnotu 11,0 mmol/l.
- Glykémie měřená ve 2 h. při orálně glukózovém tolerančním testu (dále OGTT) dosahuje vyšší hodnoty než 11,0 mmol/l. OGTT se neprovádí, pokud je onemocnění DM jasně prokazatelné z předchozích dvou zmiňovaných měření (Karen, Svačina a kol., 2014, s. 4).

DM1T je ve většině případů diagnostikován v ambulantních zařízeních, kde úzce spolupracuje ambulantní lékař s diabetologem. Při podezření u pacienta na DM1T odesílá praktický lékař pacienta do diabetologické ambulance, kde ho seznámí s veškerými informacemi týkajícími se léčby. K diagnostice DM1T se využívá anamnéza, kterou lékař získá od pacienta, popřípadě od zákonného zástupce. Anamnestická data jsou zaměřena na symptomy nemocného, rizikové faktory, dietní zvyklosti a omezení, jiná onemocnění, rodinná anamnéza a jiné. Dále se provádí fyzikální vyšetření, do kterého spadá Body Mass Index (dále jen BMI), krevní tlak, vyšetření štítné žlázy, srdce, tepen, neurologické a oftalmologické vyšetření. Velmi důležité je laboratorní

vyšetření glykemie, glykovaného hemoglobinu, C-peptidu. Provádí se odběr moči na bílkovinu, cukr, močový sediment a ketony. Odběr biochemické laboratoře ke zjištění hladiny minerálů, lipidů, celkové bílkoviny, albuminů, kyseliny močové, tyreotropinu (dále TSH), alaninaminotransferázy (dále ALT), aspartátaminotransferázy (dále AST). Provádí se i vyšetření jako je elektrokardiografie (dále EKG), doppler. (web, diab.cz, 2016).

1.4 C-peptid

C-peptid je uvolňován do krevního řečiště inzulínovým prohormonem rovnocenně s inzulínem. Váže se na buněčné membrány a podílí se na spuštění specifických signálních kaskádách. C-peptid je delší dobu považován za jeden z důležitých laboratorních vyšetření, protože nám je schopen podat informaci o stupni redukce endogenní sekrece inzulínu způsobenou destrukcí B-buněk. Podle autorky Perušičové (2017, s. 107) „*C-peptid je v současné době považován za potencionální lék v terapii diabetem vyvolaných pozdních vaskulárních komplikací.*“ Zjistilo se, že zvýšená hladina C-peptidu má spojitost s rozvojem diabetologických komplikací např. s větším výskytem infarktu myokardu, retinopatií, nefropatií atd. Měření hladiny pomáhá k rozlišení DM1T a DM2T (Perušičová, 2017, s. 107–108).

1.5 Edukace

Jedná se o onemocnění, kde je důležitá spolupráce pacienta. Důležitá je motivace nemocného, která je zprostředkována opakovanou edukací lékařem, sestrou nebo proškoleným pracovníkem. Proto by si měla osoba, která pacienta edukuje, vymezit dostatek času. Není vhodné poučovat pod tlakem, k opakovanému problému by se mělo vracet a získat od nemocného zpětnou vazbu, jestli veškerým věcem rozumí, popřípadě mu zodpovědět otázky. Dodat pacientovi edukační materiály či pomůcky (Karen, Svačina a kol., 2014, s. 99–102).

Témata edukace:

- Informace o stravovacím režimu a fyzické aktivitě.
- Užívání léků a jejich význam (časové rozmezí užívání léků, vztah k jídlu).
- Aplikace inzulínu (dezinfekce kůže, místo vpichu, provedení, dávkovače, inzulínky, inzulínová pera, skladování).
- Selfmonitoring (glukometr)
- Komplikace (hypoglykémie, hyperglykémie, diabetická nefropatie, diabetická retinopatie, diabetická noha atd.).
- Vztah DM1T k infekcím.
- Zaměstnání a řízení motorového automobilu (Karen, Svačina a kol., 2014, s. 99–102).

1.6 Terapie

Terapie u pacienta s tímto onemocněním se dělí na farmakoterapii a dietoterapii. Principem terapie u onemocnění DM1T je náhrada nedostatku endogenního inzulínu, inzulínem exogenním napodobujícím fyziologickou formu skládající se ze stimulované a bazální sekrece. Podávají se různé typy inzulínů jako jsou např. humánní inzulíny, inzulínová analoga. Podání těchto preparátů doprovází selfmonitoring a správná dieta, což je u tohoto onemocnění diabetická (Souček, 2019, s. 323).

1.6.1 Dieta

Léčba pacienta není nikdy úspěšná, pokud není schopen dodržovat režimová opatření, jako je dieta a fyzická aktivita. Diabetolog bere v potaz stravovací návyky nemocného, edukuje pacienta a seznámí ho s vhodnými potravinami a stravovacím režimem. Dieta by měla být pestrá a vyvážená s dostatkem zeleniny, omezení živočišných tuků a smažených jídel. Omezení sladidel, která jsou nahrazena sacharinem nebo stévií. Nedílnou součástí je redukce hmotnosti o 5-10 % u obézních pacientů (Karen, Svačina, 2018, s. 12–13).

1.6.2 Potraviny pro diabetiky

Diabetikům jsou doporučovány nealkoholické nápoje slazené neenergetickými sladidly. Vhodné jsou potraviny, které jsou obohaceny o vlákninu nebo tuky obohacující rostlinné steroly. Dle České diabetologické společnosti (dále jen ČDS) z roku 2012 „*Mnoho speciálních „dia“ výrobků obsahuje zvýšené množství tuků a energie, jejich soustavná spotřeba může snižovat compliance diabetiků s dietní léčbou, a proto se označení „dia potraviny“ paušálně nedoporučuje. Je nutné zajistit odpovídající označení potravin se všemi informacemi, které jsou rozhodující pro spotřebitele k usměrňování jeho výživy.*“ Pacient by si měl vždy zkontrolovat etiketu na potravině, je důležité, aby označení na potravině bylo dobře čitelné s ohledem na zrakové potíže u diabetiků. Pacientům jsou doporučovány nízkoenergetické potraviny. Převážně se jedná o light nápoje nebo a nízkoenergetické mléčné výrobky. Dále je diabetikům schvalováno užívání náhradních sladidel (web, diab.cz, 2016). Příjem potravy pacienta má velký vliv na farmakoterapii. Požívání tučného jídla snižuje hladinu metforminu i derivátů sulfonylurey asi o 10 %. Grapefruit a produkty z třezalky ovlivňují statiny (Karen a kol., 2014, s. 148).

1.7 Farmakoterapie

Započetí farmakoterapie je ihned po zjištění onemocnění DM1T u pacienta. Základem této léčby je podávání inzulínu nejlépe několik dávek denně krátkodobě působícího inzulínu.

Správné podávání je voleno tehdy, pokud hladina vyhodnocované glykémie klesá a nedojde k hypoglykémii. V případě stavu ohrožujícího život, např. vysoká hladina glykémie a ketoacidózy, je nutná hospitalizace nemocného v nemocničním zařízení. V tomto případě bude pacientovi podáván inzulín kontinuálně do žíly a nesmí chybět dostatečná hydratace hospitalizovaného (web, diab.cz, 2016).

1.7.1 Typy podání inzulínu

Dodržování standardů při podávání inzulínu je nezbytnou součástí každého diabetika. Pacient může inzulín do podkoží aplikovat různými způsoby, např. inzulínovým perem, inzulínovou stříkačkou (inzulinkou), inzulínovou pumpou. Při kontinuálním podání inzulínu subkutánně pomocí inzulínové pumpy má pacient do podkoží zavedenou teflonovou kanylu, která se pravidelně mění dle předepsaných doporučení výrobce. Touto cestou je inzulín podáván dle naprogramování dávky inzulínu. Před jídlem nemocný musí zadat bolusovou aplikaci inzulínu (Šliková, Vrabelová a kol., 2018, s. 203–204).

1.7.2 Typy inzulínů

Existují různé typy inzulínů lišících se v nástupu a délce účinku (viz příloha 2). V první řadě se používají inzulínová analoga, kvůli snížení rizika hypoglykémie a bližší fyziologické sekreci. Druhou možností jsou humánní inzulíny, které jsou indikovány zřídka ve zvláštních případech, např. neschopnost pacienta spolupráce nebo dětský pacient, který vyžaduje častější příjem potravy (web, diab.cz, 2016).

Existují dva typy inzulínu, jedním z nich jsou lidské humánní inzuliny vytvořeny na geneticky upravenými bakteriemi *E. coli* nebo kvasinkami, které produkují lidský typ inzulínu (humuliny). Druhým typem jsou inzulínová analoga, která jsou podobná lidskému inzulínu, podstatou je záměna aminokyselin.

- Krátkodobě působící inzuliny – Humulin R, nástup účinku do 30 minut, délka účinku 4–6 hodin.
- Střednědobě působící inzuliny – Humulin N, nástup účinku 1–2,5 hodiny, délka účinku 12–24 hodin.
- Dlouhodobě působící inzuliny – Humulin U, nástup účinku 2–3 hodiny, délka účinku 24–36 hodin (Veverková a kol., 2019, s. 180–183).
- Krátce působící inzulínová analoga – Apidra, Novorapid, Humalog, nástup účinku 15 minut, délka účinku 2-5 hodin.

- Dlouze působící inzulínová analoga – Abasaglar, Lantus, Levemir, nástup účinku 90-120 minut, délka účinku 24-36 hodin.
- Stabilizované směsi – inzulín – HM MIX 30, Mixtard10 (20,30,40,50), Humulin M3 (30/70), nejčastěji 1/3 krátkodobého inzulínu a 2/3 depotního inzulínu (Kelnarová a kol., 2016, s. 144).

Krystalický inzulín je druh inzulínu tvořen dobře rozpustnými krystaly, ze kterých je zhotoven čirý roztok. Má rychlý nástup účinku do 30 minut a působí na 4-6 hodin. Jedná se o inzulíny např. Humulin R, Actrapid Penfill, Novo Nordisk 3ml/300ut nebo Insuman Rapid. K rychle působícím inzulínům patří i analogum Insulin lyspro – Humalog nebo Eli Lilly 10ml/1000ut. Inzulín aspart – Novorapid, Novo Nordisk 10 ml/1000ut nebo inzulín glulisin – Apidra, Sanofi 3ml/300ut. Velmi rychlý nástup a rychlá odezva je dosažena opačným pořadím aminokyselin lysinu prolinu ve 28 a 29 pozici v B-řetězci oproti nativnímu humánnímu inzulínu. Inzulín Aspart má provedenou záměnu aminokyseliny na 28. pozici a glulisin má uskutečněnou záměnu lysinu v poloze B3 a kyseliny glutamové v poloze B29. Krátkodobě působící inzulíny jsou jediné, které se mohou podávat i intravenózně. Existuje i analogum, které má ultra rychlý nástup a odeznění účinku např. Fiasp. Dále, se používají humánní inzulíny s prodlouženým účinkem. Jsou homogenně zakalené se střednědobě až dlouhodobě působícím účinkem, mají pozdější nástup účinku s odlišnou dobou trvání. Ve většině případech se bavíme o kombinaci s protaminem ve fosfátovém pufru nebo se zinkem v acetátovém pufru. Patří sem např. Insulatard, Novo Nordisk 10ml/1000ut, Humulin N, Insuman Basal. Mezi dlouhodobě působící patří např. inzulín glargin (Lantus, Toujeo), inzulín detemir (Levemir Penfil), inzulín degludek (Tresiba) (Marek, Vrablík a kol., 2019 s. 447).

Ke kvalitní léčbě je nezbytná správná volba inzulínu, stanovení vhodného režimu podávání inzulínu, edukace nemocného, spolupráce pacienta. Selfmonitoring pomocí vlastního glukometru, který by měl pacient provádět minimálně 4x denně. Pokud nedojde k dosažení uspokojivé hodnoty na lačno nad 6,0mmol/l a po jídle nad 9mmol/l, HbA nad 53mmol, je potřeba zjistit příčinu, změnu diety, zjištění fyzické aktivity, psychického stresu a nastavit, popřípadě nový léčebný plán (web, diab.cz, 2016).

1.7.3 Kombinovaná léčba diabetu 1. typu

Pacienty s onemocněním DM1T v dnešní době prakticky kombinací antidiabetik neléčíme. Základem léčby u těchto pacientů je inzulínoterapie. Z antidiabetik je využívána u pacientů s onemocněním DM1T pouze akarbóza, jejím účinkem je blokování štěpení sacharidů a může snižovat postprandiální glykémie (Karen a kol., 2014, s. 141).

1.8 Komplikace

Diabetické komplikace vznikají u pacientů s onemocněním DM. Většinou nevznikají do období puberty, ale až po 10 - ti letech trvání diabetu. Dělíme je na akutní, které vznikají náhle, a chronické, vyžadující ke svému vzniku chronickou hyperglykémii (Kudlová, 2015, s. 471).

1.8.1 Akutní komplikace

Představují závažnou situaci pro pacienta s ohrožením života. Nedostatečná kompenzace inzulínu byla před jeho objevením hlavní příčinou úmrtnosti diabetiků. Díky správné edukaci pacienta a možnosti sledování hladiny cukru v krvi (selfmonitoringu) klinický význam těchto komplikací ustoupil (Pitřhová, 2006 s. 1).

1.8.1.1 Hypoglykémie

Představuje patologický stav, kdy pacientova hladina cukru v krvi je nižší než 3,3 mmol/l). Jedná se o nejčastější komplikaci u nemocného s DM. Příčiny hypoglykémie mohou být různé, nejčastěji se jedná o vynechání, zapomenutí či nedostatek stravy, zvýšená fyzická aktivita, užití nadměrného množství alkoholu, snížená funkce ledvin nebo podání vysoké dávky inzulínu či perorálních antidiabetik. Následkem hypoglykémie je třes, pocení pacienta, tachykardie, křeče, zmatenost, nevolnost, agrese až porucha vědomí, koma nebo v nejzávažnějším případě smrt. Při vypořádání jakéhokoliv příznaku snížení hladiny cukru je nutné, aby pacient užil 10-20 g cukru, sušenku nebo sklenku sladkého nápoje. Pokud pacient není schopen užít sacharidy sám nebo patologický stav neustupuje do 15-20 minut, je nutné zavolat lékařskou pomoc, kde mu bude podána glukóza intravenózně popřípadě glukagon intramuskulárně (Karen, Svačina, 2018, s. 8).

1.8.1.2 Hyperglykémie

Při zvýšené hladině cukru nad 12mmol/l, kterou doprovází pocit žízně, pocení, suchost v dutině ústní a polyurie, se jedná o tzv. hyperglykémii. Představuje patologický stav ohrožující život pacienta, který je snadno přehlédnutelný. V případě prudkého vzestupu hladiny cukru v krvi je nezbytné vyhledat lékařskou pomoc. Důvodem tohoto stavu je obvykle podání nedostatečné dávky inzulínu nebo nedodržování dietního režimu (Psottová, 2012, s. 85–86).

1.8.1.3 Hyperglykemické koma

Představuje závažný metabolický rozvrat ohrožující pacienta na životě. Hyperglykemický (hyperosmální) stav je charakterizován vysokou hladinou cukru v krvi často vyšší než 50 mmol/l, vysokou hladinou plazmy (nad 320 mosmol/kg), žádnou nebo minimální hladinou ketolátek v moči a normální či lehce zvýšenou hodnotou bikarbonátu v plazmě (pod 18

mmol/l). Pacient je dehydratovaný se známky prerenální uremie a následnou poruchou vědomí až bezvědomí. Tento závažný stav může být způsoben např. nízkým příjmem tekutin při osmotické diuréze vyvolané hyperglykemií, cévní mozková příhoda, infarktem myokardu, kardiovaskulární či cerebrovaskulární komplikací atd. Vždy vyžaduje hospitalizaci pacienta na jednotce intenzivní metabolické péče. Při zvládnutí tohoto stavu je pacient spavý, pasivní a je nutná rehabilitace. Nemocný je ohrožen zánětlivými komplikacemi jako je např. bronchopneumonie (Karen, Svačina a kol. 2014, s. 81).

1.8.1.4 Diabetická ketoacidóza

Vzniká na podkladě absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu. Typickým znakem pro diabetickou ketoacidózu je tzv. triáda příznaků hyperglykémie, ketonemie a acidózy. Objevují se příznaky hyperglykémie jako je polydipsie, dehydratace, tachykardie, polyurie, malátnost, slabost, suchá teplá kůže, poruchy zraku, poruchy vědomí až koma a příznaky ketoacidózy např. nauzea, bolest břicha, paralytický ileus, zvracení, Kussmaulovo dýchání, zápach po acetonu. Symptomy se vyvíjejí během 24hodin nebo se mohou rozvinou velmi rychle během několika hodin. Minimální hodnota glykémie pro diabetickou ketoacidózu je 13,9 mmol/l, power of hydrogen (dále pH) krve nižší než 7,30, sérové bikarbonáty nižší než 18 mmol/l, v moči osmolalita séra nepřesahuje 320mOsm/kg a jsou vždy přítomny ketolátky v moči a krvi (Kudlová, 2015, s. 510–516).

1.8.2 Chronické komplikace

Pro prevenci chronických komplikací je velmi důležitá kompenzace DM. Jednou z hlavních příčin chronických komplikací jsou dlouhotrvající hyperglykémie, které vedou k poškození cév. Při poškození drobných cév dochází k vytvoření tzv. mikroangiopatických změn, u kterých může dojít k poškození dolních končetin, ledvin a očí. Pokud jsou zasaženy velké cévy, dochází k poškození tzv. makroangiopatických změn, které způsobí rozvoj aterosklerózy, kdy dochází ke vzniku např. ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody, infarktu myokardu, ... Pacient by měl dodržovat dietní režim, léčebný plán a preventivní opatření. Dalším faktorem pro snížení rizika komplikací je správná životospráva, která zahrnuje fyzickou aktivitu, vyhýbat se užívání alkoholu a tabákovým výrobkům (Psottová, 2012, s. 83–104).

Chronické komplikace diabetu lze rozdělit do dvou skupin:

Mikrovaskulární

- 1- Diabetická nefropatie.
- 2- Diabetická retinopatie.

3- Diabetická neuropatie.

Jedná se o komplikace, které se vyskytují většinou v pozdějších fázích DM, převážně u pacientů s nedostatečnou kompenzací DM.

Makrovaskulární

- 1- Ischemická choroba srdeční.
- 2- Cévní mozková příhoda.
- 3- Ischemická choroba dolních končetin (Karen a kol., 2018, s. 8).

1.8.2.1 Syndrom diabetické nohy

Pacienti s tímto problémem mají 2x vyšší mortalitu v porovnání s diabetiky, kteří touto komplikací netrpí. Nemocných se syndromem diabetické nohy (dále jen SDN) stoupá a v některých případech je nutná amputace, která zvyšuje riziko úmrtí. Jedná se o postižení, které nezatěžuje pouze dolní končetinu, ale celkový zdravotní stav pacienta (Perušičová, 2017, s.107).

Česká diabetologická společnost (dále ČDS) a Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (dále ČLS JEP) roku 2016 definuje SDN jako „Infekce, ulcerace nebo destrukce tkání nohou (tj. struktur pod kotníkem) u diabetiků asociovaná s diabetickou neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin“. Často jsou diagnostikováni pacienti se SDN s gangrény, ulceracemi na nohou nebo pacienti po amputacích. Tato komplikace je velmi závažná, protože podle poslední aktualizace Mezinárodního konsenzu se hojí pouze u 2/3 pacientů a 28 % končí amputací. Hlavními rizikovými faktory podílejícími se na vzniku diabetické nohy jsou diabetická angiopatie, diabetická neuropatie, infekce a snížená mobilita kloubů. Vznik ulcerací je způsoben těžkými deformity, edémy a hyperkeratózou. Všechny rizikové faktory vedou buďto ke zvýšení plantárnímu tlaku a třecích sil nebo k poruše kapilárního průtoku, která vede ke snížení tkáňové oxygenace. Dalšími příčinami bývají otlaky dolních končetin z důvodů nesprávné obuvi, spáleniny, drobné úrazy, dekubity, ragády a plísňové infekce. Posouzení hloubky ulcerace a přítomnost infekce můžeme určit pomocí klasifikace diabetické nohy podle Wagnera. Jedná se o klasifikaci, která obsahuje 5 stupňů:

- 1- Povrchová ulcerace (v dermis).
- 2- Hlubší ulcerace (penetrující do subkutánní tkáně), bez závažnější infekce.
- 3- Hluboká ulcerace (pod plantární fascií, pronikající do kostí a kloubů) nebo ulcerace povrchová se závažnou infekcí (flegmónou, arthritidou, abscesem, osteomyelitidou, tenditidou).

4- Gangréna (prsty, paty atd.).

5- Gangréna celé nohy.

Lze využít i jiné klasifikace, jako je například Texaská klasifikace syndromu diabetické nohy (web, diab.cz, 2016).

Pacient se SDN by měl dodržovat určitá preventivní opatření, např. vhodná obuv s pevnou a rovnou podrážkou, upřednostňování kožené obuvi fixující celou nohu. Kontrola obuvi, jestli neobsahuje cizí tělesa, novou obuv nosit maximálně 2 hodiny. Dodržovat přiměřenou tělesnou teplotu nohou (Fejfarová a kol., 2016, s. 1–8).

1.8.2.2 Diabetická retinopatie

Jedná se o komplikaci, která je nejčastější příčinou slepoty u pacienta. Podle autorů Karen, Svačina a kol. (2014, s. 54) „*V roce 2012 bylo v České republice evidováno 100 662 diabetiků s DR.*“ Nejtěžší forma byla zjištěna u 25 % pacientů. Ve stejném roce bylo zachyceno 2230 slepých diabetiků. Příčinou této komplikace u DM1T je kolísání hladiny cukru, především hyperglykemie. Pravidelné hyperglykémie vedou s přidruženými mechanismy k poškození sítnicové mikrocirkulace. Vysoká hladina glykémie zapříčiní vyšší krevní viskozitu a změnu plazmatických proteinů. Dále zvyšuje trombocytární agregaci, na které se podílejí i leukocyty s leukostázou. Změny způsobují poškození. První změny poškození sítnice se objevují již v ranných stádiích DM1T (Karen, Svačina a kol., 2014, s. 54–57).

Diabetická retinopatie se klasifikuje do čtyř stádií:

- Neproliferativní retinopatie – charakterizuje se drobnými aneurysmaty, krvácivými projevy uvnitř sítnice, flebopatií a zánětlivým výpotkem.
- Preproliferativní retinopatie – v tomto stádiu je typický vznik měkkého zánětlivého výpotku.
- Proliferativní retinopatie – probíhá zde tvorba nových cév.
- Diabetická makulopatie – vyznačuje se otokem retiny, kde dochází ke shromažďování proteinů a lipidů ve tvaru zánětlivých výpotků (Perušičová, 2012, s. 104–105).

Pro zachycení diabetické retinopatie se využívají oftalmologové biomikroskopické vyšetření očního pozadí na šterbinové lampě, fotografii očního fundu a fluorescenční angiografii. K léčbě diabetické retinopatie je zapotřebí kombinace režimového opatření, farmakoterapie ovlivnitelných rizikových faktorů a specializovanou oftalmologickou terapií (Štechová a kol., 2014, s. 58–59).

1.8.2.3 Diabetický nefropatie

Diabetická nefropatie je onemocnění vznikající na základě metabolické odchylky u diabetu. Projevuje se proteinurií, hypertenzí a postupným poklesem renálních funkcí. Nejčastěji se objevuje u pacientů v období 25-30 let od diagnostikování onemocnění DM1T. Diabetickou nefropatii dělíme do několika stádií dle albuminurie neboli proteinurie a stanovení funkce renálních funkcí. Klasifikujeme ji do čtyř následujících skupin:

- Incipientní nefropatie.
- Manifestní nefropatie.
- Renální insuficience.
- Chronické selhání ledvin a náhrada funkce (Štechová a kol, 2014, s. 58–59).

Diabetická nefropatie se projeví u 20–40 % pacientů s onemocněním DM. Velmi často se uplatňuje hyperglykémie, která vede ke změnám struktury a funkce glomerulů, tubulárních buněk, cév a intersticia. Uplatňují se i rizikové faktory, které můžeme rozdělit do dvou skupin na rizikové faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří:

- Arteriální hypertenze.
- Dyslipidemie.
- Hyperglykémie – nedostateční kompenzace DM.
- Nadváha nebo obezita.
- Vysoký příjem bílkovin stravou.
- Nikotinismus.

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří:

- Genetika.
- Přítomnost retinopatie.
- Mužské pohlaví.
- Pozitivní rodinná anamnéza.
- Doba trvání diabetu.
- Věk.

Základním faktorem pro diagnostiku tohoto onemocnění je albuminurie. Provádí se sběr moči za 8–24 hodin, ze kterého lze zjistit poměr koncentrace albuminu a kreatininu v moči. Poté se provádí celkové vyšetření nefrologem, měří se krevní tlak v ambulanci nebo 24hodinové

ambulantní měření. V případě prokázání diabetické nefropatie lékař stanoví léčebný plán, který je zaměřen na léčbu arteriální hypertenze, správná kompenzace diabetu a dietu s omezením bílkovin (Karen, Svačina a kol., 2014, s. 64–66).

1.8.2.4 Diabetická neuropatie

Štechová a kol. (2014, s. 59) definuje diabetickou neuropatie jako: „*Nezánětlivé poškození funkce a struktury periferních somatických či autonomních nervů na podkladě metabolicko-vaskulárních poruch u diabetu (mezinárodní konsenzus San Antonio 1998).*“ Typické pro rozvoj diabetické neuropatie je trvání onemocnění DM několik let. Diabetická neuropatie se dělí na 3 základní formy:

- Symetrická polyneuropatie – do této formy neuropatie patří autonomní neuropatie, senzomotorická, proximální a distální motorická, akutní bolestivá (diabetická neuropatická kachexie).
- Fokální a multifokální neuropatie – zahrnuje kraniální a thorakoabdominální neuropatie, neuropatie končetinových nervů.
- Smíšené formy (Karen a kol, 2014, s. 72–73).

Mezi klinické příznaky somatické periferní neuropatie řadíme parestezie a bolesti akrálních částí dolních končetin. U somatické senzitivní periferní neuropatie se objevují ztráty vnímání dotyku, bolesti, tlaku, chladu nebo vibrace (ztráta vibračního cití ukazuje na pokročilou neuropatii). Somatická motorická periferní neuropatie se projevuje nedostatečnou inervací interosseálních svalů nohy, zborcení nožní klenby až k deformitám s přítomností ataxie. Ke stanovení diagnózy diabetické neuropatie dochází v neurologickém zařízení pomocí různých elektrofyziologických testů a získané anamnézy lékařem od pacienta. Diagnózu je vhodné potvrdit neurologickým vyšetřením elektromyografem (dále EMG). Prevence diabetické neuropatie je optimální kompenzace DM a omezení nadměrného pití alkoholu. (Karen, Svačina, 2018, s. 9). K částečnému potlačení diabetické neuropatie lze docílit užíváním preparátů kyseliny thioktové a vhodné aplikace vitamínu B. Doporučují se podávat i antidepresiva, popřípadě k tlumení bolesti opioidy (Perušičová, 2012, s. 109–110).

2 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je předmětem medicíny, psychologie, politologie, techniky, ekonomie, sociologie a dalších věd. V minulosti byla pozornost směřována na vymizení a zmírnění utrpení nemocných a chudých, později začala zkoumat spokojenost člověk s prací a životem. V dnešní době se zabývá zkoumáním pohody, kvality života a štěstí (Ondrušová, 2011, s. 45).

Autorka Ondrušová (2011 s. 45) uvádí že: „*Jednou z položek, které jsou vyhodnocovány ve výzkumech Světové zdravotnické organizace zaměřených na kvalitu života (dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD), je i smysluplnost života.*“

2.1 Historie kvality života

Přemýšlení o tom, co je základními složkami blaha, se v minulosti dřív, než vědci zabývali filozofové a teologové. Antický pohled na téma kvalita života byl převážně sycený vnímáním subjektivní pohody jako nejvýraznějšího indikátoru kvality života. Cílem však stále zůstávalo komplexní vnímání celého problému. Pozornost se zaměřovala i ke strategiím, zvládnutí a postojům, péči o tělo, všeobecně sociálním aspektům s důrazem na potřebu nezávislosti jedince a ke spirituálním potřebám. V době středověku ovládlo filozofické myšlení křesťanství, kde největšími představiteli byli A. Aurelius a T. Akvinský. Ve své filozofii morálky navazoval T. Akvinský na Aristotela, který při rozhodování upřednostňoval rozum před vůlí. Osmnácté století se stalo dobou osvícenského myšlení a smyslem existence se stal život. Největší důraz kladl na jedince. Mezi hlavní hodnoty patřilo štěstí, seberealizace, nikoliv služba Bohu nebo králi. V tomto mezi největší představitel radíme I. Kanta, který zdůrazňoval, že mravní zákon pozvedá člověka nad pouhé přežití a dává jeho existenci svobodu a hodnotu. V devatenáctém století kladl se důraz na smysl života (Dvořáčková, 2012, s. 59).

Ve dvacátém století docházelo k samotnému vymezení pojmu ve spojení s ekonomickým rozmachem a funkcí státu. Zabývala se především celkovým vývojem finančních prostředků a vlivem státních dotací. V období koncem třicátých let se pojem kvalita života uvedl do psychologického oboru představitel Thorndikem. V šedesátých letech J. F. Kennedy a L. B. Johnson reprezentovali koncept kvality života a ten byl čím dál více chápán jako nemateriální rozměr života. V sedmdesátých letech došlo k prvnímu výzkumu v oblasti kvality života prostřednictvím oboru sociologie. Cílem bylo zjistit, jak lidé líčili své životy ve spojení s kvalitou života. V těchto letech se kvalita života, začala objevovat i v medicínských oborech. V osmdesátých letech se pojem dostává do oboru sociální psychiatrie. Pojem kvalita života je v tomto období využíváno jako měřítko pro hodnocení životní úrovně v populaci a hodnocení

vlastního vnímání. V devadesátých letech dochází k největšímu posunu, začínají se ve velké míře využívat výzkumy, které se zabývaly způsobem života a hodnotovým zaměřením (Heřmanová, 2012, s. 13–17).

2.2 Definice pojmu kvality života

Kvalita života je velmi široký pojem a můžeme ji definovat z různých úhlů pohledů. Dle autorky Ondrušové (2011, s. 45) lze říct že: „*Koncept kvality života má dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života souvisí s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalita života znamená naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví.*“ Jsou využívány tři přístupy, ke zkoumání kvality života: medicínský, psychologický a sociologický. Z oboru psychologie je kvalita života propojována s osobní pohodou, štěstím a spokojeností. Veenhoven vymezuje čtyři základní kvality života:

1. Životní předpoklady (šance).
2. Vnitřní kvality (individua).
3. Životní výsledky.
4. Vnější kvality (prostředí).

V sociologii jsou hlavními atributy sociální úspěšnost jako vzdělání, majetek atd. Kvalita života je zde chápána jako produkt souhry zdravotních, ekonomických, sociálních a environmentálních podmínek ovlivňující rozvoj populace (Ondrušová, 2011, s. 45–48). Autorka Dvořáčková (2012, s. 57) dále uvádí: „*Jestliže hovoříme o kvalitě života jako o mnohorozměrném fenoménu, můžeme hovořit o rozměru materiálním (biologický, neurofyzilogický, ekonomický), duchovním (etický, estetický), společenském a individuálním.*“ V medicíně a psychologii je pojem kvality života brán jako stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody. Není brán pouze jako nepřítomnost nemoci (Dvořáčková, 2012, s. 56–57).

2.3 Měření kvality života

Podle autorky Ondrušové (2011, s. 50) se odborníci shodují, že: „*Vymezení pojmu a volba měřicího nástroje v případě kvality života závisí na účelu měření. Nejčastější formou zkoumání kvality života je užití dotazníků a strukturovaných rozhovorů.*“ Na počátku 90. let zahájila činnost mezinárodní pracovní skupina World Health Organization Quality of Life Group (dále WHOQOL), která vytvořila dotazníky pro měření kvality života. Skupina se skládala z 15 zástupců výzkumných center z celého světa. Nejprve vytvořila instrument, který byl rozdělen do 6 oblastí (fyzické zdraví, nezávislost, prožívání, spiritualita, mezilidské vztahy a prostředí).

Dále se členil do 24 podoblastí. Byl vytvořen dotazník označující se World Health Organization Quality of Life Questionnaire (dále WHOQOL-100), který obsahoval 100 položek. Pro užívání dotazníku v klinických praxích se vytvořila zkrácená verze pod názvem WHOQOL-BREF. Tato verze obsahuje čtyři domény: prožívání, fyzické zdraví, sociální vztahy a prostředí (Ondrušová, 2011, s. 45–48).

Podle autorek Dragomirecké a Bartoňové (2006, s. 10) se kvalita života měří podle tří následujících hledisek:

„1- Jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností bariér a zdrojů okolí,

2- Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem,

3- Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.“

Prvnímu ukazateli náleží vzdělání, pocit bezpečí, pevnost v rodinném kruhu atd. Pokud dojde k nedostatku, může se stát, že klesnou pod určitou mez a ovlivní tak kvalitu života dané osoby. Celková spokojenost je přiřazována k životní úrovni a výsledku hodnot každého jedince ve všech oblastech, které považuje za podstatné. Do třetího ukazatele patří schopnost prožívání, navazování mezilidských vztahů, trávení volného času, fyzická aktivita. Pokud potřebujeme zjistit kvalitu života zdravotního stavu jedince, míru postižení, funkční stav se označuje jako „health-related quality of life“. The World Health Organization Quality of Life (dále WHOQOL) dotazníky obsahují objektivní hlediska zdravotního stavu pacienta o deskripci následků nemoci a efekt léčby. Následně dojde ke zhodnocení léčby z pohledu jedince, převážně zaměřené na chronické komplikace, které nejdou zcela vyléčit (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s.10).

2.3.1 Generické nástroje měření kvality života

Tyto nástroje mohou být využívány v kontextu ošetrovatelského výzkumu a praxe. Jako první byly v celosvětovém měřítku využívány převážně dva nástroje, a to Sickness Impact Profile – SIP a Nottingham Health Profile – NHP.

- **SIP (Sickness Impact Profile)** – tento nástroj byl vytvořen za účelem zhodnotit terapeutický efekt, farmakoekonomickou analýzu a jejich využití v oblasti zdravotní politiky. Je založen na 136 položkách, které se zaměřují na běžné denní aktivity člověka. Položky jsou rozděleny do 12 subškál (spánek, emocionální život, oddech,

pohybová aktivita, péče o tělo, péče o domácnost, sociální interakce, mobilita, komunikace, rekreační aktivity, práce, stravování).

- **Nottingham Health Profile (dále NHP)** – nástroj, který byl vytvořen v roce 1981 a zaměřen na tělesný, psychický a sociální distres. Vychází ze SIP, ale v porovnání s ním se více zaměřuje na změny v prožívání než na denní aktivity, obsahuje méně položek a tím je jednodušší pro vyplňování.
- **Short Form 36 Health Subject Questionnaire (dále SF-36)** – byl vytvořen v roce 1992 pro poskytování hodnocení týkajících se všeobecných konceptů souvisejících se zdravím, které nejsou charakteristické pro žádné onemocnění, typ léčebného režimu nebo věk (Gurková, 2011, s. 144–149).
- **WHOQOL-BREF** – jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100, která byla zkrácena kvůli využívání pro potřeby klinické praxe. Je sestaven z 26 položek, z nichž 24 položek je řazeno do 4 oblastí (prostředí, sociální oblasti, fyzické a sociální) a dvě položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Položky jsou hodnoceny od 1 do 5, čím vyšší číslo, tím vyšší kvalita života u člověka v dané oblasti. Výsledky dotazníku se označují jako doménové skóry, které zaznamenávají průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek včetně hodnot odpovědí z dvou samostatných položek, které jsou zaměřeny na zhodnocení kvality života, jako celku, ale i zdravotním stavem člověka (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 16–17).

2.3.2 Specifické nástroje měření kvality života

Specifický nástroj pro měření kvality života se snaží o identifikaci faktorů, ovlivňujících kvalitu života pacientů. Zaměřují se na hodnocení faktorů, které souvisí s konkrétním onemocněním. Podle autorky Gurkové (2011, s. 149) „*Mnohé studie (Garat, 2002, Watkins, 2014) potvrzují, že nástroje obsahující specifické domény, resp. subškály vycházející z podmínek vlivu a požadavků konkrétního onemocnění, dosahují větší citlivost měření a mají větší diskriminační validitu v porovnání s použitím generických nástrojů*“ U pacientů se specifickým onemocněním je vhodnější použít specifické nástroje měření kvality života týkající se daného onemocnění (Gurková, 2011, s. 144–149).

2.4 Kvalita života a diabetes mellitus

DM1T je onemocnění, které člověka doprovází až do jeho smrti. Jedná se o onemocnění týkající se nejen pacienta s DM1T, ale i jeho rodiny. U nemocných s tímto onemocněním hraje největší roli v jejich kvalitě života stres. Proto je velmi důležitá podpora rodiny a blízkých. Kvalitu života u diabetika také ovlivňuje časový faktor, kdy byla jeho nemoc diagnostikována, komplikace atd. DM1T působí na všechny oblasti kvality života (fyzická, psychická, sociální). Fyzická oblast kvality života je ohrožena převážně chronickými komplikacemi jako je: amputace končetiny, ztráta zraku, kardiologické a renální komplikace, ale také i akutní komplikace jako je: hypoglykemický stav. Pacient je ohrožen strachem ze smrti, budoucnosti a následky onemocnění. Nemocní jsou často podrážděni, uzavírají se do sebe, odmítají pomoc nebo vyžadují zvýšenou pozornost, neklidní až agresivní, což působí negativně na vztahy v rodině. Rodina pacienta by se měla zajímat o zdravotní stav jejich člena rodiny. Správná edukace, včasná léčba, spolupráce s rodinou a prevence komplikací vede k pozastavení onemocnění DM a dochází ke zlepšení kvality života u pacienta (Michalovová, Tkáčová, 2015, s. 36–37).

2.4.1 Nástroje na měření kvality života u pacienta s onemocněním DM

K měření kvality života u pacienta s onemocněním DM jsou často využívány generické nástroje jako je SF-36, WHO (dále Well Being Questionnaire) škála pohody, škála psychosociální adaptace na onemocnění (Psychosocial Adjustment to Illness Scale), SIP, NHP, EQ-5D atd.

Pro oblast širší, všeobecnější konceptualizace kvality života je doporučeno užívání těchto nástrojů:

- Diabetes-39 (dále D-39).
- Diabetes Care Profile (dále DCP).
- Diabetes Impact Management Scales (dále DIMS).
- Diabetes Quality of Life (dále DQOL).
- The Diabetes-Specific Quality of Life Scale (dále DSQoLS).

V oblasti výzkumu, který je zaměřen na specifické determinanty kvality života ve vztahu s DM jsou užívány následující nástroje:

- Appraisal of Diabetes Scale (dále ADS).
- Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life 19 (dále ADDQoL 19).
- Problem Areas in Diabetes Scale (dále PAID).
- The Diabetes Health Profile (dále DHP).

- Questionnaire od Stress in Patients with Diabetes-Revised (dále QSD-R).
- Well-Being Enquiry for Diabetics (dále WED).

Z hlediska porovnání jejich reliability a validity jsou užívány:

- D-39.
- ADS.
- ADDQoL.
- QSD-R.
- DSQoLS.
- Diabetes Health Profile (dále DHP1/18) (Gurková, 2011, s. 152).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRŮZKUMU

Průzkumná část bakalářské práce byla založena na anonymním dotazníkovém šetření, pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF za cílem zjistit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu. Dotazník byl doplněn sedmi sociodemografickými otázkami zabývající se pohlavím, věkem, rodinným stavem, nejvyšším dosaženým vzděláním, současným zaměstnáním, léčbou a délkou léčby DM1T.

3.1 Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF

Sběr dat pro dotazníkové šetření probíhal pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF (viz příloha 1). První podnět pro vytvoření tohoto dotazníku dal Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 17–23).

Jedná se o zkrácenou verzi 100 položkového dotazníku WHOQOL-100, který byl rozdělen do 6 oblastí (fyzické zdraví, nezávislost, prožívání, spiritualita, mezilidské vztahy a prostředí). Později byla vytvořena zkrácená verze s názvem WHOQOL-BREF, protože se ukázalo, že dotazník WHOQOL-100 je pro klinickou praxi příliš dlouhý. Jedná se o verzi, která již neobsahuje 6 oblastí, ale pouze 4 (fyzické zdraví, sociální vztahy, prožívání a prostředí) (Ondrušová, 2011, s. 45–48).

WHOQOL-BREF dotazník představuje výběr 26 kroužkovacích otázek, ze kterých 24 otázek zastupují domény, další dvě se vztahují k celkové kvalitě života a zdravotnímu stavu, které jsou hodnoceny a postaveny samostatně. Položky jsou hodnoceny od 1 do 5, kdy vyšší číslo představuje vyšší hodnotu kvality života, a naopak nižší číslo představuje nižší kvalitu života člověka. Dotazník by měl být vyplňován v tiché místnosti bez hluku, není možné měnit pořadí položek ani znění škál. Vyplnění dotazníku trvá zhruba 5 minut, formou rozhovoru 15–20 minut. K vyhodnocení WHOQOL-BREF je potřeba spočítat průměrné hrubé skóry jednotlivých domén, které jsou standardizované průměrné hodnoty položek příslušných každé doméně. Pro první doménu „fyzické zdraví“ založenou na sedmi položkách se bude tento průměrný hrubý skór počítat ze sedmi položek (q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18). Následující doména „Prožívání“ bude průměrným hrubým skórem ze šesti položek (q5, q6, q7, q11, q19 a q26). Třetí doména „Sociální vztahy“ má průměrný hrubý skór ze tří položek (q21, q22 a q23). V poslední doméně „Prostředí“ bude průměrný hrubý skór vypočítán z osmi položek (q8, q9, q12, q13, q24 a q25). Rozmezí hrubého skóru u domén se pohybuje od minimální hodnoty 4

do maximální hodnoty 20, kdy vyšší hodnota poukazuje na vyšší kvalitu života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 17–23).

3.2 Sociodemografické otázky

Druhá část průzkumu bakalářské práce je založena na dotazníku obsahující sociodemografické otázky (viz příloha 1). Celkem bylo rozdáno 100 tiskopisů, vrátilo se 98 a 18 jich muselo být vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Celkem 40 dotazníků bylo rozdáno v diabetologické poradně, 20 na kardiologickém oddělení a 20 na interním oddělení. Dotazník obsahuje sedm otázek zjišťující informace o jedinci.

Sociodemografické otázky:

- Pohlaví.
- Věk.
- Rodinný stav.
- Nejvyšší dosažené vzdělání.
- Současné zaměstnání.
- Léčba.
- Délka léčby.

3.3 Popis průzkumného souboru

Průzkumná část se skládá z celkového počtu 80 respondentů, kteří splňují tyto podmínky:

- Diabetes mellitus 1. typu.
- Věk 18 let a více.
- Léčba inzulinem nebo kombinovaná léčba.
- Souhlasili se zapojením do dotazníkového šetření.

3.4 Průzkumné šetření

Průzkumné šetření bakalářské práce bylo provedeno na kardiologickém oddělení, interním oddělení a v diabetologické poradně po dobu necelých 3 měsíců, od 26.11.2021 do 20.2.2022. Nejprve bylo potřeba podat žádost o provedení průzkumu a získat souhlasy od vedoucích pracovníků na daných odděleních. Pokud respondent splňoval všechna kritéria, byl autorem průzkumného šetření seznámen s informacemi dotazníkového šetření, poučen o využití a vyplnění dotazníků. Každý pacient byl obeznámen, se skutečností že dotazníky jsou anonymní a během vyplňování může kdykoliv z dotazníkového šetření bez dopadu na ošetrovatelskou péči odstoupit. Při vyplňování dotazníku byl pacient umístěn na klidné místo po dobu 20 minut

dle uvedených standardů dotazníku, avšak průměrně po 5-10 minutách byl dotazník vyplněn. Během vyplňování měl respondent možnost zodpovězení veškerých dotazů autorem práce a jejich odpovědi nebyli nijak ovlivněna. Po vyplnění dotazníku pacient vhodil dotazník do zapečetěného boxu, který byl umístěn na předem určeném a označeném místě.

3.5 Zpracování a vyhodnocení získaných dat

Vyhodnocení dat dotazníkového šetření bylo zpracováno a vyhodnocováno pomocí relativní a absolutní četnosti do tabulek v aplikacích Microsoft Office Word 2019 a Microsoft Office Excel 2019. Poté byly vypočteny průměrné hodnoty jednotlivých domén a následně porovnány s populační normou (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41).

4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Vyhodnocení výsledků standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF je prostředkováno pomocí zhotovených tabulek, kde zvýrazněné hodnoty znázorňují největší četnost v dané položce. Následně jsou vyhodnoceny i domény (viz. Tabulka 27, 28, 29, 30) s populační normou a průměrnou hodnotou (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41).

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

Tabulka 1 - Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi špatná	0	0 %
2 - špatná	3	4 %
3 - ani špatná ani dobrá	17	21 %
4 - dobrá	51	64 %
5 - velmi dobrá	9	11 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života“ (viz tabulka 1) odpovědělo 9 respondentů (11 %), že jejich kvalita života je velmi dobrá. Jako dobrou kvalitu života označilo 51 respondentů (64 %), ani dobrou ani špatnou vyznačilo 17 respondentů (21 %) a 3 respondenti (4 %) považují svou kvalitu života za špatnou. Odpověď „velmi špatná“ neoznačil žádný respondent (0 %).

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	0	0 %
2 - nespokojený/á	11	14 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	46	57 %
4 - spokojený/á	23	29 %
5 - velmi spokojený/á	0	0 %
Celkem	80	100 %

Na otázku č. 2 „Jak spokojený/á jste se svým zdravím?“ (viz tabulka 2) neodpověděl žádný respondent (0 %) že je velmi spokojený/á se svým zdravím. Odpověď „spokojený/á“ označilo 23 respondentů (29 %). Celkem 46 respondentů (57 %) odpovědělo, že nejsou ani spokojení ani nespokojení se svým zdravím, 11 respondentů (14 %) jsou se svým zdravím nespokojení. Nikdo nebyl velmi nespokojení se svým zdravím (0 %).

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - v obrovské míře	0	0 %
2 - velmi	4	5 %
3 - středně	34	42 %
4 - málo	27	34 %
5 - vůbec ne	15	19 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?“ (viz tabulka 3) odpovědělo 15 respondentů (19 %) „vůbec ne“, 27 respondentů (34 %) označilo „málo“. Nejvíce, a to 34 respondentů (42 %), odpovědělo „středně“, 4 respondenti (5 %) vyznačilo odpověď „velmi“ a nikdo (0 %) neodpověděl první možností „v obrovské míře“.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - v obrovské míře	19	24 %
2 - velmi	18	22 %
3 - středně	29	36 %
4 - málo	11	14 %
5 - vůbec ne	3	4 %
Celkem	80	100 %

U otázky „Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?“ (viz tabulka 4) zvolili 3 respondenti (4 %) možnost, že vůbec nepotřebují léčbu, aby fungovali v běžném životě. Odpověď „málo“ označilo 11 respondentů (14 %), 29 respondentů (36 %) vybralo „středně“, 18 respondentů (22 %) „velmi“ a „v obrovské míře“ odpovědělo celkem 19 respondentů (24 %).

Otázka č. 5 - Jak moc Vás baví život?

Tabulka 5 - Jak moc Vás baví život?

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	4	5 %
2 - málo	4	5 %
3 - středně	20	25 %
4 - velmi	30	38 %
5 - v obrovské míře	22	27 %
Celkem	80	100 %

Na otázku č. 5 „Jak moc Vás baví život?“ (viz tabulka 5) odpovědělo 22 respondentů (27 %), že je život baví v obrovské míře, 30 respondentů (38 %) označilo „velmi“. Odpověď „středně“ zvolilo 20 respondentů (25 %), celkem 4 respondenty (5 %) baví život málo a „vůbec ne“ odpověděli také 4 respondenti (5 %).

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	5	6 %
2 - málo	6	7 %
3 - středně	13	16 %
4 - velmi	38	48 %
5 - v obrovské míře	18	23 %
Celkem	80	100 %

Na otázku č. 6 „Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?“ (viz tabulka 6) označilo 18 respondentů (23 %), že jejich život má smysl v obrovské míře. Odpověď „velmi“ užilo 38 respondentů (48 %), třetí možnost, a to „středně“, zvolilo 13 respondentů (16 %), málo“ zodpovědělo 6 respondentů (7 %). Vůbec žádný smysl odpovědělo během dotazníkového šetření 5 respondentů (6 %).

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

Tabulka 7 - Jak dobře jste schopen/a se soustředit?

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	3	4 %
2 - málo	11	14 %
3 - středně	26	32 %
4 - velmi	29	36 %
5 - v obrovské míře	11	14 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Jak dobře jste schopen/a se soustředit?“ (viz tabulka 7) celkem odpovědělo 11 respondentů (14 %) „v obrovské míře“. Velmi dobře je schopno se soustředit 29 respondentů (36 %), o 3 respondenti méně a to 26 pacientů (32 %) označilo „středně“. Odpověď „málo“ užílo během šetření 11 respondentů (14 %) a vůbec nejsou schopni se soustředit 3 respondenti (4 %).

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	1	1 %
2 - málo	9	11 %
3 - středně	33	42 %
4 - velmi	29	36 %
5 - v obrovské míře	8	10 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?“ (viz tabulka 8) odpovědělo 8 respondentů (10 %), že se cítí bezpečně ve svém každodenním životě v obrovské míře. Celkem 29 respondentů (36 %) označilo „velmi“. Během dotazníkového šetření uvedlo 33 respondentů (42 %) možnost „středně“ 9 respondentů (11 %) se cítí málo v bezpečí ve svém každodenním životě a 1 respondent (1 %) se vůbec necítí bezpečně.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	1	1 %
2 - málo	11	14 %
3 - středně	35	44 %
4 - velmi	28	35 %
5 - v obrovské míře	5	6 %
Celkem	80	100 %

U otázky „Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?“ (viz tabulka 9) uvedlo 5 respondentů (6 %) „v obrovské míře. Velmi zdravé fyzické prostředí, ve kterém pacient žije, označilo 28 respondentů (35 %). Celkem 35 respondentů (44 %) užilo odpověď „středně“, málo zdravé fyzické prostředí označilo 11 respondentů (14 %). Odpověď „vůbec ne“ odpověděl během dotazníkového šetření 1 respondent (1 %).

Otázka č. 10 - Máte dost energie pro běžný život?

Tabulka 10 - Máte dost energie pro běžný život?

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	2	2 %
2 - málo	11	14 %
3 - přiměřeně	36	45 %
4 - většinou	24	30 %
5 - naprosto	7	9 %
Celkem	80	100 %

Na otázku č. 10 „Máte dost energie pro běžný život?“ (viz tabulka 10) odpovědělo 7 respondentů (9 %), že má naprosto dost energie pro běžný život, 24 respondentů (30 %) vybralo odpověď „většinou“. Celkem 36 respondentů (45 %) má přiměřeně dost energie pro běžný život, málo energie označilo 11 respondentů (14 %) a „vůbec ne“ odpověděli 2 respondenti (2 %).

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	1	1 %
2 - málo	6	8 %
3 - přiměřeně	21	26 %
4 - většinou	27	34 %
5 - naprosto	25	31 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?“ (viz tabulka 11) odpovědělo celkem 25 respondentů (31 %), že jsou schopni naprosto přijmout svůj fyzický vzhled, většinou je schopno přijmout svůj fyzický vzhled 27 respondentů (34 %). Odpověď „přiměřeně“ užilo 21 respondentů (26 %), 6 respondentů (8 %) označilo odpověď „málo“. Vůbec není schopen přijmout svůj fyzický vzhled 1 respondent (1 %).

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	1	1 %
2 - málo	10	13 %
3 - přiměřeně	29	36 %
4 - většinou	28	35 %
5 - naprosto	12	15 %
Celkem	80	100 %

U otázky „Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?“ (viz tabulka 12), uvedlo celkem 12 respondentů (15 %) „naprosto“, 28 respondentů (35 %) označilo odpověď „většinou“. Přiměřeně dost peněz na to, aby uspokojili své potřeby, vybralo 29 respondentů (36 %), „málo“ odpovědělo 10 respondentů (13 %) a odpověď „vůbec ne“ označil 1 respondent (1 %).

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	0	0 %
2 - málo	1	1 %
3 - přiměřeně	27	34 %
4 - většinou	36	45 %
5 - naprosto	16	20 %
Celkem	80	100 %

Na otázku č. 13 „Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ (viz tabulka 13) odpovědělo 16 respondentů (20 %) „naprosto“, 36 respondentů (45 %) označilo, že jsou většinou dostupné informace pro každodenní život. Celkem 27 respondentů (34 %) zvolilo odpověď „přiměřeně“, 1 respondent (1 %) odpověděl, že jsou pro něj informace málo dostupné, a žádný (0 %) respondent neodpověděl „vůbec ne“.

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

Tabulka 14 - Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - vůbec ne	1	1 %
2 - málo	18	23 %
3 - přiměřeně	20	25 %
4 - většinou	29	36 %
5 - naprosto	12	15 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?“ (viz tabulka 14) odpovědělo 12 respondentů (15 %), že mají naprosto dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů, nejvíc respondentů a to 29 (36 %), označilo odpověď „většinou“. Třetí možnost „přiměřeně“ zvolilo 20 respondentů (25 %), 18 respondentů (23 %) má málo příležitosti pro rozvíjení svých zájmů a 1 respondent (1 %) odpověděl „vůbec ne“ během dotazníkového šetření.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi špatně	0	0 %
2 - špatně	9	11 %
3 - ani špatně ani dobře	19	24 %
4 - dobře	29	36 %
5 - velmi dobře	23	29 %
Celkem	80	100 %

Na otázku č. 15 „Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?“ (viz tabulka 15) odpovědělo 23 respondentů (29 %) „velmi dobře“. Z celkového počtu respondentů označilo 29 respondentů (36 %) odpověď „dobře“, 19 respondentů (24 %) užílo možnost „ani špatně ani dobře“. Možnost „špatně“ vybralo 9 respondentů (11 %) a velké potíže při pohybu mimo domov neuvedl ani jeden respondent (0 %).

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	2	2 %
2 - nespokojený/á	16	20 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	35	44 %
4 - spokojený/á	23	29 %
5 - velmi spokojený/á	4	5 %
Celkem	80	100 %

U otázky „Jak spokojený/á jste se svým spánkem?“ (viz tabulka 16) označili 4 respondenti (5 %), že jsou velmi spokojeni se svým spánkem, 23 respondentů (29 %) uvedlo, že jsou spokojeni. Ani spokojeno ani nespokojeno se svým spánkem během dotazníkového šetření bylo 35 respondentů (44 %), 16 respondentů (20 %) označilo odpověď „nespokojený/á a 2 respondenti (2 %) uvedli, že jsou velmi nespokojeni se svým spánkem.

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

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

Odpověď respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	2	3 %
2 - nespokojený/á	13	16 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	28	35 %
4 - spokojený/á	33	41 %
5 - velmi spokojený/á	4	5 %
Celkem	80	100 %

U otázky s číslem 17 „Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?“ (viz tabulka 17) uvedli 4 respondenti (5 %), že jsou velmi spokojeni s tím, jak jsou schopni vykonávat každodenní aktivity. Nejvíce, a to 33 respondentů (41 %), zvolilo odpověď „spokojený/á“, ani spokojení a ani nespokojení s tím, jak jsou schopni vykonávat každodenní aktivity bylo během dotazníkového šetření 28 respondentů (35 %). Nespokojených bylo 13 pacientů (16 %) a 2 respondenti (3 %) označili možnost „velmi nespokojený/á“.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	2	2 %
2 - nespokojený/á	14	18 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	20	25 %
4 - spokojený/á	34	43 %
5 - velmi spokojený/á	10	12 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?“ (viz tabulka 18) odpovědělo 10 respondentů (12 %), že jsou velmi spokojení schopností pracovat, 34 respondentů (43 %) uvedlo, že jsou spokojení. Ani spokojeno a ani nespokojeno se svou schopností pracovat bylo 20 respondentů (25 %), 14 respondentů (18 %) zvolilo možnost „nespokojený/á“ a 2 respondenti (2 %) sdělili, že jsou velmi nespokojení se svou schopností pracovat.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	1	1 %
2 - nespokojený/á	10	12 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	22	28 %
4 - spokojený/á	44	55 %
5 - velmi spokojený/á	3	4 %
Celkem	80	100 %

U otázky „Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?“ (viz tabulka 19) odpověděli 3 respondenti (4 %), že jsou velmi spokojení sami se sebou, 44 respondentů (55 %) zvolilo možnost „spokojený/á“. Odpověď „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ se vyskytla během dotazníkového šetření u 22 respondentů (28 %), 10 respondentů (12 %) uvedlo, že jsou nespokojení sami se sebou a 1 respondent (1 %) je velmi nespokojený sám se sebou.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	1	1 %
2 - nespokojený/á	5	6 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	16	20 %
4 - spokojený/á	41	52 %
5 - velmi spokojený/á	17	21 %
Celkem	80	100 %

Na otázku č. 20 „Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?“ (viz tabulka 20) odpovědělo 17 respondentů (21 %) „velmi spokojený/á“, 41 respondentů (52 %) uvedlo, že jsou spokojení se svými osobními vztahy. Odpověď „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ označilo celkem 16 respondentů (20 %), 5 respondentů (6 %) zvolilo možnost „nespokojený/á“ a 1 respondent (1 %) uvedl, že je velmi nespokojený se svými osobními vztahy.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	3	4 %
2 - nespokojený/á	6	7 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	31	39 %
4 - spokojený/á	25	31 %
5 - velmi spokojený/á	15	19 %
Celkem	80	100 %

U otázky č. 21 „Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?“ (viz tabulka 21) uvedlo 15 respondentů (19 %), že jsou velmi spokojeni se svým sexuálním životem. Celkem 25 respondentů (31 %) zvolilo možnost „spokojený/á“ se svým sexuálním životem, „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ bylo 31 respondentů (39 %). Druhou možnost „nespokojený/á“ označilo 6 respondentů (7 %) a 3 respondenti (4 %) zvolili, že jsou velmi nespokojení.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	0	0 %
2 - nespokojený/á	6	8 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	13	16 %
4 - spokojený/á	44	55 %
5 - velmi spokojený/á	17	21 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?“ (viz tabulka 22) odpovědělo 17 respondentů (21 %), že jsou velmi spokojeni s podporou, kterou jim poskytují jejich přátelé, 44 respondentů (55 %) uvedlo, že jsou spokojeni se podporou svých přátel. Celkem 13 respondentů (16 %) označilo neutrální možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“, nespokojení s podporou svých přátel je 6 respondentů (8 %) a nikdo (0 %) není velmi nespokojený.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	0	0 %
2 - nespokojený/á	2	2 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	8	10 %
4 - spokojený/á	43	54 %
5 - velmi spokojený/á	27	34 %
Celkem	80	100 %

U otázky č. 23 „Jak spokojený/á jste se svým bydlením?“ (viz tabulka 23) uvedlo 27 respondentů (34 %), že jsou velmi spokojeni se svým bydlením, 42 respondentů (54 %) je spokojeno s bydlením. Celkem 8 respondentů (10 %) zvolilo možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“, 2 respondenti (2 %) jsou nespokojeni se svým bydlením a nikdo (0 %) není velmi nespokojený.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	0	0 %
2 - nespokojený/á	4	5 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	6	7 %
4 - spokojený/á	42	53 %
5 - velmi spokojený/á	28	35 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?“ (viz tabulka 24) odpovědělo 28 respondentů (35 %), že jsou velmi spokojeni s dostupností svých zdravotní péče, nejvíce respondentů, a to 42 (53 %), zvolilo možnost „spokojený/á“. Během dotazníkového šetření odpovědělo 6 respondentů (7 %) neutrálně „ani spokojený/á ani nespokojený/á“, 4 respondenti (5 %) jsou nespokojeni s dostupností svých zdravotní péče a nikdo (0 %) není velmi nespokojený.

Otázka č. 25 – **Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?**

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - velmi nespokojený/á	2	2 %
2 - nespokojený/á	2	2 %
3 - ani spokojený/á ani nespokojený/á	17	22 %
4 - spokojený/á	44	55 %
5 - velmi spokojený/á	15	19 %
Celkem	80	100 %

U otázky č. 25 „Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?“ (viz tabulka 25) uvedlo 15 respondentů (19 %), že jsou velmi spokojení s tím, jak se jim daří dostat se tam, kam potřebují, 44 respondentů (55 %) odpovědělo, že jsou spokojení. Celkem 17 respondentů (22 %) zvolilo možnost třetí „ani spokojený/á ani nespokojený/á“, 2 respondenti (2 %) uvedli, že jsou nespokojení s tím, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují, a 2 respondenti (2 %) jsou velmi nespokojení.

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

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

Odpověď respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - stále	1	1 %
2 - velmi často	6	8 %
3 - celkem často	17	21 %
4 - zřídka	48	60 %
5 - nikdy	8	10 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?“ (viz tabulka 26) odpovědělo celkem 8 respondentů (10 %), že neměli nikdy negativní pocit jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese. Dále 48 respondentů (60 %) uvedlo, že mají zřídka pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese. Celkem často má negativní pocity 17 respondentů (21 %), 6 respondentů (8 %) zvolilo možnost „velmi často“ a 1 respondent (1 %) uvedl přítomnost negativních pocitů neustále.

Doména 1 - fyzické zdraví

V dalších tabulkách (viz tabulka 27, 28, 29, 30) lze vidět zobrazený průměr hodnot s populační normou u jednotlivých otázek pro jednotlivé domény. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41).

Tabulka 27 - fyzické zdraví

Otázka	Celkem	Populační norma
č. 3. Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	3,70	4,03
č. 4. Jak moc potřebujete určitou léčbu, abyste mohl vykonávat aktivity v běžném životě?	2,50	4,16
č. 10. Máte dostatek energie pro běžný život?	3,28	3,62
č. 15. Jak moc Vám dělá potíže pohybovat se mimo domov?	3,81	4,27
č. 16. Jak jste spokojený/á se svým spánkem?	3,16	3,61
č. 17. Jak jste spokojený/á s vykonáváním každodenních činností?	3,3	3,76
č. 18. Jak spokojený/á jste se svými pracovními schopnostmi?	3,46	3,76

Tabulka (viz tabulka 27) – „fyzické zdraví“ znázorňuje průměrné hodnoty u otázek č. 3, č. 4, č. 10, č. 15, č. 16, č. 17, č. 18, které je součástí domény 1 „fyzické zdraví“ vyskytující se ve standardizovaném dotazníku WHOQOL-BREF.

Doména 2 – prožívání

Tabulka 28 - prožívání

Otázka	Celkem	Populační norma
č. 5. Jak moc Vás baví Váš život?	3,76	3,83
č. 6. Jak moc má podle Vás život smysl?	3,7	3,86
č. 7. Jak jste schopný/á se soustředit?	3,43	3,55
č. 11. Do jaké míry jste schopný/á akceptovat Váš vzhled?	3,86	3,90
č. 19. Jak moc jste spokojený/á sám/sama se sebou?	3,48	3,57
č. 26. Do jaké míry Vás doprovází negativní pocity (nepříjemná nálada, beznaděj, obava, deprese)?	3,70	3,47

Tabulka (viz tabulka 28) – „prožívání“ zobrazuje průměrné hodnoty u otázek č. 5, č. 6, č. 7, č. 11, č. 19, č. 26 ze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Tyto otázky jsou zahrnuty v doméně 2, která se zabývá oblastí „prožívání“.

Doména 3 – sociální vztahy

Tabulka 29 - sociální vztahy

Otázka	Celkem	Populační norma
č. 20. Jak moc jste spokojený/á se svými osobními vztahy?	3,86	3,75
č. 21. Jak moc jste spokojený/á se svým sexuálním životem?	3,54	3,64
č. 22. Jak spokojený/á jste s podporou, která je vám poskytována přáteli?	3,90	3,85

Tabulka (viz tabulka 29) zobrazuje průměrné hodnoty otázek č. 20, č. 21, č. 22, které jsou znázorněny v doméně 3. Tato doména se zabývá oblastí „sociální vztahy“, vyskytující se v dotazníku WHOQOL-BREF.

Doména 4 – prostředí

Tabulka 30 - prostředí

Otázka	Celkem	Populační norma
č. 8. Do jaké míry se cítíte bezpečně ve svém životě?	3,43	3,24
č. 9. Jak zdravé je Vaše prostředí, ve kterém žijete?	3,31	2,85
č. 12. Máte dost finančních prostředků na uspokojení svých potřeb?	3,5	2,87
č. 13. Jak moc jsou pro Vás běžné informace dostupné?	3,83	3,87
č. 14. Máte dostatek možností pro rozvoj svých zájmů?	3,41	3,33
č. 23. Jak spokojený/á jste s bydlením, ve kterém žijete?	4,16	3,54
č. 24. Jak jste spokojený/á s přístupností Vaší zdravotní péče?	4,18	3,70
č. 25. Do jaké míry jste spokojený/á s možností dostat se na místo, kam potřebujete?	3,86	3,19

Tabulka (viz tabulka 30) – „prostředí“ ukazuje průměrné hodnoty otázek č. 3, č. 9, č. 12, č. 13, č. 14, č. 23, č. 24, č. 25, které jsou zobrazeny v dotazníkovém šetření WHOQOL-BREF v doméně 4, která se zabývá oblastí „prostředí“.

VYHODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM DIABETES MELLITUS 1. TYPU

Tabulka 31 - Vyhodnocení průměrných hodnot dle domén

	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4
Hodnota celkem	13,26	14,62	15,07	14,84
Spodní norma	14,3	13,6	13,5	12,3
Horní norma	16,8	16,0	16,4	14,3

Tabulka (tabulka viz 31) udává průměrné hodnoty v určitých doménách z celkového počtu respondentů zúčastněných se průzkumného šetření. Dle výsledků byla nejlépe hodnocená doména číslo 3 s názvem „sociální vztahy“, které vyšla hodnota 15,07 nad uvedenou normu. Tato doména obsahuje otázky týkající se osobních vztahů, sexuálního života a podpory ze strany přátel. Doméně „fyzické zdraví“ vyšla nejnižší hodnota 13,26. Ani jedna doména nevyšla pod spodní hranici dle příručky (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42).

5 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ SOCIODEMOGRAFICKÝCH POLOŽEK

1. Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 32 - Jaké je Vaše pohlaví?

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	40	50 %
Muž	40	50 %
Celkem	80	100 %

Průzkumného šetření se zúčastnilo 80 respondentů (viz tabulka č. 32), z toho 40 mužů (50 %) a 40 žen (50 %).

2. Uveďte Váš věk:

Tabulka 33 – Věk

Věkové kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Věk 18–22	3	4 %
Věk 23–27	7	9
Věk 28–32	4	5 %
Věk 33–37	8	10 %
Věk 38–42	9	11 %
Věk 43–47	14	18 %
Věk 48–52	5	6 %
Věk 53–57	6	7 %
Věk 58–62	6	7 %
Věk 63–67	3	4 %
Věk 68–72	4	5 %
Věk 73–77	7	9 %
Věk 78–82	4	5 %
Celkem	80	100 %

Nejpočetnější věkovou skupinu tvořili pacienti ve věku 43–47 let, kde bylo zaznamenáno celkem 14 respondentů (18 %). Druhá nejpočetnější skupina s celkovým počtem 9 respondentů

(11 %) byla ve věkovém rozmezí 38–42 let, interval v rozmezí 33–37 let zaznamenal 8 diabetiků (10 %). Ve věkových skupinách 23–27 a 73–77 let bylo 7 pacientů (9 %). 6 respondentů (7 %) se nacházelo ve věkovém rozmezí 53–57 let a 58–62 let. V intervalu 48–52 let bylo zaznamenáno celkem 5 respondentů (6 %). 4 diabetici (5 %) byli v intervalech 28–32 let a 68–72 let. K nejméně početným skupinám s pouhými 3 respondenty (4 %) patřily intervaly 18–22 let a 63–67 let. (Viz obrázek 33)

Rozmezí intervalu bylo vypočítáno podle vzorce $h \approx 0,08 * R$, který uvádí autor Chráska (2016, s. 35), kdy R (variační šíře) představuje rozdíl mezi největší a nejmenší naměřenou hodnotou. Vypočítaná hodnota R vyšla 5. (viz tabulka 33)

3. Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 34 - Jaký je Váš rodinný stav?

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný/á	16	20 %
Ženatý/á	44	55 %
Rozvedený/á	8	10 %
Vdovec/vdova	12	15 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Jaký je Váš rodinný stav“ (viz tabulka 34) odpovědělo 12 respondentů (15 %), že je vdovec/vdova, 8 respondentů (10 %) je rozvedených, 44 respondentů (55 %) ženatých a 16 respondentů (20 %) svobodných.

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 35 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	7	9 %
Středoškolské vzdělání, bez maturity	15	19 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	33	41 %
Vyšší odborné vzdělání	9	11 %
Vysokoškolské vzdělání	16	20 %
Celkem	80	100 %

U otázky „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“ (viz tabulka 35) bylo zjištěno, že 16 respondentů (20 %) má vysokoškolské vzdělání, 9 respondentů (11,25 %) dosáhlo vyššího odborného vzdělání. Celkem 33 respondentů (41,25 %) získalo středoškolské vzdělání s maturitou, 15 respondentů (18,75 %) obdrželo středoškolské vzdělání bez maturity a 7 respondentů (8,75 %) má základní vzdělání.

5. Jaké je Vaše současné zaměstnání.

Tabulka 36 - Jaké je Vaše současné zaměstnání.

Současné zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zaměstnaný/á	46	57 %
Nezaměstnaný/á	0	0 %
Invalidní důchodce/důchodkyně	11	14 %
Důchodce/ důchodkyně	19	24 %
Mateřská dovolená	4	5 %
Celkem	80	100 %

Během dotazníkového šetření na otázku „Jaké je Vaše současné zaměstnání?“ (viz tabulka 36) odpověděli 4 respondenti (5 %), že bylo na mateřské dovolené, 19 respondentů (23,75 %) zvolilo možnost „Důchodce/ důchodkyně“. Celkem 11 respondentů (13,75 %) uvedlo odpověď „Invalidní důchodce/důchodkyně“, žádný respondent (0 %) během průzkumného šetření nebyl nezaměstnaný a 46 respondentů (57,5 %) bylo zaměstnaní.

6. Jakou léčbu užíváte při nemocnění diabetes mellitus?

Tabulka 37 - Jakou léčbu užíváte při nemocnění diabetes mellitus?

Léčba při nemocnění diabetes mellitus 1. typu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Léčba pomocí Inzulínu	73	91 %
Kombinovaná léčba (Inzulín x PAD)	7	9 %
Celkem	80	100 %

U otázky č. 6 „Jakou léčbu užíváte při onemocnění diabetes mellitus?“ (viz tabulka 37) odpovědělo 7 respondentů (8,75 %), že jejich léčba je kombinovaná, a 73 respondentů (91,25 %) užívá inzulín.

7. Kolik let se léčíte s diabetem mellitem 1. typu?

Tabulka 38 - Kolik let se léčíte s diabetem mellitem 1. typu?

Kolik let se léčíte s diabetem mellitem 1. typu	Absolutní četnost	Relativní četnost
4–7 let	11	14 %
8–11 let	4	5 %
12–15 let	7	9 %
16–19 let	3	4 %
20–23 let	17	21 %
24–27 let	3	4 %
28–31 let	9	11 %
32–35 let	4	5 %
36–39 let	8	10 %
40–43 let	8	10 %
44–47 let	0	0 %
48–51 let	4	5 %
52–55 let	1	1 %
56–59 let	1	1 %
Celkem	80	100 %

Na otázku „Kolik let se léčíte s diabetem mellitem 1. typu?“ (viz tabulka 38) odpovědělo 17 respondentů (21 %), že se léčí s tímto onemocněním už 20–23 let. Celkem 11 diabetiků (14 %) uvedlo rozmezí 4–7 let. 9 dotazovaných (11 %) zvolili, že se léčí 27–31 let. Intervaly 36–39 let a 40–43 let vybralo během dotazníkového šetření celkem 8 respondentů (10 %) u každého z uvedených intervalů. 7 dotazovaných (9 %) uvedlo rozmezí 12–15 let, intervaly 8–11 let, 32–35 let a 48–51 let vybrali u každého rozdělení 4 respondenti (5 %). 3 diabetici (4 %) uvedli rozpětí 16–19 let. Během průzkumného šetření se léčil 52–55 let s tímto onemocněním pouze 1 člověk (1 %) a 56–59 let také 1 diabetik (1 %). Ani jeden pacient (0 %) se neléčil s DM1T 44–47 let.

Odpovědi získané z průzkumného šetření byly zařazeny do intervalů. Rozmezí intervalu bylo vypočítáno podle vzorce $h \approx 0,08 * R$, který uvádí autor Chráska (2016, s. 35), kdy R (variační šíře) představuje rozdíl mezi největší a nejmenší naměřenou hodnotou. Vypočítaná hodnota R vyšla 4. (viz tabulka 38)

6 DISKUZE

Primární podstatou bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu. Pro zhodnocení kvality života těchto pacientů jsem zvolila standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF skládající se ze čtyř částí, ze kterých je vypočítán průměrný hrubý skóre a poté porovnán s populační normou (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41). Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 80 respondentů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu. Získaná data jsou porovnána s následujícími bakalářskými pracemi na stejné téma nebo s odbornou literaturou, která je uvedena v seznamu literatury.

Shodným tématem se zabývala bakalářská práce autorky Belšanové Lucie, která byla vypracována v roce 2015 v rámci Pedagogické fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Katedry výchovy ke zdraví. Data získala pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který byl určen pro pacienty s DM1T a pacienty bez tohoto onemocnění. Autorce se průzkumného šetření zúčastnilo celkem 162 respondentů z nichž bylo využito 77 vyplněných dotazníků účastníků bez DM1T a 77 pacientů s nemocí DM1T (Belšanová, 2015). U této bakalářské práce jsem porovnávala pouze pacienty s onemocněním DM1T.

Také se tímto tématem zabývala bakalářská práce autorky Krejčové Štěpánky, která byla vytvořena v roce 2018 na Západočeské univerzitě v Plzni, Fakulty zdravotnických studií. Data sbírala pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a k bakalářské práci bylo přidáno anketní šetření zabývající se pohybovou aktivitou diabetiků 1. typu. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 124 respondentů (Krejčová, 2018).

„Jak hodnotí pacienti s onemocněním diabetes mellitus 1. typu kvalitu svého života?“

Jedná se o otázku, která je zaměřena na kvalitu života u pacientů s DM1T, u které 51 respondentů (64 %) hodnotí kvalitu svého života za dobrou. Celkem 17 respondentů (21 %) považuje kvalitu svého života za „ani špatná ani dobrá“. Velmi dobrou kvalitu života uvedlo 9 respondentů (11 %). Dále 3 respondenti (4 %) považují kvalitu života za špatnou. Žádný pacient (0 %) nepovažuje kvalitu života za velmi špatnou. Podle bakalářské práce autorky Belšanové Lucie (2015) z počtu 77 respondentů s onemocněním DM1T označilo 47 respondentů (61 %) kvalitu svého života za dobrou. Druhou nejčastější odpověď celkem 15 respondentů (20 %) uvedlo, že jejich kvalita života je „velmi dobrá“. Odpověď „ani špatná ani dobrá“ zvolilo 14 respondentů (22 %). Ani jeden pacient s onemocněním diabetes mellitus 1. typu nepovažoval kvalitu svého života za velmi špatnou.

„Jak jsou pacienti s DM1T spokojeni se svým zdravím?“

Na tuto otázku odpovědělo 46 respondentů (57 %) „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. „Spokojený/á“ se svým zdravím uvedlo celkem 23 pacientů (29 %). 11 respondentů (14 %) označilo, že je se svým zdravím „nespokojený/á“. Ani jeden pacient (0 %) neuvedl, že by byl se svým zdravím „velmi spokojený/á“ nebo „velmi nespokojený/á“. Podle bakalářské práce autorky Krejčové Štěpánky (2018) z celkového počtu 124 respondentů odpovědělo 57 respondentů (45,97 %), že jsou spokojeni se svým zdravím. Celkem 34 dotazovaných (27,42 %) uvedlo možnost „ani spokojen/a ani nespokojen/a“. Z této bakalářské práce vyplývá, že 26 respondentů (20,97 %) bylo nespokojeno se svým zdravím. 4 pacienti (3,23 %) uvedli velkou nespokojenost a velkou spokojenost označili pouze 3 respondenti (2,42 %).

Průzkumná otázka č. 1 – oblast „fyzické zdraví“?

Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „fyzické zdraví“?

Pod tuto otázku dle standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF spadají otázky q3, q4, q10, q15, q16, q17, a q18.

Na otázku (q3) „Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?“ nejvíce, a to 34 respondentů (42 %), uvedlo odpověď „středně“, 27 respondentů (34 %) označilo odpověď „málo“. Celkem 15 respondentů (19 %) uvedlo, že jim fyzická bolest vůbec nebrání v tom, co potřebují dělat. 4 respondenti (5 %) vybrali odpověď „velmi“ a žádný pacient (0 %) neodpověděl „v obrovské míře“. Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazníkového šetření je 3,70. Populační norma pro tuto otázku je 4,03. Bolest je nepříjemný sensorický a emocionální prožitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně organismu. Je velmi důležité přistupovat ke každému pacientovi individuálně, protože bolest je subjektivní (Otomar Kittnar a kol., 2020, s. 606).

U otázky (q4) „Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?“ uvedlo celkem 29 respondentů (36 %) „středně“. Odpověď „v obrovské míře“ zvolilo 19 respondentů (24 %). Dále 18 respondentů (22 %) odpovědělo, že potřebují „velmi“ léčbu, aby mohli fungovat v běžném životě. 11 respondentů (14 %) uvedlo možnost „málo“ a 3 respondenti (4 %) odpověděli, že léčbu nepotřebují vůbec, aby mohli fungovat v běžném životě. Vypočítaná průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 2,50. Populační norma pro tuto otázku je 4,16. Léčba pacienta by měla být stanovena individuálně tak, aby došlo k

dosažení optimální kompenzace diabetu s ohledem na věk, zaměstnání, fyzickou aktivitu, přítomnost komplikací, přidružené choroby. Správná léčba diabetika má vést k dosažení léčebných cílů (web, diab.cz, 2016).

V otázce (q10) „Máte dost energie pro běžný život?“ odpovědělo 36 respondentů (45 %), že mají přiměřeně dost energie pro běžný život, 24 respondentů (30 %) uvedlo odpověď „většinou“. Celkem 11 respondentů (14 %) má málo energie pro zvládnání běžného života. 7 pacientů (9 %) vybralo odpověď „naprosto“ a 2 respondenti (2 %) zvolili možnost „vůbec ne“. Průměrná hodnota pro tuto otázku je 3,28. Populační norma pro tuto otázku je 3,62. V bakalářské práci autorky Belšanové Lucie (2015) z počtu 77 respondentů s DM1T odpovědělo 37 respondentů, že mají většinou dostatek energie pro jejich běžný život. Celkem 19 diabetiků (25 %) uvedlo přiměřený dostatek energie. 16 dotazovaných (21 %) označilo možnost „naprosto“ Z bakalářské práce vyplývá, že pouze 4 diabetici (5 %) mají málo energie pro jejich běžný život a 1 osoba vybrala odpověď „vůbec ne“.

Na otázku (q15) „Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?“ odpovědělo nejvíce pacientů, a to 29 (36 %), že pohyb mimo domov zvládají dobře. O trochu méně, celkem 23 respondentů (29 %), se mimo domov pohybují velmi dobře. Odpověď „ani špatně ani dobře“ zvolilo 19 respondentů (24 %) a špatně zvládá pohyb mimo domov 9 pacientů (11 %). Velké obtíže mimo domov během dotazníkového šetření neuvedl ani jeden respondent (0 %). Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,81. Populační norma pro tuto otázku je 4,27. V bakalářské práci autorky Krejčové Štěpánky (2018) odpovědělo 72 diabetiků (58,06 %), že se jim pohybuje velmi dobře. 39 respondentů (31,45 %) uvedlo možnost „dobře“. Celkem 9 pacientů (7,26 %) se shodlo na tom, že se jim pohybuje špatně. Autorce uvedli odpověď „velmi špatně“ 4 diabetici (3,23 %) a žádný respondent (0 %) neuvedl možnost „velmi špatně“.

U otázky (q16) „Jak spokojený/á jste se svým spánkem?“ vybralo 35 respondentů (44 %) možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. Celkem 23 respondentů (29 %) z celkového počtu dotazníkového šetření uvedlo, že jsou se svým spánkem spokojeni. 16 pacientů (20 %) uvedlo odpověď „nespokojený/á“ se svým spánkem. 4 respondenti (5 %) během průzkumného šetření zvolili možnost „velmi spokojený/á“ se svým spánkem a 2 respondenti (2 %) vybrali „nespokojený/á“. Vypočítaná průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,16. Populační norma pro tuto otázku je 3,61. Spánek patří mezi základní biologické potřeby. Dospělý člověk pro znovuoobnovení psychických a fyzických sil potřebuje

zhruba 7–8 hodin. U starších lidí je potřeba spánku asi 6–7 hodin. Pro zrealizování spánku, je nutná funkce nervového systému. (Veverková a kol., 2019, s. 59)

V otázce (q17) „Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?“ uvedlo nejvíce, a to 33 respondentů (41 %), že jsou spokojení s tím, jak jsou schopni vykonávat každodenní aktivity. Odpověď „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ uvedlo během dotazníkového šetření 28 respondentů (35 %). Celkem 13 pacientů (16 %) bylo nespokojených se schopností vykonávat každodenní aktivity. 4 pacienti (5 %) uvedli, že jsou velmi spokojení a 2 respondenti (3 %) označili možnost „velmi nespokojený/á“. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku je 3,3. Populační norma pro tuto otázku je 3,76. Zdravý člověk vykonává běžně své každodenní aktivity, které spadají do biologických potřeb uvedené v Maslowově pyramidě potřeb (Trachtová a kol., 2013, s. 19).

Na otázku (q18) „Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?“ odpovědělo 34 respondentů (43 %), že jsou spokojení s tím, jak mohou pracovat. Během dotazníkového šetření uvedlo 20 respondentů (25 %) možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. O něco méně, celkem 14 pacientů (18 %) bylo během průzkumného šetření nespokojeno se svou schopností pracovat. 10 respondentů (12 %) bylo velmi spokojeno a 2 pacienti (2 %) vyjádřili u této otázky velkou nespokojenost. Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,46. Populační norma pro tuto otázku je 3,76. V bakalářské práci autorky Belšanové Lucie (2015) z počtu 77 respondentů s DM1T odpovědělo 42 diabetiků (55 %), že jsou spokojení se svou schopností pracovat. Celkem 19 respondentů (25 %) uvedlo velkou spokojenost. „Ani spokojený/á ani nespokojený/á“ vybralo celkem 12 osob (16 %). „Nespokojený/á“ označili 3 diabetici (3 %) a velmi nespokojen byl 1 respondent (1 %).

Průzkumná otázka č. 2 – oblast „prožívání“

Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „prožívání“?

Tato průzkumná otázka dle standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF spadá pod druhou doménu „prožívání“ Doména zahrnuje otázky q5, q6, q7, q11, q19, q26.

U otázky (q5) „Jak Vás baví život?“ odpovědělo nejvíce, a to 30 respondentů (38 %), že je život baví velmi. 22 respondentů (27 %) označilo odpověď „v obrovské míře“. Celkem 20 pacientů (25 %) během dotazníkového šetření uvedlo možnost „středně“. 4 pacienti (5 %) vybrali možnost „málo“ a 4 respondenti (5 %) odpověděli, že je život nebaví vůbec. Průměrná hodnota

pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,76. Populační norma pro tuto otázku je 3,83. Dle autorky Belšanové Lucie (2015) odpovědělo 40 diabetiků (52 %), že je jejich život baví velmi. Celkem 20 osob (26 %) baví život v obrovské míře. Z bakalářské práce vyplývá, že 16 respondentů (21 %) uvedlo odpověď „středně“. Pouze 1 člověk (1 %) vybral možnost „vůbec ne“ a ani jeden diabetik (0 %) nezvolil možnost „málo“.

Na otázku (q6) „Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?“ uvedlo 38 respondentů (48 %), že jejich život má smysl „velmi“. Celkem 18 respondentů (23 %) odpovědělo „v obrovské míře“. Během dotazníkového šetření uvedlo 13 dotazovaných (16 %) možnost „středně“. Malý smysl života vybralo celkem 6 respondentů (7 %) a 5 pacientů (6 %) mělo pocit, že jejich život nemá žádný smysl. Průměrná hodnota pro tuto otázku je 3,7. Populační norma pro tuto otázku je 3,86. Dle bakalářské práce autorky Krejčové Štěpánky (2018) odpovědělo nejvíce diabetiků, a to 54 (43,55 %), že jejich život má smysl „hodně“. 33 respondentů (26,61 %) uvedlo možnost „maximálně“. Celkem 29 dotazovaných (23,39 %) zvolilo odpověď „středně“. Z bakalářské práce vyplývá, že 7 respondentů (5,65 %) uvedlo „malý“ smysl života a 1 diabetik (0,81 %) označil možnost „vůbec ne“.

V otázce (q7) „Jak dobře jste schopni/a se soustředit?“ odpovědělo 29 respondentů (36 %), že jsou schopni se velmi dobře soustředit. O pár respondentů méně, a to 26 pacientů (32 %), uvedlo možnost „středně“. Celkem 11 respondentů (14 %) zvolilo možnost „v obrovské míře“ a stejný počet 11 dotazovaných (14 %) uvedlo, že jsou schopni se málo soustředit. Pouze 3 pacienti (4 %) během průzkumného šetření opověděli „vůbec ne“. Vypočítaná průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,43. Populační norma pro tuto otázku je 3,55. Podle autora Heluse (2018, s. 64) má pozornost svůj fyziologický základ, kterým je tzv. RAS (retikulárně aktivační systém). Tvoří jej svazek retikulárních vláken spojujících mozkový kmen, thalamus a korové oblasti mozku. Reguluje stavy bdění, spánku a soustředění. (Helus, 2018, s. 64).

U otázky (q11) „Jste schopni/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?“ nejvíce respondentů, a to 27 (34 %), uvedlo, že jsou většinou schopni přijmout svůj fyzický vzhled. Během průzkumného šetření 25 respondentů (31 %) odpovědělo „naprosto“. Celkem 21 pacientů (26 %) zvolilo možnost „přiměřeně“. Málo je schopno přijmout svůj vzhled celkem 6 pacientů (8 %), „vůbec“ zvolil 1 respondent (1 %). Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku je 3,86. Populační norma pro tuto otázku je 3,90. Pokud nemoc dosahuje takové míry, že zhoršuje vzhled dotyčného, je situace o to těžší (Zacharová, 2017, s.35).

Na otázku (q19) „Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?“ uvedlo nejvíce, a to 44 respondentů (55 %), že jsou spokojení sami se sebou. Celkem 22 respondentů (28 %) zvolilo možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. Celkem 10 respondentů (12 %) uvedlo, že jsou nespokojeni sami se sebou. Během průzkumného šetření zvolilo možnost „velmi spokojený/á“ celkem 3 respondenti (4 %) a 1 pacient (1 %) uvedl, že je velmi nespokojen sám se sebou. Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,48. Populační norma pro tuto otázku je 3,57. Pro spokojenost člověka je hodně důležité, jak je schopen přijmout sám sebe, schopnost porozumět sama sobě a dokázat přijmou vlastní osobu jak v pozitivních, tak i v negativních vlastnostech. Velmi důležité pro člověka je, aby se vyrovnání s vlastní minulostí (Slezáčková, 2012, s. 26).

U otázky (q26) „Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?“ nejvíce pacientů 48 (60 %) uvedlo, že pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese mají zřídka. Celkem 17 respondentů (21 %) odpovědělo „celkem často“. 8 respondentů (10 %) neměli nikdy negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese. Pouze 6 respondentů (8 %) má velmi často tyto negativní pocity a 1 pacient (1 %) má negativní pocity neustále. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku je 3,70. Populační norma pro tuto otázku je 3,47. Negativní emoce u pacientů jsou velmi často důsledkem nepříznivého průběhu nemoci. Jedná se o emoce (úzkost, strach, deprese, zoufalství), které mají vliv na diagnostický a terapeutický proces (Zacharová, 2017, s. 196).

Průzkumná otázka č. 3 – oblast „sociální vztahy“

Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „sociální vztahy“?

Průzkumná otázka se zabývá „sociálními vztahy“ dle standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF spadá pod druhou doménu. Tato doména zahrnuje otázky q20, q21, q22.

U otázky (q20) „Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?“ uvedlo nejvíce respondentů, a to 41 (52 %), že se svými osobními vztahy jsou spokojeni. Během dotazníkového šetření 17 respondentů (21 %) vyjádřilo, velkou spokojenost se svými osobními vztahy. O jednoho respondenta méně, celkem 16 (20 %), zvolilo možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. Celkem 5 pacientů (6 %) uvedlo nespokojenost a 1 respondent (1 %) byl velmi nespokojen se svými osobními vztahy. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,86. Populační norma pro tuto otázku je 3,75. Podle autorky Belšanové Lucie (2015) odpovědělo 28 diabetiků (36 %), že jsou spokojeni se svými osobními vztahy. Celkem

22 osob (29 %) vybrali možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. Velmi spokojeno bylo 20 respondentů (26 %). Nespokojenost během průzkumného šetření autorky uvedlo 6 diabetiků (8 %) a velmi nespokojen se svými osobními vztahy byl jeden člověk (1 %).

Na otázku (q21) „Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?“ odpovědělo 31 pacientů (39 %) „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. Celkem 25 respondentů (31 %) uvedlo spokojenost se svým sexuálním životem. Během průzkumného šetření zvolilo 15 respondentů (19 %) velkou spokojenost. Odpověď „nespokojený/á“ vybralo 6 respondentů (7 %) z celkového počtu dotazovaných a 3 pacienti (4 %) byli velmi nespokojení se svým sexuálním životem. Průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,54. Populační norma pro tuto otázku je 3,6. Dle bakalářské práce autorky Krejčové Štěpánky (2018) uvedlo 44 respondentů (35,48 %), že jsou spokojení se svým sexuálním životem. 28 diabetiků (22,58 %) uvedlo velkou spokojenost. Odpověď „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ vybralo 24 respondentů (19,35 %). Nespokojenost vyjádřilo celkem 20 diabetiků (16,13 %), a velmi nespokojeno bylo 8 diabetiků (6,45 %).

V otázce (q22) „Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?“ označilo 44 respondentů (55 %) „spokojený/á“ s podporou svých přátel. Celkem 17 respondentů (21 %) uvedlo, že jsou velmi spokojení s podporou svých přátel. 13 respondentů (16 %) zvolilo možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. 6 pacientů (8 %) bylo nespokojeno s podporou, kterou jim dávají jejich přátelé a ani jeden pacient (0 %) nevyjádřil velkou nespokojenost. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,90. Populační norma pro tuto otázku je 3,85. Pro vzájemné mezilidské vztahy je důležité, jak na sebe působíme a jak se vnímáme. Přátelství je velmi významné v profesním, rodičovském i partnerském vztahu. Sdílejí s námi příznivé i nepříznivé situace. (Kopecká, 2015. s.22)

Průzkumná otázka č. 4 – oblast „prostředí“

Jaká je kvalita života u pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu v oblasti „prostředí“?

Tato průzkumná otázka spadá pod druhou doménu „prožívání“ Do této domény spadají otázky q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25

Na otázku (q8) „Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?“ odpovědělo 29 respondentů (36 %), že se cítí „velmi“ bezpečně v jejich každodenním životě. Během průzkumného šetření uvedlo 33 pacientů (42 %) odpověď „středně“. Celkem 8 pacientů (10 %)

z celkového počtu dotazovaných se cítí bezpečně „v obrovské míře“ v jejich každodenním životě. 9 respondentů (11 %) se cítí málo bezpečně a 1 pacient (1 %) uvedl, že se necítí vůbec bezpečně ve svém každodenním životě. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku je 3,43. Populační norma pro tuto otázku je 3,24. Podle autorky Belšanové Lucie (2015) vybralo 33 diabetiků (43 %) možnost „středně“. O jednu osobu méně, než u předešlé odpovědi uvedlo celkem 32 respondentů (42 %), že se cítí velmi bezpečně ve svém každodenním životě. 9 diabetiků (12 %) se cítí bezpečně „v obrovské míře“. Málo bezpečně se cítili 3 osoby (3 %) a ani jeden respondent (0 %) neuvedl možnost „vůbec ne“.

V otázce (q9) „Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?“ uvedlo nejvíce respondentů, a to 35 (44 %), odpověď „středně“. O něco méně, 28 respondentů (35 %), měli pocit, že fyzické prostředí, ve kterém žijí je velmi zdravé. Celkem 11 pacientů (14 %) zvolilo možnost „málo“. 5 respondentů (6 %) odpovědělo „v obrovské míře“ a pouze 1 respondent (1 %) měl pocit, že fyzické prostředí, ve kterém žije není vůbec zdravé. Průměrná hodnota pro tuto otázku je 3,31. Populační norma pro tuto otázku je 2,85. Dle autorky Krejčové Štěpánky (2018) odpovědělo 54 respondentů (43,55 %), že fyzické prostředí, ve kterém žijí je zdravé „středně“. Celkem 48 respondentů (38,71 %) považují prostředí, ve kterém žijí za „hodně“ zdravé. 11 diabetiků (8,87 %) zvolili možnost „trochu“. Maximálně zdravé fyzické prostředí vybralo celkem 8 respondentů (6,45 %) a pouze 3 diabetici (2,42 %) označili možnost „vůbec ne“.

U otázky (q12) „Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?“ odpovědělo nejvíce, a to 29 respondentů (36 %), že mají přiměřeně dost peněz pro uspokojení svých potřeb. O jednoho respondenta méně, a to 28 (35 %), uvedlo možnost „většinou“. 12 pacientů (15 %) zvolilo odpověď „naprosto“. Málo peněz pro uspokojení svých potřeb uvedlo 10 respondentů (13 %) a 1 pacient (1 %) vybral možnost „vůbec ne“. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku je 3,5. Populační norma pro tuto otázku je 2,87. Ročně stojí léčba diabetu v České republice přes 20 miliard korun. V současné době je zde až 800 tisíc pacientů. Pomoci zastavit pandemii tohoto onemocnění má především prevence a účinná léčba (web, diab.cz, 2017).

Na otázku (q13) „Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ odpovědělo 36 respondentů (45 %), že informace, které potřebují jsou „většinou“ dostupné. Celkem 27 pacientů (34 %) vybralo možnost „přiměřeně“. Odpověď „naprosto“ uvedlo 16 respondentů (20 %). Pouze 1 pacient (1 %) uvedl, že informace, které potřebuje pro svůj každodenní život jsou „málo“ dostupné. Nikdo (0 %) z celkového počtu dotazovaných

nevedl odpověď „vůbec ne“. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,83. Populační norma pro tuto otázku je 3,87. Edukace pro pacienty s onemocněním diabetes mellitus (popřípadě jeho rodiny) je velmi důležitá a měla by být celoživotní. Programy pro pacienty mohou být individuální nebo skupinové. Při edukaci by měl diabetik obdržet stručné písemné doporučení a souhrn, popřípadě plán vlastních aktivit zaměřené na kompenzaci diabetu (web, diab.cz, 2016).

V otázce (q14) „Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svým zájmů?“ odpovědělo 29 respondentů (36 %), že mají většinou dostatek příležitostí pro rozvoj svým zájmů. Celkem 20 pacientů (25 %) uvedlo odpověď „přiměřeně“. 18 respondentů (23 %) mělo málo příležitostí pro rozvoj svých zájmů. Možnost „naprosto“ uvedlo během dotazníkového šetření celkem 12 respondentů (15 %) a 1 pacient (1 %) označil „vůbec ne“. Vypočítaná průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,41. Populační norma pro tuto otázku je 3,33. U pacientů s onemocněním diabetes mellitus by měla být do každodenního života zařazena pravidelná fyzická aktivita dle doporučení diabetologa jako je např. chůze, plavání, jízda na kole, jóga, rekreační sporty míčové a kolektivní, bruslení zimní i in-line bruslení (Psottová, 2012, s. 114).

U otázky (q23) „Jak spokojený/á jste se svým bydlením“ uvedla více jak polovina dotazovaných, a to 43 respondentů (54 %), že jsou spokojeni se svým bydlením. 27 pacientů (34 %) bylo velmi spokojeno se svým bydlením. Celkem 8 dotazovaných (10 %) zakroužkovali možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. 2 respondentů (2 %) bylo nespokojení se svým bydlením a nikdo (0 %) nevedl, že je velmi nespokojen. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 4,16. Populační norma pro tuto otázku je 3,54. Dle autorky Belšanové Lucie (2015) odpovědělo 29 diabetiků (38 %), že jsou velmi spokojeni se svým bydlením. Spokojeno bylo celkem 27 respondentů (35 %). 10 dotazovaných (13 %) uvedlo nespokojenost se svým bydlením. Možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“ vybralo 8 respondentů (11 %) a velmi nespokojení byli celkem 3 osoby (3 %).

Na otázku (q24) „Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče? Odpovědělo 42 respondentů (53 %), že jsou spokojeni s dostupností jejich zdravotní péče. Celkem 28 pacientů (35 %) bylo velmi spokojeno. 6 dotazovaných (7 %) během průzkumného šetření vybralo možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. Nespokojenost s dostupností jejich zdravotní péče uvedli celkem 4 pacienti (5 %) a nikdo nebyl (0 %) velmi nespokojen. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 4,18. Populační norma

pro tuto otázku je 3,70. Léčebný plán by měl být stanoven individuálně tak, aby došlo k optimální kompenzaci diabetu s přihlédnutím k věku, zaměstnání, fyzické aktivitě, přítomnosti komplikací, přidruženým chorobám, sociální situaci a osobnosti nemocného (web, diab.cz, 2016).

U otázky (q25) „Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?“ uvedlo 44 respondentů (55 %), že jsou spokojeni s tím, jak se jim daří dostat, tam kam potřebují. Celkem 14 pacientů (22 %) vybralo možnost „ani spokojený/á ani nespokojený/á“. O dva respondenty méně a to 15 dotazovaných (19 %) bylo velmi spokojeno. 2 pacienti (2 %) zakroužkovali „nespokojený/á“ a 2 respondenti (2 %) vyjádřili velkou nespokojenost. Vyhodnocená průměrná hodnota pro tuto otázku z celkového počtu dotazovaných je 3,86. Populační norma pro tuto otázku je 3,19. Postižení dolních končetin u pacientů s onemocněním diabetes mellitus je jednou z velmi častých komplikací, které snižují kvalitu života jedince (Jirkovská a kol., 2015, s. 259)

7 ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývá kvalitou života u pacienta s onemocněním DM1T, kde hlavním cílem, bylo zjistit kvalitu života u tohoto pacienta. V teoretické části lze nalézt popis onemocnění DM1T a kvality života. Druhá část se zabývá vyhodnocením kvality života u osob s DM1T. Výsledky jsou zde porovnány s bakalářskými pracemi autorek Belšanové Lucie (2015) a Krejčové Štěpánky (2018), odbornou literaturou a populační normou, která se nachází v příručce (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 41).

Z průzkumného šetření plyne, že z celkového počtu dotazovaných byla nejlépe hodnocena doména č. 3 „sociální vztahy“, která obsahuje otázky týkající se vztahů, sexuálního života a podpory přátel. Tato doména je zhodnocena diabetiky nad stanovenou populační normu, která je k nalezení v příručce (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42). Z toho je patrné, že kvalita života v této oblasti je dobrá.

Z průzkumného šetření vyplývá, že špatně hodnocenou doménou byla doména „fyzické zdraví“. Doména zahrnuje otázky týkající se fyzické bolesti, léčby, dostatku energie pro běžný život, pohybu, spánku, vykonávání každodenních činností, pracovních schopností. Výsledky v této oblasti vyšly pod stanovou populační normu, kterou lze dohledat v příručce (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42). Z výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, že kvalita života v této oblasti není příliš vysoká.

Toto téma a vypracování bakalářské práce bylo pro mě velice přínosné. Výsledky byly předány do diabetologické poradny, na kardiologické a interní oddělení, kde byl sběr dat po dobu necelých 3 měsíců proveden. Cílem je zvýšit kvalitu života u diabetiků a zaměřit se na doménu „fyzické zdraví“, která dle výsledků této práce vyšla, jako nejméně dobře hodnocená. Diabetes mellitus je onemocnění, které přibývá po celém světě, proto by se tímto tématem mělo zabývat více.

8 POUŽITÁ LITERATURA

8.1 Knižní zdroje

ČEŠKA, Richard a kol. Interna. 2. aktual. vyd. Praha: Triton, 2015, 870 s. ISBN 9788073878955.

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ-BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

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

FEJFAROVÁ, Vladimíra a Alexandra JIRKOVSKÁ. *Léčba syndromu diabetické nohy odlehčením*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-436-4.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3.

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

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. 2. aktual. vyd.* Praha: Grada. 2016, 254 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

KAREN, Igor a Štěpán SVAČINA. *Diabetes mellitus v primární péči. 2., rozš. vyd.* Praha: Axonite CZ, 2014. Asclepius (Axonite CZ). ISBN 978-80-904899-8-1.

KAREN, Igor a Štěpán SVACINA. *Diabetes mellitus: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. První, aktualizované vydání. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2018. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-99-2.

KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.

KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ, et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5331-7.

KITTAR, Otomar. *Lékařská fyziologie. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-1963-4.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost. 3. díl*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.

KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5367-6.

MICHALOVOVÁ, Milada a Ľubomíra TKÁČOVÁ. Kvalita života u pacientov s diagnózou diabetes mellitus. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencija: časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2015, **13**(1), 36-40. ISSN 1336-183X.

PÍTHOVÁ, Pavlína. [online]. 2006 [cit. 2022-26-04]. Dostupné z:

<https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2006/12/02.pdf>

VRABLÍK, Michal, MAREK, Josef, ed. *Markova farmakoterapie vnitřních nemocí. 5.*, zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-5078-1.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

PERUŠIČOVÁ, Jindra a Pavlína PÍTHOVÁ. *Diabetes mellitus a smysly: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, 2012. Současná diabetologie. ISBN 978-80-7345-305-3.

PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Diabetes mellitus: onemocnění celého organismu*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-512-5.

PSOTTOVÁ, Jana. *Praktický průvodce cukrovkou: co byste měli vědět o diabetu*. Praha: Maxdorf, [2012-2019]. ISBN 978-80-7345-279-7.

SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3507-8.

SOUČEK, Miroslav a Petr SVÁČINA. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2289-9.

ŠTECHOVÁ, Kateřina, Jindra PERUŠIČOVÁ a Marek HONKA. *Diabetes mellitus 1. typu: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, 2014. Současná diabetologie, sv. 10. ISBN 978-80-7345-377-0.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-2747-9.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

8.2 Elektronické zdroje

1. KREJČOVÁ, Štěpánka. *Kvalita života pacientů s onemocněním diabetes mellitus 1. typu*. [online]. Plzeň, 2018. [cit. 2022-04-18]. Dostupné: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/31706/1/BP%20-%20Krejцова.pdf>
Bakalářská práce. Západočeská Univerzita v Plzni, fakulta zdravotnických studií.
Vedoucí práce Mgr. Petra Pokorná
2. BELŠANOVÁ, Lucie. *Kvalita života pacientů s diabetes mellitus 1. typu*. [online]. České Budějovice, 2015. [cit. 2022-04-18]. Dostupné: <https://www.diacel.cz/down/bp.pdf>
Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta.
Vedoucí práce MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.
3. Stručný přehled činnosti oboru diabetologie a endokrinologie za období 2007-2017. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2020-11-29]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K01_A004_diabet_e_ndokrin_2017.pdf
4. ŠKRHA, J., T. PELIKÁNOVÁ, M. PRÁZNÝ a M. KVAPIL. Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu. *Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa* [online]. Praha: MeDitorial, 2020, s. 18 [cit. 2020-11-29]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/standardy>

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník	87
Příloha 2 - Přehled inzulínů	92

Příloha 1 – Dotazník

Vážená paní / Vážený pane,

Jmenuji se Tereza Vacková a jsem studentkou oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Dotazník má za cíl zjistit kvalitu života u pacientů, s onemocněním diabetes mellitus 1. typu. Dotazník je anonymní. Jeho vyplnění je dobrovolné, v případě, že se rozhodnete jej nevyplňovat, Vaše rozhodnutí neovlivní lékařskou ani ošetrovatelskou péči o Vaši osobu a vyplnění není pro Vás spojeno s žádnými finančními náklady. Vyplněním dotazníku zároveň souhlasíte se vstupem do tohoto šetření a se zpracováním získaných dat. Správnou odpověď zakroužkujte. Mnohokrát děkuji za Váš čas.

V případě potřeby se můžete obrátit na email: tevaca@seznam.cz

Vacková Tereza

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE (WHOQOL- BREF)

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

		Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojen/á
2	Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	1	2	3	4	5

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

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
--	--	----------	------	---------	-------	-----------------

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

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

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

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

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

25	Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5
----	-----------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

Následující otázka se zajímá o to, jak jste se v posledních čtyřech týdnech cítila.

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

Máte nějaké připomínky či doplnění k tomuto dotazníku?

DRUHÁ ČÁST - VLASTNÍ DOTAZNÍK

- 1. Jaké je Vaše pohlaví?**
 - a) Žena
 - b) Muž
- 2. Uveďte Váš věk:**
.....
- 3. Jaký je Váš rodinný stav?**
 - a) Svobodný/á
 - b) Ženatý/á
 - c) Rozvedený/á
 - d) Vdovec/vdova
- 4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 - a) Základní vzdělání
 - b) Středoškolské vzdělání, bez maturity
 - c) Středoškolské vzdělání s maturitou
 - d) Vyšší odborné vzdělání
 - e) Vysokoškolské vzdělání
- 5. Jaké je Vaše současné zaměstnání.**
 - a) Zaměstnaný/á
 - b) Nezaměstnaný/á
 - c) Invalidní důchodce/důchodkyně
 - d) Důchodce/ důchodkyně

e) Jiné:

6. Jakou léčbu užíváte při nemocnění diabetes mellitus?

a) Léčba pomocí Inzulínu

b) Kombinovaná léčba (Inzulín x PAD)

7. Kolik let se léčíte s diabetem mellitem 1. typu?

.....

Příloha 2 - Přehled inzulinů

Humánní inzuliny		
Délka působení	Krátkodobé působení	Dlouhodobé působení
Nástup účinku	30 min.	50–120 min.
Maximální účinek	50–120 min.	4–12 hod.
Trvání účinku	7–8 hod.	14–16 hod.
	HUMULIN R ACTRAPID INSUMAN RAPID	HUMULIN N INULATARD INSUMAN BASAL
Inzulinová analoga		
Délka působení	Krátkodobé působení	Dlouhodobé působení
Nástup účinku	15 min.	90–120 min.
Maximální účinek	30–90 min.	11–16 hod. ¹ / 4, 5–7 hod. ²
Trvání účinku	4–5 hod.	22–24 hod.
	NOVORAPID HUMALOG APIDRA	LEVEMIR LANTUS
Inzuliny premixované, dvoufázové (krátkodobě a dlouhodobě působící)		
Humánní inzuliny	MIXTARD 30 HUMULIN M3 INSUMAN COMB 25	
Inzulinová analoga	NOVOMIX 30 HUMALOG MIX 25 HUMALOG MIX 50	

(Češka a kol., 2015, s. 246)