

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Život rodin dětí s onemocněním DM 1. typu

Bakalářská práce

Autor: Andrea Dobrovolná, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová

Jihlava 2016

ZADÁNÍ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

Autor práce: **Andrea Dobrovolná, DiS.**
Studijní program: Ošetřovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Život rodin dětí s diagnózou DM I. typu**
Cíl práce: Zjistit míru ovlivnění onemocnění dítěte na psychiku a vztahy v rodině. Zjistit míru omezení rodiny při dodržování diabetické diety svého dítěte. Zjistit finanční zátěž rodiny při onemocnění dítěte s diagnózou diabetes mellitus. Zjistit míru ovlivnění rodin v oblasti volnočasových aktivit.


PhDr. Lenka Görnerová
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Život rodin s diabetickým dítětem“ je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna na dvě podčásti. První se zabývá reakcí a adaptací rodiny při zjištění diagnózy chronického onemocnění jejich dítěte. Ve druhé je popsáno onemocnění diabetes mellitus 1. typu, jeho léčba a komplikace. Následná praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, který byl veden jako rozhovor s matkami diabetických dětí. Cílem rozhovorů je zmapovat dopad tohoto onemocnění na rodinný život, na psychiku a vztahy v rodině, dále omezení rodiny při dodržování diabetické diety, finanční zátěž rodiny v péči o dětského diabetika a míru ovlivnění v oblasti volnočasových aktivit.

Klíčová slova: Diabetes mellitus 1. typu, děti, rodina

Abstract

Bachelor's work on the theme of 'Lives of families with a diabetic child' is split into two parts, theoretical and practical. Theoretical part has two sections. First section is regarding the family adaptation after diagnosis has been made in regards to the chronical illness of their child. In the second section is the discussion of the illness of Diabetes mellitus type 1, its treatment and complications. Following on with a practical part, it's been performed in the form of a qualitative research, an interview with mothers of diabetic children. The aim of the interview was to map the outcome of the impact of the disease on family life, The Psyche and family relationships, Family limitation in upkeep of a diabetic diet, The Financial care impact and The length in influence in free activities.

Key words: Diabetes mellitus 1. type, children, family

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala PhDr. Lence Görnerové za cenné rady, podněty a za vstřícný přístup při odborném vedení práce.

Prohlášení

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

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

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

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

V Jihlavě dne 20. 4. 2016

.....

Podpis

Obsah

Úvod	8
1 Chronicky nemocné dítě	10
1.1 Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte.....	10
1.2 Adaptace rodiny na chronické onemocnění dítěte.....	12
1.3 Rodina a onemocnění dítěte s diagnózou DM.....	13
2 Diabetes mellitus	15
2.1 Klasifikace diabetes mellitus	15
2.2 Diabetes mellitus 1. typu	16
2.3 Léčba diabetu 1. typu.....	17
2.3.1 Léčba inzulínem diabetu 1. typu.....	17
2.3.2 Řízená strava diabetu 1. typu.....	18
2.3.2.1 Výměnná jednotka	19
2.3.2.2 Glykemický index.....	20
2.3.3 Pohybový režim	20
2.3.4 Transplantace a jiné možnosti v léčbě diabetu	21
2.4 Vyšetřovací metody u diabetu 1. typu	21
2.5 Komplikace diabetu 1. typu.....	23
2.5.1 Akutní komplikace.....	23
2.5.2 Chronické komplikace	25
3 Výzkumná část	26
3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	26
3.2 Metodika výzkumu	26
3.2.1 Kategorizace dat	27
3.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	28

3.3.1	Základní charakteristika respondentů	28
3.4	Průběh výzkumu	28
3.5	Zpracování získaných dat	29
3.6	Výsledky výzkumu	29
3.7	Diskuse.....	44
3.8	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	49
	Závěr	50
	Seznam použité literatury	52
	Seznam zkratek	56
	Seznam tabulek	58
	Seznam příloh	59

Úvod

Bakalářskou práci zaměřuji na **Život rodin dítěte s onemocněním diabetes mellitus 1. typu**. Diabetes mellitus 1. typu je v současné době nevyléčitelná, ale relativně dobře léčitelná nemoc. Patří k jednomu z nejčastějších chronických onemocnění dětského věku. Příčina vzniku diabetu 1. typu doposud není známa, existuje však o ní mnoho mýtů. Tato nemoc rozhodně nesouvisí s tím, jestli dítě má či mělo rádo sladké, ani s tím, jestli je štíhlé, nebo silné. Vzniká nezávisle na tom, co dítě jedlo, co dělalo, jak vypadalo a jaké byly jeho zvyky.

Diabetes u dětí je omezující onemocnění vyžadující dodržování mnoha pravidel. Ne vždy se daří kompenzace diabetu tak, jak by bylo třeba, protože do léčby zasahuje víc faktorů. Toto onemocnění je obrovským zásahem do rodin diabetického dítěte a právě rodina může značně ovlivnit zlepšení, nebo naopak zhoršení prognózy dítěte.

Cílem bakalářské výzkumné práce je zmapovat omezení a možnosti rodin s dětmi s onemocněním diabetes mellitus 1. typu, se kterými se denně setkávají, a následně je přiblížit nejen zdravotnickým pracovníkům, ale i laikům. Jelikož je problematika diabetu 1. typu široká a nejde plně obsáhnout do struktury jedné bakalářské práce, vybrala jsem nejpodstatnější momenty v životě těchto rodin, a to v oblasti psychické, dodržování diety, finanční a v oblasti vlivu na volnočasové aktivity.

Úvod teoretické části bakalářské práce se zabývá reakcí a adaptací rodiny na chronické onemocnění dítěte, následuje základní dělení diabetu, přičemž dále se práce zaměřuje pouze na diabetes mellitus 1. typu. Uvádí nynější, aktuálně dostupnou léčbu – inzulinem, dietou, pohybem –, následně popisuje nutný monitoring diabetika prováděný v domácím prostředí a pravidelná vyšetření u lékaře. Teoretickou část práce uzavírá souhrn možných komplikací, akutních i chronických, provázející onemocnění diabetes. V praktické části je využito kvalitativního výzkumu, nejčastější problémy rodin přibližuje interview. Uskutečněné rozhovory s matkami diabetických dětí jsem vyhodnotila v diskusi a srovnala jsem je s výsledky jiných výzkumů.

Cíl výzkumu, výzkumné otázky

Stanovené cíle bakalářské práce a k nim odpovídající výzkumné otázky:

Cíl 1: Zjistit míru ovlivnění onemocnění dítěte na psychiku a vztahy v rodině.

Cíl 2: Zjistit míru omezení rodiny při dodržování diabetické diety svého dítěte.

Cíl 3: Zjistit finanční zátěž rodiny při onemocnění dítěte s diagnózou diabetes mellitus.

Cíl 4: Zjistit míru ovlivnění rodin v oblasti volnočasových aktivit.

Výzkumná otázka 1: Jak ovlivňuje diabetes psychiku a vztahy v rodině?

Výzkumná otázka 2: Jaké změny přineslo do rodiny dodržování diabetické diety?

Výzkumná otázka 3: Jaká je finanční zátěž rodiny s dítětem s diagnózou diabetes mellitus?

Výzkumná otázka 4: Jak toto onemocnění změnilo trávení volného času v rodině?

1 Chronicky nemocné dítě

Chronická onemocnění jsou onemocnění léčitelná, ale ne vyléčitelná, alespoň v kratším časovém intervalu. Postihují přibližně 7–10 % dětské populace (Říčan et al., 2006). Přináší závažný stres do celé rodiny, zvláště pro dítě samotné. Nesou s sebou bolest, léčebné procedury, strach z nich i strach z cizích lidí, nejednou i omezení pohybu, separaci při hospitalizaci, dietní opatření, mnohdy trvalejší izolaci od vrstevníků, narušení denního režimu, změněné chování rodičů vlivem strachu o dítě a někdy i pocity ohrožení vlastního života a výhledů do budoucnosti – vše s různou závažností podle věku dítěte i druhu onemocnění (Říčan et al., 2006).

Na zjištění chronického onemocnění dítěte nejsou zpravidla rodiny připraveny. Informace od odborníků jim pomáhají zorientovat se v nové životní situaci a vyrovnat se s ní. Důležitá je rovněž vzájemná spolupráce a pomoc všech členů rodiny i nejbližšího okolí. Pro někoho může být přínosem i seznámení s jinými rodinami s podobnými problémy (Lebl et al., 2008).

Chronické onemocnění představuje pro člověka velkou zátěž, protože se musí přizpůsobit úplně novým podmínkám. Onemocní-li chronickou chorobou dítě, je nebezpečí, že hyperprotektivní přístup rodiny k němu se stane trvalým a může tak dojít k nežádoucímu utváření osobnostních vlastností dítěte (Zacharová, 2007). Jestliže dítě onemocní, nezmění se jen jeho nálada a chování, ale celý provoz rodiny má tendenci se přizpůsobit jeho novým mimořádným potřebám. Najednou se řeší jiné starosti, co bylo dřív důležité, se odkládá a naopak něco jiného se jeví jako zvláště naléhavé, mění se téma rozhovorů (Matějček et al., 2002). Pro děti může být chronická nemoc důležitým faktorem podstatně ovlivňujícím jejich identitu. To bylo prokázáno například u dětí, které onemocněly rakovinou, astmatem, revmatickou artritidou, diabetem atp. U těchto dětí, které se najednou nemohly účastnit mj. vyučování či mimoškolních aktivit, byl zaznamenán vyšší výskyt depresí a stresu (Křivohlavý, 2002).

1.1 Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte

Onemocnění dítěte je složitá životní situace. Každý člověk ji prožívá jinak, záleží na jeho životním postoji, orientaci, zkušenosti, výchově a na zevních podmínkách –

pochopení širší rodiny a nejbližšího okolí (Letocha, 2015). S faktem onemocnění se postupně vyrovnává každý z členů rodiny svým vlastním, jedinečným způsobem. Většina rodičů přitom prochází řadou stadií emočních reakcí obvykle v dále uvedeném pořadí, i když vždy individuálně různým tempem:

- **Šok** – s iracionálním myšlením a cítěním, kdy rodiče prožívají pocity derealizace a zmatku a mohou reagovat zcela nepřiměřeně.
- **Popření** – neboli útěk ze situace, „není to pravda“, nebo „musí existovat zázračný lék“, popřípadě vytěsnění – „lékaři mi nic neřekli“. U rodičů se v tomto období projevuje často magické nebo mystické zaměření nebo pokusy smlouvat s Bohem (Říčan et al., 2006).

„V prvních dvou stadiích rodiče většinou nejsou schopni vnímat a zpracovávat podrobnější informace o nemoci a možnostech léčby, úvodní šok musí odeznít, proto je třeba informace opakovat. Mnozí rodiče také ještě po letech popisují tento rozhovor jako jednu z nejhorších vzpomínek.“ (Říčan et al., 2006, s. 70)

- **Smutek, zlost, úzkost, pocity viny** – typické bývá hledání viny u druhých, vztek na celý svět, ale i na sebe sama. Agresivní pocity se často vztahují na partnera nebo proti zdravotnickému personálu. Častou reakcí je smutek, sebelítost, litování druhých, a zejména pocity viny, které bývají uváděny až u 25 % rodičů. V této fázi je nesmírně důležité pomoci rodičům, aby otevřeně vyjádřili své pocity.
- **Rovnováha** – dochází ke snižování úzkosti a deprese, narůstá přijetí situace a roste snaha rodičů starat se o dítě a aktivně se účastnit jeho léčby. Toto období trvá několik týdnů až měsíců.
- **Reorganizace** – poslední stadium, kdy se rodiče s faktem nemoci vyrovnávají a zaměřují se na optimální hledání cest do budoucna. Stadia reorganizace někteří rodiče nedosáhnou, přetrvává u nich smutek, pocity viny, obavy o život dítěte. Nedojde-li k překonání, je narušena rovnováha celého rodinného systému a dítěti se nedostává té péče a podpory, které potřebuje (Říčan et al., 2006).

1.2 Adaptace rodiny na chronické onemocnění dítěte

Rodinné vztahy jsou ohroženy nutností změny celého životního stylu, chronické onemocnění dítěte znamená nutně trvalou zátěž rodiny. Ideální adaptace rodiny znamená uspořádání rodinného života tak, aby splňoval nejen potřeby nemocného dítěte, ale i všech ostatních členů rodiny (Říčan et al., 2006).

Nejčastější odchylky od adaptace bývají:

- **Hyperprotektivita** – přílišné soustředění na nemocné dítě, častěji ze strany matky („nikdo jiný se nemůže o dítě postarat“). Matka dovádí péči, stimulaci a snahu o pohodu rodiny až do extrému, mnohdy právě v důsledku přetrvávajících pocitů viny. Druhý z rodičů se může cítit vyloučen nebo odmítán a dochází k narušení rodinného vztahu. Podobně i ostatní děti v rodině mohou cítit, že jim není věnováno tolik pozornosti.
- **Odmítání dítěte** – objevuje se tam, kde by bylo přijetí příliš bolestné, nejčastěji u mentálně postižených dětí.
- **Přetrvávající vztek** – na druhého rodiče, který může vést až k rozpadu rodiny, často spolu s hledáním viny na straně partnera. V naší kultuře bývá často péče o dítě delegována na matku. Ta tráví s dítětem více času a přímo se podílí na léčbě. Fáze popírání může proto trvat déle u otce, který se soustřeďuje na finanční zabezpečení a s dítětem tráví méně času. Dlouho přetrvávající popírání nemoci je také časté u prarodičů, kteří pak mnohdy rodině neposkytnou potřebnou podporu (Říčan et al., 2006).

Celkově je možné říci, že v rodinách, ve kterých někdo onemocní, dochází ke změnám. Zvyšuje se míra celkové únavy všech členů rodiny a stupňují se deprese. Negativní pocity jsou často potlačovány, což situaci ještě zhoršuje. Je-li chronicky nemocné dítě, trpí tím často i manželský vztah rodičů (Křivohlavý, 2002).

„Na své onemocnění reaguje každé dítě trochu jinak a trochu jinak reagují i lidé kolem něho. A jejich projevy a postoje, jejich úzkost a nejistota, nebo naopak optimismus a klidná sebedůvěra, jejich vědomosti a zkušenosti, to vše se vrátí k dítěti zpět a ovlivňuje jeho náladu, prožitky a duševní rozpoložení. Trochu nadneseně se tomu dnes

říká kvalita života. V podstatě jde jen o to, aby tento vliv prostředí na dítě či osobu s jakýmkoliv postižením nebyl rušivý, nýbrž pokud možno uklidňující, povzbudivý – a tedy léčebný.“ (Matějček et al., 2002, s. 78)

1.3 Rodina a onemocnění dítěte s diagnózou DM

Situace dětského diabetika bývá mnohem složitější, než je tomu u dospělého diabetika. Pro spolupráci je totiž nutné získat celou rodinu, která výrazně ovlivňuje kvalitu jeho léčby. Diabetické děti jsou mnohdy již od raného věku zatíženy nadměrnou kontrolou, musí se učit disciplíně a spolupracovat s lékaři. Složitý úkol mají také jejich rodiče, kteří se musejí vyrovnávat s vlastními úzkostmi a navíc s péčí o dítě. Diabetik je v péči dětského diabetologa a on a celá rodina musí učinit vše, aby dítě mělo v budoucnu zajištěn co nejdelší život bez zdravotních komplikací (Krtíčková, 2013). Úměrně věku dítěte se snažíme spolu s diabetologickým týmem informovat i jeho a mělo by být od počátku aktivním spolupracovníkem (Lebl et al., 2008).

Důležitým úkolem rodičů diabetika je tedy dosažení změn ve vymezení zodpovědnosti za dodržování pravidel léčby s narůstajícím věkem dítěte. V tomto ohledu mívají rodiče vůči dětem často ne zcela reálná očekávání vázaná na praktické dovednosti (příloha 1), například děti s diabetem si již kolem 7.–9. roku samy zvládnou aplikovat injekce inzulinu, ale pravidelné samostatné kontroly glykémie jsou schopné až kolem 10. roku. Z hlediska přenosu odpovědnosti na dítě je rozhodující období adolescence, kdy je vývojově důležitý právě nástup nezávislosti dítěte a rodiče se předání odpovědnosti za léčbu často obávají. Nejde tu jen o zacvičení dítěte, ale po dlouhou dobu je nutný dohled nad dítětem, který je častým zdrojem konfliktů mezi dospívajícími a rodiči (Říčan et al., 2006).

Někdy se může objevit určitý věkový regres – dítě se začne chovat infantilněji. Tím dává najevo, že potřebuje vědět, zda jej máme stále rádi a zda bude možné zvládnout novou situaci co nejlépe. V zátěžových situacích se mohou objevit u dítěte či v rodině určité psychické potíže a nepohody nesouvisející přímo s diabetem. V tomto případě je nejlépe obrátit se na příslušné odborníky (Lebl et al., 2008).

Diabetické dítě se v rámci svého psychického vývoje musí postupně naučit žít s nemocí, která vyžaduje stálé dodržování pravidel bez toho, že by za to byla nějaká uchopitelná odměna, tedy vyléčení nemoci. Jak dále konstatuje Hubinková (2007), odměnou je možnost žít relativně normálně. Tato situace je však často těžko vysvětlitelná jak malým pacientům, tak i jejich rodičům.

Dítě by nemělo mít pocit, že s ním kvůli nemoci jednáme jinak než se zdravým dítětem. Měli bychom mu dopřát to, co mu s ohledem na jeho nemoc dopřát můžeme, ale neměli bychom z něj dělat ubohého invalidu, provázeného projevy lítosti a soucitu. Dítěti bychom měli poskytnout oporu, kdykoli je k tomu příležitost. V léčebném postupu se ovšem řídíme pokyny lékaře. Ve výchovném vedení je třeba zachovat rozumnou míru shovívavosti, nároků i patřičné péče (Matějček et al., 2002).

2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (cukrovka) je v dnešní době jedno z nejčastějších metabolických onemocnění, vyznačující se vysokou rizikovostí pro vznik dalších závažných onemocnění. Vzniká na podkladě nedostatečného působení inzulínu (Vránová, 2013).

2.1 Klasifikace diabetes mellitus

Diabetes mellitus je nehomogenní skupina chronických metabolických onemocnění různé etiologie, jejichž společným jmenovatelem je hyperglykémie, kterou způsobuje porucha sekrece nebo účinek inzulínu, produkovaného ve slinivce v B-buňkách Langerhansových ostrůvků (Rybka, 2006).

Klasifikace diabetes mellitus:

- **Diabetes 1. typu – DM1T** (dříve IDDM):
 - typ 1A – imunitně podmíněný – charakterizován přítomností protilátek proti ostrůvkům a zánětem ostrůvků pankreatu s destrukcí ostrůvkových B-buněk.
 - typ 1B – idiopatický – popsán v africké a asijské populaci, jeho etiologie je neznáma, jedná se o těžký inzulínový deficit, bez známek autoimunity.
- **Diabetes 2. typu – DM2T** (dříve NIDDM).
- **Ostatní specifické typy diabetu** – MODY, autozomální typ dědičnosti s prokázaným genetickým defektem B-buňky, genetické defekty účinku inzulínu, onemocnění exokrinního pankreatu, endokrinopatie, infekce a jiné.
- **Gestační diabetes mellitus – GDM** (Rybka, 2007).

Nově je zaveden pojem **hraniční poruchy glukózové homeostázy (HPGH)** pro stavy představující zvýšené riziko pro DM a kardiovaskulárních onemocnění (KV).

Rozlišujeme typy:

- **Zvýšená glykémie nalačno – IFG.**
- **Porušená glukózová tolerance – PGT** (Rybka, 2007).

2.2 Diabetes mellitus 1. typu

Diabetes mellitus představuje u dětských pacientů heterogenní skupinu onemocnění, přičemž u naprosté většiny diabetických dětí (95 %) vzniká na podkladě autoimunitní inzulitidy – diabetes mellitus 1. typu. Rozšiřování znalostí o etiopatogenezi tohoto onemocnění nám umožňuje diagnostikovat v dětském věku i další typy diabetu. Intenzivně jsou studovány monogenní typy diabetu u dětí. Znalosti o monogenním autoimunitním diabetu či o typech diabetu podmíněného dysfunkcí mitochondriální DNA jsou však zatím poměrně skoupé (Petrušičová, 2008).

Manifestuje se většinou v dětství a dospívání. Začátek bývá náhlý a často dosti dramatický. Pro onemocnění DM 1. typu je typické, že se vyskytuje spíše u mladší generace, přičemž vrchol onemocnění je mezi 12 až 15 lety. Obecně se toto onemocnění vyskytuje více v severní Evropě, méně ve střední, nejméně v jižní. Nejčastěji dochází k manifestaci při horečnatém virovém onemocnění, angíně, psychickém stresu, kdy jsou vyplaveny kontraregulační hormony (Rybka, 2006).

Naproti tomu diabetes 2. typu vzniká nejčastěji až po 40. roce věku a jeho příznaky nejsou zvláště typické, záchyt je často náhodný, často je diagnostikován s klinickými projevy mikroangiopatických komplikací. Na etiopatogenezi se stejně jako u diabetu mellitu 1. typu podílejí jak faktory genetické, tak faktory zevního prostředí (Rybka, 2007).

V roce 2013 bylo na celém světě asi 497 000 diabetiků ve věku do 14 let. Na výskytu diabetu 1. typu v dětském věku se podílela především Evropa, následována Severní Amerikou a jihovýchodní Asií. Vysoká incidence diabetu 1. typu v dětském věku je patrná i v rozvinutých zemích. Data pocházející z Českého registru dětského diabetu svědčí o zřetelném nárůstu incidence onemocnění od 90. let minulého století. Na vzniku onemocnění se podílí genetická predispozice, vliv virových infekcí během gravidity, expozice kravskému mléku či nitrosaminům v potravě (Škrhla, 2014).

2.3 Léčba diabetu 1. typu

„Cílem komplexní péče o nemocného s cukrovkou je umožnit nemocnému plnohodnotný aktivní život, který se kvalitativně i kvantitativně přibližuje normálu.“ (Pelikánová et al., 2011, s. 127) Léčba diabetu stojí na třech základních pilířích – inzulín, strava, pohyb. K tomu, aby byla léčba účinná, je zapotřebí zájem pacienta o možnost osvojit si informace o nemoci a pochopit vzájemné vztahy a souvislosti všech složek léčby (Bělobrádková et al., 2006).

2.3.1 Léčba inzulínem diabetu 1. typu

Kapitola inzulínové terapie v diabetologii se začíná psát dnem 11. ledna 1922. Tehdy byl poprvé užit extrakt ze zvířecí slinivky břišní nemocnému chlapci s diagnózou diabetes mellitus 1. typu a podaný inzulín mu zachránil život (Petrušičová, 2008).

V roce 1923 byla autorům Bantingovi a Macleodovi, pod jehož záštitou prováděl Banting své pokusy, za objev inzulinu udělena Nobelova cena za lékařství (Kudlová, 2015).

U dětí je dnes používán výhradně inzulín vyrobený biotechnologií pomocí genetického inženýrství. Molekula inzulinu je shodná s inzulinem, který si člověk vytváří ve vlastních B-buňkách. Označujeme ho jako inzulín lidský – humánní. Vyrábí se ve dvou formách – jako rychle působící a jako inzulín s prodlouženým účinkem (depotní). Rychle působící inzulín se používá v době jídla, příkladem je Actrapid HM, Humulin R nebo Insuman rapid. Z depotních inzulinů u dětí používáme Humulin N, Insulatard HM, Monotard HM nebo Insuman basal (Lebl, 2010).

Cílenou změnou molekuly inzulinu byl vytvořen inzulinový analog, např. Apidra, Novorapid, Humalog. Jeho nástup je okamžitý, je tedy možné aplikovat jej během jídla nebo až po jídle. K pokrytí bazální potřeby inzulinu byly vyvinuty dlouhodobě působící analogy Lantus, Levemir (Štechová, 2013; Chlup, 2009).

Diabetik 1. typu je léčen intenzifikovanou inzulinovou léčbou (IIL), což obnáší podávání inzulinu způsobem, který napodobuje fyziologickou sekreci inzulinu. Podmínkou léčby je samostatná kontrola glykémie a průběžné úpravy dávek inzulinu.

Při obvyklé injekční intenzifikované inzulínové léčbě je inzulín podáván ve třech a více dávkách denně subkutánně inzulínovým perem (příloha 2), nebo pomocí kontinuální subkutánní infuze inzulínu inzulínovou pumpou (Pelikánová et al., 2011). Léčba inzulínovou pumpou – CSII (příloha 3), která má své výhody i nevýhody uvedené v příloze 4, vzrůstá na oblibě, protože její kontinuální přívod inzulínu nejbližší napodobuje fyziologickou sekreci inzulínu (Štechová, 2013). „*Léčbu inzulínovou pumpou lze použít úspěšně u dětí, a dokonce u dětí předškolního věku lze zkusit léčbu inzulínovou pumpou s integrovanou funkcí kontinuálního monitorování koncentrace glukózy, ze které může malý pacient profitovat.*“ (Štechová, 2013, s. 71)

Cílem správně sestaveného inzulínového programu je zajistit pro organismus člověka v každém okamžiku dne tolik inzulínu, kolik je ho potřeba k udržení glykémie v normálním rozmezí (Lebl et al., 2008).

2.3.2 Řízená strava diabetu 1. typu

Dietoterapie je důležitá součást léčby diabetu 1. typu. Její principy se v poslední době mění a během posledního desetiletí se ukazuje, že intenzifikovaná léčba inzulínem umožňuje edukovaným diabetikům značnou dietní volnost. Spíše je kladen důraz na množství a kvalitu konzumovaných potravin (Petrušičová, 2008; Svačina, 2008). „*Člověk s diabetem může jíst prakticky stejnou stravu jako ostatní lidé. Diabetická dieta je racionální regulovaná strava sestavená podle předem dohodnutého plánu.*“ (Lebl et al., 2008)

Cíl dietoterapie:

- Normalizace lačné i postprandiální glykémie.
- Dosažení optimálního složení krevních lipidů.
- Zajištění dostatečného přívodu energie.
- Prevence a léčba pozdních komplikací (Svačina, 2008).

Každé dítě s diabetem by mělo mít svůj jídelní plán. Tento plán zahrnuje rozpis výměnných jednotek za den. Při jeho sestavování vycházíme z počtu výměnných jednotek z doby, kdy ještě dítě nemělo diabetes. Toto množství se rozdělí do šesti dávek, aby část byla v ovoci, část v mléčných a zbytek ve škrobových jednotkách.

Při sestavování jídelního plánu je třeba přihlédnout mimo jiné k množství pohybu dítěte. Je přirozené, že sportující dítě-diabetik vydá mnoho energie, a proto ji musí také ve zvýšené míře přijímat. Dítě s diabetem, nemající čas nebo chuť sportovat, bude potřebovat energie méně, a bude tedy lepší, když množství sacharidů omezí dříve, než začne tloustnout (Lebl et al., 2008).

2.3.2.1 Výměnná jednotka

Výměnná jednotka (VJ) je zavedený umělý pojem k usnadnění přemýšlení o jídle. Je to takové množství jídla, které ovlivní glykémii přibližně stejně, ať ji sníme v podobě chleba, brambor, ovoce, čokolády, nebo smaženého řízku. Představuje množství potravin obsahující 10 g sacharidů, které lze libovolně směňovat. Znamená to tedy, že jídla se stejným množstvím sacharidů můžeme v jídelním plánu navzájem zaměňovat. Jedna výměnná jednotka jakékoliv potravin ovlivní glykémii stejným způsobem, neboť obsahuje stejné množství sacharidů. Podle potřeby lze tedy aktuálně upravit množství jídla i dávky inzulínu (Lebl et al., 2009; Kudlová, 2009).

Maso, drůbež, ryby, vejce, uzeniny, tvaroh, sýry, olej, máslo a jiné čisté tuky neobsahují žádné sacharidy, takže se s žádnými výměnnými jednotkami nepočítá. Zelenina v obvyklém množství, s výjimkou luštěnin a kukuřice, obsahuje minimální množství sacharidů, proto ji do plánu také nezapočítáváme. Prakticky všechna ostatní jídla pak sacharidy obsahují, proto s nimi musíme v jídelním plánu počítat. Potraviny obsahující sacharidy dělíme podle druhu sacharidů v nich obsažených na tři hlavní skupiny:

- Mléko a mléčné výrobky.
- Ovoce.
- Potraviny obsahující škrob (Lebl et al., 2009).

Obvyklá spotřeba dětí je 10 výměnných jednotek na den a další jedna výměnná jednotka na každý rok věku, přičemž s věkem postupně stoupá potřeba výměnných jednotek. U dívek asi do 13 let, u chlapců asi do 17 let. Následně se spotřeba ustálí nebo mírně klesne. Dospělá mladá žena potřebuje asi 23 výměnných jednotek za den, mladý muž asi 27 výměnných jednotek (Kudlová, 2009).

2.3.2.2 Glykemický index

Poslední dobou se do diabetické stravy zavádí pojem glykemický index (GI). GI je číslo, které udává procentuální rozdíl ve vzestupu glykémie vyvolané danou potravinou k hladině glykémie vyvolané glukózou. Stručně a zjednodušeně řečeno – čím rychleji je jídlo stráveno, tím vyšší má glykemický index (příloha 5). „*Je důležité, zda jsou sacharidy vstřebávány již v tenkém střevě (což vede k rychlému vzestupu glykémie), nebo fermentovány v tlustém střevě (což vede k pomalému vzestupu glykémie).*“ (Štechová, 2013, s. 118)

Podle tohoto indexu má glukóza (nejjednodušší sacharid) 100 bodů a všechny ostatní potraviny se hodnotí v poměru k tomuto číslu. Potraviny s nízkým glykemickým indexem jsou tedy zdravější. Zjednodušeně lze říci, že potraviny s glykemickým indexem nad 70 jsou pro diabetiky méně vhodné. Je prokázáno, že u diabetiků 1. typu přispívá zařazení potravin s nižším glykemickým indexem společně s nácvikem odhadu množství sacharidů v dietě ke zlepšení hodnot HbA1c (Petrušičová, 2008).

2.3.3 Pohybový režim

Pohyb je přirozeným projevem každého živého organismu. Pravidelná fyzická aktivita přispívá k rovnováze mezi příjmem a výdejem energie, usnadňuje a zlepšuje vyrovnaní cukrovky. Přirozeně vede ke zvýšení citlivosti na inzulín ve svazech a napomáhá ke spalování tuků. Mladí lidé s diabetem 1. typu s vyšší fyzickou aktivitou mívají lépe kompenzován diabetes a vyšší aerobní fyzickou zdatnost (Brož, 2007; Škvor, 2010).

„*To, co je na sportování diabetiků nejnebezpečnější, jsou hypoglykémie. Tyto stavy jsou velice nepříjemné, ale především díky ovlivněním mentálních funkcí (nehledě k riziku bezvědomí) mohou ve spojení se sportem způsobit vážné zranění i ohrozit život (pád při jízdě na kole apod.).*“ (Brož, 2007, s. 18) Obavy z následků hypoglykémie jsou na místě např. u sportů jako: parašutismus, horolezectví, plavání, potápění (Lebl et al., 2008). Sportující diabetik by měl předem informovat bezprostřední okolí o potencionálním nebezpečí hypoglykémie a zajistit si tak pro případ potíží kvalifikovanější pomoc (Brož, 2007). Souhrn doporučení pro tělesnou aktivitu u mladých osob s diabetem je uveden v příloze č. 6.

Příklady ukazují, že i člověk s diabetem 1. typu se stal velmi úspěšným tenistou, profesionálním hokejistou či cyklistou. Vyplývá z toho, že výběr vhodného sportovního odvětví pro dítě s diabetem je omezen nepodstatně, a pokud bývá omezován, tak pro výše uvedená rizika plynoucí z nerozpoznané hypoglykémie (Lebl et al., 2008).

2.3.4 Transplantace a jiné možnosti v léčbě diabetu

Jak bylo řečeno výše, léčba stojí na třech hlavních pilířích – inzulínu, dietě a pohybu. Věda však jde dopředu, a pro diabetiky se tak naskýtají další možnosti v léčbě.

Jednou z možností je transplantace Langerhansových ostrůvků nebo slinivky. Diabetik se pak částečně nebo zcela zbaví nutnosti aplikovat si inzulín, ale musí brát léky potlačující imunitu. Problémem transplantace Langerhansových ostrůvků je i nedostatek biologického materiálu, na léčbu jednoho diabetika je potřeba získat ostrůvky od dvou až třech dárců (Picková, 2012).

Další možností je obnovit beta-buňky produkující inzulín. Vědci věří, že díky aplikaci specifických růstových faktorů dokážou stimulovat diabetikovy buňky k jejich přeměně na B-buňky slinivky. Nové buňky schopné produkce inzulínu by u takového diabetika vznikaly nejen přeměnou jiných buněk, ale také replikací vlastních zbylých B-buněk (Picková, 2012).

Uzavřený systém je další možností pro diabetiky, vývoj pump a kontinuálních monitorů glykémie směřuje k vytvoření systému, který by obě technologie spojil. Nezbytným předpokladem pro uzavřený systém (closed-loop systém) je bezchybný dávkovač inzulínu, spolehlivý monitor glykémie a software. Současný stav technologie zavedení takového plně automatického systému do praxe zatím bohužel v nejbližších letech nemůžeme očekávat (Šumník, 2010).

2.4 Vyšetřovací metody u diabetu 1. typu

Selfmonitoring neboli samostatná kontrola diabetu znamená v širším slova smyslu vlastní kontrolu všech důležitých parametrů, které mají vztah ke kompenzaci diabetu. Zahrnuje samostatné kontroly glykémie, glykosurie, ketonurie, ketonémie, hmotnost, denní dávky inzulínu a denní dávky sacharidů v domácím prostředí (Petrušičová, 2008).

Nejdůležitější vyšetření doma je vyšetření glykémie, kterou si pacient měří sám pomocí glukometru (příloha 7). Pro kompenzovanou léčbu je třeba alespoň čtyř měření denně – tzv. malý glykemický profil – zahrnující měření po probuzení (glykémie na lačno), před obědem, před první večeří a před spaním. Kapka krve se odebírá nejčastěji z prstu ruky. V dnešní době jsou na trhu glukometry umožňující odběr vzorku krve z alternativních míst, jako je předloktí nebo lýtko. Zde je ovšem nutné počítat s jistým zpožděním, proto se nehodí pro akutní měření např. kontroly hypoglykémie. Měření se provádí před aplikací inzulínu a před jídlem. Nejméně jedenkrát do týdne je třeba provést velký glykemický profil zahrnující navíc měření dvě hodiny po snídani, obědě, večeři a v noci kolem druhé hodiny, kdy bývá glykémie nejnižší. K těmto plánovaným vyšetřením přibudou ještě vyšetření glykémie z náhlé potřeby, tedy v případě hypoglykémie, nebo hyperglykémie. Výsledky měření je užitečné si hned psát do diabetického deníčku. Každá hodnota je důležitá v budoucích úvahách o inzulínové léčbě (Petrušičová, 2008).

Mezi nové postupy sledování glykémie v domácím prostředí patří kontinuální monitorování glykémie, „... v tomto ohledu se v poslední době stále více uplatňuje kontinuální monitorace koncentrace glukózy CGMS (*continuous glucose monitoring systém*), je to metoda invazivní, nicméně nepříliš náročná“. (Štechová, 2013, s. 186) Systém se skládá ze tří částí, ze senzoru (příloha 8), na který je připojen malý bezdrátový vysílač, který vyhodnocuje data a odesílá je do přijímače, jenž je schopen signály zpracovat a ukázat uživateli na displej inzulínové pumpy, nebo glukometru (Šumník, 2010). Senzor je zaveden několik milimetrů do podkoží, většinou v oblasti břicha, kde zaznamenává údaje v intersticiálním prostředí (v mezibuněčné tekutině) po dobu své životnosti (3–5 dní) v pětiminutových intervalech. Po většinu dne se koncentrace glukózy v krvi a intersticiální tekutině víceméně rovná (Brož, 2009).

Další vyšetřovací metodou prováděnou doma je vyšetření ketolátek v moči. Používáme k nim vyšetřovací proužky, které namočíme do čerstvé moči. Přítomnost ketolátek zjistíme porovnáním barvy čtverečku na proužku se stupnicí na krabici po uplynutí předepsané doby. Toto vyšetření je neinvazivní a levné (Petrušičová, 2008). Pro přesnější měření množství ketolátek můžeme také použít glukometr, který má možnost měření ketonů (příloha 9). Proužky pro testování β -ketone se používají ke kvantitativnímu měření ketolátek v plné kapilární krvi odebrané z konečku prstu.

Výhodou měření ketolátek z krve je aktuální stav množství ketonů v krvi, protože v moči jsou ketolátky se zpožděním (Petrušičová, 2008).

Mezi pravidelná vyšetření u lékaře patří vyšetření glykosylovaného hemoglobinu (HbA1c). Glykosylovaný hemoglobin ukáže, jak se dařilo léčit diabetes v posledních třech měsících (příloha 10). Čím více je v krvi glukózy, tím více je hemoglobin glykosylován. Stanovení glykosylovaného hemoglobinu by se mělo provádět každé 3–4 měsíce. Málo příznivá hodnota HbA1c je důvodem k častějším kontrolám u lékaře, popřípadě ke změně režimu u diabetika zahrnující změny jak v jídelním plánu, tak v dávkách inzulinu (Lebl et al., 2008).

Ostatní pravidelná odborná vyšetření u lékaře pomáhající posoudit zdravotní stav diabetika jsou uvedeny v příloze 11.

2.5 Komplikace diabetu 1. typu

„Diabetes mellitus je chronické onemocnění, které může být provázeno akutními i chronickými komplikacemi. Akutní metabolické komplikace diabetu dříve ohrožovaly pacienty nesrovnatelně více než dnes, dosud však úplně nevymizely a setkáváme se s nimi stále.“ (Šmahelová, 2006, s. 9)

2.5.1 Akutní komplikace

Mezi akutní komplikace diabetu patří stavy ohrožující diabetika v kteroukoliv dobu, bez ohledu na délku trvání onemocnění, na zdraví nebo přímo na životě (Bělobrádková et al., 2006).

Do této kategorie metabolických komplikací řadíme:

- Hypoglykémii.
- Diabetickou ketoacidózu.
- Hyperglykemický hyperosmolární syndrom.
- Laktátovou acidózu (Rybka, 2007).

Hypoglykémie je stav, při němž dochází k poklesu glykémie pod dolní hranici 3,3 mmol/l, která vzniká, když nastane nerovnováha mezi nadbytkem inzulínu a nedostatkem glukózy. Nevznikne u člověka, který nemá diabetes. Když u zdravého člověka začne glykémie klesat k této dolní hranici, přestane tělo produkovat inzulín a uvede v činnost jiné hormony, jejichž úkolem je glykémii zvýšit – hlavně glukagon a adrenalin. Mezi příčiny hypoglykémie patří příliš mnoho inzulínu, příliš málo jídla, neobvykle mnoho pohybu, alkohol (Lebl et al., 2008).

Hypoglykémie rozlišujeme na lehké a těžké. Při lehkých si může pomoci pacient sám a jsou běžné i u dobře kompenzovaného nemocného. Těžká hypoglykémie s poruchou vědomí, tzv. hypoglykemické kóma, je stav vyžadující pomoc jiné osoby. Pokles glykémie může vzniknout náhle během několika minut či hodin, nebo může být pokles pozvolný a prolongovaný, zejména vyskytuje-li se hypoglykémie v době působení depotního inzulínového preparátu. Vzhledem k tomu, že hypoglykémie může vzniknout náhle a že se může rychle prohlubovat, je třeba okamžitého a rychlého léčebného zásahu (Lebl et al., 2008).

Cílem správné léčby diabetu není léčit hypoglykémie, ale především zabránit jejich vzniku (Petrušičová, 2008). Prevencí hypoglykémie je aplikovat správné množství inzulínu, sledovat glykémii během fyzické zátěže a po ní, přijímat dostatečné množství výměnných jednotek. Na hypoglykémii je nutno pamatovat i během běžných onemocnění, které doprovází nechutenství, zvracení a průjem. Vždy je třeba upravit aktuálně dávky inzulínu k množství přijímaných sacharidů v potravě, které u diabetika nesmíme vynechat ani v případě nechutenství (Lebl et al., 2008).

Diabetická ketoacidóza (DKA) je život ohrožující, ale reverzibilní komplikace, která je výsledkem deficitu inzulínu. Nejčastější příčinou je nedostatečná nebo přerušená léčba inzulínem, infekce nebo jiná přidružená závažná onemocnění (Rybka, 2007). Prevencí hyperglykémie a možnosti následného rozvoje DKA je aplikování správné dávky inzulínu, neopomíjení aplikace inzulínu, dodržování jídelního plánu se správným počtem výměnných jednotek a dodržování pitného režimu (Lebl et al., 2008).

Hyperglykemický hyperosmolární syndrom (HSS), nebo také hyperglykemický hyperosmolární neketotický stav, charakterizuje výrazná hyperosmolarita a dehydratace

(Rybka, 2007). Vyvolávající faktory jsou podobné jako u diabetické ketoacidózy (Šmahelová, 2006).

Laktátová acidóza je stav, kdy dochází ke kumulaci laktátu v organismu na podkladě různých patologických stavů (Rybka, 2007).

2.5.2 Chronické komplikace

Chronické komplikace diabetu mohou být záludné, mohou se rozvíjet nenápadně, aniž by člověku činily obtíže, a mohou se projevit až po řadě let takovými příznaky, které mohou diabetikovi vážně ztrpčit život a ohrozit ho na životě. Základní a nejdůležitější příčinou těchto komplikací je hyperglykémie (Lebl et al., 2008). Opakující se krátkodobé hyperglykémie vedou v těle ke zvýšené vazbě glukózy na bílkoviny, které mají nepříznivý vliv na vznik a vývoj chronických komplikací diabetu (Bělobrádková et al., 2006).

Mezi chronické komplikace patří:

Makroangiopatie – aterosklerotické poškození velkých cév, které může začít již v dětském věku.

Mikroangiopatie – onemocnění menších cév vznikající na podkladě dlouhodobě trvajících hyperglykemií. Patří mezi ně:

- **Diabetická retinopatie (DR)** – typická mikrovaskulární komplikace diabetu postihující primárně cévy sítnice. Prevencí je udržování dlouhodobé normoglykémie a pravidelné kontroly u oftalmologa.
- **Diabetická nefropatie (DN)** – onemocnění ledvin výrazně zasahující do života diabetika, které může vést až k selhání ledvin.
- **Diabetická neuropatie** – nejčastější chronická komplikace diabetu charakterizovaná přítomností poruch funkce nervového systému. Dělíme je na akutní – reverzibilní – a chronické – mívající obvykle progresivní průběh (Rybka, 2007).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Byly stanoveny následující cíle a k nim odpovídající výzkumné otázky:

Cíl 1: Zjistit míru ovlivnění onemocnění dítěte na psychiku a vztahy v rodině.

Výzkumná otázka 1: Jak ovlivňuje diabetes psychiku a vztahy v rodině?

Cíl 2: Zjistit míru omezení rodiny při dodržování diabetické diety svého dítěte.

Výzkumná otázka 2: Jaké změny přineslo do rodiny dodržování diabetické diety?

Cíl 3: Zjistit finanční zátěž rodiny při onemocnění dítěte s diagnózou diabetes mellitus.

Výzkumná otázka 3: Jaká je zátěž finanční zátěž rodiny s dítětem s diagnózou diabetes mellitus?

Cíl 4: Zjistit míru ovlivnění rodin v oblasti volnočasových aktivit.

Výzkumná otázka 4: Jak toto onemocnění změnilo trávení volného času v rodině?

3.2 Metodika výzkumu

V bakalářské práci se zabývám životem rodin s diabetickým dítětem. Po zvážení obsahu práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, protože vychází z holistického přístupu k člověku. Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup týkající se života lidí, příběhů, chování. Výběr respondentů je relativně malý, neklade nároky na statistickou reprezentativnost, využívá hloubkové rozhovory (Kutnohorská, 2009). Kvalitativní výzkum má své kladné i záporné stránky. Je důležitý pro rozvoj ošetrovatelské vědy (Farkašová, 2006).

Výzkum jsem prováděla formou rozhovoru – interview (příloha 12). Zvolila jsem rozhovor polostandardizovaný, jehož výhodou je kreativita (Kutnohorská 2009). Stanovila jsem čtyři okruhy otázek a následně k nim otázky k rozhovoru. Celkem rozhovor obsahuje 16 položek (příloha 12). První okruh se týká míry ovlivnění onemocnění dítěte na psychiku a vztahy v rodině. Snažila jsem se zjistit, jak prožívali

v rodině sdělení diagnózy, jak se změnily vztahy, zda a z čeho mají obavy. Druhý okruh vypovídá o míře omezení rodiny při dodržování diabetické diety, jak bylo nutné změnit stravovací zvyklosti v rodině. Třetí okruh zjišťuje míru finanční zátěže v péči o dětského diabetika, nakolik zasahuje léčba do rodinného rozpočtu, a na závěr čtvrtý okruh mapuje míru ovlivnění v oblasti volnočasových aktivit, do jaké míry ovlivňuje diabetes trávení volného času v rodině.

3.2.1 Kategorizace dat

Cílem kategorizace dat je pro zjednodušení orientace ve výzkumných datech pojmenovat pozorované jevy.

Tabulka 1: Kategorizace dat

Kategorie		Pozorovaný jev
A	Psychika	Prožívání sdělení diagnózy.
		Změny vztahů v rodině po onemocnění dítěte.
		Obavy v souvislosti s nemocí dítěte.
		Zájem o konzultace s psychologem.
		Kontakt s jinými rodinami s dítětem s diagnózou diabetes.
B	Dieta	Změny ve stravovacích zvyklostech.
		Starosti s plánováním jídla.
		Školní jídelna.
		Omezení dietou na cestách.
C	Finance	Zásahy léčby do rodinného rozpočtu.
		Možnosti příspěvků.
		Sociální a zdravotní systém.
D	Volnočasové aktivity	Změny v trávení volného času v rodině, dovolená.
		Možnosti trávení volného času jako jiné děti.
		Škola, školní aktivity.

3.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Respondentkami bylo pět matek diabetických dětí, všechny děti měly diabetes mellitus diagnostikován více než pět let. Rozhovory byly uskutečněny v jejich domácnostech a probíhaly v uvolněné, příjemné atmosféře. Doba trvání rozhovoru činila průměrně 27 minut (nejdelší rozhovor s respondentkou trval 42 minut, nejkratší 17 minut).

3.3.1 Základní charakteristika respondentů

Respondentka A., syn diabetik 16 let. Záchyt v sedmi letech, kdy byl synovi náhodně zjištěn cukr v moči po angíně. Glykémie při záchytu 11 mmol/l.

Respondentka J., dcera diabetička 15 let. Záchyt v šesti letech. K lékaři šli na základě podezření na cukrovku, protože dcera hodně pila a močila. Glykémie při záchytu 16 mmol/l.

Respondentka S., dcera diabetička 15 let, záchyt v osmi letech, pozorovali úbytek váhy, nepřiměřenou únavu, zvýšený příjem tekutin. Jednoho dne zavolali ze školy, že je dceři špatně, je malátná, téměř nemohla dojít z kulturní akce do školy. V nemocnici zjištěna glykémie 19 mmol/l.

Respondentka N., syn diabetik 14 let. Záchyt v devíti letech, při preventivní prohlídce, kdy měl v moči cukr. Glykémie při záchytu 13 mmol/l.

Respondentka P., dcera diabetička 17 let. Záchyt v šesti letech, kdy šli k lékaři, protože dceři „nebylo dobře“, glykémie při záchytu 38 mmol/l.

3.4 Průběh výzkumu

Cíle a struktura rozhovoru byla stanovena během září a října 2015, následovala příprava výzkumu a zpracování teoretické části práce. Připravené rozhovory byly uskutečněny v měsících lednu a únoru 2016, jejich interpretace v březnu, během měsíce dubna byla práce zpracována do finální části.

3.5 Zpracování získaných dat

Text bakalářské práce je vypracován v programu Microsoft Office Word 2007, tabulky v programu Microsoft Office Excel 2007.

3.6 Výsledky výzkumu

Jak již bylo uvedeno výše, práce je zaměřena na život v rodině s dítětem s diagnózou diabetes mellitus 1. typu. V této kapitole prezentuji výsledky výzkumného šetření, vyplývající z rozhovorů. Pro lepší přehlednost jsem odpovědi jednotlivých respondentek vložila do tabulek.

A: Psychika

Otázka 1: Jak jste prožívali sdělení diagnózy?

Tabulka 2: Prožívání sdělení diagnózy

Respondentka A.	<i>„Bylo to hrozný, šok, myslela jsem, že se z toho musím probudit... hrozný... byla jsem těhotná s druhým synem.“</i>
Respondentka J.	<i>„Byl to šok, vůbec jsem si nedokázala představit, jak budeme žít dál. Pořád jsem doufala, že to půjde „vyléčit“, nebo že se lékaři spletli. Měla jsem pocit, že všechno hezké zmizelo a že už nikdy nebude důvod se smát.“</i>
Respondentka S.	<i>„Byl to šok, nedokázali jsme vyhodnotit všechny důsledky sdělení. Teprve postupně s přísunem informací jsme si začali uvědomovat, jaké změny to pro nás bude znamenat.“</i>
Respondentka N.	<i>„Bylo to šilené, šok, myslela jsem, že je to sen. Už na to nechci vůbec vzpomínat.“</i>
Respondentka P.	<i>„Byl to šok, myslela jsem, že půjdu spát, a jak se probudím, nebude to pravda, že mi řeknou, že se spletli, že to není pravda.“</i>

Všechny respondentky se shodly, že zjištění diagnózy u jejich dítěte byl pro ně šok. V prvním momentě se jednotlivým respondentkám vybavuje například, že se lékaři spletli, že už nikdy nebude důvod se smát, že se probudí a zjistí, že to vše byl jen sen.

A: Psychika

Otázka 2: Změnily se vztahy v rodině po onemocnění dítěte?

Tabulka 3: Změny vztahů v rodině

Respondentka A.	„ Nemám pocit , že by se změnily.“
Respondentka J.	„Vzhledem k tomu, že jsem v době záchytu onemocnění byla s dcerou sama, k žádným změnám nedošlo . Jen jsme s dcerou měly mezi sebou ještě pevnější pouto .“
Respondentka S.	„Všichni jsme se soustředili na zvládnutí diabetu dcery. Přizpůsobili jsme se jejím potřebám stravování, času. Nadále jsme sháněli další informace o diabetu a možných problémech. Možná to znamenalo i míň času na mladší dceru .“
Respondentka N.	„Ani nevím , asi změnily , když jsme podřídily vše diabetu.“
Respondentka P.	„Možná jsem trochu žárlila na manžela , protože mi připadalo, že si to tolik nepřipouští . Ale asi to nebyla pravda, ale já byla s dcerou v nemocnici a já se od počátku více zapojovala.“

Dle dotazovaných respondentek se vztahy v jejich rodinách zásadně nezměnily. Respondentka J. udává posílení vztahu s dcerou, respondentka S. si vybavila méně času na mladší dceru. Respondentky S. a N. se shodují v názoru, že vše v rodině podřídili diabetu. Respondentka P. si připouští pocit, že byla v počátku více vtažena do péče o dceru s diabetem.

A: Psychika

Otázka 3: Jaké máte obavy v souvislosti s onemocněním dítěte?

Tabulka 4: Obavy v souvislosti s onemocněním dítěte

Respondentka A.	„Obavy? Ty mám pořád... z hypa, z budoucnosti. “
Respondentka J.	„Bojím se pozdních zdravotních komplikací. Také až se dcera osamostatní a já už ji nebudu mít pod kontrolou.“
Respondentka S.	„Rozhodně jsou to možné pozdní komplikace diabetu. Jestli prožije plnohodnotný život, jestli zvládne kompensaci při případném těhotenství. Jestli zvýšené nároky na organismus v té době nenechají na jejím zdraví následky.“
Respondentka N.	„Obavy mám snad ze všeho, z budoucnosti, z hypoglykémie, z hyperglykémie, z toho, jestli to nebude vadit třeba nastávajícímu partnerce. “
Respondentka P.	„Ano, s každým výletem se školou, s každou teď už zábavou, a hlavně z pozdních zdravotních komplikací. “

Všechny dotazované se shodují s obavami hlavně z budoucnosti po zdravotní stránce. Respondentka S. má obavy z případných komplikací během těhotenství, respondentka N. přemýšlí nad ztíženou možností jejího syna najít si partnerku. Respondentka P. řeší obavy, které má s každým výletem či zábavou, kam se vypravuje její dcera. Respondentka J. se bojí ztráty vlivu nad dcerou, až se osamostatní.

A: Psychika

Otázka 4: Uvítali byste možnost občasné konzultace s psychologem?

Tabulka 5: Možnost občasné konzultace s psychologem

Respondentka A.	„ Ne, nechci, nepotřebuji. “
Respondentka J.	„ Ne, zkusila jsem to a bylo to k ničemu. Naučené řeči od člověka, který ví houby o tom, co je to starat se o dia dítě 24 hodin denně, jsou zbytečné.“
Respondentka S.	„ V době záchytu určitě ano. V současnosti tuhle potřebu nepocítujeme , vítáme konzultace s ošetřující diabetoložkou a se známými rodinami jiných mladých diabetiků.“
Respondentka N.	„ Ted’ asi ne, ale možná při zjištění diabetu. “
Respondentka P.	„ Ne, nemyslím, že by mi to pomohlo. “

V této otázce se shodují respondentky v názoru, že nyní nemají potřebu konzultace s psychologem. Respondentka S. a N. naznala, že v době záchytu by konzultace byla vhodná. Respondentka J. sezení absolvovala, ale jak říká, bez efektu.

A: Psychika

Otázka 5: Stýkáte se i s jinými rodinami se stejně nemocným dítětem?

Tabulka 6: Kontakt s rodinami se stejně nemocným dítětem

Respondentka A.	<i>„Jo, máme pro sebe pochopení, kdo nemá dítě s diabetem, nemůže pochopit naše starosti.“</i>
Respondentka J.	<i>„Velmi zřídka.“</i>
Respondentka S.	<i>„Ano, dcera je v kontaktu s kamarády z řad diabetiků. Spoustu kamarádů si našla na dia táborech. S některými rodinami jsme v občasném kontaktu, s jednou z rodin se vídáme častěji a v případě potřeby řešíme aktuální problémy.“</i>
Respondentka N.	<i>„Ano, máme jednu rodinu, se kterou můžu v případě potřeby vše probrat. To mi pomůže víc jak psycholog.“</i>
Respondentka P.	<i>„Občas, ale je to dobré vědět, že na to nejsme sami. Vím, že pokud jim zavolám, tak si poradíme. Je dobré je mít, vědět o nich.“</i>

Všechny dotazované respondentky udržují vztahy s jinými rodinami diabetických dětí, pomáhá jim to hlavně po stránce psychické.

B: Dieta

Otázka 6: Bylo nutné změnit stravovací zvyklosti ve Vaší rodině?

Tabulka 7: Změny ve stravovacích zvyklostech

Respondentka A.	<i>„Asi ten první rok, teď už to tak nebereme a spíš jsme se všichni podřídili.“</i>
Respondentka J.	<i>„Ano, první dva roky jsem nedopustila, aby bylo doma něco, co by dcera nemohla jíst. Přizpůsobila jsem se jí.“</i>
Respondentka S.	<i>„Ano, především šlo o pravidelnost v jídle a o odstranění zbytečných lákadel z dosahu malého diabetika.“</i>
Respondentka N.	<i>„Ano, ale spíš se podřídít času než stravování.“</i>
Respondentka P.	<i>„Rozhodně ano, časy, složení... Bylo to šílené, váha neustále po ruce, tabulky obsahu sacharidů, v podstatě jsme jedli v čase jídla dcery a taky stejné jídlo, což zase nebyl problém, protože diabetická strava není jiná, jde hlavně o množství.“</i>

Po záchytu bylo nutné, podle našich dotazovaných respondentek, změnit ve všech rodinách stravovací zvyklosti, postupně se celé rodiny přizpůsobily. Velký problém byl i dodržovat časy stravování, jak konstatovaly respondentky N. a P.

B: Dieta

Otázka 7: Myslíte, že máte více starostí s plánováním jídla?

Tabulka 8: Starosti s plánováním jídla

Respondentka A.	<i>„Dnes už to nevnímám, asi ne.“</i>
Respondentka J.	<i>„Ano, třeba když jsou narozeniny, snažím se rozkrojení dortu naplánovat tak, aby byla zrovna doba svačiny. Pokud je někde jinde, nosí si zákusek s sebou domů.“</i>
Respondentka S.	<i>„Ze začátku jsme všechno pečlivě plánovali a možná se i zbytečně strachovali. Dnes už máme zaběhlý režim jídla natolik, že ani oslavy nebo Vánoce nás nijak výrazně nezatěžují. Možná se snažíme zbytečně to nepřehánět s cukrovím apod.“</i>
Respondentka N.	<i>„Ano. Stále plánuji, co bude na jídlo, za kolik jednotek.“</i>
Respondentka P.	<i>„Ano, pokud plánuji oslavu, tak aspoň trochu se snažím přiblížit času jídla a máme na stole oříšky, zeleninu, sýry na úkor brambůrků, tyčinek a tak. Takže vlastně jíme zdravěji.“</i>

Matky diabetických dětí mají více starostí s plánováním jídla, je třeba přizpůsobit čas třeba i rozkrojení narozeninového dortu, jak uvádí respondentka J. Postupně se plánování jídla stává součástí rodiny, kde už to ani nevnímají, jak uvádí respondentka A. V rodině respondentky P. se naučili nahradit sladké jídlo třeba oříšky.

B: Dieta

Otázka 8: Stravuje se Vaše dítě ve školní jídelně?

Tabulka 9: Stravování ve školní jídelně

Respondentka A.	<i>„Ano, chodí do školní jídelny a vždy chodil, na základce to bylo s kuchařkami vše o domluvě, dnes už syn ví, co může a co ne.“</i>
Respondentka J.	<i>„Ano, ale podotýkám, že až v poslední době, kdy si dcera množství jídla i inzulinu rozhoduje sama. Je jí patnáct a diabetes má již deset let. Začátky byly opravdu krušné. Musela jsem běhat do školky, školy, jídlo sama vážit...“</i>
Respondentka S.	<i>„V době záchytu dcera neměla možnost se ve školní jídelně stravovat. Nebyla možnost vážení jídla, dcera ještě neuměla odhadovat velikost porce a převádět na VJ. Se změnou ZŠ v deseti letech nám vyšli ve školní jídelně vstříc a jídlo jí vážili. V současnosti na střední škole chodí do školní jídelny a porce už si odhaduje sama bez problémů.“</i>
Respondentka N.	<i>„Ne, vařím doma. Ani jsem se nezkoušela domlouvat. Zatím je na základce a domů to má kousek, horší to bude asi na střední.“</i>
Respondentka P.	<i>„Na základní škole rozhodně ano, kuchařky byly velmi vstřícné. Teď na střední už jídelnu, kterou má mimo školu, s rozvrhem nestíhá. Má v poledne bagetu a teplé jídlo večer.“</i>

Většina dětí dotazovaných respondentek se stravuje nebo stravovala ve školní jídelně. Dcera respondentky P. si nosí obědy z domova, protože jídelnu ve škole nemají, na základní škole bylo stravování bez problémů. Respondentka N. vaří doma. Respondentka S. zmiňuje problémy v počátku diabetu dcery ve školní jídelně, kde jim neumožnili vážení jídla. Respondenta J. si chodila z počátku vážit jídlo sama.

B: Dieta

Otázka 9: Jedete-li mimo domov, spoléháte na obchody, restaurace?

Tabulka 10: Spoléhání na restaurace, obchody mimo domov

Respondentka A.	„ <i>Částečně, dopředu si zjišťuji restaurace – otevírací dobu, pokud jedeme mimo civilizaci, máme dost jídla v zásobě.</i> “
Respondentka J.	„ <i>Máme vždy raději vlastní zásoby.</i> “
Respondentka S.	„ <i>Vždycky máme něco k jídlu i pití s sebou. Většinou se dá něco koupit a není třeba do zásob sáhnout, ale nejednou se vlastní jídlo či pití hodilo. Už pro klid v duši.</i> “
Respondentka N.	„ <i>Tahám všude zásoby.</i> “
Respondentka P.	„ <i>Ne, vozím všude zásoby.</i> “

Jednotně se dotazované matky shodly, že nespoléhají na obchody, restaurace, všude tedy raději nosí jídlo do zásoby s sebou. Respondentka A. si dopředu zjišťuje, jaké jsou restaurace v místě.

C: Finance

Otázka 10: Zasahuje léčba Vašeho dítěte do rodinného rozpočtu?

Tabulka 11: Zásah léčby do rodinného rozpočtu

Respondentka A.	<i>„Dnes už ne, ale z počátku určitě, dost jsme dokupovali třeba proužky do glukometru.“</i>
Respondentka J.	<i>„Zcela určitě. Měsíčně doplácíme tak 2000 Kč.“</i>
Respondentka S.	<i>„Nijak výrazně. Většinou se vejde do množství pomůcek hrazených pojišťovnou.“</i>
Respondentka N.	<i>„Asi tak maximálně 500 Kč měsíčně za proužky, možná ani to ne. Dřív to bylo horší.“</i>
Respondentka P.	<i>„Ted’ už asi ne, dříve jsme dokupovali senzory, proužky. Na proužky jsme třeba hlídali akce, kdy ke dvěma balením proužků bylo třetí zdarma.“</i>

Všechny respondentky se shodly, že po záchytu diabetu nemoc zasahovala do rodinného rozpočtu mnohem více. Dnes udává respondentka J. měsíční doplatek asi 2000 Kč, respondentka N. udává doplatek na diabetes maximálně 500 Kč. Respondentky S., P. i A. udávají, že se zpravidla vejdou do spotřeby pomůcek hrazených pojišťovnou.

C: Finance

Otázka 11: Znáte možnosti příspěvků?

Tabulka 12: Znalost možností příspěvků

Respondentka A.	„Syn je velký, tak o tom nepřemýšlím.“
Respondentka J.	„ Ano , ale jen okrajově .“
Respondentka S.	„ Konzultujeme je s diabetoložkou a jsme členy Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, které pravidelně informuje o možnostech příspěvků pro diabetické děti.“
Respondentka N.	„ Vím, že má akci VZP , na doklad třeba za proužky mi proplatí 500 Kč jednorázově. Jinak se o to nezajímám , syn je velký.“
Respondentka P.	„ Popravdě dnes už ne , myslím, že žádné pro starší děti nejsou. Pro malé děti jsou snad nějaké příspěvky na péči, nicméně co vím, tak je třeba projít poníženě nějaké testy, kde děti testují, zda si zaváží tkaničky, namažou chleba apod.“

Respondentky A. a P. se shodují, že příspěvky jsou spíše pro malé děti. Respondentka S. jmenuje Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, které je informuje o možnostech příspěvků. Respondentka N. ví, že VZP má nyní konkrétní akci pro diabetiky.

C: Finance

Otázka 12: Máte pocit, že je vhodně nastaven zdravotní a sociální systém pro dětské diabetiky?

Tabulka 13: Spokojenost s nastaveným zdravotním a sociálním systémem

Respondentka A.	<i>„Myslím, že by se třeba první roky mělo dětem platit ohledně léčby vše, hlavně proužky.“</i>
Respondentka J.	<i>„Nedokážu posoudit. Spotřebujeme více materiálu, než hradí pojišťovny, tak musíme doplácet. Možná, že jiné rodiny dokážou neměřit tak často...“</i>
Respondentka S.	<i>„Ano. Díky Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, které za nemocné „kope“, se daří udržovat výše příspěvků pro dětské diabetiky. Je však nutno mít co nejvyšší počet členů, aby váha jejich argumentů byla dostatečná. Nejsem si jistá, jak je nastaven systém pro diabetiky dospělé.“</i>
Respondentka N.	<i>„Nevím.“</i>
Respondentka P.	<i>„Myslím, že by si děti zasloužily neomezeně proužků, ted' i senzorů, ale co vím, tak v poslední době už je to lepší. Spíš se bojím, jak jim bude víc jak osmnáct, kdy budou dospělí a již budou mít úplně jiné, ošekané nároky na pomůcky.“</i>

Respondentka S. je spokojena se současným stavem, nicméně stejně jako respondentka P. se bojí budoucnosti, kdy jako dospělí diabetici budou mít jejich děti nárok na pomůcky hrazené pojišťovnou omezený. Respondentka A. myslí, že by se první rok mělo dětem proplácet více pomůcek, hlavně proužků, respondentka P. by dala dětem proužků neomezené množství, také respondentka J. by uvítala pro děti nárok na více proužků a pomůcek.

D: Volnočasové aktivity

Otázka 13: Změnilo se nemocí trávení volného času v rodině?

Tabulka 14: Změny trávení času v rodinách

Respondentka A.	<i>„Asi ne, nejsme žádní cestovatelé ani vyznavači adrenalinových sportů.“</i>
Respondentka J.	<i>„Ano, veškerá aktivita se musí naplánovat tak, aby se dcera včas najedla, měla možnost si píchnout inzulín. Řídíme se také výší glykémie. Nemůže jít plavat, když má hypoglykémii...“</i>
Respondentka S.	<i>„Ano, částečně. Ze začátku jsme měli strach pouštět dceru samotnou ven nebo do kroužků. Tím pádem jsme trávili více volného času s ní. Postupně získávala jistotu co do zvládnutí nemoci a začala normálně navštěvovat kroužky a volnočasové aktivity jako zdravé děti.“</i>
Respondentka N.	<i>„Zase budu mluvit o čase, případně mi, že jsem byla takový honec v čase, kroužky aby byly mezi jídly a výlety s báglem jídla.“</i>
Respondentka P.	<i>„Ano, snažila jsem se kamkoli jít, myslet na čas. Pořád jsem sledovala hodinky. Dnes už ne.“</i>

Respondentka A. nepocítila diagnózou DM u jejího dítěte změnu v trávení času její rodiny, jak říká, nejsou vyznavači adrenalinových sportů ani žádní cestovatelé. Respondentka N. a P. si připadaly omezeny časem, kdy musely kroužky plánovat mezi jídly. Respondentka J. vnímá omezení hlavně před bazénem nebo omezení při sportování s hyperglykemií. Respondentka S. se zpočátku bála dceru pouštět do kroužků, dnes nemá pocit, že by byla dcera nyní, po zvládnutí onemocnění, omezována výběrem volnočasových aktivit.

D: Volnočasové aktivity

Otázka 14: Trávíte dovolenou i v zahraničí?

Tabulka 15: Dovolená v zahraničí

Respondentka A.	<i>„Jenom párkrát do Chorvatska, vše jsme měli s sebou a pravda je, že měl výborné glykémie.“</i>
Respondentka J.	<i>„Ano, byli jsme v Egyptě. Naštěstí bez komplikací. Dnes už bych neriskovala.“</i>
Respondentka S.	<i>„V zahraničí jsme byli v Bulharsku, do Egypta bych rozhodně s diabetikem nejela, vzhledem k možným žaludečním infekcím a možné dekompenzaci diabetu. Dcera byla se školou na jednodenním výletě v Rakousku a na pětidenním výletě v Itálii. Všechno to jsou ale destinace evropské.“</i>
Respondentka N.	<i>„Nejezdíme, v Česku se cítím s cukrovkou bezpečněji.“</i>
Respondentka P.	<i>„Ano, v Řecku, Chorvatsku. Zdravotní péče je nastavená podobně jako u nás, tak se nebojím. Každopádně bych nejela mimo Evropu.“</i>

Dotazované respondenty, kromě respondenty N., která se cítí s cukrovkou v Česku bezpečněji, byly s diabetickým dítětem v zahraničí. Problém však vidí v cestování do destinací mimo Evropu, kde mimo jiné hrozí podle respondenty S. žaludeční komplikace.

D: Volnočasové aktivity

Otázka 15: Myslíte si, že Vaše dítě má stejné podmínky a možnosti trávení volného času jako jiné děti?

Tabulka 16: Podmínky pro trávení volného času

Respondentka A.	<i>„Asi ano, syn nikdy nebyl nějak vyhraněný a u počítače je to jedno.“</i>
Respondentka J.	<i>„Nemá.“</i>
Respondentka S.	<i>„Dcera každoročně jezdí na tábory s diabetickými dětmi. Měli jsme i štěstí, že několikrát byla i na táboře se zdravými dětmi, ale vždy to bylo díky podpoře a ochotě známých lidí, kteří buď měli ve svém okolí jiného diabetika, nebo znali dceru osobně a neměli strach za ni převzít odpovědnost.“</i>
Respondentka N.	<i>„Rozhodně nemá.“</i>
Respondentka P.	<i>„Ne, malý diabetik si musí hlídat glykémii. Při sportování musí přestat sportovat s hypoglykemií a zkuste dítěti v zapálení boje říkat, ať se jde najíst, nebo udělat glykémii. To fakt nejde, ale třeba v lidušce to fakt nevadilo. Takže záleží na aktivitě. A na tábory nejezdila, bála jsem se o ni.“</i>

Respondentky J., P. a N. se shodují v názoru, že jejich dítě nemělo stejné podmínky trávení volného času jako jiné děti. Respondentka A. si myslí, že asi takový rozdíl v trávení volného času mezi jinými dětmi a jejím synem není. Respondentka S. si je vědoma, že bez ochoty známých v okolí by měli problém.

D: Volnočasové aktivity

Otázka 16: Vychází Vám vstříc ve škole? Jezdí se třídou Vaše dítě na hory, výlety?

Tabulka 17: Vstřícnost škol

Respondentka A.	„ <i>Ano, má štěstí na učitele, je to totiž vše o domluvě.</i> “
Respondentka J.	„ <i>Částečně.</i> “
Respondentka S.	„ <i>Ano, jezdila na škole základní i nyní na škole střední.</i> “
Respondentka N.	„ <i>Bojím se, nepouštím ho. Tedy na jednodenní výlet ano, nepouštím ho na výlety, které jsou přes noc.</i> “
Respondentka P.	„ <i>Vychází, na výlety jezdí, byla i na horách. Vždy ale zajdu za vyučujícími. Vše je o domluvě.</i> “

Dcera respondentky S. absolvovala výlety i lyžařský kurz se třídou bez problémů. Respondentka A. udává, že problém s tím, jestli vezmou syna s sebou na školní akce, nemá, ale je si vědoma, že má, jak říká, štěstí na učitele. Respondentka J. přiznává, že ve škole jim vychází vstříc částečně. Respondentka N. syna na školní akce nepouští. Respondentka P. udává, že si je vědoma, že hodně záleží na ochotě vyučujících.

3.7 Diskuse

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké omezení a možnosti mají rodiny s dětmi s diagnózou DM 1. typu ve svém každodenním životě. Tato problematika je velice široká a jsem si vědoma, že v této práci není možno zahrnout celou problematiku, nicméně jsem se snažila o zachycení nejpodstatnějších oblastí, zasahujících do rodin dětského diabetika.

Byly stanoveny následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak ovlivňuje diabetes psychiku a vztahy v rodině?

Výzkumná otázka 2: Jaké změny přineslo do rodiny dodržování diabetické diety?

Výzkumná otázka 3: Jaká je finanční zátěž rodiny s dítětem s diagnózou diabetes mellitus?

Výzkumná otázka 4: Jak toto onemocnění změnilo trávení volného času v rodině?

Zhodnocení výzkumných otázek:

Výzkumná otázka 1: Jak ovlivňuje diabetes psychiku a vztahy v rodině?

Chronické onemocnění je velkou zátěží pro rodiče. V případě onemocnění diabetem se musejí rodiče vyrovnat nejen s vlastními úzkostmi a starostmi, ale navíc musí zvládnout péči o nemocné dítě. Jak uvádí Michalík (2012), manželská nebo partnerská situace rodin pečujících dlouhodobě o nemocné či zdravotně postižené dítě je v odborné i laické veřejnosti mnohdy reflektována. Vládne všeobecný mýtus hovořící o rozpadech pečujících rodin, přičemž výsledky to nepotvrzují. Při zjišťování vztahů v rodinách mých respondentek se dá konstatovat, že ani v jejich rodinách se vztahy zásadně nezměnily.

Jak lze předpokládat, diagnóza onemocnění diabetes mellitus u dítěte je šok. Všechny respondentky reagovaly tímto slovem na otázku „Jak prožívaly sdělení diagnózy“. V případě mých respondentek neměl diabetes nikdo v příbuzenstvu a v podstatě se o vážnosti onemocnění dozvěděly až se záchytem jejich dítěte.

Všechny respondentky se shodují s obavami hlavně z budoucnosti po zdravotní stránce. Shodné obavy se potvrdily i u rodičů ve výzkumu A. Ovšonkové (2012) „Kvalita života rodičů a dětí s diabetes mellitus 1. typu“. Také A. Robková (2015) ve svém výzkumu „Diabetes 1. typu u dospívajícího a jeho psychosociální dopad na rodinu“ potvrdila, že největší obavy rodičů se spojují s obavami z pozdních zdravotních komplikací jejich dítěte. Další obavy matek jsou spojené s hypoglykémiami, hyperglykémiami, ztrátou vlivu a horší možností najít si partnera.

Na otázku, zda by nyní přivítaly konzultaci s psychologem, všechny reagovaly záporně. Dvě respondentky by uvítaly návštěvu psychologa při záchytu, jedna návštěvu psychologa absolvovala, ale měla pocit, že jí to nepomohlo. Ve výzkumu Smudkové (2015) žádný z rodičů nevyužil možnost psychologické péče. Respondentky obou výzkumů se navíc shodují v tom, že více než psycholog pomáhá rodinám udržování vztahů s jinými rodinami se stejnými problémy, které lépe pochopí jejich starosti.

V souhrnu je jisté, že rodina má zásadní význam při léčbě diabetika. Shoduje se s tím i studie TEENS, která pozitivní podporu rodiny definovala jako jeden ze základních prvků, jež mají za cíl přispět k optimalizaci léčby diabetu a zlepšení kvality života nemocných. Studie TEENS probíhala v roce 2014 v 219 centrech dvaceti zemí světa a zahrnovala téměř 6 000 diabetiků ve věku 8 až 25 let (*Medical tribune*, 2014).

Výzkumná otázka 2: Jaké změny přineslo do rodiny dodržování diabetické diety?

Po záchytu bylo nutné, podle dotazovaných respondentek, změnit ve všech zmíněných rodinách stravovací zvyklosti, kterým se postupně všechny rodiny přizpůsobily. Dvě respondentky udávají jako velký problém hlavně dodržení časových intervalů.

Rodiny diabetických dětí podřizují diabetu oslavy, svátky, například rozkrojení narozeninového dortu, jak podotkla jedna dotazovaná. Postupně se plánování jídla stává součástí rodiny, a jak udává jedna respondentka, už to u nich doma ani nevnímají. Ve výzkumu A. Robkové (2015) respondenti také kladli největší důraz na změnu v rodině, jako je vliv plánování jídla a harmonogramu dodržování dietního plánu.

Jedna z respondentek udává také nutnost odstranit zbytečná lákadla v podobě sladkostí. Dotazované respondentky se shodly na tom, že nahrazují sladká lákadla jinou stravou, například oříšky.

V rámci volnějšího stravovacího režimu je možné stravování ve školní jídelně, diabetická dieta v podstatě nemá žádná specifika. V jídelně jde hlavně o domluvu s personálem, zda budou zpočátku, než si dítě samo odhadne porci, ochotni jídlo navázat. Šťěstí měly dvě respondentky, které měli možnost jídelnu hned navštěvovat, další dcera z dotazovaných začala chodit do školní jídelny až po změně školy. Jedna respondentka vaří doma, tak nemá potřebu využívat školní jídelny. Poslední respondentka udává, že tím, že má dcera školní jídelnu mimo budovu, obědy včas nestihne, a tak si je nosí z domova. Na základní škole se však stravovala bez potíží. Stejně tak ve výzkumné práci Šperlové (2014) se většina jejích dotazovaných respondentů stravuje bez problémů ve školních zařízeních.

Diabetici musí myslet na stravovací režim v podstatě stále, proto se všechny respondentky shodují, že pokud se někam vypraví, berou s sebou i dostatečné množství jídla. Jedna respondentka si před cestováním ověřuje otevírací dobu v restauraci.

Výzkumná otázka 3: Jaká je finanční zátěž rodiny s dítětem s diagnózou diabetes mellitus?

Na dotaz, jak zasahuje léčba do rodinného rozpočtu, se všechny respondentky shodly, že ihned po záchytu diabetu nemoc do financí zasahovala mnohem více než nyní. Většina totiž v počátku po záchytu diabetu dokupovala proužky do glukometru, protože limit hrazený pojišťovnou byl nedostatečný. Dodnes jedna respondentka měsíčně utratí za pomůcky dcery až 2000 Kč, druhá oslovená maximálně 500 Kč. Ostatní respondentky si vystačí s pomůckami hrazenými pojišťovnou. S tímto se shoduje i výzkum Smudkové (2015), která udává, že pomůcky pro dětské diabetiky hrazené zdravotní pojišťovnou jí dotazovaným respondentům většinou stačí.

Podle současné právní úpravy nemá onemocnění dítěte cukrovkou vliv na nárok a výši přídatku na dítě. Po splnění podmínek stanovených jednotlivými zákony je však možný vznik nároku na tyto sociální dávky: rodičovský příspěvek (zákon č. 117/1995 Sb. ve znění novel a prováděcích vyhlášek) a příspěvek na péči (zák. č. 108/2006 Sb. ve znění novel) (Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR, 2014). Možnosti příspěvků již respondentky mého výzkumu spíše neřeší, předpokládají, že jsou určeny jen malým dětem. Jedna respondentka udává, že se spoléhá na informace Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí. Další z respondentek využívá konkrétní možnost zdravotní pojišťovny proplatit jednorázově příspěvek 500 Kč po přinesení účtenky (možno použít na proužky, desinfekci, příslušenství k pumpě).

Na otázku vhodného nastavení zdravotního a sociálního systému reagují tři respondentky návrhem na zvýšení počtu proplácených proužků pojišťovnou, a to hlavně pro děti po záchytu. Jedna respondentka je spokojená se současným stavem. Dvě respondentky se shodují s obavami, že neví, jak je nastaven systém pro dospělé diabetiky.

Výzkumná otázka 4: Jak toto onemocnění změnilo trávení volného času v rodině?

První oslovená respondentka udává, že její rodina nepocítila diagnózou diabetes mellitus u jejího dítěte žádné změny v trávení volného času – jak říká, nejsou vyznavači adrenalinových sportů ani žádní cestovatelé. Dvě respondentky si připadaly omezeny časem, neboť musely kroužky a výlety plánovat mezi jídly. Respondentka N. podřídila svůj volný čas tomu, aby mohla syna doprovázet. Další respondentka vnímá omezení hlavně před návštěvou bazénu nebo při hyperglykémii. Poslední dotazovaná se zpočátku bála dceru pouštět do kroužků, ale dnes, po zvládnutí onemocnění, již nemá pocit, že by dcera byla omezována výběrem volnočasových aktivit.

Cestování mimo domov a do zahraničí není pro většinu dětí problém, jak uvádí ve svém výzkumu Šperlová (2014), většina se podívá za hranice aspoň jednou do roka, někteří dokonce častěji. Také respondentky mého výzkumu, kromě respondentky N., která se cítí s cukrovkou v Česku bezpečněji, byly s diabetickým dítětem v zahraničí. Jako možný problém cestování do zahraničí zmiňují destinace mimo Evropu, kde mimo jiné hrozí podle respondentky S. žaludeční komplikace. S tímto souhlasí i respondentka P., která by také nejela s diabetickým dítětem mimo Evropu. Že cestování s diabetickým dítětem není problém, potvrzuje ve své knize i Calentine (2012), matka diabetického dítěte.

Na otázku, zda mají respondentky pocit, že jejich dítě má stejné možnosti trávení volného času jako děti bez diabetu, tři dotázané shodně tvrdí, že jejich dítě nemělo stejné podmínky trávení volného času jako jiné děti. Respondentka A. si myslí, že asi takový rozdíl v trávení volného času mezi jinými dětmi a jejím synem není, nicméně sama uznává, že syn tráví čas spíše u počítače. Respondentka S. si je vědoma, že bez ochoty známých v okolí by měli problém s tím, aby její dcera mohla třeba na tábor. Tím se neshodují s názorem Vrbové (2015), která ve svém výzkumu došla k závěru, že s náročností péče o dítě s diabetem nestoupá četnost výskytu problémů v oblasti školství a volnočasových aktivit. Přesto dále ve své práci uvádí, že péče o dítě je náročná a potíže se daří zvládat jen díky pomoci zaměstnanců školních institucí, obětavosti rodičů a vedoucích v kroužcích. Tak se potvrzuje, že možnost diabetického dítěte jet se základní školou na hory či na výlet záleží i na „štěstí na učitele“, jak zmiňuje moje další respondentka a shodují se na tom i všechny ostatní. Pouze respondentka N. pouští syna

jen na jednodenní akce, ale doufá, že do budoucna se bude moci účastnit i několikadenních výletů.

3.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z provedeného výzkumného šetření a rozboru jednotlivých otázek vyplynula možná opatření pro praxi.

Rozhovory ukazují, že pro rodiny s diabetikem je důležitý kontakt s jinou rodinou se stejným problémem. Rodiny s diabetikem mohou „nováčkům“ předat cenné zkušenosti z praxe a ukázat, že s diabetem se dá žít relativně normální život. Dětské oddělení by mohlo disponovat seznamem ochotných diabetických rodin s diabetem, které budou s rodinami po záchytu v kontaktu.

Dále z rozhovorů vyplývá, že v době záchytu by rodina měla mít možnost konzultace se zkušeným psychologem, znalým problematiky specifík diabetu, který je provede prvními okamžiky, aniž by si o to museli rodiče zažádat.

Stále se potvrzuje, že společnost ještě není dostatečně poučena o typech diabetu, a tak mnohdy přetrvává názor, že diabetes je nemoc ze sladkého jídla. Setkáváme se neustále s dělením diabetu na diabetes těžký a lehký. Mnohdy ani média neudávají relevantní informace, protože doposud některá zmiňují jen jeden typ diabetu. A tak se občas dozvídáme, že už brzy bude pilulka na vyléčení diabetu nebo nové informace ohledně léčby, ale to, jakého se to týká diabetu, už se většinou nikde nezmiňuje. Nezbyvá než doufat, že do budoucna bude fungovat lepší osvěta o jednotlivých typech diabetu. Snad by tomu mohla pomoci i tato práce.

V práci rozebírám dopad diabetu na rodinu již delší dobu po záchytu, ale myslím, že do budoucna by bylo přínosné provést doplňující průzkum u čerstvě zjištěných diabetiků (do dvou let od záchytu) a více se zaměřit na spokojenost diabetických rodičů v oblasti edukace, prvotní péče a přístupu personálu. Následně by bylo zajímavé porovnat, jak rodiny reagují po záchytu a s jeho odstupem.

Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na život rodin s diabetickým dítětem. Jak již bylo popsáno v úvodu, diabetes je omezující onemocnění vyžadující dodržování mnoha pravidel a je značným zásahem do rodin diabetického dítěte.

Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická práce obsahuje dvě části, první se zabývá reakcí a adaptací rodiny na zjištění diagnózy chronického onemocnění u dítěte, ve druhé části popisují onemocnění diabetes mellitus 1. typu, jeho aktuální a v současné době dostupnou léčbu a možné komplikace. Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, který je pro práci vhodnější, jelikož vychází z holistického přístupu. Data byla sbírána formou interview a následně zpracována ve výzkumné části práce. Bylo osloveno pět matek diabetických dětí, které ochotně poskytly rozhovory. Analýzou uskutečněných rozhovorů jsem došla k výsledkům, které jsou následně shrnuty v diskusi. Jsem si vědoma, že vzorek respondentů je omezený počtem a může to mít částečný vliv na výsledky výzkumu.

Prvním cílem bylo zjistit možný vliv na psychiku. Z interview s rodiči a z vlastní zkušenosti můžu konstatovat, že diabetes dítěte má vliv na psychiku pečovatелů-rodičů. Diabetik vyžaduje péči prakticky 24 hodin denně a není den, hodina, minuta, kdy rodič nepřemýšlí o možné hypoglykémii, nebo hyperglykémii, nestrachuje se, zda má s sebou dost jídla, popřípadě glukometr, cukr, náhradní baterky, inzulin, a co bude za deset, dvacet let. Jedna maminka vzpomínala, jak šla s dcerou do lesa hrát „šipkovanou“. Měl to být jen kousek cesty a ona vyrazila s myšlenkou, že budou hned zpátky. Nakonec někde zabloudily a těch deset minut, než našla cestu zpět, byl pro ni děsivý zážitek, protože jí najednou došlo, že nemá v kapse žádný cukr. Zvládnutí nemoci nezáleží jen na psychické odolnosti rodičů, rodině, ale také na lidech, kteří nás obklopují, jak bylo několikrát potvrzeno v této bakalářské práci. Výzkumy potvrdily, že na ochotě jiných lidí, hlavně v počátku, mnohdy závisí možnost diabetických dětí navštěvovat kroužky, to, zda pojedou na tábor či na hory se školou, ale i to, jestli se bude diabetické dítě stravovat ve školní jídelně.

Tímto konstatuji, že čtvrtý cíl zmapovat omezení ve volnočasových aktivitách je také prakticky zodpovězen. Diabetické děti mohou za přispění ochotných lidí trávit čas jako ostatní děti. Zda budou rodiny trávit dovolenou v zahraničí, už není tak podstatné, podstatné je, že tuto možnost mají. Je však pro ně mnohem více rizikové cestovat do zemí s nižší hygienickou a zdravotní úrovní.

Dalším cílem bylo zjistit míru omezení rodiny při diabetické dietě. Závěrem docházím k názoru, že omezení diabetickou stravou v podstatě není až tak značné. Diabetická strava je v podstatě zdravá strava, která by byla prospěšná většině populace. U diabetické diety vnímám spíše omezení časem, kdy se musí diabetik stravovat. Další problém je, že na děti denně útočí reklamy z televize, z časopisů a internetu na „zdravé bonbony, úžasné sušenky a ty nejlepší brambůrky“ a pak není divu, že děti pociťují omezení a často jim musí rodiče stále vysvětlovat nevhodnost těchto lákadel, popřípadě je i zakazovat.

Poslední cíl zahrnuje finanční zátěž rodin. Souhrnně se dá říci, že diabetes většinou zásadně nezasahuje do finančních záležitostí rodin, jelikož pomůcky jsou nyní většinou pojišťovnami dostatečně hrazeny a diabetická dieta také nestojí více. Přesto mohou rodiny, které nedosahují životního minima, dosáhnout na příspěvek na diabetickou stravu.

Závěrem mohu konstatovat, že všechny zadané cíle bakalářské práce byly splněny.

Seznam použité literatury

BĚLOBRÁDKOVÁ, Jana a Ludmila BRÁZDOVÁ, 2006. *Diabetes mellitus*. 1. vydání. Brno: NCONZO, s. 161. ISBN 80-7013-446-1.

BROŽ, Jiří, 2007. *Sportování s inzulinem*. 1. vydání. Praha: Ing. Slávka Wiesnerová, s. 46. ISBN 80-239-7903-5.

BROŽ, Jiří, 2009. *Kontinuální monitorace glykémie*. 1. vydání. Praha: Ing. Slávka Wiesnerová, s. 31. ISBN 978-80-904287-3-7.

CALENTINE, Leighann a Robert PORTER, 2012. *Kids first diabetes second: tips for parenting a child with type 1 diabetes*. 1. vydání. Ann Arbor, Mich.: Spry Pub, s. 192. ISBN 1938170008.

FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Martin: Osveta, s. 87. ISBN 80-8063-229-4.

HUBINKOVÁ, Zuzana, 2007. Dospívání s diabetem. *Psychologie dnes*. 13 (9), 40–43. ISSN 1212-9607.

CHLUP, Rudolf. *Doporučení pro léčbu inzulinem u dospělých diabetiků při hospitalizaci – návrh standardu* [online]. © 2009 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/88/01.pdf>

KRTIČKOVÁ, Kateřina. *Vážně nemocné dítě v rodině* [online]. © 2013 [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/zdravotni-problemy-ditete/vazne-nemocne-dite-v-rodine.shtml>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, s. 198. ISBN 80-247-0179-0.

KUDLOVÁ, Pavla, 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, s. 208. ISBN 978-80-247-9859-2.

KUDLOVÁ, Pavla. *Výživa osob s diabetem* [online]. © 2009 [cit. 2016-02-07].

Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/88/01.pdf>

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, s. 175. ISBN 978-80-247-2713-4.

LEBL, Jan. *Cukrovka u dětí a dospívajících* [online]. © 2010 [cit. 2016-02-07].

Dostupné z: <http://www.diadeti.cz/cukrovka-u-deti.php>

LEBL, J., Š. PRŮHOVÁ a Z. ŠUMNÍK, 2008. *Abeceda diabetu: příručka pro děti a mladé dospělé, kteří chtějí o diabetu vědět víc*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, s. 184. ISBN 978-80-7345-141-7.

LEBL, Jan a Radka BURGEROVÁ, 2009. *Velká dia knížka o jídle*. 4. vydání. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, s. 54.

LETOCHA, Václav, 2015. *Cukrovky se nebojíme*. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR, s. 48.

MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH, 2002. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, s. 128. ISBN 80-247-0332-7.

MEDICAL TRIBUNE. *Až dvě třetiny mladých diabetiků nedosahují kompenzace* [online]. © 2014 [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/34215-az-dve-tretiny-mladych-diabetiku-nedosahuji-kompenzace>

MICHALÍK, Jan. *Kvalita života osob pečujících o dítě s dědičným metabolickým onemocněním* [online]. © 2012 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://svp-vzacnaonemocneni.cz/mukopoly/wp-content/uploads/Michal%C3%ADk_kol_QoL_CS_Pediatric_2012.pdf

OVŠONKOVÁ, Anna. *Kvalita života rodičů a dětí s diabetes mellitus 1. typu* [online]. © 2012 [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-4/kvalita-zivota-rodicov-a-deti-s-diabetes-mellitus-1-typu>

PELIKÁNOVÁ, Tereza a Václav BARTOŠ et al., 2011. *Praktická diabetologie*.

5. vydání. Praha: MAXDORF, s. 742. ISBN 978-80-7345-244-5.

PETRUŠIČOVÁ, Jindřiška, 2008. *Diabetes mellitus 1. typu*. 2. vydání. Semily: Geum, s. 615. ISBN: 978-80-86256-62-7.

PICKOVÁ, Klára. *Transplantace kostní dřeně jako léčba cukrovky 1. typu* [online]. © 2012 [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: <http://www.mojecukrovka.cz/clanek/transplantace-kostni-drene-jako-lecba-cukrovky-1-typu/>

ROBKOVÁ, Adéla. *Diabetes 1. typu u dospívajícího a jeho psychosociální dopad na rodinu* [online]. © 2015 [cit. 2016-03-07]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého Olomouc. Dostupné z: http://is.caritas-vos.cz/th/13350/caritas_v/

RYBKA, Jaroslav, 2006. *Diabetologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, s. 288. ISBN: 80-247-1612-7.

RYBKA, Jaroslav, 2007. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, s. 320. ISBN 978-80-247-1671-8.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ et al., 2006. *Dětská klinická psychologie*.

4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 608. ISBN 978-802-4710-495.

SDRUŽENÍ RODIČŮ A PŘÁTEL DIABETICKÝCH DĚTÍ V ČR. *Cukrovka, legislativa a finanční pomoc* [online]. © 2014 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: <http://www.diadeti.cz/cukrovka-financni-pomoc.php>

SMUDKOVÁ, Radka. *První rok s diagnózou Diabetes mellitus v životě dítěte a jeho rodiny* [online]. © 2015 [cit. 2016-03-01]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: http://theses.cz/id/r3vu6i/BP_R._Smudkov_PDF_stag_CD.pdf

SVÁČINA, Štěpán, 2008. *Klinická dietologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, s. 381. ISBN 978-80-247-2256-6.

ŠMAHELOVÁ, Alena, 2006. *Akutní komplikace diabetu*. 1. vydání. Praha: Triton, s. 224. ISBN: 80-7254-812-3.

ŠKRHLA, Jan. *Epidemiologie diabetu* [online]. © 2014 [cit. 2016-12-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-diabetu-474955>

ŠKVOR, Jaroslav, 2010. *Sport u dětí s diabetem*. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR, s. 48.

ŠPERLOVÁ, Zuzana. *Diabetes mellitus I. typu u dětí, přístupy k léčbě a jejich vliv na kvalitu života* [online]. © 2014 [cit. 2016-03-05]. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/398022/lf_m/DIPLOMOVA_PRACE-Cislovana.pdf

ŠTECHOVÁ, Kateřina a Pavlína PÍTHOVÁ, 2013. *Léčba inzulinovou pumpou, aneb každodenní život rodiny Novákovy: příručka pro pacienty s diabetem*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, s. 245. ISBN 978-80-7345-338-1.

ŠUMNÍK, Zdeněk a Kateřina ŠTECHOVÁ, 2010. *Inzulínové pumpy a kontinuální monitory glykémie v kostce*. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí v ČR, s. 38.

VRÁNOVÁ, Dagmar, 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. 1. vydání. Olomouc: ANAG, s. 183. ISBN 978-80-7263-788-1.

VRBOVÁ, Iva. *Rodina a dítě s diabetem* [online]. © 2015 [cit. 2016-02-05]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: <http://theses.cz/id/7coozf/metadataTheses.xml>

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, s. 229. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam zkratek

B-buňky – Buňky pankreatu produkující inzulín

CGMS – Kontinuální monitoring glykémie

CSII – Kontinuální subkutánní infuzní inzulínová pumpa

DM – Diabetes mellitus

DM1T – Diabetes mellitus 1. typu

DM2T – Diabetes mellitus 2. typu

DKA – Diabetická ketoacidóza

DN – Diabetická nefropatie

DNA – Nukleová kyselina, nositelka genetické informace

DR – Diabetická retinopatie

GDM – Gestační diabetes mellitus

GI – Glykemický index

HbA1c – Glykosylovaný hemoglobin

HPGH – Hraniční porucha glukózové homeostázy

HSS – Hyperglykemický hyperosmolární syndrom

IDDM – Inzulín-dependentní diabetes mellitus

IFCC – Mezinárodní federace klinické chemie a laboratorní medicíny

IIL – intenzifikovaná inzulínová léčba

IFG – Hraniční glykémie nalačno

KV – Kardiovaskulární

MODY – Non-inzulin-dependentní diabetes mellitus mladých lidí

NIDDM – Non-inzulin-dependentní diabetes mellitus

PGT – Porušená glukózová tolerance

VJ – Výměnná jednotka

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kategorizace dat

Tabulka 2: Prožívání sdělení diagnózy

Tabulka 3: Změny vztahů v rodině

Tabulka 4: Obavy v souvislosti s onemocněním dítěte

Tabulka 5: Možnost občasné konzultace s psychologem

Tabulka 6: Kontakt s rodinami se stejně nemocným dítětem

Tabulka 7: Změny ve stravovacích zvyklostech

Tabulka 8: Starosti s plánováním jídla

Tabulka 9: Stravování ve školní jídelně

Tabulka 10: Spoléhání na restaurace, obchody mimo domov

Tabulka 11: Zásah léčby do rodinného rozpočtu

Tabulka 12: Znalost možností příspěvků

Tabulka 13: Spokojenost s nastaveným zdravotním a sociálním systémem

Tabulka 14: Změny trávení času v rodinách

Tabulka 15: Dovolená v zahraničí

Tabulka 16: Podmínky pro trávení volného času

Tabulka 17: Vstřícnost škol

Seznam příloh

Příloha 1: Kdy je možno od dítěte a dospívajícího jedince očekávat spolupráci při jednotlivých úkonech spojených s léčbou diabetu?

Příloha 2: Inzulínové pero

Příloha 3: Inzulínová pumpa

Příloha 4: Výhody a nevýhody používání inzulínové pumpy

Příloha 5: Glykemický index potravin

Příloha 6: Souhrn doporučení pro tělesnou aktivitu u mladých osob s diabetem

Příloha 7: Glukometr

Příloha 8: Senzor

Příloha 9: Glukometr s možností měření ketolátek

Příloha 10: Kritéria kompenzace v dětském věku

Příloha 11: Vyšetření u lékaře, která pomáhají posoudit zdravotní stav diabetika

Příloha 12: Otázky k rozhovoru

