



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Kvalita života dětí s diabetem mellitem pohledem
zákonných zástupců**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Kristýna Švarcová

Vedoucí práce: Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D.

České Budějovice 2025

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem ***Kvalita života dětí s diabetem mellitem pohledem zákonných zástupců*** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 8. 2025

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí bakalářské práce za její odborné rady, trpělivost a cenné připomínky, které mi věnovala během celého procesu. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří byli ochotni podělit se o své zkušenosti a umožnili tak vznik praktické části této práce. Mé poděkování patří také mým blízkým, kteří mě podporovali v náročných chvílích.

Kvalita života dětí s diabetem mellitem pohledem zákonných zástupců

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku kvality života zákonných zástupců dětí s diabetem mellitem. Cílem této práce je zjistit, jak tyto pečující dospělí vnímají kvalitu života svých dětí s chronickou diagnózou. Cíle bylo dosaženo pomocí kvantitativního výzkumného šetření, které využilo validovaný dotazník PedsQL™ 3.0 Diabetes Module a doplňující autorský dotazník. Výzkum se zaměřil na dvě věkové kategorie dětí: 8-12 let a 13-18 let. Výsledky ukázaly, že celkové skóre kvality života dle výpovědí zákonných zástupců bylo mladší věkové skupiny 62,67 % a u starší 61,56 %, což představuje jen malý rozdíl. Nejvíce zatěžující oblastí byla u obou skupin psychická stránka péče, a to zejména obavy a emocionální zátěž spojená s onemocněním dítěte. Získané poznatky poukazují na to, že ačkoli zákonní zástupci obou věkových skupin čelí podobné míře zátěže, hlavní roli v jejich kvalitě života hraje psychické nastavení celé rodiny. Práce přispívá k hlubšímu porozumění každodennímu fungování rodin pečujících o dítě s diabetem a poukazuje na důležitost psychické podpory pro rodiče dětí s tímto onemocněním. Upozorňuje také na nutnost většího důrazu na podporu rodin v rámci zdravotní a sociální péče.

Klíčová slova

Diabetes mellitus; kvalita života; děti; zákonní zástupci; rodiče; rodina; psychosociální zátěž

Quality of life of children with diabetes mellitus from the point of view of legal representatives.

Abstract

This bachelor's thesis focuses on the issue of quality of life among legal representatives. The aim of the thesis is to examine how these caregiving adults perceive the quality of life of their children living with a chronic condition. The objective was fulfilled through a quantitative research survey using the validated PedsQL™ 3.0 Diabetes Module and an additional author-designed questionnaire. The research targeted two age groups of children: 8-12 years and 13-18 years. The results showed that the overall quality of life score, as reported by the legal representatives, was 62,67 % for the younger age group and 61,56 % for the older group, indicating only a minor difference. The most burdensome area for both groups was the psychological aspect of caregiving, especially worry and emotional stress related to the child's disease. The findings indicate that although legal representatives of both age groups face a similar level of burden, the overall mental well-being of the entire family plays a key role in their quality of life. This thesis contributes to a deeper understanding of the everyday lives of families caring for a child with diabetes and highlights the importance of psychological support for the parents of affected children. It also emphasizes the need for greater attention to family support within both the healthcare and social care systems.

Key words

Diabetes mellitus; quality of life; legal representatives; parents; family; psychological burden

Obsah

Úvod.....	8
1 Literární rešerše	9
1.1 Diabetes mellitus.....	9
1.2 Definice a typy diabetu	9
1.3 Hypoglykémie a hyperglykémie	11
1.4 Epidemiologie a incidence diabetu u dětí i dospělých.....	12
1.5 Diabetes mellitus u dětí.....	13
1.5.1 Faktory, příznaky a diagnostika	14
1.5.2 Léčba a management	16
1.5.3 Edukace, multidisciplinární přístup a monitorování glykémie	18
1.5.4 Výživa a stravovací režim.....	18
1.5.5 Fyzická aktivita.....	19
1.6 Kvalita života a definice	20
1.6.1 Faktory ovlivňující kvalitu života dětí s diabetem.....	20
1.6.2 Metody hodnocení kvality života	21
1.7 Role zákonných zástupců.....	22
1.7.1 Psychosociální aspekty péče o dítě s diabetem.....	22
1.8 Sociální práce s rodinami dětí s diabetem mellitem	24
1.9 Dávkový systém pro pečující o dítě.....	24
1.9.1 Příspěvek na péči	24
1.9.2 Příspěvek na bydlení	25
1.9.3 Dopltek na bydlení	25
1.9.4 Příspěvek na živobytí.....	25
1.9.5 Příspěvek na mobilitu	26
1.9.6 Příspěvek na zvláštní pomůcku.....	26
1.9.7 Průkaz osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP, ZTP/P).....	26
1.9.8 Ošetřovné	27
1.9.9 Přídavek na dítě	28
2 Cíle práce.....	29
3 Metodika.....	30
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	30

3.2	Metoda sběru dat.....	30
3.3	Realizace výzkumu	31
3.4	Zpracování dat	31
4	Výsledky šetření	33
4.1	Výsledky výpovědí zákonných zástupců dětí ve věku od 8 do 12 let v PedsQL™.....	34
4.2	Výsledky výpovědí zákonných zástupců dětí ve věku od 13 do 18 let v PedsQL™.....	39
4.3	Výsledky výpovědí zákonných zástupců dětí ve věku od 8 do 12 let v autorském dotazníku	44
4.4	Výsledky výpovědí zákonných zástupců dětí ve věku od 13 do 18 let v autorském dotazníku	48
4.5	Shrnutí hodnocení kvality života dětí s diabetem z pohledu zákonných zástupců podle věkových skupin a oblastí v PedsQL™	52
4.6	Shrnutí hodnocení kvality života dětí s diabetem z pohledu zákonných zástupců podle věkových skupin a oblastí v autorském dotazníku.....	53
4.7	Výsledky a cíl	54
4.8	Výsledky a výzkumná otázka č. 1	54
4.9	Výsledky a výzkumná otázka č. 2	55
4.10	Výsledky a výzkumná otázka č. 3	55
4.11	Výsledky a hypotézy.....	56
5	Diskuse	60
	Závěr	64
	Bibliografie	65
	Příloha č. 1 – autorský dotazník pro zákonné zástupce	72
	Příloha č. 2 – autorský dotazník pro zákonné zástupce	75
	Seznam zkratk	78

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem zaměřila na problematiku chronických onemocnění v dětství, která výrazně ovlivňují každodenní fungování celé rodiny. Diabetes jsem si vybrala pro jeho častý výskyt a náročnost péče, kterou vyžaduje. V práci se konkrétně zaměřuji na pohled zákonných zástupců (nejčastěji rodičů) dětí s diabetem mellitem ve věku od 8 do 18 let. Tedy věkové skupiny, kdy je léčba často ještě v rukou dospělých, ale zároveň již dochází k postupnému přebírání zodpovědnosti ze strany dítěte. Zvolené téma mi umožňuje propojit odborný zájem o zdravotně-sociální problematiku s hlubším porozuměním každodenním výzvám, kterým tyto rodiny čelí. Diabetes nezasahuje pouze samotné dítě, ale výrazně ovlivňuje i životy pečujících osob. Ti přebírají odpovědnost za léčbu, režimová opatření a zvládání komplikací, což se promítá do jejich psychické pohody, rodinného i pracovního života. Péče o dítě s diabetem je tedy náročná nejen emocionálně, ale také organizačně a často i finančně. Zákonní zástupci se musí denně podílet na měření glykémie, úpravě stravy, plánování fyzické aktivity i zvládání epizod hypoglykémie i hyperglykémie. Tyto povinnosti ovlivňují nejen jejich životní styl, ale i pohled na samotnou kvalitu života dítěte. Zkušenosti zákonných zástupců mohou poskytnout cenný vhled do této problematiky a pomoci identifikovat, které aspekty péče považují za nejnáročnější. Zároveň mohou ukázat, kde by uvítali větší podporu – ať už ze strany zdravotnického systému, nebo společnosti jako celku.

Cílem této práce je tedy analyzovat, jak zákonní zástupci hodnotí kvalitu života svých dětí s diabetem, a představit, které oblasti považují za nejnáročnější kvůli tomuto onemocnění. V literární rešerši se věnuji charakteristice diabetu u dětí a soustředím se na definice, epidemiologii, příznaky, léčbu, výživu a fyzickou aktivitu. V další velké kapitole se budu věnovat kvalitě života (definice, faktory, metody). V závěrečné části se soustředím na roli zákonných zástupců v péči o dítě s diabetem. Obsahuje psychosociální aspekty, zátěž a možnosti podpory, vliv rodinného prostředí, sociální práce s rodinami dětí a dávkový systém. Ve svém výzkumu jsem se rozhodla pro kvantitativní metodu a jako nástroj jsem využila validizovaný dotazník PedsQL™ 3.0 Diabetes Module, který slouží ke zjišťování kvality života dětí s diabetem z pohledu jejich zákonných zástupců. Tento nástroj se zaměřuje na vybrané oblasti každodenní péče o dítě s diabetem, jako je rozpoznávání příznaků, dodržování režimu, zvládání léčby a komunikace o zdravotním stavu.

1 Literární rešerše

1.1 *Diabetes mellitus*

Podle Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (n.d.) se diabetes týká zhruba každého devátého člověka, přičemž asi čtvrtina zatím není diagnostikována.

1.2 *Definice a typy diabetu*

Diabetes je chronické onemocnění charakterizované poruchou metabolismu glukózy, kdy organismus není schopen efektivně regulovat hladinu krevního cukru (Brož a Urbanová, 2022). Brož a Urbanová dále ve své publikaci vysvětlují, co přesně je glukóza. Tito autoři uvádí, že glukóza představuje jeden ze základních zdrojů energie pro lidský organismus, přičemž její část nepřetržitě koluje v krvi, aby byla v případě potřeby okamžitě dostupná. Zároveň uvádějí, že během fyzické aktivity je glukóza přeměňována na energii, zatímco v klidovém režimu či při nadbytku se ukládá buď ve formě glykogenu, nebo tukových zásob, což mimo jiné vysvětluje, proč se i po nadměrné konzumaci sladkých jídel přibývá na váze. Vzhledem ke své, již zmíněné, chronické povaze vyžaduje toto onemocnění každodenní monitoring glykémie, pravidelné podávání inzulínu (ne u všech typů diabetu), dodržování specifického dietního režimu a pravidelnou fyzickou aktivitu (Reusch et al., 2018).

Podle Brože a Urbanové (2022), se dělí diabetes na dva základní typy: diabetes mellitus 1. typu (DM1) a diabetes mellitus 2. typu (DM2). Avšak z tvrzení IDF (International Diabetes Federation) (n.d.) má diabetes mellitus další typ, který se nazývá gestační. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se tyto dva typy liší příčinami, věkem nástupu, průběhem i způsobem léčby.

DM1 je autoimunitní onemocnění, při němž imunitní systém napadá a ničí β -buňky slinivky břišní, které jsou zodpovědné za produkci inzulínu (Brož, 2021). Inzulín je hormon, který je důležitý pro regulaci hladiny glukózy v krvi a jeho nedostatek vede ke zvýšení glykémie, a proto je nutné pro udržení normálních hodnot dodávat inzulín organismu externě (Brož a Urbanová, 2022). Brož (2021) uvádí, že tento typ diabetu postihuje nejčastěji děti a dospívající, avšak může se objevit v jakémkoliv věku, často náhlým způsobem. Dle autora je typickým pacientem mladý a neobézní jedinec. DM1 má dva vrcholy výskytu – první mezi 3. a 6. rokem věku a druhý v pubertě, přičemž výskyt před 6. měsícem života je velmi vzácný a obvykle souvisí s vrozenou genetickou

poruchou tvorby inzulínu (Derňárová et al., 2021). Léčba je proto založena na celoživotním podávání inzulínu a celkové úpravě životního stylu (Neumann, 2017).

Mezi specifické formy DM1 patří LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults), pro který je typická pomalu probíhající autoimunitní destrukcí β -buněk (Brož, 2021). Toto onemocnění se vyznačuje méně intenzivním procesem, což znamená, že útok imunitního systému na buňky slinivky není tak rychlý a silný jako u klasického DM1 (Pieralice & Pozzilli, 2018). To vysvětluje, proč bývá diagnóza často odhalena později, a také proč se pacienti s LADA v úvodní fázi obejdou bez inzulínu (Pieralice & Pozzilli, 2018).

Diabetes mellitus 2. typu (DM2) je metabolické onemocnění, které se vyznačuje různým stupněm snížené citlivosti tkání na inzulín v kombinaci s poruchou jeho sekrece, od relativního až po úplný nedostatek (Nemcová & Hlinková, 2024). Dále tyto autorky uvádí, že i když je inzulín přítomen, tělo ho často nedokáže efektivně využívat, což označujeme jako inzulínovou rezistenci. Podle WHO lze DM2 v mnoha případech účinně předcházet, jelikož mezi hlavní faktory, které přispívají ke vzniku DM2, patří nadváha, nedostatek fyzické aktivity a genetická predispozice. S tím souvisí publikace Pulgarona a Delamatera (2014) zaměřená na problematiku nadváhy u dětí s DM2. Autoři upozorňují na to, že obezita představuje jeden z klíčových rizikových faktorů pro vznik tohoto onemocnění, za hlavní příčiny rozvoje obezity označují genetickou predispozici, prostředí, v němž dítě vyrůstá, metabolické a behaviorální vlivy, osobní anamnézu obezity i kulturní kontext.

Další typ diabetu mellitu je gestační diabetes (GDM), jenž se vyznačuje glukózovou tolerancí vznikající ve druhém nebo třetím semestru těhotenství, která zpravidla po porodu vymizí (IDF, n.d.). K nejvýraznějším rizikovým faktorům GDM se řadí výskyt DM2 či samotný GDM v rodině (zejména u nejbližších příbuzných), předchozí zkušenost s tímto diabetem, porod dítěte s nadměrnou hmotností, vyšší věk těhotné ženy a přítomnost obezity (Šimják et al., 2018). Výzkumy ukazují, že děti narozené matkám s GDM mají vyšší pravděpodobnost výskytu nadváhy, inzulínové rezistence či poruch glukózové tolerance v pozdějším věku (Boney et al., 2005), avšak IDF (n.d.) uvádí, že vhodná životospráva a fyzická aktivita může pomoci s efektivním zvládnutím GDM.

Mezi specifické typy diabetu patří také MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), který je geneticky podmíněnou formou diabetu (Průhová, 2009). Dále tato autorka uvádí, že vzhledem k jeho dědičné povaze je posouzení rodinné anamnézy zásadní součástí

klinického vyšetření, neboť může výrazně napomoci k včasnému rozpoznání MODY a správnému určení diagnózy. MODY je tedy forma diabetu podmíněná autosomálně dominantním přenosem, která se klinicky liší od běžného DM1 i DM2 (Fajans et al., 2001). Inzulínová léčba se u něj obvykle nemusí nasazovat hned po stanovení diagnózy, tudíž pacienti mohou být bez inzulínu dlouhodobě stabilní často i několik let (Průhová, 2009).

Poslední forma diabetu je sekundární diabetes, která může vzniknout v souvislosti s onemocněním pankreatu, jako jsou záněty, infekce a trauma (Zimolková, 2019). Škrha et al. (2016) ve své publikaci uvádí, že až polovina nově vzniklých případů diabetu může být dle epidemiologických studií diagnostikována v průběhu dvou let před rozpoznáním karcinomu pankreatu, přičemž na vzniku diabetu se významně podílí právě samotný karcinom.

1.3 Hypoglykémie a hyperglykémie

Hypoglykémie je stav, při kterém hladina cukru v krvi klesne na neobvykle nízké hodnoty a může ohrozit správné fungování těla (Brož et al., 2016). Tito autoři uvádí, že za varovnou hranici se považuje glykémie nižší nebo rovna 3,9 mmol/l. V praxi se hypoglykémie dělí na ty, které člověk zvládne sám, a na ty, kdy už potřebuje pomoc od někoho jiného (Svačina, 2012). Z pohledu tohoto autora mohou být různé příznaky, od třesu, pocení a slabosti až po zmatenost nebo poruchy řeči. Dále autor uvádí, že pokud má člověk pouze mírnější příznaky hypoglykémie – například ještě jasné vidění, stačí mu na zvýšení glykémie rychle doplnit potřebný cukr (džus, kostkový cukr nebo speciální glukózové bonbony), úleva pak přichází většinou během pár minut. Autor také zmiňuje, že po rychlém cukru je dobré sníst i nějaký složitější (5 kostek cukru, 3 polévkové lžice medu), aby se hladina cukru v krvi zase rychle ustálila.

Hyperglykémie znamená, že má tělo příliš vysokou hladinu cukru v krvi (normální rozpětí hodnot nalačno u zdravého člověka je 3,9 – 5,6 mmol/l), a to nejčastěji kvůli tomu, že chybí inzulín (Brož a Urbanová, 2022). Podle těchto autorů, když inzulín chybí delší dobu, tělo nemůže zpracovávat glukózu a začne místo toho spalovat tuky, přičemž se tvoří kyselé látky (ketolátky), které mohou vést až k vážnému stavu zvanému diabetická ketoacidóza. Ta může vzniknout, jak uvádí tito autoři, nejen při opravdu vysoké glykémii (nad 20 mmol/l), ale i při nižších hodnotách, hlavně u pacientů na inzulínové pumpě. Autoři také tvrdí, že se ketoacidóza často objeví třeba na začátku onemocnění, případně

i později – například při horečce, stresu nebo zažívacích potížích, kdy chybí inzulín. Mezi hlavní projevy hyperglykémie patří únava, závratě, silná žízeň, časté močení, suchá pokožka či pocit sucha v ústech (Brož a Urbanová, 2022). Tito dva autoři hezky popisují i příznaky ketoacidózy, ke kterým se řadí acetonový zápach z úst, nevolnost, zvracení, bolesti břicha, výrazná slabost a v krajních případech i ztráta vědomí.

1.4 Epidemiologie a incidence diabetu u dětí i dospělých

Podle údajů International Diabetes Federation (n.d.) byl výskyt diabetu v České republice nejvyšší v roce 2000, poté výrazně poklesl do roku 2011. Také se zde dozvídáme, že v následujících letech opět narůstal až do roku 2025, avšak téhož roku dochází k poklesu prevalence. IDF (n.d.) odhaduje, že do roku 2050 bude cukrovkou trpět přibližně každý osmý dospělý na světě, zhruba, 853 milionů lidí, což odpovídá nárůstu o 46 % oproti současnému stavu. Více než 90 % tvoří DM2, jehož vznik a rozvoj je podmíněn kombinací socioekonomických, demografických, genetických a enviromentálních faktorů (IDF, n.d.). Dále tato publikace uvádí, že mezi klíčové faktory, které přispívají k růstu výskytu tohoto onemocnění patří postupující urbanizace, stárnutí populace, úbytek fyzické aktivity a zvyšující se míra nadváhy. Avšak z pohledu Pattersona et al., (2018) se doposud nepodařilo jednoznačně určit vlivy prostředí ani jejich souhru s genetickými faktory, které by umožnily účinnou prevenci diabetu. Tudíž tito autoři zmiňují, že zůstává prioritou zlepšování kvality péče, která je zásadní pro snížení výskytu chronických komplikací a úmrtnosti související s tímto onemocněním.

Podle registru Diabetické asociace ČR (n.d.) se dozvídáme, že každým rokem přibývá přibližně 200 nových případů diabetu u dětí. Podle Cinka et al. (2019) počet dětí s DM1 v dlouhodobém horizontu narůstá, a to jak v důsledku zvyšující se incidence, tak díky klesající úmrtnosti na toto onemocnění. Dále tito autoři uvádějí, že údaje ohledně incidence jsou dnes dostupné z celého světa, včetně afrických zemí. Ve své publikaci také zmiňují velmi významný pokrok v systematickém sledování výskytu tohoto onemocnění zaznamenaný v Evropě, a to především díky projektu EURODIAB, který poskytuje cennou časovou řadu dat trvající přes 25 let v mnoha zemích bez přerušení.

Pulgaron a Delamater (2014) uvádí, že v posledních letech narůstá incidence DM2 mezi mladistvými, zejména kvůli souvislosti s rostoucí prevalencí obezity a přítomnosti DM2 v rodině. Tito autoři ve své publikaci píšou, že vzhledem k tomu, že i nízký příjmový status a příslušnost k etnickým skupinám bývají spojovány s vyšším výskytem obezity,

dochází také k častějšímu výskytu DM2 u dětí a dospívajících. Ohledně historie diabetu v rodině se zmiňují Pinhas-Hamiel a Zeitler (2023), kteří poukazují na výsledky rozsáhlé studie TODAY, z níž vyplývá, že až 59,6 % dospívajících s tímto onemocněním má v anamnéze diabetes u příbuzného rodiče nebo sourozence. Dále uvádějí, že u 89 % sledovaných jedinců se onemocnění vyskytovalo také u prarodičů, tudíž tato zjištění potvrzují, že genetická predispozice výrazně zvyšuje riziko vzniku DM2 již v raném věku.

1.5 Diabetes mellitus u dětí

Diabetes mellitus je celosvětově považován za epidemii moderní doby (Rybka et al., 2006). Představuje závažný problém, který významně zasahuje do každodenního života nejen samotného dítěte, ale i jeho rodiny (Derňárová et al., 2021). Jak upozorňuje Neumann (2017), tyto oblasti mohou ovlivnit fyzickou, psychickou i sociální dimenzi kvality života dítěte a jeho blízkých. I přes tu nejlepší dostupnou léčbu závisí prognóza dítěte především na jeho přístupu k onemocnění a na ochotě dodržovat dietní režimová opatření (Derňárová et al., 2021). Při jejich nedodržování totiž mohou vznikat závažné akutní i chronické komplikace, které mohou být život ohrožující (Derňárová et al., 2021).

Dětský pacient musí již v raném věku čelit omezením a odpovědnosti, které jsou běžnější spíše v dospělosti (Matza et al., 2004). Dále tito autoři uvádí, že při posuzování psychického a sociálního vývoje dítěte je důležité mít na paměti, že dítě funguje v různém sociálním prostředí, jako je rodina, vrstevníci, školní kolektiv či komunita, která ho obklopuje. Současně je dítě často odkázáno na pomoc a podporu svých zákonných zástupců, zdravotnického týmu a školního personálu (Neumann, 2017). Významnou roli podle Derňárové et al. (2021) sehrává také edukace dítěte a jeho rodiny, schopnost adaptace na nově vzniklou situaci i dostupnost moderních terapeutických nástrojů, jako jsou inzulinové pumpy, senzory kontinuálního měření glykémie nebo vzdělávací programy.

Podle Derňárové et al. (2021) je samotné onemocnění významným faktorem ovlivňujícím naplňování potřeb dítěte. Tito autoři uvádí, že kvalita a míra jejich uspokojení závisí mimo jiné na charakteru onemocnění, typu léčby, fyzickém omezení, přítomnosti bolesti nebo nutnosti hospitalizace. Dále ve své publikaci upozorňují na důležitost psychické vyspělosti dítěte s diabetem a zdůrazňují, jak je důležité nezahlcovat dítě množstvím

informací, které samo nedokáže zpracovat, a proto za nejefektivnější přístup považují postupné a přiměřené předávání informací.

Podle těchto autorů onemocnění dítěte často vytváří nové potřeby, zejména v oblasti získávání dovedností a znalostí důležitých pro zvládnutí každodenního režimu. Ve svých závěrech Derňárová et al., (2021) rovněž uvádějí, že rodina hraje významnou roli v procesu adaptace, neboť zajišťuje nejen základní životní potřeby, ale také rozpoznává nově vzniklé či proměněné potřeby a vytváří prostředí pro jejich naplnění. Jak upozorňuje Neumann (2017), klíčová je nejen praktická pomoc, ale také emoční podpora, jako je pocit bezpečí a porozumění.

Následující podkapitoly se podrobněji věnují faktorům, příznakům, diagnostice, léčbě, managementu, edukaci, multidisciplinárnímu přístupu, monitorování glykémie, výživě a fyzické aktivitě.

1.5.1 Faktory, příznaky a diagnostika

Podle Psottové (2019), má na rozvoj DM2 u dětí a dospívajících vliv celá řada faktorů, přičemž mnoho z nich je spojeno s životním stylem a prostředím, ve kterém dítě vyrůstá. Tyto vnější vlivy jsou z velké části ovlivnitelné individuálním chováním, a tudíž představují klíčovou oblast, na kterou lze cílit v rámci prevence. Dále tato autorka uvádí, že mezi nejzávažnější patří nevhodné složení stravy, která zahrnuje konzumaci sladkostí, tučných nebo smažených jídel a zároveň nízký příjem čerstvé zeleniny. V této publikaci se také dozvídáme, že rizikovým faktorem je rovněž nepravidelné stravování, obzvláště v případech, kdy je největší porce potravy přijímána ve večerních nebo nočních hodinách. Tato autorka tvrdí, že významným rizikem je také nadváha či obezita. K dalším nepříznivým vlivům se řadí nedostatek fyzické aktivity, kouření, stres a nedoléčení virových onemocnění, angíny a dalších závažných onemocnění (Psottová, 2019). S tím souvisí publikace Pulgarona a Delamatera (2014) zaměřená na problematiku nadváhy u dětí s DM2. Autoři upozorňují na to, že obezita představuje jeden z klíčových rizikových faktorů pro vznik tohoto onemocnění a za hlavní příčiny jejího rozvoje označují genetickou predispozici, prostředí, v němž dítě vyrůstá, metabolické a behaviorální vlivy, osobní anamnézu obezity a kulturní kontext.

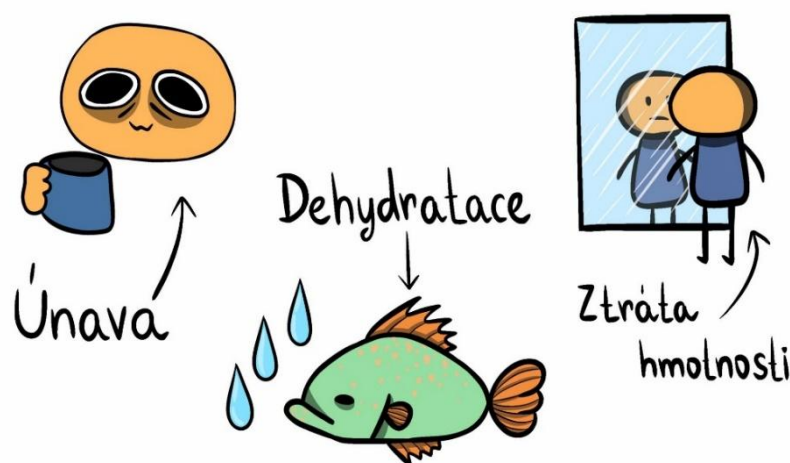
Derňárová et al. (2021) představují další faktory a zaměřují se na přístup dítěte k vlastnímu onemocnění, který je velmi individuální a formuje se nejen na základě samotné diagnózy, ale také v souvislosti o osobnostními charakteristikami dítěte a jeho

okolím. Tito autoři zmiňují, že zásadní je kvalita vztahu mezi dítětem a jeho rodiči (láska, výchova), kde hraje významnou roli také interakce se sourozenci. Autoři uvádí, že další důležitou oblastí je vztah k vlastnímu tělu, který se vyvíjí spolu s jeho intelektuálním zráním. Ve výše zmíněné publikaci se píše, že v mladším školním věku dítě ještě nemusí vnímat své tělo jako složitý systém, spíše ho chápe jako celek a s přibývajícím věkem se tato tělesná představa výrazně zpřesňuje, což souvisí i s nástupem puberty a změnami v tělesném prožívání. Podobně se vyvíjí i dětská představa o samotné nemoci (Derňárová et al., 2021). Podle těchto autorů si malé děti obvykle přebírají postoje a názory svých rodičů, a především po sedmém roce života si začínají tvořit vlastní názor na základě informací od zdravotníků. V této publikaci se dozvídáme, že právě v pubertě pak často dochází k pochybnostem, zpochybňování autorit a kritickému přemýšlení o léčbě.

Klinickým příznakům se věnuje Psottová (2019), která upozorňuje, že onemocnění může být diagnostikováno i v případě, kdy pacient nepocítuje žádné zjevné potíže. Podle autorky závisí přítomnost nebo intenzita příznaků především na aktuální hladině glykémie a rychlosti, s jakou se onemocnění rozvíjí. Podle Lebla et al. (2018), mezi typické příznaky, které mohou signalizovat přítomnost DM1 u dětí, patří nadměrná žízeň a časté močení, často doprovázené i nočním pomočováním u dětí, které již byly „suché“. Tento autor dále popisuje, že děti mohou výrazně hubnout, a zároveň se u nich může objevovat výrazná únava a celková slabost. Psottová (2019) ještě doplňuje, že se mohou projevit i další příznaky, jako třeba acetonový zápach z úst, zvýšená kazivost zubů, předčasný vznik parodontózy, zažívací obtíže či průjmy. Lebl et al. (2018) dále upozorňují, že v pokročilejších stádiích se mohou objevit známky ketoacidózy, kterým předchází hlavně zvracení a extrémní žízeň. Dále v důsledku hromadění kyselých metabolitů v těle může nastat diabetické kóma, které bylo v období před objevením inzulínu vždy smrtelné, a i v dnešní době zůstává vysoce rizikovým stavem, který může ohrozit život pacienta (Lebl et al., 2018).

Diagnóza diabetu u dětí se stanovuje na základě laboratorních vyšetření, která umožňují potvrdit přítomnost zvýšené glykémie v krvi (Brink et al., 2011). Podle WHO patří mezi hlavní diagnostická kritéria především glykémie nalačno $\geq 7,0$ mmol/l, která signalizuje narušený metabolismus glukózy a dalším ukazatelem může být náhodná glykémie $\geq 11,1$ mmol/l. Dále WHO uvádí, že u některých pacientů, zejména při podezření na DM2, se používá také orální glukózový toleranční test (oGTT), jehož patologický výsledek potvrzuje poruchu glukózové tolerance. Jak ve své publikaci tvrdí Rybka

(2006), tak oGTT by se neměl provádět v době, kdy dítě prodělává jiné akutní onemocnění nebo je vystaveno výraznému stresu. Tento autor vysvětluje, že v těchto situacích totiž výsledky nemusí odpovídat skutečnému stavu a mohou vést k mylné diagnóze, proto se doporučuje pro spolehlivější posouzení odložit testování a provést ho až po odeznění nemoci, ideálně s odstupem jednoho až dvou týdnů. Obecně podle Cveticanina a Arsenovice (2025) bývá často náročné rozeznat, zda se jedná o DM1 nebo DM2, jelikož obě formy sdílejí řadu podobných klinických i laboratorních projevů.



Obrázek 1 Příznaky diabetu mellitu (vlastní ilustrace autorky)

1.5.2 Léčba a management

Jak uvádí Neumann (2017), tak u některých pacientů může vzniknout pocit, že to není člověk, kdo řídí diabetes, ale naopak, že nemoc ovládá jeho. Tento autor dále uvádí, že lidé se snaží chorobu pochopit, adaptovat se jejím projevům a reagovat na kolísající hladiny cukru v krvi, ale často mají pocit, že jí nedokážou být o krok napřed. Neumann (2017) zdůrazňuje, že je však důležité obrátit tento přístup k diabetu a aktivně ovlivňovat průběh onemocnění. Ve výše zmíněné publikaci se dále píše, že díky správně zvolené léčbě a uváženým krokům lze dosáhnout očekávané rovnováhy glykémie. Podle Derňárové et al. (2021) je nezbytnou součástí edukace dítěte ohledně každodenního změněného režimu. Dále upozorňuje, že je důležité počítat s tím, že v rodině dojde k velkým změnám, hlavně v oblasti disciplíny.

Péče o dítě nebo adolescenta s DM1 zahrnuje důkladnou edukaci nejen samotného pacienta, ale i jeho nejbližších (Polák et al., 2024). V této publikaci tito autoři také uvádí, že jejím účelem je zajistit, aby všichni zúčastnění rozuměli povaze onemocnění, uměli pracovat s metodami sledování hladiny krevního cukru, orientovali se v dostupných způsobech podávání inzulínu (včetně inzulínových pump) a byli připraveni na možné komplikace, které se mohou v průběhu léčby objevit. Podle těchto autorů by plán péče měl být přizpůsoben individuálním potřebám každého dítěte. Při jejím nastavení je důležité zohlednit nejen věk a zájmy pacienta, ale také ekonomické zázemí rodiny a míru compliance rodiny (Polák et al., 2024).

Základem léčby DM1 je inzulínová terapie (Škrha, 2009). Tato terapie se realizuje buď inzulínovými pery, nebo prostřednictvím inzulínové pumpy (Szabová, 2013). Tato autorka uvádí, že při léčbě pery je aplikace inzulínu přizpůsobena množství přijatých sacharidů a rozlišují se zpravidla dva základní typy inzulínu. Dlouhodobě působící, který se obvykle podává ve večerních hodinách a krátkodobě působící, který se aplikuje během dne (Szabová, 2013). Jak uvádí Neumann (2017), dávka inzulínu se u dětských pacientů přizpůsobuje individuálním potřebám, jelikož je každé dítě jiné. Dále tento autor uvádí, že dávkování ovlivňuje především tělesná hmotnost, stavba těla a celkový životní styl dítěte (například úroveň pohybu). Také upozorňuje, že u menších dětí bývá běžná vyšší citlivost na inzulín, zatímco u dospívajících může docházet k inzulínové rezistenci, což vyžaduje úpravy dávek.

Alternativou k aplikaci inzulínu je využití inzulínové pumpy, která podává malé dávky inzulínu v pravidelných časových intervalech. (Szabová, 2013). Podle této autorky se tento způsob léčby obvykle volí v případech, kdy se nedaří dosáhnout stability onemocnění nebo se opakovaně objevují hypoglykémie. Dále uvádí, že výhodou pumpy je, že lze dávkování inzulínu dočasně snížit nebo zcela zastavit, či naopak navýšit například kvůli zvýšené fyzické aktivitě. Neumann (2017) píše ve své publikaci, že děti používající inzulínovou pumpu mají zpravidla nižší denní dávky než ty, které aplikují inzulín perem, kvůli rovnoměrnějšímu uvolňování inzulínu.

Jak uvádí Derňárová et al. (2021), cílem léčby je vytvořit takové podmínky, které umožní vést aktivní, smysluplný a co nejméně omezený život. Autoři tvrdí, že je péče zaměřena na to, aby kvalita i rozsah každodenního fungování byly co nejblíže běžnému životu zdravé populace.

1.5.3 Edukace, multidisciplinární přístup a monitorování glykémie

Nezbytnou součástí péče je edukace dítěte i rodiny v oblasti aplikace inzulínu, měření glykémie, počítání sacharidových jednotek a zvládání hypoglykemií (Neumann, 2017). Nemcová a Hlinková (2024) zdůrazňují význam multidisciplinárního přístupu v péči o pacienty s diabetem, přičemž kladou důraz na podporu self-managementu a klíčovou úlohu specializovaných diabetologických sester. Mareš et al. (2024) poukazují na důležitost psychosociální podpory, jelikož život s chronickým onemocněním představuje pro dítě i jeho rodinu značnou psychickou a sociální zátěž.

Podle Stozického a Sýkory (2016) je běžnou součástí domácí péče o dítě s diabetem pravidelné monitorování hladiny krevního cukru pomocí glukometru. Autoři uvádí, že tento přístroj umožňuje provádět měření několikrát denně, zejména v situacích zvýšené zátěže, například během nemoci nebo při fyzické zátěži. Samotný glukometr umožňuje spuštěním vložením proužku, zaznamenává čas měření a některé modely mohou i přenést data do digitálních zařízení, které napomáhají vyhodnocovat výsledky (Derňárová et al., 2021). Autorka dále uvádí, že pravidelné nošení glukometru je důležité pro průběžnou kontrolu glykémie.

Další formou self-monitoringu je podle Brože et al. (2024) kontinuální monitorace glykémie (CGM), která přináší řadu výhod jak pacientům, tak zdravotníkům, jelikož díky datům získaných ze zařízení lze zpětně vyhodnocovat vývoj hladiny glukózy a podle toho upravovat léčbu. Tito autoři tvrdí, že jelikož mají pacienti možnost sledovat své hodnoty v reálném čase, tak mohou lépe reagovat na výkyvy během jejich každodenních činností, proto tento systém pomáhá snižovat riziko hypoglykémie i hyperglykémie. Autoři píšou, že některé typy CGM navíc poskytují výstražné alarmy, které upozorňují na nebezpečné hodnoty, a tím podporují aktivní zapojení pacienta do samostatné regulace onemocnění. Z výše zmíněné publikace vyplývá, že CGM usnadňuje rozhodování o úpravách dávek inzulínu a bývá součástí komplexních systémů pro řízení diabetu, například v kombinaci s dalšími zařízeními.

1.5.4 Výživa a stravovací režim

Ačkoli je dietní režim považován za základní součást léčby diabetu, motivace pacientů k jeho dlouhodobému dodržování bývá často velmi nízká (Kohout, 2024). Autor objasňuje, že jedním z důvodů je skutečnost, že mnozí diabetici nevnímají okamžité zlepšení svého zdravotního stavu, což může oslabit jejich odhodlání. Dále autor

upozorňuje také na psychologický aspekt, jelikož s rostoucím věkem se jídlo pro některé stává jedním z hlavních zdrojů potěšení, což dodržování přísné diety dále komplikuje.

Kohout (2024) se ve své publikaci dále věnuje vývoji v oblasti diabetických diet. Autor uvádí, že vývoj těchto diet nevyhovuje všem pacientům, a proto odborníci doporučují různé typy diet, od vegetariánské s vysokým obsahem vlákniny, přes nízkosacharidovou s kvalitními tuky, až po ketogenní při nízkém příjmu sacharidů. Podle tohoto autora někteří lékaři pak podporují i běžnou vyváženou stravu dostatkem vlákniny, přičemž jako efektivní se často ukazuje středomořská dieta. Brož a Urbanová (2022) tvrdí, že by ve stravě diabetika neměly chybět vitamíny a minerály. Avšak podle autorů je také zásadní u osob s nadváhou nebo obezitou sledovat celkový energetický příjem, aby se podpořilo dosažení nebo udržení zdravé tělesné hmotnosti. Autoři uvádějí, že tuky a bílkoviny mají na glykémii mnohem menší a pomalejší vliv, který se zpravidla projeví až po několika hodinách a spíše při vyšším množství.

Významnou roli hraje také pravidelnost stravování (Derňárová et al., 2021). Autoři uvádí, že dodržování stabilního režimu příjmu potravy totiž pomáhá předcházet výkyvům glykémie a zajišťuje rovnoměrné zásobení organismu energií v průběhu dne. Podle těchto autorů dlouhodobě nevyvážená strava, charakterizovaná vysokým energetickým příjmem a nadměrným množstvím tuků a soli spolu s nedostatečným zastoupením ovoce a zeleniny, představuje závažný rizikový faktor pro vznik chronických onemocnění a může negativně ovlivnit i délku života.

1.5.5 Fyzická aktivita

Jak uvádí Colberg et al. (2016), pravidelný pohyb zlepšuje citlivost na inzulin, stabilizuje hladinu glukózy a přispívá k celkové pohodě. Tito autoři také tvrdí, že děti s diabetem by měly být aktivní alespoň 60 minut denně. Při fyzické aktivitě je pro osoby s diabetem klíčové pečlivě sledovat hladinu krevního cukru, aby předešly hypoglykémii nebo dokonce hypoglykemickému šoku (Szabová, 2013). Autorka vysvětluje, že pohyb zvyšuje energetický výdej, čímž může vést k rychlému poklesu glykémie, pokud není vhodně upraven příjem stravy či dávka inzulínu.

Podle Vojíkové (osobní komunikace, 15. února 2025) jsou nejvhodnějšími typy pohybových aktivit pro děti s diabetem aerobní cvičení, silový trénink a cvičení na zlepšení flexibility. Tato doporučení potvrzují i odborné zdroje. Colberg et al. (2016) uvádí, že aerobní pohyb – například běh, plavání nebo cyklistika – pozitivně ovlivňuje

metabolismus glukózy a podporuje celkovou fyzickou kondici dítěte. Dále autoři zdůrazňují přínos silového tréninku, jako je cvičení s vlastní vahou nebo lehkým závažím, který napomáhá zvyšovat citlivost tkání na inzulin a zároveň podporuje růst svalové hmoty, což má příznivý vliv na stabilitu glykémie (Colberg et al., 2016). Tito autoři zmiňují také protahování a cvičení zaměřené na flexibilitu a rovnováhu jako je jóga nebo tai chi, které pomáhá nejen udržet zdravou funkci svalů a kloubů, ale také přispívá ke snížení rizika pádu.

1.6 Kvalita života a definice

Podle WHO je kvalita života (KŽ) mnohohrstevnatý a dynamický pojem, který nelze jednoznačně definovat jedním univerzálním způsobem a obecně zahrnuje subjektivní i objektivní vnímání fyzické, psychické, sociální a enviromentální pohody jedince. V kontextu zdravotní péče se často používá specifický termín „health-related quality of life“ (HRQoL), který se zaměřuje na ty aspekty života, jež přímo souvisejí se zdravím, nemocí a jejím vlivem na každodenní fungování (Varni et al., 2001). Jak uvádí Ventegodt et al. (2003, cit. dle Olišárová et al., 2013), KŽ zahrnuje více než jen fyzické zdraví a materiální zajištění, ale také subjektivní prožívání životní spokojenosti, naplnění, pocit štěstí a celkového „well-beingu“. Autoři tvrdí, že díky tomu KŽ přesahuje rámec pouhého blahobytu a zahrnuje možnost seberealizace, společenského uplatnění a dosažení osobního smyslu života. Z této publikace se také dozvídáme, že důležitou roli zde hrají hodnoty, životní filozofie a víra, které formují způsob, jakým jedinec chápe svou existenci a její mysl. Z této publikace vyplývá, že pocit štěstí se pak odvíjí od toho, jak daleko je člověk ve svém životě s vlastními hodnotami, možnostmi a životními podmínkami.

1.6.1 Faktory ovlivňující kvalitu života dětí s diabetem

KŽ dětí s DM1 je ovlivňována řadou vzájemně propojených faktorů, které zasahují nejen oblast fyzického zdraví, ale také psychickou pohodu, sociální vztahy a každodenní životní režim (Sawyer et al., 2004). Jak dále uvádí tito autoři, jedná se o kombinaci biologických, psychologických a sociálních vlivů, které dohromady vytvářejí specifické prostředí, v němž dítě s chronickým onemocněním vyrůstá.

Pro dosažení co nejvyšší KŽ u dítěte s diabetem je zásadní podpora nejen ze strany zdravotníků, ale také rodiny, blízkého okolí a školního prostředí (Derňárová et al., 2021). Autoři zdůrazňují, že se dítě musí postupně naučit zvládat onemocnění samostatně, což vyžaduje každodenní sebekázeň, pravidelnost a motivaci. Chronické onemocnění u dítěte

může negativně ovlivnit nejen jeho psychiku, ale i emoční stabilitu celé rodiny, jelikož děti často reagují smutkem, úzkostí či odmítáním léčby. Z pohledu Derňárové et al. (2021) je nezbytné věnovat pozornost nejen tělesným projevům, ale i celkovému duševnímu a sociálnímu fungování dítěte. Matza et al. (2004) konstatuje, že v období dospívání, ale i u malých dětí, se navíc mohou častěji objevovat psychické obtíže, jako jsou úzkosti, deprese, častá náladovost nebo poruchy příjmu potravy, které mají přímý dopad na KŽ.

Škola hraje v životě dítěte s diabetem velmi důležitou roli, a to nejen v oblasti vzdělávání, ale i z hlediska sociálních vazeb a pocitu přijetí (Derňárová et al, 2021). Autoři tvrdí, že je důležité, aby dítě nebylo vyčleňováno z kolektivu, ale naopak vedeno k tomu, aby překonávalo překážky společně s vrstevníky. Podle autorů by právě proto měly být kladeny na tyto děti stejné požadavky jako u jejich zdravých spolužáků, samozřejmě s ohledem na jejich zdravotní stav. V této publikaci se také dozvídáme, že učitelé by měli být informováni o zdravotní kondici dítěte, zejména v období puberty, kdy se děti často snaží nemoc skrývat. Autoři tedy apelují na pedagogy, aby respektovali potřeby dítěte, jako například častější močení, pauzy na rychlé doplnění sacharidů, přestávky na měření glykémie nebo podání inzulínu.

Lze shrnout, že KŽ dětí s diabetem je výsledkem dynamického působení celé řady faktorů (Bendová, 2008).

1.6.2 Metody hodnocení kvality života

Vzhledem k tomu, že KŽ je subjektivním konstruktem, její hodnocení vychází buď ze sebehodnocení dítěte, nebo z pohledu zákonných zástupců či odborníků, kteří dítě dobře znají (Matza et al., 2004).

V odborné literatuře se rozlišují dva základní typy nástrojů pro měření KŽ: generické a specifické (Solans et al., 2008). Autoři konstatují, že zatímco generické nástroje umožňují porovnání napříč různými skupinami dětí a onemocněními, specifické se zaměřují na konkrétní diagnózu a její dopady na KŽ pacienta (Solans et al., 2008).

Podle Varniho et al. (2001) je měření KŽ možné díky validizovaným dotazníkům. Tito autoři uvádějí, že mezi nejpoužívanější patří PedsQL™, který hodnotí celkové vnímání života i různé domény fungování dítěte a jeho rodiny. Již výše zmíněný nástroj PedsQL™, vyvinutý Varniho týmem (2008,2009), slouží k měření HRQoL u zdravých i chronicky nemocných dětí a dospívajících (Olišárová et al., 2013). Podle těchto autorů

se jedná o validní, spolehlivý a flexibilní dotazník, který lze využít jak ve školním prostředí, tak ve zdravotnictví.

Dalším široce využívaným nástrojem je KIDSCREEN, který vznikl na základě evropské iniciativy a slouží k hodnocení KŽ dětí a dospívajících ve věku 8–18 let (Ravens-Sieberer et al., 2005). Dále tito autoři konstatují, že tento nástroj pokrývá deset oblastí, včetně fyzické a psychické pohody, vztahů s rodiči, vrstevníky a prostředím školy.

Vedle validovaných dotazníků se v praxi využívají i rozhovory a strukturované posuzovací škály, které poskytují hlubší vhled do konkrétní situace – především u mladších dětí nebo tam, kde je nutné zachytit jemné psychosociální nuance (Flannery et al., 2017). Podle Eisera a Varni (2013) je ideální kombinovat pohled dítěte s hodnocením jeho rodičů, neboť vnímání KŽ se může významně lišit v závislosti na úhlu pohledu a životní zkušenosti.

1.7 Role zákonných zástupců

Rodiče dětí s DM1 zastávají multidimenzionální roli: zajišťují fyzický management léčby, jako je měření glykémie, dávkování inzulínu a plánování stravy a fyzické aktivity a zároveň fungují jako emoční průvodci a sociální mediátoři dítěte ve škole, mezi vrstevníky a rodinou (Sullivan-Bolyai et al., 2003). Dále tito autoři uvádějí, že tato komplexní péče bývá spojena s chronickým stresem, vyčerpáním a psychickou zátěží, přičemž u části rodičů se může objevit i syndrom vyhoření (Sullivan-Bolyai et al., 2003).

1.7.1 Psychosociální aspekty péče o dítě s diabetem

Derňárová et al. (2021) se tomuto tématu ve své publikaci podrobně věnují. Uvádí, že rodiče hrají ve zvládnutí DM1 u dítěte klíčovou roli a jak již bylo zmíněno výše, podílejí se na praktických aspektech léčby, jako je měření glykémie, podávání inzulínu, sestavování jídelníčku a přizpůsobení fyzické aktivity léčbě, ale také zajišťují emoční podporu a často působí jako prostředníci mezi dítětem a jeho okolím (např. školou nebo vrstevníky). Autoři tvrdí, že k efektivní péči patří i informovanost o nemoci, jejím průběhu a možných komplikacích. Podle Whittemora et al. (2012) taková péče o dítě s diabetem představuje pro rodiče značnou zátěž, jelikož vyžaduje jejich neustálou pozornost a ostražitost. Autoři upozorňují, že se musí vyrovnat s faktem, že jejich dítě trpí chronickým onemocněním, a zároveň zvládat každodenní péči, která bývá časově i organizačně náročná. Podle autorů je tato situace často doprovázena PTSD a trvalým stresem, především kvůli obavám z možných výkyvů glykémie a odpovědnosti

za celkový zdravotní stav a vývoj dítěte. Streisand et al. (2005) uvádí, že rodiče, kteří mají nízké sebevědomí ohledně své schopnosti zvládat léčbu diabetu u dítěte, mohou celkově vnímat péči o dítě jako náročnější a vyčerpávající.

Zároveň Derňárová et al. (2021) uvádí, že je důležité, aby byli rodiče aktivně zapojeni do výchovy dítěte v oblasti výživy, jelikož by měli rozumět základům diabetické diety a umět srozumitelně předávat tyto znalosti dětem. Dále zmiňují, že vhodně nastavené rodinné vztahy, které zahrnují citové pouto, otevřenou komunikaci a nízkou míru konfliktů v rodině, mají zásadní vliv na psychickou pohodu dítěte, a tím i na jeho celkovou KŽ. Podle těchto autorů mohou negativní emoce ovlivnit nejen jejich vlastní psychické zdraví, ale i úspěšnost léčby dítěte, proto je důležité myslet i na potřeby rodičů a poskytovat jim dostatek informací, podpory i možnost sdílení zkušeností s jinými rodiči.

Z pohledu autorů může být hospitalizace dítěte, zejména pokud je spojena s bolestivými zákroky nebo odloučením od rodiny, pro dítě velmi stresující. Autoři zdůrazňují, že proto je důležité podporovat kontakt s rodiči i během pobytu v nemocnici, aby se minimalizovalo narušení rodinných vztahů a posílila emoční stabilita dítěte. Moderní technologie, především možnost sdílení dat z kontinuálního monitoringu glykémie, přispívají podle současných studií ke zlepšení celkové pohody pečujících osob (Polonsky a Fortmann, 2021). Podle těchto autorů rodiče hlásí méně případů těžké hypoglykémie a uvádějí také pozitivní dopad kvality svého spánku. Zásadní roli hraje dostupnost a kvalita sociální a psychologické podpory (Costa et al., 2024). Diabetická asociace ČR (n.d.) realizuje již od roku 1965 edukační programy a pobytové akce pro rodiny s diabetickými dětmi, které jsou vedeny odborníky.

Jak ve své publikaci zmiňují Zan a Scharff (2014), náklady spojené s léčbou, cestami k lékaři, časem stráveným na ošetřování a častou nemožností pracovat na plný úvazek mohou vést k finanční tísní, což dále zvyšuje míru stresu a psychické zátěže rodičů. Autoři uvádí, že v některých případech se rodiče obracejí na státní podporu, avšak vyřizování těchto podpor nebývá vždy efektivní.

Tuto kapitulu bych uzavřela shrnutím publikace McClellan a Cohen (2007), kteří uvádějí, že poznatky z výzkumů poukazují na to, že funkční, soudržná a dobře informovaná rodina hraje důležitou roli v procesu adaptace dítěte na chronické onemocnění a může významně ovlivnit KŽ celé rodiny.

1.8 Sociální práce s rodinami dětí s diabetem mellitem

Podle § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, má možnost požádat o uznání zdravotního znevýhodnění každá osoba starší 15 let, která ukončila povinnou školní docházku. U mladších dětí žádost podává zákonný zástupce (ČSSZ, n.d.). V publikaci tvrdí, že za OZZ se považuje člověk, který je sice schopen pracovat, ale jeho zdravotní stav mu významně ztěžuje uplatnění na trhu práce. Podle ČSSZ (n.d.) mohou dlouhodobé zdravotní obtíže, které trvají déle než rok a ovlivňují fyzické, psychické či smyslové schopnosti, zásadně snížit možnosti pracovního zapojení. Z uvedeného vyplývá, že dítě s diabetem může být zařazeno mezi OZZ v závislosti na závažnosti svého onemocnění. Tuto skutečnost podporuje publikace Sociální práce v praxi (Matoušek et al., 2010).

Podle § 37 zákona č. 108/2006 Sb. mají sociální pracovníci povinnost poskytovat zákonným zástupcům komplexní podporu v podobě informací, konzultací, poradenství a metodické pomoci, a to i v situacích, kdy je třeba zvládnout krizové události spojené s péčí.

Jak tedy vyplývá z obecných kompetencí sociální práce uvedených v publikaci Matoušek et al. (2010), sociální pracovníci mohou také zprostředkovat kontakt s organizacemi podporující rodiny dětí s chronickým onemocněním a doporučit účast v podpůrných skupinách.

Podle § 241–242 zákoníku práce, zákon č. 262/2006 Sb., mohou zákonní zástupci rovněž získat pomoc při úpravě pracovního režimu, například při zajištění flexibilního úvazku, pokud je třeba zůstat s dítětem doma při zhoršení zdravotního stavu.

V některých případech se sociální pracovník může podílet i na zajištění psychologické podpory nebo rodinné terapie, pokud dopady onemocnění výrazně zasahují do rodinných vztahů a duševního zdraví všech členů domácnosti (MPSV, 2019).

1.9 Dávkový systém pro pečující o dítě

Sociální práce může rodičům dětí s diabetem taktéž pomoci se zorientovat v systému sociálních dávek, které jsou určeny pro péči o děti s chronickým onemocněním (Úřad práce ČR, n.d.).

1.9.1 Příspěvek na péči

Podrobnosti o příspěvku na péči vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pečující o dítě s diabetem se může obrátit na Úřad práce a zažádat si o příspěvek na péči (Úřad práce ČR, n.d.). Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (n.d.), může o příspěvek žádat osoba starší 1 roku. Při hodnocení stupně závislosti se posuzuje, nakolik je osoba schopna samostatně zvládat základní životní úkony, které jsou rozděleny do několika oblastí: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost, která se ale neposuzuje u osob do 18 let (MPSV, n.d.). Podle Úřadu práce (n.d.), se míra závislosti posuzované osoby rozděluje do 4 stupňů: lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost.

1.9.2 Příspěvek na bydlení

Podrobnosti o příspěvku na bydlení vymezuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

Mezi další formu pomoci patří příspěvek na bydlení, jejíž výplata se odvíjí od posudku výše příjmů a náklady na bydlení společně posuzovaných osob (Úřad práce ČR, n.d.). Na tento příspěvek má nárok vlastník nebo nájemce bytu v případě, že jeho příjmy nestačí pokrýt náklady na bydlení alespoň z 30 %, avšak v hlavním městě Praha je tato hranice stanovena na 35 % z důvodu vyšších životních nákladů (MPSV, n.d.).

1.9.3 Doplatek na bydlení

Podrobnosti o doplatku na bydlení vymezuje zákon č. 111/2003 Sb., o pomoci v hmotné nouzi.

Lidé, kteří ani po přiznání příspěvku na bydlení nemají dostatek prostředků k pokrytí nákladů spojených s užíváním bytu si mohou zažádat o doplatek na bydlení (MPSV, n.d.). Dále MPSV (n.d.) tvrdí, že výše doplatku na bydlení se určuje tak, aby po úhradě nákladů spojených s bydlením osobě nebo domácnosti zůstala alespoň částka odpovídající životnímu minimu, která v roce 2025 činí 4 860 Kč pro jednotlivce.

1.9.4 Příspěvek na živobytí

Podrobnosti o příspěvku na živobytí vymezuje zákon č. 111/2003 Sb., o pomoci v hmotné nouzi.

Zákonní zástupci pečující o dítě s diabetem mellitem mohou v případě nízkých příjmů žádat také o příspěvek na živobytí, který je součástí systému pomoci v hmotné nouzi (MPSV, n.d.). Dále MPSV (n.d.) uvádí, že příspěvek slouží k pokrytí základních životních

potřeb, jako je jídlo, oblečení, obuv a osobní hygiena, a je určen osobám (nebo společně posuzovaným domácnostem), jejichž příjmy nedosahují životního minima.

1.9.5 Příspěvek na mobilitu

Podrobnosti o příspěvku na mobilitu vymezuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Další způsob podpory pro pečující o dítě s diabetem může představovat příspěvek na mobilitu, na který má nárok osoba starší jednoho roku, je-li držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P, pravidelně se v daném měsíci dopravuje nebo je dopravována za úhradu, a současně nepobývá v zařízení poskytujícím pobytové sociální nebo ústavní zdravotnické služby (MPSV, n.d.). Zdravotní pojišťovny mají na základě zákona povinnost hradit diabetickým pacientům – a v případě dětí i jejich zákonným zástupcům – vybrané zdravotnické prostředky potřebné pro léčbu onemocnění (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024). Mezi tyto pomůcky patří například glukometry, testovací proužky na měření glykémie, senzory pro kontinuální monitoraci glukózy, inzulinové pumpy, inzulinová pera, jehly, lancety a zásobníky k inzulinovým systémům (VZP, n.d.). Rozsah úhrady se odvíjí od věku dítěte, zvoleného typu léčby a aktuálního zdravotního stavu (VZP, n.d.).

1.9.6 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Podrobnosti o příspěvku na zvláštní pomůcku vymezuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

S touto dávkou souvisí i příspěvek na zvláštní pomůcku, na který má nárok osoba s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžké sluchové postižení, těžké zrakové postižení, zdravotní postižení interní povahy způsobující těžké omezení pohyblivosti, těžkou demenci s neschopností chůze a odkázaností na mechanický vozík nebo těžkou demenci provázenou těžkým syndromem geriatrické křehkosti a imobility (Úřad práce ČR, n.d.).

1.9.7 Průkaz osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP, ZTP/P)

Podrobnosti o průkazu osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP, ZTP/P) vymezuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Mezi další formu pomoci se řadí průkaz osoby se zdravotním postižením, na který vzniká nárok u osoby starší jednoho roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením, pokud jsou v důsledku tohoto postižení dlouhodobě nepříznivě omezena v pohyblivosti nebo orientaci (Úřad práce ČR, n.d.). Základní typ představuje průkaz TP, který je určen osobám se středně těžkým funkčním postižením pohybu či orientace (MPSV, n.d.). Úřad práce ČR (n.d.) uvádí, že držitel takového průkazu má nárok na vyhrazené místo k sezení na veřejných dopravních prostředcích hromadné dopravy (kromě míst se zakoupenou místenkou) a přednost při osobním projednávání soukromých záležitostí (nepatří sem nákup, obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ze zdravotnických zařízení).

Druhým typem je průkaz ZTP, který je určen osobám s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace (Úřad práce, n.d.). Výhody u tohoto typu průkazu jsou stejné jako u prvního typu, a navíc mu náleží bezplatné dopravování veřejnou hromadnou dopravou a sleva 75 % vnitrostátního jízdného druhé vozové třídy osobních vlaků, rychlíků a pravidelné autobusové dopravy (Úřad práce, n.d.).

Posledním typem průkazu je ZTP/P, který je pro osoby se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce (MPSV, n.d.). Zvýhodnění, která tato osoba má, jsou totožná s prvním typem průkazu, ale doplňují se o další benefit jako bezplatná doprava vodícího psa (pokud je osoba úplně nebo prakticky nevidomá a při absenci doprovodu průvodce) (MPSV, n.d.).

1.9.8 Ošetřovné

Podrobnosti o ošetřovném vymezuje zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Ošetřovné představuje další formu podpory, na kterou má nárok pojištěnec, pokud nemůže pracovat z důvodu péče o dítě mladší 10 let nebo jinou osobu, jejíž zdravotní stav vyžaduje nezbytnou péči (ČSSZ, n.d.). Jak už z práce vyplývá, tak nárok na ošetřovné má osoba, která má nemocenské pojištění a v její domácnosti žije osoba ošetřovaná (ČSSZ, n.d.). Dále jak ČSSZ (n.d.) uvádí, ošetřující lékař nemocné osoby rozhodne o nutnosti ošetřování či péče. V případě střídání se ošetřující osoby s dalším zaměstnancem, uplatňuje se nárok na ošetřovné prostřednictvím formuláře dostupného na webu ČSSZ nebo na každé okresní správě sociálního zabezpečení (ČSSZ, n.d.).

1.9.9 Přídavek na dítě

Podrobnosti o přídavku na dítě vymezuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Poslední formou pomoci je přídavek na dítě, o který mohou požádat zákonní zástupci nezletilého nezaopatřeného dítěte (Úřad práce ČR, n.d.). O dávku také může žádat zletilé nezaopatřené dítě samo, přičemž se posuzuje společně s rodiči jen pokud mají trvalý pobyt ve stejném bytě, jinak je posuzováno samostatně (Úřad práce ČR, n.d.). Zákonní zástupci musí prokázat, že se jedná o nezaopatřené dítě (do 26 let) a musí splňovat jednu z podmínek: studuje, nemůže studovat či pracovat kvůli nemoci či úrazu, kvůli dlouhodobě nepříznivému stavu nemůže být výdělečně činné anebo je po 18. roku věku evidováno na Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání bez podpory v nezaměstnanosti či rekvalifikaci (Úřad práce ČR, n.d.). Nakonec Úřad práce ČR (n.d.) upozorňuje, že dítě, které má přiznaný invalidní důchod z důvodu invalidity třetího stupně, není považováno za nezaopatřené dítě.

2 Cíle práce

Původně byly ve výzkumné části této bakalářské práce stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak rodiče dětí s diabetem mellitem vnímají KŽ svých dětí, a druhým cílem mělo být porovnání vnímání KŽ mezi samotnými dětmi s diabetem a jejich zákonnými zástupci. V průběhu zpracování jsem se však rozhodla naplnit pouze první výzkumný cíl. Hlavním důvodem bylo, že by plnění obou cílů znamenalo značné rozšíření rozsahu práce, zejména v počtu výstupů (grafy, tabulky). Takové množství dat by podle mého názoru vedlo k přehlcení práce a ztrátě přehlednosti. Rozhodla jsem se proto zaměřit výhradně na perspektivu rodičů.

Cíle práce:

- Zjistit, jak rodiče dětí s diabetem mellitem nahlízejí na kvalitu života svých dětí.

Výzkumné otázky:

- Jaké faktory vnímají rodiče dětí s diabetem mellitem jako ovlivňující?
- Jak děti s diabetem mellitem ovlivňují psychické zdraví svých zákonných zástupců?
- Jak děti s diabetem mellitem ovlivňují finanční situaci svých zákonných zástupců?

Hypotézy:

H0: Věk dětí s diabetem mellitem má vliv na nahlížení kvality života pohledem zákonných zástupců.

H1: Sociální vztahy dítěte s diabetem mají vliv na nahlížení kvality života pohledem zákonných zástupců.

3 Metodika

Tato kapitola se věnuje popisu výzkumného postupu, která zahrnuje oblasti jako charakteristika výzkumného souboru, metoda sběru dat, realizace výzkumu a zpracování dat.

3.1 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor tvořily děti a mladiství s diagnostikovaným DM1 a jejich zákonní zástupci, kteří žijí v Jihočeském kraji. Účastníci byli osloveni v osobním kontaktu v rámci sociálních vazeb výzkumnice.

Pro výzkum byly zvoleny validizované dotazníky (PedsQL™ 3.0 Diabetes Module), které již byly určeny pro rodiče dvou věkových skupin: 8-12 let a 13-18 let a autorský dotazník (viz Příloha č. 1, 2). Celkem bylo rozdáno 61 dotazníků (jak PedsQL™ 3.0 Diabetes Module, tak autorského dotazníku), z toho 23 rodičům dětí ve věku 8–12 let a 38 rodičům dětí ve věku 13–18 let.

3.2 *Metoda sběru dat*

Pro potřeby této bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat, která umožnila získání číselně vyjádřitelných údajů a jejich následné zpracování pomocí základních statistických metod. Výzkum probíhal formou strukturovaného a autorského dotazníkového šetření.

Jednou z hlavních výzkumných technik byl již zmíněný validizovaný dotazník PedsQL™ 3.0 Diabetes Module, určený k hodnocení KŽ dětí s DM1 a jejich rodičů. Dotazník je rozdělen do pěti oblastí: Můj diabetes, Léčba I, Léčba II, Starosti a Komunikace. Otázky jsou formulovány na základě Likertovy škály a zaměřují se na četnost výskytu konkrétních situací v průběhu jednoho měsíce. Verze dotazníku byla přizpůsobena dvěma věkovým skupinám (8–12 let a 13–18 let), přičemž jednotlivé položky zůstaly obsahově totožné. Vzhledem k licenční ochraně nemůže být celý dotazník součástí příloh práce.

Druhým nástrojem byl autorský dotazník, vytvořený speciálně pro zákonné zástupce zúčastněných dětí ve dvou věkových skupinách 8-12 let a 13-18 let. Tento dotazník se zaměřoval na doplňující témata, která nejsou zahrnuta v původním nástroji PedsQL™ 3.0 Diabetes Module. Konkrétně do 4 oblastí: Psychická zátěž rodiče, Finanční dopady, Sociální oblast dítěte a Podpora rodiče. I tento dotazník byl koncipován formou

uzavřených otázek s možností výběru odpovědí a na jeho konci bylo přidáno volné pole pro případné poznámky respondentů, jehož vyplnění bylo dobrovolné.

3.3 Realizace výzkumu

V listopadu 2024 proběhlo zažádání o svolení k využití validizovaného dotazníku PedsQL™ 3.0 Diabetes Module. Výzkum byl realizován ve dvou navazujících fázích. V první fázi byl distribuován validizovaný dotazník PedsQL™ 3.0 Diabetes Module v tištěné formě. Osloveni byli respondenti z Jihočeského kraje, především v okolí výzkumnice, kteří dotazníky dále předávali dalším známým. Respondenty byly rodiče dětí a dospívajících s diagnózou DM1 ve dvou věkových kategoriích: 8–12 let a 13–18 let. Zákonní zástupci byli předem obeznámeni s cílem výzkumu, podmínkami účasti a zpracováním osobních údajů. Výzkum probíhal na základě dobrovolného souhlasu. Distribuce a sběr dotazníků probíhal v období od 24. 2. 2025 do 16. 6. 2025.

V druhé fázi výzkumu proběhla v červnu a červenci 2025 příprava autorského dotazníku zaměřeného na doplňující oblasti, které nebyly zachyceny validizovaným nástrojem. Respondentům (zákonným zástupcům) byl elektronicky rozeslán autorský dotazník vytvořený speciálně pro účely této práce. Tento dodatečný nástroj byl zaměřen na psychické zatížení rodičů, finanční situaci rodiny, sociální vztahy dítěte a vnímání podpory ze strany okolí. Tento dotazník byl také rozdělen do dvou verzí podle věku dítěte, 8–12 let a 13–18 let, aby odpovídal celkovému rozdělení výzkumného souboru. Distribuce probíhala elektronicky prostřednictvím e-mailu nebo jiných dostupných komunikačních kanálů. Sběr dat z této části probíhal od 7. 7. 2025 do 15. 7. 2025. Účast byla opět dobrovolná, anonymní a probíhala po přechozím seznámení respondentů s cílem výzkumu. Následně probíhala analýza a vyhodnocení získaných údajů.

3.4 Zpracování dat

Získaná data byla po ukončení sběru přenesena do elektronické podoby a následně zpracována pomocí programu Microsoft Excel 2016. Výsledky byly pro zachování přehlednosti znázorněny ve formě grafů a tabulek.

Validizovaný dotazník PedsQL™ 3.0 Diabetes Module využívá pětibodovou Likertovu škálu, na níž respondenti označovali frekvenci výskytu obtíží jejich dětí v uplynulém měsíci. Odpovědi byly pro potřeby vyhodnocení převedeny na škálu od 0 do 100 bodů podle následujícího schématu:

- Odpověď 0 („nikdy“) = 100 bodů
- Odpověď 1 („téměř nikdy“) = 75 bodů
- Odpověď 2 („někdy“) = 50 bodů
- Odpověď 3 („často“) = 25 bodů
- Odpověď 4 („téměř vždy“) = 0 bodů

U některých položek bylo nutné provést reverzní skórování (opačné hodnocení), aby bylo možné sjednotit interpretaci výsledků, tedy že čím vyšší hodnota skóre, tím vyšší vnímaná KŽ.

Při zpracování dat z tohoto dotazníku bylo postupováno podle doporučených kroků:

- Výpočet skóre: Pokud respondent odpověděl alespoň na 50 % položek v dané škále, chybějící hodnoty byly dopočítány jako průměr z již zodpovězených položek.
- Průměrné skóre: Vypočítalo se jako součet bodových hodnot položek dělený počtem zodpovězených položek.
- Celkové skóre: Vzniklo jako průměrné skóre všech škál, na které dotazník cílí.

Principy výpočtu skóre odpovídají metodologii stanovené autorem validovaného dotazníku PedsQL™ 3.0 Diabetes Module (Varni, Ph.D.).

Autorský dotazník vytvořený pro zákonné zástupce dětí s DM1 obsahoval kombinaci uzavřených otázek. Všechny položky byly formulovány na základě Likertovy škály.

Numerická data byla zpracována obdobným způsobem jako u validovaného nástroje PedsQL™. Interpretace skóre závisela na povaze jednotlivých položek. V případě otázek zaměřených na pozitivní jevy (např. podpora ze strany okolí, dobré sociální vztahy dítěte) vyšší skóre odpovídalo pozitivnějšímu vnímání. U položek zaměřených na zátěž či obtíže (např. psychická únava, finanční stres) bylo naopak nutné reverzně skórovat, aby bylo zajištěno, že ve všech oblastech platí jednotná logika: čím více bodů, tím příznivější situace.

Získaná data byla následně vizualizována pomocí grafů a tabulek, aby byla přehledně prezentována a umožnila snadnější interpretaci.

4 Výsledky šetření

Tabulky uvedené níže prezentují výsledky šetření na základě jednotlivých oblastí dotazníku PedsQL™ 3.0 Diabetes Module. Tyto oblasti zahrnují: Můj diabetes, Léčba I, Léčba II, Starosti a Komunikace. Dále jsou uvedené výsledky z autorského dotazníku. Zobrazeny jsou jak absolutní četnosti odpovědí (počet respondentů), tak i jejich relativní zastoupení v procentech. V každé tabulce jsou uvedeny odpovědi ve formátu: četnost (procenta).

Odpovědi na Likertově škále byly pro účely vyhodnocení převedeny na bodové hodnocení v rozmezí 0–100, kdy platilo, že čím méně často respondenti daný problém pociťovali, tím více bodů bylo přiřazeno (např. odpověď „nikdy“ = 100 bodů, „téměř vždy“ = 0 bodů).

Tímto způsobem lze u každé otázky dosáhnout maximálního možného skóre, které závisí na počtu respondentů v dané věkové kategorii. Například:

- U věkové skupiny 8–12 let, kde odpovídalo 23 respondentů, činí maximální možný zisk za jednu otázku 2 300 bodů (23×100).
- U skupiny 13–18 let, s 38 respondenty, je maximální skóre za jednu otázku 3 800 bodů (38×100).

Příklad výpočtu: pokud na konkrétní otázku odpovědělo 18 respondentů hodnotou 0 ($18 \times 100 = 1\,800$ bodů) a 5 respondentů hodnotou 1 ($5 \times 75 = 375$ bodů), celkový součet za tuto otázku je 2 175 bodů.

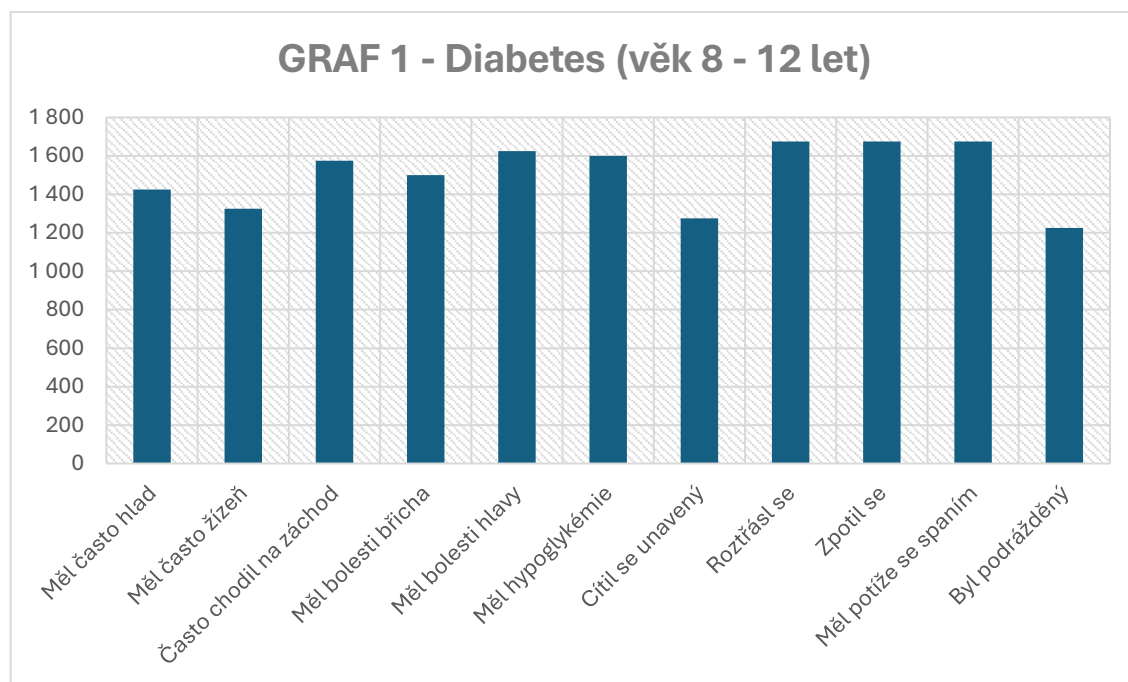
Z tohoto celkového skóre je následně možné vyjádřit procentuální výsledek, a to jako podíl získaných bodů ku maximálnímu možnému bodovému zisku. Čím vyšší je výsledné procento, tím lepší je subjektivně vnímaná KŽ v dané oblasti.

4.1 Výsledky výpovědí zákonných zástupců dětí ve věku od 8 do 12 let v PedsQL™

Oblast Diabetes:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Měl často hlad	3 (13.0 %)	9 (39.1 %)	9 (39.1 %)	0 (0.0 %)	2 (8.7 %)
Měl často žízeň	4 (17.4 %)	8 (34.8 %)	5 (21.7 %)	3 (13.0 %)	3 (13.0 %)
Často chodil na záchod	5 (21.7 %)	9 (39.1 %)	7 (30.4 %)	2 (8.7 %)	0 (0.0 %)
Měl bolesti břicha	3 (13.0 %)	12 (52.2 %)	4 (17.4 %)	4 (17.4 %)	0 (0.0 %)
Měl bolesti hlavy	6 (26.1 %)	11 (47.8 %)	3 (13.0 %)	2 (8.7 %)	1 (4.3 %)
Měl hypoglykémie	5 (21.7 %)	10 (43.5 %)	7 (30.4 %)	0 (0.0 %)	1 (4.3 %)
Cítil se unavený	4 (17.4 %)	5 (21.7 %)	9 (39.1 %)	2 (8.7 %)	3 (13.0 %)
Roztřásl se	7 (30.4 %)	8 (34.8 %)	7 (30.4 %)	1 (4.3 %)	0 (0.0 %)
Zpotil se	5 (21.7 %)	12 (52.2 %)	5 (21.7 %)	1 (4.3 %)	0 (0.0 %)
Měl potíže se spaním	6 (26.1 %)	10 (43.5 %)	6 (26.1 %)	1 (4.3 %)	0 (0.0 %)
Byl podrážděný	3 (13.0 %)	6 (26.1 %)	8 (34.8 %)	3 (13.0 %)	3 (13.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

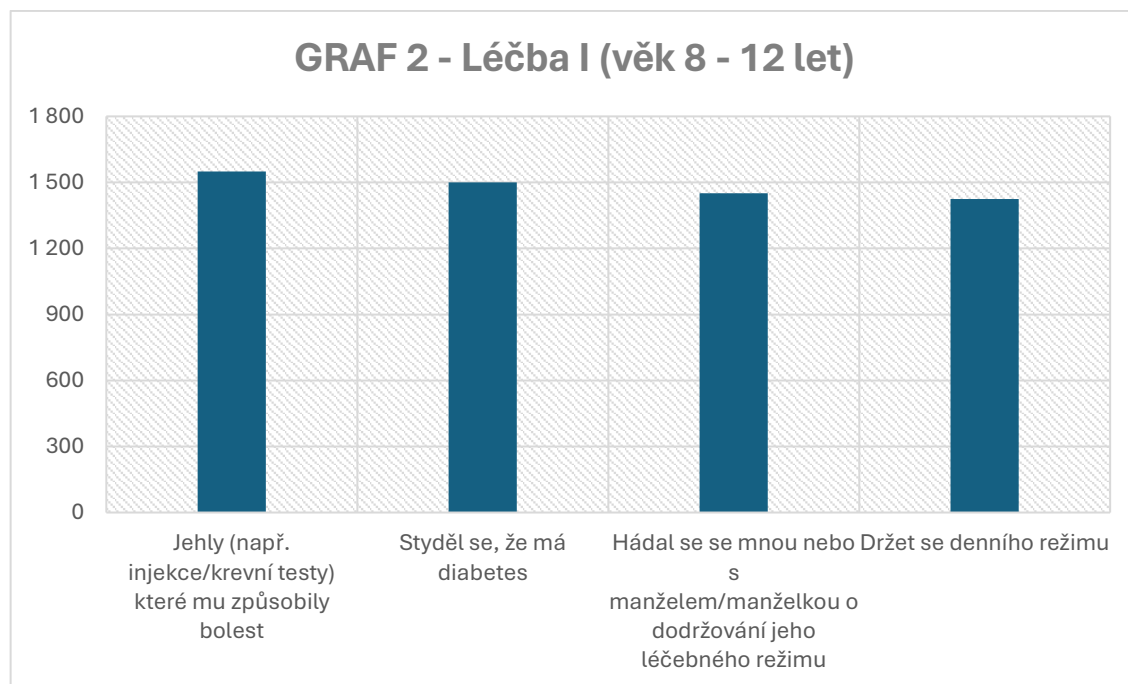
Bodové ohodnocení oblasti Diabetes v rámci jednotlivých otázek zní následovně: Měl často hlad (1 425 bodů), Měl často žízeň (1 325 bodů), Často chodil na záchod (1 575 bodů), Měl bolesti břicha (1 500 bodů), Měl bolesti hlavy (1 625 bodů), Měl hypoglykémie (1 600 bodů), Cítil se unavený (1 275 bodů), Roztřásl se (1 675 bodů), Zpotil se (1 675 bodů), Měl potíže se spaním (1 675 bodů), Byl podrážděný (1 225 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně 25 300 bodů (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 16 575 bodů (KŽ 65,51 %).

Oblast Léčba I:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Jehly (např. injekce/krevní testy) které mu způsobily bolest	5 (21.7 %)	10 (43.5 %)	5 (21.7 %)	2 (8.7 %)	1 (4.3 %)
Styděl se, že má diabetes	4 (17.4 %)	13 (56.5 %)	4 (17.4 %)	0 (0.0 %)	2 (8.7 %)
Hádal se se mnou nebo s manželem/manželkou o dodržování jeho léčebného režimu	5 (21.7 %)	8 (34.8 %)	7 (30.4 %)	0 (0.0 %)	3 (13.0 %)
Držet se denního režimu	5 (21.7 %)	8 (34.8 %)	6 (26.1 %)	1 (4.3 %)	3 (13.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Léčba I v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

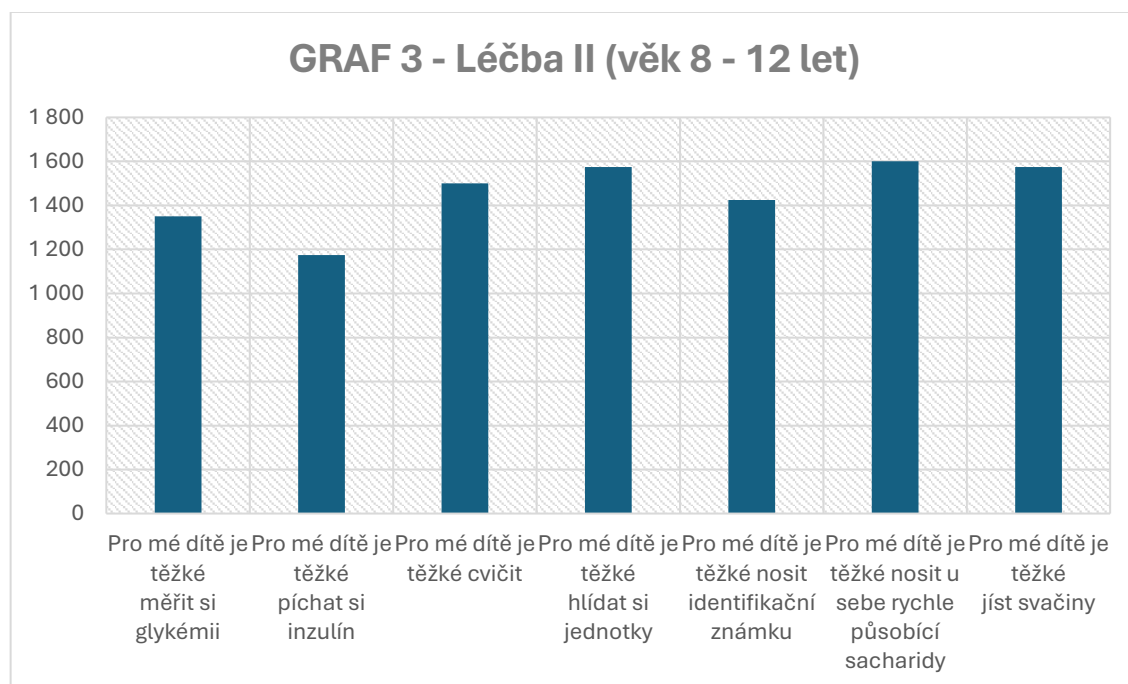
Jehly (např. injekce/krevní testy), které mu způsobily bolest (1 550 bodů), Styděl se, že má diabetes (1 500 bodů), Hádal se se mnou nebo s manželem/manželkou o dodržování léčebného režimu (1 450 bodů), Držet se denního režimu (1 425 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně 9 200 bodů (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 5 925 bodů (KŽ 64,40 %).

Oblast Léčba II:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Pro mé dítě je těžké měřit si glykémii	3 (13.0 %)	8 (34,8 %)	7 (30.4 %)	4 (17.4 %)	1 (4.3 %)
Pro mé dítě je těžké píchat si inzulín	2 (8.7 %)	7 (30.4 %)	8 (34.8 %)	2 (8.7 %)	4 (17.4 %)
Pro mé dítě je těžké cvičit	4 (17.4 %)	9 (39.1 %)	7 (30.4 %)	3 (13.0 %)	0 (0.0 %)
Pro mé dítě je těžké hlídat si jednotky	5 (21.8 %)	8 (34.8 %)	9 (39.1 %)	1 (4.3 %)	0 (0.0 %)
Pro mé dítě je těžké nosit identifikační známku	4 (17.4 %)	7 (30.4 %)	9 (39.1 %)	2 (8.7 %)	1 (4.3 %)
Pro mé dítě je těžké nosit u sebe rychle působící sacharidy	5 (21.8 %)	10 (43.5 %)	6 (26.1 %)	2 (8.7 %)	0 (0.0 %)
Pro mé dítě je těžké jíst svačiny	3 (13.0 %)	11 (47.8 %)	9 (39.1 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Léčba II v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

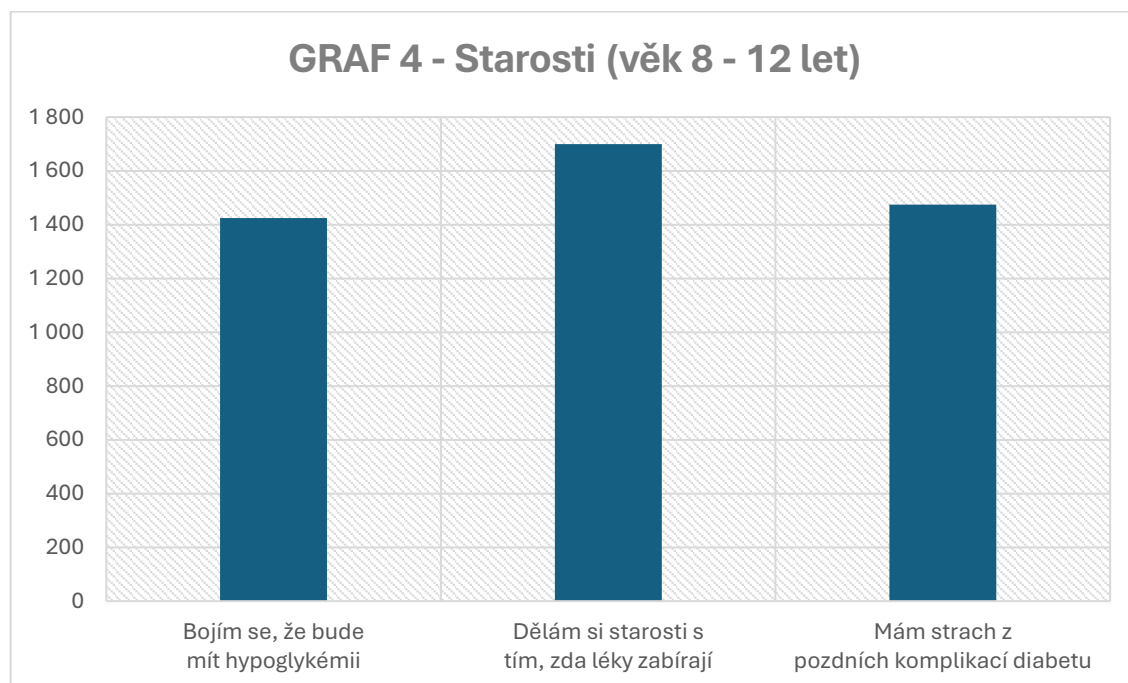
Pro mé dítě je těžké měřit si glykémii (1 350 bodů), Pro mé dítě je těžké píchat si inzulín (1 175 bodů), Pro mé dítě je těžké cvičit (1 500 bodů), Pro mé dítě je těžké hlídat si jednotky (1 575 bodů), Pro mé dítě je těžké nosit identifikační známku (1 425 bodů), Pro mé dítě je těžké nosit u sebe rychle působící sacharidy (1 600 bodů), Pro mé dítě je těžké jíst svačiny (1 575 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně 16 100 bodů (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 10 200 bodů (KŽ 63,35 %).

Oblast Starosti:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Bojím se, že bude mít hypoglykémii	1 (4.3 %)	11 (47.8 %)	9 (39.1 %)	2 (8.7 %)	0 (0.0 %)
Dělám si starosti s tím, zda léky zabírají	7 (30.4 %)	8 (34.8 %)	8 (34.8 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
Mám strach z pozdních komplikací diabetu	4 (17.4 %)	6 (26.1 %)	12 (52.2 %)	1 (4.3 %)	0 (0.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Starosti v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

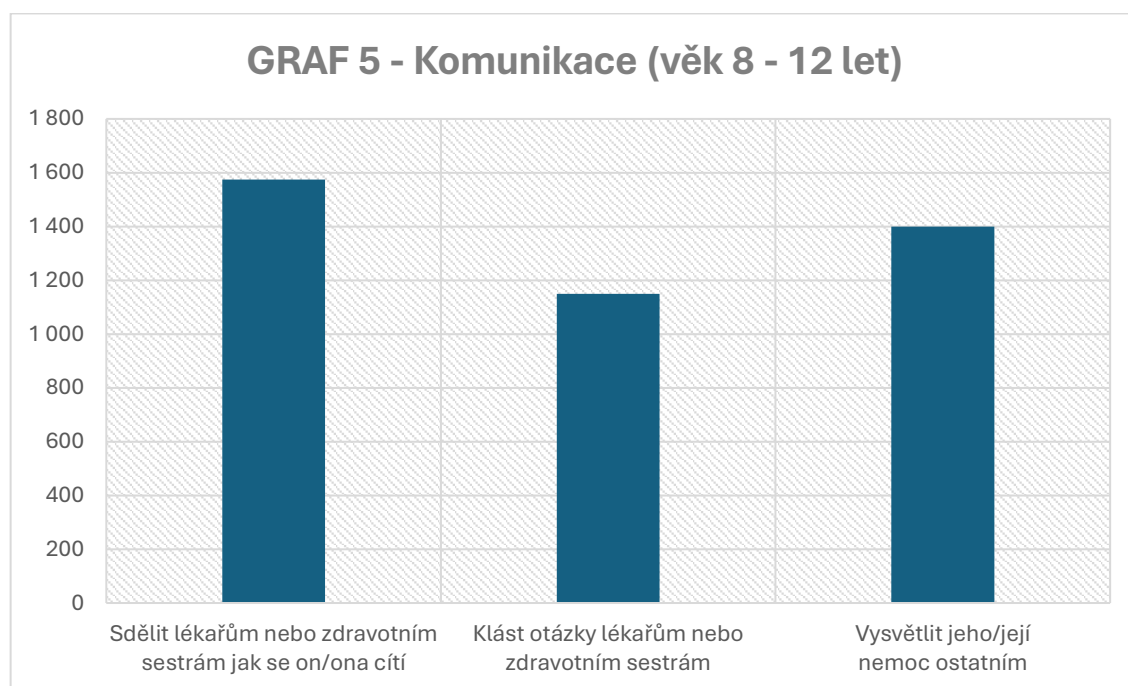
Bojím se, že bude mít hypoglykémii (1 425 bodů), Dělán si starosti s tím, zda léky zabírají (1 700 bodů), Mám strach z pozdních komplikací diabetu (1 475 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně 6 900 bodů (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 4 600 bodů (KŽ 66,66 %).

Oblast Komunikace:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Sdělit lékařům nebo zdravotním sestrám jak se on/ona cítí	4 (17.4 %)	10 (43.5 %)	8 (34.8 %)	1 (4.3 %)	0 (0.0 %)
Klást otázky lékařům nebo zdravotním sestrám	2 (8.7 %)	6 (26.1 %)	10 (43.5 %)	3 (13.0 %)	2 (8.7 %)
Vysvětlit jeho/její nemoc ostatním	4 (17.4 %)	5 (21.7 %)	11 (47.8 %)	3 (13.0 %)	0 (0.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Komunikace v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

Sdělit lékařům nebo zdravotním sestrám jak se on/ona cítí (1 575 bodů), Klást otázky lékařům nebo zdravotním sestrám (1 150 bodů), Vysvětlit jeho/její nemoc ostatním (1 400 bodů).

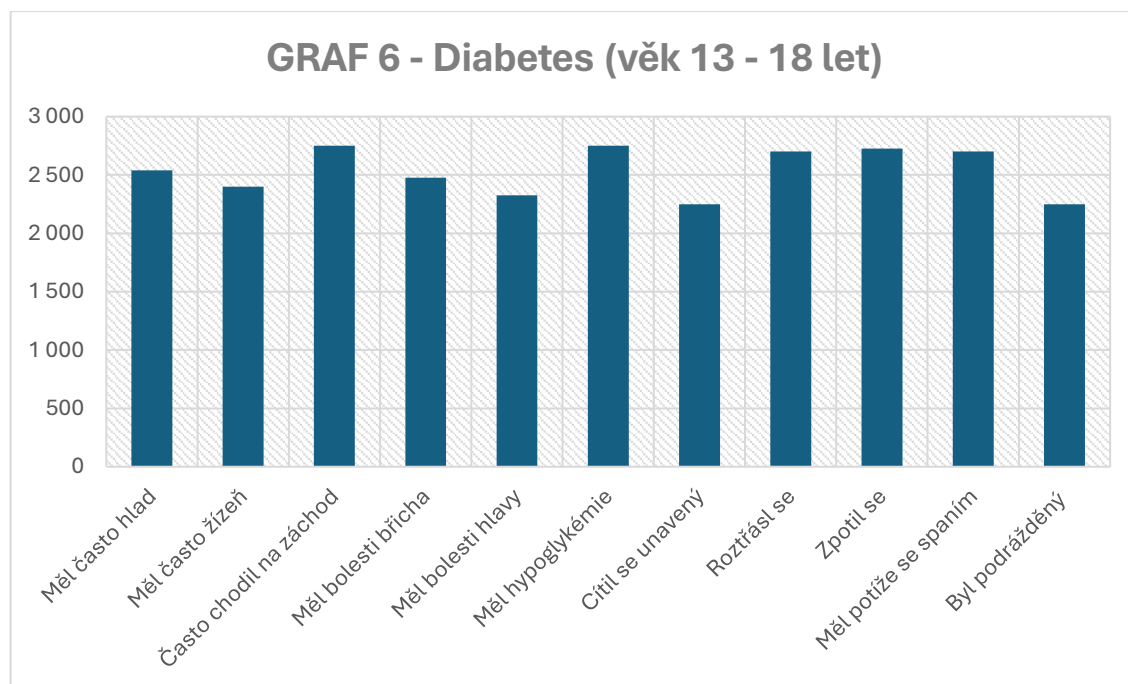
Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně 6 900 bodů (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 4 125 bodů (KŽ 59,78 %).

4.2 Výsledky výpovědí zákonných zástupců dětí ve věku od 13 do 18 let v PedsQL™

Oblast Diabetes:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Měl často hlad	8 (21.0 %)	13 (34.2 %)	12 (31.6 %)	3 (7.9 %)	2 (5.3 %)
Měl často žízeň	5 (13.1 %)	16 (42.1 %)	11 (29.0 %)	6 (15.8 %)	0 (0.0 %)
Často chodil na záchod	13 (34.2 %)	14 (36.8 %)	6 (15.8 %)	4 (10.5 %)	1 (2.6 %)
Měl bolesti břicha	8 (21.0 %)	12 (31.6 %)	14 (36.8 %)	3 (7.9 %)	1 (2.6 %)
Měl bolesti hlavy	5 (13.1 %)	15 (39.5 %)	13 (34.2 %)	2 (5.3 %)	3 (7.9 %)
Měl hypoglykémie	12 (31.6 %)	14 (36.8 %)	8 (21.0 %)	4 (10.5 %)	0 (0.0 %)
Cítil se unavený	6 (15.8 %)	11 (29.0 %)	15 (39.5 %)	3 (7.9 %)	3 (7.9 %)
Roztřásl se	9 (23.7 %)	18 (47.4 %)	7 (18.4 %)	4 (10.5 %)	0 (0.0 %)
Zpotil se	8 (21.0 %)	19 (50 %)	9 (23.7 %)	2 (5.3 %)	0 (0.0 %)
Měl potíže se spaním	7 (18.4 %)	22 (57.9 %)	6 (15.8 %)	2 (5.3 %)	1 (2.6 %)
Byl podrážděný	4 (10.5 %)	15 (39.5 %)	13 (34.2 %)	3 (7.9 %)	3 (7.9 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Diabetes v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

Měl často hlad (2 540 bodů), Měl často žízeň (2 400 bodů), Často chodil na záchod (2 750 bodů), Měl bolesti břicha (2 475 bodů), Měl bolesti hlavy (2 325 bodů),

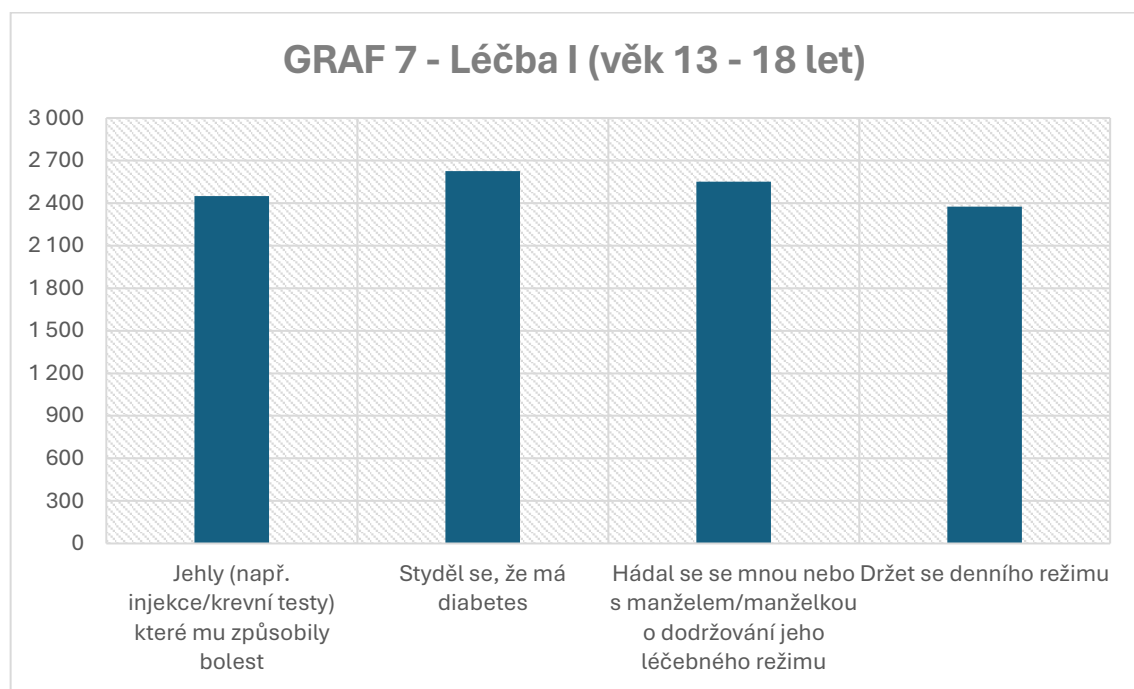
Měl hypoglykémii (2 750 bodů), Cítil se unavený (2 250 bodů), Roztřásl se (2 700 bodů), Zpotil se (2 725 bodů), Měl potíže se spaním (2 700 bodů), Byl podrážděný (2 250 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně 41 800 bodů (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 27 865 bodů (KŽ 66,66 %).

Oblast Léčba I:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Jehly (např. injekce/krevní testy) které mu způsobily bolest	11 (28.9 %)	10 (26.3 %)	11 (28.9 %)	2 (5.3 %)	4 (10.5 %)
Styděl se, že má diabetes	8 (21.1 %)	16 (42.1 %)	11 (28.9 %)	3 (7.9 %)	0 (0.0 %)
Hádal se se mnou nebo s manželem/manželkou o dodržování jeho léčebného režimu	10 (26.3 %)	13 (34.2 %)	10 (26.3 %)	3 (7.9 %)	2 (5.3 %)
Držet se denního režimu	6 (15.8 %)	14 (36.8 %)	11 (28.9 %)	7 (18.4 %)	0 (0.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Léčba I v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

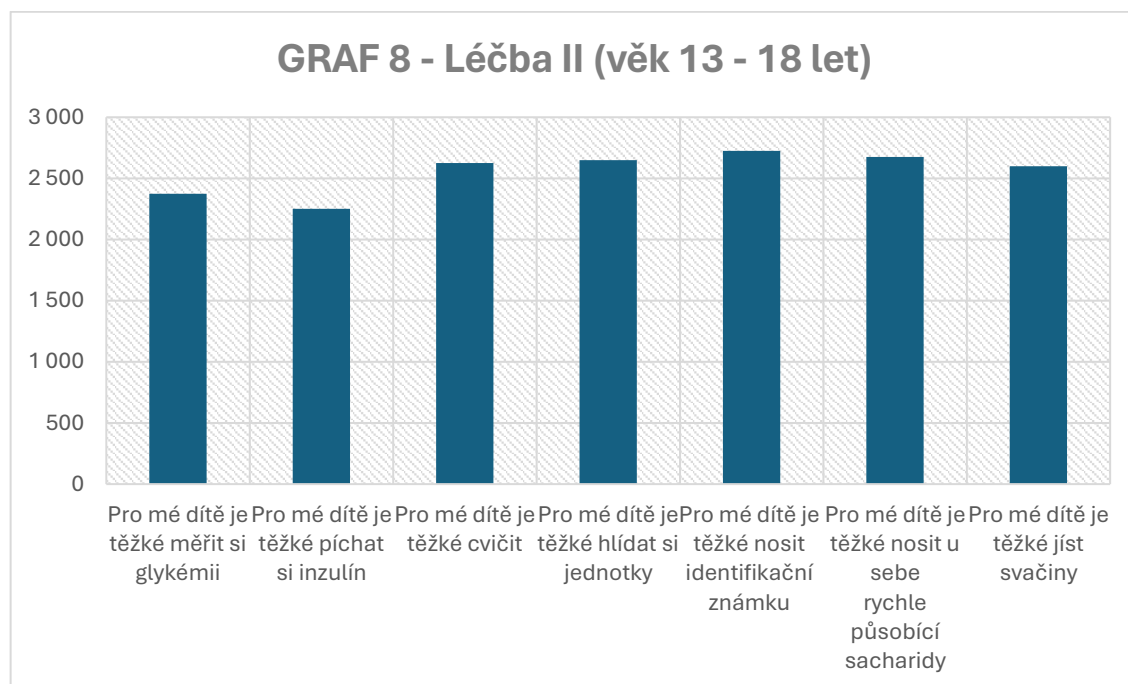
Jehly (např. injekce/krevní testy) které mu způsobily bolest (2 450 bodů), Styděl se, že má diabetes (2 625 bodů), Hádal se se mnou nebo s manželem/manželkou o dodržování jeho léčebného režimu (2 550 bodů), Držet se denního režimu (2 375 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 15 200 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 10 000 bodů (KŽ 65,78 %).

Oblast Léčba II:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Pro mé dítě je těžké měřit si glykémii	6 (15.8 %)	17 (44.7 %)	6 (15.8 %)	8 (21.1 %)	1 (2.6 %)
Pro mé dítě je těžké píchat si inzulin	3 (7.9 %)	16 (42.1 %)	12 (31.6 %)	6 (15.8 %)	1 (2.6 %)
Pro mé dítě je těžké cvičit	8 (21.1 %)	16 (42.1 %)	11 (28.9 %)	3 (7.9 %)	0 (0.0 %)
Pro mé dítě je těžké hlídat si jednotky	7 (18.4 %)	20 (52.6 %)	7 (18.4 %)	4 (10.5 %)	0 (0.0 %)
Pro mé dítě je těžké nosit identifikační známku	9 (23.7 %)	19 (50.0 %)	8 (21.1 %)	1 (2.6 %)	1 (2.6 %)
Pro mé dítě je těžké nosit u sebe rychle působící sacharidy	8 (21.1 %)	18 (47.4 %)	9 (23.7 %)	3 (7.9 %)	0 (0.0 %)
Pro mé dítě je těžké jíst svačiny	6 (15.8 %)	21 (55.3 %)	8 (21.1 %)	1 (2.6 %)	2 (5.3 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Léčba II v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

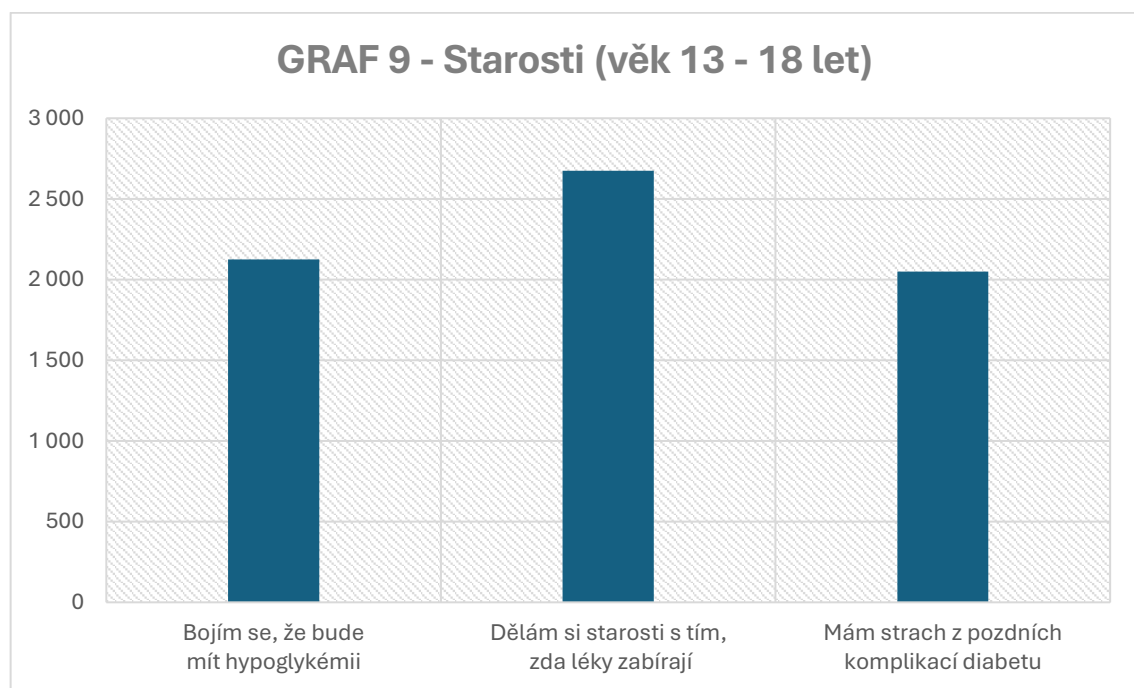
Pro mé dítě je těžké měřit si glykémii (2 375 bodů), Pro mé dítě je těžké píchat si inzulin (2 250 bodů), Pro mé dítě je těžké cvičit (2 625 bodů), Pro mé dítě je těžké hlídat si jednotky (2 650 bodů), Pro mé dítě je těžké nosit identifikační známku (2 725 bodů), Pro mé dítě je těžké nosit u sebe rychle působící sacharidy (2 675 bodů), Pro mé dítě je těžké jíst svačiny (2 600 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 26 600 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 17 900 bodů (KŽ 67,29 %).

Oblast Starosti:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Bojím se, že bude mít hypoglykémii	1 (2.6 %)	14 (36.8 %)	17 (44.7 %)	5 (13.2 %)	1 (2.6 %)
Dělám si starosti s tím, zda léky zabírají	9 (23.7 %)	17 (44.7 %)	8 (21.1 %)	4 (10.5 %)	0 (0.0 %)
Mám strach z pozdních komplikací diabetu	3 (7.9 %)	11 (28.9 %)	15 (39.5 %)	7 (18.4 %)	2 (5.3 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní Výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Starosti v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

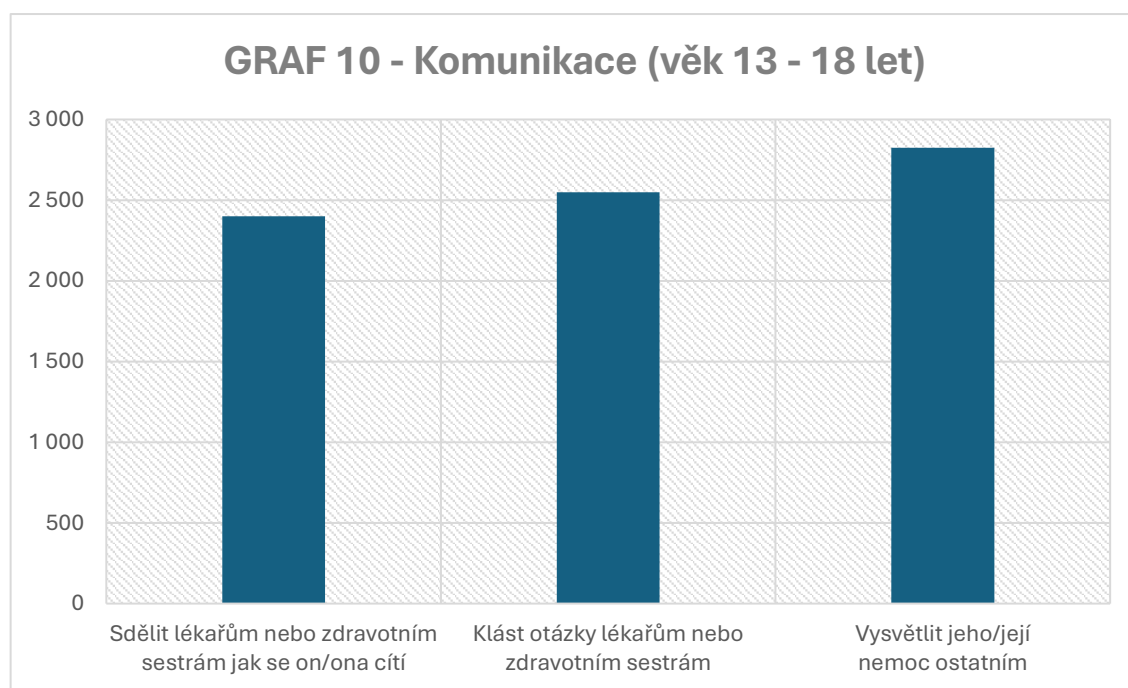
Bojím se, že bude mít hypoglykémii (2 125 bodů), Dělám si starosti s tím, zda léky zabírají (2 675 bodů), Mám strach z pozdních komplikací diabetu (2 050 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 11 400 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 6 850 bodů (KŽ 60,08 %).

Oblast Komunikace:

PROBLÉM	NIKDY	TÉMĚŘ NIKDY	NĚKDY	ČASTO	TÉMĚŘ VŽDY
Sdělit lékařům nebo zdravotním sestrám jak se on/ona cítí	5 (13.2 %)	17 (44.7 %)	11 (28.9 %)	3 (7.9 %)	2 (5.3 %)
Klást otázky lékařům nebo zdravotním sestrám	9 (23.7 %)	12 (31.6 %)	13 (34.2 %)	4 (10.5 %)	0 (0.0 %)
Vysvětlit jeho/její nemoc ostatním	12 (31.6 %)	15 (39.5 %)	9 (23.7 %)	2 (5.3 %)	0 (0.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Komunikace v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

Sdělit lékařům nebo zdravotním sestrám jak se on/ona cítí (2 400 bodů), Klást otázky lékařům nebo zdravotním sestrám (2 550 bodů), Vysvětlit jeho/její nemoc ostatním (2 825 bodů).

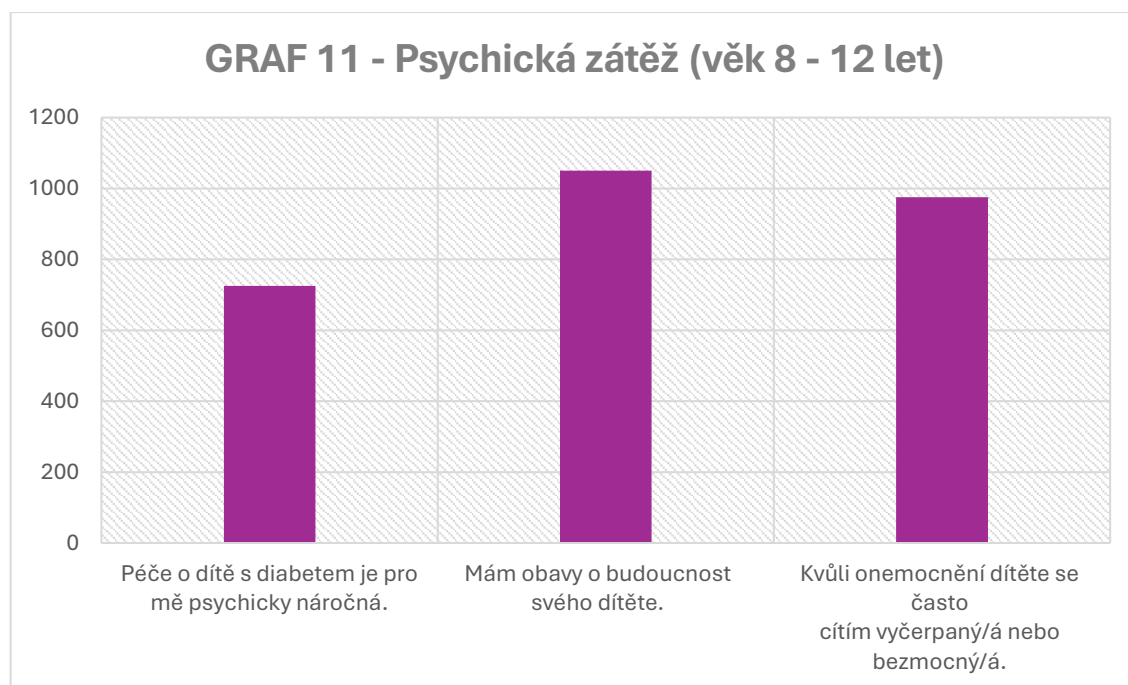
Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 11 400 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 7 775 bodů (KŽ 68,20 %).

4.3 Výsledky výpovědí zákonných zástupců dětí ve věku od 8 do 12 let v autorském dotazníku

Oblast Psychická zátěž:

PROBLÉM	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	NEVÍM/NELZE ŘÍCT	SPÍŠE SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
Péče o dítě s diabetem je pro mě psychicky náročná.	2 (8.7 %)	3 (13.0 %)	0 (0.0 %)	12 (52.2 %)	6 (26.1 %)
Mám obavy o budoucnost svého dítěte.	1 (4.3 %)	9 (39.1 %)	1 (4.3 %)	9 (39.1 %)	3 (13.0 %)
Kvůli onemocnění dítěte se často cítím vyčerpaný/á nebo bezmocný/á.	3 (13.0 %)	5 (21.7 %)	0 (0.0 %)	12 (52.2 %)	3 (13.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Psychická zátěž v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

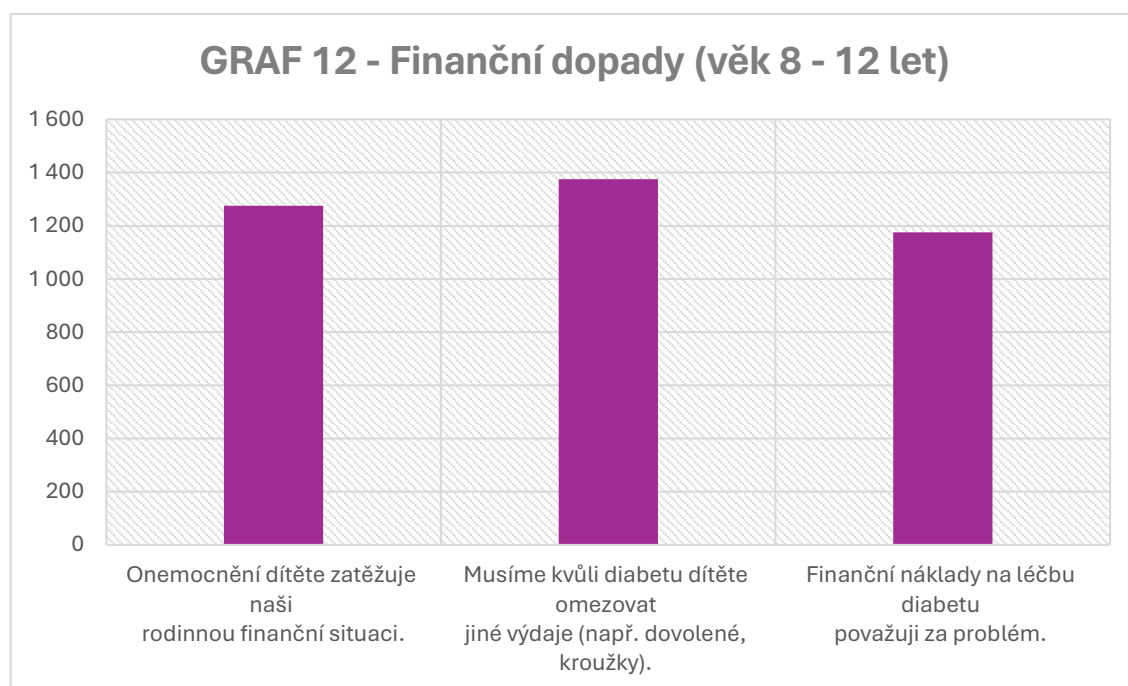
Péče o dítě s diabetem je pro mě psychicky náročná (725 bodů), Mám obavy o budoucnost svého dítěte (1 050 bodů), Kvůli onemocnění dítěte se často cítím vyčerpaný/á nebo bezmocný/á (975 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 6 900 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 2 750 bodů (KŽ 39,85 %).

Oblast Finanční dopady:

PROBLÉM	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	NEVÍM/NELZE ŘÍCT	SPÍŠE SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
Onemocnění dítěte zatěžuje naši rodinnou finanční situaci.	4 (17.4 %)	7 (30.4 %)	2 (8.7 %)	10 (43.5 %)	0 (0.0 %)
Musíme kvůli diabetu dítěte omezovat jiné výdaje (např. dovolené, kroužky).	5 (21.7 %)	8 (34.8 %)	2 (8.7 %)	7 (30.4 %)	1 (4.3 %)
Finanční náklady na léčbu diabetu považuji za problém.	2 (8.7 %)	7 (30.4 %)	4 (17.4 %)	10 (43.5 %)	0 (0.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Finanční dopady v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

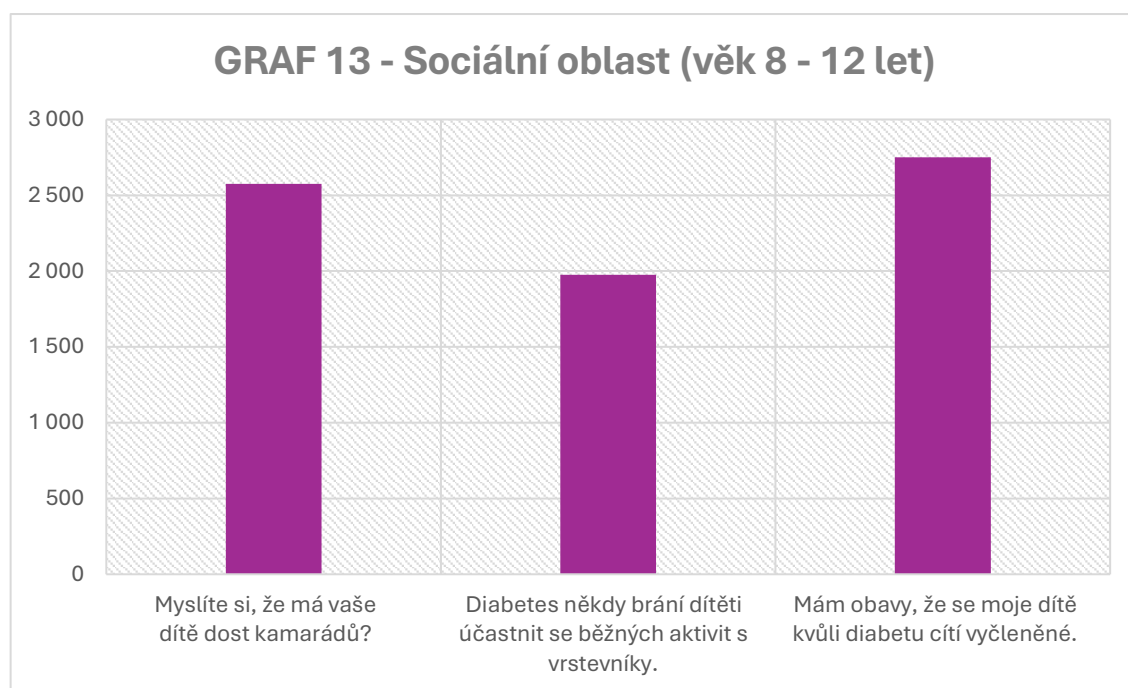
Onemocnění dítěte zatěžuje naši rodinnou finanční situaci (1 275 bodů), Musíme kvůli diabetu dítěte omezovat jiné výdaje (např. dovolené, kroužky) (1 375 bodů), Finanční náklady na léčbu diabetu považuji za problém (1 175 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 6 900 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 3 825 bodů (KŽ 55,43 %).

Sociální oblast:

PROBLÉM	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	NEVÍM/NELZE ŘÍCT	SPÍŠE SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
Myslíte si, že má vaše dítě dost kamarádů?	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	2 (8.7 %)	17 (73.9 %)	4 (17.4 %)
Diabetes někdy brání dítěti účastnit se běžných aktivit s vrstevníky.	6 (26.1 %)	14 (60.9 %)	1 (4.3 %)	2 (8.7 %)	0 (0.0 %)
Mám obavy, že se moje dítě kvůli diabetu cítí vyčleněné.	9 (39.1 %)	8 (34.8 %)	4 (17.4 %)	2 (8.7 %)	0 (0.0 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení Sociální oblasti v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

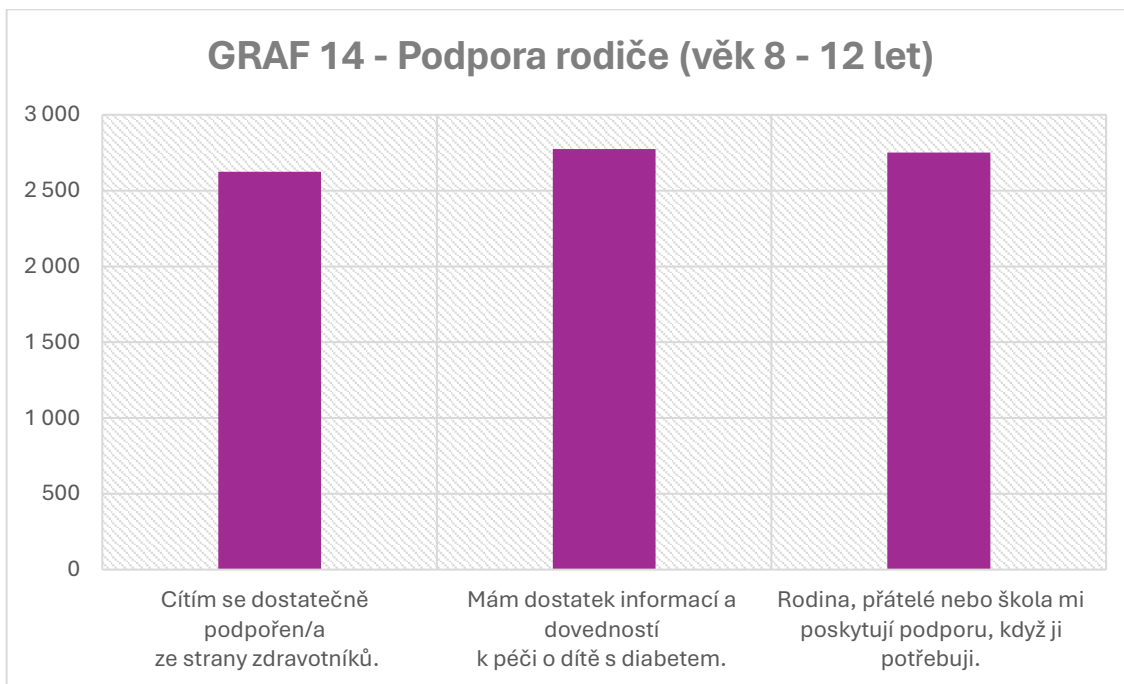
Myslíte si, že má vaše dítě dost kamarádů? (1 775 bodů), Diabetes někdy brání dítěti účastnit se běžných aktivit s vrstevníky (1 750 bodů), Mám obavy, že se moje dítě kvůli diabetu cítí vyčleněné (1 750 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 6 900 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 5 275 bodů (KŽ 76,45 %).

Oblast Podpora rodiče:

PROBLÉM	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	NEVÍM/NELZE ŘÍCT	SPÍŠE SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
Cítím se dostatečně podpořen/a ze strany zdravotníků.	0 (0.0 %)	1 (4.3 %)	2 (8.7 %)	16 (69.6 %)	4 (17.4 %)
Mám dostatek informací a dovedností k péči o dítě s diabetem.	1 (4.3 %)	4 (17.4 %)	1 (4.3 %)	14 (60.9 %)	3 (13.0 %)
Rodina, přátelé nebo škola mi poskytují podporu, když ji potřebuji.	0 (0.0 %)	1 (4.3 %)	2 (8.7 %)	18 (78.3 %)	2 (8.7 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Podpora rodiče v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

Cítím se dostatečně podpořen/a ze strany zdravotníků (1 725 bodů), Mám dostatek informací a dovedností k péči o dítě s diabetem (1 500 bodů), Rodina, přátelé nebo škola mi poskytují podporu, když ji potřebuji (1 675 bodů).

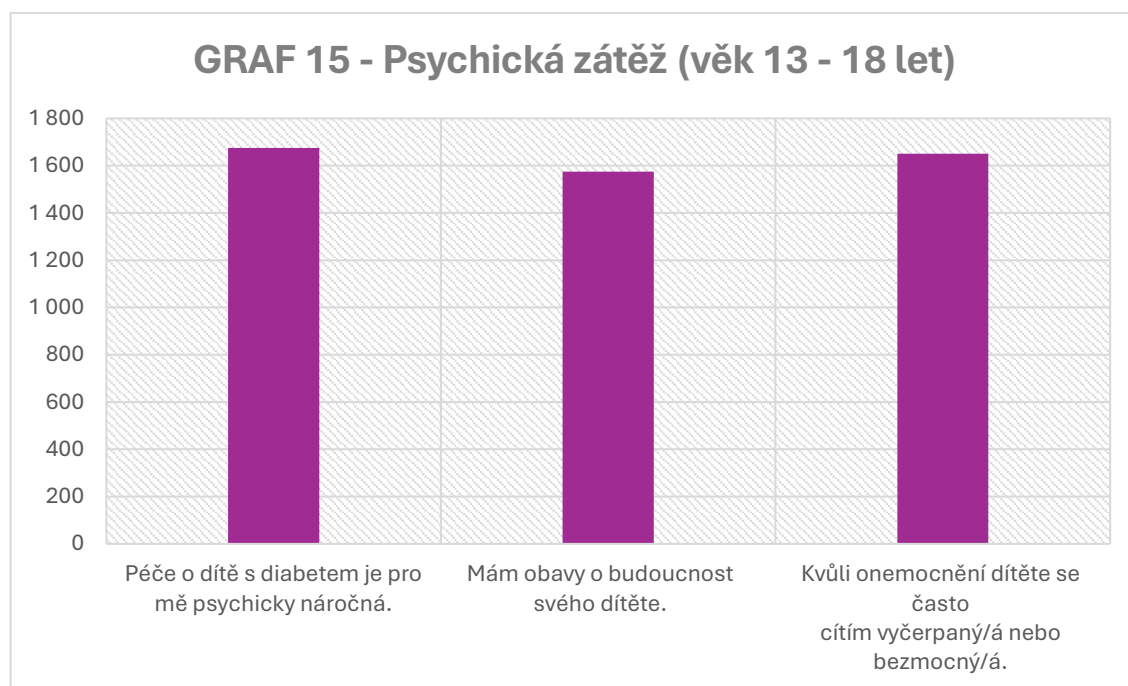
Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 6 900 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 4 900 bodů (KŽ 71,01 %).

4.4 Výsledky výpovědí zákonných zástupců dětí ve věku od 13 do 18 let v autorském dotazníku

Oblast Psychická zátěž:

PROBLÉM	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	NEVÍM	SPÍŠE SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
Péče o dítě s diabetem je pro mě psychicky náročná.	5 (13.1 %)	9 (23.7 %)	2 (5.2 %)	16 (42.1 %)	6 (15.8 %)
Mám obavy o budoucnost svého dítěte.	4 (10.5 %)	8 (21.1 %)	2 (5.2 %)	19 (50 %)	5 (13.1 %)
Kvůli onemocnění dítěte se často cítím vyčerpaný/á nebo bezmocný/á.	5 (13.1 %)	7 (18.4 %)	1 (2.6 %)	23 (60.5 %)	2 (5.2 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Psychická zátěž v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

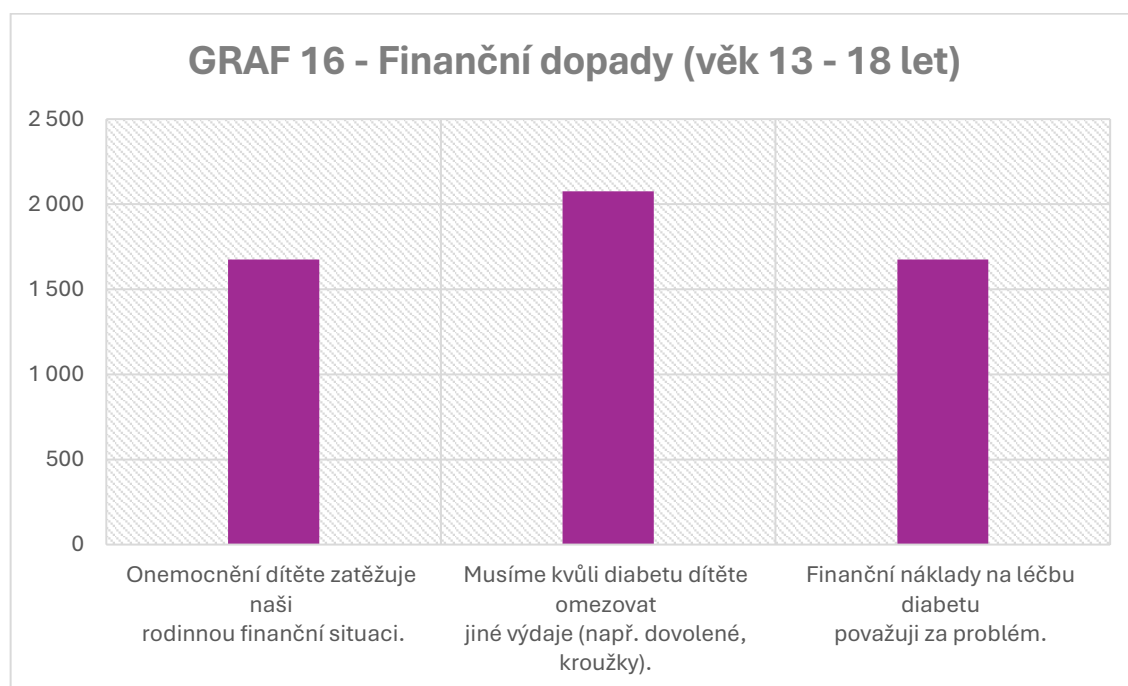
Péče o dítě s diabetem je pro mě psychicky náročná (1 675 bodů), Mám obavy o budoucnost svého dítěte (1 575 bodů), Kvůli onemocnění dítěte se často cítím vyčerpaný/á nebo bezmocný/á (1 650 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 11 400 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 4 900 bodů (KŽ 42,98 %).

Oblast Finanční dopady:

PROBLÉM	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	NEVÍM/NELZE ŘÍCT	SPÍŠE SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
Onemocnění dítěte zatěžuje naši rodinnou finanční situaci.	3 (7.9 %)	10 (26.3 %)	3 (7.9 %)	19 (50 %)	3 (7.9 %)
Musíme kvůli diabetu dítěte omezovat jiné výdaje (např. dovolené, kroužky).	7 (18.4 %)	13 (34.2 %)	0 (0.0 %)	16 (42.1 %)	2 (5.3 %)
Finanční náklady na léčbu diabetu považuji za problém.	2 (5.3 %)	12 (31.6 %)	3 (7.9 %)	17 (44.7 %)	4 (10.5 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Finanční dopady v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

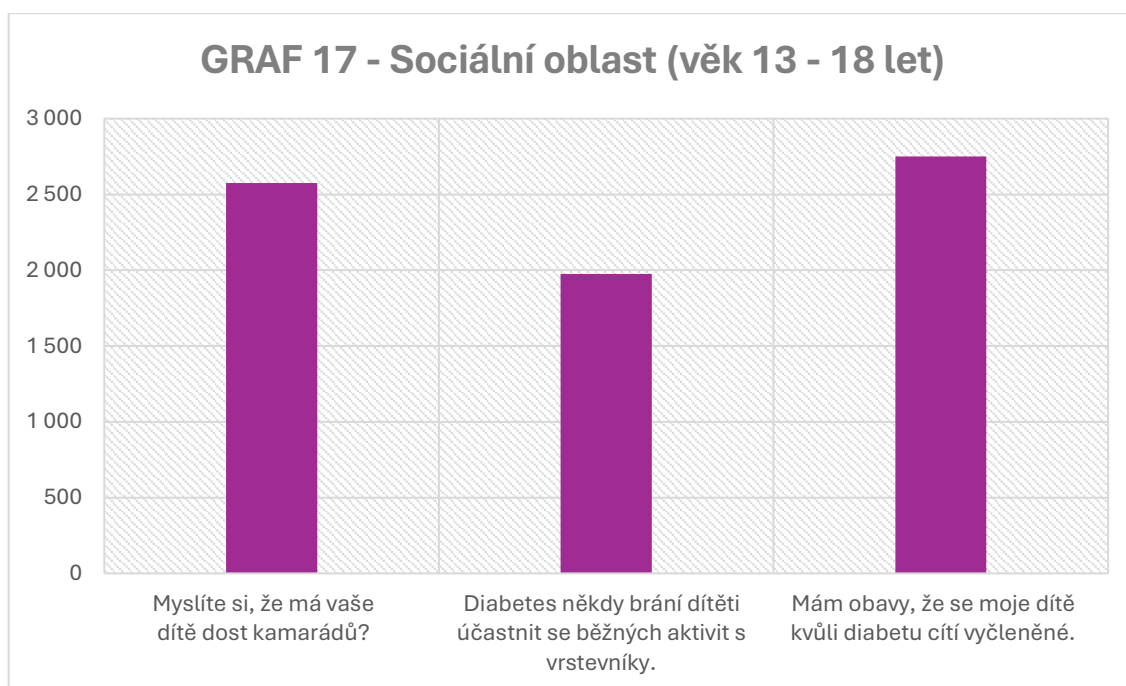
Onemocnění dítěte zatěžuje naši rodinnou finanční situaci (1 675 bodů), Musíme kvůli diabetu dítěte omezovat jiné výdaje (např. dovolené, kroužky) (2 075 bodů), Finanční náklady na léčbu diabetu považuji za problém (1 675 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 11 400 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 5 425 bodů (KŽ 47,58 %).

Sociální oblast:

PROBLÉM	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	NEVÍM/NELZE ŘÍCT	SPÍŠE SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
Myslíte si, že má vaše dítě dost kamarádů?	0 (0.0 %)	5 (13.2 %)	6 (15.8 %)	22 (57.9 %)	5 (13.2 %)
Diabetes někdy brání dítěti účastnit se běžných aktivit s vrstevníky.	9 (23.7 %)	6 (15.8 %)	7 (18.4 %)	11 (28.9 %)	5 (13.2 %)
Mám obavy, že se moje dítě kvůli diabetu cítí vyčleněné.	10 (26.3 %)	20 (52.6 %)	3 (7.9 %)	4 (10.5 %)	1 (2.6 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Finanční dopady v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

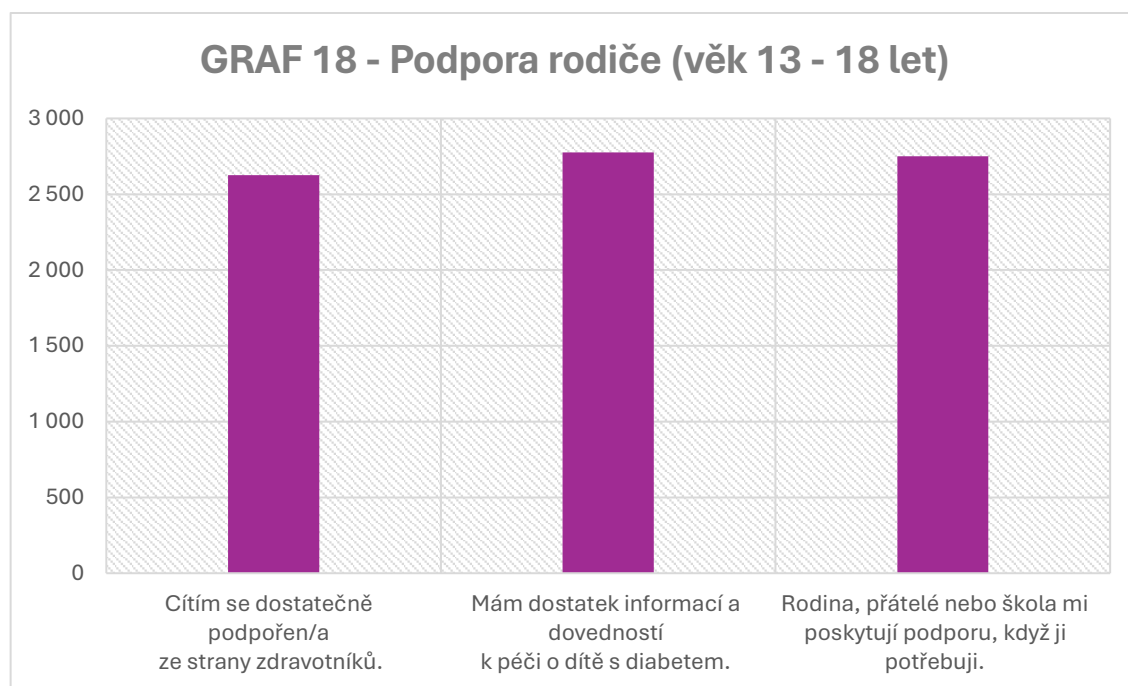
Myslíte si, že má vaše dítě dost kamarádů (2 575 bodů), Diabetes někdy brání dítěti účastnit se běžných aktivit s vrstevníky (1 975 bodů), Mám obavy, že se moje dítě kvůli diabetu cítí vyčleněné (2 750 bodů).

Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 11 400 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 7 300 bodů (KŽ 64,03 %).

Oblast Podpora rodiče:

PROBLÉM	ROZHODNĚ NESOUHLASÍM	SPÍŠE NESOUHLASÍM	NEVÍM/NELZE ŘÍCT	SPÍŠE SOUHLASÍM	ROZHODNĚ SOUHLASÍM
Cítím se dostatečně podpořen/a ze strany zdravotníků.	2 (5.3 %)	3 (7.9 %)	3 (7.9 %)	24 (63.2 %)	6 (15.8 %)
Mám dostatek informací a dovedností k péči o dítě s diabetem.	0 (0.0 %)	3 (7.9 %)	4 (10.5 %)	24 (63.2 %)	7 (18.4 %)
Rodina, přátelé nebo škola mi poskytují podporu, když ji potřebuji.	2 (5.3 %)	0 (0.0 %)	4 (10.5 %)	26 (68.4 %)	6 (15.8 %)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



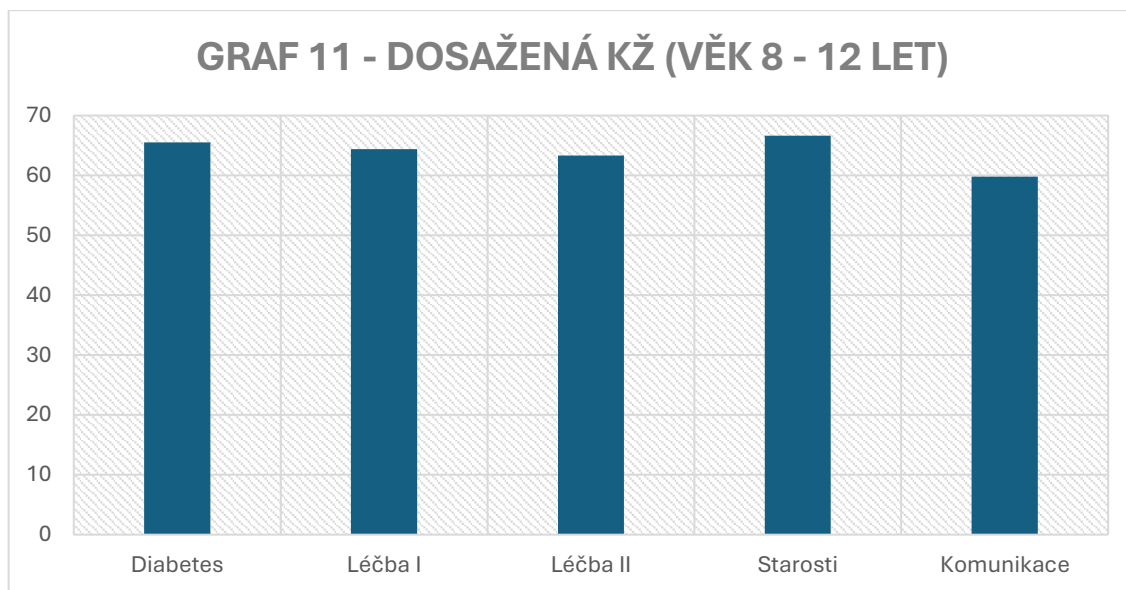
Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Bodové ohodnocení oblasti Podpora rodiče v rámci jednotlivých otázek zní následovně:

Cítím se dostatečně podpořen/a ze strany zdravotníků (2 625 bodů), Mám dostatek informací a dovedností k péči o dítě s diabetem (2 775 bodů), Rodina, přátelé nebo škola mi poskytují podporu, když ji potřebuji (2 750 bodů).

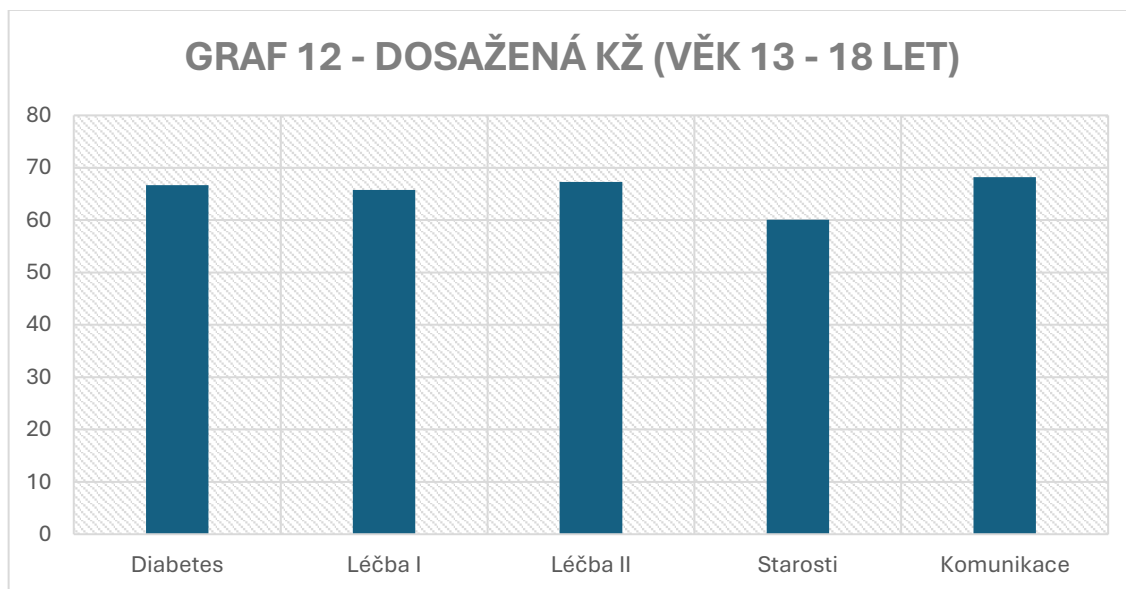
Za tuto oblast bylo celkově možné získat maximálně bodů 11 400 (KŽ 100 %), ovšem součtem jednotlivých bodů se reálně dostáváme na 8 150 bodů (KŽ 71,49 %).

4.5 Shrnutí hodnocení kvality života dětí s diabetem z pohledu zákonných zástupců podle věkových skupin a oblastí v PedsQL™



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

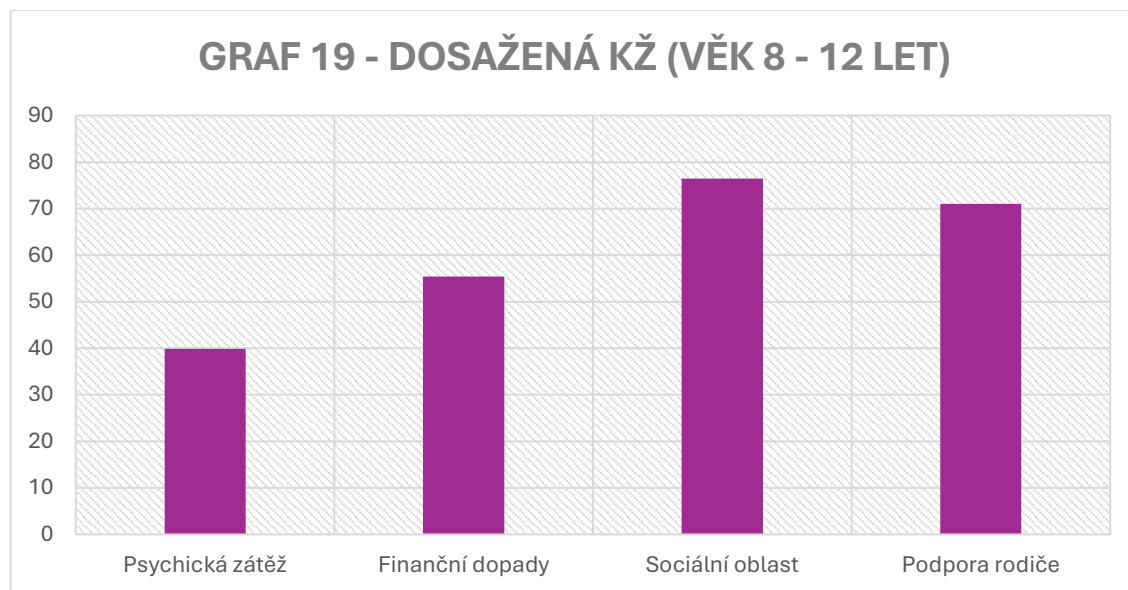
Dosažené hodnoty KŽ zní následovně: oblast Diabetes 65,51 %, Léčba I 64,40 %, Léčba II 63,35 %, Starosti 66,66 %, Komunikace 59,78 %.



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

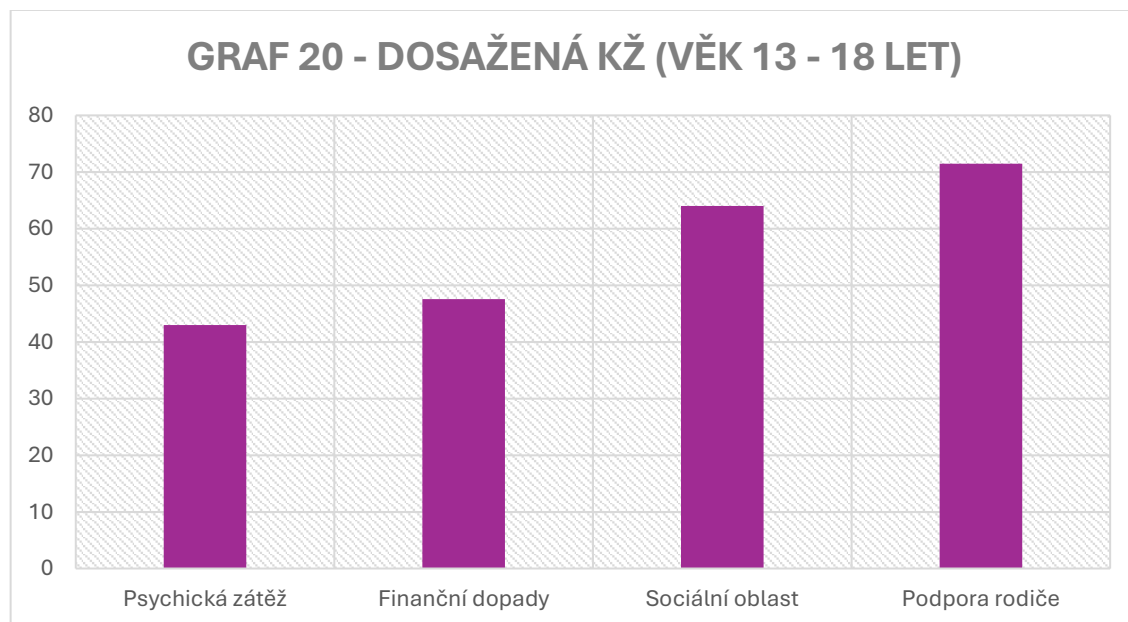
Dosažené hodnoty KŽ zní následovně: oblast Diabetes 66,66 %, Léčba I 65,78 %, Léčba II 67,29 %, Starosti 60,08 %, Komunikace 68,20 %

4.6 Shrnutí hodnocení kvality života dětí s diabetem z pohledu zákonných zástupců podle věkových skupin a oblastí v autorském dotazníku



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Dosažené hodnoty KŽ zní následovně: oblast Psychická zátěž 39,85 %, Finanční dopady 55,43 %, Sociální oblast 76,45 %, Podpora rodiče 77,01 %.



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Dosažené hodnoty KŽ zní následovně: oblast Psychická zátěž 42,98 %, Finanční dopady 47,58 %, Sociální oblast 64,03 %, Podpora rodiče 71,49 %.

4.7 Výsledky a cíl

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit úroveň KŽ zákonných zástupců dětí a dospívajících s diabetem mellitem. Tento cíl se podařilo naplnit prostřednictvím dotazníkového šetření (PedsQL™ i autorského dotazníku), jehož výsledky ukazují, že celková KŽ rodičů dětí ve věku 8 až 12 let dosahuje 62,67 %, zatímco u dospívajících ve věku 13 až 18 let činí 61,56 %. Rozdíl mezi věkovými kategoriemi je 1,11 %.

4.8 Výsledky a výzkumná otázka č. 1

Na výzkumnou otázku „Jaké faktory vnímají rodiče dětí s diabetem mellitem jako ovlivňující?“ lze na základě výsledků dotazníkového šetření odpovědět následovně:

Dotazníky zkoumaly celkem devět oblastí, které mohou ovlivňovat KŽ dítěte s diabetem i jeho zákonných zástupců. Z výsledků vyplývá, že rodiče za nejvýznamnější ovlivňující faktory považují především psychickou zátěž, a to v obou sledovaných věkových kategoriích. Následují finanční dopady, které byly rovněž hodnoceny jako podstatný faktor u obou skupin. Specificky pro mladší děti ve věku 8 až 12 let pak rodiče vnímají jako výrazně ovlivňující také oblast komunikace.

Podporu těchto zjištění poskytují následující hodnoty všech oblastí od nejnižší úrovně KŽ po nejvyšší.

KŽ 39,85 % → Psychická zátěž
(8-12 let)

KŽ 42,98 % → Psychická zátěž
(13-18 let)

KŽ 47,58 % → Finanční dopady
(13-18 let)

KŽ 55,43 % → Finanční dopady
(8-12 let)

KŽ 59,78 % → Komunikace
(8-12 let)

KŽ 60,08 % → Starosti (13-18 let)

KŽ 63,35 % → Léčba II (8-12 let)

KŽ 64,03 % → Sociální oblast
(13-18 let)

KŽ 64,40 % → Léčba I (8-12 let)

KŽ 65,51 % → Diabetes (8-12 let)

KŽ 65,78 % → Léčba I (13-18 let)

KŽ 66,66 % → Starosti (8-12 let)

KŽ 66,66 % → Diabetes (13–18 let)

KŽ 67,29 % → Léčba II (13-18 let)

KŽ 68,20 % → Komunikace
(13-18 let)

KŽ 76,45 % → Sociální oblast
(8-12 let)

KŽ 71,49 % → Podpora rodiče
(13-18 let)

KŽ 77,01 % → Podpora rodiče
(8-12 let)

4.9 Výsledky a výzkumná otázka č. 2

Na výzkumnou otázku „Jak děti s diabetem mellitem ovlivňují psychické zdraví svých zákonných zástupců?“ lze na základě výsledků dotazníkového šetření odpovědět následovně:

Přítomnost diabetu má významný dopad na psychické zdraví zákonných zástupců. Oblast psychické zátěže dosáhla ve všech věkových kategoriích nejnižších hodnot v rámci hodnocení KŽ. Rodiče uváděli například zvýšený pocit vyčerpání, obavy o zdraví dítěte nebo nejistotu spojenou s budoucností. Výsledky dále ukazují, že psychická zátěž je ještě výraznější u rodičů dětí ve věku od 8 až 12 let (39,85 %) než u rodičů dospívajících (42,98 %). Naopak oblast vnímané podpory vykazuje velmi vysoké hodnoty KŽ, což pozitivně ovlivňuje psychickou odolnost.

Z důvodu větší přehlednosti byla míra psychické zátěže a podpory analyzována odděleně pro obě věkové kategorie:

8–12 let

13-18 let

Psychická zátěž: KŽ 39,85 %

Psychická zátěž: KŽ 42,98 %

Starosti: KŽ 66,66 %

Starosti: KŽ 60,08 %

Podpora rodiče: KŽ 77,01 %

Podpora rodiče: KŽ 71,49 %

4.10 Výsledky a výzkumná otázka č. 3

Na výzkumnou otázku „Jak děti s diabetem mellitem ovlivňují finanční situaci svých zákonných zástupců?“ lze na základě výsledků dotazníkového šetření odpovědět následovně:

Výsledky výzkumu ukazují, že diabetes u dítěte má dopad také na finanční situaci rodiny. Oblast finančních dopadů patřila mezi nejnižše hodnocené složky KŽ a byla rodiči označována jako významná zátěž. Nejvíce byla zátěž vnímána u rodičů dospívajících

ve věku 13 až 18 let, kde hodnota dosáhla 47,58 %, zatímco u rodičů dětí ve věku 8 až 12 let byla 55,43 %.

Pro přehlednost je uvedeno srovnání obou věkových kategorií:

8-12 let

13-18 let

Finanční dopady: KŽ 55,43 %

Finanční dopady: KŽ 47,58 %

4.11 Výsledky a hypotézy

Hypotézy této práce byly utvářeny přirozeně z mého vlastního zájmu porozumět tomu, jak rodiče dětí s diabetem mellitem vnímají jejich KŽ. Zajímalo mě, zda věk dítěte nebo jeho sociální vztahy mohou ovlivnit to, jak rodiče tuto KŽ posuzují.

V této bakalářské práci byly formulovány následující hypotézy:

- H0: Věk dětí s diabetem mellitem má vliv na nahlížení kvality života pohledem zákonných zástupců.
- H1: Sociální vztahy dítěte s diabetem mají vliv na nahlížení kvality života pohledem zákonných zástupců.

Pro ověření platnosti hypotéz byly využity následující statistické testy:

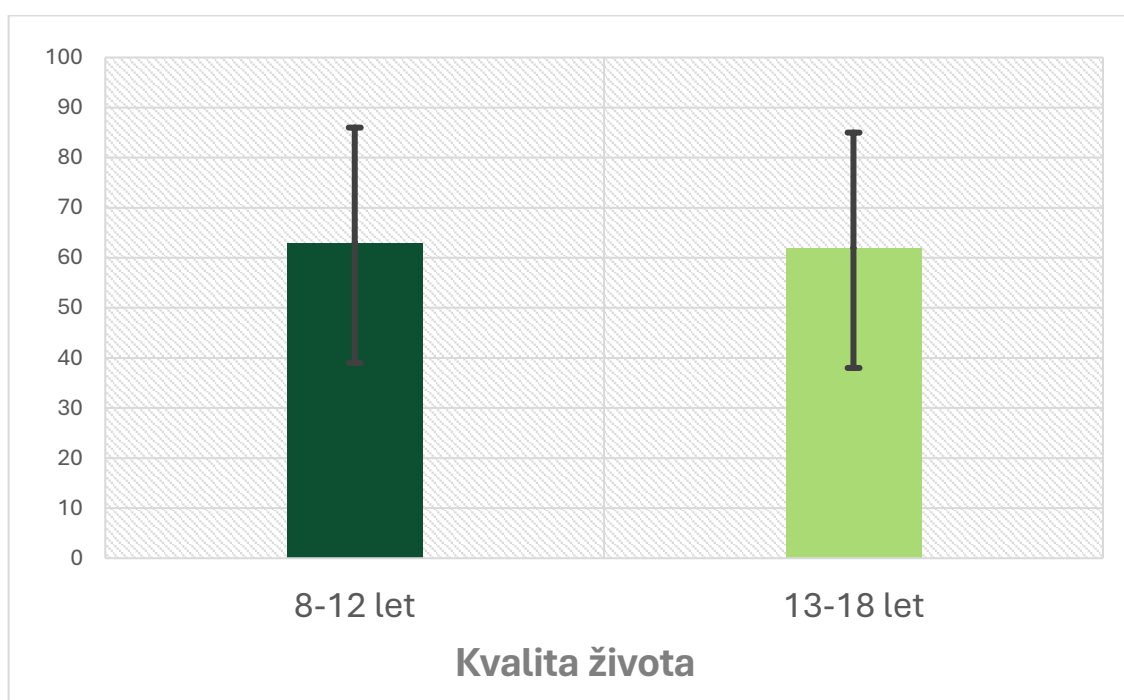
K hypotéze H0 byl použit dvouvýběrový t-test (nepárový), který porovnal průměrná skóre KŽ u rodičů dětí ve věku 8-12 let (počet = 23, průměr = 63 %, sm. odchylka = 23) a u rodičů dětí ve věku 13-18 let (počet = 28, průměr = 62 %, sm. odchylka = 24).

Výsledkem testu byla p-hodnota = 0,8581, což je výrazně vyšší než stanovená hladina statistické významnosti $\alpha = 0,05$.

P-hodnota (pravděpodobnostní hodnota) ukazuje, jak pravděpodobné je, že zjištěný rozdíl mezi skupinami vznikl náhodou. Pokud je $p \leq 0,05$, rozdíl je považován za statisticky významný, tedy velmi pravděpodobně nevznikl náhodně. Pokud je $p > 0,05$, rozdíl mezi skupinami může být způsoben náhodou, a tedy není považován za významný.

Průměrné skóre kvality života u zákonných zástupců podle věku dítěte s diabetem					
Dimenze	Věková kategorie	Počet	Skóre		T-test
			Průměr	Sm. Odchylka	p
Kvalita života	8-12 let	23	63	23	0,8581
	13-18 let	38	62	24	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

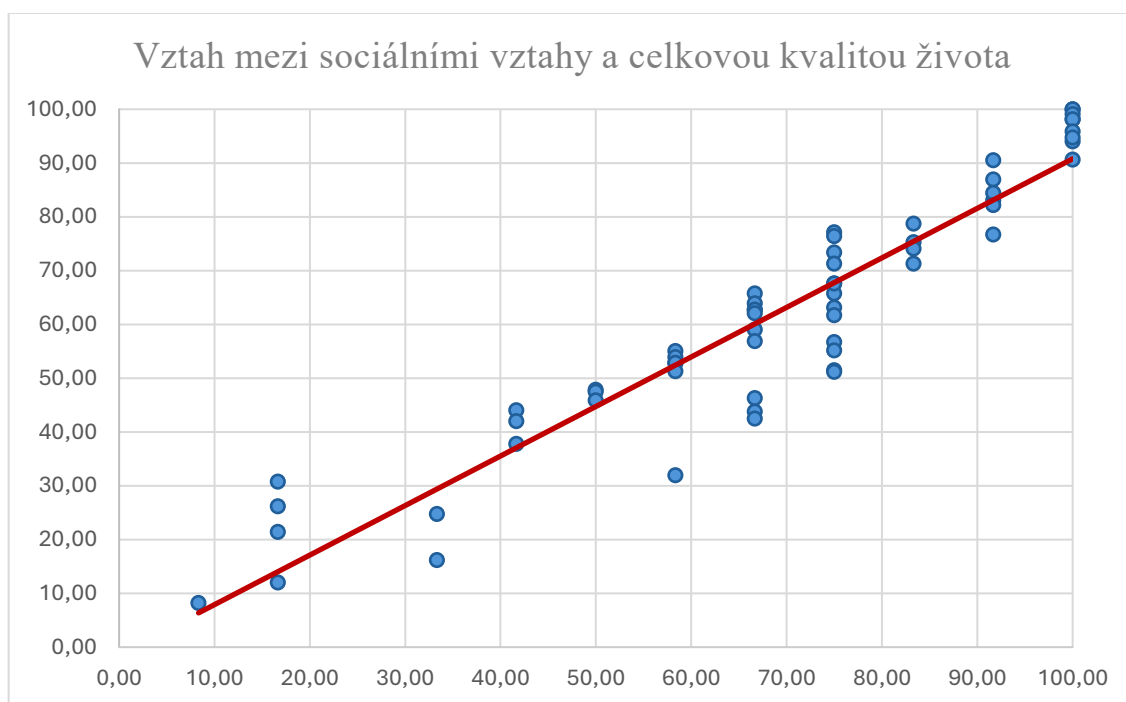
V tomto případě, protože $p = 0,8581 > 0,05$, nelze považovat rozdíl mezi skupinami za statisticky významný. Jinými slovy, nezjistil se žádný prokazatelný vliv věku dítěte na vnímání KŽ jeho zákonným zástupcem.

→ Na základě tohoto výsledku tedy nelze H_0 potvrdit.

K hypotéze H_1 byl použit Pearsonův korelační koeficient, který slouží ke zjištění síly a směru vztahu mezi dvěma číselnými proměnnými. V tomto případě mezi vnímanou kvalitou sociálních vztahů dítěte s diabetem a celkovou KŽ, jak ji hodnotí zákonní zástupci.

Souvislost mezi sociálními vztahy a kvalitou života z pohledu zákonných zástupců		
Proměnné	Pearsonův korelační koeficient (r)	p-hodnota
Sociální vztahy x Celková kvalita života	0,94	< 0,001

Zdroj: Vlastní výzkum, 2025



Zdroj: Vlastní výzkum, 2025

Výsledný korelační koeficient $r = 0,94$ značí velmi silnou pozitivní korelaci, tedy že čím lepší je pohled rodičů na sociální vztahy dítěte (například má více kamarádů, necítí se vyčleněné), tím vyšší je celková KŽ zákonných zástupců. Hodnota $p > 0,001$ ukazuje, že tato souvislost je statisticky vysoce významná.

→ Na základě těchto údajů lze H1 potvrdit.

Při pohledu na průměrné skóre KŽ bez ohledu na výsledky testů lze konstatovat následující:

H0 nebyla potvrzena. U rodičů dětí s diabetem věkové kategorie 8 až 12 let dosahuje KŽ 62,67 % zatímco kategorie 13 až 18 let má KŽ v této oblasti 61,56 %. Z těchto údajů tedy vyplývá, že rodiče dětí ve věku 8-12 let hodnotí KŽ svých dětí o něco výše než rodiče dospívajících, nicméně rozdíl je velmi malý.

H1 byla potvrzena. Celkové průměrné skóre KŽ v sociální oblasti činí 68,72 %. To ukazuje, že rodiče vnímají sociální stránku života svého dítěte s diabetem převážně pozitivně.

5 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak zákonní zástupci dětí s diabetem vnímají jejich KŽ. K získání dat byly využity dva nástroje, validizovaný dotazník PedsQL™ 3.0 Diabetes Module a autorský dotazník vytvořený speciálně pro potřeby tohoto výzkumu. Byla zjištěna celková KŽ dětí s diabetem mellitem z pohledu jejich zákonných zástupců, a to ve věkové kategorii 8–12 let na úrovni 62,67 %, zatímco ve věkové kategorii 13–18 let dosáhla 61,56 %. Rozdíl mezi oběma skupinami tak činí 1,11 %. Tento výsledek mě překvapil, neboť jsem si myslela, že s rostoucím věkem dítěte a s délkou trvání péče se KŽ rodičů zlepší. V psychické oblasti byla u rodičů v obou věkových kategoriích patrná výrazná zátěž a zahlcení, což odpovídalo mému očekávání. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že většina z nich vnímá KŽ svého dítěte jako relativně dobrou, přestože péče o dítě s diabetem představuje každodenní zátěž. Zajímavým zjištěním pro mě bylo, že i když se mnozí zákonní zástupci cítí někdy přetížení, vnímají podporu ze strany rodiny a zdravotnických pracovníků jako klíčovou. Výsledky této práce rovněž ukázaly, že rodiče vnímají jako největší výzvu nutnost neustálého dohledu nad dítětem. Myslím si, že jedním z hlavních omezení výzkumu byl relativně malý výzkumný soubor, celkem bylo získáno 61 dotazníků, což omezuje možnosti hlubšího zpracování. Dalším limitem mohl být nepoměr respondentů mezi věkovými skupinami dětí, přičemž skupina 8–12 let byla zastoupena v menší míře. Výzkum navíc nepracoval s dalšími důležitými údaji, jako je délka trvání onemocnění nebo věk rodičů, které by mohly významně ovlivnit vnímání KŽ. Odpovědi mohly být ovlivněny aktuálním psychickým rozpoložením, únavou, osobní zkušeností s onemocněním nebo snahou prezentovat situaci v příznivějším světle. Určitým limitem mohl být i způsob sběru dat, jelikož byly dotazníky distribuovány mimo zdravotnická zařízení. Autorský dotazník navíc kladl důraz především na stresové podněty, čímž se výzkum mohl neúmyslně více zaměřit na negativní aspekty rodičovské zkušenosti a méně na oblasti zvládání a odolnosti.

Pro porovnání výsledků s jinými studiemi je podle mě vhodné zmínit diplomovou práci Kateřiny Křepelové z roku 2019. Celkové skóre KŽ rodičů bylo stanoveno na 65 % (Křepelová, 2019). Tuto odchylku od výsledků může vysvětlovat více faktorů, především doba a místo, kde se výzkum odehrával, ale také menší počet respondentů či kombinace různých dotazníků PedsQL™ (verze 2.0, 3.0 a 4.0).

Z mého pohledu za zmínku stojí bakalářská práce Ludmily Kučerové z roku 2023, která se zaměřila na porovnání KŽ s DM1 a jejich rodičů. Výsledky této studie byly obecně nižší než v této práci, a to zejména v oblasti starostí, kde uvádí skóre pouhých 38,09 % (Kučerová, 2023). Tento údaj mě osobně překvapil. Rozdíly v dosažených výsledcích mohly být způsobeny několika faktory, kromě času a místa sběru dat hraje roli i použitá metodologie. Kučerová Ludmila aplikovala kombinovaný výzkumný přístup, což ji mohlo umožnit analýzu problematiky do větší hloubky.

Zajímavé poznatky pro porovnání přináší rovněž výzkum Lucie Sikorové z roku 2016, který byl realizován v Ostravě v ambulancích Moravskoslezského kraje a zaměřoval se na KŽ rodičů dětí s chronickým onemocněním, včetně diabetu mellitu. Metodologicky tento výzkum vycházel z dotazníku PedsQL™ verze 2.0 a zahrnoval větší soubor respondentů. Výsledky této studie ukázaly, že KŽ dětí s diabetem pohledem rodičů je 60,21 % (Sikorová, 2016). I přes to, že tato studie obsahuje 288 respondentů, je toto zjištění v souladu s výsledky mého výzkumu, který rovněž potvrdil vysokou míru psychické zátěže u rodičů.

Dále mě zaujal výzkum Quality of Life and Psychological Burden of Parents of Children, Adolescents, and Young Adults with Type 1 Diabetes: A Cross-Sectional Study during the Lockdown Period of COVID-19 (Kvalita života a psychická zátěž rodičů dětí, dospívajících a mladých dospělých s diabetem 1. typu: Průřezová studie v období lockdownu během pandemie COVID-19) ve městě Heraklion v Řecku. Studie je z roku 2022 (Rikos et al., 2022). Autoři tohoto výzkumu upozorňují, že COVID-19 mohl ještě zesílit běžnou zátěž spojenou s péčí o dítě s DM1. V této studii byly použity dva nástroje měření, a to Parent Diabetes Distress Scale (měření stresu rodičů) a Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (hodnocení úzkosti). Samotná data v tomto výzkumu byla sbírána online přes sociální sítě a weby diabetických organizací. Výzkumu se dohromady zúčastnilo 110 rodičů. Autoři tedy nepoužívali PedsQL™ dotazníky a průměrné skóre distresu rodičů bylo 2.42 z 5, tedy střední úroveň zátěže. Největší distres této studie byl zaznamenán v oblasti každodenní péče a organizace léčby se skóre 3,02. Naopak nejméně stresující oblastí výzkumu byla důvěra ve zdravotnický personál. Výzkum rovněž potvrzuje, že rodičovská úzkost je významným prediktorem nižší KŽ. Ve studii bylo 70,9 % rodičů, kteří měli vysokou situační úzkost a 65,5 % trvalou úzkost.

Chci porovnat také maďarskou studii s názvem Health-Related Quality of Life of Youths with Type 1 Diabetes: Reliability and Validity of the Hungarian Version of the PedsQL

3.0 Diabetes Module (Zdravotně podmíněná kvalita života mladistvých s diabetem 1. typu: Spolehlivost a validita maďarské verze dotazníku PedsQL 3.0 Diabetes Module) z roku 2012. Tato studie měla 355 dětských respondentů a 294 rodičů. Byly použity dva dotazníky, PedsQL™ 3.0 Diabetes Module (specifický pro diabetes) a (PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales) (Lukács et al., 2012). Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že rodiče často podceňovali KŽ svých dětí ve srovnání s tím, jak ji vnímaly samotné děti. Autoři přesně udávají skóre KŽ 68,91 % a nejnižší hodnoty byly zaznamenány v doménách léčebných bariér a obav. Tato hodnota se mírně odlišuje od výsledků prezentovaných v této práci, kde KŽ dětí s diabetem byla rodiči hodnocena v průměru 62,67 % (8-12 let) a 61,56 % (13-18 let). Rozdílnost výsledků mohla souviset s vyšším počtem respondentů, zaměřením primárně na ověření nástroje a kulturními a systémovými odlišnostmi. Dalším omezením mohl být fakt, že respondenti byli rekrutováni z různých regionů Maďarska a zúčastnili se také letních táborů zaměřených na diabetes. V neposlední řadě je nutné zohlednit místo a čas studie.

Srovnání lze provést také s bakalářskou prací Mariky Mikolášové z roku 2025, která se rovněž věnovala KŽ dětí s DM1. Autorka využila dotazník PedsQL™ 3.0 Diabetes Module a dotazníky distribuovala tištěnou formou v Nemocnici v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor tvořilo 66 respondentů. Výsledky ukázaly, že nejnižší průměrné skóre bylo dosaženo u obou věkových kategorií (65,05 % u dětí ve věku 8-12 let a 61,22 % u mladistvých ve věku 13-18 let) v oblasti Léčba I (Mikolášová, 2025). Celkové průměrné skóre KŽ ve výzkumu od Mikolášové (2025) činilo 70,27 % (věk 8-12 let) a 67,67 % (věk 13-18 let). Tyto hodnoty jsou vyšší než celkové skóre zjištěné v této práci, kde zákonní zástupci hodnotili KŽ svých dětí v průměru 62,67 % (věk 8-12 let) a 61,56 % (věk 13-18 let). Rozdíl může být způsoben odlišným složením výzkumných souborů, formou sběru dat, ale také vnímáním podpory a přístupu k léčbě v jednotlivých rodinách. Je však zajímavé, že nejnižší hodnoty ve výzkumu této práce mají oblasti starosti a komunikace, což se liší od práce Mikolášové (2025).

Posledním mezinárodním srovnáním může být studie AlSaleh et al. (2025) z Bahrajnu, která hodnotila KŽ dětí a adolescentů DM1 pomocí verze dotazníku PedsQL™ 3.2 specificky pro diabetes. Do výzkumu bylo zapojeno 182 mladých respondentů a jejich zákonných zástupců (AlSaleh et al., 2025). Průměrná hodnota KŽ dosáhla 65,7 %. Tento výsledek je vyšší než průměrné skóre zjištěné v této práci. Rozdíl může být způsoben odlišnou metodikou výzkumu, kulturním a sociálně-ekonomickým kontextem nebo

rozdílnou mírou dostupné podpory v rodinách. Přesto studie potvrzuje, že celkové skóre KŽ u dětí s diabetem zůstává v podobném rozmezí (cca 60-70 %), jak uvádí i ostatní porovnávané výzkumy.

Závěr

Tato bakalářská práce se věnuje problematice KŽ rodičů dětí s diabetem mellitem. Pozornost je zaměřena na rodiče dětí ve věku od 8 do 18 let, kteří se s diabetem u svého dítěte potýkají v každodenním životě. DM1 je celoživotní autoimunitní onemocnění, které výrazně ovlivňuje nejen život dítěte, ale i jeho nejbližšího okolí. S rostoucí incidencí tohoto onemocnění přibývá i rodin, které se s tímto typem chronické zátěže musejí vyrovnávat.

V literární rešerši práce je vymezena problematika diabetu mellitu, popsány jeho projevy, léčba, komplikace a specifika u dětské populace. Dále je pozornost věnována konceptu KŽ a jejímu hodnocení, včetně nástrojů, které se pro tuto oblast používají nejčastěji. Součástí literární rešerše je také nastínění role zákonných zástupců v péči o dítě s diabetem, a psychických dopadů, které toto onemocnění mohou doprovázet.

Praktická část je zaměřena na cíl práce, kterým je zjistit, jaká je KŽ dětí s diabetem mellitem pohledem zákonných zástupců. K výzkumu byl využit validizovaný nástroj PedsQL™ 3.0 Diabetes Module a doplňkový autorský dotazník. Výsledky ukázaly, že celkové skóre KŽ u rodičů dětí ve věku 8-12 let bylo 62,67 % a u rodičů dětí ve věku 13-18 let 61,56 %. Nejnižších hodnot je dosaženo zejména v oblasti psychické zátěže a obav o zdraví dítěte.

Z již zmíněných výsledků vyplývá, že rodiče jsou dlouhodobě vystaveni stresu, emočnímu napětí a každodennímu tlaku spojenému s řízením diabetu.

Prekvapilo mě, že mezi jednotlivými věkovými kategoriemi dětí není rozdíl v hodnocení KŽ jejich rodičů, jak jsem původně očekávala. Výsledky podle mého názoru odrážejí skutečnost, že DM1 je pro rodiče celoživotní zátěží, která se sice v čase mění, ale zůstává přítomná ve všech oblastech rodinného fungování. Z pohledu praxe považuji tuto práci za přínosnou především proto, že podle mě upozorňuje na často přehlížený aspekt péče a tím je dopad onemocnění na rodiče.

Bibliografie

1. AlSaleh, A., Ahmed, J., Alsenani, I., Alhousni, W., AalAbdulsalam, R., & Alshammasi, M. T. (2025). Assessment of quality of life of children and adolescents with type 1 diabetes in Bahrain using PedsQL 3.2 Diabetes Module. *Journal of Clinical Medicine*, 14(7), Article 2216. <https://doi.org/10.3390/jcm14072216>
2. Bendová, M. (2008). Kvalita života dětí s onemocněním diabetes mellitus 1. typu [Bakalářská práce]. Univerzita Karlova v Praze.
3. Boney, C. M., Verma, A., Tucker, R., & Vohr, B. R. (2005). Metabolic syndrome in childhood: Association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics*, 115(3), e290–e296. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1808>
4. Brink, S. J., Lee, W. R. W., Pillay, K., & Kleinbreil, L. (2011). Diabetes in children and adolescents: Basic training manual for healthcare professionals in developing countries (2nd ed.). International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). Retrieved 2025-04-11, from https://lifeforachild.org/wpcontent/uploads/2022/05/CDiC_Manual_ENGLISH_0-1.pdf
5. Brož, J., & Urbanová, J. (2022). Začínáme s inzulínem. Sanofi.
6. Brož, J. (2021). Diagnostikujeme jednotlivé typy diabetu správně?. *Florence*, (3), 3. Retrieved 2025-04-03, from <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/3/>
7. Brož, J., Piřhová, P., & Janíčková Žďárská, D. (2016). Syndrom porušeného vnímání hypoglykémie u diabetes mellitus. *Vnitřní lékařství*, 62(7–8), 547–550.
8. Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., ... & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(11), 2065–2079. <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>
9. Costa, V., Pereira, B., Patton, S. R., & Brandão, T. (2024). Parental psychosocial variables and glycemic control in T1D pediatric age: A systematic review. *Current Diabetes Reports*, 25(1), article 11. <https://doi.org/10.1007/s11892-024-01566-y>
10. Cveticanin, L., & Arsenovic, M. (2025). Prediction models for diabetes in children and adolescents: A review. *Applied Sciences*, 15(6), Article 2906. DOI:10.3390/app15062906
11. Česká diabetologická společnost. (n.d.). O nás. Retrieved 2025-07-04, from <https://www.diab.cz/organizace-a-clenstvi/o-nas/>

12. Česká správa sociálního zabezpečení. (n.d.). Ošetrovné. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.cssz.cz/osetrovne>
13. Derňarová, L., Cápayová, S., & Zeleníková, R. (2021). Potřeby dítěte s diabetes mellitus. Grada Publishing.
14. Eiser, C., & Varni, J. W. (2013). Health-related quality of life and symptom reporting: Similarities and differences between children and their parents. *European Journal of Pediatrics*, 172(10), 1299–1304. <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2049-9>
15. Fajans, S. S., Bell, G. I., & Polonsky, K. S. (2001). Molecular mechanisms and clinical pathophysiology of maturity-onset diabetes of the young. *New England Journal of Medicine*, 345(13), 971–980. <https://doi.org/10.1056/NEJMra002168>
16. Flannery, H., Glew, S., Brewster, A., & Christie, D. (2017). Measuring outcomes of psychological well-being within paediatric health settings. *Healthcare*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.3390/healthcare6010001>
17. International Diabetes Federation. (n.d.). What is diabetes? Retrieved 2025-04-03, from <https://idf.org/about-diabetes/what-is-diabetes/>
18. Kohout, P. (2024). Klinická výživa. Galén.
19. Křepelová, K. (2019). Faktory ovlivňující kvalitu života u pacientů s juvenilním diabetem mellitem 1. typu [Diplomová práce]. Vysoká škola ekonomická v Praze.
20. Kučerová, L. (2023). Diabetes mellitus 1. typu u dětí a jeho vliv na kvalitu života [Bakalářská práce]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
21. Lebl, J., Průhová, Š., Šumník, Z., & kol (2018). Abeceda diabetu (5. rozšířené a přepracované vydání). Maxdorf.
22. Lukács, A., Varga, B., Barótfi, S., Kiss-Tóth, E., & Barkai, L. (2012). Health-Related Quality of Life of Youths with Type 1 Diabetes: Reliability and Validity of the Hungarian Version of the PedsQL 3.0 Diabetes Module. *Journal of Diabetes and Metabolism*, 3(4), DOI: 10.4172/2155-6156.1000191.
23. Mareš, J., & Kebza, V. (Eds.). (2024). Psychologie zdraví. Grada publishing.
24. Matoušek, O., Kodýmová, P., & Kolářková, J. (2010). Sociální práce v praxi (2., aktualiz. vyd.). Portál.
25. Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: A review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in Health*, 7(1), 79–92. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2004.71273.x>

26. McClellan, C. B., & Cohen, L. L. (2007). Family functioning in children with chronic illness compared with healthy controls: A critical review. *The Journal of Pediatrics*, 150(3), 221–223.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.11.063>
27. Mikolášová, M. (2025). Kvalita života s diabetem mellitem [Bakalářská práce]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
28. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2019). Sociální práce a sociální poradenství (Sešit sociální práce, č. 7). MPSV.
29. Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2024). Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
30. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). Příspěvek na péči. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.mpsv.cz/prispevek-na-peci>
31. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). Příspěvek na bydlení. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.mpsv.cz/prispevek-na-bydleni>
32. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). Doplatek na bydlení. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.mpsv.cz/doplatek-na-bydleni>
33. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). Přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.mpsv.cz/priznani-prukazu-ozp>
34. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). Příspěvek na živobytí. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.mpsv.cz/prispevek-na-zivobyti>
35. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). Státní sociální podpora. Retrieved 2025-07-09, from <https://www.mpsv.cz/statni-socialni-podpora>
36. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). Pomoc v hmotné nouzi. Retrieved 2025-07-09, from <https://www.mpsv.cz/pomoc-v-hmotne-nouzi>
37. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (n.d.). Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.
38. Nemcová, J., & Hlinková, E. (2024). Diabetes mellitus. Management ošetrovateľskej péče. Grada Publishing.
39. Neumann, D. (2017). Péče o dítě s diabetem krok za krokem. Mladá fronta.
40. Olišárová, V., Dolák, F., & Tóthová, V. (2013). Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt*, 15(1), 14–20. DOI: 10.32725/kont.2013.003
41. Patterson, C. C., Harjutsalo, V., Rosenbauer, J., Neu, A., Cinek, O., Skrivarhaug, T., ... & Green, A. (2018). Trends and cyclical variation in the incidence of childhood type 1 diabetes in 26 European centres in the 25-year period 1989–2013: A

- multicentre prospective registration study. *Diabetologia*, 62(3), 408–417. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4763-3>
42. Pieralice, S., & Pozzilli, P. (2018). Latent autoimmune diabetes in adults: A review on clinical implications and management. *Diabetes & Metabolism Journal*, 42(6), 451–464. <https://doi.org/10.4093/dmj.2018.0190>
 43. Pinhas-Hamiel, O., & Zeitler, P. (2023). Type 2 diabetes in children and adolescents – a focus on diagnosis and treatment. In K. R. Feingold, B. Anawalt, M. R. Blackman, A. Boyce, G. Chrousos, K. Dungan, ... D. P. Wilson (Eds.), *Endotext*. MDText.com. Retrieved 2025-04-15, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597439/>
 44. Polák, P., Pomahačová, R., Fiklík, K., Paterová, P., & Sýkora, J. (2024). Současné možnosti léčby diabetu mellitu 1. typu v dětském věku. *Pediatric pro praxi*, 25(3), 161–164. <https://doi.org/10.36290/ped.2024.033>
 45. Polonsky, W. H., & Fortmann, A. L. (2021). Impact of real-time continuous glucose monitoring data sharing on quality of life and health outcomes in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 23(3), 195-202 <https://doi.org/10.1089/dia.2020.0466>
 46. Průhová, Š. (2009). Monogenní formy diabetes mellitus u dětí a dospívajících. *Postgraduální medicína*, 11(4), 247-250. Retrieved 2025-04-06, from <https://www.postgradmed.cz>
 47. Psottová, J. (2019). *Praktický průvodce cukrovkou: srozumitelná příručka pro nemocné a jejich blízké*. Maxdorf.
 48. Pulgaron, E. R., & Delamater, A. M. (2014). Obesity and type 2 diabetes in children: Epidemiology and treatment. *Current Diabetes Reports*, 14(8), 508. <https://doi.org/10.1007/s11892-014-0508-y>
 49. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., ... & KIDSCREEN Group, E. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5(3), 353–364. DOI: 10.1586/14737167.5.3.353
 50. Reusch, J. E. B., Bridenstine, M., & Regensteiner, J. G. (2018). *Diabetes and Exercise: From Pathophysiology to Clinical Implementation* (2nd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-61013-9>
 51. Rikos, N., Mpalaskas, A., Fragiadaki, M., Frantzeskaki, C., Kassotaki, A., & Linardakis, M. (2022). Quality of life and psychological burden of parents of children, adolescents, and young adults with type 1 diabetes: A cross-sectional study during the

- lockdown period of COVID-19. *Nursing Reports*, 12(3), 562-573. <https://doi.org/10.3390/nursrep12030055>
52. Rybka, J. (2006). *Diabetologie pro sestry*. Grada.
 53. Sawyer, M. G., Reynolds, K. E., Couper, J. J., French, D. J., Kennedy, D., Martin, J., & Ziaian, T. (2004). Health-related quality of life of children and adolescents with chronic illness – A two year prospective study. *Quality of Life Research*, 13(7), 1309–1319. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000037489.41344.b2>
 54. Sikorová, L. (2016). Kvalita života rodičů dětí s chronickým onemocněním. Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě. Retrieved 2025-07-15, from <https://dk.upce.cz/server/api/core/bitstreams/a8a33d32-2e11-4f93-a3f1-b58e2789763e/content>
 55. Solans, M., Pane, S., Estrada, M. D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., Alonso, J., & Rajmil, L. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in Health*, 11(4), 742–764. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x>
 56. Stozický, F., & Sýkora, J. (Eds.). (2016). *Základy dětského lékařství*. Karolinum Press.
 57. Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R., & Holmes, C. S. (2005). Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility, and fear. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(6), 513–521. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi076>
 58. Svačina, Š. (2012). Hypoglykémie – fenomén, nad kterým moderní diabetologie pomalu vítězí. *Vnitřní lékařství*, 58(10), 751–754. Retrieved 2025-05-11, from https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/artkey/vnl-201210-0009_hypoglycaemia-a-phenomenon-over-which-modern-diabetology-manages-to-prevail.php
 59. Szabová, D. (2013). *Diabetes mellitus [Bakalářská práce]*. Masarykova univerzita v Brně.
 60. Šimják, P., Cinkajzlová, A., Anderlová, K., Pařízek, A., Mráz, M., Kršek, M., & Haluzík, M. (2018). The role of obesity and adipose tissue dysfunction in gestational diabetes mellitus. *Journal of Endocrinology*, 238(2), R63-R77. <https://doi.org/10.1530/JOE-18-0032>
 61. Škrha, J. (2009). *Diabetologie*. Galén.
 62. Škrha, J., Škrha, P., & Frič, P. (2016). Diabetes mellitus a karcinom pankreatu. *Vnitřní lékařství*, 62(3), 202-209. Retrieved 2025-04-06, from <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2016/03/09.pdf>

63. Úřad práce České republiky. (n.d.). Příspěvek na péči. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci>
64. Úřad práce České republiky. (n.d.). Příspěvek na bydlení. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-bydleni1>
65. Úřad práce České republiky. (n.d.). Příspěvek na zvláštní pomůcku. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-zvlastni-pomucku>
66. Úřad práce České republiky. (n.d.). Průkaz osoby se zdravotním postižením (OZP). Retrieved 2025-07-01, from <https://www.uradprace.cz/prukaz-ozp>
67. Úřad práce České republiky. (n.d.). Přídavek na dítě. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.uradprace.cz/pridavek-na-dite>
68. Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39(8), 800-812. DOI: 10.1097/00005650-200108000-00006
69. Varni, J. W., Burwinkle, T. M., & Lane, M. M. (2005). Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: An appraisal and precept for future research and application. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3,34. DOI: 10.1186/1477-7525-3-34
70. Všeobecná zdravotní pojišťovna. (n.d.). Diabetes. Retrieved 2025-04-18, from <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/nemoci/diabetes>
71. Všeobecná zdravotní pojišťovna. (n.d.). Zdravotnické prostředky pro diabetiky. Retrieved 2025-07-01, from <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/zdravotnicke-prostredky-pro-diabetiky>
72. Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., & Grey, M. (2012). Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: A systematic mixed-studies review. *The Diabetes Educator*, 38(4), 562-579. <https://doi.org/10.1177/0145721712445216>
73. Zan, H., & Scharff, R. L. (2014). The heterogeneity in financial and time burden of caregiving to children with chronic conditions. *Maternal and Child Health Journal*, 19(3), 615–625. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1547-3>
74. Zákon č. 435/204 Sb., o zaměstnanosti. (2004). Sbírka zákonů České republiky. Retrieved 2025-07-02, from https://ppropo.mpsv.cz/zakon_435_2004
75. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (2006). Sbírka zákonů České republiky. Retrieved 2025-07-02, from https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

76. Zimolková, M. (2019). Diabetes mellitus – základní informace [výukový materiál, PDF]. Masarykova univerzita. Retrieved 2025-04-03, from https://is.muni.cz/el/med/podzim2019/AKMEp/um/MUDr.Zimolkova-Diabetes_mellitus_-_zakladni_informace.pdf

Příloha č. 1 – autorský dotazník pro zákonné zástupce

„Jak vnímáte péči o své dítě s diabetem?“ – Dotazník pro rodiče dítěte ve věku 8-12 let

Jmenuji se Kristýna Švarcová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Sociální práce na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží pouze pro účely bakalářské práce na téma kvality života dětí s diabetem mellitem pohledem jejich zákonných zástupců. Vyplnění zabere cca 5 minut. Váš čas a ochota jsou velmi cenné – děkuji!

Psychická zátěž rodiče

- Péče o dítě s diabetem je pro mě psychicky náročná.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Mám obavy o budoucnost svého dítěte.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Kvůli onemocnění dítěte se často cítím vyčerpaný/á nebo bezmocný/á.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

Finanční dopady

- Onemocnění dítěte zatěžuje naši rodinnou finanční situaci.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Musíme kvůli diabetu dítěte omezovat jiné výdaje (např. dovolené, kroužky).

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Finanční náklady na léčbu diabetu považuji za problém.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

Sociální oblast dítěte

- Myslíte si, že má vaše dítě dost kamarádů?

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Diabetes někdy brání dítěti účastnit se běžných aktivit s vrstevníky.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Mám obavy, že se moje dítě kvůli diabetu cítí vyčleněné.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

Podpora rodiče

- Cítím se dostatečně podpořen/a ze strany zdravotníků.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct

- 4 = Spíše souhlasím
- 5 = Rozhodně souhlasím

- Mám dostatek informací a dovedností k péči o dítě s diabetem.

- 1 = Rozhodně nesouhlasím
- 2 = Spíše nesouhlasím
- 3 = Nevím / nelze říct
- 4 = Spíše souhlasím
- 5 = Rozhodně souhlasím

- Rodina, přátelé nebo škola mi poskytují podporu, když ji potřebuji.

- 1 = Rozhodně nesouhlasím
- 2 = Spíše nesouhlasím
- 3 = Nevím / nelze říct
- 4 = Spíše souhlasím
- 5 = Rozhodně souhlasím

Závěrečná otevřená otázka

- Pokud chcete, napište prosím, co byste k péči o dítě s diabetem ještě dodal/a:

.....

.....

.....

Příloha č. 2 – autorský dotazník pro zákonné zástupce

„Jak vnímáte péči o své dítě s diabetem?“ – Dotazník pro rodiče dítěte ve věku 13-18 let

Jmenuji se Kristýna Švarcová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Sociální práce na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží pouze pro účely bakalářské práce na téma kvality života dětí s diabetem mellitem pohledem jejich zákonných zástupců. Vyplnění zabere cca 5 minut. Váš čas a ochota jsou velmi cenné – děkuji!

Psychická zátěž rodiče

- Péče o dítě s diabetem je pro mě psychicky náročná.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Mám obavy o budoucnost svého dítěte.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Kvůli onemocnění dítěte se často cítím vyčerpaný/á nebo bezmocný/á.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

Finanční dopady

- Onemocnění dítěte zatěžuje naši rodinnou finanční situaci.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Musíme kvůli diabetu dítěte omezovat jiné výdaje (např. dovolené, kroužky).

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Finanční náklady na léčbu diabetu považuji za problém.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

Sociální oblast dítěte

- Myslíte si, že má vaše dítě dost kamarádů?

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Diabetes někdy brání dítěti účastnit se běžných aktivit s vrstevníky.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

- Mám obavy, že se moje dítě kvůli diabetu cítí vyčleněné.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct
4 = Spíše souhlasím
5 = Rozhodně souhlasím

Podpora rodiče

- Cítím se dostatečně podpořen/a ze strany zdravotníků.

1 = Rozhodně nesouhlasím
2 = Spíše nesouhlasím
3 = Nevím / nelze říct

- 4 = Spíše souhlasím
- 5 = Rozhodně souhlasím

- Mám dostatek informací a dovedností k péči o dítě s diabetem.

- 1 = Rozhodně nesouhlasím
- 2 = Spíše nesouhlasím
- 3 = Nevím / nelze říct
- 4 = Spíše souhlasím
- 5 = Rozhodně souhlasím

- Rodina, přátelé nebo škola mi poskytují podporu, když ji potřebuji.

- 1 = Rozhodně nesouhlasím
- 2 = Spíše nesouhlasím
- 3 = Nevím / nelze říct
- 4 = Spíše souhlasím
- 5 = Rozhodně souhlasím

Závěrečná otevřená otázka

- Pokud chcete, napište prosím, co byste k péči o dítě s diabetem ještě dodal/a:

.....

.....

.....

Seznam zkratek

CGM	Kontinuální monitorace glykemie
DM1	Diabetes mellitus prvního typu
DM2	Diabetes mellitus druhého typu
GDM	Gestační diabetes mellitus
H	Hypotéza
HRQoL	Health-related quality of life
IDF	International Diabetes Federation
KŽ	Kvalita života
MODY	Maturity Onset Diabetes of the Young
oGTT	Orální glukózový toleranční test
OZZ	Osoba zdravotně znevýhodněná
PedsQL™	Pediatric Quality of Life Inventory TM
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
TP	Těžké postižení
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZTP	Zvlášť těžké postižení
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s průvodcem