

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Vliv rodiny při začleňování mladšího klienta s DM I. typu do
běžného života**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Iveta Podškubková

Autor práce:
Petra Petráková

2010

ABSTRACT

This thesis with the title The role of family influence in integration of a young patient with DM type1 into everyday life deals with diabetes mellitus type1, its influence and impact on the physical, mental and social life of a child and his entire family.

Diabetes mellitus management has been relatively frequently discussed these days. According to the WHO, the total number of diabetics worldwide is estimated at 100 million, in Europe at 10 million. In the whole country there are about 2,000 children who have no choice but to cope with their disease and learn how to live with it. A very important aspect is education of the children themselves and also of the people close to them, especially in their families and schools.

Objectives of the thesis were stated to find, on the basis of anatomical-physiological knowledge, the level of care, education and family influence on a young patient in his integration into everyday life, and to assess the educational impact on the patient's education on the part of health care and educational system. And to find out the children's information level about their illness and living with diabetes by using quantitative research. To meet these objectives, the following hypotheses were stated.

The first hypothesis suggested that families with lower education could exert less influence on a child with DM in its integration into everyday life than families with higher education. This hypothesis was confirmed, the less educated respondents obtain information about the disease and its treatment primarily from their doctors, unlike respondents with higher education who get information not only from a doctor, but also from literature and the Internet, or centers for children with diabetes.

The second hypothesis suggested that for children with DM who come from lower social categories integration into normal life could be harder and access to treatment could be worse. This hypothesis was confirmed. Children from families of lower social categories are harder to integrate into normal life, which relates to the education of children and parents.

The third hypothesis suggested that a child with DM living in a family with multiple siblings had an easier inclusion into everyday life. This hypothesis was confirmed by the interview technique. Children with DM were divided into those that had one and fewer siblings, and those that had two or more siblings. The interviews prove that the siblings have an influence on the inclusion of young patients with DM into everyday life.

The fourth hypothesis suggested that families with a child suffering from DM type1 needed contact with a family with a child suffering from the same disease. This hypothesis was confirmed by interviews. 86% of respondents, who have the opportunity to keep company with a family with a child with the same disease, make use of this possibility.

The fifth hypothesis suggested that preschool children adhered to the treatment regimen rather than school-age children. This hypothesis was confirmed on the basis of interview, but it does not have a relevant informative value owing to a small number of respondents at the preschool age.

There is a presumption that the main reason for the increasing prevalence of diabetes is an accumulation of risk factors, such as a higher genetic load, the current way of life and economic and social factors. Therefore education of parents and children is important for the children with diabetes to get integrated into normal life as well as possible.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vliv rodiny při začleňování mladšího klienta s DM I. typu do běžného života vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 2.5.2010

Podpis studenta.....

PODĚKOVÁNÍ

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Ivetě Podškubkové za odborné vedení, trpělivost, vstřícnost, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině, která mi byla velkou oporou.

OBSAH

	Úvod	7
1	Současný stav	8
1.1	Historie	8
1.2	Anatomie	9
1.3	Co je diabetes mellitus a jeho typy	10
1.4	Diagnostika	14
1.5	Komplikace diabetu	16
	<i>1.5.1 Akutní komplikace diabetu</i>	17
	<i>1.5.2 Chronické komplikace diabetu mellitu 1. typu</i>	20
	<i>1.5.3 Předcházení vzniku komplikací cukrovky</i>	23
1.6	Léčba	24
	<i>1.6.1 Léčba cukrovky 1. typu</i>	24
1.7	Prevence pacientů s diabetem 1. typu	28
1.8	Edukace diabetiků	29
	<i>1.8.1 Edukace diabetiků 1. typu</i>	29
	<i>1.8.2 Pediatrická edukace</i>	30
1.9	Psychologické aspekty dětského diabetu	31
1.10	Ošetrovatelský proces u dítěte s diabetem mellitem	32
1.11	Rodina	34

2	Cíl práce a hypotézy bakalářské práce	36
2.1	Cíl	36
2.2	Hypotézy	36
3	Metodika	37
3.1	Použitá metodika	37
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	38
4	Výsledky	39
4.1	Výsledky šetření u rodičů	39
4.2	Výsledky šetření u dětí předškolního věku	57
4.3	Výsledky šetření u dětí školního věku	71
5	Diskuze	88
6	Závěr	95
7	Seznam použité literatury	98
8	Klíčová slova	101
9	Přílohy	102

ÚVOD

Diabetes mellitus (DM) se řadí k nejčastějším chronickým onemocněním kteréhokoliv věku (3).

V současnosti je diabetes považován za nejčastější onemocnění 21. století.

Na světě žije podle odhadů světové zdravotnické organizace (WHO) několik set milionů diabetiků, přičemž se odhaduje, že za pár let bude tento počet až dvojnásobný.

Na Českou republiku nyní připadá necelých 10% z celkového počtu obyvatel naší republiky, tedy kolem 700 000 pacientů s diabetem mellitus. Z celkového počtu nemocných diabetem mellitem je asi 7,5 % DM I. typu. Také u nás došlo za posledních 20 let ke zdvojnásobení počtu diabetiků. Onemocnění se vyskytuje u stále mladších lidí, ale i u dětí mladších 10 let. Předpokládá se, že hlavním důvodem rostoucí prevalence diabetu je kumulace rizikových faktorů jako především vyšší genetická zátěž, současný způsob života a ekonomické a sociální faktory. Ale některé jako obezitu a nedostatek pohybu, by bylo možné ovlivnit (4).

Jak nastiňuje výše uvedená situace, je téma DM stále aktuálním problémem a obzvláště I. typ DM a proto jsem se rozhodla věnovat pozornost při zpracování šetření právě tomuto tématu (16).

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 HISTORIE

První doklady o nemoci diabetes mellitus se dochovaly již z doby 1500 let před naším letopočtem. Tak by se dalo říci, že toto onemocnění je pomalu staré jako lidstvo samo, její historie se začíná tvořit od samého počátku medicíny. Cukrovku znali lékaři již ve starém Egyptě, Řecku, Římě, ale nevěděli jak nad touto nemocí vyhrát. Je zaznamenána na papyrusových svitcích, ale popisuje se zde jako onemocnění vzácné, jejíž vznik je nejasný a neznámý a projevuje se velkou žízní. Ve starém Řecku se o DM zajímal lékař Aretaios. Ve svých poznámkách popisuje toto onemocnění jako vzácnou nemoc s neuhasitelnou žízní a nepříjemnou sladkou vůní nemocného (2). V této době se DM snažili léčit podáváním minimálního množství jídla nemocnému a to pouze tolik, aby nezemřel hladu. A právě Aretaios pojmenoval tuto nemoc Diabetes z řeckého „DIABAINO“ a to znamená „protékat něčím“. Ale Aretaios nebyl jediným lékařem, který se zabýval touto nemocí. Také lékař Marka Aurelia Claudius Galenos ji zkoumal (33). Jeho teorie byla, že za příčinu vzniku DM můžou nemocné ledviny. Arabský lékař Avicena zaznamenal různé komplikace cukrovky jako je impotence nebo diabetická sněť. Thomas Willis jako první evropský lékař upozornil na sladkou chuť diabetické moči a doplnil názvem „mellitus“ což značí „medový“. Později ve dvacátých letech 20. století byl Frederickem Bantingem uskutečněn historický průlom v léčbě cukrovky a to objevem inzulinu, v padesátých letech 20. století pak vznikla perorální antidiabetika – léky na léčbu cukrovky II. typu. V dnešní době není cukrovka nemocí, která by nutně musela vyřadit člověka z normálního života, ze zaměstnání, školy, školky či sportu.

Při dodržování dietního a životního režimu, při dostupných možnostech léčby inzulinem a tabletami, se život s cukrovkou neliší od života jiných zdravých lidí (16,4).

Ale i přesto jsou však také ve společnosti lidé s cukrovkou nějakým způsobem omezováni, stavěni do nevýhodných postavení, mají těžší možnost posunu ve vzestupné sociální mobilitě a tím i minimální získávání vyššího sociálního postavení. Na sociální pozici, roli a postavení člověka s cukrovkou ve společnosti má vliv hodně faktorů ve vzájemné interakci, které ovlivňují možnosti těchto lidí. Proto se v této práci budu zabývat vlivem rodiny při začleňování mladšího klienta s DM I. typu do běžného života.

1.2 ANATOMIE

Slinivka břišní neboli pankreas je protáhlá žláza kuželovitého tvaru, která je uložena horizontálně v zadní části dutiny břišní za žaludkem. Nejširší část pankreatu- hlava (caput) přesně zapadá do kličky dvanáctníku, hlavní část-tělo (corpus) směřuje doleva a užší část – ocas (cauda) končí v blízkosti sleziny. Slinivka je důležitá pro proces trávení a také je největší sekreční žlázou organismu. Produkuje v ostrůvcích speciálních buněk životně důležitý hormon inzulin, a řadí se tak k systému endokrinnímu. Slinivka je tvořena množstvím drobných lalůčků.

Mezi lalůčky jsou nepravidelně rozmístěny ostrůvky endokrinních buněk, které produkují hormony a nazývají se po svém objeviteli - Langerhansovy ostrůvky. Obklopují je mnoho krevních cév, proto vylučované enzymy mohou vstupovat hned do krevního oběhu.

Nejdůležitějším hormonem, který vytváří tzv. beta buňky, je již zmíněný inzulin. Ten napomáhá odbourávání glukózy z krve a její hladina v krvi se udržuje v rovnováze.

Normální hladiny glukózy v krvi jsou mezi 4,4 a 6,7 mmol/litr.

Není-li v těle k dispozici dostatek inzulínu, narůstá glukóza v krvi. I přesto, že je Langerhansových ostrůvků ve slinivce asi jeden až dva miliony, jejich celková hmotnost odpovídá 1% hmotnosti celé slinivky - přibližně 1 – 2g. Proto by se dalo říci, že život člověka může záviset na jediném gramu tkáně a na denní produkci inzulínu (26,7,15,25).

1.3 CO JE DIABETES MELLITUS A JEHO TYPY

Cukrovka je tvořena skupinou několika onemocnění, která jsou typická nepřítomností nebo sníženým účinkem inzulínu. Inzulín je hormon, který produkují v pankreatu (slinivce břišní) β -buňky Langerhansových ostrůvků. Hlavním úkolem inzulínu v látkové přeměně cukrů je transport glukózy z krve do buněk. Při nedostatku inzulínu, ale i při jeho snížené účinnosti nepřechází glukóza z krve do buněk, a tak je její krevní hladina zvýšena. A následkem zvýšené hladiny cukru v krvi je v ledvinách překročen tzv. filtrační práh pro glukózu, která se objeví v moči. Zvýšená hladina cukrů v krvi (hyperglykémie) a přítomnost glukózy v moči (glykosurie), je stejná u všech typů diabetu. Hlavními projevy cukrovky jsou žízeň, časté močení s velkým množstvím moči, někdy se dostavuje těžké vysoušení organismu (dehydratace). Některé projevy se liší, jedná-li se o cukrovku I. či II. typu (16,15).

Podle toho, z jaké příčiny k nedostatku inzulínu dochází, se diabetes mellitus rozděluje na následující typy.

Diabetes mellitus II. typu se projevuje hlavně v pozdějším věku. Inzulínu se v organismu vytvoří dostatečně, ale buňky na něj nereagují. Diabetes mellitus II. typu je klasickým civilizačním onemocněním. Většina nemocných je obézních, proto je hlavním a nezbytným opatřením redukce nadváhy. Za nadváhu již považujeme stav, kdy body mass index (BMI) převyšuje hodnotu 25 kg/m^3 (14). Na sportovce, jako jsou např. kulturisti, však tento index vztahovat nemůžeme. U nich se musíme řídit množstvím podkožního tuku. Při výrazném poklesu hmotnosti se zlepšuje citlivost buněk na inzulín, a tím i samo onemocnění. A proto je podle stavu onemocnění pacient léčen pouze dietou (která je hlavním léčebným opatřením) nebo kombinací diety s antidiabetiky (jsou to látky stimulující pankreas k vyšší tvorbě a produkci inzulínu nebo ulehčující vstup glukózy do buněk). Pouze v pozdějším stádiu cukrovky je třeba přidat aplikaci inzulínu, případně všechny varianty léčby kombinovat.

Gestační diabetes mellitus se vyskytuje u těhotných žen, které byly před otěhotněním zcela zdravý. Postihuje necelá 3 % těhotných žen. Tento diabetes po porodu zmizí.

Nestabilní cukrovkou je chápáno velké, nepředvídatelné výkyvy v hladině krevního cukru. V dnešní době, kdy je možnost domácího testování hladiny krevního cukru, si každý sám udělá představu o tom, jak jeho hladina krevního cukru reaguje. Proč má někdo tak velké výkyvy v hladině krevního cukru? Protože jejich organismus zvýšeně reaguje na jídlo, léčiva a na stres. Při každém jídle se potrava nevstřebává ve stejném časovém rozmezí. Inzulín se vstřebává rozdílnou rychlostí. Stres a každodenní napětí uvolňují pokaždé v jinou denní dobu rozdílná množství stresových hormonů. Tyto nesoulady se střetávají a způsobují výkyvy v hladině krevního cukru.

Hraniční poruchy glukoregulace (poruchy glukózové homeostázy)

Jedná se o hranici mezi diabetem a normální tolerancí glukózy. Mezi poruchy patří zvýšená glykémie na lačno, v rozmezí hodnot 7,8-11,1 mmol/l, jde pouze o hraniční stavy, které můžou přejít do jiných typů diabetu (výše uvedených) (27).

O těchto typech diabetu nebude již dále pojednáváno, tato práce je zaměřená na problémy dětských diabetiků, tedy diabetes mellitus I. typu.

Diabetes mellitus I. typu, tzv. juvenilní, se objevuje převážně v mladém věku. Podstatou choroby je autoimunitní proces, při kterém organismus zničí vlastní inzulin produkující buňky (beta buňky). Ty jsou uloženy ve slinivce břišní a tvoří zde tzv. Langerhansovy ostrůvky. Následkem je pak nedostatek, až úplné vymizení vlastního inzulinu a závislost pacienta na jeho dodání nejčastěji pomocí podkožních injekcí.

Inzulin je hormon, který hraje důležitou úlohu v metabolismu glukózy, tuků i bílkovin v těle, a jako takový je pro život nezbytný. Jeho klíčová úloha spočívá především v umožnění vstupu glukózy do buněk a udržování správné hladiny cukru v krvi - tzv. glykémie. Z toho vyplývá vysoká hladina cukru v krvi u diabetiků, kterou se snažíme kontrolovat a léčebně upravovat (4).

Diabetes mellitus I. typu můžeme také označovat jako juvenilní diabetes, protože jeho výskyt je nejčastěji diagnostikován kolem 15. roku života. Onemocnět jím, ale mohou jak novorozenci, tak starší lidé.

Zastoupení jednotlivých věkových skupin:

1. Výskyt diabetes mellitus I. typu u dětí mladších než 1 rok je vzácný
2. První zvýšení výskytu je mezi 4. - 6. rokem (častá nemocnost)
3. Nejvyšší nárůst onemocnění je v období mezi 10. - 14. rokem (psycho-emocionální stres)

Novorozenecký diabetes je ten, který se projeví již v prvních dnech či týdnech života, je celkem výjimečný. A to nejen svojí vzácností, ale hlavně tím, že má poněkud jinou příčinu, ale může mít i jiný průběh než diabetes vznikající později.

V některých případech je možné, že diabetes po několika týdnech léčby úplně vymizí a tak je možné přerušit léčbu inzulínem, i přesto se u některých dětí opět později v dětství objeví. U jiné skupiny novorozenců bývá typický výskyt u více sourozenců. Tento typ diabetu je zřejmě způsoben vrozenou odchylkou látkové přeměny, která přetrvává celý život.

Kojenecký diabetes se již někdy projeví jako skutečný diabetes mellitus I. typu, jak jej známe u větších dětí. Takový kojeneček začne špatně prospívat na váze, občas si rodiče všimnou velmi častého a hojného močení do plenek - moč je na plenkách nápadně světlá a po zaschnutí je lepkavá z důvodu vysokého obsahu glukózy (22).

Batolecí věk (ve 2. a 3. roce života). Diabetes vzniká již o něco častěji než v prvním roce. Toto období je křehkým vývojovým stupněm dítěte - to si pomalu začíná utvářet svoji vlastní představu o světě, svoje první postoje a způsob chování a reakcí. Začíná si uvědomovat svoji individualitu.

Propukne-li v tomto věku diabetes, je zapotřebí psychologicky citlivého přístupu rodičů i zdravotnického týmu, aby dítě existenci diabetu a s ním spojených nepříjemných úkonů přijalo a aby se diabetes a jeho léčení nestalo dlouhodobým zdrojem výchovných obtíží.

Předškolní věk (4. - 6. rok života). V tomto období se onemocnění výrazněji neliší od diabetu dětí školních. Děti mají již představu o tom, co toto onemocnění přináší za starosti a jak se s nimi vypořádat. Je zde důležitá edukace jak dítěte, rodiny, ale i dětského kolektivu a školních zařízení (22).

Vznik diabetu I. typu neovlivní člověk tím, je-li štíhlý nebo silnější. Nesouvisí ani s tím, zda měl nebo neměl rád sladká jídla. Vznikne a objeví se nezávisle na tom, co člověk dělal, co jedl a jaké byly jeho návyky. Za jeho vznik nikdo tedy nemůže. Přímého viníka neznáme (20).

Začátek diabetu může být náhlý a dost dramatický: prudký váhový úbytek, velká žízeň a časté močení, někdy i velké nechutenství, nebo naopak vlčí hlad, zvracení, bolesti břicha nebo i porucha vědomí až bezvědomí. Po zahájení léčby

může dojít k částečné úpravě vlastní sekrece inzulínu a poklesu jeho spotřeby. Po delší či kratší době, většinou v období 3 – 5 let po vzniku diabetu, vlastní sekrece inzulínu zaniká a dávka inzulínu se stabilizuje (20).

1.4 DIAGNOSTIKA

Diagnóza diabetu je závislá na prokázání chronické hyperglykemie. Nejdůležitější je typický rychle se rozvíjející klinický obraz, který způsobuje absolutní nedostatek inzulínu. Rozvinuté symptomy cukrovky zahrnují žízeň, polyurii, polydipsii a díky tomu i zvýšenou únavu. Přidává se nechutenství a úbytek tělesné váhy. Někdy, hlavně v počátku vznikajícího nedostatku inzulínu, mohou být symptomy nevýrazné. Pacient jim nemusí věnovat pozornost, protože je může považovat za málo důležité.

Časté příznaky diabetu:

- polyurie (časté a zvýšené močení – větší než 2,5 l/24hod.)
- polydipsie (nadměrná žízeň)
- nykturie (noční močení)
- ketonurie - přítomnost ketolátek v moči
- slabost a vleklá únava
- poruchy zraku
- hubnutí při normálním příjmu potravy
- bolesti a křeče ve svalech
- svědění kůže, různá kožní onemocnění
- vznik ketoacidózy, jejímž projevem je zvracení
- diabetické (ketoacidotické) koma – život ohrožující stav (4).

Subjektivní i objektivní příznaky mohou být zřetelné a pro určení diagnózy dostačující, ale někdy mohou být pouze upozorňující na podezření k tomuto onemocnění, a proto je třeba provést různá další diagnostická vyšetření, kterými buď potvrdíme diagnózu diabetes mellitus, nebo naopak vyvrátíme podezření na toto onemocnění (31).

Vyšetřovací metody:

Anamnéza:

- příznaky nemoci
- rizikové faktory (kouření, hypertenze, rodinná anamnéza)
- dietní návyky, stav výživy
- tělesná aktivita
- informace v dosavadní léčbě (jiných onemocnění)
- závažnost, frekvence a příčina akutních komplikací
- psychosociální a ekonomické vlivy ovlivňující léčbu
- rodinná anamnéza zaměřená na diabetes a dalších endokrinní onemocnění
- porodní anamnéza (hmotnost dětí)

Fyzikální vyšetření:

- hmotnost, hmotnostní index BMI, výška
- krevní tlak
- vyšetření srdce
- kožní vyšetření
- endokrinologické vyšetření
- vyšetření tepen krčních a dále i tepen dolních končetin
- oční vyšetření
- neurologické vyšetření (individuálně)

Laboratorní vyšetření:

- glykémie nalačno
- lipidy (celkový cholesterol, HDL a LDL cholesterol, triacylglyceroly)
- iontoqram, močovina, kreatinin, kyselina močová v séru, ALT, AST, ALP a GMT
- celková bílkovina
- glykovaný hemoglobin
- v moči: cukr, bílkovina, ketony semikvantitativně, močový sediment, bakteriologické vyšetření (individuálně)
- individuálně C-peptid a protilátky na specializovaných pracovištích
- o GTT (orální glukózový toleranční test)
- u dětských diabetických pacientů monitorování velkých glykemických profilů od prvního dne záchytu
- imunoglobuliny u dětských pacientů k záchytu deficiencí
- screening sdružených autoimunit (štítná žláza, celiakie)
- u dětských diabetiků ve stadiu prediabetu vyšetření IVGTT se stanovením IRI a C-peptidu (31). (Příloha 1)

1.5 KOMPLIKACE DIABETU

Komplikace diabetu můžeme uspořádat z několika hledisek na krátkodobé a dlouhodobé, s postižením malých cév (mikroangiopatie) nebo velkých cév (makroangiopatie). Brázdová (Brázdová 2000, str. 83) uvádí: „Mezi akutní komplikace diabetu patří stavy, které ohrožují nemocného na zdraví nebo na životě prakticky v kteroukoli dobu bez ohledu na délku trvání onemocnění.“ Komplikace cukrovky souvisejí s poškozením cévních stěn a nervových buněk. Tato poškození jsou způsobena zvýšeným nebo kolísajícím množstvím glukózy

v krvi – glykemie (20). Glykémie je další důležitý pojem, se kterým se v souvislosti s diabetem často setkáváme. Glykémie se udává v jednotkách milimol na litr (mmol/l). U zdravého člověka glykémie neklesne po 3,3 mmol/l nalačno a nestoupne přes 6 mmol/l. Proto rozlišujeme dvě hlavní komplikace. Hypoglykémie a hyperglykémie.

1.5.1 Akutní komplikace diabetu

Hyperglykémie je stav, kdy hladina glukózy v krvi přesahuje 15 mmol/l, což je projevem nedostatku inzulínu. Glukóza stagnuje v krvi, není transportována do buněk, a proto se její krevní hladina zvyšuje a může dosáhnout hodnot i přes 50 mmol/l. Pacient více močí, ztráta tekutin touto cestou vede k odvodnění - dehydrataci. Tvorba ketolátů v játrech stoupá, a tak dochází k metabolickému rozvratu. Hyperglykémie, která se neléčí, vede k hyperglykemickému komatu a následně k smrti.

Chvilková hyperglykémie většinou nemívá varovné příznaky a nemocný ji bez použití některého z testů (např. test na ketolátky v moči nebo použití glukometru) nepozná. Může být i několik dnů, než se příznaky projeví. Mezi nejčastější varovné příznaky patří časté močení, sucho v ústech a velký pocit žízně (30).

Dlouhodobé zvýšení hladiny krevního cukru vede k pozdním následkům diabetu – poškození očí, ledvin, nervů, špatně se hojící rány, náchylnost k různým, nejčastěji ke kožním a močovým infekcím.

Nejčastější příčiny hyperglykémie:

- před zjištěním diabetu – při zahájení léčby
- vynechání nebo nedostatečná aplikace inzulínu
- velký stres

- nemoc, nachlazení
- příliš velké množství cukru v potravinách, se kterými nebylo počítáno při aplikaci inzulínu (4).

Hypoglykémie je následkem nedostatku glukózy v krvi. Protože glukóza je hlavním a i základním zdrojem energie pro mozkové buňky, dojde k poruše jejich funkce a může se tak dostavit až stav bezvědomí. To mívá relativně velmi rychlý nástup (na rozdíl od komatu hyperglykemického), v průběhu minut či dokonce sekund, ale u každého člověka je to velmi rozdílné. Obzvláště nebezpečné je to v případě, kdy diabetik postrádá tzv. varovné příznaky nebo jim nevěnuje takovou pozornost, jakou si zaslouží, nebo ho tyto příznaky nejsou schopny ve spánku probudit. Nejčastějšími prvotními varovnými příznaky je vlčí hlad, pocení, třes rukou, nervozita, podrážděnost, neschopnost se soustředit, bolest hlavy nebo bušení srdce. Hypoglykémii rozdělujeme na tři druhy. Lehká, tu pacient zvládá sám. Těžká, při které upadá do bezvědomí a potřebuje pomoc jiných lidí. Třetím druhem je domnělá hypoglykémie, kde hlavní příčinou je rychlý pokles glykémie. S tímto druhem se setkáváme převážně u obézních pacientů (9,30,4).

Nejčastější příčiny hypoglykémie:

- vysoká nebo opakovaná dávka inzulínu
- minimální příjem potravin obsahujících sacharidy,
- zvýšený pohyb, než bylo předpokládáno při aplikaci inzulínu
- nepřiměřené velké množství alkoholu, obzvláště nalačno

Léčba lehčí hypoglykémie probíhá podáním jednoduchých sacharidů (2-3 kostky cukru, vypitím sladkého nápoje apod.). Jestliže není k dispozici i.v. terapie, aplikuje se 1 mg glukagonu buď s.c. nebo i.m., což obvykle upraví vědomí během 15 minut a to umožní p.o. podání cukru. U těžších případů podáváme ve zdravotnickém zařízení glukózu nitrožilně nebo intramuskulárně (30,4). U nemocných v bezvědomí volíme léčbu 20-60 ml 40% roztoku glukózy i.v. během 2-3 minut.

Diabetická ketoacidoza je akutní komplikací diabetu 1. typu, která se někdy objevuje jako první příznak diabetu u nemocného, který byl dosud bez potíží. Je charakterizováno překyselením organismu s vzestupem hladiny tzv. ketolátek v krvi (aceton a jiné látky, které mohou být cítit z dechu nemocného), významným zvýšením hladiny krevního cukru a nedostatkem vody a minerálů. Projeví se vystupňovanou žízní, častým pitím a močením, dehydratací se slabostí, závratěmi, zvracením, dušností. Je to vážná, život ohrožující komplikace. Setkáváme se s ní hlavně u nejmladších věkových skupin, u pacientů ze sociálně slabých rodin a u adolescentů, kteří zanedbávají iniciální symptomy onemocnění. Lze tomu předejít včasnou diagnostikou.

Ketoacidotické koma patří mezi akutní komplikace diabetu. Je typická pro diabetiky I. typu, kteří si z nějakého důvodu neaplikují inzulín. Dochází k okyselení krve, protože se v těle hromadí ketolátky a tekutiny z těla se ztrácejí při nadměrném močení. Diabetik trpí poruchou vědomí, namáhavě dýchá a z dechu je cítit aceton (zápach nezralých jablek).

1.5.2 Chronické komplikace diabetu mellitu I. typu

Poškození ledvin (diabetická nefropatie) je chronická komplikace charakterizovaná vylučováním bílkovin močí, vysokým krevním tlakem a postupnou ztrátou funkce ledvin, která může vést až k nutnosti dialýzy (náhrada funkce ledvin umělou ledvinou). Vyskytuje se v různém stupni závažnosti u 20 % diabetiků.

Stadia poškození

- První stádium: zvýšená glomerulární filtrace v důsledku zvýšeného průtoku plazmy glomerulem, tento stav lze při dobré kompenzaci diabetu zvrátit
- Druhé stádium: hypertrofie ledvin, ztlustění glomerulární bazální membrány a zvýšená propustnost ledviny pro bílkoviny – mikroalbuminurie
- Třetí stádium: zvazivovatění glomerulu – glomeruloskleróza
- Čtvrté stádium: proteinurie, toxické působení na epitel v tubulech, zánik nefronů (28,30,4).

Poškození sítnice (diabetická retinopatie) je dlouhodobá. Hyperglykémie vede k poškození cév sítnice s poruchami zraku od rozmazaného vidění až po slepotu.

Diagnostika

Provádíme pomocí celkového očního vyšetření, ale i těmi nejzákladnějšími, což jsou vyšetření zrakové ostrosti do blízka a do dálky, vyšetření zrakového nervu, očního pozadí a stereofotografie pro diagnostiku stádií.

Léčba

Především je důležitá kompenzace diabetu a úprava vysokého krevního tlaku. Následně se může provádět operativní laserová koagulace sítnice, případně i mikrochirurgický zákrok ve sklivci, a také na sítnici.

Prevence

- návštěvy oftalmologa každý rok
- po stanovení diagnózy diabetické retinopatie je nutné navštěvovat oftalmologa v intervalech 3 – 6 měsíců (30,4).

Poškození nervů (diabetická neuropatie) je metabolická změna při diabetu poškozující také nervová vlákna a jejich cévy, což vede k řadě příznaků podle lokalizace poškozených nervů. Nejčastější je tzv. symetrická distální neuropatie, kdy poškozením nervů v končetinách dochází k nepříjemným pocitům chvění, pálení, mravenčení i bolesti v nohou nebo rukou, a to symetricky na obou stranách těla. V pokročilejších případech je přítomna i porucha hybnosti, vznikají obrny končetin.

Příznaky

- bolestivost v dolních končetinách
- svalová slabost
- snížená citlivost
- pálení, svědění.
- snížená kloubní pohyblivost

Diagnostika

- jednou za rok vyšetření v rámci sekundární prevence
- vyšetřuje se pomocí biothesiometru (30).
- jehlová elektromyografie (EMG), zde dojde ke zpomalení rychlosti přenosu vzruchu periferním nervem
- upřesnění diagnózy při podezření na neuropatii je nutné, aby vyšetření provedl odborný neurolog.

Syndrom diabetické nohy

Je to postižení tkání dolních končetin (4).

Příznaky

- diabetická neuropatie
- ischemie dolních končetin
- snížená kloubní pohyblivost
- působení většího tlaku na plosku nohy
- infekce, která zapříčiňuje obtížné hojení ran a oděrek (28).

Diagnostika

- Anamnéza: sledujeme hlavně pocity pacienta, jestli subjektivně nepocítuje klaudikační bolesti, pocení nohou, pocity tepla či chladných nohou
- Inspekce nohou: klademe důraz především na kožní změny, na deformity kostí, teplotu dolních končetin
- Auskultace: zajímáme se především o tepny dolních končetin
- Dopplerovské vyšetření: jedná se o neinvazivní ultrazvukovou metodu, která nám pomůže zjistit a posoudit změny na krevním řečišti
- Pomocné vyšetřovací metody: magnetická rezonanční angiografie, počítačová tomografie (CT), angiografie, ultrazvuková tomografie, magnetická resonance (13,4).

Terapie

Opět především kompenzace diabetu, správná životospráva a je nutné, aby pacient správně pečoval o své nohy. Pokud se objeví ulcerace na končetině, je vhodné odlehčit nohu, protože při dalším zatěžování by mohlo docházet k prohlubující se nekróze. Při defektu na dolní končetině se provádí angiografie a posuzuje se, zda je potřeba provést chirurgický rekonstrukční výkon ke zlepšení prokrvení končetiny. K léčbě infekce se používá lokální terapie, jejíž součástí je odstraňování infekčních ložisek, hygiena rány a dezinfekce nedráždivými antiseptiky. Na infekce měkkých tkání je vhodná antibiotická léčba (19,32).

Prevence

- speciální kožené boty pro diabetiky, které nemají švy, aby nemohly způsobovat oděrky
- speciální ponožky pro pacienty s cukrovkou
- nechodit bos
- pravidelné navštěvovat pedologa

Vzhledem ke zvýšení citlivosti nohou a možnosti vzniku tzv. diabetické nohy je nutná pravidelná péče o nohy diabetika, která spočívá v nošení pohodlné obuvi, ošetření malých poranění a v pečlivě prováděné pedikúře (16,4).

1.5.3 Předcházení vzniku komplikací cukrovky

Hlavním úkolem je dlouhodobá kompenzace cukrovky, která spočívá především v dodržování správně nastavené diety a pravidelného režimu. Pokud dodržování diety nestačí k úplné kompenzaci diabetu, je důležité pravidelně a podle doporučení diabetologa užívat tablety nebo aplikovat inzulin. Nesmíme zapomínat na pravidelné kontroly hodnot krevního cukru (glykémie) a kontroly celkového stavu v diabetologické poradně. K předcházení cévních komplikací je potřeba navíc kontrolovat pravidelně hladinu krevních tuků a cholesterolu, v dietě omezit cholesterol (živočišné tuky). V prevenci poškození ledvin je hlavním cílem omezit v dietě obsah bílkovin na 1 gram bílkovin na kilogram tělesné hmotnosti a den. A proto by pacienti s DM 1. typu měli pravidelně čtyřikrát za rok navštěvovat diabetickou ordinaci.

1.6 LÉČBA

1.6.1 Léčba cukrovky I. typu

Cukrovku není možné vyléčit. Její léčba je vždy doživotní a vyžaduje hlavně spolupráci pacienta. V dnešní době máme k dispozici spoustu léčiv a léčebných postupů, díky nimž je možné cukrovku I. typu kontrolovat. Farmaka a léčebné postupy, které používáme, nám pomáhají udržovat v ideálním rozmezí hladinu krevního cukru. Určení terapie závisí na odborném lékaři (internistovi, diabetologovi, nebo dětském endokrinologovi). Plán léčby má být stanoven tak, aby bylo dosaženo optimální kompenzace cukrovky s přihlédnutím k věku, zaměstnání, tělesné aktivitě, přítomnosti komplikací, dalším chorobám, sociální situaci a osobnosti nemocného.

Plán léčby zahrnuje:

- individuální doporučení dietního režimu s podrobnou instruktáží
- doporučení změny a zlepšení životního stylu (fyzická aktivita, kouření)
- edukace členů rodiny a pacienta
- farmakologická léčba diabetu a dalších přítomných nemocí

Léčbu rozdělujeme do tří stupňů.

- 1) Dieta
- 2) Perorální antidiabetika
- 3) Inzulín

Člověk by měl pravidelně a správně jíst, předejde tím mnohým komplikacím. Také by měl mít pohybový režim, protože cukrovka je nemoc nadbytečné tvorby cukru v organismu a tím i tvorby přebytečné energie (4).

Dieta

Tvoří integrální součást léčby všech pacientů s diabetem, tedy i s diabetem I. typu. Každé dítě s cukrovkou má svůj individuální jídelní plán určený lékařem a dietní sestrou tak, aby dobře prospívalo a zároveň nemělo pocit hladu. Je potřebné ho po celý den dodržovat. Ve škole je nutné dohlédnout na to, že dítě sní celou svačinu, a chodí-li na obědy, dohlédnout na množství příloh. Důležité je mít na paměti, že mnoho cukru obsahuje většina nápojů, včetně slazených čajů ve školních jídelnách, proto je vhodné používat neslazené nebo dia light nápoje. Ke vhodným nápojům řadíme např. stolní vodu, minerálky, sifon, čaj s citrónem, či pro dospělé hořká káva v omezeném množství apod. (12,4).

Mezi jídlem na straně jedné a inzulínem na straně druhé vládne v těle rovnováha. Ale člověk s DM I. typu si neumí inzulín vyrábět sám, nebo ho dokáže vyrobit jenom v malém množství. Dodává si proto do těla inzulín injekcemi. Diabetici I. typu, kteří jsou plně závislí na aplikaci inzulínu, rozdělují jídlo podle toho, kolikrát denně si inzulín píchají. Aplikují-li si inzulín jen jednou či dvakrát denně, měli by dodržovat pravidelnost v jídle, protože nemohou inzulín jídlu příliš přizpůsobovat. Pokud píchají inzulín více než třikrát denně, mohou např. vynechat dopolední i odpolední svačiny, jestliže tomu přizpůsobí dávky inzulínu a nemají hypoglykémii (8).

Pacient by si měl plánovat jídlo dopředu vždy na celý den, protože hodnota glykémie v krvi závisí na množství, druhu a frekvenci jídla.

Hlavními důvody pro nedodržování nutriční terapie jsou především nízká motivace, nedostatečná či méně vhodná edukace pacienta.

Každý pacient potřebuje denně individuální množství sacharidů. Záleží především na energetické spotřebě, která je dána fyzickou zátěží. Při sestavování jídelníčku hraje roli i habitus pacienta. Proto je doporučováno několik tzv. rámcových jídelníčků s různým množstvím sacharidů na den. (Příloha 2).

I u kojence s diabetem je vhodné sestavit a respektovat jídelní plán, který pomůže udržet rovnováhu mezi jídlem a inzulinem - a tedy příznivé glykémie. Na sestavování takového jídelního plánu by se měla vždy podílet zkušená dietní sestra, která nejlépe posoudí potřebné množství živin, protože stravovací návyky dítěte se v tomto věku teprve rodí. Strava se může stát možným zdrojem výchovných obtíží. Např. batolecí věk je obdobím, kdy se postupně ustálí stravovací návyky. Víme, jak často se dopouštějí výchovných chyb ve stravě rodiče dětí, které diabetes nemají. Když dítě nedojí oběd, nabídnou mu za hodinu oplatku nebo čokoládu, aby nemělo hlad. Návštěva přinese laskominy a dítě je sní chvilku předtím, než má zasednout k večeři. Tu potom samozřejmě odmítne. Chaotický, neuspořádaný způsob jídla naší generace se přenáší na naše děti již v prvních letech jejich života.

Pro děti bez diabetu není takový způsob stravování vhodný, nepřináší jim ale zvláštní nebezpečí. Při diabetu je tomu jinak. V diabetu vzdělaný rodič dobře ví, že po injekci inzulinu (zvláště inzulinu rychle působícího) musí zákonitě následovat jídlo. Pokud následovat nebude, hrozí hypoglykémie.

Bylo-li dítě před vznikem diabetu zvyklé nedojídat či odmítat nabízenou stravu, je nejvyšší čas vnést do jídla řád a disciplínu. I potom se výjimečně může stát, že dítě, například při nevěli z důvodu počínající nemoci, stravu odmítne. Je zapotřebí mít pro takové situace v záloze náhradní, snadno stravitelné jídlo (piškoty, dětskou výživu), kterou v tomto výjimečném případě v příslušném počtu výměnných jednotek dítěti nabídneme.

Vzorový jídelní plán staršího kojence s diabetem ukazuje tabulka. (Příloha 3)

Perorální antiabetika – PAD

Podávají se ústy a snižují glykémii. Jsou vhodná především k léčbě DM I. typu, který se vyskytuje především u starších osob.

Inzulín

Inzulín je nejvýznamnějším hormonem slinivky břišní. Má za úkol regulovat hladinu krevního cukru. Inzulín má schopnost využívat glukózu a aminokyseliny v buněčném metabolismu. Toho docílí tím, že zvyšuje propustnost tkáňových buněk. Inzulín působí ve svalové a tukové tkáni jater. Glukóza vstupuje do buněk i bez inzulínu i tak reakce probíhají v pořádku. Probíhá i látková výměna, avšak její intenzita je malá, což může zapříčinit spoustu závažných problémů, mezi které třeba patří poškození orgánů. Inzulín zvyšuje tvorbu bílkovin (27). Inzulínem jsou léčeni všichni diabetici, u nichž došlo k výraznému snížení či zániku vlastní sekrece inzulínu, to znamená, že jsou závislí na jeho zevní dodávce.

Inzulín aplikujeme obvykle do podkoží, do svalu vpichuje diabetik inzulín v případě, že to lékař výslovně doporučí. Vhodnými místy pro aplikaci inzulínu jsou podkoží břicha, paží, stehen a hýždí. Při aplikaci více dávek za den pícháme inzulín ve stejnou dobu do stejné oblasti, protože vstřebávání inzulínu z různých míst vpichu se poněkud liší, a tudíž se liší nástup a trvání účinku inzulínu (32,1). Inzulín, ale není lék, jakým by bylo možné cukrovku natrvalo vyléčit (29).

Léčbu provádíme humánními, příp. monokomponentními inzulíny, nebo inzulínovými analogy, přičemž u mladých jedinců a v těhotenství dáváme přednost humánnímu inzulínu. U dětí s cukrovkou používáme výhradně biosyntetický humánní inzulín.(Příloha 4)

Dlouhodobé výsledky léčby diabetika I. typu jsou podmíněny celkovým přístupem a nejsou proto závislé především jen na léčbě inzulínem (9).

Je důležité, aby každý pacient, ale i jeho pečující rodič, uměl vyvážit dávky inzulínu, příjem sacharidů (cukrů) v potravě a množství pohybové aktivity dítěte (32). Rodiče často cítí značné rozpaky, mají-li svému maličkému děťátku začít sami píchat inzulínové injekce a odebírat kapku krve k vyšetření glykémie. Brzy se ale přesvědčí o tom, že malé děti tyto úkony snadno přijímají. Právě na nich vidíme nejlépe, že vpichy dnešními inzulínovými stříkačkami s velmi tenkými jehlami a odběrovými pomůckami pro získání kapky krve z prstu jsou téměř nebolestivé. Dítě v prvním roce života si snadno přivyká na nové skutečnosti a

začne je rychle považovat za samozřejmé, zvláště pokud je s ním provádějí lidé jemu nejbližší, k nimž má bezmeznou důvěru - jeho rodiče. Takové děťátko vstupuje do života se zkušeností, že inzulínové injekce a odběry glykémie patří k životním samozřejmostem stejně jako koupání a přebalování.

1.7 PREVENCE PACIENTŮ S DIABETEM I. TYPU

Primární prevence

Její základem je vyhledávání rizikových osob. Pokud se u nemocného vyskytuje v rodinné anamnéze diabetes, jsou tyto osoby považovány za rizikové osoby k tomuto onemocnění.

Sekundární prevence

Zaměřuje se především na včasnou diagnostiku onemocnění a předcházení sekundárních komplikací.

Terciární prevence

Zabraňuje a omezuje nástup sekundárních komplikací, předchází možnému nástupu fatálních následků.

1.8 EDUKACE DIABETIKŮ

1.8.1 Edukace diabetiků I. Typu

Edukace je základním stavebním kamenem v péči o diabetes. Edukace však neznamena jenom informace a předávání teoretických poznatků. Nejdůležitější roli v edukačním programu hraje hlavně pacient, jelikož léčba často vyžaduje především celkovou změnu v jeho dosavadních každodenních zvyklostech a návycích. Sestra je neustálým účastníkem edukačního procesu. Získává nové informace, které pak někomu poskytuje, záměrně nebo zcela bezděčně. Dochází tak ke kombinaci všech typů edukačních procesů (4,18).

Edukační proces dětských pacientů s diabetem má dvě podoby. Rozdělujeme ji na edukaci léčebnou a školní.

Hlavním cílem léčebné edukace je seznámit dítě i jeho rodinu s podstatou nemoci, případným omezením a s výskytem možných komplikací, vysvětlit mu možnosti léčby, užívání léků a případně vysvětlit manipulaci s pomůckami pokud je to dítě schopno pochopit. Edukátorem je vždy osoba se zdravotnickým vzděláním, lékař nebo nejlépe diabetologická dětská sestra, která edukaci většinou provádí a vede ve zdravotnickém zařízení. Mezi sestrou a pacientem vždy dochází k výměně informací (2).

Naopak školní edukaci provádí zkušený pedagog, který je o dané problematice tohoto onemocnění plně informován, ale i o léčbě a její úspěšnosti. Měl by zajistit dítěti s diabetem správné dodržování léčebných opatření ve školním zařízení. Proto znalost zdravotního stavu žáka dává učiteli možnost vhodně rozvrhovat učivo s ohledem na potřeby žáka. Nejdůležitějším spojencem mezi oběma stranami sehrává rodina, která obvykle tyto informace jednotlivým stranám zajišťuje. Záleží především na jejím uvážení, jaké informace komu sdělí. Nikdo jiný nemá právo a nesmí sdělovat více informací, než si rodič přeje.

Ze strany zdravotníků jsou totiž údaje chráněny lékařským tajemstvím. I pedagog je ze zákona pověřen ochranou osobních údajů (21,10,11).

1.8.2 Pediatrická edukace

Ve srovnání s edukací dospělých pacientů má edukace diabetických dětí a jejich rodičů velkou řadu specifík:

1. u dětí a dospívajících se jedná prakticky vždy o diabetes I. typu.
2. z hlediska celoživotní předpovědi bude cukrovka vzniklá v dětském věku působit na organismus déle a tak bohužel riziko vzniku pozdních komplikací diabetu se přesouvá do nižšího věku.
3. děti s diabetem mají vysoké riziko metabolických výkyvů a akutních komplikací (hypoglykémie, ketoacidóza) než dospělí s totožným typem nemoci.
4. léčba dětské cukrovky je vždy úkolem celé rodiny
5. úměrně svému věku a schopnostem se na péči o diabetes postupně podílí i dítě samo.
6. podmínkou úspěchu edukace je především pozitivní motivace dítěte k dobré kompenzaci diabetu.
7. edukace má vést dítě a jeho rodinu k takovému přístupu k diabetu, který zajistí správnou metabolickou kontrolu, ale významněji nenaruší emoční a sociální vývoj. Diabetes by měl jen v minimální míře zasáhnout do dosavadních zvyklostí a životního stylu dítěte a celé rodiny. Takovýto přístup k edukaci vyžaduje vysokou profesionalitu celého edukačního týmu (18).
8. jednou z nepostradatelných podmínek úspěšné edukace je vytvoření dlouhodobých osobních vazeb mezi diabetickým dítětem, jeho rodiči a členy celého edukačního týmu (21).

1.9 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY DĚTSKÉHO DIABETU

Nejvíce důležitá je vzájemná podpora a pomoc všech členů rodiny a nejbližšího okolí. S přihlédnutím k věku se snažíme společně s diabetologickým týmem o podstatě cukrovky informovat dítě. I ono totiž prožívá pocit nejistoty a vnitřního zmatku, protože si stejně jako jeho nejbližší může samozřejmě klást otázky o příčině nemoci a možných souvislostech jejího vzniku (9). Od počátku by se proto mělo dítě stát aktivním spolupracovníkem při léčbě, kterou později převezme samostatněji do svých rukou. S edukací je dobré začít, jakmile se stanoví diagnóza diabetu. U malých dětí je možné využít pohádkový svět, názorně ukázat, která jídla je možné jíst a která jsou zakázána. Školou povinné dítě se naučí, většinou se zájmem, samo si vyšetřováním kontrolovat moč, pochopí, že cukr v krvi může snižovat aplikací inzulínu, že množství cukru v moči je odrazem množství cukru v krvi, že je důležité upravovat dávky inzulínu. Každý člen rodiny se může s nemocí dítěte vyrovnávat nejrůznějšími způsoby, důležitá je však hlavně vzájemná podpora. Pokud budou rodiče nejvíce přemýšlet o příčinách onemocnění nebo budou hledat viníka (který není), budou zbytečně přicházet o energii, kterou by měli investovat do podpory dítěte i sobě navzájem (9). Je výtečné, pokud se do péče o nemocné dítě zapojí více lidí. Přítomnost obou rodičů a sourozenců u počáteční edukace by měla být samozřejmostí. Rodina je pro nemocné dítě jedinou sociální skupinou, která mu umožňuje dostupnou a zvládnutelnou sociální integraci, poskytuje mu potřebné emoční zázemí a podporu (35). Důležité je, aby se dítě vyrovnalo s onemocněním.

1.10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE S DIABETEM MELLITEM

Pojem ošetřovatelský proces byl zaveden někdy v 50. letech a všeobecně přijat jako základ ošetřovatelské péče. Nyní je hlavní součástí koncepce všech učebních osnov i právní definice ošetřování v celém světě. Ošetřovatelský proces je především účinná metoda ulehčující klinické rozhodování a řešení problematických situací.

Ošetřovatelský proces, aby byl správně plněn, vyžaduje naučit se systematické shromažďování dat o pacientovi a jeho problémech, rozpoznávat problém (analýza dat), plánování (kladení cílů, volba řešení), realizaci (uskutečnění cílů) a zhodnocení (posouzení účinnosti plánu). Všechny tyto dovednosti jsou různé činnosti, ale i tak spolu úzce souvisí a vytváří proto neustálý koloběh myšlení a jednání (34).

Pro optimální léčebný režim dítěte ve všech jeho složkách je důležité naplnit a uspokojit jeho potřeby. V průběhu léčení se tyto potřeby mění. Malé dítě nemá možnost ani schopnost sdělit nám své potřeby, a tak je vyjadřuje neverbálními projevy v chování. A proto je velice důležité a nezbytné, aby ošetřující personál pečlivě sledoval stav nemocného dítěte, jeho projevy nebo změny v chování (34).

Mezi nejčastější ošetřovatelské diagnózy v souvislosti s hospitalizací dítěte s diabetem mellitem řadíme: porušený spánek - 00095, nedostatek zájmových aktivit – 00097, efektivní léčebný režim -00082, deficit vědomostí o své nemoci - 00126, riziko osamělosti - 00054, riziko oslabení rodičovské vazby k dítěti - 00058, strach - 00148, úzkost – 00146, nedostatečné zvládnutí zátěže rodinou – 00074 ochota ke zvládnutí zátěže rodinou - 00075, poškozená kožní integrita – 00044, akutní bolest – 00132, sociální izolace – 00053, přerušovaný život rodiny – 00060, narušené chování dítěte – 00116, riziko narušení chování dítěte – 00115 a jiné (23).

Cíle jsou plánované v souvislosti s hospitalizací a onemocněním dítěte, mohou být však krátkodobé, dlouhodobé, obecné, konkrétní a mohou se dotýkat pacienta, rodiny nebo sestry. V některých případech se mohou různit, ale především je jejich společným cílem uzdravení, zkvalitnění zdravotního stavu dítěte a zlepšení jeho zdraví. V případě pediatrického pacienta je do tohoto týmu nejvíce zapojena rodina a jejich společným a nejhlavnějším cílem je bezpochyby uzdravení dítěte a navrácení jej do domácího prostředí (24).

Oš. diagnóza: Porucha kožní integrity související s aplikací inzulínu projevující se drobnými modřinkami po aplikaci.

Cíl : Brzké zhojení kožních ran bez komplikací

Výsl. kritéria : Udržet optimální tělesný stav

Pacient a rodina má dostatek informací o nutnosti střídání míst vpichu inj. do 24 hod.

Dítě a rodina je schopen zvládnout situaci do 5 dnů

Intervence : Zmapuj velikost poškození kůže

- Zjisti bolestivost a citlivost v místě vpichu (bolestivost zhodnot')
- Zmapuj obvyklou délku hojení ran
- Vysvětli nutnost střídání míst vpichu
- Zajisti přístup dítěte i jeho blízkých k nemoci
- Denně kontroluj kůži
- Vše prokonzultuj s dítětem i s rodiči
- Zpětnou vazbou zjisti, zda Ti bylo rozuměno
- Poskytni dostatek času na případné dotazy

Hodnocení : Pacient i rodina zná nutnost střídání míst vpichu, rodiče nabídlí pomoc při aplikaci inzulínu do pacientově obtížně dostupných míst na těle (zevní strana paže).

1.11 RODINA

Funkční a fungující rodina je pro dítě největší zárukou bezpečí a jistoty. Její význam se maximálně uplatní v případě tíživé situace, kterou pro dítě cukrovka bezesporu je. Nejdůležitější zdrojem informací pro zdravotníky je určitě rodina.

Nejde pouze o sdělení údajů v anamnéze o nemocném dítěti. Ale je nutné znát i situaci v rodině, životní styl, materiální zajištění rodiny a celou škálu dalších informací, které lze získat během léčby.

Pro další vývoj dítěte, poskytnutí správného léčebného režimu, je účast rodiny nezbytně nutná. O vážnosti nemoci, léčbě, dalších perspektivách nemoci jsou rodiče informováni pouze lékařem. Reakce rodiny na onemocnění dítěte se nedá předvídat. Nemusí být v ten okamžik adekvátní, nemusí odpovídat závažnosti ani prognóze onemocnění. Celá řada faktorů ovlivňuje způsob, jakým se rodina vyrovná se sdělením lékaře:

1. osobnostní charakteristika každého z členů rodiny
2. rodinné vztahy mezi jednotlivými členy rodiny
3. osobní zkušenosti s diabetem nebo s diabetem blízkých osob
4. osobní zkušenosti se zdravotníky
5. životní přesvědčení, postoje a víra.

V začáteční fázi nemoci je chování rodinných příslušníků hlavně především ovlivněno strachem, úzkostí a obavou o dítě, která může být způsobena nedostatkem informací. Nezanedbatelná je psychická podpora ze strany ošetřujícího personálu, nabídka spolupráce, motivace, vyzdvižení významu podílu rodinných příslušníků na péči o dítě. Rodina je základní společenskou jednotkou a sociální skupinou zároveň (5,6).

V dřívějších dobách bylo zvykem, že se rodina postará o ty jedince, kteří ztratili schopnost postarat se o sebe ve zdraví i v nemoci. Postupným vývojem doby a společnosti však rodina ustoupila do pozadí. Zodpovědnost za péči o

nemocné převzala z větší míry zdravotnická a soukromá zařízení (19). Ale i tak mohou rodinní příslušníci pacientův stav ovlivnit ve všech směrech. Negativně i pozitivně. V negativním směru např. sdělováním nemilých zpráv, donáškou špatně volených jídel apod. Pozitivně může rodina působit, pokud dítě povzbuzuje, chválí v jeho pokrocích a úspěších v léčbě. Proto je pro dítě důležité dobré rodinné zázemí.

Děti jsou déle odkázány na pomoc rodičů. Hledají u nich ochranu, podporu, pochopení, bezpečí a jistotu. Nutnost udržování rovnováhy mezi aplikací inzulínu, příjmem potravy a pohybem představuje pro mladého diabetika i jeho rodinu velkou zátěž. Již v mateřských školách jsou určité potíže s přijetím dítěte. Školky někdy nechtějí přijmout malého diabetika, z obav z případné odpovědnosti za hypoglykémie. V mateřské a základní škole nastává problém hlavně s dietním stravováním a aplikací inzulínu.

Na první pohled nerozeznáme děti s diabetem od dětí zdravých. A přesto se jejich nemoc dotýká všech, kteří s nimi žijí a pracují – nejen rodiny (rodičů, prarodičů a sourozenců), učitelů ve školách, vychovatelů, ale i kamarádů a sousedů. Aby tyto děti mohly a chtěly žít normálním životem tak jim k tomu musíme umět pomoci (12).

Pokaždé záleží pouze na schopnosti vyrovnat se s nemocí nejen ze strany rodiny, ale i ze strany nemocného. Proto je důležité povzbuzení a dobré, klidné a pevné rodinné zázemí (10,11).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

2.1 CÍL

Cílem práce je objasnit na základě výzkumného šetření péči, edukaci a vliv rodiny na mladšího klienta při jeho začleňování do běžného života a zjištění, jaký edukační vliv má na pacienta edukace z hlediska zdravotnictví či školství. A dále taky formou výzkumu zjistit jak jsou samotné děti informovány o své nemoci a o životě s ní.

2.2 HYPOTÉZY

Hypotéza 1: Rodiny s nižším vzděláním mají menší vliv na dítě s DM při jeho začleňování do běžného života než rodiny s vyšším vzděláním.

Hypotéza 2: Děti s DM slabšího sociálního zázemí mají těžší začleňování do běžného života a přístup k potřebné léčbě.

Hypotéza 3: Pro dítě s DM z rodiny s více sourozenci je lehčí nástup do běžného života.

Hypotéza 4: Rodiny s DM I. typu potřebují kontakt s rodinou stejného onemocnění.

Hypotéza 5: Děti předškolního věku dodržují léčbu přesněji než děti školního věku.

3 METODIKA

3.1 POUŽITÁ METODIKA

Zvolenou metodikou je metoda dotazování formou dotazníku se souborem otevřených, polootevřených a uzavřených otázek. Dotazníkové šetření bylo provedeno u dětí a rodičů, kteří docházejí do endokrinologické poradny v nemocnici Písek, nebo jsou zde průběžně hospitalizováni.

Ke zpracování údajů a vypracování praktické části bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. Byla použita metoda dotazníku. Výzkum se uskutečnil v měsících únoru a březnu roku 2010. Dotazníky byly anonymní a jejich vyplnění dobrovolné.

Byly vytvořeny tři druhy dotazníků. Jeden pro rodiče (Příloha 5), jeden pro předškolní děti (Příloha 6) a jeden pro školní děti (Příloha 7).

Dotazník pro rodiče obsahuje 27 otázek. Z toho bylo 24 otázek uzavřených a 2 otázky polouzavřené a 1 otázka otevřená. Dotazník byl určen rodičům, kteří mají dítě nemocné cukrovkou I. typu a žijí s ním ve společné domácnosti.

Dotazník pro předškolní děti obsahuje 22 otázek. Všechny otázky v dotazníku jsou uzavřené. Dotazník byl určen pro děti navštěvující předškolní zařízení (mateřskou školu), které mají cukrovku I. typu, ale i dětem s DM, které do mateřské školy nechodí.

Dotazník pro školní děti obsahuje 29 otázek. Z toho bylo 28 otázek uzavřených a 1 otázka polouzavřené. Dotazník byl určen pro děti, které navštěvují první i druhý stupeň základní školy a mají cukrovku I. typu.

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

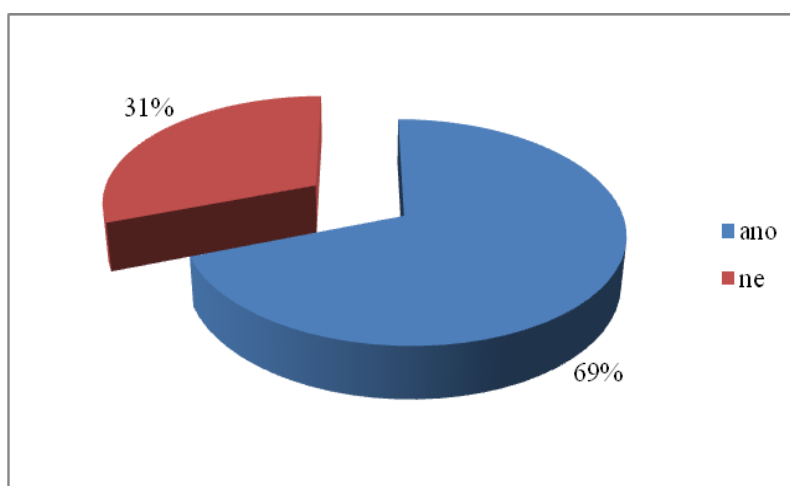
První výzkumný soubor tvořilo celkem 75 respondentů (rodiče dětí s DM). Druhý výzkumný soubor tvořilo celkem 75 respondentů (děti předškolního a školního věku s DM). Z toho bylo 20 dětí předškolního věku a 55 dětí školního věku. Tyto dotazníky byly rozdány za pomoci paní Zdeny Staňkové, předsedkyně diabetického centra DIACEL se sídlem v Písku všem rodinám s diabetickými dětmi po celé republice.

4 VÝSLEDKY

4.1 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ U RODIČŮ

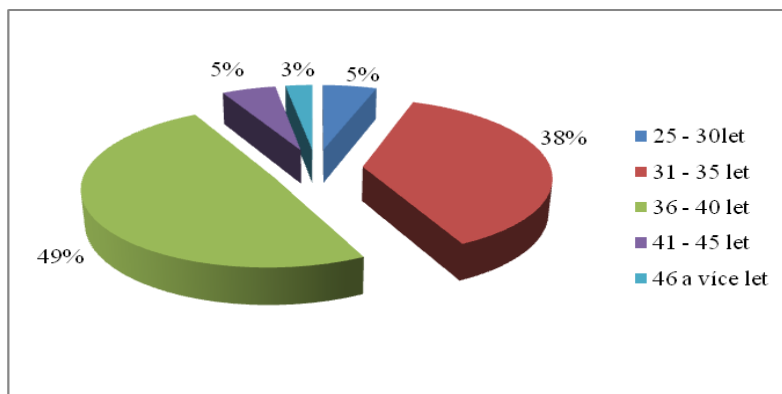
Čísla grafů nesouhlasí s čísly otázek v dotazníku pro rodiče.

Graf č. 1 - Považujete dítě s diabetem za handicapované?



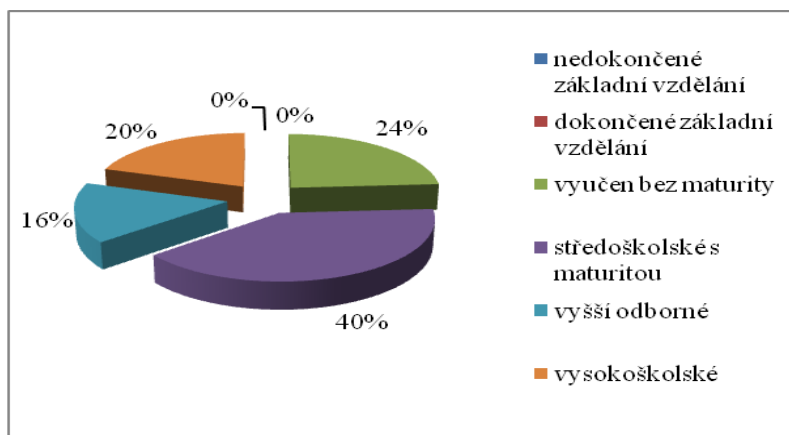
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů, si 52 (69%) respondentů myslí, že dítě s diabetem je handicapované, pouze 23 (31%) dotázaných respondentů uvedlo, že nepovažuje děti diabetem za handicapované.

Graf č. 2 - Věková struktura respondentů – rodičů.



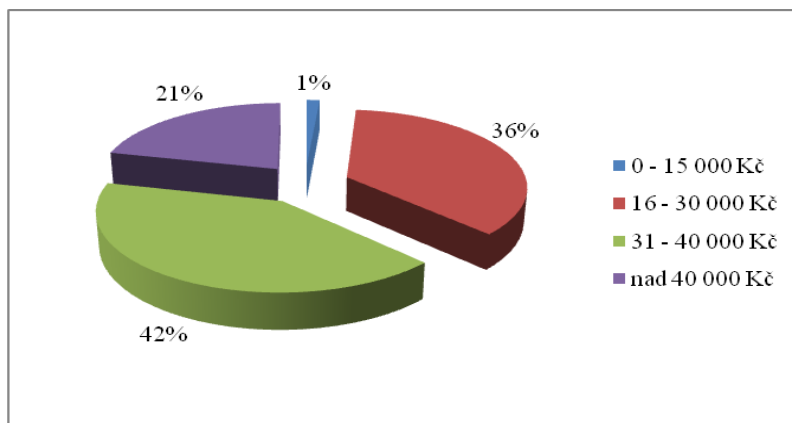
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů byly 4 (5%) dotázaných v kategorii 25- 30 let, 28 (38%) respondentů bylo ve věku 31-35 let, 37 (49%) respondentů bylo ve věku 36 - 40 let, 4 (5%) respondenti byli ve věku 41- 45 let a 2 (3%) respondenti byli ve věku 46 a více let.

Graf č. 3 - Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



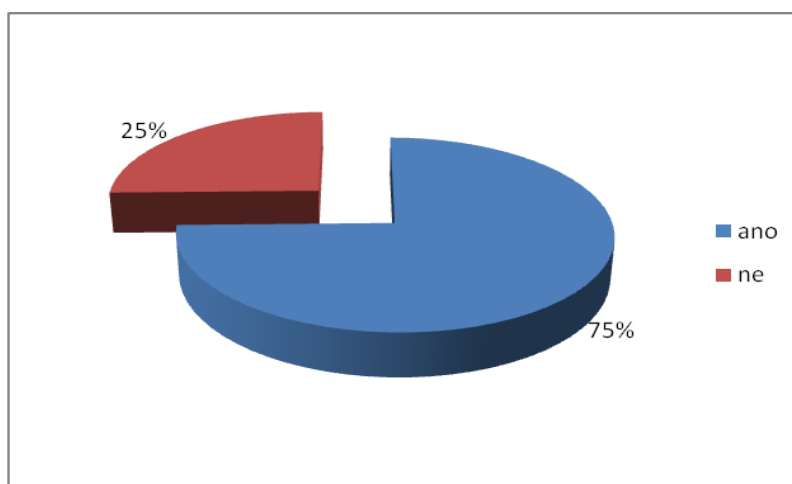
Z celkového počtu respondentů 75 (100%), je 15 (20%) dotázaných respondentů vysokoškolsky vzdělaných, 30 (40%) dotázaných respondentů vystudovalo střední školu s maturitou, 18 (24%) dotázaných respondentů se vyučilo bez maturity, 12 (16%) dotázaných má vyšší odborné vzdělání. Jako své nejvyšší dosažené vzdělání nikdo z dotázaných respondentů neuvedl základní školu.

Graf č. 4 - Jaký je čistý měsíční příjem celé rodiny?



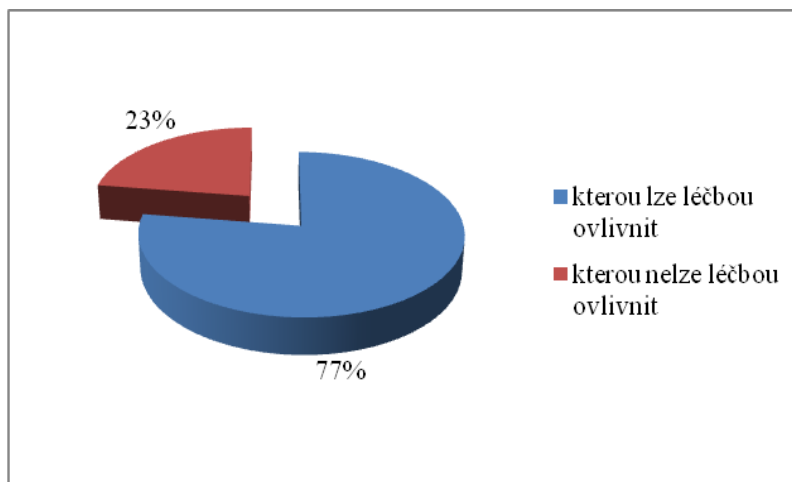
Z celkového počtu respondentů 75 (100%) uvedl pouze 1 (1%) respondent svůj čistý měsíční příjem do 15 000Kč, 27 (36%) rodin respondentů má měsíční příjem 16 000 – 30 000Kč, ve 31 (42%) rodin je jejich čistý příjem za měsíc 31 000 – 40 000Kč a nad 40 000Kč za měsíc uvedlo jako měsíční příjem rodiny 16 (21%) respondentů.

Graf č. 5 - Je pro Vás léčba DM finančně náročná?



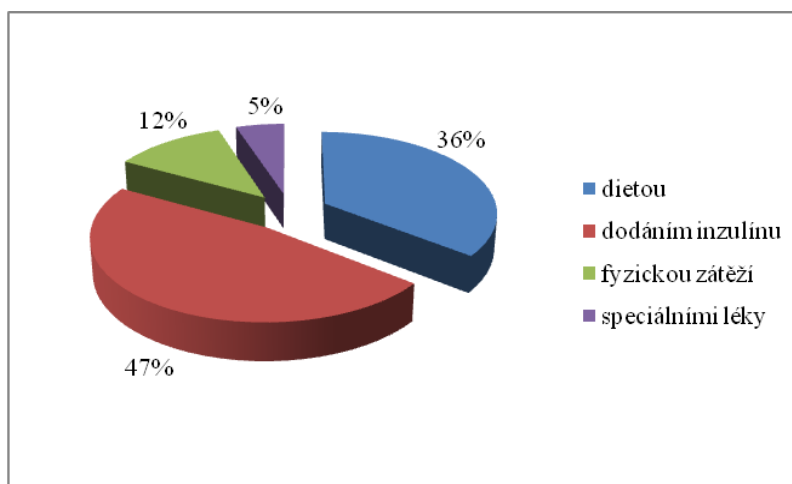
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů 19 (25%) respondentů uvedlo, že léčba jejich dítěte s DM pro ně není finančně zatěžující, v 56 (75%) respondentů uvedlo, že pro jejich rodinu je léčba jejich dítěte finančně náročná.

Graf č. 6 - DM je dle Vašeho názoru choroba:



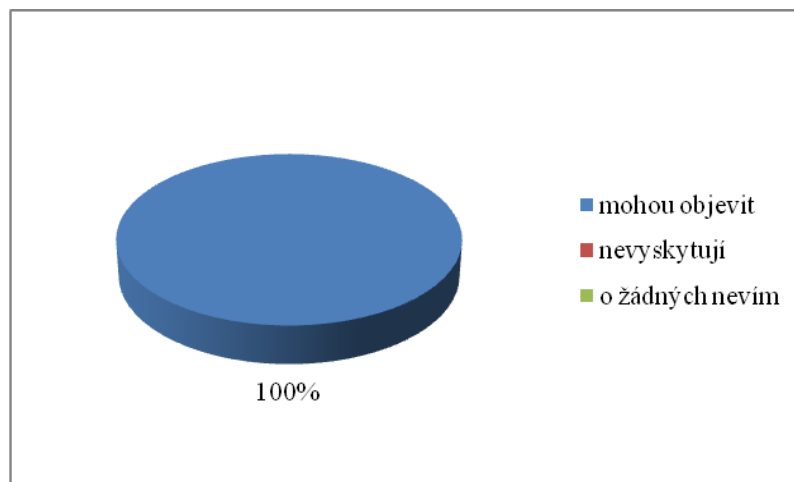
Z celkového počtu respondentů 75 (100%) si 17 (23%) respondentů myslí, že DM nelze léčbou ovlivnit, oproti tomu 58 (77%) respondentů uvádí, že DM lze ovlivnit léčbou.

Graf č. 7 - DM lze podle Vašeho názoru léčit



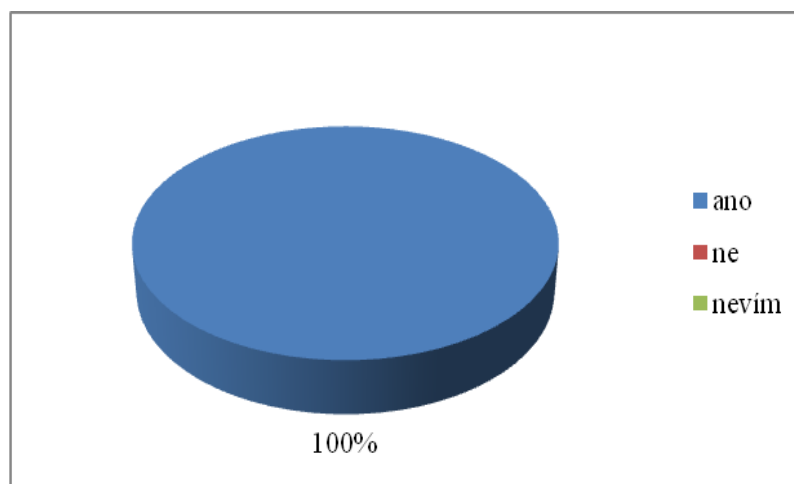
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů 21 (36%) respondentů uvedlo, že DM lze léčit dietou, 28 (47%) respondentů uvádí, že DM lze léčit dotáním inzulínu, 7 (12%) respondentů jako léčbu DM uvádí fyzickou zátěž a pouze 2 (5%) respondenti uvádí léčbu speciálními léky.

Graf č. 8 - V případě výskytu DM se komplikace:



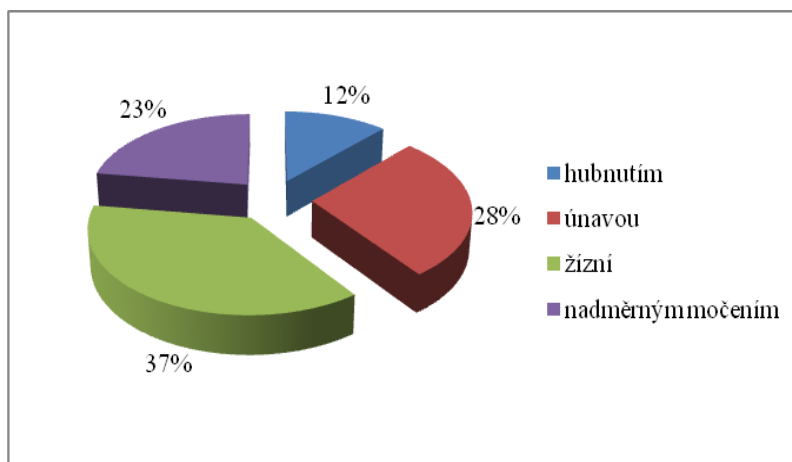
Z celkového počtu respondentů 75 (100%) uvádějí, že komplikace při DM se mohou objevit. Žádný z dotázaných respondentů neodpověděl, že se komplikace nevyskytují, nebo že o žádných neví.

Graf č. 9 - Existují podle Vás různé typy DM?



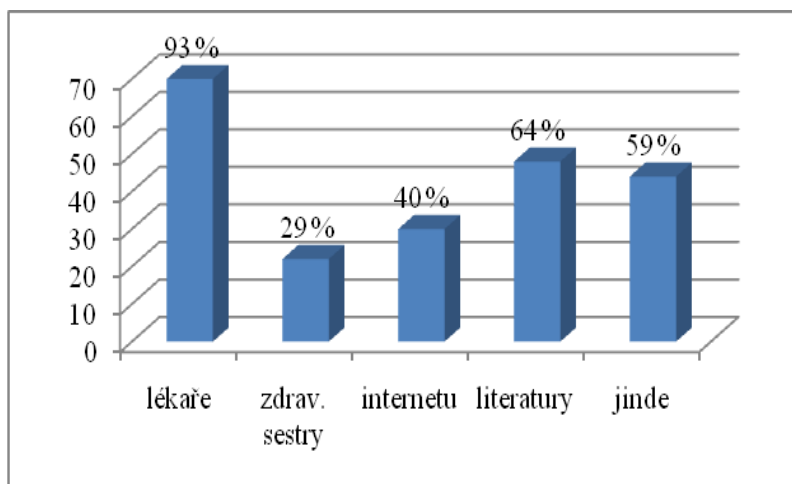
Z celkového počtu respondentů 75 (100%) znají všichni respondenti různé typy DM. Žádný z nich neodpověděl ne ani nevím.

Graf č. 10 - Kterými z uvedených potíží nejčastěji trpí podle Vašeho názoru pacienti – diabetici u nekompenzovaného DM?



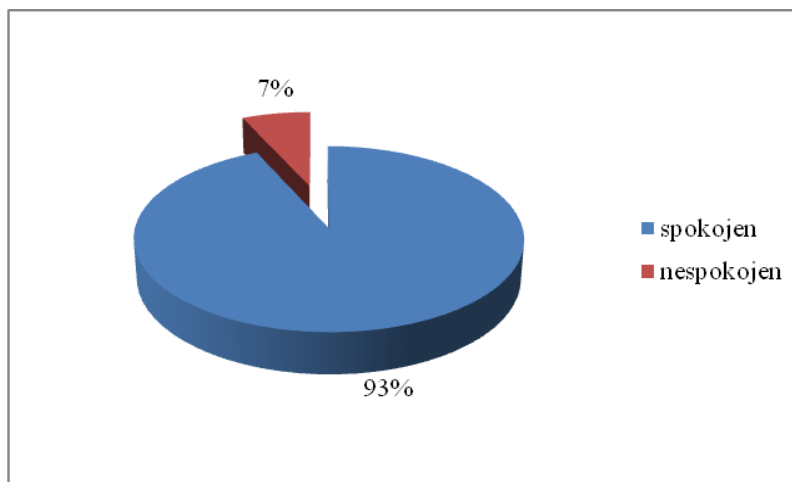
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů, si 17 (23%) respondentů myslí, že pacienti s DM trpí nadměrným močením, pro 28 (37%) respondentů je nejčastější potíží při DM žízeň, 21 (28%) respondentů uvádí jako největší potíž při DM únavu, 9 (12%) respondentů označilo za nejčastější potíž hubnutí.

Graf č. 11 - Od koho získáváte informace o nemoci?



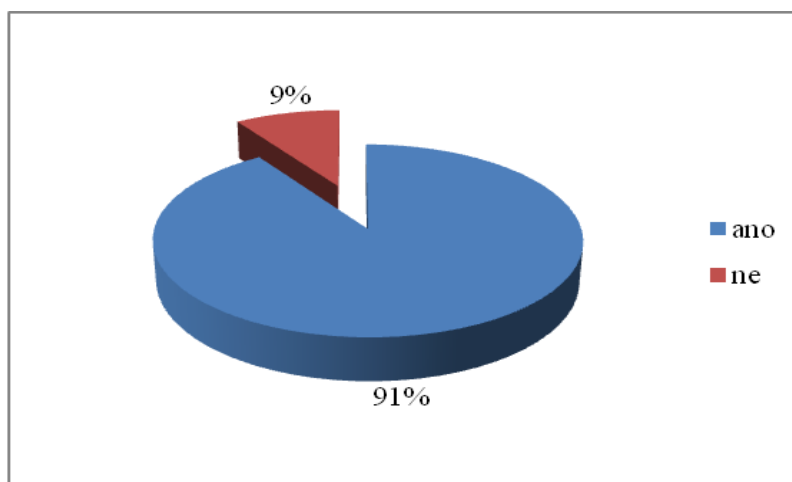
V této otázce byla možnost více odpovědí. 70 (93%) z celkového počtu 75 (100%) respondentů získává informace o nemoci od lékaře, 48 (64%) z literatury, 44 (59%) jinde, 30 (40%) z internetu a od zdravotní sestry 22 (29%) respondentů.

Graf č. 12 - Jste spokojeni s rozsahem možnosti získat informace?



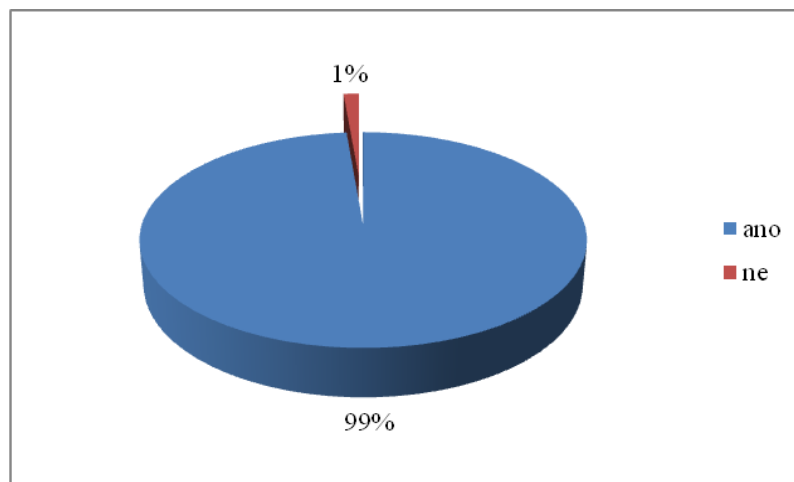
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů je 70 (93%) respondentů spokojeno s rozsahem získávání informací, pouhých 5 (7%) respondentů není spokojeno s možnostmi získávání informací o DM.

Graf č. 13 - Jsou pro Vás tyto informace dostačující?



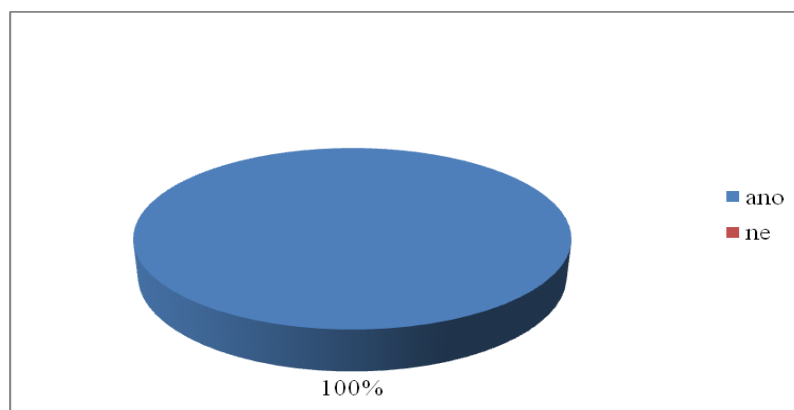
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů, označilo získané informace jako dostačující 68 (91%) respondentů, zbylých 7 (9%) respondentů si myslí, že informace o DM nejsou dostačující.

Graf č. 14 - Mají Vaši příbuzní informace o DM Vašeho dítěte?



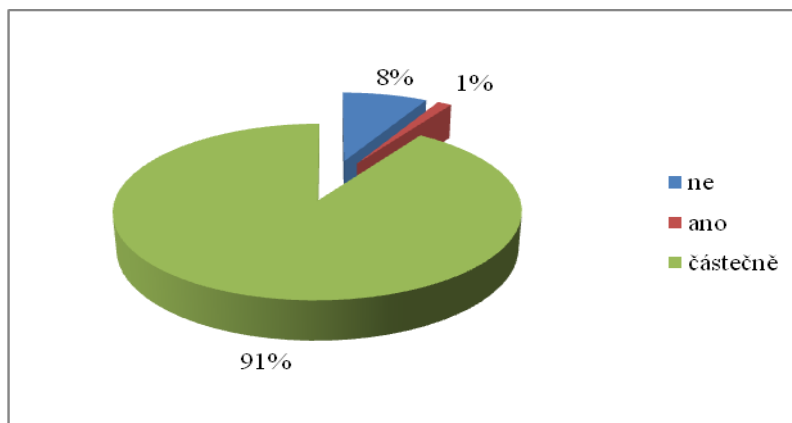
Z celkového počtu 75 (10%) respondentů, celých 74 (99%) respondentů odpovědělo, že příbuzní mají informace o DM, příbuzní 1 (1%) respondentů nemá informace o DM.

Graf č. 15 - Mluvíte o DM doma?



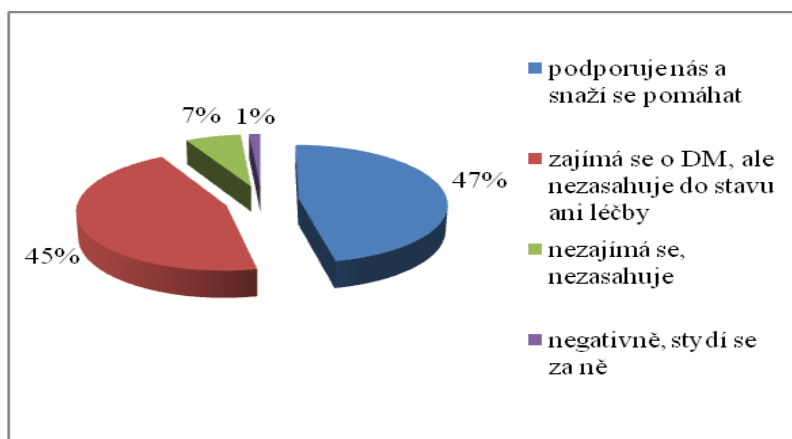
Z celkového počtu respondentů 75 (100%) všichni respondenti doma o DM mluví. Nikdo z respondentů nevedl, že by o DM doma nemluvíli.

Graf č. 16 - Omezuje Vás DM Vašeho dítěte ve Vašem osobním životě?



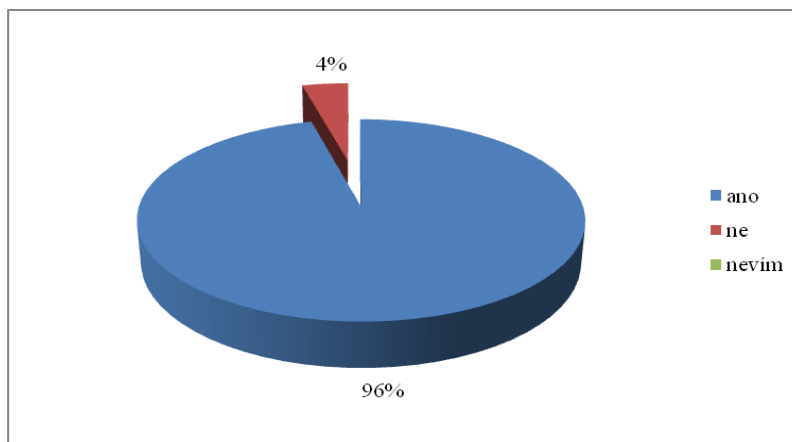
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů, 68 (91%) respondentů odpovědělo, že ho DM omezuje v osobním životě částečně, 6 (8%) respondentů nemá pocit, že by ho DM nějakým způsobem omezoval v osobním životě a 1 (1%) respondentů cítí, že ho DM omezuje v osobním životě.

Graf č. 17 - Jak vnímá onemocnění Vaše okolí?



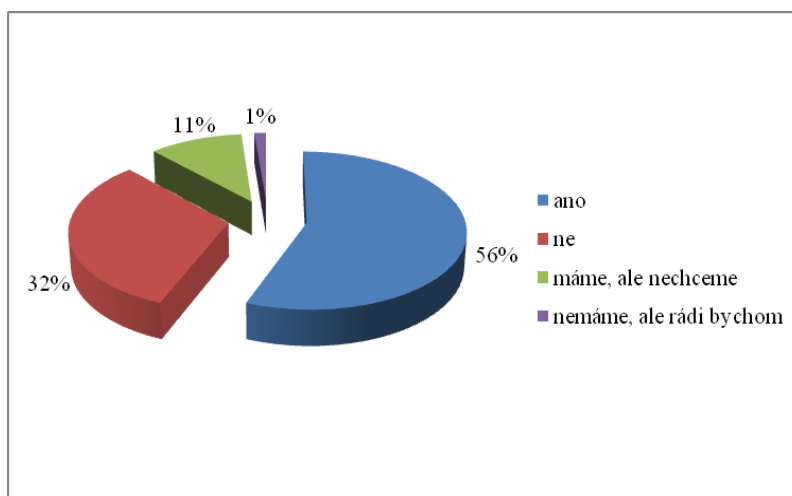
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů, okolí 1 (1%) respondentů vnímá DM negativně – stydí se za ně, 34 (45%) respondentů uvádí, že okolí se zajímá o DM, ale nezasahuje do stavu ani léčby, 5 (7%) respondentů uvádí, že jejich okolí se nezajímá a ani nezasahuje do léčby DM, 35 (47%) respondentů má v okolí podporu a pomoc.

Graf č. 18 -Využil byste nabídku edukačních pobytů určených pro diabetiky?



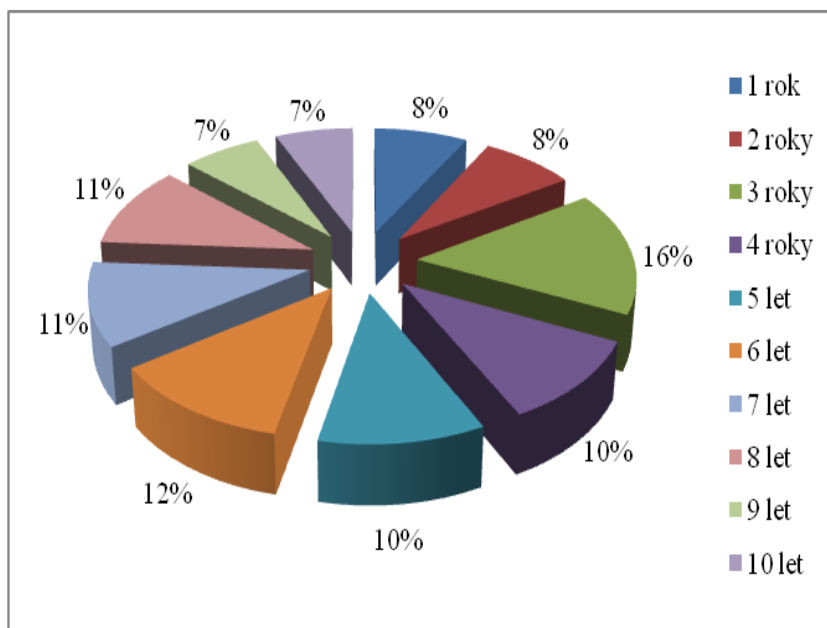
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů by 72 (96%) respondentů využilo nabídku na edukační pobyt, 3 (4%) respondenti by nabídku odmítli.

Graf č. 19-Máte možnost stýkat se s rodinami, které mají také diabetické dítě?



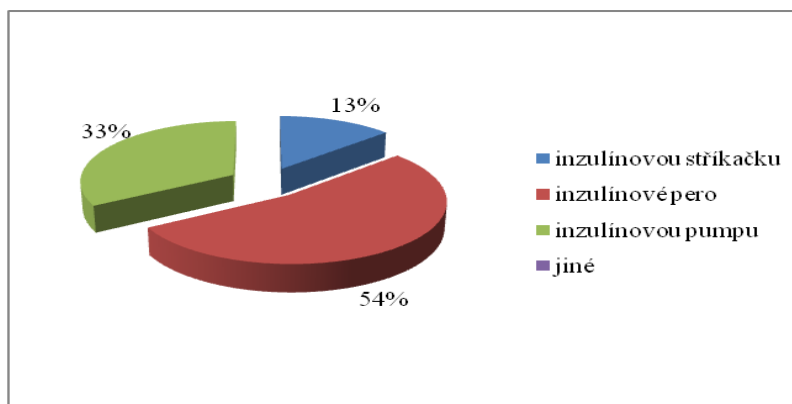
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů, 42 (56%) respondentů má možnost stýkat se s rodinami, které mají také dítě s DM, 24 (32%) respondentů nemá možnost kontaktu s jinou rodinou, 8 (11%) respondentů má možnost kontaktu s jinou rodinou, ale odmítá to, 1 (1%) respondent nemá možnost kontaktu s jinou rodinou, ale rád by kontakt měl.

Graf č. 20 - Jak dlouho se léčí Vaše dítě na DM 1. typu?



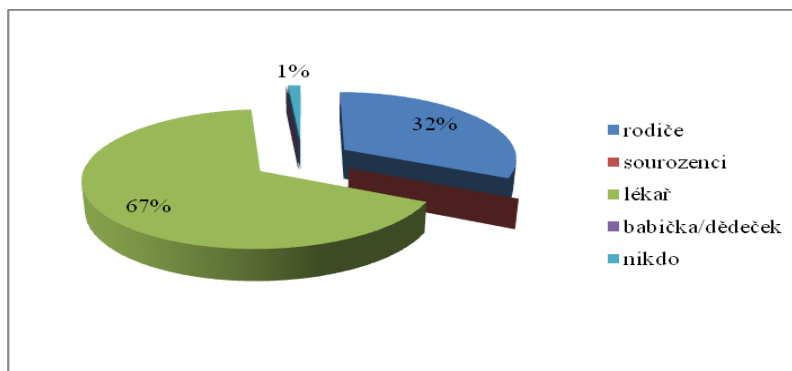
Z celkového počtu respondentů 75 (100%), 12 (16%) respondentů odpovědělo, že jejich dítě se léčí s DM 3 roky, 6 (8%) respondentů má nemocné dítě s DM 1 rok, taktéž 6 (8%) respondentů léčí DM 2 roky, 4 roky mají děti DM 8 (10%) respondentů, tak je tomu i u dětí s DM trvajícím již 5 let u 8 (10%) respondentů, 9 (12%) respondentů má dítě s DM již 6 let, u 8 (11%) respondentů má dítě DM 7 rok, také u 8 (11%) respondentů je dítě nemocné 8 let DM, 9 let má DM dítě u 5 (7%) respondentů a po dobu 10 let se dítě léčí s DM u 5 (7%) respondentů.

Graf č. 21 - Jakou pomůcku používá Vaše dítě k aplikaci inzulínu?



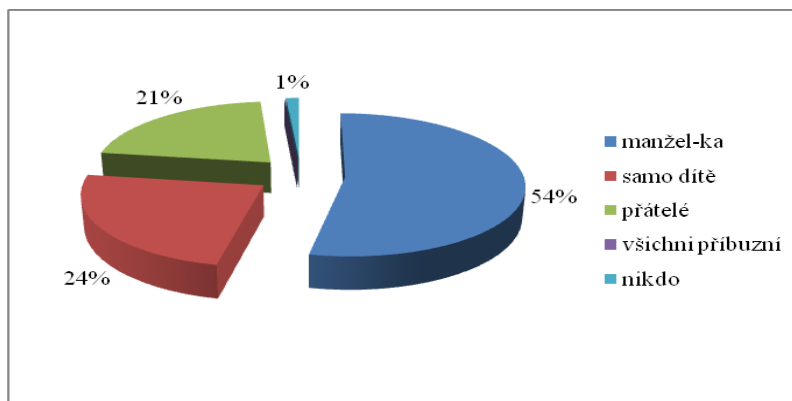
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů, odpovědělo 7 (13%) respondentů, že jeho dítě používá k aplikaci inzulínu inzulínovou stříkačku, inzulínové pero používá k aplikaci 43 (54%) dětí dotázaných respondentů, u 25 (33%) respondentů používá dítě k aplikaci inzulínu inzulínovou pumpu. Nikdo z respondentů nevrhl jinou možnost než jaké byly uvedeny.

Graf č. 22 - Kdo informoval dítě o jeho nemoci?



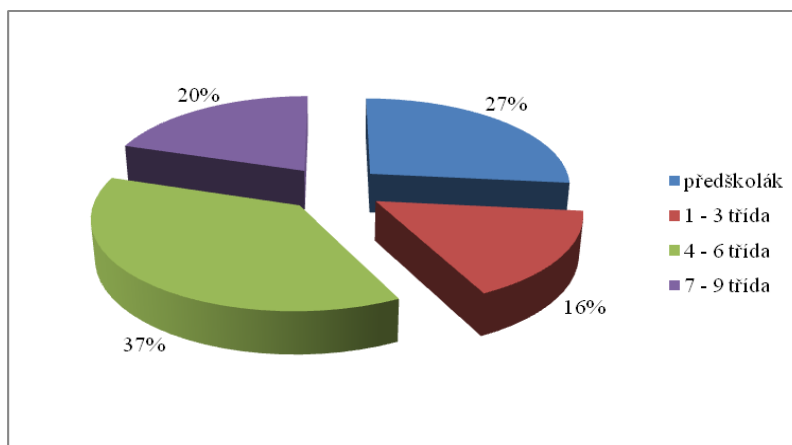
Z celkového počtu 75 (100%) respondentů, 50 (67%) odpovědělo, že o DM informoval dítě lékař, 24 (32%) respondentů informovali sami dítě o DM, 1 (1%) respondent uvedl, že nikdo neinformoval dítě o jeho nemoci. Žádný respondent neuvádí, že by se do podání informace o diabetu zapojil dědeček/babička nebo sourozenec.

Graf č. 23 - Kdo Vám byl oporou ve zvládnání nové situace?



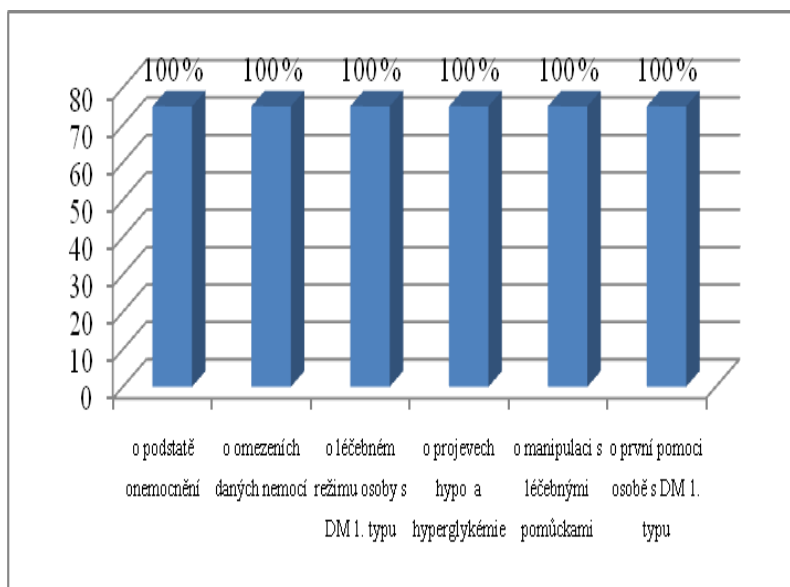
Pro 40 (54%) respondentů z celkového počtu 75 (100%) byla oporou ve zvládnání nové situace mamželka – manžel, 18(24%) respondentů mělo za oporu v nové situaci samo dítě, 16 (21%) respondentů cítilo oporu v přátelích, 1 (1%) respondent nepocíťoval oporu v nikom a žádný z respondentů nevedl, že by mu byli oporou všichni příbuzní.

Graf č. 24 - Kterou třídu Vaše dítě navštěvuje?



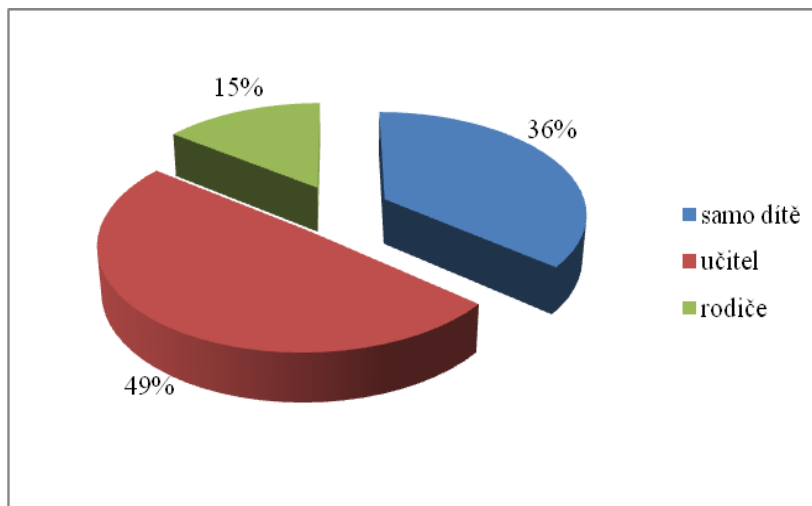
Z celkového počtu respondentů 75 (100%) má 12 (16%) rodičů dítě v 1 – 3 třídě ZŠ, 15 (20%) dětí chodí do 7 – 9 třídy ZŠ a nejvíce dětí s diabetem celých 28 (37%) navštěvuje 4 – 6 třídu ZŠ. Děti v předškolním věku je 20 (27%).

Graf č. 25 - Jaké znalosti o DM I. typu by měl mít učitel ZŠ, který se s žákem s DM I. typu nikdy nesetkal?



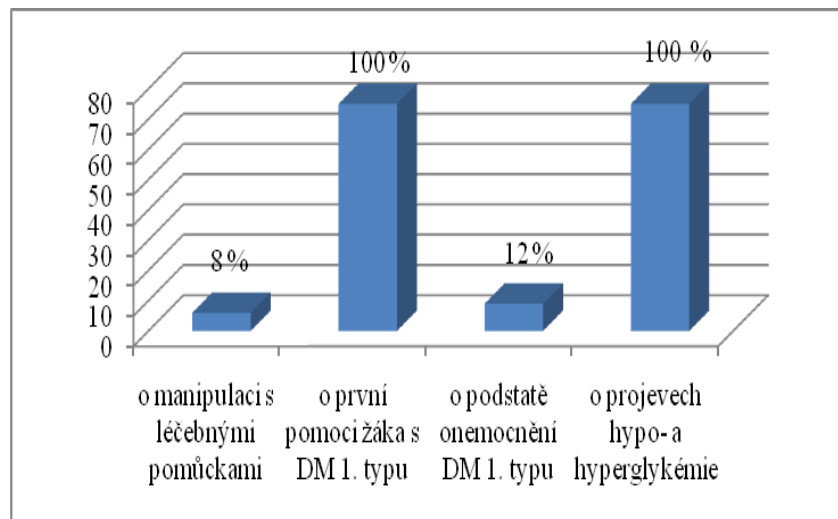
V této otázce bylo možné vybrat více odpovědí. Všech 75 (100%) respondentů shodně uvedlo, že učitel ZŠ by měl mít znalosti současně o podstatě onemocnění DM 1. typu, o omezeních daných nemocí (sport, strava apod.), o léčebném režimu osoby s DM 1. typu, o projevech hypo- a hyperglykémie, o manipulaci s léčebnými pomůckami i o první pomoci osobě s DM 1. typu.

Graf č. 26 - Kdo by měl informovat spolužáky ze třídy o onemocnění Vašeho dítěte?



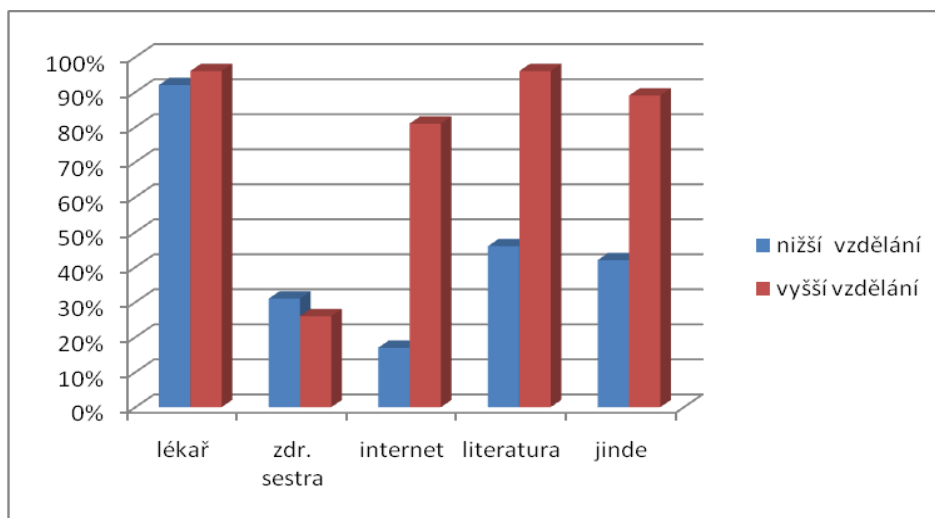
Z celkového počtu respondentů 75 (100%) uvádí 11 (15%) respondentů, že spolužáky dítěte s diabetem by měli informovat rodiče dítěte, 37 (49%) respondentů si myslí, že spolužáky by měl informovat učitel a 27 (36%) respondentů vkládá důvěru v dítě samo.

Graf č. 27 - Jaké informace o onemocnění by měly být sděleny spolužákům ze třídy Vašeho dítěte?



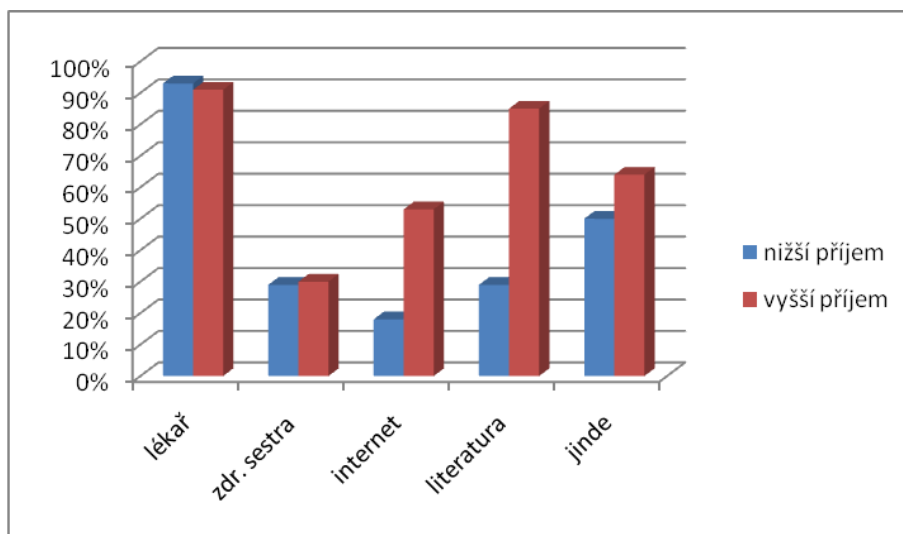
V této otázce bylo možné vybrat více odpovědí. Všech 75 (100%) respondentů se domnívá, že spolužákům by měly být sděleny informace o první pomoci pro žáka s DM 1. typu a o projevech hypo- a hyperglykémie. Informace o podstatě onemocnění DM 1. typu by sdělovalo 9 (12%) respondentů a o manipulaci s léčebnými pomůckami 6 (8%) respondentů.

Graf č. 28 – Porovnání rodičů dle vzdělání ve vztahu k získávání informací.



Informace o DM 1. typu získává od lékaře 44 (92%) respondentů s nižším vzděláním z celkového počtu 48 (100%) a 26 (96%) respondentů s vyšším vzděláním z celkového počtu 27 (100%). Od zdravotní sestry získává informace 15 (31%) respondentů s nižším vzděláním a 7 (26%) respondentů s vyšším vzděláním. Z internetu 8 (17%) a z literatury 22 (46%) respondentů s nižším vzděláním, oproti respondentům s vyšším vzděláním, kde z literatury čerpá informace 26 (96%) respondentů a z internetu 22 (81%) respondentů. Jiný zdroj uvedlo 20 (42%) respondentů s nižším vzděláním a 24 (89%) respondentů s vyšším vzděláním.

Graf č. 29 – Porovnání rodičů dle měsíčního příjmu ve vztahu k získávání informací

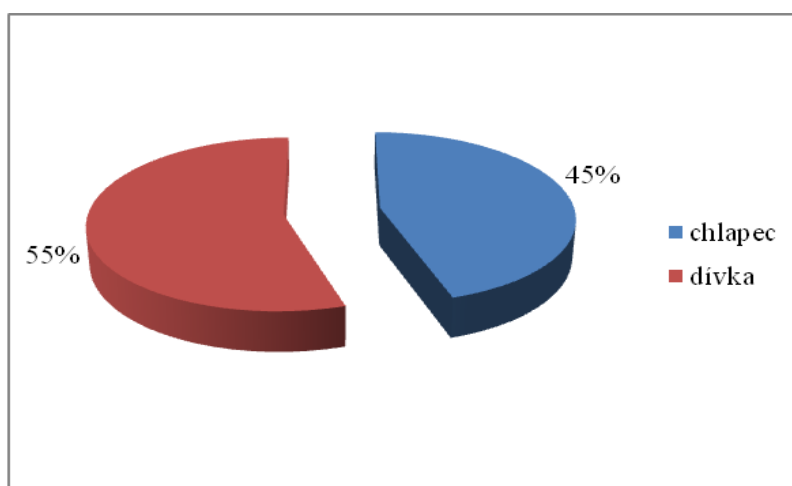


Informace o DM 1. typu získává od lékaře 27 (93%) respondentů s nižším příjmem z celkového počtu 28 (100%) a 43 (91%) respondentů s vyšším příjmem z celkového počtu 47 (100%). Od zdravotní sestry získává informace 8 (29%) respondentů s nižším příjmem a 14 (30%) respondentů s vyšším příjmem. Z internetu 5 (18%) a z literatury 8 (29%) respondentů s nižším příjmem, oproti respondentům s vyšším příjmem, kde z literatury čerpá informace 40 (85%) respondentů a z internetu 25 (53%) respondentů. Jiný zdroj uvedlo 14 (50%) respondentů s nižším příjmem a 30 (64%) respondentů s vyšším příjmem.

4.2 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

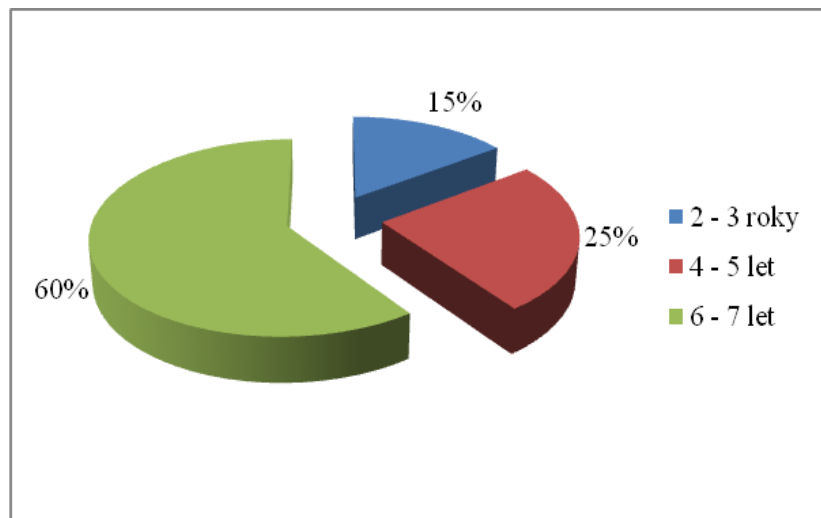
Čísla grafů nesouhlasí s čísly otázek v dotazníku pro předškolní děti.

Graf č. 30 - Pohlaví respondenta:



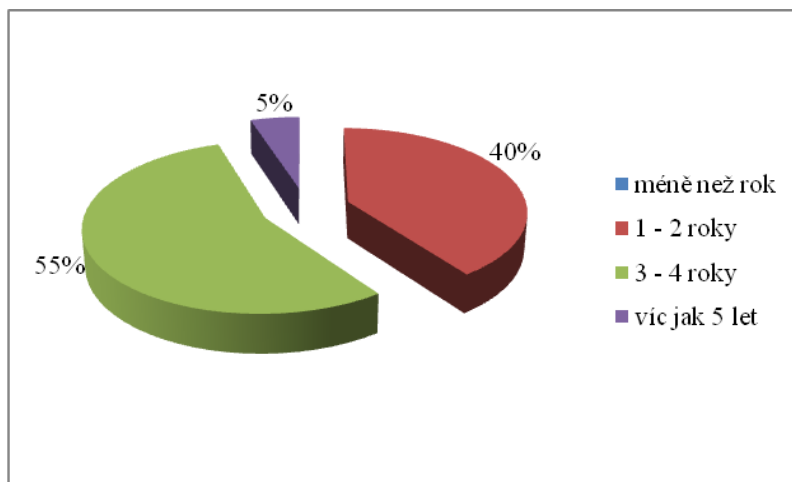
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, bylo 11 (55%) dívek a 9 (45%) chlapců.

Graf č. 31 - Kolik Ti je let?



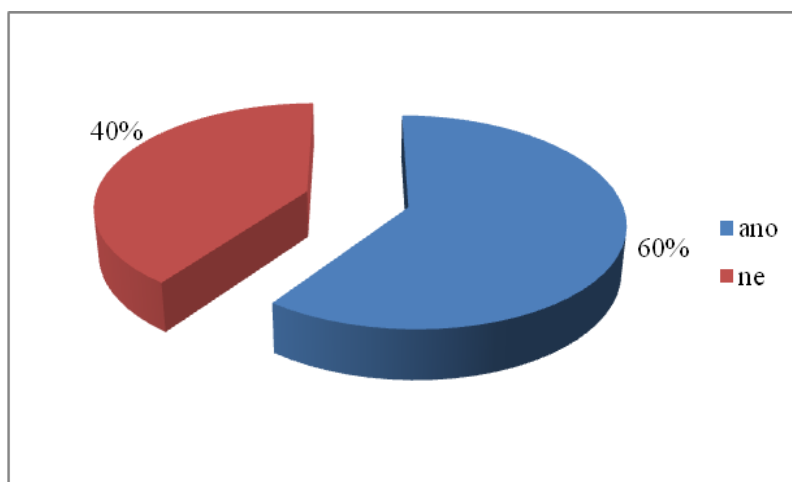
Z celkového počtu respondentů 20 (100%), bylo 5 (25%) respondentů ve věkovém rozmezí 4 – 5 let, 12 (60%) respondentů uvedlo věkové rozmezí 6 – 7 let, 3 (15%) respondenti 2 – 3 roky.

Graf č. 32 - Jak dlouho máš cukrovku?



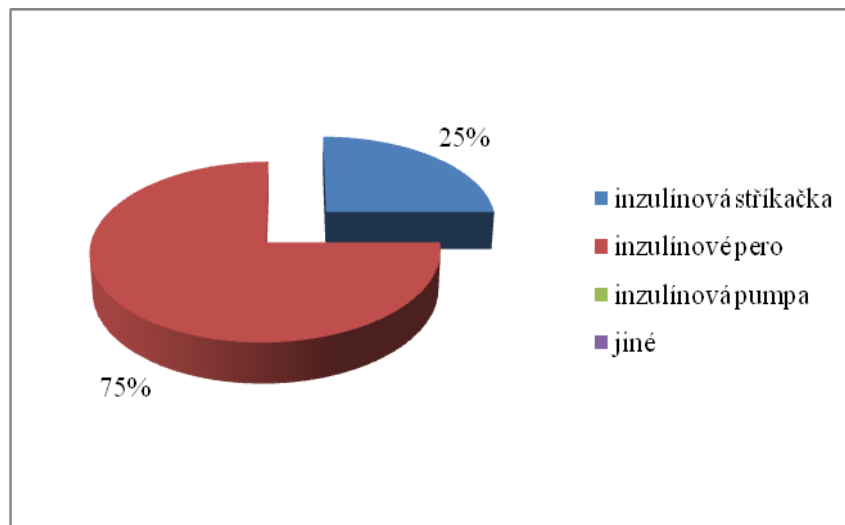
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, se 3 – 4 roky léčí 11 (55%) respondentů, 8 (40%) respondentů má cukrovku 1 – 2 roky, 1 (5%) respondent má cukrovku 5 a více let, nikdo z dotázaných respondentů (0%) nevedl, že by měl cukrovku méně než 1 rok.

Graf č. 33 - Aplikuješ si sám inzulín?



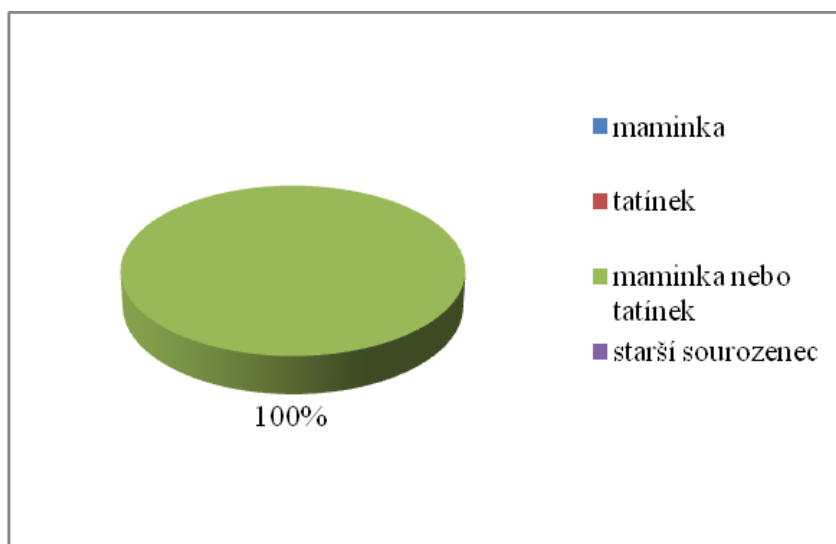
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů. 12 (60%) respondentů uvedlo, že si inzulín aplikuje sám, 8 (40%) respondentů si inzulín sám neaplikuje.

Graf č. 34 - Jakou pomůcku k aplikaci inzulínu používáš?



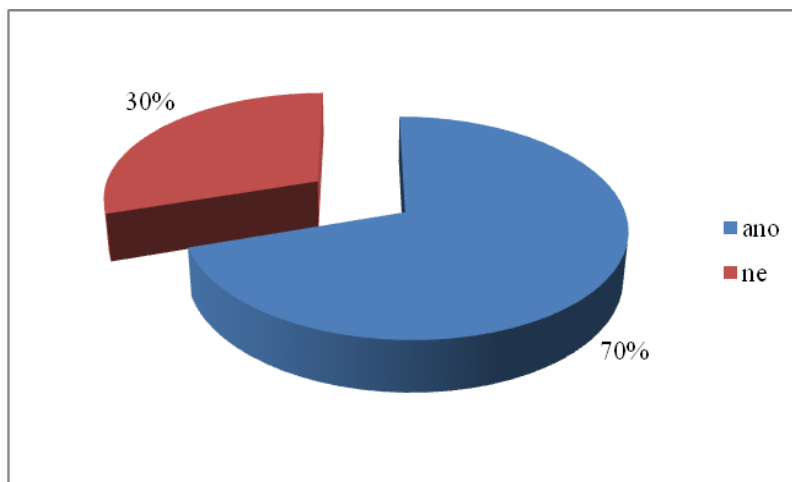
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, 15 (75%) respondentů uvedlo, že jako pomůcku k aplikaci inzulínu používá inzulínové pero, 5 (25%) respondentů uvedlo, že k aplikaci inzulínu používá inzulínovou stříkačku, (0%) respondentů nevedlo jako pomůcku k aplikaci inzulínu inzulínovou pumpu a ani jinou pomůcku.

Graf č. 35 - Kdo Ti aplikuje inzulín doma?



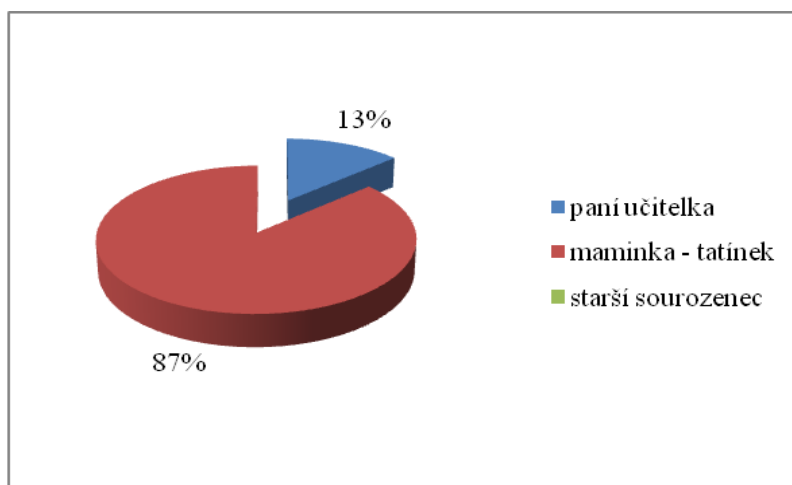
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, odpověděli všichni shodně, že doma jim inzulín aplikuje maminka nebo tatínek. Žádný (0%) respondentů nevedlo, že by jim doma aplikoval inzulín starší sourozenec nebo pouze maminka či pouze tatínek.

Graf č. 36 - Chodíš do školky?



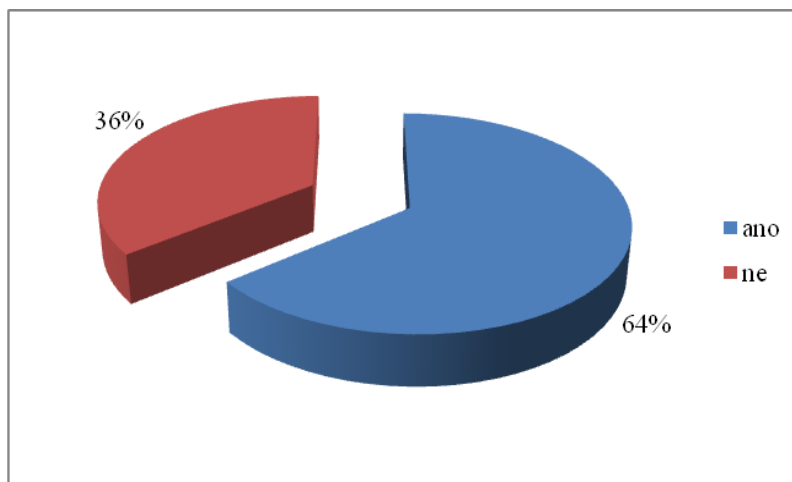
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, 14 (70%) respondentů navštěvuje mateřskou školu, 6 (30%) respondentů do mateřské školy nechodí.

Graf č. 37 - Kdo Ti aplikuje inzulín ve školce?



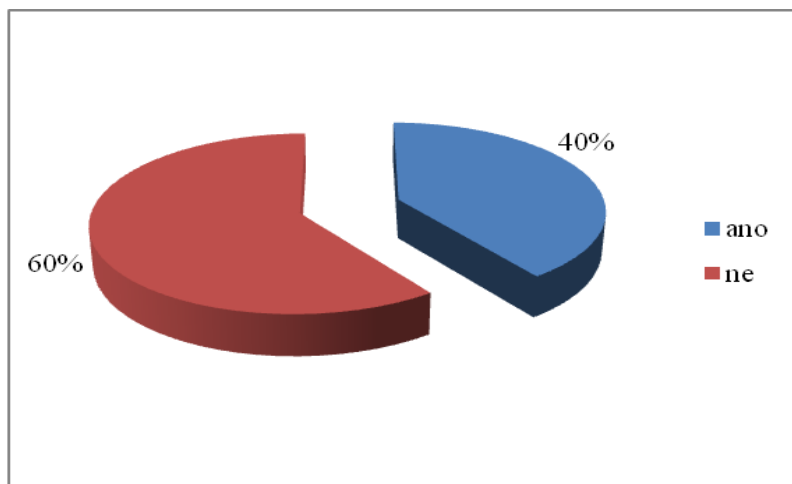
Z celkového počtu 14 (100%) respondentů ke 12 (87%) dětem dochází do mateřské školy na aplikaci inzulínu jeden z rodičů, 2 (13%) respondentům aplikuje inzulín v mateřské škole p. učitelka.

Graf č. 38 - Znají kamarádi ve školce Tvoji nemoc?



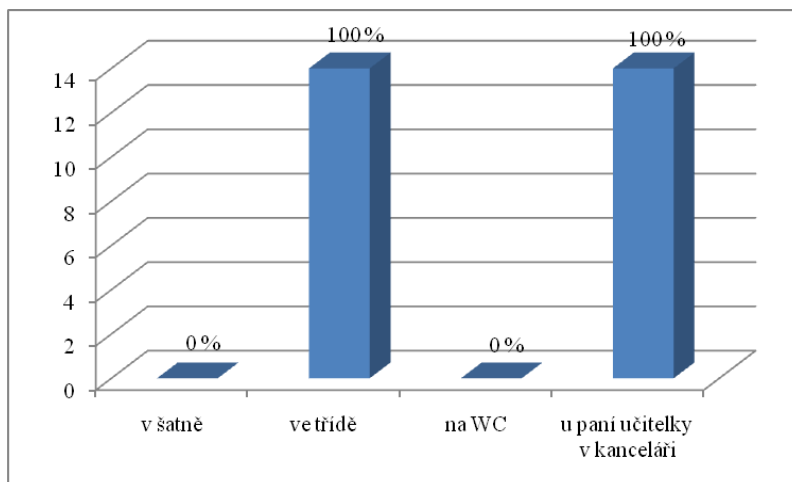
Z celkového počtu 14 (100%) respondentů, 9 (64%) respondentů uvedlo, že kamarádi v mateřské škole znají jeho nemoc, 5 (36%) respondentů uvádí, že jejich kamarádi v mateřské škole neznají jeho nemoc.

Graf č. 39 - Ptají se tě kamarádi na cukrovku?



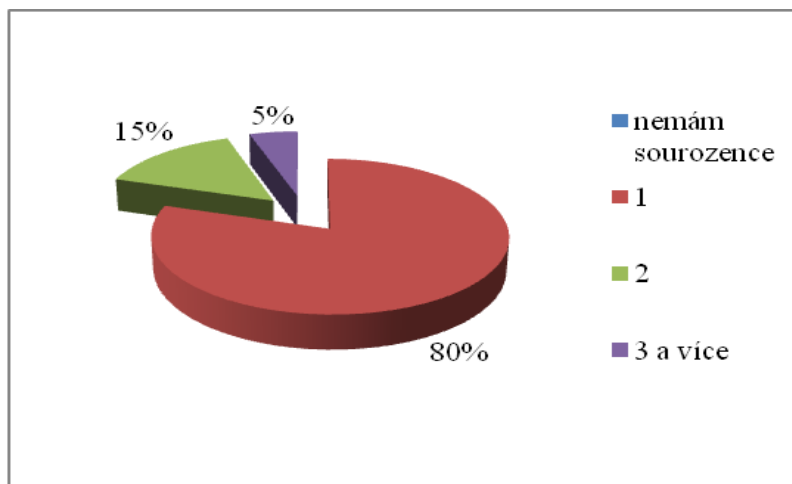
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, 8 (40%) respondentů odpovědělo, že kamarádi se ptají na cukrovku, 12 (60%) respondentů odpovědělo, že kamarádi se na cukrovku neptají.

Graf č. 40 - Kde ti ve školce aplikují inzulín?



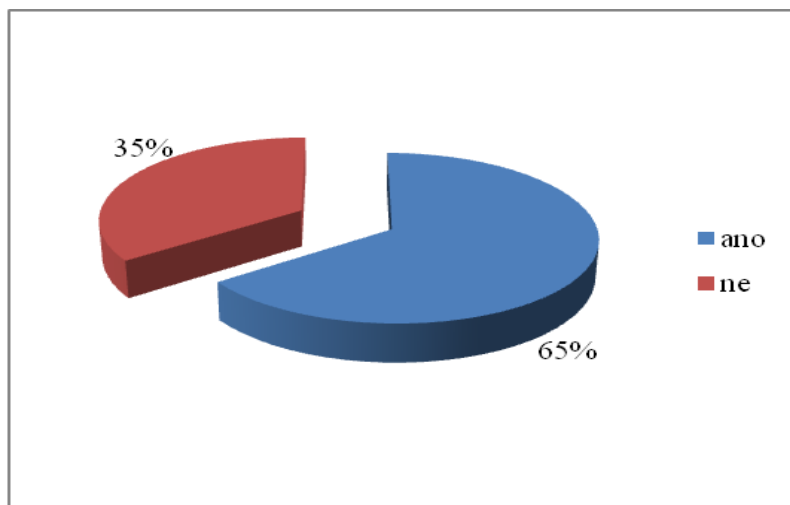
V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí. V šatně a na WC neaplikují inzulín žádnému z respondentů (0%) K aplikaci inzulínu ve školce dochází ve třídě u 14 (100%) respondentů, nebo u paní učitelky v kanceláři také u 14 (100%).

Graf č. 41 - Kolik máš sourozenců?



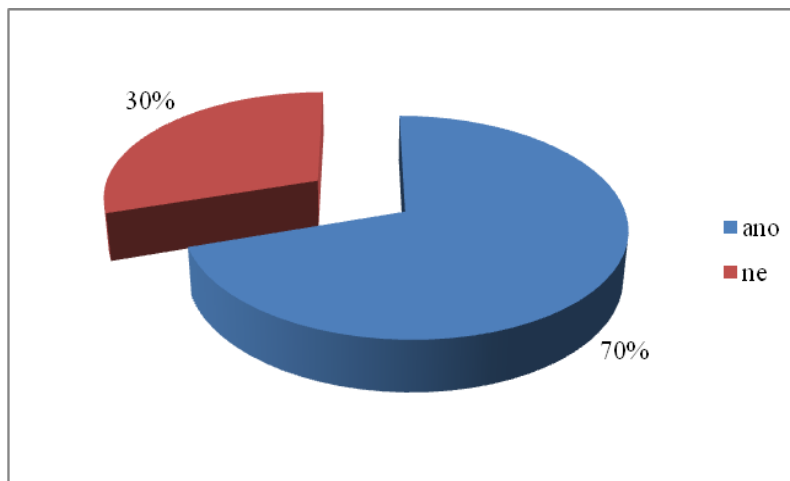
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, má 16 (80%) respondentů jednoho sourozence, dva sourozence mají 3 (15%) respondenti, tři a více sourozenců má 1 (5%) respondent a bez sourozence není nikdo z respondentů (0%).

Graf č. 42 - Pomáhají Ti sourozenci s věcmi kolem cukrovky?



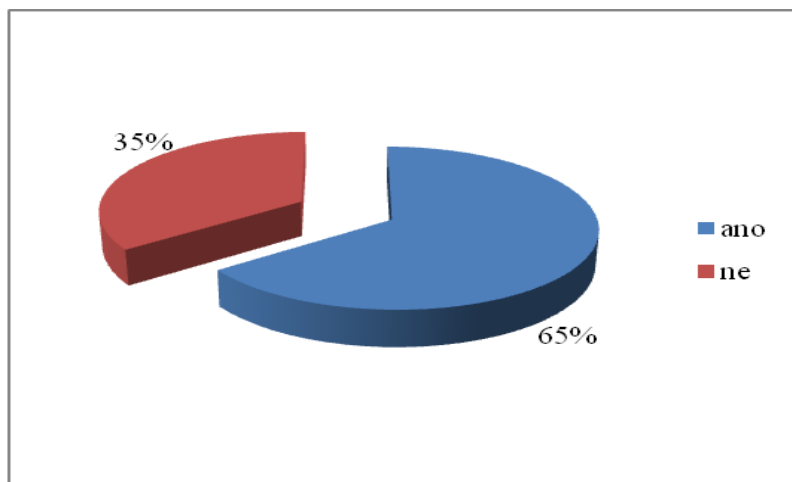
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, uvedlo 13 (65%) respondentů, že mu sourozenci s věcmi kolem cukrovky pomáhají, 7 (35%) respondentů sourozenci s věcmi kolem cukrovky nepomáhají.

Graf č. 43 - Zajímají se sourozenci o Tvou nemoc?



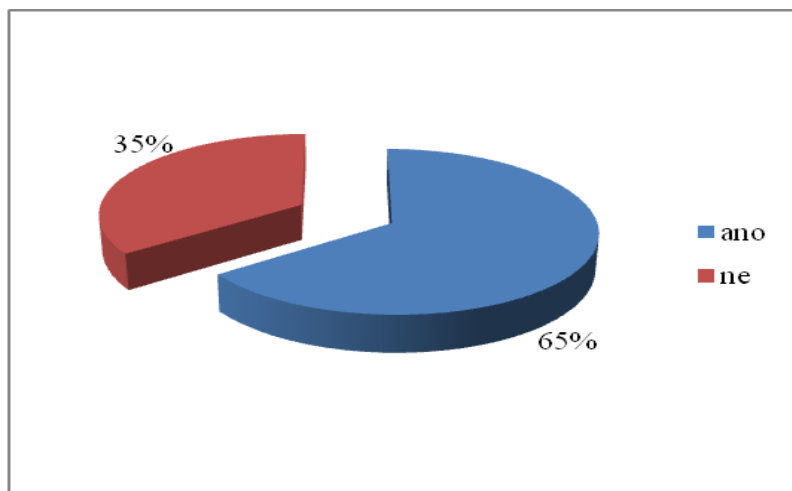
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů uvedlo 14 (70%), že se jejich sourozenci zajímají o jejich nemoc. 6 (30%) respondentů uvedlo, že se jejich sourozenci o nemoc nezajímají.

Graf č. 44 - Znáš komplikace cukrovky jako je hypo a hyperglykémie?



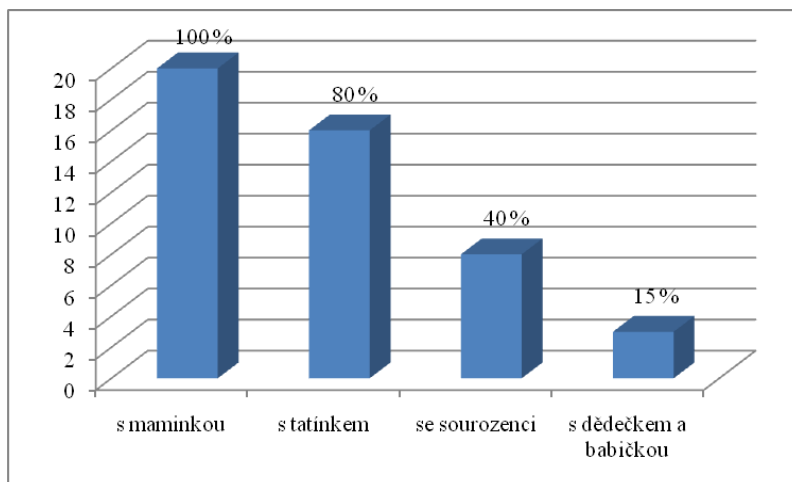
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, 13 (65%) respondentů zná komplikace cukrovky jako je hypo a hyperglykémie, 7 (35%) respondentů nezná komplikace cukrovky jako je hypo a hyperglykémie.

Graf č. 45 - Víš jak se máš zachovat, když dostaneš hypo nebo hyperglykémii?



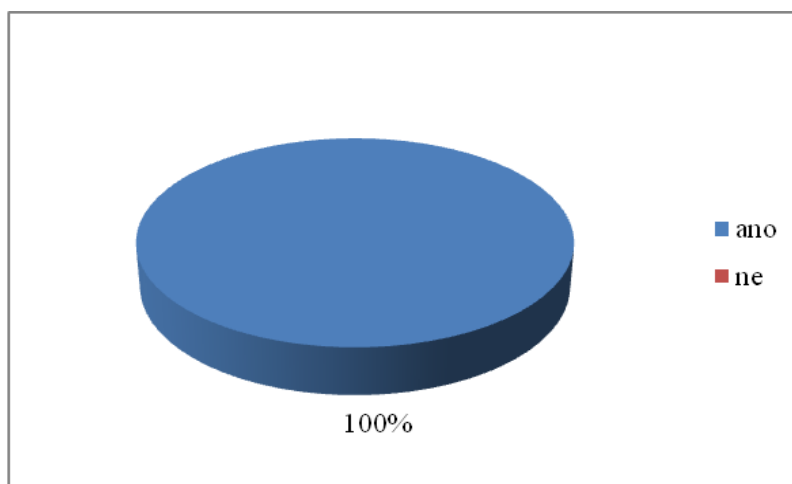
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, 7 (35%) respondentů neví jak by se zachovalo při hyper nebo hypoglykémii, 13 (65%) respondentů ví, jak by se zachovalo při hyper nebo hypoglykémii.

Graf č. 46 - Povídáš si doma s někým o cukrovce?



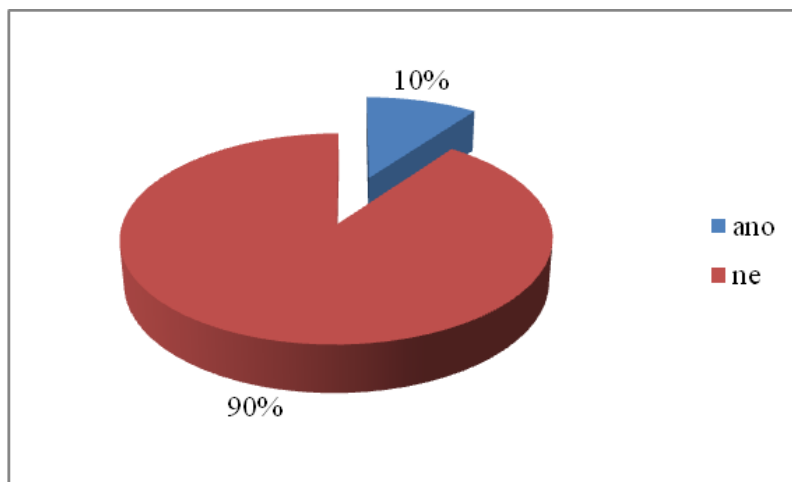
V této otázce bylo možné více odpovědí. O cukrovce si doma povídá s maminkou 20 (100%) respondentů, s tatínkem 16 (80%) respondentů. Méně často si děti o cukrovce doma povídají se sourozenci a to v 8 (40%) případech a s prarodiči 3 (15%).

Graf č. 47 - Znáš omezení v jídle jaká jsou při cukrovce?



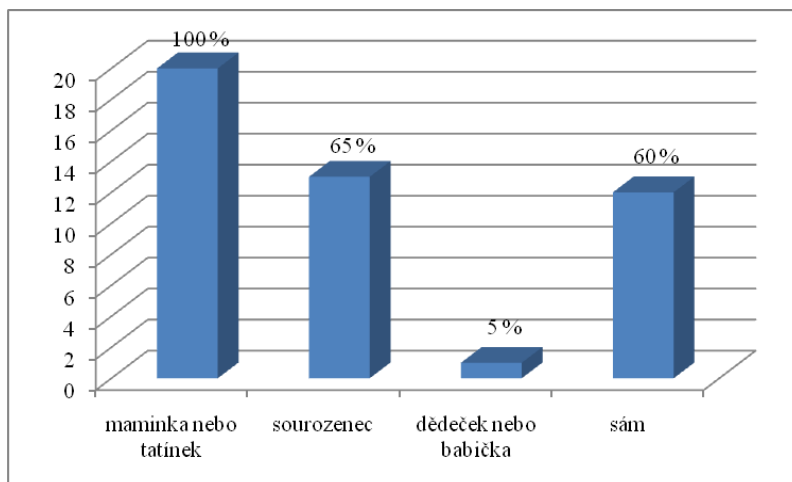
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, všichni shodně uvedli, že znají omezení v jídle.

Graf č. 48 - Máš kamarády co mají také cukrovku?



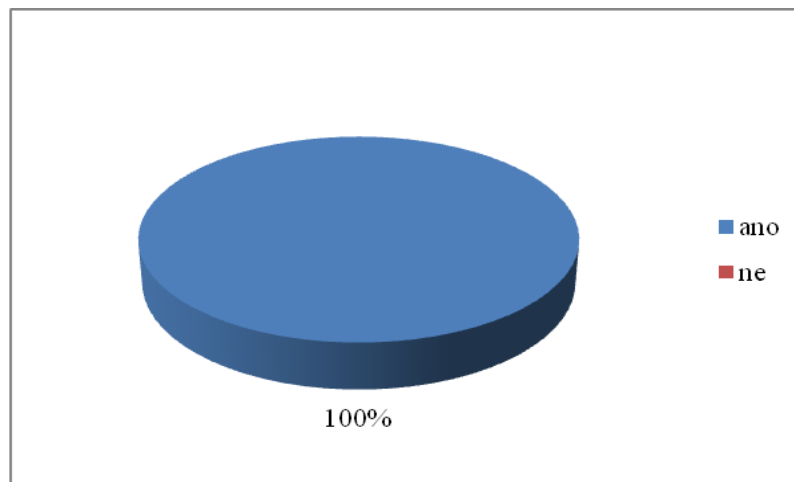
Z celkového počtu 20 (100%) respondentů, 18 (90%) respondentů kamaráda s cukrovkou nemá, 2 (10%) respondenti kamaráda s cukrovkou má.

Graf č. 49 - Kdo ti kontroluje hladinu cukru v krvi?



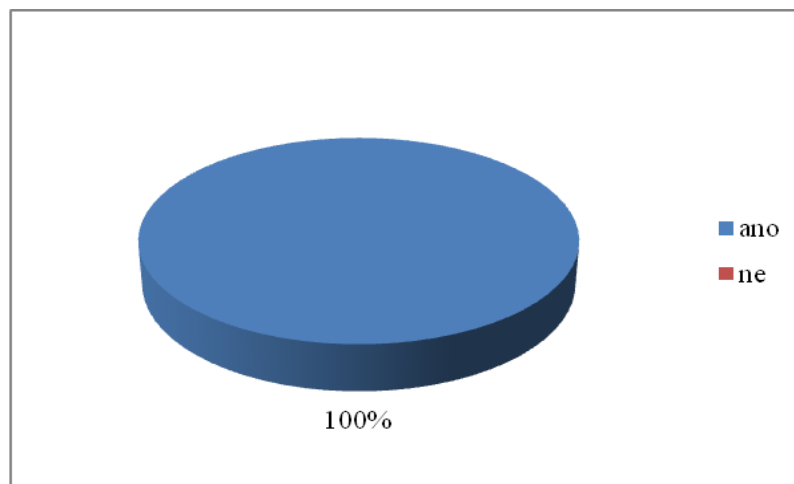
U této otázky bylo možné více odpovědí. U 20 (100%) dětí nejčastěji kontroluje hladinu cukru v krvi jeden z rodičů, potom je to u 13 (65%) dětí sourozenec, 12 (60%) respondentů si kontroluje hladinu cukru v krvi samo a prarodiče uvedlo 1 (5%) dítě.

Graf č. 50 - Informuješ vždy rodiče o příznaku hypoglykémie?



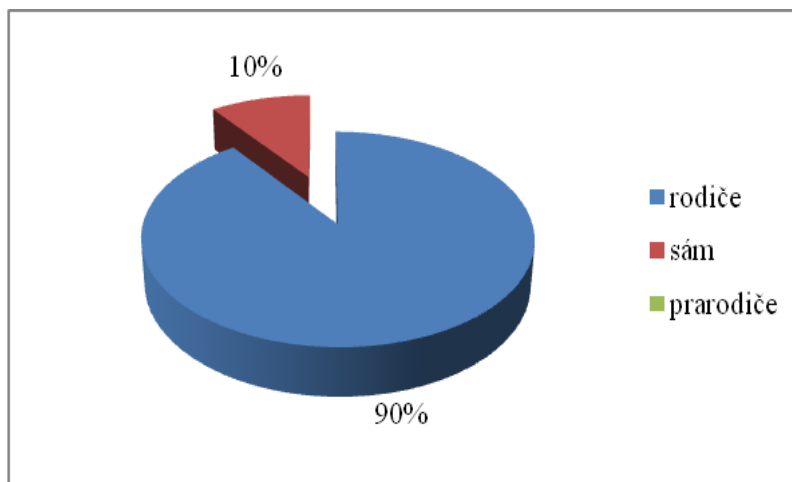
Všech 20 (100%) respondentů předškolního věku vždy informuje rodiče o příznaku hypoglykémie.

Graf č. 51 - Radíš se vždy s rodiči o počtu jednotek inzulinu?



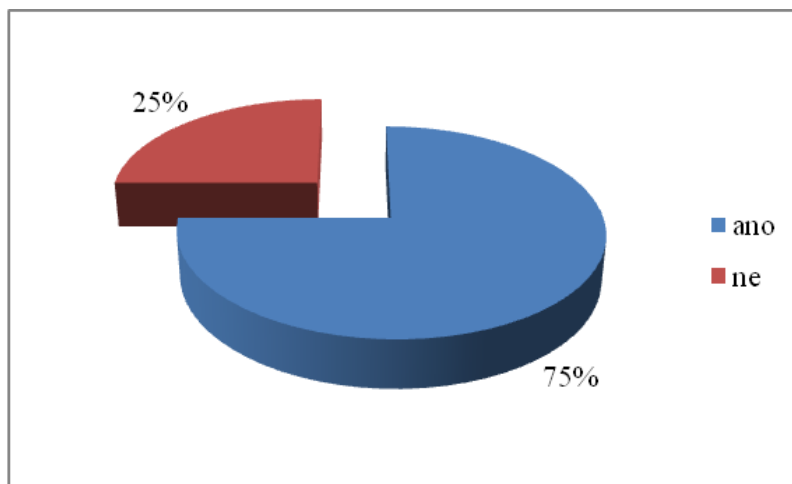
Všech 20 (100%) respondentů předškolního věku se vždy radí s rodiči o počtu jednotek inzulinu.

Graf č. 52 - Kdo ti kontroluje množství inzulínu v ampulce?



Z celkového počtu 20 (100%) respondentů 18ti (90%) kontrolují množství inzulínu v ampulce rodiče, sám si množství inzulínu v ampulce kontrolují 2 (10%) respondenti a prarodiče nevedl žádný z respondentů.

Graf č. 53 - Dohlíží rodiče pokaždé na aplikaci inzulínu?

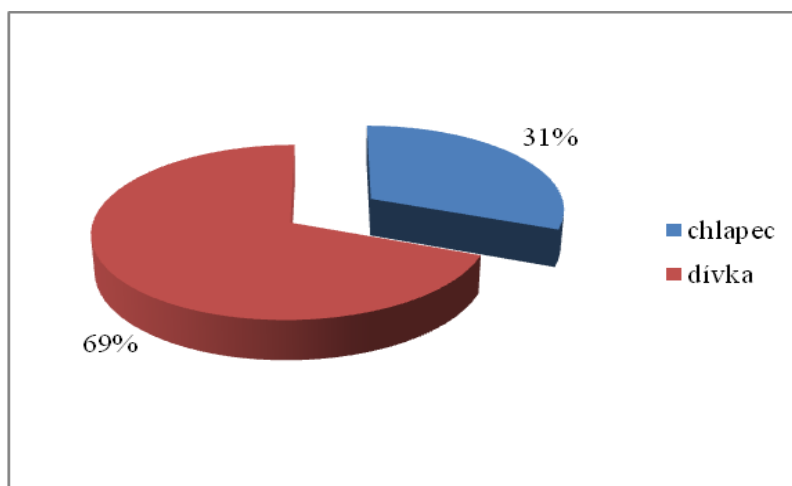


U 15ti (75%) respondentů předškolního věku z celkových 20 (100%) rodiče dohlíží pokaždé na aplikaci inzulínu a u 5-ti (25%) rodiče vždy nedohlíží na aplikaci inzulínu.

4.3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ U DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU

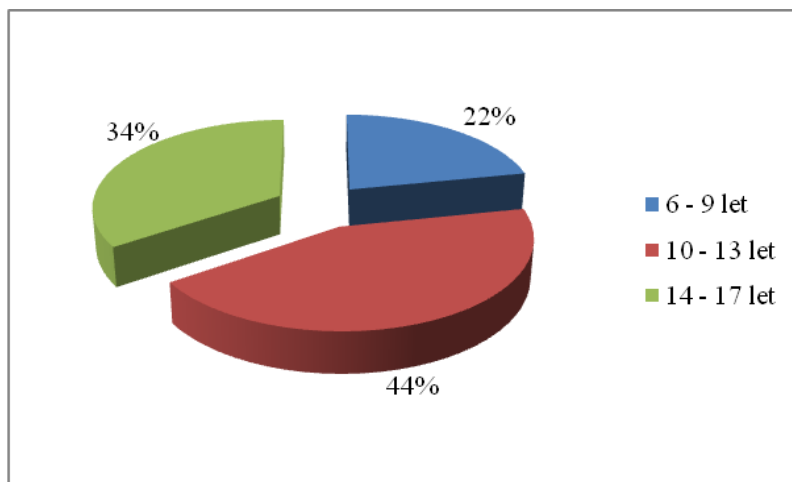
Čísla grafů nesouhlasí s čísly otázek v dotazníku pro děti školního věku.

Graf č. 54 - Pohlaví respondenta



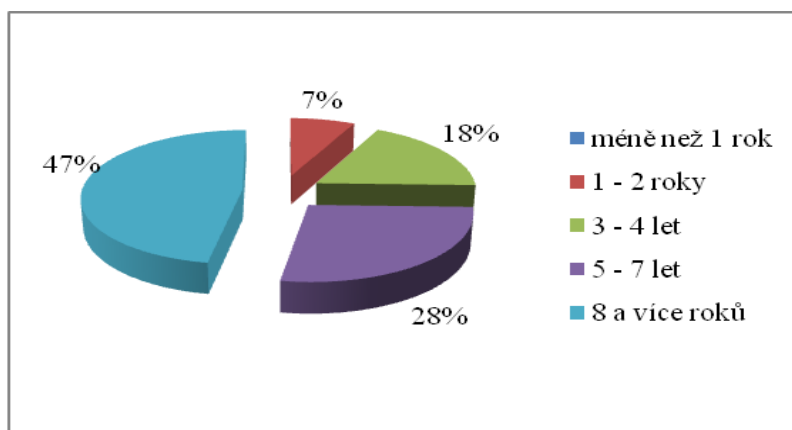
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, bylo 17 (31%) chlapců a 38 (69%) dívek.

Graf č. 55 - Kolik je ti let?



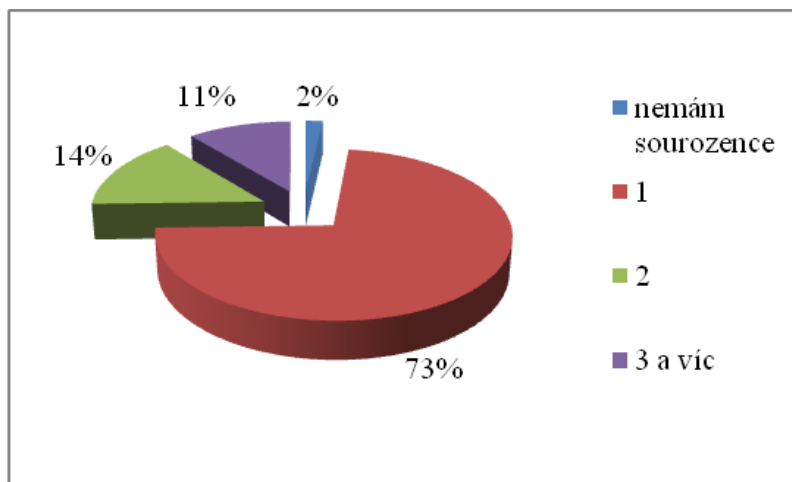
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, je 12 (22%) respondentů ve věku 6 - 9 let, 24 (44%) respondentů je ve věku 10 – 13 let a 19 (34%) respondentů uvedlo svůj věk mezi 14 – 17 roky.

Graf č. 56 - Jak dlouho máš DM 1. typu?



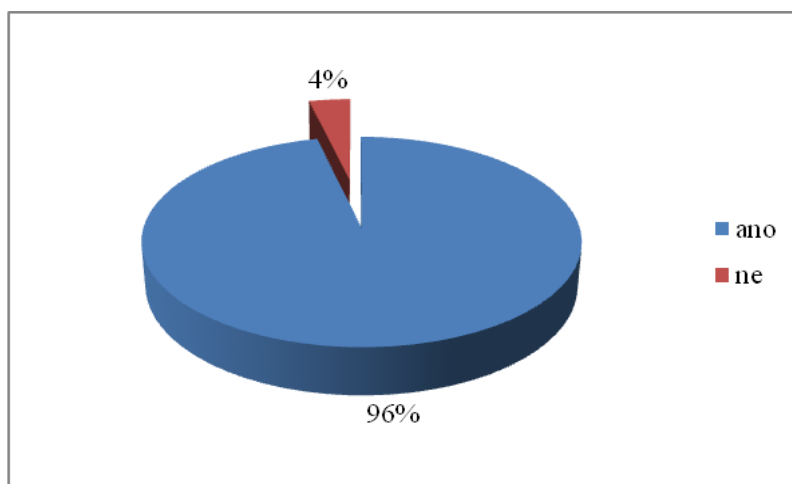
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, mají 4 (7%) respondenti DM 1 – 2 roky, 10 (18%) respondentů se s DM léčí již 3 – 4 roky, 15 (28%) respondentů má DM 5 – 7 let, 8 a více let s DM uvádí 26 (47%) respondentů, nikdo z dotázaných nemá DM méně než 1 rok.

Graf č. 57 - Kolik máš sourozenců?



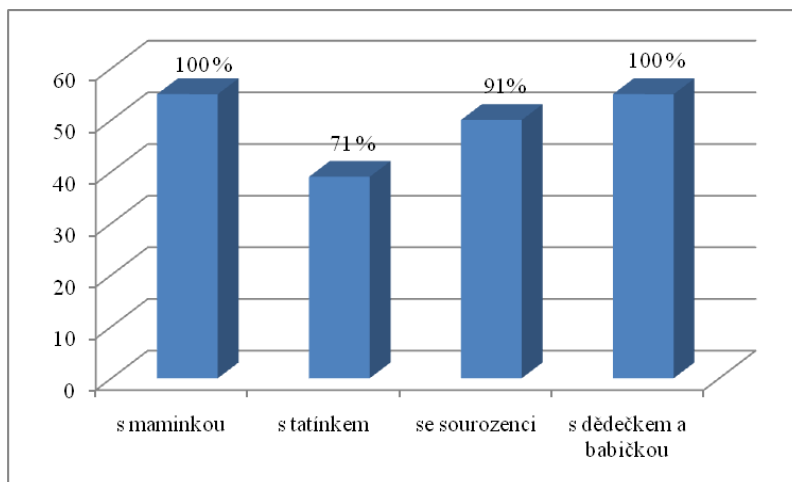
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, 1 (2%) respondent nemá sourozence, 1 sourozence uvádí 40 (73%) respondentů, 2 sourozence má 8 (14%) respondentů a 3 a více sourozenců má 6 (11%) respondentů.

Graf č. 58 - Zajímají se sourozenci o Tvou nemoc?



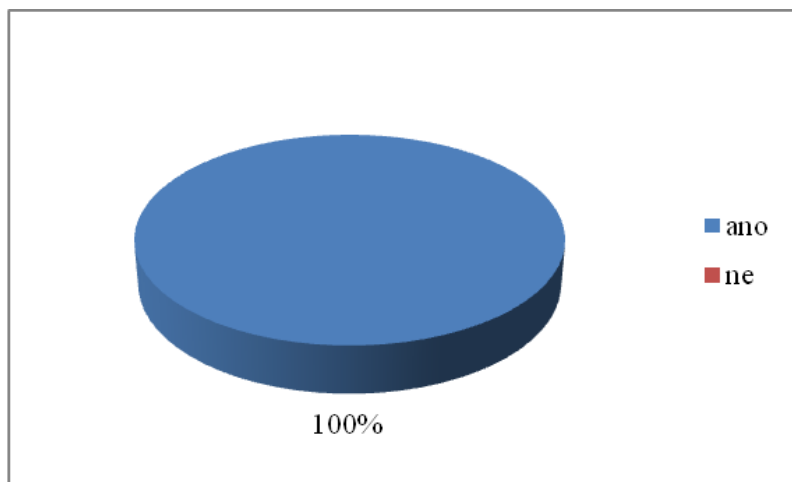
Z celkového počtu dotázaných respondentů 55 (100%) jich ano uvádí 53 (96%) a ne 2 (4%) respondentů.

Graf č. 59 - Povídáš si doma s někým o cukrovce?



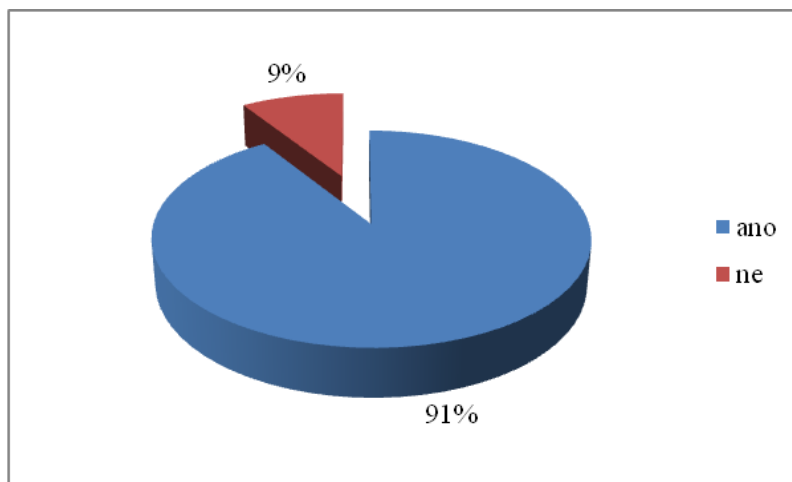
V této otázce bylo možné vybrat více odpovědí. Celkově 55 (100%) respondentů si doma o cukrovce povídá nejčastěji s maminkou 55 (100%) a s dědečkem a babičkou 55 (100%). Se sourozenci si povídá 50 (91%) respondentů. S tatínkem si doma o cukrovce povídá jen 39 (71%) respondentů školního věku.

Graf č. 60 - Mají tvoji kamarádi informace o tom, že máš DM?



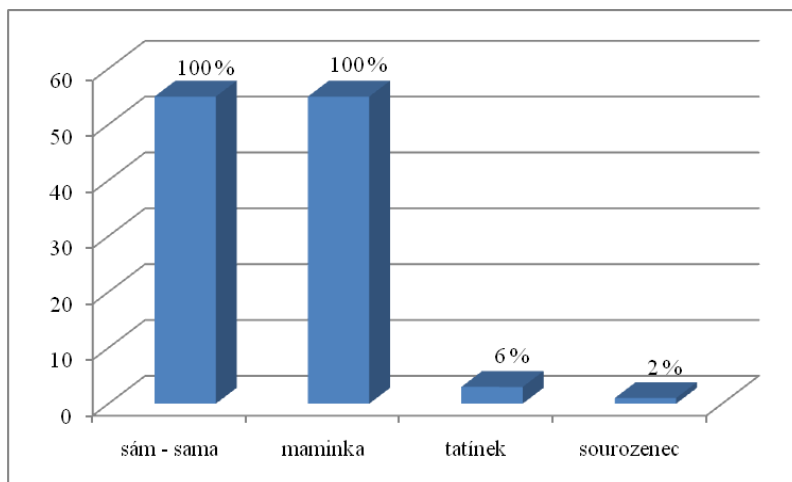
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů odpověděli všichni shodně, že jejich kamarádi mají informace o tom, že respondent má DM.

Graf č. 61 - Máš taky kamaráda s DM?



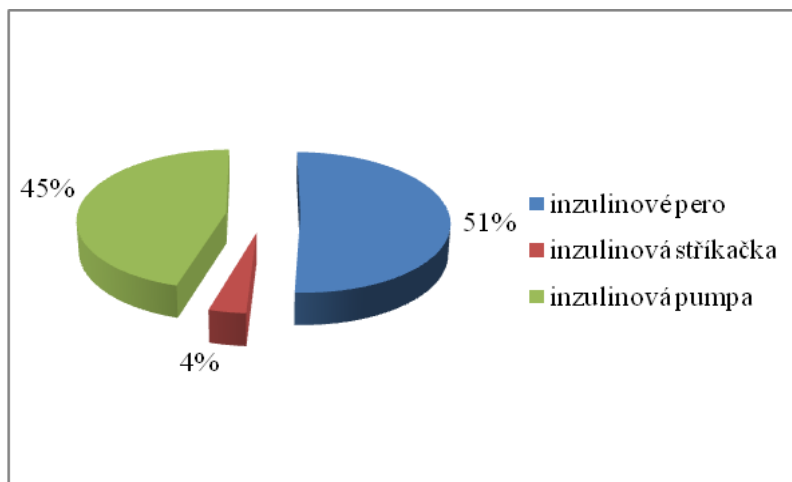
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů jich 50 (91%) odpovědělo, že má taky kamaráda s DM, pouze 5 (9%) respondentů nemá kamaráda s DM.

Graf č. 62 - Kdo ti aplikuje inzulin?



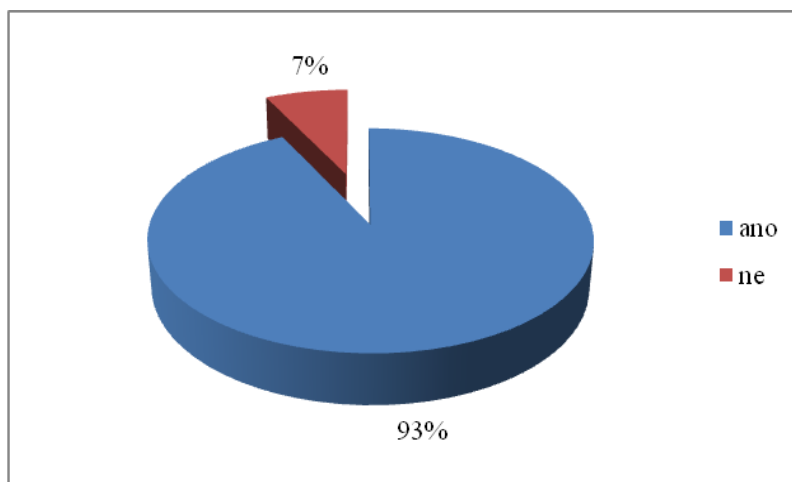
V této otázce bylo možné vybrat více odpovědí. Aplikaci inzulinu obstarává nejčastěji sám respondent v počtu 55 (100%) nebo maminka v počtu 55 (100%). Poté respondenti nejčastěji aplikují inzulin tatínek v počtu 3 (6%) a nejméně často sourozenec v počtu 1 (2%).

Graf č. 63 - Jak si aplikuješ inzulín?



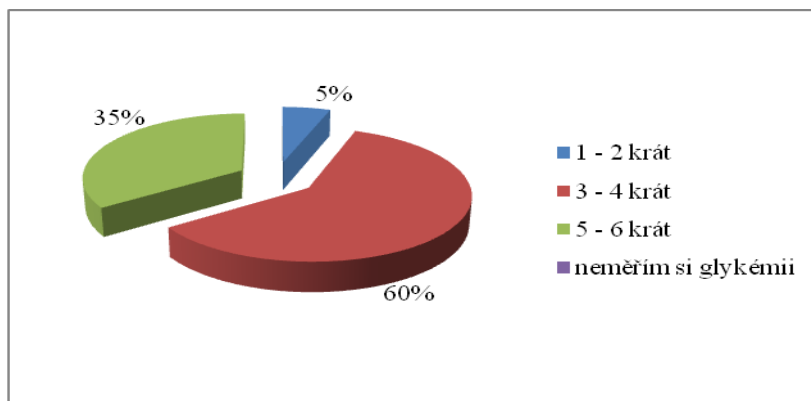
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, si 28 (51%) respondentů aplikuje inzulín inzulínovým perem, 25 (45%) respondentů si inzulín aplikuje inzulínovou pumpou, 2 (4%) respondentů uvedlo, že inzulín si aplikuje inzulínovou stříkačkou.

Graf č. 64 - Vedeš si diabetický deník?



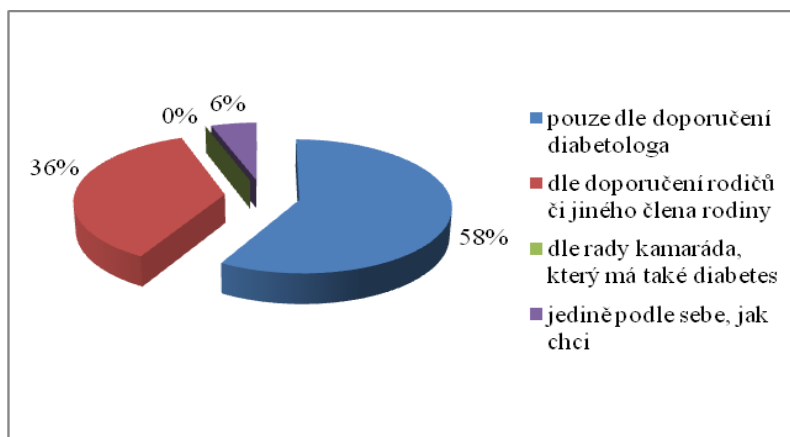
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů si 51 (93%) respondentů vede diabetický deník, pouze 4 (7%) respondenti si nevedou diabetický deník.

Graf č. 65 - Kolikrát denně si měříš hladinu cukru v krvi?



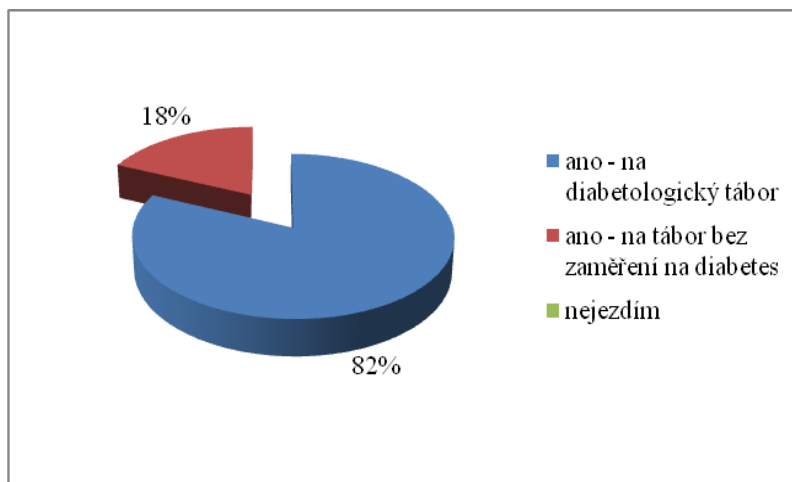
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, si glykémii v krvi měří 1 – 2 krát za den 3 (5%) respondenti, 3 – 4 krát denně si glykémii měří 33 (60%) respondentů, 5 – 6 krát za den si glykémii měří 19 (35%) respondentů. Že by si glykémii za celý den nikdo nezměřil, to žádný z respondentů neuvedl.

Graf č. 66 - Množství aplikovaného inzulínu řídíš:



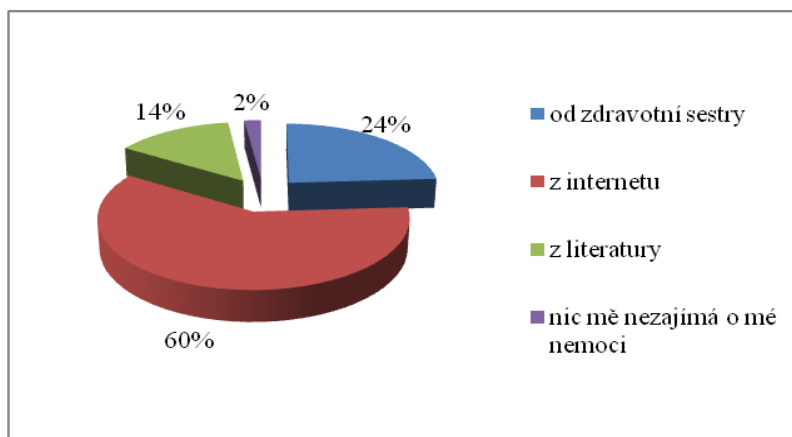
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, si 32 (58%) respondentů řídí množství inzulínu podle diabetologa, 20 (36%) respondentů si řídí inzulín podle rodičů nebo jiného člena rodiny, 3 (6%) respondenti si řídí množství inzulínu podle sebe. Žádný dotázaný respondent neuvedl, že by si množství inzulínu řídil podle rady kamaráda.

Graf č. 67 - Jezdíš na nějaké letní tábory?



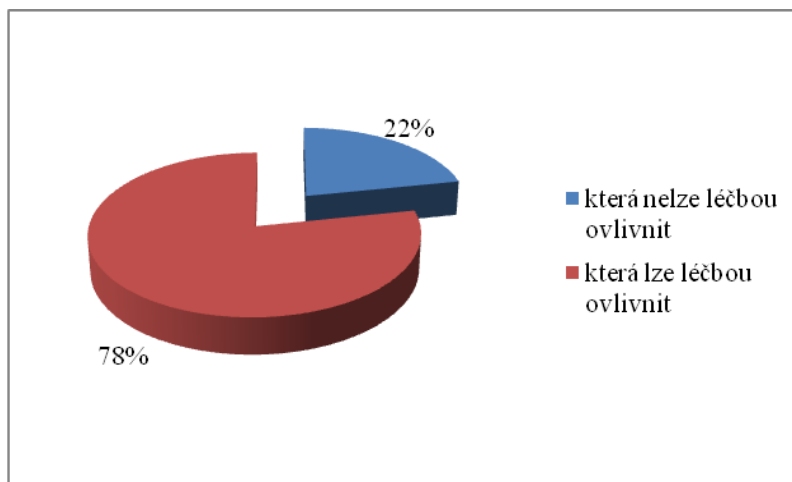
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, 45 (82%) respondentů jezdí na diabetologický letní tábor, 10 (18%) respondentů jezdí na tábor bez zaměření na DM. Nikdo z respondentů nevedl, že by nejezdil na nějaký z uvedených táborů.

Graf č. 68 - Od koho získáváš informace o své nemoci?



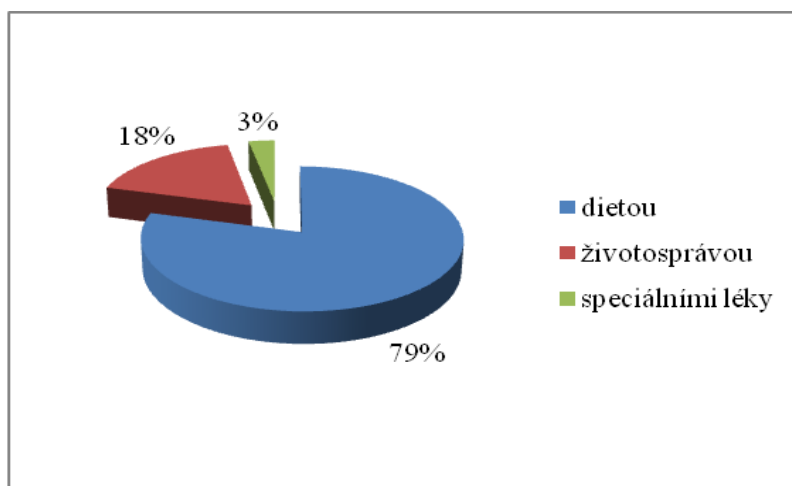
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů uvedlo, že všech 55 (100%) respondentů získává informace o své nemoci od lékaře, k tomu ještě 12 (24%) respondentů získává informace od zdravotní sestry, 30 (60%) respondentů z internetu, 7 (14%) respondentů získává také informace z literatury a 1 (2%) respondenta o jeho nemoci nic nezajímá.

Graf č. 69 - DM je podle Tvého názoru nemoc:



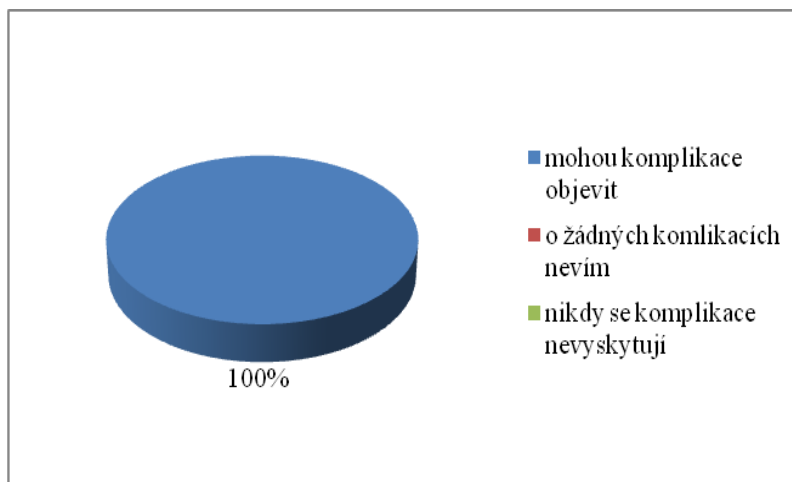
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů uvedlo, že podle 12 (22%) respondentů nelze DM léčbou ovlivnit, 43 (78%) respondentů si myslí, že DM lze léčbou ovlivnit.

Graf č. 70 - Jak lze dle Tvého názoru léčit DM?



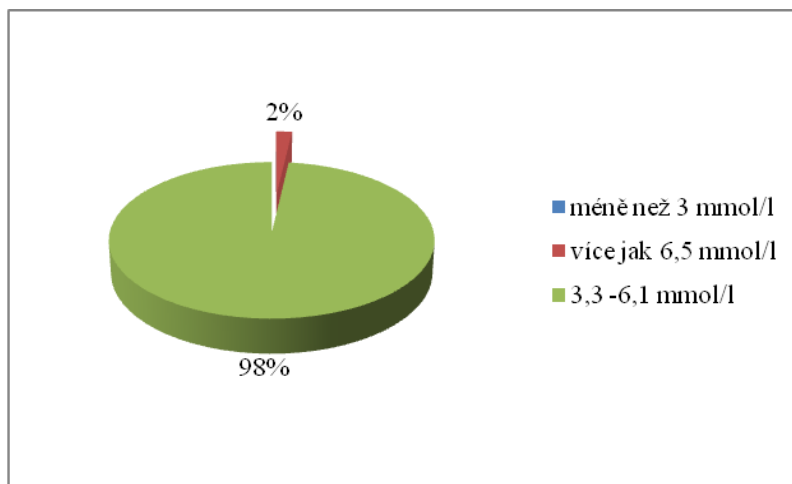
Z celkového počtu 43 (100%) respondentů, si všech 43 (100%) myslí, že DM lze léčit inzulínem, k tomu ještě 27 (79%) respondentů myslí, že DM lze ovlivnit dietou, 6 (18%) respondentů uvedlo jako možnou léčbu také životosprávu a pouze 1 (3%) respondent uvádí jako možnost léčby DM speciální léky.

Graf č. 71 - V případě výskytu DM se:



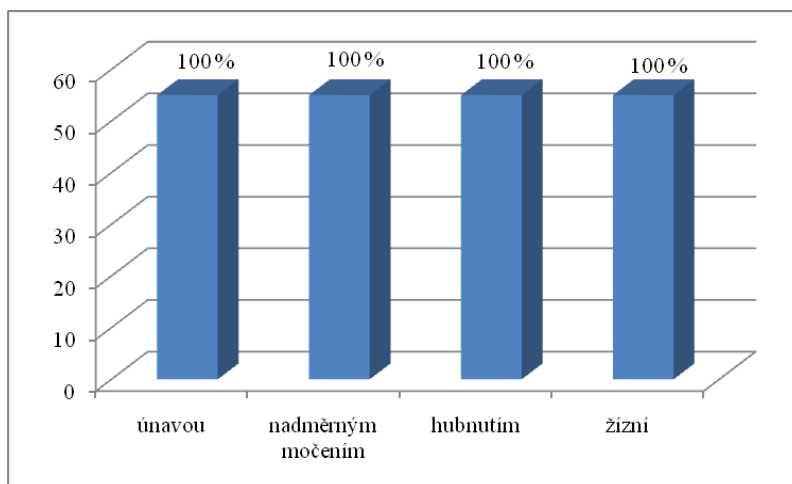
Všichni dotázaní respondenti 55 (100%) uvedli, že v případě výskytu DM se mohou komplikace objevit. Nikdo z dotázaných (0%) respondentů neuvěděl, že se nikdy komplikace nevyskytují nebo že o komplikacích neví.

Graf č. 72 - Fyziologická hladina cukru v těle na lačno je:



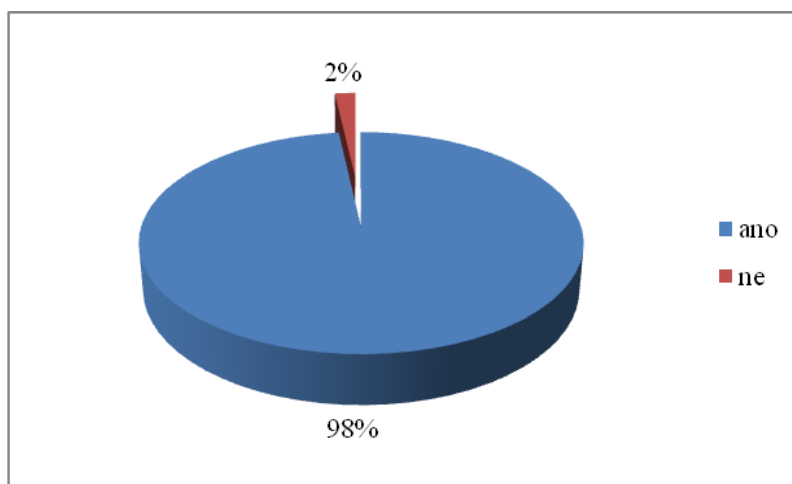
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, 1 (2%) respondent uvedl, že fyziologická hodnota glykemie na lačno je více než 6,5mmol/l, 54 (98%) respondentů uvádí jako fyziologickou hodnotu glykemie na lačno 3,3 – 6,1 mmol/l.

Graf č. 73 - Kterými z níže uvedených potíží trpí dle Tvého názoru pacienti diabetici?



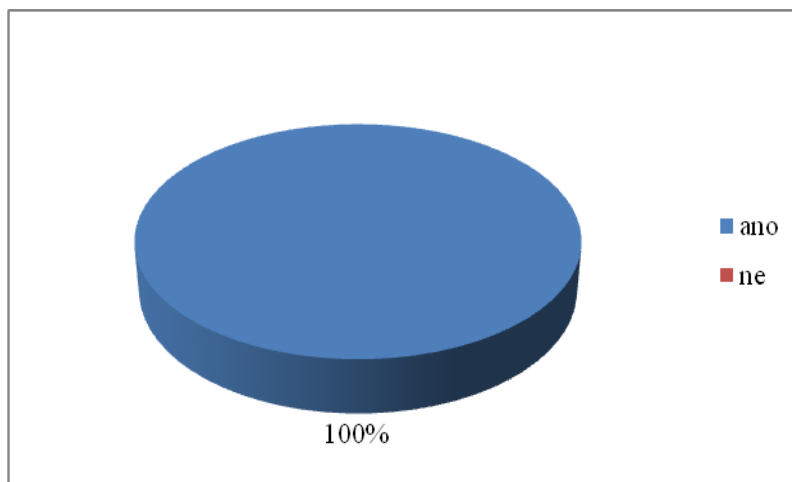
V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí. Všichni respondenti, a to 55 (100%) uvedlo, že diabetici trpí všemi z uvedených potíží jako je únava (100%), nadměrné močení (100%), hubnutí (100%) a žízeň (100%).

Graf č. 74 - Mají učitelé ve škole informace o Tvé nemoci?



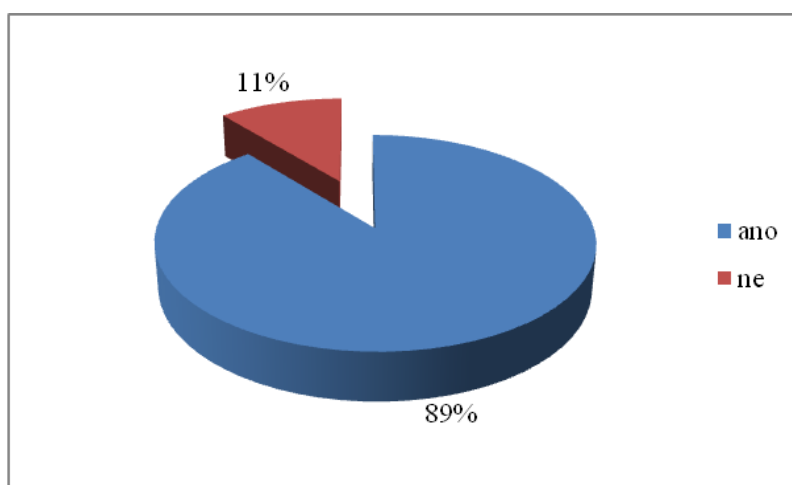
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, 1 (2%) respondent odpověděl, že učitelé nemají informace o jeho nemoci, 54 (98%) respondentů uvádí, že učitelé mají informace o jeho nemoci.

Graf č. 75 - Ví o DM všichni Tvoji spolužáci?



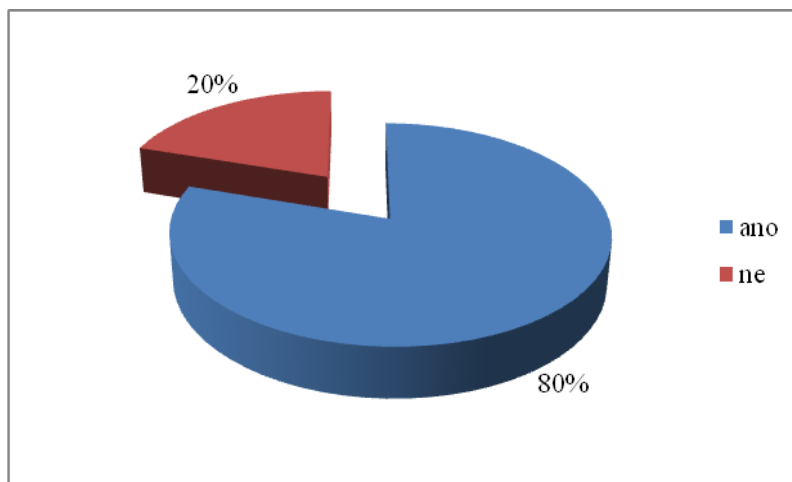
U všech 55 (100%) dotázaných respondentů spolužáci vědí o jeho DM.

Graf č. 76 - Máš ve škole vhodné podmínky na aplikaci inzulínu?



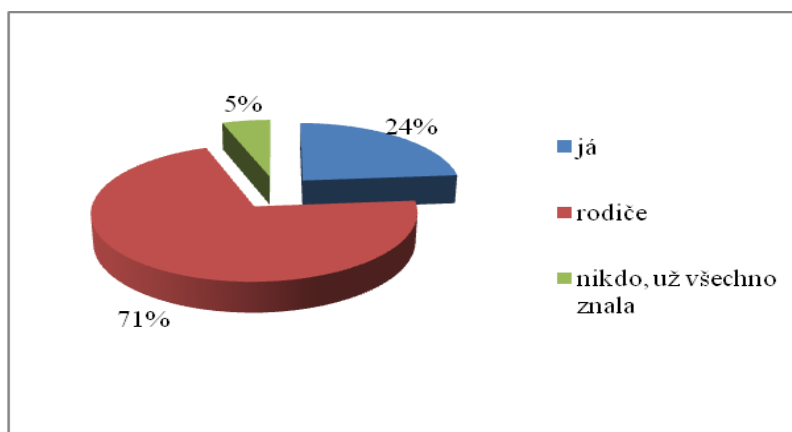
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, 49 (89%) respondentů má vhodné podmínky k aplikaci inzulínu, 6 (11%) respondentů uvádí podmínky pro aplikaci inzulínu ve škole jako nevhodné.

Graf č. 77 - Zná p. učitelka akutní komplikace DM?



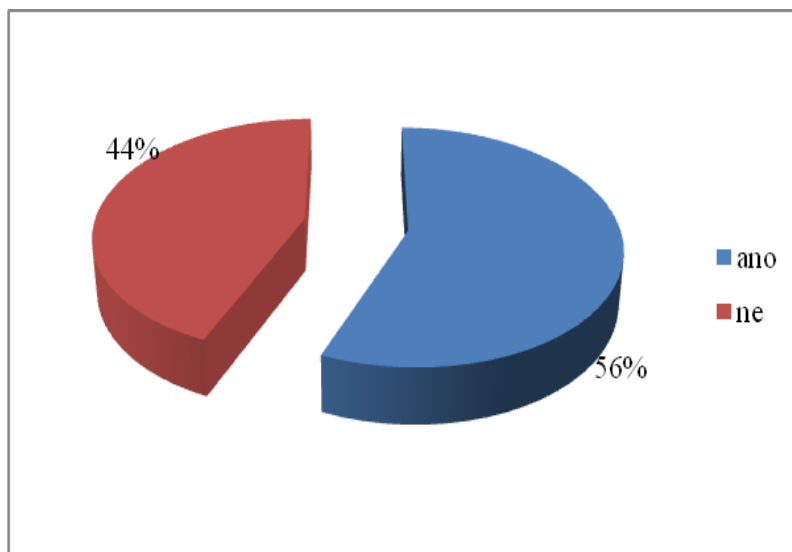
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, 11 (20%) respondentů odpovědělo, že p. učitelka nezná komplikace DM, 44 (80%) respondentů odpovědělo, že p. učitelka má informace o komplikacích DM.

Graf č. 78 - Kdo z rodiny podal informace o DM p. učitelce?



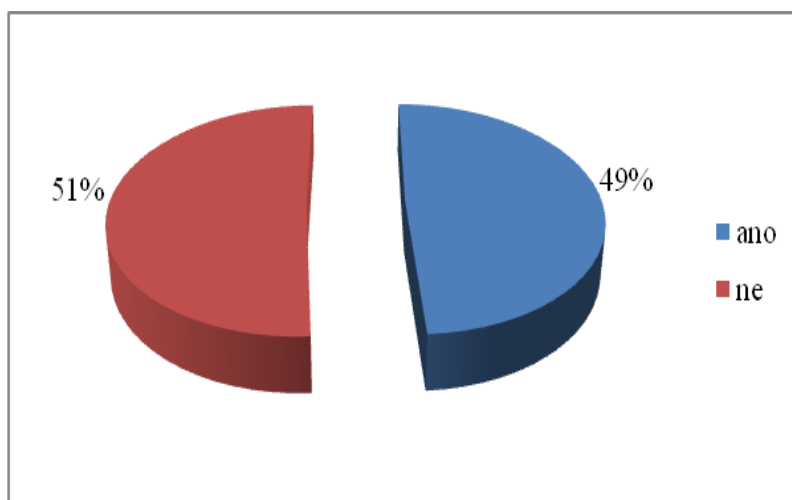
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů, 39 (71%) respondentů uvádí, že informace o DM podali p. učitelce rodiče, u 3 (5%) respondentů nebylo třeba informace podávat, p. učitelka vše už znala, 13 (24%) respondentů podalo informace p. učitelce samo.

Graf č. 79 - Informuješ vždy rodiče o příznaku hypoglykémie?



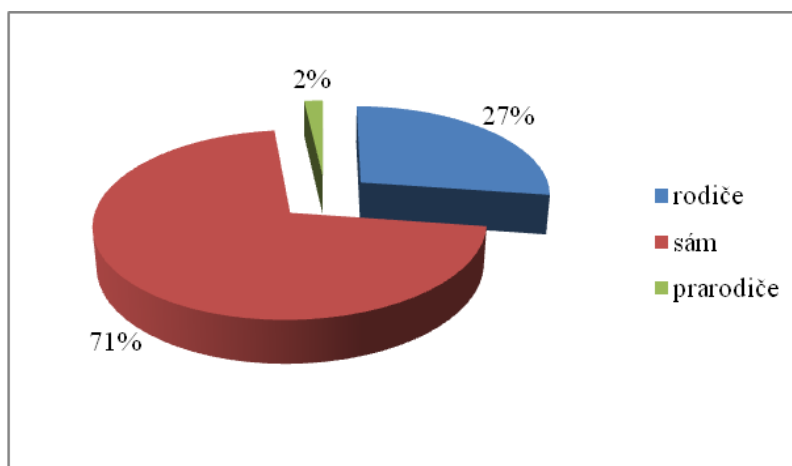
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů školního věku jich 31 (56%) rodiče vždy informuje o příznaku hypoglykémie a 24 (44%) rodiče vždy neinformuje.

Graf č. 80 - Radíš se vždy s rodiči o počtu jednotek inzulínu?



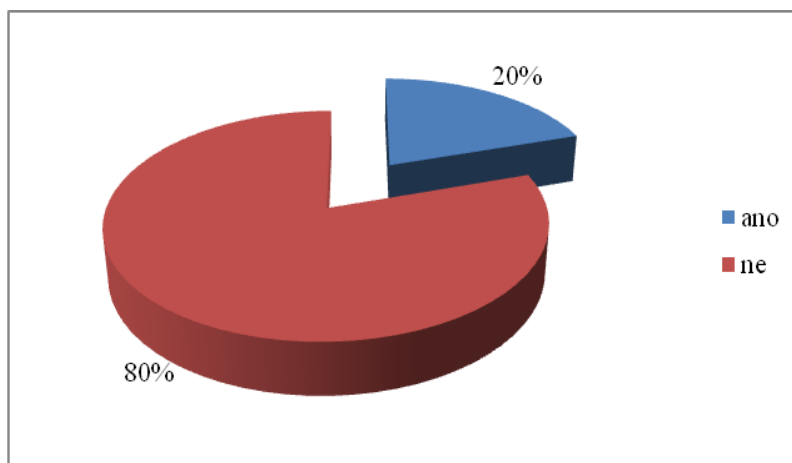
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů školního věku se s rodiči vždy radí 27 (49%) respondentů a neradí 28 (51%) respondentů.

Graf č. 81 - Kdo ti kontroluje množství inzulínu v ampulce?



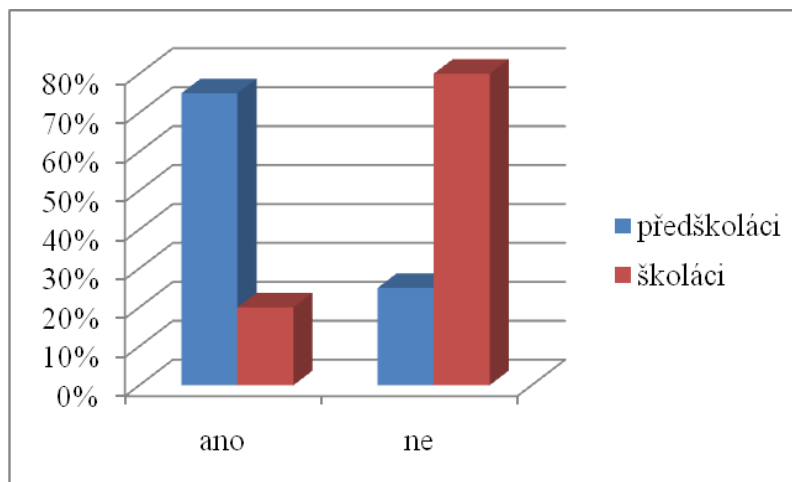
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů školního věku 15ti (27%) kontroluje množství inzulínu v ampulce rodič, sám si množství kontroluje 39 (71%) respondentů a prarodič u 1 respondenta (2%).

Graf č. 82 - Dohlíží pokaždé rodiče na aplikaci inzulínu?



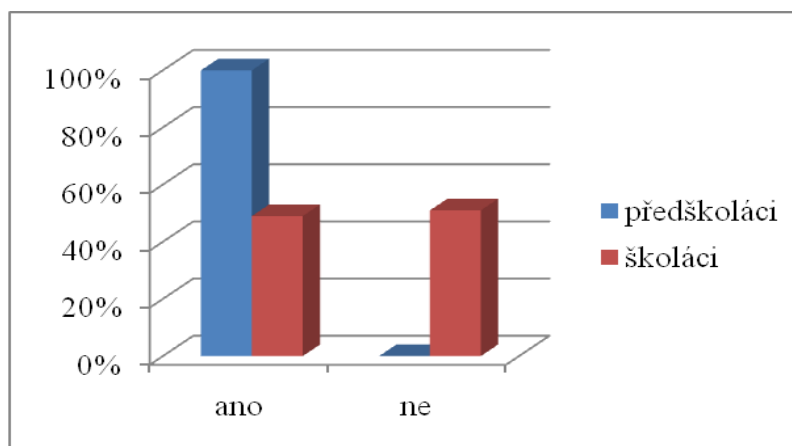
U 11ti (20%) respondentů školního věku z celkového počtu 55 (100%) respondentů dohlíží rodiče pokaždé na aplikaci inzulínu a u 44 (80%) rodiče na aplikaci inzulínu vždy nedohlíží.

Graf č. 83 - Informuješ vždy rodiče o příznaku hypoglykémie?



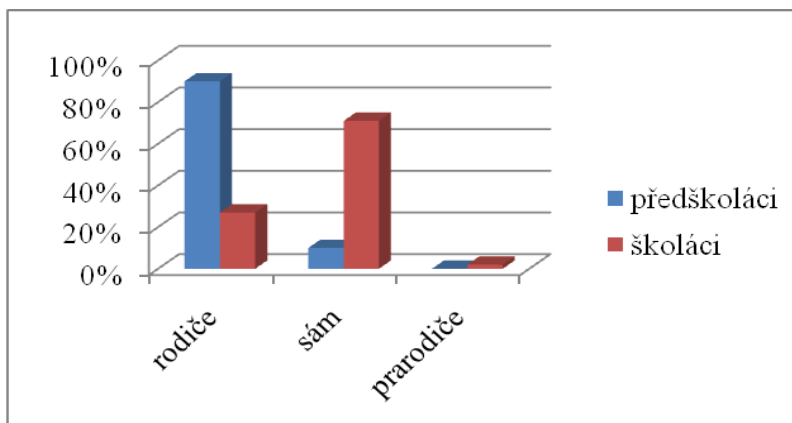
Děti v předškolním věku vždy rodiče o příznacích hypoglykémie informují. Z celkového počtu 20 respondentů jich ano odpovědělo 100% oproti respondentům školního věku. Z celkového počtu 55 (100%) respondentů školního věku rodiče informuje 31 (56 %) dětí a vždy rodiče neinformuje 24 (44%) dětí.

Graf č. 84 - Radíš se vždy s rodiči o počtu jednotek inzulinu?



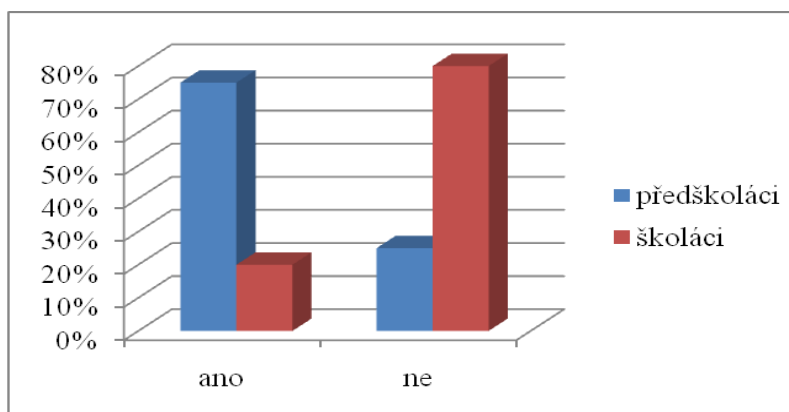
Děti předškolního věku se s rodiči o počtu jednotek inzulinu radí ve 20 případech (100 %). Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů školního věku se s rodiči radí 27 (49 %) dětí a vždy se s rodiči neradí 28 (51 %) dětí.

Graf č. 85 - Kdo ti kontroluje množství inzulínu v ampulce?



U předškolních dětí kontrolují množství inzulínu v ampulce rodiče u 18 (90%) dětí a sám si množství kontrolují 2 (10%) respondenti. U žádného předškolního dítěte z celkových 20 (100%) množství inzulínu v ampulce nekontrolují prarodiče. U školních dětí z celkových 55 (100 %) množství inzulínu v ampulce kontrolují rodiče u 15 (27%) respondentů, prarodiče u 1 (2%) respondenta a sám si množství inzulínu v ampulce kontroluje 39 (71%) respondentů.

Graf č. 86 - Dohlíží rodiče pokaždé na aplikaci inzulínu?



U předškolních dětí na aplikaci inzulínu dohlíží rodiče pokaždé u 15 (75%) dětí a nedohlíží u 5 (25%). U školních dětí pokaždé dohlíží rodiče u 11 (20%) dětí a pokaždé nedohlíží u 44 (80 %) dětí.

5 DISKUZE

Cílem práce bylo zjistit jaký vliv má rodina na začlenění mladšího klienta s diabetem mellitem do běžného života. Pro zjištění těchto informací a údajů byly vypracovány tři různé verze dotazníků. Jeden dotazník byl určen pro rodiče žijící s diabetickým dítětem ve společné domácnosti. Druhá verze dotazníku byla určena pro děti školního věku navštěvující základní školu na prvním i druhém stupni. A třetí verze dotazníku byla určena pro děti předškolního věku navštěvující i nenavštěvující mateřskou školu. Výzkum byl prováděn v píseckém diacentru DIACEL a za pomoci kontaktů paní předsedkyně Zdeny Staňkové i v diacentrech po celé České republice. Kde k mému překvapení byl velký zájem o vyhodnocení a výsledky výzkumu.

Pro zjišťování informací v píseckém Diacelu jsem si domluvila schůzku p. Zdenou Staňkovou. Po domluvě se mnou, paní předsedkyně uspořádala schůzi rodičů a já při té příležitosti přítomným rodičům dotazníky rozdala. Pro nepřítomné rodiče si paní předsedkyně dotazníky nechala a já si je po telefonické domluvě vyzvedla v Diacelu vyplněné. Dotazníky pro školní děti si paní předsedkyně nechala u sebe, z důvodu pořádání týdenního lyžování s dětmi. Přislíbila, že během pobytu to s dětmi vyplní ona či rodiče. Nadále jsem přes kontakty paní předsedkyně Zdeny Staňkové rozeslala dotazníky do jiných diacenter českou poštou. Touto formou jsem získala 49 dotazníků a z píseckého diacelu 26 dotazníků. Celkově mě, ale velmi potěšila ochota všech dětí i rodičů spolupracovat, ale také jejich zájem a názory na diabetes mellitus.

Nejprve byla výzkumem zjišťována základní obecná data. Z celkového počtu dotázaných dětí předškolního věku bylo 45% chlapců a 55% dívek. Oproti tomu u dětí školního věku bylo dotázaných 31% chlapců a 69% dívek. Z čehož vyplývá, že diabetem o malinko více jsou postiženy ženy, jak ukazuje i ve své tabulce na str. 24 J. Rybka (29). Věkové rozdělení dětí bylo zastoupeno všemi věkovými kategoriemi. Děti mezi 2 – 3 roky bylo 15%, mezi 4 – 5 lety 25%, 6 – 7 let (60%), tyto děti se řadí věkem do kategorie předškolního věku. U dětí školního věku byly děti rozděleny takto 6 – 9 let (22%). Tato věkové rozmezí se nám navzájem překrývá s rozmezím 6 – 7 let u dětí předškolního věku a to z důvodu, kde jsme předpokládali, že některé děti mají školní odklad a z tohoto důvodu navštěvují předškolní zařízení a to mateřskou školu. Dále byl věk školních dětí rozdělen na 10 – 13 let (44%) a 14 – 17 let (34%). Předškolní děti nejvíce uvádí, že se s DM léčí 3 – 4 roky (55%), více jak 5 let se léčí s DM (5%) dětí, méně než 1 rok DM nemá nikdo z dětí (0%), mezi 1 – 2roky se léčí s DM (40%) dětí. U školních dětí kratší dobu než 1 rok se neléčí žádné dítě (0%), nejdéle se s DM léčí děti 8 a více let (47%), mezi 5 – 7 roky se léčí na DM (28%) dětí, 3 – 4roky má DM (18%) dětí a (7%) dětí žije s DM 1 – 2 roky. Z těchto výsledků vyplývá, že nejčastěji se objevuje DM v období puberty. J. Rybka (29) na tento věk také poukazuje jako na nejčastější pro vznik DM 1. typu a shoduje se s tím i J. Škrha (33). Pro potvrzení hypotézy č. 3 bylo nezbytné zjistit kolik je dětí v rodině dítěte s DM. Dohromady v obou skupinách dětí školního i předškolního věku bylo pouze jedno dítě jedináček, 56 dětí má jednoho sourozence, v 11 rodinách jsou děti tři a 7 dětí s DM má tři a více sourozenců. Celkově jsem děti rozdělila do dvou skupin. Na skupinu, kde není nebo je pouze jeden sourozenec a druhou skupinu, která se skládá s dvou, třech a více sourozenců. V 89% se sourozenci zajímají o DM svého sourozence a v 89% pomáhají zdravé děti sourozenci s DM v rodinách se dvěma, třemi a více sourozenci. Z vyhodnocení vyplývá, že i sourozenci mají vliv na začlenění do běžného života.

V hypotéze č. 5 jsme chtěli potvrdit, že děti předškolního věku dodržují léčbu přesněji než děti školního věku. Tuto hypotézu nám potvrzují grafy č. 83,84,85,86 kde se ukazuje, že děti předškolního věku se vždy radí s rodiči o DM, informují rodiče o případných stavech hypo a hyperglykemie, ale i rodiče předškolním dětem dohlíží na aplikaci inzulínu, na počet jednotek i na plnost inzulínových ampulek. Oproti dětem školního věku, které se snaží být více samostatné a na rodičích ve vztahu k DM minimálně závislé. Toto zjištění potvrzuje i J. Rybka (29) kde uvádí, že léčení DM je vždy úkolem celé rodiny, ale dítě se musí úměrně svému věku postupně na léčbě podílet. Děti v předškolním věku si v 60% neaplikují inzulín sami, ale nechávají aplikaci na jiném blízkém člověku. Za to děti školního věku si ve 100% aplikují inzulín sami, ale někdy také všech 100% dětí si nechá inzulín aplikovat od maminky.

Děti školního věku jezdí i na dětské tábory zaměřené na DM v 82%, ale i 18% dětí jede na tábor bez diabetického zaměření. Zde se také potvrzuje, že děti potřebují kontakt s jiným dítětem a nejlépe s dítětem, kterého též trápí DM. Samozřejmě by se dalo říct, že jakýkoliv kontakt člověka s DM s jiným člověkem ať již postiženým také DM nebo se touto problematikou zabývajícím je dobrá a potřebná edukace. Z celkových odpovědí hlavně školních dětí je dobře znatelné, že většina dětí je dobře edukována. Děti znají hodnotu glykemie na lačno, ví, že se mohou objevit komplikace DM, že DM lze léčbou ovlivnit atd..

Rodiče byli nejčastěji ve věku 36 – 40 let (49%), druhou nejčastější věkovou kategorií bylo 31 – 35 let rodičů (38 %), nejmenší počet měla kategorie 46 a více let (3%), druhou a třetí kategorií s nejmenším počtem rodičů bylo rozmezí 25 – 30 let a 41 – 45 let obě skupiny měli shodně po 5%. Jako nevyšší dosažené vzdělání uváděli rodiče nejčastěji středoškolské s maturitou (40%), jako nejvyšší vzdělání pouze základní školu z rodičů neuvedl nikdo (0%). Vyšší odborné vzdělání jako své nejvýše dosažené vzdělání uvedlo 16% rodičů, oproti tomu 20% rodičů bylo vysokoškolsky vzdělaných a 24% vyučeno bez maturity. Toto zjištění je důležité k potvrzení hypotézy č. 1 a to, že rodiny s nižším vzděláním mají menší vliv na dítě při jeho začleňování do běžného života než rodiny s vyšším vzděláním. Rodiče s nižším vzděláním získávají informace o DM nejvíce od lékaře, literatury a jiných neuvedených zdrojů. Oproti tomu rodiče s vyšším vzděláním čerpají informace samozřejmě také od lékaře a z literatury, ale dále si je doplňují možnostmi spojenými s moderní technikou internetem. Zde je nepřehledné množství informací, rad a životních zkušeností o DM jak od lidí touto nemocí postižených tak i od různých výrobců dia pomůcek tak i lékařů a vědců zabývajících se touto nemocí.

Pro svůj výzkum jsem potřebovala znát i sociální zázemí rodiny. Ve větší části rodiče uvádějí, že měsíční příjem rodiny je 31 – 40 000,- (42%), nad 40 000,- mají rodiny ve 21 %, měsíční příjem menší než 15 000,- uvádělo pouze 1% dotázaných, 16 - 30 000,- měsíční příjem má 36% rodin. O toto zjištění se opírá hypotéza č. 2, kde jsme zjišťovali, zda děti s DM slabší sociální kategorie mají těžší začleňování do běžného života a přístup k potřebné léčbě. Jak ukazuje graf č. 29, rodiče nižší sociální kategorie získávají informace o DM převážně od lékaře a zdravotní sestry a z jiných neuvedených zdrojů. Oproti tomu rodiče vyšší sociální kategorie mají přístup a čerpají informace nejen od lékaře, ale především i z literatury, internetu a jim více dostupných pramenům informací. Dále také rodiče v 75% uvádějí, že je pro ně léčba DM finančně náročná.

Všichni rodiče se 100% shodují, že DM je nemoc, u které se komplikace mohou objevit a také, že existuje více typů DM. Oproti tomu v názoru, zda je DM nemoc léčbou ovlivnitelná, se rozcházejí. A to tak, že celých 77% rodičů si myslí, že DM je možné léčbou ovlivnit, za to zbylých 23% rodičů si myslí, že DM není možné léčbou ovlivnit. Rodiče by ve většině případu DM léčili dodáním inzulínu 47%, u 36% rodičů je postačující léčba dieta, pro speciální léky potřebné k léčbě by chtělo 5% rodičů a fyzickou námahou by 12% rodičů léčilo DM. Jako nejčastější potíží, kterou trpí diabetici uvedlo 37% rodičů žízeň, k únavě se klonilo 28% rodičů, nadměrné močení uvádí 23% rodičů jako největší potíže DM a hubnutí je pro 12% rodičů největší obtíž. Rodiče získávají nejvíce informací o DM od lékaře, zde se potvrzuje, že edukace ze strany lékaře je velmi důležitá jak se to také uvádí v časopise *Sestra v diabetologii* (9,10,11,18). Jako druhý největší zdroj informací je pro rodiče literatura 64%, rodiče také čerpají informace o DM z internetu a to ve 40%, zdravotní sestra je pro 29% rodičů také zdroj informací, ale z velké většiny 59% rodičů hledá informace o DM i jinde než jsme uvedli a to např. u přátel, známých, stejně postižených rodin, televizních dokumentů atd.. Proto i J. Lebl klade důraz na edukaci diabetiků a na edukační plán (21). Z tohoto hlediska je 93% rodičů spokojeno v získávání informací o DM a v 91% tyto informace považuje za dostačující. Pouze minimum rodičů 7% je nespokojeno s možností získávat informace a v 9% udává informace jako nedostačující. Také rodiče udávají, že v rámci edukace v plných 100% rodin doma o DM mluví, v 99% mají všichni příbuzní informace o DM dítěte. Jen 1% příbuzných z nějakého důvodu informace o diabetu mellitu nemá. A to je velká škoda, protože jak se uvádí v časopise *Sestra v diabetologii*, je rodina pro pacienta s diabetem to nejdůležitější. Jak pro porozumění nemoci samé tak i pro psychický stav dítěte (9,10,11,18). Proto také pokud je edukace všech osob správná tak by se nemělo stát, že se okolí dítěte s DM za ně stydí a vnímá to negativně jak je tomu u 1% dotázaných, v 7% má okolí dítěte minimálně neutrální vztah k DM a to, že se o DM nezajímá a nezasahuje do léčby. Oproti tomu, což je pro nás zdravotníky potěšující je, že ve 45% se okolí o DM zajímá, i když do léčby nezasahuje a ve 47%

do léčby okolí chce zasahovat a zajímá se o DM. Ale i tak přes cílenou a pokud možno účinnou edukaci rodičů, 91% dotázaných uvádí, že je DM dítěte v jejich osobním životě omezuje částečně a u 1% rodičů jsou DM omezení úplně a s tím také souvisí, že v 69% udávají, že považují své dítě z pohledu DM za handicapované. Jen pouhých 8% uvedlo, že je DM dítěte vůbec neomezuje a v 31% nepovažují dítě s DM za postižené handicapem. Je, ale na zvaženu, jak se v časopise Sestra v diabetologii udává, zda je opravdu důležité zdravotní stav uvádět z hlediska začlenění do společnosti. Pokud ho uvedete často se stává, že je to pro okolí problém a člověk se málokdy ve společnosti uplatní, ale pokud ho naopak neuvedete, musíte očekávat, že společnost sama od sebe nepochopí Vaše potřeby ohledně DM (18). Je chvályhodné, že v dnešní době pomáhají rodinám s diabetickým dítětem nejen diaporadny, ale i diacentra a diakluby, některé založené a vedené z řad rodičů s diabetickým dítětem. Jak se shodně uvádí v časopise Sestra v diabetologii tak i J. Rybka a J. Lebl se shodují, že pro diabetika je důležitý kontakt s jiným takto nemocným dítětem a v našem případě i rodinou. Proto by 96% rodin využilo nabídky edukačních pobytů i s tím, že v 56% mají rodiny možnost stýkat se s jinou takto postiženou rodinou nebo tu možnost nemají, ale rádi by měli (1%). Jen 4% rodin by nevyužilo nabídky pobytu pro diabetiky a ve 32% se nechtějí stýkat s jinou rodinou, a to dokonce v 11% rodiče mají možnost se poznat s někým jiným koho také trápí DM, ale nechtějí. Je možné, že tento pohled na kontakt s okolím DM je ovlivněn délkou léčby dítěte s DM. Pokud se dítě léčí již delší dobu, rodina si na novou situaci zvykla a přijala ji. Proto ji nečiní problémy jakýkoliv kontakt s okolím. Rodina, pro kterou je tato situace nová a ještě se s ní nevyrovnali, nebudou chtít o této nemoci mluvit s někým jiným – cizím. Rodiny kde se dítě léčí s DM 1 a 2 roky byly tyto skupiny obě zastoupeny po 8%. Tři roky žije rodina s DM v 16% a 4 až 5 let je shodně po 10%. Po dobu 6 let se již žije dětem s DM ve 12%, 7 až 8 let léčí DM děti v obou případech 11%. Přes 9 let se dítě věnuje DM v 7%.

J. Lebl také uvádí, že je důležitý okamžik pro dítě, kdo a jak mu zprávu o tom, že jeho život bude spojen s DM sdělí (21). Proto tuto informaci dítěti v 67% sdělil lékař za podpory rodičů 32%. Do této situace se nezapojili sourozenci ani dědeček s babičkou (0%). V 1% údajně dítěti nikdo informace o DM nepodal. Je samozřejmé, že v tu dobu jak rodiče, tak i dítě hledali oporu ve zvládnání nové životní situace u jiného člověka. Pro 54% rodičů to byl ten druhý ve vztahu, manžel či manželka. Překvapivé je, že i samo dítě bylo ve 24% oporou svým rodičům v nové situaci, v 21% dotázaných hledalo oporu v přátelích a v 1% se se situací rodiče snažili vyrovnat sami.

Já si myslím, že nejdůležitější je jak pro dítě s DM tak i pro jeho celou rodinu pocit jistoty a zájmu okolí ze stran dospělých i dětí. Nejhorší co podle mého názoru je, když člověk na všechno dobré i zlé v životě zůstane sám. Proto bych opravdu největší důraz kladla na edukaci úplně celé lidské společnosti. Ať již se jich DM týká přímo nebo ne. Myslím si, že můj názor sdílí i více lidí, ale i autoři publikací o DM (9,10,11,18,21,33).

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou dětského diabetu mellitu a začlenění mladšího klienta s touto nemocí do běžného života. Diabetes je nemoc, která už nikdy neodejde a ani si neudělá volno. Jde o celoživotní vleklé, chronické onemocnění, které můžeme mít pod kontrolu, ale které již nevyлéčíme. Děti s diabetem není možné rozpoznat na první pohled od dětí zdravých. Jejich nemoc se však dotýká všech, kteří s nimi žijí a pracují. Život s diabetem je obtížný nejen pro malé dítě, ale i pro jeho rodinu. Aby tyto děti mohly žít normální plnohodnotný život, je třeba jim k tomu umět pomoci a připravit jim ten nejlepší start do života. Nejlepší způsob, jak se diabetu postavit, je přijmout ho za svůj.

Cílem práce bylo objasnit na základě výzkumného šetření péči, edukaci a vliv rodiny na mladšího klienta při jeho začleňování do běžného života a zjištění, jaký edukační vliv má na pacienta edukace z hlediska zdravotnictví či školství. A dále taky formou výzkumu zjistit jak jsou samotné děti informovány o své nemoci a o životě s ní.

Bakalářská práce ověřovala 5 hypotéz.

Hypotéza č. 1: „Rodiny s nižším vzděláním mají menší vliv na dítě s DM při jeho začleňování do běžného života než rodiny s vyšším vzděláním.“ byla potvrzena. Rodiče s nižším vzděláním získávají informace o nemoci a léčbě především od lékaře, oproti rodičům s vyšším vzděláním, kteří získávají informace nejen od lékaře, ale i z literatury a internetu, případně v centrech pro diabetologické děti. Rodiče mají pocit, že čím více budou znát nemoc jejich dítěte a čím víc budou mít informací o této nemoci, tím lépe připraví dítě s diabetem do běžného života.

Hypotéza 2: „Děti s DM slabšího sociálního zázemí mají těžší začleňování do běžného života a přístup k potřebné léčbě“ byla potvrzena. Děti z rodin z nižším sociálním zázemím mají těžší začleňování do běžného života, což souvisí s edukací rodičů i dětí.

Hypotéza č. 3: „Pro dítě s DM z rodiny s více sourozenci je lehčí nástup do běžného života“ byla potvrzena. Zde byly děti s DM rozděleny na ty, které mají jednoho a méně sourozenců a na ty, které mají dva a více sourozenců. Z dotazování vyplývá, že i sourozenci mají vliv na začleňování mladšího klienta s DM do běžného života. Velkou roli zde hraje taky velká důvěra sourozenců v sebe sama, ale i navzájem. Dítě s více sourozenci nemá pocit z vyčlenění z dětského kolektivu. Na kolektiv je zvyklé a necítí se být handicapované, pokud se kamarádi zajímají o jeho nemoc. Je pro něj normální a přirozená věc o diabetu s dětmi v rodině mluvit.

Hypotéza č. 4: „Rodiny s DM I. typu potřebují kontakt s rodinou stejného onemocnění“ byla potvrzena. Z výzkumu se ukázalo, že rodiny, které mají možnost stýkat se s rodinou s dítětem stejného onemocnění, této možnosti ve velké většině aktivně využívají.

Hypotéza č. 5: „Děti předškolního věku dodržují léčbu přesněji než děti školního věku“, tato hypotéza byla na základě dotazování potvrzena, ale nemá objektivně vypovídající hodnotu, vzhledem k malému počtu dětí s diabetem v předškolním věku. I přes veškerou moji snahu se vrátilo minimum vyplněných dotazníků, proto tedy výsledek nelze brát úplně objektivně. Děti předškolního věku dodržují léčbu přesněji, z důvodu toho, že na ně neustále dohlíží rodiče či starší sourozenci seznámeni s touto nemocí. Děti školního věku jsou již ve většině případů plně samostatné a tak i z většiny odpovědné za svůj přístup k nemoci.

Myslím si, že cíl práce byl splněn. Hypotézy se potvrdily. Z výzkumu vyplynulo, že rodina má opravdu velký vliv na dítě s diabetem při jeho začleňování do běžného života. Proto bych kladla velký důraz na edukaci jak samotného dítěte, ale i celé jeho rodiny včetně sourozenců, ale i pedagogů. Byla bych ráda, kdyby moje práce byla malým přínosem pro rodiny, které mají diabetické dítě, ale i pro rodiny, které ho nemají, aby měli možnost představit si, jak je těžké připravit diabetickému dítěti dobrý start do života. Výsledky výzkumu by mohly být především prezentovány v diabetických centrech (např. Diacel Písek) a diabetologických ambulancích.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANDĚL, M. *Život s cukrovkou*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1996, 120s. ISBN 80-7169087-2
2. BARTOŠ, V. PELIKÁNOVÁ, T. *Praktická diabetologie*. 3.vyd. Praha: Maxdorf, 1996. 376s. ISBN 80-85800-31-4
3. BĚLOHRÁDKOVÁ, J. BRÁZDOVÁ, L. *Diabetes mellitus*. NCO NZO, 2006, 161s. ISBN 80-7013-446-1
4. BRÁZDOVÁ, L. a kol. *Průvodce diabetologií pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, 128s. ISBN 80-7013-305-8
5. ČECHOVÁ, V. MELLANOVÁ, A. ROZSYPALOVÁ, M. *Psychologie a pedagogika 1*. 1.vyd. Praha: Informatorium spol.s.r.o., 2003, 186s. ISBN 80-7333-014-8
6. ČECHOVÁ, V. MELLANOVÁ, A. ROZSYPALOVÁ, M. *Psychologie a pedagogika 2*. 1.vyd. Praha: Informatorium spol.s.r.o., 2004, 160s. ISBN 80-7333-028-8
7. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 433s. ISBN 80-247-0143-X
8. *Dietní léčba diabetu*, [online]. [cit. 2009-11-26]. Dostupný z <<http://www.diabetes.cz/>>
9. GULÁŠOVÁ, I. Najčastejšie psychosociálne problémy pacientov s diabetes mellitus. *Sestra v diabetologii*. Praha: 2006, roč.2, č.3, str.18-19. ISSN 1801-2809
10. JANKOVEC, Z. Edukace v diabetologii. *Sestra v diabetologii*. Praha: 2007, roč.3, č.1, str.9-11. ISSN 1801-2809
11. JANKOVEC, Z. a kol. Edukace v diabetologii. *Sestra v diabetologii*. Praha: 2007, roč.3, č.2, str.9-12 ISSN 1801-2809

12. JENÍČKOVÁ, D. *Když má dítě cukrovku*. [online]. [cit 2009-12-13]. Dostupný z <<http://www.diabetes.cz/>>
13. JIRKOVSKÁ, A. *Syndrom diabetické nohy*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2006, 397s. ISBN 80-7345-095-X
14. JIRKOVSKÁ, A. ŠKRHA, J. *Pomocník diabetologa*. 1.vyd. Běstvína: Geum, 2000, 328s. ISBN 80-86256-10-3
15. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství*. 3.vyd. Praha: Galén, 2006, 1158s. ISBN 80-7262-430
16. KOHOUT, P. PAVLÍČKOVÁ, J. *Cukrovka dieta diabetická*. 1.vyd. Česlice: Pavla Mončilová, 1998, 129s. ISBN 80-85936-01-1
17. KOPECKÝ, A. *Cukrovka dětí a mládeže*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1986, 110s. ISBN 08-019-86
18. KRAUSOVÁ, Z. *Diabetes a psychika. Sestra v diabetologii*. Praha: 2007, roč.3, č.2, str.34-36 ISSN 1801-2809
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 200s. ISBN 80-247-0179-0
20. LEBL, J. PRUHOVÁ, Š. *Abeceda diabetu – Příručka pro děti, mladé, dospělé a jejich rodiče*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004, 183s. ISBN 80-7345-022
21. LEBL, J. PRUHOVÁ, Š. *ISPAD CONSENSUS GUIDELINES 2006-2009 Moderní dětská diabetologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009, 286s. ISBN 978-80-7262-624
22. LEBL, J. PRUHOVÁ, Š. *Abeceda diabetu*. 3.vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 184s. ISBN 80-7345-141-7
23. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha. Grada Publishing, 2006, 264s. ISBN 80-247-1399-3
24. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl – Systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004, 188s. ISBN 80-246-0429-9
25. NAŇKA, O. ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2009, 416s. ISBN 978-80-7262-612-0

26. PACOVSKÝ, V. *Vnitřní lékařství*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1993,337s. ISBN 80-217-0558-2
27. PELIKÁNOVÁ, T. *Diabetologie a vybrané kapitoly z metabolismu*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003, 119s. ISBN 80-7254-358-X
28. PETRUŠICOVÁ, J. *Diabetes mellitus 1. typu*. 1.vyd. Praha: Geum s.r.o., 2007, 615s. ISBN 978-80-86256-49-8
29. RYBKA, J. *Diabetologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 288s. ISBN 80-247-1612-7
30. RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 320s. ISBN 978-80-247-1671-8
31. Stárka, Luboslav. ZAMRAZIL, Václav. *Základy klinické endokrinologie*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2005,378s. ISBN 80-7345-0666-6
32. Svaz diabetiků ČR, *Léčba diabetu inzulinem a tabletami*, [online].[cit. 2010-02-09]. Dostupný z : <<http://www.diazivot.cz/>>.
33. ŠKRHA, J. a kol. *Diabetologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009, 417s. ISBN 978-80-7262-607-6
34. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 186s. ISBN 80-7013-324-4
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2004, 870s. ISBN 80-7178-802-3

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Aplikace inzulínu

Diabetes mellitus

Dítě

Edukace

Rodina

Ošetrovatelský proces

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Rámcová kritéria diabetu v dětském věku.

Příloha 2 Příklad jídelního plánu 10-ti letého chlapce.

Příloha 3 Vzorový jídelní plán 11měsíčního kojence s diabetem.

Příloha 4 Přehled inzulinů.

Příloha 5 Dotazník pro rodiče.

Příloha 6 Dotazník pro předškolní děti.

Příloha 7 Dotazník pro školní děti

Příloha 1: Rámcová kritéria diabetu v dětském věku

Zdroj : J.Škrha, Pomocník diabetologa, 2000 (14).

	dobrá	přijatelná	špatná
Věková skupina: 0 – 6 let			
glykémie na lačno (mmol/l)	5,0 – 8,8	do 12	nad 12
glykémie za 1 - 2 hod po jídle (mmol/l)	6,2 - 11,5	do 14	nad 14
glykosylovaný hemoglobin HbA _{1c} (%)	do 6,5	do 10	nad 10
Věková skupina: 6 - 10/12 let (děvčata/chlapci)			
glykémie na lačno (mmol/l)	4,6 – 7,9	do 10,8	nad10,8
glykémie za 1 - 2 hod po jídle (mmol/l)	5,0 – 9,6	do 12,0	nad 12
glykosylovaný hemoglobin HbA _{1c} (%)	do 8,5	do 9,5	nad 9,5
Věková skupina: 10/12 let – ukončení puberty (děvčata/chlapci)			
glykémie na lačno (mmol/l)	4,4 – 7,9	do 8,6	nad 8,6
glykémie za 1 - 2 hod po jídle (mmol/l)	5,0 – 9,2	do 9,8	nad 9,8
glykosylovaný hemoglobin HbA _{1c} (%)	do 8,0	do 9,0	nad 9,0

Příloha 2: Příklad jídelního plánu 10-ti letého chlapce

Zdroj: <<http://www.diabetes.cz/> (8).

Snídaně	3 v.j.	Mléko nebo bílá neslazená káva 250 ml	1 v.j.
		Celozrnný rohlík 1 ks	2 v.j.
		Máslo, šunka 0,05 kg	0 v.j.
Svačina	2 v.j.	Banán 1 ks	2 v.j.
Oběd	4 v.j.	Hovězí vývar se zeleninou	0 v.j.
		Pečené kuře	0 v.j.
		Dušená rýže 200g	4 v.j.
Svačina	3 v.j.	Chléb 1 krajíček (60g)	2 v.j.
		Bílý jogurt 200 ml	1 v.j.
Večeře 1	3,5 v.j.	Francouzské brambory (250g)	3,5 v.j.
Večeře 2	2 v.j.	Slunečnicový chléb 1 krajíček (60g) Máslo, rajče	2 v.j.

Příloha 3: Vzorový jídelní plán 11-timěsíčního kojence s diabetem

Zdroj: <<http://www.diabetes.cz/> (8).

Snídaně	250 ml plného Sunaru (30g Sunaru) bez přídavku cukru	1 v.j.
Svačina	250 ml ovocné kaše bez přídavku cukru	2,5 v.j.
Oběd	250 ml zeleninové polévky s masem	2 v.j.
Svačina	½ rohlíku s máslem	1 v.j.
Večeře 1	250 ml krupicové kaše bez přídavku cukru nebo 250 ml kaše Sunarka (60 g Sunarky)	2 v.j. 3 v.j.
Večeře 2	200 ml šlehaného žervé s ovocem	1 v.j.
Dle potřeby	250 ml čaje s 5 g (lžička)řepného cukru nebo glukózy	0,5 v.j.

Příloha 4: Přehled inzulinů

Zdroj: J. Škrha, Pomocník diabetologa, 2000 (14) .

druh	typ	název	výrobce	účinek		
				nástup	max	trvání
zvířecí	rychle účinný	Insulin MONO D	Léčiva	-	-	-
	depotní	Insulin MONO D	Léčiva	-	-	-
		Insulin MONO SD	Léčiva	-	-	-
humánní	rychle účinné	Actrapid HM	Novo Nordisk	za 30 min	1-3 hod	8 hod
		Insulin HM-R	Léčiva	-	-	-
		Humulin R	Eli Lilly	-	-	-
		Insuman Rapid	Aventis Pharma	-	-	-
	střednědobě působící	Humulin	Eli Lilly	-	-	-
		Insulatard HM	Novo Nordisk	za 1,5 hod	4-12 hod	24 hod
		Monotard HM	Novo Nordisk	za 2,5 hod	7-15 hod	24 hod
		Insulin HM-NPH	Léčiva	-	-	-
		Insuman HM	Aventis Pharma	-	-	-
		Humulin L	Eli Lilly	-	-	-
	dlouhodobě působící	Humulin U	Eli Lilly	-	-	-
		Ultratard HM	Novo Nordisk	za 4 hod	8-24 hod	28 hod
	směsi	Mixtard 10,20,30,40,50	Novo Nordisk	za 30 min	2-8 hod	24 hod

Příloha 5 : Dotazník pro rodiče

Dobrý den, jmenuji se Petra Petráková, studuji na Jihočeské univerzitě ošetrovatelství obor Všeobecná sestra a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, k mé bakalářské práci „**Vliv rodiny při začleňování mladšího klienta s DM I.typu do běžného života**“. Jelikož je tento dotazník plně anonymní prosím Vás o jeho vyplnění. Pokud se Vám hodí u jakékoliv otázky označit více možností můžete. Předem děkuji za Vaši ochotu a trpělivost.

1) Považujete dítě s cukrovkou za handicepované? :

- A) ano
- B) ne

2) Jaký je Váš věk :

- A) 25 – 30 let
- B) 31 – 35 let
- C) 36 – 40 let
- D) 41 – 45 let
- E) 46 a více let

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání :

- A) neúplné základní vzdělání
- B) úplné základní vzdělání
- C) vyučen/á bez maturity
- D) středoškolské s maturitou
- E) vyšší odborné
- F) vysokoškolské

4) Je podle Vašeho názoru diabetes mellitus:

- A) nemoc, kterou je možné léčbou ovlivnit
- B) nemoc, kterou není možné léčbou ovlivnit
- C) jiné, prosím uveďte co si myslíte

.....

5) Je – li Vaše odpověď u předchozí otázky (č.4) varianta „A“, je tedy podle Vašeho názoru diabetes možné léčit.....

- A) dietou
- B) dodáním inzulínu
- C) fyzickou zátěží
- D) speciálními léky

6) S onemocněním diabetes mellitus se komplikace :

- A) mohou objevit
- B) nikdy se nevyskytují
- C) komplikace neznám, nevím

7) Znáte různé typy diabetu?

- A) ano
- B) ne
- C) nevím, neslyšel-a jsem

8) Kterým z těchto příznaků podle Vás často trpí diabetici?

- A) hubnutím
- B) únavou
- C) žízní
- D) nadměrným močením

9) Od koho získáváte informace nemoci :

- A) lékaře
- B) zdrav.sestry
- C) internetu
- D) literatury
- E) jiné, uveďte

10) Jste spokojen-a s rozsahem možnosti získat informace?

- A) ano
- B) ne

11) Jsou pro Vás tyto informace dostačující?

- A) ano
- B) ne

12) Mají Vaši příbuzní informace o cukrovce Vašeho dítěte?

- A) ano
- B) ne

13) Mluvíte o cukrovce doma?

- A) ano
- B) ne

14) Omezuje Vás DM Vašeho dítěte ve Vašem osobním životě?

- A) ne
- B) ano
- C) částečně

15) Jak vnímá onemocnění Vaše okolí?

- A) podporuje nás a snaží se nám pomáhat
- B) zajímá se o DM, ale nezasahuje do stavu ani léčby
- C) nezajímá se, nezasahuje
- D) negativně, stydí se za ně

**16) Využil byste nabídku edukačních pobytů určených pro diabetiky?
(edukační přednášky)**

- A) ano
- B) ne
- C) nevím

17) Máte možnost stýkat se s rodinami, které mají také diabetické dítě? :

- A) ano
- B) ne
- C) ano máme, ale nechceme
- D) ne nemáme, ale rádi by jsme

18) Jak dlouho se léčí Vaše dítě na DM 1. typu?

.....

19) Kdo informoval dítě o jeho nemoci? :

- A) rodiče
- B) sourozenci
- C) lékař
- D) babička - dědeček

20) Kdo Vám byl oporou ve zvládnání nové situace?

- A) manžel – ka
- B) samo dítě
- C) přátelé
- D) všichni příbuzní

21) Kterou třídu Vaše dítě navštěvuje?

- A) 1 – 3
- B) 4 - 6
- C) 7 – 9

22) Jaké znalosti o DM 1. typu by měl mít učitel ZŠ, který se s žákem s DM 1. typu nikdy nesetkal?

- A) o podstatě onemocnění DM 1. typu?
- B) o omezeních daných nemocí (sport, strava apod.)
- C) o léčebném režimu dítěte s DM ?
- D) o projevech hypo- a hyperglykémie u dítěte s DM ?
- E) o manipulaci s léčebnými pomůckami?
- F) o první pomoci při DM ?

23) Měl by někdo informovat spolužáky ze třídy o onemocnění Vašeho dítěte?

- A) samo dítě
- B) učitel
- C) vy – rodiče

24) Jaké informace o onemocnění by měly být sděleny spolužákům ze třídy Vašeho dítěte?

- A) o manipulaci s pomůckami určených k léčbě DM ?
- B) o první pomoci žáka s DM ?
- C) o podstatě onemocnění DM ?
- D) o projevech hypo- a hyperglykémie u žáka s DM ?

25) Jaký je měsíční příjem Vaší celé rodiny?

- A) 0 – 15 000,-
- B) 16 000 – 30 000,-
- C) 31 000 – 40 000,-
- D) nad 40 000,-

26) Je podle Vás léčba DM finančně náročná?

- A) ano
- B) ne

27) Jakou pomůcku používá Vaše dítě k aplikaci inzulín?

- A) inzulínové pero
- B) inzulínovou stříkačku
- C) inzulínovou pumpu
- D) jiné

Příloha 6: Dotazník pro předškolní děti

Dobrý den, jmenuji se Petra Petráková, studuji na Jihočeské univerzitě ošetřovatelství obor Všeobecná sestra a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, k mé bakalářské práci „**Vliv rodiny při začleňování mladšího klienta s DM I.typu do běžného života**“. Jelikož je tento dotazník plně anonymní prosím Vás o jeho vyplnění. Pokud se Vám hodí u jakékoliv otázky označit více možností můžete. Předem děkuji za Vaši ochotu a trpělivost.

1) Jsi :

- A) chlapec
- B) dívka

2) Kolik Ti je let?

- A) 2 – 3 roky
- B) 4 – 5 let
- C) 6 – 7 let

3) Jak dlouho máš cukrovku?

- A) méně než rok
- B) 1 – 2 roky
- C) 3 – 4 roky
- D) víc jak 5 let

4) Aplikuješ si sám-a inzulín?

- A) ano
- B) ne

5) Kdo Ti aplikuje inzulín doma? (Pokud byla v ot. 3 odpověď ano, přeskoč na ot. č. 6)

- A) maminka
- B) tatínek
- C) starší sourozenec

6) Chodíš do školky?

- A) ano
- B) ne

7) Kdo ti aplikuje inzulín ve školce?

- A) pani učitelka
- B) maminka – tatínek
- C) starší sourozenec

8) Znají kamarádi ve školce Tvoji nemoc?

- A) ano
- B) ne

9) Ptají se tě kamarádi na cukrovku?

- A) ano
- B) ne

10) Kde si ve školce aplikuješ inzulín?

- A) v šatně
- B) ve třídě
- C) na WC
- D) u pani učitelky v kanceláři

11) Kolik máš sourozenců?

- A) 1
- B) 2
- C) 3 a víc

12) Pomáhají Ti sourozenci s věcmi kolem cukrovky?

- A) ano
- B) ne

13) Znáš komplikace cukrovky jako je hypo a hyperglykemie?

- A) ano
- B) ne

14) Víš jak se máš zachovat když dostaneš hypo nebo hyperglykemie?

- A) ano
- B) ne

15) Povídáš si doma s někým o cukrovce?

- A) s maminkou
- B) s tatínkem
- C) se sourozenci
- D) s dědečkem a babičkou

16) Znáš omezení v jídle jaké je při cukrovce?

- A) ano
- B) ne

17) Máš kamarády co mají taky cukrovku?

- A) ano
- B) ne

18) Informuješ vždy rodiče o příznaku hypoglykémie?

- A) ano
- B) ne

19) Kdo ti kontroluje hladinu cukru v krvi?

- A) maminka nebo tatínek
- B) sourozenec
- C) sám
- D) dědeček nebo babička

20) Radíš se vždy s rodiči o počtu jednotek inzulínu?

- A) ano
- B) ne

21) Kdo ti kontroluje množství inzulínu v ampulce?

- A) rodiče
- B) sám
- C) dědeček a babička

22) Dohlíží rodiče pokaždé na aplikaci inzulínu?

- A) ano
- B) ne

Příloha 7: Dotazník pro školní děti

Dobrý den, jmenuji se Petra Petráková, studuji na Jihočeské univerzitě ošetřovatelství obor Všeobecná sestra a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, k mé bakalářské práci „**Vliv rodiny při začleňování mladšího klienta s DM I.typu do běžného života**“. Jelikož je tento dotazník plně anonymní prosím Vás o jeho vyplnění. Pokud se Vám hodí u jakékoliv otázky označit více možností můžete. Předem děkuji za Vaši ochotu a trpělivost.

1) Jsi :

- A) chlapec
- B) dívka

2) Kolik Ti je let? :

- A) 6 – 9
- B) 10 – 13
- C) 14 – 17

3) Jak dlouho máš diabetes mellitus 1. typu? :

- A) méně než 1 rok
- B) 1 – 2 roky
- C) 3 – 4 roky
- D) 5 – 7 let
- E) 8 a více roků

4) Kolik máš sourozenců? :

- A) nemám sourozence
- B) 1
- C) 2
- D) 3 a více

5) Mají sourozenci informace o tvé nemoci? :

- A) ano
- B) ne

6) Povídáš si doma s někým o cukrovce? :

- A) s maminkou
- B) s tatínkem
- C) se sourozenci
- D) dědečkem a babičkou

7) Mají Tvoji kamarádi informace, že máš cukrovku? :

- A) ano
- B) ne

8) Máš taky kamaráda s cukrovkou? :

- A) ano
- B) ne

9) Kdo Ti aplikuje inzulín? :

- A) sám – sama
- B) maminka
- C) tatínek
- D) sourozenec

10) Jak si aplikuješ inzulín? :

- A) inzulínové pero
- B) inzulínová stříkačka
- C) inzulínová pumpa
- D) jinak – prosím doplň jak

.....

11) Vedeš si diabetický deník? :

- A) ano
- B) ne

12) Kolikrát denně si měříš glykémii (hladinu cukru v krvi)? :

- A) 1 – 2 krát
- B) 3 – 4 krát
- C) 5 – 6 krát
- D) neměřím si glykémii

13) Množství aplikovaného inzulínu řídíš :

- A) pouze dle doporučení diabetologa
- B) dle doporučení rodičů či jiného člena rodiny
- C) dle rady kamaráda, který má také diabetes
- D) jedině podle sebe jak chci

14) Jezdíš na nějaké letní tábory ? :

- A) ano – na diabetický tábor
- B) ano – na tábor bez zaměření na diabetes
- C) nejedím

15) Od koho získáváš informace své nemoci :

- A) od lékaře
- B) od zdravot. sestry
- C) internetu
- D) literatury
- E) nic mě nezajímá o mé nemoci

16) Diabetes mellitus je podle Tebe:

- A) nemoc, kterou není možné léčbou ovlivnit
- B) nemoc, kterou je možné léčbou ovlivnit

17) V případě, že jsi u předchozí otázky (č.16) uvedl (a) variantu „B“, lze dle Tvého názoru diabetes léčit..... :

- A) dietou
- B) životosprávou
- C) speciálními léky
- D) inzulínem

18) V případě výskytu diabetu se:

- A) mohou se komplikace objevit
- B) o žádných komplikacích nevím
- C) nikdy komplikace nevyskytují

19) Normální hladina cukru v těle (glykémie) na lačno je:

- A) méně než 3 mmol/
- B) více jak 6,5 mmol/
- C) 3,3 – 6,1 mmol/l

20) Kterými z níže uvedených potíží trpí podle Tvého názoru pacienti-diabetici? :

- A) únavou
- B) nadměrným močením
- C) hubnutím
- D) žízní

21) Mají učitelé ve škole informace o Tvé nemoci? :

- A) ano
- B) ne

22) Ví o cukrovce všichni Tvoji spolužáci? :

- A) ano
- B) ne

23) Máš ve škole vhodné podmínky na aplikaci inzulínu? :

- A) ano
- B) ne

24) Zná p.učitelka akutní komplikace cukrovky? :

A) ano

B) ne

25) Kdo z rodiny podal informace o cukrovce p. učitelce ? :

A) ty

B) rodiče

C) nikdo, už všechno znala

26) Informuješ vždy rodiče o příznaku hypoglykemie? :

A) ano

B) ne

27) Radíš se vždy s rodiči o počtu jednotek inzulínu? :

A) ano

B) ne

28) Kdo Ti kontroluje množství inzulínu v ampulce? :

A) sám

B) rodiče

C) dědeček a babička

29) Dohlíží pokaždé rodiče na aplikaci inzulínu? :

A) ano

B) ne

