

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotvdy

Bakalářská práce

Eva Mislíková

Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Diabetes mellitus 1. typu a jeho vliv na život žen

Olomouc 2019

vedoucí práce: PhDr. Tereza Sofková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci 4. 6. 2019

Mislíková Eva

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Tereze Sofkové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, za poskytování cenných rad a vstřícnosti při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, jež vyplnili dotazník a v neposlední řadě celé mé rodině a blízkým, kteří mě podpořili.

Obsah

Úvod	6
1 Cíle práce.....	7
Dílčí úkoly práce	7
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	8
Historie diabetes mellitus neboli cukrovka	8
Klasifikace diabetu	9
2.1 Typy diabetu	10
Diabetes mellitus 1. typu.....	10
Diabetes mellitus 2. typu.....	10
Gestační diabetes mellitus.....	11
2.2 Diabetes mellitus 1. typu.....	12
Příčiny vzniku diabetu 1. typu.....	12
Význam a působení inzulínu	13
Důsledky nedostatku inzulínu - klinické příznaky	13
2.3 Inzulín.....	14
Historie inzulínu.....	15
Inzulínová analogá	15
Inzulínové přípravky.....	16
2.4 Pomůcky pro aplikaci inzulínu	16
Inzulínová pera.....	16
Inzulínová pumpa.....	16
Inzulínové stříkačky.....	16
2.5 Léčba diabetu.....	17
Obecné cíle léčby.....	17
Komplikace cukrovky	17
Chronické komplikace diabetu	17
Krátkodobé komplikace diabetu	18
Hyperglykemie.....	18
Hypoglykemie.....	18
Diabetická ketoacidóza	19
Epidemiologie diabetu	19
2.6 Život s diabetem	19

Nově diagnostikovaný diabetes mellitus	19
Dietní režim	20
Deprese a strach	20
Fyzická aktivita	20
Kouření	21
Alkohol	22
Sexuální život.....	22
Diabetes a těhotenství	23
Omezení v sociálním životě.....	23
Zaměstnání.....	23
2.7 Kvalita života.....	24
Definice.....	24
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	25
Metodika práce	25
Výzkumné předpoklady.....	25
Charakteristika zkoumaného vzorku	26
Zpracování dat	26
4 Výsledky a diskuze.....	27
Ženy a kvalita života.....	27
Ženy a zdraví	29
Ženy a prožívání	30
Ženy a aktivita	32
Ženy a spokojenost	34
Ženy a negativní pocity	36
Závěr.....	38
Souhrn	39
Summary	40
Referenční seznam	41
Seznam grafů.....	44
Seznam tabulek	45
Seznam příloh.....	46

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá celosvětově známým onemocněním, jež většina z nás jistě zná. Hovoříme o chronické nemoci diabetes mellitus 1. typu. Podle průzkumů Světové zdravotnické organizace byla v roce 2014 asi 247 miliónů diabetických pacientů po celém světě. Téměř dvojnásobný nárůst nově diagnostikovaných pacientů zaznamenala v roce 2015, tedy 415 miliónů pacientů trpících diabetem. Tyto čísla hovoří o pacientech jak diabetu 1. typu, tak 2. typu. Vedle těchto dvou typů diabetu se ještě objevuje tzv. gestační diabetes. Ten se týká pouze žen v období gravidity. Postihuje zhruba 4 – 9 % žen v těhotenství a po porodu vždy odezní, ale může zvyšovat riziko objevení se v průběhu života (Buse, 2016).

Janáčková a Kvapil (2018) uvádějí, že v České republice je diagnostikováno téměř 900 000 nemocných s cukrovkou. Většina trpí diabetem 2. typu a téměř čtvrtina nemocných není diagnostikována. Z toho vyplývá, že skoro každý 10 člověk v České republice má cukrovku. Podle aktuálních statistických údajů z roku 2016 diabetem mellitus 1. typu trpí v ČR 60 281 lidí.

U diabetu 1. typu nelze zvolit jakékoliv opatření, které by propuknutí této nemoci zabránilo. Ovšem v případě, že nemoc již propukne, je nesmírně důležitá prevence. Velmi podstatná je správná životospráva, vyvážená strava, dostatek pohybu, přesné dávkování inzulínu, měření glykemií a v neposlední řadě také dbát na svou duševní stránku, čili cítit se v klidu a pohodě (Janáčková a Kvapil, 2018).

Cílem praktických lékařů a odborných doktorů zabývajících se léčbou cukrovky je pacientovi s diabetem 1. typu zajistit, co nejkvalitnější život, který se snaží přiblížit životu zdravého člověka. K tomu slouží právě již zmiňovaná prevence, ale ze všeho nejdůležitější je spolupráce pacienta s lékařem (Jirkovská a kol., 1999).

1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u dvou zcela odlišných skupin žen. Zaměřili jsme se na ženy s onemocněním diabetes mellitus 1. typu, a ženy bez tohoto onemocnění a jejich kvalitu života. Nashromážděné informace u těchto dvou skupin budeme mezi sebou porovnávat a analyzovat shody, neshody a podobnosti.

Dílčí úkoly práce

Pro splnění stanoveného cíle bakalářské práce bylo zvoleno několik dílčích úkolů.

- Posoudit kvalitu života u žen s diabetem mellitus 1. typu a žen bez toho onemocnění.
- Určit zda sexuální život žen s diabetem mellitus 1. typu bude mít méně kvalitní než u žen bez diabetu 1. typu.
- Zhodnotit celkovou kvalitu zdravotního stavu mezi ženami s diabetem mellitus a žen bez diabetu 1. typu.
- Vyhodnotit, u které skupiny žen bude vyšší míra negativních pocitů.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Historie diabetes mellitus neboli cukrovka

Diabetes je slovo řeckého původu a znamená *uplynout, odtékat*. Tento termín uplatnili Apolonius z Memphisu a Dametrius z Apamaie ve 2. století před naším letopočtem. Původní název diabetes se roku 1647 rozšířil o mellitus. Slovo *mellitus* pochází z latiny a můžeme ho přeložit jako *med*. Za tímto rozšířením stojí anglický lékař Thomas Willis, který u diabetiků vyzoroval sladkou chuť moči, což také uvedl jako jeden z příznaků při diagnostikování tohoto onemocnění (Kudlová, 2015).

První zmínku o cukrovce, jež nalezneme v naší historii, je datována rokem 1500 let před naším letopočtem. Informace o ní se objevují v egyptských lékařských svazcích, především tedy v Ebersově papyru, které popisují polyurickou nemoc. I přesto poměrně dlouhou dobu nebyla objasněna základní příčina této nemoci. Značná část známých lékařů například Hippokrates kolem roku 400 př. n. l také hovoří o nemoci s polyurií, jež má ve většině případů za následek zničení těla (Perušičová, 2016).

Ve středověku lékaři vyšetřovali moč pomocí zraku, zde je především zajímavé množství a barva, dále moč ochutnávali, čichali si k ní a řídili se vlastní intuicí. Především diskutovali, než léčili. Zde můžeme zejména uvést Avicenna. Byl to arabský učenec, žijící v letech 980-1037, který se postaral o důkladnější popis symptomů diabetu, mezi které zařadil zvýšenou chuť k jídlu, sladkou moč, sexuální dysfunkci a jiné. Uvedl také pár doporučení pro zlepšení stavu a to jízdu na koni a vynechání močopudných látek (Kudlová, 2015).

Bartoš (2018) uvádí, že významným průlomem pro diabetes byl novověk. Od roku 1774 díky Matthewu Dobsonovi byl k dispozici jednoduchý chemický test, který sloužil k zjištění hladiny cukru v moči. Paul Langerhans, ve své dizertační práci, roku 1869 popsal ostrůvky pankreatu, ale neznal jejich funkci. Roku 1889 byl proveden experiment na psovi. Spočívalo to v tom, že lékař Oskar Minkowski a J. von Mering psovi vyjmul pankreas a následně objevili cukr v moči. Roku 1907 bylo lékařem M. A Lanem zjištěno, že Lanhansovy ostrůvky mají A buňky a B buňky. O dva roky později, tedy roku 1909 Jean de Meyer předpokládal, že buď v A buňkách nebo B buňkách se vytváří hormon, díky kterému klesá glykémie a nazval ho inzulin (z latinského *insula* – ostrov).

Objevení inzulínu bylo pro léčbu diabetu velmi zásadní. Frederiku Grantu Bantingovi a Johnu Richardovi MacLeodovi se v květnu roku 1921 podařilo objevit čistý inzulín (Janáčková a Kvapil, 2018).

Firma Eli Lilly v Indianapolis v USA započala roku 1922 výrobu inzulínu, který se začal šířit do celého světa. V roce 1926 odstartovala výroba inzulínu i u nás. Významný diabetolog prof. Elliot Proctor Joslin (1880-1951) upozornil na rozdílnost absorpce inzulínu mezi jednotlivými místy vpichu, jelikož rychlost vstřebání inzulínu v těle je závislá právě na místě vpichu. Již v roce 1924 doporučil schéma, které navrhuje střídání míst pro podkožní aplikaci inzulínu. Prof. Elliot Proctor Joslin se stal významným především v edukaci diabetu. Do konce 70. let 20. století byla edukace v této oblasti především závislá na jednotlivcích i vzhledem k tomu, že po roce 1935 se začala celosvětově zakládat diabetická centra. V Československu, konkrétně v Praze, byla založena první poradna pro diabetiky roku 1928. Za vznik této poradny vdčíme prof. Ladislavu Syllaby. Česká diabetologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně byla založena roku 1963. Interní klinika Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví lékařů a farmaceutů a Jaroslav Rybka vytvořili ve Zlíně roku 1985 celospolečenský zdravotnický diabetologický program. V Saint Vincent v Itálii byla akceptována Saintvincentská deklarace. Saintvincentská deklarace je stěžejní program péče o diabetiky ve všech zemích EU, včetně České republiky. Tento program se zabývá komplexními programy, jež se týkají diagnostiky, edukace, sociálních aspektů, péče o diabetiky, komplikacemi diabetu a mezinárodní spolupráci (Kudlová, 2015).

Klasifikace diabetu

Klasifikace diabetu byla stanovena díky rozdělení tedy kategorizace různých typů diabetu. Tuto klasifikaci zavedla v roce 1985 WHO (World Health Organisation) do češtiny překládáme jako Světová zdravotnická organizace. Později, tedy roku 1997, byla reformována na doporučení Americké diabetologické asociace (ADA), kterou v roce 1999 akceptovala mezinárodní diabetická federace (IDF) (Frantová, Rušavý, 2007).

2.1 Typy diabetu

Diabetes mellitus 1. typu

Nejčastěji se objevuje u dětí či dospívajících, prakticky se ale může vyskytnout v každém věku. Nutno podotknout, že za posledních pár let, počet diagnostikovaných diabetem 1. typu v dospělosti rapidně narůstá. V případě cukrovky 1. typu nastává situace, kdy tělo je bez absolutního nedostatku inzulínu, k němuž dochází různě rychlým poškozením či úplným vymizením beta buněk slinivky břišní, které jsou hlavním producentem inzulínu u každého z nás. Pokud se však objeví diabetes 1. typu, tyto beta buňky se udržují v malém nebo minimálním množství, tím pádem musí být inzulín do těla dostáván externě. Vznik této nemoci je zapříčiněn převážně geneticky, vlivy autoimunitními, vlivy vnějšího prostředí jako je například stres a infekčním onemocněním. Příznaky, díky kterým můžeme rozpoznat cukrovku 1. typu, jsou následující – špatné prospívání kojenců a batolat, nechutenství či naopak stálá chuť k jídlu, malátnost, únava, hubnutí, nadměrné močení, neustálý pocit žízně. Odborníci to zjistí vyšetřením, které jim ukáže zvýšenou hladinu cukru v krvi i přítomný cukr v moči (Vránová, 2013).

Diabetes mellitus 2. typu

Vránová (2013), že diabetes 2. typu je v mnoha případech nejčastěji diagnostikovaným diabetem. Diabetes mellitus 2. typu vzniká především v dospělém věku většinou v doprovodu dalších rizikových faktorů, mezi které můžeme zařadit například obezitu, trvale zvýšený či vysoký krevní tlak, genetická predispozice tukového profilu a další. Nezdravý životní styl neboli špatná životospráva je nejhlavnějším spouštěčem cukrovky 2. typu. Díky špatnému životnímu stylu dochází k inzulínovému odporu, který snižuje efektivitu inzulínu a dojde k deficitu vylučování. Glukóza v organismu je nedostatečná, stejně jako inzulín a tím vzniká hypoglykemický stav. Narušení vylučování inzulínu a jeho chod v určených tkáních jsou aspekty, které vyvolávají vznik cukrovky 2. typu. K vypuknutí cukrovky 2. typu musejí být přítomny oba tyto aspekty, respektive poruchy, avšak nezáleží, v jakém poměru jsou rozvinuty. Faktory podílející se na rozvoji a počátku onemocnění jsou genetické a vlivy vnějšího prostředí. Počátek onemocnění nelze hned vypočítat, jelikož charakteristické příznaky nejsou výrazné či naprosto chybějí. V rozvinutějším stádiu se již objevuje přílišná žíznivost, zvýšené vylučování moči a únava. Cukrovka 2. typu razantně zvyšuje

riziko vzniku srdečně – cévních onemocnění či dokonce srdečně – cévní smrti. K léčbě diabetu 2. typu se používají farmakologické prostředky a terapie současně s daným režimem. Důležitost klademe na využití všech dostupných terapeutických postupů a pokrytí všech nepříznivých faktorů.

Gestační diabetes mellitus

Gestační diabetes mellitus se projeví zpravidla po 20. týdnu těhotenství. Je jím postihnuto přibližně 3 – 6 % gravidních žen a po porodu zmizí. Gestační diabetes mellitus se svými charakteristickými rysy podobá cukrovce 2. typu. Za vznik může zvýšení inzulinové rezistence, která je zapříčiněna působením estrogenů, kortizolu a lidského placentárního laktogenu. Pro předpokládaný vznik diabetu v těhotenství můžeme pokládat tyto rizikové faktory: těhotenství u ženy nad 30 let věku, obezita, předchozí porod dítěte, jež mělo hmotnost vyšší než 4000 g, opakovaný porod mrtvého dítěte, gestační diabetes mellitus v předchozím těhotenství a diabetes mellitus v rodinné anamnéze (Běhobrádková, Brázdová, 2006).

2.2 Diabetes mellitus 1. typu

Diabetes mellitus neboli cukrovka je zapříčiněna autoimunitním porušením beta buněk pankreatu tedy slinivky břišní. Vznik nemoci se vyvíjí nevědomky několik týdnů, výjimečně i několik let. Jakmile dojde ke zničení 80-85 % beta buněk začínáme u pacienta pozorovat klinické projevy onemocnění, mezi které patří nevolnost, únava, slabost, neustálý pocit žízně, časté močení, kyselý zápach z úst, bolesti břicha a zvracení. Cukrovka je charakterizována absolutním nedostatkem inzulínu (Bělobrádková, Brázdová, 2006).

Příčiny vzniku diabetu 1. typu

Sebedestrukce beta buněk zapříčiní celoživotní závislost na podávání inzulínu. Tato sebedestrukce neboli sebezničení je následkem pochybení autoimunity (obrný – imunitní systém). Náš obranný systém má na starosti ničit všechny cizí částice a připouštět vlastní buňky. Musí je dobře rozeznat a chránit. U lidí trpících diabetem mellitus nastává problém v tom, že obranný systém jejich vlastní beta buňky určí za cizorodé a proto jsou ničeny. Čili autoimunita je intolerance k vlastním buňkám, což v případě onemocnění diabetem mellitus 1. typu znamená ztrátu k toleranci vlastních beta buněk a jejich následná a postupná likvidace. Tato porucha imunitního systému má hned několik faktorů. Může to být dáno geneticky, působením některých chemických látek, virové infekce, způsob výživy a životosprávy a řada vnitřních faktorů, které jsou dosud neobjasněné. Jde tedy především o celostní působení několika vlivů, jež tělo dovedou k postupné až úplné likvidaci beta buněk (Vávrová, 2015).

Inzulin má pro náš metabolismus, přesněji pro látkovou výměnu, velmi významnou roli. Jeho nejdůležitějším úkolem je regulace a udržování hladiny cukru v krvi v relativně těsné hranici. U zdravých jedinců je hladina krevního cukru čili glukózy relativně v těsném rozhraní od 3,6 do 11 mmol/l. Toto rozmezí uvádějí české tabulky, zatímco ty americké se trochu liší. Po jídle se tvorba inzulínu zvyšuje a glukóza se dostává do svalových a tukových buněk. Naopak při hladovění klesá. Inzulin tedy pečuje o to, aby hladina krevního cukru zbytečně moc nekolísala. Sekreci inzulínu spouští zvýšená hladina cukru v krvi, ale také další hormony objevující se v našem těle jako jsou noradrenalin a adrenalin (Strunecká, 2015).

Inzulin řadíme mezi anabolické hormony, to jsou takové hormony, které něco vytvářejí. Inzulin je jak ve vytváření, tak v hospodaření odborníkem. Vytváří tuky, bílkoviny. Dohlíží na to, aby energie z cukrů byla dobře využita. Je tzv. důležitým regulátorem energického hospodaření (Vávrová, 2015).

Význam a působení inzulinu

Inzulin je hormon, který hladinu cukru v krvi snižuje, tedy reguluje. Ustálená hladina krevního cukru neboli glukózy má preference v našem vnitřním prostředí. Zaručuje neustálý přísun glukózy pro mozkovou buňku, která je na ni velmi závislá, především v dětském věku. Dalším důležitým úkolem inzulinu je vytváření zásob cukru glykogenu ve svalch a játrech, ale také složitých tuků. V neposlední řadě se také stará o ochranu bílkovinných zásob. Díky jeho vlivu je glukóza prvotním zdrojem energie, protože by byla škoda využívat jako první zdroj energie bílkoviny, jelikož jsou nositeli života. Inzulin je tzv. velitelem našeho metabolismu (Vávrová, 2015).

Důsledky nedostatku inzulinu - klinické příznaky

Molekula inzulinu obsahuje 51 aminokyselin, které jsou uspořádané do dvou řetězců A a B spojených řetězcem C. Hlavní živiny, mezi které patří cukry, tuky a bílkoviny, jsou řízeny právě inzulinem (Bělobrádková, Brázdová, 2006).

U diabetu 1. typu je absence inzulinu, tím pádem se náš metabolismus hroutí a organismus přichází o svou sílu. Úplným nedostatkem inzulinu nastává situace, při které je receptor pro inzulin zcela bez něj a do buňky se nemůže dostat glukóza. Buňka hladoví a tím, že glukóza do buňky nemůže vstoupit, se v krevním řečišti objevuje její nadměrné množství a postupuje k ledvinám, které nejsou schopny přijmout tolik glukózy zpět. Glukóza tedy postupuje do moči a váže na sebe vodu a projeví se základní příznak tohoto onemocnění, což je časté močení. Časté močení způsobuje odvodnění, dehydrataci a přivodí pocit žízně, který zařadíme k dalším příznakům, jež nikdy nechybí. Avšak u handicapovaných dětí či batolat je těžké tento symptom poznat, jelikož pocit žízně neumějí vyjádřit (Vávrová, 2015).

Energie, která tělu chybí, je potřeba opatřit. To zajistí kontraregulační hormony, které zvyšují krevní cukr. Mezi kontraregulační hormony patří glukagon, hormon produkováný v alfa buňkách Langerhansových ostrůvků slinivky břišní, adrenalin a noradrenalin (hormony dřene), glukokortikoidy (hormony kůry), růstový hormon

a nadledviny. Tyto kontraregulační hormony nastoupí vždy, když hladina cukru výrazně klesá (Vávrová, 2015).

Organismus je zahlcen mastnými kyselinami, jež se postarají o chybějící energii, nicméně okyselí vnitřní prostředí. Kromě toho, při nedostatku inzulínu se mastné kyseliny proměňují v ketokyseliny čili ketolátky, které kyselost znásobují. Vylučováním glukózy močí, se z těla vytrácí cenné energetické látky a organismus je oslaben. Antiinzulární čili kontraregulační hormony přivádí ze zásobního glykogenu v játrech glukózu a další vyrábí novotvorbou. Tím sice krevní cukr stoupá, ale buňky jsou stále hladové, protože glukóza se bez inzulínu do buňky bohužel nedostane (Vávrová, 2015).

2.3 Inzulín

Jak již víme, inzulín je hormon, který je tvořen v beta buňkách slinivky břišní tzv. v Langerhansonových ostrůvkách. V těle slouží jako pomocník k regulování hladiny krevního cukru tedy glykémie. Pokud začne glykémie stoupat, v těle se začne tvořit více inzulínu, aby se glukóza mohla uložit do zásob. Jestliže glykémie upadá, klesá i tvorba inzulínu (Inzulín – posel v našem těle, 2010).

Bazální inzulín neboli základní je takový inzulín, který se v beta buňkách tvoří stále v určitém množství. Bolusový inzulín vzniká vždy po jídle, jelikož v tento okamžik se množství inzulínu v těle rapidně navýší (Lebl a kol., 2015).

Lebl a kol. (2015) uvádí, že všechny buňky našeho těla jsou závislé na inzulínu, aby mohly pracovat a využívat glukózu, vyjma mozkových buněk. Ty glukózu z krve mohou čerpat kdykoliv. Inzulín tedy dohlíží na glykémii a vhodně nakládá s glukózou. Ovšem problém nastává tehdy, kdy beta buňky nejsou schopny vytvářet a dodávat inzulín do těla. V tomto okamžiku je potřeba jim pomoci a to tak, že do těla začneme přivádět inzulín, který v této chvíli slouží jako lék.

Inzulín se aplikuje injekčně. Podávání inzulínu jinou formou například v podobě tablet, sirupu či kapek by nemělo žádný účinek, jelikož inzulín je bílkovinné povahy. Tím pádem se nemůže podávat orálně tedy polykat ústy, protože každá bílkovina se v trávicím ústrojí rozštěpí díky trávicím šťávám na nepatrné částice a ty se teprve

dostávají ze střev do krve. Právě proto je nezbytné trávicí ústrojí vynechat a inzulín podat tělu přímo (Lebl a kol., 2015).

Historie inzulínu

Několik desetiletí se inzulín získával a vyráběl z pankreatů tedy slinivek břišních jatečných zvířat, nejčastěji ze skotu a vepřů a tento inzulín se nazýval buď hovězí, nebo vepřový. Celý proces probíhal tak, že při porážce těchto zvířat byla vyjmuta slinivka břišní, která se zamrazila a přepravila do továrny na výrobu inzulínu. Díky výrobě tzv. zvířecího inzulínu bylo zachráněno miliony diabetických pacientů. Člověku byl tzv. zvířecí inzulín poprvé podán v roce 1922 (Lebl a kol., 2015).

Nicméně tato výroba přinášela dvě problémy. První obavou byl narůstající počet diabetiků a s tím spojená vyšší spotřeba inzulínu. Obávali se, zda budou pankreaty zvířat stačit. Druhou obavou byla odlišnost struktury hovězího či vepřového inzulínu oproti lidskému, který si člověk dokáže vytvořit sám (Lebl a kol., 2015).

Obě tyto obavy byly vyřešeny novou výrobní technologií, která započala od osmdesátých let 20. století. Od té doby se inzulín vyrábí pomocí biotechnologie, především genetickým inženýrstvím. V praxi to tedy vypadá tak, že ...*“jednomu obyčejnému druhu bakterií se v laboratoři vpraví do buňky gen, který v sobě ukrývá pokyn pro tvorbu lidského inzulínu. Tyto bakterie se pomnoží a umístí do kádě s výživným roztokem, ve kterém se jim dobře daří. Začnou vyrábět lidský inzulín.”* (Lebl a kol., 2015, s. 28) Pravý, lidský tzv. humánní inzulín nemá v sobě žádné zbytky bakterií. Tento inzulín je aplikován jako lék a je shodný s inzulínem, který si člověk vyprodukuje sám. (Lebl a kol., 2015)

Inzulínová analoga

Ovšem farmacie nezakrněla jen ve vývoji a výrobě lidského inzulínu. Odstartovali vývoj inzulínů, jejichž stavba nebyla zcela souhlasná s tím lidským. Nicméně zjistili, že drobnou úpravou molekuly mohou docílit pomalejšího nebo rychlejšího absorbování inzulínu, který účinkuje velmi dobře na snížení glykémie. Tyto inzulíny nazýváme inzulínová analoga, které dále rozlišujeme na analoga rychlá či pomalá (Lebl a kol., 2015).

Inzulinové přípravky

Schematicky můžeme inzulinové přípravky rozdělit na: krátkodobé, střednědobé, dlouhodobé. Nástup a trvání čili rozdělení závisí na druhu inzulinu, na místě vpichu a hloubce vpichu daného inzulinu a také na individuálním vstřebávání jedince. Krátkodobě působící inzulin má začátek působení během 30 – 60 minut a doba působení je 4 – 6 hodin. Střednědobé začínají působit za 1 – 2,5 hodin a doba účinku se liší podle druhu podaného inzulinu rozmezí je mezi 8 – 16 hodin. A poslední dlouhodobě působící inzulinové přípravky startují za 2 – 3 hodiny a doba trvání je až 36 hodin (Jirkovská a kol., 1999).

2.4 Pomůcky pro aplikaci inzulinu

Inzulinová pera

Díky inzulinovému peru je aplikace inzulinu velmi pohodlná a přesná. Pojmenování je z důvodu toho, že svým tvarem opravdu připomíná plnicí pero. V současné době je velmi populární používání jednorázových per, které po spotřebování inzulinu zlikvidujeme. Zároveň je to také nejmodernější pomůckou. V České republice je to nejstandardnější způsob aplikace inzulinu (Brož, Urbanová, 2014)

Inzulinová pumpa

Nejdokonalejší technologií pro dodání inzulinu do těla je inzulinová pumpa. Je to přístroj, který neustále aplikuje inzulin ve velmi nepatrných dávkách. Tyto dávky můžeme dle potřeby nastavit. Cílem inzulinových pump je co nejpřesněji imitovat produkování inzulinu u osob, které cukrovkou netrpí. Doporučuje se pacientům, u kterých selhala jakákoliv jiná léčebná metoda, ženám plánujícím otěhotnět. Jedinou nevýhodou je důkladná edukace na začátku, jelikož ovládání je poněkud složitější. (Anděl, 1996)

Inzulinové stříkačky

Jsou stříkačky s téměř nepatrnými jehlami, které umožní přesnou dávku potřebného inzulinu a zcela bezbolestný vpich. Inzulinové stříkačky se ve většině případů používají u dětí a dospívajících, kdy s aplikací inzulinu teprve začínají a rodiče dětem pomáhají (Lebl a kol., 2015).

2.5 Léčba diabetu

Obecné cíle léčby

Souhrnnou péčí o pacienta s onemocněním diabetes mellitus 1. typu chceme docílit, aby pacient žil aktivní plnohodnotný život, který se ze všech možných směrů podobá co nejvíce životu zdravého jedince.

Cíle léčebně – preventivní péče jsou:

- Dosažení co nejlepší kvality života nemocného, důležitost hlídání hladiny krevního cukru.
- Úbytek nádorových onemocnění.
- Prevencí a léčbou zabránit dlouhodobým cévním obtížím (Pelikánová, 2018).

Komplikace cukrovky

Optimální hodnoty glykémie pro lidský organismus se pohybují v rozmezí 4,5 a 7,5 mmol/l. Pokud hladina krevního cukru klesne, tento stav nazýváme hypoglykemií. Naopak pokud hladina cukru v krvi vzroste, nastane tzv. hyperglykemie. Tyto výkyvy vyvolávají buď chronické, nebo akutní změny. Chronické změny se odhalí až po několikrát opakovaném působení, bohužel jsou již trvalé. Akutní se projeví ihned (Pssotová, 2012).

Chronické komplikace diabetu

Chronickým komplikacím se lze vyvarovat a to tak, že jim budeme přecházet. To znamená, že zvolíme správnou léčbu, trvale budeme dodržovat dietní a režimové postupy a předpisy, zařadíme do svého života pravidelné pohybové aktivity, zakážeme si konzumaci návykových látek, jako je alkohol, cigarety a jiné, a budeme pravidelně navštěvovat lékaře a spolupracovat s ním (Pssotová, 2012).

Ovšem nejen různé hladiny krevního cukru, ale také narušený metabolismus pro zpracovávání cukrů, tuků a bílkovin mohou zapříčinit objevení některých z komplikací. Chronické komplikace můžeme rozdělit do dvou skupin, na specifické a nespecifické. Za následek těchto změn či komplikací zodpovídá dlouhodobý vliv nežádoucích účinků na stěny cév a nervů. Bohužel tyto změny jsou nenávratné a jsou

způsobeny dlouhotrvajícím ovlivňováním vysokého či zvýšeného cukru v krvi. Jakákoliv přeměna stěny cév, například jejich zúžení, může vést až k úplnému uzavření cévy a mohou nastat trvalé následky – následně může dojít k porušení zraku, infarktu srdce, k cévní mozkové příhodě či poruše funkce jater. Porucha nervů a cév v oblasti dolních končetin může vyústit v tzv. syndrom diabetické nohy, kdy pacient může o nohu přijít z části či úplně (Pssotová, 2015).

Krátkodobé komplikace diabetu

Krátkodobé akutní komplikace diabetu jsou hyperglykemie, hypoglykemie a v některých případech diabetická ketoacidóza.

Hyperglykemie

Stav, který nazýváme hyperglykemie je zapříčiněn zvýšenou hladinou krevního cukru. Hranice je zhruba nad 12 mmol/l. Pacient může hyperglykémii mít delší dobu, aniž by to zpozoroval. Zda se objeví příznaky, závisí na rychlosti vzniku tohoto stavu. Symptomy, jež může pacient vnímat, při zvýšené hladině cukru jsou: žíznivost, nadměrný příjem tekutin a s tím spojené časté močení, které odvodňuje organismus. Přílišný úbytek tekutin v těle může vést k slabosti, ke snížení krevního tlaku a dokonce i k poruše vědomí a selhání ledvin. Hyperglykemie se stává velmi vážným stavem, v případě, že se dostaví velmi rychle a náhle i s přítomností klinických příznaků. Pokud se takto stane, je důležité vyhledat okamžitě lékařskou pomoc (Pssotová, 2015).

Hypoglykemie

Snížení krevního cukru neboli glukózy pod přibližně 3,3 mmol/l je projev hypoglykemie z biochemického hlediska. Symptomy se různí podle rychlosti vzniku nebo citlivosti pacienta na vzniklou komplikaci. Diabetik může pociťovat jakýkoli z uvedených příznaků – vnitřní třes, pocení, úzkost, bolest hlavy, pocit hladu, zhoršení zraku, dvojité vidění, vada řeči, poruch vědomí či změny nálad. Počátek vzniku vždy musí pacient hledat u sebe. Možností je více například nedostatek jídla, nevhodné složení jídla či jeho naprosté vynechání, mnoho pohybu, stres anebo špatné množství podaného inzulínu. Hladinu krevního cukru nejrychleji zvýšíme jednoduchými cukry například fruktózou, která je obsažena v hroznovém cukru. Hypoglykemie značně ovlivňuje i kvalitu života, jelikož zhoršuje pracovní výkon. Diabetik s hypoglykémii je unavený, což mu brání pracovat (Strunecká, 2015).

Diabetická ketoacidóza

Vzácně se objevující komplikace, která má ovšem fatálnější následky. Jde o postupně vytvářející se chybu organismu, jež si neumí poradit s akumulujícím se krevním cukrem.

Příčiny vzniku:

- Intolerance beta buněk v těle a s tím spojený nedostatek vlastního inzulínu.
- Špatné dávkování inzulínu.
- Působení vnějších podnětů například cévní příhody, vážné úrazy a infekce (Bouček, 2018).

Epidemiologie diabetu

Epidemiologie je vědním oborem, který analyzuje výskyt, průběh, charakter jakéhokoliv onemocnění ve vztahu v několika možným faktorům. Epidemiologie přinesla znalost řady rizikových faktorů několika chronických chorob. Tyto informace napomáhají k co nejúčinnější prevenci.

V České republice počty zaregistrovaných diabetiků zajišťuje ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky). Bartoš, Cinek a Pelikánová (2018, s. 53) říkají: *„Počet evidovaných diabetiků se neustále zvyšuje, byť, se zdá, že v posledních dvou letech (od r. 2015) se nárůst výrazně zpomalil. Zatímco v roce 1975 bylo evidováno 234 071 nemocných, ke konci roku 2016 se léčilo již 861 450 (424 002 mužů a 437 448 žen). Od roku 1985, tedy v průběhu necelé jedné generace, se počet diabetiků více než ztrojnásobil. Počet léčených diabetiků v roce 2016 představoval 8,1% celé naší populace a v nedaleké době bude zřejmě pro diabetes léčen každý desátý občan.“*

2.6 Život s diabetem

Nově diagnostikovaný diabetes mellitus

Diabetes mellitus je chronické onemocnění, tedy onemocnění, jež nelze vyléčit, ale dá se s ním žít. Přijmout fakt, že máme nevyléčitelnou nemoc, není zcela jednoduché. S touto informací se musejí vypořádat jak pacienti, tak jejich nejbližší. První reakce jsou naprosto individuální, avšak každý z nás si projde fází šoku, fází

reaktivní, fáze vyrovnání a poslední fází je soužití s nemocí (Bělobrádková, Brázdová, 2006).

Dietní režim

Dietní režim a sestavení jídelníčku pro diabetiky je v dnešní době poměrně volnější ve srovnání s minulostí. Správně vypadající dietní jídelníček je po stránce kvalitativní i kvantitativní velmi vyvážený a pestrý. Sestavit správnou strukturu diety není jednoduchý úkol, musí se dbát na osobní potřeby a chutě jedince. Nejdůležitější ze všeho je dodržování pravidelnosti ve stravování – menší, za to častější porce jídla. Zásadní je také znalost zastoupení živin podle energetické hodnoty. Denní příjem sacharidů by měl tvořit 50-60%, bílkoviny 15-20% a tuky 20-30%. Ovšem energetická hodnota musí odpovídat výdeji energie. Vyrovnané hodnoty příjmu a výdeje zaručí správnou hmotnost našeho těla (Bělobrádková, Brázdová, 2006).

Deprese a strach

Chronická onemocnění sebou nesou i depresivní období, to jak jej nemocný prožívá je individuální. Výskyt depresí u pacientů s diabetem mellitus 1. typu je průměrně 12 %, což u zdravé a stejné věkové populace je to pouhé 3,2 %. U mladých nemocných diabetem 1. typu patří deprese mezi nejčastější problémy týkající se psychiky. Deprese zapříčiní zhoršení klinického stavu a zanedbávání stanovené medikace. U těchto pacientů je doporučována léčebná individuální terapie zaměřena na kognitivně – behaviorální oblast (Perušičová, 2014).

Počátek deprese a strachu může vzniknout hned z několika příčin:

- Zhoršené či špatné výsledky léčby.
- Pocity viny a selhání v nedodržování dietního režimu a pohybových aktivit.
- Strach z komplikací, které toto onemocnění nese.
- Pocit méněcennosti ve společnosti, obtíže najít si zaměstnání.
- Problémy v navazování vztahů, neúspěšné a neustálé hledání vhodného partnera pro život (Bělobrádková, Brázdová, 2006).

Fyzická aktivita

Šmahelová (2006) zmiňuje, že pokud se diabetici rozhodnou vykonat jakýkoliv druh fyzické námahy je povinností si neustále kontrolovat hladinu krevního cukru

v krvi. Především ostražití by měli být v případě mimořádné pohybové aktivity. Nezáleží na výběru sportu, může jít o vytrvalostní, několikadenní trénink např. lyžování nebo celodenní cyklistika či pěší turistika oproti tomu můžeme vyčerpat svou energii na nečekané, neplánované a krátkodobé aktivitě. Jestliže po předešlé fyzické činnosti je večerní hodnota glykémie vyšší než 6,5 mmol/l, je dost pravděpodobné očekávat noční hypoglykémii i s několika hodinovým odstupem. Doporučení zní sníst navíc jídlo s vyššími komplexními sacharidy např. sušenky nebo rohlík, na hodinu fyzické práce 30 až 40 gramů sacharidů, ovšem vždy je třeba dbát na subjektivní pocity a zkušenosti.

Sporty, které se opravdu nedoporučují diabetikům 1. typu:

- parašutismus
- střelba
- potápění
- pilotáž
- horolezectví
- potápění

Kouření

„Kouření škodí zdraví“ věta, jež je pravdivá a u lidí s diabetem platí vícenásobně. Mezi tři hlavní důvody ohrožující zdraví každého, kdo kouří, patří dehet, cigaretový kouř i nikotin. Dehet sedá na plicní sklípky a zvyšuje pravděpodobnost propuknutí rakoviny plic. Kouř často způsobuje chronický zánět průdušek doprovázející dlouhodobým kašlem, což může zhoršit správnou funkci plic. Vstřebávání nikotinu do krve způsobuje zužování cév a u člověka s diabetem je to daleko více rizikové, než u zdravého. Zužování cév patří mezi přední faktory podílející se na vzniku kardiovaskulárních onemocnění např. srdeční infarkt, mozková mrtvice a další. Jestliže diabetik kouří, několikanásobně si zvyšuje výskyt dalších chronických komplikací spojené s diabetem. Mezi tyto komplikace patří poškození zraku, selhávání ledvin a problémy kůže v oblasti dolních končetin a jejich amputace. V důsledku kouření se riziko těžkých hypoglykemií zvyšuje 2,5krát. Toto riziko platí i pro děti, jež pouze vdechují cigaretový kouř z vnějšího prostředí (Šmahalová, 2006).

Alkohol

Pokud pacienti mají přehled o své cukrovce, konzumace malého množství alkoholu nemusí hned představovat riziko. Předpokládá se, že nemáte žádné komplikace a požití alkoholu si zahrnete do svého jídelníčku. Jestliže se v těle objevuje cizorodá látka v podobě alkoholu, zalarmují se játra a chtějí se ho co nejrychleji zbavit. Mezitím co játra bojují s alkoholem, může nastat situace toho, že hladina krevního cukru se snížší na nebezpečnou hranici. Uvedeme pár doporučení, jak se takovému stavu vyhnout:

- Pokud konzumujete alkohol, nezapomeňte jíst
- Změřte si hladinu krevního cukru před, během i po požití alkoholu. Alkohol může ovlivnit glykémii i několik hodin po vypití poslední skleničky.
- Naplánujte si určité množství alkoholu, které vypijete, aby s tím počítal Váš jídelníček.

Konzumace alkoholu může způsobit oční onemocnění, poškození nervů, vysoký krevní tlak, nejen u diabetiků, ale také u zdravých jedinců (Americká diabetologická asociace, 1997).

Sexuální život

Diabetes mellitus působí negativně na řadu orgánů a jejich funkce včetně těch pohlavních. Studie uvádějí, že téměř 70% mužů a 30% žen, jež trpí tímto chronickým onemocněním, mají problémy v pohlavním životě.

Problémy, jež trápí muže, jsou porucha erekce, předčasná ejakulace nebo zpětný výron semene do močového měchýře.

U žen se často objevují gynekologické záněty, jež následně mohou způsobit bolest při pohlavní styku. Dalším problémem je snížené zvlhčení pochvy. Menstruační cyklus diabetiček bývá častěji nepravidelný. V období menstruace jsou potřeby inzulínu proměnlivé.

Diabetici, jak muži, tak ženy, bývají náchylnější k výskytům zánětů genitálií. Tyto záněty jsou zcela unavující a jejich léčba nestačí pouze lokální, musí být komplexní. Porucha cévního a nervového systému je důsledkem veškerých těchto komplikací. Ovšem co se týče sexuálního výkonu, dle výzkumů nemá diabetes mellitus zcela žádný vliv (Daneš, 2005).

Diabetes a těhotenství

Ženy s diabetem mellitus 1. typu mohou otěhotnět a porodit zdravé dítě. Musejí ovšem dbát zvýšené opatrnosti a starostlivosti. Jestliže se metabolismus, žen s diabetem mellitus, vychýlí z normy, byť i nepatrně, dítě může být v ohrožení. Placenta spojuje krev matky s krví dítěte. Glukóza prochází skrze ni, tím pádem hladina krevního cukru u matky je stejná jako u plodu. Dospělý organismus se dokáže s výkyvy glukózy poradit, u vyvíjejícího se plodu to může zanechat následky. Ženy s diabetem mellitus musí o sebe pečovat již před samotným početím, tudíž jejich těhotenství se doporučuje plánovat. Mezi nejdůležitější část během těhotenství patří bezpochyby prvních 7 – 8 týdnů, kdy plod má období vývoje různých orgánů. Matky diabetičky by měly být informované o tom, že během těhotenství se mění potřeby aplikovaného inzulínu. Většinou na začátku je potřeba množství inzulínu nižší, na konci zase vyšší. Po porodu by se hodnoty dávkování měly vrátit do původních hodnot. Gravidní ženy, obzvláště ty s diabetem, by měli zvýšit přísun vitamínů a minerálů (Diabetes mellitus: vysvětlení a rady, 1999).

Omezení v sociálním životě

Osoba s diabetem 1. a 2. typu je schopna vykonávat profesi, ke které má náležité vzdělání i kvalifikaci, tvrzení Americké diabetologické asociace. Nicméně to není úplně pravda. V České republice mají diabetici 1. typu zakázáno být řidičem hromadné městské dopravy, řídit těžká vozidla, obsluhovat či manipulovat s vybranými stroji, být aktivním členem armádní služby (Šmahelová, 2006).

Zaměstnání

Pokud si diabetik či diabetička vybírají své povolání, v první řadě by měli myslet na sebe a lidi kolem sebe. Především zvolit takové zaměstnání, při kterém, by v důsledku akutních či chronických komplikací nikoho neohrozili.

Diabetikům je zakázáno vykonávat práci ve výškách, jako je například pokrývač či klempíř. Neměli by také volit práci, jež souvisí s rychle se otáčejícími se stroji – frézař, soustružník. Nemohou být také letci, řidiči městské hromadné dopravy (tramvaj a autobus) a také řidiči nákladních automobilů. Je jim doporučeno volit takové povolání, kde jim bude umožněná a povolená pravidelná aplikace inzulínu a dodržování

potřebné diety. Naopak jim není doporučována práce ve směnném provozu, v lakovnách, chemické provozovny a čistírny (Anděl, 1996).

2.7 Kvalita života

V současnosti se s pojmem kvalita života setkáváme poměrně často, ať už se jedná o odvětví zdravotnictví, psychologie, psychosomatiky, ekonomie a dalších. S nárůstem chronických a dlouhotrvajících onemocnění si medicína nedává za cíl prodloužit délku života samo a sobě, ale co nejvíce vylepšit a udržet kvalitu života.

Definice

Určit přesnou definici kvality života je poměrně náročné, jelikož každý z nás uznává v životě odlišné hodnoty, priority, touhy, cíle, přání a potřeby. Dle mého názoru, zhodnocení kvality života, je zcela subjektivní názor každého z nás. Myslím si, že kvalita život je velmi proměnlivá, závisí na mnoha aspektech, které nás ať už momentálně či dlouhodobě ovlivňují.

Definice dle Světové organizace WHO zní: „*WHO definuje kvalitu života jako vnímání svého postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systému, ve kterých žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a zájmům. Jedná se o rozsáhlou koncepci, která je komplexně ovlivněna fyzickým zdravím člověka, psychickým stavem, osobním přesvědčením, společenskými vztahy a jejich vztahem k charakteristickým rysům jejich prostředí.*“ (Introducing the WHOQOL instruments, IN WHOQOL: Measuring Quality of Life, [online])

S kvalitou života úzce souvisí i duševní hygiena. Pochopitelně je velmi důležitá, slouží i jako určitá forma prevence, jak pro psychické, tak i fyzické zdraví. Jak již víme prevence u pacientů s diabetem 1. typu je zásadní a zajistí lepší či udržitelnou kvalitu života.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Metodika práce

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní způsob výzkumu, konkrétně dotazníkové šetření. Dotazník, jež byl použit k získání potřebných dat, je vytvořený Světovou zdravotnickou organizací WHO. K našemu šetření byla použita zkrácená česká verze WHOQOL – BREF, jejíž výchozím dotazníkem je plná verze s názvem WHOQOL – 100.

Dotazník se užívá celosvětově a stanovuje kvalitu života u různých skupin populace, ať už zdravé či populace trpící jakýmkoliv onemocněním. WHOQOL – BREF dotazník obsahuje celkem 26 otázek. Otázky jsou uzavřené. Rozděluje se do čtyř oblastí, každá z nich se zaměřuje na jinou oblast. První se zabývá fyzickým zdravím, druhá prožíváním, třetí sociálními vztahy a poslední prostředím. V každé oblasti je zvolena číselná škála od 1 do 5. Tato číselná škála je doprovázena i slovním spojením, přičemž 1 značí velmi špatně, velmi nespokojena, vůbec ne, 5 označuje velmi dobrá, velmi spokojená, maximálně, zcela.

Tento dotazník jsme rozšířili ještě o tři otázky zjišťující věk, váhu a výšku. Dotazník byl převeden a zpracován do elektronické podoby pomocí serveru survio.cz a rozšířen pomocí sociálních sítí k cílovým skupinám. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné, anonymní a získané data budou užita jen pro tuto práci. S těmito informacemi byli respondenti obeznámeni pomocí úvodního oslovení na začátku dotazníku. Dotazníkové šetření bylo spuštěno v květnu 2019 a ukončeno začátkem června 2019. Odkaz na dotazník je k dispozici v přílohách.

Výzkumné předpoklady

- Celková kvalita života žen s onemocněním diabetes mellitus 1. typu bude horší než kvalita života žen bez tohoto onemocnění.
- Spokojenost se svým zdravím bude nižší u žen s onemocněním diabetes mellitus 1. typu než u žen bez diabetu mellitus.
- Sexuální život u žen bez diabetu mellitus bude spokojenější než u žen s diabetem mellitus 1. typu.

- Pocity jako je například bezmoc, beznaděj, úzkost či deprese se bude častěji objevovat u žen s diabetem mellitus, než u žen bez diabetu mellitus.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazník byl určen pouze pro ženy ve věku od 18 let a výše. Mezní věková hranice byla 60+. Celkem jej vyplnilo 200 respondentů, 100 bylo žen s onemocněním diabetes mellitus 1. typu a 100 žen bylo bez tohoto onemocnění.

Zpracování dat

Všechna získaná data byla nejprve zpracována za pomoci serveru survio.cz a poté vyhodnocena pomocí počítačového programu Microsoft Excel, díky němuž byly vytvořeny grafy, které porovnaly počty odpovědí od respondentů u jednotlivých otázek u obou zkoumaných skupin.

4 Výsledky a diskuze

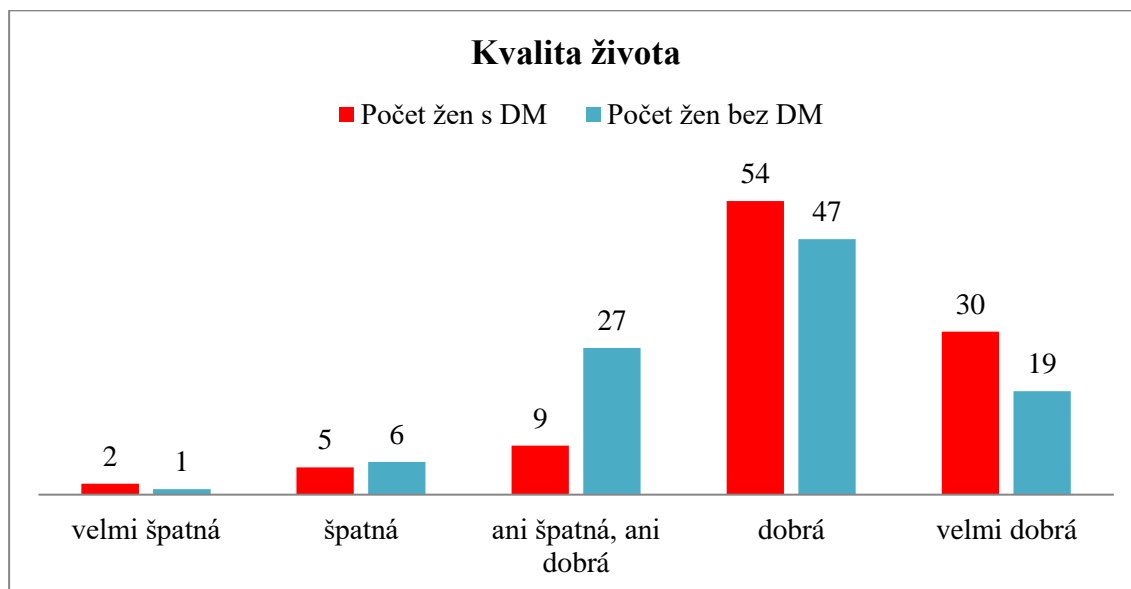
Výsledky výzkumného kvantitativního šetření dotazníkovou metodou jsou vyhodnoceny pomocí grafů. Do grafů jsou zaznamenány obě skupiny, jež byly předmětem výzkumu. Grafy mají sloupcové vyobrazení zjištěných dat. Pro přehlednost výsledků je v každém grafu určen červený sloupec ženám s diabetem mellitus 1. typu a modrý sloupec je zastoupení žen bez diabetu. Čísla nad každým sloupcem uvádějí počet žen, jež odpověděly na následující otázku.

Výsledky a následná diskuze je rozdělena do několika oblastí. V každé oblasti vybereme zástupce a tuto otázku podrobněji rozebereme. Zvlášť je vyhodnocována otázka týkající se negativních pocitů, jako je například deprese, otázka týkající se kvality života obecně.

Ženy a kvalita života

Jak byste hodnotila kvalitu svého života?

Graf 1 – Kvalita života



Tabulka 1 - Kvalita života v %

	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
Ženy s DM	2	5	9	54	30
Ženy bez DM	1	6	27	47	19

V první otázce, která je vyobrazena v Grafu 1, respondentky hodnotily celkově kvalitu svých životů. Pokud se podíváme na zjištěné odpovědi, je zcela jasné, že obě skupiny, jak ženy s diabetem mellitus 1. typu, tak bez něj kvalitu svého života hodnotí jako dobrou, teda 54 žen s DM (54%) a 47 žen bez DM (47%). Odpověď „dobrá“ patřila mezi nejčastější odpovědi u této otázky.

Druhou nejčastější odpovědí u žen s DM byla „velmi dobrá“ celkem 30 dotazovaných (30%), žen bez DM bylo 19 (19%). „Ani špatná, ani dobrá“ je druhou nejčastější odpovědí u žen bez DM a to 27 (27%), žen s DM zvolilo tuto odpověď 9 (9%). Odpověď „špatná“ ženy s DM – 5 (5%) a ženy bez DM – 6 (6%). Odpověď „velmi špatná“ zvolily dvě ženy s DM (2%) a jedna žena bez DM (1%).

Pokud srovnáme tyto dvě skupiny, tedy ženy s diabetem mellitus 1. typu a ženy bez tohoto onemocnění, kvalitu života oba vybrané vzorky hodnotí poměrně stejně. Nicméně náš výzkumný předpoklad byl zcela opačný.

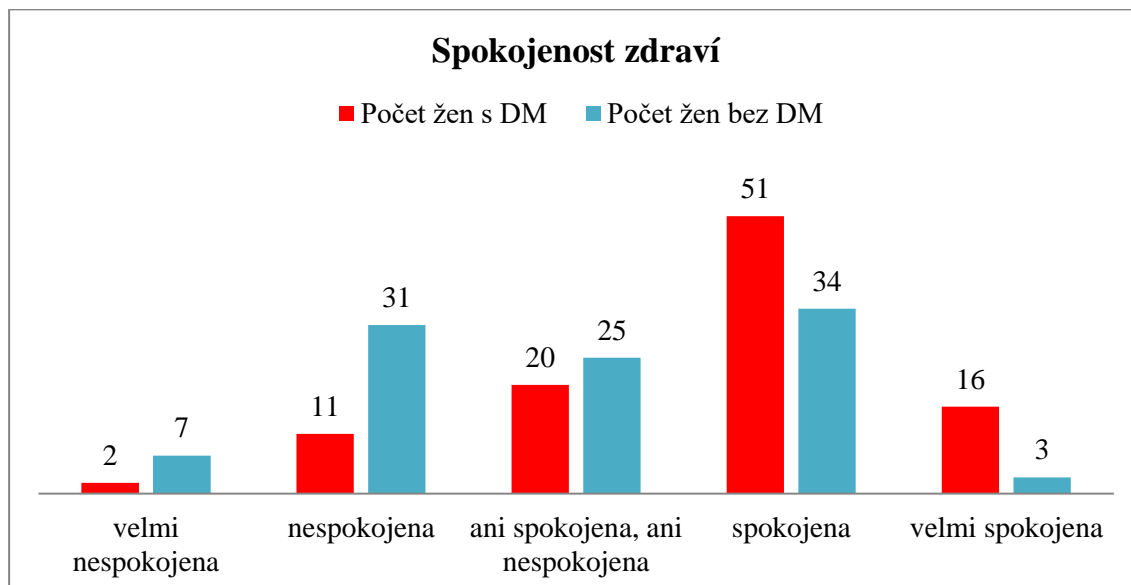
Předpokládalo se, že ženy s diabetem mellitus budou kvalitu svého života hodnotit hůře než ženy bez něj, což dotazníkové šetření vyvrátilo a dá se říci, že kvalita života žen s diabetem mellitus je dobrá až velmi dobrá. Což je překvapivé zjištění.

Podle Českého Statistického úřadu (2013), který v roce 2013 uskutečnil šetření celkové životní spokojenosti, vyplývá, že ženy žijící v Evropské unii zhodnotily celkovou kvalitu a spokojenost jejich životů jako 7,0. Pro toto šetření byla použita stupnice od 0 do 10. Hodnota 7,0 by se dala přiřadit k odpovědi „dobrá“ až velmi dobrá. V této otázce jsme tedy dospěli ke stejným závěrům jako ve výzkumu Českého statistického úřadu.

Ženy a zdraví

Jak jste spokojena se svým zdravím?

Graf 2 – Spokojenost zdraví



Tabulka 2 - Spokojenost zdraví v %

	velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena, ani nespokojena	spokojena	velmi spokojená
Ženy s DM	2	11	20	51	16
Ženy bez DM	7	31	25	34	3

Ženy s DM na spokojenost se svým zdravím odpovídaly následovně: nejvyšší počet byl u odpovědi „spokojena“ – 51 žen (51%), „ani spokojena, ani nespokojena“ uvedlo 20 žen s DM (20%), další v pořadí byla odpověď „velmi spokojena“ – 16 žen (16%), „nespokojena“ odpovědělo 11 (11%), „velmi nespokojena“ zvolily dvě ženy s DM (2%).

U žen bez DM zvítězila odpověď „spokojena“ – 34 žen (34%), těsně za ní byla odpověď „nespokojena“ 31 žen (31%), „ani spokojena, ani nespokojena“ uvedlo 25 žen (25%), „velmi nespokojena“ zaškrtno 7 žen (7%) a poslední „velmi spokojena“ vybraly tři ženy bez onemocnění (3%).

Ženy a prožívání

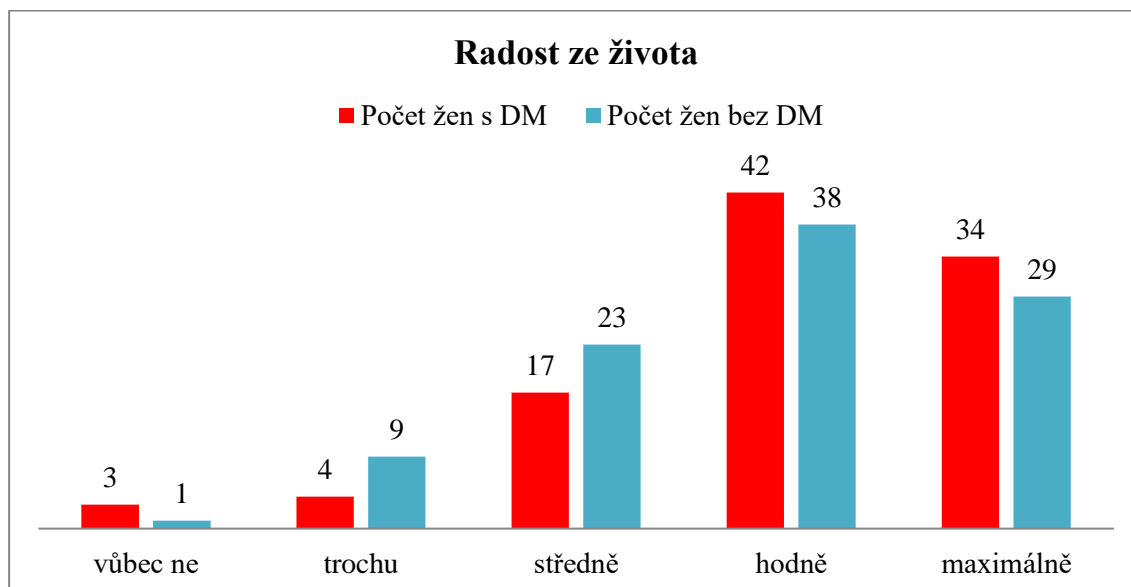
První sektor otázek, nám zjišťuje jak moc ženy s diabetem i bez něj prožívaly určité věci. Nalezneme zde celkem sedm otázek:

- Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?
- Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?
- Jak moc Vás těší život?
- Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?
- Jak se dokážete soustředit?
- Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?
- Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

Souhrn všech otázek u obou zkoumaných vzorků prokázal, že prožívání určitých věcí je příznivý. Ženy s diabetem 1. typu a ženy bez diabetu ve většině případů odpovídaly stejně a to označením odpovědi „hodně“. U dvou otázek odpověděly ženy s DM „středně“ či „vůbec ne“ oproti tomu ženy bez DM odpověděly „trochu“.

Jak moc Vás těší život?

Graf 3– Radost ze života



Tabulka 3 - Radost ze života v %

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Ženy s DM	3	4	17	42	34
Ženy bez DM	1	9	23	38	29

S odkazem na Graf 3 s názvem Radost ze života u obou dotazovaných skupin zvítězila odpověď „hodně“. U žen s DM to bylo 42 žen (42%) a u žen bez onemocnění jich bylo 38 (38%). Maximálně baví život 34 žen s DM (34%) a 29 žen bez DM (29%), což je skvělé zjištění a je překvapivé, že je více žen s DM. U odpovědi „středně“ bylo 17 žen s DM (17%) a 23 žen bez DM (23%). 4 ženy s diabetem mellitus (4%) a 9 žen (9 %) bez onemocnění označilo „trochu“. Život vůbec netěší 3 (3%) ženy s DM a jednu (1%) ženu bez DM.

Ženy a aktivita

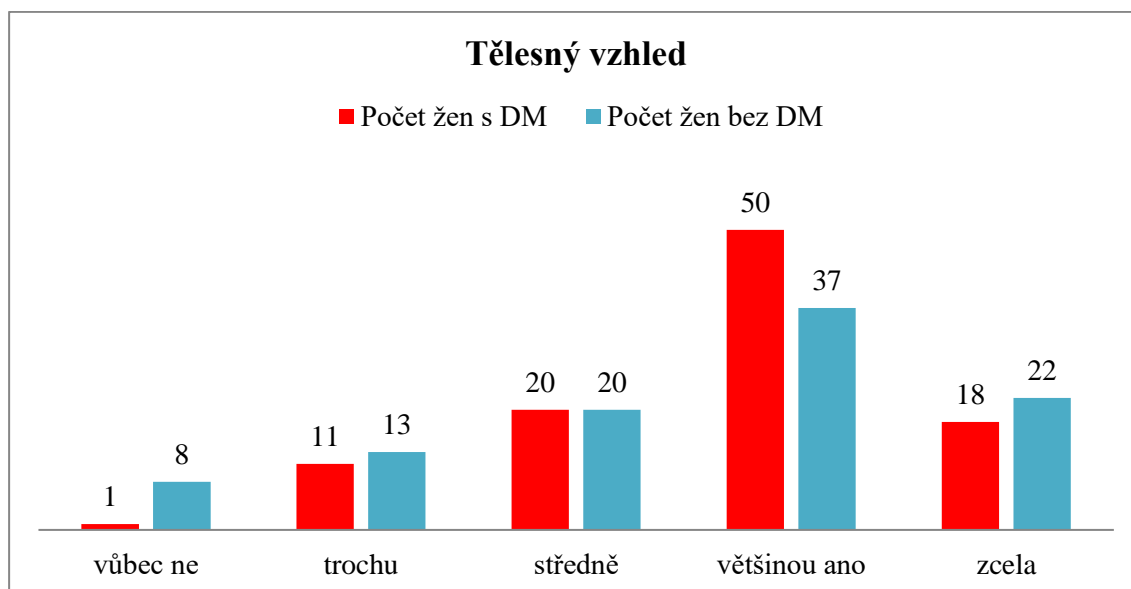
Druhá doména mapuje do jaké míry či v jakém rozsahu ženy s onemocněním diabetes 1. typu i bez něj mohly dělat nebo dělaly určité činnosti. Tato doména zahrnuje celkem šest otázek:

- Máme dost energie pro každodenní život?
- Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?
- Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?
- Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?
- Máte možnost se věnovat svým zálibám?
- Jak se dokážete pohybovat?

U všech výše zmiňovaných otázek, obě skupiny žen odpovídaly jednoznačně a shodně. „Většinou ano“ byla nejvíce označovanou odpovědí u těchto výzkumných dotazů. Ženy s diabetem mellitus 1. typu a ženy bez tohoto chronického onemocnění tedy mohou dělat určité věci v plném rozsahu.

Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

Graf 4 – Tělesný vzhled



Tabulka 4 - Tělesný vzhled v %

	vůbec ne	trochu	středně	většinou ano	zcela
Ženy s DM	1	11	20	50	18
Ženy bez DM	8	13	20	37	22

V této doméně jsem vybrala otázku: Dokážete akceptovat svůj vzhled?, jelikož vzhled je častým problémem všech žen, bez ohledu na jakékoliv onemocnění. Pro nás ženy je totiž krása velmi důležitý aspekt k pocitu štěstí a také k lásce k sobě samé. Nejdůležitější je se přijmout takové jaké jsme a mít se rády.

Velmi potěšujícím zjištěním, je Graf 4 – Tělesný vzhled, ukazující, jak ženy s DM, tak ženy bez DM dokážou akceptovat svůj tělesný vzhled. „Většinou ano“ odpovědělo 50 % diabetiček a 37% žen bez DM. Zcela přijalo svůj vzhled 18 % žen s diabetem 1. typu a 22 % žen bez DM. „Středně“ odpovědělo v obou vzorcích 20 % dotazovaných žen. Odpověď „trochu“ uvedlo 11 % žen s DM a 13 % žen bez DM. Vůbec nepřijaly svůj tělesný vzhled 8 žen bez diabetu 1. typu a jedna žena s DM.

Ženy a spokojenost

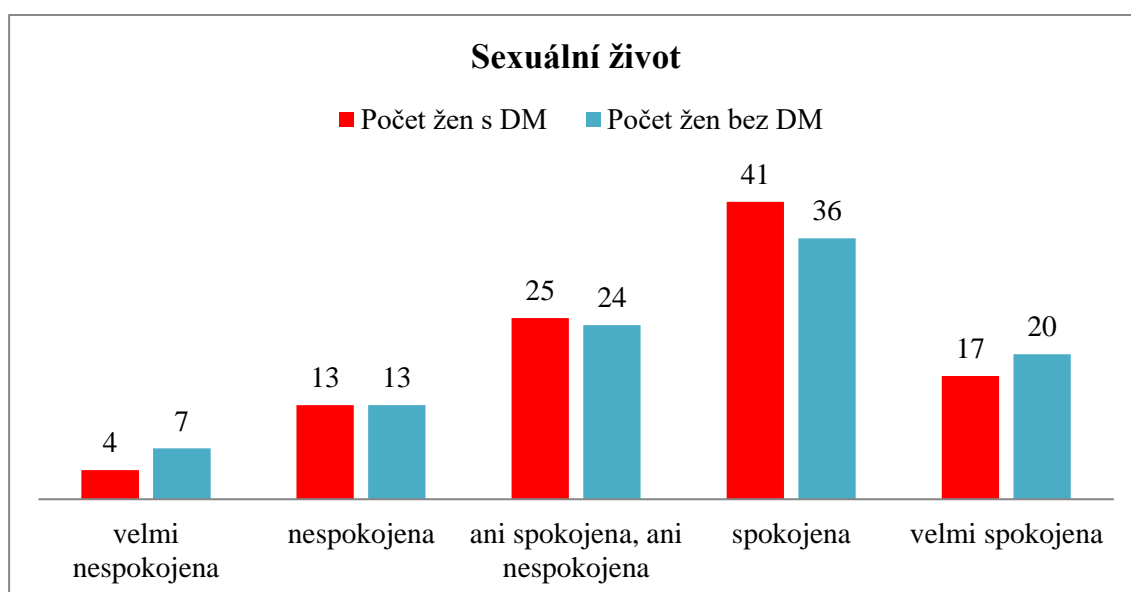
Třetí oblast dotazníkového šetření mapuje, jak jsou ženy spokojené či šťastné v různých odvětvích svého života. Obsahuje tyto otázky:

- Jak jste spokojena se svým spánkem?
- Jak jste spokojena se svou schopností provádět každodenní činnosti?
- Jak jste spokojena se svým pracovním výkonem?
- Jak jste spokojena sama se sebou?
- Jak jste spokojena se svými osobními vztahy?
- Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?
- Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?
- Jak jste spokojena s podmínkami v místě, kde žijete?
- Jak jste spokojena s dostupností zdravotní péče?
- Jak jste spokojena s dopravou?

Na všechny tyto otázky bylo vždy s nejvyšším počtem žen, jak s diabetem mellitus, tak žen bez diabetu mellitus odpovězeno „spokojená“ či „velmi spokojená“. Můžeme tedy konstatovat, že oba dotazované vzorky jsou spokojené a šťastné v různých oblastech svého života.

Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?

Graf 5 – Sexuální život



Tabulka 5 - Sexuální život v %

	velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena, ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena
Ženy s DM	4	13	25	41	17
Ženy bez DM	7	13	24	36	20

Otázka týkající se spokojenosti sexuálního života žen s diabetem 1. typu a žen bez diabetu má následující výsledky, jež jsou zobrazeny v Grafu 5 – Sexuální život.

U žen s diabetem 1. typu je na prvním místě odpověď „spokojena“. Objevila se u 41 (41 %) žen s DM. Druhé místo obsadila odpověď „ani spokojena, ani nespokojena“ – 25 žen s DM (25 %). „Velmi spokojena“ zvolilo 17 % žen s DM přesný počet je tedy 17 žen s DM. Odpověď „nespokojena“ uvedlo 13 respondentek s DM (13 %). Čtyři ženy (4 %) označilo „velmi nespokojena“.

Ženy bez diabetu mellitus 1. typu nejvíce označily odpověď „spokojena“ a to v počtu 36 (36 %). „Ani spokojena, ani nespokojena“ bylo odpovězeno 24 ženami (24 %). 20 žen bez DM (20 %) jsou „velmi spokojené“ se svým sexuálním životem. „Nespokojena“ – 13 žen bez DM (13 %) a poslední odpovědí byla „velmi nespokojena“, ta se objevila u 7 žen (7 %) bez tohoto onemocnění.

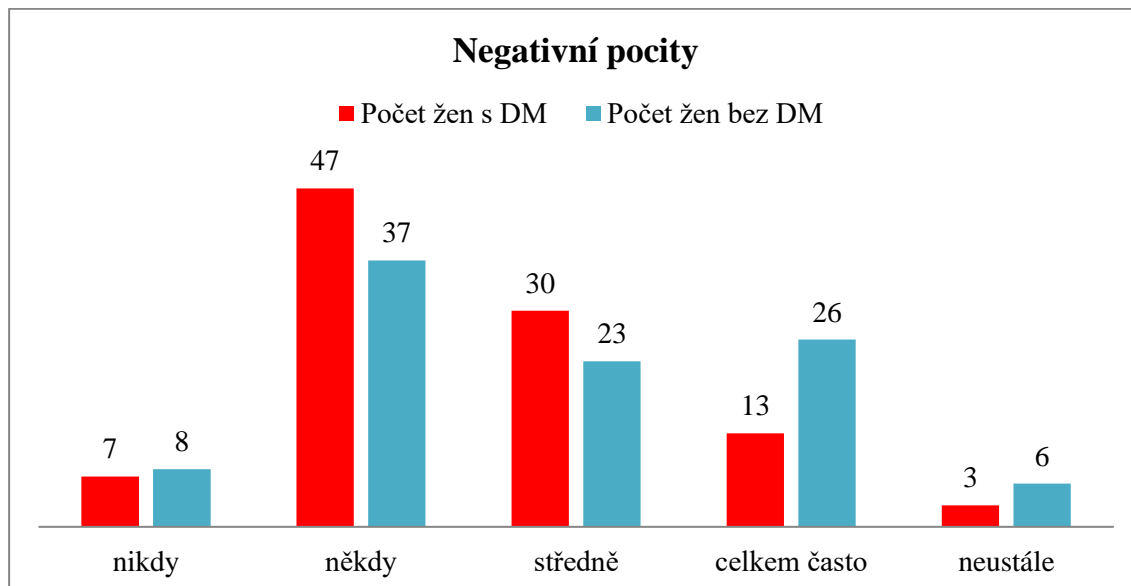
Oba dotazované vzorky se shodly u odpovědi „nespokojena“ a to v počtu 13 respondentů. Za další shodnou odpověď s rozdílem jedné ženy byla odpověď „ani spokojena, ani nespokojena“ a to 25 žen s DM a 24 žen bez DM. Nicméně celkově jsou obě skupiny se svým sexuálním životem spokojené. Janáčková a Kvapil (2018) tvrdí, že 30% žen s diabetem mají problémy v sexuálním životě. U více než poloviny diabetiček je prokázán snížený sexuální apetit (chuť na sex). Poruchy dosahování orgasmu má více jak tři čtvrtiny žen s diabetem mellitus 1. typu.

Výroky Janáčkové a Kvapila (2018) se s našimi výsledky zdaleka neshodují. Tvrdí, že 30 % žen trpících chronickým onemocněním diabetes mellitus 1. typu má problémy v sexuálním životě, čili jsou nespokojené. Pokud bychom sečetli odpověď „nespokojena“ a velmi nespokojena“ dostaneme pouhých 17 % žen s DM, jež jsou nešťastné v sexuálním životě.

Ženy a negativní pocity

Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo depresi?

Graf 6–Negativní pocity



Tabulka 6 - Negativní pocity v %

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
Ženy s DM	7	47	30	13	3
Ženy bez DM	8	37	23	26	6

Poslední otázka z dotazníku WHO se zaměřuje na pocity úzkosti, deprese a celkově negativních stavů a jejíž výsledky jsou zaznamenány v Grafu 6 – Negativní pocity.

Ženy s diabetem mellitus označily „někdy“ ve 47 případech (47 %), což je skoro polovina dotazovaných žen. Odpověď „středně“ označilo 30 žen s DM (30 %), „celkem často“ patřilo ke třetí nejčastější odpovědi u žen s DM – 13 žen (13 %), 7 žen (7 %) vyznačilo „nikdy“ a tři ženy (3 %) uvedlo „neustále“.

U žen bez diabetu mellitus byly odpovědi následující:

„někdy“ – odpovědělo 37 žen (37 %), „celkem často“ - 26 žen bez DM (26 %), „středně“ - 23 žen (23 %), „nikdy“ bylo označeno 8 ženami bez DM (8 %) a „neustále“ – 6 žen (6 %).

Rozdíly u většiny odpovědí byly nepatrné, spíše byly vyrovnané. Největší rozdíl mezi ženami s diabetem mellitus 1. typu a žen bez diabetu mellitus 1. typu byl u odpovědi „ celkem často“ a to 13 odpovědí. Překvapujícím zjištěním, ale bylo, že vyšším počtem u této otázky odpověděly ženy bez DM. Ve výzkumném předpokladu jsme uvedli, že ženy s diabetem 1. typu budou tyto pocity mít častěji než ženy bez něj. Náš výzkum nám tedy tento předpoklad vyvrátil.

American Diabetes Association uvádí, že u lidí s diabetem je riziko propuknutí deprese výrazně vyšší než u zdravé populace. U žen trpících diabetem mellitus 1. typu se toto riziko mnohonásobně zvyšuje například v důsledku zjištění a diagnostikování této chronické nemoci.

Jestliže provedeme srovnání našeho výzkumného šetření s tvrzením American Diabetes Association je zde patřičná odlišnost. Tudíž nalézáme neshodu.

Závěr

Bakalářská práce se soustředí na ženy s diabetem mellitus 1. typu a na ženy bez onemocnění diabetes mellitus 1. typu. Věkové rozmezí je od 18 do 60 let.

Úkolem a cílem bylo zjistit kvalitu života žen s onemocněním diabetes mellitus 1. typu a kvalitu života žen bez tohoto onemocnění a následně porovnat získaná data. Potřebné informace byly získány pomocí standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHO, konkrétně zkrácená česká verze WHOQOL – BREF, obsahujících 26 uzavřených otázek.

Na základě kvantitativního zkoumání byly zjištěny následující informace. Celkově hodnotí kvalitu svého života ženy s diabetem 1. typu v 54 % jako dobrou. Ženy bez diabetu mají dobrou kvalitu života v 47 %. U obou skupin můžeme konstatovat kvalitu života za přijatelnou.

Se svým zdravím je spokojena více jak polovina diabetiček, přesněji 51 %. Ženy bez diabetu jsou spokojené se svým zdravím ve 43 %. Výsledky jsou poměrně zarážející, protože se u této otázky dalo očekávat, že u diabetiček bude převažovat značná nespokojenost se stavem svého zdraví v důsledku chronického onemocnění.

Sexuální život u žen s diabetem 1. typu je označen za spokojený a to v 41 % dotazovaných, 37 % dotazovaných žen bez onemocnění je také spokojeno se svým sexuálním životem. Překvapivě 7% žen bez diabetu uvedlo, že jsou velmi nespokojené ve svém sexuálním životě, což bylo vyšší procento než u žen s diabetem mellitus.

Radostnou zprávou je zjištění, že kvalita života žen s diabetem 1. typu je srovnatelná s kvalitou života žen bez diabetu 1. typu. Dokonce v některých otázkách bylo ukázáno, že ženy s diabetem se cítí lépe, nebo je více těší jejich život. Tyto výsledky byly opravdu překvapující.

Není tedy zcela jasné, že lidé s onemocněním či jakýmkoliv jiným omezením, například fyzickým, nemohou žít kvalitní či dokonce kvalitnější život než zdravý jedinec. Vše záleží na tom, jak s daným problémem bude dotyčný bojovat.

Souhrn

Bakalářská práce se zabývá vlivem onemocnění diabetes mellitus 1. typu na život žen. Hlavní cílem této práce bylo zjistit, jaký má onemocnění diabetes mellitus 1. typu vliv na partnerský, společenský, profesní i osobní život žen.

Práce je rozdělena na dvě části.

První část se věnuje teoretickému popisu zmíněného onemocnění, jeho typům, příčinám, vzniku, způsobu léčby i omezením z něj plynoucím. Součástí je také kapitola zabývající se kvalitou života.

Druhá část je praktická a předkládá výsledky provedeného kvantitativního výzkumného šetření, které formou dotazníků zjišťovalo rozdíl mezi kvalitou života u žen s onemocněním diabetes mellitus 1. typu a žen bez tohoto onemocnění ve věkovém rozmezí od 18 do 60 let. Výsledky výzkumného kvantitativního šetření dotazníkovou metodou jsou vyhodnoceny pomocí grafů.

V průzkumu bylo zjištěno, že ve většině zkoumaných oblastí je spokojenost s kvalitou života u obou skupin respondentek téměř shodná. V některých případech dokonce ženy s onemocněním diabetes mellitus 1. typu vykazovaly větší spokojenost s kvalitou života než ženy zdravé.

Klíčová slova: Diabetes mellitus, nemoc, život, žena, cukrovka, kvalita života

Summary

The bachelor thesis deals with the impact of type 1 diabetes mellitus on women's life. The main aim of this work was to find out what type 1 diabetes mellitus affects women's partner, social, professional and personal life.

The thesis is divided into two parts.

The first part is devoted to the theoretical description of the aforementioned disease, its types, causes, origins, the way of treatment and the resulting restrictions. It also includes a chapter on life quality.

The second part is practical and presents the results of a quantitative research carried out by questionnaires to determine the difference between quality of life in women with type 1 diabetes mellitus and women without this disease in the age range from 18 to 60 years. they are evaluated using graphs. The survey found that in most

The survey found that in most of the areas examined satisfaction with the quality of life was almost the same for both groups of respondents. In some cases, even women with type 1 diabetes mellitus have been more satisfied with the quality of life than women healthy.

Key words: Diabetes mellitus, disease, life, woman, diabetes, quality of life

Referenční seznam

1. American Diabetes Association. Depression [online]. [cit. 2019-06-10]. Dostupné z: <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-andcare/women/depression.html>
2. Americká Diabetická Asociace. 1997. *Cukrovka od A do Z: co potřebujete vědět o cukrovce jednoduše a srozumitelně*. Praha: Pragma. ISBN 80-7205-746-4.
3. American Diabetes Association. 2008. *What to expect when you have diabetes: 170 tips for living well with diabetes*. Intercourse, PA: Good Books. ISBN 9781561486304.
4. ANDĚL, Michal. 1996. *Život s cukrovkou*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-087-2.
5. BĚLOBRÁDKOVÁ, Jana a Ludmila BRÁZDOVÁ. 2006. *Diabetes mellitus*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-446-1.
6. BROŽ, Jan a Jana URBANOVÁ. 2014. *Začínáme s inzulínem*. Nakladatelství ing. Slávka Wiesnerová, ISBN 978-80-87630-12-9.
7. Celková životní spokojenost [online]. 2013 [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: https://www.czso.cz/staticke/cz/app_estat/zeny_muži/CZ_CS_womenmen_core_v1.0/bloc-1d.html?lang=cs&fbclid=IwAR0CPNtpem-K8mRXW2Mig8NuSDdTasgMKtwFIyKCNfyOoVqsbE71U9g74Sg
8. DANEŠ, Luděk. *Sexuální život při diabetu*. [online]. 18. 5. 2005 [cit. 2019-06-11]. Dostupné z: <https://www.celostnimediceina.cz/sexualni-zivot-pri-diabetu.htm>
9. *Diabetes mellitus: vysvětlení a rady*. 5. upr. vyd. Běstvína: Geum, 1999. ISBN 8086256065.
10. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 8085121824.
11. CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. 2015. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 9788074545535.

12. Inzulín – posel v našem těle. [online]. 24. 7. 2010 [cit. 2019-06-11]. Dostupné z: <http://www.zelenahvezda.cz/pacientska-sekce/p-diabetes/inzulín-posel-v-nasem-teleinzulin-posel-v-nasem-tele>
13. JANÁČKOVÁ, Laura a Milan KVAPIL. 2018. *Diabetes: necukrujte s cukrovkou*. Praha: Mladá fronta. ISBN 9788020450500.
14. JIRKOVSKÁ, Alexandra. 1999. *Jak (si) kontrolovat a léčit diabetes: manuál pro edukaci diabetiků*. Praha: PANAX. ISBN 8090212662.
15. KUDLOVÁ, Pavla. 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5367-6.
16. LEBL, Jan, Štěpánka PRŮHOVÁ a Zdeněk ŠUMNÍK. 2015. *Abeceda diabetu. 4., přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-438-8.
17. PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ. 2018. *Praktická diabetologie. 6. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 9788073455590.
18. PERUŠIČOVÁ, Jindra. 2016. *Diabetes mellitus v kostce. 2. aktualizované vydání*. Praha: Maxdorf. Současná diabetologie. ISBN 9788073454784.
19. PERUŠIČOVÁ, Jindra. 2008. *Diabetes mellitus 1. typu*. Vyd. 2. Semily: Geum, Monografie (Geum). ISBN 9788086256627.
20. PERUŠIČOVÁ, Jindra. 2014. *Deprese a diabetes mellitus*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-393-0.
21. PSOTTOVÁ, Jana. 2012. *Praktický průvodce cukrovkou: co byste měli vědět o diabetu*. Praha: Maxdorf. ISBN 9788073452797.
22. RUŠAVÝ, Zdeněk a Veronika FRANTOVÁ. 2007. *Diabetes mellitus, čili, Cukrovka: dieta diabetická*. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 9788090382022.
23. STRUNECKÁ, Anna. 2015. *Stop cukrovce*. Petrovice: ALMI. ISBN 9788087494172.
24. ŠMAHELOVÁ, Alena. 2006. *Akutní komplikace diabetu*. Praha: Triton. ISBN 8072548123.
25. VÁVROVÁ, Helena. 2015. *Život s inzulínem a znamení zvěrokruhu*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 9788020437136.
26. VRÁNOVÁ, Dagmar. 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. ISBN 9788072637881.

27. World Health Organization [online]. [cit. 2019-05-20]. Dostupné z:
<https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

Seznam grafů

Graf 1 – Kvalita života	27
Graf 2 – Spokojenost zdraví.....	29
Graf 3 – Radost ze života	30
Graf 4 – Tělesný vzhled	32
Graf 5 – Sexuální život.....	34
Graf 6 – Negativní pocity.....	36

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Kvalita života v %.....	27
Tabulka 2 - Spokojenost zdraví v %	29
Tabulka 3 - Radost ze života v %.....	31
Tabulka 4 - Tělesný vzhled v %.....	33
Tabulka 5 - Sexuální život v %	35
Tabulka 6 - Negativní pocity v %	36

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník WHOQOL – BREF

Příloha č. 2: Odkaz na dotazník

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník WHOQOL – BREF

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE WHOQOL-BREF (krátká verze)

1. Jak byste hodnotila kvalitu svého života?
1- velmi špatná, 2 – špatná, 3 – ani špatná, ani dobrá, 4 – dobrá, 5 – velmi dobrá
2. Jak jste spokojena se svým zdravím?
1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi spokojena

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledním dvou týdnů prožívala určité věci.

3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?
1- vůbec ne, 2 – trochu, 3 – středně, 4 – hodně, 5 – maximálně
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?
1- vůbec ne, 2 – trochu, 3 – středně, 4 – hodně, 5 – maximálně
5. Jak moc Vás těší život?
1- vůbec ne, 2 – trochu, 3 – středně, 4 – hodně, 5 – maximálně
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?
1- vůbec ne, 2 – trochu, 3 – středně, 4 – hodně, 5 – maximálně
7. Jak se dokážete soustředit?
1- vůbec ne, 2 – trochu, 3 – středně, 4 – hodně, 5 – maximálně
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?
1- vůbec ne, 2 – trochu, 3 – středně, 4 – hodně, 5 – maximálně
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?
1- vůbec ne, 2 – trochu, 3 – středně, 4 – hodně, 5 – maximálně

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělala nebo mohla provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

10. Máte dost energie pro každodenní život?
1- vůbec ne, 2 – spíše ne, 3 – středně, 4 – většinou ano, 5 – zcela
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

1- vůbec ne, 2 – spíše ne, 3 – středně, 4 – většinou ano, 5 – zcela

12. Máte dost energie pro každodenní život?

1- vůbec ne, 2 – spíše ne, 3 – středně, 4 – většinou ano, 5 – zcela

13. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

1- vůbec ne, 2 – spíše ne, 3 – středně, 4 – většinou ano, 5 – zcela

14. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

1- vůbec ne, 2 – spíše ne, 3 – středně, 4 – většinou ano, 5 – zcela

15. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

1- vůbec ne, 2 – spíše ne, 3 – středně, 4 – většinou ano, 5 – zcela

16. Máte možnost věnovat se svým zálibám?

1- vůbec ne, 2 – spíše ne, 3 – středně, 4 – většinou ano, 5 – zcela

17. Jak se dokážete pohybovat?

1- vůbec ne, 2 – spíše ne, 3 – středně, 4 – většinou ano, 5 – zcela

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byla šťastná nebo spokojená s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

18. Jak jste spokojená se svým spánkem?

1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena

19. Jak jste spokojená se svou schopností provádět každodenní činnosti?

1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena

20. Jak jste spokojena se svým pracovním výkonem?

1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena

21. Jak jste spokojena sama se sebou?

1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena

22. Jak jste spokojena se svými osobními vztahy?

1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena

23. Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?

1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena

24. Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?
1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena
25. Jak jste spokojena s podmínkami v místě, kde žijete?
1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena
26. Jak jste spokojena s dostupností zdravotní péče?
1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena
27. Jak jste spokojena s dopravou?
1- velmi nespokojena, 2 – nespokojena, 3 – ani spokojena, ani nespokojena, 4 – spokojena, 5 – velmi nespokojena

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožívala určité věci během posledním dvou týdnů.

28. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?
1 – nikdy, 2 - někdy, 3 – středně, 4 – celkem často, 5 – neustále
-

Doplňující otázky:

29. věk
30. výška
31. váha
32. Trpíte onemocněním diabetes mellitus 1. typu? ANO/NE

Příloha č. 2: Odkaz na dotazník

<https://www.surveio.com/survey/d/Z5A4A3D9K8D9S1N9S>

Anotace

Jméno a příjmení:	Eva Mislíková
Katedra nebo ústav:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Tereza Sofková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Diabetes mellitus 1. typu a jeho vliv na život žen
Název v angličtině:	Diabetes mellitus type 1 and its influence on the women's life
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se zabývá vlivem onemocnění diabetes mellitus 1. typu na život žen. Hlavní cílem této práce je zjistit, jaký má onemocnění diabetes mellitus 1. typu vliv na partnerský, společenský, profesní i osobní život žen.</p> <p>Práce je rozdělena na dvě části.</p> <p>První část se věnuje teoretickému popisu zmíněného onemocnění, jeho typu, příčiny, vznik, způsob léčby i omezení z něj plynoucí. Součástí je také definice kvality života.</p> <p>Druhá část je praktická a obsahuje výsledky výzkumného šetření, jejich vyhodnocení a shrnutí. Metodologie této práce je kvantitativní výzkum, který je realizován formou dotazníku.</p> <p>Zkoumány jsou ženy s onemocněním diabetes mellitus 1. typu i ženy bez tohoto onemocnění. Dotazované ženy jsou ve věkovém rozmezí je 18 až 60 let. Práce porovnává a analyzuje rozdíly mezi těmito dvěma skupinami a jejich</p>

	kvalitou života.
Klíčová slova:	Diabetes mellitus, nemoc, život, žena, cukrovka, kvalita života
Anotace v angličtině:	<p>The bachelor thesis deals with the impact of type 1 diabetes mellitus on women's life. The main aim of this work is to find out what type 1 diabetes mellitus affects women's partner, social, professional and personal life.</p> <p>The thesis is divided into two parts.</p> <p>The first part is devoted to the theoretical description of the aforementioned disease, its types, causes, origin, the way of treatment and the limitations resulting from it. It also includes a definition of quality of life.</p> <p>The second part is practical and contains the results of the research, their evaluation and summary. The methodology of this work is quantitative research, which is realized by questionnaire.</p> <p>Women with type 1 diabetes mellitus and women without this disease are being studied. Interviewed women are between 18 and 60 years of age. The thesis compares and differentiates the differences between these two groups and their quality of life.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Diabetes mellitus, disease, life, woman, diabetes, quality of life

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazník WHOQOL – BREF Příloha č. 2: Odkaz na dotazník
Rozsah práce:	46 stran
Jazyk práce:	český jazyk