

Příloha č. 1 – Dotazník deps-r-cz

**Dotazník diabetes specifických problémů se stravováním – revidovaná verze (DEPS-R-CZ)**

**Diabetes Eating Problem Survey – Revised (DEPS-R)**

Život s diabetem může být někdy obtížný, zejména pokud jde o příjem potravy a léčbu cukrovky. Níže jsou uvedeny některé postoje a chování, které se týkají kontroly a řízení cukrovky. Vyberte a zakroužkujte prosím, pro každé tvrzení, jak byla uvedená situace častá u vás v posledním měsíci.

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Obvykle	Vždy
1. Vynechávám jídla a/nebo svačiny.	0	1	2	3	4	5
2. Lidé mi říkají, že nemám své stravovací návyky pod kontrolou.	0	1	2	3	4	5
3. Když se přejím, nevezmu si následně dostatek inzulínu (k pokrytí jídla).	0	1	2	3	4	5
4. Když jsem sama, jím více, než když jsem s někým.	0	1	2	3	4	5
5. Je pro mě obtížné hubnout a zároveň kontrolovat cukrovku.	0	1	2	3	4	5
6. Když mám pocit, že mám hladinu cukru vyšší nebo nižší než je normální hodnota, nekontroluji si ji.	0	1	2	3	4	5
7. Záměrně si vyvolávám zvracení.	0	1	2	3	4	5
8. Abych zhubla, snažím se mít vysokou hladinu cukru v krvi.	0	1	2	3	4	5
9. Snažím se jíst tak, aby mé tělo vylučovalo moči ketony.	0	1	2	3	4	5
10. Cítím se tlustá, když si aplikuji všechny inzulín.	0	1	2	3	4	5
11. Lidé mi říkají, abych se více starala o cukrovku.	0	1	2	3	4	5
12. Když se přejím, vynechám následující dávku inzulínu.	0	1	2	3	4	5
13. Mám pocit, že své jídlo nemám pod kontrolou.	0	1	2	3	4	5
14. Buď jím velmi málo, nebo velmi mnoho.	0	1	2	3	4	5
15. Byla bych raději hubená, než abych měla cukrovku pod kontrolou.	0	1	2	3	4	5
16. Snížení hmotnosti je pro mě důležitým cílem.	0	1	2	3	4	5

Copyright © 2010 Joslin Diabetes Center. Not to be reproduced or distributed without permission.

Překlad české verze: Lucie Sikorová a Tatiana Valiašková, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2019).

Příloha č. 2 – Dotazník SCOFF

**Dotazník SCOFF (Morgan et. al., 1999)**

Tento dotazník slouží ke zhodnocení rizika poruchy příjmu potravy u dotazovaného. Prosíme, zaškrtněte odpověď, která vystihuje Váš aktuální postoj.

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Cítíte se někdy až k zbláznění nepříjemně plná/plný?                                     | ANO/ NE |
| 2. Bojíte se ztráty kontroly nad množstvím snědeného jídla?                                 | ANO/ NE |
| 3. Ztratil/ztratila jste v poslední době na hmotnosti více než 10 % za dobu 3 měsíců:       | ANO/ NE |
| 4. Myslíte si, že jste tlustý/ tlustá, když si ostatní myslí, že jste příliš štíhlý/štíhlá? | ANO/ NE |
| 5. Myslíte si, že jídlo ovládá Váš život?   | ANO/ NE |

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku.

Daniela Jodasová  
Mgr. Marcela Floriánková  
MUDr. Jitka Kytarová, Ph.D.



## ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená paní  
Daniela Jodasová  
Řetizková 9  
466 01 Jablonec nad Nisou

19.1.2023  
č.j.: 190/22 S-IV

Vážená paní Jodasová,  
Etická komise VFN projednávala na svých zasedáních dne 24.11.2022 a 19.1.2023 Vámi předložený individuální výzkumný projekt č.j. 190/22 S-IV – bakalářská práce.

**Název studie/Title of CT:** Poruchy příjmu potravy u pediatrických pacientů s diabetem mellitem I. typu

**Žadatel/Applicant:** Daniela Jodasová, Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze, Ke Karlovu 2, 180 08 Praha 2, e-mail: jodasova.daniela@gmail.com

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska / *Reimbursement of costs related to assessment of the EC:*  
 Ano/Yes  Ne, důvod/No, reasons: nesponzorovaný projekt

**Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form:** 7.11.2022

**Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session:**

1) 24.11.2022 (15.30 – 18.45 hod.) – pozastaveno, připomínky odeslány e-mailem, opravené dokumenty přijaty 15.12.2022 pod č.j. 1866/22 IS;  
1) 19.1.2023 (15.30 – 18.00 hod.) – souhlasné stanovisko

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Daniela Jodasová, Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze, Ke Karlovu 2, 180 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

### Stanovisko etické komise:

EK vydává / *EC issues*

- Souhlasné stanovisko / *Favourable opinion*  
 Nesouhlasné stanovisko / *Unfavourable opinion*

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení individuálního výzkumu na Klinice pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN  
*Signature of Chairperson / Vice-Chairperson*  
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.  
Zbyněk  
Sklenář,  
Ph.D.

Digitálně  
podepsal  
PharmDr. Zbyněk  
Sklenář, Ph.D.  
Datum: 2023.01.20  
14:15:30 +01'00'

2/4



Vážená paní  
Daniela Jodasová  
1. LF UK a VFN, Ke Karlovu 2,  
180 08 Praha 2

Liberec dne: 24.04.2023

**Věc: Žádost o provedení ošetrovatelského výzkumu**

Vážená paní Jodasová,

**vyhovuji** Vaší žádosti a **schvaluji** provedení ošetrovatelského výzkumného šetření v KNL, a.s., které souvisí s Vaší bakalářskou prací na téma: „Poruchy příjmu potravy u pediatrických pacientů s diabetem mellitem I. typu“.

Data uvedená ve specifikaci požadovaných dat budou použita pouze ke zpracování studentské práce, nebudou použita ke komerčním ani jiným účelům a nebudou poskytnuta třetí osobě.

Zároveň děkuji za poskytnutí dat a výsledků vašeho výzkumného šetření.

S pozdravem

Mgr. Marie Fryaufová  
Ředitelka ošetrovatelské péče KNL, a.s

Krajské nemocnice Liberec, a.s.  
Mgr. Marie Fryaufová  
ředitelka ošetrovatelské péče

**SOUHLAS S ÚČASTÍ VE STUDII(nad 18 let):**

**„Poruchy příjmu potravy u pediatrických pacientů s diabetem mellitem I. typu“.**

Jméno a příjmení vyšetřované/ho:.....

Rodné číslo:.....

**PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY**

**A. Za účelem uvedeným v Informačním listu souhlasím s nahlížením do mé zdravotní dokumentace a s provedením těchto vyšetření:**

**Jiná vyšetření:**

- dotazníkové šetření – dotazník SCOF
- dotazníkové šetření – dotazník DEPS-R

Potvrzuji, že mi lékařem/nutričním terapeutem byl sdělen účel, povaha a předpokládaný přínos vyšetření prováděného v rámci studie. Porozuměl/a jsem charakteru jednotlivých vyšetření a minimálnímu riziku, které je s nimi spojeno.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

**B. Rozhodl/a jsem, že s výsledky vyšetření bude po ukončení projektu naloženo takto:**

**Souhlas s uložením do zdravotní dokumentace**

- Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude vyplněný dotazník uložen do mé zdravotní dokumentace pro další vyšetření provedená k jeho prospěchu. Před vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely, než je uvedeno v Informačním listu, budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem.

*Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN a 1. LF UK, Ke Karlovu 2, tel: 224967761*

**C. Dále si přeji následující:**

- A bych s výsledky laboratorního vyšetření : byl(a) / nebyl(a) seznámen (a)\*

Aby o výsledcích vyšetření byly informovány následující osoby:  
.....

**Souhlasím/ nesouhlasím** s využitím výsledků dotazníkového šetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě pod kódovými čísly a bez užití identifikačních údajů.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s vyplněním výše uvedeného dotazníku s podmínkami uvedenými výše.**

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

Podpis vyšetřované osoby .....

V ..... Dne.....

Jméno lékaře:.....

Podpis: .....

*Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN a 1. LF UK  
Ke Karlovu 2, Praha 2, tel: 224967761*

---

**SOUHLAS S ÚČASTÍ VE STUDII PRO MLADISTVÉHO A JEHO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE:**

**„Poruchy příjmu potravy u pediatrických pacientů s diabetem mellitem I. typu“.**

Jméno a příjmení vyšetřované/ho:.....

Rodné číslo:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

**PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE VYŠETŘOVANÉ OSOBY**

**A. Za účelem uvedeným v Informačním listu souhlasím s nahlížením do zdravotní dokumentace mého dítěte a s provedením těchto vyšetření:**

**Jiná vyšetření:**

- dotazníkové šetření – dotazník SCOF
- dotazníkové šetření – dotazník DEPS-R

Potvrzuji, že mi lékařem/nutričním terapeutem byl sdělen účel, povaha a předpokládaný přínos vyšetření prováděného v rámci studie. Porozuměl/a jsem charakteru jednotlivých vyšetření a minimálnímu riziku, které je s nimi spojeno.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

**B. Rozhodl/a jsem, že s výsledky vyšetření bude po ukončení projektu naloženo takto:**

**Souhlas s uložením do zdravotní dokumentace**

- Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude vyplněný dotazník uložen do zdravotní dokumentace mého dítěte pro další vyšetření provedená k jeho prospěchu. Před vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely, než je uvedeno v Informačním listu, budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem.

*Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN a 1. LF UK, Ke Karlovu 2, tel: 224967761*

**C. Dále si přeji následující:**

- Abych s výsledky laboratorního vyšetření : **byl(a) / nebyl(a) seznámen (a)\***
- Aby o výsledcích vyšetření byly informovány následující osoby:  
.....
- Souhlasím/ nesouhlasím** s využitím výsledků dotazníkového šetření a relevantních informací o zdravotním stavu mého dítěte k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě pod kódovými čísly a bez užití identifikačních údajů.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s vyplněním výše uvedeného dotazníku s podmínkami uvedenými výše.**

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

Podpis zákonného zástupce pacienta:

.....

V ..... Dne.....

Jméno lékaře:.....

Podpis: .....



*Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN a 1. LF UK  
Ke Karlovu 2, Praha 2, tel: 224967761*

**INFORMAČNÍ LIST  
PRO PACIENTA NAD 18 LET**

*Základní informace o projektu*

Vážená slečno, vážený pane,  
obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na projektu „**Poruchy příjmu potravy u  
pediatrických pacientů s diabetem mellitem I. typu**“.

Cílem našeho projektu je zhodnotit riziko rozvoje poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících s diabetem mellitem I. typu. U pacientů s diabetem mellitem I. typu (DM I. typu) je k dosažení žádoucí hladiny krevního cukru (tzv. glykémie) nutné kromě podávání inzulínu také upravit složení stravy, především množství, skladby a načasování příjmu sacharidů. Jako pacient s DM I. typu musíte dlouhodobě sledovat nutriční hodnoty jednotlivých potravin a jídel, potraviny vážit a počítat obsah sacharidů. Zvýšené zaměření na množství a složení stravy s sebou nese i zvýšení rizika rozvoje poruchy příjmu potravy, zejména u dospívajících. Onemocnění je navíc spojeno s určitou psychickou zátěží, což může opět zvýšit riziko rozvoje poruchy příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy, mezi které patří například mentální anorexie nebo mentální bulimie, představují zdravotní rizika i u jinak zdravých osob. U pacientů s DM I. typu mají poruchy příjmu potravy vliv i na úspěšnost v dosažení cílových mezí glykémie a zvyšují zdravotní rizika spojená s DM I. typu.

Včasný záchyt rizika poruchy příjmu potravy a posouzení jeho závažnosti hraje klíčovou roli v úspěšnosti léčby poruchy příjmu potravy u diabetika a snížení jejích zdravotních dopadů.

V rámci výzkumu Vás prosíme o vyplnění dotazníku DEPS-R (revidovaná česká verze Dotazníku k hodnocení pro diabetes specifických problémů se stravováním). Dotazník je přiložen k informačnímu listu a je mezinárodně uznávaným nástrojem k hodnocení stupně rizika poruchy příjmu potravy u pacientů s DM I. typu). Vyplnění dotazníku se odhaduje na 10 minut.

K porovnání rizika PPP u Vás se stejně starými osobami bez diabetu je zapotřebí vyplnit ještě krátký dotazník SCOF, který je rovněž přiložen, a jehož vyplnění Vám zabere asi 5 minut.

**Váš souhlas s:**

- a) Vyplněním dotazníku ke zhodnocení rizika poruchy příjmu potravy (dotazník SCOF a DEPS-R)
- b) Získáním vybraných údajů z Vaší zdravotní dokumentace – vývoj hmotnosti, výšky a BMI během sledování v diabetologické ambulanci, parametry kompenzace diabetu (zejména hladiny glykovaného hemoglobinu a hladin glykémie a % glykémie v cílovém rozmezí u pacientů s kontinuální monitorací glykémie), způsob, druh a dávky aplikovaného inzulínu, způsob sledování glykémie.

**by byl neocenitelným přínosem pro uskutečnění této studie.**

Vyšetření nepřináší bolest.

Veškerá vyšetření a zpracování výsledků budou prováděna pod kódovými čísly bez užití identifikačních údajů a **výsledky vyšetření bez Vašeho výslovného souhlasu neposkytneme žádné třetí straně.** Pokud byste se na základě těchto informací rozhodli pro účast v projektu a podstoupení výše uvedených vyšetření, je nezbytné, abyste svůj souhlas s vyšetřením potvrdili podpisem příloženého formuláře informovaného souhlasu.

Prosíme Vás také o souhlas s publikací výsledků vyšetření v odborných časopisech a na odborných setkáních. Publikované výsledky nebudou obsahovat žádné údaje, podle kterých by Vás bylo možné identifikovat.

Při rozhodování o tom, zda výše popsané vyšetření podstoupíte, budou lékaři i ostatní zdravotníci pracovníci přihlížet v nejvyšší možné míře k Vašemu názoru. Váš souhlas je dobrovolný a případný nesouhlas žádným způsobem neovlivní zdravotní péči, která je Vám poskytována. Podepsaný souhlas můžete kdykoliv později bez udání důvodu odvolat písemným sdělením.

Pokud budete potřebovat další informace, rádi Vám je poskytneme. V případě jakýchkoli dotazů ohledně projektu a vyšetření se můžete obrátit na Mgr. Marcelu Floriánkovou;

Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN, tel.: 224 967 761; e-mail: marcela.floriankova@vfn.cz.

**Děkujeme,**

Daniela Jodasová, řešitel projektu, Řetízková 9, Jablonec nad Nisou 466 01

Telefon / mobil: 720 260 160 / e-mailová adresa: jodasova.daniela@gmail.com

MUDr. Jitka Kytmarová, Ph.D., spoluřešitel projektu; KDDL a ÚDMP 1. LF UK a VFN, tel.: 224 967 819; e-mail: peter.szitanyi@vfn.cz

Mgr. Marcela Floriánková, spoluřešitel projektu; tel.: 224 967 761; e-mail: marcela.floriankova@vfn.cz

*Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN a I. LF UK  
Ke Karlovu 2, Praha 2, tel: 224967761*

**INFORMAČNÍ LIST  
PRO PACIENTA DO 18 LET**

***Základní informace o projektu***

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na projektu „**Poruchy příjmu potravy u pediatrických pacientů s diabetem mellitem I. typu**“.

Cílem našeho projektu je zhodnotit riziko rozvoje poruch příjmu potravy u dětí a dospívajících s diabetem mellitem I. typu. U pacientů s diabetem mellitem I. typu (DM I. typu) je k dosažení žádoucí hladiny krevního cukru (tzv. glykémie) nutné kromě podávání inzulínu také upravit složení stravy, především množství, skladby a načasování příjmu sacharidů. Pacienti musí dlouhodobě sledovat nutriční hodnoty jednotlivých potravin a jídel, potraviny vážit a počítat obsah sacharidů. Zvýšené zaměření na množství a složení stravy s sebou nese i zvýšení rizika rozvoje poruchy příjmu potravy, zejména u dospívajících. Onemocnění je navíc spojeno s určitou psychickou zátěží, což může opět zvýšit riziko rozvoje poruchy příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy, mezi které patří například mentální anorexie nebo mentální bulimie, představují zdravotní rizika i u jinak zdravých osob. U pacientů s diabetem mellitem mají poruchy příjmu potravy vliv i na kompenzaci diabetu a zvyšují zdravotní rizika spojená s tímto onemocněním.

Včasný záchyt rizika poruchy příjmu potravy a posouzení jeho závažnosti hraje klíčovou roli v úspěšnosti léčby poruchy příjmu potravy u pacienta a snížení jejích zdravotních dopadů.

V rámci výzkumu Vás, jako zákonného zástupce pacienta s DM I. typu, prosíme o souhlas s vyplněním dotazníku DEPS-R (revidovaná česká verze Dotazníku k hodnocení pro diabetes specifických problémů se stravováním. Dotazník je přiložen k informačnímu listu a je mezinárodně uznávaným nástrojem k hodnocení stupně rizika poruchy příjmu potravy u pacientů s DM I. typu). Vyplnění dotazníku se odhaduje na 10 minut. U dětí, které potřebují s vyplněním dotazníku Vaši pomoc nebo nedokážou sami dotazník vyplnit, Vás též prosíme o vyplnění tohoto dotazníku nebo o pomoc Vašemu dítěti při vyplňování.

K porovnání rizika PPP u Vašeho dítěte se stejně starými dětmi bez diabetu je zapotřebí vyplnit ještě krátký dotazník SCOF, který je rovněž přiložen, a jehož vyplnění Vám či Vašemu dítěti zabere asi 5 minut.

**Váš souhlas s:**

- a) Vyplněním dotazníku ke zhodnocení rizika poruchy příjmu potravy (dotazník SCOF a DEPS-R)
- b) Získáním vybraných údajů ze zdravotní dokumentace Vašeho dítěte – vývoj hmotnosti, výšky a BMI během sledování v diabetologické ambulanci, parametry kompenzace diabetu (zejména hladiny glykovaného hemoglobinu, hladin glykémie a % glykémie)

v cílovém rozmezí u pacientů s kontinuální monitorací glykémie), způsob, druh a dávky aplikovaného inzulínu, způsob sledování glykémie.

**by byl neocenitelným přínosem pro uskutečnění této studie.**

Vyšetření nepřináší bolest.

Veškerá vyšetření a zpracování výsledků budou prováděna pod kódovými čísly bez užití identifikačních údajů a **výsledky vyšetření bez Vašeho výslovného souhlasu neposkytneme žádné třetí straně.** Pokud byste se na základě těchto informací rozhodli pro účast v projektu a podstoupení výše uvedených vyšetření, je nezbytné, abyste svůj souhlas s vyšetřením potvrdili podpisem přiloženého formuláře informovaného souhlasu.

Prosíme Vás také o souhlas s publikací výsledků vyšetření v odborných časopisech a na odborných setkáních. Publikované výsledky nebudou obsahovat žádné údaje, podle kterých by Vás bylo možné identifikovat.

Při rozhodování o tom, zda výše popsané vyšetření podstoupíte, budou lékaři i ostatní zdravotníci pracovníci přihlížet v nejvyšší možné míře k Vašemu názoru. Váš souhlas je dobrovolný a případný nesouhlas žádným způsobem neovlivní zdravotní péči, která je Vám poskytována. Podepsaný souhlas můžete kdykoliv později bez udání důvodu odvolat písemným sdělením.

Pokud budete potřebovat další informace, rádi Vám je poskytneme. V případě jakýchkoli dotazů ohledně projektu a vyšetření se můžete obrátit na Mgr. Marcelu Floriánkovou;

Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. LF UK a VFN, tel.: 224 967 761; e-mail: marcela.floriankova@vfn.cz.

**Děkujeme,**

Daniela Jodasová, řešitel projektu, Řetizková 9, Jablonec nad Nisou 466 01

Telefon / mobil: 720 260 160 / e-mailová adresa: jodasova.daniela@gmail.com

MUDr. Jitka Kytarová, Ph.D., spoluřešitel projektu; KDDL a ÚDMP 1. LF UK a VFN, tel.: 224 967 819; e-mail: peter.szitanyi@vfn.cz

Mgr. Marcela Floriánková, spoluřešitel projektu; tel.: 224 967 761; e-mail: marcela.floriankova@vfn.cz

Příloha č. 9 – Seznam tabulek

**Tab. č. 1** *Souhrnný přehled pacientů s DM1*

**Tab. č. 2** *Souhrnný přehled pacientů z kontrolní skupiny*

**Tab. č. 3** *Rozložení pohlaví v souboru*

**Tab. č. 4** – *Věk sledovaného souboru*

**Tab. č. 5** – *Hmotnost sledovaného souboru*

**Tab. č. 6** – *Výška sledovaného souboru*

**Tab. č. 7** – *BMI sledovaného souboru*

**Tab. č. 8** – *Hmotnostní změna za rok*

**Tab. č. 9** – *Z-score sledovaného souboru*

**Tab. č. 10** – *Porovnání výsledku dotazníku SCOFF*

**Tab. č. 11** – *HbA1, rozmezí glykémie a deps-r-cz u pacientů s DM1*

**Tab. č. 12** – *Korelace věku, BMI a z-skóre s výsledky dotazníku SCOFF*

**Tab. č. 13** – *Korelace pohlaví s výsledky dotazníku SCOFF*

**Tab. č. 14** – *Korelace HbA1 a rozmezí glykémie s výsledky dotazníků SCOFF a deps-r-cz*

Příloha č. 10 – Seznam grafů

**Graf č. 1** – Věk sledovaného souboru

**Graf č. 2** – Hmotnost sledovaného souboru

**Graf č. 3** – Výška sledovaného souboru

**Graf č. 4** – BMI sledovaného souboru

**Graf č. 5** – Změna hmotnosti za rok

**Graf č. 6** – Z-scóre sledovaného souboru

**Graf č. 7** – Porovnání výsledků dotazníku SCOFF