

Metodika práce s nemocnými v diabetologické ambulanci

Methodology of work with patients in diabetes clinic

Kateřina Slouková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina SLOUKOVÁ**

Osobní číslo: **H08224**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Metodika práce s nemocnými v diabetologické ambulanci**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část bude definována vymezením pojmu diabetes mellitus, jeho klasifikace, selfmonitoring pacienta a komplikace. Dále bude provedena analýza teorie edukace pacientů v diabetologické ambulanci.

V praktické části vytvořím dotazník pro respondenty vybrané diabetologické ambulance a následně vytvořím edukační materiál.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. PELIKÁNOVÁ, Terezie; BARTOŠ, Vladimír. Praktická diabetologie .4. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2010. 743 s. ISBN 978-80-7345-216-2.
2. HALUZÍK, Martin, et al. Praktická léčba diabetu. Praha: Mladá fronta, 2009. 381 s. ISBN 978-80-204-2071-8.
3. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
4. KUBEROVÁ, Helena. Didaktika ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
5. RYBKA, Jaroslav, et al. Diabetologie pro sestry. Praha: Grada, 2006. 283 s. ISBN 80-247-1612-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michaela Karafiátová

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26.5.2011



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Stěžejní osou mé bakalářské práce je analýza a metodika práce zdravotníka s nemocným v diabetologické ambulanci. V teoretické části jsem vydefinovala jen některé aspekty, které se konkrétně týkají medicínsko-klinické problematiky a dlouhodobých komplikací Diabetu mellitu. Nedílnou součástí teoretického úvodu mé bakalářské práce je nástin několika pohledů na různé možnosti metodických přístupů k edukaci diabetika.

V praktické části jsem popisovala informovanost diabetika o selfmonitoringu v konkrétní diabetologické ambulanci a dále jsem hledala deficity v metodice edukací u vybraných diabetiků.

A v neposlední míře jsem analyzovala získané informace a vydefinovala možnosti k zlepšení celkové medicínsko-ošetrovatelské práce s diabetikem v diabetologické ambulanci.

Klíčová slova: diabetes mellitus, edukace, metodika, selfmonitoring

ABSTRACT

The central axis of my bachelor thesis analysis and methodology of work of medical professionals with patients in the diabetic clinic. In the theoretical part, I defined just some aspects that pertain to medical clinical issues and long-term complications of diabetes mellitus. An integral part of the theoretical beginning of my work is to outline a number of different views on the possibility of methodological approaches to diabetes education.

In the practical part, I described the awareness of diabetes self-monitoring in a specific diabetic clinic and I'm looking for deficiencies in the methodology of educating patients with diabetes.

And then I analyzed the information and defined options to improve the overall medical and nursing work with diabetes in a diabetic clinic.

Key words: diabetes mellitus, education, methodology, selfmonitoring

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat mé konzultantce Mgr. Michaele Karafiátové, za spoustu informací, materiálů a vstřícnost při vedení mé práce.

Také chci poděkovat MUDr. Veronice Pozděnové, mým rodičům a partnerovi za pomoc, podporu a velkou ochotu.

„Byť by se nedostávalo síl, již sama vůle je hodna chvály“.

Publius Ovidius Naso

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DEFINICE ONEMOCNĚNÍ	12
1.1 KLASIFIKACE DIABETES MELLITUS.....	12
1.1.1 Diabetes mellitus 1. typu	12
1.1.1.1 Latentní autoimunitní diabetes dospělých – tzv. LADA.....	13
1.1.2 Diabetes mellitus 2. typu	13
1.1.3 Gestační diabetes mellitus.....	13
1.1.4 Ostatní specifické typy diabetu	13
1.2 LABORATORNÍ SLEDOVÁNÍ DIABETES MELLITUS	14
1.2.1 Glykémie	14
1.2.2 Glykosurie	14
1.2.3 Glykemický profil	14
1.2.4 Samostatná kontrola diabetu pacientem – tzv. selfmonitoring	15
1.2.5 Glykovaný hemoglobin - HbA1c a glykované proteiny.....	15
1.3 KOMPLIKACE DIABETU MELLITU.....	15
1.3.1 Akutní komplikace	16
1.3.1.1 Hypoglykémie	16
1.3.1.2 Hyperglykémie.....	17
1.3.2 Chronické komplikace.....	17
1.3.2.1 Patogeneze vaskulárních komplikací diabetu	17
1.3.2.2 Diabetická nefropatie	18
1.3.2.3 Diabetická retinopatie.....	18
1.3.2.4 Periferní diabetická neuropatie	18
1.3.2.5 Diabetická makroangiopatie	18
1.3.2.6 Ischemická choroba srdeční	18
1.3.2.7 Diabetická kardiomyopatie	19
1.3.2.8 Ischemická choroba centrálního nervového systému.....	19
1.3.2.9 Diabetická noha	19
1.3.2.10 Gastroenterologické poruchy	19
1.3.2.11 Osteoporóza a diabetes mellitus.....	19
1.3.2.12 Kožní onemocnění a diabetes.....	20
1.3.2.13 Metabolický syndrom.....	20
1.3.2.14 Sexuální poruchy.....	21
2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ V EDUKACI	22
2.1 PROCES EDUKACE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	25
2.2 EDUKACE DIABETIKŮ.....	26
2.3 HLAVNÍ ZÁSADY EDUKAČNÍCH PROGRAMŮ A JEJICH METODIKA	27
2.4 NÁPLŇ EDUKAČNÍCH PROGRAMŮ	27
3 DIDAKTIKA	28

3.1	OBOROVÁ DIDAKTIKA OŠETŘOVATELSTVÍ	28
3.2	AMBULANTNÍ PÉČE O DIABETIKA	29
II	PRAKTICKÁ ČÁST	30
4	METODIKA VÝZKUMNÉ PRÁCE.....	31
4.1	CÍLE PRÁCE	31
4.2	ORGANIZACE VÝZKUMNÉ SONDY	31
4.3	PRŮZKUMNÉ METODY A TECHNIKY	31
4.4	ZPRACOVÁNÍ DAT	32
5	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	33
6	DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
7	ZÁVĚR.....	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	68
	SEZNAM OBRÁZKŮ	69
	SEZNAM TABULEK.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám onemocněním Diabetes mellitus. Toto téma jsem si vybrala, protože moje maminka pracuje jako diabetologická sestra už 17 let a možná proto mi tato nemoc tak přirostla k srdci. Po ukončení střední školy jsem s diabetiky mohla začít aktivně pracovat i já a to formou týdenních rekondičních pobytů a edukací. Tito pacienti mi velmi přirostli k srdci a fascinuje mě, jak lidé různými způsoby přijímají tuto diagnózu a jak s ní bojují, někteří ovšem bojovat nechtějí.

Když se zamyslím, tak pokud pacient nebude sám chtít dodržovat léčebný režim, tak ani nejlepší lékaři, sestry a samotné edukace mu k prodloužení a zkvalitnění života nepomohou a pak se nás pacient bude ptát proč zrovna já? Pacientům připomínáme: „že cukrovka bohužel nebolí, ale žere za živa!“

V bádání a studiu tohoto onemocnění vidím velkou budoucnost, vzhledem k tomu, kolik pacientu s tímto onemocněním je v České republice i ve světě a jejich počet roste geometrickou řadou, stejně jako počet lidí s metabolickým syndromem, u kterých se diabetes často objeví časem.

Vím, jak edukace u vybraných respondentů probíhají a proto stěžejní osou mé bakalářské práce bude zjistit míru informovanosti, popsat deficitivitu v metodice edukací u vybraných respondentů, což by mělo přispět ke zkvalitnění práce ošetrovatelského týmu při klinické práci při této problematice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE ONEMOCNĚNÍ

Diabetes mellitus lze definovat jako skupinu metabolických onemocnění charakterizovaných hyperglykemií, vznikající v důsledku defektů inzulínové sekrece, poruchy účinku inzulínu v cílených tkáních nebo kombinace obojího. (Haluzík, 2010, str. 9)

Diabetes mellitus zkr. DM – lat. cukrovka, úplavice cukrová. Onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností. Postihuje až 5 % obyvatelstva. V roce 2010 bylo nahlášených diabetiků téměř 800 tisíc. Celkový počet diabetiků je tvořen více než z 99 % diabetiky 1. a 2. typu, kdežto ostatní formy jsou vzácné. Diabetiků 1. typu je v ČR asi 7.5 %, kdežto téměř 92 % tvoří diabetici s cukrovkou 2. typu. Při analýze dat u obou hlavních typů diabetu bylo nalezeno trvalé zvyšování incidence choroby (*Česká diabetologická společnost*, 30.11.2010 [cit. 2011-05-16]).

Při diabetu dochází k špatnému využití glukosy v organismu. Glukóza se dostává do buněk v nedostatečné míře, ty pak trpí nedostatkem energie. V krvi vzniká hyperglykemie, cukr se dostává do moči (glykosurie). Močí se „ztrácí“ glukóza a strhává s sebou vodu a ionty, což vede k polyurii a změnám vnitřního prostředí.

Ztráta vody se spolu s nadměrným množstvím glukosy v krvi - hyperosmolalitou podílí na vzniku žízně. Nedostatek inzulínu způsobuje i poruchy metabolismu tuků a bílkovin (Hugo, 2005, str. 188).

1.1 Klasifikace diabetes mellitus

V současné době je diabetes mellitus dělen:

1.1.1 Diabetes mellitus 1. typu

Diabetes 1. typu, tzv. závislý na inzulínu (dříve inzulín-dependentní – IDDM). Vzniká častěji v mládí na autoimunitním podkladu, má značný sklon k těžkým akutním komplikacím včetně kómatu s ketoacidózou a nezbytné je podávání inzulínu, jehož je při tomto typu v těle naprostý nedostatek.

Jeho začátek v dospělosti je méně častý. Vzniká v důsledku postupného zániku B-buněk způsobeného autoimunitními procesy navazujícími na dosud neznámé poškození B-buněk (možná virové) (Rybka, 2006, str. 36).

1.1.1.1 Latentní autoimunitní diabetes dospělých – tzv. LADA

Latentní autoimunitní diabetes dospělých je podtyp diabetu mellitu 1. typu. U tohoto typu diabetu dochází rovněž k autoimunitně podmíněné destrukci beta-buněk a postupnému rozvoji inzulinové deficience. Tento podtyp diabetu má však obvykle pozvolný a mírný průběh, chybí u něj typické příznaky diabetu, a proto je často klasifikován jako diabetes 2. typu a léčen z počátku perorálními antidiabetiky (Haluzík, 2009, str. 20).

1.1.2 Diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus 2. typu, nezávislý na inzulinu (dříve non-inzulin-dependentní – NIDDM), vzniká spíše u starších, mnohdy obézních pacientů s výskytem cukrovky v rodině.

Je spojen s inzulinovou rezistencí, mnohdy hyperinzulinemií (Hugo, 2005, str. 188).

1.1.3 Gestační diabetes mellitus

Gestační diabetes mellitus zkr. GDM – diabetes mellitus vznikající v době těhotenství u pacientek s předtím normální glukózovou tolerancí.

Vzniká obvykle po 20. týdnu těhotenství. Roli hraje působení hormonů, které v této době vznikají ve větším množství a působí proti inzulinu. Léčí se dietou, v těžších případech inzulinem. Podávání perorálních antidiabetik - PAD je v těhotenství kontraindikováno. Po těhotenství obvykle mizí, ale existuje vyšší riziko vzniku diabetu 2. typu po mnoha letech (Hugo, 2005, str. 308).

1.1.4 Ostatní specifické typy diabetu

Jedná se o diabetes při genetických defektech beta-buněk, diabetes vyvolaný genetickými defekty účinků inzulinu, diabetes při onemocnění exokrinního pankreatu, při endokrinopatiích, diabetes indukovaný chemikáliemi, léky a infekcemi, méně obvyklé typy imunologicky podmíněného diabetu a genetické syndromy občas provázené diabetem (Hugo, 2005, str. 188).

Kromě diagnózy diabetes mellitus se může naměřená hodnota glykemie pohybovat v hraničních hodnotách definovaných jako lačná glykemie v rozmezí 5,6 – 7,0 mmol/l, resp. glykemie 2 hodiny po podání glukózy při oGGT v rozmezí 7,8 - 11 mmol/l. V prvním pří-

padě hovoříme o zvýšené glykemii nalačno (IFG) a ve druhém pak o poruše glukózové tolerance (IGT).

Zvýšená glykemie nalačno i porucha glukózové tolerance sice nesplňují podle současných kritérií diagnózu diabetu, nepochybně však identifikují jedince s výrazně zvýšeným rizikem vzniku tohoto onemocnění (Haluzík, 2009, str. 18).

Za zvláštní zmínku stojí tzv. MODY diabetes, jehož výskyt je v naší populaci pravděpodobně o dost častější než jeho diagnostika. Předpokládá se, že diagnózu MODY diabetu může mít 3-5 % všech diabetiků v České republice.

MODY diabetes má autozomálně dominantní dědičnost, což znamená, že potomci nositele diabetické MODY alely mají 50 % pravděpodobnost vzniku diabetu. Tento diabetes je možné diagnostikovat genetickým vyšetřením DNA.

K tomuto vyšetření jsou indikováni pacienti mající vždy pozitivní rodinou anamnézu diabetu s výskytem nemoci do 30 let věku v každé generaci. (dvě 5ml zkumavky s EDTA a odeslány na Pediatrickou kliniku FN Motol) (Haluzík, 2009, str. 21) .

1.2 Laboratorní sledování diabetes mellitus

1.2.1 Glykémie

– při pravidelných kontrolních vyšetřeních vždy stanovujeme glykémii nalačno nebo 2 hodiny po snídani – nejlépe obojí

1.2.2 Glykosurie

– upozorňuje nás na zhoršení kompenzace Diabetes mellitus, ale nelze podle její výše indikovat a měnit léčbu PAD a inzulinem. Porcované stanovení celodenní glykosurie (3 porce moči sbírané po 8 hod) má větší výpovědní hodnotu než glykosurie v jednom 24hodinovém sběru moči.

1.2.3 Glykemický profil

– optimální léčba diabetu předpokládá znalost hladin glykémie během celého dne. Máme dva druhy profilů.

Malý glykemický profil – znamená stanovení 3-4 glykemií vždy před snídaní, obědem, večeří (eventuálně 1hod po jídle), doplněných glykemií před spaním a ve 2 hod v noci.

Velký glykemický profil – skládá se z 6-8 měření glykemií před jídlem nebo 1hod po jídlech.

1.2.4 Samostatná kontrola diabetu pacientem – tzv. selfmonitoring

Selfmonitoring - samostatné („domácí," laické) měření a poznávání stavu a činnosti vlastních tělesných orgánů i psychiky (ABZ : *slovník cizích slov* 2006 [cit. 2011-05-22]).

Selfmonitoring krve – provádí se hlavně u pacientů léčených intenzifikovanými inzulínovými režimy.

Selfmonitoring moči – je nejjednodušší, nejlacinější a často jedinou akceptovatelnou (neinvasivní) metodou vlastního monitorování diabetu. Sledování pomocí testovacích proužků doporučujeme 2-3 hod po jídle. Pacienty bychom měli poučit, že falešně nízké hodnoty cukru v moči mohou naměřit při konzumaci vysokých dávek vitamínu C, užívání salicylátů i některých ATB.

1.2.5 Glykovaný hemoglobin - HbA1c a glykované proteiny

Vzhledem k délce života erytrocytu nás glykovaný hemoglobin informuje o úrovni kompenzace za posledních 8-10 týdnů (Perušičová, 1996, str. 28).

Hodnocení dle IFCC(ČR)

Do 4,5 % - výborná

Do 5,9 % - uspokojivá

Nad 6 % - neuspokojivá

1.3 Komplikace diabetu mellitu

Komplikace v diabetu můžeme rozdělit do dvou skupin a to na akutní komplikace a chronické komplikace.

1.3.1 Akutní komplikace

1.3.1.1 Hypoglykémie

Udržování koncentrace glukózy je základní úkolem glukoregulačních mechanismů. Nízká koncentrace je zvláště nebezpečná pro mozkovou tkáň, která není schopna využít volné mastné kyseliny, a glukóza je pro ni základní zdrojem energie. V praxi diabetologa se vzniká hypoglykemie nejčastěji v důsledku nadbytku inzulínu v průběhu terapie inzulínem nebo perorálními antidiabetiky. Hypoglykemie u nemocných s diabetes mellitus 2. typu léčených dietou se běžně nevyskytuje.

Hypoglykemie je patologický stav snížené koncentrace glukózy. Jako hranice hypoglykemie se udává hodnota 3,3 mmol/l v kapilární plazmě, ale u některých osob mohou být při této hladině již přítomny závažné klinické projevy, neboť záleží i na rychlosti vzniku a délce trvání hypoglykemie a na celkovém stavu organismu.

Podle klinické závažnosti hovoříme o hypoglykemii symptomatické a asymptomatické. V rámci symptomatických hypoglykemií rozlišujeme:

- Lehká hypoglykemie – hypoglykemie, kterou pacient dokáže zvládnout
- Těžká hypoglykemie – je nezbytná pomoc lékaře
- Domnělá hypoglykemie – příznaky hypoglykemie se mohou dostavit i při normálních nebo vyšších hodnotách glykemie. Roli hraje rychlost poklesu glykemie či adaptace na dlouhodobou hyperglykemii, která souvisí se změnou glykemického prahu. Glykemický práh je hodnota glykemie, při které se objevují příznaky. S touto hypoglykemií se setkáváme u obézních neuspokojivě kompenzovaných nemocných s diabetes mellitus 2. typu, běžně při hodnotách 8-10 mmol/l. (Pelikánová, 2010, str. 348)

Bezprostřední příčinou hypoglykemie u diabetiků bývá nejčastěji zvýšená fyzická zátěž či vynechání pravidelného jídla, nesprávně zvolená dávka inzulínu či požití alkoholu.

Příznaky hypoglykemie může být snížená neuropsychická výkonnost, později nevolnost, bolesti hlavy, zamlžené vidění, porucha jemné motoriky, celková slabost, křeče, pocení, tachykardie, nervozita, hlad a později bezvědomí (Pelikánová 2010, str. 352).

Léčba hypoglykemie

Běžnou hypoglykemií by měl pacient zvládnout sám požitím 10-20 g jednoduchých sacharidů (2 až 3 kostky cukru, 1 sklenku džusu nebo Cocacoly) a v klidu počkat, až projevy ustoupí, eventuálně přívod sacharidů opakovat po 5-10 minutách.

Při těžší hypoglykémii spojené s poruchou vědomí, kdy nemocný není schopen příjmu potravy, podáváme 40 % roztok glukózy nitrožilně v individuálním množství, obvykle 40-80 ml. Po zvládnutí poruchy vědomí podáváme navíc asi 15-20g složených sacharidů (sušenky, rohlík). Pokud nelze podat glukózu, aplikujeme 1 mg glukagonu intramuskulárně. Po zvládnutí jednorázové hypoglykemie, u níž známe příčinu, neměníme zavedené dávkování inzulínu či PAD (Pelikánová 2010, str. 353).

Základem prevence je edukace pacienta a jeho důvěra k lékaři.

1.3.1.2 Hyperglykémie

Diabetická ketoacidóza je akutní metabolickou komplikací diabetu 1. typu, vyvolanou nedostatkem inzulínu. Je charakterizována metabolickou acidózou při vzestupu hladiny ketolátek, téměř vždy významnou hyperglykemií a deficitem vody a minerálů.

Jako příčina může být nově vzniklý diabetes mellitus 1. typu, chybná terapie ze strany nemocného nebo lékaře, infekce, vaskulární příhody, úrazy a operace.

Příznakem hyperglykemie je vystupňovaný pocit žízně, polyurie, polydipsie, při pokročilé dehydrataci slabost, závrať a ortostatická hypotenze, nevolnost, zvracení, extrémní dušnost. Pozdním projevem jsou poruchy vědomí, které mohou vyústit do komatu.

Základ terapie diabetické ketoacidózy představuje intravenózní podání inzulínu a doplnění tekutin (Pelikánová 2010, str. 362).

1.3.2 Chronické komplikace

1.3.2.1 Patogeneze vaskulárních komplikací diabetu

Diabetická mikroangiopatie, reprezentovaná retinopatií, neufopatií či neuropatií (kde se kombinuje složka cévní a nervová).

Makroangiopatie zahrnují ischemickou chorobu srdeční, ischemickou chorobu dolních končetin a cévní mozkové příhody. Jsou hlavními příčinami zvýšené morbidity a mortality diabetiků v porovnání s nediabetickou populací. (Pelikánová 2010, str. 373)

1.3.2.2 Diabetická nefropatie

Postižení ledvin vznikající při diabetes mellitus, jedna z jeho chronických komplikací. Častá příčina renální insuficience a selhání. Podstatou je porucha drobných cév ledvin a poškození glomerulu. U diabetiků je třeba sledovat zejm. proteinurii a zachytit včasná stadia nefropatie, kdy je nejlepší možnost zastavit její progresi (Hugo, 2005, str. 609).

1.3.2.3 Diabetická retinopatie

Diabetická retinopatie (retinopathia diabetica) – postižení oční sítnice při diabetes mellitus, forma mikroangiopatie. Postižen je parenchym sítnice i cévy. Bývají mikroaneurysmata cév, krvácení, edém, vatovitá ložiska. Závažná je forma proliferativní s novotvorbou cév, sklivcovou hemoragií, rizikem odchlípení sítnice a poruchou zraku. Léčebně se uplatňuje fotokoagulace laserem, kryokoagulace (Hugo, 2005, str. 786) .

1.3.2.4 Periferní diabetická neuropatie

Obecný název pro nezánettivé onemocnění nervu. Projevuje se poruchami jejich funkce: poruchy citlivosti (parestezie, dysestezie, bolest), hybnosti (periferní parézy) s následnou svalovou atrofií, poruchy reflexů, vegetativní obtíže (poruchy oběhu, erektilní dysfunkce, poruchy trávení a střevní motility aj.), poruchy propriocepce. Proces zasahuje přímo axony nebo myelinové pochvy, někdy je preference k aferentním či eferentním vláknům. Diagnosticky se uplatňuje EMG, někdy biopsie nervu či svalu. Léčba se řídí zejm. příčinou (Hugo, 2005, str. 623).

1.3.2.5 Diabetická makroangiopatie

Diabetická makroangiopatie je souhrnné označení pro aterosklerotické projevy na velkých (elastických a muskulárních) tepnách diabetiků. Jejich důsledky jsou nejčastější příčinou zvýšené úmrtnosti a nemocnosti těchto pacientů, a to jak mužů tak i žen (Bartoš, 2003, str. 270).

1.3.2.6 Ischemická choroba srdeční

Onemocnění srdce charakterizované nedostatečným prokrvením - ischemií. Porušeno je zásobení kyslíkem (hypoxie) a živinami i odvádění zplodin látkové výměny (vzniká lokální acidóza, iontové změny). Podkladem je zúžení (popř. uzávěr) koronárních tepen obvykle

aterosklerózou (aterosklerotický plát, trombóza, spasmus). Hlavními projevy ischemické choroby srdeční jsou hlavně angina pectoris a infarkt myokardu. Označují se jako bolestivé (algické) formy. Dalšími projevy ischemické choroby srdeční mohou být arytmie nebo srdeční selhání (Hugo, 2005, str. 429).

1.3.2.7 Diabetická kardiomyopatie

Onemocnění srdeční svaloviny (myokardu). Kardiomyopatie se rozděluje na tři základní skupiny podle patofyziologických a hemodynamických změn. Dilatační kardiomyopatie se vyznačuje významnou dilatací srdce. Hypertrofická kardiomyopatie se vyznačuje lokalizovanou hypertrofií myokardu. Restriktivní kardiomyopatie je u nás nejvzácnější, narušena je compliance komor a diastolické plnění (Hugo, 2005, str. 448).

1.3.2.8 Ischemická choroba centrálního nervového systému

Zahrnuje v užším slova smyslu aterotromboembolické mozkové infarkty, v širším smyslu i mozkové hemoragie, které mohou ischemická ložiska indukovat (Bartoš, 2003, str. 486).

1.3.2.9 Diabetická noha

Syndrom se závažným narušením tkání nohy (od kotníků dolů). Vzniká u diabetes mellitus na podkladě porušeného cévního zásobení mikroangiopatie a makroangiopatie a diabetické neuropatie. Mohou vznikat hluboké vředy, postiženy mohou být kosti (osteomyelitida) a může vzniknout diabetická gangréna (Hugo, 2005, str. 188).

1.3.2.10 Gastroenterologické poruchy

Poruchy funkce trávicího ústrojí diabetiků mají značný význam pro relativní častost a pro diferenciálně diagnostické problémy. Většinou vyžadují gastroenterologické vyšetření, neboť kombinace diabetu s patologií trávicího ústrojí není vzácností a diagnóza je možná až per exclusionem (Bartoš, 2003, str. 329). Je nutné vyloučení jiných příčin.

1.3.2.11 Osteoporóza a diabetes mellitus

Osteoporóza je progresivní systémové onemocnění skeletu charakterizované úbytkem kostní hmoty a poruchami mikroarchitektoniky kostní tkáně s následným zvýšením fragility kostí a zvýšeným rizikem zlomenin. Diabetes může ovlivňovat kostní metabolismus různě.

ným způsobem. Roli může hrát inzulin, hypokalcemie, snížené ledvinné funkce, obezita, angiopatie, neuropatie, záněty a další (Pelikánová, 2010, str. 530).

1.3.2.12 Kožní onemocnění a diabetes

Kožními onemocněními trpí asi 25-50 % diabetiků. Může jít o kožní projevy diabetu, ale i o komplikace terapie diabetu nebo o kožní onemocnění s diabetem asociované často bez jasné kauzální souvislosti (Pelikánová, 2010, str. 538).

Jedná se o onemocnění jako dermopatie (oválné, červené nebo nahnědlé papuly), syndrom ztlustění kůže (scleroderma diabetorum), lipodystrofie, pruritu, kožní infekce.

1.3.2.13 Metabolický syndrom

Metabolický syndrom je název pro soubor rizikových faktorů vedoucích k ateroskleróze. Dnes je středem zájmu řady medicínských oborů, a to nejen diabetologie, ale také preventivní kardiologie, endokrinologie, obezitologie a dalších.

Metabolický syndrom představuje významný rizikový faktor vzniku diabetes mellitu 2. typu a kardiovaskulárních onemocnění (Rybka, 2006, str. 160).

Tento syndrom se vyvíjí v čase u jedinců s genetickou predispozicí při nevhodném životním stylu tj. při nadměrném příjmu energie a nedostatečné pohybové aktivitě.

Genetickou predispozici lze zjistit z rodinné anamnézy. Pokud někdo z rodičů prodělal v časném věku kardiovaskulární příhodu a nebo cévní mozkovou příhodu nebo je alespoň jeden z rodičů hypertonik nebo diabetik 2. typu, má jejich potomek vyšší riziko rozvoje metabolického syndromu.

Patofyziologickým podkladem tohoto syndromu je inzulinová rezistence tj. snížená citlivost našich tkání a orgánů zpracovávat glukózu vlastním inzulinem (Kvíderová, 2005, str. 22).

U kterých nemocných máme v klinické praxi myslet na metabolický syndrom?

- U nemocných s vyšší hladinou TG (>1,7 mmol/l) a nižší hladinou HDL – cholesterolu (<1 mmol/l)
- Se zjištěnou hyperinzulinémií, nalačno nad 20 mIU/l (nestanovuje se)
- S arteriální hypertenzí

- S porušenou glukózovou tolerancí nebo diabetes mellitus 2. typu
- S abdominální obezitou
- S hyperurikémií anebo zvýšenou hladinou PAI-1(plasminogen activator inhibitor-1)
- S pozitivní rodinou anamnézou hypertenze (Rosolová, 2000, str. 57)

Při přítomnosti 3 a více z uvedených rizikových faktorů se jedná o metabolický syndrom inzulinové rezistence. Viz. Příloha P1 (Kvíděrová, 2005, str. 22).

1.3.2.14 Sexuální poruchy

Sexuální poruchy u diabetika jsou projevem funkčních a morfoloických změn vznikajících na podkladě diabetické mikroangiopatie, na nichž se podílí dlouhodobá hyperglykémie jako rozhodující faktor.

Muži nejčastěji trpí erektilní dysfunkcí a méně často retrográdní ejakulací, kterou způsobuje urogenitální autonomní neuropatie (UAN) (Škrha, 2009, str. 253).

U žen se dysfunkce vyskytují mnohem méně než u mužů. Pacientky si stěžují na dyspareunie, příčinou kterých může být urogenitální infekce, psychogenní faktory, obezita (Škrha, 2009, str. 256).

2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ V EDUKACI

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.

Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit. Pojem výchovy a vzdělání není v současné terminologii jednoznačně vymezen.

Podle Průchy je výchova „... proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejich vývoji. Je přitom především o záměrné utváření a ovlivňování podmínek umožňujících optimální rozvoj jedince v souladu s jejich individuálními dispozicemi a stimulujičích jeho vlastní snahu stát se autentickou vnitřně integrovanou a socializovanou osobností“

Výchova u jedince rozvíjí jeho postoje, potřeby, zájmy a chování.

Vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledným efektem vzdělávání je vzdělanost, vzdělání a kvalifikace.

Vzdělanost odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě či národě. Pojem vzdělanost v sobě také zahrnuje i úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství, sociálně-kulturní život společnosti.

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně. Edukační procesy probíhají od prenatálního života až do smrti. Příkladem edukačního procesu může být osvojení si mateřského jazyka dítětem. Dítě se učí komunikačním dovednostem při kontaktu s matkou a ostatními lidmi, kdy tito jedinci dítěti předávají své dovednosti záměrně i bezděčně. Do procesu edukace vstupují čtyři determinanty:

- Edukanti a jejich charakteristika
- Edukátor
- Edukační konstrukty
- Edukační prostředí

Edukant je subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí bývá nejčastějším subjektem učení buď zdravý, nebo nemocný klient. Edukantem může být samozřejmě i zdravotník, který si prohlubuje v rámci celoživotního vzdělávání své vědomosti a dovednosti. Každý edukant je individuální osobnost, která je charakterizovaná svými fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Charakteristiku edukanta ovlivňuje i etická příslušnost, víra, sociální prostředí, ve kterém daný jedinec žije, tedy i sociálně-kulturní podmínky.

Edukátor je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví to bývají nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut.

Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí je místo, ve kterém edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí ovlivňují podmínky ergonomické, jako je například osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek, ale i sociální klima a atmosféra edukace. Příkladem edukačního prostředí může být ambulance, ve které probíhá edukační proces, kdy edukátorem je všeobecná sestra a edukantem klient.

V edukaci se můžeme setkat i s dalším pojmem, a to s edukačním standardem, což je závazná norma pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Standard je předem naplánovaná edukace pro klienta. V praxi se nejčastěji používají standardy pro klienta s konkrétním onemocněním.

Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciární prevence.

Primární prevence – edukace je zaměřena na zdravé jedince, především na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření, aby došlo k udržení jejich zdraví a zlepšení kvality života.

Sekundární prevence – edukace probíhá u již nemocných jedinců, u kterých se snaží ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo k možným komplikacím (např. odvykání kouření). Edukace je převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění.

Terciární prevence – edukace v terciární prevenci je zaměřena na jedince, kteří mají již trvalé a nevratné změny ve svém zdravotním stavu. Zaměřuje se na zlepšení kvality života, kterou lze u jedince ovlivnit edukací tak, aby nedošlo k dalším možným komplikacím.

Edukaci můžeme rozdělit na:

- základní
- reedukační
- komplexní

Za základní edukaci lze považovat takovou edukaci, kdy jsou jedinci předávány nové vědomosti či dovednosti a klient je motivován ke změně hodnotového žebříčku u postojů. Příkladem může být edukace nově diagnostikovaného klienta s hypertenzí nebo edukace dětí rodiči k dodržování hygieny ústní dutiny již v útlém věku.

Za reedukační edukaci považujeme takovou edukaci, považujeme takovou edukaci, při které máme možnost navázat na předchozí vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. Tyto vědomosti, dovednosti a postoje dále prohlubujeme. Příkladem reedukace může být jedinec po prodělaném infarktu myokardu, kdy v aktuální fázi onemocnění provádíme základní edukaci (podáváme informace se omezují pouze na takové informace, které slouží jedinci k „přežití“) a po odeznění akutní fáze se snažíme u klienta jeho vědomosti i dovednosti prohloubit o zdraví prospěšná opatření a změnit postoje tak, aby již k novému infarktu nedošlo.

Za komplexní edukaci lze považovat takovou edukaci, kdy jedinci jsou etapově předávány ucelené vědomosti, budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních, která vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. Nejčastěji se tento typ edukace děje v kurzech (např. kurzy pořádané pro diabetiky).

Cílové skupiny edukace zdravotníků z hlediska působení na ně lze rozdělit na skupiny nedeterminované, determinované a cílové uživatelské skupiny.

Za nedeterminovanou skupinu považujeme takovou, která nemá jasně daná kritéria pro zařazení do edukace. Například jsou obyvatelé České republiky, kteří momentálně sledují televizní program věnující se problematice výživy. Druhou skupinou edukace jsou determinované skupiny obyvatelstva. Zařazení této skupiny do edukace podléhá určitým kritériím, například věku, druhu onemocnění. Příkladem edukace prostřednictvím ovlivnění de-

terminované skupiny jsou letáky určené diabetikům. Poslední skupina, na kterou se zaměřují zdravotníci, se nazývá cílovou uživatelskou skupinou. Této skupině je edukace individuálně plánovaná na základě jejich edukační potřeby. Příkladem je edukace diabetiků v diabetologické ambulanci. U této skupiny můžeme přesně hodnotit efekt edukace (Juřeníková, 2010, str. 9).

2.1 Proces edukace ve zdravotnickém zařízení

Edukační proces ve zdravotnickém zařízení má svá specifika. Zdravotnická zařízení se zabývají především péčí o zdraví svých klientů a edukace by měla být součástí této péče, proto se musí přizpůsobit systému a metodám péče ve zdravotnickém zařízení – měla by být s nimi v souladu.

Edukace se zpravidla dělí pět fází.

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

V této fázi se snaží edukátor odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta zjišťuje jeho edukační potřeby. K zajištění potřebných informací využívá například pozorování či rozhovor. Tato fáze je významná pro stanovení budoucích cílů edukace.

2. Fáze projektování

V této fázi edukace se edukátor snaží naplánovat cíle, zvolit metody, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob evalvace edukace.

3. Fáze realizace

Prvním rokem této fáze je motivace edukanta (vnitřní, vnější), na kterou navazuje expozice, při které edukantům zprostředkováváme nové poznatky. V tomto kroku by nemělo jít pouze o předávání informací ze strany edukátora, ale edukant by se na něm měl aktivně podílet. Na expozici navazuje fixace. Při tomto kroku je nutné, aby byly získané vědomosti či dovednosti procvičovány a opakovány v návaznosti na předchozí vědomosti a dovednosti. Na fixaci navazuje průběžná diagnostika, kdy se snažíme diagnostikovat, prověřit a testovat pochopení daného učiva a zájem edukanta. Po tomto kroku následuje aplikace. Při aplikaci se snažíme, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti použít.

4. Fáze upevnění a prohlubování učiva

Tato fáze je jedním z nezbytných kroků uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Musíme připomenout, že 50 % osvojeného učiva zapomeneme do druhého dne. Proto je nutné, abychom ho systematicky opakovali a procvičovali tak, aby docházelo k jeho fixaci. Při edukaci ve zdravotnictví je tato fáze dosti často opomíjena.

5. Fáze zpětné vazby

V této fázi se snažíme hodnotit nejenom výsledky edukanta, ale i naše. Hodnocení výsledků nám dává možnost zpětné vazby mezi námi a edukantem.

Uvedené části edukace bychom se měli snažit přizpůsobit nejčastěji užívané metodě péče o nemocného – ošetrovatelskému procesu (Juřeníková, 2010, str. 21).

2.2 Edukace diabetiků

Edukací rozumíme výchovu pacienta k samostatnější péči o vlastní onemocnění. Cílem výchovy je, aby nemocný přebral větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe a aby spolupráce se zdravotnickým týmem byla co nejlepší.

Význam edukace diabetiků je dán především tím, že:

- Diabetes je onemocnění chronické, celoživotní, které vyžaduje, aby byl pacient schopen upravovat léčebný režim i mezi návštěvami lékaře, protože kompenzace se rychle mění v závislosti na vnitřních i zevních podmínkách
- Diabetes je typické psychosomatické onemocnění, jehož průběh závisí nejen na faktorech biologických, ale také psychosociálních, které lépe zvládá dobře edukovaný pacient

Edukační programy mají vést především ke zlepšení kvality života diabetiků. Většina lékařů se domnívá, že jejich léčba zlepší kvalitu života pacientů, zatím co totéž si myslí jenom polovina nemocných a pouze čtvrtina jejich příbuzných. Vysvětlení těchto rozdílů je možné nalézt v tom, že denní lékařská praxe zdůrazňuje obvykle biologický přístup k terapii na úkor ostatních aspektů – edukačního, psychologického, sociálního. Ideální je proto komplexní přístup k léčbě – tzv. biopsychosociální model, který je možné realizovat v edukačních programech.

Kromě zlepšení kvality života vede dlouhodobá, systematická edukace ke zlepšené kompenzaci diabetu, nižšímu výskytu akutních komplikací a spolu s dalšími léčebnými prostředky se uplatňuje v prevenci pozdních komplikací diabetu. U obézních diabetiků usnadňuje redukci hmotnosti, u těhotných diabetiček snižuje prenatální morbiditu. V neposlední řadě příznivě ovlivňuje ekonomickou náročnost diabetické péče snížením počtu hospitalizací diabetických pacientů a snížením spotřeby některých léků.

2.3 Hlavní zásady edukačních programů a jejich metodika

Pro zvýšení efektivity edukačních programů je třeba předem naplánovat jejich cíle, náplň a formu, zajistit organizační stránku, včetně dokumentace a hodnocení programu.

2.4 Náplň edukačních programů

Doporučuje se, aby v edukačním procesu byly vyčleněny následující fáze:

- Základní edukace (počáteční) – provádí ji každý ošetřující lékař, event. ve spolupráci se specialistou, při novém zjištění diabetu nebo nebyl-li pacient ještě edukován. Zejména u diabetiků 1. typu je edukace vhodná již od začátku onemocnění pod kontrolou kvalifikovaného diabetologa, často za hospitalizace. Jejím smyslem je pomoci nemocnému vyrovnat se s chorobou a poskytnout mu minimální nutné znalosti a dovednosti. Nemocnému je třeba vysvětlit, jaké jsou cíle léčby diabetu (kompenzace, úprava hmotnosti), jaké jsou příznaky akutních komplikací a jak na ně reagovat. nemocný by měl být seznámen s technikou selfmonitoringu, s aplikací inzulínu, zásadami dietní léčby a event. s léčbou perorálními antidiabetiky. Základní edukace bývá většinou individuální.
- Specializovaná komplexní edukace (hloubková) – realizuje ji nejlépe edukační tým pod vedením diabetologa formou edukačního kurzu pro menší skupiny diabetiků, do 6-10 osob.
- Reedukace cílená (pokračující) – je to celoživotní proces. Příznivý účinek se projeví pouze tehdy, je-li opakovaná. U všech diabetiků je třeba cíleně edukovat potřebné dovednosti i několikrát ročně. Reedukaci provádí edukační tým pod vedením diabetologa, nejlépe individuální formou a cíleně. Opakování skupinové edukace plní úlohu motivační (Pelikánová 2010, str. 268).

3 DIDAKTIKA

Didaktika je nejpropracovanější disciplínou pedagogiky. Didaktika se vnímá jako součást pedagogiky, v současné době je však samozřejmé chápání didaktiky jako samostatné vědní disciplíny, neboť rozvíjí své teorie na základě systematicky organizovaných a ověřených postupů.

3.1 Oborová didaktika ošetrovatelství

Oborová didaktika – didaktika ošetrovatelství – se zabývá vyučováním, uplatněním didaktiky při edukaci v ošetrovatelství, její kvalitou z didaktického hlediska a výchovně-vzdělávacím procesem v jednotlivých ošetrovatelských a lékařských předmětech.

Didaktika ošetrovatelství může být orientovaná i podle různých myšlenkových směrů (např. křesťanská). Praktické uplatnění nachází v celé šíři poskytované zdravotní péče, v celém rozsahu působení ošetrovatelství při edukaci.

Ošetrovatelství v oblasti výchovy a vzdělání klientů tento proces označuje jako edukační. Lze jej vyjádřit i pojmy přejatými z angličtiny, která jej vyjadřuje jako proces vyučování a učení se. V rámci tohoto pojmosloví se pak výchovně-vzdělávací metody označující jako vyučovací dovednosti a vyučovací styl – individuální styl, který používá učitel (sestra).

Oborovou didaktiku ošetrovatelství je možné chápat jako speciální didaktiku. Všechny způsoby edukace, učení či vyučování se zaměřují na nejcitlivější oblasti lidského života – na zdraví, jeho zachování nebo obnovu, také prostřednictvím ošetrovatelského procesu a léčby. Kromě vymezeného předmětu všeobecné didaktiky má v předmětu oborové didaktiky ošetrovatelství své místo i jádro vzdělávání, které je tvořeno obsahem vzdělávání (co a do jaké míry se má pacient, klient či žák naučit), dále procesem edukace (jak učit a co při tom respektovat, jaké metody, zásady, organizační formy a prostředky jsou pro edukaci v ošetrovatelství vhodné) a v neposlední řadě kdo smí a má kompetenci edukaci vykonávat. Ve smyslu tradičního chápání dělíme didaktiku podle jejího předmětu, kdy se obecná didaktika vztahuje na celou oblast učení a vyučování. Zabývá se učením a vyučováním ve všech jeho formách a vyučováním všeho druhu na všech stupních bez ohledu na jeho obsah (Peterssen, 1993, str. 46).

3.2 Ambulantní péče o diabetika

Pacient navštěvuje diabetologickou ambulanci v pravidelných intervalech, jak určí lékař. Na kontrole se pacientovi odebere kapilární krev na vyšetření glykémie nalačno. Pacient sestře odevzdá také ranní moč pro průkaz bílkoviny, cukru a ketolátek v moči.

Pacient se vždy v ambulanci zváží (sestra zajistí správné zvážení a váhu zkontroluje). Sestra pacientovi změří krevní tlak a vše zaznamená do průkazu diabetika.

Následně jde pacient k lékařce, kde zkonzultuje případné problémy a změny a nechá si napsat recept na svoji léčbu.

Sestra pacienta po odchodu od lékaře objednává na další kontrolu a na jiná vyšetření a zajišťuje pacientům pomůcky pro měření glykémie nebo léčbu diabetu (jehly do inzulínových per). U pacienta s nově zjištěným onemocněním sestra zajistí edukaci nejen o dietním režimu a komplikacích, ale také naučí pacienta pracovat s glukometrem a inzulínovým perem je-li potřeba.

Pacient samozřejmě může navštívit ambulanci kdykoliv má nějaký problém.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMNÉ PRÁCE

4.1 Cíle práce

Cíle teoretické části

Cíl 1: Vymezením pojmu Diabetes mellitus, jeho klasifikace, selfmonitoring pacienta a dlouhodobé komplikace nemoci.

Cíl 2: Obecná definice edukace a zásady edukačních programů.

Cíl 3: Metodika edukace v ošetrovatelském procesu u diabetika v diabetologické ambulanci.

Cíle praktické části

Cíl 4: Zjistit u vybrané skupiny diabetiků informovanost o selfmonitoringu a informovanost o předcházení komplikacím Diabetu mellitu.

Cíl 5: Zjistit deficity v edukaci diabetiků v konkrétní diabetologické ambulanci.

Cíl 6: Vytvoření informační databáze pro diabetiky obsahující informace o selfmonitoringu.

4.2 Organizace výzkumné sondy

Vytvořila jsem dotazník o 28 otázkách a rozdala jsem ho v jedné konkrétní diabetologické ambulanci a každou poslední středu v měsíci na pravidelných edukacích od listopadu do března. Návratnost nebyla dobrá, jen 41 % z 200 rozdaných dotazníků a z toho bylo použitelných 37 % tj. 74 dotazníků.

Provedla jsem cílený výběr respondentů. Uvědomuju si, že cílený výběr respondentů neslouží k maximální objektivizaci získaných dat, ale vzhledem k tomu, že se jedná o bakalářskou práci, která je mým prvním náznakem vědecké činnosti, domnívám se, že ze získaných potřebných informací jsem schopná vyvodit obecné výsledky.

4.3 Průzkumné metody a techniky

Pro svůj průzkum jsem zvolila metodu kvantitativní a jako výzkumnou techniku jsem použila dotazník. Dotazník je standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny

na určitém formuláři. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí (Kutnohorská, 2009, str. 41).

Ve svém dotazníku jsem použila uzavřené otázky, otevřené otázky a polozavřené otázky.

4.4 Zpracování dat

Z rozdaných 200 dotazníků se mi povedlo získat 82 dotazníků, což je 41 %. Pro neúplnost bylo vyřazeno 8, do výzkumu tak bylo zařazeno 74 dotazníků, což je 37 %.

Získaná data jsem zpracovala pomocí programu MS Excel. U otázek číslo 5 a 20 jsem použila jiný typ grafu, pro větší přehlednost.

Absolutní četnost (n) představuje počet respondentů, kteří u konkrétní otázky odpovídali stejně. Relativní četnost vyjadřuje procentuální (%) počet stejných odpovědí.

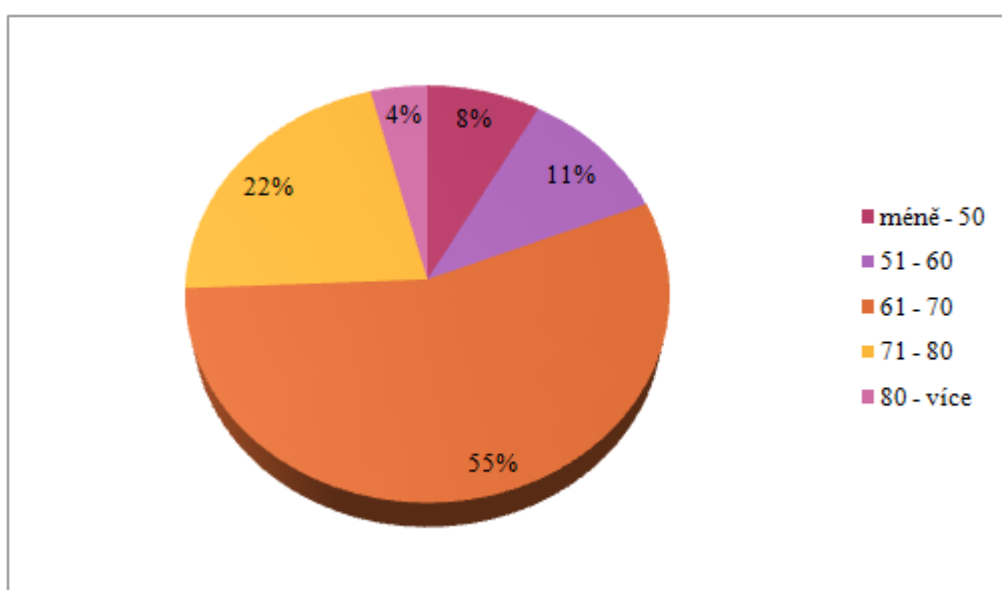
5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Položka 1: Identifikační údaje respondentů s Diabetes mellitus – charakteristika průzkumného vzorku.

V mém průzkumu se objevilo 58 (78 %) žen a 16 (22 %) mužů ve věku od 35 do 85 let. Největší počet respondentů se objevuje ve věku 61-70 (55 %), druhá největší skupina jsou pacienti ve věku 71-80 (22 %), následně skupina 51-60 let (11 %), méně než 50 let (8 %) a nejméně respondentů se objevilo ve věku 80 a více, byly jen 4 %.

Tab. 1. Identifikační údaje respondentů

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ženy	58	78
Muži	16	22
Celkem	74	100
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
méně - 50	6	8
51 - 60	8	11
61 - 70	41	55
71 - 80	16	22
80 - více	3	4
Celkem	74	100



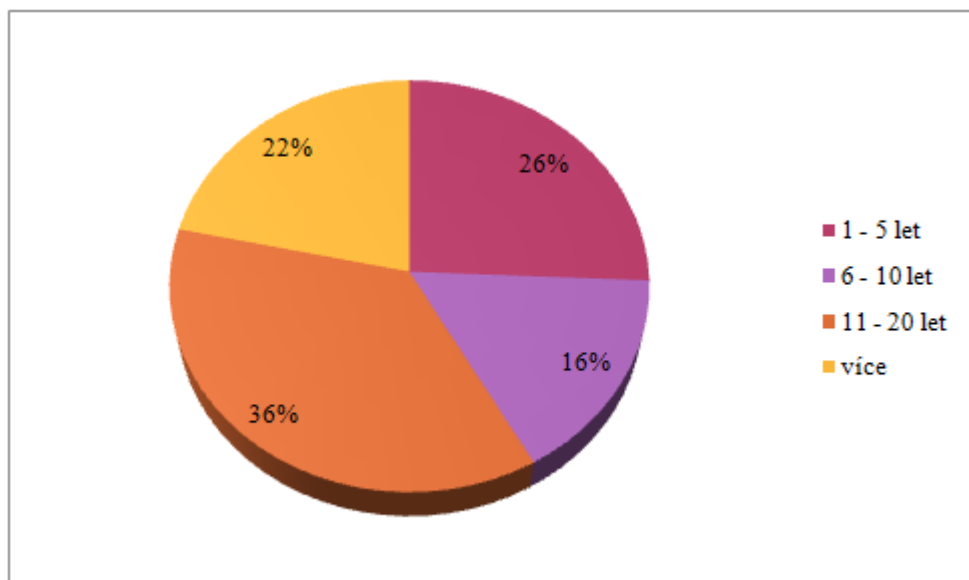
Graf 1. Věk respondentů

Položka 2: Jak dlouho se léčíte s Diabetem?

Největší počet respondentů se léčí 11-20 let (36 %), následně 1-5 let (26 %), Více než 20 let (22 %), nejmenší vzorek respondentů se léčí 6-10 let (16 %).

Tab. 2. Délka léčby pacientů

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 - 5 let	19	26
6 - 10 let	12	16
11 - 20 let	27	36
více	16	22
Celkem	74	100



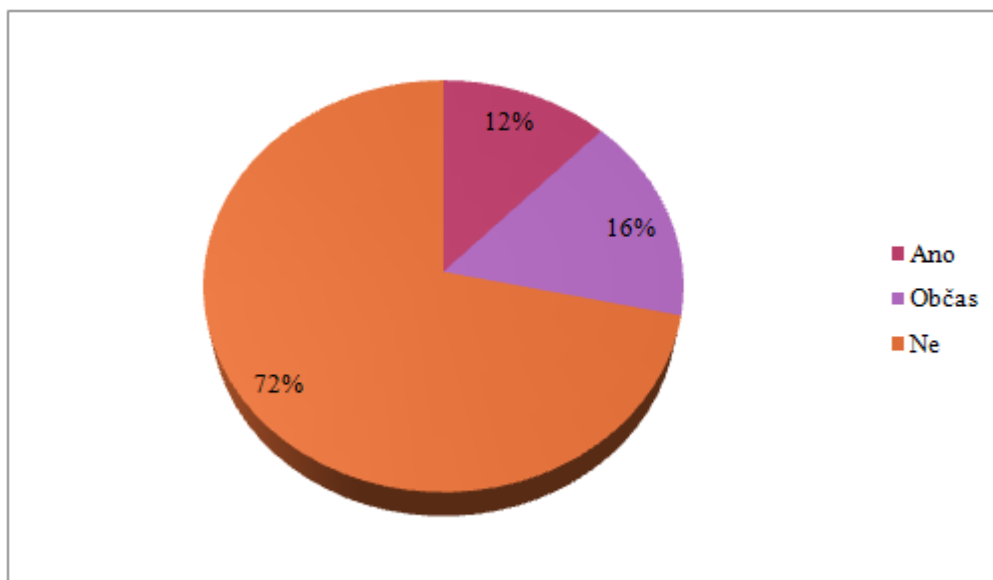
Graf 2. Délka léčby pacientů

Položka 3: Držíte před kontrolou u lékaře přísnější dietu?

V mém průzkumu uvedlo 53 respondentů (72 %), že před kontrolou nedodržují přísnější dietu. 12 respondentů (16 %) tvrdí, že přísnější dietu nedrží úplně před každou kontrolou a 9 respondentů (12 %) se přiznalo, že před kontrolou u lékaře drží přísnější dietu.

Tab. 3. Dodržování přísnější diety před kontrolou

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	9	12
Občas	12	16
Ne	53	72
Celkem	74	100



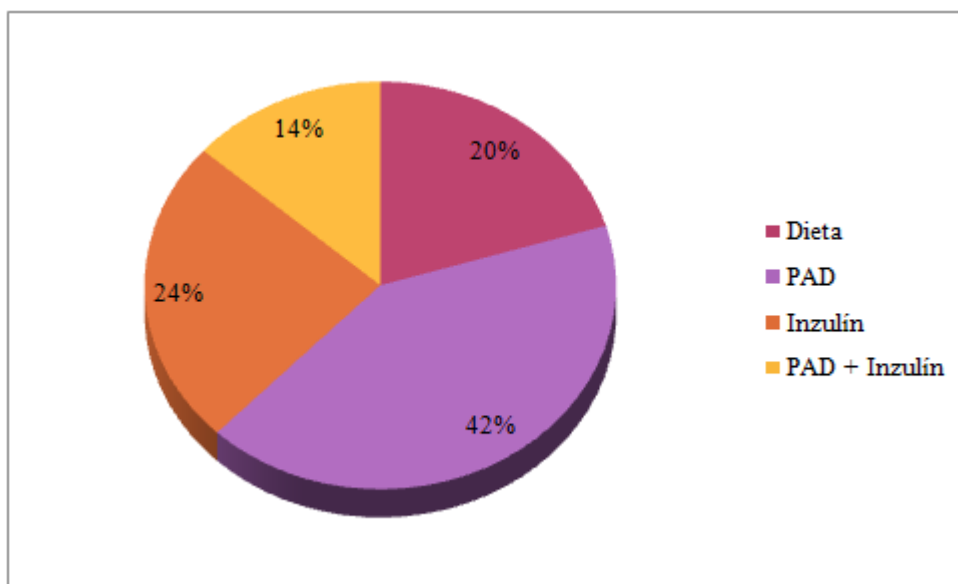
Graf 3. Dodržování přísnější diety před kontrolou

Položka 4: Jaká je léčba vašeho onemocnění?

Největší počet respondentů 31 se léčí perorálními antidiabetiky (42 %), inzulínovou terapií se léčí 18 respondentů (24 %) a dietou 15 respondentů (20 %). Nejméně respondentů 10 se léčí kombinací perorálních antidiabetik s inzulínem (14 %).

Tab. 4. Způsob léčby diabetu

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dieta	15	20
PAD	31	42
Inzulín	18	24
PAD + Inzulín	10	14
Celkem	74	100



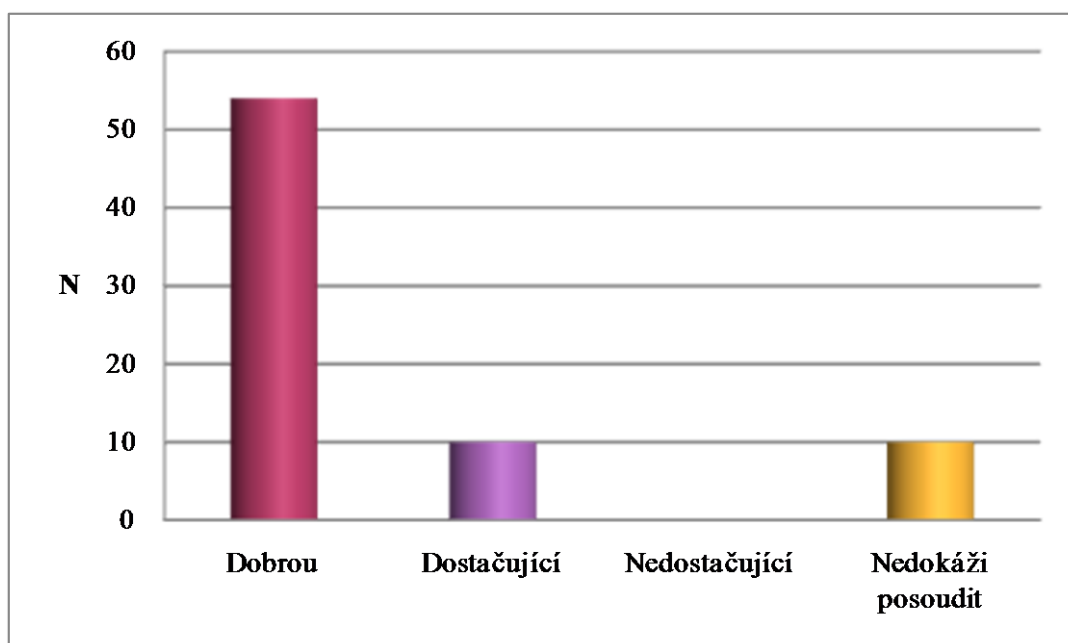
Graf 4. Způsob léčby diabetu

Položka 5: Vnímáte kvalitu péče o Vás jako pacienta s cukrovkou jako:

Téměř dvě třetiny respondentů 54 (73 %) je s kvalitou péče spokojených, dostačující péči vnímá 10 respondentů (13,5 %) a 10 respondentů nedokáže situaci posoudit (13,5 %). Nikdo s respondentů nevnímá kvalitu péče jako nedostačující.

Tab. 5. Vnímání kvality péče

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dobrou	54	73,0
Dostačující	10	13,5
Nedostačující	0	0,0
Nedokáží posoudit	10	13,5
Celkem	74	100,0



Graf 5. Vnímání kvality péče

Položka 6: Máte nějaké komplikace související s Vaší cukrovkou?

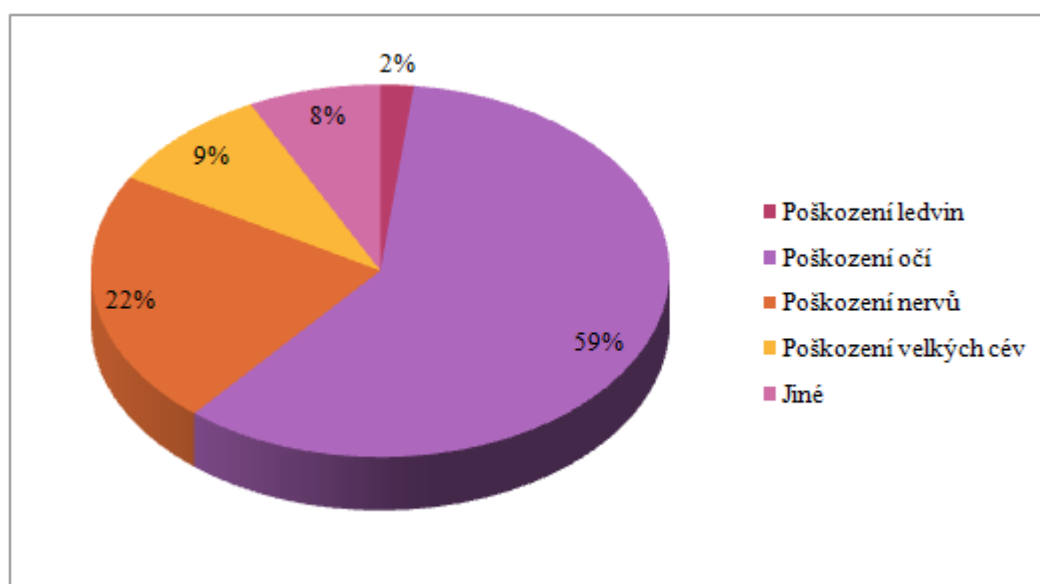
U této otázky měl respondent možnost označit více odpovědí. Nejčastější komplikace respondentů 32 (59 %) je poškození očí, druhá nejčastější komplikace je u 12 respondentů (22 %). Na třetím místě je poškození velkých cév u 5 respondentů (9 %). Nejméně časté je poškození ledvin, vyskytující se u 1 respondenta (2 %). Pod položkou jiné uvedli 4 respondenti (8 %) vysoký krevní tlak 2x, suchou kůži a plíseň na nehtech.

Tab. 6. Výskyt komplikací

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Komplikace	40	54
Bez komplikací	34	46
Celkem	74	100

Tab. 7. Typ komplikace u pacientů s diabetem

	počet odpovědí	Relativní četnost (%)
Poškození ledvin	1	2
Poškození očí	32	59
Poškození nervů	12	22
Poškození velkých cév	5	9
Jiné	4	8
Celkem	54	100



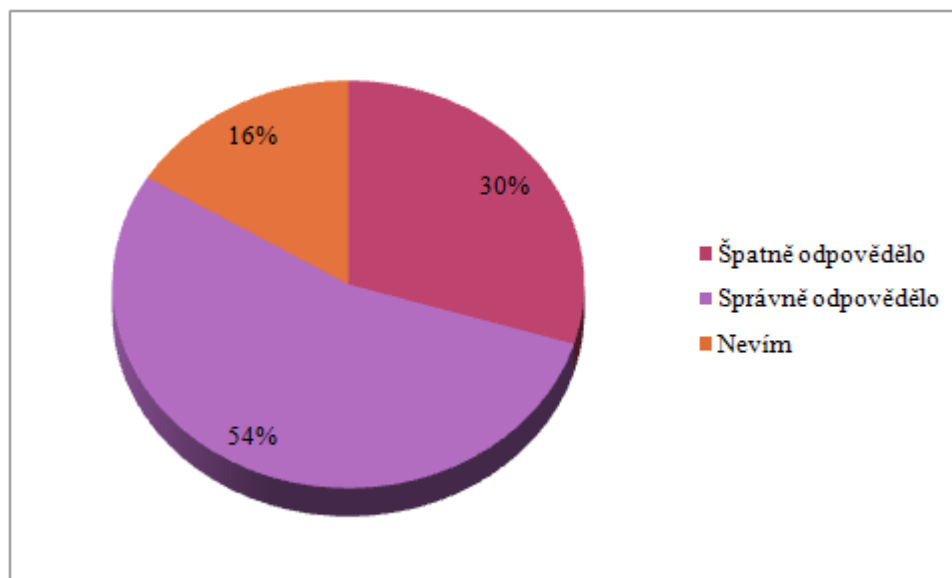
Graf 6. Typ komplikace u pacientů s diabetem

Položka 7: Znáte hodnoty své poslední glykémie po jídle?

Celkem 40 respondentů (54 %) má vyhovující hodnoty postprandiální glykémie (do 7 mmol/l). 22 respondentů (30 %) uvedlo vyšší hodnoty než je norma. 12 respondentů svoji glykémii neznalo.

Tab. 8. Znalost postprandiální glykémie

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Špatně odpovědělo	22	30
Správně odpovědělo	40	54
Nevím	12	16
Celkem	74	100



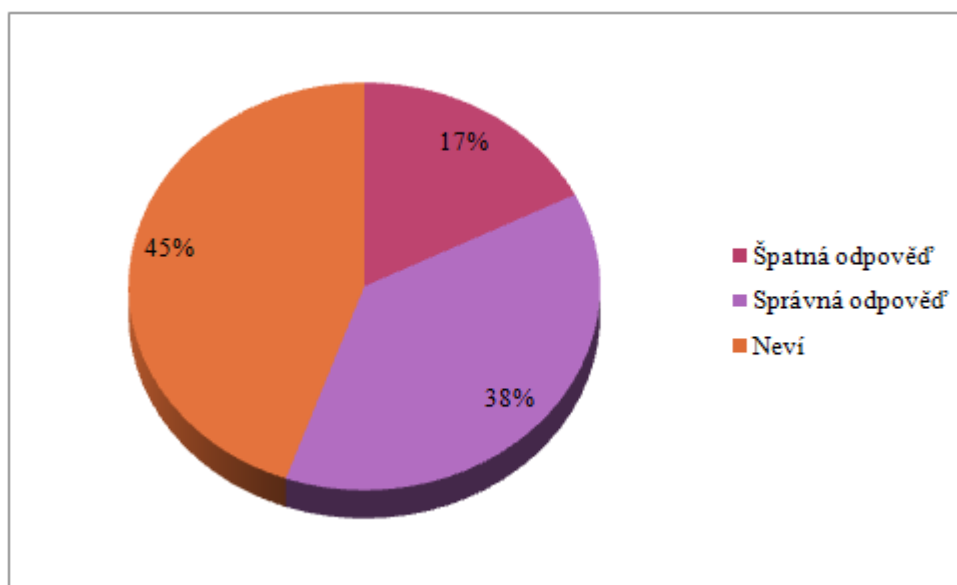
Graf 7. Znalost postprandiální glykémie

Položka 8: Znáte hodnoty glykemií, kterých byste měl/a dosáhnou při správné léčbě cukrovky?

Při dotazování 33 respondentů (45 %) nezná hodnoty, kterých by měli dosáhnout při správné kompenzaci nalačno. Správné hodnoty udalo 28 respondentů (38 %) a 13 respondentů odpovědělo špatně.

Tab. 9. Znalost glykemií nalačno

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Špatná odpověď	13	17
Správná odpověď	28	38
Neví	33	45
Celkem	74	100



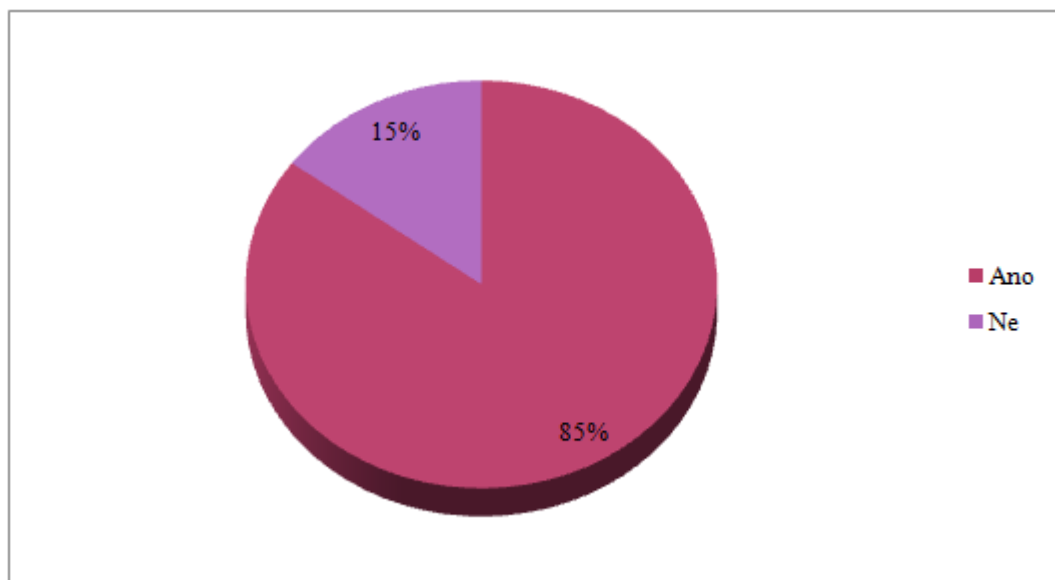
Graf 8. Znalost glykemií nalačno

Položka 9: Myslíte si, že máte dostatek informací o cukrovce a nových možnostech léčby?

Při dotazování 63 respondentů (85 %) si myslí, že má dostatek informací o svém onemocnění a 11 respondentů (15 %) by chtělo informace doplnit.

Tab. 10. Dostatečná informovanost pacientů

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	63	85
Ne	11	15
Celkem	74	100



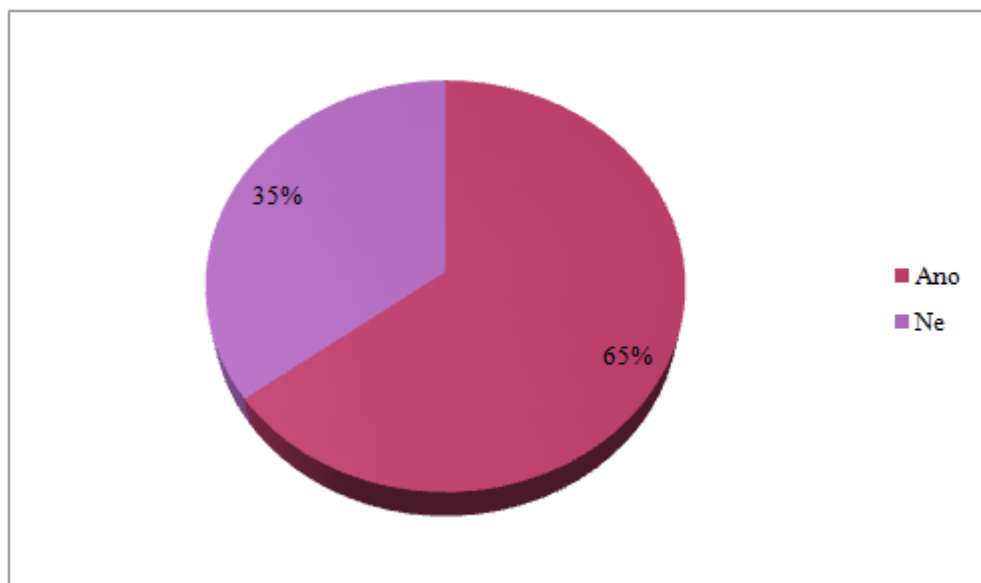
Graf 9. Dostatečná informovanost pacientů

Položka 10: Myslíte si, že dodržíte diabetickou dietu?

Diabetickou dietu údajně dodržuje 48 respondentů (65 %). 26 respondentů (35 %) diabetickou dietu nedodrží.

Tab. 11. Dodržování diabetické diety

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	48	65
Ne	26	35
Celkem	74	100



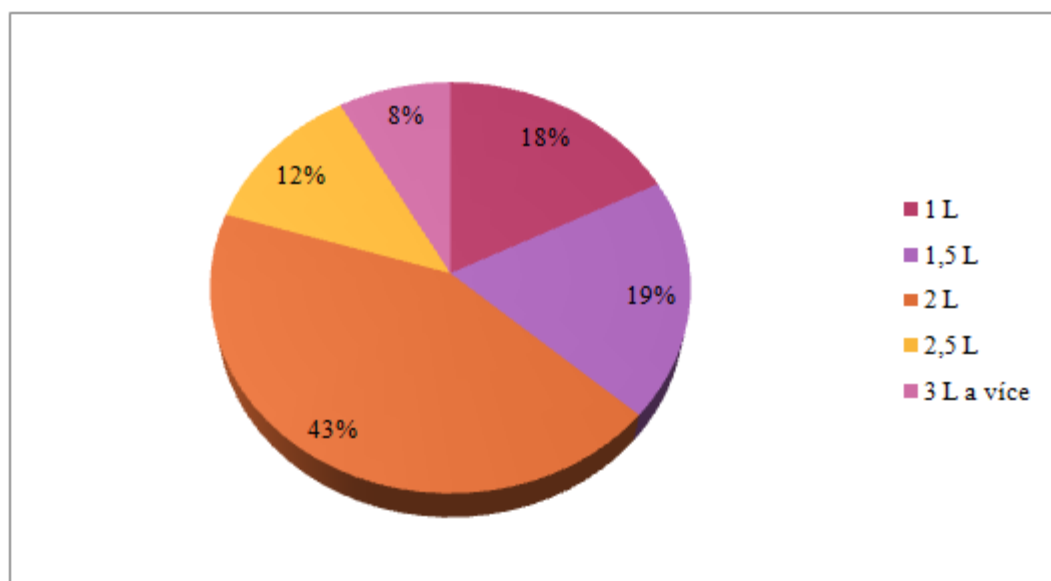
Graf 10. Dodržování diabetické diety

Položka 11: Kolik denně vypijete tekutin?

Dobrý pitný režim je u 47 respondentů (63 %), dostatečný příjem tekutin je u 14 respondentů (19 %) a nedostatečný pitný režim je u 13 respondentů (18 %).

Tab. 12. Množství denně vypitých tekutin u pacientů s diabetem

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 L	13	18
1,5 L	14	19
2 L	32	43
2,5 L	9	12
3 L a více	6	8
Celkem	74	100



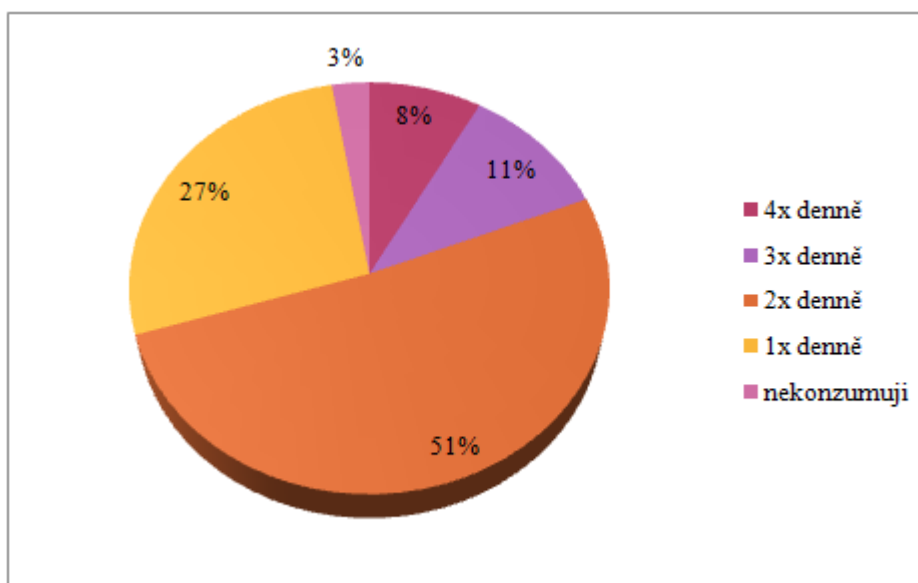
Graf 11. Množství denně vypitých tekutin u pacientů s diabetem

Položka 12: Kolikrát během dne zařazujete do jídelníčku zeleninu?

Polovina (51 %) respondentů 38 zeleninu konzumuje 2x denně. 20 respondentů (27 %) konzumuje zeleninu pouze 1x denně. 8 respondentů (11 %) konzumuje zeleninu 3x denně a 6 respondentů (8 %) konzumuje zeleninu 4x denně. 2 respondenti (3 %) nekonzumují zeleninu vůbec.

Tab. 13. Zařazení zeleniny do denního jídelníčku

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
4x denně	6	8
3x denně	8	11
2x denně	38	51
1x denně	20	27
ne Konzumují	2	3
Celkem	74	100



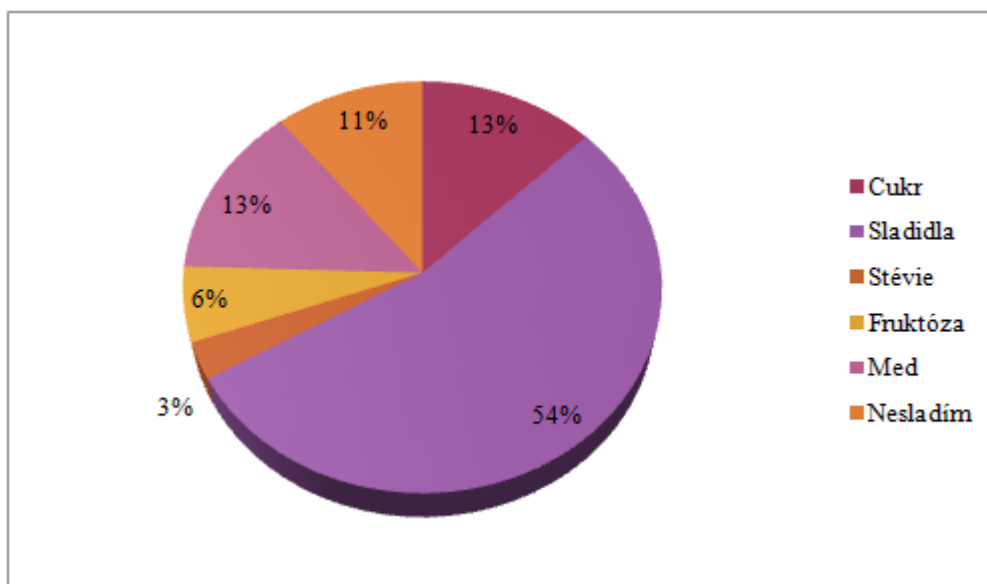
Graf 12. Zařazení zeleniny do denního jídelníčku

Položka 13: Čím sladíte?

U této otázky měl respondent možnost označit více odpovědí. Větší polovina 55 respondentů (54 %) uvedla, že sladí umělými sladidly. Pacienti v meších mírách používají ke slazení cukr, med, fruktózu a Stévie. 11 respondentů (11 %) přestalo sladit.

Tab. 14. Druhy používaných sladidel

	Počet odpovědí	Relativní četnost (%)
Cukr	13	13
Sladidla	55	54
Stévie	3	3
Fruktóza	6	6
Med	14	13
Nesladím	11	11
Celkem	102	100



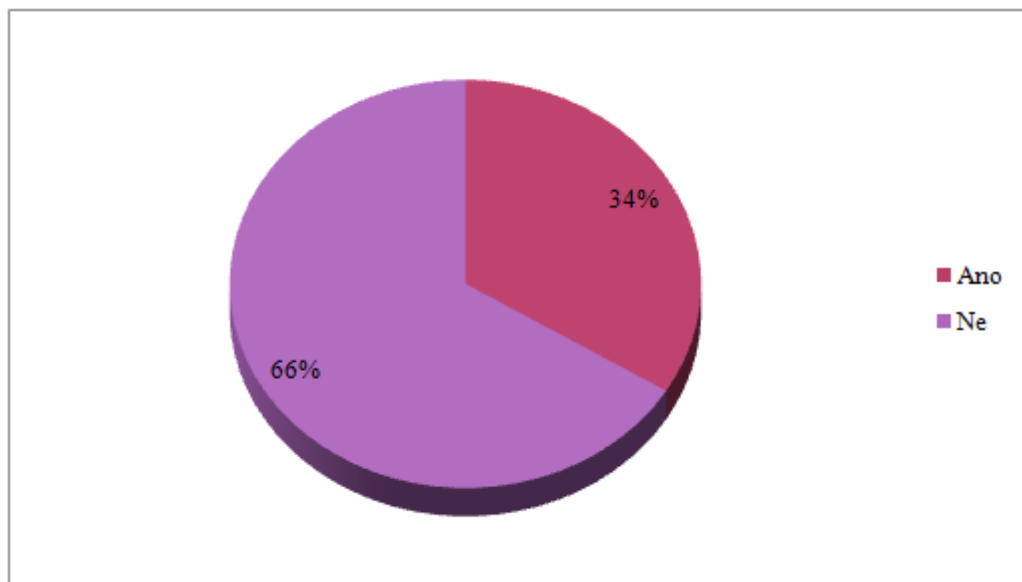
Graf 13. Druhy používaných sladidel

Položka 14: Víte, k čemu slouží rostlina Stévie a jaké má výhody?

Při dotazování 25 respondentů (34 %), zná rostlinu Stévie a ví, k čemu se používá. Zbýlých 49 respondentů (66 %) rostlinu nezná, nebo si tuto informaci nepamatuje.

Tab. 15. Znalost pacientů o rostlině stévie

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	25	34
Ne	49	66
Celkem	74	100



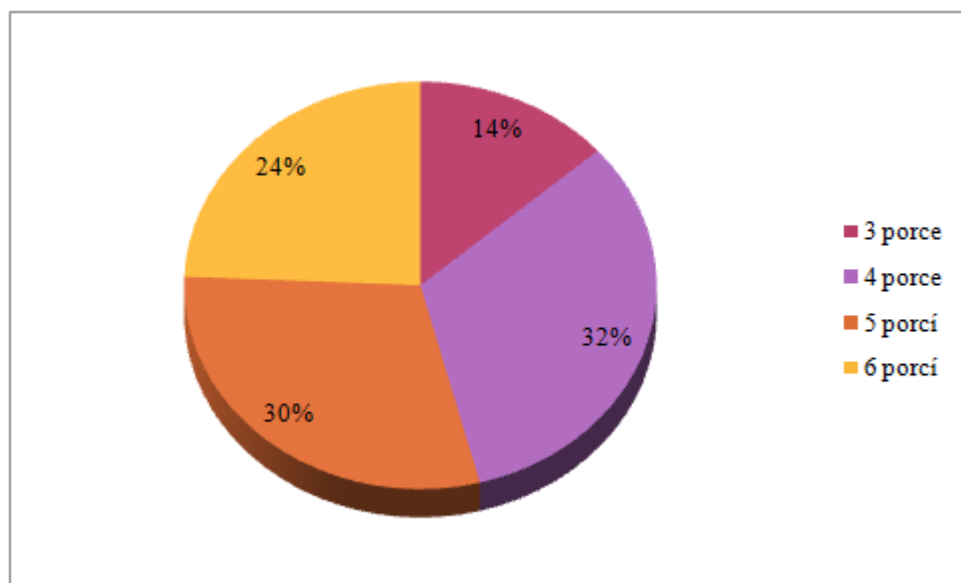
Graf 14. Znalost pacientů o rostlině stévie

Položka 15: Kolik porcí jídla denně sníte?

Největší počet respondentů 24 (32 %) se stravuje čtyřikrát denně, 22 respondentů (30 %) se stravuje pětkrát denně, 18 respondentů (24 %) se stravuje šestkrát denně a 10 respondentů (14 %) se stravuje jen třikrát denně.

Tab. 16. Počet porcí jídla denně zkonsumovaných

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
3 porce	10	14
4 porce	24	32
5 porcí	22	30
6 porcí	18	24
Celkem	74	100



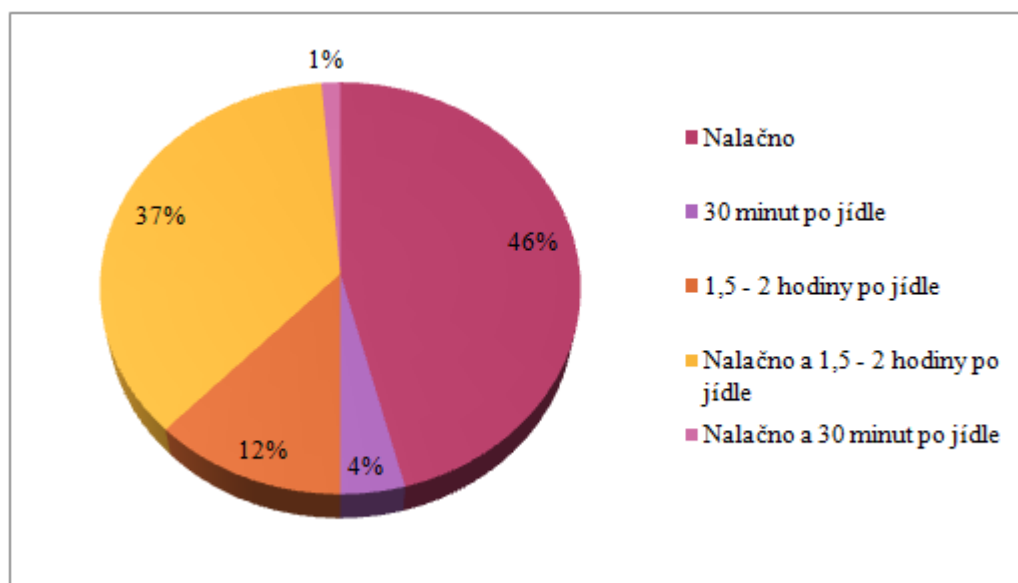
Graf 15. Počet porcí jídla denně zkonsumovaných

Položka 16: Kdy si máte měřit hladinu cukru v krvi?

Správnou odpověď, že je důležité měřit glykémii nalačno a 2 hodiny po jídle označilo 27 respondentů (37 %). Skoro polovina 34 respondentů (46 %) si myslí, že je správné měřit glykémii jen nalačno. 4 respondenti (5 %) se mylně domnívají, že je správné měřit glykémii 30 minut po jídle nebo před ním.

Tab. 17. Kdy je důležité měřit si glykémii

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nalačno	34	46
30 minut po jídle	3	4
1,5 – 2 hodiny po jídle	9	12
Nalačno a 1,5 – 2 hodiny po jídle	27	37
Nalačno a 30 minut po jídle	1	1
Celkem	74	100



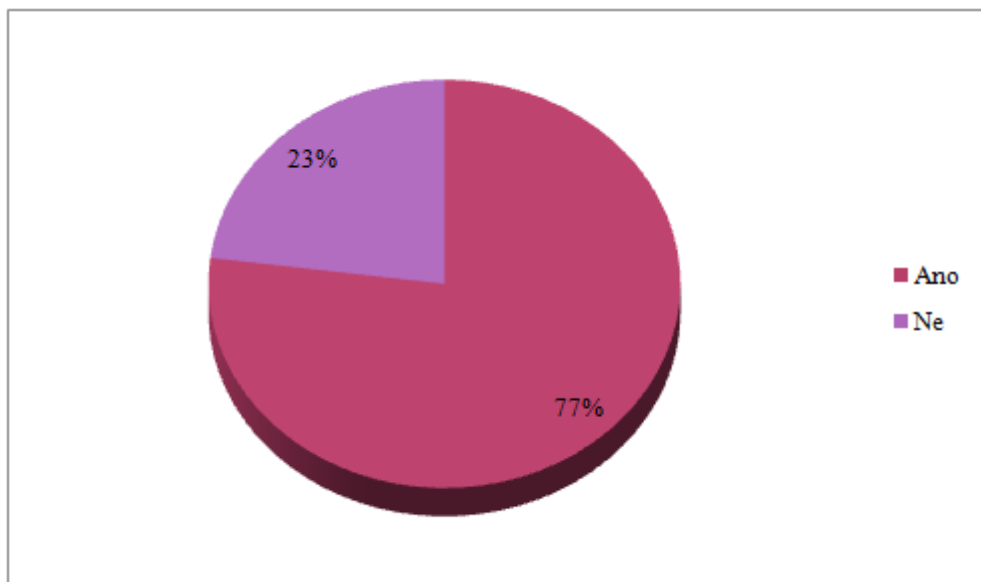
Graf 16. Kdy je důležité měřit si glykémii

Položka 17: Umíte pracovat s glukometrem?

Dvě třetiny respondentů 57 (77 %) umí pracovat s glukometrem. 17 respondentů s glukometrem pracovat neumí.

Tab. 18. Znalost práce s glukometrem

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	57	77
Ne	17	23
Celkem	74	100



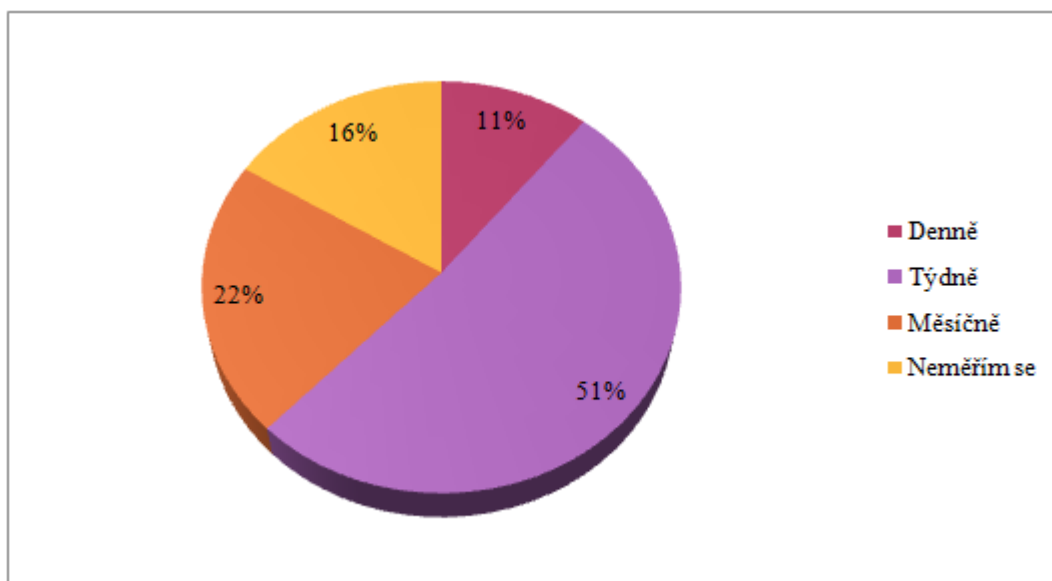
Graf 17. Znalost práce s glukometrem

Položka 18: Jak často si měříte glykémii?

Polovina respondentů 38 (51 %) si kontroluje glykémii několikrát týdně, 16 respondentů (22 %) si měří glykémii několikrát do měsíce. Jen 8 respondentů (11 %) si kontroluje glykémii denně a 12 respondentů se neměří vůbec.

Tab. 19. Jak často si měříte glykémii

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Denně	8	11
Týdně	38	51
Měsíčně	16	22
Neměřím se	12	16
Celkem	74	100



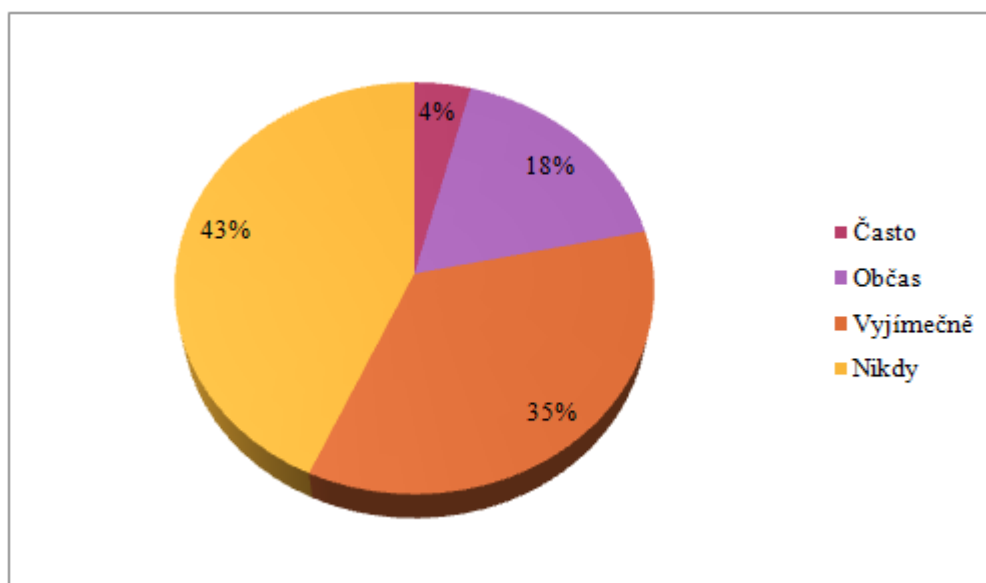
Graf 18. Jak často si měříte glykémii

Položka 19: Jak často zažíváte hypoglykémie?

Téměř polovina respondentů 32 (43 %) hypoglykémie nezažívá a 26 respondentů (35 %) hypoglykémii zažije jen výjimečně. 13 respondentů (18 %) zažívá hypoglykémie občas a 3 respondenti (4 %) zažívají hypoglykémie často.

Tab. 20. Jak často máte hypoglykémii

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Často	3	4
Občas	13	18
Výjimečně	26	35
Nikdy	32	43
Celkem	74	100



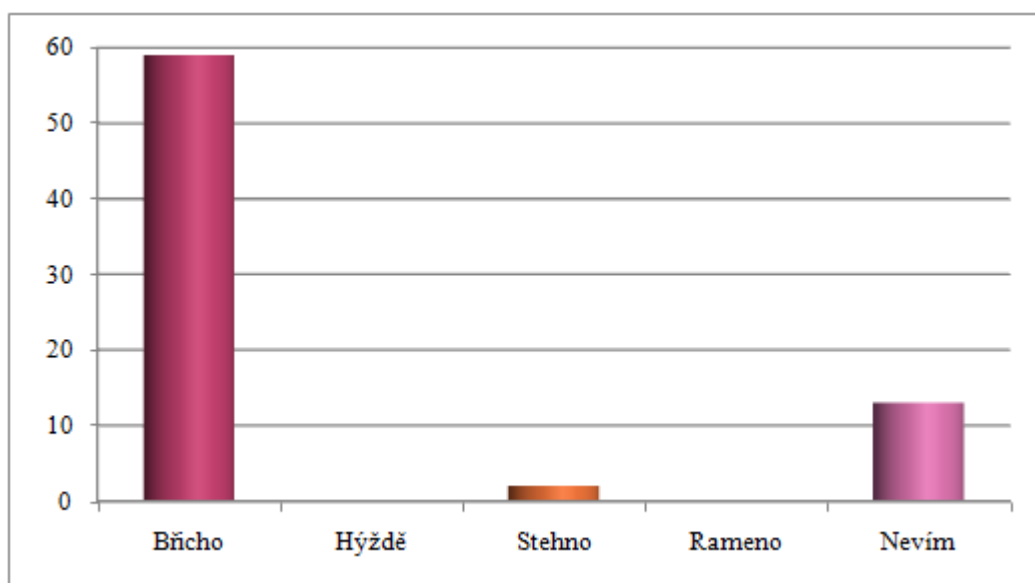
Graf 19. Jak často máte hypoglykémii

Položka 20: Vyberte místo, kde se nejrychleji vstřebává inzulín po aplikaci:

Přes dvě třetiny respondentů 59 (80 %) ví, kde se nejrychleji vstřebává inzulín. 2 respondenti (3 %) si mylně mysleli, že ve stehně a 13 respondentů (17 %) nevědělo, kde se nejrychleji inzulín vstřebává.

Tab. 21. Kde se nejrychleji vstřebává inzulín

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Břicho	59	80
Hýždě	0	0
Stehno	2	3
Rameno	0	0
Nevím	13	17
Celkem	74	100



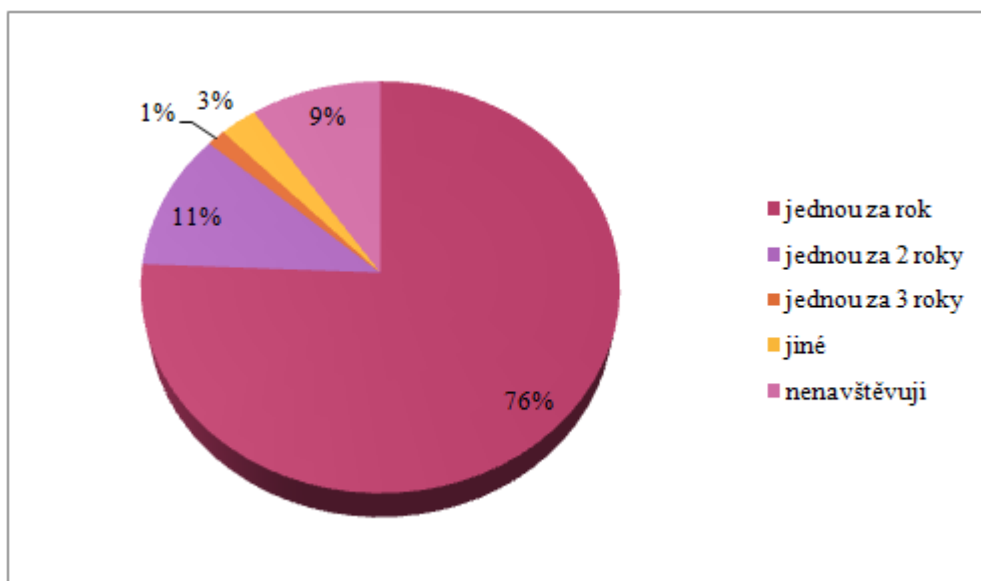
Graf 20. Kde se nejrychleji vstřebává inzulín

Položka 21: Jak často preventivně navštěvujete očního lékaře?

Dvě třetiny respondentů 56 (76 %), chodí na kontrolu k očnímu lékaři 1x do roka. 8 respondentů (11 %) navštěvuje očního lékaře 1x za 2 roky. Jeden respondent navštěvuje očního lékaře 1x za 3 roky. 7 respondentů nenavštěvuje očního lékaře vůbec.

Tab. 22. Četnost návštěv pacientů u očního lékaře

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
jednou za rok	56	76
jednou za 2 roky	8	11
jednou za 3 roky	1	1
jiné	2	3
nenavštěvuji	7	9
Celkem	74	100



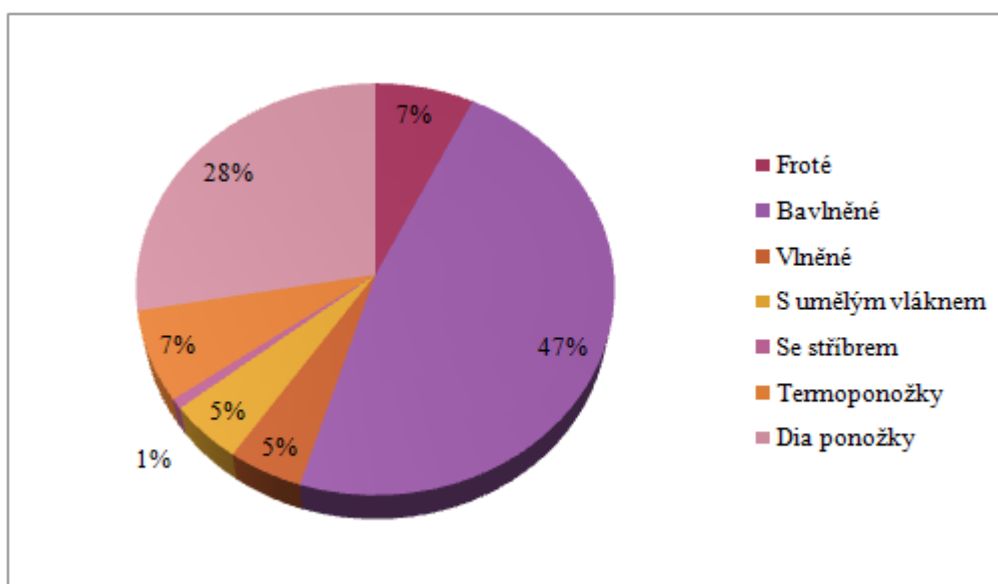
Graf 21. Četnost návštěv pacientů u očního lékaře

Položka 22: Jaké používáte nejčastěji ponožky?

U této otázky měl respondent možnost označit více odpovědí. 60 respondentů (47 %) mi sdělilo, že preferuje bavlněné ponožky a 35 respondentů (28 %) používá opravdu správné ponožky (). 8 respondentů (7 %) nosí froté a termoponožky, 6 respondentů (5 %) preferuje vlněné ponožky a ponožky s umělým vláknem. Pouze 1 respondent nosí ponožky s příměsí stříbra.

Tab. 23. Četnost materiálů při volbě ponožek

	Počet odpovědí	Relativní četnost (%)
Froté	9	7
Bavlněné	60	47
Vlněné	6	5
S umělým vláknem	6	5
Se stříbrem	1	1
Termoponožky	9	7
Dia ponožky	35	28
Celkem	126	100



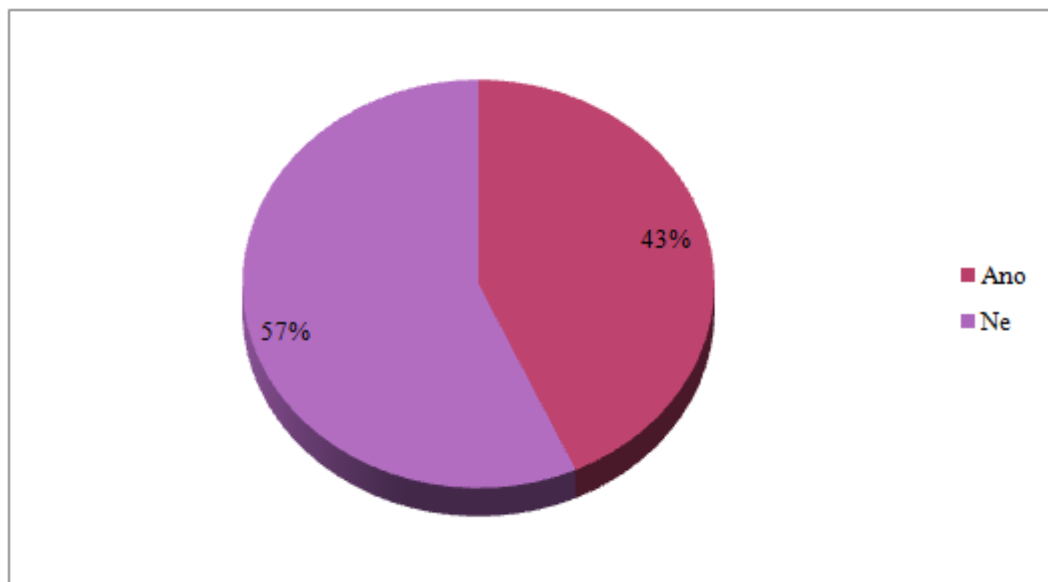
Graf 22. Četnost materiálů při volbě ponožek

Položka 23: Nabídl Vám někdo diabetickou obuv nebo jste o ní slyšely?

Víc jak polovině respondentů 42 (57 %) nikdo diabetickou obuv nenabídl a jen 32 respondentům (43 %) byla diabetická obuv nabídnuta.

Tab. 24. Počet nabídek diabetické obuvi

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	32	43
Ne	42	57
Celkem	74	100



Graf 23. Počet nabídek diabetické obuvi

Položka 24: Nosíte diabetickou obuv?

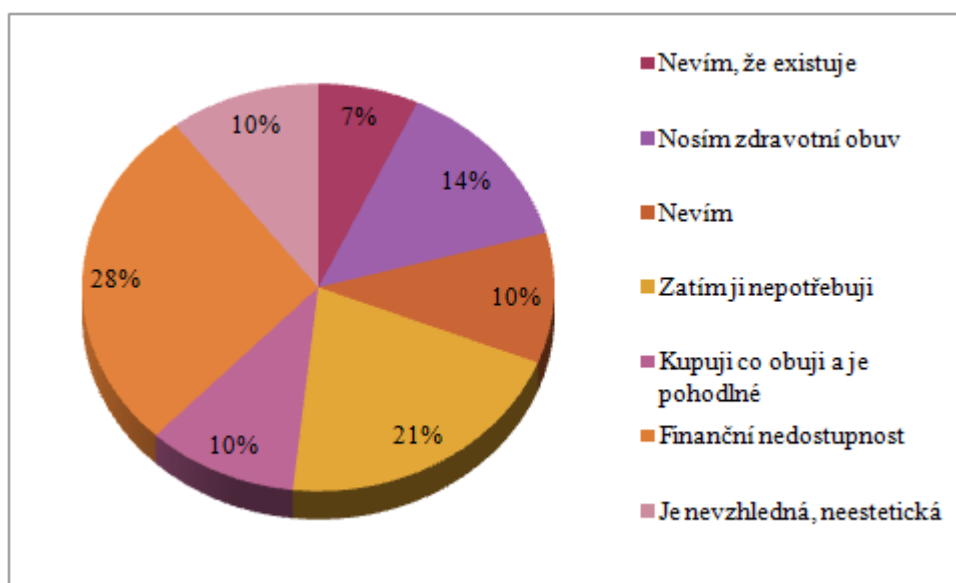
Jen 6 respondentů (8 %) nosí diabetickou obuv a 68 respondentů (92 %) diabetickou obuv nenosí. V tabulce 22 jsou uvedeny důvody respondentů, proč nenosí diabetickou obuv.

Tab. 25. Četnost nošení diabetické obuvi

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	6	8
Ne	68	92
Celkem	74	100

Tab. 26. Důvody respondentů pro nenošení diabetické obuvi

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nevím, že existuje	2	7
Nosím zdravotní obuv	4	14
Nevím	3	10
Zatím ji nepotřebuji	6	21
Kupuji, co obuji a je pohodlné	3	10
Finanční nedostupnost	8	28
Je nevhledná, neestetická	3	10
Celkem	29	100



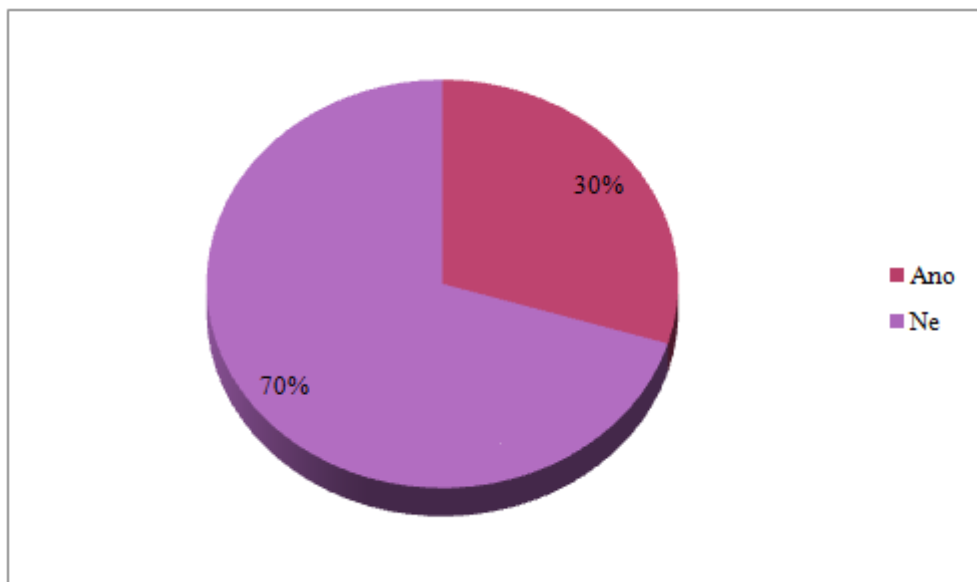
Graf 24. Důvody respondentů pro nenošení diabetické obuvi

Položka 25: Věděl/a jste, že Vám na diabetickou obuv přispívá pojišťovna?

Přes dvě třetiny respondentů 52 (70 %) neví o příspěvku pojišťovny na diabetickou obuv. 22 respondentů (30 %) o tomto příspěvku ví.

Tab. 27. Znalost pacientů o příspěvku na diabetickou obuv

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	22	30
Ne	52	70
Celkem	74	100



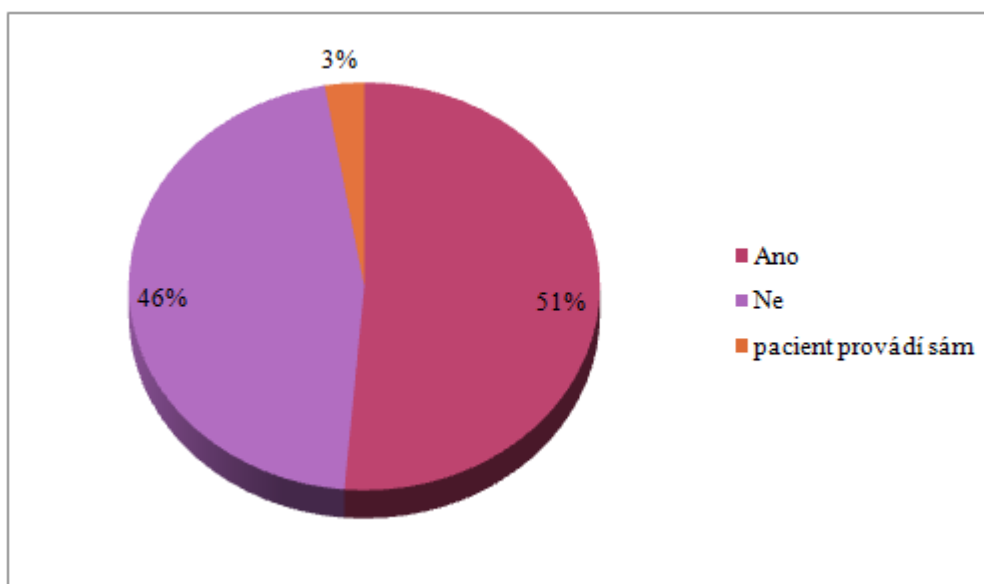
Graf 25. Znalost pacientů o příspěvku na diabetickou obuv

Položka 26: Navštěvujete pedikérku?

Celkem 38 respondentů (51 %) navštěvuje pedikérku, 2 respondenti (3 %) uvedli, že si provádějí pedikúru sami doma a 34 respondentů (46 %) služeb pedikérky vůbec nevyužívá.

Tab. 28. Návštěvnost pedikérky

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	38	51
Ne	34	46
Pacient provádí sám	2	3
Celkem	74	100



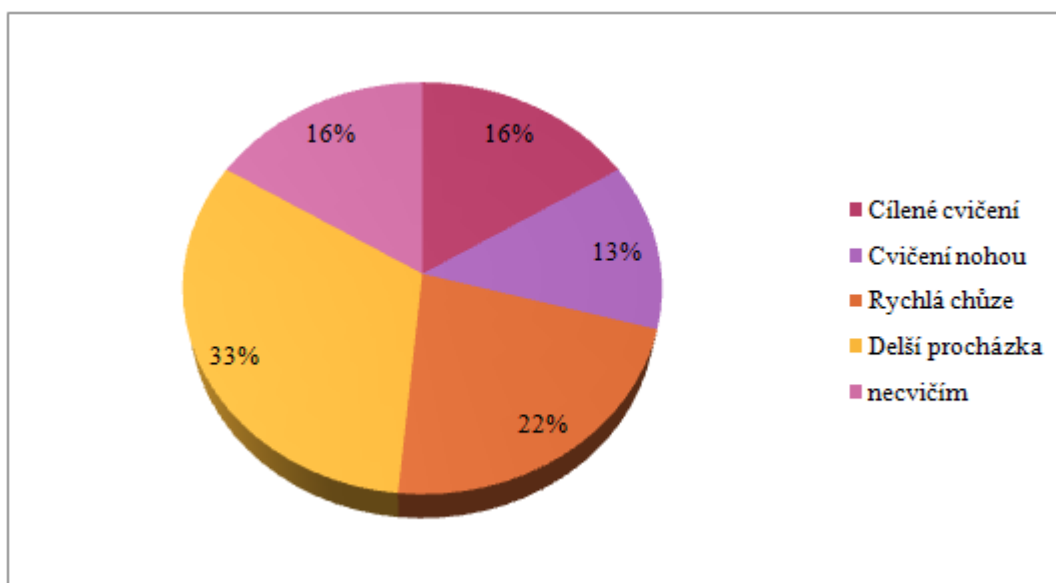
Graf 26. Návštěvnost pedikérky

Položka 27: Jaký typ pohybové aktivity nejraději realizujete?

U této otázky měl respondent možnost označit více možností. Nejvíce respondentů 32 (33 %) preferuje delší procházky (více než 4 km), 22 respondentů (22 %) upřednostňuje jen rychlou chůzi. 13 respondentů doma provádí cvičení nohou na prokrvení dolních končetin a 16 respondentů (16 %) navštěvuje cvičení s lektorem. 16 respondentů (16 %) se pohybovým aktivitám nevěnuje vůbec.

Tab. 29. Způsob pohybu pacientů s diabetem

	Počet odpovědí	Relativní četnost (%)
Cvičení s lektorem	16	16
Cvičení nohou	13	13
Rychlá chůze	22	22
Delší procházka (4 km)	33	33
Necvičím	16	16
Celkem	100	100



Graf 27. Způsob pohybu pacientů s diabetem

Položka 28: Co byste chtěli na Vašich edukacích změnit a jaká témata Vás zajímají?

Na tuto otázku mi odpovědělo 26 respondentů (35 %). Nikdo z respondentů nenapsal negativní komentář k edukacím, které probíhají každý měsíc. Respondenti jsou s edukacemi velmi spokojeni a chválí i zdravotní sestru. Témata, která respondenty zajímají je vliv psychiky na cukrovku, nové možnosti léčby cukrovky a nové poznatky z diety diabetu. 48 respondentů (65 %) odpověď nevedlo. Přesné znění všech odpovědí jsem uvedla v tabulce v příloze PII.

6 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Uvědomuji si rozsáhlost mého výběru tématu a také to, že jsem nemohla pojmout všechny aspekty, proto jsem se zaměřila konkrétněji na metodiku práce a edukace u pacientů s onemocněním Diabetes mellitus.

Mohu konstatovat, že pro mě tato bakalářská práce byla velkým přínosem.

Při vybírání dotazníků mě zklamala jejich návratnost, protože byla jen 41 %, přitom respondenti byli ochotní se průzkumu účastnit. S odmítnutím vyplnění dotazníků jsem se setkala jen s muži, ženy byly vždy ochotné spolupracovat. Pro to, aby měl můj průzkum větší výpovědní hodnotu, muselo by se zapojit mnohem více pacientů. Návratnost jsem z 200 dotazníků čekala mnohem větší a také proto jsem se tuto nízkou návratnost snažila kompenzovat délkou mého průzkumu od listopadu 2010 do března 2011. Bohužel 5 měsíců nestačilo k rozsáhlejšímu vzorku.

Materiálů pro moji bakalářskou práci jsem měla dostatek díky paní MUDr. Veronice Pozděnové, což je lékařka diabetologické ambulance, kde jsem průzkum prováděla. Literatura byla z letošního a loňského roku vydání a to mi zaručilo nejnovější informace.

Velmi mi pomohla i publikace od profesora Rybky Diabetologie pro sestry, která je sice z roku 2006, ale jsou v ní obsáhnuté veškeré informace, týkající se ošetřování pacienta diabetika sestrou.

Pro studium druhé části teorie jsem nejvíce čerpala z knih Didaktika ošetrovatel'stva a Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, kde pro mě byla spousta nových informací, které jsem ve své bakalářské práci použila.

V teoretické části jsem si stanovila za cíl vymezit pojem Diabetes mellitus, jeho klasifikaci, selfmonitoring pacienta a komplikace a v druhé části teorie jsem vyhledala obecné definice edukace a zásady edukačních programů a pokračovala jsem metodikou edukace v ošetrovatelském procesu u diabetika v konkrétní diabetologické ambulanci.

Cíl 4: Zjistit u vybrané skupiny diabetiků informovanost o selfmonitoringu a informovanost o předcházení komplikací Diabetu mellitu

K zjišťování informovanosti o selfmonitoringu u vybraných respondentů bylo vytvořeno 7 položek (č. 7, 8, 9, 16, 17, 18, 19).

K zjišťování informovanosti o předcházení dlouhodobým komplikacím Diabetu mellitu jsem vytvořila 15 položek (č. 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27).

Položky 5 a 28 nás informují o kvalitě péče z pohledu respondentů.

Položky 2, 3, 4 nás informují o způsobu léčby respondentů. Položka 1 jsou identifikační údaje.

S péčí a edukacemi jsou respondenti velmi spokojeni. 73 % respondentů je s péčí spokojeno a nikdo nepovažuje péči o své zdraví jako nedostačující. Celkem 85 % respondentů si myslí, že má dostatek informací o svém onemocnění.

Celkem 40 respondentů (54 %) má komplikace zapříčiněné Diabetem. Nejčastější komplikace respondentů (59 %) je poškození očí, druhá nejčastější komplikace je u 22 % respondentů. Na třetím místě je poškození velkých cév u 9 % respondentů. Nejméně časté je poškození ledvin, vyskytující se u 1 respondenta. Pod položkou jiné uvedli 4 respondenti vysoký krevní tlak (2 x), suchou kůži a plíseň na nehtech.

Správnou odpověď, že je důležité měřit glykémii nalačno a 2 hodiny po jídle označilo 37 % respondentů. Skoro polovina 46 % respondentů si myslí, že je správné měřit glykémii jen nalačno a 5 % respondentů se mylně domnívají, že je správné měřit glykémii 30 minut po jídle nebo před jídlem.

Dvě třetiny respondentů (77 %) umí pracovat s glukometrem. Polovina respondentů 51 % si kontroluje glykémii několikrát týdně, 22 % respondentů si měří glykémii několikrát do měsíce. Jen 11 % respondentů si kontroluje glykémii denně a 16 % respondentů se neměří vůbec.

Kompenzace diabetu, co se týká hypoglykemií je dobrá, 78 % respondentů uvedlo, že hypoglykémie nezažívá vůbec nebo jen velmi výjimečně.

Při dotazování celkem 54 % respondentů uvedlo, že má komplikace způsobené cukrovkou a nejčastěji se jednalo o postižení očí, při tom 76 % respondentů preventivně jednou ročně navštěvuje očního lékaře.

Co se týká pohybové aktivity nejvíce respondentů (33 %) preferuje delší procházky (více než 4 km), 22 % respondentů upřednostňuje jen rychlou chůzi. 13 % respondentů doma provádí cvičení nohou na prokrvení dolních končetin a 16 % respondentů navštěvuje cvičení s lektorem. 16 % respondentů se pohybovým aktivitám nevěnuje vůbec, což by nemělo být.

Cíl 5: Zjistit deficity v edukaci diabetiků v konkrétní diabetologické ambulanci.

Jako největší deficity mi z mého průzkumu se objevovaly nedostatky v oblasti péče o dolní končetiny a tzv. prevence diabetické nohy, životosprávy. Dále jsou nedostatky ve znalostech hodnot glykemií, kterých by pacienti měli dosahovat při kompenzaci onemocnění.

O oblasti životosprávy nás informovali položky (10, 11, 12, 13, 14 a 15).

Celkem 65 % respondentů údajně dodržuje diabetickou dietu o čemž nás informují položky 11 (kdy 63 % respondentů má dostatečný příjem tekutin), 12 (70 % respondentů uvedlo, že konzumuje zeleninu 2x a vícekrát denně), 13 (55 % respondentů používá umělá sladidla, ale 33 % respondentů sladí medem, fruktózou a cukrem), 14 (66 % respondentů tuto rostlinu nezná, přesto že se o ní opakovaně na edukacích mluvilo) 15 (kdy jen 24 % respondentů zkonsumuje denně 6 porcí jídla).

Položky 7 a 8 nás informovali o znalosti hodnot glykemií mých respondentů. 46 % respondentů neví a nebo uvedlo milné hodnoty postprandiální glykémie a 62 % respondentů nezná hodnoty glykémie, které by měli dosáhnout při správné kompenzaci svého onemocnění, což je základ léčby Diabetu mellitu.

U respondentů je nízká informovanost o komplikaci diabetická noha, při tom ji jako komplikaci uvedlo 22 % respondentů. Na tuto oblast se v dotazníku zaměřili položky 22, 23, 24, 25 a 26. Jen 43 % respondentů uvedlo, že byli informováni o diabetické obuvi a 8 % respondentů diabetickou obuv nosí. Důvody proč tuto obuv nenosí, uvedli respondenti hlavně finanční nedostupnost a nevzhlednost. 21 % respondentů uvedlo, že ji nepotřebuje a 14 % respondentů uvedlo, že nosí obuv zakoupenou ve zdravotních potřebách. Jen 30 % respondentů ví, že jim na diabetickou obuv přispívá pojišťovna. V oblasti péče o nohy navštěvuje pedikérku 51 % respondentů.

Celkem 47 % respondentů mi sdělilo, že preferuje bavlněné ponožky a 28 % respondentů používá opravdu správné ponožky (Diakomfort – Řetízkovaná špice, vaflový lem, antibakteriální úprava, speciální složení). 7 % respondentů nosí froté a termoponožky, 5 % respondentů preferuje vlněné ponožky a ponožky s umělým vláknem. Jeden respondent nosí ponožky s příměsí stříbra.

Cíl 6: Vytvoření informační databáze pro diabetiky obsahující informace o selfmonitoringu

Jako výstup z bakalářské práce jsem vytvořila webovou prezentaci (<http://www.diatisnov.cz>), kde pacienti najdou základní informace o Diabetu, vzorové jídelníčky a další informace. Jsou zde umístěná instruktážní videa, která jsem natočila o měření glykémie glukometry.

6.1 Doporučení pro praxi

Z výsledků mého průzkumu bych pro praxi doporučila:

- Informovat pacienty o kvalitních internetových databázích, kde mohou hledat informace o svém onemocnění
- Absolvovat akreditovaný certifikovaný kurz MZ ČR v Olomouci
- Zaměřit se na problematiku psychiky seniora ve smyslu snížení kognitivních funkcí při plánování a metodice edukace
- Vytvořit další kreditovaný certifikovaný kurz MZ ČR nebo připojit k předešlému kurzu další modul a to práci se seniory a jejich edukace
- Oslovit pojišťovny o problematice diabetické nohy a alarmujících výsledků z kvalitního výzkumu, kdy největší problémem je cena obuvi
- Napsat projekt, který by řešil problematiku diabetické nohy
- Oslovit firmy vyrábějící diabetickou obuv a doporučit jim větší propagace nejen v diabetických ordinacích ale i u obvodních lékařů
- Doporučit firmám vyrábějící diabetickou obuv propagaci na dnech zdraví a dnu diabetiků, kdy by si pacienti mohli obuv vyzkoušet a pořádně prohlédnout

7 ZÁVĚR

Tématem mé bakalářské práce je Metodika práce s pacienty v diabetologické ambulanci. Zajímalo mě, jaká je informovanost pacientů o jejich onemocnění a léčebném režimu, který by měli dodržovat po zbytek života, aby si ho co nejvíce zkvalitnili.

Velmi mě potěšilo, že s péčí v ordinaci a edukacemi jsou respondenti velmi spokojeni. 73 % respondentů je s péčí spokojeno a nikdo nepovažuje péči o své zdraví jako nedostačující. Celkem 85 % respondentů si myslí, že má dostatek informací o svém onemocnění.

Naopak závažnější pro mne byly tři oblasti.

Největší deficity z mého průzkumu vyvstaly v oblasti péče o dolní končetiny a prevence diabetické nohy a životosprávy. Dále jsou výrazné nedostatky ve znalostech hodnot glykemií, kterých by pacienti měli dosahovat při kompenzaci onemocnění.

Všechny deficity si zdůvodňuji věkem respondentů, kdy nejstarší z respondentů má 85 let. Největší počet respondentů se objevuje ve věku 61-70 (55 %), druhá největší skupina jsou pacienti ve věku 71-80 (22 %), následně skupina 51-60 let (11 %), věk méně než 50 let (8 %) a nejméně respondentů se objevilo ve věku 80 a více, byly jen 4 %. Proto si myslím, že by se péče měla zaměřit na základní nezbytné informace, protože pacienti v tomto věku mají kognitivní funkce standardně snížené což je adekvátní k vývojové křivce. V tomto případě lze konstatovat, že mnohdy méně je u seniora i více. Co tedy konstatovat na závěr? Méně obecných informací. Spíše se při metodice edukace zaměřit opravdu na bazální základy zvláště týkající se edukací u seniorů.

Závěrem chci říci jediné. Pokud si pacient nebude chtít udržet své zdraví co nejdéle sám, tak ani nejlepší přístup sester, lékařů či rodiny mu v tom nepomůže. Na druhém místě je pochopitelně dostatek kvalitních informací z edukací a následně správné dovednosti, které pacientovi pomohou vést kvalitní a dlouhý život. Proto nikdy nesmíme zapomenout, že každý člověk je svébytné individuum a my zdravotníci musíme ke každému jedinci přistupovat s touto premisí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŠ, Vladimír; PELIKÁNOVÁ, Terezie. *Praktická diabetologie*. 3. rozšířené vyd. Praha: MAXDORF, 2003. 479 s. ISBN 80-85912-69-4.
2. HALUZÍK, Martin, et al. *Praktická léčba diabetu*. Praha: Mladá fronta, 2009. 381 s. ISBN 978-80-204-2071-8.
3. HALUZÍK, Martin; SVAČINA, Štěpán. *Inkretinovaná léčba diabetu*. Praha: Mladá fronta, 2010. 135 s. ISBN 978-80-204-2247-7.
4. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan., et al. *Velký lékařský slovník*. Vyd. 5. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.
5. JIRKOVSKÁ, Alexandra, et al. *Jak (si) léčit a kontrolovat diabetes*. Praha: Svaz diabetiků ČR, c2003. 242 s.
6. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
7. KLUGEROVÁ, Jarmila; PRÁZOVÁ, Irena; VACÍNOVÁ, Tereza. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. Vyd. 2. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2009. 51 s. ISBN 978-80-86723-72-3.
8. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatel'stva*. Rožomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Rožomberku, 2008. 194 s. ISBN 978-80-8084-386-1.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
10. KVÍDEROVÁ, Zdeňka. *Metabolický syndrom inzulinové rezistence*. *Sestra v diabetologii*. 2005, 2, s. 22-23. ISSN 1801-2809.
11. LIŠKA, Václav. *Zpracování a obhajoba bakalářské a diplomové práce*. Vyd. 1. Praha: Professional publishing, 2008. 93 s. ISBN 978-80-86946-64-1.
12. PELIKÁNOVÁ, Terezie; BARTOŠ, Vladimír. *Praktická diabetologie*. 4. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2010. 743 s. ISBN 978-80-7345-216-2.
13. PERUŠIČOVÁ, Jindřiška, et al. *Diabetes mellitus 2. typu : Léčba perorálními anti-diabetiky, inkretiny, inzulíny, hypolipidemiky a antihypertenzivy*. Vyd. 1. Semily: GEUM, 2011. 543 s. ISBN 978-80-86256-78-8.

14. PERUŠIČOVÁ, Jindra, et al. *Diabetes mellitus 2. typu: Praktická rukověť*. Praha: Galén, 1996. 127 s. ISBN 80-85824-33-7.
15. ROKYTA, Richard, et al. *Fyziologie*. Vyd. 2. Praha: ISV, 2008. 426 s. ISBN 80-86642-47-X.
16. ROSOLOVÁ, Hana. *Sympatický nervový systém: a kardiiovaskulární riziko*. Praha: Maxdorf, 2000. 107 s. ISBN 80-85912-41-4.
17. RYBKA, Jaroslav, et al. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 283 s. ISBN 80-247-1612-7.
18. SCHAFER, Steven M. *HTML, XHTML a CSS : bible*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 647 s. ISBN 978-80-247-2850-6.
19. SVAČINA, Štěpán, et al. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
20. SVAČINA, Štěpán. Základní principy edukace diabetiků. *Practicus: odborný časopis SVL ČLS JEP*. 27. 8. 2009, roč. 8, č. 7, s. 30-32. ISSN 1213-8711.
21. ŠKRHA, Jan, et al. *Diabetologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 417 s. ISBN 978-80-7262-607-6.
22. *Česká diabetologická společnost* [online]. Výbor České diabetologické společnosti, 30.11.2010 [cit. 2011-05-16]. Národní diabetologický program. Dostupné z WWW: <<http://www.diab.cz/narodni-diabetologicky-program>>.
23. *ABZ : slovník cizích slov* [online]. c 2006 [cit. 2011-05-22]. Self monitoring. Dostupné z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/self-monitoring>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ATB	Antibiotika
DM	Diabetes mellitus
PAD	Perorální antidiabetika
LADA	Latentní autoimunitní diabetes dospělých
MODY	Je typ diabetu, který je podmíněn mutací genu pro enzym glukokinázu
NIDDM	Non-inzulin-dependentní
IDDM	Inzulin-dependentní
oGTT	Orální glukózový toleranční test
IGT	Porucha glukózové tolerance
IFG	Zvýšená glykémie nalačno
IFCC	Mezinárodní federace klinické chemie a laboratoří
HbA1c	Glykovaný hemoglobin

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1. Věk respondentů	33
Graf 2. Délka léčby pacientů.....	34
Graf 3. Dodržování přísnější diety před kontrolou	35
Graf 4. Způsob léčby diabetu	36
Graf 5. Vnímání kvality péče	37
Graf 6. Typ komplikace u pacientů s diabetem	38
Graf 7. Znalost postprandiální glykémie.....	39
Graf 8. Znalost glykemií nalačno.....	40
Graf 9. Dostatečná informovanost pacientů.....	41
Graf 10. Dodržování diabetické diety	42
Graf 11. Množství denně vypitých tekutin u pacientů s tiabetem.....	43
Graf 12. Zařazení zeleniny do denního jídelníčku	44
Graf 13. Druhy používaných sladidel	45
Graf 14. Znalost pacientů o rostlině stévie	46
Graf 15. Počet porcí jídla denně zkonsumovaných	47
Graf 16. Kdy je důležité měřit si glykémii.....	48
Graf 17. Znalost práce s glukometrem.....	49
Graf 18. Jak často si měříte glykémii.....	50
Graf 19. Jak často máte hypoglykémii	51
Graf 20. Kde se nejrychleji vstřebává inzulín.....	52
Graf 21. Četnost návštěv pacientů u očního lékaře.....	53
Graf 22. Četnost materiálů při volbě ponožek	54
Graf 23. Počet nabídek diabetické obuvi	55
Graf 24. Důvody respondentů pro nenošení diabetické obuvi	56
Graf 25. Znalost pacientů o příspěvku na diabetickou obuv.....	57
Graf 26. Návštěvnost pedikérky.....	58
Graf 27. Způsob pohybu pacientů s diabetem.....	59

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Identifikační údaje respondentů.....	33
Tab. 2. Délka léčby pacientů.....	34
Tab. 3. Dodržování přísnější diety před kontrolou	35
Tab. 4. Způsob léčby diabetu	36
Tab. 5. Vnímání kvality péče	37
Tab. 6. Výskyt komplikací.....	38
Tab. 7. Typ komplikace u pacientů s diabetem.....	38
Tab. 8. Znalost postprandiální glykémie	39
Tab. 9. Znalost glykemií nalačno	40
Tab. 10. Dostatečná informovanost pacientů.....	41
Tab. 11. Dodržování diabetické diety	42
Tab. 12. Množství denně vypitých tekutin u pacientů s diabetem	43
Tab. 13. Zařazení zeleniny do denního jídelníčku	44
Tab. 14. Druhy používaných sladidel	45
Tab. 15. Znalost pacientů o rostlině stévie	46
Tab. 16. Počet porcí jídla denně zkonsumovaných	47
Tab. 17. Kdy je důležité měřit si glykémii.....	48
Tab. 18. Znalost práce s glukometrem.....	49
Tab. 19. Jak často si měříte glykémii.....	50
Tab. 20. Jak často máte hypoglykémii	51
Tab. 21. Kde se nejrychleji vstřebává inzulín.....	52
Tab. 22. Četnost návštěv pacientů u očního lékaře.....	53
Tab. 23. Četnost materiálů při volbě ponožek	54
Tab. 24. Počet nabídek diabetické obuvi	55
Tab. 25. Četnost nošení diabetické obuvi	56
Tab. 26. Důvody respondentů pro nenošení diabetické obuvi	56
Tab. 27. Znalost pacientů o příspěvku na diabetickou obuv.....	57
Tab. 28. Návštěvnost pedikérky.....	58
Tab. 29. Způsob pohybu pacientů s diabetem.....	59

SEZNAM PŘÍLOH

- P I** Rizikové faktory metabolického syndromu
- P II** Hodnocení edukací respondenty
- P III** Dotazník
- P IV** Cíle léčby diabetu
- P V** Formulář záznamu edukace – Diabetická noha

PŘÍLOHA P I: RIZIKOVÉ FAKTORY METABOLICKÉHO SYNDROMU

Abdominální obezita (obvod pasů)	Muži 102 cm
	Ženy 88 cm
Triglyceridy	1,7 mmol/l
HDL-cholesterol	Muži 1 mmol/l
	Ženy 1,3 mmol/l
Krevní tlak	130/85 mmHg
Glykémie nalačno	6,1 mmol/l

KVÍDEROVÁ, Zdeňka. *Metabolický syndrom inzulinové rezistence*. Sestra v diabetologii. 2005, 2, s. 22-23. ISSN 1801-2809.

PŘÍLOHA P II: HODNOCENÍ EDUKACÍ RESPONDENTY

Odpověď respondenta č.1.	„edukace a jejich náplň v podání sestry je srozumitelná a dostačující“
Odpověď respondenta č.2.	„edukace dobré, pokaždé se měří glykémie, na tématech se domlouváme“
Odpověď respondenta č.3.	„jsem spokojena“
Odpověď respondenta č.4.	„jsem spokojená s edukací, sestřička podává vyčerpávající informace“
Odpověď respondenta č.5.	„jsme spokojeni“
Odpověď respondenta č.6.	„jsou perfektní“
Odpověď respondenta č.7.	„mám dobré informace jsem spokojená“
Odpověď respondenta č.8.	„máme výbornou sestru, která nám sděluje zajímavá témata, je hodná a nic nám neodepře vysvětlit“
Odpověď respondenta č.9.	„naše edukace se mi líbí, jsem s nimi spokojena“
Odpověď respondenta č.10.	„nemám námitek“
Odpověď respondenta č.11.	„nepřemýšlel jsem o tom, schůze dia nám přináší osvětu a potřebné vzdělání pro život s cukrovkou, to je jistě pro každého přínosné “
Odpověď respondenta č.12.	„nic“
Odpověď respondenta č.13.	„nové možnosti léčby, nové poznatky z diety na cukrovku“
Odpověď respondenta č.14.	„nové poznatky z léčby, úpravy diety, zařadit účast pedikérky“
Odpověď respondenta č.15.	„novinky v léčbě diabetu“
Odpověď respondenta č.16.	„pro mě je to dostačující“
Odpověď respondenta č.17.	„s edukacemi jsme spokojeni, máme všestranně zaměřené cvičení, procházky a kulturní využití“
Odpověď respondenta č.18.	„s edukací jsem spokojena, díky sestře“
Odpověď respondenta č.19.	„s edukací jsem spokojena, informace od diasestry jsou vyčerpávající“
Odpověď respondenta č.20.	„sestra je výborná, na edukacích nám vše vysvětlí“
Odpověď respondenta č.21.	„psychika x cukrovka“
Odpověď respondenta č.22.	„veškeré informace získám z internetu“
Odpověď respondenta č.23.	„vyčerpávající edukace“
Odpověď respondenta č.24.	„vyhovuje mně to, jak je dosud“
Odpověď respondenta č.25.	„zatím jsem spokojená“
Odpověď respondenta č.26.	„zatím vím co je třeba“

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

Vážení klienti, jsem K. Slouková a studuji UTB ve Zlíně, obor Ošetrovatelství a dělám průzkum v oblasti informovanosti o cukrovce. Prosím Vás o laskavé vyplnění dotazníků. Získané informace jsou anonymní a budou využity pro zlepšení péče o klienty s cukrovkou. Označte Vámi zvolenou vždy jednu možnost křížkem (x), pokud není u vedeno v otázce jinak.

Váš věk:.....

Pohlaví:.....

1. Jak dlouho se léčíte s diabetem? a) od 1-5 let b) od 6-10 let c) od 11- 20 d) Více

2. Držíte před kontrolou u lékaře přísnější dietu? a) Ano b) Občas c) Ne

3. Jaká je léčba vašeho onemocnění?

a) Dieta b) Tablety c) Inzulín d) Tablety+Inzulin

4. Vnímáte kvalitu péče o Vás jako pacienta s cukrovkou jako:

a) Dobrou b) Dostačující c) Nedostačující d) Nedokáži posoudit

5. Máte nějaké komplikace související s Vaší cukrovkou? (*Zaznačte i více možností*)

a) Ano b) Ne

Poškození ledvin Poškození očí Poškození nervů (diabetická noha)
 Poškození velkých cév (infarkt, mrtvice) Jiné:.....

6. Znáte hodnoty své poslední glykémie?

Glykémie nalačno:.....mmol/l Nevím

7. Znáte hodnoty glykemií, kterých byste měl/a dosáhnou při správné léčbě cukrovky?

Glykémie nalačno:.....mmol/l Nevím

8. Myslíte si, že máte dostatek informací o cukrovce a nových možnostech léčby?

Ano Ne, potom sdělte, kde byste informace nejraději uvítal? (*Označte i více možností*)

U lékaře U sestry Internet Brožurka Televize Radio

9. Myslíte si, že dodržujete diabetickou dietu? a) Ano b) Ne

10. Kolik denně vypijete tekutin?l

11. Kolikrát během dne zařazujete do jídelníčku zeleninu?

a) 4x b) 3x c) 2x d) 1x e) 0x

12. Čím sladíte? a) Cukrem b) Sladidly c) Stévií d) Fruktózou e) Medem
(*Zaznačte i více možností*)

13. Víte, k čemu slouží rostlina Stévie a jaké má výhody?

.....
.....

- 14. Kolik porcí jídla denně sníte?** porcí za den
- 15. Kdy si máte měřit hladinu cukru v krvi? (Zaznačte i více možností)**
a) Nalačno b) 30 minut po jídle c) 1,5 – 2 hodiny po jídle
- 16. Umíte pracovat s glukometrem?** a) Ano b) Ne
- 17. Jak často si měříte glykémii?**
a) 1x Denně b) 1-3x týdně c) 1x Měsíčně d) Neměřím si vůbec glykémii
- 18. Jak často zažíváte hypoglykémie?** a) Často b) Občas c) Výjimečně d) Nikdy
- 19. Vyberte místo, kde se nejrychleji vstřebává inzulin po aplikaci:**
a) Břicho b) Hýždě c) Stehno d) Rameno
- 20. Jak často preventivně navštěvujete očního lékaře?**
a) každý rok b) 1x za 2 roky c) 1x za 3 roky d) jiné:..... e) nenavštěvuji
- 21. Jaké používáte nejčastěji ponožky? (Zaznačte i více možností)**
a) Froté b) Bavlněné c) Vlněné d) S umělým vláknem e) Se stříbrem
f) Termoponožky g) Dia ponožky (Diakomfort)
- 22. Nabídl Vám někdo diabetickou obuv?** a) Ne b) Ano
- 23. Nosíte diabetickou obuv?** a) Ano b) Ne, Proč?
- 24. Věděl/a jste, že Vám na diabetickou obuv přispívá pojišť'ovna?** a) Ano b) Ne
- 25. Navštěvujete pedikérku?**
a) Ano b) Ne
- 26. Jaký typ pohybové aktivity nejraději realizujete?**
a) Cvičení s lektorem b) Samostatné cvičení na prokrvení dolních končetin
c) Rychlá chůze d) Delší procházky (více než 4 km) e) necvičím

27. Co byste chtěli na Vašich edukacích změnit a jaká témata Vás zajímají?

.....

.....

PŘÍLOHA P IV: CÍLE LÉČBY DIABETU

1. Nepřítomnost závažnějších příznaků hypoglykemie nebo hyperglykemie
2. Přiměřené glykemie (individuálně doporučí ošetřující lékař)
3. Normální hladina tzv. vykovaného hemoglobinu (HbA1c), což je ukazatel dlouhodobé kompenzace diabetu
4. Nepřítomnost acetonu v moči
5. Nepřítomnost většího množství cukru v moči
6. Udržování stálé přiměřené tělesné hmotnosti
7. Přiměřenou denní dávku inzulínu
8. Normální hladiny krevních tuků
9. Přijaté hodnoty krevního tlaku
10. Nepřítomnost malého množství bílkoviny v moči. Malé množství – tzv. mikroalbuminurie

JIRKOVSKÁ, Alexandra, et al. Jak (si) léčit a kontrolovat diabetes. Praha: Svaz diabetiků ČR, c2003. 242 s.

PŘÍLOHA P V: FORMULÁŘ ZÁZNAMU EDUKACE – DIABETICKÁ NOHA

Formulář záznamu edukace	
Číslo: 0001	Kód: -----
Téma: Edukační plán u klienta s DM jako prevence syndromu diabetické nohy	Datum: 19.4.2010
Podtéma: Prevence syndromu diabetické nohy	Podpis manažera: -----
Skupina péče: pacienti s DM (5)	Podpis zodpovědné sestry: -----
Oddělení, místo konání, podmínky konání: Diabetologická ambulance Délka konání: 1,5 hodiny	Hlavní cíl: Pacient bude mít dostatek informací Pacienti nebudou mít komplikace
Kompetence projektové, plánovací	
<p>Sestra se kvalitně a kvalifikovaně připraví na průběh edukace.</p> <p>Stanoví si všechny reálné cíle edukace. Připraví si všechny pomůcky k edukaci, zajistí místnost a hygienické podmínky pro edukaci.</p>	
Edukační diagnóza: Deficit informací a dovedností v oblasti základního onemocnění projevující se neznalostí o prevenci onemocnění, nejistotou a změnou své role.	Cíle, výsledná kritéria: <u>Afektivní:</u> Pacient má zájem získat nové informace a převzít zkušenosti o svém onemocnění Pacient změní názor a chápe problematiku tohoto onemocnění. <u>Kognitivní:</u> Pacienti ví jak pečovat o nohy a nehty. Pacienti budou vědět jak si vybrat vhodnou obuv a ponožky. <u>Psychomotorické:</u> Pacient změní své návyky k péči o nohy a k úpravě nehtů Pacient si pořídí vhodné ponožky a obuv.

<p>Realizace- didaktický postup</p> <p>Tato edukace bude mít dvě části:</p> <p>Brein storming, dialog s pacienty, poradenství o prevenci a na konec diskuze</p> <p>Na druhou část edukace budou přizvány pedikérky, které provedou pedikúru pacientům. Pacienti dostanou odborné informace, jak pečovat o nohy a nehty</p> <p>Čas</p> <p>První edukace asi 45 min</p> <p>Druhá edukace 30 min</p>	<p>Průběh edukace</p> <p>Sestra se přivítá s pacienty a představí průběh edukace.</p> <p>Pomocí brainstormingu uvolní atmosféru a zjistí, jaké pacienty bude edukovat a také jaké mají znalosti o této komplikaci diabetu.</p> <p>Následně si s pacienty projde krátkou prezentaci, kterou zakončí diskuzí a zodpoví případné otázky.</p> <p>Potom přijde řada na pedikérky, které udělají pacientům pedikúru a sestra nakonec celé edukace shrne nejdůležitější body edukace a rozloučí se s pacienty.</p>
<p>Metody:</p> <p>Brainstorming</p> <p>Prezentace</p> <p>Diskuze</p> <p>Praktická provedení pedikúry</p>	<p>Didaktické pomůcky:</p> <p>Bílá tabule s houbou, barevné fixy, notebook, dataprojektor, pomůcky na pedikúru</p>
<p>Motivační fáze:</p> <p>Úvodní motivační rozhovor</p> <p>Brainstorming</p> <p>Provedené pedikúry</p>	<p>Expoziční fáze:</p> <p>Úvod do problematiky o diabetické noze</p> <p>Promítnutí prezentace</p> <p>Zodpovězení otázek</p> <p>Setkání s pedikérkami a provedení pedikúry</p>
<p>Fixační fáze: Zodpovězení otázek pacientů</p>	<p>Diskuze: Shrnutí důležitých informací</p>
<p>Kompetence reflexivní- pozorování, hodnocení, sebezpozorování</p>	<p>Sestra se před rozloučením zeptá pacientů, zda všemu rozuměly a zda se jim edukace líbila.</p>
<p>Vyhodnocení edukačního procesu:</p>	<p>Cíl edukace byl splněn. Pacienti pochopili důležitost prevence o své nohy a nehty a také jak je důležité zvolit si vhodnou obuv a ponožky.</p>

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatel'stva*. Rožomberok: Fakulta zdravotníctva Katoľickej univerzity v Rožomberku, 2008. 194 s. ISBN 978-80-8084-386-1.