

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Barbora Bielíková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Edukace pacientů v praxi všeobecné sestry

Barbora Bieliková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Bieliková**
Osobní číslo: **Z15042**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Edukace pacientů v praxi všeobecné sestry**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. GURKOVÁ, Elena. Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1
2. JIRKOVSKÁ, Alexandra. Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes: manuál pro edukaci diabetiků. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3246-9
3. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
4. NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ. Moderná edukácia v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
5. RYBKÁ, Jaroslav. Diabetes mellitus komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1671-8.

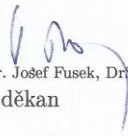
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Barbora Faltová


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2018


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

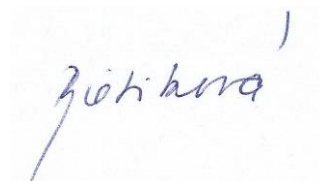
V Pardubicích dne 9. března 2018

Prohlášení autora

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.



V Pardubicích dne 30. 04. 2018

Barbora Bieliková

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Barboře Faltové za její cenné připomínky, informace a zároveň za její čas a vlídný přístup.

ANOTACE

Bakalářská práce se zaměřuje na edukaci pacientů v praxi všeobecných sester a konkrétně na edukaci pacientů, kteří trpí onemocněním diabetes mellitus. Práce se dělí na teoretickou a průzkumnou část. V teoretické části je popsána základní terminologie edukace a edukačního procesu. Dále je popsána role všeobecné sestry v edukačním procesu a její kompetence při výchově pacientů. Další část poskytuje základní informace o diabetu. V průzkumné části jsou analyzována data, která byla získána formou dotazníkového šetření. Do průzkumu jsou zařazeny všeobecné sestry z interních a chirurgických oddělení. Cílem práce bylo zjištění, jak všeobecné sestry realizují edukační proces.

KLÍČOVÁ SLOVA

Diabetes mellitus, edukace, všeobecná sestra

TITLE

Education of patients in general nurse practice

ANNOTATION

The bachelor thesis focuses on patient education in the practice of general care nurses and specifically on the education of patients who suffer from the disease diabetes mellitus. The work is divided into a theoretical and a research part. In the theoretical part is described the basic terminology of education and the educational process. Furthermore, it is described the role of the general nurse in the educational process and hers competence in the education of patients. The next section provides basic information about diabetes. The data that was obtained thought a questionnaire survey are analyzed in the research part. In the survey are included general nurses from the internal and surgical departments. The objective of this work was to determine how general nurses implement the educational process.

KEYWORDS

Diabetes mellitus, Education, general nurse

OBSAH

0	Úvod.....	14
1	CÍL PRÁCE	16
2	Edukace.....	17
2.1	Definice	17
2.2	Základní premisy edukace.....	17
2.3	Rozdělení edukace	17
	• Základní edukace	17
	• Reedukační edukace.....	18
	• Komplexní edukace.....	18
2.4	Formy edukace dle organizačního uspořádání	18
2.5	Učební pomůcky	18
2.6	Edukační proces	19
2.7	Edukační cíle	19
2.8	Edukační bariéra.....	20
2.9	Adherence pacienta k léčbě.....	21
2.10	Motivace k péči o zdraví	21
2.11	Edukace v diabetologii	21
3	Kompetence všeobecné sestry v edukačním procesu	23
3.1	Edukační role všeobecné sestry	23
3.2	Funkce a kompetence sestry v roli edukátorky	23
3.3	Překážky v edukaci u všeobecné sestry	24
3.4	Dokumentace.....	24
4	Diabetes mellitus.....	25
4.1	Definice diabetu	25
4.2	Fyziologie diabetu	25

4.3	Diagnostika	26
4.4	Klasifikace diabetu	26
4.4.1	Diabetes mellitus 1. typu	27
4.4.2	Diabetes mellitus 2. typu	27
4.5	Léčba diabetu	28
4.5.1	Dietní terapie.....	28
4.5.2	Farmakoterapie-perorální antidiabetika	28
4.5.3	Inzulinoterapie	29
4.6	Akutní komplikace diabetu	29
4.6.1	Hypoglykémie.....	29
4.6.2	Hyperglykémie.....	29
4.6.3	Diabetická ketoacidóza	30
4.7	Chronické komplikace diabetu	30
4.7.1	Diabetická nefropatie	30
4.7.2	Diabetická retinopatie	31
4.7.3	Diabetická neuropatie	31
	PRŮZKUMNÁ ČÁST	32
4.8	Průzkumné otázky	32
4.9	Metodika průzkumu	32
4.10	Technika sběru dat.....	32
4.11	Charakteristika průzkumného vzorku.....	33
5	Prezentace výsledků.....	34
6	Diskuze	52
6.1	Průzkumná otázka č. 1: Jak realizují všeobecné sestry edukační proces?	52
6.2	Průzkumná otázka č. 2: Jaké jsou rozdíly mezi edukací pacientů v chirurgickém typu oddělení a interním typu oddělení?.....	54
6.3	Průzkumná otázka č. 3: Jaká kritéria jsou, podle všeobecných sester, důležitá pro správnou edukaci?.....	55

7	Závěr	58
8	Použitá literatura	60
9	Přílohy.....	63
9.1	Příloha 1- dotazník	63

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1: Sloupkový graf s přehledem délky praxe respondentů. (n=77).....	35
Obrázek 2: Sloupkový graf dosaženého vzdělání respondentů. (n=77).....	36
Obrázek 3: Výsečový graf rozdělení respondentů dle typu oddělení. (n=77)	37
Obrázek 4: Sloupkový graf výskytu typů diabetu dle oddělení. (n=77)	38
Obrázek 5: Sloupkový graf věkových kategorií pacientů s DM. (n=77)	39
Obrázek 6: Sloupkový graf délky hospitalizace u pacientů s DM dle typu oddělení. (n=77) ..	40
Obrázek 7: Sloupkový graf průměrné doby edukace jednoho pacienta s DM dle typu oddělení. (n=77).....	41
Obrázek 8: Sloupkový graf znázorňující příčiny edukační bariéry. (n=77)	42
Obrázek 9: Sloupkový graf nejčastějších překážek při edukaci ze strany edukátora. (n=77) ..	44
Obrázek 10: Sloupkový graf znázorňující nejvíce preferované formy edukace. (n=77)	45
Obrázek 11: Sloupkový graf nejčastěji užívané formy edukace v praxi sester.....	46
Obrázek 12: Sloupkový graf snahy o zapojení pacienta do stanovování edukačních cílů. (n=77).....	47
Obrázek 13: Sloupkový graf snahy o zapojení osob blízkých do edukace. (n=77)	48
Obrázek 14: Sloupkový graf nejčastěji užívaných pomůcek při edukaci. (n=77)	49
Obrázek 15: Sloupkový graf používání edukačního záznamu ve zdravotnické dokumentaci. (n=77).....	50
Obrázek 16: Sloupkový graf zpětné vazby po edukaci. (n=77).....	51
Tabulka 1: Rozložení respondentů dle pohlaví. (n=77).....	34
Tabulka 2: Rozložení dle nejméně problematického momentu po nejvíce problematický moment. (n=77)	43

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

DM	Diabetes mellitus
oGTT	Orálně glukózový toleranční test
ČR	Česká republika
Tzv.	tak zvaně
Atd.	a tak dále
B-buňky	beta-buňky
DM2T	Diabetes mellitus 2. typu
DM1T	Diabetes mellitus 1. typu
BMI	Body mass index
PAD	Perorální antidiabetika
MODY	Maturity-onset type diabetes of the young
HM inulin	Humánní inzulin
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik ČR
Mmol/l	milimol na litr

0 ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že se dnes a denně setkávám s pacienty, kteří trpí onemocněním diabetes mellitus a také se často setkávám s tím, že nejsou dostatečně edukováni. Proto bych ráda zjistila, jestli nastává nějaký problém ze strany všeobecné sestry při edukaci diabetika. Jelikož si myslím, že je edukace důležitou součástí léčby pacienta s DM.

Diabetes mellitus dnes patří mezi zdravotně sociální onemocnění po celém světě. Jeho incidence a prevalence neustále stoupá. Toto onemocnění se prolíná napříč všemi obory. Od endokrinologie přes kardiologii až po genetiku. Je to velice závažné onemocnění, které když není správně léčeno, může způsobovat závažné komplikace, které mohou vést až ke smrti. Cukrovka patří mezi nejčastější příčiny slepoty, ischemické choroby srdce či amputace dolních končetin. Diabetes mellitus lze zařadit mezi nejrozšířenější metabolická onemocnění. V tomto směru lze hovořit i o tzv. pandemii. (Rybka a kol, 2006, s. 13)

S tímto onemocněním se mohou potýkat lidé již od nejútlejšího věku svého života nebo ho mohou během života získat. Patří mezi tzv. civilizační choroby a dnes se již vyskytuje i v zemích, kde se dříve nevyskytoval. Ovšem moderní medicína odhaluje neustále nové poznatky o diabetu, o jeho léčbě a prevenci. (Rybka, 2007, s. 7-8)

Edukace má v léčbě diabetu velice významnou funkci. Nemocný by měl znát své onemocnění, aby si uvědomil, jak důležitá je změna životního stylu a chování. Neustále narůstá počet pacientů s chronickým onemocněním, zvyšuje se věk dožití i délka hospitalizace. I přes důkladnou edukaci mnohdy pacienti odmítají či nedodržují léčebný režim. (Gurková, 2017, s. 7-9)

Edukace je snaha provést u pacienta určité pozitivní změny v potřebných oblastech. Edukace znamená proces, při kterém je pacient záměrně vzděláván a vychováván určitým směrem. Edukační proces by měl probíhat dle edukačních standardů, které zajišťují kvalitu provedené edukace. Ve zdravotnictví jde zejména o edukaci v oblasti péče o zdraví. I přes velký pokrok medicíny se neustále zvyšuje počet chronických onemocnění, a to zejména cukrovky. Díky tomu jsou na zdravotnický personál kladeny vyšší nároky na vzdělávání a dovednosti ve směru edukace. Pacienti jsou často vystaveni stresu z nemocničního prostředí nebo z nedostatku informací. Je proto potřeba, aby jim bylo vše řádně sděleno a vysvětleno. (Juřeníková, 2010, s. 8-9)

Role všeobecné sestry je v edukaci velice důležitá. Všeobecná sestra vlastně působí jako pečovatelka a edukátorka pacienta a jeho rodiny, dále působí jako jeho obhájkyň či jako koordinátorka ošetrovatelské péče. Aby mohla všeobecná sestra plně vykonávat svou roli, musí se s ní sociálně identifikovat. Pro správnou identifikaci musí být sestra sociálně zralá, musí věřit v to, co dělá a měla by být odpovědná za své jednání. (Plevová a kol., 2011, s. 82-87)

1 CÍL PRÁCE

CÍL TEORETICKÝ

- Popsat základní problematiku onemocnění diabetes mellitus a jeho komplikace.
- Popsat základní terminologii edukace, edukačního procesu a význam sestry v roli edukátora.

CÍL PRŮZKUMNÝ

- Zjistit, jak probíhá edukace pacientů s onemocněním diabetes mellitus v praxi všeobecné sestry.

TEORETICKÁ ČÁST

2 EDUKACE

2.1 Definice

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit.“
(Juřeníková, 2010, s. 9)

Pokud se pacient dostane do situace, kdy mu zdravotní obtíže změní či znesnadní život, musí se snažit tyto změny pochopit. Především všeobecná sestra může pomoci pacientovi tyto změny pochopit, a to za pomoci edukace. Ovšem pacient si musí sám uvědomit, že je potřeba učinit potřebné změny ke zlepšení zdraví. Je tedy důležité dát pacientovi informace o tom, jak tyto změny učinit a dodat mu trochu sebejistoty či odstranit negativní myšlenky. (Svěráková, 2012, s. 28-29)

2.2 Základní premisy edukace

Každý pacient má právo na edukaci. Nedílnou součástí edukace pacienta je i edukace jeho blízkých. Před každou edukací by měly být odstraněny vlivy, které by mohly narušovat edukační proces. V tomto procesu se edukátor musí zaměřit nejen na fyziologii nemoci, ale také na psychickou a sociální stránku. Každá bytost je jedinečná, proto je potřeba přistupovat i ke každému edukantovi individuálně. Edukační proces má lepší výsledky, jestliže se do něj snaží aktivně zapojit samotný pacient. (Špirudová, 2006, s. 117)

2.3 Rozdělení edukace

Dle Juřeníkové (2010) můžeme edukaci rozdělit na: základní, reedukační a komplexní.

- **Základní edukace**

Základní edukací se rozumí taková edukace, která má připravit pacienta na nově vzniklou situaci. Ve zdravotnictví to tedy znamená na nově diagnostikovanou nemoc. Pacientovi jsou předávány nové informace o onemocnění a určité dovednosti, které jsou potřeba ke správné léčbě.

- **Reedukační edukace**

Pacient již má určité znalosti, které je potřeba dále rozšiřovat. Pokud je edukován pacient v akutní fázi onemocnění, je nutno rozšiřovat vědomosti jen na nejnnutnější informace, které pomáhají nemocnému tuto fázi úspěšně zvládnout. Po této části se informace rozšiřují tak, aby se předcházelo akutní fázi. Jsou to například dietní opatření, změna životního stylu atd.

- **Komplexní edukace**

Edukantovi jsou předávány komplexní znalosti o dané chorobě. Tento typ edukace má za úkol informovat pacienta o tom, jak předcházet komplikacím. Edukátor má za cíl tedy předat veškeré znalosti a dovednosti sloužící k prožití plnohodnotného života.

2.4 Formy edukace dle organizačního uspořádání

Nejčastější formou je individuální edukace, ve které je pouze jeden edukátor a jeden edukant. Stanovení individuálního plánu edukace je jedna z mnoha výhod této formy. Dalšími výhodami je například dostatek času na vysvětlení a názorné ukázky. Edukant musí sám vyvinout aktivitu. Důležitá je zpětná vazba po edukaci. Ovšem jedna z nevýhod je to, že si mezi sebou nemohou edukanti vyměňovat zkušenosti. Nejvíce se individuální edukace používá v ambulancích či v nemocnicích u lůžka. Další forma je skupinová. Zde si naopak klienti mohou vyměňovat názory, zkušenosti a mohou mezi sebou i spolupracovat. Nejideálnější skupina je tvořena 3-5 členy, přičemž ji řídí jeden edukátor. Skupina může vzniknout neformálně, což znamená, že je vytvořena z vlastních zájmů a může ji řídit sám edukant. Další variantou je formální skupina, která vzniká na podkladu nejrozličnějších kritérií, jako je například druh onemocnění či věk. Poslední formou je hromadná edukace. Zaměřuje se na mnohem větší celky než předchozí formy. Všem edukantům je sdělován stejný obsah, ale není zde většinou zpětná vazba. Hromadné edukaci také chybí individualita. Pozitivem je to, že obsah je sdělen velké skupině edukantů, což znamená že není tolik časově náročná. (Juřeníková, 2010, s. 34-36)

2.5 Učební pomůcky

K edukaci lze použít i různé materiály. Mohou to být brožury, letáky, pracovní listy, audiovizuální záznamy, počítačové výukové programy a v dnešní době také i internet. Výše jmenované prostředky nemusí vždy vést k porozumění a ke změně chování, ale pokud jsou dobře využity, mohou vést ke zvýšení efektivity. Učební pomůcky mohou pomoci propojit

teorii s praxí. Nejideálnější situací tedy je, pokud edukaci provádí edukátor osobně a využívá k tomu nejrozumnějších pomůcek. (Pelikánová, Bartoš a kol., 2010, s.272)

2.6 Edukační proces

Proces, ve kterém edukátor projevuje aktivitu pro vysvětlení nebo naučení určitých informací, které jsou pro pacienta důležité. Ve zdravotnictví jím je například lékař či všeobecná sestra. Zatímco edukant je osoba, které jsou určité poznatky vysvětlovány. Edukantem může být pacient ale také zdravotník. V edukačním procesu je snaha o zvýšení znalostí nebo naučení se nových poznatků. Edukátor musí brát zřetel na to, že každý člověk je jedinečná bytost. Je tedy důležité přistupovat ke každému edukantovi individuálně a vytvořit individuální edukační konstrukty neboli plány edukačního procesu. Zároveň má zvolit správné edukační prostředí, které rovněž může ovlivňovat kvalitu edukace. Ve zdravotnictví edukace slouží jako prevence a zlepšení života pacienta. (Juřeníková, 2010, s. 10).

Dle Juřeníkové (2010, s.21-22) se edukační proces dělí na 5 fází. První fáze by měla být brána jako počáteční pedagogická diagnostika. V této části edukátor zjišťuje potřebné informace o znalostech a dovednostech edukanta. Zjišťuje také jeho postoje a jeho potřeby. Všechny tyto informace jsou důležité pro stanovení edukačních cílů. Druhá fáze neboli projektování, je zaměřena na plánování cílů a zvolení metod a forem edukace. Dále také na zajištění pomůcek k edukaci a dostatečného času. Třetí fáze je realizace, kdy se edukátor vlastně už zabývá předáváním informací. Zde je důležitá motivace edukanta. Edukant nemá získávat informace pouze pasivně, ale má se aktivně účastnit edukace. Důležité je také průběžně získávat informace o tom, zda edukant chápe dané učivo. Předpolední část je fáze upevnění a prohlubování učiva, přičemž je tato část velice důležitá k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. V edukaci pacientů v praxi se často tato fáze zapomíná provádět. Poslední fází je zpětná vazba, kdy jde o vyhodnocení výsledků edukace. Nehodnotí se zde jen edukant, ale také edukátor.

2.7 Edukační cíle

Správná edukace musí mít jasně stanovené cíle. Tyto cíle musí být pečlivě naplánovány dle potřeb a schopností klienta. Edukátor musí předem vědět, o jakou změnu bude usilovat. Cíl se může vytyčit společně s pacientem, pro kterého to může být zároveň motivující. Faktorem, pro správný výsledek edukace, je porozumění dané problematice. Po klientovi se po provedeném edukačním procesu vyžaduje zpětná vazba kvůli ověření, zda pochopil a umí vše, co mu bylo předáno v edukačním procesu. Edukační cíl je vlastně výsledek celé edukace.

Tyto cíle se dají dělit na krátkodobé a dlouhodobé. Edukační cíl je charakterizován přiměřeností, což znamená, že musí být pro daného edukanta dosažitelný. Také musí být prostor na možnost kontroly cíle. Při tvorbě cílů je dobré užívat aktivní slovesa a formulovat je z pohledu edukanta. (Juřeníková, 2010, s. 27-28)

S tvorbou edukačních cílů je také spojena taxonomie cílů pro jednotlivé oblasti. Taxonomie pomáhá k vytvoření správně stanovených cílů. Mezi nejznámější taxonomie patří klasifikace kognitivních cílů dle B. S. Blooma. Dle této taxonomie lze vytvářet požadavky na různé myšlenkové stupně. Za pomoci aktivních sloves jsou tvořeny požadavky na edukovaného dle jeho úrovně. Taxonomie se dělí na 6 kategorií. První kategorie je zapamatování, znovupoznání a vybavování. Zde se identifikují, popisují, doplňují či definují znalosti. Druhá kategorie je porozumění. V této kategorii se jedná o popis vlastními slovy či odvození logických závěrů. Zde se prokáže, zda edukant pochopil a porozuměl a také zda umí dané informace interpretovat. Ve třetí kategorii edukant prokáže, jak bude nabyté informace aplikovat v praxi. Čtvrtá kategorie je analýza, kde se vymezují stanoviska. Edukant by měl umět objasnit vztahy mezi danými prvky. Pátá kategorie se zabývá hodnocením či posouzením. V této kategorii edukátor hodnotí celý postup edukace. Měla by zde být zahrnuta kritika, ocenění a srovnání s normou. Šestá kategorie je tvoření neboli generování, plánování. Zde se navrhuje řešení problému, tvoří se hypotézy, navrhuje se nové postupy a struktury. (Kosíková, 2011, s.65-67)

2.8 Edukační bariéra

Někdy může nastat situace, že se objeví určité překážky, které znehodnotí či znemožní celý edukační proces. Bariéra může nastat ze strany pacienta či jeho rodiny. Překážkou může být stres z nemoci, věk či povaha pacienta, nepřijetí choroby a v neposlední řadě také jazykové či kulturní bariéry. Ovšem mohou nastat překážky i ze strany zdravotnického systému. Může to být například negativní vliv nemocničního prostředí, kde pacienti mnohdy ztrácí soukromí a intimitu. Další velice významnou překážkou může být to, že personál nebere v potaz individualitu pacienta. Významnou překážkou bývá někdy i personál, který nemá dostatek informací a také mu chybí osobnostní předpoklady pro správnou edukaci. Nejvýznamnější roli zde hraje zřejmě čas, kterého bývá mnohdy málo. Všechny tyto překážky by měla všeobecná sestra co nejdříve zjistit a co nejefektivněji odstranit. (Svěráková, 2012, s. 37-38)

2.9 Adherence pacienta k léčbě

Pokud pacient trpí chronickým onemocněním, jeho přilnavost a motivace k léčbě výrazně klesá. Snižuje se dodržování léčebných režimů, jelikož léčba většinou výrazně ovlivňuje dosavadní život nemocného. Příčiny nedostatečné adherence jsou různé. Může to být dáno závažnou diagnózou, častými změnami v terapii či dlouhodobou léčbou a v neposlední řadě také vysokými finančními nároky na terapii. Další důležitou roli hraje interakce mezi ošetřujícím personálem a nemocným. Zde je důležitá převážně doba, kterou lékař či všeobecná sestra s pacientem tráví a dostatečná informovanost a edukace k danému onemocnění. Významným faktorem také bývá individuální přístup, charakter pacienta, nedostatek znalostí nebo obavy z léčby. Nejdůležitější věcí pro správnou adherenci je začlenění choroby do běžných denních aktivit. (Gurková, 2017, s. 17-21)

2.10 Motivace k péči o zdraví

Většinou největší motivací k péči o zdraví bývají již vzniklé potíže. Ovšem to není úplně nejlepší motivace. Avšak pokud nastanou zdravotní potíže, je dobré, aby pacient sám měl určitou motivaci se uzdravit. Lépe řečeno, aby vyžadoval informace o léčbě a také o prevenci. Tato část léčebného režimu by neměla být pouze povinností zdravotníka. V dnešní době je spousta preventivních programů na podporu a ochranu zdraví. Člověk se dostává snad každý den do styku s různými informacemi o tom, co je zdravé a co ne, jak by měl vypadat zdravý životní styl a podobně. Ovšem některé věci, které jsou neustále omílány dokola, většinou nemají žádný vliv. Jako například to, že kouření škodí zdraví. Lidé jsou neustále obklopováni ze všech stran faktory, které jejich zdraví škodí. S některými se lze vyrovnat snadno, ale například životní prostředí je velice špatně ovlivnitelné. (Čevela et al, 2014, s.82)

2.11 Edukace v diabetologii

Diabetologická pracoviště v ČR se řídí systémem vypracovaným Českou diabetologickou společností. Pokud není diabetikům zajištěna adekvátní edukace, nemůže být ani sama nemoc řádně léčena. Tuto edukaci zajišťuje speciálně vyškolený personál. Pro nemocné jsou potřebné veškeré informace o jejich onemocnění. Lékař-diabetolog předává informace o samotném vzniku cukrovky, o klinickém obrazu a terapii. Před propuštěním z léčebného zařízení zjišťuje, zda je pacient dostatečně edukován o svém stavu a zda se může vrátit do svého běžného života. Diabetik musí znát uchovávání a aplikaci inzulinu, selfmonitoring a komplikace, které by mohly nastat. Dalším důležitým krokem pro propuštění pacienta je

seznámení s dietním režimem. Se zásadami tohoto režimu seznamuje buď nutriční terapeutka nebo diabetologická sestra. (Svěráková, 2012, s.48-50)

3 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY V EDUKAČNÍM PROCESU

Všeobecná sestra ve svém povolání plní řadu rolí a činností. Přes svou základní ošetrovatelskou péči až po vzdělávání pacientů. Výchovná funkce sestry záleží také na tom, zda působí v ambulancích nebo na lůžkových odděleních. Výchovně vzdělávací role sestry je důležitá nejen v prevenci, ale také pro správný vývoj léčby. Všeobecná sestra zjišťuje znalosti a dovednosti pacienta, zjišťuje problém, s kterým by měla edukace pomoci. Podává informace v rámci svých kompetencí, pomáhá měnit špatné návyky a motivuje pacienta ke zlepšení zdraví. Dále rozvíjí pacientovy dovednosti, zjišťuje, jaké pokroky udělal a provádí zpětnou vazbu. (Svěráková, 2012, s. 36-37)

3.1 Edukační role všeobecné sestry

Pro tuto roli je důležité mít odborné znalosti, díky kterým všeobecná sestra zajistí kvalitní edukaci. Její práce také spočívá ve správné komunikaci, a to nejen mezi ní a pacientem, ale také mezi jeho rodinou a mezi ošetrovatelským týmem. Pokud není vhodná komunikace, nemusí být ani výsledek edukace efektivní. Všeobecná sestra také nemůže nemocného nutit do určitých věcí, které mu mohou být nepříjemné a musí respektovat jeho přání. Edukační role je pro sestru jedna ze základních kompetencí, a proto se všeobecné sestry pravidelně ve svém oboru vzdělávají. Musí tedy znát pacientovy potřeby, vytvářet správné edukační prostředí, zajišťovat informovanost pacienta dle svých kompetencí, prohlubovat jeho znalosti, a hlavně musí provádět názornou ukázkou spojenou s praxí pro správné pochopení. Důležitá je také motivace pacienta. Pro kvalitní výsledek edukace je důležitá aktivita sestry i pacienta, případně i jeho rodiny. (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 19-21)

3.2 Funkce a kompetence sestry v roli edukátorky

Pro správné vedení edukace musí mít všeobecná sestra komunikační a pedagogické vlohky a také určité vlastnosti jako je například empatie, trpělivost, odpovědnost. Pokud některé z těchto věcí sestře chybí, může to být překážkou pro správný vývoj edukačního procesu. Všeobecná sestra vyhodnocuje celou situaci a diagnostikuje problém. Tento problém se potom snaží pomocí edukace odstranit. Pacientovi předá dostatek informací o problému a o průběhu celé edukace. Všeobecná sestra také zaznamenává pacientovy pokroky a snaží se o zpětnou vazbu. (Svěráková, 2012, s. 37)

Důležitým prvkem, který by měl znát a umět každý edukátor, jsou zásady správné komunikace. Verbální komunikace, což je vlastně psaná a mluvená řeč, je doprovázena tzv. paralingvistickými prvky. Mezi ně patří hlasitost mluveného projevu, srozumitelnost, tempo mluvené řeči, kadence a melodie, rytmus a pauzy. Všechny tyto prvky jsou důležité k tomu, aby edukátor mohl provádět kvalitní edukaci. Neverbální komunikace je řeč těla, která mnohdy vypoví o druhém více než mluvené slovo. Probíhá pod prahem vědomí. Člověk se může vyjadřovat slovně jakkoliv, ale tělo stejně vysílá vnitřní signály, které nemusí být ovšem zpozorovány. Do neverbální komunikace patří držení těla, výraz tváře, výměna pohledů a gestika. (Belz, Siegrist, 2011, s.189-192)

3.3 Překážky v edukaci u všeobecné sestry

Určité překážky pro efektivní edukaci mohou nastat i ze strany všeobecné sestry. Může to být nedostatek sebejistoty a informací o daném onemocnění či o řádné edukaci. Další vliv v této oblasti je také to, že mnohdy sestry zpochybňují funkci edukace. Překážku může tvořit nezájem sestry o pacientovy hodnoty, nedostatek empatie a vlídnosti. Pro kvalitní edukaci je také potřeba náležitě vedená dokumentace, která mnohdy kvůli časové tísní není. (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 28)

3.4 Dokumentace

Zdravotnická dokumentace je písemný, grafický či audiovizuální záznam s osobními údaji pacienta. Obsahuje informace o jeho stavu, předchozích a nynějších onemocněních a také to, jak probíhá léčebný plán. Dokumentace slouží nejen pro ošetřující personál, ale i pro samotného pacienta. Slouží jako důkazní prvek, pokud by nastal nějaký problém, který by bylo nutno řešit soudně. V neposlední řadě je to také cenný zdroj dat pro zdravotnickou statistiku. Veškeré údaje, které jsou v dokumentaci zaznamenány, musí obsahovat identifikační údaje o osobě, která zápis provedla. (Policar, 2010, s. 16-35)

Dokumentace je nezbytnou částí edukačního procesu. Obsahuje informace o tom, jak edukace probíhá, pacientovu reakci a dosažení cílů edukace. Je to zároveň informační prostředek mezi zdravotnickým týmem. Slouží také jako ochranný prostředek pro ošetřující personál. (Špirudová a kol., 2006, s. 128)

4 DIABETES MELLITUS

4.1 Definice diabetu

„Diabetes mellitus, jinak také úplavice cukrová neboli cukrovka, je nemoc projevující se především zvýšením cukru v krvi (hyperglykémii) a sklonem ke specifickým orgánovým komplikacím, jako je postižení očí, nervů, ledvin a nohou či urychlený vznik aterosklerózy. Jeho příčinou může být jak nedostatek inzulínu ve tkáních i při jeho normální hladině v krvi“. (Jirkovská a kol, 2014, str.17)

Cukrovka patří do skupiny chronických onemocnění, jejichž ukazatelem je hyperglykémie. Zvýšená hladina glykémie vzniká kvůli nízkému účinku hormonu inzulínu a jeho nedostatku v organismu. Diabetes je provázen řadou metabolických poruch, které se mohou vyvinout až v cévní komplikace. Tyto komplikace mohou být buď mikrovaskulární nebo makrovaskulární. (Pelikánová, Bartoš a kol, 2010, s. 58)

Dle WHO je diabetes chronické onemocnění, kterému je možné předcházet a které může vést ke kardiovaskulárním chorobám, slepotě, selhání ledvin, ztrátě končetin až ztrátě života. V Evropě postihuje přibližně 60 milionů lidí, čímž vyžaduje nemalé finanční a zdravotní prostředky.

Diabetes mellitus je onemocnění, které se týká nejen pacienta, ale zároveň i jeho rodiny a přátel. Patří k takzvaným civilizačním chorobám, ačkoliv jeho kořeny sahají hluboko do minulosti. Dříve to byla nemoc, na kterou se umíralo. V dnešním moderním světě máme již spoustu léčebných možností a informací o této nemoci, ale i přesto zasahuje do mnohých sfér života a člověka určitým způsobem omezuje. (Rybka a kol.,2006, s. 14-15)

4.2 Fyziologie diabetu

„Diabetes mellitus (DM) je nehomogenní skupina chronických metabolických onemocnění různé etiologie, jejichž společným jmenovatelem je hyperglykémie“. (Rybka a kol.,2006, s.25)

Důležitou hodnotu, která ukazuje stav diabetika, je hladina glykémie. Její hodnota by měla u zdravého člověka být mezi 3-8 mmol/g. Fyziologická hodnota glykémie je zprostředkovávána spoustou mechanismů, které zajišťují rovnoměrný přísun a odsun glukózy z plasmy. Ovšem za normálních podmínek není glukóza dodávána do těla pomocí stravy nepřetržitě.

Což je problém, neboť je potřeba k trvalému udržování energetického metabolismu, tudíž si organismus vytváří vlastní glukózu v játrech a v kůře ledvin. (Pelikánová, Bartoš a kol., 2010, s. 13)

Dalším velice důležitým prvkem je hormonální regulace. Do níž se řadí nezbytný hormon inzulin, který je produkován tzv. beta-buňkami Langerhansových ostrůvků v pankreatu. Sekrece inzulinu by měla být 20-40 jednotek za 24 hodin. Pokud jeho hodnota klesne asi na 10-20 % normy, dochází k jeho nedostatku a organismus již nepracuje správně. Inzulin má za úkol udržovat glukózovou homeostázu. Tudíž je jeho úkolem. „otevírat buňky“, aby do nich mohl krevní cukr přecházet a poté se využil jako energetický zdroj. Jestliže je inzulinu nedostatek, začne se cukr v krvi hromadit a může nastat hyperglykémie, která je pro organismus nebezpečná. Ovšem pokud je inzulinu dostatek, může být cukr ukládán jako energetická zásoba ve formě glykogenů. (Jirkovská a kol., 2014, s. 24)

4.3 Diagnostika

Aby mohla být cukrovka diagnostikována, je třeba vyšetřit glykemii pacienta, a to za pomoci laboratorních testů. Test by se neměl provádět, pokud je pacient v nějaké závažné životní situaci či řeší důležité osobní problémy. Zhruba za 2 týdny by se hodnota glykémie měla znovu přeměřit. (Rybka a kol., 2006, s. 31-32)

Velice důležitým prvkem diagnostiky je screeningové vyšetření. Dle doporučení České diabetologické společnosti by měli praktičtí lékaři pravidelně kontrolovat rizikové pacienty. Pokud jsou tato vyšetření pozitivní, je indikováno provedení oGTT, při němž se nejprve změří hodnota cukru v krvi a poté musí pacient vypít 75 g glukózy ve 300 ml tekutiny (nejlépe čaje) za 3-5 minut. Po vypití glukózy se glykémie měří za dvě hodiny od začátku oGTT. (Jirkovská a kol., 2014, s. 18-19)

4.4 Klasifikace diabetu

Cukrovka se dělí na několik typů dle klinického obrazu, genetických dispozic a pozdějších komplikací. Nejznámějšími typy jsou DM 1. typu a DM 2. typu. V roce 1997 vytvořila Americká diabetologická asociace nový návrh, jak klasifikovat diabetes. V roce 1999 byl tento návrh přijat i Světovou zdravotnickou organizací a je platný i pro ČR. (Pelikánová, Bartoš a kol., 2010, s. 59)

Dle Jirkovské a kol. (2014) se dělí diabetes mellitus následovně:

1. Diabetes mellitus 1. typu
 - a) Imunitně podmíněný
 - b) Idiopatický
2. Diabetes mellitus 2. typu
3. Ostatní specifické typy diabetu
4. Gestační diabetes mellitus

4.4.1 Diabetes mellitus 1. typu

Diabetem 1. typu jsou postiženi převážně mladší lidé, zhruba do 40 let. Největší výskyt je kolem 12-15 roku života. Imunitně podmíněný typ je popisován jako destrukce beta-buněk. Beta-buňky jsou ničeny protilátkami, které působí na Langerhansovy ostrůvky. Velkou roli pro rozvoj tohoto typu také hraje genetika a vliv vnějšího prostředí. Dalším faktorem jsou virové infekce, které mohou urychlit vznik diabetu. U idiopatického typu není známa příčina. (Rybka a kol., 2006, s. 36-38)

4.4.2 Diabetes mellitus 2. typu

„Diabetes mellitus 2. typu (DM2T) je nejčastější metabolickou poruchou vyznačující se relativním nedostatkem inzulinu, který vede v organismu k nedostatečnému použití glukózy“. (Rybka, 2007, s. 23)

DM2T je podmíněn geneticky. Dále na něj mají vliv vnější faktory, jako je například obezita, kouření, špatné stravování atd. Beta-buňky nedokáží dostatečně uvolňovat inzulin. Nejvíce se projevuje po 40. roku, avšak dnes už i dříve. Vznik nemoci není vždy zachycen včas, protože probíhá bezpříznakově. (Pelikánová, Bartoš a kol., 2010, s. 61)

4.5 Léčba diabetu

„Cílem komplexní péče o nemocného s cukrovkou je umožnit nemocnému plnohodnotný aktivní život, který se kvalitativně a kvantitativně blíží co nejvíce normálu“.
(Pelikánová, Bartoš a kol., 2010, s.127)

V dnešní době je neustále více a více léčebných možností. Od změny životního stylu, přes farmakoterapii až po léčbu inzulinem. Zřejmě nejdůležitější faktor v terapii diabetu zaujímá dieta a dalším významným prvkem je dostatečná fyzická aktivita. Toto vše by mělo být v kombinaci s farmakoterapií či inzulinoterapií. Průběh léčby stanovuje lékař z oboru diabetologie. Každý léčebný plán musí být individuální. (Rybka a kol., 2006, s.46-47)

4.5.1 Dietní terapie

Dietní terapie je považována za základní terapii. Pokud jsou diabetici obézní, dieta se zaměřuje především na snížení jejich BMI. U dospělého člověka je BMI v rozmezí 18,5-24,9. Pokud se podaří diabetikovi dosáhnout optimální váhy, je nutné si ji udržet. Ovšem některým cukrovkářům se toto nepovede. Této skupině jsou vysvětlena a doporučena opatření, které jim pomohou alespoň váhu již nezvyšovat. Poté co je hmotnost upravena, začíná se s dietou, která by měla zajišťovat dostatečný energetický přívod. (Kasper, 2015, 283-286)

4.5.2 Farmakoterapie-perorální antidiabetika

Perorální antidiabetika mají hypoglykemizující účinek a jsou podávána diabetikům 2. typu. Pro jejich indikaci je důležitá vlastní sekrece inzulinu. Během léčby se i nadále musí dodržovat i ostatní režimová opatření. PAD se dělí na několik skupin: biguandy, glitazony, deriváty sulfonylurey, glinidy, inhibitory střevních α -glukozidáz, gliptiny a ostatní PAD. Při výběru určité skupiny je důležité znát její účinek a mechanismus. Může být vybrána pouze jedna skupina, nebo se některé mohou mezi sebou kombinovat. Pro pacienta je důležitá také cena. (Pelikánová, Bartoš a kol., 2010, s. 194)

4.5.3 Inzulinoterapie

Inzulinoterapie dnes patří mezi základní léčbu diabetiků. Inzulinem jsou léčeni diabetici 1. typu a diabetici 2. typu, u kterých selhala farmakoterapie a režimová opatření. Jestliže se začíná s inzulinovou léčbou, jedná se o velký zásah do života diabetika a je s tím spojeno mnoho nových věcí, které se musí naučit. Při této terapii je velice důležitá edukace. Pacient musí být informován o všech možnostech a postupech léčby. Vše by mu mělo také být názorně ukázáno. Pacient může mít i psychické problémy, na které se nesmí zapomínat. (Jirkovská a kol., 2014, s. 128-129)

4.6 Akutní komplikace diabetu

4.6.1 Hypoglykémie

Patologický stav, při němž je nerovnováha mezi sníženou glukózou a nadbytkem inzulinu. Normální hladina glykémie na lačno je stanovena jako 3,5-5,5 mmol/l, při hypoglykémii se hodnota glykémie dostává pod tuto hranici. Tento stav může vést až k poruchám mozku a k různým změnám organismu. Příčiny hypoglykémie mohou být různé. Například mohou vzniknout při podání vysoké dávky inzulinu, při zvýšené citlivosti na inzulin nebo při špatném příjmu potravy. Mezi nejčastější symptomy se řadí pocení, hlad, bledost, zmatenost či nauzea. Prevencí tohoto stavu je udržování stálé hodnoty glykémie nad 4,0 mmol/l a pravidelné kontroly glykémie. Terapií hypoglykémie je co nejrychleji podat zhruba 5-20 g sacharidů do organismu pacienta. Nejlépe ve formě nápoje. (Rybka, 2007, s. 71-76)

4.6.2 Hyperglykémie

Stav, kdy je hodnota glykémie vyšší než norma, tj. hodnota nad 7 mmol/l. Příznaky nastávají ovšem až při vyšších hladinách glykémie. Pokud hodnota glykémie přesáhne 15-20 mmol/l, může dojít k život ohrožujícímu stavu, který může vést až k rozvoji diabetické ketoacidózy. Hyperglykémie je častěji u pacientů, kteří užívají inzulin. Nastává při špatném dávkování nebo když se dávka vynechá či při nesprávné aplikaci. Hyperglykémie se projevuje nejčastěji zvýšenou žíznivostí, následně častým močením a nadměrným odvodněním organismu, únavou či bolestí hlavy. Může se také projevovat infekcemi močových cest. Pokud se nezačne tento stav řešit, dojde ke zvýšení ketolátů v krvi a moči a následně může dojít i k bezvědomí a křečím.

Terapií při tomto stavu je zvýšený příjem tekutin a pokud je pacient na inzulinu, tak také ze zvýšené dávky inzulinu. V neposlední řadě by měla proběhnout opětovná kontrola hladiny glykémie. (Jirkovská a kol., 2014, s. 67-89)

4.6.3 Diabetická ketoacidóza

Diabetická ketoacidóza znamená okyselení organismu a je následkem hyperglykémie. Považuje se za život ohrožující stav. Vyznačuje se poruchami regulace sacharidového, proteinového a tukového metabolismu, které nastávají kvůli nedostatku inzulinu. Pokud se tento stav neřeší, dochází k dehydrataci a osmotické diuréze a následně dochází k úbytku elektrolytů a játra začnou produkovat více ketolátek. Ketolátky způsobují acidózu.

Diabetická ketoacidóza, stejně jako hyperglykémie, může nastat díky špatné léčbě inzulinem nebo díky jiným přidruženým onemocněním. DKA terapie se skládá z rehydratace a úpravy cirkulujícího objemu, z úpravy glykémie a elektrolytů. (Rybka, 2007, s. 80-84)

4.7 Chronické komplikace diabetu

Při cukrovce se mohou vyskytnout různé komplikace, které vznikají kvůli diabetické mikroangiopatii. Ta vzniká díky špatné kompenzaci diabetu, dále také kvůli hypertenzi a kouření. Vyhnout se komplikacím, které jsou spojené s cukrovkou, je možné tím že diabetik dbá na zdravý životní styl, dodržuje dietní návyky a pravidelné kontroly. (Jirkovská a kol., 2014, s. 228-229)

4.7.1 Diabetická nefropatie

„Diabetická nefropatie je chronické progredující onemocnění ledvin charakterizované proteinurií, hypertenzí a postupným poklesem renálních funkcí“. (Pelikánová, Bartoš a kol., 2010, s.382)

Komplikace, která postihuje diabetiky obou typů a patří mezi časté komplikace diabetu. Mezi faktory, které mohou nefropatii spouštět se řadí hypertenze, kouření či hyperglykémie. Diabetická nefropatie se může dělit na několik stádií od časně fáze až po stádium chronického selhání ledvin. Pokud se pacient dostane do poslední fáze, funkce ledvin je nahrazena hemodialyzací krve. Terapie se zabývá především dobrou metabolickou kompenzací a také udržením krevního tlaku v normálních hodnotách. V dietní terapii je doporučeno nezvyšovat příjem bílkovin nad 1,0g/kg/den. (Rybka a kol., 2006, s.138-141)

4.7.2 Diabetická retinopatie

„Diabetická retinopatie, která primárně postihuje cévy sítnice u pacientů s diabetem. Jde o typickou mikrovaskulární komplikaci diabetu, která vzniká na podkladě specifických morfologických změn, jež jsou důsledkem metabolické poruchy u diabetického syndromu“. (Rybka, 2007, s. 91)

Patří k nejzávažnějším komplikacím, které mohou vést až k úplné slepotě. První stádia jsou bez příznaků, proto je nutné dbát na pravidelná preventivní vyšetření očního pozadí. Mezi prvními příznaky bývá pocit rozmazaného vidění a pokud již tyto prvotní příznaky nastaly, může to znamenat nezvratné poškození. Základem úspěšné terapie je prevence alespoň jednou ročně u očního lékaře. Dále je nutno udržovat glykemii a krevní tlak v normě. Pokud je již retinopatie středně pokročilá, může se zpomalit laserovou fotokoagulací sítnice. (Rybka a kol., 2006, s. 134-137)

4.7.3 Diabetická neuropatie

„Porucha funkce periferních nervů u nemocných s diabetem, projevující se subjektivními příznaky a/nebo objektivními známkami poškození periferních nervů, pokud jsou vyloučeny jiné příčiny polyneuropatie“. (Pelikánová, Bartoš a kol., 2010, s. 433)

Řadí se mezi chronické komplikace diabetiků. Lze ji dělit na periferní a vegetativní neuropatii. Jako u předchozích komplikací se ani tato na začátku výrazně neprojevuje. Prvními příznaky periferní neuropatie bývají bolesti, otoky či mravenčení končetin. Tento typ neuropatie může vést až k tzv. diabetické noze. Důležité je co nejdříve začít s terapií. Je nutné vyšetřit citlivost nohou, a to za pomoci různých metod, jako je například práh hluboké kožní citlivosti či práh citlivosti na teplo. Vegetativní neuropatie může způsobovat srdeční arytmie, zpomalení metabolismu trávicího systému nebo problémy s vyprazdňováním močového měchýře. Ke správné léčbě je nutná kompenzace diabetu, rehabilitační a fyzikální léčba a změna životního stylu. (Jirkovská a kol., 2014, s. 256-258)

PRŮZKUMNÁ ČÁST

4.8 Průzkumné otázky

1. Jak realizují všeobecné sestry edukační proces?
2. Jaké jsou rozdíly mezi edukací pacientů v chirurgickém typu oddělení a interním typu oddělení?
3. Jaká kritéria jsou, podle všeobecných sester, důležitá pro správnou edukaci?

4.9 Metodika průzkumu

Průzkumnou část této práce tvoří kvantitativní průzkum. V tomto typu průzkumu se popisují data statisticky, což znamená že jsou měřitelná a dají se třídit. Kvantitativní průzkum se volí, pokud je potřeba zaznamenat data od velkého množství respondentů. Pokud se zvolí metoda kvantitativního šetření, je nutné nejprve začít cílem a průzkumnými otázkami. Jestliže jsou tyto cíle a otázky vytvořeny, stanovují se podle nich proměnné. Jde vlastně o to, zaměřit se na určitou skupinu respondentů a u ní tyto proměnné změřit. (Punch, 2008, s. 37-38) Data jsou systematicky sbírána a poté číselně analyzována. Zřejmě nejrozšířenější metodou je dotazník, mohou takto být použity standardizované rozhovory či analýzy dat. Při kvantitativním šetření je velký důraz na logiku a dedukci. (Kutnohorská, 2009, s. 21-22)

Kvalitativní průzkum není vyjadřován číselně a umožňuje odhalovat spojitosti mezi složkami nebo celky průzkumu. Kvalitativní průzkum je také časově náročný. Oba tyto typy se mohou mezi sebou také kombinovat. (Kutnohorská, 2009, s.21-23) Při tvorbě kvantitativního průzkumu je potřeba stanovit si jasné průzkumné otázky. Pokud jsou jasné stanovené otázky, je jasné, jaká data jsou potřeba. (Punch, 2008, s.42)

4.10 Technika sběru dat

Pro tuto práci byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník se řadí mezi kvantitativní vědecké metody. Na začátku každého dotazníku by měl být úvod, kde je sděleno, za jakým cílem je dotazník podáván. Také by zde měla být uvedena anonymita respondentů. Pokud tomu tak není, je potřeba, aby byl uveden informovaný souhlas respondenta.

Tato technika sběru dat nezabere mnoho času, jelikož není potřeba, aby byl průzkumník přítomen. (Kutnohorská, 2009, s.41)

Dotazník je časově i finančně nenáročný. Ovšem jeho návratnost většinou nebývá stoprocentní. Také by měl budit u respondenta určitý kladný dojem, a to především svou grafickou úpravou, optimální délkou a kvalitně zpracovanými otázkami. Pokud se povede tyto zásady splnit, je možná návratnost dotazníků ve více než v 60-70 %. (Reichel, 2009, s.118-122)

Tuto techniku jsem volila kvůli většímu počtu respondentů a také kvůli menší časové náročnosti. Průzkum probíhal od ledna do února 2018. Nejprve musel být dán souhlas s průzkumem v daném zařízení. Poté musely být uděleny souhlasy vedoucích pracovníků v každém typu oddělení. Typ oddělení jsem si vybírala dle toho, jak často se na svém pracovišti všeobecné sestry setkávají s pacienty s DM. Na všech těchto pracovištích mi byl udělen souhlas s průzkumem. Dotazníky jsem poté v tištěné formě rozdala na daná oddělení, kde jsem sdělila podmínky pro vyplnění. Počet rozdaných dotazníků 105. Návratnost byla 77 dotazníků a všechny byly zařazeny do průzkumu. Dotazník obsahuje celkem 18 otázek. 4 otázky byly identifikační, 7 otázek bylo uzavřených a 6 polootevřených a pouze 1 otevřená. Získaná data byla zpracována za pomoci programu Microsoft Office Word 2016 a Microsoft Office Excel 2016. Data byla analyzována za pomoci deskriptivní statistiky a poté byla zanesena do grafů.

4.11 Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry interních a chirurgických oborů, kteří se při své praxi setkávají s pacienty s onemocněním diabetes mellitus. Průzkum byl proto tedy záměrný. Lze říci, že se jednalo o homogenní skupinu s ohledem na pohlaví. Z pohledu délky praxe a vzdělání bylo nejvíce všeobecných sester, které uvedly délku praxe 15 a více let a zároveň uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání střední školu. Všeobecné sestry byly rozděleny na dvě skupiny, a to dle toho, v jakém typu oddělení vykonávají svou praxi. Nejvíce všeobecných sester, které se zúčastnily průzkumu, bylo z interních oborů.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

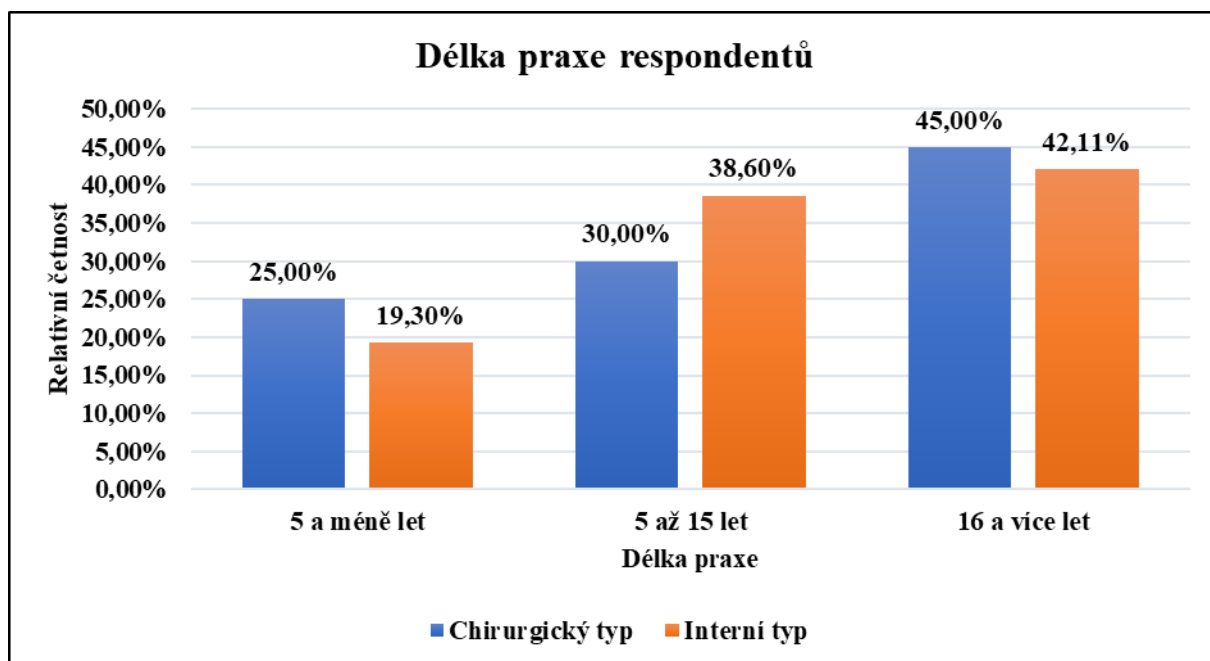
Otázka č.1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Celkem bylo do průzkumu zařazeno 77 respondentů (100,00 %). Z tabulky je zřejmé, že všech 77 respondentů (100,00 %) byly ženy.

Tabulka 1: Rozložení respondentů dle pohlaví. (n=77)

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	77	100,00 %
Muž	0	0,00 %
Celkem	77	100,00 %

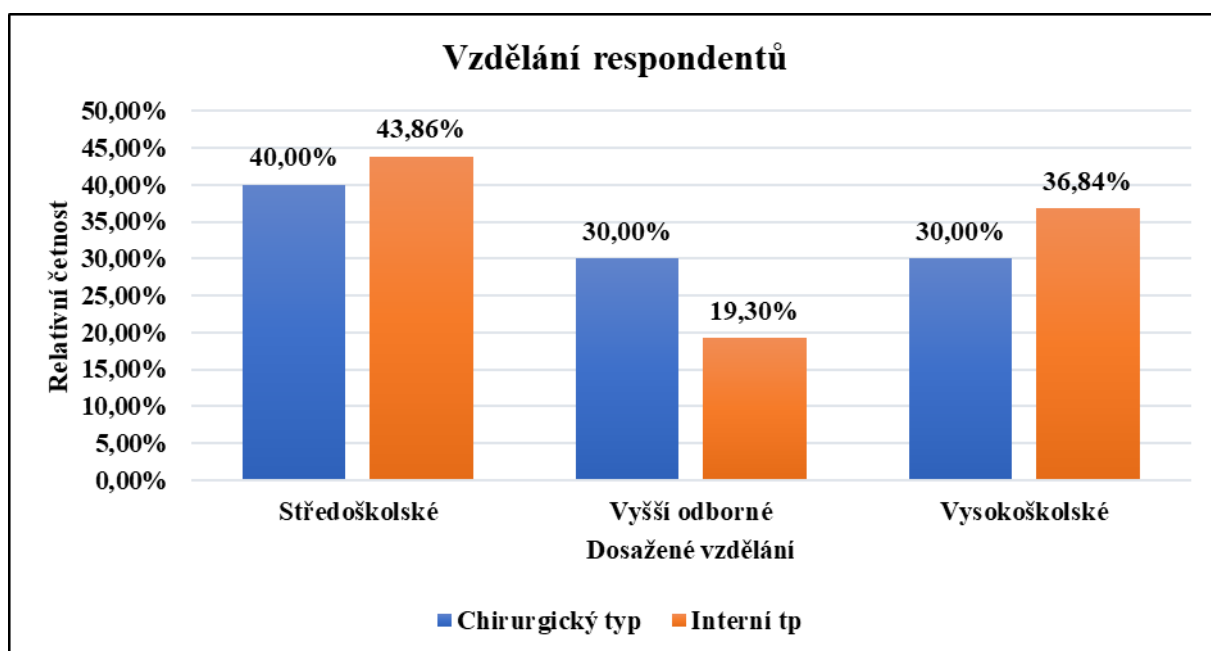
Otázka č. 2: Jaká je délka Vaší praxe?



Obrázek 1: Sloupkový graf s přehledem délky praxe respondentů. (n=77)

Ze sloupcového grafu č.1 lze vidět délku praxe respondentů. V obou typech oddělení je zřejmé, že nejvíce zúčastněných má délku praxe 16 a více let, kterých bylo 33 (42,86 %). Nejméně početnou skupinou byly všeobecné sestry, které mají praxi 5 a méně let, kterých bylo 16 (20,78 %).

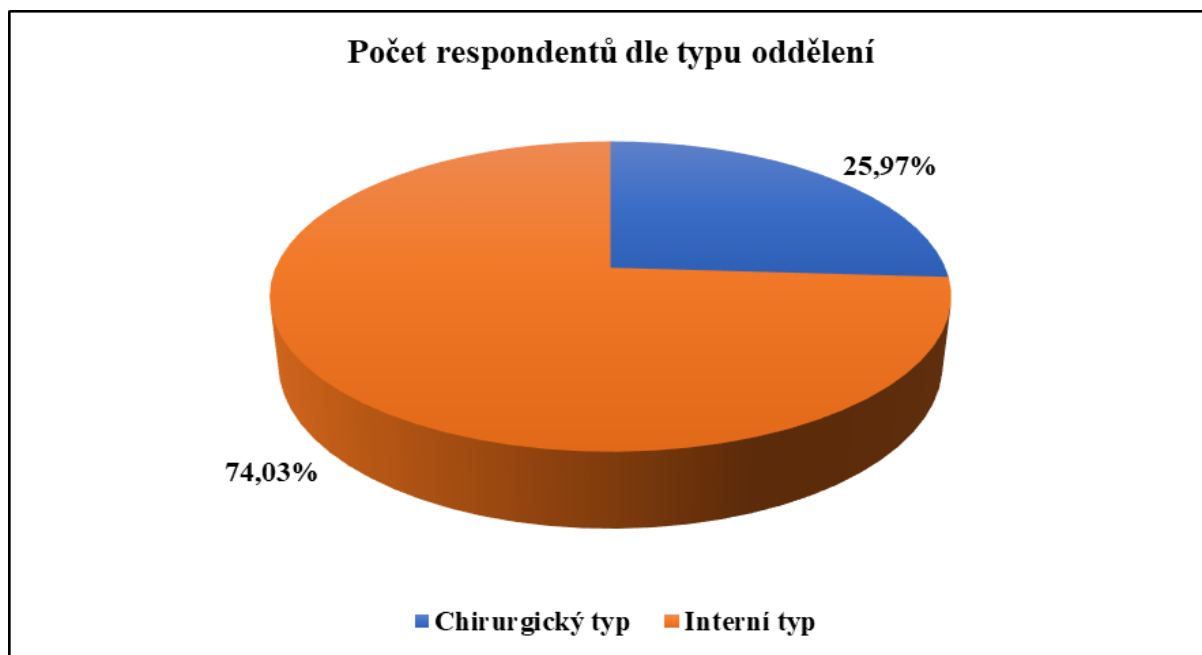
Otázka č.3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 2: Sloupcový graf dosaženého vzdělání respondentů. (n=77)

Graf na obrázku 2 prezentuje nejvyšší dosažení vzdělání respondentů. Vysokoškolské studium má celkově 27 respondentů (35,06 %), vyšší odborné vzdělání má 17 respondentů (22,08 %) a středoškolské vzdělání udalo 33 dotázaných (42,89 %).

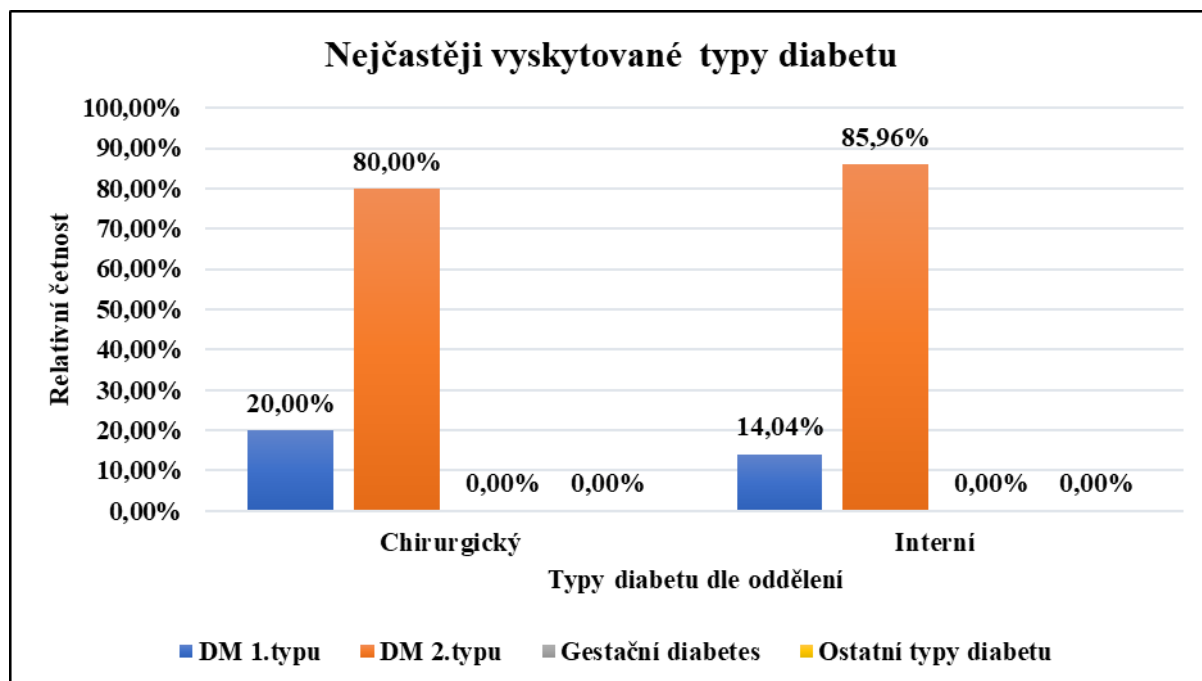
Otázka č. 4: V jakém typu nemocničního oddělení pracujete?



Obrázek 3: Výšečový graf rozdělení respondentů dle typu oddělení. (n=77)

Graf na obrázku 3 znázorňuje v jakém typu oddělení respondenti vykonávají svou praxi. Chirurgický typ zvolilo 20 dotázaných (25,97 %) a interní typ byl volen 57 respondenty (74,03 %).

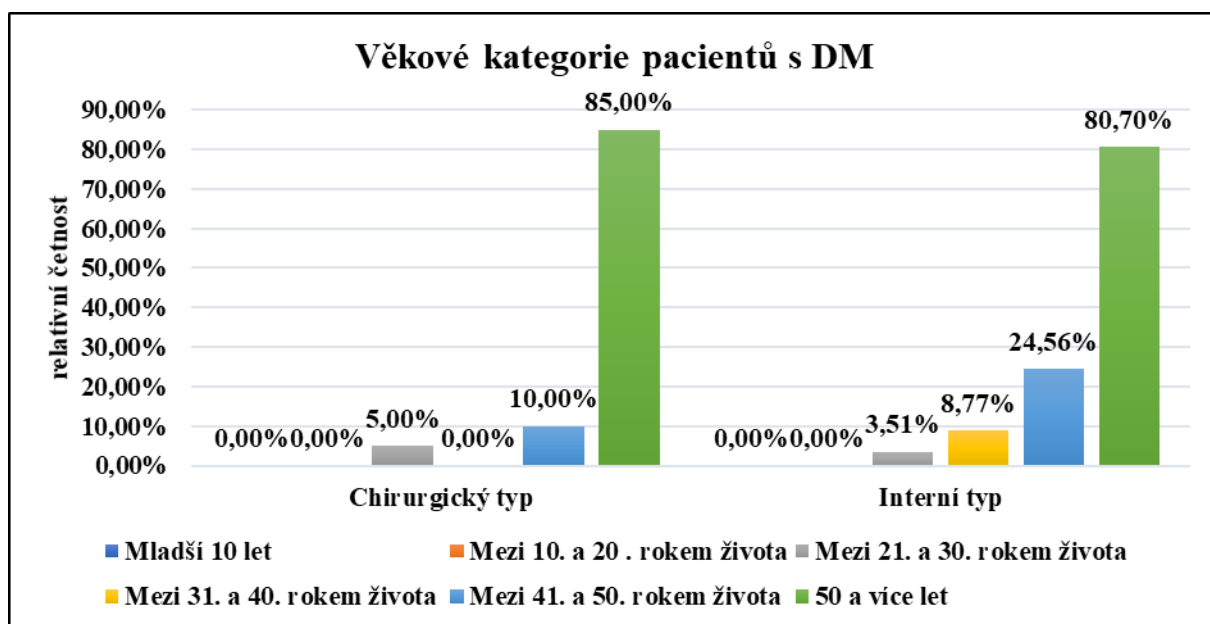
Otázka č. 5: Jaké typy diabetu se nejčastěji vyskytovaly u pacientů, které jste edukoval/a?



Obrázek 4: Sloupcový graf výskytu typů diabetu dle oddělení. (n=77)

Obrázek 4 ukazuje, které typy diabetu jsou u edukovaných pacientů nejčastější. Největší skupinu tvoří pacienti s DM 2. typu. Tuto možnost celkově zvolilo 65 všeobecných sester (84,42 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořili pacienti s DM 1. typu. Celkově byla tato možnost zvolena 12 (15,58 %).

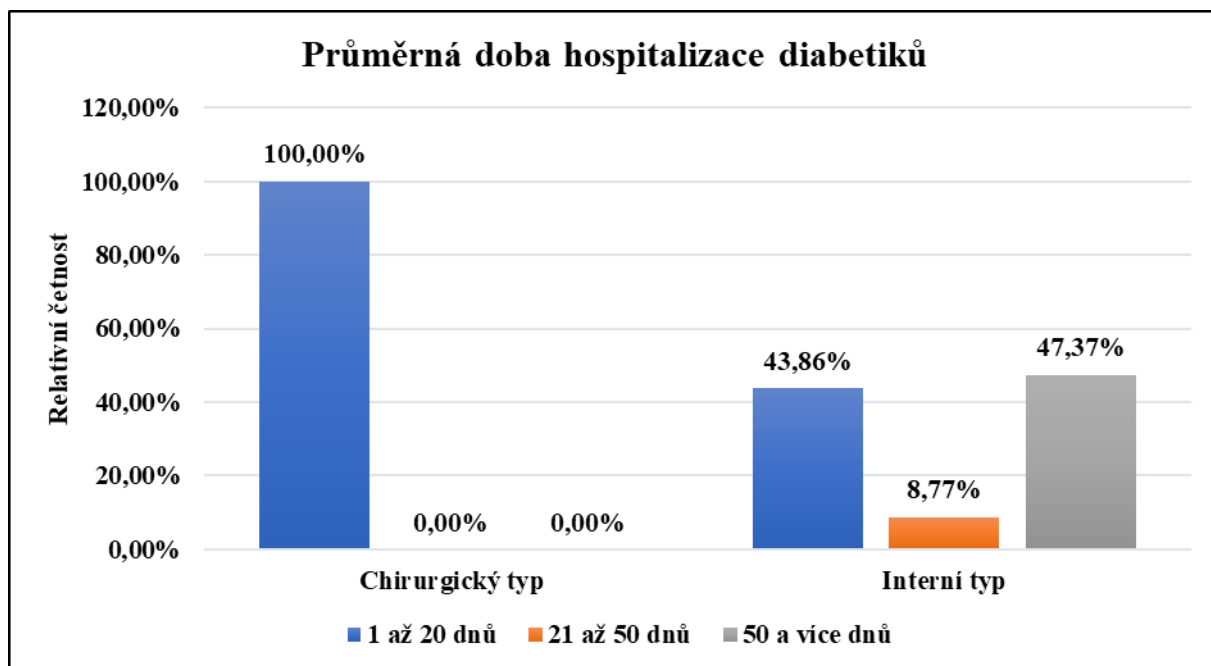
Otázka č. 6: Jaké věkové kategorie pacientů nejčastěji edukujete?



Obrázek 5: Sloupcový graf věkových kategorií pacientů s DM. (n=77)

Obrázek 5 představuje věkové kategorie pacientů, kteří jsou nejčastěji edukováni v daných typech oddělení. Z obrázku je patrné, že největší skupinu tvoří pacienti, kterým je 50 a více let, což uvedlo 63 dotazovaných (81.82 %).

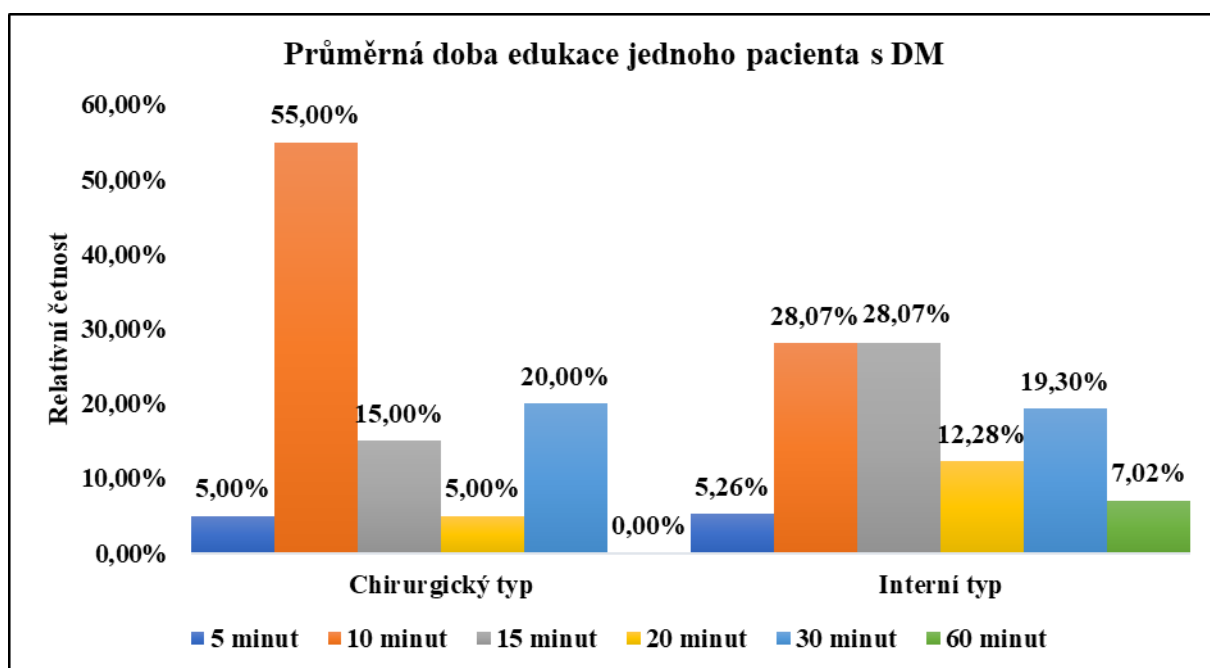
Otázka č. 7: Jaká je průměrná doba hospitalizace pacienta s diabetem na Vašem oddělení?



Obrázek 6: Sloupkový graf délky hospitalizace u pacientů s DM dle typu oddělení. (n=77)

Obrázek 6 obsahuje graf, který zobrazuje průměrnou dobu hospitalizace edukovaných pacientů s DM. V chirurgickém typu oddělení byla volena pouze možnost 1 až 20 dnů hospitalizace, tedy 20 respondenty (100,00 %). V interním typu byla nejpočetnější doba hospitalizace 50 a více dnů. Tuto odpověď zvolilo 27 respondentů (47,37 %).

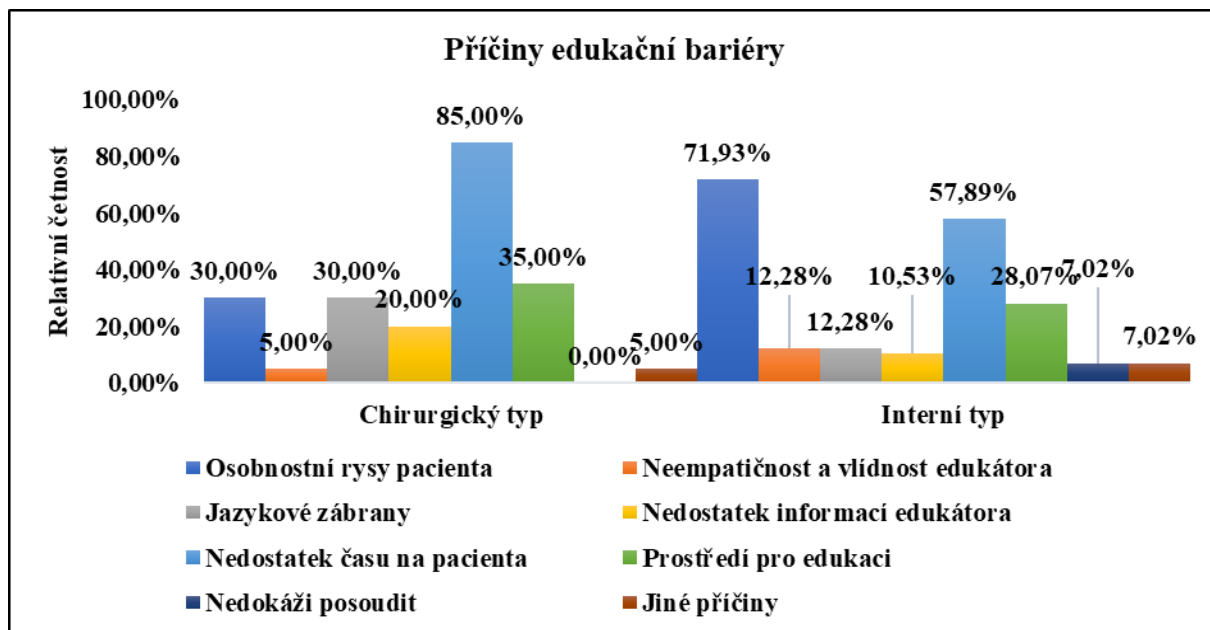
Otázka č. 8: Jakou průměrnou dobu strávíte edukací pacienta? Napište prosím.



Obrázek 7: Sloupcový graf průměrné doby edukace jednoho pacienta s DM dle typu oddělení. (n=77)

Obrázek 7 obsahuje graf, který zobrazuje průměrnou dobu edukace jednoho diabetika. V interním typu nejvíce uvedlo 16 respondentů (28,07 %) 10 minut a taktéž i 16 respondentů (28,07 %) uvedlo 15 minut. Největší skupinou z chirurgického typu byli respondenti, kteří uvedli dobu edukace 10 minut. Těchto respondentů bylo 11 (55,00 %).

Otázka č. 9: Co jsou podle Vás příčiny edukační bariéry? (Možno zakroužkovat i více odpovědí)



Obrázek 8: Sloupcový graf znázorňující příčiny edukační bariéry. (n=77)

Obrázek 8 ukazuje, co všeobecné sestry hodnotí jako příčinu edukační bariéry. V chirurgickém typu oddělení byla nejvíce volena možnost nedostatek času, kterou zvolilo 17 (85,00 %). V interním typu jsou, dle respondentů, největší příčinou edukační bariéry osobnostní rysy pacienta. Takto volilo 41 sester (71,93 %).

Otázka č. 10: Jaké jsou podle Vás problematické momenty při edukaci pacienta? (Seřad'te prosím od nejméně problematického momentu po nejvíce problematický moment za pomoci číslic 1-6.

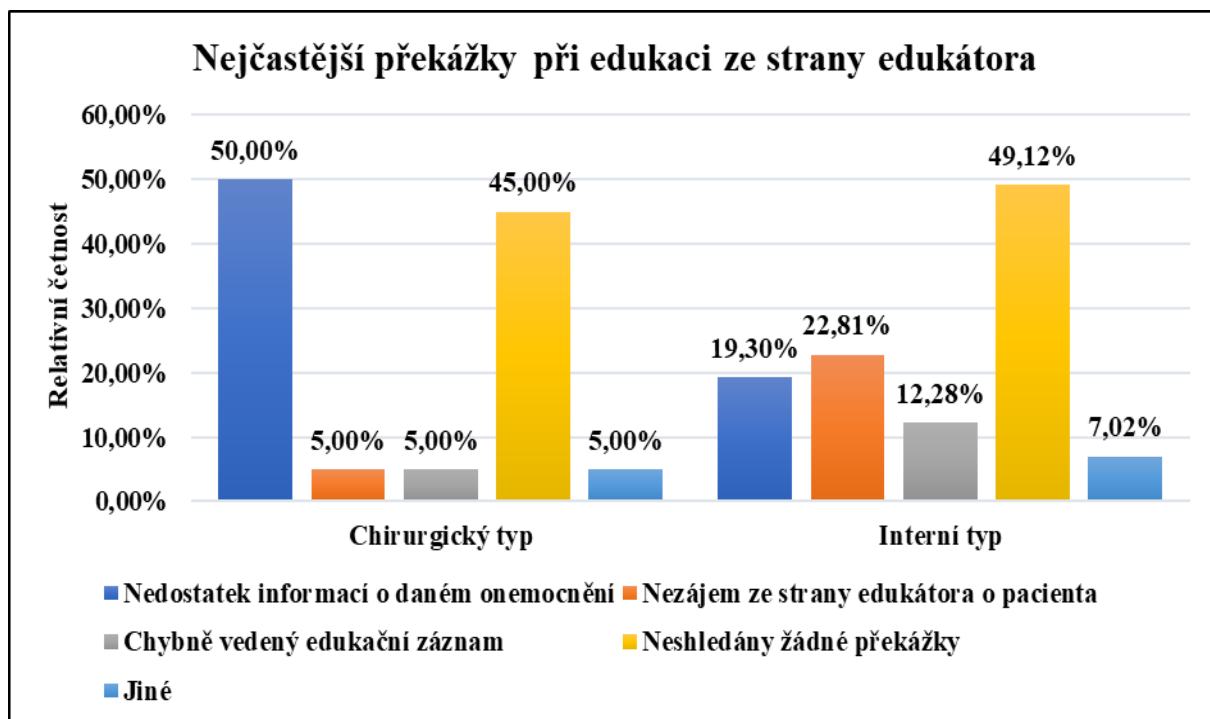
Respondenti měli seřadit odpovědi vzestupně dle toho, co si myslí, že je nejméně a nejvíce problematický moment v edukačním procesu. Měli tedy přiřadit body od čísla 1 pro ně nejméně problematický moment po číslo 6, což měl být nejvíce problematický moment. V tabulce je nejvíce problematický moment pod číslem 1 a nejméně problematický moment pod číslem 6.

Tabulka 2: Rozložení dle nejméně problematického momentu po nejvíce problematický moment. (n=77)

Pořadí výsledků	Problematické momenty	Součet bodů
1.	Dostatek času na pacienta	415
2.	Aktivita ze strany pacienta	327
3.	Zpětná vazba	324
4.	Teoretická část	212
5.	Stanovení správných cílů	201
6.	Praktická část	138

Tabulka č. 2 znázorňuje problematické momenty při edukaci Všeobecné sestry volily jako nejméně problematický moment praktickou část edukačního procesu. Tento výsledek mě lehce překvapil, neboť jsem si myslela, že praktická část edukace může být mnohdy problémem. V největší míře se jako nejvíce problematický moment objevil dostatek času na pacienta, což není překvapující, neboť časový problém udávají respondentky i v jiných otázkách mého průzkumu.

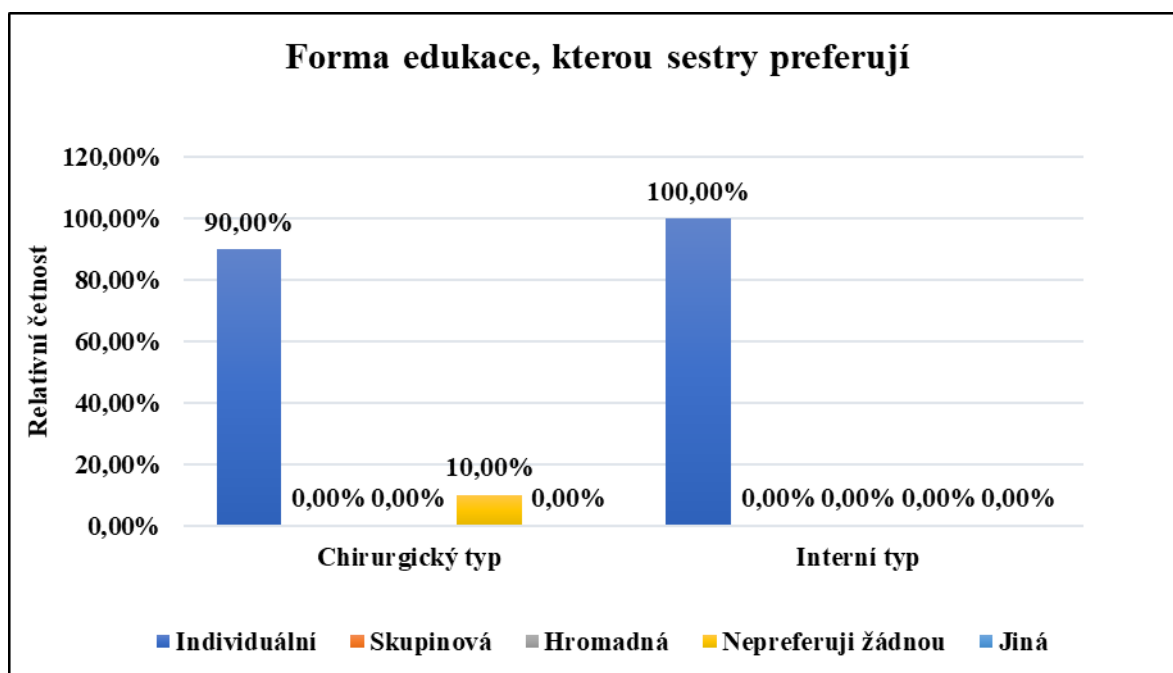
Otázka č. 11: Jaké nejčastější překážky shledáváte při edukaci ze strany edukátora? (Možno zakroužkovat i více odpovědí)



Obrázek 9: Sloupkový graf nejčastějších překážek při edukaci ze strany edukátora. (n=77)

Graf na obrázku 9 popisuje nejčastější překážky v edukaci ze strany edukátora. Celkově respondenti zvolili, že ze strany edukátora neshledávají žádné překážky. Takto odpovědělo 38 respondentů (48,05 %). V této průzkumné otázce jsem si myslela, že respondenti budou vypisovat právě nedostatek času na edukaci. To, že zvolili, že neshledávají žádné překážky mě celkem překvapilo. V chirurgickém typu oddělení byla ovšem nejvíce zvolena možnost, že edukátor nemá dostatek informací o daném onemocnění, přičemž tuto možnost zvolilo 10 sester (50,00 %). Tento výsledek není moc uspokojivý, neboť všeobecná sestra by měla mít dostatek znalostí o diabetu. Všeobecné sestry z interních typů uvedly nejvíce možnost, že neshledávají žádné překážky. Takto odpovědělo 28 dotázaných (49,12 %).

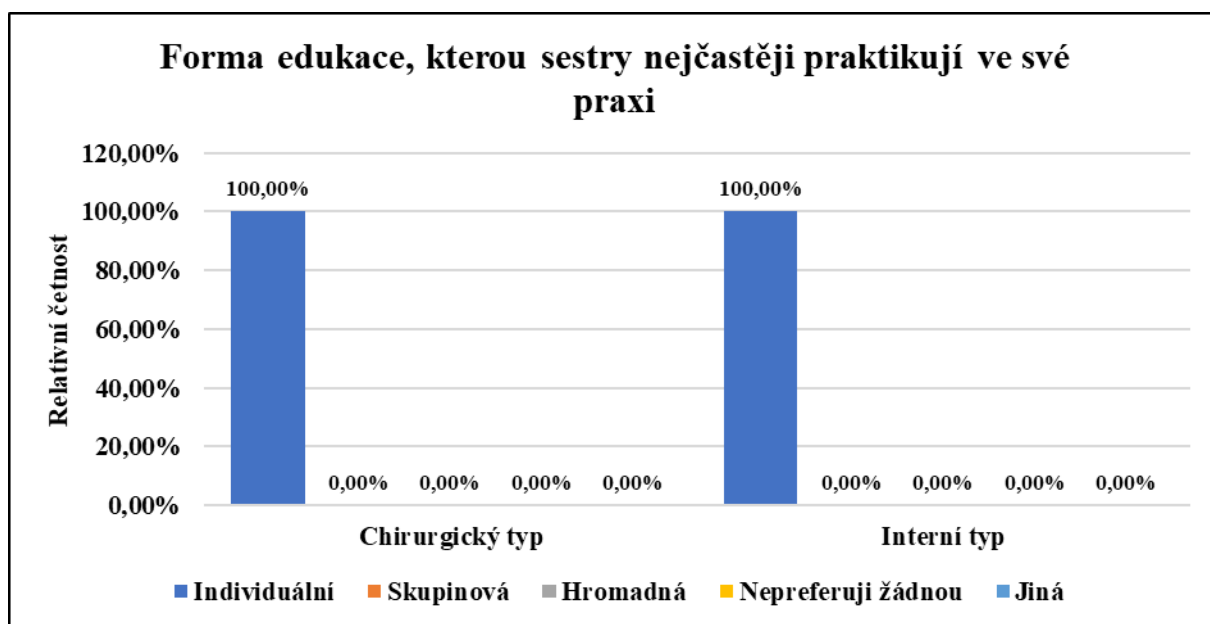
Otázka č. 12: Jakou formu edukace preferujete?



Obrázek 10: Sloupcový graf znázorňující nejvíce preferované formy edukace. (n=77)

Obrázek 10 zobrazuje formu edukace, kterou sestry nejvíce preferují. V největší míře se objevila možnost individuální formy edukace. Tuto formu uvedlo 75 respondentů (97,40 %).

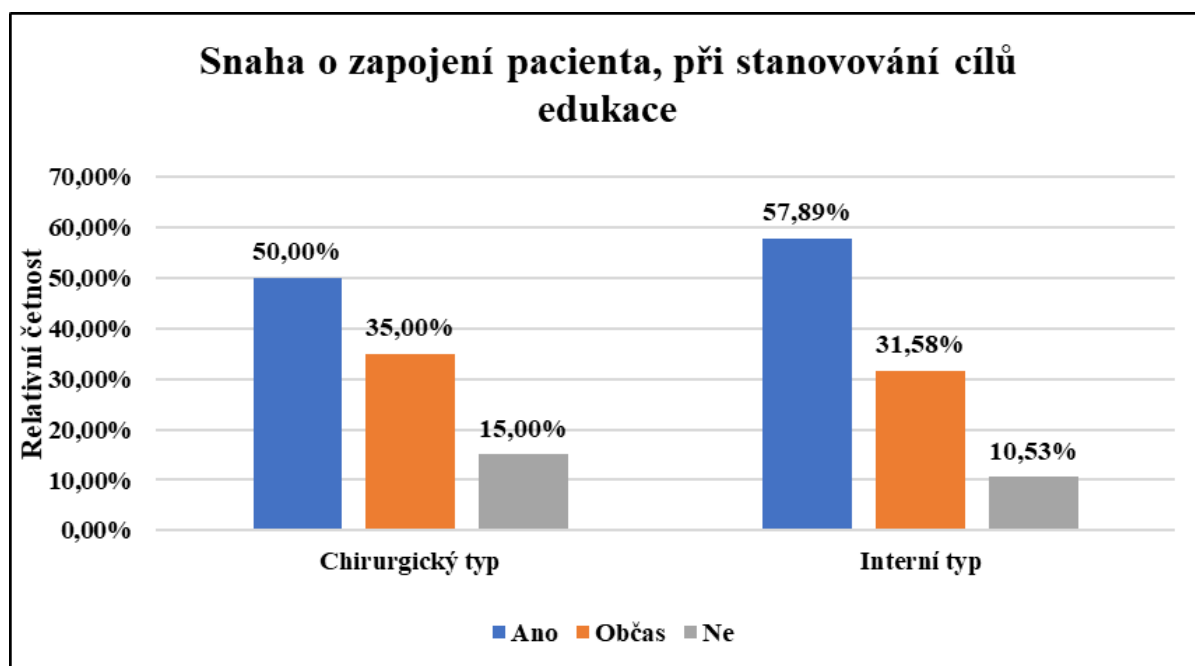
Otázka č. 13: Jakou formu edukace ve své praxi praktikujete nejčastěji?



Obrázek 11: Sloupcový graf nejčastěji užívané formy edukace v praxi sester.

Z grafu, který je obahem obrázku 11 vyplývá, že nejčastější formu edukace, kterou sestry praktikují ve své praxi, je forma individuální edukace. Tato možnost byla zvolena všemi respondenty, jak z chirurgického, tak z interního typu. Celkově tedy tuto možnost zvolilo 77 respondentů (100,00 %). Výsledek této otázky je velice uspokojivý, protože u této formy je brána v potaz individualita edukovaného.

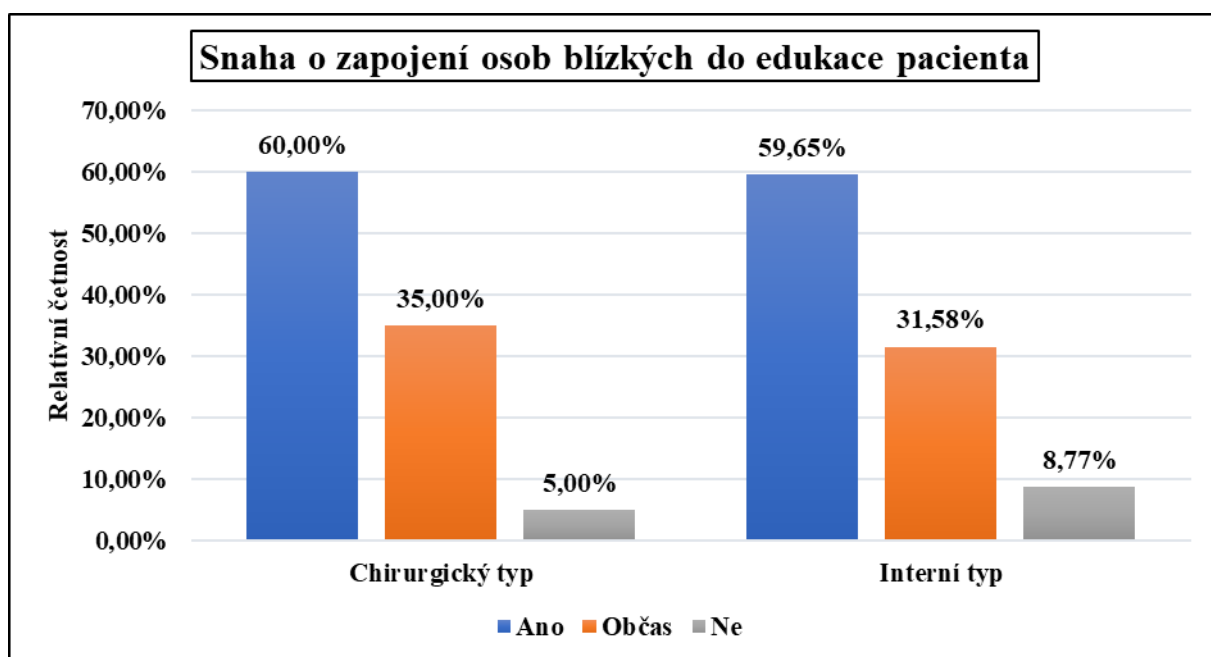
Otázka č. 14: Snažíte se zapojit do stanovování edukačních cílů i pacienta?



Obrázek 12: Sloupkový graf snahy o zapojení pacienta do stanovování edukačních cílů. (n=77)

Na obrázku 12 je popsáno, zda se všeobecné sestry při edukaci snaží o zapojení pacienta, při stanovování edukačních cílů. Respondentky z chirurgického typu v největší míře volily možnost ano (50,00 %). V interním typu byla také nejvíce volena možnost ano a to 33 respondentky (57,89 %). Je zarážející, že některé všeobecné sestry nezapojují pacienta vůbec, což si myslím, že někdy může mít špatný vliv na výsledek edukačního procesu. Ovšem také se musí brát v potaz stav a věk pacienta.

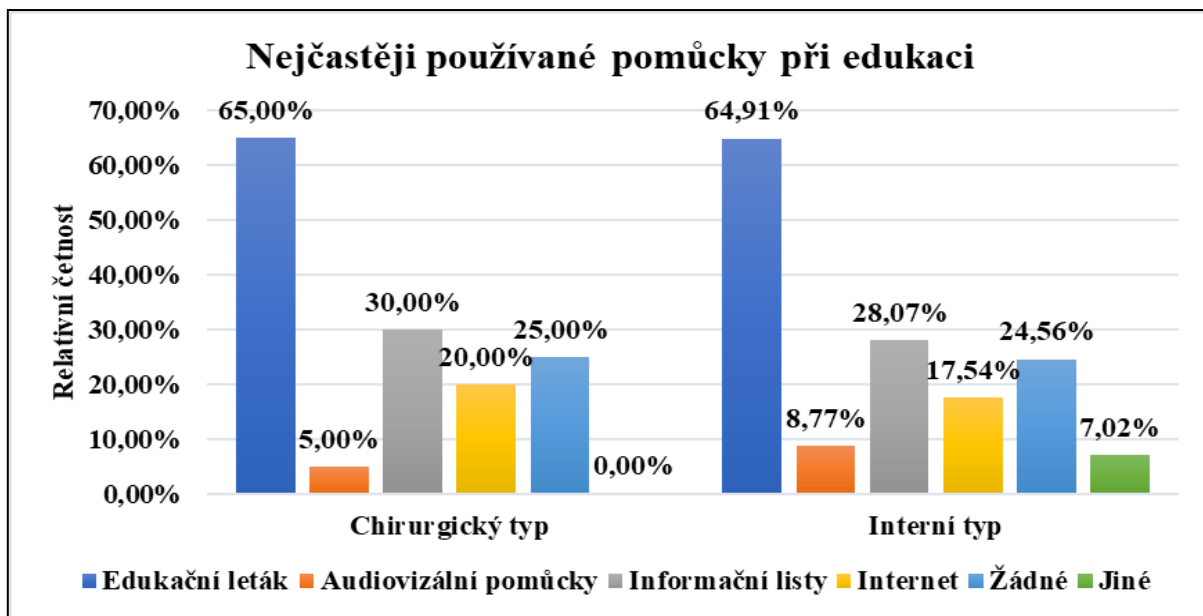
Otázka č. 15: Snažíte se zapojit do edukace i osoby blízké?



Obrázek 13: Sloupcový graf snahy o zapojení osob blízkých do edukace. (n=77)

Graf, který je zobrazen na obrázku 13 popisuje, zda všeobecné sestry zapojují do edukačního procesu diabetiků i osoby blízké. Nejvíce zaznamenaná odpověď z obou typů oddělení byla ano (59,74 %). Je dobré, že většina všeobecných sester se o zapojení snaží, protože to může mít pozitivní dopad na výsledek edukace. Ovšem některé všeobecné sestry zvolily možnost ne, ale tato možnost byla pouze v zanedbatelné míře.

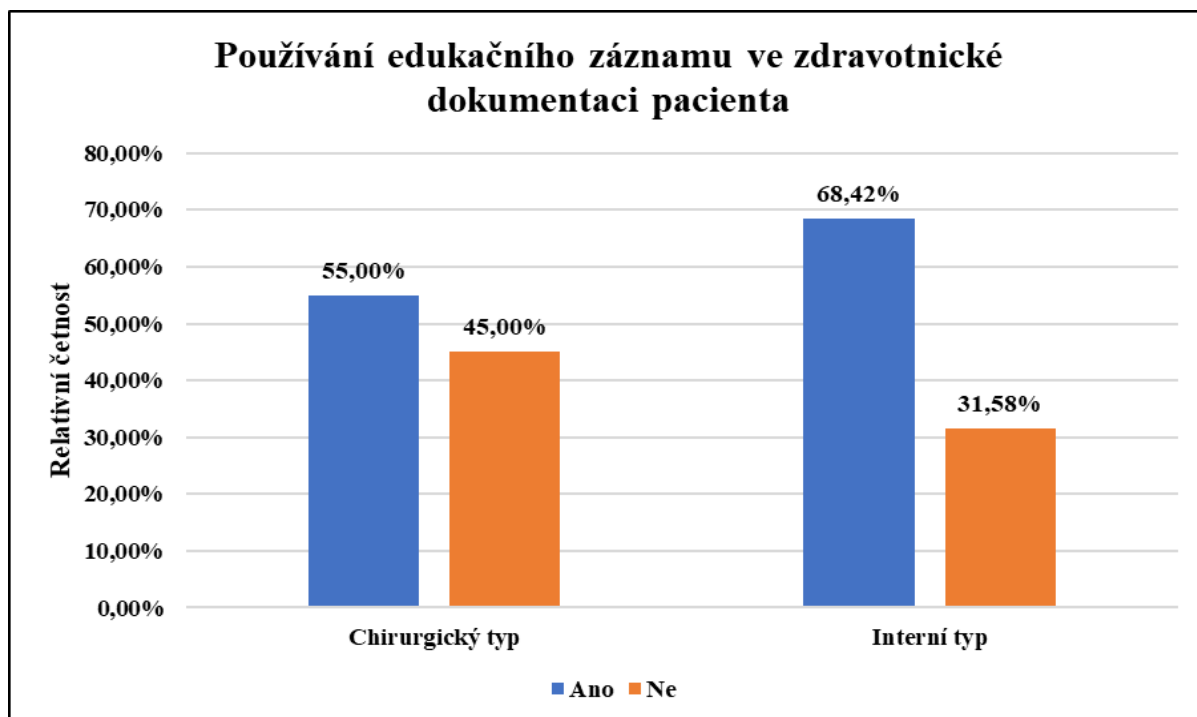
Otázka č. 16: Jaké pomůcky používáte k edukaci diabetických pacientů? (Možno zakroužkovat i více odpovědí)



Obrázek 14: Sloupcový graf nejčastěji užívaných pomůcek při edukaci. (n=77)

Obrázek 14 obsahuje graf, ze kterého lze vidět, které pomůcky jsou při edukaci nejčastěji užívány. Nejvíce užívanou pomůckou je edukační leták, kdy tuto odpověď celkem zvolilo 50 respondentů (64,94 %). Tento výsledek jsem víceméně očekávala. Ovšem některé respondentky uvedly, že nepoužívají k edukaci žádné pomůcky. Tato odpověď byla vybrána 14 dotázanými (24,56 %) . Některé sestry mě také uvedly, že využívají pomoci nutriční terapeutky.

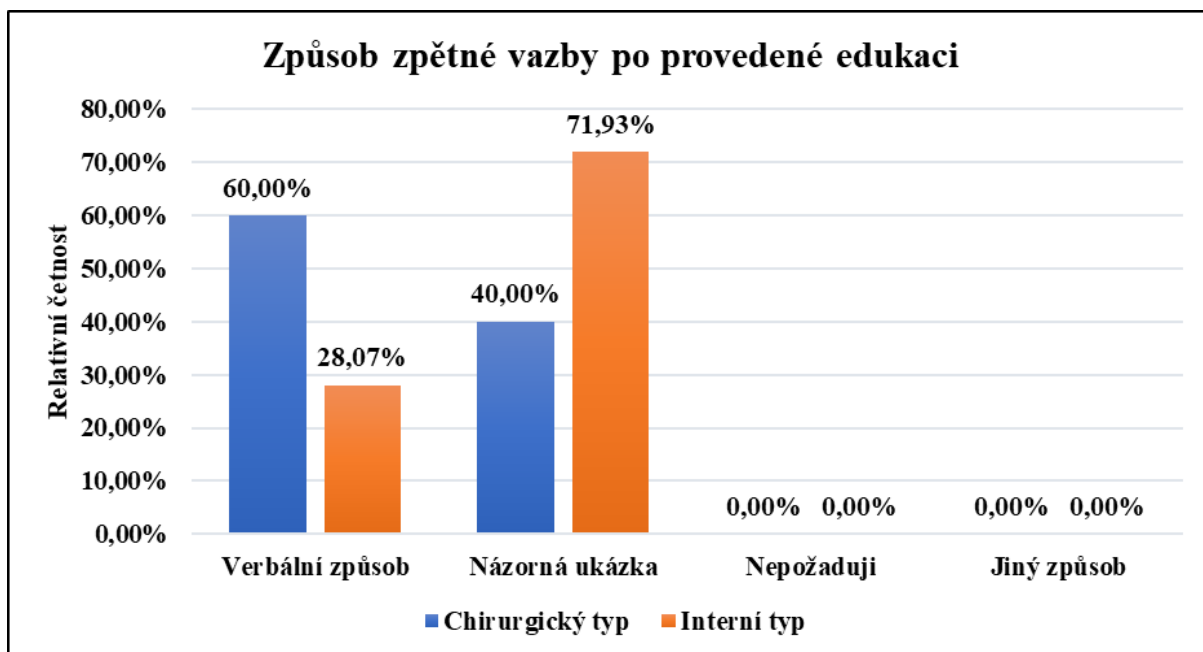
Otázka č. 17: Používáte ve své zdravotnické dokumentaci edukační záznam o tom, jak probíhá edukační proces u pacienta s onemocněním diabetes mellitus?



Obrázek 15: Sloupcový graf používání edukačního záznamu ve zdravotnické dokumentaci. (n=77)

Graf na obrázku 15 znázorňuje, zda používají respondenti edukační záznam ve zdravotnické dokumentaci. Kategorie ano byla z chirurgického typu oddělení zvolena 11 sestrami (55,00 %). Kategorii ne odpovědělo 9 respondentů (45,00 %). Z interního typu odpovědělo 39 respondentů (68,42 %) , že edukační záznam používají. Možnost ne uvedlo 18 respondentů (31,58 %). V této otázce mě respondentky překvapily, neboť jsem si myslela, že téměř všechny zvolí možnost ano.

Otázka č. 18: Jakým způsobem požadujete po pacientovi zpětnou vazbu po provedené edukaci?



Obrázek 16: Sloupcový graf zpětné vazby po edukaci. (n=77)

Na obrázku 16 je uvedeno, jakým způsobem vyžadují všeobecné sestry zpětnou vazbu po pacientovi. Kategorie verbální způsob byla zvolena 12 všeobecnými sestrami (60,00 %) z chirurgického typu. Kategorii názorná ukázka uvedlo 8 z dotázaných sester (40,00 %). V interním typu oddělení byla nejvíce volená možnost názorná ukázka. Takto odpovědělo 41 všeobecných sester (71,93 %). Možnost verbální způsob uvedlo 16 respondentů (28,07 %).

6 DISKUZE

V diskuzi si budu zabývat odpověďmi na průzkumné otázky, které jsem si položila na začátku mé práce. Dále budu své výsledky porovnávat s jinými pracemi na stejné či podobné téma a s odbornou literaturou. K průzkumnému cíli, který je zaměřen na edukaci diabetiků v praxi všeobecné sestry, se vážou průzkumné otázky, které jsou uvedené a podrobněji rozebrány níže.

6.1 Průzkumná otázka č. 1: Jak realizují všeobecné sestry edukační proces?

Juřeníková (2010) uvádí, že edukační proces u pacientů ve zdravotnictví je především zaměřen na péči o zdraví. Edukace by proto měla být individuální dle potřeb pacienta a měla by souhlasit s modelem péče o pacienty dle daného zařízení.

Všeobecné sestry v průzkumu také nejvíce uváděly individuální formu edukace. Pouze 2 všeobecné sestry uvedly, že nepreferují žádnou formu edukace. Při zjišťování, jakou formu edukace všeobecné sestry ve své praxi praktikují, uvedly všechny také individuální formu edukace. Tento výsledek je velice uspokojivý, protože všechny respondentky z mého průzkumu berou v potaz individualitu pacienta. Podobný výsledek ve své práci uvádí také Krmenčíková (2015). V její průzkumné části zjistila, že tuto formu využívají všeobecné sestry také v drtivé většině případů. Myslím si, že tato forma je nejideálnější, neboť se zaměřuje pouze na jednoho pacienta a jeho potřeby.

Při zjišťování, zda při tvorbě edukačních cílů zapojují všeobecné sestry i pacienta, zvolila většina všeobecných sester odpověď ano. Možnost občas uvedlo 25 všeobecných sester a v menší míře byla zvolena možnost ne. Krmenčíková (2015) ve své práci uvádí, že 70 % všeobecných sester sděluje edukační cíle svým pacientům Juřeníková (2010) uvádí, že edukant by měl znát cíle a důvody edukace, je to jeho volba a neměl by být do ničeho nucen. Pokud zná pacient všechny informace, je více připraven a také to může pozitivně ovlivnit výsledek edukace.

Dle těchto faktů mi vychází, že celkem mnoho pacientů do přípravy cílů edukace není zapojováno, což může mít velký vliv na výsledek a mnohdy je kvůli tomu zapotřebí provést opětovnou edukaci.

Dále bylo zjišťováno, zda se všeobecné sestry snaží zapojit do edukace i osoby blízké. Odpověď ano byla opět zvolena převážnou většinou všeobecných sester. Možnost občas zvolilo 25 všeobecných sester a 7 všeobecných sester uvedlo, že se nezapojují vůbec osoby

blízké do edukace. Proto aby byl výsledek edukace kvalitní, je někdy potřeba zapojit nejen pacienta, ale také i jeho rodinu. (Nemcová, Hlinková a kol.) Ovšem zřejmě záleží také na tom, zda jsou osoby blízké ochotny se zapojit nebo zda vůbec existují.

Dále bylo zjišťováno, jaké pomůcky všeobecné sestry v edukačním procesu užívají. Nejvíce užívané pomůcky jsou dle Juřeníkové (2010) textové učební pomůcky. Dále jsou také často, ale již méně využívané audiovizuální pomůcky. V dnešní době se také více do popředí dostává internet. Ovšem u některých věkových skupin pacientů tuto možnost nelze provádět. V mém průzkumu jsem dospěla k velice podobným závěrům. Textové pomůcky používá drtivá většina všeobecných sester. Nejvíce jsou užívány letáky a informační listy. Audiovizuální pomůcky uvedlo pouze 6 všeobecných sester. Internet, jako pomůcku pro edukaci zvolilo 14 všeobecných sester. Což je vzhledem k nejčastějším věkovým kategoriím trochu překvapivé. Také Suchá (2015) ve své práci uvádí, že některé sestry doporučí pacientům internetové odkazy, aby jim dopomohli nalézt správné stránky a nenarazili tak na klamné informace. Dále mě 19 všeobecných sester uvedlo, že nepoužívá k edukaci žádné pomůcky. Využívají tedy pouze mluveného slova a pouze 4 všeobecné sestry uvedly, že využívají pomoci nutriční terapeutky. Myslím, si že není dobře, že některé respondentky nevyužívají žádné pomůcky, protože pouze mluvené slovo mnohdy nestačí k tomu, aby pacient vše pochopil. Podle mého názoru, je dobré někdy tyto pomůcky kombinovat, protože některým pacientům nestačí pouze leták či brožura.

Všechny kroky edukace by měly být zaznamenávány do zdravotnické dokumentace. Edukační záznam má být zpravidla veden u každého pacienta. (Špirudová a kol., 2006.) Ovšem dle výsledků mého šetření používá edukační záznam 50 všeobecných sester Zbylých 27 respondentek uvedlo, že edukační záznam nepoužívají. Pillmaierová (2013) ve své práci uvádí, že na lůžkových odděleních 95,00 % všeobecných sester uvádí to, že považují edukační záznam za důležitý a pouze 5,00 % uvedlo edukační záznam jako nedůležitý. V porovnání s mým průzkumem jsou výsledky lehce odlišné, je to možná dáno jiným počtem respondentů. Z mého průzkumu je tedy jasné, že edukační záznam nepoužívá celkem velké procento všeobecných sester. Policar (2010) ve své knize uvádí, že zdravotnická dokumentace slouží pro zdravotnický personál jako zdroj informací a také jako důkazní zdroj při soudních sporech, ke kterým může dojít. Zároveň poskytuje informace pro samotného pacienta. Také uvádí, že se mají zaznamenávat veškeré údaje a změny, které proběhly u pacienta. Tento výsledek mě celkem překvapil, protože edukační záznam má být u každého edukovaného. A to už jen z toho důvodu, aby ošetřující personál měl informace o tom, jak

daleko pacient v edukaci je a co už zvládá. Nepoužívání edukačního záznamu vede k negativnímu výsledku edukace.

6.2 Průzkumná otázka č. 2: Jaké jsou rozdíly mezi edukací pacientů v chirurgickém typu oddělení a interním typu oddělení?

V této průzkumné otázce bylo zkoumáno, jaký je rozdíl v edukaci pacienta mezi chirurgickým a interním typem oddělení. Nejprve bylo zjišťováno, zda na některém z typů oddělení převažují pacienti s určitým typem DM. Z chirurgického typu oddělení bylo získáno 20 vyplněných dotazníků. Většina všeobecných sester uvedla, že nejčastěji edukují pacienty, kteří mají DM 2. typu. Pouze malé procento všeobecných sester uvedlo DM 1. typu. Interní sestry, kterých bylo celkem 57, také uvedly, že u pacientů, které edukují, se vyskytuje DM 2. typu nejčastěji. DM 1. typu uvedla opět malá část respondentek. Ačkoliv je v mém šetření více sester z interních typů oddělení než z chirurgických typů oddělení, je zde vidět, že pacientů s DM 2. typu se vyskytuje více než s DM 1. typu. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR z roku 2016, uvádí, že DM 2. typu v tuto dobu mělo 787 324 lidí a DM 1. typu mělo podstatně méně lidí a to 60 281.

Dále jsem se snažila zjistit, zda jsou rozdílné věkové kategorie pacientů s DM v jednotlivých typech oddělení. Z chirurgického typu drtivá většina všeobecných sester uvedla, že nejvíce pacientů s DM je ve věkové kategorii 50 a více let. Ostatní kategorie jsou zanedbatelné pro malé procento volby. V interních typech oddělení také převažovala kategorie 50 a více let. Tuto možnost zvolilo 46 všeobecných sester. Druhá nejvíce volená kategorie byla mezi 41. a 50. rokem života, kdy tuto možnost uvedlo 14 dotázaných. Zbylé věkové kategorie jsou opět pro malé procento volby zanedbatelné. Dle statistických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, je nejvíce pacientů s DM 1. typu od 20 a více let. V roce 2016 těchto pacientů bylo 57 944. Ústav zdravotnických informací neuvádí věkové rozložení pacientů s DM 2. typu, zřejmě proto, že tento typ byl dříve nazýván stařeckou cukrovkou. Výsledky mého průzkumu jsou v porovnání s ÚZIS velice rozdílné, což ovšem může být dáno malým počtem respondentů. Nicméně ani v tomto směru nejsou viditelné rozdíly mezi typy oddělení. Je zde vidět, že ve všech typech oddělení jsou nejvíce hospitalizováni pacienti, kterým je 50 a více let.

V dalším bodu bylo zjišťováno, jaký je rozdíl doby hospitalizace na chirurgickém a interním typu oddělení. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, je nejvíce pacientů hospitalizováno na interních typech oddělení s počtem 393 tisíc hospitalizací za rok 2016. Průměrná ošetrovací doba je zde 6,4 dne.

Chirurgická oddělení mají 336,5 tisíc hospitalizací za rok 2016 s průměrnou ošetrovací dobou 5,0 dne. Nejvíce interních pacientů je hospitalizováno 50 a více dnů. Takto odpověděla většina respondentů. Sestry z chirurgických typů oddělení volily všechny stejně, a to dobu hospitalizace 1 až 20 dnů. Ve svých výsledcích se ÚZIS lehce rozcházím. Rozdíly v mé práci mohou vycházet z menšího počtu respondentů.

Dále bylo zkoumáno, jaký je rozdíl v délce edukace pacienta s DM. Výpočet aritmetického průměru poukazuje na fakt, že interní sestry stráví edukací průměrně 19,7 minut a chirurgické sestry 15 minut. Je to zřejmě také dáno tím, že na interních odděleních stráví pacienti mnohem delší dobu a také tím, že v průzkumu bylo mnohem více sester z interních typů oddělení. Realizace edukačního procesu má být časově přizpůsobená danému pacientovi. S každým edukantem je proto důležité strávit tolik času, kolik on sám potřebuje. Ovšem každý pacient je jiný, proto je potřeba sesbírat všechny údaje. Důležitý je i věk edukanta. Z údajů se poté provede analýza, která poskytne informace o vlastnostech pacienta a o jeho schopnostech. (Kuberová, 2008)

Nevrllová (2013) se ve své práci zaměřuje na předoperační a pooperační péči o diabetika. Ve své práci zjišťovala, zda existují nedostatky ve znalostech o diabetu u všeobecných sester, které pečují o diabetika v předoperační a pooperační době. Z jejich výsledků vyplývá, že velké procento všeobecných sester nemá dostatečné znalosti v předoperační péči o diabetika. Rybka kol. (2006) uvádí, že všeobecná sestra by se měla neustále vzdělávat, neboť je stále více a více nových informací o diabetu. Změnil se také systém ve vzdělávání, kdy je zavedena příprava všeobecných sester na vysokých školách.

6.3 Průzkumná otázka č. 3: Jaká kritéria jsou, podle všeobecných sester, důležitá pro správnou edukaci?

V poslední průzkumné otázce jsem se zabývala kritérii, která jsou dle sester důležitá pro správnou edukaci. Zde je zařazena otázka příčiny edukační bariéry. Juřeníková (2010) uvádí, že edukační bariéra je určitá překážka, díky které je buď nemožné nebo obtížné dosáhnout vytyčeného cíle. V případě edukanta může být překážkou samo onemocnění, jazykové zábrany, psychický stav pacienta, osobnost pacienta či zvyklosti v dané kultuře. Ze strany edukátora může být příčinou příprava špatného prostředí, nedostatek času, znalostí a informací o daném onemocnění. V průzkumu byla nejčastěji uváděna odpověď nedostatek času na pacienta a osobnostní rysy pacienta. Mezi méně časté edukační příčiny byla zařazena i jazyková zábrana či neempatičnost a vlídnost edukátora nebo špatné prostředí pro edukaci.

Ostatní odpovědi jsou kvůli malému počtu zanedbatelné. Vápeníková (2015) se ve své práci zaměřila na edukační bariéru ze strany pacienta. Její výsledky poukazují na to, že většina respondentů používá kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadla a jiné) a pokud všeobecná sestra nepřizpůsobí edukaci těmto bariérám, je možné že podané informace nebudou plně pochopeny

V otázce, jaká je překážka ze strany edukátora, většina všeobecných sester odpověděla, že neshledávají žádné překážky. Toto tvrzení uvedlo 37 všeobecných sester. Ovšem v předchozí otázce, co shledávají jako příčinu edukační bariéry, 50 všeobecných sester uvedlo nedostatek času. Ovšem nedostatek času jako překážku z pohledu edukátora zvolilo pouze 5 respondentů. V tomto směru se tyto dvě otázky absolutně rozcházejí. Z pohledu edukátora byla jako největší překážka zvolena možnost nedostatek informací edukátora o daném onemocnění. Další volbou byl nezájem ze strany edukátora o pacienta, kdy tuto možnost uvedlo 14 všeobecných sester. Je překvapivé, že nejvíce volenou možností byl nedostatek znalostí edukátora o daném onemocnění. Tento výsledek nasvědčuje tomu, že edukace probíhá od špatného edukátora, který by si před samotnou edukací měl nejprve doplnit své znalosti. Všeobecná sestra by ale tyto znalosti měla mít, jelikož toto onemocnění je velice časté a setkává se s ním ve své praxi poměrně často a nezáleží přitom v jakém typu oddělení pracuje. Důležitou součástí je také sebereflexe, kterou by měl provádět každý edukátor. (Juřeníková, 2010) Chybně vedený edukační záznam jako překážku v edukaci uvedlo pouze 8 respondentů. Jestliže považuje chybně vedený edukační záznam jako překážku ze strany edukátora pouze těchto 8 respondentek, je očividné, proč některé všeobecné sestry nepovažují edukační záznam za důležitý. Tuto skutečnost jsem zjistila v předchozích otázkách. Přičemž tato skutečnost by měla být volená mezi nejčastějšími překážkami ze strany edukátora. Ovšem některé všeobecné sestry z mého průzkumu zřejmě nepovažují nutnost vést edukační záznam o proběhlé edukaci.

Dále bylo zjišťováno, jaký moment považují všeobecné sestry za nejméně a nejvíce problematický při edukaci pacienta s DM. Nejméně problematický moment je dle respondentů praktická část edukce a nejvíce problematický moment je dostatek času na pacienta. V porovnání s předchozími otázkami jsou tyto odpovědi v rozporu, jelikož jednou je nedostatek času uváděn jako nejčastější příčina edukační bariéry, avšak z pohledu edukátora, uvedly sestry nedostatek času minimálně. Překvapuje mě, že praktická část je zvolena jako nejméně problematická, jelikož jsem se domnívala, že tento moment bude v edukaci patřit

mezi nejvíce problémové. Praktickou částí se vlastně myslí to, jak je pacient schopen provádět například měření glykémie nebo píchnutí inzulínu.

Dalším kritériem v edukaci je zpětná vazba po provedené edukaci. Krmencíková (2015) uvádí, že 40 všeobecných sester zpětnou vazbu provádí kontrolními otázkami a pouze 16 všeobecných sester uvádí, že se přímo zeptají, zda pacient problematice porozuměl. Dále 34 respondentů chce od pacienta vyjmenovat vše, co si zapamatoval. Pouze 10 (12,99 %) nepožaduje žádnou zpětnou vazbu. Většina tedy využívá verbální způsob jako zpětnou vazbu. V průzkumu verbální způsob uvedlo 28 všeobecných sester. Avšak většina uvedla, že požaduje názornou ukázkou. Žádná z všeobecných sester neuvedla, že zpětnou vazbu nepožaduje vůbec. Tudíž bylo zjištěno, že všichni respondenti vyžadují zpětnou vazbu ve 100 % případů. Tento výsledek je uspokojující, protože každá edukace by měla být po celou dobu kontrolována, aby bylo průběžně zjišťováno, zda pacient všemu rozumí. (Juřeníková, 2010)

7 ZÁVĚR

Tato práce je zaměřena na edukaci pacientů s onemocněním DM v praxi všeobecné sestry. Při vyhodnocování výsledků průzkumné části práce bylo zjištěno, že každý edukační proces u pacienta s DM je prováděn individuálně. Myslím si, že je to velice dobrý výsledek, protože i když někdy všeobecné sestry nemají dostatek času, je důležité brát v potaz individualitu jedince. Zároveň výsledky ukazují, že většina všeobecných sester se snaží zapojovat do edukačního procesu pacienta i jeho blízké. Z mého pohledu by tomu tak mělo být, pokud to okolnosti dovolují. Ovšem je také spousta všeobecných sester, které pacienta ani jeho blízké nezapojují vůbec, což si myslím, že je škoda, protože to může negativně ovlivnit výsledek edukace. Edukační proces bývá nejčastěji realizován za pomoci edukačních letáků či informačních listů. V dnešním moderním světě se také do popředí dostává internet jako edukační pomůcka. (Juřeníková, 2010) Zjistila jsem také, že některé všeobecné sestry nevyužívají žádné pomůcky v edukaci. Myslím si, že pokud jsou užity jakékoliv pomůcky, napomůže to lepšímu průběhu a lepšímu výsledku edukačního procesu. Každý pacient, který je edukován, by měl mít edukační záznam o celém průběhu edukace ve své zdravotnické dokumentaci. (Špirudová a kol., 2006.) Bohužel, jsem zjistila, že některé všeobecné sestry nezaznamenávají edukaci do zdravotnické dokumentace. Špatně vedená zdravotnická dokumentace může vést k nedorozumění mezi zdravotnickým personálem a pacientem při edukaci.

Dalším výsledkem této práce je zjištění, že mezi edukací pacientů v interním a chirurgickém typu oddělení, je určitý rozdíl. Tento rozdíl je hlavně dán charakterem oddělení. Na interních odděleních bývají často pacienti s DM hospitalizováni právě z důvodu komplikací tohoto onemocnění. Bývají zde proto také déle a edukace ze strany sester je komplexnější. Na chirurgických odděleních jsou pacienti většinou z jiných důvodů než kvůli diabetu. Ovšem i zde by měla předcházet před různými výkony edukace ohledně diabetu, protože každý operační výkon může ovlivnit průběh onemocnění či ho dokonce může zhoršit.

Problém, který při edukaci pacientů nastává, je velmi často nedostatek času ze strany všeobecných sester (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 28). Sama za svou krátkou praxi ve zdravotnictví vidím, že má všeobecná sestra mnohem méně času na pacienta samotného, protože stráví většinu svého času zapisováním záznamů do zdravotnické dokumentace. Toto tvrzení mi většina všeobecných sester z průzkumu také potvrdila. Někdy edukace bývá složitá také kvůli povaze pacienta. Někteří pacienti si nedokáží představit, že musí změnit svůj

nastavený režim, a proto pak nedodržují léčebné postupy. Také ovšem může být problém ze strany všeobecné sestry při edukaci. V mém průzkumu bylo zjištěno, že všeobecné sestry nevidí žádnou překážku ze své strany. Ovšem v ostatních otázkách uvádí jako problém čas nebo nedostatek informací ze strany edukátora. V tomto směru bych navrhovala nějaký vzdělávací kurz na doplnění znalostí o diabetu. Jako velice důležitý se jeví fakt, zda sestry vyžadují zpětnou vazbu po provedené edukaci. V tomto kroku se vlastně edukátor dozví, zda byla jeho edukace úspěšná či nikoliv. Nejlepší variantou je kombinace verbálního a názorného způsobu, kdy je pacientovi vše důkladně ukázáno a zároveň vysvětleno. Většina všeobecných sester z mého průzkumu volila názornou ukázkou jako způsob zpětné vazby. Znamená to tedy, že užívají výše zmiňovanou kombinaci. Myslím si, že by bylo dobré provádět zpětnou vazbu za pomoci přímo mířených otázek, které by byly vždy sestaveny dle stavu, věku a osobnosti pacienta.

Zpracování této bakalářské práce je zaměřeno na průběh edukace u diabetiků všeobecnými sestrami a zda v tomto kontextu nastává nějaký problém. Zpracování této bakalářské práce pro mne bylo zajímavé především z důvodu, že se ve své praxi setkávám velice často s diabetiky, kteří nejsou dostatečně edukováni, a proto jsem chtěla zjistit, zda je nějaký problém v edukačním procesu ze strany všeobecné sestry. Z výsledků lze pozorovat určité nedostatky ze strany všeobecných sester v mnoha směrech, jako je nedostatek znalostí a času. Všeobecná sestra se musí neustále v tomto tématu vzdělávat a jako edukátor se v tomto směru musí také neustále zdokonalovat, aby mohla být její práce přínosem pro pacienta a tím pádem pro zlepšení jeho dovedností a následně brzkého propuštění z nemocničního prostředí. Bylo by vhodné provést výzkum s více respondenty z chirurgických typů oddělení, aby mohla být data více obsáhlejší a aby mohl být více viditelný rozdíl mezi edukací všeobecných sester z interního a chirurgického typu oddělení.

8 POUŽITÁ LITERATURA

1. BELZ, Horst a Marco SIEGRIST. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Vyd. 2. Přeložil Dana LISÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-930-9.
2. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
3. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
4. GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1..
5. JIRKOVSKÁ, Alexandra. *Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes: manuál pro edukaci diabetiků*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3246-9
6. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
7. KASPER, Heinrich a Walter BURGHARDT. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.
8. KOSÍKOVÁ, Věra. *Psychologie ve vzdělávání a její psychodidaktické aspekty*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2433-1.
9. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
11. NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, c2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
12. PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ. *Praktická diabetologie*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-244-5.

13. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
14. PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Přeložil Jan HENDL. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.
15. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
16. RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1612-7.
17. RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus -komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1671-8.
18. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
19. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1213-X.

Webové stránky

1. Stručný přehled činnosti oboru diabetologie a endokrinologie za období 2007-2016. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, 2016 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: <http://uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-strucny-prehled-cinnosti-oboru-diabetologie-endokrinologie-za-obdobi-2007>
2. Hospitalizování. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, 2016 [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>

Bakalářské a diplomové práce

1. KRMENČÍKOVÁ, Veronika. *Edukační proces u pacienta s diagnózou diabetes mellitus*. Praha, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství.
2. NEVRLOVÁ, Pavla. *Péče o diabetika v předoperačním a pooperačním období*. Zlín, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
3. PILLMAIEROVÁ, Monika. *Problematika záznamu edukačních plánů v praxi*. Plzeň, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

4. SUCHÁ, Iva. *Úloha sestry při dodržování zásad u dospělých pacientů s celiakií*. České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
5. VÁPENÍKOVÁ, Simona. *Propouštění pacienta na interním oddělení*. Pardubice, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

9 PŘÍLOHY

9.1 Příloha 1- dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Bielíková a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Pardubice, Fakulty zdravotnických studií, oboru Všeobecná sestra.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na edukaci pacientů s onemocněním diabetes mellitus v praxi všeobecné sestry ve Vaší nemocnici. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním poskytnutých dat.

Dotazník je zcela anonymní, nikde se proto prosím nepodepisujte.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Barbora Bielíková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) Méně než 5 let
- b) 5 až 15 let
- c) 16 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské

4. V jakém typu nemocničního oddělení pracujete?

- a) Chirurgický
- b) Interní

5. Jaké typy diabetu se nejčastěji vyskytovaly u pacientů, které jste edukoval/a?

- a) Diabetes mellitus 1. typu
- b) Diabetes mellitus 2. typu
- c) Gestační diabetes
- d) Ostatní specifické typy

6. Jaké věkové kategorie pacientů nejčastěji edukujete?

- a) Mladší 10 let
- b) Mezi 10. a 20. rokem života
- c) Mezi 21. a 30. rokem života
- d) Mezi 31. a 40. rokem života
- e) Mezi 41. a 50. rokem života
- f) 50 a více let

7. Jaká je průměrná doba hospitalizace pacienta s diabetem na Vašem oddělení?

- a) 1 až 20 dnů
- b) 21 až 50 dnů
- c) 50 a více dnů

8. Jakou průměrnou dobu strávíte edukací pacienta? Napište prosím.

.....
.....

9. Co jsou podle Vás příčiny edukační bariéry? (Možno zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Osobnostní rysy pacienta
- b) Neempatičnost a vlídnost edukátora
- c) Jazykové zábrany
- d) Nedostatek informací edukátora
- e) Nedostatek času na pacienta
- f) Prostředí pro edukaci
- g) Nedokáži posoudit
- h) Jiné příčiny (prosím vypište)

.....
.....

10. Jaké jsou podle Vás problematické momenty při edukaci pacienta? (Seřad'te prosím od nejméně problematického momentu po nejvíce problematický moment pomocí číslic 1-6)

- ... Praktická část
- ... Teoretická část
- ... Zpětná vazba
- ... Stanovení správných cílů
- ... Dostatek času na pacienta
- ... Aktivita ze strany pacienta

11. Jaké nejčastější překážky shledáváte při edukaci ze strany edukátora? (Možno zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Nedostatek informací o daném onemocnění
- b) Nezájem ze strany edukátora o pacienta
- c) Chybně vedený edukační záznam
- d) Neshledávám žádné překážky
- e) Jiné (napište prosím)

.....
.....

12. Jakou formu edukace preferujete?

- a) Individuální
- b) Skupinová
- c) Hromadná
- d) Nepreferuji žádnou
- e) Jiná (napíšte prosím)

.....

.....

13. Jakou formu edukace ve své praxi praktikujete nejčastěji?

- a) Individuální
- b) Skupinová
- c) Hromadná
- d) Jiná (napíšte prosím)

.....

.....

14. Snažíte se zapojit do stanovování edukačních cílů i pacienta?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne

15. Snažíte se zapojit do edukace i osoby blízké?

- a) Ano
- b) občas
- c) Ne

16. Jaké pomůcky používáte k edukaci diabetických pacientů? (Možno zakroužkovat i více odpovědí)

- a) Edukační letáky
- b) Audiovizuální pomůcky
- c) Informační listy
- d) Internet
- e) Nepoužívám žádné
- f) Jiné (napíšte prosím)

.....
.....

17. Používáte ve své zdravotnické dokumentaci edukační záznam o tom, jak probíhá edukační proces u pacienta s onemocněním diabetes mellitus?

- a) Ano
- b) Ne

18. Jakým způsobem požadujete po pacientovi zpětnou vazbu po provedené edukaci?

- a) Verbální způsob
- b) Názorná ukázka
- c) Nepožaduji
- d) Jiný způsob (napíšte prosím)

.....
.....