

POSÚDENIE V EDUKÁCIÍ CIEVNO-CHIRURGICKÝCH PACIENTOV S DIABETES MELLITUS

Edita Hlinková, Jana Nemcová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

HLINKOVÁ, E. – NEMCOVÁ, J. The Assessment of Education of Vascular – Surgery Patients with Diabetes Mellitus. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2011, vol. 1, no. 1, pp. 20–27.

Abstract

Introduction: Inadequate assessment of the educational process may be one of cause of ineffective education. The aim of the intervention (uncontrolled) study was to analyze the practical reasoning scheme of social interpretation method as a tool of systematic reasoning and educational process effectivity in case of vascular surgery patients, to identify the differences in care about a diabetic's legs and feet among patients with Diabetic Foot Syndrome (DFS) and Ischemic Disease of Lower Extremities (IDLE).

Methodology: To collect empirical, data we applied diagnosis contextual analysis in medical documentation, a structured dialogue, a structured observation, own construction questionnaire.

Results and discussion: We did not observe any differences in epistemological, axiological and technical conditions of rational activity of a surgical patient (a diabetic) before education that would suggest connection with a type of chronic complications of diabetes (DFS versus IDLE). Statistically significant relation was confirmed between surgical intervention and presence of negative emotions ($p = 0,002$; $V = 0,373$).

Conclusion: Dimensions of performed systematic judgment (practical reasoning scheme) in the educational process were proved as important factors that influence learning, behaviour and activity change in case of vascular surgery patients.

Keywords: assessment in educational process, a vascular surgery patient, Diabetic Foot Syndrome (DFS), Ischemic Disease of Lower Extremities (IDLE), social interpretation method

ÚVOD

Nedostatočné posúdenie v edukačnom procese môže byť jednou z príčin neefektívnej edukácie. Malo by sa povinne realizovať vstupné a pokračujúce posudzovanie pacientových vedomostí, postojov, zručností, jeho pohotovosť, pripravenosť, ochotu, motiváciu zmeniť svoje správanie, ako aj identifikovať prekážky učenia (bariéry učenia). Silné zvyky, etnické a kultúrne tradície môžu rovnako ovplyvňovať požadované zmeny správania. V posúdení sa treba zamerať na pacientove hodnoty, názory, presvedčenia, postoje, náboženstvo, súčasné životné stresory, minulé skúsenosti so systémom zdravotnej starostlivosti, životné ciele a iné (Rankin, Stallings, London, 2005, s. 78).

Preskúmaním teoretických východísk realizácie efektívneho posúdenia v procese edukácie pacienta sme dospeli k výberu metódy humanitnej interpretácie. Model praktické usudzovanie racionálneho aktéra (Černík, Viceník, Višňovský, 2000, s. 209–211) sme adaptovali na potreby diabetika v chirurgii, následne bol rozšírený a doplnený na základe analýzy základných konštruktov edukácie diabetikov. Metóda humanitnej interpretácie na základe rekonštrukcie praktického usudzovania umožňuje relatívne presnú interpretáciu ľudského konania (cez systematické posúdenie). Predovšetkým dáva možnosť nielen zistiť fakty, ale aj analyzovať dôvody ľudského konania. Ľudské konanie je zložitý, napr. potreba môže mať objektívny základ, ale jej uspokojenie najmä nad fyziologickú mieru môže mať dôvody, ktoré treba hľadať v psychike, v medziľudských vzťahoch, v kultúrnych vplyvoch (Nemčeková, Žiaková, 2002, s. 68). Vplyv posúdenia v edukácii pacienta sa overoval v niekoľkých zahraničných štúdiách (Funnell, Anderson, 2007, s. 45–49).

Pacienti s diabetes mellitus (ďalej DM) si v racionálnej rovine síce pripúšťajú možnosť vzniku diabetickej ulcerácie, ale emočne popierajú, že by takáto zdravotná situácia mohla nastať práve u nich. Obranný mechanizmus popretia je spôsobom vyrovnania sa so stresovou situáciou. Jedinec nepripisuje význam informáciám týkajúcim sa preventívnej starostlivosti o nohy diabetika a v prípade defektu môže vytesňovať informácie o ich závažnosti a potrebe odbornej pomoci. Bagatelizuje situáciu, podceňuje jej vážnosť, zanedbáva liečbu. U diabetika nás musí zaujímať nielen jeho správanie a konanie, ale aj faktory, ktoré ho môžu

ovplyvňovať, napr. rozdielny postoj, prístup k sebaopatre, k prevencii komplikácií z hľadiska motivácie, rodových stereotypov a iné (Nemčeková, Hlinková, Mištuna, 2004, s. 129). Uvedené faktory by sa mali identifikovať, analyzovať, realizovať dôkladné edukačné posúdenie a až následne edukovať. Ako uvádzajú Žiaková, Dingová (2009, s. 41), edukácia sa zameriava na zmeny vo sfére vedomostí, ich pochopenie vo vzájomných súvislostiach, následné ovplyvňovanie hodnotového systému, presvedčení, postojov a zmenu správania.

CIEĽ

Vychádzajúc zo záverov uvádzaných štúdií, sme realizovali rekonštrukciu praktického usudzovania podľa metódy humanitnej interpretácie ako nástroja systematického posúdenia v edukačnom procese. Hlavným cieľom bolo identifikovať epistemologické, axiologické, technické podmienky pre racionálne konanie chirurgického pacienta s diabetes mellitus 2. typu (ďalej DM 2) a porovnať rozdiely v starostlivosti o nohy diabetika medzi pacientmi, ktorí majú skúsenosti s diabetickou ulceráciou, a tými diabetikmi, ktorí skúsenosti nemajú, skúmať motivačné premisy a oblasť vôle vo vzťahu k chirurgickej diagnóze.

Hlavné výskumné problémy: Existujú rozdiely v epistemologických, axiologických a technických podmienkach racionálneho konania chirurgického pacienta (diabetika), ktoré by poukazovali na súvislosť s typom chronických komplikácií diabetu – syndróm diabetickej nohy (ďalej SDN) a obliterujúca artérioskleróza končatinových artérií (ďalej ICHDK).

SÚBOR

Výskumnú vzorku tvorili cievno-chirurgickí pacienti s diagnostikovanými chronickými komplikáciami DM 2 – so SDN (Wagnerova klasifikácia 0 až 5) a s ICHDK¹, ktorí boli evidovaní v ambulancii cievnej chirurgie Univerzitnej nemocnice v Martine (ďalej len UNM), alebo boli hospitalizovaní na Klinike transplantáčnej a cievnej chirurgie UNM a na Chirurgickej klinike UNM v Martine. V UNM sú hospitalizovaní a ambulanciu cievnej chirurgie navštevujú pacienti z celého územia Slovenska. Z celkového počtu respondentov (n = 100) bol priemerný vek 61,08 roka (± 6,54 roka). Vekové rozpätie výskumnej vzorky bolo od 43 do 70 rokov, z toho vo vekovej ka-

Tab. 1. Charakteristika vzorky respondentov z hľadiska rizikových faktorov ASO diabetika a kompenzácie DM

Rizikové faktory ASO / Indikátory kompenzácie DM	n	Minimum	Maximum	x	s
HbA1c	73	5,300 %	13,800 %	8,36068 %	1,616346 %
Hmotnosť (kg)	100	54	138	88,28	17,394
Výška (cm)	100	148	188	170,46	8,882
BMI	100	17,30	42,97	30,4101	5,18907
BMI ženy	47	20,61	42,97	30,1777	5,40984
BMI muži	53	17,30	42,20	30,6162	5,02814
TK – systola	100	110	200	141,56	17,164
TK – diastola	100	60	108	84,05	10,391
Celkový cholesterol	81	1,8	9,7	5,053	1,1504
LDL-cholesterol	72	1,33	5,40	2,8791	0,79215
HDL-cholesterol	72	0,66	1,68	1,1774	0,24646
TAG	77	0,66	4,57	1,9368	0,76995

* Klasifikácia telesnej hmotnosti podľa WHO 2000

Legenda: n – absolútna početnosť; % – relatívna početnosť; min. – minimum; max. – maximum; x – priemer; s – štandardná odchýlka

¹ Do súboru boli zaradení pacienti, ktorí mali v dokumentácii uvedené diagnózy: ischemická choroba dolných končatín (ďalej len ICHDK), artérioskleróza končatinových artérií (ďalej len ASO), periférna obliterujúca artérioskleróza (ďalej len PAO). Všetky diagnózy znamenajú ischemiu ako komplikáciu DM, ktorá postihuje artérie dolných končatín.

Tab. 2. Charakteristika vzorky respondentov z aspektu starostlivosti o nohy diabetika

Subjektívne výpovede pacienta	SDN (n = 52)		ICHDK (n = 48)	
	Áno	Nie	Áno	Nie
Verbalizuje problémy s nohami (v súčasnosti a za posledných 6 mesiacov)	51 (98 %)	1 (2 %)	42 (87,5 %)	6 (22,5 %)
Uvádza bolestivé príznaky nôh (posledných 3–5 rokov)	39 (75 %)	13 (25 %)	36 (75 %)	12 (25 %)
Užíva lieky na liečbu ischémie	49 (94 %)	3 (6 %)	41 (85 %)	7 (15 %)
Uvádza, že v minulosti mal realizovaný skríning nôh	30 (58 %)	22 (42 %)	31 (64,5 %)	17 (35,5 %)
Uvádza, že bol edukovaný o starostlivosti o nohy	16 (31 %)	36 (69 %)	22 (46 %)	26 (54 %)
Nosí vhodnú obuv	18 (35 %)	34 (65 %)	15 (31 %)	33 (69 %)
Nosí špeciálnu obuv pre diabetika	5 (9,5 %)	47 (90,5 %)	4 (8,5 %)	44 (91,5 %)

Legenda: SDN – syndróm diabetickej nohy; ICHDK – ischemická choroba dolných končatín; % – relatívna početnosť

tegórii 43 až 59 rokov (< 60 rokov) celkovo 43 respondentov a 57 v kategórii 60–70 rokov (\geq 60 rokov). Z chirurgického hľadiska sme respondentov rozdelili na dve vzorky: I. súbor so SDN (n = 52) a II. súbor s ICHDK (n = 48). Pri klasifikácii pacientov so SDN sme použili Wagnerovu klasifikáciu a rozdelili ich do troch skupín: Wagner 0 (počet 12), Wagner 1–2 (počet 19), Wagner 3–5 (počet 21). V rámci uvedených chirurgických diagnóz sme sa zamerali na zmapovanie liečby ischémie, ako aj syndrómu diabetickej nohy, opakované revaskularizácie, opakované hospitalizácie, návštevu cievnej ambulancie. Zisťovali sme rizikové faktory ASO diabetika (tab. 1). Charakteristiku vzorky respondentov z aspektu starostlivosti o nohy diabetika uvádzame v tab. 2. Dĺžka trvania DM vo vzorke respondentov sa pohybovala v rozmedzí od 1 do 35 rokov, priemerná dĺžka DM 13,12 roka (\pm 8,03), od 1 do 10 rokov 44 respondentov, viac ako 11 rokov 56 respondentov.

METODIKA

Pre zber empirických dát v klinickej praxi sme pred edukáciou použili ako hlavné výskumné nástroje obsahovú analýzu nálezov v zdravotnej dokumentácii pacienta, štruktúrovaný rozhovor a štruktúrované pozorovanie. Štruktúrovaný rozhovor obsahoval uzatvorené, otvorené a škálové otázky, ktoré boli rozdelené do 8 problémových oblastí: diabeticke diéta, farmakoterapia, monitoring glykémie, akútne komplikácie, chronické komplikácie, starostlivosť o nohy diabetika, faktory ovplyvňujúce učenie, bariéry učenia. Hodnotili sme epistemologické podmienky (teoretické vedomosti), technicko-technologické podmienky (pomôcky, prostriedky, vonkajšie podmienky) a faktory ovplyvňujúce učenie vrátane axiologických podmienok edukácie (kultúrne zvyklosti, tradície, duchovný život, vierovyznanie, záujmy, ochota a motivácia učiť sa: potreba učiť sa, ochota prijímať informácie, ochota nadobudnúť manuálne zručnosti, motivácia, vôľa, dostatok energie, negatívne emočné ladenie). Pre štatistické vyhodnotenie z metód induktívnej štatistiky boli použité: jednofaktorová analýza rozptylu (*One Way ANOVA*), test významnosti rozdielov priemerov, testová F-štatistika, korelačný koeficient Eta (η), pre úplnosť druhá mocnina koeficientu Eta (η^2), Cramerov kontigenčný koeficient V, Chi-kvadrát test nezávislosti, Pearsonov korelačný koeficient, párový t-test, test *MANOVA* (*Multivariate Analysis of Variance*).

VÝSLEDKY

Prezentujeme čiastkové výsledky, ktoré sme získali pred edukáciou, podmienky efektivity edukácie vo vzťahu k chirurgickej diagnóze (SDN verus ICHDK).

Epistemologické podmienky (vedomostná úroveň pred edukáciou). Vybrali sme 13 vedomostných položiek (merané na numerickej škále) z oblasti diabetická diéta, monitoring glykémie, pohybová aktivita, akútne a chronické komplikácie a starostlivosť o nohy diabetika. U pacientov so SDN bola priemerná vedomostná úroveň 55,77 %, čo nezodpovedá minimálnym požiadavkám (60 %) a výsledky sa považujú za neuspokojivé. U pacientov s ICHDK bola síce priemerná hodnota vyššia – 62,74 %, výsledky splnili minimálne kritériá hodnotenia, ale analýza rozptylu ANOVA nepreukázala ($p = 0,095$) vzťah medzi chirurgickou diagnózou a vedomostnou úrovňou (tab. 2). Korelácia medzi vedomostnou úrovňou a chirurgickou diagnózou je malá (0,168), vzťah nie je štatisticky významný. Na základe hodnotenia jednotlivých otázok môžeme konštatovať, že pacienti so SDN, ako aj s ICHDK, preukazovali najlepšie vedomosti z oblasti akútnych komplikácií DM – hypoglykémie. Správne odpovedalo 90,4 % diabetikov so SDN a 89,6 % s ICHDK. Nízku vedomostnú úroveň preukazovali v oblasti starostlivosti o nohy diabetika (33,3 % pacientov s ICHDK dodržiava zásady ošetrovania nôh a iba 15,4 % so SDN).

Technicko-technologické podmienky. Rovnako nás zaujímal vzťah medzi chirurgickou diagnózou a zabezpečením technicko-technologických podmienok (v prevencii a v starostlivosti o SDN). Hodnotili sme 11 položiek (predmety, pomôcky, prostriedky, vonkajšie podmienky), ktoré vychádzajú z požiadaviek prevencie a starostlivosti o nohy diabetika a mali by byť zabezpečené. Analýza rozptylu ($p = 0,176$) nepreukázala závislosť, korelácia vzťahov je malá (0,136; tab. 3). Vzťah medzi chirurgickou diagnózou a zabezpečením technicko-technologických podmienok nie je štatisticky významný. Iba 38 (16 so SDN) respondentov absolvovalo edukáciu zameranú na starostlivosť o nohy diabetika, z toho 11 boli edukovaní pred viac ako rokom. Najčastejšie edukáciu o starostlivosti o nohy diabetika robil diabetológ (16), v svojpomocnom klube diabetikov (7), potom cievny chirurg (6), neurológ (1), sestra v diabetológii (1), ostatní uvádzali viacerých odborníkov súčasne. Nevhodnú obuv, ktorá nespĺňala kritériá obuvi diabetika, malo 34 pacientov so SDN (65 %) a 33 pacientov s ICHDK (69%). Iba 5 diabetici so SDN mali špeciálnu obuv a 4 s ICHDK. Pomoc druhej osoby pri ošetrovaní nôh (prezeranie, strihanie nechtov) využíva 35 %. Pri zisťovaní problémov s ošetrovaním nôh, uviedlo 14 respondentov okrem iných problémov aj problém so zrakom (nemajú dobré okuliare, nemajú zrkadlo, nemajú lupu), 11 respondentov problém so sebaopaterou (nemá im kto pomôcť).

Tab. 3. Podmienky efektivity edukácie vo vzťahu k chirurgickej diagnóze (SDN verus ICHDK)

Katégoria hodnotenia	Pacienti so SDN (n = 52)	Pacienti s ICHDK (n = 48)	Štatistická významnosť
	priemer ± s	priemer ± s	
Vedomosti	55,77 ± 19,60	62,74 ± 21,69	p = 0,095
Technické podmienky	62,50 ± 34,12	56,53 ± 14,55	p = 0,176
Vôľa	62,50 ± 34,12	62,50 ± 37,54	P = 1,000
Ochota, motivácia	77,88 ± 16,68	82,20 ± 16,01	p = 0,190
Negatívne emócie	38,26 ± 23,05	33,18 ± 22,67	p = 0,270
Vplyv kultúry	47,70 ± 41,50	50,00 ± 36,83	p = 0,761
Duchovné potreby	1,161 (1–8)	0,63 (1–8)	p = 0,033
Viera	53,37 ± 42,88	50,52 ± 43,91	p = 0,589
Záujmy	43,27 ± 37,74	61,46 ± 40,92	p = 0,023

LEGENDA: n – rozsah vzorky; SND – syndróm diabetickej nohy; ICHDK – ischemická choroba dolných končatín; x – priemer; s – smerodajná odchýlka; p – hladina významnosti

Ochota, motivácia učíť sa. Medzi pacientmi so SDN a s ICHDK sme nezaznamenali rozdiely v ochote a motivácii ku zmene pred edukáciou v zmysle starostlivosti o nohy diabetika. Vzťah chirurgickej diagnózy k ochote, motivácii k zmene nie je štatisticky významný. Takmer podobné výsledky sme zaznamenali v prípade vyhodnocovania vnútornej motivácie k zmene ako samostatnej položky (korelácia vzťahov 0,105). Tri-

viálny vzťah je medzi chirurgickou diagnózou a vôľou (0,000). Zisťovali sme i vzťah medzi chirurgickou intervenciou a ochotou, motiváciou k zmene správania a konania a realizáciu opatrení v starostlivosti o nohy diabetika (pred edukáciou). Vzťah je štatisticky nevýznamný, korelácia vzťahov je malá (0,243), ako aj vzťah s hodnotením v oblasti vôle (0,238; tab. 3).

Negatívne emócie (strach, úzkosť, hnev, bezmocnosť, pocit viny, depresie). V našom súbore respondentov sa preukázal vplyv vykonanej chirurgickej intervencie, t. j. rozsahu chirurgického výkonu na frekvenciu výskytu negatívnych emócií, výskyt negatívneho emočného ladenia. U pacientov bez chirurgického výkonu je priemerná škálová hodnota 25,44 (25 – skôr nie ako áno), po amputácii digiti 43,54 (50 – neviem), po transmetatárzálnej amputácii a amputácii predkolenia 41,88, po bypasse 42,47. Analýza rozptylu ($p = 0,002$) preukázala závislosť negatívneho emočného ladenia od druhu vykonanej chirurgickej intervencie. Korelácia vzťahov medzi chirurgickou intervenciou a negatívnymi emóciami je stredná (0,373; tab. 4).

Tab. 4. Výskyt negatívnych emócií vo vzťahu k chirurgickej intervencii

Chirurgická intervencia/negatívne emócie	n	Priemer \pm s	Štatistická významnosť
Bez chirurgického výkonu	36	25,44 \pm 20,29	
Stav po amp. digiti	20	43,54 \pm 18,3	$p = 0,002$ $\eta^2 = 0,373$
Stav po amp. TMT, crurs	14	41,88 \pm 23,75	
Stav po bypass	30	42,47 \pm 24,58	
Spolu	100	35,82 \pm 22,9	

Legenda: n – rozsah vzorky; s – štandardná odchýlka; p – hladina významnosti; η^2 – korelácia medzi číselnou a kategorickou premennou; amp. – amputácia; TMT – transmetatarzálna

Axiologické podmienky (kultúrne zvyklosti, tradície, hodnoty, záujmy, viera). Respondenti v dimenzii axiologických podmienok hodnotili vplyv kultúry a tradícií na udržiavanie terapeutického režimu diabetika, vplyv duchovného života na postoj k chorobe a vplyv viery na prekonávanie problémov s chorobou. Zaznamenali sme štatisticky významné rozdiely v dimenzii duchovných hodnôt ($p = 0,033$; korelácia vzťahov 0,219). V ostatných sledovaných položkách boli nevýznamné vzťahy. K ďalšiemu overovaniu hypotézy respondenti písomne zakreslili hierarchiu hodnôt. Pri oboch diagnózach je najvyššou hodnotou zdravie, ďalej je to rodina. Získali sme štatisticky významné vzťahy medzi chirurgickou diagnózou a vplyvom záujmov na dodržiavanie terapeutického režimu ($p = 0,023$; korelácia 0,227; tab. 3).

DISKUSIA

Faktorom, ktorý participuje na vzniku diabetickej ulcerácie, je aj nedostatok vedomostí a nesprávne ošetrovanie nôh diabetika. Nemáme možnosť objektívne hodnotiť, či pacienti boli edukovaní v minulosti, keďže dokumentácia je nedostatočná, alebo neexistuje záznam o jej realizácii. Z tohto dôvodu ani nemôžeme jednoznačne povedať, že edukácia bola zanedbaná, alebo nebola realizovaná vôbec. Povinnosť sestry (pracujúcej v chirurgii alebo v diabetologickej ambulancii) poskytovať informácie a edukovať je daná legislatívne (Zákon č. 662..., 2007; Vyhláška č. 470..., 2006). V Koncepcii zdravotnej starostlivosti v odbore cievna chirurgia je v náplni činnosti uvedená poradenská a edukačná činnosť (Koncepcia zdravotnej starostlivosti..., 2006). Je v kompetencii manažmentu pracoviska zaradiť do náplne pracovnej činnosti sestier a lekárov edukačnú, poradenskú činnosť a vykonávať jej audit.

Napriek všeobecne známym skutočnostiam o význame rizikových faktorov akcentovaných počas hospitalizácie nie je efekt edukácie u cievno-chirurgických pacientov dostatočný, o čom svedčia i opakované hospitalizácie diabetikov so SDN (u 20 % pacientov je v priebehu kalendárneho roka potrebná opakovaná hospitalizácia; Mištuna, 2008, s. 682). Úspešnosť edukácie možno zvýšiť zintenzívnením interdisciplinárnej spolupráce, zlepšiť jej koordináciu i s angažovaním Zväzu diabetikov Slovenska (Mištuna et al., 2000, s. 43–47).

Výsledky v kategórii technicko-technologických podmienok signalizujú neuspokojivý stav v prevencii SDN. Podľa Medzinárodného konsenzu pre SDN by sa malo realizovať skriningové vyšetrenie nôh u nerizikových pacientov v diabetologických ambulanciách minimálne raz ročne. Rizikovní pacienti by mali byť kontrolovaní špecializovaným podiatrickým tímom, vlastná organizácia kontroly závisí od veľkosti rizika SDN a miestnych možností (*Syndrom diabetické nohy...*, 2000, s. 76). Pacienti sa dispenzarizujú podľa miery rizika (rizikovej kategórie 0–3). Diagnostika musí byť vždy aktívna, s cieľným pátraním po prítomnosti rizikových faktorov a prvých príznakov SDN (Martinka, 2008, s. 623). Pravidelné vyšetrenie nôh diabetika v diabetologickej ambulancii nielenže zvyšuje starostlivosť o diabetikov, ale zároveň znižuje indikáciu na neurologické vyšetrenie, z ktorého nie je vhodné robiť skriningové vyšetrenie (Krahulec, 2002, s. 45–50). Pacienti majú často vyšetrené nohy po prvýkrát, keď už existujú vážne problémy, ktoré svedčia o rozvinutom SDN (Mištuna et al., 2002, s. 43–47). Základom prevencie SDN je okrem pravidelnej kontroly nôh aj kontrola obuvi pri každej návšteve ošetrojúceho lekára. Nosenie nevhodnej obuvi a súčasne prítomnosť senzorickej neuropatie vedú často k vzniku kožných lézií a ulkusov s následnou amputáciou. Nesprávna obuv je najčastejšou vonkajšou príčinou ulcerácií.

V kontexte edukácie pacientov s DM sa zvyšuje význam výsledkov súvisiacich s mierou dopadu DM na motiváciu pacientov. Prítomnosť chronických komplikácií, ako aj pridružených ochorení, môže znižovať motiváciu, adhérenciu a kompliance pacienta v terapii, ale i naopak, nedostatok motivácie a non-kompliance, môžu byť významnou príčinou vzniku chronických komplikácií u diabetika (Santos, 2005, s. 397). Na základe výpovedí pacientov so SDN a s ICHDK sme nezaznamenali rozdiely v ochote a motivácii učiť sa (k realizácii činnosti v prevencii komplikácií DM) z hľadiska chirurgickej diagnózy. S motiváciou úzko súvisí vôľa, ktorá súhrnne označuje psychické procesy a vlastnosti, ktoré zabezpečujú riadenie činnosti a dosahovanie cieľov, osobitne v situáciách, keď je potrebné rozhodovať sa medzi niekoľkými možnosťami a prekonávať prekážky (Čáp, Mareš, 2007, s. 100; Nakonečný, 1995, s. 234–239). Jediniec sa rozhodne uskutočniť činnosti, určitými prostriedkami, ak navyše má dostatok cieľavedomej vôle, aby konal v súlade s vedomým rozhodnutím (Černík, Viceník, Višňovský, 2000, s. 29). Černík et al. (2000, s. 222–224) v metóde humanitnej interpretácie vysvetľujú odchýlky od racionálneho konania. Jednou z nich je nedostatok cieľavedomej vôle – jedincovi chýba dlhodobé úsilie o dosiahnutie cieľa, oslabuje sa jeho pozornosť, sebakontrola a sebaovládanie. Ako uvádzajú, je podstatný rozdiel medzi konaním, ktoré má účel v sebe samom, a konaním pod vonkajším tlakom. Tu vystupuje do popredia rozdiel medzi samostatným a nesamostatným konaním. Najvýraznejšie sa nesamostatnosť prejavuje tam, kde človek koná pod vonkajším nátlakom, na základe rozhodnutia, ktoré mu je cudzie a s ktorým nesúhlasí. Dôležitým faktorom pri DM, ktorý zohráva úlohu pri tzv. neúmyselnej non-kompliancii, je chýbanie symptómov, resp. signálov, že niečo nie je v poriadku (Hrachovinová, Jirkovská, 2006, s. 349).

Chronické komplikácie DM predstavujú pre pacienta hrozbu, obmedzenie, náročnú životnú situáciu, zásah do životných plánov, ktorý ho núti k zmene, väčšinou smerom k akejsi núdzovej variante so zhoršenými či obmedzenými podmienkami. Adaptácia na ochorenie je dlhodobý proces, v ktorom pacient hľadá zmysluplnosť v tom, čo sa s ním deje, hľadá príčiny krízovej situácie, ujasňuje si svoje plány do budúcnosti, svoje aktivity na zvládnutie situácie. Pomoc pacientom a ich rodinám sa zameriava na ventiláciu emócií pri zvládaní latentných afektov, pomoc pri prekonávaní rôznych prekážok v procese adaptácie, identifikáciu falošných adaptačných mechanizmov a podporu efektívnejších reakcií. Edukácia zahŕňa nielen inštrumentálnu pomoc, ale aj emocionálnu podporu. Emocionálna podpora v rámci edukácie pacientov s DM môže pomôcť redukovať pacientove pocity zlyhania, prežívanie viny, sklamania a nadmernú dramatizáciu problémových situácií. Prežívanie chorého je ovplyvnené aj myšlienkami na možný nepriaznivý vývoj choroby, neistotou, napätím, úzkosťou, obavami a strachom z neprijemných či bolestivých diagnostických a terapeutických procedúr. Hlavným problémom u pacientov s chronickým ochorením je odhadnutie toho, čo prinesie budúcnosť, žijú v neistote, prežívajú strach z amputácie. Dlhodobá psychická záťaž spojená so SDN môže viesť k nástupu maladaptívnych reakcií, úzkostných a depresívnych symptómov, porúch prispôsobenia sa, až k rozvoju úzkostných a afektívnych porúch, v niektorých prípadoch až s rizikom suicidálneho pokusu. Depresia je často nediagnostikovaná a neliečená (Rubin, 2000, s. 235; Peyrot, Rubin, 1997, s. 585). Neistota, ohrozenie integrity tela, strach o končatinu, možnosť amputácie pôsobia ako značná záťaž. Úplne zákonite vyvolávajú negatívne emočné zážitky, predovšetkým napätie, pocit frustrácie, hnevu, viny, depresívne symptómy, obavy, úzkosť, strach z rozvoja ulcerácie, z amputácie. Jednotlivec môže chápať svoju situáciu ako bezvýhodiskovú a nie je schopný mobilizovať svoje sily (Žiaková, Čáp, In Gurková, E. et al, 2009, s. 102–109). Pretrvávajúca úzkosť vytvára stres, ktorý zhoršuje stav pacienta. **Pomôcť** pacientovi vyrovnáť sa so stresom, alebo eliminovať ho, je jednou z najzodpovednejších a najšpecifickejších úloh sestry (Gurková, Čáp, In Gurková, E. et al, 2009, s. 152–162). Pacientovu úzkosť je jednoznačne možné ovplyvniť poskytnutím informácií a edukáciou. Ošetrovanie pacientov s cievnyim ochorením si vyžaduje individuálne riešenie psychologických problémov. Cievne ochorenie u diabetika sa z psychologického pohľadu označuje ako náročná životná situácia.

Pacient prechádza jednotlivými fázami prežívania choroby (výkrik, popretie, intrúzia, vyrovnanie, zmierenie) a určenie tejto fázy, resp. aktuálneho stavu pacienta predurčuje správnu voľbu komunikácie a podpory ako takej. Poznanie a vysvetlenie zvláštností prejavov v správaní pacienta prispieva k profesionalizácii práce sestry. Proces riešenia životnej situácie, akou je ochorenie ciev s možnosťou amputácie končatiny, je časovo neohraničený a individuálne podmienený. V súvislosti s uspokojovaním potrieb a dosahovaním cieľa vystupujú do popredia hodnoty, vzťah hodnôt a potrieb, ako aj proces hodnotenia, hierarchia hodnôt (Nakonečný, 2000, s. 45–46, 109). Zaznamenali sme štatisticky významné rozdiely v dimenzii duchovných hodnôt. Pacienti so SDN danej hodnote pripisujú väčší význam. Spiritualita človeka sa v bežnom vedomí často stotožňuje len s náboženskou vierou, avšak je vhodné na vyjadrenie používať termíny duchovnosť, duchovná dimenzia, ktoré sa chápu v širšom význame ako len náboženská viera. Ochorenie alebo iné radikálne zmeny v živote sú nielen zdrojom stresorov, ale môžu spôsobiť stratu kontroly nad životom a neschopnosť sebakontroly, čo vyvoláva neistotu, obavy, úzkosť. Uspokojovanie duchovných potrieb slúži na redukcii existenciálnej úzkosti, je dôležitým zdrojom vyrovnávania sa s neistotami v živote (Nemčeková, Tomagová, Bóriková, 2007, s. 109–111). U oboch skupín pacientov (SDN, ICHDK) najvyššou hodnotu v hierarchii hodnôt boli zdravie a rodina. Rodina je pre chorého človeka jedinou sociálnou skupinou, ktorá mu poskytne emocionálnu podporu. Je jediným sociálnym prostredím, v ktorom ostáva chorému individuálne špecifická rola (Křivohlavý, 2002, s. 132).

ZÁVER

V rozsahu ošetrovateľskej praxe sestra samostatne edukuje osobu, rodinu alebo komunitu o ošetrovateľskej starostlivosti s dôrazom na sebestačnosť, poskytuje informácie súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v potrebnom rozsahu osobe, rodine alebo komunite (Vyhláška č. 470..., 2006). Prevencia SDN prostredníctvom edukačných intervencií je aj jednou z úloh ošetrovateľstva s cieľom zlepšiť zdravotný stav populácie diabetikov a redukovať rizikové faktory. U pacienta s DM 2 sa teda stretávame s mimoriadne širokou škálou psychických a sociálnych problémov, ktoré síce dokážeme vymenovať, ale musíme si uvedomiť, že vždy ide o konkrétneho jedinca s určitým stupňom závažnosti zdravotných ťažkostí a jeho osobnosť s individuálnymi dispozíciami, určitými charakteristikami a vlastnosťami, s jeho mierou odolnosti voči stresu, osobnostnými skúsenosťami, rodinným prostredím, sociálnou oporou a množstvom ďalších intervenujúcich faktorov. Ošetrovateľské posudzovanie by sa preto nemalo podceňovať. Štúdia odhaľuje oblasti edukačného posudzovania s využitím metódy humanitnej interpretácie prostredníctvom schémy praktického usudzovania racionálne sa správajúceho aktéra (pacienta). Naším cieľom bolo vypracovať zoznam dimenzií, ktoré by mali byť posúdené v rámci edukačného procesu u pacienta s diabetom 2. typu v prevencii a v starostlivosti o SDN (obsah edukačného posudzovania):

1. posúdenie úrovne vedomostí, zručností;
2. hodnoty, postoje, normy, presvedčenia;
3. pomôcky, prostriedky, vonkajšie podmienky (nevyhnutné pre dosiahnutie edukačných cieľov);
4. vôľa, ochota, motivácia učiť sa (kompliancia/ adherencia);
5. výskyt negatívnych emócií (strach, úzkosť, hnev, bezmocnosť, pocit viny, utrpenie, depresie);
6. vek, pohlavie, úroveň vzdelania, sociálny stav;
7. dĺžka trvania DM, opakované hospitalizácie, členstvo v svojpomocnom klube diabetikov.

V príspevku publikujeme čiastkové výsledky pred realizáciou edukácie u danej vzorky respondentov. Zaujímavé významné štatistické výsledky z hľadiska chirurgickej diagnózy sme získali po realizácii štruktúrovaného edukačného programu (po 6 mesiacoch).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ČÁP, J. – MAREŠ, J. 2007. *Psychologie pro učitele*. Praha : Portál, 2007. 656 s.
- ČERNÍK, V. – VICENÍK, J. – VIŠŇOVSKÝ, E. 2000. *Praktické usudzovanie, konanie a humanitná interpretácia*. Bratislava : Iris, 2000. 267s.
- FUNNELL, M.M. – ANDERSON, R. M. 2007. AADE position statement: individualization of diabetes self-management education. In *Diabetes Educ.*, 2007, vol. 33, p. 45–49.
- GURKOVÁ, E. – ČÁP, J. 2009. Úzkosť. In GURKOVÁ, E. et al. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009. s. 152–162.
- Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore cievná chirurgia*. Vestník MZ SR 28 – 42/2006.
- KRAHULEC, B. 2002. Chronické komplikácie diabetes mellitus – polyneuropatia. In *Interná medicína*, 2002, s. 45–50.

- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada, 2002. 198 s.
- MARTINKA, E. 2008. Syndróm diabetickej nohy. In: Mokáň, M. et al. *Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia*. Martin : P+M, 2008. s. 614–637.
- MIŠTUNA, D. et al. 2002. Diabetická noha – problém edukácie pacientov. In *Diabetes a obezita*, 2002, roč. 2, č.3, s. 43–47.
- MIŠTUNA, D. 2008. Cievne choroby dolných končatín u diabetikov. In Mokáň, M. et al. *Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia*. Martin : P + M, 2008. s. 682.
- NAKONEČNÝ, M. 1995. *Psychologie osobnosti*. Praha : Academia, 1995. 336 s.
- NAKONEČNÝ, M. 2000. *Lidské emoce*. Praha : Academia, 2000. 335 s.
- NEMČEKOVÁ, M. – TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. 2007. Duchovná tieseň ako ošetrovateľská diagnóza. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*, 2007, Supl., roč. 5, č. 6, s. 109–111.
- NEMČEKOVÁ, M. – ŽIAKOVÁ, K. 2002. Ošetrovateľstvo ako praktická veda : metodologické aspekty. In *VIII. Kráľovohradecké ošetrovateľské dny*. Hradec Králové : NUCLEUS HK, 2002. s. 68.
- NEMČEKOVÁ, M. – HLINKOVÁ, E. – MIŠTUNA, D. 2004. Edukácia chirurgických pacientov-diabetikov. Nové metodologické východiská. In *Trendy v ošetrovateľstve III*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2004. s. 128–135.
- PEYROT, M. – RUBI, R.R. 1997. Levels and risk of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. In *Diabet Care*, 1997, no. 20, p. 585–590.
- RANKIN, S.H. – STALLINGS, K.D. – LONDON, F. 2005. *Patient Education in Health and Illness*. 5th ed. Philadelphia : Lippincott Company, 2005. 368 p.
- RUBIN, R.R. 2000. Psychotherapy and counselling in diabetes mellitus. In SNOEK, F. J., SKINNER, T. CH. *Psychology in diabetes care*. Willey, 2000. s. 235–263.
- SANTOS, E.C.B. et al. 2005. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. In *Rev Latino-am Enfermagem, Maio-Junho*, 2005, vol. 13, no. 3, s. 397.
- Syndróm diabetickej nohy. *Mezinárodní konsenzus vypracovaný Mezinárodní pracovní skupinou pro syndrom diabetickej nohy*. Praha : Galén, 2000. 103 s.
- Vyhláška MZ SR č. 470/2006 Z. z., ktorou sa mení vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom.
- Zákon č. 662/2007 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576 / 2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- ŽIAKOVÁ, K. – DINGOVÁ, M. 2009. Edukačné stratégie v prevencii a podpore zdravia. In BAŠKOVÁ, M. et al. *Výchova k zdraviu*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009. s. 40–56.
- ŽIAKOVÁ, K. – ČÁP, J. 2009. Beznádej. In Gurková, E. et al. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009. s. 102–109.

Kontakt

Mgr. Edita Hlinková, PhD.
Ústav ošetrovateľstva
Jesseniova lekárska fakulta v Martine
Malá Hora 5
036 01 Martin
hlinkova@jfm.ed.uniba.sk