

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2018-2020

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Hana Havlíčková

**Edukace dospělého s diabetes mellitus v procesu nutriční
péče**

Praha 2020

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Josef Petrášek

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2018-2020

DIPLOMA THESIS

Hana Havlíčková

**Education of an Adult with Diabetes Mellitus
in the Process of Nutrition Therapy**

Prague 2020

Diploma Thesis Work Supervisor: PaedDr. Josef Petrášek

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 10.01.2020

Hana Havlíčková

Poděkování

Děkuji za cenné připomínky vedoucímu této diplomové práce PaedDr. Josefu Petráškovi.

Anotace

Tato teoreticko-empirická diplomová práce přináší komplexní pohled na edukační proces v nutriční péči u jedince s metabolickým onemocněním diabetes mellitus. V teoretické části jsou definovány stěžejní pojmy dotýkající se této problematiky a popsány pedagogické zásady v diabetologii. Tato část také přináší přehled používaných forem a metod při práci nutričního terapeuta s diabetikem. Praktickou část tvoří kazuistika, která si klade za cíl popsat edukační proces u konkrétní pacientky z pedagogického pohledu a zjistit efektivnost použitých metod.

Klíčová slova

Andragogika, diabetes mellitus, edukace, metody a formy edukace, nutriční péče, nutriční terapeut, pacient, proces.

Annotation

This theoretical and empirical diploma thesis comprehensively describes the education process of a diabetes mellitus patient in nutrition therapy. In the theoretical part, the key terms of this field are defined and pedagogical principles used in diabetology are described. This part also focuses on forms and methods that a nutrition therapist uses when working with a diabetes mellitus patient. The practical part is made up of a case study and its aim is to describe an education process of a concrete patient from the point of view of pedagogy and to find out the effectivity of the employed methods.

Keywords

Andragogy, diabetes mellitus, education, methods and forms of education, nutrition therapy, nutrition therapist, patient, process.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 EDUKAČNÍ PROCES VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	11
1.1 Edukace dospělých	13
1.2 Fáze edukačního procesu.....	15
1.3 Cíle edukace	17
1.4 Komunikace ve zdravotnictví.....	19
1.5 Edukační prostředí.....	20
1.6 Zdravotník jako edukátor	21
1.7 Chronický pacient jako edukant	22
1.8 Zdravotnická dokumentace	24
2 EDUKAČNÍ PROCES U DIABETIKA 2. TYPU V NUTRIČNÍ PÉČI.....	26
2.1 Motivace dospělého diabetika	28
2.2 Diabetes mellitus 2. typu	29
2.3 Nutriční terapeut jako edukátor	31
2.4 Formy edukace u diabetiků	32
2.5 Programy v diabetologii	34
2.6 Výukové metody	35
2.7 Specifické pomůcky pro diabetiky	38
2.8 Nutriční péče	40
PRAKTICKÁ ČÁST	42
3 EDUKACE V NUTRIČNÍ PÉČI	42
3.1 Úvod do problematiky	42
3.2 Cíle empirické části	43
3.3 Základní anamnestické údaje	44
3.4 První edukace	47
3.5 Druhá edukace	67
3.6 Třetí edukace:	73
3.7 Čtvrtá edukace	77
3.8 Poslední edukace	80
3.9 Vyhodnocení edukačního procesu nutričním terapeutem	85

4 DISKUZE	86
ZÁVĚR	91
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	94
SEZNAM ZKRATEK	99
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	101
SEZNAM PŘÍLOH.....	102

ÚVOD

Epidemie, tak je v současnosti označován celosvětový výskyt chronického onemocnění zvaného diabetes mellitus. Tato choroba vznikající především jako důsledek špatného životního stylu naší civilizace postihuje stále mladší jedince. V naší zemi jí trpí asi 9 % lidí a ročně je zaznamenáno 30 000 nových diabetiků. S trendem stárnutí společnosti se bude nárůst zvyšovat.

Motto „*Diabetik, který ví nejvíce, žije nejdéle.*“ vyslovené propagátorem edukace doktorem Joslinem, je platné již sto let. Vystihuje nezastupitelnou úlohu edukace při léčbě chronického metabolického onemocnění zvaného diabetes mellitus a začlenění nemocného zpět do společnosti. Tato skutečnost je dlouhodobě uznávána i Světovou zdravotnickou organizací. V české republice je obdobný postoj vydán Českou diabetologickou společností, formulovaný přímo v Národním diabetologickém programu. Edukace patří ve zdravotnictví ke každodenním činnostem. Rychlý růst počtu pacientů s diabetem mellitu tedy vyvolává potřebu řešit dynamičtěji tuto situaci, hledat efektivnější metody a celkově zdokonalovat edukační proces v nutriční péči. Výzvou jsou tedy nejen stále sofistikovanější kompetence nutričního terapeuta, ale i správné pedagogické působení, tzn. kompetence andragoga. Zkušenosti také poukazují na nutnost pacienta stále aktivizovat a účinně motivovat, neboť dostatečnou vnitřní motivaci má pouze malá část nemocných. Absence vnitřní motivace a vlastní aktivity je dána tím, že diabetici nemají v počátku nemoci často žádné problémy. Přístup pacientů k edukaci ovlivňuje ve velké míře i fakt, že diabetes mellitus je nemoc léčitelná, nikoliv vyléčitelná. Zásadní je proto pacientovo porozumění podstatě onemocnění a vážným následkům, které při odmítání léčebného režimu vznikají. I přes náročnost plynoucí z přístupu chronických pacientů, musí edukační proces po celou dobu respektovat individualitu a životní styl nemocného. Úspěšně zedukovaný pacient je jedinec mající zodpovědný přístup ke svému zdraví, ukotvené správné návyky v běžném životě a rozumně nastavený žebříček životních hodnot. Je schopen samostatně zvládat svoje onemocnění a mít ho dlouhodobě pod kontrolou. Má tedy vědomosti i dovednosti, které vedou k trvalé kompenzaci choroby.

Diplomová práce je teoreticko-empirická. Jejím cílem je podat ucelené informace o edukačním procesu v diabetologické nutriční péči a pomocí kazuistiky zjistit vhodnost či nevhodnost edukačních metod použitých na konkrétní pacientce. Cílem teoretické

částí je vysvětlení pojmů a souvislostí dotýkajících se edukace ve zdravotnictví, specifík vzdělávání dospělých pacientů, výživy při diabetu mellitu, využití pomůcek, možností edukačních postupů a metod. Práce vychází z poznatků, že vzdělávání dospělého má svá pravidla, je nutné dodržovat pedagogické zásady a specifika edukační činnosti zdravotnického pracovníka při práci s dospělým diabetikem. Podklady pro tato stanoviska jsou získána sekundární analýzou dat ve vztahu k tématu této práce z odborných zdrojů. Obsahem praktické části je kvalitativní výzkum, použita je metoda kazuistika. Předmětem zájmu je chronicky nemocná pacientka s diabetes mellitus 2. typu, u které je nutno provést edukaci s nutričním cílem kompenzace jejího onemocnění. Hlavním cílem praktické části v rámci diplomové práce je však popsat edukační proces u pacientky z pedagogického pohledu a zjistit efektivnost konkrétních použitých edukačních metod. Vytvořen je plán s dílčími cíli, který je aktuálně postupně upravován - jsou navrženy konkrétní postupy a možnosti řešení dle vývoje edukace a zpětné vazby od edukantky. Do programu jsou zařazeny slovní i praktické metody v individuální i skupinové formě. Z několikaměsíční spolupráce autorky s pacientkou jsou utvořeny závěry a konkrétní doporučení vycházející ze zjištěných skutečností.

Autorka pracuje jako nutriční terapeutka a současně jako učitelka na zdravotnické škole, kde na oboru Diplomovaný nutriční terapeut vyučuje odborné předměty. Toto téma si vybrala jako součást profesního vzdělávání. Motivací je vlastní zájem o hlubší poznatky v této oblasti. Práce by mohla sloužit studentům výše zmíněného oboru jako výukový materiál nebo zdravotníkům jiných oborů pro základní orientaci v problematice úzce související s jejich profesí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKAČNÍ PROCES VE ZDRAVOTNICTVÍ

„Stále častěji se v souvislosti s pracovní činností v praxi objevuje termín edukace ve smyslu vzdělávání, respektive předávání informací k určitému tématu (mnohdy například ve zdravotnictví, tzv. edukace pacientů).“ (Veteška, 2016, s. 180)

Hlavní filosofické směry, ze kterých vychází edukace ve zdravotnictví, jsou hermeneutika, existencialismus, fenomenologie a holismus. Hermeneutika je aktuálně vnímána jako porozumění druhému člověku i sebe samému. Přenos informací, kdy na jedné straně je vysvětlení a na straně druhé pochopení, je považováno za důležité, ale hlavní roli zde hraje vlastní porozumění nové situaci obou účastníků v edukačním procesu. Pro filosofický směr existencialismus je typický existenciální prožitek, který se v ošetrovatelské péči objevuje často v souvislosti rozhodnout se pro jasný a přesný postup. Edukátor přejímá odpovědnost za daný postup v konkrétním případě s konkrétním člověkem. Tento prožitek je zde navíc vázán na skutečnost, že chronicky nemocný pacient je vystaven neobvyklé situaci. Tou může být šok z diagnózy, strach z neznámého, vina a podobně. Edukant tak vnímá dění daleko intenzivněji. Emoce v podobě strachu a obav si však musí sám prožít. Pokud by prožitek nenastal, člověk by nemohl v budoucnosti vycházet ze zkušeností, které jsou potřebné k úspěšné edukaci, tj. k naplnění stanoveného cíle. Zkušenost je vázána na další filosofický směr, který se ve zdravotnictví uplatňuje – na fenomenologii. (Krátká, 2016, s. 16) *„Fenomén je vše, co se ukazuje ve zkušenosti, a to vnější (v našem případě edukátor, edukant, prostředí nemocnice) nebo vnitřní, kdy vnímáme, co se v nás děje (přání, úzkost, obava,...).“* (Krátká, 2016, s. 13) Posledním zmíněným směrem je holismus, který do současné péče o nemocné jednoznačně patří. Podstatou je komplexní pohled na pacienta. Při tomto pojetí nelze oddělovat fyzickou a psychickou stránku. Je třeba dodržovat celistvost, tedy myslet na to, že i psychika a sociální vztahy velmi ovlivňují tělesný stav. Komplexnost přístupu a provázanost edukační intervence u těchto lidí je nutné vždy dodržet i v rámci jednotlivých oborů - například lékař, nutriční terapeut, psycholog, sociální pracovníce, fyzioterapeut. Tento multidisciplinární přístup je základem kvalitní péče a edukace pacientů. Současně je ale nutné zajistit optimální, specifické a odpovídající potřeby pro

konkrétního pacienta. Takto pojatý přístup v procesu edukace je jedním ze základních předpokladů k úspěchu. (Juřeníková, 2010, s. 24)

V edukačním procesu má zdravotník především organizační, poradenskou, regulativní, kontrolní a hodnotící funkci. Promyšlená organizace je základním kamenem pro fungování dobré spolupráce na všech úrovních, tj. jak mezioborově u personálu, tak i ve vztahu personál - pacient. Při plánování je stanovena priorita a poté způsob, jak jí dosáhnout. Jsou stanoveny jednotlivé kroky, které tvoří páteř edukačního procesu. Tyto kroky se často během edukace upravují dle toho, jak se pacientovo jednání odchyluje od nastaveného předpokladu. V rámci organizace je třeba myslet i na další faktory, které ovlivňují pacienta mnohdy podvědomě. Jsou jimi například prostředí nebo denní doba. Poradenství je přenosem informací, regulace zajišťuje správný směr procesu a vyjasňuje dotazy ze strany edukanta, které se objevují během poradenské fáze. Kontrola průběžných změn a směřování k hlavnímu cíli vytyčenému na počátku edukace, patří mezi nejdůležitější požadavky. Kontrola u odborníka je často i větším motivačním faktorem pro nemocného, než jeho vlastní zájem na uzdravení. (Krátká, 2016, s. 24 - 25) Kontrolní funkce ze strany zdravotníka se prolíná s funkcí hodnotící. Ta je využívána od počátku až do konce spolupráce obou stran. V první fázi dochází k posouzení stavu pacienta, který v daný okamžik potřebuje odbornou pomoc. Ve druhé fázi jsou hodnocení prováděna opakovaně a mají velký vliv na vývoj chování pacienta. Toto nejdelší období je pak ukončeno závěrečným komplexním posudkem, zpětnou vazbou od klienta a případným doporučením pro něj do budoucna.

Jako edukace je ve zdravotnictví většinou označováno prvotní poučení pacienta, který byl právě seznámen se svým stavem a nutností ho řešit. Následné kroky, setkání a postupné opakované vzdělávání jedince je nazýváno reedukací. Dochází při nich k rozvíjení znalostí a dovedností z prvního setkání, vyhodnocují se pokroky, nastavují další krátkodobé cíle. S každou reedukací dochází i k případnému přehodnocení a úpravě původně nastaveného plánu. Důvodem je postupné poznávání pacienta – jeho vlastností, možností, motivace apod. Typickým znakem pro opakované edukace je změna obsahu od obecných informací k informacím, které jsou vhodné přímo pro vzdělávaného jedince nebo skupinu. Dalším typickým rysem tohoto období je mírný ústup edukátora do pozadí a zvyšující se aktivita edukanta. Ta vzrůstá především v případě, že dotyčný má zájem na změně svého zdravotního stavu, vyvíjí vlastní

iniciativu, požadavky na něj jsou přijatelné, má pevnou vůli a je správně namotivován. (Tamtéž, 2016, s. 45 - 51)

Edukace ve zdravotnictví může být směřována na jednoho člověka, na specifickou skupinu, nebo na širokou veřejnost. Snahou je však vždy zlepšit úroveň života jedince. Individuální přístup je nejčastěji praktikován pomocí rozhovoru. Skupinová výchova probíhá obvykle v nějakém specifickém spolku nebo organizaci formou diskuze. Informace pro široké spektrum lidí, často v rámci preventivní osvěty, jsou předávány pomocí publikací, letáků, přednášek, workshopů a podobně. (Tamtéž, 2016, s. 23)

Vzdělávací proces ve zdravotnictví z pohledu prevence je možno rozdělit na tři úrovně. První je nazývána primární prevencí, v rámci které je individuálně nebo plošně šířena všeobecná osvěta. Ve zdravotní péči je to především edukace ke zdraví a ke zdravému životnímu stylu dle současných doporučení. Pokud již je potřeba řešit vzniklé onemocnění a pacientovi jsou podávány prvotní specifické informace pro zlepšení či kompenzaci jeho stavu, jedná se o sekundární prevenci. Cílem prevence terciální je poté udržení zlepšeného stavu pacienta, zabránění recidivě a případným dalším komplikacím. Terciální prevence je nedílnou a velmi důležitou součástí edukačního procesu především u chronických onemocnění. Typickou chorobou, která vyžaduje dlouhodobé kvalitní a někdy i celoživotní vzdělávání pacienta je například diabetes mellitus. (Juřeníková, 2010, s. 11)

1.1 Edukace dospělých

„Dospělý není v andragogice většinou izolován od svých rolí v pracovním, společenském a privátním životě, není tedy redukován na žáka. Vzdělávání mu pomáhá zvládat nároky života, nesnaží se ale vytvářet jeho osobnost.“ (Beneš, 2014, s. 57)

Edukace dospělých je přirovnávána k nástroji, který slouží k dosažení konkrétního požadavku a je doprovodným jevem v životě jedince. Dospělý má v tomto věku již jiný přístup ke vzdělávání. Typickým jevem je požadavek průběžné zpětné vazby během celého vzdělávacího procesu a předpoklad toho, že obsah výuky bude přínosem pro praxi. Kladným atributem dospělosti je aktivní přístup, či uplatnění zkušeností. Ty však mohou být ve výuce zároveň i negativním faktorem, kdy edukant odmítá uznávat některé předané informace a autoritu edukátora. V dospělosti dochází také

k psychickým i fyzickým změnám, jež je nutné v edukačním procesu zohlednit. Charakteristickým problémem pro dospělé edukanty je propojit vzdělávání se soukromým a pracovním životem. (Zormanová, 2017, s. 43 - 45)

Význam slova edukace vychází z podstaty pedagogických zásad, kdy pedagogika je charakterizována jako věda o výchově a vzdělávání. Pedagogické zásady působení lze vnímat jako soubor nastavených a ověřených pravidel, kterými lze dosáhnout u vzdělávaného člověka požadovaného cíle. Některé zásady jsou pevně zakořeněné a neměnné, některé se vyvíjejí dle požadavků společnosti v konkrétní době. (Kohout, 2010, s. 51 - 54) Androdidaktické zásady edukace se podílejí na kvalitě výuky. Měly by být zastoupeny vyváženě, neboť se navzájem prolínají a doplňují. Důležitým pravidlem je ilustrativnost – nápodoba. Přesto bývá u dospělé populace zanedbávána. Edukant by měl být díky názornosti aktivně zapojen do edukačního procesu – tzn. měl by díky této zásadě aktivizovat všechny své smysly a nevyužívat pouze pasivní učení. Teoretická a praktická edukace by měla být propojena. Způsob, rychlost a metody edukace, stejně jako objem a náročnost obsahu, by měly být adekvátní možnostem jedince a situaci, ve které se právě nachází. Jedním z nejtěžších úkolů je dodržet odbornost předávaných informací a současně informace předat tak, aby jim laik rozuměl. Celoživotní vzdělávání pak garantuje odbornou způsobilost, kvalitu edukace a aktuálnost sdělení. (Veteška, 2016, s. 174 - 175)

Pedagogické zásady v péči o dospělého pacienta:

- postupovat úměrně k možnostem jedince, tj. sledovat objem dat i tempo, v jakém jsou předávány;
- individuálním přístupem respektovat každého jedince takového, jaký je;
- edukovat postupně, využívat edukantovu již získanou znalost z předchozího kroku, přecházet od jednoduchých instrukcí ke složitějším;
- systematicky a soustavně upevňovat cyklicky získané znalosti;
- uvědoměle dbát na to, aby pacient nejen předávané informace pochopil, ale aby v nich také viděl smysl;
- snažit se o trvalou změnu jedincova chování;
- tvořivě vybízet k tomu, aby jedinec byl sám aktivní a měl zájem si prohlubovat znalosti o problémovou oblast;

- názorně pomocí ukázek a vybavení zvyšovat praktickou zkušenost pacienta;
 - nebát se správné míry vcítění - projev pochopení a našeho zájmu o vzdělávaného je v pořádku;
 - teorii propojovat s praxí; teoretické informace jsou důležité, ale úkolem edukace je to, aby byl schopen jedinec následně fungovat v běžném životě sám, dle odborníkem nastavených pravidel;
 - jednotně působit; pokud se personál při konkrétní edukaci v daném oboru střídá, je nutné, aby se všichni tito edukátoři řídili jedním postupem a kladli na pacienta stejné požadavky;
 - kvalitně připravit teoretický materiál i praktickou výuku;
 - snažit se rozvíjet jedince po všech stránkách, důraz klást na komplexnost;
 - jednat důstojně a lidsky; nechat projevit pacienta své city a formulovat svůj pohled na danou situaci;
 - soustředit se řádně na to, s jakou obtíží klient přichází, jak ji on ze svého pohledu sám vnímá, co je pro něj prioritní;
 - předpoklad úspěchu ze strany edukátora vytváří pozitivní klima, které má dopad na přístup edukovaného k učení;
 - náročnost kladená na pacienta je přiměřená jeho věku, zdravotnímu stavu a dalším faktorům;
 - výchovné působení je profesionální a edukátor by měl být osobností, jež je vzorem.
- (Krátká, 2016, s. 37 - 38)

1.2 Fáze edukačního procesu

Edukační proces v péči o nemocné se dělí na fázi počáteční sběru dat a pedagogické diagnostiky, fázi projektování, fázi realizace, fázi upevnění a prohlubování učiva a fázi zpětné vazby. Prvotní stádium pedagogického posouzení ve zdravotnictví je v podstatě zjišťování informací o pacientovi. Ty lze rozdělit na subjektivní a objektivní. Subjektivní informace jsou získávány od pacienta a nejsou měřitelné. Objektivní data je možné nějakým způsobem ověřit. Jsou získávána buď přímo od nemocného jedince, který je považován za primární zdroj, nebo například od rodinných příslušníků,

dlouholetého ošetřovatele apod. Tito lidé z pacientova okolí společně se zdravotnickou dokumentací tvoří zdroje sekundární. Čím více údajů je o klientovi k dispozici, tím lépe je možné pochopit jeho potřeby i možnosti, a tím individuálněji lze vyhotovit plán pro edukaci. Všechna získaná data se zapisují do ošetřovatelské dokumentace. Z těchto záznamů pak vychází personál napříč všemi obory. Na kvalitě tohoto prvotního zápisu staví další fáze – a to projektování. (Plevová, 2018, s. 111 - 113)

„Zde edukátor stanovuje priority edukace, stanovuje cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické, a afektivní, dále pak volí metody, formu, obsah, prostředí (kde bude edukace probíhat), pomůcky, časový rámeček apod. Na základě edukačních problémů/potřeb se stanovuje postup, kterým se bude edukace ubírat.“ (Krátká, 2016, s. 42)

Další etapou je uskutečnění těchto plánů. Výchozím krokem je dostatečná motivace pacienta jak k seberealizaci, tak i k zapojení rodinných příslušníků. Následuje předávání konkrétních sdělení, při nichž je edukovaný současně podporován k aktivitě na tomto ději. Aktivizace zvyšuje podíl pacientovi účasti na výuce, podněcuje jeho pocit sebejistoty a stimuluje sebedůvěru. V okamžiku, kdy jsou určité poznatky předány, nastává jejich procvičování. Díky němu dochází k upevnění nově získaných zkušeností. (Plevová, 2018, s. 122 - 124)

To, jak vzdělávaný učivo pochopil, je průběžně sledováno a ověřováno. Také je pozorován zájem, který jedinec projevuje – především jeho trvalost a intenzita. Kontinuální diagnostika je jedním z hlavních pilířů vedoucích k vytyčenému cíli, kterým je umění aplikovat získané teoretické i praktické zkušenosti v každodenním životě. Do edukačního procesu patří i upevňování nových návyků. Fixace změn trvá individuálně dlouhou dobu. Je závislá na mnoha faktorech. Patří mezi ně například velikost změny, kterou jedinec prochází. Roli hraje také věk, intelekt, vůle, motivace, zázemí pacienta, podpora rodiny atd. Neopomenutelnou součástí je posouzení toho, zda edukace byla úspěšná. To se děje pomocí zpětné vazby. Tou vyhodnocujeme nejen efektivnost a správnost celého procesu, ale i adekvátnost nastaveného cíle. Je i výpovědí o pacientovi samotném. Tu lze pak využít pro další případnou spolupráci s ním. Zpětnou vazbu je možno provádět na úrovni teorie i praktika. Znalosti se ověřují nejčastěji za pomoci otázek a pacientových odpovědí formou dotazníku nebo

rozhovoru. Dovednosti jsou kontrolovány za přímého kontaktu obou stran, kdy edukant sám předvádí požadované úkony. (Gurková, 2017, s. 154 - 155)

1.3 Cíle edukace

Záměrem edukační činnosti je působit komplexně na jedince takovým způsobem a takovými prostředky, aby u něj došlo nejen k pozitivním změnám v jeho znalostech, dovednostech a schopnostech, ale také v náhledu na danou životní situaci. Na začátku edukačního procesu je vytyčen hlavní - dlouhodobý cíl. Poté jsou dle potřeby zvoleny cíle krátkodobé - dílčí. Snahou edukátora je to, aby cíl a výsledek edukace byl totožný. Formulace je vždy pojatá z pohledu pacienta, tzn. tak, aby bylo zřejmé, čeho má pacient dosáhnout. Nejedná se tedy o popis úkolů pro edukátora.

Každý dílčí úkol je vztažen k určitému kroku, který je součástí celého procesu. (Plevová, 2018, s. 120) Tyto jednotlivé cíle představují vždy určitou úroveň osvojení si požadovaných vědomostí a dovedností. Primárně jsou používány smyslové orgány hodnotící aktuální situaci. Poté je formována koncepce péče a potřeb. K tomu je nutná připravenost na činnost, která je složena z psychické, emocionální i fyzické složky. Edukant zde vykonává specifickou práci zaměřenou na přesně definovaný úkon. Prvotním počinem při osvojování praktických dovedností a zručnosti jsou řízené odezvy. Jde o vykonávání určité práce pod dohledem edukátora, který sleduje její úroveň. Tento krok zahrnuje různá podobenství nápodoby, experimentování i chyb. Po zvládnutí základního nácviku je žádoucí tyto jednoduché činnosti automatizovat. Toho je dosahováno neustálým mechanickým opakováním. Po úspěšném dosažení této úrovně se přechází na automatizaci úkonů složitějšího charakteru. Jedná se již o úkony vyžadující nejen rychlost, bezpečnost a bezchybnost, ale i náročnější koordinaci. Dalším patrem v tomto uspořádání je schopnost vzdělávaného zvládat všechny dosud naučené činnosti i za nestandardních podmínek. Očekává se, že se edukant dokáže adaptovat na pozměněné situace, které často ztěžují již naučenou práci. Završením této taxonomie je generování dalších dovedností v nových situacích. (Zormanová, 2017, s. 106 - 109)

Dle toho, jaký je záměr ve vzdělávacím procesu, lze dělit cíle na kognitivní, afektivní a psychomotorické. V rovině poznávací je zájem zaměřen na předání

odpovídajícího obsahu. Podmínkou správnosti je to, aby poučovaný podané informace pochopil a dokázal je uplatnit ve svůj zisk. Citová složka je zacílena na utváření žebříčku hodnot. Základním stavebním kamenem pro tuto pozitivní změnu je transformace přístupu a smýšlení. Afektivní cíl je dosažen v okamžiku, kdy si vychovávaný uvědomuje, jaký má pro něj změna, kterou prošel, benefit. Pokud edukovaný dokáže praktikovat teoretické poznatky i v reálných podmínkách a jeho nově získané dovednosti se stanou přirozenou součástí života, je naplněn i cíl psychomotorický. V ideálním případě jsou všechny tři druhy cílů propojeny, neboť se navzájem se doplňují. (Veteška, a další, 2011, s. 86)

Jednotlivé složky výchovy, které jsou odrazem požadavku společnosti, jsou charakterizovány různě a jejich počet se liší dle daného autora. Společný mají ale svůj cíl, a to rozvoj jedince z pohledu biologického, psychologického a sociálního. Ve zdravotnictví je pozornost zaměřena především na složku rozumovou, mravní, jazykovou, pracovní a tělesnou. Rozumová složka by v edukačním procesu měla být pro edukanta přínosná v pochopení přijatých informací, praktickém uplatnění získaných dovedností, motivaci v dodržování pokynů, umění obhájit názory a v neposlední řadě například i v pochopení následků svého chování. Mravní složka utváří jedince v rámci mravních norem společnosti. Jejich základem jsou interpersonální vztahy. Tuto výchovu lze rozdělit do tří etap. Jako první se vytváří mravní vědomí, kdy dochází k utváření představ o tom, co je správné. Svědomí je vyústění další etapy nazvané mravní přesvědčení, a je jakousi citovou nadstavbou k vědomí. Poslední etapu dotvářejí volní vlastnosti, které u člověka formují jeho morální jednání v souladu se zvyklostmi dané společnosti. Úkolem další složky, složky jazykové, je osvojení si spisovného jazyka v projevu mluveném i psaném a přizpůsobení stylu danému objektu. Jsou také nabízeny možnosti, které mohou sloužit k dosažení požadovaného komunikativního cíle. Jedná se například o prakticky zaměřenou rétoriku, kterou je edukátor schopen usměrnit postoj edukanta pomocí správně strukturovaného projevu. Vztah k práci vytváří další složka a tou je výchova pracovní, která utváří nejen vztah k pracovnímu procesu jako takovému, ale zdokonaluje i praktické využití získaných dovedností a vědomostí. Poslední tělesná složka si klade za cíl objasnit jedinci zásady zdravého životního stylu, upevnit správné návyky a zlepšit či ochránit jeho zdraví. (Krátká, 2016, s. 14 - 16)

1.4 Komunikace ve zdravotnictví

„Rozsah, způsob a struktura komunikace v edukačním procesu jsou ovlivněny počtem účastníků edukace, zvolenou metodou a formou edukace. Řídící úlohu v komunikaci v edukačním procesu má ve většině případů edukátor, který řídí činnost edukant v souladu se stanovenými cíli.“ (Juřeníková, 2010, s. 20)

Komunikace je sdílení nějakého obsahu v dané situaci. Probíhá minimálně mezi dvěma jedinci. Objektem jsou pocity a reakce zúčastněných a řešení daného stavu. Kvalita komunikace, včetně situačních souvislostí, ovlivňuje úspěšnost edukačního postupu. Dorozumívání mohou negativně ovlivňovat tzv. komunikační šумы. Ty ve zdravotnictví vycházejí často ze špatného zdravotního a psychického stavu pacienta. Příčinou však také může být špatný přístup zdravotníka a jeho neznalost základních komunikačních pravidel. Ta jsou uplatňována ve dvou základních úrovních – neverbální a verbální. (Kapounová, 2007, s. 170)

Dorozumívání nonverbální, tj. beze slov, probíhá často na principu podvědomí. Je výrazem našeho prožívání, pocitů a částečně i postojů. Mezi neverbální signály patří proxemika, mimika, gestika, haptika, kinetika, pohledy, posturologie, vzhled osoby a další. (Jedlička, a další, 2018, s. 126) Proxemika je sdílení prostřednictvím vzdálenosti mezi komunikanty. Dělí se do 4 pásem, která vyjadřují vztah mezi účastníky. První dvě zóny, veřejná a společenská jsou v edukaci používány při práci s velkou skupinou jedinců. Osobní zóna je vymezena rozpětím 30 až 120 centimetrů od těla člověka. Menší vzdálenost je vymezena blízkým lidem, ta větší je vhodná například při edukaci tváří v tvář. Opatrnost je nutná při komunikaci v zóně intimní. Tato nejužší oblast by měla být narušena u pacienta pouze v nutnosti a s vysvětlením proč tomu tak je. Dalším způsobem vyjádření je mimika, ze které lze poměrně dobře odhadnout momentální psychický stav člověka. Jde o pohyby a napětí obličejových svalů. Gestika, tj. použití paží, může být samostatným projevem, nebo obohatit projev verbální. Gesta je možné rozčlenit na znaky, ilustrace a regulátory chování. Komunikace pomocí fyzického kontaktu, haptika, vyžaduje stejnou opatrnost a zkušenost jako proxemika. V edukaci je nejčastěji využíváno pásmo společenské. To obnáší obvykle dotyk pro oblast ruky. Běžným typem nonverbálního dorozumívání jsou i pohledy. Zde je vhodné zaujmout postavení nejlépe přímo proti pacientovi, který tak může dobře udržovat oční kontakt.

Výška očí edukátora a edukanta je ideálně ve stejné výšce. V neposlední řadě je možné zmínit i vnější vzhled. Čistota a upravenost osoby působí pozitivně a přispívá ke kladné image vzdělávajícího.

Verbální komunikace vyjádřená především slovy a v menší míře symboly, souvisí především s myšlenkovými ději. Měla by být přizpůsobena jedinci, nebo skupině, se kterou probíhá výměna či předávání informací. Důraz je kladen na správnou výslovnost, srozumitelnost – samozřejmostí je spisovný jazyk. Není vhodné mluvit v odborné terminologii, které edukant většinou nerozumí. Stejně tak nelze používat vulgarismy a slangové výrazy. Vyvarovat by se měl edukátor i vycpávkovým slovům a příliš dlouhému prosluvu. Přiměřená stručnost je předpokladem pro udržení pacientovi pozornosti. Pouhý monolog bez možnosti vstupu edukanta do konverzace není rovněž ideální. Roli hraje i intonace, zabarvení a výška hlasu, rychlost mluveného slova, vhodně poskládané a jednoduše tvořené věty. (Juřeníková, 2010, s. 16 - 20)

Problémem v komunikaci může být subjektivní pohled ze strany zdravotníka. Empatie a zájem o to, jak se cítí a jaký názor na danou věc má pacient, je základem pro úspěšnou komunikaci. (Kopřiva, 2011, s. 30)

1.5 Edukační prostředí

Edukační prostředí je prostor, ve kterém se realizuje výchovně-vzdělávací proces. Jeho charakter tvoří fyzikální vlastnosti a psychosociální vztahy. To první je dáno například velikostí prostoru, barvou výmalby, typem osvětlení, poměrem přirozeného a umělého světla, stylem nábytku nebo výzdobou. Jak je prostředí vnímáno účastníky edukačního procesu, je dáno i typem zařízení. Může to být třeba škola, nemocnice, vzdělávací centrum, domov. Svoji roli hraje i to, zda je prostředí pro edukanta známé a důvěrné, nebo nové a stresující. Psychosociální vztahy utvářející prostředí mohou být rázu trvalého i proměnlivého. Mezi trvalé patří často rodinní příslušníci, kdy typickým vztahem je rodič – dítě. Ty méně stabilní a kratší dobu trvající vztahy neustále charakter prostředí ze sociálního pohledu mění. (Průcha, a další, 2014, s. 94)

Příkladem je právě prostředí zdravotnictví, kdy pacient je edukován na různých pracovištích a mnoha neznámými lidmi. Mezi prvními jsou obvykle lékaři a sestry, poté specializovaní další pracovníci. Někteří provádí edukaci pouze jednou, někteří

procházejí s pacienty dalšími reedukacemi a vytvářejí si s ním tak vztah trvalejšího rázu. První kontakt s pacientem probíhá většinou v nemocničním prostředí, buď přímo při jeho hospitalizaci na nemocničním pokoji, nebo v ambulanci, kam je jedinec lékařem odeslán. (Hekelová, 2012, s. 100 - 101) Reedukace jsou poté již uskutečňovány v odborných ambulancích a poradnách. Pokud edukace pacienta v ambulantní péči nesplňuje daná očekávání a je neúčinná, může probíhat i v prostředí domácím. Vzdělávání zde není nastaveno tak jednostranně, jako ve zdravotnickém zařízení. Jde především o spolupráci edukátora, edukanta a rodinných příslušníků. Cílem je vlastní aktivita klienta a rodiny. Zdravotník pouze vede, nabízí možnosti, podporuje, motivuje a usměrňuje. Je osobou, která dle daných zásad předává informace, ale současně také nechává prostor pro vlastní iniciativu a zodpovědnost edukanta. Důvěrné prostředí snižuje formálnost a jedinec se cítí jistější. Výhodou je i možnost praktické edukace s nástroji, které jedinec má doma a je zvyklý běžně je používat. Znalost podmínek, ve kterých jedinec bude celoživotně uplatňovat získané návyky, je pro něho velkým přínosem. (Krátká, 2016, s. 50 - 53)

Za další determinanty zdravotnického prostředí lze považovat i způsob organizace práce na přítomném pracovišti nebo složení nemocných v přímém okolí pacienta. V neposlední řadě lze jmenovat i nastavení takových pravidel, aby se klient cítil co nejlépe. Může jimi být například uzavřená místnost navozující pocit soukromí, nebo účast pouze omezeného počtu odborníků. (Štefánková, 2017, s. 105)

1.6 Zdravotník jako edukátor

Edukátor je osoba předávající informace ve vzdělávacím procesu. Musí být morálně bezúhonný a dodržovat etický kodex nelékařských zdravotnických pracovníků. Hlavním principem je respektování důstojnosti každého člověka a nadřazení pacientových zájmů nad zájmy zdravotníka. (Venglářová, 2013, s. 82 - 83) Edukátor by měl mít odpovídající úroveň teoretických znalostí a praktických zkušeností. Neustálé vzdělávání v profesním životě je aktuálně chápáno jako neodmyslitelná součást odbornosti pracovníka. V sebevzdělávání mohou bránit vnitřní, nebo vnější okolnosti. Těmi vnitřními jsou nejčastěji nedostatečná motivace, absence podpory v rodinném zázemí, náročné povolání, věk, či špatná zkušenost s předešlým vzděláváním. Mezi vnější překážky patří

nesporně malá podpora zaměstnavatele, neochota vedení akceptovat vzdělávání zaměstnance v pracovní době, dojezdová vzdálenost na danou akci atd.

U kompetentních zdravotníků se předpokládají nejen odpovídající odborné znalosti a dovednosti, ale i komunikativnost, samostatnost, odhodlání pracovat týmově. Současně se schopností empatie, odhadu, zhodnocení a plánování, stejně tak jako schopností implementovat poznatky do praxe a reagovat odpovídajícím způsobem, je pracovník odborně způsobilý vykonávat svoji práci. (Benešová In: Veteška, 2017, s. 320 - 325)

Role zdravotníka v pozici edukátora je důležitou součástí při snaze o změnu myšlení a chování u nemocného člověka. Je potřeba vhodně motivovat, být přirozeně inspirativní. Pokud pacient cítí oporu a porozumění, cítí se bezpečněji. Na základě vybudované důvěry pak pacient mnohem lépe spolupracuje. Nátlak ze strany edukátora není efektivní. Vyvolává v pacientovi pocit nutnosti obhajovat své chování a hledat důvody proč nedodržovat požadovanou léčbu. To vše vede následně ke komunikační PASTi (poučování, arogance, stres, tenze). Proto mezi často zmiňované požadavky patří také pedagogické dovednosti odborníka. (Štefánková, 2017, s. 104)

1.7 Chronický pacient jako edukant

„Vyrovnaní se s chronickým onemocněním představuje dlouhodobý proces, ve kterém pacient hledá smysluplnost v tom, co se s ním děje, snaží se pochopit příčiny svého stavu, porovnává s předchozími zkušenostmi, vyjasňuje si své plány v léčbě a aktivity pro zvládnutí onemocnění.“ (Gurková, 2017, s. 7)

Edukant je subjektem v procesu učení. Jedná se vždy pouze o poučovaného, který jako individuum utváří edukační proces jedinečným. Edukant ve zdravotnictví je nazýván různě. Nejčastěji je zmiňován termín pacient nebo klient. Výraz klient je však někdy kritizován, neboť by tento pojem měl vystihovat demokratický přístup jedince ke svému vzdělávání, a to nemocní lidé většinou nemají. (Kopřiva, 2011, s. 11)

V současné době je moderní vést pacienty k zodpovědnosti za svůj zdravotní stav. Principem je aktivizace jejich vlastního úsilí a změna pohledu na řešený problém. Velmi důležitým faktorem je v neposlední řadě i spolupráce pacienta a jeho rodiny s veškerým zdravotnickým personálem během celého procesu. Je vhodné se pokusit přesvědčit

pacienta, aby jeho rodina absolvovala alespoň jednu edukaci společně s ním. Pokud jsou nejbližší lidé klienta ochotni se aktivně podílet na jeho výchově, předpoklad úspěchu je vysoký. Obsahem edukace rodiny je vysvětlení podstaty onemocnění jejich blízkého člověka a objasnění úlohy, kterou by měli plnit. Přístup edukovaného ke spolupráci závisí i na věku, vyzrálosti, aktuálním zdravotním stavu, životních potřebách, životních zkušenostech, morálce. Může být také ovlivněn sociálním prostředím, sociálním statutem, médií, náboženstvím. (Krátká, 2016, s. 23 - 28)

Dle toho, jaký mají nemocní přístup k edukaci, se dělí na ty, kteří zájem o edukaci nemají a ty, kteří o ní stojí. Pacienti s negativním přístupem buď edukaci zcela odmítají, nebo ji v základní podobě absolvují, ale jsou pouze pasivními posluchači. Edukanti s kladným přístupem mohou být také různého typu. První typ nemá ani základní vědomosti o dané problematice, druhý typ se v diagnóze a léčbě v přiměřené míře orientuje, třetí typ má vše nastudované. Tento poslední druh pacienta je nejhůře edukovatelný, neboť velká část jeho informací často není správná, a on na nich neústupně trvá. (Jirkovská, 2014, s. 366 - 367) Názory, které má ošetřovaný ještě před stanovením diagnózy, často ovlivňují to, jak cítí a popisuje příznaky své nové choroby, či efekt léčby. Čím více je jeho pohled na danou situaci zakořeněný, tím hůře je ovlivnitelný. Edukant často vnímá subjektivně svůj stav jinak, než jak ho objektivně vidí edukátor. (Gurková, 2017, s. 7 - 9)

Pevná vůle chronicky nemocného pacienta se snižuje s délkou nutnosti plnit nastavený léčebný režim. Náročnost terapie odhodlání a dodržování nových návyků ještě dále snižuje. Spolupráce ze strany pacienta je tedy důležitou součástí léčby a jedním z hlavních předpokladů úspěšné edukace. Stále více se v souvislosti s chováním léčeného jedince objevuje slovo adherence. Ta je podmíněna mnoha faktory. Jsou jimi například šok z diagnózy, aktuální zdravotní i psychický stav jedince, odhad vývoje choroby, typ a úspěšnost léčby, nežádoucí účinky terapie, nereálná očekávání, vztah zdravotník – pacient, povaha pacienta, úroveň znalosti o daném problému, sociální podmínky apod. Právě především chronicky nemocný člověk očekává od zdravotnického edukátora pomoc, která vede k trvalému zlepšení života, je efektivní a snadná. Nově zavedená opatření jsou však většinou náročná a narušují dosavadní stereotypy edukanta. (Tamtéž, 2017, s. 17 - 20)

1.8 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace podléhá zákonům a vyhláškám České Republiky. Povinností každého zařízení je založit pro pacienta jeho osobní dokumentaci, evidovat do ní průběžně úkony personálu a stav jedince, skladovat a likvidovat ji řádným způsobem. Standardně je zaznamenáván věk, pohlaví, antropometrická měření, laboratorní markery, diagnóza, úkony prováděné v průběhu léčby. Některé druhy informací se sdružují pod anamnézy. Primárně používané jsou osobní, rodinná, sociální, nutriční. V osobní anamnéze jsou uvedena onemocnění, zdravotní potíže, fyzická omezení, individuální potřeby, mentální stav. Rodinná anamnéza zjišťuje převážně zdravotní stav rodičů, prarodičů a sourozenců pacienta. Z ní vychází předpoklad možných dědičných obtíží u vyšetřovaného jedince. Vztahy a to, jaké má klient zázemí, lze vyčíst z anamnézy sociální. Přehled je možné získat nejen o sociálních vazbách, ale i tom, v jakém prostředí jedince žije, jaké jsou jeho ekonomické poměry, jaké jsou jeho možnosti v rámci našich doporučení. Vyvodit z poskytnutých dat lze i životní styl, stávající návyky, postoje a přístup k různým skutečnostem, národnostní nebo náboženská specifika atd. (Kapounová, 2007, s. 167 - 168)

Jednou z částí této ucelené složky je i záznam o edukačním procesu. Ten poskytuje informace celému spektru zdravotníků, kteří tak mohou na základě dosavadních zjištění vhodně reagovat a poskytovat další přesnější služby. Každý edukační záznam je konkrétně odborně zaměřen. Smyslem povinnosti vést tuto agendu je snaha o to, aby jednotlivé edukace na sebe navazovaly, byly z pohledu odborností řádně provázány, nebyly prováděny dvakrát, nebo nedošlo k opomenutí některé z nich. Záznamy jsou současně i podkladem pro vyúčtování péče a právní oblast. (Plevová, 2018, s. 129) Lze v nich zpětně vyčíst informace v případě potřeby a dohledat osobu, která poučení prováděla. Řádně vedená dokumentace tedy nejen zdokonaluje efektivitu a kvalitu péče vůči pacientovi, ale také chrání personál v oblasti trestního práva. Edukační záznamy jsou vytvářeny v průběhu celé spolupráce s pacientem. Prvotní protokol udává přehled o tom, jaké má edukant při prvním setkání znalosti o problému, který se ho týká. Následuje zápis cíle, obsahu, metod a forem vzdělávání. Vhodné je evidovat i pomůcky, které byly při demonstraci a nácviku použity. Přínosnou informací pro reedukaci nebo jiného edukanta je popis pacientova compliance a popis případných problémových

situací při práci s ním. Formulář je uzavřen posouzením úspěšnosti procesu a vyhodnocením konečných znalostí jedince. Vždy je pod touto dokumentací uvedeno jméno faktické osoby provádějící edukaci, datum a místo provedené činnosti. Pokud je aktivitě přítomen ještě další člověk, například zákonný zástupce nebo rodinný příslušník, je třeba ho do zápisu uvést také. To vše uzavírá a stvrzuje zdravotník svým podpisem či razítkem. (Policar, 2010, s. 30 - 35)

Základní normou pro zdravotníka u edukačních postupů jsou standardy. Jedná se o soubor požadavků, který je považován svým obsahem i rozsahem za optimální pro zaručení odpovídající úrovně edukace. Tyto jednotné rámcové guidelines by měly zajistit i hodnocení a srovnatelnost kvality péče, a to jak v rámci daného zařízení, tak i mezi nimi. (Jarošová, a další, 2015, s. 27 - 28) Obsahují obvykle oblast, na kterou je třeba se přesně zaměřit, vymezují povinnosti zdravotníka a určují pro koho jsou vyhotoveny. Stanovují, jaký cíl má být splněn a jakým způsobem tohoto cíle dosáhnout. Pokud jsou dobře zpracovány, fungují také rovněž jako osnova, návod a praktický průvodce edukátora. Zahrnují podmínky týkající se odborných předpokladů zdravotníků, volby vhodného prostředí, použití názorných prostředků. Součástí je i datum, ke kterému by měla být provedena revize, která zajistí úpravu ve vztahu k aktuální situaci a potřebám. Stanovena je také zodpovědná osoba, která dodržování příslušných pokynů kontroluje. Hlavním požadavkem standardu je konečná úroveň edukace, tj. především to, jakých vědomostí a dovedností pacient díky ní skutečně dosáhl. Posouzení toho, jak jsou konkrétní kritéria realizována, zajišťuje audit. Ten je poslední složkou edukačního standardu. (Krátká, 2016, s. 46)

2 EDUKAČNÍ PROCES U DIABETIKA 2. TYPU V NUTRIČNÍ PÉČI

Edukace v diabetologii je pro pacienta s diabetes mellitus stěžejní a neodmyslitelnou součástí léčby. Je potřeba, aby zejména první edukace proběhla kvalitně a pacienta dobře seznámila s jeho stavem, doporučeným postupem pro jeho kompenzaci a možnými následky při odmítnutí nových návyků. Stabilizace a zlepšení diabetu mellitu je totiž ve velké míře závislé právě na chování a přístupu pacienta samotného. Je to dáno jednak tím, že princip kompenzace diabetu je závislý na každodenním režimu a pacient musí umět s touto skutečností pracovat; a jednak tím, že toto chronické onemocnění je již doživotní a pacient se v dlouhodobém horizontu musí přizpůsobovat sám novým podmínkám. Cílem systematického vzdělávání diabetiků, je korekce kvality jejich života, dosažení stabilního stavu a maximální eliminace akutních i chronických komplikací. (Čihalíková, online, cit. 2019-05-15)

Edukační proces u diabetika je nastaven dle aktuálních potřeb. Osobní cíle každého nemocného se nastavují individuálně a odvozují se z obecných požadavků pro stabilizovaný diabetes. Mezi první posuzované kritérium patří osobní spokojenost pacienta se svým zdravím, projevující se především absencí vážnějších symptomů hypoglykémie či hyperglykémie. Dále je to přiměřená hodnota glykémie a glykovaného hemoglobinu, který patří mezi dlouhodobé ukazatele stavu nemoci. Do kritérií je řazena i nepřítomnost ketolátek, bílkovin a většího množství glukózy v moči. Důležitým parametrem je také udržování ideální tělesné hmotnosti. V rámci prevence rozvoje kardiovaskulárních onemocnění jsou posuzovány a sledovány i hodnoty krevního tlaku a krevních lipidů. U diabetiků na inzulinu je požadavkem udržovat adekvátní denní aplikační dávku tohoto hormonu a zabránit tak oboustrannému velkému výkyvu glykémie. (Jirkovská, online, cit. 2019-05-14) Pacient by proto měl zvládnout především pravidelnou kontrolu své glykémie. To znamená umět provádět soustavné měření hladiny krevního cukru a systematické vyhodnocování ketolátek v moči nebo krvi. K této základní dovednosti je třeba současně mít i vědomosti o tom, co hladinu glykémie ovlivňuje. Strava a pohyb jsou dva hlavní faktory. Pokud je diabetik na léčbě inzulinem, hormonem snižujícím hladinu glukózy v krvi, je součástí programu i nauka o tom, jak inzulin funguje. Udržení stabilní glykémie a rozpoznání hypoglykémie je pro

nemocného zásadní. V diabetologii je tento cíl nedílnou součástí všech edukací. (Lebl, a další, 2018, s. 52 - 55)

Při vzniku diabetu mellitu hraje roli mnoho vzájemně se podporujících faktorů. Z toho plyne i různorodost problémů u pacientů a nutnost konkrétních opatření pro každého z nich. Toto chronické onemocnění ovlivňuje látkovou přeměnu všech tří základních živin, tj. sacharidů, tuků a bílkovin. Proto tvoří nutriční terapie základ edukačního procesu. Vzhledem k tomu, že 80% diabetiků 2. typu je v pásmu nadváhy či obezity, je běžně nutriční intervence u těchto pacientů prováděna i v oblasti redukce tělesné hmotnosti. (Fried, a další, 2018, s. 20)

O přínosu této nefarmakologické léčby je pacienta nutné řádně informovat. Součástí edukace je i objasnění některých mýtů. V diabetologii je to mýtus o tom, že za vznik choroby může nadměrný příjem cukrů. Problémem ve složení stravy diabetika jsou však potraviny s tzv. diabetogenním potenciálem a nevhodné technologie – potraviny s vysokým obsahem živočišných tuků a smažení. Snahou nutričního terapeuta je tedy hned v počátku spolupráce vysvětlit diabetikovi, že příčinou jeho nemoci je dlouhodobý vysoký příjem energie v potravě a jeho obezita. Dietní režim je pak kombinací redukce hmotnosti a stabilního příjmu sacharidů. (Sadílková, a další, 2015, s. 4 - 5)

V nutriční péči je cílem vzdělat diabetika v oblasti léčebné výživy. Úprava stravy a stravovacích návyků je u diabetu mellitu vždy nutností. Obsahem edukačního procesu v tomto oboru je nauka o výživě diabetika. U diabetika je na kognitivní úrovni primárně vyžadována schopnost vyjmenovat potraviny ovlivňující zásadním způsobem glykémii a obsahující vysoké množství jednoduchých sacharidů. V úrovni psychomotorické pak má být pacient schopen sám najít tyto potraviny v jídelním lístku. Ten může být jak jeho vlastní, tak cvičný připravený terapeutem. Dále by měl nemocný umět sestavit vzorový jídelní lístek dle stanoveného rámcového jídelního plánu pro diabetiky a znát princip záměny sacharidových potravin. V úrovni afektivní je cílem především vlastní zájem pacienta na zlepšení svého zdravotního stavu. V nutriční terapii je to snaha o pochopení souvislostí mezi jeho chorobou a výživou, hlubší poznatky v oblasti nutrice, případně uvědomění si zdravotních rizik při nedodržování diabetické diety. V neposlední řadě lze zmínit i odhodlání k zásadním a trvalým změnám ve stravovacích zvyklostech.

Místem edukací může být nemocnice, diabetologická ambulance/poradna, domácí prostředí nemocného, či jakékoliv místo v rámci vícedenních pobytů. Účastníky jsou nutriční terapeut a pacient. Nutriční konzultace se doporučuje po stanovení diagnózy diabetu tři až šestkrát v průběhu prvních šesti měsíců a následně jednou ročně. V případě potřeby by měl mít diabetik možnost poradit se s odborníkem kdykoliv. (Medical Tribune, online, cit. 2019-06-08)

2.1 Motivace dospělého diabetika

„Těžko lze někoho naučit něco, co nechce, o to více to platí u dospělých... Dospělí jsou motivováni, když vidí využití v praxi.“ (Prusáková, 2017, s. 8 - 9)

Motivace v diabetologii je často těžkým úkolem i pro zkušeného edukátora. Absence zdravotních problémů v počátku nemoci vyvolává u mnoha jedinců pocit toho, že doporučená léčba není nutná. Problémem je i jejich nezbytná doživotní adaptace a každodenní sebekontrola. Pro diabetika může být demotivačním faktorem například i bolestivá aplikace inzulínu nebo nárůst hmotnosti díky indikovaným perorálním antidiabetikům. Osvědčeným způsobem je podpora vnitřní motivace. (Jirkovská, 2014, s. 366)

Míra motivace pacienta je tedy závislá i na jeho subjektivním pocitu. Pacient, který si sám dostatečně uvědomuje vážnost choroby, riziko komplikací, možné následky porušování léčebných opatření, má pozitivní prognózu na zlepšení svého zdravotního stavu. Vize kvalitnějšího života jako benefit za změnu dosavadního chování je silnou motivací. Vnímání výhod u chronického onemocnění nemusí být navázáno pouze na zmírnění obtíží, ale také na rozvoj kladných zážitků v nových situacích. Pozitivním jevem je například pocit vlastní schopnosti vyrovnat se svojí chorobou. Často je přínosem přehodnocení životních priorit, lepší sexuální život, žádaná pracovní pozice. (Gurková, 2017, s. 48 - 49)

Motivace je to, co povzbuzuje diabetika k tomu, aby doživotně udržoval potřebný životní styl. Pokud vidí v léčbě smysl, má dobrou prognózu na kvalitní život i přes přítomnost své nemoci. Otázka „proč?“ je vždy přítomná. Účinné je proto uvádět konkrétní kazuistiky a příklady z praxe. Vhodné je také zajistit setkání s jiným, již kompenzovaným, pacientem. Ten by měl být pozitivně smýšlející a mít dobré

zkušenosti s vlastním edukačním procesem. Stimulem pro edukovaného pacienta je každý úspěch, proto jsou na počátku zadávány úkoly jednoduché, takové, aby je jedinec lehce zvládl. Nabyté sebevědomí podněcuje další snahu o zlepšení nemoci a prohlubuje spolupráci s terapeutem. Dílčí výsledky, tj. splněné malé cíle, jsou tedy pro pacientovu vytrvalost zásadní. (Jirkovská, a další, 2017, s. 22)

Jako důvod slabé vůle pacienta v dodržování nových stravovacích návyků je uváděna nedostatečná edukace, kdy diabetik zcela neporozumněl principu diabetické diety. Porušování nutričního režimu může být také i důsledkem přísného nastavení režimových opatření v počátcích diabetu. Je tedy nutná nejen osobní opakovaná edukace nutričním terapeutem, ale i přiměřené požadavky, které je v běžném životě možné dodržovat. (Jirkovská, 2014, s. 97)

2.2 Diabetes mellitus 2. typu

„Diabetes mellitus je chronické heterogenní onemocnění provázené hyperglykémii v důsledku absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu.“ (Karen, online, cit. 2019-3-10)

Diabetes mellitus 2. typu (DM 2) je chronické metabolické onemocnění, jehož principem je neschopnost zpracovávat glukózu z krve. Ta se poté v krevním řečišti hromadí a způsobuje komplikace. Glukóza je jediným možným substrátem pro tělesné buňky. K tomu, aby se k nim dostala je zapotřebí hormonu inzulínu. Jeho vylučování slinivkou břišní probíhá kontinuálně a zvyšuje se po příjmu potravy. Ta je exogenním zdrojem glukózy. Pokud příjem stravy není dostatečný, tělo využije glukózu uloženou v podobě glykogenu v játrech. V případě nutnosti dokáže organismus vytvářet glukózu novotvorbou i z dalších živin. Celý systém hospodaření těla s glukózou ještě doplňují hormony glukagon a adrenalin. Inzulin umožňuje vstup krevního cukru do buněk a zajišťuje jejich výživu. Současně tak i udržuje hladinu glukózy, glykémii, v normě. U zdravého člověka dochází k minimálním výkyvům glykémie, neboť organismus tvoří inzulín v dostatečném množství a buňky na něj správně reagují. U diabetika 2. typu je však produkce hormonu snížena a současně jsou buňky vůči němu prakticky netečné – jde o tzv. inzulínovou rezistenci. Tyto dvě poruchy způsobují dva extrémy. V krvi se

hromadí glukóza a přesto buňky hladoví. Díky nefunkčnímu mechanismu tak dochází k vysoké koncentraci glukózy v krvi, hyperglykémii. (Lebl, a další, 2018, s. 14 - 17)

Vzhledem k tomu, že většina diabetiků 2. typu je obézních, je za hlavní příčinu vzniku této choroby v současné době považován špatný životní styl. Primárně zde hraje roli dlouhodobá pozitivní energetická bilance, tj. vyšší příjem energie než je denní tělesný energetický výdej jedince. Problém je tedy jak ve vysokém objemu přijaté potravy, složení stravy či používaných technologiích, tak i v nedostatku pohybové aktivity včetně přirozeného pohybu. (Matoulek, 2014, s. 103 - 104) Právě tělesná pravidelná aktivita jedince zlepšuje citlivost buněk na inzulín, tzn. snižuje inzulínovou rezistenci. Její zařazení do života diabetika 2. typu je tak spolu s redukcí hmotnosti a dodržováním diabetické diety zásadní pro zlepšení zdravotního stavu pacienta. Pokud jsou tato dvě opatření neúčinná nebo nedostatečná, připojuje se léčba perorálními antidiabetiky (PAD), následně i inzulínem. PAD jsou farmaka mající dvojitý účinek. Mohou buď stimulovat málo pracující slinivku ke zvýšené sekreci inzulínu, nebo zvyšují citlivost tkání na inzulín. Používání PAD a aplikace inzulínu by však nemělo nahrazovat sebekontrolu pacienta v příjmu potravy a jeho vlastní vůli při redukcí hmotnosti. (Jirkovská, 2014, s. 26 - 28)

Diagnostikovat lze DM 2 u jedince třemi možnými postupy. První možností je diagnostika na základě existence typických projevů diabetu a současně zachycené náhodné hyperglykémie s hodnotou vyšší jak 11 mmol/l. Druhou variantou je hodnota glykémie nad 6,9 mmol/l nalačno. Posledním způsobem je orální glukózový toleranční test (oGTT), tj. je odběr krve po dvou hodinách od požití přesného množství cukru a hodnota glykémie nad 11 mmol/l. U zdravého jedince je hodnota ranní glykémie v rozmezí 3,9 - 5,5 mmol/l a při oGTT do 7,7 mmol/l. (Škrha, online, cit. 2019-05-13)

DM 2 se objevuje nejčastěji v období střední dospělosti člověka. Tento typ diabetu vzniká poměrně pomalu a nenápadně. Klasickými příznaky jsou žízeň, nadměrné noční močení, úbytek na váze, recidivující infekty, únava, nápadně špatné hojení ran atd. V mnoha případech je tato diagnóza stanovena u jedince až po té, co se u něj objeví nějaká diabetická komplikace. Ty u DM 2. typu mají především charakter orgánového poškození a vznikají na základě dlouhodobé hyperglykémie. (Kudlová, 2015, s. 33) Mezi tyto pozdní komplikace patří postižení malých a velkých cév. Změny na malých cévách zasahují typicky oči, ledviny a nervy. Zde způsobují závažná a nevratná

poškození. Hlavní příčinou je diabetes s každodenní hyperglykemií. Patologické změny na cévách velkých, jsou příčinou onemocnění srdce, ischemické choroby dolních končetin a rozvoje cévní mozkové příhody. Zásadním faktorem, který podporuje vznik těchto komplikací, je špatný životní styl. Největší podíl má porucha lipidového spektra, hypertenze a obezita. Kouření, nedostatek pohybové aktivity, stres a špatně léčený diabetes jsou dalšími činiteli. (Kasper, 2015, s. 282)

Nemocné s touto chorobou ohrožují i akutní nebezpečné stavy. Definujeme je jako náhlé komplikace. Jedná se o hypoglykémii a hyperglykémii s ketoacidózou. Oba tyto stavy jsou způsobeny špatným režimem diabetika. Příčinou hypoglykémie je často dietní chyba, tj. nedostatek sacharidů ve stravě, hladovění, špatná skladba jídla nebo vysoký příjem alkoholu. Pochybení pacienta může být ale také způsobeno nadměrným pohybem s nedostatečným sacharidovým krytím, vysokou dávkou PAD či inzulinu. Druhým, život ohrožujícím, stavem je hyperglykémie s ketoacidózou. Rychlý vzestup hladiny krevního cukru dosahující vysokých hodnot vede nejen k vážné dehydrataci organismu, ale současně i k okyselení krve – ketoacidóze. Příčinou je absence nebo nedostatečné množství inzulinu. Tato situace může nastat z mnoha různých důvodů. Jsou jimi například vynechání dávky, malá dávka, technicky špatně provedená aplikace. (Kudlová, 2015, s. 143 - 147)

2.3 Nutriční terapeut jako edukátor

Profesní zařazení nutričního terapeuta (NT) spadá do tzv. regulovaných zdravotnických povolání podle zákona č.96/2004 Sb. (MZČR, online, cit. 2010-04-10) Zákon definuje nutričního terapeuta jako zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti. Tu je možné získat v současné době dvěma způsoby: buď absolvováním vyšší odborné zdravotnické školy v oboru diplomovaný nutriční terapeut, nebo ukončeným bakalářským studiem v oboru nutriční terapeut na lékařské fakultě.

NT působí v oblasti preventivní a léčebné výživy. Je způsobilý k poskytování specifické nutriční péče. Spolupracuje s lékařem při diagnostice a léčbě v oboru klinická výživa. Může posuzovat a vytvářet nutriční anamnézu, doporučovat dietu, sestavovat nutriční plány pro jednotlivce i zdravotnická zařízení, realizovat vyšetření vedoucí

k určení nutričního stavu jedince. Dále má kvalifikaci pro kontrolu a metodické vedení v oblasti přípravy a výdeje stravy, přípravu speciálních diet a manipulaci s léčivými přípravky. Smí vykonávat komplexní poradenské služby v rámci zdravé a léčebné výživy. (Zákony, online, cit. 2019-05-30)

Ke kompetentním požadavkům nutričního terapeuta jako edukátora ve specifické oblasti zdravotnictví patří nejen schopnosti vztahující se na výše uvedené činnosti, ale i odborné znalosti, dovednosti a měkké kompetence. Potřebné znalosti jsou stanoveny především v oboru nutričním, klinickém, sociálním a v oboru etiky. Přehled musí mít tento odborník i v oblasti právních předpisů, organizace práce a vedení dokumentace. Mezi požadované obecné dovednosti patří především odpovídající verbální projev. Z měkkých kompetencí lze zmínit odolnost proti zátěži, celoživotní učení, samostatnost a umění efektivní komunikace. (MZCR, online, cit. 2019-04-10)

Požadavky na kompetence nutričního terapeuta jsou jak v rovině odborné, tak pedagogické. Nutriční intervence je základem pro tuto profesi, avšak bez znalostí pedagogických principů nelze s úspěchem proces edukace pacienta vykonávat. Andragogická činnost je vykonávána u dospělých různých věkových kategorií, tj. od mladé dospělosti po stáří. Každý věk má svá specifika jak z pohledu andragogického, tak odborného. Nutriční terapeut je kompetentní vykonávat činnost u všech věkových kategorií. Pokud je potřeba, je možné absolvovat konkrétní specializaci v tomto oboru v rámci celoživotního vzdělávání. (EFAD, online, cit. 2019-04-09)

2.4 Formy edukace u diabetiků

„Formu vzdělávání dospělých můžeme definovat jako určitý rámec výuky, vnější organizační uspořádání vzdělávacího procesu, jeho stavbu, a to z mnoha hledisek – především jsou to: délka trvání, prostředí, organizační uspořádání vzdělávaných, zaměření vzdělávacího procesu.“ (Palán, 2008, s. 150 - 151)

Ve zdravotnictví je zaměřena pozornost především na to, jaká je interakce mezi zdravotníkem a pacientem a jaké je organizační uspořádání. Z hlediska interakce je využívána forma přímá a nepřímá. Z pohledu uspořádání je efektivní edukace v individuální a skupinové formě. (Juřeníková, 2010, s. 34 - 37)

Individuální přímá edukace je nejvyužívanější formou při práci s diabetiky. Je prováděna po stanovení diagnózy obvykle na zdravotnickém pracovišti. Spolupráce s pacientem tváří v tvář utváří užší vztah mezi oběma účastníky. Přínosem pro nemocného je pocit soukromí a důvěrnosti. Je zde i větší prostor pro jeho dotazy a konkrétní nároky. Terapeut se může lépe při vzdělávání přizpůsobit pacientovu tempu, schopnosti porozumět obsahu, či aktuálnímu zdravotnímu stavu. Díky úzké interakci je diabetik neustále pobízen k aktivitě, což zvyšuje efektivitu při učení. Velmi dobře zde funguje zpětná vazba. Mezi hlavní negativa této formy patří z pohledu edukátora velká časová dotace na jednoho pacienta. Z pohledu pacienta pak nemožnost sdílení informací s lidmi majícími stejný problém. To, že jedinec nemá srovnání s ostatními a nemůže s nimi porovnat své úspěchy, může být důvodem nedostatečné vnitřní motivace. (Tamtéž, 2010, s. 34 - 35)

Skupinová edukace v diabetologii je v současné době moderní a stále častěji využívanou formou vzdělávání. Z pohledu vzdělávajícího jsou přínosem nejen lepší výsledky u klientů a možnost uplatnit kreativitu v práci edukátora, ale je jím i hledisko ekonomické, neboť vzdělávání více jedinců najednou je oproti individuálnímu levnější. Hlavními výhodami je zde ušetřený čas edukátora na počet pacientů, snížený počet opakovaných hospitalizací edukovaných a v neposlední řadě i snížení nákladů na léčbu komplikací diabetu, které vznikají při nedodržování potřebného režimu. Pokud je vzdělávací obsah navíc přizpůsoben pro skupinu lidí se stejnými problémy a ve stejné situaci, je ekonomická efektivita opět ještě vyšší. Vytvořit lze program například pro nově diagnostikované pacienty mající za sebou první edukaci, nebo pro pacienty se specifickým přidruženým onemocněním. Nejefektivnější je absolvování ve fázi komplexní edukace. Účastníci jsou díky vzájemné podpoře lépe motivováni a dosahují lepších výsledků, než ve formě individuální. To se týká především délky dodržování nového životního stylu a lepší kontroly glykémie. Přesto však skupinová forma nenahrazuje tu individuální, ale vzájemně se obě nutně doplňují. (Jirkovská, a další, 2017, s. 9 - 13)

Zájem pacienta o skupinovou edukaci je dle stávajících zjištění podmíněn mírou informovanosti od lékaře, u kterého je v péči. Kromě rozsahu obeznámení hraje roli i názor lékaře na tuto formu edukace. Znalost této možnosti edukace diabetika, případně dobrá vlastní zkušenost lékaře s ní, je předpokladem toho, že pacient bude ochoten se

skupinového kurzu zúčastnit. Rozhodnutí jedince absolvovat vzdělávání touto formou je dobrovolné a výsledek je vázán na jeho přístup, resp. míru jeho spolupráce. Důvody odmítnutí nabídky zúčastnit se doporučeného programu mohou být různé. V největší míře je to pocit „jsem již dost poučen“, „odpovědnost nemám já, ale lékař“, „nevím proč bych měl potřebovat poučit“. Dalšími argumenty jsou obava z neporozumění obsahu, nemožnost se uvolnit v daný čas z práce, náklady na dopravu a další. Stres z lidí, jako důvod nevyužití nabídky této formy vzdělávání, je také uváděn často lidmi mající zdravotní omezení. (Tamtéž, a další, 2017, s. 16)

2.5 Programy v diabetologii

V současnosti jsou velmi moderní různé programy ve skupinové formě. Jsou vytvořeny buď pro terapii komplexní léčby diabetu mellitu, nebo jsou zaměřené na konkrétní problém. Tím bývá u diabetiků často strach z hypoglykémie, stres, špatná adaptace na přísný režim, obezita, nedostatečná pohybová aktivita a ve velké míře dlouhodobě špatné stravovací návyky. (Gurková, 2017, s. 133)

Úspěšnost skupinových edukačních programů je postavena na dobré přípravě, zajímavém obsahu, organizaci, struktuře a lidech. Mezi pravidla tvořící kostru programu patří dobrá komunikace mezi zdravotníky, odborně i pedagogicky způsobilý moderátor, praktický obsah, možnost sdílení pozitivních i negativních zkušeností, průběžné hodnocení a motivace, dostatečná interakce, práce s moderními technologiemi, participace rodinných příslušníků, vhodně zvolená skupina atd. (Jirkovská, a další, 2017, s. 16 - 17)

Nejrozšířenějším typem jsou ambulantní kurzy, které jsou tvořeny v různé časové dotaci a frekvenci. Aby měly očekávaný efekt, tvoří kolektiv ideálně šest a maximálně deset diabetiků. Častým modelem je základní pětidenní strukturovaný kurz, na který je pak možno navázat víkendovými akcemi. Edukace probíhá v poradně buď v pěti dnech kompaktně za sebou, nebo je rozložena po jednom dni na pět týdnů. Osvědčené schéma programu je kombinace skupinové a individuální formy. Při volbě pěti edukací, jsou první tři setkání skupinová, poté následuje dvakrát spolupráce s pacientem samotným a poslední setkání je opět ve společenství ostatních diabetiků. Cílem první schůzky je pochopení základních pojmů a souvislostí v rámci nemoci. Na konci tohoto

vzdělávacího bloku jsou zadány účastníkům úkoly, o kterých se na druhé schůzce diskutuje. Pacienti v týdnu mezi těmito dvěma bloky si založí svůj deníček, do kterého zapisují potřebné informace pro edukátora. Vždy jsou to stravovací návyky, aplikace inzulínu, vývoj glykémie spojený s vykonanou pohybovou aktivitou a v neposlední řadě i zaznamenání rizikových situací vedoucích k hypoglykémii. Tyto údaje se ve druhém bloku u každého pacienta nejen hodnotí, ale především se o nich hovoří. Diskutuje se o možných příčinách problémů při snaze o kompenzaci a hledají se možná řešení. Třetí setkání v rámci komplexní edukace je zaměřeno na psychologickou péči, s cílem naučit diabetiky vyrovnat se se svojí nemocí. Čtvrté setkání je spoluprací terapeuta se samotným pacientem tváří v tvář a trvá asi hodinu. Individuální přístup v této fázi vzdělávání umožňuje nejen zhodnotit dosavadní výsledky edukace, ale zároveň i podat pacientovi specifické informace, které on sám konkrétně potřebuje. Na základě osobního rozhovoru a bližšího poznání nemocného, je sestaven odpovídající plán. Obsah páté části programu je stejný, ale probíhá telefonicky. Časový objem je totožný jako u osobního setkání. Základní kurz ve skupinové edukaci je zakončen blokem, ve kterém se nejen opět posuzují zapisované skutečnosti, ale hodnotí se i přínos daného programu. Diskuze je v tuto chvíli hlavní metodou. (Tamtéž, 2017, s. 13 - 15)

Druhým typem jsou edukační pobyty. Víkendové, popřípadě týdenní, akce jsou pořádány minimálně dvakrát do roka a probíhají formou pobytu mimo poradnu. Cílem je adaptace diabetika v běžném životě. Výhodou je kromě reálného prostředí i možná přítomnost rodinných příslušníků. Oba tyto aspekty tvoří ideální podmínky pro ověření dosavadních a získání nových dovedností v životě s diabetem. (Tamtéž, 2017, s. 53)

2.6 Výukové metody

„Mezi poměrně nové a známé klasifikace patří kombinovaný pohled na výukové metody J. Maňáka a V. Švece, kteří výukové metody rozlišují podle kritéria stupňující se složitosti edukačních vazeb, podle úrovně aktivity a samostatnosti žáka. Tento proces je splynutím pojmů výuková metoda a organizační forma.“ (Zormanová, 2017, s. 144)

Metodou je nazýván předem promyšlený a záměrný postup, který má jasně stanovený výstup, kterého chceme za použití dané metody dosáhnout. Klasické jsou metody slovní, názorně-praktické a dovednostně-praktické. Ve slovní formě je vhodné

použit například přednášku, vyprávění, rozhovor, či práci s textem. Verbální projev vzdělávajícího zde hraje důležitou roli. Obecně lze slovní metody dokládat ještě písemně. Tato kombinace mluveného a tištěného slova zajišťuje pro vzdělávaného možnost si přijaté poznatky v ústní podobě znovu projít a v klidu ujasnit. Tištěné materiály v podobě letáků, stručných brožurek nebo přehledně strukturovaných krátkých textů jsou přenosné a mohou tak být oporou i v domácím prostředí. Další nespornou výhodou je i to, že údaje z nich mohou čerpat i rodinní příslušníci. Psané materiály, stejně jako ostatní metody, musí splňovat určité parametry, aby byly opravdu funkční. Kromě konkrétního obsahu zacíleného na konkrétní problém jsou zaměřeny na určitou věkovou kategorii, inteligenční skupinu apod. Dle potřeby je zvolen vzhled, struktura, velikost písma, grafická úprava, objem obrazových pouček atd. V daném textu se nesmí objevovat obsahové, pravopisné ani gramatické chyby. U názorně demonstrační metody se jeví jako dobrá volba instruktáž, předvádění a pozorování. Využívána je i práce s kresbou, fotkou, modelem, pomůckami. Vysoký efekt při edukaci má metoda dovednostně-praktická, kam je možné zařadit především nápodobu, utváření a ukotvování získaných vědomostí přímo v konkrétní situaci. Metody aktivizující mají iniciovat aktivitu edukanta při vzdělávacím procesu. Je tak vytvářen prostor pro to, aby edukant sám chtěl a dovedl řešit vlastní situaci. Součástí těchto metod je i snaha o zvýšení jeho motivace, která velmi ovlivňuje úspěšnost. Jsou jimi například diskuze, navozené situace, návrhy řešení problémů, inscenace, hry. Předpokladem úspěchu je kvalitní promyšlená příprava, neboť vybraná metoda musí vychovávaného zaujmout.

Strukturálně složitějšími jsou metody komplexní, které rozšiřují postupy předchozí, především ty klasické. Jejich součástí jsou i různé didaktické prostředky, formy organizace vzdělávání, prostředí, konkrétní životní situace, aktuální požadavky společnosti a další. Mezi komplexní výukové metody patří například skupinová výuka, partnerská výuka, individuální výuka, projektová výuka, výuka s podporou PC, zážitková metoda, brainstorming... (Krátká, 2016, s. 29 - 32)

Nejčastěji používané výukové metody v nutriční péči

Vysvětlování je monologická metoda, jejímž základem je verbální projev. Doplnit ho lze vizuálními pomůckami. Jde o dobře strukturovaný výstižný popis a rozbor stanoveného jevu, vztahu, situace apod. Informace by měly mít souvislost a být správně

řazeny. Ty nejdůležitější jsou zmiňovány na začátku, poté se přechází k doplňujícím. Také je postupováno od obecného ke konkrétnímu a jednoduchému ke složitějšímu. Objem a způsob je přizpůsobován posluchači. Vysvětlování je využíváno především pro jedince, kteří o daném problému nemají zatím žádné znalosti.

Rozhovor je dialogická metoda postavená na slovní interakci vyžadující dobrou přípravu a dodržování zásad správné komunikace. Kladení otázek, které tvoří základ rozhovoru, má také svá pravidla. Rozhovor je využíván k získání faktů od edukanta, předání vzdělávacího obsahu, opakování již získaných vědomostí. Výhodou této metody je okamžitá zpětná vazba od edukanta.

Diskuze je dialogická verbální metoda vhodná hlavně k prohloubení a upevnění vzdělávacího obsahu. Používána je ve skupinové formě, účastní se jí aktivně všichni členové skupiny. Ti již musí mít alespoň základní povědomí o probíraném tématu a měli by být na diskuzi předem připraveni. Účastníci mohou předkládat své nápady, mají možnost argumentace a obhájení své myšlenky. Osvědčenou variantou je diskuze s moderátorem, který usměrňuje průběh, udržuje vztah k tématu, či hlídá časovou dotaci jednotlivých příspěvků. Diskuzi pak také uzavírá a vysvětluje případné nejasnosti. (Zormanová, 2017, s. 150 - 153)

Konzultace je charakterizována jako schůzka s odborníkem. Cílem setkání z pohledu edukanta je poradit se o situaci, problému, nejasnosti, dalším postupu léčby atd. Konzultace obvykle probíhá pouze mezi dvěma osobami. Často se tato metoda prolíná s teoretickým vysvětlováním a praktickou instruktáží.

Instruktaž a praktické cvičení tvoří jeden celek. Edukátorův slovní teoretický úvod je propojen s ukázkou činnosti, která bude následně s edukantem nacvičována. Metoda je vhodná pro práci s lidmi, kteří již mají teoretické znalosti a je potřeba je pouze převést do praxe. Důraz je kladen na seznámení s postupem výuky a stanovení jasně definovaného cíle. Postup je pak následně v různém tempu se slovní podporou opakován. Instrukce jsou podávány ve stručné a pochopitelné formě. Následuje druhá část, kdy edukant sám zkouší danou činnost nacvičovat. V této fázi je zásadní sledovat práci vzdělávaného a důsledně ho upozorňovat na případné chyby. Kvalita této metody je podmíněna nejen zkušeností a připraveností edukátora, vhodností zvolených pomůcek, ale i počtem osob.

Práce s textem - používané tištěné nebo písemné edukační materiály by měly být pouze doplněním informací v rámci dalších metod. Mohou mít podobu letáku, brožury, knihy apod. Obsah je zaměřen na dané téma, má jasný cíl, je určen konkrétnímu typu čtenáře. (Juřeníková, 2010, s. 39 - 45)

Hra je situační metoda pro jednotlivce i skupinu. Hlavním požadavkem je naučit edukanta rozhodovat se v předložených situacích, umět vybrat z nabízených variant, zvolit správný postup a řešení. Hra jde zkombinovat například i s metodou hraní rolí, což je interaktivní výuka již alespoň částečně vzdělaných jedinců v dané problematice. Náplní je trénink skutečných situací ve vzdělávacím prostředí. (Zormanová, 2017, s. 154 - 155)

E-Learning není ani metoda, ani forma. Byť z didaktického hlediska nazývána novou metodou je. Přesná definice e-learningu se liší dle toho, z jakého hlediska na něj pohlížíme - jako na systém, jako na proces, jako na prostředek, jako na zdroj informací. Výhodou z pohledu vzdělávajícího je možnost učit se kdykoliv a kdekoliv, velká nabídka variant, vyšší míra interaktivity atd. Nevýhodou může být například závislost tohoto učení na technologiích - přístup k daných zařízením či dovednost s nimi pracovat. (Tamtéž, 2017, s. 198 - 199)

2.7 Specifické pomůcky pro diabetiky

Konverzační mapy jsou moderní a jedinečnou pomůckou při skupinové edukaci diabetiků. Práce s nimi je postavena na aktivní účasti a diskuzi nad jednotlivými situacemi v mapě, kterou pacienti společně krok po kroku procházejí. Používání této vizuální pomůcky vychází z poznatku, že konkrétní praktická informace je u diabetiků efektivnější, než sdělení teoretické a obecné. Také vizualizace skutečných situací vede k lepšímu zapamatování. Edukátor za pomoci mapy citlivě vede a naviguje pacienty ke správnému řešení daných problémů. Metodika je založena na principu sókratovské školy, kdy edukátor podporuje interakci pacientů otázkami a podněcuje skupinovou diskuzi. Edukatorem v roli moderátora je proškolený zkušený odborník v dané specializaci. Výuková mapa je obraz na velkém papíře znázorňující určité prostředí, kterým vede cesta s body vyjadřujícími každodenní situace. Za pomoci hracích karet pacienti debatují nad každou z nich. (Jirkovská, a další, 2017, s. 48 - 49) Nyní je

k dispozici sedm tématických map – život s diabetem, jak funguje diabetes, zdravé stravování a pohybová aktivita, zahájení léčby inzulinem, porozumění rizikovým faktorům při zvládnání diabetu, diabetes a péče o nohy, život v rodině s diabetem 1. typu. Mapa zaměřená na zdravé stravování a pohybovou aktivitu podněcuje diabetiky ke změně stravovacích návyků, ukazuje jim jakým způsobem toho dosáhnout, jak řešit krizové situace. Vysvětluje proč je strava zdravá; co, jak a kdy je vhodné jíst, rozlišuje skupiny potravin dle vhodnosti apod. Tuto diskuzi vedou nutriční terapeuti, které na konci setkání předávají pacientům domů ještě tištěné edukační materiály včetně miniatur map, kterými diabetici v rámci hry prošli. (Jirkovská, 2014, s. 386 - 387)

Konverzační průvodce je další velmi moderní pomůckou podněcující aktivitu pacienta, založenou také na vizualizaci a Sókratově učení. Určena je ale pro individuální edukaci, kdy terapeut a nemocný sedí u stolu proti sobě. Použita je metoda rozhovoru. (Štefánková, a další, 2015, s. 5) Jedná se o stolní tématicky zaměřený kalendář. Obsah edukace je v něm řešen dvěma způsoby. Z jedné strany kalendáře je na listech probírané téma v podobě osnovy pro edukátora, z druhé strany jsou v rámci tématu informace, otázky a úkoly pro edukanta. V nutriční péči je využíván průvodce s tématem „Cesta k vytvoření zdravého životního stylu“. (Jirkovská, online, cit. 2019-06-08)

Internet je v současné době běžně používanou pomůckou. Nutričními terapeuty jsou využívány profesionální webové stránky, pro pacienty jsou pak k dispozici většinou neplacené verze. Pomůcka, s kterou se učí pracovat během edukace každý diabetik, je tzv. elektronická výživová kalkulačka. Jde o rozsáhlou databázi potravin, u kterých je vypsané jejich složení. Vždy je uvedena celková energetická hodnota, obsah bílkovin, tuků a sacharidů. Dle rozsahu a kvality programu lze získat i informace o zastoupení dalších výživových složek. Zmínit lze například webové stránky kaloricketabulky.cz, mte.cz, nutriservis.cz. Oblíbené jsou i aplikace, především ty určené pro mobilní zařízení. Jedinečné jsou v tom, že je pacient může používat kdykoliv a kdekoliv. Mezi aplikace, které diabetikovi okamžitě vyhodnotí vložené údaje o jeho stravě, patří například Lemon Diary, My Plate, Carbs and Cals, My Sugar. Obdobou papírového deníku diabetika jsou aplikace Diabetik asistent, Dia Log nebo iFora. (Kůsová, a další, 2015, s. 7)

2.8 Nutriční péče

Proces péče se skládá z nutričního zhodnocení, stanovení nutriční diagnózy, intervence, monitoringu a evaluace. Základními metodami v počátcích spolupráce s diabetikem jsou dotazník, test, rozhovor, vysvětlování. Při první edukaci nutričním terapeutem je pomocí objektivních nástrojů zhodnocen výživový stav pacienta a jsou zjišťovány stravovací zvyklosti. Mezi ně patří například množství stravy, frekvence denních jídel, používané technologické úpravy, pitný režim, zastoupení jednotlivých živin, oblíbenost konkrétních potravin atd. Součástí nutriční anamnézy je i retrospektivní dvacetičtyřhodinový recall, tj. pacientova vzpomínka na to, co snědl zpětně v tomto časovém rozmezí. (Zlatohlávek, a další, 2016, s. 174) Pozornost je dále zaměřena na aktuální znalosti pacienta o výživě a vlivu jídla na glykémii. Pokud nemocný již nějaké vědomosti o dané problematice má, je vhodné zjistit a zhodnotit zdroje, ze kterých je získal. Klientovi, který nemá zatím žádné povědomí o výživě, stejně jako klientovi se špatnými informacemi, je nutné doporučit zdroje správné. Na základě vyšetření nemocného a přijatých sdělení od něho jsou stanoveny konkrétní edukační potřeby. Je provedena celková nutriční diagnostika. Terapeut díky ní získává představu nejen o výše uvedených faktech, ale i o tom, jaké má pacient názory, jak bude ochoten plnit konkrétní úkoly, z čeho má strach apod.

Po zhodnocení všech skutečností a vyvození závěru je nastaven hlavní nutriční cíl. Poté je společně s pacientem vytyčen první krátkodobý cíl pro další setkání – reedukaci. Je jím jednak seznámit nemocného s diabetickou dietou v přiměřeném rozsahu, jednak získat představu o tom, co a kdy diabetik jí. Nemocný dostává do příští schůzky úkoly, které splnění cíle podmiňují. Prvním je nastudování obdržovaných edukačních materiálů v tištěné podobě a písemná příprava dotazů vázajících se k danému obsahu. Druhým je pacientův zápis stravy do deníku. Pacient průběžně zaznamenává každou přijatou potravinu po dobu minimálně jednoho týdne. Větší výpovědní hodnotu pro nutričního terapeuta mají záznamy s delším časovým úsekem. Každý pokrm je třeba kromě zápisu i zvážit, aby měl terapeut přehled nejen o složení, ale i o objemu přijaté stravy. Pacientovi je proto také doporučeno koupit nutriční váhu. Pokud pacient není schopen s touto pomůckou sám pracovat, je součástí dalšího setkání i instruktáž a praktický nácvik. (Jirkovská, a další, 2017, s. 23 - 25)

Při další edukační schůzce probíhá ze zápisů v deníku diabetika vyhodnocení jídelního lístku a stravovacích návyků. Nedílným prvkem je také rozbor důvodů, které tyto zvyklosti ovlivňují. Analýza je vedena z velké části formou řízeného rozhovoru. Následně pacient vyplňuje výstupní dotazník, který ověřuje posun v jeho znalostech. Pro terapeuta je zpětnou vazbou o vhodnosti použitých metod, adekvátním objemu informací, nebo třeba vůli pacienta. Pokud dojde edukátor k závěru, že některé cíle nebyly splněny, identifikuje důvody neúspěchu a upraví nastavený původní návrh. Další metodou, která může být v této fázi použita je diskuze. Ta probíhá nejen ve vztahu k doneseným záznamům, ale vztahuje se i k plánu do budoucna. Obsahem je třeba úvaha nad tím, kdy a jakým způsobem začne diabetik režim dodržovat, jaký význam má pro něho daná konkrétní změna atd. V případě pacientova zájmu o trvalejší a komplexnější poučení jsou pak naplánovány navazující kroky. Těmi může být buď individuální další reedukace, nebo komplexní edukace. V rámci obou těchto forem absolvují diabetici aktivní program pod vedením nutričního terapeuta zaměřený na nějaké téma. Může jím být třeba vážení uvařených příkrmů, které si pacienti sami přinesou. Cílem této činnosti je v reálu ukázat diabetikům, jak velká porce je pro ně vhodná, jaké druhy příkrmů by měli preferovat, jak technologická tepelná úprava ovlivňuje glykemický index potravin a tím i hladinu krevního cukru atd. Vhodné je naučit pacienty i odměřování potravin pomocí nástrojů, které jsou běžně dostupné. Praktickou pomůckou je lžíce, talíř, ale i vlastní dlaň. Další možností praktické výuky je zaměření se na dovednost číst etikety. Ta je v oblasti výživy jedním ze zásadních požadavků. Diabetici společně diskutují nad výrobky, které si přinesou a běžně je konzumují. Cílem je gramotnost při čtení etiket na obalech a schopnost rozpoznat vhodné potraviny. (Tamtéž, a další, 2017, s. 131)

Praktický nácvik za použití pomůcek, je používán dle aktuálních potřeb, přístupu diabetika k edukaci a vývoje spolupráce s ním. Pro vyhodnocení praktických dovedností je vhodnou metodou přímé pozorování. (Tamtéž, a další, 2017, s. 26)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 EDUKACE V NUTRIČNÍ PÉČI

3.1 Úvod do problematiky

Diabetes mellitus je v posledních letech rostoucím celospolečenským problémem. Podle odhadů provedených na základě statistických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR není daleko doba, kdy tímto onemocněním bude postižen každý 10. občan ČR bez ohledu na věk. Ve vyšších věkových kategoriích bude potom četnost onemocnění ještě mnohem větší. Pokud není toto onemocnění včas a dostatečně léčeno, ohrožuje nemocného rozvojem akutních a v pozdějších letech i pozdních komplikací. Tyto komplikace velmi významně ovlivňují kvalitu pacientova života a také v neposlední řadě zvyšují náklady na léčbu. Potřeba edukace nemocných diabetiků tvoří základní pilíř léčby. Již ve 20. letech minulého století propagoval lékař Elliot P. Joslin edukaci diabetiků a v Bostonu založil léčebně edukační centrum pro diabetiky. Toto Joslin Diabetes Center uděluje diabetikům, kteří si aplikují inzulin 50 let tzv. Joslinovu medaili. Na této stříbrné medaili jsou ztvárněni 3 pádící koně. První nese jméno Inzulin, druhý Dieta a třetí Cvičení. Jedná se o metaforické ztvárnění 3 základních pilířů léčby diabetu. Vozka, který obrazně spřežení řídí, je sám pacient. Druhá postava vedle vozky představuje edukátora, který pacientovi radí, jakou taktiku na dlouhé a náročné trati zvolit. Toto symbolické ztvárnění se stalo v roce 1997 logem Sekce sester České diabetologické společnosti.

Začátkem 90. let 20. století se začal uplatňovat nový přístup k edukaci – empowerment. Tento výraz označuje proces, kterým se diabetici stávají odpovědnými za svoji nemoc. Tento nový přístup ukončil éru „poučování“. Začala éra partnerství mezi lékařem a diabetikem.

V ČR je bohužel pouze několik specializovaných diabetologických center, která mají celý edukační tým (lékaře diabetologa, nutričního terapeuta, podiatrickou sestru a psychologa). Edukace diabetiků probíhá většinou jen v ambulancích, ve kterých pracuje diabetolog nebo praktický lékař a zdravotní sestra. Zajistit kvalitní a dostatečnou edukaci v omezených personálních a časových podmínkách je téměř nemožné. I přesto se možnosti edukace nabízené pacientům rozšiřují. Napomáhá tomu

i zavedení jednotných standardů péče a systému vzdělávání, dostupné edukační materiály pro sestry (Metodika vedení edukace) a široká nabídka edukačních pomůcek. Po diagnostikování pacienta poskytuje diabetologickou edukaci lékař a zdravotní sestra. Následně je nemocný odeslán do nutriční poradny, ve které s pacientem provede edukaci se zaměřením na stravování a vhodný životní styl nutriční terapeut.

Kompletní edukace je nezbytnou a nenahraditelnou součástí úspěšné léčby nemocného. Největší část úspěchu však spočívá v rukou pacienta samotného. Jen dokonale poučený pacient dokáže sám v každodenním životě pružně reagovat na aktuální stav svého organismu a samostatně tomu přizpůsobovat léčbu.

3.2 Cíle empirické části

Potřebná změna v chování diabetika a aktivní přístup k léčbě a s ní související důležitost edukace byla obsahem v předcházejících kapitolách – následující empirická část si klade za cíl zjistit, zda se vzdělávání konkrétního diabetika reálně promítne do zlepšení jeho stavu po skončení edukace. Hlavním cílem je projít s vybraným diabetikem 2. typu edukací, následnou reedukací a zjistit, zda tato edukace měla vliv na metabolickou kompenzaci.

Ke splnění hlavního cíle poslouží dílčí cíle:

- zjistit, jaké formy či metody měly u konkrétního diabetika subjektivně nejvyšší úspěšnost;
- zjistit, zda diabetik, který absolvoval edukaci u nutričního terapeuta, měl v závěru vyšší znalostní úroveň;
- zjistit, zda má zájem o nové informace, které mu pomohou k dobré dlouhodobé kompenzaci a zhodnotit ochotu diabetika učit se novým věcem.

Pokud se podaří cíle splnit, bude to pro nemocného znamenat zlepšení kompenzace DM (ukazatel dobré kompenzace – glykovaný hemoglobin do 53 mmol/mol), pokles tělesné hmotnosti o 5-10 %, zkvalitnění jeho života a zejména předcházení komplikacím, které nemocného ohrožují.

Pokud se cíle nepodaří splnit a kompenzace DM bude i nadále neuspokojivá bude možná v budoucnosti nutná také inzulinoterapie.

3.3 Základní anamnestické údaje

V rámci odborné praxe nutriční poradny byla oslovena diabetička 2. typu. Paní J.S. souhlasila se spoluprací při edukaci a souhlasila se zpracováním její kazuistiky v diplomové práci – informovaný souhlas byl udělen. Společně byl zpracován předběžný časový harmonogramu jednotlivých konzultací. Paní J.S. byla oslovena, neboť již ze zaslané zdravotnické dokumentace bylo zřejmé, že je letitá, avšak žádná doporučení nedodržující, diabetička.

Anamnestické údaje

Počáteční fází byl sběr základních informací o pacientce. Některé základní údaje byly čerpány ze zaslané zdravotnické dokumentace, další byly doplněny při prvním kontaktu s paní J.S.

Údaje převzaté z dokumentace zaslané jejím diabetologem 10.04.2019

Věk: 32 let, aktuální tělesná hmotnost 99 kg (váha se pomalu zvyšuje), výška 180 cm, BMI 30,5; TK 120/ 90 mmHg

RA (rodinná anamnéza):

matka: nadváha, DM 2. typu kompenzován dietou, porucha lipidového spektra – hypercholesterolemie, artritida

otec: metabolický syndrom – obezita abdominálního typu, hypertenze, porucha lipidového spektra – dyslipidémie, DM 2. typu kompenzován dietou a PAD (perorálními antidiabetika)

Sestra: autoimunitní tyreoiditida

PSA (pracovní a sociální anamnéza):

vdaná, 2 děti, prodavačka – nepravidelné dvanáctihodinové směny, jezdí autem, bez pohybové aktivity

OA (osobní anamnéza):

appendektomie v roce 1996, obezita 1. stupně gynoidního typu, diabetes mellitus 2. typu od roku 2014, kompenzována dietou a PAD, pacientka neukázněná, nedodrží nutriční režim diabetika. Lékařem jí byla doporučena v rámci režimových opatření redukce tělesné hmotnosti – pacientka toto nereflektovala, její váha je o 5 kg větší za posledních 5 let. Byla objednána v roce 2014 po diagnóze onemocnění na edukaci do nutriční poradny, ale tam se nedostavila. Kontroly u diabetologa řádné, PAD užívá, glykovaný hemoglobin 70 mmol/mol – zpráva ne starší jednoho měsíce. Samostatnou kontrolu glykémie (selfmonitoring) neprovádí. Poučena ale byla a postup zná. Bez objektivní přítomnosti diabetických komplikací.

Abúzus: kouření a alkohol nejuje

FA (farmakologická anamnéza): Metformin 500 mg 1-0-1, při alergické reakci Zyrtec

AA (alergologická anamnéza): tetracykliny, penicilin

Potravinové alergie: arašídy, lískové ořechy, syrová jablka

NO (nynější onemocnění):

pacientka odeslána do nutriční poradny na doporučení svého diabetologa pro dekompenzovaný DM 2. typu na PAD. Pacientka si stěžuje na zvýšenou únavu a opakovaný výskyt plísňových infekcí na kůži v posledních měsících.

SP (status presens): při vědomí, orientovaná, nervózní, spolupracuje, kůže toho času čistá, hydratace přiměřená, sliznice čisté bez změn, DK bez otoků, bez známek zánětu, bez varixů

DG (diagnóza): DM 2. typu kompenzován dietou a PAD, exogenní obezita 1. stupně

Historie edukace u paní J.S.

Edukace základní – počáteční – individuální, měla by nemocné pomoci vyrovnat se s chorobou s ohledem na počáteční šok a popření skutečnosti po sdělení diagnózy a měla by obsahovat informace zaměřené na nejdůležitější znalosti a dovednosti. Paní J.S. byl DM 2. typu zachycen náhodně při preventivní kontrole u praktického lékaře. Žádné zdravotní obtíže v té době nepociťovala. Při sdělení diagnózy se samozřejmě dostavilo překvapení, ale vzhledem k tomu, že i její oba dva rodiče trpí diabetem, vyrovnala se s tímto sdělením dle jejích slov docela rychle. Základní edukace, pokud si dobře vzpomíná, proběhla jen krátkým rozhovorem s diabetologickou sestrou a odnesla si nějakou brožuru domů. Na dotaz, zda pak cíleně upravila své stravování či pohybový

režim odpověděla záporně (nic se v jejím životě nezměnilo, jen začala brát prášky). Objednanou edukaci v nutriční poradně, kam byla lékařem doporučena po stanovení diagnózy, na kterou se však nedostavila, pacientka nezmínila.

Edukace komplexní – rozšiřuje a prohlubuje obsahově edukaci základní, řeší individuální problémy a konkrétní situace. Tato fáze může být realizována individuálně nebo skupinově ve formě individuálních konzultací nebo formou edukačního kurzu pořádaného edukačním týmem. Paní J.S. docházela pravidelně 4x za rok na kontrolu k diabetologovi, který ji vždy předepsal prášky, snažil se jí vysvětlit, co má změnit. Před kontrolou se „snažila vždy několik dní tolik nejíst sladké, aby jí pan doktor zase nenadával“. Individuální edukaci v nutriční poradně jí doporučil prý až teď po několika letech. Ze zasláné dokumentace ale vyplývá, že pacientka uvádí nepravdivé informace. Není však s tímto faktem konfrontována z důvodu nutnosti vytvoření přátelské atmosféry. Komplexní edukace tedy proběhne nyní v rámci procesu nutriční péče v nutriční poradně.

Reedukace – pokračující cílená edukace. Musí být zaměřena na specifické problémy pacienta. Paní J.S. nemá s reedukací žádné zkušenosti.

Kdy a kde bude edukace probíhat?

- setkání budou probíhat v pracovní době nutriční poradny a dalších oborových pracovišť, skupinová edukace bude domluvena na den konání setkání v rámci programu;
- termíny musí být domlouvány postupně, vždy aktuálně při poslední schůzce z důvodu nepravidelných směn pacientky; edukace musí probíhat mimo pracovní dny ženy; zaměstnavatel nepovažuje nutriční terapii za zdravotní důvod absence;
- vhodné bude také naplánovat konkrétní obsah edukace ve vztahu k prostředí, ve kterém bude edukace probíhat,
 - poradna: individuální edukace – vysvětlování, dotazník, rozhovor, konverzační průvodce; skupinová edukace – diskuze, konverzační mapy;
 - konferenční sál: hromadná edukace – prezentace, přednáška;
 - cvičná kuchyň: instruktáž a praktické cvičení;
 - prodejna potravin: instruktáž a praktické cvičení;
 - domácí prostředí: e-learning – vzdělávací aplikace a nutriční program.

- úkoly, které jí budou mezi jednotlivými edukacemi zadávány, je třeba naplánovat v souladu s jejím pracovním kalendářem.

Technické předpoklady: edukační místnost, edukační materiály, pomůcky k výuce (modely potravin, nutriční váha a podobně), počítač - software s nutriční databází, váha INBODY

3.4 První edukace

Cíle prvního společného setkání (1. edukace) lze rozdělit do dvou oblastí. Nutriční terapeut (NT) a klientka mají rozdílná očekávání. Jelikož se jedná o první setkání, je vhodné se na počátku spolupráce navzájem seznámit za pomoci volného rozhovoru. Teprve poté je možné vzájemně prodiskutovat očekávané výsledky edukace a předběžný časový plán. NT má v této fázi jen jeden cíl, a to získat co nejvíce informací o své nové klientce, aby mohla později zhodnotit výživový stav, stanovit nutriční diagnózu, zpracovat nutriční plán a rozpoznat osobnostní charakteristiky pacientky. Žena si zpočátku sama žádné cíle neklade, je zde „jen z povinnosti“.

Jak bude probíhat první edukace z pohledu NT?

- přivítat klientku;
- vytvořit pozitivní atmosféru;
- připravit příjemné prostředí – vyvětrat, zajistit klid a pocit soukromí;
- přesvědčit klientku o tom, že naše spolupráce a její snaha o změnu svého životního stylu má skutečně smysl;
- z chování a přístupu zjistit, jak je žena motivována;
- z rozhovoru a spolupráce během edukace zjistit, jaké jsou inteligenční možnosti ženy; přizpůsobit tomu objem informací, odbornost, výukové metody;
- sdělit klientce to, že spolupráce je založena na její dobrovolnosti a důvěře;
- vysvětlit klientce, že je důležitá její otevřenost, sdělování dojmů; vysvětlit proč jí budou kladeny některé otázky a ověřovány její pokroky během edukační činnosti;

- velmi důležité je ženě sdělit to, že nebude hodnocena / kritizována, ale snahou bude dosáhnout vytyčeného cíle a pokud nebude chtít ve spolupráci pokračovat, může edukační program kdykoliv bez udání důvodu ukončit.

V průběhu neformálního rozhovoru byly klientce položeny otázky směřující k důvodu návštěvy, k očekáváním klientky a jejímu přehledu o problematice dotýkající se její nemoci: Co očekáváte ode mě jako NT? Co očekáváte od naší spolupráce? Máte nějaký konkrétní osobní cíl, kterého byste zde, se mnou, ráda dosáhla? Myslíte si, že Vaše diagnóza je správná a tuto nemoc skutečně máte? Co víte o nutnosti upravit svoji výživu? Zajímáte se o výživu? Pokud ano, jakým způsobem, jak dlouho? Jaké informační zdroje využíváte při dohledávání nových informací? Co byste se chtěla ode mě dozvědět? Setkala jste se již s touto nemocí ve Vašem okolí? Jak vypadá Váš pracovní a volný den?

Pacientka očekává od první schůzky jen: „*že si poslechne diabetickou dietu a odnese si domů jídelníček*“.

Odpovědi si NT zaznamenala v průběhu následujících 10 min, kdy klientka vyplňovala vstupní vědomostní dotazník.

Kdo je klientka?

- je to žena ve věku 32 let, vyučená prodavačka, manuálně pracující v nepravidelných 12 hodinových směnách v supermarketu u teplého bufetu;
- celodenní přístup k jídlu zdarma ji podněcuje stále něco ujídat;
- neumí vařit, vaří manžel;
- nezajímá se o výživu, zdravý způsob života ani sport;
- neprovádí žádnou pohybovou aktivitu, pohyb je pro ni nepříjemnou zátěží;
- je upravená, nalíčená, dobře oblečená;
- finanční podmínky má mírně nadstandardní;
- chování ženy je sebevědomé, přátelské, otevřené; na sjednaný termín přišla včas;
- klientka hned uvádí, že jde do nutriční poradny pouze kvůli lékaři, aby „*měla klid*“, když k němu jde pro farmaka;
- klientka je přesvědčena o zbytečnosti edukace, nepřichází do nutriční poradny z vlastní vůle;

- vnitřní motivace chybí, názor klientky je: „*Stejně je to k ničemu, mám ráda svůj styl života, nic mi není a mám prášky.*“; manžel i její nejbližší přátelé jsou také obézní;
- zdravotní problémy zatím žádné nepocítuje, má pocit, že obezita ji nijak neomezuje
- zajímá se o to, co obnáší spolupráce s nutriční terapeutkou – dotazy se však týkají hlavně toho, kolik času bude potřeba a co vše bude muset obětovat.

Po tomto rozhovoru byly společně jasně definovány vědomosti, dovednosti a postoje, se kterými by měla klientka po první edukaci odejít domů:

- klientka odejde z poradny se základními vědomostmi o diabetické dietě;
- bude vědět, jak zapisovat a vážit příjem potravy;
- klientka bude umět zacházet s nutriční váhou;
- klientka bude chápat důležitost změny svých stravovacích návyků a bude si uvědomovat možné komplikace plynoucí z jejich nedodržování.

Z těchto společně definovaných cílů vyloučily konkrétní činnosti, které proběhnou během první edukace a jejichž společným cílem je naplnit požadavky kladené na první edukaci jak od NT, tak od klientky:

- požádat klientku o vyplnění vstupního vědomostního dotazníku;
- nechat klientku zapsat retrospektivní 24 hodinovou vzpomínku;
- provést zhodnocení nutričního stavu klientky pomocí antropometrických a fyzikálních vyšetření;
- provést polostrukturovaný rozhovor s cílem zjistit podrobnou nutriční anamnézu,
- provést kompletní nutriční hodnocení;
- metodou vysvětlování ústně poučit klientku o základních principech jejího onemocnění a podstatě stravy diabetika;
- založit a předat klientce pracovní sešit – deník, do kterého si bude zapisovat vše, co bude potřeba: úkoly, nápady, dotazy;
- provést demonstraci a nácvik práce s pomůckou – nutriční váhou vhodnou pro diabetiky;
- zadat klientce úkol, který přinese na druhou schůzku;
- předat základní edukační materiál v tištěné podobě, který si klientka odnese s sebou,

- motivovat, motivovat, chválit, motivovat.

Klientka byla požádána o vyplnění vstupního vědomostního dotazníku. Byla upozorněna na to, že dotazník má jen informativní charakter pro NT, aby věděla, na které oblasti se má v edukaci zaměřit. Proč byl dotazník podán takto v úvodu? Aby odpovědi klientky nebyly ovlivněné pozdějším rozhovorem.

Vstupní dotazník - metodika

Dotazník se předkládá k vyplnění s cílem zjistit, jaké má klientka aktuální znalosti o léčebném režimu při svém onemocnění. Zjištěná úroveň znalostí z dotazníku společně s rozhovorem vedeným za účelem vytvoření nutriční anamnézy, retrospektivním záznamem stravy a průběžným zápisem stravy, jsou následně základem pro vyhotovení nutričního plánu, který umožní zacílit edukaci na konkrétní potřeby nemocné ženy. V dotazníku jsou otevřené otázky uspořádány do třech různých okruhů. První oblast otázek je zaměřena na ověření znalostí dotýkajících se vlastního onemocnění, pojmů se k němu vztahujících a obecných znalostí o chorobě. Druhý okruh otázek je zaměřen na nedílnou součást režimu, a to na každodenní kontrolu glykémie, včetně pomůcek k tomu potřebných. Nejobsáhlejší je poslední oblast zaměřená na výživu. Všechny otázky jsou kladny tak, aby na ně klientka nemohla odpovídat pouze ano – ne. Důvodem je snaha o získání co nejpodrobnějšího přehledu o tom, co klientka ví. Otázky je potřeba formulovat jasně a srozumitelně. Ze zkušeností a zpětných vazeb od klientů, kteří prošli poradnou v minulosti, vyplývá, že velmi nevhodné je používání anglických názvů a zkratk. Byť by klienti například konkrétně u této nemoci měli vědět, že diabetes mellitus je běžně označován jako DM; nebo zavedený pojem selfmonitoring znamená sebesledování – kontrolu své glykémie. Zkratky a pojmy znali pouze lidé, kteří se o své zdraví a nemoc aktivně zajímali a vstupní dotazník prokázal již pokročilé vědomosti. Dotazník je vyplňován klientkou při první návštěvě nutričního terapeuta. Předpoklad časové dotace je 20 minut. Klientka vyplňuje dotazník samostatně. NT neodpovídá na dotazy klientky, aby nedošlo ke zkreslení výsledků a byla zajištěna objektivita jak při vstupním, tak výstupním vyhodnocování.

Pokyny pro klientku:

- vyplňte dotazník stručně, ale co nejvýstižněji;
- pište čitelně;
- čas pro vyplnění je 20 minut.

Klíč pro vyhodnocení odpovědí v daném dotazníku není jeho součástí, nutriční terapeutka ho má u sebe. Klíč: A = zná, lze pouze zopakovat a upevnit, B = nezná, je nutno předat znalosti, U = nedostatečná – nepřesná odpověď, je nutno upřesnit, doplnit a prohloubit znalosti

Tabulka 1: Dotazník – vstupní znalosti

OTÁZKY	VSTUPNÍ ZNALOSTI KLIENTKY	HODNOCENÍ
Co je diabetes mellitus?	Nemoc, při které se nesmí sladké	N
Jakým typem diabetu trpíte?	Nevím ani, že jsou nějaké typy	N
Co je hlavním cílem při tomto nemocnění?	Snížit cukr v krvi	N
Jaké jsou komplikace dlouhodobé hyperglykémie?	Ucpávání tepen, zhoršení zraku	U
Jaká je příčina hyperglykémie?	Málo pohybu, obezita	N
Co je prevencí hyperglykémie?	Pohyb, zdravá strava, snížení váhy	U
Jaké jsou příznaky hypoglykémie?	Zvýšený příjem tekutin, zhoršení zraku	N
Jaké jsou zdravotní důsledky zvýšené hladiny cholesterolu?	Ucpávání tepen	A
Jaký význam má pohybová aktivita?	Snižování hladiny cukru v krvi	A
Proč by diabetik neměl kouřit?	Zhoršení cukrovky	U
Jaké znáte webové stránky týkající se Vašeho onemocnění?	Žádné neznám	N
Co obnáší sebesledování glykémie?	Měřit se přístrojem, který jsem dostala u doktora?	A
K čemu tento proces slouží?	Abych věděla, jestli nemám vysoký cukr	U
Jak často by se měl správně provádět?	Nevím	N
Jak se pracuje s glukometrem?	Píchneme se ze strany do prstu a na papír nanese krev	U
K čemu je diabetický deník?	Netuším	N
Co to jsou perorální antidiabetika?	Nevím, jestli to jsou ty prášky, co беру, tak mají léčit	N

Co byste neměl při užívání perorálních antidiabetik konzumovat a proč?	Netuším	N
Jak byste charakterizoval/a diabetickou dietu?	Zdravá strava (zelenina, maso)	U
Co znamená pojem jednoduché sacharidy?	Cukry	A
Jaké sacharidy by měly ve výživě převládat?	Netuším	N
Co znamená pojem glykemický index?	Netuším	N
Jaké tuky by měly ve výživě převládat?	Netuším	N
Jaký účinek mají omega3 mastné kyseliny?	Netuším	N
Jakou mají bílkoviny funkci v lidském organismu?	Netuším	N
Jaké potraviny mají vysoký obsah bílkovin?	Maso	U
Jaká je doporučená maximální denní dávka soli?	Nevím	N
Jaké potraviny byste měl/a zcela vyloučit ze svého jídelního lístku?	Solené	N
Jakou potravinu byste měl/a jíst ke každému jídlu?	Zeleninu	A
Jak funguje v lidském organismu vláknina?	Čistí střeva	U
V jakých potravinách se vyskytuje vláknina ve velkém množství?	Luštěniny, ořechy	U
Jaké množství ovoce denně smíte sníst?	Ovoce můžu, kolik chci	N
Jaké druhy zeleniny patří mezi méně vhodné?	Nevím	N
Co by mělo převládat v pitném režimu?	Čistá voda	A
Jaká tepelná úprava pokrmů není vhodná?	Smažení	A
Kolikrát denně byste měl/a jíst?	Mezi jídly nemít víc než 3 hodiny pauzu	N

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Vstupní znalosti klientky - vyhodnocení

Subjektivně klientka hodnotí své znalosti o diabetické dietě takto: „*O cukrovce vím jenom to, že bych neměla jíst cukr, sladkosti a tučná jídla. Měla bych také jíst víc zeleniny. Nikdy jsem se o zdravou výživu ani diabetickou stravu nezajímala, nikdy jsem nedržela žádnou dietu a také neumím vařit.*“

Dotazník obsahuje třicet šest otázek. Klientka odpověděla sedmkrát dobře, dvacetkrát špatně. Devět odpovědí je nedostatečných a vyplývá z nich, že klientka nemá kompletní nebo k chorobě vztahující se vědomosti. Po vyhodnocení dotazníku je určen závěr: klientka má minimální znalosti a je třeba nastavit edukační plán, mezi jehož první dílčí cíle bude patřit předání těch nejzákladnějších informací.

Vstupní dotazník – vyhodnocení metody

Standardizovaný dotazník pro ověření vstupních znalostí je pro NT dobře vyhodnotitelnou, nenáročnou a přehlednou metodou. To, že je dotazník používán u všech pacientů jednotně, zajišťuje objektivitu a stejné podmínky pro všechny pacienty. To dává NT možnost utvořit si představu o úrovni znalostí i ve srovnání s ostatními pacienty. Díky jeho použití i pro vyhodnocení výstupních znalostí lze velmi dobře zhodnotit přínos a úspěšnost celého procesu edukace v nutriční péči. Nevýhodou této metody je to, že neposkytuje NT možnost dodatečných otázek k nejasným či nekompletním odpovědím edukantky. To je pak možné provést až v rámci rozhovoru. U této klientky dotazník není zřejmě ideální metodou pro zjišťování vědomostí. Odpovědi jsou velmi stručné bez možných správných návrhů a klientka měla vyplněný dotazník za deset minut. Vzhledem k absenci vnitřní motivace bude u této ženy zřejmě vhodnější využívat metody, při kterých spolupracuje přímo s edukátorem, nikoliv metody, které jsou založeny pouze na její vůli a aktivitě. V případě časové rezervy by tak ještě bylo vhodné provést polostrukturovaný rozhovor, který by navázal na tento konkrétní dotazník a pomohl objasnit a upřesnit z něho vzešlé informace.

Mezi základní informace, se kterými NT zpočátku edukace pracuje, je přibližný odhad energetického příjmu, biologické hodnoty stravy, zastoupení základních živin a denního režimu. V tomto jí napomůže tzv. 24 hodinový recall, což je retrospektivní zápis stravy klientky metodou „24 hodinová vzpomínky“.

24 hodinová vzpomínka – metodika

Zápisový arch pro retrospektivní anamnestickou metodu se dává klientce k vyplnění s cílem zjistit, jaké má žena stravovací návyky. 24 hodinová vzpomínka (24 hodinový recall) patří v nutriční péči mezi běžně používanou metodu. Jejím principem je zápis stravy, kterou klientka snědla v posledních 24 hodinách. V rámci snahy o co nejpřesnější určení nejen kvality ale i kvantity a nemožnosti zpětně snědené jídlo zvážit, je vhodné klientce vysvětlit použití přirozených pomůcek. V praxi se k odhadu velikosti porce osvědčuje především objem pěsti nebo velikost dlaně daného člověka. Pokud si klientka vzpomene, zaznamená i místo a aktivitu v okamžiku jídla. Arch je vyplňován klientkou při první návštěvě, nejlépe ještě před anamnestickým rozhovorem. Při vyplňování je vhodná přítomnost NT, aby mohl zodpovědět případné dotazy. Předpoklad časové dotace je 10 minut. Delší časový úsek již nepřináší žádný benefit. Analýza kvantity a kvality výživy u ženy bude provedena nutričním terapeutem orientačně. Pomocí počítačového programu bude vyhodnocen až průběžný záznam klientky.

Pokyny pro klientku:

- vyplňte čitelně záznamový arch,
- vypište všechny nápoje a pokrmy, které jste během včerejšího dne a dnešní noci snědla a vypila,
- zapište i malé ochutnávky a drobnosti,
- zamyslete se nejen nad tím, co jste snědla, ale také nad množstvím. Pokud je to možné, uveďte počet nebo váhu dané potraviny. Pokud nelze určit ani jedno z toho, přirovnajte objem snědeného příkrmu k vaší zatnuté pěsti a velikost plátku masa k velikosti vaší dlaně,
- zapište, kde jste jedla a případnou současnou činnost,
- čas pro vyplnění je 10 minut,
- pokud budete mít dotaz, ptejte se.

Tabulka 2: Záznamový arch – 24 hodinový recall

ZÁZNAMOVÝ ARCH – METODA 24 HODINOVÝ RECALL			
(24 hodinová vzpomínka)			
Den v týdnu: úterý Den pro pacientku: volný, nepracovní Čas probuzení: 11:00 hodin Čas ulehnutí: 22:00 hodin			
	ODHAD MNOŽSTVÍ	POTRAVINA	MÍSTO JÍDLA / ČINNOST
Snídaně 11.30 hod	1 hrníček 2 malé lžičky 1 plátek 1 kus	Káva instantní Cukr Šunka vepřová Dalamánek	Doma, u stolu, v sedě
Přesnídávka			
Oběd 13.30 hod	1 pěst 1,5 dlaně	Rýže Hovězí roštěnka	Doma, u stolu, v sedě, četba časopisu
Svačina 15.00 hod	1 hrníček 2 malé lžičky	Káva instantní Cukr	Doma, při vaření
Večeře 18.00 hod	1 kus 5 plátků 1,5 l	Hamburger v housce Okurka Minerální voda Pomeranč	Doma, v sedě, sledování televize

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Vyhodnocení zaznamenané stravy klientky

Složení stravy klientky je velmi nevhodné. V nadměrném množství jsou zastoupeny potraviny živočišného původu, konkrétně maso a uzenina. Z daných zdrojů má klientka vysoký příjem nasycených tuků a solí. Nadlimitní je i přísun jednoduchých sacharidů. Především pití slazených nápojů a používání volného cukru je pro diabetiky velmi nevhodné. Naopak složené sacharidy, vláknina, zelenina, luštěniny a potraviny s nízkou

energetickou denzitou s vysokou biologickou hodnotou zde naprosto chybí. Pitný režim má správný objem, jeho složení však je nevhodné. Slazený mineralizovaný nápoj společně se slazenou kávou není vhodným zástupcem pitného režimu obézní diabetičky. Požívání stravy je také dle záznamu spojeno s dalšími činnostmi. Díky tomu dochází k situaci, že žena konzumuje jídlo automaticky. Množství přijatého jídla je tak často nekontrolovatelné a chybí i požitek a uspokojení z jídla.

24 hodinová vzpomínka – vyhodnocení

Klientka:

„Vzpomenout si, co jsem jedla předchozí den, pro mě bylo vcelku těžké. Byla jsem v práci a tam jím nahodile a nepravidelně – prakticky stále něco ujídám. Určitě jsem hodně věcí vypustila. Dobře jsem si vybavila snídani. Během dne v práci jím hodně různých věcí a tak jsem si vybavila jen malou část snědeného jídla. Vůbec nedokážu odhadnout množství. To, co jsme vypila, vím přesně. Byla to jedna minerálka s příchutí pomeranče, dvě kafe a hrníček čaje s medem. Čas jsem určit dokázala, ale jen u snídaně a večerního mlsání. Roli v tom, na co jsem si vzpomněla, hrála určitě i nervozita. Je divné někomu cizímu sdělovat takové informace, vůbec Vás neznám. Pokud bych byla v klidu doma, myslím, že bych si vzpomněla líp.“

NT:

Tato metoda slouží pouze k velmi hrubému odhadu toho, jak se klientka stravuje. Pomocí této metody si NT utvoří rámcovou představu o kvantitativním a kvalitativním složení. Tvoří malou část celkové anamnézy. Výhodou metody je srozumitelnost a jednoduchost pro klienta. Pro NT je tato metoda rychlým a úplně prvotním zdrojem informací, na základě kterého si vytváří alespoň obecnou představu o výživě klientky. Nevýhodou metody je však značná nepřesnost, absence zaznamenaných potravin a nápojů, váhy snědeného jídla, časové stravovací osy, emocí vázajících se k jídlu atd. Důvodem špatné spolehlivosti je především zpětný výpis, u kterého si klienti často skutečně na všechnu snědenou stravu nevzpomenou. Vzhledem k tomu, že klientka je obézní, je na první pohled pro odborníka zřejmé, že buď to byl z pohledu příjmu ženy výjimečný den a není tedy pro NT tento záznam jako zdroj informací příliš přínosný, nebo že žena patří do skupiny pacientů, kteří mají tendenci svůj příjem podhodnocovat, nebo záměrně zkreslit údaje, nebo si skutečně na

všechny potraviny nevzpomněla. Důvodem možných chyb může být i neschopnost klientky porozumět detailům zápisu – například tomu, že je nutné napsat, zda je čaj slazený nebo hořký. Neporozumění také může být způsobeno špatnými pokyny od NT. Svoji roli hraje ale například i roční období, výjimečná situace – oslava, psychické problémy – rozvod atd.

Z důvodu potřeby zhodnotit aktuální nutriční stav klientky a stanovit míru rizika pro další onemocnění, jejichž vznik často s obezitou souvisí, bylo použito některých antropometrických a fyzikálních vyšetření.

Antropometrická vyšetření, metody a výpočty pro potřeby NT

Zvážení a změření výšky je samozřejmostí.

- **BMI** (Body Mass Index):
 - norma do 25
 - klientka: 30,5
 - hodnota značí obezitu 1. stupně

- **Brocův index:**
 - ženy: tělesná výška (cm) – 100 – 10 %
 - klientka: $180 - 100 - 8 = 72 \text{ kg}$

- **ITH** (ideální tělesná hmotnost):
 - ženy: $(0,593 \times \text{výška}) - 38,6$
 - klientka: $(0,593 \times 180) - 38,6 = 68 \text{ kg}$

- **obvod pasu:**
 - doporučená hodnota u žen: $\leq 80 \text{ cm}$
 - klientka: 100 cm
 - obvod rizikový

- **WHR** (waist-to-hip ratio) poměr pas/ boky:
 - doporučená hodnota < 0,80
 - klientka: 0,83
 - hodnota na hranici rizika

- **ABSI** (A Body Shape Index):
 - doporučená hodnota pro ženu v tomto věku 0,077
 - klientka: 0,076
 - hodnota je hraniční ¹

- **kaliperace:**
 - měření podkožního tuku
 - použité kalipery typu Best, Harpenden
 - tabulky pro výpočty – Durnin a Womersley
 - klientka: naměřena řasa v nadkyčlí 30 mm = dle převodních tabulek pro ženu jejího věku = **35% tělesného tuku**

Ukazatelé výživového stavu určují zvýšené riziko metabolických onemocnění. Objektivně má klientka diabetes mellitus 2. typu, trpí obezitou 1. stupně, rozložení tuku se blíží více k centrální obezitě s vyšším rizikem kardiovaskulárních onemocnění. Vzhledem k již diagnostikované hypercholesterolemii je riziko kardiovaskulárního onemocnění ještě vyšší. Dále bylo zjištěno zmnožení tukové tkáně, množství svalové hmoty bylo pod normou.

Polostrukturovaný rozhovor – metodika

Cílem rozhovoru je zde zjistit co nejpřesnější informace o stravovacích zvyklostech klientky. Na základě vyhodnocení rozhovoru bude vypracována nutriční anamnéza, která předchází stanovení nutriční diagnózy. Otázky pro rozhovor jsou předem

¹ hodnota 0,077 udává průměrné riziko úmrtí na nemoci spojené s obezitou pro určitý věk, při nižších hodnotách riziko klesá, při vyšších stoupá. Jde ovšem o průměr reálné populace, která je více než z poloviny obézní! Hodnoty pro zdravou populaci budou pravděpodobně o 0,01 nižší.

připraveny dle toho, co chce edukátor zjistit. Jsou účelově řazené. Je tedy dána struktura rozhovoru. Struktura je již ověřena na mnoha klientech.

V rozhovoru jsou převážně otázky, na které hledá NT teprve odpověď, tzn. které jsou kladeny edukantce poprvé. V malém zastoupení se zde však nachází i otázky ověřující již zjištěné skutečnosti před rozhovorem jinou metodou. Je vhodné zařadit i otázky, které upřesňují informace získané z předchozí spolupráce s klientkou. Rozhovor je zaměřen především na sběr kvalitativních dat, proto jsou otázky otevřené.

Vzhledem k tomu, že tento konkrétní rozhovor je součástí setkání, nikoliv samostatným rozhovorem, nejsou v něm použity otázky vhodné pro začátek a konec samostatně postaveného rozhovoru. Získaná data budou zpracována a vyhodnocení bude podkladem pro další krok v nastaveném plánu.

Protože rozhovor NT s klientkou bude nahráván, je nutné klientku požádat o svolení záznamu pomocí diktafonu a vysvětlit jí, za jakým účelem bude rozhovor prováděn. Po ukončení je NT proveden částečný přepis. Příprava na rozhovor zahrnuje nejen promyšlený postup, ale i zajištění klidného prostředí a vhodného časového prostoru. Časová dotace pro tento rozhovor je stanovena na 10 až 15 minut. Rozhovor bude probíhat formou tváří v tvář v poradně NT. Před vlastním rozhovorem je klientka seznámena se záměrem, smyslem a obsahem rozhovoru. Otázky NT, odpovědi klientky a poznámkový aparát je přepsán (Příloha A).

Polostrukturovaný rozhovor - vyhodnocení

Přesné znění otázek i struktura byla nutričním terapeutem dodržována. Odklon nastal pouze jednou ve formě stručného objasnění pojmu, který nebyl klientce srozumitelný. Tato metoda byla z pohledu NT mnohem vhodnější, než dotazník. Výhodou použití tohoto typu rozhovoru bylo dodržení vyčleněné časové dotace, malý požadavek na iniciativu klientky, eliminace prostoru pro vynechání odpovědi (na rozdíl od dotazníku) – čímž je zajištěn větší objem získaných dat.

Z předchozích metod (24 hodinová vzpomínka a polostrukturovaný rozhovor) si NT dokáže vytvořit představu o nutričním stavu klientky, o jejím způsobu stravování, o nedostatcích ve výživě klientky a posléze může vypracovat nutriční anamnézu, kterou bude při další edukaci ještě konfrontovat s přesnými údaji, k nimž dospěje po propočtu

jídelního lístku v nutriční databázi. Z dosud dostupných informací byla stanovena tato nutriční anamnéza.

Klientka má dlouhodobě problém s pozvolným přibýváním na hmotnosti (5 kg za 5 let), k doporučené redukci tělesné hmotnosti v minulosti nikdy nedošlo. Je schopna konzumovat pevnou a syrovou stravu, není nutná úprava konzistence stravy. Vyprazdňování je pravidelné, projímadla neužívá. Klientka v rozhovoru uvedla, že nekupuje žádné potravinové doplňky, což je v dnešní době velmi ojedinělé a nezvyklé. Tato odpověď může patřit mezi nepravdivé a to ne z důvodu, že by klientka nechtěla přiznat pravdu, ale proto, že nemá zájem o spolupráci a snažila se mít rozhovor co nejrychleji za sebou. Nemá motivaci a nad kladenými otázkami se příliš nezamýšlí. Mimo stání a popocházení na pracovišti klientka žádnou pohybovou aktivitu nemá. Pokud to jde, jezdí všude autem. Spánková dotace je nadbytečná a může být jedním z faktorů obezity, kterou žena trpí. Alergii má klientka na syrová jablka, lískové ořechy a arašídů – projevy jsou kožní. Výraznými zažívacími problémy netrpí. Uvádí však, že po požití velkého objemu jídla nebo po sladkém jídle trpí motáním hlavy. To může být příznakem hyperglykémie, ke které vlivem příjmu nevhodného složení a množství dochází. Kromě diabetické diety od diabetologa žádnou úpravu stravy ze zdravotního hlediska doporučenou neměla. Klientka však není schopná určit druh diabetické diety s ohledem na doporučené množství sacharidů za den. Je přesvědčena, že ani teď není nutné své návyky měnit. Spoléhá na farmaka, která každý den užívá. Necítí žádné zdravotní problémy a bez výčitek přiznává, že nemá pevnou vůli. Klientka neumí vařit, nakupuje a má základní přehled o tom, jaké potraviny konkrétní jídlo obsahuje. Z rozhovoru vyplývá, že klientka vždy snídá a poté jí průběžně až do večera po celý den. Trpí zlovykem ujídání a uždíbování. Snídaně se skládá výhradně z kávy a sladkého, pro diabetika nevhodného, pečiva. Téměř každý den konzumuje teplé obědy i večere. V poledne složením převládají masité tučné pokrmy, které jsou ještě navíc nevhodně technologicky upraveny. Klientka si vybírá nejraději potraviny smažené a grilované. Večer konzumuje buď to samé, co v práci přes den nebo klasická česká jídla. K rituálu pozdního večera u televize patří konzumace slaných pochoutek. Nejčastěji klientka vybírá slané mandle a para ořechy. Uvádí jako fakt, že oříšky jsou zdravé, proto se zřejmě nad jejich nadměrnou konzumací před spaním nepozastavuje. Pije pravidelně rozpustnou kávu, kterou doslazuje cukrem. Současně s pitím kávy často

přijímá i koncentrované sladké potraviny. Tento zlovyk má velká část obézních pacientů. Skladba, frekvence a objem potravy je dle klientky každý den zhruba stejný a není markantní rozdíl mezi víkendovými a všedními dny. K ověření této skutečnosti a zjištění toho, jak vypadá jídelní lístek klientky ve dnech volných a pracovních (neboť má nepravidelné směny), bude ještě použit záznam stravy klientky. Z odpovědí které nám sdělují, jaký objem stravy klientka přijímá, lze usoudit, že jednotlivé porce jídla jsou větší, než odpovídá potřebám jejího organismu. Jednoznačná je absence konzumace zeleniny, která by měla u diabetika tvořit největší část denního příjmu potravy. Klientka přijímá zeleninu výhradně pouze v syrovém stavu a ve velmi malém množství. Z druhů, které je ochotna pozřít je to salátová okurka, rajské jablíčko a paprika. Odmítá jíst zeleninu tepelně zpracovanou. Další neoblíbenou potravinou jsou jakákoliv játra. Naopak oblíbené potraviny klientky tvoří přirozeně základ jejího jídelního lístku tj. maso v různých úpravách, druhotně zpracované maso a masné výrobky, solené ořechy. Denní pitný režim je zastoupen prakticky výhradně slazenými nápoji v objemu minimálně dva litry. Základ tvoří minerální slazená voda, doplňuje jí asi půl litr rozpustné slazené kávy a následuje buď voda se šťávou, nebo černý slazený čaj.

Vyhodnocení frekvence spotřeby konkrétních potravin: ve stravě klientky dominují živočišné potraviny, především maso a druhotně zpracované maso. Velkou část tvoří slané a sladké pečivo, slazené nápoje, pivo, solené pochoutky. Ryby, mléčné výrobky, luštěniny, zelenina, ovoce jsou zastoupeny minimálně až nulově, mléko jako nápoj není vůbec přijímán. Při vyhodnocování odpovědí klientky je nutné počítat s tím, že odpovědi mohou být zkreslené a záměrně nepravdivé. Proto je používáno více metod, které jsou následně vzájemně dány do souvislosti a vyhodnoceny jako celek.

Vysvětlování – metodika

Monolog edukátora by měl být přiměřeně dlouhý, soustředěný na správnou intonaci a spisovný jazyk. Mluvit je potřeba takovým tempem, aby klientka stihla vnímat předávané informace. Při vysvětlování je důležité přizpůsobit výklad pojmů úrovni znalostí edukantky a objasnit vždy nepochopené souvislosti. Časová dotace je stanovena na 10 minut. Je nutné zajistit prostor bez rušivých vlivů. Je stanovena předem struktura s promyšleným postupem, dána je osnova učiva. Předpokladem jsou průběžné reakce

klientky na sdělovaný obsah. Vysvětlování je orientováno převážně kognitivně. Sdělované informace jsou řazeny od konkrétních k abstraktním, od známých k neznámým, od jednoduchých po složité. Důraz je kladen na přesný popis, fakta postavena na logice a zobecňování. Snahou je podávat pouze informace odpovídajícího objemu a vyvarovat se zabíhání do zbytečných podrobností.

Charakteristika diety

Diabetická dieta je základní celoživotní léčebnou metodou u všech diabetiků. Jedná se o normální zdravou stravu. Příjem energie a sacharidů v potravě by měl odpovídat množství, které nastaví lékař a NT. Především zpočátku je nutností odvažování všech potravin. Syrová i tepelně upravená zelenina by měla být součástí každého denního jídla. Důležitá je také pravidelnost jídel během dne tzn. diabetik by neměl hladovět nebo se přejídat. Zásadní je správný výběr, množství a rozdělení sacharidů; dostatek kvalitních bílkovin a správné složení tuků.

Kuchyňská úprava se příliš neliší od běžné stravy. Vhodné je vaření, dušení a pečení. Smažení z důvodu vysoké energetické hodnoty není vhodné.

Ve stravě jsou zastoupeny tři základní živiny ve správném množství. Ze sacharidů by měly převažovat potraviny s vysokým obsahem vlákniny tj. celozrnné výrobky, zelenina, luštěniny, ovoce, ořechy. Vláknina zpomaluje vstřebávání sacharidů, zasycuje, zajišťuje správnou funkci střev a velmi pozitivně ovlivňuje hladinu krevního cukru. Jednoduché sacharidy, které se vstřebávají velmi rychle a ovlivňují glykémii ve velké míře, jsou nevhodné. Zdrojem je především volný cukr, kterým se doslazuje a všechny výrobky jím slazené.

Tuky by měly být zastoupeny v rozumné míře, v každém denním jídle maximálně 10 g. Kromě množství tuků je třeba sledovat i jejich složení. Omezit, nejlépe vynechat, je třeba živočišné tuky, jejichž největším zdrojem jsou výrobky z druhotně zpracovaného masa – uzeniny, masné výrobky a masné polotovary.

Bílkoviny tvoří důležitou součást výživy a je třeba hlídat jejich minimální denní příjem. Je to jediná živina, která udržuje svalovou hmotu, zajišťuje regeneraci tkání a v organismu má mnoho nezastupitelných funkcí. Odpovídající přísun kvalitních bílkovin je jedním z požadavků na stravu diabetika. Nejvyšší kvalitu bílkovin se nacházejí v mase, mléčných výrobcích a vejcích, velmi kvalitní také v sóji a luštěninách.

Opomíjen nesmí být správný pitný režim a to jak z pohledu objemu, tak složení. Konzumované nápoje měly být pouze neslazené, pokud si klientka nedokáže z počátku sladkou chuť odříct, je vhodné na přechodné období využít v rozumné míře náhradní nekalorická sladidla.

Pokud jsou vyváženě zastoupeny všechny složky výživy, je zajištěn i adekvátní příjem vitaminů a minerálních látek. V rámci komplexní léčby je doporučován pravidelný každodenní pohyb.

Vysvětlování – vyhodnocení

Vysvětlování u této klientky trvalo déle, než byl předpoklad. Pozornost udržela pouze prvních pár minut, poté již bylo třeba některé informace znovu opakovat. Malý přínos této metody byl zřejmý i ze skutečnosti, že v závěru se žena ptala na věci, které byly během vysvětlování již zmíněny. NT přesto dotazy zodpověděla, bylo však nutné je vysvětlit více laicky a pracovat ještě více s praktickými příklady. Vzhledem k průběhu je tato metoda zhodnocena pouze jako částečně přínosná. Po zhodnocení dosud provedených slovních metod a zvážení jejich vhodnosti pro tuto konkrétní klientku, bude do plánu zařazena ještě i metoda na bázi konverzačního průvodce. Ta by mohla přinést díky vizuální pomůcce a systému konverzace lepší výsledek edukace.

Klientce byl předán deník diabetika se záznamovými archy a byla požádána o co nejpresnější záznam přijaté stravy a tekutin včetně velikosti jednotlivých porcí. Dále by měla klientka zaznamenávat i situace, za kterých jídlo konzumuje, přesný čas a také si tři dny měřit glykémii 2 hodiny po hlavních jídlech. Zapsaný 7 denní jídelní lístek by měla klientka zaslat NT 3 dny před termínem druhé konzultace, aby jej NT stihla vyhodnotit.

Instruktaž – metodika

Cílem této metody je nácvik dovednost klientky pracovat s nutriční váhou. To znamená umění správně zvážit danou potravinu a získat pomocí váhy potřebná data. Tato pomůcka je zdrojem informací vytvářející, popřípadě prohlubující, dovednost. Bude použita reálná pomůcka a tato konkrétní váha bude klientce doporučena také ke koupi. Tím se velmi zvýší efekt edukace. Žena bude doma po zakoupení umět ihned s váhou pracovat. Vybrán je takový typ váhy, který splňuje požadavky, ale zároveň je

i nejjednodušejí ovladatelný. Dalším aspektem pro výběr dané pomůcky je i cena a dostupnost na trhu. NT má také přehled o aktuálních dalších alternativách výrobků a je schopna v případě zájmu doporučit vhodnou pomůcku.

Příprava názorně-demonstrační metody obnáší ověření funkčnosti používané pomůcky a dobrou znalost práce s ní ze strany edukátora. Vlastní průběh je postaven především na praktické činnosti, zřejmé věci není nutné slovně popisovat. Slovo by mělo být doprovodným. Metoda je vedena edukátorem pro jednu edukantku, prováděna je v prostorách nutriční poradny.

NT nejprve popíše stručně postup činnosti, která bude následně požadována od klientky. Poté postup předvede a následně bude činnost edukantky usměrňovat a zaměřovat se na důležité kroky. Současně také NT aktivizuje klientku, aby zapojila svoje zkušenosti a již získané znalosti. Časová dotace 10 minut.

Instruktaž – vyhodnocení

Při této metodě klientka velmi dobře reagovala, projevovala zájem, praktická činnost jí nedělala žádné problémy. Po ukončení této názorně-demonstrační metody jí byl zadán reálný úkol, který bez problému zvládla. Instruktaž lze tedy hodnotit jako úspěšnou. Praktické metody budou zřejmě vhodné, proto bude do edukačního plánu u této ženy zahrnuta metoda vytváření dovedností v reálném prostředí.

Cílem bude etiketová gramotnost a dovednost vybrat vhodné potraviny. Plán předpokládá absolvování nákupu ve skutečném prostředí, tj. v běžné prodejně – nejlépe v řetězci, kde žena s manželem nakupuje.

Tištěný materiál – metodika

Cílem edukace v podobě tištěného materiálu je doplnění znalosti základních pojmů, pochopení souvislostí vztahu tohoto onemocnění a výživy. Je nejen zdrojem, ale i návodem, jak řešit daný problém. Vybraný tištěný materiál je předán klientce na konci první edukace. Obsahuje úvod, pojmy týkající se nemoci a doporučené zásady výživy. Obsah je psán srozumitelně pro neodborníka a zacílen přímo na věk a znalostní úroveň edukantky. Informace jsou řazeny od obecných ke konkrétním, jsou doložitelné, ověřitelné a stavěné na faktech. Důležitým prvkem je aktuálnost obsahu, stejně jako jeho objektivnost. Součástí jsou i odkazy na vhodné zdroje, kontakty na příslušné

odborníky. Rozsah je daný tak, aby neodradil edukantku. Text je uchopen z pohledu klientky. Poskytuje neutrální informace, tj. nezlehčuje daný problém a ani naopak. Vzhled, styly, velikost písma a další parametry jsou nastaveny jednoduše a funkčně. (Příloha B)

Pokyny pro klientku:

- materiál si přečtete nejlépe ještě dnes po příchodu domů; důvodem, je to, že informace, které Vám byly nyní zde v poradně předány slovně, korespondují s těmi v tištěném materiálu a jejich brzké zopakování podpoří jejich upevnění ve Vaší paměti;
- po přečtení dohledejte v následujících dnech webové odkazy, které jsou v materiálu doporučeny; naleznete na nich nejen další potřebné informace, ale v případě neznalosti i vysvětlení pojmů a souvislostí;
- dejte přečíst materiál i manželovi, snažte se společně postupně měnit své návyky;
- dotazy, které Vás budou při čtení textu napadat, současně zaznamenávejte a přineste na další schůzku.

Úkol pro klientku na následující druhou edukaci:

- přečíst si předaný edukační materiál;
- podívat se na internetové doporučené zdroje a zorientovat se v nich;
- zapisovat své aktivity, stravu a emoce, které vedou k jídlu a emoce, které pak následně snědené jídlo vyvolá; klientka zaznamená do deníku formou zápisu;
- zaznamenávat svůj jídelní lístek a použít metody průběžného zápisu a vážení; metodu zápisu bude provádět klientka po dobu 7 dnů do předaných záznamových archů a zašle je NT 3 dny před termínem druhé konzultace;
- přivést s sebou na druhou edukaci i manžela, který pro rodinu vaří a je tedy žádoucí, aby byl poučen o zásadách přípravy diabetické stravy.

3.5 Druhá edukace

Cílem druhého společného setkání (2. edukace) bylo prohloubit znalosti klientky o jejím onemocnění. Společně analyzovat zaznamenaný 7 denní jídelní lístek a vést klientku k tomu, aby byla schopna sama identifikovat problematické pokrmy a také situace, které u ní vedou k přejídání. Seznámení s praktickými edukačními pomůckami by mohlo usnadnit klientce zařazování postupných změn ve stravovacím režimu. Dalším cílem bylo zapojit do léčby onemocnění také manžela, který doma většinou vaří a také nakupuje potraviny.

Jak bude probíhat druhá edukace z pohledu NT?

- Před druhou edukací vyhodnotit v nutriční databázi zasláný 7 denní jídelní lístek; díky tomu si již objektivně doplní informace v nutriční anamnéze o údaje o skutečném energetickém příjmu a příjmu základních živin a dalších sledovaných výživových parametrů např. cholesterolu, vlákniny, vit. C a dalších;
- zjistit, zda je metoda tištěného materiálu pro klientku vhodná;
- stanovit dle aktuálních zjištění v edukačním procesu další metodu edukace, která by mohla být pro tuto klientku přínosná;
- společně analyzovat zasláný jídelní lístek;
- motivovat, motivovat, chválit a motivovat.

Po přivítání a pochválení klientky za snahu, kterou projevila při zapisování zkonsumované stravy, byly společně definovány cíle druhé edukace pro klientku:

- naučit se identifikovat nejčastější chyby ve stravovacím režimu;
- usnadnit si plánování stravy pomocí tzv. rámcových jídelních lístků a tím se zaměřit na zlepšení stravovacího režimu;
- nadále prohlubovat znalosti o onemocnění.

Ze společně stanovených cílů opět vyplynula náplň druhé edukace:

- vyhodnocení metody tištěných informací - zda jí byl předaný tištěný materiál přínosem;

- dle toho, jak klientka vyhodnotí metodu tištěných informací, zvolit tu nejpříjemnější metodu k prohlubování vědomostí;
- společná a posléze i samostatná analýza zaslanych jídelních lístků;
- naučit se pracovat s tzv. rámcovým jídelním lístkem;
- manžel se bohužel nedostavil, takže jej nelze zapojit do aktivit, léčby ani motivace.

Tištěný materiál – vyhodnocení

Klientka byla při druhém setkání dotázána, zda si přečetla daný materiál, který dostala s sebou a zda ji byl přínosem. Odpověděla, že si tištěný materiál přečetla druhý den. Na uvedené odkazy, kde by našla další a podrobnější informace, se mezi dvěma setkáními nepodívala. Materiál dala přečíst manželovi, oba ho četli pouze jednou. Obsahu rozuměla, zdál se jí srozumitelný. Líbilo se jí, že nebyl obsah moc objemný. Jako nevýhodu zmínila nutnost čtení, tj. nezáživnost. Poté konstatovala, že audio materiál do sluchátek nebo nějaké zajímavé video by pro ni bylo daleko příjemnější variantou. Klientka má dojem, že nějaké vědomosti díky tištěnému materiálu získala, ale sama od sebe se v návaznosti na něj již neangažovala. Z toho vyplývá malá vnitřní motivace ženy a to, že tento způsob předávání informací pro ni není zcela vhodný. Ze sdělení, která klientka v této souvislosti uvedla, lze vyvodit závěr, že metody, které jsou závislé pouze na její aktivitě a nezaujmu ji, pro ni nemají velký význam. Je tedy nutné z pohledu NT přemýšlet nad metodami, které ji dokážou průběžně aktivizovat, případně jsou pro ni akceptovatelnější. V rámci edukačního procesu by to mohl být například e-learning pomocí zábavné aplikace Learningapps nebo vzdělávací video - nejlépe pojaté zábavnou formou.

Záznamové archy – metodika

Záznamový arch se předkládá s cílem zjistit, jak se klientka běžně stravuje a analyzovat stravovací návyky v rámci jejího celkovému životnímu stylu. V prvním záznamovém archu (Příloha C) se kromě kvantity a kvality stravy sleduje denní režim klientky, u kterého je pozornost zaměřena na to, za jak dlouho od probuzení daný člověk snídá, jak se vztahuje konzumace jídla k momentální prováděné aktivitě a kdy přijímá poslední jídlo před ulehnutím. Dalším sledovaným důležitým údajem jsou pocity, které vedou klientku ke konzumaci jídla a pocity, které přijaté jídlo následně

vyvolá. Druhý záznamový arch (Příloha D) sleduje ranní hodnoty glykémie a její vývoj 120 minut po jídle ve vztahu ke konzumované potravě a množství přijaté potravy pomocí vypsání gramů potravin. Z obou záznamů lze i částečně vyčíst, jaké jsou ženiny finanční náklady na jídlo. Oba záznamové archy byly předány klientce s pokyny, jak má zápis provádět. Vyhodnocení provádí NT sama bez přítomnosti klientky pomocí nutriční databáze NUTRISERVIS mezi edukacemi.

Pokyny pro klientku:

- změřte si ve správný čas a správným postupem ranní lačnou glykémii a zaznamenejte; to samé proveďte 2 hodiny po každém jídle;
- přijaté jídlo запиšte do archu nejlépe ihned po konzumaci; zpětným zápisem dochází k vytěsnění některých snědených potravin, k podhodnocování jejich množství apod.,
- nevynechávejte ani malé „ochutnávky“, nápoje, alkohol;
- zvažte potraviny na kuchyňské váze a gramáž запиšte; pokud si sami jídlo nepřipravujete, tzn. jste příjemcem již hotového pokrmu, запиšte místo váhy: kusy, kopečky, hrsti, velikost odpovídající dlani, pěsti atd.; popřípadě doma za pomoci kuchyňské váhy trénujte odhad gramáže na nejběžnějších potravinách; pomocníkem jsou také údaje na obalech zakoupených produktů;
- zaznamenávejte čas, kdy jíte;
- nejlépe ihned a spontánně zapisujte pocity, které ve vás vyvolají touhu se najíst; chvíli poté co dojdete, si uvědomte, jak se cítíte a svůj pocit opět zaznamenejte; emoce a pocity mohou být různé například chuť, hlad, spokojenost, sytost, stres, euforie; pokud nemáte pocit potřeby jíst, ale jíte z nějakého rozumového důvodu (například nepříjemný pocit prázdného žaludku), označte situaci jako nutnost;
- průběžně zaznamenávejte i své denní činnosti; vypište čas a konkrétní aktivitu.

Průběžný zápis - vyhodnocení

Klientka:

„Tenhle způsob byl určitě přesnější než zpětně vzpomínání. Dokázala jsem napsat přesný čas každého jídla i všechny jeho složky. Pracovní sešit jsem se naučila nosit pořád u sebe, v práci ho mám také. Někdy jsem zapomněla napsat hned, ale pak jsem si

vzpomněla a rychle dopsala. To, že musím přiznat to, co sním, ale ovlivnilo výběr a množství potravin. Říkala jsem si, že přece nemohu sníst takovou porci nebo už podruhé za den smažený řízek. Na pití jsem zase zapomněla a nezapisovala jsem ho. Přesto jsem to vydržela týden zapisovat a myslím, že i docela přesně. Vážení hotových jídel a výrobků mi nedělalo problém, protože jsem si za ty dny, co jsem dělala zápis, už trochu zvykla. Dostat se k váze nebyl problém – máme ji v práci i doma. Co se mi ale nelíbilo, bylo vážení potravin, z kterých manžel připravuje doma jídlo pro celou rodinu. To mě obtěžovalo. Bylo otravné vážit každou potravinu z receptu a ještě pak vypočítávat, jaký podíl z toho sním já. Také mi bylo hloupé například v cukrárně prosit o zvážení porce zmrzliny. Nevím, vážení dlouhodobě, jak jste říkala, asi nezvládnou. Nebaví mě.“

Nutriční terapeut:

Metoda průběžného zápisu přináší NT oproti 24 hodinové vzpomínce podstatně přesnější data. Je to dáno především údaji o hmotnosti stravy, podrobnějším výpisem složení stravy díky průběžné metodě či delšímu sledovanému časovému úseku. I přesto však je nutné brát tento záznam klienta s rezervou. Dlouhodobě se potvrzuje, že většina obézních diabetiků záměrně při zapisování zkresluje skutečnost – tj. podhodnocuje příjem své stravy. Objektivně a poctivě se snaží zapisovat pouze pacienti se silnou vnitřní motivací. Tím ale tato žena není. Díky uvedeným gramážím je možné zadat data od klientky do nutriční databáze, která díky široké databázi potravin a potřebných funkcí vyhodnotí požadované množství parametrů. Základním požadovaným výpočtem je energetická hodnota, množství a poměr sacharidů, tuků a bílkovin, obsah vlákniny, rozložení sacharidů během dne atd. Vyhodnocené údaje však by neměly být brány jako absolutní hodnoty. Metoda průběžného zápisu stravy klientkou by se měla po určité době opakovat.

Vyhodnocovány by měly být především změny, které u ženy během nutriční intervence nastaly. Možné zkreslení, byť v malé míře, je také dáno odchylkami ve výpočtech v každé nutriční databázi. Konkrétně tento záznam stravy byl za účelem zjištění pro tuto diplomovou práci vyhodnocován na webové aplikaci MTE.

Tabulka 3: Propoččet energie a živin u klientky

	kJ	B (g)	T (g)	S (g)
Víkendový den	12 852	91	133	375
Pracovní den	13 570	85	370	156
Volný den	12 087	61	152	317
Průměr	12 836	79	218	283

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Stanovení konkrétních nutričních potřeb

Stanovením nutričních potřeb klientky teoretickým výpočtem dle rovnice Harrise-Benedicta, zvážením přidružených vedlejších onemocnění a následným porovnáním se skutečným energetickým příjmem klientky, NT vybere nejvhodnější rámcový jídelní lístek (Příloha E) pro klientku a naučí jí s touto praktickou edukační pomůckou pracovat.

Doporučený energetický příjem:

BMR (basal metabolit rate) = $655 + 9,6 \times \text{hmotnost (kg)} + 1,8 \times \text{výška (cm)} - 4,8 \times \text{věk (roky)}$

$$\text{BMR} = 655 + 9,6 \times 99 + 1,8 \times 180 - 4,8 \times 32$$

$$\text{BMR} = 655 + 950,4 + 324 - 153,6 = 1\,776 \text{ kcal} \times 4,2 = 7\,459 \text{ kJ}$$

Hodnotu bazálního metabolismu ještě navýšíme o faktor aktivity a tím získáme odhadovaný doporučený denní energetický příjem. Faktor aktivity byl zvolen 1,3, neboť se jedná u klientky převážně jen o statické zatížení nikoliv celodenní pohybovou aktivitu.

$$\text{AEE (actual energy expenditure)} = 1\,776 \text{ kcal} \times 1,3 = 2\,309 \text{ kcal} \times 4,2 = 9\,698 \text{ kJ}$$

Po porovnání skutečně přijaté a výpočtem doporučené energetické hodnoty, zvážením dalšího vedlejšího onemocnění hypercholesterolemie byl jako nejvhodnější vybrán

rámcový jídelní lístek s energetickým obsahem 8 800 kJ, 95 g bílkovin, 80 g tuků, 250 g sacharidů, cholesterolu do 250 mg, vlákniny 25-30 g a vit. C 100 mg.

Zápisem jídelníčku si klientka nejlépe uvědomí některé chyby i prohřešky. Sama již při hodnocení této metody začala uvádět myšlenky, které ji napadaly v souvislosti s konzumovanou stravou. Plynule tedy NT v rozhovoru navázala na tyto úvahy pomocí otázek zjišťovala u každého konkrétního jídelníčku, co by klientka sama ještě označila za chybné. Otázky byly směřovány nejen k výběru potravin, ale i k jejich množství, kuchyňské úpravě a také situacím, za kterých byly konzumovány. U posledních jídelníčků byla klientka vyzvána k samostatnému vyhodnocení jídelníčků. Při vyhodnocování dochází současně i k upevňování vědomostí téměř automaticky, protože klientka zapojuje své vlastní vědomosti, zkušenosti a emoce.

Jelikož je pro klienty vždy náročné pravidelně dlouhodobě zapisovat množství stravy, často rádi používají jednoduchou edukační pomůcku tzv. rámcový jídelníček. Výhodou této pomůcky je, že většinou klienti očekávají, že dostanou zázračný jídelníček, pomocí něhož se jim podaří zhubnout. A rámcový jídelníček takto skutečně u motivovaných a disciplinovaných klientů zafunguje. Pochopení samotné práce s rámcovým jídelníčkem bylo pro klientku jednoduché a ocenila, že nebude muset striktně dodržovat konkrétní pokrmy, potraviny se mohou vzájemně dle přesně daných zásad zaměňovat, klientka musí i nadále stravu odvažovat, ale nemusí nic zapisovat.

Klientka se rozhodla, že si jídelníček pověsí doma i v práci na lednici a bude se podle něj stravovat. Také s ním seznámí svého manžela, který podle něj bude vařit. NT ocenila chuť klientky zkusit zavést tuto změnu do života a požádala klientku, aby si sama určila odměnu, kterou ji pak manžel odmění v případě úspěchu. Klientka si toto chtěla rozmyslet.

Úkol pro klientku na následující třetí edukaci:

- začít dodržovat rámcový jídelní lístek pro diabetiky s gramáží sacharidů 250 g denně; další úprava postupně dle toho, jak bude žena schopná se adaptovat a dodržovat režimová opatření v běžném životě;
- místo cukru ke slazení začít používat neenergetická sladidla;
- vymyslet si motivační odměnu.

Zhodnocení druhé edukace:

Základní znalosti ženy jsou stále velmi malé. Tištěný edukační materiál pro ni není přínosem. Na odkazy, které byly v letáku uvedeny a doporučeny jako vhodný další zdroj informací, se nepodívala. Další materiály v tištěné podobě nebudou zatím klientce předávány. Bude tedy vhodné používat především výukové metody probíhající za osobního kontaktu - jednání tváří v tvář, při kterém je možná aktivizace klientky a získávání okamžité zpětné vazby. Takto také probíhalo vyhodnocování jídelníčků, při kterém se klientka aktivně zapojila a sama vznášela dotazy. Při prohlubování a upevňování vědomostí bude příště do plánu z tohoto důvodu zařazena ještě konverzační metoda na bázi stolního kalendáře. Tato metoda, která využívá vizuální edukační pomůcku a osobní kontakt, by mohla být pro pacientku lépe akceptovatelná. Dle dosavadních poznatků bude NT vybrán kalendář první úrovně. Manžel do poradny se ženou nepřišel, oba to pokládají za ztrátu času.

3.6 Třetí edukace:

Cílem třetího společného setkání bude i nadále prohlubovat znalosti klientky a postoupit o další malé krůčky ke změně stravování a životního stylu.

Jak bude probíhat druhá edukace z pohledu NT:

- upevňovat vědomosti o podstatě nemoci a odpovídající výživě pomocí konverzační metody na bázi stolního kalendáře;
- ukázat a blíže seznámit klientku s aplikací Learningapps;
- motivovat klientku k zařazení 2 dnů s pohybovou aktivitou;
- přesvědčit klientku o výhodách absolvování skupinové edukace.

Po příchodu klientka téměř okamžitě po pozdravu sdělila: „*Vůbec jsem neměla energii na dodržování toho rámcáku. Manžel se sice snažil, abych večer jedla to, co mám, ale byl naštvaný, že jsem vždycky odmítla dojíst zeleninu. V práci jsem zeleninu jedla jen výjimečně. Snažila jsem se omezit večerní mlsání oříšků.*“ Klientka byla demotivovaná ze selhání. NT ji ujistila, že takováto selhání jsou v pořádku a rozhodně nejsou důvodem ke skončení snahy o životní změnu. Byla kladně ohodnocena snaha

manžela podporovat klientku. Pro odlehčení situace NT navrhla také vymyslet odměnu pro manžela. Je běžné, že klientka prožívá období váhání a zatím nedošla k přesvědčení, že změny jsou v jejím životě potřeba.

Proto bude náplní třetího setkání:

- edukace pomocí konverzace na bázi konverzačního průvodce;
- vybrání jen tří změn v jídelníčku, aby se klientka necítila pod takovým tlakem;
- nácvik práce s aplikací Learningapps;
- motivační činnost směřující k tomu, aby žena zkusila skupinovou edukaci.

V rámci neformálního rozhovoru během této schůzky bylo vyjádřeno nutriční terapeutkou klientce pochopení; byly řešeny nově vzniklé situace; klientka byla ubezpečována, že je vnímána a chápána, že není kritizována; byla podněcována k vyjadřování svých pocitů; byla chválena i za malé úspěchy.

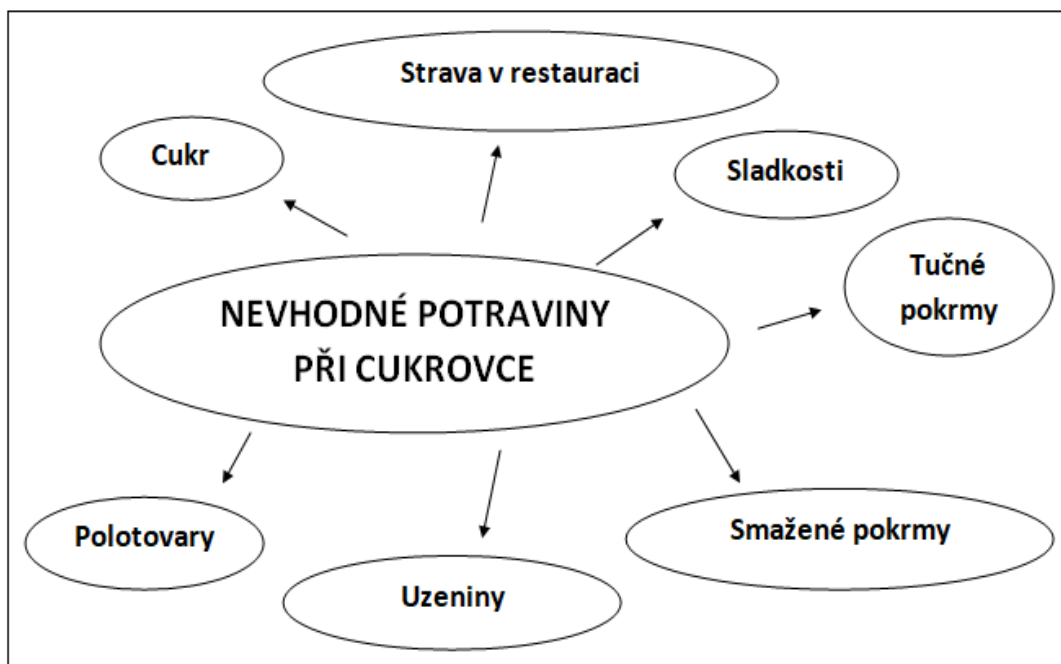
Metoda na principu konverzačního průvodce – metodika

Cílem této metody je především upevnění již získaných znalostí pomocí konverzace NT a klientky, kdy je jako pomůcka využit stolní kalendář. Edukátor a edukantka sedí naproti sobě. Na listech stolního kalendáře jsou z jedné strany informace pro edukátora, z druhé strany pro edukantku. NT má tedy před sebou osnovu, která je základem konverzace. Klientka má před sebou list obsahující informace ve velmi stručné a graficky výrazné podobě. Jednotlivé listy NT během konverzace otáčí. Všechny listy tvoří komplexní přehled. Každý list je zaměřen na určitou oblast. Listy mají podobnou strukturu. Během práce s jedním listem jsou kladeny klientce otázky, opakovány znovu pojmy a souvislosti, zdůrazňovány nejdůležitější fakta, vysvětlovány nepochopené skutečnosti. Součástí konverzace je i povzbuzení edukantky a vyjádření porozumění s její situací. Počet listů u této použité pomůcky je 9. Časová dotace na tuto metodu je 30 minut. Nutné je zajistit zcela klidné prostředí. Tvorba průvodce na bázi stolního kalendáře pro konkrétní onemocnění má vždy stejný postup: stanovení tématu, cíle edukace, času pro konverzaci a typu klienta; vytvoření osnovy, zvolení grafiky, kresba jednotlivých listů, příprava textu pro edukátora i edukanta; několik zkušebních edukací.

Názvy jednotlivých listů:

- list 1: Co je diabetes mellitus;
- list 2: Pojmy;
- list 3: Proč provádět kontrolu své glykémie;
- list 4: Jak výživa ovlivňuje toto onemocnění;
- list 5: Komplikace způsobené nesprávnou výživou;
- list 6: Proč sledovat množství a druh sacharidů ve stravě;
- list 7: Nevhodné potraviny;
- list 8: Co je možné zjistit z etiket na výrobcích;
- list 9: Mýty spojené s tímto onemocněním.

Obrázek 1: Konverzační průvodce – strana pro edukanta



Zdroj: autor práce, 2020

Obrázek 2: Konverzační průvodce – strana pro edukátora

OTÁZKA: Na počátku této konverzace jsme si řekli, jaké potraviny jsou nevhodné. Prosím, zkuste vyjmenovat.

ZOPAKOVAT: U vyjmenovaných skupin znovu objasnit to, co obnášejí. Například: uzeniny a všechna druhotně zpracovaná masa jako jsou konzervy, paštiky, jitrnice, ...

ZDŮRAZNIT: Všechny tyto složky výživy jsou rizikové a měla byste je zkusit zcela vynechat nebo alespoň razantně omezit.

VYSVĚTLIT: Vysoký příjem těchto potravin Vám způsobí v budoucnu zdravotní komplikace.

OTÁZKA: Jaké komplikace to jsou?

ZMÍNIT: Nezapomeňte, že nejlepší cestou je rozumný přístup. Přijatelné změny jsou předpokladem pro trvalý charakter správných návyků.

POVZBUDIT: Je mnoho potravin, které běžně jíte a jsou zdravé. Budeme se snažit postupně. I malá změna je úspěchem.

Zdroj: autor práce, 2020

Metoda na bázi konverzačního průvodce - vyhodnocení

Pomůcka, která nabízí stručně přehled probíraného učiva, klientku zaujala. Z jejích reakcí vyplynulo, že se necítí být při využití této metody zkoušená, protože částečné odpovědi či nápovědu k nim má před sebou. Měla pocit vyrovnané konverzace a cítila se uvolněně. Také pozitivně hodnotila grafické zpracování, které je pro ni lepší, než obsáhlý klasický text. Z teoretických metod lze u této klientky tuto považovat za vhodnou. Klientka byla ochotna spolupracovat po celou dobu této edukační části, sama pokládala doplňující otázky a zajímala se aktivně o některé problémy. Zaujalo ji především to, jak nezdravá jsou jídla, která nabízejí různá stravovací zařízení. Překvapilo ji, jak mnoho energie se skrývá právě v masných výrobcích, které sama prodává. Cíl této metody, tj. zopakování a prohloubení učiva byl tedy v tomto případě splněn.

Úkol pro klientku na následující čtvrtou edukaci:

- pravidelně každý den zařazovat zeleninu z kompromisního seznamu;
- místo odpolední sladkosti si dávat zakysaný neochucený mléčný výrobek.

Zhodnocení třetí edukace:

Některá doporučení přijala klientka bez problémů, u některých bylo potřeba se domluvit na kompromisu, některá zcela stále odmítala. Výukovou metodu na bázi konverzačního průvodce absolvovala až do konce. Projevila během edukace i známky zájmu. Společně byl sepsán kompromisní seznam druhů zeleniny, které bude klientka cíleně do jídelníčku zařazovat. Při nácviu práce s webovou aplikací Learningapps klientka jevila nezájem a předem upozorňovala na to, že se už nic učit nechce, ať už jakoukoliv metodou. Další nabídnutou možností edukace - skupinovou edukaci absolvovat rozhodně nechtěla. Nepomohlo ani motivační video, které bylo ženě promítnuto, aby věděla, co tato metoda obnáší a jaké poskytuje pacientům výhody. Stejně tak odmítla nabídku přednášky o stravě diabetiků konané v kongresovém sále fakultní nemocnice. Další dílčí cíl nebyl splněn. Je třeba opět upravit kroky edukačního procesu. Do plánu na další setkání je tedy aktuálně zařazena dovednostně - praktická metoda v reálném prostředí., která by mohla být pro ženu přínosnější a vhodnější. Pokud se klientce podaří splnit úkol týkající se pohybu, dostane za odměnu od manžela chytré hodinky, které ji pomohou aktivitu monitorovat.

3.7 Čtvrtá edukace

Prostředí: Supermarket, kam chodí žena s manželem nakupovat.

Jelikož by měla mít klientka již dobré vědomosti o správném složení stravy, je vhodné tyto vědomosti začít také uplatňovat v běžném životě. Klientka má největší problém ve svém způsobu stravování s množstvím a kvalitou tuků. Nejzávažnějším diabetogenním faktorem v její stravě jsou výrobky z tzv. sekundárně zpracovaného masa (uzeniny, paštiky, mleté maso, hamburgery, smažené a grilované pokrmy). Na škodlivost těchto výrobků byla klientka opakovaně upozorňována, její reakce však byla vždy naprosto odmítavá. Cílem čtvrté edukace bude tedy pomoci klientce a snad i jejímu manželovi vybírat vhodné alternativní výrobky, které budou svým složením vhodnější pro redukční diabetickou dietu. Klientka bude za pomoci NT vybírat výrobky dle jejich složení.

Jak bude probíhat čtvrtá edukace z pohledu NT?

- v ideálním případě by se měl nákupu účastnit i manžel;
- vysvětlit základní údaje na etiketách výrobků;
- společně s klientkou vybírat vhodnou a nevhodnou variantu výrobku;
- nechat klientku samostatně nakoupit a posléze nákup vyhodnotit.

Klientka by po absolvování této edukace měla být schopna vybrat vhodné varianty výrobků, zejména se zaměřením na obsah skrytého tuku a obsah jednoduchých sacharidů a měla by se dobře orientovat v údajích na etiketách. Klientka by měla také chápat, jak její pocity ovlivňují i výběr potravin.

Vytváření dovedností – metodika

Cílem této metody je vytváření a osvojování dovedností, které je klientka následně schopna zařazovat do běžného života a sama je využívat i v dalších situacích. Zde jde o dovednost vybrat při nákupu vhodné potraviny pro diabetiky a rozumět údajům na etiketách výrobků. Praktická činnost je prováděna v reálném prostředí, v prodejně, kde žena běžně nakupuje. V první části probíhá edukace za použití skutečných výrobků z nabídky obchodu. Edukátor a edukantka procházejí prodejnou, v jednotlivých sekcích jsou vždy vybrány pro diabetika vhodné a nevhodné výrobky. Na nich NT názorně vysvětluje jak číst etikety a aktualizuje zkušenosti a již získané vědomosti klientky. Napomáhá orientovat se v dané situaci a správné varianty. V druhé části žena sama plní pokyny od NT. Časová dotace na tuto metodu je 40 minut.

Pokyny pro klientku:

- vyberte pouze rostlinné potraviny;
- vyberte výrobky, které obsahují cholesterol;
- vyberte výrobky obsahující vysoký obsah jednoduchých sacharidů;
- vyberte z nabídky mléčných výrobků ty méně tučné;
- vyberte výrobky, které byste měla ze stravy zcela vynechat;
- vyberte potraviny, které by měly tvořit každodenní součást vašeho jídelního lístku;
- vyberte z nabídky tuků pro vás ty vhodné;
- vyberte potraviny s vysokým obsahem vlákniny.

Vytváření dovedností - vyhodnocení

Cíl této metody byl splněn. Při samostatném nákupu pouze za pozorování NT klientka dokázala vyčíst z etiket na výrobcích jejich složení, energetickou hodnotu, obsah vlákniny, tuků, sacharidů a jednoduchých cukrů. Dovedla vybrat z nabídky obchodu potraviny, které jsou pro ni jako diabetika vhodné. Časová dotace byla překročena. Žena měla velmi kladný přístup k této metodě. Dobře se s ní zde spolupracovalo. Sama konstatovala, že měla vzít s sebou tentokrát i manžela, který v rodině nakupuje především. Zajímala se i o to, jak musí být označeny balené výrobky u pultového prodeje, aby se mohla orientovat i u tohoto typu zboží. Na toto vymezený čas však již nestačil. NT provedla poučení ve svém soukromém času.

Úkol pro klientku na pátou edukaci:

- zaměřit se ve výběru pokrmů na obsah tuku a vybírat nízkotučné druhy zejména při konzumaci pokrmů v zaměstnání;
- nechat si odebrat krev, aby bylo možné vyhodnotit, zda došlo ke zlepšení hodnot glykovaného hemoglobinu;
- přinést si pracovní oblečení a obuv vhodnou na vaření v kuchyni.

Zhodnocení čtvrté edukace:

Edukace v reálném prostředí byla úspěšná, přístup klientky byl aktivní a průběh byl na rozdíl od teoretických činností bez odmítavých reakcí ženy. V této chvíli jsou závěry NT pozitivní a předpokládá, že žena bude absolvovat další části edukačního procesu. Ta skutečně potvrzuje termín další edukace. NT nastavuje mezi těmito schůzkami další dílčí cíle, v plánu jsou zařazeny především praktické činnosti, které se u ženy osvědčily. Zvolena je další praktická činnost – vaření stravy vhodné pro diabetiky ve cvičné kuchyni.

Mezi těmito edukacemi klientka kontaktovala telefonicky NT.

Paní J.S. chce edukaci ukončit, praktická metoda ji bavila, ale absolvovat další nabídnuté formy edukace i přes opětovnou snahu NT již opravdu nechce. Je ale ochotna absolvovat pro potřeby diplomové práce autorky poslední schůzku v poradně. Na té

bude vyhodnoceno splnění cíle, který byl na počátku procesu nutriční péče nastaven. Současně s tím bude klientkou i NT vyhodnocen celý edukační proces.

3.8 Poslední edukace

Bohužel se klientka rozhodla předčasně ukončit edukační proces. Je jasné, že zatím nedospěla k rozhodnutí svůj život změnit a edukační proces absolvovala spíše z povinnosti než díky vnitřní motivaci ke změně. Cílem posledního setkání bude vyhodnocení výsledků edukačního procesu a pro potřeby diplomové práce i subjektivní hodnocení edukačního procesu klientkou se zaměřením na použité edukační metody.

Jak bude probíhat čtvrtá edukace z pohledu NT?

- získat informace o tom, zda byla edukace této klientky úspěšná;
- toto zjištění vychází z laboratorních hodnot glykovaného hemoglobinu, aktuální tělesné hmotnosti a výstupního dotazníku ověřujícího znalosti klientky;
- pro potřeby diplomové práce je to i znalost o přínosu jednotlivých metod jak ze strany NT, tak i z pohledu klientky.

Náplní závěrečné schůzky tedy bude:

- vyhodnocení výsledků krve z laboratoře;
- zvážení klientky a vyhodnocení aktuální tělesné hmotnosti;
- ověření znalostí pomocí výstupního dotazníku;
- zhodnocení celé edukace klientkou;
- vyhodnocení výstupního dotazníku;
- vyhodnocení hlavního cíle edukace v nutriční péči;
- vyhodnocení celé edukace nutričním terapeutem.

Sledované parametry na konci edukačního procesu u paní J.S.:

- glykovaný hemoglobin 70 mmol/l;
- tělesná hmotnost 99 kg;
- obvod pasu 100 cm.

Tabulka 4: Dotazník – výstupní znalosti

OTÁZKY	VÝSTUPNÍ ZNALOSTI PACIENTKY	HODNOCENÍ
Co je diabetes mellitus?	Moc cukru v krvi	U
Jakým typem diabetu trpíte?	Dvojkou?	U
Co je hlavním cílem při tomto onemocnění?	Udržet cukr v krvi v normálním množství	U
Jaké jsou komplikace dlouhodobé hyperglykémie?	Zhoršení zraku, nemoc ledvin	U
Jaká je příčina hyperglykémie?	Moc cukrů v krvi	N
Co je prevencí hyperglykémie?	Pohyb, dodržování diety	A
Jaké jsou příznaky hypoglykémie?	Zvýšený příjem tekutin,	N
Jaké jsou zdravotní důsledky zvýšené hladiny cholesterolu?	Ucpávání tepen	A
Jaký význam má pohybová aktivita?	Snižování hladiny cukru v krvi	A
Proč by diabetik neměl kouřit?	Zúžení cév	A
Jaké znáte webové stránky týkající se Vašeho onemocnění?	Žádné neznám	N
Co obnáší sebesledování glykémie?	Měřit se glukometrem	A
K čemu tento proces slouží?	Zjistím hodnotu své glykémie	A
Jak často by se měl provádět?	Jednou měsíčně	N
Jak se pracuje s glukometrem?	Píchneme se ze strany do prstu a na papír nanese krev	U
K čemu je diabetický deník?	K zápisu co jsem snědla	U
Co to jsou perorální antidiabetika?	Prášky, které pomáhají udržovat cukr v krvi	N

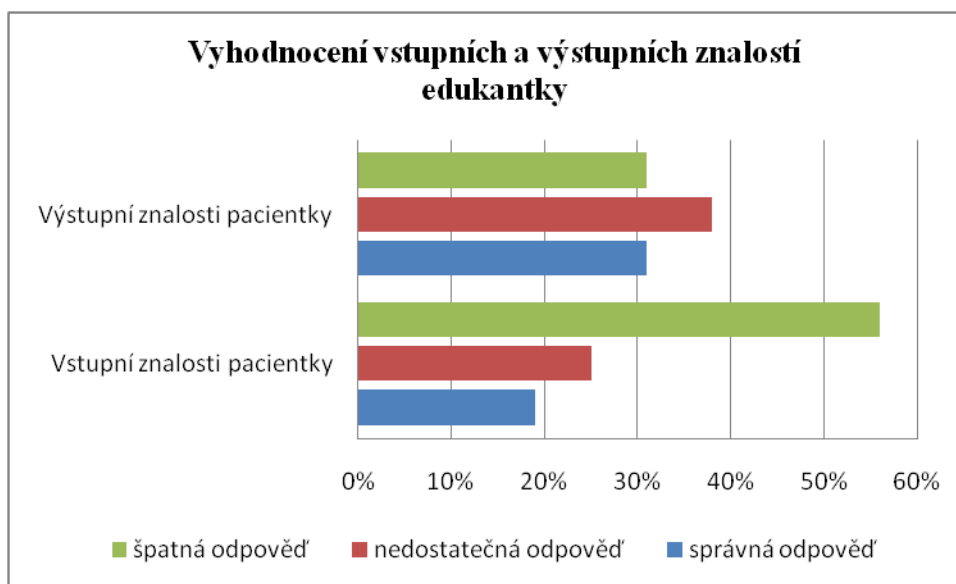
Co byste neměl při užívání perorálních antidiabetik konzumovat a proč?	Alkohol a nevím už zase proč	U
Jak byste charakterizoval/a diabetickou dietu?	Bez cukru, hodně zeleniny	U
Co znamená pojem jednoduché sacharidy?	Špatné cukry	A
Jaké sacharidy by měly ve výživě převládat?	Ty ostatní	U
Co znamená pojem glykemický index?	Nevím	N
Jaké tuky by měly ve výživě převládat?	Netuším	N
Jaký účinek mají omega3 mastné kyseliny?	Netuším	N
Jakou mají bílkoviny funkci v lidském organismu?	Netuším	N
Jaké potraviny mají vysoký obsah bílkovin?	Maso, sýry	U
Jaká je doporučená maximální denní dávka soli?	Netuším	N
Jaké potraviny byste měl/a zcela vyloučit ze svého jídelního lístku?	Sladké	U
Jakou potravinu byste měl/a jíst ke každému jídlu?	Zeleninu	A
Jak funguje v lidském organismu vláknina?	Proti zácpě, vyčistí střeva	U
V jakých potravinách se vyskytuje vláknina ve velkém množství?	Luštěniny, celozrnná rýže	U
Kolik ovoce smíte denně sníst?	2 porce	U
Jaké druhy zeleniny patří mezi méně vhodné?	Nevím	N
Co by mělo převládat v pitném režimu?	Čistá voda	A
Jaká tepelná úprava pokrmů není vhodná?	Smažení a grilování	A
Kolikrát denně byste měl/a jíst?	3x	A

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Vyhodnocení výstupních znalostí klientky

Dotazník obsahuje třicet šest otázek; klientka odpověděla jedenáctkrát dobře, jedenáctkrát chybně. Čtrnáct odpovědí je nedostatečných. Po vyhodnocení dotazníku je určen závěr: klientka má pouze ty nezákladnější znalosti a těmi si ještě zcela není vždy jista nebo nejsou vždy zcela přesné a úplné. Vyhodnocená data z první a poslední edukace jsou znázorněna v grafech. Po vyhodnocení vstupních a výstupních znalostí lze konstatovat, že edukační proces u klientky byl úspěšný pouze v malé míře.

Graf 1: Vyhodnocení vstupních a výstupních znalostí



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Zhodnocení celkové edukace klientkou

Žena hodnotí svoji účast na edukačním procesu jako zbytečnou. Sama uznává, že kromě záznamů stravy na úplném počátku spolupráce, nevyvinula žádnou aktivitu, která by vedla k novým návykům v jejím životě. Přístup i kompetentnost nutriční terapeutky však hodnotí pozitivně. Oceňuje pestrou nabídku různých metod a příjemnou atmosféru. Za nejméně přínosnou metodu pro sebe považuje tištěný materiál. Naopak nejpříjemnější pro ni byly metody praktické, tj. instruktáž a vytváření dovedností. Ze slovních metod jí přinesla nejvíce znalostí metoda na bázi konverzačního průvodce. Vysvětlování nedokáže okomentovat a tištěný materiál byl již zmíněn. Délku

jednotlivých setkání považuje za maximální. Negativně hodnotí nutnost vykonávat činnosti, které byly zadány domů. Tyto úkoly ji obtěžovaly a vykonávala je pouze jako povinnost, nikoliv jako práci na svém zdraví.

Vyhodnocení hlavního cíle edukace v procesu nutriční péče

Hlavním cílem na počátku edukačního procesu byla kompenzace DM u konkrétní klientky. Cílová hodnota 60 mmol/l u glykovaného hemoglobinu nebyla dosažena, žena má stále hodnotu 70 mmol/l tzn., nebyl zaznamenán žádný pokrok ve zlepšení. Stejně tak nebyla splněna cílová hodnota redukce tělesné váhy, hodnota je stejná jako na počátku. Klientka plní doporučení, která se týkají jejího stravování, minimálně. Snaží se jíst ke každému jídlu alespoň trochu zeleniny. Večer omezila mírně konzumaci u televize. Tučná a smažená jídla jí stále bez omezení. Během dne stále ujídá, není schopna dodržet jednotlivá denní jídla. Doporučený vzorový rámcový jídelní lístek pro diabetiky nedodrhuje. Nové stravovací návyky jsou do běžného života uvedeny v nedostačujícím rozsahu. Znalosti má klientka za půl roku spolupráce stále pouze základní. Všechny získala v rámci edukace, sama si žádné na základě své vlastní další iniciativy nevytvořila.

Zápis NT v dokumentaci klientky J.S:

- zlepšení hodnot glykovaného hemoglobinu: ne;
- redukce tělesné hmotnosti: ne;
- teoretické znalosti: nedostačující;
- praktické dovednosti: uspokojivé;
- návyky, skutečné chování a dodržování režimu: nedostačující;
- měření glykémie: ne;
- záznam do deníku diabetika: ne;
- pohybová aktivita: ne;
- vnitřní motivace: nedostačující.

3.9 Vyhodnocení edukačního procesu nutričním terapeutem

Klientka docházela na schůzky dle dohody, před každým termínem ji byla zaslána sms s připomenutím návštěvy poradny. Vztah mezi NT a ženou byl dobrý, spolupráce probíhala v příjemné atmosféře. Klientka přichází do nutriční poradny po pěti letech od diagnózy svého onemocnění. Vzhledem k tomu, že včasná edukace je jedním ze zásadních předpokladů úspěšného dosažení trvalých změn u pacientů, je odklad návštěvy nutričního terapeuta jedním z možných faktorů neúspěchu. Typická je u pacientů přicházejících do poradny věta, kterou vyřkla i sledovaná klientka: „*Proč bych měla měnit své zvyky, když mám prášky. Pět let už cukrovku mám a nic mi není.*“ Lidé s tímto přístupem se již velmi těžko motivují. Absence motivace pak následně snižuje efektivitu používaných metod a práce nutričního terapeuta. U této ženy se projevil nezájem i tím, že odmítla dokončit celý proces. Nemohly být tedy již aplikovány obvykle velmi úspěšné skupinové edukace. Při těch by měla žena možnost seznámit se s lidmi, kteří mají již určité zkušenosti s novým režimem a někteří zaznamenali již i pozitivní výsledky. Úspěšnost edukace také ovlivňují nejbližší lidé z okolí jedince. V tomto případě byl přístup manžela k léčbě negativní, což se také určitě promítlo do přístupu ženy.

Tempo, rozsah i hloubka informací byla přizpůsobena věku ženy, odhadnutému stupni adaptability, rozsahu nutnosti změny životního stylu, ekonomickým i pracovním možnostem. Použité edukační metody byly slovní a praktické. Lepší úspěšnost byla zaznamenána u metod praktických. Nejnižší úspěšnost měla subjektivně metoda tištěného materiálu, který byl klientkou zcela nevyužit. Vysvětlování a konverzace na bázi stolního kalendáře již částečně svůj cíl splnilo. Díky osobnímu kontaktu bylo možné klientku alespoň trochu aktivizovat. O mnoho lepší přístup měla žena k metodám praktickým. Nacvičování práce s nutriční váhou i nákup vhodných potravin přímo v prodejně nedělal ženě problém. Získané dovednosti zde lze považovat za uspokojivé a tuto část edukace za úspěšnou. Nicméně pokud klientka nemá dostatečnou vnitřní motivaci, snaha NT i pestrost výukových metod je pak často zbytečná. Vzhledem k tomu, že žena nedokázala dokončit celý proces a její znalosti, dovednosti i návyky se zlepšily pouze v malé míře, je celá edukace hodnocena jako neúspěšná.

4 DISKUZE

Dle epidemiologických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v České republice k 31. 12. 2015 hlášeno celkem 858 010 diabetiků, z nichž 786 586 (91.7 %) bylo klasifikováno jako diabetici 2. typu. (Diabetickaasociace, online, cit. 2019-07-11) Znamená to, že diabetes 2. typu se rozhodujícím způsobem podílí i na problémech spojených s komplikacemi provázejícími toto onemocnění. Podle statistických údajů došlo v průběhu posledních 30-35 let ke ztrojnásobení počtu registrovaných diabetiků v České republice. Absolutní počet diabetiků 2. typu neustále narůstá a tím se zvyšuje i výskyt cévních komplikací, jež zahrnují jak mikroangiopatii tak makroangiopatii. Vedle diagnostikovaných diabetiků 2. typu je však v naší populaci ještě značný počet nepoznaných diabetiků, u kterých se na diagnózu přichází teprve při vyšetření, které se týká jiného onemocnění nebo zcela náhodně. Lebl zdůrazňuje, že dle rozsáhlé studie z 80. let se zjistilo, že potomek dvou diabetiků 2. typu onemocní diabetem prakticky ve 100 % případech a potomek jednoho diabetika ve více než 50%.

Klientka tyto předpoklady naprosto potvrzuje – také pochází z rodiny, ve které matka i otec mají vyjádřený metabolický syndrom včetně diabetu 2. typu. Abychom docílili optimální léčby pacientů s diabetem 2. typu, je nutné tyto pacienty seznámit se vznikem a podstatou dané choroby a s možnostmi její léčby. Zmíněné informace lze pacientům poskytnout formou edukací. Edukace nemocných je velmi důležitou součástí péče o pacienty s diabetem, jelikož napomáhá vychovávat tyto pacienty k větší samostatnosti a odpovědnosti za své zdraví. Vzdělávání diabetiků zvýší jejich povědomí o dané chorobě a o možných rizicích ovlivňujících jejich zdraví, které pramení z metabolických změn a akutních nebo pozdních komplikací diabetu. Edukace by měla probíhat vždy na začátku onemocnění a poté kdykoliv, kdy je jí třeba. Edukace nemocných je poměrně časově náročnou záležitostí a měli by ji poskytovat všichni zdravotničtí pracovníci, kteří přicházejí s diabetikem do styku. Dle Frieda je naprosto nezbytnou součástí léčby pravidelná fyzická aktivita a i malá redukce hmotnosti zlepšuje prognózu pacientů. Dnes jsou opouštěny diety s šesti jídly denně a vhodnější je podání tří jídel a podle některých prací i dvou jídel denně. Dieta musí mít i antiaterogenní ráz. U prediabetu je pro prevenci přechodu do diabetu nejvýznamnější omezení tzv. druhotně zpracovaných mas a živočišného tuku. Po vzniku diabetu

začínáme omezovat cukr – dnes je známo, že je lépe jej snižovat více, než se uvádělo dříve, tedy až k dávce 100–120 g cukru za den.

Empirická část práce si kladla za cíl zjistit, zda se vzdělávání konkrétního diabetika reálně promítne do zlepšení jeho stavu po skončení edukace. Hlavním cílem bylo projít s vybraným diabetikem 2. typu edukací, následnou reedukací a zjistit, zda tato edukace měla vliv na metabolickou kompenzaci. Jak dokládá studie DiRECT (Diabetes Remission Clinical Trial), které se účastnilo téměř 300 lidí, výrazné snížení kalorického příjmu spolu s úbytkem váhy je hlavní příčinou remise diabetu, nejsou již potřebná PAD a tento efekt léčby dokonce přetrvává dlouhodobě po této zásadní dietní intervenci. Klientka měla vstupní hodnoty glykovaného hemoglobinu 70 mmol/mol a hmotnost 99 kg. Glykovaný hemoglobin se používá jako ukazatel dlouhodobé kompenzace a součástí zlepšení je i požadovaný pokles hmotnosti o 5-10 %, tj. o 5-10 kg. Nejvíce bývá v této souvislosti citována studie Williamsona, který sledoval přes 40 000 amerických žen, u nichž vedla redukce hmotnosti o 5-10 % během dvanácti let téměř k 50 % snížení výskytu diabetu 2. typu. Za dobře kompenzovaného diabetika je považován diabetik s hladinou glykovaného hemoglobinu do 53 mmol/mol. Edukace probíhaly v měsíčních intervalech a po 4 měsících spolupráce byla hladina klientčina glykovaného hemoglobinu i tělesná hmotnost stále stejná. Bohužel tedy nedošlo v průběhu edukace k žádnému zlepšení metabolické kompenzace diabetu.

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit, jaké formy či metody měly u konkrétního diabetika subjektivně nejvyšší úspěšnost. Klientka byla tzv. non-adherentní. Faktorů určujících dobrou, resp. špatnou adherenci k léčbě existuje mnoho. Některé z nich nelze ovlivnit vůbec – osobnost pacienta, věk, pohlaví, kognitivní schopnosti, anebo obtížně – socioekonomické faktory. Základním předpokladem úspěchu při zlepšování adherence nemocných je porozumění nemoci, jejím důsledkům a principům léčby.

Klientka na počátku edukace měla minimální znalosti a nulovou vnitřní motivaci ke změně. Ani manžel nebyl své ženě dobrým motivátorem, neboť i on byl obézní. Pravděpodobně právě proto klientka nepovažovala své chronické onemocnění za problém a k léčbě se doposud stavěla odmítavě. Během edukačního procesu byla klientka edukována prostřednictvím metody vysvětlování, metody tištěného materiálu, metody na bázi konverzačního průvodce. Dalšími metodami, kterých se klientka

zúčastnila, byla demonstrace s praktickým nácvikem dovednosti, instruktáž, analýza a vytváření praktických dovedností.

V původním edukačním plánu byly také zařazeny metody nácvik práce s aplikací Learningapps a v rámci skupinové edukace i edukace pomocí tzv. konverzačních map. Bohužel k těmto formám edukace se klientka postavila odmítavě. Metoda konverzačních map je jednou z neúspěšnějších edukačních metod jak uvádí Jirkovská. Pro potřeby nutričního procesu musela také klientka spolupracovat při metodách, jejichž cílem bylo zpracovat kvalitní nutriční anamnézu – 24 hodinová vzpomínka, polostrukturovaný rozhovor a sedmidenní zápis jídelníčku. Při subjektivním hodnocení klientka za jako nejpřínosnější pro získávání znalostí označila metodu na bázi konverzačního průvodce a metodu vytváření praktických dovedností, která se odehrávala přímo v obchodě s potravinami. Dle Štefánkové metoda konverzačního průvodce není příliš známá a teprve se zavádí do edukační praxe, má ale velmi dobré výsledky. Praktické dovednosti, jako byla instruktáž práce s nutriční váhou, analýza jídelníčků a dovednost používat rámcové jídelníčky, byly klientkou hodnoceny také velmi kladně i když k jejich zavádění do běžného života se chovala velmi pasivně. Za nejméně přínosnou označila klientka tištěný materiál, který zůstal bez jakékoliv odezvy a naprosto nevyužit. Za nejobtížnější označila klientka sedmidenní zápis stravy, neboť to byl pro ni dlouhodobý úkol, na který neměla dostatek trpělivosti a motivace. Některé metody, například sebemonitorování hladiny glykémie, klientka zcela bojkotovala. Bohužel tímto potvrdila, že pacienti, kteří si provádějí pravidelně kontrolu své glykémie, jsou dlouhodobě lépe kompenzovaní než pacienti non-adherentní, jak se také zmiňuje Rušavý v Medical Tribune. V souladu s tímto tvrzením jsou i výsledky z programu v IKEM, o kterých se zmiňuje Jirkovská. Zde se pacientům, kteří prováděli glykemický selfmonitoring alespoň třikrát týdně, podařilo udržet signifikantně nižší hladinu glykovaného hemoglobinu. Tito pacienti, jsou také méně často hospitalizováni, což představuje i nižší přímé výdaje na zdravotní péči. To potvrzuje i Americká diabetologická asociace.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zda diabetik, který absolvoval edukaci u nutričního terapeuta, měl v závěru vyšší znalostní úroveň. Posouzení vlivu edukace na objektivní znalosti klientky bylo provedeno prostřednictvím vytvořeného vstupního a výstupního dotazníku. Po absolvování edukace v procesu nutriční péče vyplnila

klientka výstupní dotazník, jenž byl shodný se vstupním dotazníkem. Počet správných odpovědí se zvýšil z 19 % na 31 %. Počet odpovědí, které byly vyhodnoceny jako nedostatečné, se také zvýšil z 25% na 38 % a chybné odpovědi poklesly z 56 % na 31 %. Přestože lze z těchto údajů odvodit určité zlepšení znalostní úrovně, tyto výsledky nejsou povzbudivé.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda má klientka zájem o nové informace, které jí pomohou k dobré dlouhodobé kompenzaci a zhodnotit ochotu učit se novým věcem. V tomto směru byla klientka jen pasivním příjemcem informací, sama aktivně informace nevyhledávala, do žádného sdružení diabetiků se nezapojila a informace na internetu také nesledovala. Za přítomnosti NT se dovedla velmi dobře učit novým dovednostem, bohužel do vlastního života je nezapojila.

Lze tedy konstatovat, že po čtyřměsíční edukaci klientka vykázala mírné zlepšení znalostní úrovně, ale v ostatních sledovaných parametrech nedošlo naprosto k žádnému zlepšení. Kde hledat příčinu tohoto selhání? Přestože klientka kladně vyhodnotila i většinu edukačních metod, přestože se v praktických činnostech aktivně zapojovala, nedokázala nabyté vědomosti a dovednosti využít v běžném životě. V průběhu edukací byly zapojeny prvky tzv. efektivní komunikace, aby klientka neměla pocit, že je souzena a že je „hloupá“. Vždy byla snaha o naslouchání, vyjádření respektu, možnost hovořit o svých pocitech a tím tedy o vytvoření bezpečného prostředí pro edukaci. Toto klientka také velmi kladně hodnotila. Při zpětném pohledu, kdy byly klientce nabídnuty ty nejúspěšnější edukační metody, nelze vytknout pochybení v edukačním plánu. Možná v budoucnosti, pokud klientka projeví zájem o další reedukaci, vyzkouší i skupinovou edukaci. Velký díl nezdaru je přisouzen také velmi malé podpoře ze strany nejbližších příbuzných. Manžel klientky se do edukací nezapojil, jediné v čem jí trochu podporoval, bylo dodržování rámcových jídelníčků. Opět však šlo jen o drobné nevýznamné změny, které neměly větší efekt. Naprostým selháním ze strany klientky bylo nedodržování alespoň minimální počáteční pohybové aktivity dvakrát týdně, což mělo samozřejmě i významný negativní efekt na nemožnost snížení hmotnosti. Jen kosmetickou úpravou jídelníčku tohoto nelze docílit. Je pochopitelné, že i na straně NT se dostavila částečná frustrace z neúspěchu. Přesto i tento negativní výsledek vede k hledání možných chyb a nedostatků.

Důležitá je i osobní zkušenost s tzv. non-adherentním klientem. Velmi dobrá byla i zkušenost s metodou konverzačního průvodce, kterou NT ve své praxi také běžně nepoužívá. Pozitivní také je, že klientka má možnost se kdykoliv opět vrátit a pokusit se v rámci reedukace aktivně ovlivňovat své onemocnění. Pravděpodobně to nebude trvat ani příliš dlouho, protože u takto dekompenzovaného diabetika bude nutné změnit farmakologickou léčbu na kombinaci více druhů PAD nebo začít s inzulínovou terapií – v tomto je statistika neúprosná. Při možném návratu by bylo nejvhodnější navrhnout klientce skupinový edukační program, kde by se mohla učit ze zkušeností ostatních účastníků, mohla by sdílet pocity ze selhání a být motivována k celoživotní změně.

ZÁVĚR

Edukace diabetika není jednorázová „výuka“, ale celoživotní, kontinuální proces. Jednotlivé fáze edukace a jejich posloupnost bychom měli volit podle důležitosti problémů, které má nemocný v danou chvíli zvládnout.

U vybrané klientky nepřinesla počáteční edukace, která proběhla v ordinaci diabetologa, očekávaný výsledek. Z tohoto důvodu byla doporučena návštěva nutričního terapeuta, který by měl pokračovat v počáteční edukaci. Klientka se nacházela v procesu přijetí své nemoci teprve na začátku. Ze vstupního znalostního dotazníku vyplynulo, že klientka nemá ani základní znalosti o svém onemocnění.

Edukační proces v nutriční péči byl naplánován podle pedagogických zásad vzdělávání dospělých. Do tohoto procesu byly zahrnuty některé metody, u nichž se následně sledovala úspěšnost a vhodnost použití pro tuto konkrétní ženu. Metoda zjišťování znalostní úrovně formou vstupního a výstupního dotazníku byla zařazena zejména z důvodu potřeby vstupní diagnostiky a zároveň jako ukazatel nárůstu znalostní úrovně po skončení edukačního procesu. Klientka subjektivně vyhodnotila své znalosti velmi povrchně a negovala význam diabetické diety v léčbě diabetu. Z pohledu nutriční terapeutky měla klientka na počátku edukačního procesu jen minimální znalosti a bylo třeba nastavit edukační plán, mezi jehož dílčí cíle patřilo předání těch nejzákladnějších informací. Znalostní úroveň se sice zvýšila, ale výsledky neodpovídaly očekáváním.

Další metodou byla metoda polostrukturovaného rozhovoru. Cílem rozhovoru bylo zjistit co nejpřesnější informace o stravovacích zvyklostech klientky. Klientka při této metodě nemusela vyvíjet vlastní aktivitu, spolupracovala a snažila se odpovědět na všechny otázky. Sama žádné doplňující otázky nepokládala. Tato metoda měla stěžejní význam zejména pro NT. Doplňující metodou, jejímž cílem byl také počáteční sběr dat, byla metoda 24 hodinové vzpomínky. Tu klientka vyhodnotila jako poměrně těžkou. Měla problém vzpomenout si na vše, co za posledních 24 hodin snědla a vypila. Pochopení zadání bylo pro ženu snadné. Z pohledu NT je hlavní nevýhodou právě značná nepřesnost. Na základě vyhodnocení rozhovoru a 24 hodinové vzpomínky byla vypracována podrobná nutriční anamnéza.

Další metodou bylo vysvětlování, které mělo za cíl zejména předat informace o složení a zásadách diabetické diety. Vysvětlování bylo orientováno převážně

kognitivně. Vysvětlování trvalo déle, než byl předpoklad. Klientka pozornost udržela pouze pár minut, poté již bylo třeba informace znovu opakovat. Malý přínos této metody byl zřejmý i ze skutečnosti, že v závěru se žena ptala na věci, které byly během vysvětlování již zmíněny.

Praktickou metodou, ze strany klientky velmi pozitivně hodnocenou, byla instruktáž. Cílem této metody byl nácvik dovednosti pracovat s nutriční váhou. Klientka velmi dobře reagovala, projevovala zájem a praktická činnost jí nedělala problémy. Instruktáž lze tedy hodnotit jako metodu úspěšnou.

Použita byla i metoda tištěného materiálu. Cílem bylo ukotvit získané znalosti z poradny díky možnosti přečíst si předané informace opakovaně v domácím prostředí. Klientka ocenila přehlednost a srozumitelnost textu, ale sama jej aktivně znovu nevyužila a nevedl u ní ke zvýšení znalostní úrovně. Zde se potvrdilo, že tuto metodu jsou ochotni používat jen motivovaní klienti. Tím ale tato klientka nebyla.

Metodu na bázi konverzačního průvodce žena ocenila s tím, že měla pocit vyrovnané konverzace. Pozitivně hodnotila grafické zpracování, které pro ni bylo lepší, než klasický text. Klientka byla ochotna spolupracovat po celou dobu této edukační části, sama pokládala doplňující otázky a zajímala se aktivně o některé problémy. Cíl této metody tj. zopakování a prohloubení učiva, byl v tomto případě splněn.

Další metodou bylo vytváření a osvojování dovedností. Jednalo se o nácvik dovedností vybrat při nákupu vhodné potraviny pro diabetiky a rozumět údajům na etiketách výrobků. Klientka tuto praktickou metodu hodnotila jako nenáročnou a zábavnou. Nárůst dovedností u ženy byl markantní. Tuto praktickou metodu lze tedy považovat za úspěšnou.

Cílem práce bylo popsat edukační proces u dospělého diabetika a zjistit efektivnost edukačních metod. Edukační proces v nutriční péči z andragogického hlediska byl popsán na konkrétní kazuistice, zachytil použití různých metod, edukačních pomůcek a individualizovaných přístupů. Úspěšnost konkrétních metod byla vyhodnocena z pohledu edukantky i edukátora. Cíl byl tedy splněn. Kromě metod lze v kazuistice vyhodnotit i úspěšnost edukace na zlepšení zdravotního stavu klientky. V tomto směru nebyl edukační proces úspěšný, neboť ani po několikaměsíční edukaci ke zlepšení kompenzace diabetu nedošlo.

Závěrem lze konstatovat, že edukační proces u dospělých je velmi individuální záležitostí a jedním ze základních faktorů ovlivňujících úspěšnost edukace je vlastní vnitřní motivace pacienta. Nabízí se otázka, zda více časové dotace na jednotlivé klienty a osobnost nutričního terapeuta není důležitější, než vlastní použité metody. Právě přímá spolupráce totiž dává prostor k vytvoření vhodných podmínek pro úspěch.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BENEŠ, Milan. 2014. *Andragogika*. 2. vydání. Praha : Grada, 2014. Dotisk 2018. ISBN 978-80-247-4824-5.

FRIED, Martin, SVAČINA, Štěpán a kol. 2018. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Mlečice : Axonite CZ, 2018. ISBN 978-80-88046-15-8.

GURKOVÁ, Elena. 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha : Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.

HEKELOVÁ, Zuzana. 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4.

JAROŠOVÁ, Darja, a další. 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5426-0.

JEDLIČKA, Richard, KOŤA, Jaroslav a SLAVÍK, Jan. 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele: psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha : Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0586-1.

JIRKOVSKÁ, Alexandra a kol. 2014. *Jak (si) kontrolovat a zvládat diabetes: manuál pro edukaci diabetiků*. Praha : Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3246-9.

JIRKOVSKÁ, Alexandra, a další. 2017. *Skupinová edukace diabetiků. Jak na to...* Semily : Nakladatelství Geum, s.r.o., 2017. ISBN 978-80-87969-33-5.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KASPER, Heinrich. 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha : Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.

- KOHOUT, Karel. 2010.** *Základy obecné pedagogiky.* Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-7452-009-9.
- KOPŘIVA, Karel. 2011.** *Lidský vztah jako součást profese.* 6. vydání. Praha : Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.
- KRÁTKÁ, Anna. 2016.** *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství.* Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016. ISBN 978-80-7454-635-8.
- KUDLOVÁ, Pavla. 2015.** *Ošetrovatelská péče v diabetologii.* Praha : Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5367-6.
- KŮSOVÁ, Hana a KOBROVÁ, Ivana. 2015.** Možnosti pacientů s chytrými telefony. *Sestra v diabetologii.* 1/ 2015, str. 7. ISSN 1801-2809
- LEBL, Jan, PRŮHOVÁ, Štěpánka a ŠUMNÍK, Zdeněk. 2018.** *Abeceda diabetu.* 5. vydání. Praha : Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-582-8.
- MATOULEK, Martin. 2014.** *Manuál praktické obezitologie nejen pro praktické lékaře.* Praha : NOL, 2014. ISBN 978-80-903929-4-6.
- PALÁN, Zdeněk. 2008.** *Základy andragogiky.* Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-58-7.
- PLEVOVÁ, Ilona. 2018.** *Ošetrovatelství I.* 2. vydání. Praha : Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.
- POLICAR, Radek. 2010.** *Zdravotnická dokumentace v praxi.* Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
- PRŮCHA, Jan a VETEŠKA, Jaroslav. 2014.** *Andragogický slovník.* 2. Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.
- PRUSÁKOVÁ, Viera. 2017.** Andragogika je vhodným oborem pro všechny, kdo pracují s lidmi. *Univerzitní listy.* 8/ 2017, stránky 8-9. ISSN 2464 - 7225

SADÍLKOVÁ, Aneta a DAŇKOVÁ, Martina. 2015. Diabetik v ambulanci nutričního terapeuta. *Sestra v diabetologii*. 1/ 2015, str. 4-5. ISSN 1801-2809

ŠTEFÁNKOVÁ, Jozefína a JIRKOVSKÁ, Jarmila. 2015. Konveranční průvodce, aneb víme, jak edukujeme. *Sestra v diabetologii*. 11/ 2015, str. 5. ISSN 1880 - 2809

ŠTEFÁNKOVÁ, Jozefína. 2017. Edukace diabetiků - část.2. [editor] Milan KVAPIL. *Výzvy a výhledy diabetologie*. 4/ 2017, stránky 104-105. ISSN 2533-4417

UJAK. 2015. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 6. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2015. ISBN 978-80-7452-106-5..

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

VETEŠKA, Jaroslav a VACÍNOVÁ, Tereza. 2011. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2011. ISBN 978-80-7452-012-9.

VETEŠKA, Jaroslav. 2016. *Přehled andragogiky*. Praha : Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1026-9.

VETEŠKA, Jaroslav, ed. 2017. *Vzdělávání dospělých 2016 - východiska a inspirace pro teorii a praxi: Adult Education 2016 - bases and inspiration for theory and practice : proceedings of the 6th International Adult Education Conference, 13-14th December 2016, Prague, Czech Republic*. Praha : Česká andragogická společnost, 2017. ISBN 978-80-905460-6-6.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš a kol. 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha : Current Media,s.r.o., 2016. ISBN 978-80-88129-03-5.

ZORMANOVÁ, Lucie. 2017. *Didaktika dospělých*. Praha : Graga, 2017. ISBN 978-80-271-0051-4.

Seznam použitých internetových zdrojů

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 *care.diabetesjournals*. [Online]. © 2019 [cit. 2019-11-10] Dostupné z: https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2018/12/17/42.Supplement_1.DC1/DC_42_S1_2019_UPDATED.pdf. ISSN 1935-5548.

ČIHALÍKOVÁ, Daniela a LOYKOVÁ, Kateřina. Edukace diabetika. *Medicina pro praxi*. [Online]. © 2017. [cit. 2019-05-15] Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/02/09.pdf>.

Diabetická asociace ČR. Data o diabetu v ČR. *diabetickaasociace*. [Online]. © 2014 [2019-11-07] Dostupné z: <http://diabetickaasociace.cz/co-je-diabetes/data-o-diabetu-v-cr/>.

EFAD. European federation of the associations of dietitians. *EFAD*. [Online]. © 2019 [cit. 2019-04-09] Dostupné z: <http://www.efad.org/media/1418/revised-dietetic-competence-and-6-domains-of-competency.pdf>.

JIRKOVSKÁ, Alexandra a KVAPIL, Milan. Doporučení k edukaci diabetika. *Diab*. [Online]. © 2019 [cit. 2019-05-04] Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/edukace_diabetika_2012.pdf.

JIRKOVSKÁ, Jarmila. Konverzační průvodce: Obrázky pomáhají pamatovat si víc. *DIAsstyl*. [Online]. © 2019 [cit. 2019-06-08] Dostupné z: <https://www.diastyl.cz/konverzacni-pruvodce-obrazky-pomahaji-zapamatovat-si-vice/>.

KAREN, Igor a SVAČINA, Štěpán. Diabetes mellitus. *svl*. [Online]. © 2019 [cit. 2019-03-10] Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-DM-2018.pdf>.

Medical Tribune. Edukace, která by pomohla diabetikům, není nikdy dost. *tribune*. [Online]. © 2000 - 2019 [cit. 2019-06-08] Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/36473-edukace-ktera-by-pomohla-diabetikum-neni-nikdy-dost>.

Medical Tribune. Non-adherence pacienta k léčbě diabetu. *tribune*. [Online]. © 2000 - 2019 [cit. 2019-11-27] <https://www.tribune.cz/clanek/33078>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Nutriční terapeut. *nsp*. [Online]. © 2017 [cit. 2019-04-10] Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/nutricni-terapeut-f9fe>.

MZČR. Seznam regulovaných zdravotnických povolání podle zákona č. 96/2004 Sb. *mzcr*. [Online]. © 2010 [cit. 2019-04-10] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/seznam-regulovanych-zdravotnickych-povolani-podle-zakona-c96/2004-sb-_9585_3.html.

ŠKRHA, Jan, PELIKÁNOVÁ, Terezie a KVAPIL, Milan. Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu. *Diab*. [Online]. © 2019 [cit. 2019-05-13] Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_lecba_dm_typ_II.pdf.

Zákony. Vyhláška č.55/2011. *Zákony*. [Online]. © 2019. [cit. 2019-05-30] Dostupné z: <https://www.zakony.cz/zakon-SB2011055>.

SEZNAM ZKRATEK

AA	-	alergologická anamnéza
ABSI	-	a body shape index (index tvaru těla)
AEE	-	actual energy expenditure (skutečný energetický výdej)
BMI	-	body mass index (index tělesné hmotnosti)
BMR	-	basal metabolic rate (bazální metabolismus)
cm	-	centimetr
č	-	číslo
ČR	-	Česká republika
Dg	-	diagnóza
DiRECT	-	Diabetes Remission Clinical Trial
DM	-	diabetes mellitus
EFAD	-	European Federation of the Associations of Dietitians
FA	-	farmakologická anamnéza
g	-	gram
GI	-	glykemický index
GLU	-	glukóza
hod	-	hodina
ITH	-	ideální tělesná hmotnost
kg	-	kilogram

l	-	litr
mg	-	miligram
mm	-	milimetr
mmHg	-	milimetr rtuťového sloupce
mmol	-	milimol
NO	-	nynější onemocnění
NT	-	nutriční terapeut
OA	-	osobní anamnéza
oGTT	-	orálně glukózový toleranční test
PAD	-	perorální antidiabetika
PAST	-	poučování, arogance, stres, tenze
PSA	-	pracovně-sociální anamnéza
RA	-	rodinná anamnéza
S	-	sacharid
Sb	-	sbírky
SP	-	status prezens
TH	-	tělesná hmotnost
TK	-	tlak krve
ÚZIS	-	Ústav zdravotnických informací
WHR	-	waist-to-hip ratio (poměr pas/ boky)

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Konverzační průvodce – strana pro edukanta	75
Obrázek 2: Konverzační průvodce – strana pro edukátora.....	76

Seznam tabulek

Tabulka 1: Dotazník – vstupní znalosti	52
Tabulka 2: Záznamový arch – 24 hodinový recall	56
Tabulka 3: Propočet energie a živin u klientky	71
Tabulka 4: Dotazník – výstupní znalosti	81

Seznam grafů

Graf 1: Vyhodnocení vstupních a výstupních znalostí	83
-----------------------------------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rozhovor	I
Příloha B – Tištěný edukační materiál	IX
Příloha C – Záznamový arch pro stravovací režim.....	XII
Příloha D – Záznamový arch pro kvalitativní a kvantitativní příjem stravy	XIII
Příloha E – Rámcový jídelní lístek pro diabetiky	XIV
Příloha F – Bibliografické údaje	XV

Příloha A – Rozhovor

OSNOVA PRO ROZHOVOR	PODKLAD PRO VYHOTOVENÍ NUTRIČNÍ ANAMNÉZY	
OTÁZKY	ODPOVĚĎ PACIENTKY	POZNÁMKOVÝ APARÁT
Změnila se Vaše tělesná hmotnost za poslední 3 měsíce?	<i>Ne, nezměnila, já se vážím tak dvakrát do roka, ale kalhoty mi jsou pořád stejně.</i>	
Máte nějaký problém s chrupem, který ovlivňuje kousání?	<i>Tak to snad mám ještě čas! Nemám, dejte pokoj.</i>	Smích
Jak často se vyprazdňujete?	<i>Jak kdy, řekla bych tak dvakrát za den.</i>	
Používáte nějaká projímadla?	<i>Ne, proč?</i>	Překvapení
Užíváte nějaké potravinové doplňky? To jsou například vitaminy, kloubní výživa, vláknina a podobně.	<i>Za to neutrácím.</i>	
Máte pohybovou aktivitu?	<i>Já se v práci nastojím dost. Cvičení mě nebaví.</i>	Opozice

Jak se dopravujete do práce?	<i>Jezdím autem.</i>	
Kolik hodin průměrně spíte?	<i>Miluju spaní! Když dělám, tak asi těch osm hodin. Když mám volno a o víkendech spím až do obídku. Tak kolik to dělá? No, počítám dobře – 12 hodin?</i>	Spokojenost
Máte lékařsky potvrzenou nějakou alergii?	<i>Jojo, jakmile sním jablko, tak mi hned začne brnět pusa. A pak nemůžu lískové oříšky a arašídy.</i>	
Máte po nějakých potravinách zažívací problémy?	<i>Ne, já můžu všechno. Možná, když sním sladké nebo se hodně najím, tak se mi motá pak nějakou dobu hlava. Kolegyně říkaly, že mi lítá tlak.</i>	
Měla jste někdy indikovanu dietu?	<i>Indikovanu? Co to znamená?</i>	Nepochopení
Ptám se, zda jste někdy měla nějaké omezení ve stravě, které Vám doporučil lékař?	<i>Aha. Myslela jsem, že se ptáte na hubnoucí diety. Ne, jím celý život to, co mi chutná.</i>	
Takže ani ve chvíli, kdy Vám byl diagnostikován diabetes, jste se alespoň nepokusila o změnu výživy?	<i>Vždyť jsem dostala prášky a nic mi není. Já stejně nikdy hubená nebudu. Je pravda, že když si jdu k doktorovi pro prášky, tak mám divný pocit. Ale já prostě nemám pevnou vůli.</i>	
Máte při stravování nějaké omezení? Mínen je teď důvod například náboženský nebo osobní přesvědčení pro alternativní výživu?	<i>Nemám!</i>	Zděšení
Vaříte každý den?	<i>Já vařit neumím, u nás vaří manžel. Mě to nebaví.</i>	Znechucení

A máte představu o tom, z čeho se uvařená jídla skládají?	<i>Jako myslíte, jestli znám recepty? No, u jídel, která jíme často, tak nějak jo. Nakupujeme s manželem většinou společně, tak vím co asi tak do toho jídla patří.</i>	
Stravujete se pravidelně?	<i>No, ano, jím po celý den.</i>	Smích
A kolik denních jídel máte?	<i>Tak to nedokážu říct. Když jsem v práci, tak občas něco ujím. Když mám volno, tak kromě snídaně, oběda a večeře občas ještě něco zakousnu mezi.</i>	Zaváhání
Snídáte každý den?	<i>Snídám, bez snídaně a kafe nemůžu existovat.</i>	
A do kolika hodin po probuzení snídání máte?	<i>Musím se najíst hned, jak vstanu.</i>	
Co obvykle snídáte?	<i>Kafe a něco sladkého.</i>	
Co si mám představit pod sladkým. Uveďte mi nějaké příklady.	<i>Třeba koláček, vánočku nebo chleba s džemem.</i>	
Pokud bychom se zaměřili na to, co jíte v poledne, tzn. k obědu?	<i>Já jsem masový typ. Vždycky je to něco od masa. V práci si zobnu většinou z teplého bufetu něco grilovaného nebo smaženého. Doma mám spíš klasická česká jídla, která vaří manžel.</i>	
Takže jste zvyklá jíst v poledne teplé pokrmy?	<i>Ano, určitě. Jogurtem bych se nenajedla.</i>	Údiv

Co obvykle večeříte?	<i>Myslíte studenou nebo teplou večeři?</i>	
Ano, jaký typ převažuje?	<i>Určitě teplý jídlo. Většinou si totiž nosím jídlo z práce a už ho jen ohřeju. Když je jídlo v lednici uvařené od manžela, vezmu si radši jeho. Ty věci z práce už občas nemůžu vidět, ale nechce se mi nic vařit.</i>	Rezignace
A kromě těchto tří jídel jíte ještě něco?	<i>To jako že bych jedla jen třikrát za den? To bych nevydržela. To člověk musí mít přeci hlad. V práci si mohu vzít, co chci, tak během směny něco stále zobu. Když mám volno, tak si dám odpoledne něco sladkého ke kafi. A je pravda, že nejvíc chutí mám večer u televize. Ale to už sladké nejím a oříšky jsou zdravé.</i>	Údiv
Liší se Váš způsob stravování ve všední den a víkendový den?	<i>Přemýšlím. Asi ne. Jím, na co mám chuť. Jen mám na jídlo víc času a můžu si ho užít.</i>	Dlouhá pauza, zamyšlení
Přemýšlela jste někdy nad velikostí porcí jídla, které sníte?	<i>Ne.</i>	Rychlá odpověď
Kolik například rohlíků sníte ke snídani?	<i>Většinou dva, ale když nespěchám do práce nebo jsou čerstvé, tak i tři.</i>	
Pokud jíte klasický oběd, kolik si obvykle dáte houskových knedlíků?	<i>Víte, já houskové knedlíky nejím. Ale bramborové miluju. Kolik jich sním, záleží na tom, jaký mám hlad a jestli jsou dobrý. Ale víc než pět nejím.</i>	
Když se podíváte na svoji dlaň, jak vypadá porce masa ve srovnání s ní?	<i>Říkala jsem Vám, že jsem masový typ. To bych se moc nenajedla!</i>	Smích

Máte nějaké neoblíbené potraviny a pokrmy?	<i>Nesnáším vařenou zeleninu. Vlastně zeleninu nemusím vůbec. Jím jen syrové okurky, rajčata, papriky nebo maličké množství vařené zeleniny v jídle, kde ji necítím. Játra do mě nikdo nedostane.</i>	Obličej vyjadřující odpor
A co jíte naopak ráda?	<i>Jak jsem už řekla. Já musím mít každý den maso, nejlepší je grilování a dělám výborné hamburgery. Bez kafička se neobejdu. Jo, a večer musí být samozřejmě oříšky!</i>	Spokojený úsměv
Kolik vypijete za den tekutin?	<i>Tak to nevím. Mám tak tři kafe, v práci vypiju tak jednu minerálku.</i>	Zamyšlení
Jak je velký hrnek Vaší kávy?	<i>Piju rozpustnou ve snídaňovém hrnku.</i>	
A ve volných dnech?	<i>To kafe a pak nevím, nepřemýšlím o tom.</i>	Nechut' přemýšlet
A pokud se zeptám, co pijete?	<i>Jako alkohol?</i>	Nepochopení
Ne, je myšleno složení Vašeho denního pitného režimu. Zda během dne pijete čaj, limonády, energetické nápoje, mléko,...	<i>Aha, pardon. Tak kafe je tam vždycky. Mám ráda minerálky s příchutí pomeranče a doma máme vodu se šťávou. Když čaj, tak jen černý s cukrem a citrónem. Mléko bych nepozřela, br.</i>	
Rozumím dobře tomu, že pijete jen slazené nápoje?	<i>Jojo.</i>	

Pijete alkohol?	<i>Dáme si, ale jen o vikendu, to chce společnost. Ale my pijeme jen pivo. V létě si dám ráda i vinný střik, to snad se do alkoholu ani nepočítá!</i>	Pobavení
A kolik během víkendu vypijete?	<i>Přesně Vám to neřeknu, ale těch dvacet piv udělám. Když jsme s partou celý víkend, tak za ty dva večery asi dám i víc.</i>	Přirozenost
Ted' se budu ptát, jak často jíte některé konkrétní potraviny. Použijte prosím nabídku škálování, která leží před Vámi. Je pro Vás srozumitelná?	<i>Je.</i>	
Dobře. Budu tedy jmenovat vždy potravinu a Vy podle této škály odpovíte, dobře?	<i>Jo.</i>	Zájem
Maso	<i>Každý den</i>	
Ryby	<i>1 x měsíčně</i>	
Mléko	<i>Nikdy</i>	
Mléčný výrobek	<i>1 x týdně</i>	
Vejce	<i>3 x týdně</i>	

Uzeniny a masné výrobky	<i>Každý den</i>	Soustředění
Luštěniny	<i>To je čočka?</i>	
Ano, patří sem i čočka a další druhy – například cizrna, fazole, hrách	<i>Fazole jsem nikdy nejedla, hrachovou kaši jsem jedla naposledy jako malá a cizrna nevím, co je.</i>	
A čočku jíte v nějaké úpravě jak často?	<i>1 x měsíčně</i>	
Slané pečivo a chléb	<i>Každý den</i>	
Sladké pečivo	<i>3 x týdně</i>	
Ovoce	<i>1 x týdně</i>	
Zelenina	<i>A počítá se, i když je v jídle?</i>	
Ano, i když je součástí teplého jídla.	<i>Ale to tam plave někdy jen pár kousků! To se snad nepočítá!</i>	

Máte pravdu, porce zeleniny je nastavena asi na 150 g. Představte si velikost Vaší dlaně. Toto množství je v teplém jídle obvykle jako příloha. To znamená, že na talíři jsou tři části – hlavní složka, příloha a příkrm. Jedná se například o „knedlo-vepřo-zelo“ nebo maso, dušenou zeleninu a brambory.	<i>Rozumím. Tak to si napište 3 x týdně.</i>	
Slané pochoutky	<i>Tak na tom ujždím. Tak to musím každý večer. Pardon, Vy to chcete podle té stupnice, že jo. Každý den</i>	Známky únavy
Sladké mlsání	<i>1 x týdně</i>	
Čistá voda	<i>Nikdy</i>	
Slazené nápoje	<i>Každý den</i>	
Alkohol	<i>1 x týdně</i>	
Káva	<i>Každý den</i>	

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Příloha B – Tištěný edukační materiál

DIABETUS MELLITUS 2. TYPU

Základní informace pro diabetika s cukrovkou.

PODSTATA ONEMOCNĚNÍ

Metabolická porucha projevující se zvýšenou hladinou glukózy v krvi.

Onemocnění je chronické, nevyléčitelné, ale léčitelné.

Základním znakem poruchy metabolismu je porucha metabolismu sacharidů.

Cílem léčby je vyrovnaná glykémie v doporučených hodnotách.

GLYKÉMIE – koncentrace krevního cukru (glukózy) v krvi.

Pokud pacient nedodrží režimová opatření, nastává hyperglykémie či hypoglykémie.

SEBEKONTROLA GLYKÉMIE (selfmonitoring) – pravidelné měření hladiny glukózy v krvi za pomoci glukometru. Cílem je přehled pacienta o hodnotách glykémie a následná možná reakce v podobě úpravy režimových opatření.

HYPERGLYKÉMIE – zvýšená hladina glukózy v krvi, dlouhodobá hyperglykémie způsobuje vážné zdravotní komplikace.

Přestoupí-li hladina glykémie určitou mez – nad 10 mmol/l, dojde ke glykosurii, tj. k vylučování cukru močí a následně silné dehydrataci organismu.

PŘÍČINY ONEMOCNĚNÍ

Špatné stravovací návyky

- dlouhodobý vysoký energetický příjem
- špatné složení stravy

Obezita

Vyšší věk

Nedostatek pohybové aktivity

Celkový špatný životní styl - kouření, stres, nedostatek spánku

MOŽNOSTI LÉČBY DM2

POHYB

- rozsah a intenzita dle fyzických schopností, aktuálního zdravotního stavu, orgánových komplikací, způsobu léčby
- pohybová aktivita zvyšuje účinek inzulínu v periferních tkáních zvýšeným prokrvením svalů a snížením inzulínorezistence
- pomáhá zabránit vzniku komplikací aterosklerózy svým příznivým vlivem na tělesnou hmotnost, hladinu krevních lipidů, krevní tlak atd.

Nejlépe přirozený pohyb každý den minimálně 30 minut

Aerobní ale i anaerobní činnost více svalových skupin – svižná chůze, lehký běh, kondiční plavání, rekreační sportovní hry, gymnastika, posilování, jóga,...

S partnerem, v dosahu pomoci

Letní kondiční tábory pro diabetiky

Lázeňská terapie

VÝŽIVOVÁ DOPORUČENÍ PRO PACIENTY BEZ INZULINOTERAPIE

Doporučení pro ČR na www.diab.cz

Základem je strava dle současných zásad zdravé výživy s limitací sacharidů.

U obézních diabetiků požadována negativní energetická bilance; tj. redukční dlouhodobá dieta.

Pravidelnost ve stravování během dne

- nehladovět – nepřejídat se
- rozložení sacharidů po celý den

Nutnost odvažování potravin; později odhad porcí

Systém třetinového talíře

- 1/3 bílkovinná potravina
- 1/3 sacharidová potravina
- 1/3 potravina s vysokým obsahem vlákniny

Rozložení denní stravy ideálně do 3 porcí

- pravidelně snídat nejlépe do 30 minut po probuzení

Rozestup mezi jednotlivými jídly je vhodný minimálně 4 hodiny.

Jíst v klidu, pomalu, v sedě; nevykonávat současně další činnost, nedojídat zbytky, neujídat při vaření, nepoužívat velké talíře.

Nepoužívat volný cukr a výrobky jím slazené.

Preferovat potraviny s komplexními sacharidy.

Nezaměřovat se na výrobky označené „vhodné pro diabetiky“, tyto výrobky mají sice méně jednoduchých sacharidů, ale obvykle obsahují o to více tuků.

Omezit, lépe vyloučit, vysoce energetické potraviny a pokrmy.

Nejíst tzv. diabetogenní potraviny: především druhotně zpracované maso, cukrářské výrobky, jemné a trvanlivé pečivo, instantní výrobky, majonézové dresinky, tučné části mas.

Snažit se o pestrost jídelního lístku.

Omezit na minimum stravování v restauracích.

Vařit si sám ze základních surovin, nepoužívat polotovary.

Nepoužívat technologii smažení.

Dodržovat vhodný poměr živin.

Neodchylovat se o stanoveného denního množství sacharidů.

Jíst odpovídající množství kvalitních bílkovin.

Nepřekračovat doporučené množství tuků, tj. dbát na jejich složení - jíst převážně tuky rostlinné.

Snažit se navýšit ve výživě objem vlákniny.

Snížit příjem soli a slaných výrobků.

Zelenina, především v syrovém stavu, by měla být součástí každého jídla. V případě hladu lze většinu druhů jíst neomezeně.

Ovoce je vhodné, ale již obsahuje vyšší množství jednoduchých sacharidů, proto není vhodné jíst denně více jak 2 kusy – 200 g

Pitný režim – za běžných podmínek 2 litry neslazených tekutin, největší příjem by měl být krytý obyčejnou vodou a neslazenými čaji.

Nepít alkohol.

Vybírat potraviny s nízkým glykemickým indexem (GI)

- GI je hodnota definující to, jak daná potravina ovlivní glykémii po jídle
- Různé druhy různě upravených potravin odlišně ovlivňují glykémii po jídle. Je to dáno rychlostí, jakou je uvolňována glukóza z přijatých sacharidů do krve.
- Preference potravin s GI do 70, lépe do 50

Hodnotu GI dané potraviny lze snížit:

- konzumace méně vyzrálého ovoce
- kombinace sacharidové potraviny s bílkovinnou nebo tučnou potravinou
- kombinace s rozpustnou i nerozpustnou vlákninou
- konzumace přednostně syrové zeleniny před vařenou
- kratší délkou tepelné úpravy

Náhradní sladidla nepřinášejí žádný benefit, používat přiměřeně a nejlépe pouze přechodně s postupným snižováním dávek. Cílem je návyk na nesladké nápoje.

VHODNÉ ZDROJE INFORMACÍ PRO DIABETIKA

www.diab.cz , www.stob.cz , www.diastyl.cz , www.vyzivaspol.cz, www.vimcojim.cz , www.stob.cz
www.svl.cz , www.mte.cz

Nutriční tým – lékař diabetolog, nutriční terapeut

Konzultace diabetika u po stanovení diagnózy 3x až 6x za půl roku; poté 1x ročně

Cíl diety:

- normoglykémie
- odpovídající hladina krevních tuků
- ideální tělesná hmotnost
- eliminace hyperglykemií a hypoglykemií

Kontakt na nutričního terapeuta

Mail:

Telefon:

Adresa nutriční poradny:

Zdroj: autor práce, 2020

Příloha C – Záznamový arch pro stravovací režim

ZÁZNAMOVÝ ARCH PŘÍJMU POTRAVIN PACIENTKY + EMOCE: PRACOVNÍ DEN.					
Čas probuzení, aktivity, čas spánku	Aktivita	Čas jídla	Proč jím ⇨	Snědeno	Co cítím ⇨
5:15 – 6:00	Probuzení, snídaně, jízda do práce	5:30	<i>Nutnost</i>	Káva s cukrem, 2 ks rohlík, máslo, džem	<i>Sytost, uspokojení</i>
6:00 – 13:00	Práce, vybalování zboží	9:00	<i>Hlad</i>	Káva s cukrem, pomeranč	<i>Chuť na další sladké</i>
	Prodej za pultem	11:00	<i>Chuť</i>	1 ks smažený vepřový řízek, 1 ks rohlík	<i>Uspokojení</i>
13:00 – 13:30	Pauza na oběd	13:00	<i>Zvyk</i>	1 ks grilované kuřecí stehno, 1 plátek chléb	<i>Sytost, přejetí</i>
13:30 – 16:00	Práce za pultem				
16:00 – 16:15	Odpolední pauza	16:00	<i>Chuť, vyplnění času</i>	Káva s cukrem, 1 ks kobliha s džemem	<i>Chuť na další sladké</i>
16:15 – 18:00	Práce za pultem, úklid				
18:00 - 20:00	Jízda domů, domácí práce	20:00	<i>Hlad</i>	1 ks jitrnice, ks okurka kyselá, 1 plátek chléb	<i>Uspokojení, nasycení</i>
21:00 – 23:00	Sledování televizních pořadů, ulehnutí	21:00	<i>Chuť, zvyk</i>	1 pytlík mandle solené pražené	<i>Uspokojení</i>

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Příloha D – Záznamový arch pro kvalitativní a kvantitativní příjem stravy

ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO KVANTITATIVNÍ A KVALITATIVNÍ ZHODNOCENÍ PŘÍJMU STRAVY KLIENTKY: VOLNÝ VÍKENDOVÝ DEN		
HODNOTA GLYKÉMIE NA LAČNO / 2 HOD PO JÍDLE	VÁHA POTRAVIN	SNĚDENÉ POTRAVINY A VYPITÉ NÁPOJE
		<i>Hodnota glykémie není vyplněny, klientka měření neprováděla.</i>
	2 ks 0,2 l 10 g	Tvarohový šáteček Káva instantní Cukr krupice
	0,2 l 10 g 0,5 l	Káva instantní Cukr krupice Voda se šťávou
	150 g 100 g 5 ks 1 l	Pečená kachní prsa + šťáva Zelí dušené zahuštěné Knedlíky houskové Voda se šťávou
	0,2 l 10 g 0,5 l	Káva instantní Cukr krupice Voda se šťávou
	80 g 80 g 40 g 3 ks	Hermelín s pepřem Šunka vepřová standard Okurka salátová Rohlík
	130 g 0,5 l	Chipsy bramborové Coca-cola

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Příloha E – Rámcový jídelní lístek pro diabetiky

POTRAVINA		120 g S	150 g S	200 g S	250 g S	300 g S
Snídaně:	Mléko	100 ml	100 ml	200 ml	200 ml	200 ml
	Pečivo	30 g	40 g	60 g	65 g	80 g
	Bílkovinná potravina	50 g	50 g	50 g	50 g	50 g
	Máslo	Ne	10 g	10 g	15 g	15 g
	Zelenina	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g
Přesnídávka:	Ovoce	100 g	100 g	100 g	100 g	150g
	Pečivo	Ne	Ne	20g	30 g	45 g
	Máslo	Ne	Ne	Ne	10 g	10 g
Oběd:	Maso	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g
	Mouka	Ne	10 g	10 g	10 g	15 g
	Olej	10 g	10 g	20 g	20 g	20 g
	Zelenina	150 g	150 g	150 g	150 g	150 g
	Brambory	80 g	100 g	150 g	200 g	250 g
Svačina:	Mléko	200 ml	100 ml	200 ml	200 ml	200 ml
	Pečivo	Ne	20 g	30 g	50 g	45 g
	Ovoce	Ne	Ne	Ne	Ne	100 g
Večeře:	Maso	100 g	100 g	100 g	100 g	100 g
	Mouka	Ne	Ne	Ne	Ne	5 g
	Olej	5 g	10 g	15 g	20 g	20 g
	Zelenina	150 g	150 g	150 g	150 g	150 g
	Brambory	80 g	100 g	150 g	200 g	250 g
II.Večeře	Ovoce	100 g	150 g	150 g	150 g	150 g

Zdroj: autor práce, 2020

Příloha F – BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Hana Havlíčková

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Edukace dospělého s diabetus mellitus v procesu nutriční péče

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 85

Celkový počet stran příloh: 15

Počet titulů českých použitých zdrojů: 33

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 13

Vedoucí práce: PaedDr. Josef Petrášek