

Specifičnosti rada s kroničnim bolesnicima oboljelih od šećerne bolesti- primjer dobre prakse

Milica Tikvić¹, Vilma Kolarić², Snježana Gačina², Draženka Tenšek⁴ Božena Vrabc³,
Vilena Maglica Šoša⁴

¹ *Dom zdravlja Zagreb-Istok*

² *Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac KB Merkur*

³ *Dom zdravlja Zagreb-Zapad*

⁴ *Dom zdravlja Zagreb-Centar*

Sažetak:

Kronične bolesti imaju dugotrajan i doživotan tijek, mogu dovesti do invalidnosti, prijevremene smrtnosti i bolesniku je smanjena kvaliteta života. Najučestalije kronične nezarazne bolesti su kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti, mentalne bolesti, šećerna bolest, kronične respiratorne bolesti i bolesti mišićno-koštanog sustava. Zbog pojave bolesti u sve ranijoj životnoj dobi i sve većeg broja oboljelih poduzimaju se različite mjere prevencije bolesti i promocije zdravlja s ciljem ranog otkrivanja i sprječavanja njihovog nastanka. Patronažne sestre te mjere provode individualnim zdravstvenim savjetovanjem kroz kućne posjete i radom s grupama bolesnika oboljelih od pojedinih specifičnih bolesti, kao što su hipertenzija, dijabetes, KOPB, alkoholizam i druge bolesti. Patronažne sestre također pomažu u uspostavi komunikacije i suradnje s drugim službama i udrugama važnim za rješavanje zdravstvenog i socijalnog stanja pacijenta na razini primarne, sekundarne i tercijarne prevencije. S tim ciljem unaprijeđena je suradnja patronažne službe grada Zagreba i medicinskih sestara Sveučilišne klinike Vuk Vrhovac Kliničke bolnice Merkur za bolesnike oboljele od šećerne bolesti pokretanjem pilot projekta kao primjera dobre prakse. Cilj ovog projekta je sustavno i kontinuirano zbrinjavanje pacijenata sustavnim informatičkim povezivanjem sestrinstva na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: kronične bolesti, šećerna bolest, patronažna skrb, prevencija, edukacija

Patronažna skrb kroničnih bolesnika

Kronične nezarazne bolesti danas su vodeći uzrok smrtnosti i bolničkog liječenja, te predstavljaju velik javnozdravstveni problem. Njihova glavna obilježja su male mogućnosti sprječavanja, nemogućnost potpunog izlječenja kao i stalno povećanje broja oboljelih. Kronične bolesti imaju dugotrajan i doživotan tijek, mogu dovesti do invalidnosti, prijevremene smrtnosti i bolesniku je smanjena kvaliteta života. One nastaju djelovanjem brojnih nepovoljnih čimbenika od kojih su najvažniji pušenje, nepravilna prehrana, zlouporaba alkohola, psihički stres, smanjena tjelesna aktivnost i sve veća izloženost različitim oblicima onečišćenja okoliša. Najučestalije kronične nezarazne bolesti su kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti, mentalne bolesti, šećerna bolest, kronične respiratorne bolesti i bolesti mišićno-koštanog sustava. Zbog pojave bolesti u sve ranijoj životnoj dobi i sve većeg broja oboljelih poduzimaju se različite mjere prevencije bolesti i promocije zdravlja s ciljem ranog otkrivanja i sprječavanja njihovog nastanka. Te mjere propisane su Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja, a navedeni izvršitelji su liječnici opće i obiteljske medicine, patronažna djelatnost, zavodi za javno zdravstvo i zdravstvena njega u kući.

Preventivne mjere patronažne zaštite se odnose na poboljšanje kvalitete života oboljelih, edukaciju i informiranje pacijenata i obitelji o mogućnostima njihovog nastanka i sprečavanja. Patronažne sestre te mjere provode individualnim zdravstvenim savjetovanjem kroz kućne posjete i radom u malim grupama bolesnika oboljelih od pojedinih specifičnih bolesti (hipertenzija, dijabetes, KOPB, alkoholizam). Putem tih mjera provodi se procjena zdravstvenog, psihološkog i socijalnog stanja bolesnika, edukacija bolesnika, te kontrola pridržavanja uputa i propisane terapije od strane liječnika. Edukacija bolesnika se odnosi i na članove njihovih obitelji, u svrhu samostalnog provođenja postupaka važnih za održavanje zdravstvenog stanja i poboljšanja tijeka bolesti.

Patronažne sestre također pomažu u uspostavi komunikacije i suradnje s drugim službama i udrugama važnim za rješavanje zdravstvenog i socijalnog stanja pacijenta na razini primarne, sekundarne i tercijarne prevencije. S tim ciljem unaprijeđena je suradnja patronažne djelatnosti grada Zagreba i medicinskih sestara Sveučilišne klinike Vuk Vrhovac KB Merkur za bolesnike oboljelih od šećerne bolesti.

Šećerna bolest u Hrvatskoj

Ukupan broj bolesnika sa šećernom bolešću u našoj zemlji u 2010. godini iznosio je približno 316 000 od čega preko 190 000 bolesnika ima otkrivenu bolest, dok ih je gotovo 123 000 neotkriveno. U dobnoj skupini od 18 - 65 godina, prevalencija iznosi 6,1%, dok je u starijoj dobi daleko viša između 15 i 20%, tako da se sveukupna prevalencija procjenjuje na oko 9,2% u osoba 20-80 godina (4). Prema prijavama utvrđenih stanja ili bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj je 2009. godine živjelo 193 543 osoba sa šećernom bolešću. Od svih oboljelih njih oko 92% ima tip 2 bolesti, 7% tip 1 bolesti dok je tek oko 1% bolesnika s drugim tipom bolesti.

Tablica 1. Klasifikacija šećerne bolesti

	Tip bolesti	Obilježja
1.	Tip 1	uzrokovan razaranjem β -stanica gušterače i posljedičnim apsolutnim nedostatkom inzulina
2.	Tip 2	uzrokovan inzulinskom rezistencijom i progresivnim defektom izlučivanja inzulina
3.	Drugi specifični tipovi	uzrokovani drugim razlozima npr.: genskim poremećajem β -stanične funkcije i/ili inzulinskog djelovanja, bolestima egzokrinog dijela gušterače, lijekovima, kemikalijama
4.	Gestacijski	očitovan ili dijagnosticiran prvi put tijekom trudnoće.

Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću

Epidemija šećerne bolesti prisutna i u našoj zemlji dovodi do potrebe integriranog javnozdravstvenog pristupa na nacionalnoj razini. Početkom ovoga desetljeća tako se ponovno aktualizira potreba za strukturiranim nacionalnim pristupom, koja svoj formalni oblik dobiva Nacionalnim programom zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi donesenim krajem 2007. godine (5, 6). Sveukupni cilj programa je unapređenje zdravlja stimulacijom i podržavanjem usvajanja učinkovitih mjera ranog otkrivanja, praćenja i liječenja šećerne bolesti te prevencije njenih komplikacija. Njegovim provođenjem želi se postići smanjenje prevalencije kroničnih komplikacija šećerne

bolesti uz povećanje udjela bolesnika otkrivenih u ranim fazama bolesti, te poboljšanje kvalitete života oboljelih kao i dugoročno smanjenje troškova liječenja. Ciljevi programa su:

- povećati broj novootkrivenih slučajeva šećerne bolesti u ranoj fazi bolesti preventivni pregledi svi osoba starijih od 50 godina svake druge godine kao i osoba mladih od 50 godina s dodatnim čimbenicima rizika,
- smanjiti učestalost komplikacija šećerne bolesti prijavljivanje u CroDiab registar i povratni nadzor i intervencija,
- poboljšati rezultate ishoda trudnoća u žena sa šećernom bolešću, kontrolu koncentracije šećera u krvi između 23. i 26. tjedna trudnoće i odmah po utvrđivanju trudnoće kod rizičnih trudnica.

Usporedno sa svim aktivnostima Nacionalnog programa, kao njegov integralni dio provodi se edukacija opće populacije i osoba sa šećernom bolešću definirana Planom i programom mjera zdravstvene zaštite. Edukacija uključuje upozoravanje i zdravstveni odgoj opće populacije, izradu stručnih sadržaja za pisane materijale i medijske poruke, terapijsku edukaciju osoba sa šećernom bolešću i edukaciju edukatora - timova primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, ljekarnika, članova dijabetičkih udruga, osoba koje se susreću u radu s djecom i adolescentima sa šećernom bolešću u odgojno-obrazovnim ustanovama. Prilikom svih aktivnosti, a naročito prilikom provođenja edukacija teži se principu aktivnog uključivanja edukatora i decentralizaciji znanja. Edukacije liječnika obiteljske medicine organiziraju se na županijskim razinama u svim županijskim centrima, a prilikom posjeta istodobno se potpomaže i lokalna dijabetološka struktura.

Nacionalni program veliki je pomak u nacionalnoj borbi sa šećernom bolešću, no njegova potpuna implementacija i nadopunjavanje mjerama primarne prevencije su neizostavne.

Prijedlog provedbe zdravstvene edukacije osoba oboljelih od šećerne bolesti

U cilju što kvalitetnije provedbe zdravstvene edukacije osoba oboljelih od šećerne bolesti medicinske sestre provode različita istraživanja. Tako je provedeno istraživanje koje je obuhvatilo 101 ispitanika, bolesnika koji su hospitalizirani na kliničkom odjelu Sveučilišne klinike Vuk Vrhovac tijekom 2008. i 2009. godine. Uzorak je obuhvatio bolesnike iz svih dijelova Hrvatske. U svrhu istraživanja korišten je upitnik znanja koji sadržava tri tematske cjeline, a to su prehrana, terapija i samokontrola. Upitnik je korišten prije i nakon provedene edukacije pacijenata. Za potrebe istraživanja korišteni su i podaci iz medicinske dokumentacije. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi:

- Koji čimbenici utječu na znanje o terapiji, samokontroli i prehrani osoba koji boluju od šećerne bolesti obzirom na: dob, spol, ITM, terapiju i županiju iz koje dolaze.
- Utvrditi ovisi li regulacija šećerne bolesti (HbA1c) o duljini trajanja bolesti u ispitanika koji su na inzulinskoj terapiji i bolesnika koji su na oralnim hipoglikemicima.
- Utvrditi karakteristike ispitanika s obzirom na ukupne rezultate upitnika znanja o terapiji, prehrani i samokontroli prije i nakon edukacije.
- Utvrditi prosječno poboljšanje ukupnih rezultata znanja s obzirom na spol i terapiju ispitanika.
- Dati prijedloge za poboljšanje edukacije nakon dobivenih rezultata.

Istraživanje je pokazalo da se muškarci skoro dvostruko češće hospitaliziraju od žena, te da pokazuju prosječno ukupno manje znanje. Broj hospitalizacija raste s godinama starosti ispitanika. Najveći broj hospitaliziranih osoba dolazi iz Splitsko-dalmatinske županije.

Prosječan HbA1c ispitanika govori u prilog lošoj regulaciji šećerne bolesti. Prosječna vrijednost ITM pokazuje povećanu tjelesnu težinu ispitanika. Bolje su rezultate na upitniku znanja postigle osobe koje su na terapiji inzulinom i mlađe su životne dobi.

Tjelesna težina i regulacija bolesti ne mogu se dovesti u vezu sa znanjem iz prehrane. Trajanje bolesti ne može se dovesti u vezu sa regulacijom bolesti. Najveći napredak u znanju nakon edukacije postigli su muškarci bez obzira da li su bili na inzulinu ili oralnim hipoglikemicima.

Za provedbu kvalitetne edukacije osoba sa šećernom bolešću neophodno je neprekidna suradnja svih razina zdravstvene zaštite i potrebno je:

1. Ujednačiti stavove o ciljnim vrijednostima dobre regulacije šećerne bolesti (HbA1c, glikemije natašte, postprandijalne glikemije).
2. Ujednačiti stavove o ciljnim vrijednostima kontrole kroničnih komplikacija (ITM, kolesterola, triglicerida, krvnog tlaka, proteinurije).
3. Posebnu pozornost u edukaciji obratiti osjetljivim skupinama (osobama treće životne dobi, osobama s kognitivnim ograničenjima, terminalnim bolesnicima).
4. U edukaciju uključiti ostale profile zdravstvenih djelatnika (psihologa, fizioterapeuta, radnog terapeuta) pri rješavanju problema vezanih uz gubitak motivacije, osnaživanje, mijenjanje navika prehrane, smanjenje tjelesne težine.

5. U edukaciju uključiti obitelj kako bi bila potpora oboljeloj osobi ali i edukatoru. Takvim pristupom obitelj postaje aktivni čimbenik u ukupnoj skrbi za oboljelu osobu pri čemu ne smijemo zanemariti ni trajni edukativni povratni efekt na mlađe članove obitelji.
6. Voditi osobe sa šećernom bolešću kroz cjeloživotnu edukaciju.
7. Izraditi materijale za strukturirano vođenje edukacije.

Prijedlog strukturirane edukacije osoba oboljelih od šećerne bolesti (procjena):

Tjelesna težina (TT)

- Procijeniti ITM (indeks tjelesne mase)
Povećana TT → ITM ≥ 25
Dodatna procjena PITATI BOLESNIKA:
- Mislite li da težina utječe na šećernu bolest?
- Jeste li zadovoljni svojom težinom?
većina odgovora NE → edukacija, odgovori DA → ali se ne pridržava →
- procijeniti volju za promjenom ili tražiti podršku psihologa
Pothranjenost → ITM ≤ 18 → je li gubitak težine namjeran ili nenamjeran

Tjelesna aktivnost

- Pitati bolesnika o tjelesnoj aktivnosti prethodnog tjedna (hodaње, vožnja bicikla, rad u vrtu, plivanje, nogomet)
- Provodi li većinu dana u tjednu te aktivnosti
- Koristi li stube umjesto lifta, hoda li umjesto vožnje tramvajem
- Gleda li manje od 2 sata dnevno TV, video
- **Većina odgovora NE** procijeniti je li voljan povećati tjelesnu aktivnost

Prehrana

- **Procjena uz pomoć intervjua** :
- Uzimate li redovito obroke
- Zna li svoj kalorijski unos
- Zna li nabrojati zamjene za meso
- Zna li zamjene za kruh
- **Upitnik znanja o prehrani**
Većina odgovora NE → potrebna je edukacija,
- **većina odgovara je potvrdna** → ne pridržava se preporuka → procijeniti volju za promjenom ili
- -tražiti podršku psihologa i radnog terapeuta

Terapija –Inzulin

- **Procjena izvođenja terapije-inzulin**
- Uzima li redovito inzulin
- Zna li razmak između primjene inzulina i obroka
- Mijenja li redovito iglu
- Mijenja li mjesto uboda
- Zna li početak i duljinu djelovanja inzulina
- **Terapija-tablete**
- Uzima li redovito tablete
- Zna li razmak između tableta i obroka
- **Upitnik znanja o terapiji**
- **Većina odgovora NE** treba edukaciju ako je DA ali se ne pridržava
- procijeniti volju za promjenom ili tražiti podršku psihologa

Samokontrola

- **1. Samoprocjena kontrole osnovne bolesti (interview)** :
- Mjeri li redovito GUK
- Mjeri li GUM i ketone
- Vodi li dnevnik samokontrole
- Mijenja li redovito lancetu
- Pere li ruke prije samokontrole
- Radi li samopregled stopala
- Mjeri li redovito krvni tlak
- **2. Upitnik znanja o samokontroli šećerne bolesti**
- **Većina odgovora NE** potrebna edukacija većina odgovora potvrdna (DA) ali se ne pridržava
- Procijeniti volju za promjenom ili tražiti podršku psihologa i radnog terapeuta

Prekoračenja

- Hipoglikemija
- Hiperglikemija
- Acidoza
- Ozljede stopala
- Pijenje alkohola
- Izostavljen obrok
- Izostavljena terapija
- Preobilan obrok
- Putovanje
- Akutna bolest
- Trudnoća
- Kortikosteroidna terapija
- Povraćanje

Prijedlog strukturirane edukacije osoba oboljelih od šećerne bolesti (provedba):

Tjelesna težina (TT) <ul style="list-style-type: none">• “Zabrinut/a sam jer Vaša težina utječe na Vaše zdravlje”• Dati bolesniku specifične savjete: 1-2 promjene u prehrambenim navikama; stupnjevati povećanje tjelesne aktivnosti• Ako je spreman na promjenu ponašanja: zajedno odrediti željenu težinu, odrediti rok, preporučiti vaganje 1x tjedno,• Dati tiskani materijal	Tjelesna aktivnost <ul style="list-style-type: none">• Prijedlog aktivnosti/dan:• šetnja oko 3,5 km za 30 min.• hodanje po stepenicama 15 min• pranje auta ,pranje prozora i podova 45-60 min• rad u vrtu 30-45 min• čišćenje snijega 15 min i sl.• Ako je spreman na promjenu ponašanja: zajedno odrediti željenu aktivnost, dogovoriti učestalost aktivnosti• Dati tiskani materijal	Prehrana <ul style="list-style-type: none">• Izračunati dnevni kalorijski unos• Uzimati obroke u pravilnim razmacima• Sastaviti primjerak dnevnog jelovnika s bolesnikom• Naučiti bolesnika skupine namirnica i pravilne zamjene unutar skupina• Unos soli 2-3 g• Dati preporuke za unos alkohola unutar kalorijskih ograničenja• Dati tiskani materijal
Terapija –Inzulin <ul style="list-style-type: none">• Procjena izvođenja terapije-inzulin• Uzima li redovito inzulin• Zna li razmak između primjene inzulina i obroka• Mijenja li redovito iglu• Mijenja li mjesto uboda• Zna li početak i duljinu djelovanja inzulina• Terapija-tablete• Uzima li redovito tablete• Zna li razmak između tableta i obroka• Upitnik znanja o terapiji• Većina odgovora NE treba edukaciju ako je DA ali se ne pridržava• procijeniti volju za promjenom ili tražiti podršku psihologa	Samokontrola <ul style="list-style-type: none">• 1. Samoprocjena kontrole osnovne bolesti (interview):• Mjeri li redovito GUK• Mjeri li GUM i ketone• Vodi li dnevnik samokontrole• Mijenja li redovito lancetu• Pere li ruke prije samokontrole• Radi li samopregled stopala• Mjeri li redovito krvni tlak• 2. Upitnik znanja o samokontroli šećerne bolesti• Većina odgovora NE potrebna edukacija većina odgovora potvrdna (DA) ali se ne pridržava• Procijeniti volju za promjenom ili tražiti podršku psihologa i radnog terapeuta	Prekoračenja <ul style="list-style-type: none">• Hipoglikemija• Hiperглиkemija• Acidoza• Ozljede stopala• Pijenje alkohola• Izostavljen obrok• Izostavljena terapija• Preobilan obrok• Putovanje• Akutna bolest• Trudnoća• Kortikosteroidna terapija• Povraćanje

U svrhu evaluacije edukacije i zadovoljstva bolesnika, provedeno je istraživanje koje je obuhvatilo 100 ispitanika, pacijenata Doma Zdravlja Zagreb – Centar.

Cilj istraživanja bio je procijeniti znanje o šećernoj bolesti (opće znanje, terapija, samokontrola i prehrana) osoba oboljelih od šećerne bolesti i utvrditi zadovoljstvo pacijenata pruženom edukacijom o šećernoj bolesti.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno pomoću strukturiranog upitnika, a ispitanici su pacijenti koji se dolaze kontrolirati u klubove dijabetičara koje vode patronažne sestre, pacijenti posjetom patronažnih sestara u njihovim kućama te pacijenti koji dolaze u

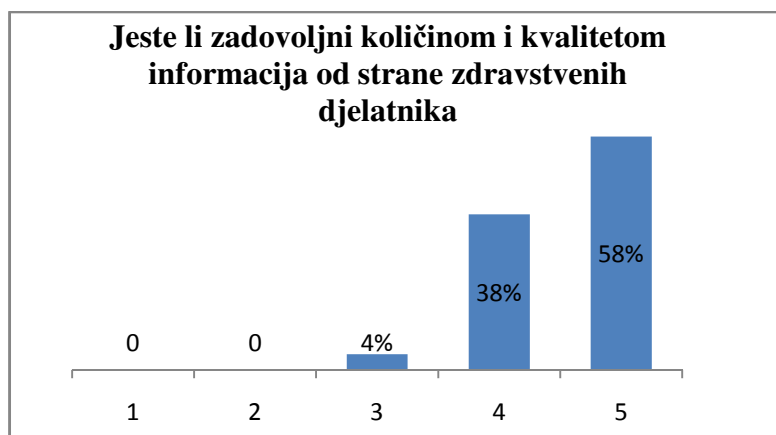
ambulante obiteljske medicine. Dobiveni rezultati su obrađeni metodom deskriptivne statistike i distribucije frekvencija. Istraživanje je provedeno kod 100 ispitanika tijekom 2011/12 godine.

Rezultati istraživanja:

Promatrajući odgovore na pitanja postavljena u svrhu evaluacije edukacije pacijenata, dolazimo do zaključka da je veliki postotak ispitanika dobro informiran o šećernoj bolesti i posljedicama koje ona nosi. S druge strane, iznenađujuće je kako neki manji broj ispitanika ne znaju ni osnovne činjenice o bolesti od koje boluju i od kojeg oblika boluju.

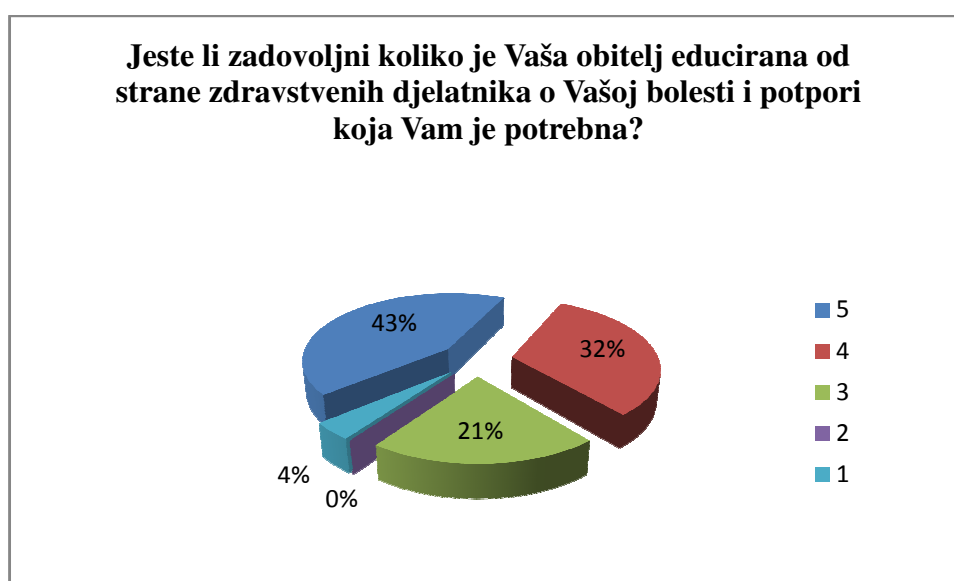
Uvidom u rezultate saznajemo kako je većina ispitanika educirana od strane stručnjaka, patronažne sestre (N=38), zatim liječnika i medicinske sestre u ambulanti obiteljske medicine (N=29) te specijalista dijabetologa (N=22). Ovakvi rezultati su očekivani, budući da je glavna zadaća patronažne sestre prevencija i edukacija pacijenata. Opću edukaciju, kao ni edukaciju o terapiji inzulinom ne pronalaze u medijima (TV, internet, časopisi...) niti od strane javnih aktivista oboljelih od šećerne bolesti. Mali broj ispitanika se educirao samostalno (N=8) iz različitih izvora (knjige, brošure i sl.)

Većina ispitanika jako je ili uglavnom jako zadovoljno količinom i kvalitetom informacija koje su im pružene od strane zdravstvenog osoblja o šećernoj bolesti. Niti jedan ispitanik nije izrazio nezadovoljstvo, dok je samo 4 ispitanika odgovorilo kako im je količina i kvaliteta informacija osrednja. Smatraju kako bi im informacije trebala pružati patronažna sestra (N=42), specijalist dijabetolog (N=33) te liječnik i/ili sestra u ambulanti obiteljske medicine (N=23) što se u najvećoj mjeri poklapa sa stvarnom slikom.



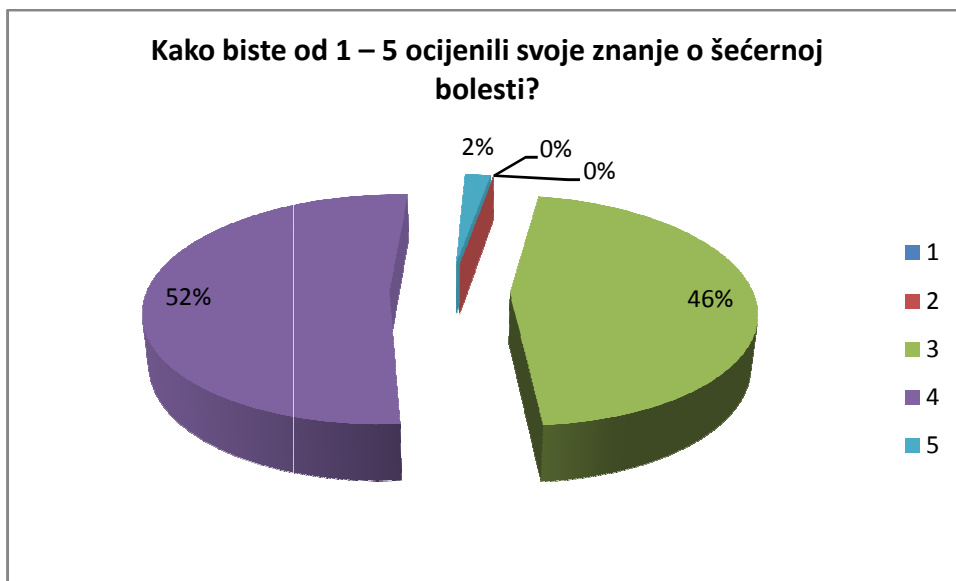
Grafikon 1: zadovoljstvo informacijama

Ispitanici također izražavaju zadovoljstvo o educiranosti njihovih obitelji od strane zdravstvenih djelatnika. Čak 43 ispitanika je jako zadovoljno, 32 ispitanika ocjenjuje educiranost članova obitelji vrlo dobrom ocjenom, 21 ispitanik dobrom, dok samo 4 ispitanika izražava nezadovoljstvo po pitanju informiranosti članova obitelji, što pokazuje kako se edukacija od strane patронаžne sestre ne bazira samo na edukaciji pacijenata, nego ulascima u obitelj uključuje i ostale članove obitelji koji su glavna podrška samim pacijentima.



Grafikon 2: zadovoljstvo o informiranosti članova obitelji

Pacijenti svoje znanje o šećernoj bolesti uglavnom smatraju dobrim (N=46) i vrlo dobrim (N=52) i preko 80% ispitanika iskazuje zadovoljstvo edukacijom od strane zdravstvenog osoblja.

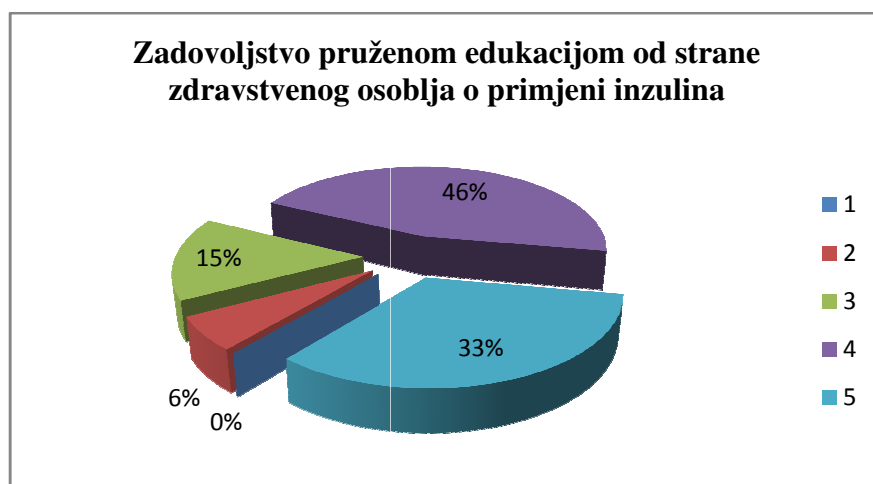


Grafikon 3: Samoprocjena znanja o bolesti

Analizom rezultata ispitanika koji primaju terapiju inzulinom primjećujemo da su uglavnom dobro educirani o terapiji inzulinom, međutim unatoč činjenici višegodišnjeg uzimanja inzulinske terapije iznenađuje kako 10 ispitanika još uvijek nije upoznato sa nazivom inzulina kojeg primaju, 4 ispitanika smatra da inzulin treba davati redovito na isto mjesto, a 5 ih je odgovorilo kako ne zna na koje mjesto se daje inzulin.

Za razliku od općeg znanja o šećernoj bolesti, koje ispitanici u najvećoj mjeri dobivaju od patronažnih sestara, o terapiji inzulinom najčešće ih educira specijalist dijabetolog (N=15), dok je na drugom mjestu patronažna sestra (N=10) te na trećem liječnik i/ili sestra u ambulanti obiteljske medicine (N=8)

Ispitanici izražavaju zadovoljstvo pruženom edukacijom od strane zdravstvenog osoblja o primjeni inzulina – 26 pacijenata je jako zadovoljno ili zadovoljno. Također, zadovoljni su vlastitim znanjem o primjeni terapije inzulinom u liječenju šećerne bolesti, pri čemu ga većina ispitanika ocjenjuje vrlo dobrim (N=19).

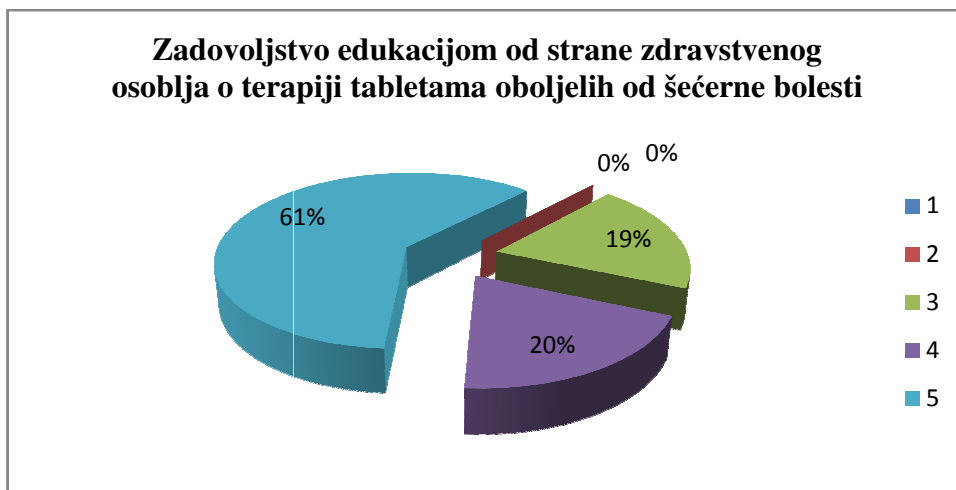


Grafikon 4: procjena zadovoljstva pruženom edukacijom o primjeni inzulina

Glede ispitanika koji su na terapiji tabletama možemo reći kako 20% ispitanika nije upoznato sa nazivom tableta koje primaju kao terapiju, dok ih je ipak 80% upućeno, što je u skladu s očekivanjima s obzirom da je uglavnom riječ o dugogodišnjim dijabetičarima.

Na pitanje od koga su bili savjetovani o primjeni terapije tabletama i njihovom učinku na šećernu bolest, ispitanici su mogli odgovoriti višestruko. Kao i ispitanici na terapiji inzulinom - većinom su savjetovani od strane specijalista dijabetologa (N=26), liječnika obiteljske medicine (N=18) te patronažne sestre (N=13).

Zadovoljstvo edukacijom o terapiji tabletama od strane zdravstvenog osoblja ocjenjuju odličnim (N=28), a u manjem broju vrlo dobrim (N=9) i dobrim (N=9). Smatraju da bi prvenstveno trebali biti savjetovani od strane spacijalista dijabetologa, zatim od strane patronažne sestre te liječnika obiteljske medicine. Primjećujemo zadovoljstvo vlastitim znanjem o primjeni terapije tabletama koje većinom ocjenjuju najvišom ocjenom, manjim brojem vrlo dobrom i dobrom.



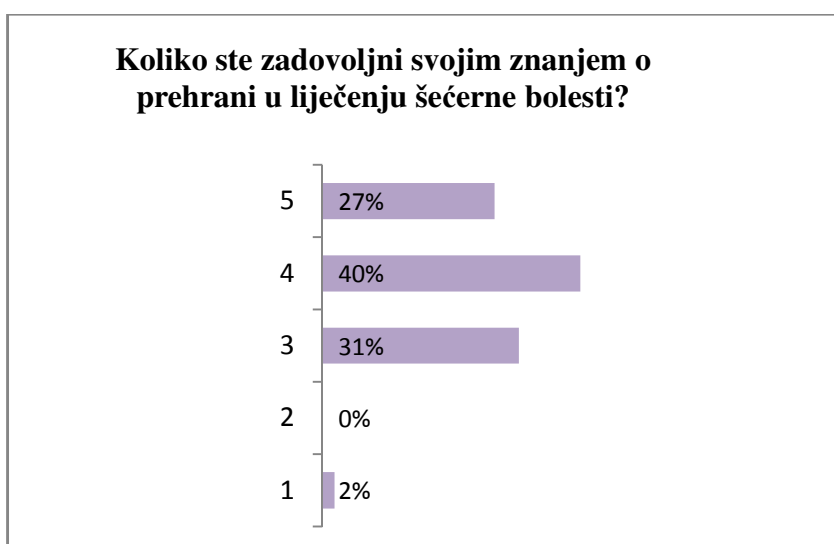
Grafikon 5: procjena zadovoljstva pruženom edukacijom o primjeni medikamentozne terapije

Analizirajući rezultate o prehrani bolesnika, dolazimo da zaključka da su uglavnom dobro upoznati sa dijabetičkom dijetom, iako imaju problema sa kategoriziranjem pojedinih namirnica unutar skupina (bjelančevine, ugljikohidrati, masti). Bilo je za očekivati da većina ispitanika pazi na kalorijski unos namirnica, međutim, prema odgovorima vidljivo je da njih 38 ne pazi, odnosno 19 ispitanika uopće ne zna pazi li na kalorijski unos namirnica. Većina ispitanika je o dijabetičkoj prehrani educirana od strane patronažnih sestara (N=41), zatim liječnika opće medicine i sestre u ambulanti (N=31) te najmanjim brojem od strane liječnika dijabetologa (N=23). Uglavnom ocjenjuju zadovoljstvo edukacijom od strane zdravstvenih djelatnika o prehrani najvišom (42) ili vrlo dobrom ocjenom (N=37) dok ga samo 21 ispitanik ocjenjuje dobrom ocjenom.



Grafikon 6: Zadovoljstvo edukacije o prehrani

Mišljenja su da bi glavni edukator trebala biti patronažna sestra (N=40), specijalist dijabetolog (N=32), liječnik obiteljske medicine (N=21). Spominje se i nutricionist za kojeg 4 ispitanika smatra da bi trebao biti glavni izvor informacija o pravilnoj prehrani. Zadovoljstvo vlastitim znanjem o pravilnoj dijabetičkoj prehrani 40 ispitanika ocjenjuje vrlo dobrim, 31 ispitanik dobrim, 27 ispitanika odličnim. Iako samo 2 ispitanika negativno ocjenjuje zadovoljstvo vlastitim znanjem, takvi odgovori ipak iznenađuju jer prvi put u ovom istraživanju ispitanici izražavaju nezadovoljstvo vlastitim znanjem.



Grafikon 7: samoprocjena razine znanja o prehrani

Suradnja zdravstvenih profesionalaca u zbrinjavanju osoba sa šećernom bolešću

Medicinske sestre Sveučilišne klinike Vuk Vrhovac KB Merkur uvidjele su potrebu za aktivnijem povezivanjem s patronažnim sestrama, u svrhu što boljeg zbrinjavanja osoba sa šećernom bolešću. One su prepoznale da u edukaciji bolesnika kada se inzulin uvodi ambulantno, mnogim je bolesnicima prevelika količina informacija koje dobiju samo u nekoliko sati. S obzirom na dosadašnju kontinuiranu suradnju i komunikaciju u skrbi za dijabetičke bolesnike s patronažnom službom Domova zdravlja Grada Zagreba uveden je novi način suradnje s ciljem da se bolesnicima osigura još kvalitetnija zdravstvena njega. Medicinske sestre u klinici prepoznale su potrebu bolesnika za nastavkom daljnje edukacije i pomoći po povratku bolesnika kući i to u svladavanju tehnike aplikacije inzulina, provođenju samokontrole, pružanja samopomoći kod hipoglikemija, pravilnog uzimanja količine hrane i pravilnog rasporeda obroka. Nakon ovih saznanja održani su pripremni zajednički sastanci glavnih sestara domova zdravlja grada Zagreba i glavne sestre klinike Vuk Vrhovac i dogovoren način provedbe projekta. U Pilot projekt za sada su uključena tri doma zdravlja Grada Zagreba (Dom zdravlja Zagreb-Istok, Dom zdravlja Zagreb-Centar i Dom zdravlja Zagreb-Zapad).

Cilj ovog projekta je sustavno i kontinuirano zbrinjavanje pacijenata sustavnim informatičkim povezivanjem primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite. Alat za povezivanje je “Sestrinsko otpusno pismo” koje klinika upućuje na patronažnu službu i “Sestrinsko pismo za potrebe nastavka zdravstvene njege” i drugih oblika skrbi koje patronažna sestra prosljeđuje klinici nakon dva mjeseca patronažne skrbi. Ovaj vid suradnje uspostavljen je za ciljnu skupinu oboljelih od dijabetesa, a to su pacijenti koji s oralne antidijabetičke terapije prelaze na inzulinsku terapiju. U edukativnom radu s takvim pacijentima primjećeno je njihovo nedovoljno prihvaćanje ozbiljnosti problema same bolesti, važnosti pridržavanja preporučenih uputa i mjera i nedovoljna svijest o mogućnosti sprječavanje komplikacija bolesti.

Projekt se provodi na način da svakom bolesniku kojemu se u Sveučilišnoj klinici Vuk Vrhovac prvi put uveden inzulin, a stanuje na području koji pokrivaju ova tri doma zdravlja medicinska sestra prvostupnica, koja je bolesnika educirala šalje sestrinsko otpusno pismo za potrebom nastavka zdravstvene njege elektronskom poštom glavnoj sestri doma zdravlja.

Ona ga prosljeđuje patronažnim medicinskim sestrama prema mjestu stanovanja pacijenta. Patronažna sestra zbrinjava pacijenta u vremenskom roku od 24 do 48 sati odlaskom u kućnu posjetu i nastavlja patronažnu skrb prema potrebnim i utvrđenim sestrinskim dijagnozama.

Sestrinsko otpusno pismo sadrži detaljne upute za patronažnu sestru o čemu je bolesnik educiran i što mu je savjetovano da bi mogle nastaviti sa zdravstvenom njegom. Patronažna sestra posjećuje pacijenta u kućnoj posjeti, educira ga, a prema procjeni i potrebi i članove njegove obitelji. Nadalje uključuje ga u grupni rad oboljelih od šećerne bolesti, te o svim provedenim intervencijama daje povratnu informaciju klinici o tome u kojoj je mjeri pacijent uspio svladati vještine potrebne za samozbrinjavanje šećerne bolesti.

Rok za povratne informacije od strane patronažnih sestara dogovoren je 2 mjeseca, jer je to vrijeme kada je potreba za češćim kućnim posjetama i edukacijom. Vremenski plan pilot projekta je 6 mjeseci. Nakon toga u planu je provedba analize i procjene proširivanja suradnje sa patronažnom službom ostalih domova zdravlja.

Od 02.05.2012. do 13.11.2012. godine iz Sveučilišne klinike Vuk Vrhovac KB Merkur poslano je 81 otpusno pismo za potrebom nastavka zdravstvene njege kod bolesnika kod kojih je uveden inzulin. Također je stiglo već 16 povratnih pisama upućenih od patronažnih sestara za bolesnike na njihovom terenu.

Sestrinske dijagnoze i intervencije patronažnih sestara u prevenciji kod oboljelih od šećerne bolesti

Patronažne sestre prepoznaju i interveniraju kod slijedećih navedenih sestrinskih dijagnoza oboljelih od šećerne bolesti, kao što su:

- Visoke vrijednosti glukoze u krvi u vezi s povećanim unosom hrane.
- Debljina u vezi s povećanim unosom hrane.
- Neučinkovito svladavanje terapijskog režima u vezi s manjkom znanja.
- Rizik za infekciju u vezi s oslabljenim imunološkim sustavom, lošom cirkulacijom i čimbenicima okoliša.
- Smanjeno samopoštovanje u vezi s promjenama životnog stila (stigma zbog kronične bolesti).
- Velik rizik za ozljeđivanje u vezi s taktilnim osjetom, oštećenjem vida i hipoglikemijom.
- Zabrinutost (strah) u vezi s dijagnozom i mogućim komplikacijama bolesti.
- Nepridržavanje savjeta, odbijanje samokontrole u vezi s manjkom motivacije.
- Strah i anksioznost u vezi s aplikacijom inzulina i nedovoljnim znanjem.
- Poteškoće u svezi svladavanja vještina aplikacije inzulina.
- Bol u vezi s poremećajem integriteta kože.

Patronažne sestre provode niz intervencija u skrbi za oboljele od šećerne bolesti, a to su:

- Edukacija o bolesti, načinu liječenja i razlozima provođenja pojedinih postupaka bolesnika i članova obitelji s ciljem razumijevanja i prihvaćanja terapijskih mjera radi sprečavanja akutnih i kroničnih komplikacija.
- Edukacija bolesnika za samostalnu primjenu lijekova, te pomoć u savladavanju cijelog postupka aplikacije inzulina (edukacija o primjene inzulina tijekom dana uz poštivanje vremenskih intervala povezanih sa uzimanjem obroka).
- Edukacija o pravilnoj prehrani prema preporučenim dnevnom kalorijskim potrebama i terapijskim ciljevima.
- Pomoć u planiranju dnevnog jelovnika sukladno energetske potrebama uzimajući u obzir materijalne mogućnosti, navike, posao, tip šećerne bolesti, a prema sustavu izračunavanja potreba ADA vodeći računa o skupinama namirnica i njihovoj kalorijskoj vrijednosti.
- Edukacija o pripremi hrane (pirjanje, kuhanje, pečenje u foliji i slično.)
- Edukacija o zabrani namirnica visokog glikemijskog indeksa, korištenju umjetnih sladila, soli, tekućine, konzumiranje alkoholnih pića.
- Edukacija i savladavanje vještina samozbrinjavanja u skladu s ciljevima liječenja, kao što je samostalna izmjera vrijednosti šećera u krvi i urinu, uz vođenje dnevnika samokontrole.
- Demonstracija postupaka samokontrole, očitavanje i interpretacija rezultata.
- Edukacija o prepoznavanju simptoma i pružanju samopomoći u stanjima hipoglikemije i hiperglikemije i primjena potrebnih mjera.
- Edukacija o promjeni načina života i prihvaćanju novi zdravih navika kao što su redoviti obroci, prestanak pušenja, redovita tjelesna aktivnost, redovitost zdravstvenog nadzora, samokontrola simptoma bolesti.
- Edukacija o važnosti osobne i oralne higijene, higijene okoline i pribora za primjenu inzulina.
- Edukacija o važnosti tjelesne aktivnosti, usklađivanje s medikamentoznom terapijom i prehranom.
- Zdravstveno prosvjeđivanje cijele obitelji u cilju pružanja podrške i razumijevanja stanja bolesnika.

Zaključak:

Cilj suradnje ovim pilot projektom je unapređenje sestrinske skrbi, kontinuirano i ujednačeno zbrinjavanje i pružanje zdravstvene njege pacijentima oboljelim od šećerne bolesti na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite. Smatramo da sami zdravstveni djelatnici moraju uvidjeti gdje su problemi, te iznaći načina za bolje funkcioniranje zdravstvene zaštite što nije nužno vezano uz financijske izdatke, već ponekad samo uz entuzijizam i dobru volju zdravstvenih profesionalaca.

Literatura:

1. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. World Health Organization 2006, [datum pristupa 28.06.2011]. Dostupno na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594934_eng.pdf
2. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus: Abbreviated Report of a WHO Consultation. World Health Organization 2011, [datum pristupa 28.06.2011]. Dostupno na: http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2011. Diabetes Care. 2011 Jan;34 Suppl 1:S11-61.
4. Metelko Z, Pavlič-Renar I, Poljicanin T, Szivovitz L, Turek S. Prevalence of Diabetes Mellitus in Croatia. Diabetes Res Clin Pract. 2008;81(2):263-7.
5. Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću s posebnim ciljem prevencije bolesti. Zagreb: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH; 2008. [datum pristupa 28.06.2011]. Dostupno na: http://www.mzss.hr/hr/programi_i_projekti/prevencija/nacionalni_program_zdravstvene_zastite_osoba_sa_secernom_bolescu
6. Metelko Ž, Poljičanin T. Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću. Medix. 2009;15(80-81):164-9.
7. Routine structured education reduces HbA1c & hypoglycemia and improves psychological health in patients with type 1 diabetes mellitus. ADA, 121 OR, page A 37,2006.
8. [Schiel R](#), [Voigt U](#), [Ross IS](#), [Braun A](#), [Rillig A](#), [Hunger-Dathe W](#), [Stein G](#), [Müller UA](#). Structured diabetes therapy and education improves the outcome of patients with insulin treated diabetes mellitus. The 10 year follow-up of a prospective, population-based survey on the quality of diabetes care, Clin Endocrinol Diabetes.; 2006 Jan 114(1):18-27.

9. Cefalu WT: Glycemic control and cardiovascular disease: should we reassess clinical goals? *N Engl J Med* 2005;353:2707–2709,
10. Complications of diabetes in the United States, National Diabetes Fact Sheet, 2007.
11. Robyn Houlden ,David C.W. Lau Management of Obesity in Diabetes Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2008.
12. Ellen D. Davis, MS, RN, CDE A Quality Improvement Project in Diabetes Patient Education During Hospitalization, *Diabetes Spectrum*, 2000;Volume 13 Number 4, Page 234.
13. Swift CS,Boucher JL, Nutrition therapy for the hospitalized patient with diabetes. [Endocr Pract.](#) 2006 Jul-Aug;12 Suppl 3:61-7,
14. [Ellis SE](#), [Speroff T](#), [Dittus RS](#), [Brown A](#), [Pichert JW](#), [Elasz TA](#) ,Diabetes patient education: meta-analysis and meta-regresion, [Patient Educ Couns](#)2004 Jan.;52(1):97-105.
15. Anni B.S. Nielsen, Structured Personal Diabetes Care in Primary Health Care Affects Only Women’s HbA1c , *Diabetes Care*2006; 29:963-969,