

DIA

časopis
o sociálnej
a zdravotnej
pomoci
pre diabetikov

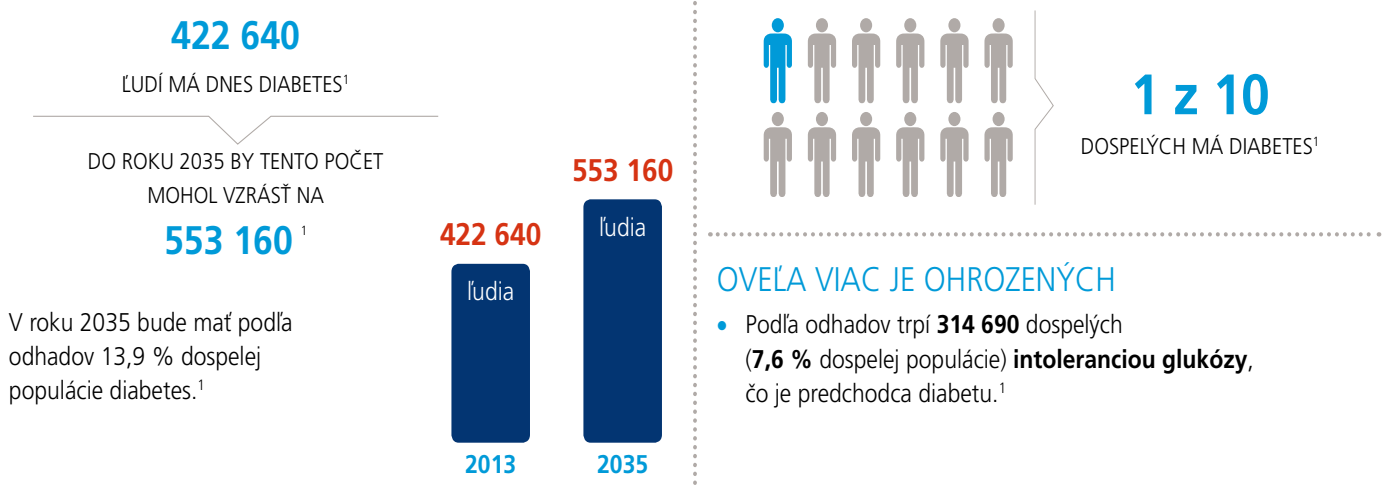
nádej

Číslo 1/2017 | Ročník I. | Nepredajné



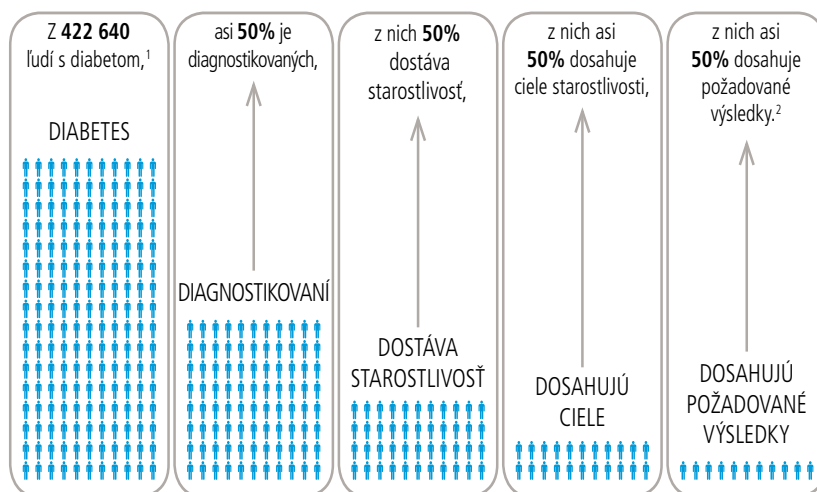
Bremeno diabetu na Slovensku

Podľa odhadov trpelo diabetom v roku 2013 **422 640** dospelých Slovákov – je to **10,2 %** dospeljej slovenskej populácie.¹ V tom istom roku podľa odhadov zomrelo **5 501** dospelých Slovákov na choroby súvisiace s diabetom¹ – priemerne je to viac ako **15** úmrtí za deň.



DIAGNOSTIKOVANIE A STAROSTLIVOSŤ NIE SÚ OPTIMÁLNE

Veľká časť ľudí trpiacich diabetom zostáva nediagnostikovaná alebo nedostáva starostlivosť. Včasná a efektívna starostlivosť v prípade diabetu môžu znížiť riziko dlhodobých komplikácií.



KOMPLIKÁCIE

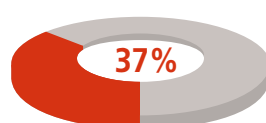
Diabetes je hlavnou príčinou kardiovaskulárnych ochorení, renálnych ochorení, slepoty a amputácie končatín.³

Na Slovensku:

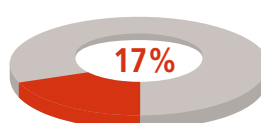
- 6 %** ľudí s diabetom trpí koronárnym ochorením srdca.⁴
 - 17,4 %** ľudí s diabetom typu 2 trpí retinopatiou, ktorá môže viesť k slepote.⁴
 - 7,6 %** všetkých ľudí s diabetom trpí nefropatiou.⁴
 - 1,3 %** všetkých ľudí s diabetom musí podstúpiť amputáciu končatiny.⁴
-

PSYCHOSOCIÁLNY DOPAD DIABETU

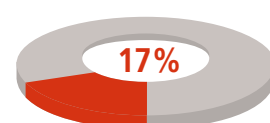
Psychosociálne bremeno diabetu obmedzuje účinnejšie poskytovanie starostlivosti pri diabete.



ľudí s diabetom zažíva **emocionálny stres** kvôli diabete.⁵



ľudí má **depresiu** pravdepodobne spôsobenú diabetom.⁵



ľudí s diabetom sa cíti **diskriminovaných** z dôvodu svojho zdravotného stavu.⁵

ÚVODNÍK



Vážení čitatelia,

dostal sa k Vám nový časopis určený najmä pre diabetikov a edukátorov. Je to niečo nové čo by malo pomôcť diabetikom zvládať svoje celoživotné ochorenie a edukátorom zvládať rôzne úskalia, ktoré treba riešiť pri edukácii diabetikov.

V živote sa stretávame vždy s niečím novým. Aj ja som zažil niečo nové, ale nie nezvyčajné. Sedel som v nemocnici v čakárni a boli tam dve dievčatá, kamarátky a jedna z nich bola diabetička. Z ich úst sršala radosť, smiech a pohoda. Naraz sa začali baviť o chlapcovi, ktorý bol tiež diabetik a ležal v tej istej nemocnici. Z úst dievčata s cukrovkou sa naraz ozvali slová aký je to krásny a milý chlapec, akú má vynikajúcu inzulínovú pumpu a aj keď ona ju mala tiež z dôvodu náklonnosti ku chlapcovi začala rozprávať, že aj ona by chcela mať takú istú. Zdôvodnila to tým aké to bude krásne, že budú mať niečo spoločné. Prekvapilo ma ako sa dá náklonnosť k inej osobe prejavovať aj takýmto spôsobom. Aj tu som sa presvedčil, čo všetko človek v živote môže spoznať prvýkrát. Bolo to spontánne, ale krásne.

Presne tento zážitok ukazuje, že v živote sa máme stále čo učiť, spoznávať nové. U diabetikov je to zvlášť dôležité. Mení sa stále nový prístup k zvládaniu tohto ochorenia, či je to forma pokroku v zdravotníctve, ale aj v sociálnej oblasti. Pokrok ide milými krokmi vpred a diabetik sa nesmie uspokojiť so svojou chorobou a svojim spôsobom zvládania tejto celoživotnej partnerky. Práve tento nový časopis Vám chce k tomu pomôcť.

Mgr. Ing. Jozef Borovka
predseda ZDaES

OBSAH

SOCIÁLNE PORADENSTVO – VÝZNAMNÁ PREVENTÍVNA FUNKCIA PRE DIABETIKOV	4
--	---

ASSESSMENT STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S DIABETES MELLITUS V KONTEXTE WAGNEROVHO MODELU	5
--	---

EDUKÁCIA DIABETIKA Z POHĽADU SESTRY A SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA	9
---	---

DUŠEVNÉ PORUCHY A DIABETES MELLITUS TYPU 2	11
---	----

KAZUISTIKA	15
------------	----

POZVÁNKA NA XIII. MICHALOVSKÝ DIA DEŇ	16
---	----



Číslo 1/2017, ročník I.

Vydavateľ a adresa redakcie:

Zväz diabetikov a edukátorov Slovenska
Močarianska 70
071 01 Michalovce
e-mail: zds.zds1@gmail.com

Šéfredaktor: Mgr. Lucia Demková, tel.: 0915 904 106

Predseda redakčnej rady: Mgr. Ing. Jozef Borovka

Redakčný tím:

Marek Gajdoš, doc. PhD. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

Jazyková korekcia: Monika Hlavatá

Redakčná rada:

MUDr. Silvia Dókušová,
PhDr. Stanislava Hunyadiová, PhD.,
MUDr. Jozef Lacka, PhD., MBA,
doc. MUDr. Emil Martinka, PhD.,
prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.,
doc. MUDr. Zbynek Schroner, PhD.,
doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.,
MUDr. Vladimír Uličiansky

Grafická úprava a tlač:
RENOMA, s. r. o. Michalovce

Rozširuje: Zväz diabetikov a edukátorov Slovenska

Časopis je distribuovaný zadarmo prostredníctvom Zväzu diabetikov a edukátorov Slovenska a vychádza 2x ročne.

NEPREDAJNÝ

Za obsah inzercie a PR článkov zodpovedajú inzerenti. Na všetky články sa vzťahuje autorské právo a sú duševným vlastníctvom autorov, nemôžu byť kopírované na komerčné účely, poskytované ďalej, ani zmenené bez súhlasu autorov a uverejnené inde.

Registračné číslo MK SR: EV 5457/16

ISSN 2453-9821

IČO vydavateľa: IČO 505 254 25

Dátum vydania periodickej tlače: 2. máj 2017

Sociálne poradenstvo je súčasťou sociálnych služieb, ktoré sa poskytujú znevýhodneným občanom, ktorým znevýhodnenie výrazne spôsobuje zníženie kvality ich života a v konečnom dôsledku spôsobuje i spoločenskú izoláciu. Sociálne služby majú za cieľ prostredníctvom odbornej, obslužnej a iných činností napomôcť občanom pri prekonávaní bariér, pomôcť im začleniť sa v plnohodnotnej miere do ich prirodzeného sociálneho prostredia a spoločnosti. Lehoczka (2011) uvádza, že sociálne služby sú postavené na troch základných pilieroch: sociálne poradenstvo, sociálna starostlivosť a sociálna prevencia.

Podľa platnej legislatívy SR zákona NR SR č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov, § 19, ods. 1 je sociálne poradenstvo odborná činnosť, ktorá je zameraná na zistenie príčin, charakteru a rozsahu negatívnej životnej situácie, za ktorú môžeme považovať stav hmotnej alebo sociálnej núdze občana, s cieľom pomôcť klientovi, ktorý si nedokáže pomôcť sám svojimi vlastnými silami, poskytnúť mu potrebné informácie a usmerniť ho pri voľbe adekvátnej formy sociálnej pomoci, pomôcť mu pri uplatňovaní a realizácii svojich práv, motivovať ho a aktivizovať, aby sa sám spolupodieľal na riešení svojho problému. Pri tomto úsilí mu bolo zachované právo rozhodovať o sebe, podieľať sa na všetkých rozhodnutiach týkajúcich sa jeho sociálnej situácie a jeho života, prípadne ho odporučiť alebo sprostredkovať k inej odbornej pomoci. Sociálne poradenstvo sa vykonáva na dvoch úrovniach, ktoré na seba nadväzujú a to je základné a špecializované sociálne poradenstvo.

Sociálne poradenstvo predstavuje praktickú pomoc človeku a významnú úlohu zohráva aj v poradenskom systéme s chorým klientom, kde v centre pozornosti je na jednej strane človek - klient, ktorý sa ocitol v ťažkej životnej situácii, životnej kolízii alebo v nerovnováhe so svojím sociálnym prostredím, na druhej strane je to človek - pacient, ktorého život je ovplyvnený ochorením, zdravotnými komplikáciami a negatívnymi zdravotnými prognózami do budúcnosti. Schavel, Oláh (2008) uvádzajú, že poradenská činnosť, jej obsah, postupy a metódy, ktoré sa uplatňujú v poradenskom systéme s chorým klientom, sa musia vždy prispôbiť špecifickým zdravotným problémom klienta a smie ich vykonávať iba odborník pre danú špecifickú skupinu, ako príklad uvádzajú aj špecifickú skupinu klientov s ochorením diabetes mellitus. Autori považujú poradenskú činnosť významnú preventívnu funkciu, a to vo všetkých jej podobách od predchádzania



vzniku až po zamedzenie prehlbovania, prípadne recidívam zdravotného a sociálneho problému.

Základné sociálne poradenstvo je podľa Lehoczkej (2013, s. 60) definované ako „posúdenie povahy problému fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, poskytnutie základných informácií o možnostiach riešenia problému, podľa potreby aj odporúčanie a sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci“. Je postavené na vzájomnej komunikácii a posúdení sociálneho problému, s ktorým klient prichádza za sociálnym pracovníkom. Cieľom základného sociálneho poradenstva je poskytnúť základné informácie klientovi, aby sa dokázal adekvátne orientovať vo svojom probléme, prípadne, ak jeho problém nie je v kompetencii sociálneho pracovníka, ten nesmie klienta odmietnuť, ale je povinný ho nasmerovať na iného špecialistu (Lehoczka, 2011).

„Špecializované sociálne poradenstvo je zistenie príčin vzniku, charakteru a rozsahu problémov fyzickej osoby, rodiny alebo komunity a poskytnutie konkrétnej odbornej pomoci. Je významné predovšetkým pre klientov, na ktorých dlhodobo vplyvajú nepriaznivé vonkajšie i vnútorné životné podmienky, kedy je profesionálna poradenská pomoc nevyhnutná. Prejavuje sa v ňom multidisciplinarita. Pre osoby so zdravotným postihnutím sa poskytujú poradenské služby rôznych špecialistov, ktorí rozvíjajú poradenstvom najmä duševnú, duchovnú aktivizáciu, podporu zdravia a zlepšovanie kvality života“ (Lehoczka,

2013, s. 61). Špecializované sociálne poradenstvo sa vykonáva v ambulancijnej, rezidenčnej či terénnej forme. Zameriava sa na klienta, ktorým môže byť jednotlivec, rodina, skupina alebo komunita, ktorých špecifiká či vážnosť problému, prípadne životnej situácie je natoľko zložitá, že si vyžaduje odborné, hĺbkové riešenie, a taktiež následnú sociálnu starostlivosť. Takíto klienti sú distribuovaní do špecializovanej sociálnej poradne od odborníka prvého kontaktu, ktorý im takúto starostlivosť nevie poskytnúť, a to z dôvodu, že ich problémy nespádajú pod jeho profesionálne kompetencie. Špecializované sociálne poradenstvo je nevyhnutné aj u klientov, ktorí majú dlhodobé sociálne problémy, sú neúmerne vystavovaní negatívnym javom zo svojho sociálneho prostredia a sociálna starostlivosť o týchto klientov si vyžaduje individuálny a dlhodobý prístup (Schavel, Oláh, 2008).

Úlohou sociálneho pracovníka, ktorý vystupuje v úlohe poradcu v špecializovanom sociálnom poradenstve je podporovať a motivovať klienta v jeho osobnostnom raste. Napomôcť mu nájsť v sebe svoje vlastné zdroje na riešenie nepriaznivej životnej situácie, v ktorej sa nachádza, rešpektovať pri tom jeho osobnosť a dôverovať mu, že zvládne uskutočniť pozitívne zmeny vo svojom živote. Sociálny pracovník cielavedome zameriava pozornosť na zistenie príčin vzniku negatívneho javu v živote klienta, všíma si charakter, vážnosť a rozsah daného problému, ako ovplyvnil kvalitu života jednotlivca. Pri svojej odbornej práci využíva špecifické poradenské metódy akými sú rozhovor, tréning a nácvik komunikačných zručností, spôsobov riešenia konfliktov, nácvikov

správania, systémovej práce s rodinou - ak je klientom rodina, ale aj skupinové a komunitné poradenstvo. Prostredníctvom špecializovaného sociálneho poradenstva dokáže sociálny pracovník pomáhať aj ľuďom chronicky chorým, zdravotne oslabeným alebo s ťažkým zdravotným postihnutím, a to v smere pochopenia seba samých v kontexte vlastného života a ochorenia, pri prekonávaní bariér, rizík a obmedzení, ktoré im ich ochorenie alebo postihnutie prináša.

Tokárová (2013) tvrdí, že v našich spoločenských podmienkach došlo v oblasti sociálneho poradenstva a odborných činností sociálnej práce, k prirodzene vyvíjajúcim sa zmenám sociálneho poradenstva a sociálnej práce, čím vznikajú kumulované centrá sociálneho poradenstva a edukácie, ako účinná pomoc pri riešení negatívnej životnej situácie klienta prostredníctvom výchovy, vzdelávania a podpory jeho osobnostného rastu. Takýmto centrom pomoci pre diabetikov je i Centrum sociálneho poradenstva a edukácie pre klientov s ochorením diabetes mellitus, sídliace na ul. Partizánskej 23 v Michalovciach, ktoré svojou činnosťou zmierňuje nepriaznivé dôsledky tohto chronického ochorenia a v konečnom dôsledku sa podieľa na zvýšení kvality života diabetikov.

RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

Zoznam použitej literatúry:

- LEHOCZKÁ, L. 2011. Koncept sociálnych služieb 1. vyd. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. 2011. 131 s. ISBN 978-80-8094-955-6
- SCHAVEL, M. - OLÁH, M. 2008. Sociálne poradenstvo a komunikácia. 2. vyd. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 2008. 224 s. ISBN 80-8068-487-1.
- TOKÁROVÁ, A. 2013. Edukačné aspekty sociálnej práce. In Pedagogika.sk, ISSN 1338-0982, 2013, roč. 4, č. 3, s. 215.
- ZÁKON NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
- ŽILOVÁ, A. 2005. Úvod do teórie sociálnej práce. 1. vyd. Badín: Mentor. 2005. 130 s. ISBN 80-968932-1-1.

ASSESSMENT STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S DIABETES MELLITUS V KONTEXTE WAGNEROVHO MODELU

Evidence based practice (prax založená na dôkazoch) je v kontexte ošetrovatelstva na Slovensku pomerne nový fenomén, ktorý podnietil odklon od starostlivosti založenej na tradícii k starostlivosti, kde sú jednotlivé rozhodnutia a intervencie usmerňované. Podložené sú najlepšími dostupnými dôkazmi a výsledkami výskumov (Žiaková et al., 2009).

Náš postup v prípade empirického výskumu sa uberal podľa najvplyvnejšieho teoretického modelu starostlivosti chronicky chorých – The Chronic Care Model (CCM). Tento model sa skladá zo štyroch vzájomne prepojených elementov, ktoré sú považované za kľúčové pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti o ľudí s chronickým ochorením:

1. element - podpora self-manažmentu,

2. element - dizajn systému poskytovania starostlivosti,
3. element - podpora rozhodovania,
4. element - klinické informačné systémy.

Tieto zložky sú umiestnené do kontextu zdravotného systému, ktorý spája primerane organizovaný systém poskytovania zdravotných služieb s komplementárnymi komunitnými zdrojmi a politikami (Wagner et al., 2005). Model bol vyvinutý

prostredníctvom širokého preskúmania medzinárodnej literatúry o manažovaní chronických chorôb, ako reakcia na zdravotnú situáciu zahŕňajúcu vysoký výskyt chronických ochorení a zlyhaní systémov zdravotnej starostlivosti v USA. Jeho autori sa domnievajú, že na základe tohto modelu, ľudia môžu byť lepšie manažovaní a môžu žiť zdravšie. Paralelne náklady na zdravotnú starostlivosť sa môžu znížiť pri radikálnej zmene pomocou tohto modelu (Mendes, 2012). Tento model starostlivosti uplatňuje na pacienta orientovaný prístup prostredníctvom partnerstva so samotným pacientom, ako aj ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, vedúci k optimalizácii zdravotných výsledkov (Nagyová, 2011). Podstatou koncepcie tohto modelu je vzťah medzi informovaným, aktívnym pacientom a pripravenými, proaktívnymi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Čo znamená, že pacient je motivovaný, má informácie, zručnosti a odvahu robiť účinné rozhodnutia týkajúce sa jeho zdravia a zvláda ich. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti ma potrebné informácie o pacientovi, podporu pre rozhodovanie a zdroje pre kvalitnú starostlivosť. Vo všetkých elementoch modelu a aktivitách zohrávajú hlavnú rolu sestry na celom svete (Wielawski, 2006).

Výskumné šetrenie sme robili v mimovládnom humanitnom a charitatívnom občianskom združení – Zväz diabetikov Slovenska, ktorý vznikol v roku 1990, na základe právoplatného rozhodnutia a povolenia Registrovaného úradu pre neziskové organizácie poskytujúce všeobecne prospešné služby, Odboru všeobecnej vnútornej správy Obvodného úradu v Košiciach a zápisom v Ústrednom registri neziskových organizácií poskytujúcich všeobecne prospešné služby, ktorý spravuje Ministerstvo vnútra SR. Prezidentom Zväzu diabetikov Slovenska je Ing. Jozef Borovka, ktorého sme oslovili a požiadali o súhlas s výskumom v ZDS. Následne sme osobne a poštou rozposlali dotazníky v obálkach so sprievodným listom aj súhlasom s výskumom od prezidenta ZDS do jednotlivých organizácií aj so žiadosťou o pomoc pri vyplňaní týchto štandardizovaných dotazníkov. Aby bolo možné posúdiť efektivitu poskytovanej starostlivosti chronického ochorenia z pohľadu pacienta, postupovali sme podľa odporúčaní členov štúdie ICIC, ktorí vyvinuli PACIC+. Ide o stručný, 26 otázok obsahujúci self-report nástroj na posúdenie, do akej miery pacienti s chronickým ochorením dostanú starostlivosť, ktorá zodpovedá spomínanému modelu. Starostlivosť je zameraná na pacienta proaktívne, plánovane a zahŕňa spoluprácu pri stanovovaní cieľov, riešení problémov a následnej podpore rozhodnutí.

Tento nástroj zoradil a pomenoval jednotlivé elementy nasledovne:

- podpora self- manažmentu,
- dizajn systému poskytovania starostlivosti,
- podpora rozhodovania,
- poradenstvo a riešenie problémov,
- koordinácia starostlivosti / komunita,
- zdravotnícke systémy/funkcie multidisciplinárneho tímu.

Štatistické analýzy a porovnania sme realizovali v spolupráci so štatistickou Mgr. Danou Kozákovou v júni a júli 2016 využitím dostupných štatistických programov do finálnej podoby. Vypočítaný priemer nadobúdal hodnotu reálneho čísla na intervale od 1 do 5. Interpretácia je nasledovná:

- Hodnoty od 1 po 2 interpretujeme ako silný nesúhlas, resp. silne negatívny postoj.
- Hodnoty od 2 po 3 ako mierny nesúhlas, resp. mierne nesúhlasný postoj.
- Hodnoty rovné, resp. veľmi blízke hodnote 3 ako nerozhodný, či neutrálny postoj.
- Hodnoty od 3 po 4 ako mierny súhlas, resp. mierne súhlasný postoj.
- Hodnoty od 4 po 5 ako silný súhlas, či veľmi pozitívny postoj.

Týmto sme získali cenné informácie o starostlivosti poskytovanej pacientom s chronickým ochorením v našom prípade diabetes mellitus na území Slovenskej republiky cez ZDS.

Vo všeobecnosti boli elementy hodnotené veľmi podobne. Všetky priemerné hodnoty elementov sú blízke neutrálnej strednej hodnote, čo je spôsobené najmä veľkou variabilitou odpovedí. A často nastala situácia, že podiel kladných aj záporných odpovedí bol približne rovnaký. Mierne odlišnosti medzi elementmi však sú. Spomedzi nich pacienti najlepšie ohodnotili dizajn systému poskytovania starostlivosti. Priemerná hodnota tohto elementu 3,31 vyjadruje mierne pozitívny názor respondentov na integráciu ambulantnej, ústavnej a domácej starostlivosti. Interakciu členov multidisciplinárneho tímu a odporúčanie komunitných programov ohodnotili respondenti vo všeobecnosti síce ešte pozitívne, no len tesne nad neutrálnu strednú hodnotu. Priemer elementu koordinácia, resp. komunita je 3,15. V podstate neutrálne hodnotenie (s priemerom 3,06) udelili respondenti fungovaniu zdravotníckych systémov. Podobne ohodnotili aj element individuálneho poradenstva a riešenia problémov, priemer je tu 2,99. V intervale s negatívnym významom skončili priemery elementu podpory rozhodovania (priemer 2,85) a self-manažmentu pacienta (priemer 2,84).

Tabuľka 1 - Porovnanie elementov

Porovnanie elementov	priemer	smerodajná odchýlka
Dizajn systému poskytovania starostlivosti	3,31	1,03
Koordinácia	3,15	1,02
Zdravotnícke systémy	3,06	1,01
Poradenstvo a riešenie problémov	2,99	1,13
Podpora rozhodovania	2,85	1,09
Self-manažment pacienta	2,84	1,16

Zdroj: vlastný výskum

Druhá časť analýzy údajov prináša odpovede na výskumné otázky, ktorých cieľom je hodnotenie modelu CCM v závislosti od faktorov, konkrétne v tomto príspevku sme vybrali hodnotenie podľa jednotlivých krajov Slovenska – západného, stredného a východného Slovenska. Táto časť analýzy využíva nástroje induktívnej štatistiky a najmä Studentov t-test a jednofaktorovú analýzu rozptylu (ANOVA).

Hodnotenie elementu self-manažmentu je v rámci krajov odlišné. Najlepšie hodnotenie udelili pacienti zo stredného Slovenska. Nižší je priemer vo východoslovenských krajoch 2,83 a najnižší na západnom Slovensku, kde je priemer 2,72. Najvýraznejšie rozdiely sme zistili pri hodnotení, či boli pacientom poskytnuté možnosti liečby na premyslenie, resp. či pacienti mali priestor na vyjadrenie svojich ťažkostí v súvislosti s liekmi. Svoje predstavy si pri zostavovaní liečebného plánu pacienti spravidla nemohli uplatniť približne rovnako vo všetkých skúmaných krajoch.

Aj systém/dizajn poskytovania starostlivosti je podľa našich zistení najlepší na strednom Slovensku. Priemerné hodnotenie dizajnu systému je tu 3,55. Hodnotenie pacientov z východného Slovenska je len o niečo nižší, priemer dosahuje hodnotu 3,45. Výrazne nižšie je však priemerné hodnotenie dizajnu na západnom Slovensku, kde takmer úplne chýbali veľmi pozitívne odpovede pacientov. Tu priemer dosahuje hodnotu len 2,99. Všetky priemerné hodnoty sa pohybujú blízko stredu škály. V dvoch položkách aj v celkovom hodnotení elementu najlepšie obstáli kraje stredného Slovenska a kraje východného Slovenska sa spravidla ocitli v strede hodnotení. Výnimku tvorí jedna položka, kde najlepšie hodnotenie získali východoslovenské kraje. Podľa odpovedí respondentov, bolo práve v týchto krajoch pacientom viac ukázané ako ovplyvnila vlastná pacientova starostlivosť ich zdravotný stav.

Hodnotenia jednotlivých položiek tretieho elementu sa v závislosti od krajov veľmi signifikantne líšia. Všetky p-hodnoty sú veľmi nízke, významné na všetkých bežných hladinách významnosti. Vo všetkých položkách podpory rozhodovania sa, boli hodnotenia pre zariadenia na západnom Slovensku výrazne slabšie než v ostatných krajoch. V dvoch položkách mierne lepšie dopadli kraje stredného Slovenska – na rozdiel od ostatných krajov je tu pacientom častejšie poskytovaná kópia liečebného plánu a častejšie pacientom s DM kladú otázky týkajúce sa návykov pri starostlivosti o zdravie. No východoslovenské kraje dosiahli lepšie hodnotenia v ostatných troch položkách: v odporúčaní pre diabetikov kontaktovať špecifickú skupinu, či zúčastniť sa prednášky, v podpore pacienta stanoviť si všeobecné ciele, ako aj pri stanovovaní si špecifických cieľov zameraných na zlepšenie stravovacích návykov a cvičenia. Hoci kraje východného Slovenska získali celkovo najlepšie hodnotenie, v oblasti pomoci zostavenia plánu v ťažkých obdobiach je priemer vyšší v krajoch stredného Slovenska (3,20). Priemer východného Slovenska je len o málo nižší (3,15). V ostatných položkách už pomerne výrazne prevažovali kraje východného Slovenska. Všetky ich priemerné hodnotenia boli pozitívne. Priemerné hodnotenia stredoslovenských krajov boli pozitívne až neutrálne. A všetky priemerné hodnoty pre západné Slovensko boli pod stredom škály, teda vyjadrujú negatívny postoj pacientov.

Okrem dispenzarizácie diabetika u diabetológa, či internistu vykonávajú pravidelné vyšetrenia takýchto pacientov aj lekári inej odbornosti. Okrem týchto kontrolných vyšetrení je pre diabetikov užitočné navštevovať podporné skupiny, či vzdelávať sa prostredníctvom komunitných programov. Všetky tieto aktivity je žiaduce vhodne manažovať. Rozdiely sú opäť signifikantné na všetkých hladinách významnosti. Priemerné hodnotenia krajov západného Slovenska sú opäť všetky najnižšie a všetky s výnimkou jednej hodnoty pod stredom škály. Kraje stredného a východného Slovenska sa medzi sebou líšia menej. V niektorých položkách má vyššie priemerné hodnotenie stredné Slovensko. Ide o oblasti: odporúčenie asistenta výživy, edukátora, respektíve poradcu a záujem o výsledky kontrol iných odborníkov. V ostatných oblastiach sú výsledky lepšie pre východoslovenské kraje: odporúčanie komunitných programov, kontakt od ošetrojúceho tímu, či záujem o vyšetrenia iných odborníkov.

Fungovanie zdravotníckych systémov podľa 5 A's modelu ukazuje, že porovnanie hodnotení podľa krajov je vo všetkých položkách veľmi významné. Tento systém vychádza z 5, A's" modelu assess - advice - agree - assist - arrange (opýtať sa, poradiť, súhlasiť, pomáhať a organizovať), ktorý bol často používaný na posilnenie podpory selfmanažmentu a väzby na komunitné zdroje. Výzvu prediskutovať potrebné témy pre pacienta pravdepodobne najčastejšie začujú pacienti v ordináciách východného Slovenska (priemer 3,18), o menej častejšie na strednom Slovensku (priemer 3,03) a najmenej na západnom Slovensku (priemer 2,74).

Záujem ošetrojúceho personálu o rodinnú a sociálnu situáciu je najnižší na západnom Slovensku (priemer 2,53), výrazne vyšší na východnom Slovensku (2,94) a strednom Slovensku (2,97). Aj druhý stupeň 5 A's modelu „advice“, reprezentovaný položkou o poskytnutí odporúčaní pre získanie podpory v rodine a komunite, je najhoršie hodnotený na západnom Slovensku (priemer 2,51) a hodnotenia ostatných krajov sú približne rovnaké.

Ďalšie dve položky - vysvetlenie vplyvu činností a stanovenie cieľov - sú najnižšie hodnotené v západoslovenských krajoch a najlepšie vo východoslovenských krajoch. Mierne odlišné výsledky prináša posledná položka, kde najnižšie hodnotenie je tradične v západoslovenských krajoch a najvyššie vo východoslovenských krajoch.

Z celkového porovnania jednotlivých elementov dotazníka PACIC+ s ďalšími faktormi pomerne jednoznačne vyplýva, že hodnotenia efektivity starostlivosti podľa modelu CCM od typu liečby sme zistili, že medzi premennými je významný vzťah. Väčšinu elementov hodnotia najlepšie pacienti liečení inzulínovou pumpou. Naopak, najhoršie hodnotenie fungovania modelu CCM udávajú pacienti liečení antidiabetikami. Porovnaním jednotlivých elementov dotazníka PACIC+ podľa počtu hospitalizácií pacientov v súvislosti s diabetom prichádzame k nasledujúcim záverom: väčšina elementov vykazuje isté odlišnosti, ktoré sa však nepreukázali ako štatisticky významné. Výnimku tvoria elementy - dizajn systému a podpora rozhodovania. Tieto oblasti hodnotili najhoršie pacienti, ktorí boli hospitalizovaní dvakrát, resp. aspoň 5krát. Naopak výrazne lepšie ich hodnotili pacienti, ktorí neboli vôbec hospitalizovaní, resp. hospitalizovaní iba raz. Skúmaním fungovania modelu chronickej starostlivosti v závislosti od hospitalizácií v NEDÚ Ľubochňa sme zistili, že medzi týmito

premennými existuje štatisticky významný vzťah. Viaceré elementy CCM významne súvisia s podielom hospitalizácií v Ľubochni. Pacienti, ktorí boli hospitalizovaní vždy len v Národnom ústave hodnotia viaceré elementy významne lepšie než pacienti, ktorí boli hospitalizovaní aj v iných zariadeniach. Skúmaním hodnotenia modelu chronickej starostlivosti v závislosti od veku hodnotiacich pacientov sme zistili významnú štatistickú súvislosť medzi premennými. Všetky hodnotenia elementov modelu CCM veľmi významne súvisia s vekom pacienta. Najhoršie ohodnotili všetky elementy pacienti stredného veku a najlepšie hodnotenia poskytli najmladší pacienti. Overovaním možnej závislosti hodnotenia fungovania modelu chronickej starostlivosti sme zistili, že medzi skúmanými premennými existuje štatisticky významný vzťah. Všetky elementy dotazníka PACIC+ hodnotili muži významne horšie než ženy.

Zistenia výskumného šetrenia nie sú pozitívne, a teda nemôžeme konštatovať, že starostlivosť o pacientov s diabetes mellitus je podľa modelu CCM efektívna. Mierne pozitívna bola potvrdená iba pri dizajne poskytovanej starostlivosti a koordinácii starostlivosti. Nie sme spokojní s výsledkom negatívneho hodnotenia selfmanažmentu a podpory rozhodovania. Všetky odpovede výskumu boli však v hranici neutrálnej reflexie.

Prínosom by mal byť návrh implementácie modelu CCM v starostlivosti o chronicky chorých a podieľanie sa na vývoji zmien na viacerých úrovniach. Prvé kroky by mali zahŕňať súhlas a mienku lekárov a sestier, vytvorenie registra pre diabetes mellitus, podporu MZ SR pre splnenie národných noriem a integráciu pilotných projektov pre zmeny návrhu systému starostlivosti o chronicky chorých. Tento model má potenciál na zlepšenie efektivity vo všeobecnej praxi, bez toho, aby negatívne ovplyvnil výsledky pacientov. V nadväznosti na aktuálne zistenia by bol potrebný ďalší výskum na posúdenie nákladovej efektívnosti modelu.

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

MENDES, E. V. 2012. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. ISBN 978-85-7967-078-7.

NAGYOVÁ, I. 2011. Model zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých z pohľadu verejného zdravotníctva. In Posilňovanie systému verejného zdravotníctva. Košice: Equilibria, s. r. o., 2011. ISBN 978-80-89284-92-4, s. 16 - 21.

WAGNER, E.H. et al. 2005. Finding common ground: patient-centeredness and evidencebased chronic illness care. In Journal of Alternative and Complementary Medicine. ISSN 1075-5535, 2005, vol. 11, p. 7 - 15.

WIELAWSKI, I. M. 2006. Improving Chronic Illness Care. [online]. [citované 2016-08-17]. Dostupné na internete: http://www.improvingchroniccare.org/downloads/rwjf_anthology_icic.pdf.

ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. Ošetrovatelstvo - teória a vedecký výskum. 2. vyd. Martin: Osveta, 2009. 323 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

EDUKÁCIA DIABETIKA Z POHLĀDU SESTRY A SOCIĀLNEHO PRACOVNĀKA

Edukácia je pojem, ktorý v sebe zahŕňa proces výchovy a vzdelávania. Ide o všetky formy učenia a výchovy, a to zámerné, mimovoľné, formálne, ale aj neformálne, pri ktorých prebiehajú rôzne edukačné procesy, čiže dochádza k určitým druhom učenia. Edukácia je proces, pri ktorom sa jeden subjekt - edukant učí a nadobúda určité vedomosti a schopnosti, a to v procese pôsobenia iného subjektu - edukátora, ktorý ho vzdeláva (Průcha, Veteška, 2012). Je to profesionálna činnosť, plánovaná a organizovaná komunikácia, ktorá sa cieľavedome podieľa na vytváraní edukačných hodnôt vycvorenosti, vzdelanosti, pričom sa budujú pozitívne osobnostné štruktúry edukanta, ktorý sa prostredníctvom nej pripravuje na svoj život a plne sa u neho rozvíjajú schopnosti seberealizácie i sebauplatnenia. Prostredníctvom edukácie sa výrazne odstraňujú aj nežiaduce, spoločnosť ohrozujúce spoločenské neduhy.

EDUKÁCIA A EDUKAČNÝ PROCES

„Edukáciu chápeme ako systematické osvojovanie si poznatkov o skutočnostiach, s ktorými sa v živote stretávame. Ide o na vyššej úrovni vytváraný ucelený pohľad na svet a na miesto človeka v ňom. Vďaka vzdelanosti sa človek vo svete lepšie orientuje, prijíma zodpovednosť za svoje rozhodovanie a správanie, realizuje s rozvahou svoje životné poslanie, dopracováva sa k svojim kompetenciám.“ (Helus, 2011, s. 264). V edukácii kladieme dôraz na kvalitný edukačný program, ktorý musí obsahovať ciele, obsah, plán, konkrétne učebné pomôcky, stanovené kompetencie zúčastnených a spôsob, kedy, kde a ako budeme vyhodnocovať dosiahnuté výsledky vzdelávania. Edukačný proces musí spĺňať vzdelávaciu, výchovnú a rozvíjajúcu funkciu. Podľa Závodnej (2006) je nevyhnutné, aby sme pri edukácii pacienta/klienta zvolili správnu metódu na jej uskutočnenie, ktorá spĺňa podmienky zámernosti, plánovitosti a cieľavedomosti, vychádza pri tom zo špecifik edukanta a edukačného prostredia. Výsledkom edukačného pôsobenia by malo byť dosiahnutie stanoveného cieľa.

Pri realizácii kvalitného edukačného procesu a integrácie obsahu vzdelávania musíme myslieť na zabezpečenie primeraného a motivujúceho edukačného prostredia, zmysluplného kurikula a obsahu edukácie s množstvom pozitívnych podnetov. Pri zvolenej metóde edukácie musíme vychádzať zo špecifik klienta a stanovených edukačných cieľov, určiť primeraný čas na zvládnutie učiva, vyžadovať spoluprácu a aktivitu edukanta,

a taktiež udržať neustály zámerný pohyb v edukačnom procese (Klimentová, 2011).

DIABETIK V PROCESE EDUKÁCIE

Diabetes mellitus je chronické ochorenie, ktoré si vyžaduje celoživotnú liečbu a predstavuje obrovský zásah do života chorého. Tento zásah sa dotýka nie len somatického zdravia, ale negatívne ovplyvňuje aj psychiku jedinca, prináša bariéry do jeho každodenného života, vrátane nedorozumení v sociálnom prostredí a v sociálnych vzťahoch, a taktiež nedostatky v zvládaní bežných osobných, rodinných, pracovných alebo iných životných povinností a sociálnych rolí jedinca. Z týchto dôvodov je nevyhnutné, aby každý diabetik prešiel edukačným procesom realizovaným vo forme cieľovej edukácie, v ktorej prostredníctvom učenia a zámerného ovplyvňovania uvedomelých procesov, môžeme u diabetika dosiahnuť pozitívne a žiaduce zmeny v jeho konaní, ktoré následne dokáže aplikovať do svojho života (Magurová, Majerníková, 2009).

Podľa Bukovskej (2009) je edukácia diabetika dlhodobý proces, ktorý charakterizujeme ako proces vzdelávacie, uskutočňovaný prostredníctvom edukácie - výučby, určený k vzdelávaniu diabetika a jeho rodiny o ochorení diabetes mellitus. Je to proces výchovného charakteru, podporujúci žiaduce zmeny v postojoch a názoroch diabetika, dotýkajúci sa jeho ochorenia, potrebných zmien životného štýlu alebo obmedzení, ktoré mu toto vážne ochorenie prináša. Edukáciou napomáhame diabetikovi vyrovnáť sa s jeho ochorením, akceptovať ho a naučiť sa s ním žiť, čím významne u neho podporujeme rovnováhu psychického zdravia.

Uličianský, Mokáň, a kol. (2007) tvrdia, že pri starostlivosti o pacienta s týmto ochorením je potrebné venovať pozornosť nielen prevencii, včasnej diagnostike a liečbe tohto ochorenia s použitím moderných liečebných prostriedkov, nových vedeckých poznatkov a technického vybavenia, ale kvalitný manažment samotnej liečby si vyžaduje predovšetkým edukáciu pacientov. Zdôrazňujú potrebu zavedenia edukácie vo forme trvalej edukácie, čím sa zefektívni poskytovaná zdravotná starostlivosť a súčasne sa zabezpečí starostlivosť o začlenenie diabetikov do spoločnosti. Kvalitne vykonanú edukáciu diabetika a jeho spoluprácu s lekárom považujeme za najvýznamnejšie opatrenia pre prevenciu a kvalitnej liečbe diabetu. Diabetik pri vhodne zvolenej edukácii

dokáže pochopiť svoje ochorenie, princípy liečby, je schopný správne a samostatne vykonávať pravidelný selfmonitoring, nevyhnutnú kontrolu pri každodennej starostlivosti o svoje zdravie.

Organizácia prvotnej čiže úvodnej edukácie pacienta - klienta s ochorením diabetes mellitus sa uskutočňuje priamo v ambulatnom pracovisku alebo ústavnom nemocničnom zariadení, a to prostredníctvom kompletného diabetologického edukačného tímu, pričom ústavná zdravotná starostlivosť sa uskutočňuje na internom alebo detskom oddelení, ale aj v iných zdravotníckych zariadeniach, podľa druhu komplikácie diabetu.

Komplexná zdravotná starostlivosť a edukácia sa vykonáva aj vo vysokošpecializovaných zariadeniach pre ochorenia s diabetom s celoštátnou pôsobnosťou, napríklad Národný endokrinologický a diabetologický ústav v Ľubochni. V Košickom kraji má nezastupiteľné miesto Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach. Následná edukácia diabetika sa vykonáva priamo v centrách sociálneho poradenstva a edukácie diabetikov ako cieľená, špeciálna alebo špecializovaná edukácia zameraná na individuálne ciele jednotlivca, a taktiež prostredníctvom aktivít Zväzu diabetikov Slovenska ako kolektívna edukácia (Bukovská, 2009). Edukáciu diabetika považujeme za proces, v ktorom sa musí diabetik neustále vzdelávať a oboznamuje sa s literatúrou.

Magurová, Majerníková (2009) uvádzajú tieto organizačné formy edukácie klienta:

individuálna edukácia, určená jednému konkrétnemu klientovi, založená na dôveryhodnom vzťahu medzi edukátorom a edukantom, v ktorej pri vysokej miere rešpektu osobitostí klienta, môžeme dosiahnuť rýchlu spätnú väzbu v rámci edukačného procesu, je však časovo i finančne náročná,

skupinová edukácia, čiže edukačné pôsobenie v rámci skupiny, ktoré umožňuje rýchlu a efektívnu edukáciu väčšieho množstva edukantov v krátkom čase, interakciu a diskusiu medzi jednotlivými členmi skupiny, minimálne sa rešpektujú subjektívne a individuálne potreby jednotlivých edukantov a ich špecifiká.

Edukácia u klientov s diagnózou diabetes mellitus sa vykonáva vo forme základnej, komplexnej a reedukačnej. Pri základnej sa poskytujú klientovi základné informácie o ochorení a liečbe a je určená diabetikom, ktorí nemajú žiadne alebo len malé množstvo vedomostí o diabete. Komplexná edukácia je obsiahlejšia a je zameraná na komplexnejšie zvládanie ochorenia ako i vrátenie manuálnych zručností a správneho životného štýlu diabetika. Reedukačná edukácia je pokračovaním

komplexnej edukácie a má za úlohu rozvíjať jej úsilie. Táto forma edukácie prehĺbuje vedomosti, zdokonaľuje nadobudnuté zručnosti, motivuje k dlhodobému udržaniu požadovaných návykov a postojov k ochoreniu (Magurová, Majerníková, 2009).

Ak máme zabezpečiť kvalitnú a účinnú edukáciu diabetikov, musíme venovať pozornosť realizácii:

kvalitných edukačných programov, ktoré majú schopnosť sa prispôbovať a aktualizovať podľa potreby a reálnych životných okolností;

vzdelávacích programov pre špeciálne skupiny diabetikov, napríklad edukácia detí, mládeže, tehotných diabetičiek, diabetikov v staršom veku, diabetikov s pridruženými komplikáciami alebo diabetikov s ťažkým zdravotným postihnutím. Edukáciu je nutné neustále kontrolovať, vyhodnocovať jej kvalitu a účinnosť. V neposlednom rade je nutné venovať pozornosť i vzdelávaniu odborníkov, ktorí vystupujú v pozícii edukátorov (Bukovská, Galajda, Mokáň, 2005).

Edukácia diabetika je neoddeliteľnou súčasťou jeho liečby, preto musí byť realizovaná kvalitne a účinne, vo forme jednoduchej, názornej a zrozumiteľne podanej informácie. Ak si dokážeme získať klientovu dôveru, dokážeme v ňom objaviť a rozvíjať jeho vlastný osobný potenciál. Vieme ho dlhodobo udržať v pozícii aktívneho, tvorivého a konštruktívneho spoluprotvorcu jeho vlastnej liečby. V pozícii sociálneho pracovníka a sestry - edukátora si musíme uvedomiť, že práca s chorým jedincom má svoje špecifiká a v mnohých aspektoch nadobúda až psychoterapeutický rozmer. „*Psychoterapeutickým pôsobením môžeme dosiahnuť podporu správnej adaptácie na chorobu, podporu akceptácie choroby ako reálneho faktu, zlepšenie miery sociability, vyvolanie zmeny v postojoch k sebe samému, k vlastnej chorobe, k druhým, k vlastnej budúcnosti, sebvýchovnou podporovať rozvoj vôle a orientáciu na zmysluplnú existenciu.*“ (Kristová, 2004, s. 176).

RNDr. Daniela Barkasi, PhD.

PhDr. Mária Popovičová

Zoznam bibliografických odkazov

- BUKOVSKÁ, A. 2009. Deklarácia a dohody v diabetológii. In MOKÁŇ, M. - MARTINKA, E. - GALAJDA, P. a kol. Diabetes mellitus a vybrané metabolické ochorenia. Martin: P+M Turany, 2008. 1003 s. ISBN 978-80-9697-13-9-8. s. 960 - 998.
- BUKOVSKÁ, A. - GALAJDA, P. - MOKÁŇ, M. 2014. Edukácia a sociálne poradenstvo v diabetológii. 1. vyd. Turany: P+M. 2014. 122 s. ISBN 978-80-896-94-04-4.
- HELUS, Z. 2011. Úvod do psychológie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0.
- KRISTOVÁ, J. 2004. Komunikácia v ošetrovatelstve. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
- MAGUROVÁ, D. - MAJERNÍKOVÁ, I. 2009. Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- PRŮCHA, J. - VETEŠKA, J. 2012. Andragogický slovník. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 2012. 296 s. ISBN 978-80-247-3960-1.
- PUŠKAROVÁ, J. 2016. Význam centier sociálneho poradenstva a edukácie pre klientov s diagnózou Diabetes mellitus. Bakalárska práca VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave. 95 s.
- ULIČANSKÝ, V. - MOKÁŇ, M.A. kol. 2007. Odporúčania Slovenskej diabetologickej spoločnosti pre diagnostiku a liečbu diabetes mellitus 2. typu. 1. vyd. Turany: P+M. 2007. 87 s. ISBN 978-80-968742-7-9.
- ZÁVODNÁ, V. 2006. Pedagogika v ošetrovatelstve. 2. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 2006. 118 s. ISBN 80-8063-193-X.

Zdravie je jednou z najdôležitejších priorít jedinca, rodiny či spoločnosti a je jedným zo základných práv každého človeka. Ide o hodnotu, ktorá je individuálna, ovplyvňovaná viacerými faktormi. Na udržanie dobrého somatického či duševného zdravia je dobré poznať možné súvislosti medzi jednotlivými faktormi, ktoré do značnej miery túto hodnotu poškodzujú alebo zhoršujú. Zdravie je kategória humánna, nie výlučne medicínska. K dosiahnutiu zdravia je dôležitá prevencia, diagnostika, liečebný proces, následná rehabilitácia. Nemálo dôležitý je osobný postoj jedinca k ochrane tejto hodnoty, jej udržaniu či rozvoju. Obrazne môžeme povedať, že zdravie pozostáva z nádob, ktoré nemožno od seba oddeliť, sú navzájom prepojené a prasklina na jednej nádobe ovplyvní ostatné a naopak.

Podľa Lajčiakovej (2017) duševné zdravie je „vedomie vlastnej hodnoty, uvedomenie si vlastných možností a schopností, schopnosť vytvárať a udržiavať vzťahy a psychickú pohodu, duševné zdravie je cieľom, nie normou.“

DIABETES MELLITUS 2

Definujeme ako ochorenie, pri ktorom si podžalúdková žľaza (pankreas) ponechala čiastočnú schopnosť tvoriť inzulín, ale jeho množstvo je pre potreby tela nedostatočné alebo sú bunky k účinku inzulínu rezistentné, v liečbe sa podávajú perorálne antidiabetiká alebo inzulín. Ochorenie sa objavuje u dospelých starších ako 40 rokov i keď existuje i jeho vzácna forma postihujúca jedincov mladších ako 25 rokov (Kolektív autorů, 2007). Diabetes mellitus 2. typu zaraďujeme medzi metabolické ochorenia, ktorých spoločnou vlastnosťou je chronická zvýšená hladina cukru. Táto porucha môže byť spôsobená poruchou vylučovania alebo samotného účinku inzulínu, prípadne ich kombináciou (Babčák a kol., 2009). Rozvoj ochorenia zasahuje do viacerých oblastí postihnutého jedinca. Diabetes mellitus pôsobí na psychiku chorého, má dopad na jeho rodinu a sociálne prostredie. Postoj k sebe samému a k samotnému ochoreniu sa formuje na základe rozumového hodnotenia situácie, emočného prežívania a správania človeka (Tokarčík, Tokarčíková, 2014).

Diabetes mellitus je závažné chronické ochorenie a ako také prináša so sebou i častejšie psychické poruchy v porovnaní so zdravou populáciou (Medved, Janovic, Knapic, 2009). Z doposiaľ realizovaných výskumov, ktoré boli zamerané na túto problematiku, je zrejmé, že aj tejto populačnej skupine je potrebné, ba priam až žiaduce, venovať osobitnú pozornosť v súvislosti s výskytom psychických porúch, nakoľko prítomnosť psychickej poruchy zhoršuje spoluprácu pri liečbe diabetu a naopak nedostatočne kompenzovaný diabetes zhoršuje priebeh psychickej poruchy.

Medzi najčastejšie ochorenia, ktorými diabetici trpia, patrí depresívna porucha, skupina úzkostných porúch, poruchy príjmu potravy, poruchy prispôsobenia, mierne kognitívne poruchy a demencia.

ALZHEIMEROVA CHOROBA A DIABETES MELLITUS TYPU 2

Alzheimerova choroba je neurodegeneratívne ochorenie, ktoré charakterizuje ukládanie beta amyloidu v mozgu a hromadenie degenerovaného tau proteínu v nervových bunkách a ktoré sa manifestuje

klinicky syndrómom demencie (Jiráček, Koukolík, 2004).

Asociácie medzi diabetes mellitus typu 2 a Alzheimerovou demenciou sú skúmané už dlho. Epidemiologické údaje a poznatky z experimentálnych prác poukazujú na úzke vzťahy medzi inzulínovou rezistenciou, diabetes mellitus typu 2, poruchami kognitívnych funkcií a výskytom sporadickej formy Alzheimerovej demencie (Leibson et al., 1997, Peila et al., 2002, Arvanitakis et al., 2004, Luchsinger et al., 2005).

Rozlišujú sa dve základné skupiny Alzheimerovej demencie: 1. familiárna forma, geneticky podmienená a 2. pozdná (sporadická) forma, v patogenéze ktorej participujú faktory ako vek, vysoký príjem kalórií a nasýtených tukov v strave, komponenty metabolického syndrómu ako hypertriglyceridémie, nízky HDL, hypertenzia alebo diabetes mellitus 2 (Craft, 2009). Sporadická forma predstavuje minimálne 90% všetkých prípadov Alzheimerovej demencie (Zeman, Jiráček, 2012). Inzulínová rezistencia, ktorá je jedným z hlavných faktorov manifestácie DM2, je spojená aj s výskytom ďalších

neuropsychiatrických ochorení (Zeman, Jiráček, 2010).

Vzhľadom k pozorovaným súvislostiam niektorí autori predložili koncepciu, v ktorej označili sporadickú formu Alzheimerovej demencie ako tzv. diabetes mellitus typ 3. (Steen et al., 2005), kde sa kombinuje periférna inzulínová rezistencia s deficitom inzulínu v mozgu. Riziko Alzheimerovej i vaskulárnej demencie je zvyšované nielen prítomnosťou DM2, ale i samotnou inzulínovou rezistenciou (Zeman, Jiráček, 2010).

Súhrne v krátkosti nielen na základe vyššie spomínaných záverov môžeme povedať, že v pozadí vzťahov medzi inzulínovou rezistenciou, diabetes mellitus typu 2, poruchami kognitívnych funkcií a demenciou je celá kaskáda vzájomne prepojených účinkov súvisiacich s abnormálnym metabolizmom glukózy v mozgu. Ďalšie výskumy v tejto oblasti môžu priniesť poznanie nielen nových cieľov ale aj nových spôsobov prevencie a liečby týchto závažných ochorení.

DEPRESÍVNA PORUCHA, ÚZKOSŤ A DIABETES MELLITUS 2

Depresie patria do skupiny duševných ochorení, ktorých hlavnými príznakmi sú zhoršenie nálady, sklúčenosť, strata radosti, emočná prázdnota, vôľová slabosť, strata záujmov a početné somatické ťažkosti. V posledných desaťročiach pribúda ľudí trpiacich týmto ochorením a postihuje aj mladšie vekové skupiny (Hautzinger, 2000). Depresia je ochorenie, ktoré významne ovplyvňuje morbiditu, mortalitu aj funkčnú obnovu telesného ochorenia. Výskyt depresie pri diabetes

mellitus je predmetom viacerých štúdií už niekoľko desaťročí. Epidemiologické štúdie zamerané na túto problematiku poukazujú na skutočnosť, že spoločný výskyt uvedených porúch je javom nenáhodným, čo vyvoláva úvahy o ich možnej súvislosti. Výskyt depresie pri DM súvisí s nedostatočnou spoluprácou pacientov, s hyperglykémiou, komplikáciami ochorenia a s nízkou kvalitou života (Forgáčová, 2008). Je dôležité zdôrazniť zvýšenú komorbiditu (prítomnosť jedného alebo viacerých ochorení vyskytujúcich sa súčasne s primárnym ochorením - poznámka autora) depresie a diabetes mellitus 2. Ochorenie depresia zvyčajne predchádza rozvoju diabetes 2. typu a preto je nesmierne dôležité u depresívnych pacientov sledovať rizikové metabolické parametre ako dyslipidémia, porušená glukózová tolerancia a antropometrické parametre a to obvod pásu, BMI a krvný tlak (Podlipný, Hess, 2006).

Depresia aj diabetes mellitus patria medzi ochorenia, u ktorých je vysoká celoživotná prevalencia. Na základe toho možno očakávať, že v určitom období života jedincov sa budú vyskytovať súčasne, ide o tzv. celoživotnú komorbiditu. Epidemiologické štúdie poukazujú na podstatne častejší výskyt ako by sa dalo očakávať (Maier, Falkai, 1999).

Jednou z psychických porúch často spájaných s diabetom je aj úzkosť, anxieta. Podľa dostupných štatistík majú diabetici o 20% vyššiu pravdepodobnosť výskytu úzkosti, než ľudia bez tohto ochorenia. Vyplýva to z veľkej časti predovšetkým z obáv prameniacich zo zážitku hypoglykémie a s ňou súvisiacich komplikácií

napr. pri práci, športe či riadení motorového vozidla. Strata vedomia v dôsledku hypoglykémie vedie k posttraumatickým stresovým poruchám, ktoré sa môžu postupne výrazne zhoršovať, pokiaľ sa včas nezasiahne.

ALKOHOL A DIABETES MELLITUS

Alkohol patrí medzi popredné rizikové faktory chorobnosti a úmrtnosti. O negatívnych dopadoch alkoholu na zdravie vieme dávno. Škody na zdraví vyplývajú v 95% z vlastného pitia (medzi nimi aj diabetes), asi 5% je spôsobených pitím druhých (Grohol, 2016). Škodlivé užívanie alkoholu má závažný vplyv na verejné zdravie a je v celosvetovom meradle považované za jeden z hlavných rizikových faktorov poškodení zdravia a chorobných stavov. „Vplyvom škodlivého užívania alkoholu vznikajú akútne a chronické ochorenia, pri ktorých je alkohol hlavnou alebo spolupodieľajúcou sa príčinou. Medzi chronické ochorenia, na ktorých vzniku sa alkohol spolupodieľa, zaraďujeme: rakovinu pier, ústnej dutiny a pažeráka, rakovinu konečníka, rakovinu hltana, **diabetes mellitus (typ II)**, hypertenznú chorobu, srdcové arytmie, ischemickú mozgovú príhodu, rakovinu hrubého čreva, rakovinu pečene, rakovinu prsníka, epilepsiu, ischemickú chorobu srdca, varixy pažeráka a spontánny potrat.“ (WHO, 2013).

Epidemiologické štúdie zamerané na vzťah medzi alkoholom a rizikom vzniku diabetes mellitus, ktoré nachádzame v literatúrach, preukazujú pozitívny vzťah, v iných je to negatívna súvislosť alebo dokonca žiadna.

SCHIZOFRÉZIA A DIABETES MELLITUS

Schizofrénia je závažné duševné ochorenie, ktoré negatívne postihuje mnoho psychických funkcií. Súvislosti medzi diabetom a duševnými poruchami, vrátane schizofrénie, sú skúmané a známe už viac rokov. Podľa niektorých údajov sa vyskytuje diabetes 1,5 až 2× častejšie u pacientov trpiacich schizofrénom než v bežnej populácii (Rouillon, Sorbara, 2005).

Podľa súčasných dostupných štúdií Svetovej zdravotníckej organizácie je už samotná prítomnosť psychotických príznakov spojená s vyšším rizikom cukrovky. Dokonca aj jeden psychotický príznak toto riziko signifikantne zvyšuje. U pacientov s diagnózou schizofrénie alebo inej psychózy bola prevalencia diabetu vyššia u tých jedincov, u ktorých psychotické príznaky pretrvávali, čo naznačuje, že ich perzistencia v priebehu času by mohla zohrávať ústrednú úlohu (Nuevo et.al., 2011).

V inom výskume zistili Coclé a Cross medzi 800 pacientmi s duševnou poruchou 10,2% výskyt diabetes mellitus, z toho 28% 1. typu a 72% 2. typu. Existencia diabetu (bez ohľadu na typ) sa ukázala ako negatívny prediktor výsledku liečby schizofrénie (Coclé, Cross, 2011). Na rozvoji diabetu u schizofrenikov spolupracuje niekoľko faktorov, ktoré sa navzájom ovplyvňujú a umocňujú.

Prehľad Scheena a De Herta z roku 2007 predpokladá, že zvýšená prevalencia diabetu u schizofrénie je multifaktoriálna. Spolupodieľajú sa na nej tak genetické faktory, ako aj faktory environmentálne, ako

je napríklad nezdravý životný štýl. Mnoho schizofrenných pacientov má pozitívnu rodinnú anamnézu na výskyt cukrovky 2. typu (až 50%), zároveň ich fyzická aktivita je nedostatočná, stravovanie nezdravé. Návrhom autorov je delenie faktorov do troch skupín, ktoré sa navzájom ovplyvňujú: na faktory, ktoré súvisia s nezdravým životným štýlom, na faktory vzťahujúce sa k samotnej vlastnej chorobe (schizofrénii, prípadne schizoafektívnej poruche) a na faktory spojené s antipsychotickou farmakoterapiou. Všetky spomenuté faktory potom vedú k inzulinovej rezistencii a narušeniu sekrécie inzulínu, čo zase spôsobuje zvýšenie glykémie nalačno a narušenie glukózovej tolerancie zaznamenatej orálnom glukózovým tolerančnom testom (oGTT), čo môže finálne viesť až k rozvoju cukrovky (Scheen, De Hert, 2009).

Na základe aktuálne akceptovaných hypotéz možno spoločný výskyt schizofrénie a diabetes mellitus 2. typu aspoň sčasti vysvetliť spoločnými genetickými faktormi. Zatiaľ sa však nedarí presne identifikovať konkrétne gény, výsledky genetických štúdií sú rozporuplné (Lin, Shuldiner, 2010).

Dôležitá a opodstatnená pozornosť je venovaná vplyvu antipsychotickej liečby na rozvoj diabetu. Všeobecne za rizikovejšie sú považované niektoré antipsychotiká druhej generácie v porovnaní s antipsychotikami prvej generácie.

Výskyt diabetu u pacientov so schizofrénom je niekoľkokrát častejší v porovnaní s bežnou populáciou. Je to spôsobené viacerými vyššie spomínanými faktormi, niektoré z nich sú ovplyvniteľné, iné

nie. K neovplyvniteľným faktorom radíme spoločné genetické faktory pre schizofrénii a diabetes. Do skupiny ovplyvniteľných faktorov patrí napríklad voľba vhodného antipsychotika (niektoré antipsychotiká majú značné negatívne metabolické účinky vrátane diabetogénneho). Zároveň je veľmi dôležité a potrebné, aby liečba schizofrénie bola čo najúčinnjšia, nakoľko reziduálna symptomatika môže v konečnom dôsledku prispieť k rozvoju diabetu alebo iného somatického ochorenia, o čom svedčí aj vyššie uvedená štúdia WHO. Nenahraditeľný význam má edukácia pacientov zameraná na zdravý životný štýl, pravidelný monitoring glykémie a ďalších parametrov metabolických a kardiovaskulárnych chorôb, ktorými sú telesná hmotnosť, respektíve BMI, lipidémie, krvný tlak a iné (Ustohal, Stehnová, 2012).

AKO (SI) VIEME POMÔŤ?

Celosvetovo terapeutické postupy v liečbe diabetes mellitus napredujú dopredu. Moderná doba a rozvoj vedných odborov pôsobiacich v tejto oblasti ponúkajú dôslednejšie prepracované postupy ako pomôcť jedincom trpiacim týmto ochorením. Diabetes mellitus patrí ku chronickým ochoreniam, ktoré sú nesmierne náročné na disciplínu zo strany pacienta.

Dôležité postavenie v celom terapeutickom procese má optimalizácia životného štýlu, ktorá zahŕňa edukačné postupy. Úvodné edukácie sa realizujú spravidla na oddeleniach nemocníc, pokračovať by mali v ambulantnej sfére a veľký význam v tomto procese majú aj občianske združenia. V súčasnosti sa etablojú aj na Slovensku centrá, kde

pacienti získajú výklad o diabetes mellitus od renomovaných diabetologických sestier, respektíve asistentiek výživy (Barák, 2015). Edukačné intervencie majú v systéme starostlivosti nezastupiteľné miesto a predstavujú spôsob odovzdávania poznatkov a tiež cestu k dosiahnutiu požadovanej zmeny v správaní človeka (Babčák a kol., 2009).

Ďalšou, nie málo dôležitou, časťou manažmentu ochorenia je selfmonitoring - denná sebakontrola množstva cukru v krvi pomocou glukomerov. Taktiež pohyb ako nefarmakologická metóda zvládania

diabetes mellitus by mal byť denný, pravidelný a mal by zaťažovať väčšie svalové skupiny. Vhodné sú beh, plávanie, bicyklovanie. Aktívne športovanie plní úlohu nielen zníženia glykémie v krvi ale aj zlepšenia kondície a zníženia hmotnosti (Barák, 2015).

Štúdie, ktoré sledovali vplyv psychiatrickej intervencie na kompenzáciu diabetu nie sú vo svojich záveroch jednoznačné, nebolo kategoricky preukázané, že by zlepšenie psychického stavu priamo ovplyvňovalo zlepšenie kompenzácie diabetu. Ale psychický stav pacientov sa zlepšuje pri vhodne

zvolenej psychofarmakologickej, psychologickej či inej psychoterapeutickej intervencii, čo môže mať podľa doteraz dostupných výsledkov výskumov vplyv minimálne na komplianciu či spoluprácu a kvalitu života pacienta.

PhDr. Marek Rabinčák
doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová,
PhD.

Použitá literatúra:

- BABČÁK, M.A. kol. 2009. Vybrané kapitoly z internej propedeutiky, výživy a ošetrovateľstva. 1. vyd. Prešov: DAH. 2009. 228 s. ISBN 978-80-969865-5-2.
- BARÁK, L. 2015. Vzdelaný diabetik je dobrý diabetik. In Bedeker zdravia. ISSN 1337-2734, čís. 2, roč. XI. s. 10-13.
- COCLÉ, T. - CROSS, M. Psychiatric co-morbidity with type 1 and type 2 diabetes mellitus. In East MEDITERRA Health J. 2011; 17 (10): 777-783.
- CRAFT, S. The Role of Metabolic Disorders in Alzheimer disease and vascular dementia. In Arch Neurol. 2009, 66 /3/: 300-305.
- GROHOL, M. 2016. Klinický manažment závislosti od alkoholu. 1. vyd. Peter Prekop Print Production, 2016. 126 s. ISBN 978-80-89434-32-9.
- HAUTZINGER, M. 2000. Depresia. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F. 2000. 86 s. ISBN 80-88952-05-0.
- JIRÁK, R. - KOUKOLÍK, F. 2004. Demence. Praha: Galén. 2004, 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. Výkladový ošetrovateľský slovník. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
- LAJČIAKOVÁ, Z. 2017. Liga za duševné zdravie [online]. [cit. 2017-03-24]. Dostupné na: <<https://www.dusevnezdravie.sk/>> / dusevne-zdravie-/-definicia/>.
- <<https://www.dusevnezdravie.sk/>> / dusevne-zdravie-/-definicia/>. LEIBSON, C. L. - ROCCA, W.A. - HANSON, V. A. - CHA, R. - KOKMEN, E. - O'BRIEN, P. C. - PALUMBO, P. J. - Risk of dementia among persons with diabetes mellitus: a population-based cohort study. In Am J Epidemiol. 1997, 145: 301-308.
- LIN, P. - SHULDINER A. R. Rethinking the genetic basis for comorbidity of Schizophrenia and type 2 diabetes. In Schizophr Res 2010; 123 (2-3): 234-243.
- MAIER, W. - FALKAI, P. 1999. The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. In Clin Psychopharmacol. ISSN 0268-1315, 1999, 14 Suppl 2: S1-6.
- MEDVED, V. - JANOVOVIC, N. - KNAPIC, V. P. The comorbidity of diabetes mellitus and psychiatric disorders. In Psychiatr Danub. 2009, 21 /4/: 585-588.
- NUEVO, R. - CHATTERMI, S. - FRAGUAS, D. - VERDES, E. - NAIDOO, N. - ARANGO, C. et al. Increased risk of diabetes mellitus among persons with Psychotic symptoms: results from the WHO World Health Survey. In J Clin Psychiatry 2011; 72 (12): 1592-1599.
- OTT, A. - STOLK, R. P. - van HARSKAMP, F. - POLS, H. A. - HOFMAN, A. - BRETELER, M. M. Diabetes mellitus and the risk of dementia: The Rotterdam Study. In Neurology. 1999, 53: 1937-1942.
- PODLIPNÝ, J. - HESS, Z. 2006. Deprese, metabolický syndrom a diabetes mellitus. In Psychiatria pre prax. ISSN 1335-9584, roč. 2006, č. 2, s. 69-72.
- ROUILLON, F. - SORBARA, F. Schizophrenia and diabetes: epidemiological data. In Eur Psychiatry. 2005; 20 (Suppl 4): S345-S348.
- SCHEEN, A. J. - DE HERT, M.A. Abnormal glucose metabolism in patients treated with antipsychotics. In Diabetes metabo 2007; 33 (3): 169-175.
- TOKARČÍK, J. - TOKARČÍKOVÁ, M. 2014. Liečba diabetes mellitus pomocou perorálnych antidiabetík [online]. In Rodina-zdravie-choroba. Ružomberok: Verbun. ISBN 978-80-561-0117-9. s. 176-181. [cit. 2017-03-23]. Dostupné na: <http://www.prohuman.sk/files/Rodina_zdravie_choroba-2014.pdf>.
- ZEMAN, M. - JIRÁK, R. - RABOCH, J. - VECKA, M. - ŽÁK, A. Inzulínová rezistencia a neuropsychiatrická onemocnení. In Čes a slov Psychiat. 2010, 106 /5/: 300-306.
- USTOHAL, L. - STEHNOVÁ, I. Diabetes a schizofrenie. In Cesk Slov Neurol. N 2012; 75/108 (1): 111-114.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Country Office in Slovakia [online]. 2013. Národný akčný plán s alkoholom na roky 2013-2020. [cit. 2017-03-24]. Dostupné na: <<http://www.who.sk/wp-content/uploads/2015/08/NAPPA.pdf>>.

Spoločne pre zdravie

AstraZeneca 

AstraZeneca AB, o. z., Lazaretská 8, 811 08 Bratislava
Tel.: 02/5737 7777, Fax: 02/5737 7778, www.astrazeneca.com

PF0901005K112015

Meno: M. N.

Vek: 86 rokov

Bydlisko: vidiek

Osobná sociálna anamnéza: Pani Mária žije celý život na vidieku sama, v dome po rodičoch. Primerane k svojmu veku bola vitálna a samostatná až do vzniku komplikácii vzniknutých ako následok diagnózy diabetes mellitus 2. typu. Vzdelanie pani Mária má základné a je poberateľkou starobného dôchodku. V produktívnom veku pracovala ako robotníčka v miestnom JRD.

Rodinná sociálna anamnéza: obaja rodičia sa dožili vysokého veku. Matka sa dožila 95 rokov. Oboch rodičov doopatrovala. Pani Mária pochádza z troch súrodencov, z ktorých žije ešte okrem nej jeden brat, tak isto dôchodca. Spolu s manželkou žijú v meste vzdialenom 45 km. Brat s manželkou svoju sestru navštevuje pravidelne.

Sociálna anamnéza: Klientka je slobodná, bezdetná, primerane ekonomicky zabezpečená – poberá len starobný dôchodok, z ktorého si všetky náklady platí sama. Rodičovský dom bol postavený v roku 1935 a neprešiel veľkými úpravami – podmienky na bývanie sú skromné. Stavba je bez ústredného kúrenia, toalety, vodovodu a kúpeľne. Má dve izby a kuchyňu, ktorú pani Mária využíva aj ako spálňu a kúpeľňu. Vykuruje ju šporákom na tuhé palivo. Klientka vlastní televízor, rádio a pevný telefón. Celý život prežila v týchto skromných podmienkach, čo sa ale neprejavilo nejakou zanedbanou hygienou alebo stravou. Je veriacou katolíčkou a príležitostne navštevuje miestne bohoslužby. O verejnom živote a spoločnosti v obci je informovaná. Klientka uprednostňuje počúvanie rozhlasu pred sledovaním televízie z dôvodu problémov s očami – má už slabší zrak. So susedmi udržiava dobré susedské vzťahy a brat ju chodí navštevovať. Primerane k svojmu veku sa vedela o seba postarať a ťažšie práce v domácnosti zvládala za pomoci brata a jeho rodiny alebo susedov.

Zdravotná anamnéza: Od roku 1991 sa pani Mária lieči na diabetes mellitus 2. typu, spočiatku perorálnymi antidiabetikami a diétnym režimom. Od roku 2006 sa začali pridružovať komplikácie spojené s diabetom, od roku 2008 sa pridružila ešte diabetická retinopatia, bez potreby liečby. V marci 2015 bola hospitalizovaná na oddelení cievej chirurgie, kde pani Márii amputovali z dôvodu gangrény postupne 3 až 5 prst na ľavej nohe. Na doliečenie klientku preložili na oddelenie dlhodobo chorých, kde strávila tri mesiace. S obmedzenou chôdzou, v kompenzovanom

stave, po dohode s bratom bola umiestnená v zariadení pre seniorov.

Sociálny problém: z dôvodu svojich životných návykov vo svojom prirodzenom prostredí a naviazanosťou na rodičovský dom sa nevie pani Mária prispôbiť rušnému životu v zariadení pre seniorov. Podiel na tom má aj fakt, že dlhý čas strávila v nemocnici a strata súkromia v zariadení. Kapacitne obmedzené podmienky zariadenia jej neumožňovali samostatné bývanie na izbe. Klientka nebola schopná sa na toto nové prostredie adaptovať a to bol jeden zo základných problémov pri vzniku konfliktov so spolubývajúcou a ostatnými obyvateľmi zariadenia a personálu. Klientka bola konfliktná, nespokojná, nebola ochotná spolupracovať s personálom, odmietala jedlo a tekutiny a došlo k celkovej zmene správania.

Popis problému: Pre stupňujúce sa zmeny sociálneho správania bolo potrebné tento problém riešiť. Zásadne odmietla pani Mária možnosť bývať na prechodný čas u svojho brata. Po dohode s ním a so starostom obce, ktorý ponúkol zabezpečiť sociálnu starostlivosť, pani Mária odišla bývať domov. Takmer po šiestich mesiacoch sa vracia bývať s obmedzenou mobilitou.

Sociálna diagnóza: Pani Mária je nesebestačná a odkázaná je na starostlivosť inej osoby pri vykonávaní základných životných potrieb.

Stanovené ciele s klientkou a sociálna intervencia: informovať príbuzných o možnostiach sociálnych služieb a sociálnej pomoci, vzniknutý nárok na kompenzáciu zvýšených nákladov spojených s ošatením, klientka používa francúzske barly.

Terénnou formou poskytovania opatrovateľskej služby sociálnej starostlivosti:

- zabezpečiť diétnu stravu vhodnú pre diabetika – donáška stravy počas pracovných dní,
- pomoc pri hygiene,
- drobné práce v domácnosti, upratovanie,
- donáška a rozdelenie liekov.

Sociálna prognóza: poruchy správania, ktoré u pani Márie nastali počas pobytu v zariadení pre seniorov už nemá. Pani Márii sa zlepšila kvalita života, návštevy terénnej sociálnej pracovníčky sú vždy očakávané, je s nimi veľmi spokojná. Tento spôsob života jej nesmierne vyhovuje. Teší sa zo života vo svojom súkromnom príbytku.

*Centrum sociálneho poradenstva
a edukácie diabetikov
Úrad Košického samosprávneho kraja*

Zväz diabetikov a edukátorov Slovenska
Zväz diabetikov Slovenska - ZO DIAMI Michalovce
Slovenská diabetologická asociácia

pozývajú členov ZDS ako aj celú širokú verejnosť na

XIII. MICHALOVSKÝ DIA DEŇ

30. september 2017

Mestské kultúrne stredisko Michalovce

Program:	08.00 - 09.00	Prezentácia účastníkov
	08.00 - 13.00	Prezentácie farmaceutických firiem
	09.00 - 09.30	Zahájenie, privítanie hostí
	09.30 - 12.30	Prednáškový blok
	12.30	Oficiálne ukončenie, tombola
	12.45	Obed (<i>členom ZDS hradí organizátor</i>)

Súčasťou Michalovského Dia dňa je prezentácia farmaceutických firiem, výrobcov a predajcov DIA potravín, DIA ponožiek, merania glykémie, krvného tlaku, očného pozadia. Možnosť nákupu za výhodné ceny. Hodnotná tombola.

VSTUP ZDARMA

Za pomoc pri edukácii ďakujeme:



SANOFI DIABETES

