

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Дипломная работа студентки
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051502
Придачиной Инги Геннадьевны

Научный руководитель
преподаватель Бахристова Т.В.

Рецензент
Врач общей практики ОГБУЗ «Городская
поликлиника г. Белгорода»
поликлиническое отделение № 8
Канайкина Ж.Г.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	5
1.1. Этиология, клиническая картина и симптоматика сахарного диабета	5
1.2. Диагностика и лечение сахарного диабета	10
1.3. Особенности сестринского ухода за пациентами с сахарным диабетом	12
1.4. Содержание деятельности медицинской сестры по реализации профилактики сахарного диабета.....	17
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	22
2.1. Методика исследования	22
2.2. Результаты собственного исследования.....	22
2.3. Рекомендации пациентам.....	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЕ	40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы работы. Исходя из статистических данных в мире на сегодня пациентов с сахарным диабетом около 346 млн. человек. Начиная с 2005 года по 2030 год количество смертей от данного недуга удвоится. Основное увеличение сахарным диабетом наблюдается в промышленных регионах. Настораживает факт увеличения заболеваемости сахарным диабетом детей и подростков.

С ростом заболеваемости во всем мире увеличиваются и государственные затраты, связанные с обследованием, лечением и реабилитацией пациентов с сахарным диабетом, имеющих сердечно-сосудистые, почечные, офтальмологические, неврологические и другие нарушения, а также с регулярным обеспечением пациентов сахароснижающими препаратами, шприцами, диагностическими средствами.

Все вышесказанное позволяет выделить сахарный диабет как важную медико-социальную проблему, решение которой требует мобилизации усилий не только органов здравоохранения, но и других заинтересованных государственных и общественных организаций.

Данное серьезное заболевание требует от медицинского персонала больших знаний и компетентности, обязательного научения медицинским персоналом пациентов самоконтролю своего состояния.

Активный вклад медицинской сестры считается существенно важным для оптимального лечения. Они могут не только добиться соблюдения пациентами схемы лечения, но также устранить барьеры и препятствия, которые могут оказаться скрытыми от врача и обеспечить участие самих пациентов в вопросах лечения. Кроме того, важный вклад медицинские сестры вносят в проведение целого ряда мероприятий по организации «Школы диабета». Следовательно, роль медицинской сестры в общем лечебном процессе сахарного диабета чрезвычайно актуальна и значима.

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в профилактике сахарного диабета и выявить приоритетные направления ее деятельности в данном направлении.

Задачи исследования:

1. Изучить этиологию, клиническую картину и симптоматику сахарного диабета;
2. Проанализировать методы диагностики и лечения сахарного диабета;
3. Обозначить особенности сестринского ухода за пациентами с сахарным диабетом;
4. Определить содержание деятельности медицинской сестры по реализации профилактики сахарного диабета;
5. Провести практическое исследование роли медицинской сестры в профилактике сахарного диабета.

Объект исследования: пациенты эндокринологического отделения.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в профилактике сахарного диабета.

Методы исследования:

1. Теоретические: анализ литературы по теме исследования, синтез, классификация, сравнение и обобщение;
2. Эмпирические: анкетирование, методы качественной и количественной обработки данных, контент-анализ результатов анкетирования.

База исследования: ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

Время исследования: 2018-2019 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА

1.1. Этиология, клиническая картина и симптоматика сахарного диабета

Сахарный диабет – это заболевание, которое развивается вследствие относительного или абсолютного недостатка инсулина или нарушения его взаимодействия с клетками организма, что приводит к стойкому увеличению глюкозы в крови, нарушению углеводного, жирового, белкового обмена. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем [6, с. 322].

Классификация сахарного диабета:

- сахарный диабет 1 типа – (инсулинозависимый);
- сахарный диабет 2 типа – (неинсулинозависимый).

Приложение 1 содержит сравнительную таблицу сахарный диабет 1 типа и сахарный диабет 2 типа.

Механизм развития инсулинозависимый сахарный диабет (диабет 1 типа). При инсулиновой недостаточности снижается поступление глюкозы в клетки мышечной и жировой ткани, она ими не усваивается и повышается ее уровень в крови. Повышается фильтрация глюкозы в клубочках и снижено обратное всасывание в канальцах, и глюкоза остается в моче. Ведет к полиурии. Глюкоза является энергией для клетки. Если она не поступает, то организм берет энергию из жиров, идет большой распад жира [20, с. 132].

В норме жиры распадаются до воды и углекислого газа, если идет большой распад жира, часть жиров не успевает распадаться до конечных и остается на стадии кетоновых тел (ацетон, бетаоксимасляная кислота). Когда кетоновых тел будет много разовьется кетоацидоз (клинически это кома). Белковый обмен, повышен распад белка и снижен синтез белка. Если антител в

организме мало, то организм ослаблен и снижена сопротивляемость к инфекционным заболеваниям. Белок – составная часть антител [13, с. 14].

Инсулиннезависимый (диабет 2 типа) – инсулиннезависимый сахарный диабет развивается чаще всего у лиц зрелого возраста, нередко с излишней массой тела, протекает более благополучно. Часто определяется как случайная находка. Люди, страдающие этим типом диабета часто в инсулине, не нуждаются. Их поджелудочная железа способна вырабатывать инсулин в нормальном количестве, нарушены не выработка инсулина, а его качество, режим выброса из поджелудочной железы, восприимчивость тканей к нему. Это относительная инсулиновая недостаточность. Для поддержания нормального углеводного обмена требуется диетотерапия, дозированные физические нагрузки, режим питания, таблетированные сахароснижающие препараты [13, с. 19].

Факторы риска: наследственный фактор, ожирение, питание с большим количеством легкоусвояемых углеводов, стрессы, атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, лекарственные препараты (глюкокортикоиды и гипотиазид). Существует наследственная предрасположенность к сахарному диабету. Если болен один из родителей, то вероятность унаследовать диабет первого типа равна 10%, а диабет второго типа – 80%.

В патогенезе сахарного диабета выделяют два основных звена [7, с. 51]:

1. Недостаточное производство инсулина эндокринными клетками поджелудочной железы;
2. Нарушение взаимодействия инсулина с клетками тканей организма как следствие изменения структуры или уменьшения количества специфических рецепторов для инсулина, изменения структуры самого инсулина или нарушения внутриклеточных механизмов передачи сигнала от рецепторов органеллам клетки.

1-ое основное звено – характерно для нарушений диабета 1-го типа. Отправным моментом в развитии этого типа диабета является массивное

разрушение эндокринных клеток поджелудочной железы (островков Лангерганса) и, как следствие, критическое снижение уровня инсулина в крови.

2-ое основное звено – характерно для нарушений диабета 2-го типа. При этом типе диабета инсулин производится в нормальных или даже в повышенных количествах, однако нарушается механизм взаимодействия инсулина с клетками организма.

В результате этого развиваются первичные и вторичные нарушения:

– первичные: замедление синтеза гликогена, замедление скорости глюконидазной реакции, ускорение глюконеогенеза в печени, глюкозурия, гипергликемия;

– вторичные: снижение толерантности к глюкозе, замедление синтеза белка, замедление синтеза жирных кислот, ускорение высвобождение белка и жирных кислот из депо, нарушается фаза быстрой секреции инсулина в в-клетках при гипергликемии [8, с. 39].

В результате нарушений углеводного обмена в клетках поджелудочной железы нарушается механизм экзоцитоза, что, в свою очередь, приводит к усугублению нарушений углеводного обмена. Вслед за нарушением углеводного обмена закономерно начинают развиваться нарушения жирового и белкового обмена.

Главным фактором является наследственность, которая проявляется более отчетливо при диабете II типа (возможно семейные формы диабета). Способствуют развитию диабета переедание, злоупотребление сладостями, избыточное употребление спиртных напитков. При сахарном диабете причины и предрасполагающие факторы настолько тесно переплетены, что порой их трудно разграничить [8, с. 40].

Сущность заболевания заключается в нарушении способности организма накапливать в органах и тканях поступающий с пищей сахар, в проникновении этого неусвоенного сахара в крови и появлении его в моче. Развивается медленно и постепенно. Исходя из этого, у пациентов сахарным диабетом II типа отмечаются следующие симптомы: запах ацетона изо рта (кетоз), сухость

во рту и жажда, периодически учащенное мочеиспускание, зуд кожи, промежности, у женщин зуд во влагалище, утомляемость, головная боль, снижение зрения, снижение чувствительности пальцев рук, боли в сердце, повторные конъюнктивиты, ячмени, кожные покровы сухие, шелушатся, покрыты расчесами и легко инфицируются, может быть гиперемия в области надбровных дуг и подбородка. Указанные жалобы появляются обычно постепенно. Кроме того, пациенты предъявляют ряд жалоб, обусловленных поражением внутренних органов, нервной и сосудистой систем [10, с. 45].

Основными симптомами сахарного диабета I типа являются [15, с. 33]:

- сильная жажда (пациент может выпивать до 10 литров жидкости за сутки);

- частые позывы к мочеиспусканию с обильным мочеиспусканием: это объясняется потреблением большого количества воды вследствие жажды;

- сильный голод и потеря веса, проблемы с усвоением клетками глюкозы как источника энергии приводят к необходимости организма получать энергию, расщепляя жировую ткань;

- быстрая утомляемость, чувство постоянной усталости;

- возникновение раздражений на коже, зуд (диабетический дерматит), гнойничковой сыпи или фурункулов, нередко наблюдается снижение регенерирующей способности кожных покровов, в силу чего мелкие повреждения заживают дольше.

При длительном течении развиваются осложнения. Самое главное это поражение сосудов (ангиопатия).

В системе органов пищеварения наиболее характерны следующие изменения [14, с. 48]:

- прогрессирующий кариес;

- пародонтоз, расшатывание и выпадение зубов;

- гингивит, стоматит;

– хронический гастрит, дуоденит с постепенным снижением секреторной функции желудка (обусловлено дефицитом инсулина – стимулятора желудочной секреции);

– снижение моторной функции желудка;

– нарушение функции кишечника, диарея, стеаторея (в связи со снижением внешне секреторной функции поджелудочной железы);

– жировой гепатоз (диабетическая гепатопатия) развивается у 80% пациентов с сахарным диабетом, характерными проявлениями являются увеличение печени и небольшая ее болезненность;

– хронический холецистит;

– дискинезия желчного пузыря.

Сахарный диабет способствует избыточному синтезу атерогенных липопротеидов и более раннему развитию атеросклероза и ишемическая болезнь сердца. Ишемическая болезнь сердца у пациентов сахарным диабетом развивается раньше и протекает тяжелее и чаще дает осложнения.

При поражении нервной системы развивается полинейропатия – поражение дистальных отделов нервных стволов: боли, зябкость, онемение, жжение, снижение сухожильных рефлексов. При поражении мозговых оболочек возможны изменение психики, настроения, апатия, слезливость, депрессия. При поражении центральной нервной системы – головная боль, раздражительность, быстрая утомляемость, плохой сон [15, с. 52].

При сахарном диабете чаще развивается инфекционно-воспалительное заболевание мочевыводящих путей, которые протекают в следующих формах [8, с. 55]:

– бессимптомная мочевиная инфекция;

– латентно протекающий пиелонефрит;

– острый пиелонефрит;

– острое нагноение почки;

– тяжелый геморрагический цистит.

По состоянию углеводного обмена выделяют такие фазы сахарного диабета [12, с. 40]:

- компенсация – такое течение сахарного диабета, когда под влиянием лечения достигнуты нормогликемия и аглюкозурия;
- субкомпенсация – умеренная гипергликемия (не более 13,9 ммоль/л), глюकोзурия, не превышающая 50г в сутки, отсутствие ацетонурии;
- декомпенсация – гликемия крови более 13,9 ммоль/л, наличие различной степени ацетонурии [8, с. 50].

1.2. Диагностика и лечение сахарного диабета

Диагностировать заболевание может педиатр, терапевт, эндокринолог, врач общей практики и другие специалисты. Болезнь подтверждают данными анамнеза, общего осмотра, лабораторного обследования. Если возникли подозрения на сахарный диабет, то необходимо пройти полноценное обследование – для этого понадобится сдать несколько анализов, использовать инструментальные методы обследования.

В перечень диагностических мероприятий по сахарному диабету входит [1, с. 25]:

- Лабораторное исследование крови на предмет наличия в ней глюкозы – определяется гликемия натощак.
- Тестовое определение толерантности к глюкозе – обследование делается после приема глюкозы.
- Проводится наблюдение за динамикой развития заболевания – гликемия измеряется несколько раз в сутки.
- Общий анализ мочи на предмет присутствия в ней белка, глюкозы и лейкоцитов (в норме эти составляющие отсутствуют).
- Лабораторное исследование анализ дна

– Исследование крови на присутствие в нем гликозилированного гемоглобина – по этому показателю определяют уровень развития осложнений сахарного диабета.

– Биохимический анализ крови – врач может определить степень функционирования печени и почек на фоне прогрессирующего диабета.

– Проводится проба Реберга – определяется степень поражения почек и мочевыводящих путей при диагностированном сахарном диабете.

– Анализ крови на определение уровня эндогенного инсулина.

– Консультация офтальмолога и исследование глазного дна.?

– Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

– Электрокардиограмма – контролируется работа сердца на фоне сахарного диабета.

– Исследования, направленные на определение уровня поражения сосудов нижних конечностей – это позволяет предупредить развитие диабетической стопы.

Диагностика сахарного диабета направлена на определение вида диабета, а также на дифференцирование его от других болезней со схожей симптоматикой. Чаще всего диагностика диабета предполагает проведение лабораторного генетического исследования для более четкой диагностики типа диабета, прогноза в течении и лечебной тактике у данного пациента. Пациенты с диагностированным сахарным диабетом или подозрением на это заболевание в рамках диагностических мероприятий должны пройти обследование и у узких специалистов. К обязательному посещению относятся эндокринолог, офтальмолог, кардиолог, сосудистый хирург, невропатолог [7, с. 38].

Основу лечения сахарного диабета составляют инсулинотерапия – физиологическая индивидуализированная диета, физические нагрузки, обучение, самоконтроль, психологическая помощь.

Лечение сахарного диабета 1 типа, инсулинозависимого, предполагает использование комплекса мер: медикаментозное лечение (обязательно инсулинотерапия при сахарном диабете 1 типа), диета, физические нагрузки –

тренировки и питание при сахарном диабете 1 типа играют очень большую роль, потому что этими мерами можно значительно нивелировать признаки болезни. В любом случае, это заболевание потребует значительного изменения образа жизни [11, с. 20].

Лечение диабета 2 типа будет происходить за счет увеличения физической активности. Начинать нужно с аэробных нагрузок вроде плавания или обычной ходьбы по полчаса 3-5 раз в день. Со временем нагрузки должны увеличиваться, дополнительно можно начать другие тренировки в спортзале. Кроме ускоренного снижения веса, лечение сахарного диабета 2 типа при помощи физической активности будет состоять из понижения инсулинорезистентности (снижение реакции тканей на инсулин) за счет повышенной двигательной активности [14, с. 46].

При лечении диабета 2 типа также врач назначает прием лекарственных препаратов, понижающих уровень сахара в крови [14, с. 58].

Итак, подводя итоги первой главы отметим следующее:

Диабет – общепринятое название сахарного диабета. Это хроническое заболевание, для которого характерен высокий уровень глюкозы в крови – либо из-за проблем продукции инсулина, либо из-за невосприимчивости клеток организма к нему. Соответственно, клетки испытывают энергетический голод.

1.3. Особенности сестринского ухода за пациентами с сахарным диабетом

Впервые медсестры начали принимать участие в лечении пациентов с сахарным диабетом в 1924 г. Два года ранее стала доступна инсулинотерапия, и американский врач-эндокринолог Эллиот Проктор Джослин впервые заговорил о том, что «нехватка обучения так же опасна, как и нехватка инсулина». Он призвал активно привлекать медсестер к обучению пациентов, назвав диабет «болезнью, преимущественно, для сестер» [13, с. 29].

Данное серьезное заболевание требует от медицинского персонала больших знаний и компетентности, обязательного научения медицинским персоналом пациентов самоконтролю своего состояния.

Основная цель, это улучшение качества жизни и активное долголетие. Роль медсестры не только важна, но и значима, ведь от нее требуется точное выполнение всех предписаний врача пациентам с сахарным диабетом, наличие таких бесценных качеств, как человечность и сострадание, коммуникабельность и отзывчивость.

Чтобы уметь профессионально помочь пациентам, медсестра должна хорошо знать причины развития сахарным диабетом, его осложнения, все проявления и методы компенсации. Разбираться в проблемах пациентов.

Лечащий врач ставит диагноз и назначает лечение, определяет проблемы пациента, а дело медсестры определить все сложности, возникающие из-за этих проблем. Всю информацию о пациенте должна собирать именно медсестра и докладывать лечащему врачу [12, с. 542].

Обследование является одним из 5 мероприятий сестринского процесса. В обследование входит так же описание и оценка параметров пациента: внешний вид, наличие отечности, состояние слизистых оболочек; измерение веса, роста, пульса, артериальное давление, температуры. Полученная информация документируется и является юридическим протоколом профессиональной работы медсестры.

Определять настоящие проблемы пациента с сахарным диабетом и потенциальные, является вторым обязательным мероприятием сестринского процесса. Проблемы пациентов сахарным диабетом: частая жажда, зуд кожи, запах ацетона изо рта, тошнота, рвота, психологическая нестабильность. Медсестра ставит свой сестринский диагноз, основываясь на жалобах пациентов, мешающие их здоровью и выполнению естественных функций. Проводит беседы с родственниками пациентов, определяет так же наличие вредных привычек.

В третий этап сестринского мероприятия входит обозначение целей и назначений сестринского процесса, планирование действий. Медсестра формирует цели, учитывает действия и исполнения намеченных целей, ожидаемые результаты и условия для выполнения. Записывает в сестринскую карту истории болезни. Например, к 7 февраля намечает целью «поставить такого-то пациента на ноги», где цель, это сам пациент, действие - поставить на ноги, условие - помощь медсестры.

В четвертый этап входит выполнение запланированных действий. Медсестра принимает меры обследования пациентов, реабилитации, лечения, выполнения профилактических мероприятий [12, с. 543].

Существуют три основные категории сестринской работы [9, с. 34]:

1. Исполнение назначений врача под его наблюдением;
2. Самостоятельный выбор сестринского вмешательства по собственному соображению, исходя из нужд пациентов, например, организация гигиенических процедур или досуга пациентов;
3. Взаимное сестринское вмешательство определяет общую работу медсестры с врачом. При необходимости, медицинская сестра организует взаимодействие с другими специалистами.

Ответственность медсестры за выполнение любого типа сестринского вмешательства важна и очень велика. Анализ ухода медсестрой за пациентами входит в 5 этап ее обязанностей. Сюда входят оценки выполнения намеченных целей, эффективность сестринской помощи пациентам сахарным диабетом на состояние их здоровья, анализ реакции пациентов на сестринский уход, поиск новых возможных проблем в будущем.

Проблемы у пациентов возникают в большинстве случаев тогда, когда медсестрой не удовлетворены их потребности. Сопоставление работы медсестры с конечными полученными результатами являются важными в оценке ее мастерства и профессионализма [12, с. 544].

Важным фактором является роль медсестры в информировании пациентов о правильном питании. Основным фактором в лечении сахарного

диабета является диета. В основном используется диета низкоуглеводная или низкокалорийная. Если форма диабета легкая, то благодаря коррекции рациона можно быстро нормализовать состояние здоровья человека. При средних и тяжелых формах течения сахарного диабета без коррекции рациона и диабетической диеты вообще нельзя обойтись.

Низкоуглеводная диета при сахарном диабете, это диета с низким содержанием «легких» углеводов. Не рекомендуется для принятия в пищу сладостей в виде сахарного песка, варенья, тортов, пирожных, конфет, мороженого. Запрещены сладкие фрукты, особенно виноград и бананы. Это продукты с высоким содержанием глюкозы. В небольшом количестве разрешены продукты с углеводами в связанном виде (клетчатка и крахмал): фасоль, черный хлеб; крупы, кроме манки. Питание дробное, до 5 раз в день, 3 основных приемов пищи, 2 перекуса [4, с. 100].

Низкокалорийная диета при сахарном диабете предусматривает продукты, содержащие малое количество калорий, низкое содержание жиров. В результате этой диеты пациент может похудеть и снизить уровень сахара в крови. Не рекомендуется употребление сливочного масла, сала, жирных сыров, копченостей, сладкого, субпродуктов. Разрешены грибы, свежая зелень, бобовые, овощи, в малых дозах растительное масло, нежирное мясо и рыба [4, с. 118].

Медсестра постоянно следит за наличием продуктов, которые приносят пациентам их родные и знакомые. Следит за качеством и свежестью продуктов, количеством съеденного и выпитого.

Отслеживание выполнения пациентами условий диабетического питания входит в обязанности медицинской сестры.

Медсестра диабетического профиля обязана знать, что у пациентов сахарным диабетом могут возникнуть следующие осложнения: сердечно-сосудистые (ишемия, инфаркт, гипертонический криз), нервные (невропатия), нефропатия. Большая подверженность инфекционным осложнениям.

В связи с этим, в обязанность медсестры входит [12, с. 188]:

1. Тщательное обследование кожных покровов пациентов, тем более, что при невропатии пропадает болевая чувствительность;
2. Своевременная тщательная обработка ран и порезов;
3. Ежедневное измерение артериального давления и температуры тела, уровня сахара.

Сестринский процесс правильного введения инсулина.

Техника введения инсулина предполагает использование следующих участков тела (Рис.1):

- 1) Передняя брюшная стенка;
- 2) Наружная часть бедра;
- 3) Верхний квадрат ягодиц;
- 4) Плечо.

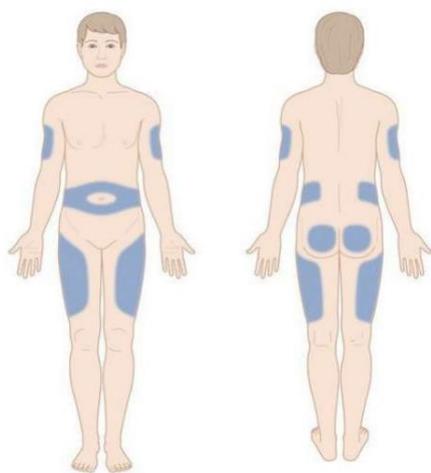


Рис. 1. Места введения инсулина

Внутримышечные инъекции запрещены, вводится в подкожно – жировую клетчатку, из которой всасывание инсулина происходит с правильной нужной скоростью. Инъекция выполняется на чистом кожном участке, не имеющем отежности.

Медсестра должна следить за возможными признаками липогипертрофии (воспаление, отежность, инфицирование кожи). Если кожа перед инъекцией обрабатывается чистым спиртом, нужно подождать, чтобы спирт испарился [12, с. 189].

Картридж, шприц-ручка, другой используемый флакон с инсулином хранится при температуре не выше +30, не ниже нуля градусов, в течение не больше одного месяца. Запасы инсулина хранятся в холодильнике при температуре от 6 до 8 градусов.

Нельзя не упомянуть и о психологическом аспекте взаимодействия медсестры и пациента. Медсестра проводит большую часть времени с пациентом и в стационаре, и на амбулаторном этапе лечения. Работа медсестры связана не только с большой физической нагрузкой, но и с большим эмоциональным напряжением, т. к. именно она является тем человеком, с которым можно просто поговорить, найти поддержку и посоветоваться.

1.4. Содержание деятельности медицинской сестры по реализации профилактики сахарного диабета

Новые сестринские технологии в современном здравоохранении имеют не меньшее значение, чем суперсовременные диагностические и лечебные технологии, применяемые в клинической практике. Утверждение о том, что сестринский уход напрямую влияет на выздоровление пациентов и в настоящее время не утратило своего значения. Новые методы диагностики и лечения заставляют сестринское дело внедрять современные технологии не только в клинической медицине, но и в профилактической. В подтверждение высказывания великого русского хирурга Н.И. Пирогова: «Будущее за медициной профилактической», можно сказать, что сестринское дело и непосредственно профессиональная деятельность медицинской сестры неразрывно связаны с профилактикой заболеваний и их осложнений [15, с. 22].

Вопросам сестринской профилактики заболеваний современного мира последнее время уделяется большое внимание. Эти вопросы широко обсуждаются на сестринских конференциях, входят в тематику лекций, практических занятий и семинаров факультетов последипломного образования.

Примером такого активного применения сестринских знаний и умений в вопросах профилактики является работа «школ диабета», которые широко распространены по всей РФ. Работа школ диабета организовывается в соответствии с Федеральной программой «Сахарный диабет», принятой в соответствии с Указом Президента РФ от 08.05.1996 г., Постановлением Правительства РФ от 07.09.1996 г. [11, с. 30]

Невозможно проводить обучение пациентов, профилактике заболеваний, не учитывая принципов психологии и педагогики. Кроме этого, обучать пациентов нужно с учетом возраста, длительности заболевания, особенностей амбулаторного лечения, с учетом места жительства (житель села или города).

Эти моменты определяют тематику занятий и вопросы патогенеза диабета, сложная медицинская терминология должны быть рассмотрены с позиции лечения заболевания.

Процесс обучения пациентов – это постоянное действие, которое должно сопровождать всю жизнь пациента и идти в тесной связи с новыми методами лечения заболевания, новыми лекарственными препаратами, новыми методами самоконтроля за течением сахарного диабета. Основная цель работы школы диабета – улучшение качества жизни пациента с сахарным диабетом, профилактика ранних и поздних осложнений заболевания путем активного вовлечения пациента в процесс обучения [12, с. 15].

За последние годы разработаны и внедрены различные структурированные программы обучения, которые являются методологическим базисом обучения [11, с. 41].

В настоящее время структурированные программы обучения являются базисным компонентом лечения пациентов сахарного диабета в большинстве стран мира и уже имеют собственную историю. В России с 1989 г. широко применяются программы обучения, разработанные сотрудниками Эндокринологического научного центра, с использованием принципов структуризации, предложенных проф. М. Бергером (медицинская клиника

Дюссельдорфского университета им. Генриха Гейне), в соответствии с рекомендациями ВОЗ [11, с. 49].

Данные структурированные программы разделены на определенные учебные единицы, а внутри их – на учебные шаги, с четкой регламентацией объема и последовательности изложения материала, постановкой учебных целей и задач, а также весь необходимый набор наглядных материалов и проверочных заданий. Они представляют собой универсальные модели, которые можно адаптировать к условиям определенной медицинской организации [11, с. 55].

Программа подразумевает универсальность и ориентацию на некий «средний» уровень обучаемых. Занятия с пациентами должны иметь форму беседы, то есть пациент может не только задавать вопросы и получать на них ответы, но и участвовать в спорах и выражать свое мнение, ведь известно, что для формирования собственных убеждений недостаточно только услышать чьи – то слова.

Существует многочисленный опыт применения различных форм обучения: групповое и индивидуальное (табл. 1), проводимое в условиях стационара и амбулаторно.

Преимущества и недостатки группового и индивидуального обучения [11, с. 19]

Таблица

Преимущества	Недостатки
Индивидуальное обучение	
Персонализация	Отсутствие сравнения с другими пациентами
Привилегированное отношение	Отсутствие групповой динамики
Возможность определить специфические нужды пациента	Риск недостаточной структуризации инструкций
Учет индивидуального ритма пациента	Большие временные затраты
Лучший контакт	Риск слишком сильного влияния на пациента
Более высокий уровень знаний	Риск несовместимости с «трудным пациентом»
Возможность подробного обсуждения	Усталость из – за повторения
Групповое обучение	
Соревнование, взаимодействие	Трудности привлечения пациентов к активному участию
Обмен опытом между пациентами	Риск авторитарного инструктирования
Приподнятое настроение	Гетерогенность группы
Сопоставление мнений	Затруднения пациентов в самовыражении
Экономия времени	Фиксированное время занятий
Стимулирование учебного процесса	Трудности в предоставлении каждому равного внимания
Обучение, основанное на использовании «проблемных ситуаций»	Трудности в управлении группой

Следует отметить, что важнейшим преимуществом группового обучения является благоприятная эмоциональная атмосфера, которая помогает пациентам воспринимать болезнь в более мягком свете, уменьшает чувство одиночества и тревоги. Пациенты в группе имеют возможность обмениваться опытом, получить поддержку не только от обучающего, но и от соседа по столу [3, с. 32].

Индивидуальное обучение показано с выраженными осложнениями сахарного диабета и тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Обучение должно проводиться с учетом перечисленных трудностей, желательно совместно с родственниками [2, с. 152].

Пациенты сахарным диабетом как в процессе обучения, так и пройдя его, нуждаются в печатной продукции (памятках, брошюрах, справочниках), к

которой они могли бы обратиться в случаи сомнений, а иногда с целью принятия какого – либо решения в отношении лечения сахарного диабета. Несмотря на обилие литературы для пациентов диабетом, далеко не все источники удовлетворяют предъявляемым требованиям [5, с. 53].

Иллюстрации играют важную роль, они должны помогать в понимании и запоминании отдельных положений. Поэтому специалисты рекомендуют предварительно демонстрировать иллюстрации пациентам, чтобы узнать их мнение и внести коррективы. В настоящее время необходимо осваивать новые методы, позволяющие пациентам людям лучше усваивать знания, активно и стабильно применять их на практике [8, с. 38].

Таким образом, терапевтическим подходом, повышающим медицинскую и экономическую эффективность лечения пациентов, является осуществление пациентами самоконтроля заболевания, которому их надо обучать. За последние годы разработаны и внедрены различные структурированные программы обучения, которые являются методологическим базисом обучения. В России с 1989 г. широко применяются программы обучения, разработанные сотрудниками Эндокринологического научного центра. Существует многочисленный опыт применения различных форм обучения: групповое и индивидуальное, проводимое в условиях стационара и амбулаторно. Наиболее эффективна форма обучения в группах из 7-10 человек. В процессе обучения необходимо использовать наглядные материалы и специализированную литературу для пациентов.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

2.1. Методика исследования

Для исследования роли медицинской сестры в профилактике сахарного диабета было проведено анкетирование с дальнейшей обработкой полученных данных. Место проведения исследования: ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода». В исследовании принимали участие пациенты эндокринологического отделения данной организации. Выборка: анкетированием было охвачено 30 пациентов сахарного диабета 2 типа. Процедура и метод исследования: анкетирование проводился методом личного интервью по заранее составленной анкете из 20 вопросов.

2.2. Результаты собственного исследования

В опросе приняли участие 30 пациентов с диагнозом сахарный диабет, из них 40% мужчин; 60% женщин (Рис. 2).

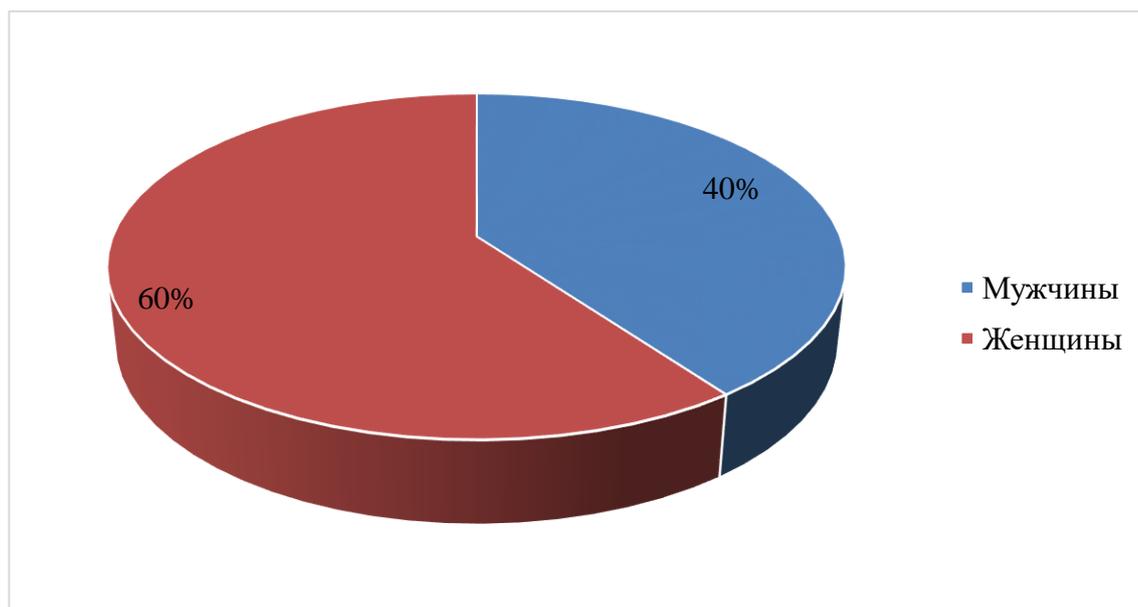


Рис. 2. Распределение респондентов по полу

Респонденты имели следующий возраст: 18-29 лет – 13%; 30-39 лет – 10%; 40-49 лет – 47%; 50 лет и старше – 30% (Рис. 3).

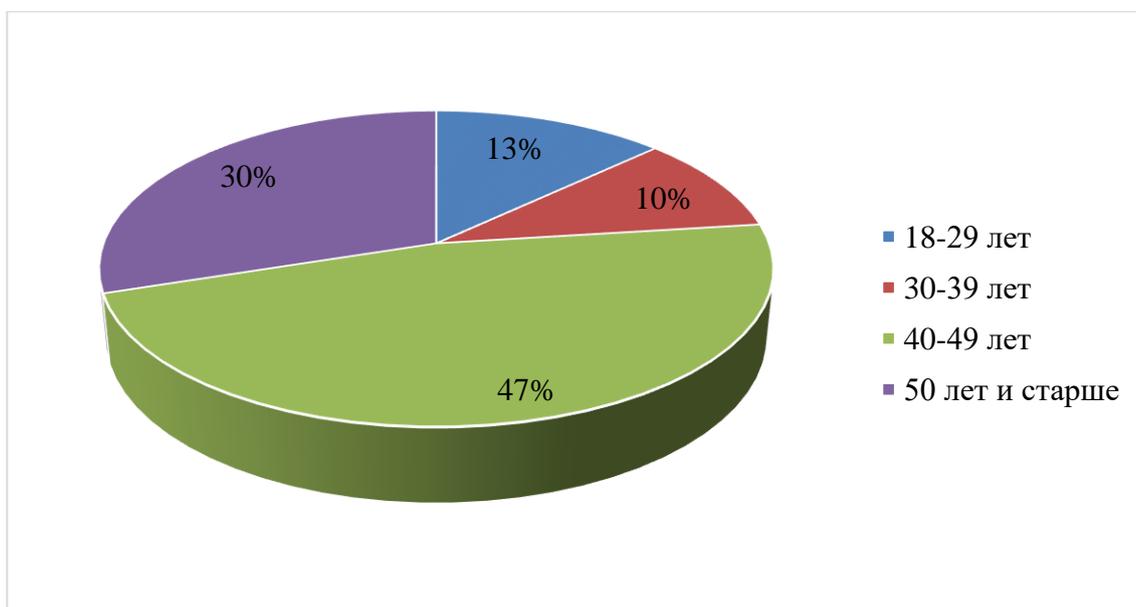


Рис. 3. Распределение респондентов по возрасту

Из числа анкетированных 47% имеют высшее образование, 13% - неоконченное высшее, среднее специальное - 40% (Рис. 4).

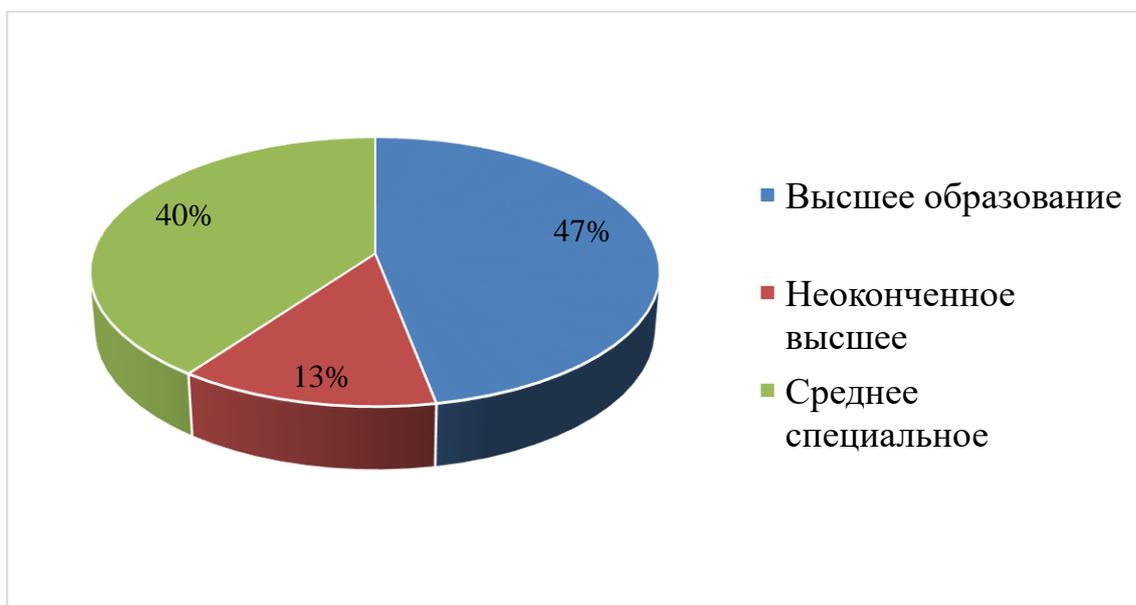


Рис. 4. Образование респондентов

По результатам исследования 60% респондентов проживают в городе, 25% - в селе, 15% в поселке (Рис. 5).

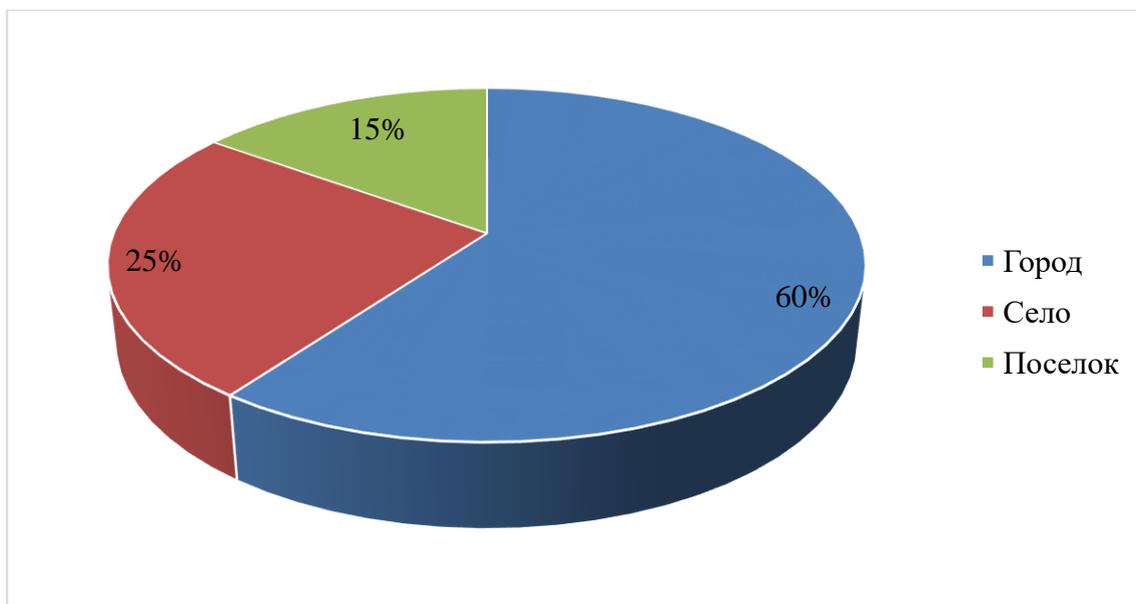


Рис. 5. Место проживания респондентов

По длительности сахарного диабета респонденты распределились следующим образом: до 1 года – 30%, от 1 до 5 лет – 20%, от 5 до 10 лет – 40%, более 10 лет – 10% (Рис. 6).

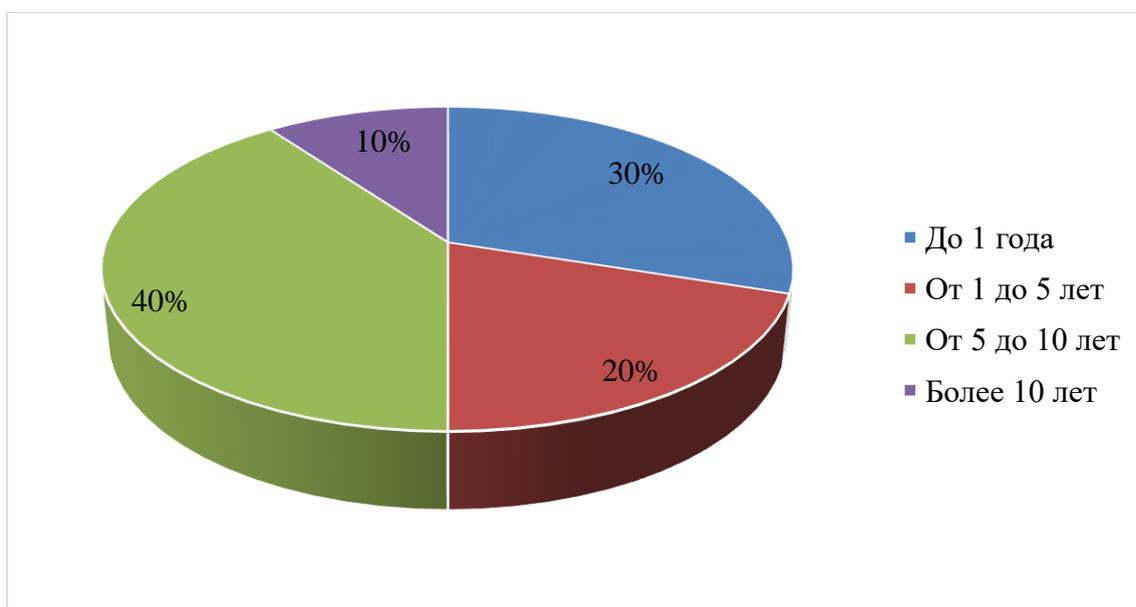


Рис. 6. Длительность сахарного диабета

Прогноз заболевания и работа медицинской сестры зависят от типа сахарного диабета, в связи с этим пациенты были распределены на две группы.

Количество респондентов с I типом сахарного диабета составило 37%, с II типом сахарного диабета- 63% (Рис. 7).

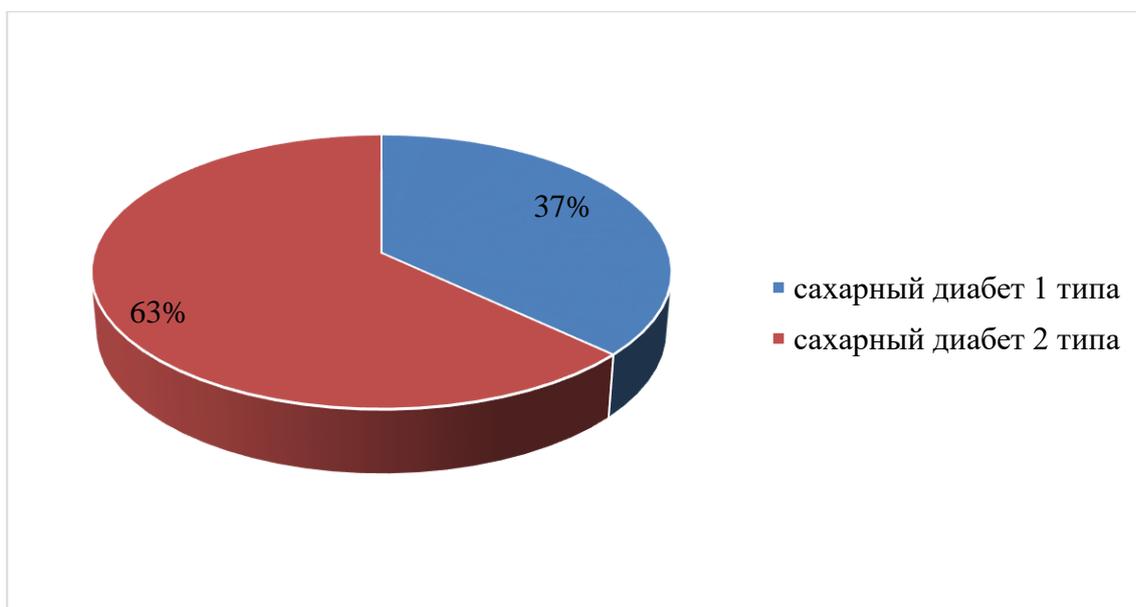


Рис. 7. Типы диабета

При ответе на шестой пункт анкеты 47% указали, что принимают сахароснижающие препараты, 53% - инъекции инсулина (Рис. 8).

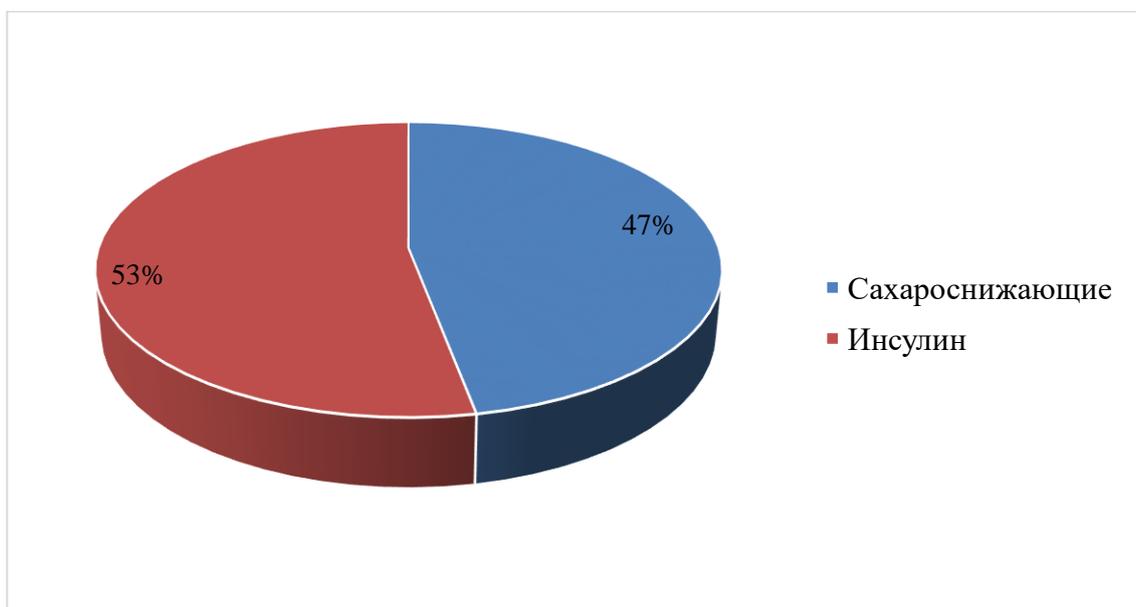


Рис. 8. Вариант лечения

Влияние получаемого лечения (сахароснижающие препараты, инъекции) на жизнь пациентов: 83% респондентов ответили, что получаемое лечением

оказывает влияние на их жизнь, 17% ответили, что не оказывает влияние на их жизнь (Рис. 9).

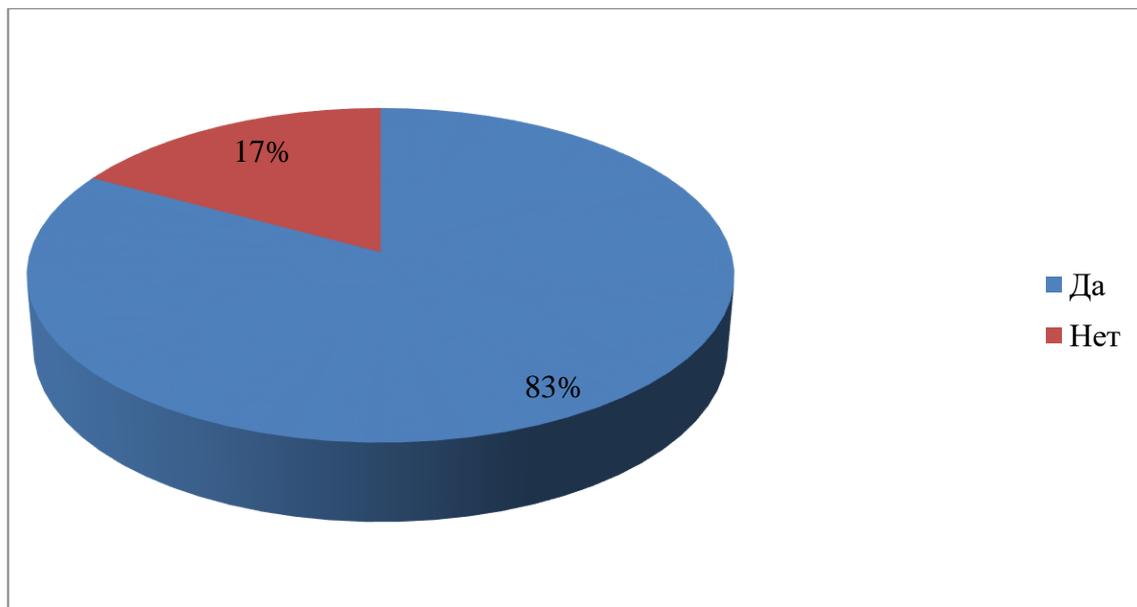


Рис. 9. Влияние получаемого лечения на жизнь пациентов

Количество обследованных респондентов, имеющих избыточную массу тела, составило 80%, не имеют проблем с весом только 20% опрошенных (Рис.10).

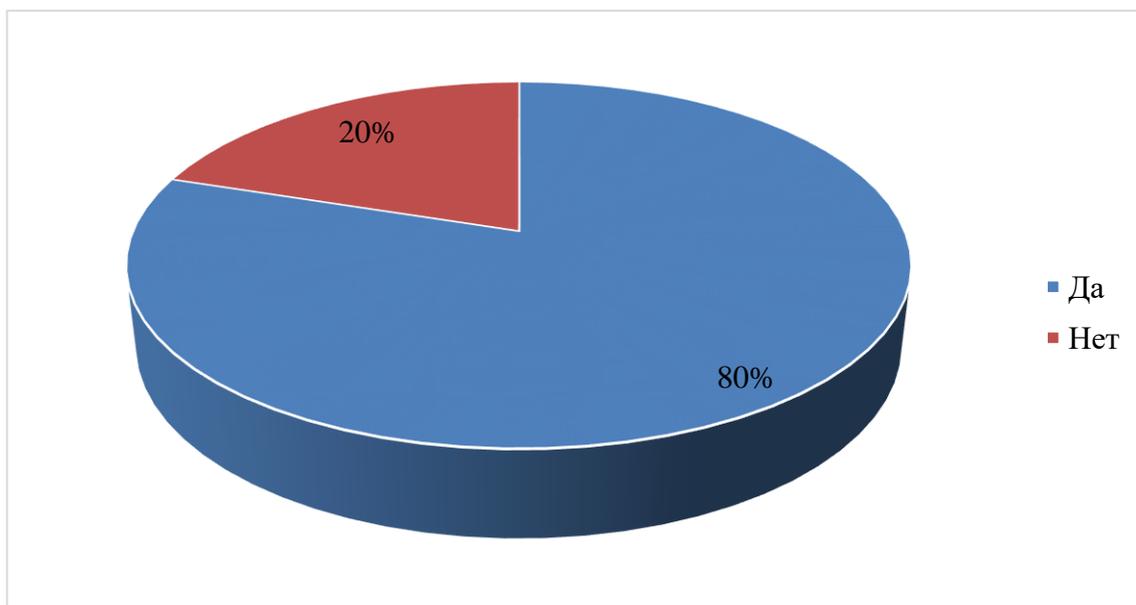


Рис. 10. Наличие лишнего веса у респондентов

При этом специальную диету строго соблюдают только 20% респондентов; иногда - 33%; 47% диету не соблюдают (Рис. 11).

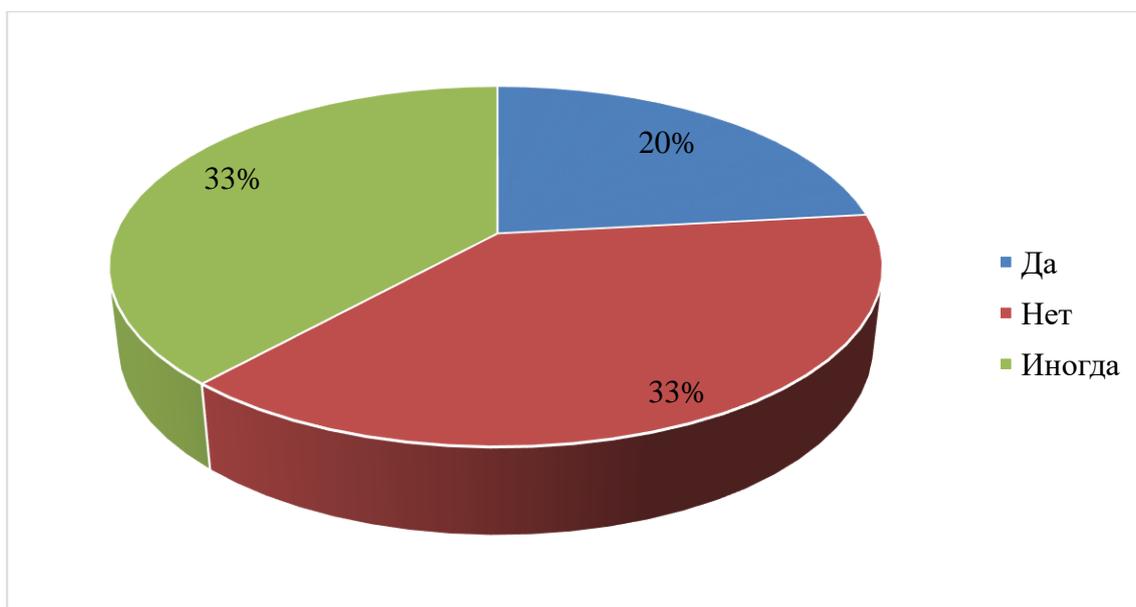


Рис. 11. Соблюдение диеты пациентами

Среди пациентов, с которыми проводилась исследовательская работа, курили 47%, периодически употребляли алкогольные напитки 53%. Вредных привычек не имеют только 33% опрошенных (Рис. 12).

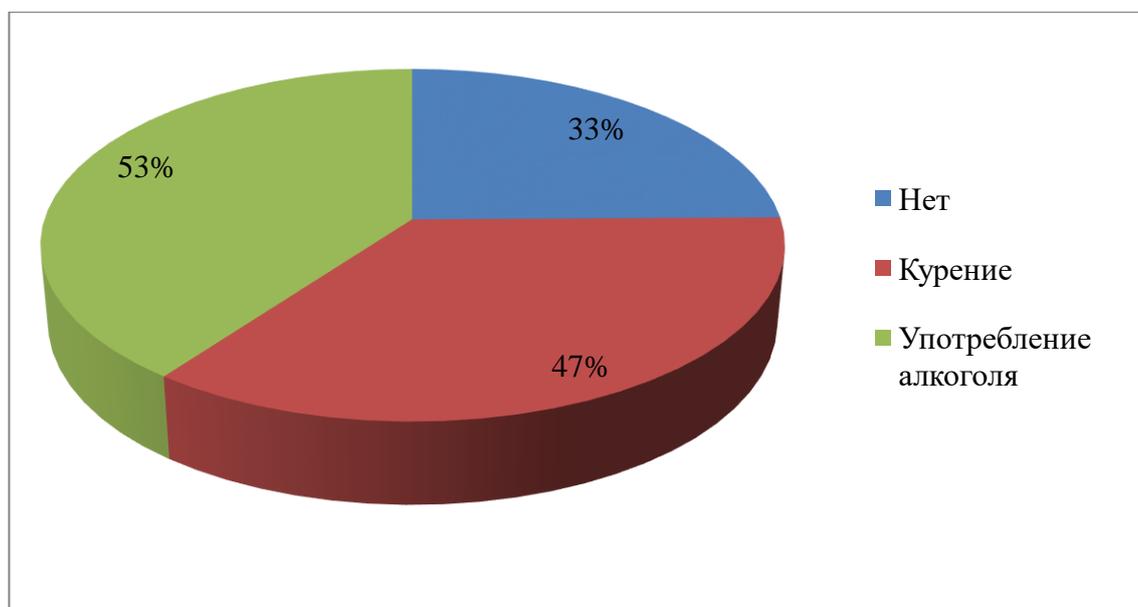


Рис. 12. Вредные привычки пациентов

При анкетировании удовлетворены проводимым лечением 50% опрошенных; удовлетворены иногда 30%; 20% - не удовлетворены (Рис. 13).

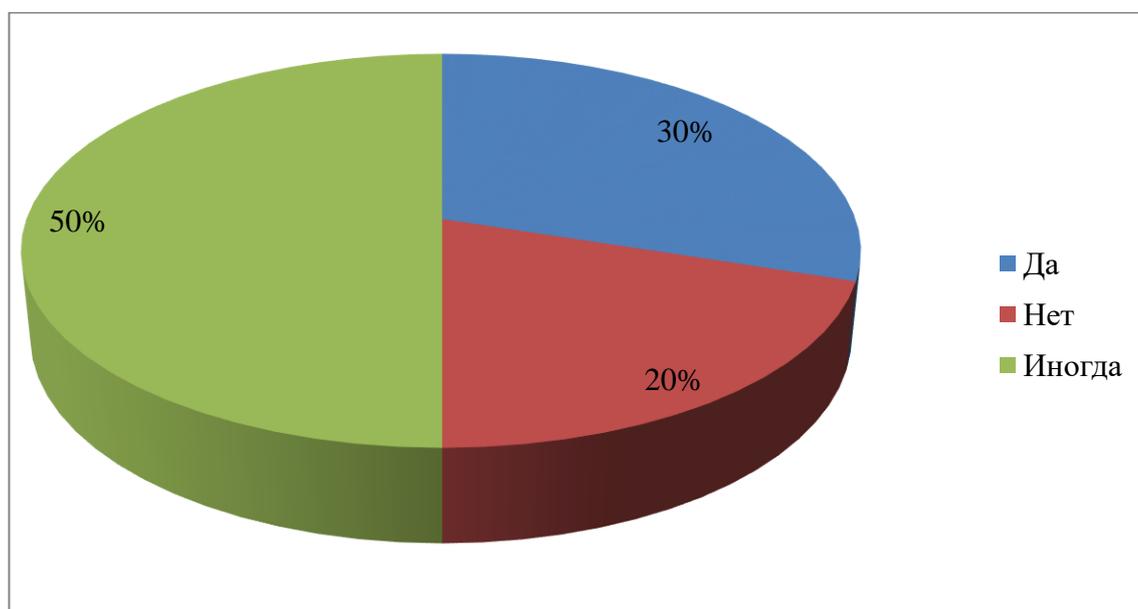


Рис. 13. Удовлетворенность пациентов проводимым лечением

Определение уровня сахара крови тест – полосками: 80% опрошенных пациентов ответили, что регулярно пользуются тест – полосками; 20% - отметили что не пользуются тест-полосками (Рис. 14).

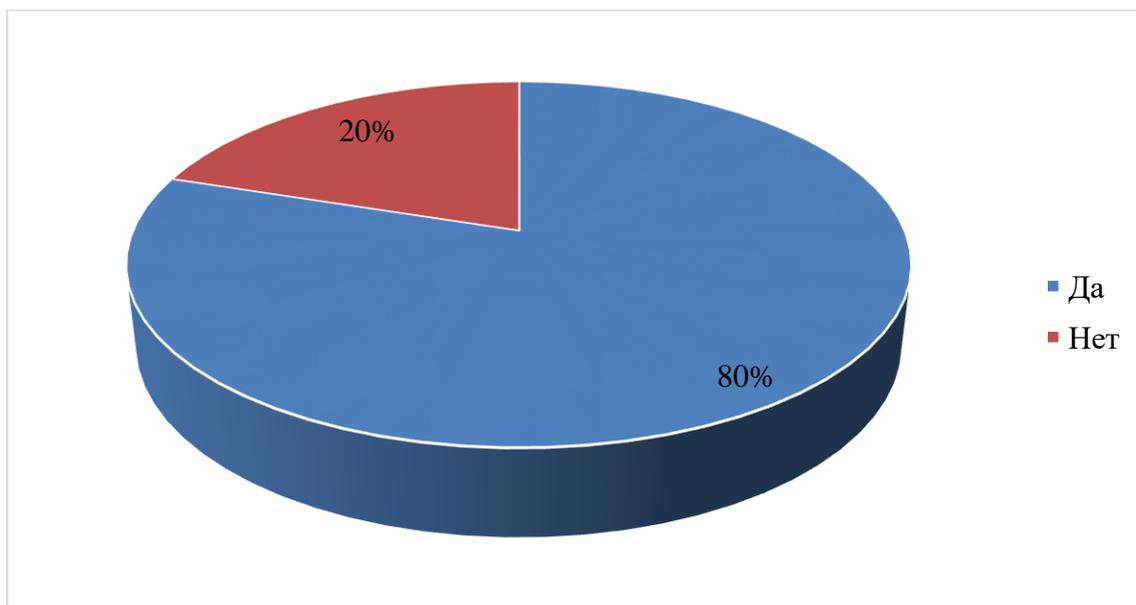


Рис. 14. Регулярность использования тест-полосок

Результаты исследования показали, что 73% имеют в своем распоряжении глюкометр, а 27% не имеют глюкометр (Рис. 15).

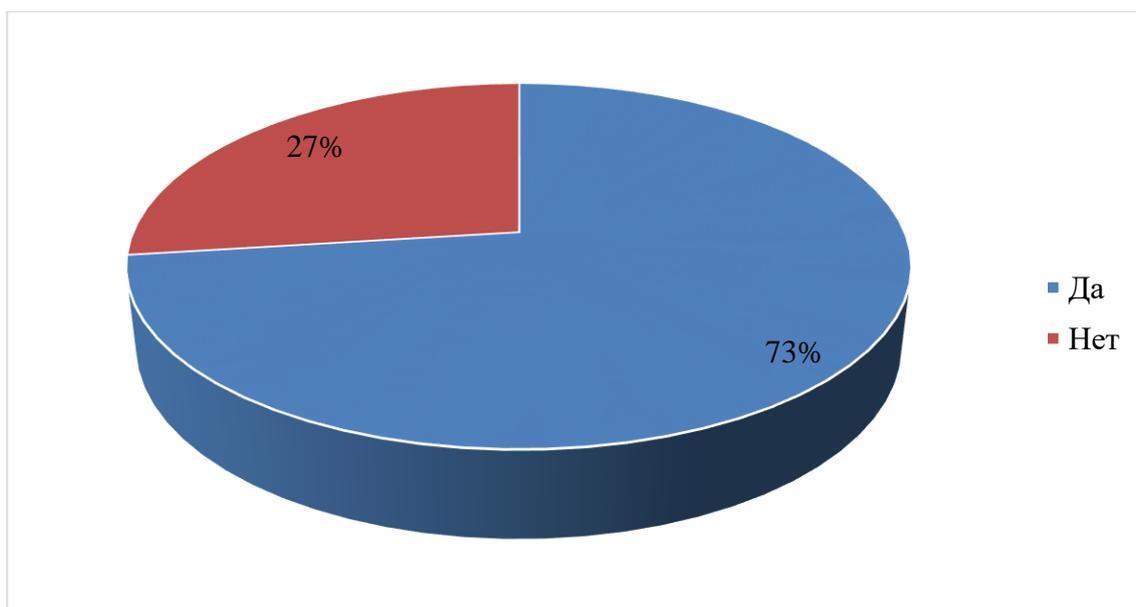


Рис. 15. Использование глюкометра

Посещение пациентами школы сахарного диабета: 50% посещали школу сахарного диабета, 30% - не посещали, 20% - иногда посещали школу сахарного диабета (Рис. 16).

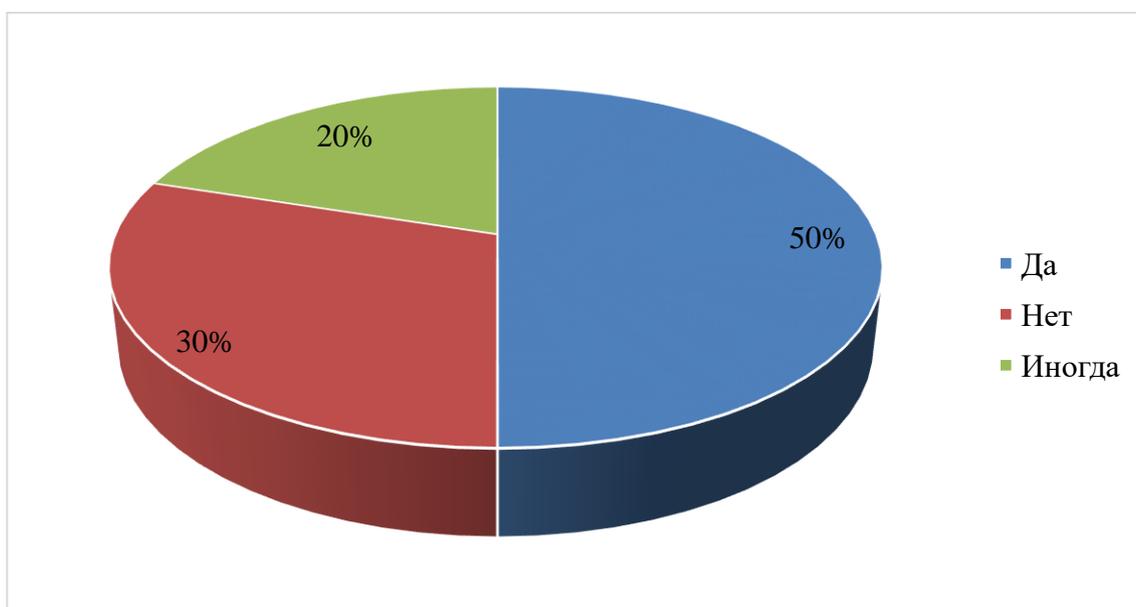


Рис. 16. Посещение школ сахарного диабета

Достаточность знаний о сахарном диабете и методах профилактики обострений: респонденты распределились следующим образом ответ «Да» отметили 40%, «Нет» - 60% респондентов (Рис. 17).

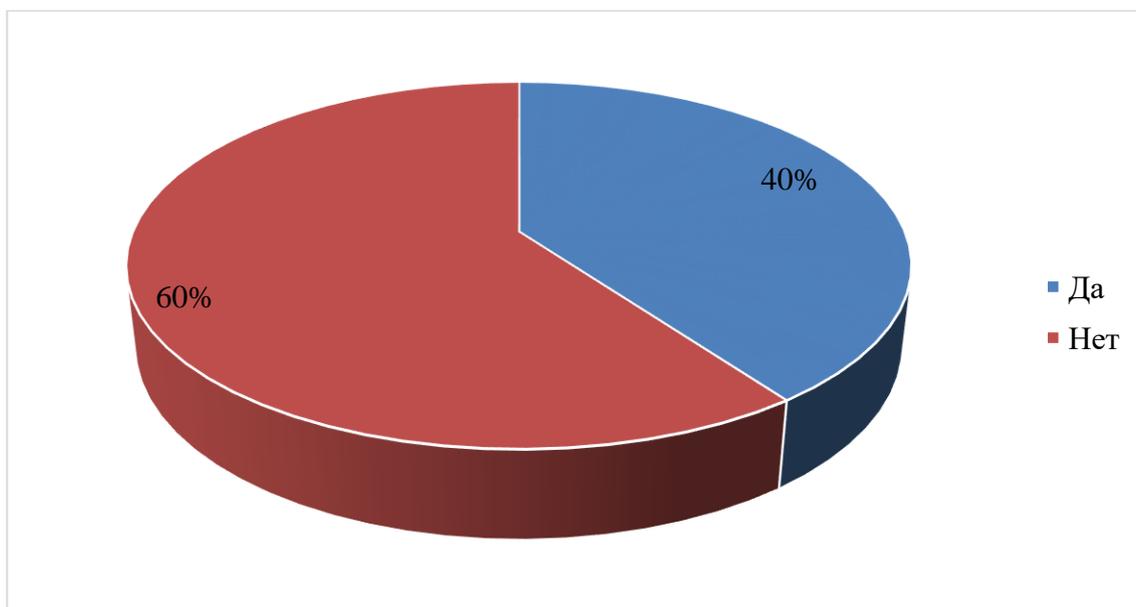


Рис. 17. Знания о сахарном диабете

Соблюдение режима двигательной активности: 10% опрошенных указали, что соблюдают режим двигательной активности, 70% не соблюдают режим двигательной активности, 20% иногда соблюдают режим двигательной активности (Рис. 18).

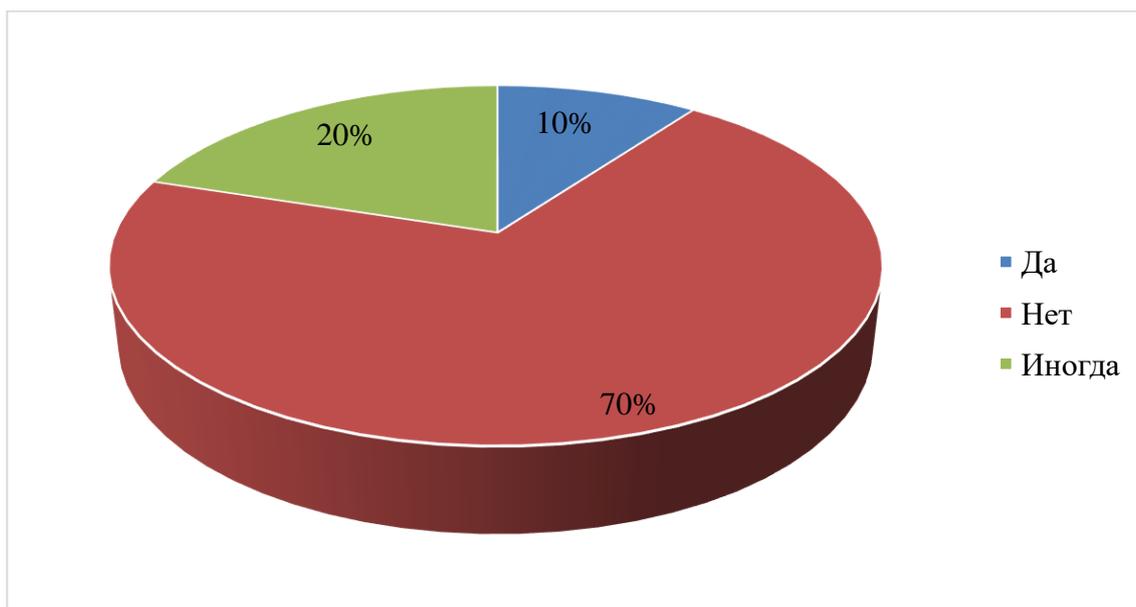


Рис. 18. Соблюдение режима двигательной активности

Исследования показали, что 60% респондентов знают о профилактике, 40% не знают о профилактике сахарного диабета (Рис. 19).

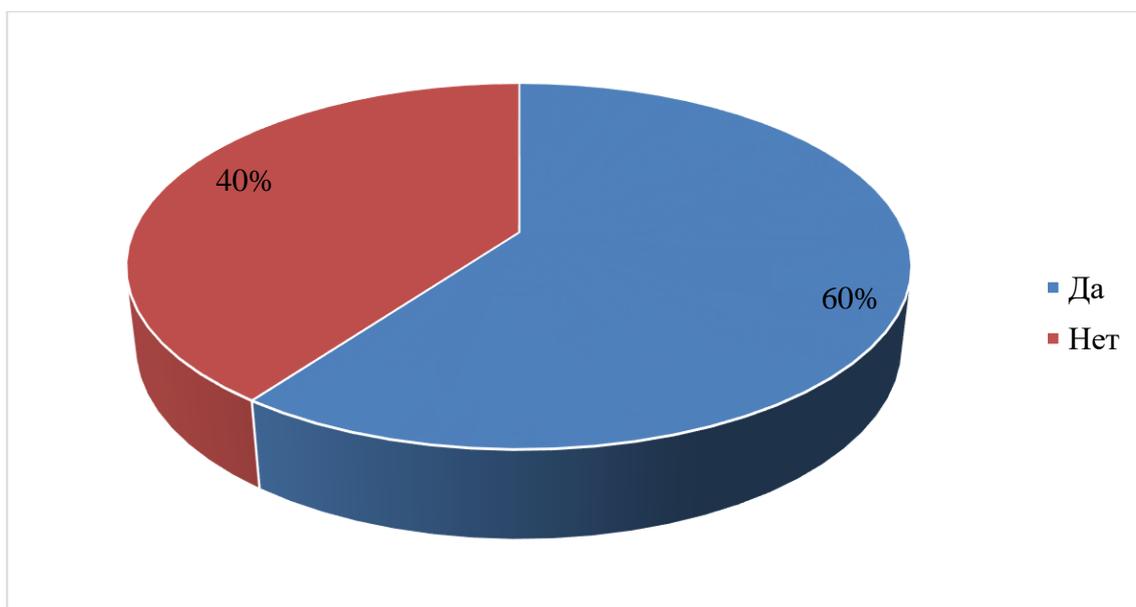


Рис. 19. Знание о профилактике сахарного диабета

Из результатов исследования было выявлено, что 30% респондентов ведут дневник самоконтроля, 50% - не ведут, 20% - иногда ведут (Рис. 20).

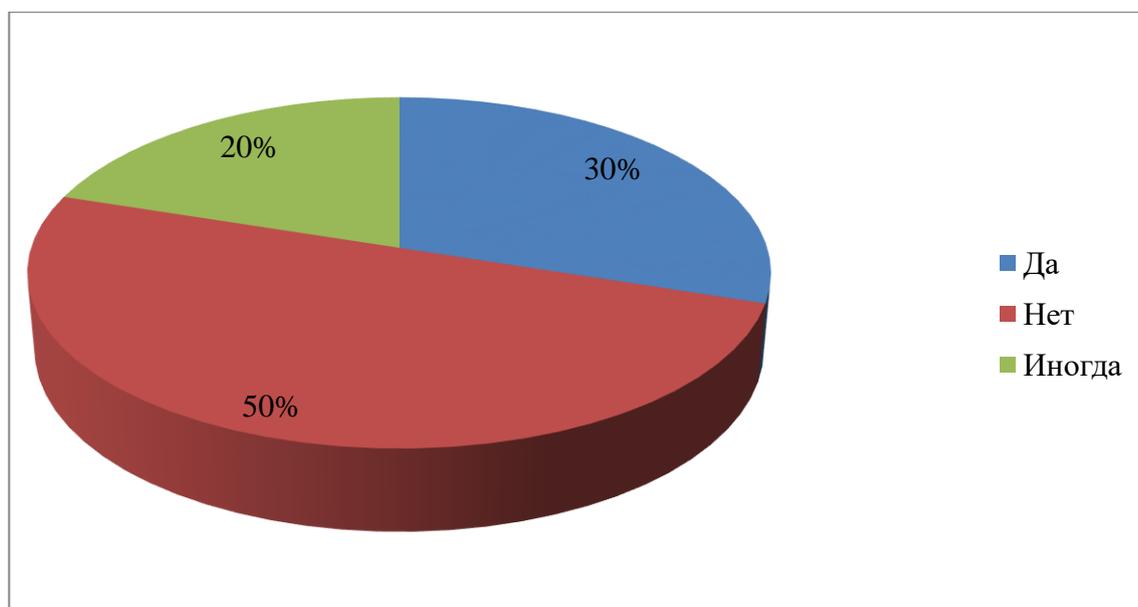


Рис. 20. Введение дневника самоконтроля

Выполнение предписаний врача: 20% опрошенных указали, что полностью соблюдают все предписания врача; 50% респондентов признали, что не соблюдают предписания врача и 30% иногда соблюдают предписания врача (Рис. 21).

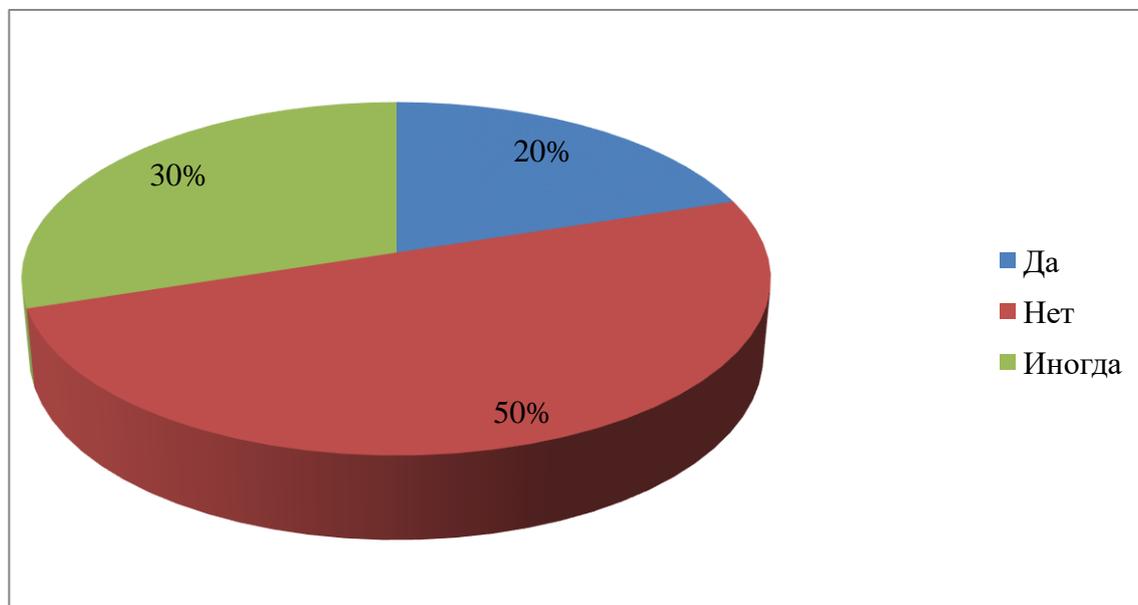


Рис. 21. Соблюдение предписаний врача

Выводы:

1) В ходе исследовательской работы у 85% пациентов с сахарным диабетом выявлен дефицит знаний и информации о различных аспектах течения заболевания и его осложнениях. При сахарном диабете данная проблема является одной из ведущих, так как может привести к неправильной тактике поведения пациента и его семьи в неотложной ситуации, недооценки степени риска возможных осложнений.

2) 80% пациентов не придавали значения должному самоконтролю уровня гликемии, самочувствия, артериальное давление, массы тела. Медицинские сестры, работающие с пациентами, страдающими сахарным диабетом, должны убеждать своих пациентов в необходимости самоконтроля, который является основой успешного лечения и профилактики осложнений диабета.

3) Только пятая часть всех опрошенных (20%) строго придерживаются предписаний врача. Остальные 80% пациентов сахарным диабетом не соблюдают диету, что приводит к избыточной массе тела, имею вредные привычки: курят, периодически употребляют алкоголь. При проведении анкетирования все пациенты указали, что были предупреждены лечащим врачом о возможном ухудшении прогноза заболевания при употреблении алкоголя и наличии курения, однако отказываться от этих привычек большая часть опрошенных не желают, возможно, потому что не осознают тяжести последствий этого пристрастия.

4) Все опрошенные считают полезным для себя посещение школы сахарного диабета, желают восполнить и приобрести новые знания о сахарном диабете и методах его профилактики. Однако никто из них никогда не посещал подобную школу, т.к. в районной поликлинике ее нет.

5) Эффективное лечение диабета подразумевает, что врач, медицинская сестра и пациент вместе работают над улучшением состояния пациента и решением проблем, вызванных болезнью. Чтобы пациент с сахарным диабетом мог успешно справляться со своим заболеванием, он должен быть информирован о причинах, признаках, осложнениях и принципах лечения заболевания. Приоритетным направлением в профилактике сахарного диабета при участии медицинской сестры мы считаем создание диабетических школ, осуществляющих обучение пациентов.

2.3. Рекомендации пациентам

1. Правильное питание. Необходимо следить за количеством искусственных добавок, употребляемых в пищу, снижать потребление консервированных продуктов, богатых жирами, углеводами. Рацион должен быть разнообразным, сбалансированным, а также включать фрукты и овощи.

2. Предупреждение инфекционных и вирусных заболеваний, которые являются одними из причин развития сахарного диабета.

3. Отказ от алкоголя и табака. Известно, что вред от этих продуктов огромен для каждого организма, отказавшись от употребления алкогольных напитков, а также курения можно существенно уменьшить риск заболевания диабетом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сахарный диабет – это заболевание, которое развивается вследствие относительного или абсолютного недостатка инсулина или нарушения его взаимодействия с клетками организма, что приводит к стойкому увеличению глюкозы в крови, нарушению углеводного, жирового, белкового обмена. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем.

Сахарный диабет 1 типа признан неизлечимым заболеванием. Диабет 2 типа наиболее часто развивается у людей старше сорока лет, и, как правило, ассоциирован с ожирением. Заболевание прогрессирует медленно.

Главная задача пациента с сахарным диабетом – не допустить развитие осложнений, которые и представляют реальную опасность для здоровья и жизни человека.

Важнейшим достижением диабетологии за последние тридцать лет стало: повышение роли медицинских сестер и организация их специализации по диабетологии; такие медицинские сестры обеспечивают высококачественный уход за пациентами с сахарным диабетом; организуют взаимодействие больниц, врачей общей практики и амбулаторно наблюдаемых пациентов; проводят подготовку пациентов к различным инструментальным и лабораторным методам исследования, а также обучение пациентов.

Работа медицинской сестры имеет свои особенности. Прежде всего, он предполагает процесс взаимодействия с пациентами. Эффект лечения пациентов во многом зависит от отношения медицинских сестер к самим пациентам

Меры профилактики сахарного диабета строятся, исходя из причин его вызывающих. В таком случае целесообразно говорить о профилактике атеросклероза, артериальной гипертензии, включающую борьбу с лишним весом, вредными привычками и пищевыми пристрастиями. Профилактика

осложнений сахарного диабета заключается в предупреждении развития патологических состояний, вытекающих из самого диабета.

Терапевтическим подходом, повышающим медицинскую и экономическую эффективность лечения пациентов, является осуществление пациентами самоконтроля заболевания, которому их надо обучать. За последние годы разработаны и внедрены различные структурированные программы обучения, которые являются методологическим базисом обучения. В России с 1989 г. широко применяются программы обучения, разработанные сотрудниками Эндокринологического научного центра. Существует многочисленный опыт применения различных форм обучения: групповое и индивидуальное, проводимое в условиях стационара и амбулаторно. Наиболее эффективна форма обучения в группах из 7-10 человек. В процессе обучения необходимо использовать наглядные материалы и специализированную литературу для пациентов.

Для исследования роли медицинской сестры в профилактике сахарного диабета было проведено анкетирование с дальнейшей обработкой полученных данных.

В ходе исследовательской работы у 85% пациентов с сахарным диабетом выявлен дефицит знаний и информации о различных аспектах течения заболевания и его осложнениях. 80% пациентов не придавали значения должному самоконтролю уровня гликемии, самочувствия, артериальное давление, массы тела. Только пятая часть всех опрошенных строго придерживаются предписаний врача. Остальные 80% пациентов сахарным диабетом не соблюдают диету, что приводит к избыточной массе тела, имеют вредные привычки: курят, периодически употребляют алкоголь.

Все опрошенные считают полезным для себя посещение школы сахарного диабета, желают восполнить и приобрести новые знания о сахарном диабете и методах его профилактики. Однако никто из них никогда не посещал подобную школу, т.к. в районной поликлинике ее нет.

Приоритетным направлением в профилактике сахарного диабета при участии медицинской сестры мы считаем создание диабетических школ, осуществляющих обучение пациентов.

Основной задачей школы является максимальное ознакомление пациентов с сахарным диабетом, возможностях его лечения, правильным питанием и диабетических диетах. На основе проведенного исследования нами разработан примерный план тематических занятий в школе сахарного диабета.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астахов, Ю.С., Диабетологические центры – новый этап в создании специализированной помощи пациентам с диабетической ретинопатией [Текст] / Ю.С. Астахов, Ф.Е. Шадричев. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 642 с.
2. Гончарова, О.В., Значение «Школ сахарного диабета» в профилактике сахарного диабета и его осложнений у детей и взрослых [Текст] / О.В. Гончарова, Н.В. Зимина, Р.И. Девишев. – Спб., 2017. – 278 с.
3. Гурвич, М.В., Диета при сахарном диабете [Текст] / М.В. Гурвич. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 288 с.
4. Двойнишникова, Факторы эффективности обучения пациентов сахарным диабетом [Текст] / О.М. Двойнишникова, Е.В. Суркова, М.Ю. Дробижев, М.Б. Анциферов. – Саратов, 2015. – 484 с.
5. Дедов, Сахарный диабет [Текст] / И.И. Дедов, Т.В. Саприна, Н.М. Файзулина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 348 с.
6. Дедов И.И., Введение в диабетологию [Текст] / И.И. Дедов, В.В. Фадеев. – М.: Берег, 2016. – 200с.
7. Древаль, А.В., Учебник диабетика [Текст] / А.В. Древаль – М.: Медицина, 2018. – 140с.
8. Калашникова, Н.А., Роль медицинской сестры в профилактике и лечении сахарного диабета [Текст] / Н.А. Калашникова, В.И. Викторова, А.В. Аверин. – Ростов н/Д.: Феникс, 2016. - 603 с.
9. Колуэлл, Дж.А. Сахарный диабет: новое в лечении и профилактике [Текст] / Колуэлл Дж.А.; Дж. А. Колуэлл; пер с англ. М.В. Шестаковой, М.Ш. Шамхаловой. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. – 288 с.
10. Лапик, С.В., Организация сестринских программ профилактики сахарного диабета и его осложнений [Текст] / С.В. Лапик, Ю.И. Павлов, Е.М. Сагадеева. – М.: ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2018. – 224 с.

11. Носкова, В.А., Подготовка сестринских кадров с высшим медицинским образованием для терапевтического обучения пациентов сахарным диабетом [Текст] / В.А. Носкова, Т.В. Поздеева, О.В. Васильева // Казанский медицинский журнал. – 2016. – №4. – 544 с.

12. Питерс-Хармел, Э., Сахарный диабет: диагностика и лечение [Текст] / Э. ПитерсХармел, Р. Матур; пер. с англ. под ред. Н.А. Федорова. – М.: Практика, 2018. - 496 с.

13. Суркова, Е.В., Сахарный диабет 2 типа. Руководство для людей с диабетом. Организация разработчик: ФГУ Эндокринологический научный центр [Текст] / Е.В. Суркова, А.Ю. Майоров, О.Г. Мельникова. – СПб.: ООО «Парголово-Славянская типография», 2016. – 116 с.

14. Хин, П., Сахарный диабет: диагностика, лечение, контроль заболевания: справ. [Текст] / П. Хин, Б.О. Бем; пер. с нем. под ред. А.В. Древалю. – М.: Бино, 2016. - 272 с.

15. Шестакова, М.В., Обучение пациентов сахарным диабетом 2 типа: рук. [Текст] / М.В. Шестакова, Е.В. Суркова, А.Ю. Майоров; Минздравсоцразвития РФ, Федеральное агентство по здравоохранению, ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологий. – М.: Перспектива, 2017. - 116 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА

Просим вас принять участие в проведении данного исследования и ответить на вопросы анкеты. Исследование анонимное. Результаты будут использоваться только в научных целях.

Ответьте на представленные ниже вопросы по вопросам организации профилактики сахарного диабета (выбранный ответ обведите кружком).

1. Пол: а) *мужчина* б) *женщина*
2. Возраст: а) *18-29 лет* б) *30-39 лет* в) *40-49 лет* г) *50 лет и старше*
3. Ваше образование: а) *Среднее*; б) *Среднее специальное*; в) *Неоконченное высшее*; г) *Высшее*
4. Место жительства: а) *город* б) *село* в) *поселок*
5. Длительность сахарного диабета: а) *до 1 года* б) *от 1 до 5 лет* в) *от 5 до 10 лет* г) *более 10 лет*
6. Диабетом какого типа вы болеете? Вариант ответа: а) *Сахарный диабет I типа*; б) *Сахарный диабет II типа*
7. Какое лечение вы получаете? Вариант ответа: а) *сахароснижающие препараты*; в) *инсулин*
8. Получаемое Вами лечение (сахароснижающие препараты, инсулин) оказывает влияние на Вашу жизнь? Вариант ответа: а) *Да* б) *Нет*
9. Отмечаете ли Вы увеличение массы тела? Вариант ответа: а) *Да* б) *Нет*
10. Придерживаетесь ли Вы диеты? Вариант ответа: а) *Да* б) *Нет* в) *Иногда*
11. Имеете ли вы вредные привычки? Вариант ответа: а) *Нет*; б) *Курение*; в) *Употребление алкоголя*
12. Вы довольны результатами проводимого лечения? Вариант ответа: а) *Да*; б) *Нет* в) *Иногда*
13. Пользуетесь ли Вы регулярно тест-полосками для определения уровня сахара? Вариант ответа: а) *Да*; б) *Нет*
14. Имеете ли Вы в своем распоряжении глюкометр? Вариант ответа: а) *Да*; б) *Нет*
15. Посещали ли Вы школу сахарного диабета? Вариант ответа: а) *Да* б) *Нет* в) *Иногда*
16. Достаточно ли вам Ваших знаний о сахарном диабете и методах профилактики обострений? Вариант ответа, а) *Да* б) *Нет*
17. Соблюдайте ли Вы режим двигательной активности? а) *Да*; б) *Нет* в) *Иногда*
18. Знаете ли Вы о профилактике сахарного диабета? а) *Да* б) *Нет*
19. Ведете ли Вы дневник самоконтроля? Вариант ответа: а) *Да*; б) *Нет*; в) *Иногда*
20. Всегда ли вы соблюдаете рекомендации по лечению и образу питания? Вариант ответа: а) *Да*; б) *Нет*; в) *Иногда*.

Спасибо, что приняли участие!