

# A cukorbetegség gondozásának leggyakoribb problémái



Sebestyén Júlia

**A** diabetes mellitus incidenciájának és prevalenciájának emelkedése növekvő népegészségügyi feladatot jelent.

A 2-es típusú diabetes mellitus leggyakrabban metabolikus szindróma részeként jelenik meg, a várható macro-, microangiopathiás és polyneuropathiás szövődmények miatt a legnagyobb cardiovascularis morbiditást és mortalitást okozza. Ezt minden érintett – döntő módon az alapellátásban és a belgyógyászat területén dolgozó – orvos tudja; mégis, a cukorbetegség kezelésében sok hiányosság mutatkozik.

Az alapellátásnak és a szakellátóknak a lehető legjobb ellátás érdekében szoros együttműködésben kell dolgozniuk. Spontán szerveződött diabetesambulanciák – ahol leggyakrabban kórházi osztályon is dolgozó kollégák rendelkeznek – igyekeznek eleget tenni a fokozódó igényeknek.

## Nem anyagi gondok

Az anamnézis felvétele során sokszor szembesülünk a következő tényekkel:

A vizsgált beteg a diagnózis ellenére nem tud cukorbetegnek.

Nem tartja magát cukorbetegnek, de a felsorolt gyógyszerek között például sulphonylurea is szerepel.

Nem tartja magát cukorbetegnek, mert „jó a cukra”.

A beutalón kívül semmilyen dokumentációja nincsen.

Dokumentációját nem viszi magával, még a kórházba sem.

Néha éveken át nem történik nála laboratóriumi vérvétel.

Gyakran éveken át nem határozzák meg laboratóriumban postprandialis vércukorszintjét.

Gesztációs diabetes mellitus diagnózisát követően nincs reklassifikáció.

A beteget csak néhány szóval tájékoztatták a diétáról. Elmondták a betegnek a diétát, de nem értette.

## Teendők

Az optimális eredmény eléréséhez korrekt szakmai ellátás, edukáción alapuló jó betegkooperáció, segítő társadalom-egészségügyi közeg szükséges.

## Szakmai ellátás

A diabetes mellitus kórismézésével, a cukorbetegség kezelésével és gondozásával (valamint a metabolikus szindrómával) kapcsolatban a Magyar Diabetes Társaság minden részletre kiterjedő módszertani levelet adott ki, a szakmai ellátást ennek alapján kell végezni mind az alapellátásban, mind a diabetológiai gondozókban (1–3).

Világosan meg kell fogalmaznunk mind saját magunk, mind a beteg számára (és a dokumentációban) a dysglykaemia típusát [IFG (kóros éhomi vércukorszint), IGT (csökkent glükóztolerancia), 1-es vagy 2-es típusú cukorbetegség], a metabolikus szindróma már manifesztálódott eltéréseit, és az ezekből következő kockázatot.

Ha ezek fennállnak, a beteget gondozni kell. Ne bízzuk a betegre az orvoshoz fordulás szükségességének eldöntését! Legalább a diagnózis felállításakor, a terápia váltásoknál, az inzulinkezelés kezdetekor és annak folyamán meghatározott időközönként diabetológiai szakvizsgálat ajánlott.

A diabetológiai gondozás csapatmunkát feltételez; minimális személyi feltételként csapattagok: a diabetológus orvos, a diabetológiai szakasszisztensek és a dietetikus, optimális esetben a podiáter, a gyógytornász, a pszichológus is. Szoros együttműködésben dolgozunk továbbá a szemésszel, szükség esetén kardiológussal, nefrológussal stb. A diabetológiai szakellátó helyek a Magyar Diabetes Társaság akkreditációja alapján működnek (4).

Az alapellátásnak és a szakellátóknak a lehető legjobb ellátás érdekében szoros együttműködésben kell dolgozniuk.

Több szakorvos által gondozott, illetve konzultált beteg esetén elengedhetetlen a korrekt dokumentáción alapuló, írásos információátadás! E nélkül nagy hibák csúszhatnak az ellátásba: felesleges, párhuzamos vizsgálatok, azonos hatóanyagok egyidejű szedése, veszélyes gyógyszer-kombinációk alkalmazása. A gyógyszerpaletta bővülésével, a generikumok és a fix gyógyszer-kombinációk számának szaporodásával ennek lehetősége gyorsan nő!

Az alapellátás felől áramló információk néha hiányosak, a beutalón legfeljebb a diagnózis szerepel, néha az sem. Minden adatra, de különösen a vércukorértékek korábbi alakulására nagy szükség van a vélemény kialakításához.

A glykaemiás kontroll megítélésében elengedhetetlen a postprandialis vércukorszint vizsgálata. Ha éveken át csak az éhomi vércukorértéket vizsgáljuk, és az 7–10 mmol/l közötti – amely tény a hétköznapi megítéléssel szemben nem megnyugtató –, az étkezés utáni vércukorérték messze a kóros tartományban mozoghat, ez maga után vonja az ismert szövődmények kialakulását. A terápia hatásosságának megítélésére a glükómméterrel mért vércukorérték fontos információt jelent, de megbízható adatot a laboratóriumi meghatározás ad.

Döntő mozzanat lehet a beteg életében, hogy a diagnózissal szembesülés utáni első időszakban megfelelő módon kapjon információkat a betegségről, figyelembe véve annak szomatikus és pszichoszociális összetevőit. A komplex betegoktatás az alapellátásban nem illeszthető be a rendelési időbe.

A diabetológiai szakellátó helyeken kellő időtartamot kell biztosítani a diagnózis, a fennálló szövődmények tisztázására, a terápia meghatározására, a komplex betegedukációra és újraoktatásra.

A jelenlegi finanszírozási körülmények között komoly problémát jelent a működő gondozók fenntartása is, pedig a hálózat továbbfejlesztése égetően szükséges lenne.

Ne veszítsük szem elől az IGT diagnózisa után a beteget, aki az edukáció ellenére nemritkán évek múlva kerül újra elő tovább növekedett testsúllyal, 2-es típusú cukorbetegségre jellemző vércukorértékkel és szövődményekkel.

Gesztációs diabetes mellitus (GDM) után a beteget reklaszifikálni kell, a GDM valószínű prediktora egy későbbi 2-es típusú cukorbetegségnek.

## A betegek képzése

A beteg együttműködésének megnyerése alapvető fontosságú, a sikeres kezelés szempontjából elengedhetet-

len feltétel. Ennek útja a betegedukáció; ennek során a betegben – megfelelő információk átadásával – motivációt kell ébreszteni, és azt mindvégig fenntartani. Fel kell mérni és figyelembe kell venni a beteg lelki teherbíró képességét – a hallott információk kellően erőteljesek, de ne ijesztőek legyenek –, valamint a lelki folyamatok időbeni változását (háritás, elzárkózás, elfogadás, reménytelenség).

Ha megfelelően részletes és pontos adatokat közlünk a beteggel, ha elmondjuk az állapotból következő szövődményi valószínűségeket, a kezelés menetét (a diéta-fizikai aktivitás-gyógyszer-szedés egységét), a célértékek elérésének szükségességét és lehetőségét, a betegség várható lefolyását – elviekben számíthatunk a kooperációra.

Megjegyzendő ugyanakkor, hogy az egyszeri oktatás hatékonysága kicsi, a következő viziteken az elmondott információ tört részére emlékszik a beteg. Az edukációnak folyamatosnak kell lenni!

A lehetséges megoldások egyike lenne a gondozókban tartott tanfolyam; a jelenlegi működési keretek között ez a dolgozók munkaidőn túli többletmunkáját igényli, és a betegek érdeklődése is sokszor csekély.

A beteg figyelmét (ismételten is) fel kell hívni arra, hogy a rendelkezésre álló dokumentumokat – zárójelentés, ambuláns lapok, leletek – meg kell őriznie, a vizitre azokat magával kell vinnie, a szedett gyógyszereket pontosan fel kell tudni sorolni, vagy az ott-hon leírt pontos listát magával kell hoznia. Ez gyakran nem történik meg, annak ellenére, hogy erre a beteget például a behívó papíron, írásban kérjük. A szedett gyógyszerek pontos ismerete nélkül a szakorvosi konzultáció eredménytelen lehet.

## Egészségügyi kultúra

A sok új ismeret befogadása, megértése és a hallott információk alkalmazása sokkal könnyebb olyan társadalmi közegben, ahol az állampolgárok számottevő egészségügyi tudással rendelkeznek. Az iskolai oktatásnak, az írott és elektronikus médiának szerepet kell vállalni az egészségügyi ismeretek terjesztésében. A prevenció terén is a társadalom egészségtudatos magatartása lenne a leghatékonyabb eszköz.

Ne bízzuk  
a betegre az  
orvoshoz  
fordulás  
szükségességé-  
nek eldöntését!

Az egyszeri  
oktatás  
hatékonysága  
kicsi,  
a következő  
viziteken az  
elmondott  
információ tört  
részére  
emlékszik  
a beteg.

## IRODALOM

1. Módszertani levél. A diabetes mellitus kórismézése, a cukorbetegségek kezelése és gondozása a felnőttkorban. *Diabetologia Hungarica* 2002;10(1):49-67.
2. A Magyar Diabetes Társaság Metabolikus Munkacsoportja. A metabolikus szindróma definíciója, diagnosztikai kritériumrendszere és szűrése. *Orv Hetilap* 2002;143:785-8.
3. A Magyar Diabetes Társaság Metabolikus Munkacsoportja. A metabolikus szindróma terápiaja. *Orv Hetilap* 2003;144:1145-52.
4. A diabetológiai szakellátóhelyek akkreditációjának elve. *Diabetologia Hungarica* 2003;11(4):314-48.