

szervezett intézményben, erre a munkára szakirányú főiskolán kiképzett szakemberekkel, mert kiszámítható hogy ez költségkímélőbb, mint a rosszul együttműködő betegek ilymódon elkerülhető hospitalizációja (27). Az oktatók a tanfolyam elvégzetése és a betegek vizsgáztatása után a betegeket otthonukban is utánkövetik, tovább oktatják, ellenőrzik. (3, 4, 9, 10, 12, 16, 22, 23, 24, 32, 33, 35).

A betegoktatás *folyamatossága és interaktivitása* igen fontos, mivel növeli a betegek odafigyelését, javítja compliance-üket, növeli a kövér betegek súlyvesztését (12, 29, 34), sőt maguk a betegek is fontosnak tartják az oktatás, gondozás folyamatosságát (31). Ez nem pótolható szórólappal (20). Kidolgoztak már a beteg önellenőrzésére telemetrikus programot is (30).

A 2 DM-os betegek nevelése még a nagyobb odafigyelés és a kidolgozott korszerű metodika és a végrehajtásához szükséges apparátus megléte mellett sem könnyű feladat, amint azt az egyik közlemény címe is jelzi: *Diabetes education and insulin therapy: when will they ever learn?* (18).

Hazánkban a betegoktatás fontosságát már régen felismerték. Vértés már 1979-ben leszögezi: „Az egészségnevelés szükségességét az adja, hogy a cukorbetegség egyensúlyban tartása, gondozása a felvilágosítás színvonalának függvénye” (32). Sokkal korábban, 1935-ben írta Benedict és Kemény: „...az egész klinikai kezelés gyakorlati eredménye elsősorban attól függ, miként tudja a beteg a klinikán nyert tanácsokat életmódjába beilleszteni” (cit 32). Sajnos a valóságban az előző honi vizsgálatok szerint is elkésérítően hiányosak a betegek ismeretei, bár voltak próbálkozások a 2. DM betegek intenzív nevelésére (7, 8).

Saját felméréseink szerint, ha ez még lehetséges egyáltalán, e téren a helyzet tovább romlott. Az egészségnevelés korábbi intézményrendszereinek (TIT és Vöröskereszt) ezirányú tevékenysége virtuálissá vált. Sajnos a profitorientált médiumok, de még a közszolgálatiak sem partnerek a lakosság, így a 10%-nyi cukorbeteg populáció egészségnevelésében.

A helyzetet súlyosbítja az a mára egyre világosabban látható tény, hogy a 2. DM egy feltartóztathatatlanul progrediáló betegség, amelynek előrehaladását lassítani csak a *jól együttműködő, az utasításokat és étrendet pontosan betartó, az étrendet megtervezni, életmódját megváltoztatni képes beteg tudja*.

Amint az a nemzetközi és magyar irodalmi adatok egybevetéséből kiderül, sehol sem rózsás a helyzet a 2. DM-os betegek ismeretei, és ebből következően együttműködési készségük terén. Amíg viszont a Lajtán túl vannak szisztémás próbálkozások (10, 23, 24), sportoltatásukkal is foglalkoznak (25), sőt a lakosság szociokulturális sajátosságait is figyelembe veszik (4), addig hazánkban e szempontok még fel sem merültek, pedig nálunk is van 500 000–1 000 000 főnyi kisebbség akik esetében ez utóbbi fontos szempont lenne.

Kétségtelen, hogy a 2. DM-os betegek egészségnevelése számára az országok eltérő gazdasági helyzete, szociokulturális és táplálkozási szokásai, életmódbeli különbségei speciális feladatokat is adhatnak, de vannak közös nehézségek is: a betegség kiderülésének idején az idős betegeknek évtizedek alatt mélyen beléjük rögzült sztereotípiákkal (étkezések száma és ideje, étrend és konyhatechnika, napirend, mozgásszegénység) kellene szakítania. Ennek támogatására lenne szükség a kezdetben igen aktív, majd folyamatosan interaktívá váló egészségnevelésre (3, 10, 12, 13, 26, 29).

A jelenlegi tarthatatlan helyzetben az a különös, hogy preformáltan megvan a 2. DM-os betegek egészségnevelésének az intézményi kerete. Vannak megyei és városi diabétesz gondozók, amelyekben – a betegek utaztatása, zsúfolt várókban óráig való üldögélése után – megtörténnek azok a szükséges időszakos laboratóriumi és kiegészítő szakvizsgálatok, amelyek elvégzésére ill. elvégzetetésére az *alapellátásban is lehetőség kellene, hogy legyen*. Ugyanakkor az éppen aktuálisan kóriszmézett idős cukorbeteg annyi felvilágosítást kap a gondozóban, hogy: „Néni, jó lesz a cukorral vigyázni!” E gondozóknak kellene az egészségnevelés bázisaivá válnia, ahol az *erre főiskolán képzett szakemberek* – tehát nem a gondozó orvosok, – csoportos, interaktív és folyamatos egészségnevelő munkát végeznek, egységes szemlélet és központilag meghatározott irányelvek alapján, szintén központilag rendelkezésre bocsájtott segéd- és dokumentációs anyagok és nem utolsó sorban központilag biztosított, elégséges finanszírozás segítségével. A részvételben a betegeket ill. családjukat is érdekeltté kellene tenni (pl. bonus-malus rendszerrel). Az érdekeltté tett betegektől elvárható lenne hogy meghatározott időnként oktatásokon, sőt diétás gyakorlatokon (konyhatechnika felértékelődése) vegyenek részt. Utóbbiak megnövekedett fontosságát húzzák alá a glikémiás indexről szerzett újabb ismeretek. – Törekedni kellene arra hogy minél több beteg legyen képes megtervezni a saját étrendjét. Ha ez adott idős beteg esetében nem érhető el, legalább kellene számára, az adott kalória keretre szabott recept és étrendkönyvet biztosítani.

Persze az egészségügy érdekeltté tétele is segíthetne. Jelenleg az alapellátás kártyapénzt kap, a gondozók pedig német pontot. Ez a 2. DM betegek gondozásában, inkludive egészségnevelésükben érdektelenséget teremt az alapellátás szintjén, és érdekeltséget a gondozóban történő megjelenés iránt, amibe, a tömeges megjelenés következtében az érdemi egészségnevelés nem fér bele.

Nagy az olyan magányos, idős, elesett betegek száma, akik nem tudnak, nem is akarnak, vagy elfelejtnek előadásokra, foglalkozásokra járni. Sajnos sokan vannak azok is akik ugyan családban élnek, de velük és betegségükkel családjuk nem igazán törődik. Számukra a *diabéteszre külön is kiképzett házi gondozó nővér*