

NEKATERI ASPEKTI ZNANJA BOLNIKOV Z INSULINSKO TERAPIJO

Majda Mori-Lukančič, Franc Mrevlje

UDK/UDC 616.89-08:615.357

WHAT DO INSULIN-TREATED DIABETICS
KNOW ABOUT THEIR THERAPY

DESKRIPTORJI: insulinska terapija; insulin; učenje

DESCRIPTORS: insulin therapy; insulin; learning

IZVLEČEK – Pri 404 bolnikih, zdravljenih z insulinom in rutinsko educiranih, smo z anketo preverili znanje o insulinski terapiji in pojavih v zvezi z njo. Zajeli smo podatke o vrsti in količini insulina, ki ga bolnik ima, načinu aplikacije insulina, samokontroli bolezni, poznavanju glukagona, hipoglikemije in ukrepih v zvezi z njo ter nekaterih zdravstvenih težavah bolnikov, ki pomembno vplivajo na možnost učenja in izvajanja insulinske terapije.

ABSTRACT – The knowledge about insulin therapy and the associated complications were tested in 404 insulin-dependent patients, who had been routinely informed about their treatment. The inquiry was based on a questionnaire asking about the type and dose of insulin, mode of administration, blood glucose self-control, knowledge of glucagon and hypoglycaemia, as well as of measures to be taken when it occurs, and about health problems which may seriously interfere with their gaining knowledge about therapy and with the administration of insulin.

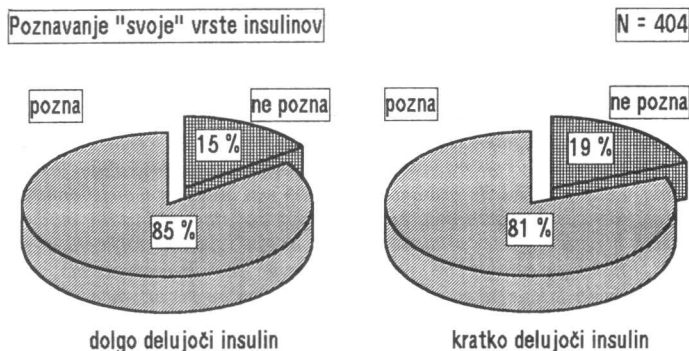
Sladkorna bolezen je tipična kronična bolezen, pri kateri zdravljenje brez bolnikovega sodelovanja ni uspešno. Le motiviran in prosvetljen bolnik je sposoben ob strokovnih nasvetih in pomoči zdravstvenih delavcev obvladati svojo bolezen. Zdravstvena vzgoja je poleg diete, zdravil in telesne dejavnosti eden izmed pomembnih delov zdravljenja.

Znanje bolnikov, zdravljenih z insulinom in rutinsko educiranih, smo preverili z anketo. Spraševali smo o vrsti in količini insulina, ki ga ima, o načinu aplikacije insulina, samokontroli bolezni, poznavanju glukagona, o hipoglikemiji in ukrepih v zvezi z njo ter o nekaterih zdravstvenih težavah bolnikov, ki lahko pomembno vplivajo na možnost učenja in izvajanja insulinske terapije. Namenoma nismo vključili bolnikov, ki so bili educirani po posebnih metodah in tistih, ki so vključeni v raziskave, testiranja in podobno.

Bolniki so bili stari povprečno 53 let, imajo sladkorno bolezen 15 let, insulinsko terapijo pa povprečno 8 let. Od 404 bolnikov jih 15 odstotkov ni prepričanih, da potrebujejo insulinsko terapijo. Bolniki si doma sami aplicirajo insulin (Sl. 1). V času, ko so bili na oddelku in jim je diabetolog določil dozo insulina, so prihajali na učenje aplikacije insulina. Učenje je potekalo skupinsko (največ 6 bolnikov), medicinska sestra- edukator pa jih je educirala po posebnem programu. Prvo uro jim je razložila, kaj je insulin, katere vrste insulinov poznamo, kako jih bodo

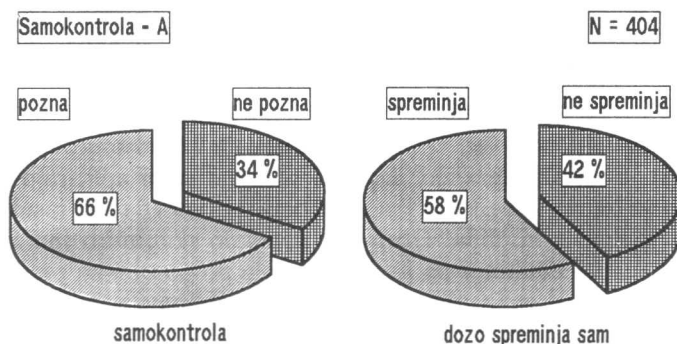
najlažje prepoznali in kako jih morajo shranjevati. Medicinska sestra jih je seznanila z različnimi vrstami brizg in igel, demonstrirala jim je aplikacijo insulina in pokazala mesto vboda. Pribor, ki ga pri injiciranju uporabljajo, morajo bolniki tudi pravilno zavreči. V zadnjem delu druge ure so bili seznanjeni tudi s hipoglikemijo, njenimi znaki, samopomočjo in glukagonom. Dobili so tudi pisna navodila za aplikacijo insulina. Nato so bolniki vadili toliko časa, da so obvladali aplikacijo insulina, s čimer so se tudi že psihično pripravljali na samostojnost v domačem okolju.

Sl. 1. Poznavanje »svoje« vrste insulinov.



Tisti, ki to doma sami opravljajo (84 odstotkov bolnikov), poznajo ime in vrsto insulina, ostali pa ne (4 odstotkom aplicira insulin patronažna medicinska sestra, 12 odstotkom ga dajejo sorodniki). Zelo težko si zapomnijo ime insulina (Insulong GPP pozna 54 odstotkov, 42 odstotkov ne ve, kaj je to, 2 odstotka je odgovorilo narobe). Pribor za enkratno aplikacijo insulina dobijo sladkorni bolniki na recept. 361 bolnikov to ugodnost izkorišča, 28 bolnikov si brizge in igle kupuje v tujini, 7 bolnikov pa pribor še vedno prekuhava. Bolniki, ki si sami aplicirajo insulin, bi morali poznati samokontrolo in si tako sami spreminjati doze insulina. Samokontrolo edukator poučuje individualno. Na koncu enournega razgovora dobi bolnik pisna navodila in dnevnik samokontrole (Sl. 2). Bolniki bi morali spreminjati dozo

Sl. 2. Samokontrola – A.



insulina glede na višino krvnega sladkorja in glede na razliko v višini krvnega sladkorja pred jedjo in eno uro po njej. Normalno se po obroku mešane hrane

glikemija dviga eno uro, v drugi uri pa se pod vplivom insulina znižuje. Krvni sladkor ostaja določen čas previsok, če doza insulina ni v skladu z zahtevami. Krvni sladkor v krvi redno nadzoruje 23 odstotkov bolnikov, 41 odstotkov redko, nikoli pa 36 odstotkov. Krvni sladkor v urinu preverja le 13 odstotkov, redko 24 odstotkov, 35 odstotkov bolnikov pa nikoli.

Za izvajanje samokontrole sladkorja v krvi uporabljamo največ Glukohemotest. Ime testnih lističev pozna le 52 odstotkov bolnikov, 45 odstotkov za to ime še ni nikoli slišalo.

Hipoglikemijo občuti 96,6 odstotka vseh anketirancev. Hipoglikemija je akutna komplikacija sladkorne bolezni. Nastane zaradi preveč insulina in/ali premalo sladkorja. Najpogostejši vzroki so: izpuščen ali prepozen obrok hrane (ni dotoka glukoze), dolgotrajnejši telesni napor, alkohol (zavira neoglukogenezo), previsoka doza insulina. Prvo znamenje hipoglikemije pri anketirancih je tresenje (49 odstotkov), nato se pojavi potenje (45 odstotkov), slabost (34 odstotkov), nezavest (14 odstotkov), meglice pred očmi (12 odstotkov), lakota (11 odstotkov), vročina (12 odstotkov), vrtoglavica (7 odstotkov), mravljinici v rokah in nogah (6 odstotkov), pospešen utrip srca (8 odstotkov) (Tab. 1).

Tabela 1. Hipoglikemija.

| Znak | 1. znak % | 2. znak % | 3. znak % | Skupaj % |
|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Tresenje | 33 | 11 | 5 | 49 |
| Potenje | 21 | 19 | 5 | 45 |
| Slabost | 14 | 14 | 6 | 34 |
| Nezavest | 4 | 4 | 6 | 14 |
| Meglice | 4 | 4 | 4 | 12 |
| Lakota | 4 | 4 | 3 | 11 |
| »Vročina« | 5 | 4 | 3 | 12 |
| Vrtoglavica | 1 | 4 | 2 | 7 |
| Mravljinici | 1 | 3 | 2 | 6 |
| Palpitacije | 2 | 3 | 3 | 8 |

Pri hipoglikemiji damo bolniku eno enoto kruha in eno enoto mleka. Če to ni uspešno, mu damo sladke napitke. Nezavestnemu diabetiku apliciramo intravenozno visoko koncentrirano raztopino glukoze ali intramuskularno injekcijo glukagona. Ko se bolnik zbudi, mora zaužiti ogljikove hidrate za dolgotrajno vzdrževanje glikemije. Glukagon pozna 25 odstotkov bolnikov, le 50 bolnikov ga ima tudi doma, 6 ga je uporabilo vsaj enkrat. 24 odstotkov diabetikov ve, da je glukagon sredstvo za pomoč pri hipoglikemiji, 2 odstotka jih meni, da je sredstvo za določanje glukoze.

Ugotovili smo, da ima 33 odstotkov bolnikov težave z vidom, 36 odstotkov težave z rokami in 42 odstotkov težave s spominom. Pri bolnikih, ki niso prepričani, da jim je insulin potreben ali da si ga ne aplicirajo sami, ne moremo pričakovati dobrega znanja. Ne poznajo testnih lističev, ne opravljajo samokontrole in si po hipoglikemiji ne spreminjajo doze insulina sami. So nesamostojni in so odvisni od diabetologa.

Educiranje starejših bolnikov je objektivno napornejše, znanje je slabše, ker učenje v rutinski obliki za njih ni ustrezno. Znanje bi bilo boljše, če bi ti bolniki imeli možnost, da bi delali po individualnih pogramih z večjim poudarkom na preprostosti, postopnem učenju, ponavljanju in utrjevanju znanja. Pri tem pa bi morali še uporabljati jasne in preproste didaktične pripomočke.

Literatura

1. Kocijančič A. Endokrinologija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1987.
2. Mrevlje F, Medvešček M, Koselj M et al. Sladkorna bolezen: Priročnik za bolnike. Centralni zavod za napredek gospodinjstva, Ljubljana 1983.

Sestavki o arterijski hipertenziji, ki sledijo, so bili objavljeni v Zborniku predavanj za podiplomski tečaj zdravnikov splošne medicine: Arterijska hipertenzija v otroštvu in adolescenci, Ljubljana: Krka, 1989.