

Dietetikai ellátás kardiológiai rehabilitációban

konszenzus

Bozóné Kegyes Réka, Utczás Anna, Fogarasi Éva, Kubányi Jolán,
dr. Simon Attila, dr. Simon Éva

Az alábbiak nevében:

Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

Elnök: Kubányi Jolán,

Magyar Kardiológusok Társasága Prevenációs és Rehabilitációs Munkacsoportja

Vezetőség: Dr. Bakai Judit, Prof. Dr. Czuriga István, Dr. Erdei Ferenc, Dr. Kohut László, Dr. Losonczy István, Dr. Simon Attila, Dr. Simon Éva, Dr. Szabados Eszter, Dr. Szász Károly, Dr. Szelid, Zsolt, Dr. Vértes András

Magyar Kardiovaszkuláris Rehabilitációs Társaság

Vezetőség: Dr. Andrassy Gábor, Dr. Apor Péter, Dr. Bakai Judit, Balog Piroska, Dr. Horváth László, Kegyes Réka, Dr. Kohut László, Dr. Nyúzó Bálint, Dr. Oláh Csaba, Dr. Páder Katalin, Perei Melinda, Dr. Simon Attila, Dr. Simon Éva, Dr. Szász Károly, Prof. Dr. Veress Gábor

A dietetikus tevékenység egységesítése kulcskérdés a minőségi betegellátásban. Ez csak úgy valósítható meg, ha az érdekelt szakterületek konszenzusra jutnak a tevékenység alapvető kérdéseiről. Ezért a Magyar Kardiovaszkuláris Rehabilitációs Társaság és a Magyar Kardiológus Társasága Prevenációs és Rehabilitációs Munkacsoportja 2014. évi konferenciáján a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, a Magyar Kardiovaszkuláris Rehabilitációs Társaság, valamint a Magyar Kardiológus Társaság közösen vett részt egy konszenzus dokumentum kialakításán. A szerzők a három szakmai társaságot képviselve állították össze ezt a konszenzus álláspontot. Céljuk az volt, hogy összefoglalják a kardiológiai rehabilitációban végzett dietetikus tevékenységet, szakmai útmutatást adjanak azoknak az intézményeknek, melyek ilyen ellátást nyújtanak, egyben leírják a dietetikus munkához szükséges tárgyi és személyi feltételeket. Nem módszertani ajánlást terveztünk alkotni, hanem olyan szakmai útmutatót, konszenzus dokumentumot, mely az orvos és dietetikus egységes szemléletét

hivatott kialakítani. A dokumentumot a három szakmai szervezet vezetőségének nevében írták az alkotók, a konszenzus dokumentumban leírtakkal mindhárom szervezet egyetért, azok megvalósulására törekszik a napi klinikai gyakorlatban. Ajánljuk a dokumentumot a jogalkotók, szakmapolitikusok figyelmébe is, mint szakmai háttér anyagot.

Bevezetés

A szív- és érrendszeri betegségek még mindig vezető halálokok között szerepelnek Magyarországon. Annak ellenére, hogy a kardiovaszkuláris halálozás csökkenő tendenciát mutat a 2000-es évek elejétől, még mindig jelentős, az összhalálozás 35%-a (KSH 2013-as adat). A kardiovaszkuláris betegségek kialakulásában, progressziójában a helytelen táplálkozás nagy szerepet játszik (11), ezért kiemelt feladat hárul a dietetikusokra mind a primer, mind a szekunder prevencióban egyaránt. Munkájuk során, a betegoktatás keretein belül, segítséget nyújtanak a betegeknek abban, hogy megtanulják az étrendjüket megfelelően összeállítani, és a gyakorlatban megvalósítani. A helyesen megválasztott étrend szerepe jelentős a szívbetegségek megelőzésében és kezelésében. Ezt igazolta az utóbbi évek egyik vezető közleménye is a PREDIMED tanulmány, amely bebizonyította, hogy mediterrán étrenddel 30%-os relatív rizikó csökkenés érhető el a kardiovaszkuláris események kialakulásában (12).

A betegoktatás, tehát kiemelt tevékenység, nem véletlen, hogy a WHO 2014–2020 közötti időszakra kidolgozott akciótervének fókuszában is szerepel (13). A rehabilitáció során az egyénre szabott életmód változtatásról szóló oktatás képes 3 év alatt 20–25%-kal csökkenteni a mortalitást (7, 8).

1. Definíció

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a kardiológiai rehabilitáció mindazon tevékenységek összessége, amelyeknek révén a kardiovaszkuláris eseményt elszenvedő betegek – tevőleges részvételükkel – a legjobb egészségi, fizikai, mentális és szociális állapotba kerülhetnek, megőrizve vagy visszanyerve az őket megillető társadalmi pozíciójukat, illetve aktív életvitelüket (6). A kardiológiai rehabilitáció olyan tervszerű és egyben preventív program, amely felkészült szakemberekből álló, összehangolt munkára képes team létrehozását igényli minden kardiovaszkuláris rehabilitációs központban. (14, 17, 24).

2. A dietetikus helye a rehabilitációs teamben

A dietetikus a rehabilitáció mindhárom fázisában szerephez jut (1, 2, 3, 5, 7). A dietetikus a kardiológiai rehabilitációs team egyik alapvető tagja az Európai Kardiológiai Társaság szerint is (15).

A team munka eredményessége szempontjából nagyon fontos, hogy a team tagjai (kardiológus, ápoló, gyógytornász, dietetikus, pszichológus, szociális munkás, stb.) közösen alkossák meg az egyénre szabott rehabilitációs tervet, a jó együttműködés érdekében rendszeresen konzultáljanak egymással, és minden szakember tartsa tiszteletben a kompetenciahatárokat. (27.) A rehabilitációs program táplálkozásra vonatkozó részét a dietetikus felügyeli, s a teamen belül koordinátorként szerepel e téren (1,4, 7, 5, 16).

3.A dietetikus legfontosabb feladata a kardiológiai rehabilitációban a betegoktatás.

A dietetikus a beteg ismert rizikófaktorai alapján elemzi a betegek korábbi étrendjét, s a szükséges változtatásoknak megfelelően a gyakorlatban alkalmazható tanácsokkal látja el őket (9). A dietetikus a betegoktatást egyéni és/vagy csoportos formában tarthatja.

3.1. Csoportos tanácsadás

A csoportfoglalkozások bevezetése az azonos betegségekkel rendelkező személyek részére mindenképpen ajánlott, hiszen így eredményesebben lehet az alapvető tudnivalókat átadni. Ezenkívül a csoportfoglalkozások alkalmával a szemléltetés hatékonyabban megoldható, s az aktív közreműködés is segíti a tanulási folyamatot (24). A szervezést úgy kell megoldani, hogy a különböző foglalkozásokon a beteg igényei, és lehetőségei szerint részt tudjon venni. Mivel a jelenlegi szabályozás 100 betegre ír elő egy dietetikust, a csoportos oktatóprogramok kialakítása mindenképpen javasolt, hiszen így jut el nagy valószínűséggel a legtöbb beteghez a szükséges információ. A betegoktatás hatékonyságát tovább emelhetné a beteg dietetikus arány javítása (pl. 50 beteg / 1 dietetikus) is.

Miután a beteg részt vett a csoportos foglalkozáson, szükség esetén egyéni tanácsadás keretein belül pontosíthatjuk a tanultakat, ill. segíthetünk abban, hogy a beteg lehetőségeit (szociális környezet, stb.) figyelembe véve hogyan tudja mindezt a gyakorlatban is megvalósítani.

Azt hogy mi alapján alakítsunk ki egy csoportot, azt a rehabilitációs egységen belüli betegösszetétel, ill. létszám határozza meg. Amennyiben lehetséges homogén csoportok kialakítása, úgy az alábbi betegcsoportok részére szükséges csoportos foglalkozás szervezése:

- a.) Igazolt verőérbetegséggel élő betegek részére, (pl. *Szívbarát étrend címmel*),
- b.) K vitamin antagonistá gyógyszerrel szedők részére, (pl. *Syncumar - Marfarin diéta címmel*),
- c.) Diabetesz betegek részére, (pl. *Cukorbeteg étrendje címmel*).

A fekvőbeteg ágylétszám, betegek száma és a betegség megoszlásától függően, ha van elég beteg, (ill. dietetikus) akkor még *Szívelégtelenségben szenvedők* számára, ill. *Frissen*

felfedezett cukorbetegeknek is indokolt csoportot szervezni. Mivel a koszorúér betegségekkel foglalkozó szakmai ajánlások nagy hangsúlyt fektetnek a cukoranyagcsere tisztázására, ezért várhatóan megemelkedik az újonnan diagnosztizált cukorbetegek száma.

Tegyük lehetővé az egészséges táplálkozási ismeretek megszerzését minden, kardiológiai rehabilitációban résztvevő beteg számára (18). A rehabilitációs program során javasolt minimum 4x45 percet a tanácsadásra fordítani. Ez lehet előadás, nagy- vagy kiscsoportos foglalkozás, tankonyhai gyakorlat, vagy akár próbavásárlás is. A 4 alkalom természetesen bővíthető, ha az intézeti munkarendbe több foglalkozás is beilleszthető.

Ha az intézményben megoldhatatlan a tankonyha létrehozása, akkor az ételek készítéséről szóló videofelvétel és annak megbeszélése áthidaló lehetőség lehet. Az előbb említett alternatív oktatási formák, egyértelműen növelik a hatékonyságot.

A foglalkozásokat mindenképpen dietetikus kell, hogy vezesse.

Az oktató programok javasolt tematikája a Mellékletekben látható.

Az oktatás során célszerű a különféle szemléltető eszközök használata is, mert ezek az oktatás hatékonyságát jelentősen emelik. A PowerPoint vetítés, illetve az írható táblák mellett, használhatunk még „oktató kártyákat”, plakátokat, mágneses táblát a hozzá tartozó ételfotókkal, videó filmet, esetleg interaktív táblát, melyek az egyes témakörök könnyebb megértését segítik (17). Nagyobb előadóteremben, tekintettel az idősebb hallgatóságra, szükséges az előadó hangjának kihangosítása is (19).

3.2. Egyéni tanácsadás

Az egyéni tanácsadás praktikusán a csoportos program kiegészítésére használatos, de alkalmazzuk speciális diétát igénylő betegek rehabilitációja során is, illetve abban az esetben, ha a beteg bármely okból nem tud részt venni a csoportfoglalkozásokon (17).

4. Táplálkozási szokások felmérése

A különféle külföldi szakirodalomban található, az adott ország táplálkozási szokásait tükröző, egyes élelmiszerek fogyasztási gyakoriságát felmérő kérdőívek hasznosak lehetnek, azonban ezeket egy az egyben lefordítva átvenni, s ebben a formában felhasználni nem javasolt. Hazánkban a táplálkozási szokásokat felmérő standardizált teszt jelenleg nem áll rendelkezésre, ezért indokolt egy magyar gasztronómiai hagyományokat is figyelembevevő kérdőív

kidolgozása. Ehhez a munkához a mellékletben található külföldi anyagok alapul szolgálhatnak, de ezeket fordítás után célszerű a magyar étkezési kultúrával összehangolni.

5.. Járóbeteg kardiológiai rehabilitáció

A fekvőbeteg rehabilitációt célszerű lenne ambuláns rehabilitációval folytatni, illetve a beteg igényeihez, állapotához mérten ambuláns rehabilitáció formájában vehetné igénybe a szolgáltatást. Az ambuláns programban szintén szervezett, tematikus dietetikai oktatásban részesülhetnének a betegek, folyamatos kontroll és támogatás mellett. Az ambuláns rehabilitációban a diétás tanácsadás kivitelezéséhez tárgyi feltételként szükséges egy állandó helyiség, számítógép, tápanyagszámító program, antropometriai eszközök, valamint a betegek rendelkezésére bocsátható írásos tájékoztató anyagok (22).

Ezen kívül szükség lenne a dietetikus jelenlétére az alapellátásban is, ahol a háziorvos mellett bekapcsolódhatna a hosszú távú gondozási folyamatba (17).

6. Dokumentáció

A dietetikai munka dokumentációja ebben az esetben is az egységes dokumentáció követelményeinek kell, hogy megfeleljen. Kívánatos, hogy az elektronikus dokumentáció kapcsolódjon az orvosi dokumentációhoz (25). Az MDOSZ által kialakított és a hatályos jogszabályhoz igazodó, továbbá fekvőbeteg intézményben kipróbált dokumentáció maximálisan alkalmazható. Fontos azonban, hogy az adminisztratív munka ne menjen a tényleges szakmai program (a betegoktatás) rovására, tekintettel a jelenleg hatályban lévő 100 beteg /1 fő dietetikus létszámra.

7. Felhasznált irodalom

1. Balady, G. J., Ades, P. A. et al: Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Writing Group. *Circulation*, 102, 1069–1073, 2000.
2. Berényi, I., Szatmáry, Gy. et al: Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja. *Kardiológiai Útmutató*, 2, 253–231, 2006.
3. Czuriga, I., Kancz, S. et al: A cardiovascularis betegségek megelőzése a napi orvosi gyakorlatban. *Kardiológiai Útmutató*, 2, 17–28, 2006.

4. Lichtenstein, A. H. Appel, L. J. et al: Diet and lifestyle recommendations revision 2006. A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*, 114, 82–96, 2006.
5. National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. Reducing risk in heart disease: an expert guide to clinical practice for secondary prevention of coronary heart disease. Melbourne: National Heart Foundation of Australia, 2012.
6. World Health Organization (1993) Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD. Geneva: World Health Organization. Available from http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_CVD_125.pdf
7. Cardiac Rehabilitation in Modern Standards and Service Models National Service Framework – Coronary Heart Disease, March, 2000
8. Chatziefstratiou A. A., Giakoumidakis K., Brokalaki H. Cardiac rehabilitation outcomes: modifiable risk factors. *British Journal of Nursing* 2013; 22(4): 200-207
9. Albert DL, Lounsbury P, Gordon EEI. Expanding The Role Of A Clinical Dietitian In Cardiac Rehabilitation: A Pilot Study. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2006; 26:250–273
10. WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2014, World Health Organisation, 2014
11. World Health Organization (2011), ‘Health 2020 Vision, values, main directions and approaches’, Geneva, Switzerland.
12. Estruch R, Martínez-González MA et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med* 2013;368:1279-90.
13. WHO European Region Food and Nutrition Action Plan 2014–2020. World Health Organization 2013
14. Balady GJ, Ades PA, Bittner VA, Franklin BA, Gordon NF, Thomas RJ, Tomaselli GF, Yancy CW. Referral, enrollment, and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs at clinical centers and beyond: a presidential advisory from the american heart association. *Circulation*. 2011;124:2951-60.

15. <http://www.escardio.org/communities/EACPR/news/Pages/how-to-set-up-cr-program.aspx> (2014. október 24.)
16. 2012 European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice. European Heart Journal 2012; 33:1635–1701.
17. Utczás A., Fogarasi É. A dietetikus szerepe az intézeti kardiológiai rehabilitációs teamben – betegoktatás a dietetikus szemszögéből. Rehabilitáció 2014;(24) 2-3:50–57.
18. Cardiac Rehabilitation Team of Bispebjerg Hospital. Experience with the comprehensive programme. in Cardiac Rehabilitation. Rationale, methods and experience from Bispebjerg Hospital. (Olsen Zwisler AD, Schou L, Soerensen LV. (eds.)) http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab_uk/html/index16.html (letöltve 2014. október 24.)
19. Brunse LK. Patient Education. in Cardiac Rehabilitation. Rationale, methods and experience from Bispebjerg Hospital. (Olsen Zwisler AD, Schou L, Soerensen LV. (eds.)) http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab_uk/html/index7.html (letöltve 2014.október24.)
20. Boas Soja AM, Ejlersen M. Type 2 Diabetes Mellitus in Cardiac Rehabilitation. in: Rationale, methods and experience from Bispebjerg Hospital. (Olsen Zwisler AD, Schou L, Soerensen LV. (eds.)) http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab_uk/html/index13.html (letöltve 2014.október24.)
21. Cannon CP, O'Gara PT. Critical Pathways in Cardiovascular Medicine. Lippincott Williams & Wilkins, 2007
22. Bozóné KR, Lelovics Zs. A kardiovaszkuláris rehabilitáció dietetikai protokollja. MDOSZ, 2007
24. The BACPR Standards and Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation 2012. http://www.bacpr.com/pages/page_box_contents.asp?pageid=791 (2014. október 25.)
25. Soltész E: Dietetikai dokumentáció. Új Diéta 2014.
26. <http://www.preventissimo.hu/>
27. Simon É: A betegoktatás szerepe a kardiológiai rehabilitációban. Kardiovaszkuláris Prevenció és Rehabilitáció 2009; II (4): 9–18.

A szívbarát étrend oktatási programja

Témakörök	Kulcsüzenet	Oktatási stratégia	Megjegyzés
Kardiovaszkuláris rizikófaktorok	<p>A betegség progressziója a táplálkozás megváltoztatásával kedvező irányban befolyásolható.</p> <p>Ehhez a változáshoz a beteg aktív közreműködése is szükséges.</p>	Előadás, vetítés	Az oktató program bevezető része, alapfogalmak
<p>Energiabevitel és hatása a testtömegre</p> <p>- Alapanyagcsere, kalóriaszükséglet, energiaegyensúly</p>	A kalóriaszükséglet és az energia-bevitel egyénileg meghatározott kell, hogy legyen.		
<p>- Túlsúly, elhízás szerepe, testtömeg-csökkentés módja, elérendő célok megfogalmazása</p>	<p>A testtömeg-csökkentésben elérendő cél a heti ½ kg fogyás a meglévő testtömeg 10 % -áig 1 év alatt.</p> <p>A testtömeg-csökkentés elérése érdekében csökkenteni kell az energia-bevitelt és növelni az elhasznált energia mennyiségét.</p>		
<p>Fizikai aktivitás hatása az optimális testtömeg elérésére és megtartására</p>	<p>A rendszeres (heti 3x-i) dinamikus mozgás megkönnyíti a testtömeg-csökkentést, segít a testzsír arányának csökkentésében, ugyanakkor a vázizomzat megtartásában.</p>		
<p>Miért nem működnek a divatdiéták?</p>	Nem testes szabottak és élettanilag nem megfelelően megalapozottak.		
<p>Az élelmiszer- és nyersanyag-kiválasztás szempontjai nyersanyag- csoportonként energiatartalom, zsírtartalom, zsírsavösszetétel, rosttartalom, só- és cukor- ill. hozzáadott cukortartalom alapján</p> <p>Az egyes élelmiszerek alkalmanként elfogyasztható mennyiségének meghatározása</p>	Ne a reklámok és a megszokások határozzák meg az élelmiszerek kiválasztását, hanem a tudatosság a megtanulandó szempontok szerint.	Előadás, vetítés sok képpel illusztrálva írásos anyag	A betegek táplálkozással kapcsolatos attitűdjeinek megváltoztatása A család bevonása

<p>Élelmi rostok szerepe</p> <p>Rostfogyasztás emelésének jelentősége és gyakorlati megvalósítása:</p> <ul style="list-style-type: none"> - helyes kenyérválasztás (teljesőrlésű sütőipari termékek) - nyers zöldségfélék fogyasztásának ösztönzése, zöldségekből készíthető ételféleségek ismertetése, változatosság, gyakoriság - szárazhüvelyesek - gyümölcsök szerepe az étrendben (rostok, antioxidánsok, napi rendszeresség) 	<p>Az ajánlott napi 30 - 45 g élelmirost-bevitel elérhető teljesőrlésű sütőipari termékek választásával, mindennap legalább 200 g zöldségféle (2 – 3 étkezésre), valamint legalább 200 g gyümölcs (2 – 3 étkezésre) fogyasztásával, szárazhüvelyesek heti rendszerességgel történő étrendbeiktatásával.</p>	<p>Előadás, vetítés sok képpel illusztrálva írásos anyag</p>	<p>A betegek táplálkozással kapcsolatos attitűdjeinek megváltoztatása A család bevonása</p>
<p>A zsiradékok szerepe, fajtái, zsírsavösszetétel, hatásuk a vérzsírszintekre</p> <p>A zsiradékbevitel átalakítása:</p> <ul style="list-style-type: none"> - részesítsük előnyben az alacsonyabb zsírtartalmú állati eredetű élelmiszereket <ul style="list-style-type: none"> - húsok, húskészítmények - tej-, tejtermékek - zsiradékok csoportosítása, jellemzői (növényi, állati) - kedvező zsírsav-összetételű zsiradékok használatának ösztönzése - transzzsírsav bevitel csökkentése - halfogyasztás jelentősége, tengeri halak fogyasztásának ösztönzése - olajos magvak rendszeres, de kis mennyiségű fogyasztása 	<p>A legfontosabb szempont a zsiradékok megítélésében a zsírsavösszetétel.</p> <p>A magyar konyhára jellemző, nagy mennyiségű állati eredetű zsírbevitel csökkentése ajánlott. Ezt a helyes nyersanyag kiválasztással, valamint a megfelelő ételkészítési technológiák alkalmazásával érhetjük el.</p> <p>A telített zsírsavakban gazdag zsiradékok helyett a jellemzően telítetlen zsírsavakat tartalmazók használata ajánlott.</p> <p>A transzzsírsav bevitel a lehető legkisebb legyen, a napi energiabevitel max. 1% -át ne haladja meg, és ez lehetőleg csak természetes eredetű legyen.</p> <p>A tengeri halak heti kétszeri fogyasztása hozzájárul a szívbetegségek megelőzéséhez.</p> <p>Az olajos magvak (elsősorban dió) rendszeres, heti 5 – 6 -szori fogyasztása ajánlott (kedvező zsírsavösszetételük miatt), max. 3 – 4 dkg-os adagokban.</p>		

<p>Korszerű, egészséges ételkészítési eljárások ismertetése, példák</p>	<p>Bő zsiradékban sütés helyett a szárazon történő sütés különféle változatai ajánlottak.</p>	<p>Előadás, vetítés Megbeszélés (Kiscsoportban: címkéértékelés a gyakorlatban, receptek és személyes tapasztalatok megbeszélése)</p>	<p>A család bevonása</p>
<p>A megszokott ételek átalakítása a nyersanyagok tudatos megválasztásával és az ételkészítési technológiák megváltoztatásával</p>	<p>Nem kell lemondani a megszokott ételeinkről, csak tudatosan kell megválasztani a tanult szempontok szerint a nyersanyagokat, és korszerű módon kell elkészíteni azokat.</p>		
<p>Egészséges étkezés étteremben</p>	<p>A frissen, bő zsiradékban sült ételek helyett inkább a zsiradékban szegényebb zöldség alapú fogások választása javasolt.</p>		
<p>Tudatos élelmiszervásárlás, az „élelmiszer címke” értékelése</p>	<p>Élelmiszervásárlás során figyeljük a „címken” található információkat.</p>		
<p>A túlzott Na- bevitel csökkentése</p> <ul style="list-style-type: none"> - A nagymennyiségű konyhasó fogyasztás hatása a szervezetre - Konyhasó fogyasztás csökkentése, - Magas só tartalmú élelmiszerek, ízesítők ismertetése <p>- ízesítési alternatívák</p>	<p>Az ételkészítés során felhasznált só mennyiségén kívül az utánsózásra használt só, valamint a magas só tartalmú élelmiszerek mennyiségét is csökkenteni kell.</p> <p>Törekedni kell a napi sóbevitel 5 g alá történő csökkentésére.</p>	<p>Előadás, vetítés</p>	
<p>Alkoholfogyasztás pozitív és negatív hatásai</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mértékletes alkoholfogyasztás 	<p>Napi alkoholfogyasztás ne haladja meg férfiaknál a 20 g-ot, nőknél a 10g-ot, ajánlott étkezés közben elfogyasztani.</p> <p>Az alkohol-gyógyszer kölcsönhatásra is figyelni kell.</p>	<p>Előadás, vetítés</p>	
<p>Összefoglalás, a tanultak összegzése</p>	<p>„Gyakorlat teszi a mestert!”</p>	<p>Megbeszélés</p>	

2. számú Melléklet:

K-vitamin antagonistá gyógyszer szedő betegek oktatási programja
(Syncumar/Warfarin/Marfarin diéta)

Témakörök	Kulcsüzenet	Oktatási stratégia	Megjegyzés
A gyógyszer hatása, s az azt befolyásoló tényezők	A gyógyszer hatását sok minden befolyásolja, többek között a K-vitamin-bevitel.	Előadás, vetítés	Az oktató program bevezető része, alapfogalmak
Tények és tévhitik - gyógyszer vagy patkányméreg? - tilos zöldséget és gyümölcsöt fogyasztani - máj, tojás stb. is magas K vitamin tartalmú - a „k” betűs élelmiszereket kerülni kell	A vérzékenységet előidézni a zöldségfogyasztás (K-vitamin bevitel) korlátozásával, vagy a gyógyszer adagjának emelésével lehet. A „k” betű helyett a zöld színre figyeljünk, mert a legtöbb K-vitamint a zöld színű leveles zöldségek tartalmazzák.		
A terápiás tartománytól jelentősen eltérő INR értékek	Egyenletes K-vitamin fogyasztás mellett a kisiklás esélye csökken. Fekete széklet esetén értesítse kezelőorvosát!		
Korrekciós lehetőségek	A zöldségeket az étrendből kihagyni nem célszerű. Zöldség-fogyasztást korlátozni csak alacsony INR esetén szabad, magas INR esetén a zöldségmegvonás vérzékenységet okozhat!		
Élelmiszerek csoportosítása K-vitamin tartalom alapján	Magas K-vitamin tartalmú zöldségfélékből keveset Alacsony K-vitamin tartalmú zöldségfélékből bőségesen		
Az alkohol szerepe	Egyszerre nagy mennyiségű alkohol fogyasztása a gyógyszer hatását fokozza (vérzésveszély!)		
Összefoglalás , a tanultak összegzése	A Syncumar/Warfarin/Marfarin diéta nem zöldségmentes, hanem egyenletes zöldségbevitelt biztosító szívbarát étrend, melyben a magas K-vitamintartalmú zöldségek a megszokottnál kisebb adagban szerepelnek!	Megbeszélés	

3. számú Melléklet:

A cukorbeteg étrendjének oktatási programja

Témakörök	Kulcsüzenet	Oktatási stratégia	Megjegyzés
A cukorbetegség kialakulása, típusa, tünetei A cukorbetegség és a szívbetegségek, valamint az elhízás kapcsolata	A cukorbetegség nem gyógyítható, de jól karbantartható. A jól karbantartott cukorbetegség a koszorúér-betegek körében egy esetlegesen előforduló újabb kardiális esemény kialakulását segít elkerülni. A túlsúly csökkentése javíthatja az anyagcsere-állapotot.	Előadás, vetítés	Az oktató program bevezető része, alapfogalmak
A cukorbetegség diagnosztizálása			
Ideális anyagcsere mutatók diabetesben, a Hb _{1c} szerepe	A Hb _{1c} értéke jól beállított cukorbeteg esetében 7% alatti.		
A szövődmények és kialakulásuk késleltetése	Az optimális anyagcsere állapot elérése és megtartása a szövődmények kialakulását késleltetheti.		
Vércukor-önellenőrzés jelentősége A vércukormérés gyakorisága Hiper- és hipoglikémia kialakulása és kezelése	A mért eredményeket nem elég feljegyezni, tudni kell kiértékelni, sőt ha szükséges, korrigálni is. A vércukormérés gyakoriságát a kezelés típusa határozza meg. A vércukorszint kilengéseket elsősorban megelőzni szükséges, de tudni kell kezelni is.		

<p>A különféle terápiás lehetőségek (tabletta, inzulin) és a hozzájuk igazodó étkezési rend kialakítása</p> <p>A napi szénhidrátmennyiség elosztása</p> <p>A glikémiás index jelentősége, gyakorlati alkalmazásának lehetőségei</p> <p>Az édes íz kialakítására használható anyagok (cukorhelyettesítők és édesítőszeresek)</p> <p>Diabetikus élelmiszerek</p>	<p>A helyesen megválasztott étrend, a cukorbetegség minden kezelési formájában a terápia alapja.</p> <p>A szénhidrátelosztás mindig az alkalmazott terápiához igazodik.</p> <p>A glikémiás index ismeretével és helyes alkalmazásával a vércukorszint jelentős ingadozása elkerülhető.</p> <p>A glikémiás index csökkentésére az élelmi rostok fogyasztásának emelését javasoljuk.</p> <p>Az édes íz kialakítására használható anyagok megválasztását az adott étel jellege szerint célszerű eldönteni.</p> <p>A cukorbetegnek diabetikus élelmiszereket nem szükséges fogyasztaniuk.</p>		
<p>A szénhidrátok típusai: egyszerű és összetett</p>	<p>A tananyagot mindenki számára közérthető formában próbáljuk átadni, inkább a gyakorlati ismeretek elsajátítása a fontos az adathalmaz bemagolása helyett.</p>		
<p>Különféle szénhidráttartalmú élelmiszercsoportok ismertetése</p> <p>Szénhidrát-mentes nyersanyagok (zsírszegények legyenek, húst hússal elv, stb.)</p>	<p>A cukorbeteg étrendjét nem szabad csupán szénhidrátmentes alapanyagok felhasználásával összeállítani.</p>		

<p>Hidegétkezések (pl. reggeli, hidegvacsora) összeállítása</p> <p>A tejfogyasztás lehetősége</p> <p>Kisétkezések ételei (pl. gyümölcsök)</p> <p>Több fogásból álló étkezések (pl. ebéd) összeállítása</p> <p>Szénhidrát tartalom becslése, egyszerű mértékegységek (pl. maréknyi, pohárnyi stb.) használata</p> <p>Alkoholfogyasztás</p> <p>Étlaptervezési gyakorlat</p> <p>Egyéb</p>	<p>A tejfogyasztás a reggeli órákban arra érzékenyeknél jelentős vércukorszint emelkedést okozhat.</p> <p>Az egyes gyümölcsök a szénhidrát tartalom függvényében fogyaszthatók.</p> <p>Az ebéd összeállításoknál a glikémiás index csökkentésére a rostbevitel emelését alkalmazzuk.</p> <p>Az éhgyomorra történő alkoholfogyasztás a hipoglikémia esélyét növeli, különösen inzulinterápia mellett.</p>		
<p>Összefoglalás, a tanultak összegzése</p>	<p>A cukorbeteg diétája valójában nagyon hasonló a szívbarát étrendhez, gerincét a glikémiás index helyes gyakorlati alkalmazásával, a pontos szénhidrátszámolás helyett.</p>	<p>Megbeszélés</p>	