

5. lecke – A betegvezetés módszertani alapelvei és formái

Jelen tananyag a Szegedi Tudományegyetemen készült az Európai Unió támogatásával.
Projekt azonosító: EFOP-3.4.3-16-2016-00014

Ennek a leckének az elsajátítása hozzávetőlegesen 1-2 órát igényel, de ez függ a hallgatótól.

Az előző olvasóleckékben már ismertetésre került, hogy a betegségek igen sokfélék, és a betegek is egyénileg különböző reakciókat, hozzáállást mutatnak megbetegedés esetén, ezért készítünk személyre szabott betegoktatási tervet. A betegoktatás módszertani alapelvei ennek megfelelően csak általánosságban fogalmazhatók meg.

Módszertani alapelvek

1. Összefüggés a betegellátás egészével

A betegoktatás szorosan **kapcsolódik az egészségügyi ellátáshoz**, annak minden lépéséhez, kezdve a betegség diagnosztizálásától a gyógyításon át a rehabilitációig. Legtöbbször az **ápolók végzik** ezt a feladatot, mivel ők vannak a beteg mellett a legtöbbet, felismerik szükségleteit, ismerik személyiségét, emellett szakmaspecifikus tudással rendelkeznek, mely segítségével képesek a beteg oktatási szükségleteire kellőképpen reagálni. A gyógyítás/rehabilitáció hatékonysága attól is függ, hogy a **beteg mennyire együttműködő** a kezelése, oktatása során (1).

2. A beteg motiváltságának biztosítása

A beteg motiváltsága **kiszámíthatatlan** a kezelési folyamat során, gyakran változhat is különböző behatások, események miatt (pl. fájdalom, váratlan vizsgálati eredmény, stb.).

A beteg motiváltságát leginkább a **betegfogadás** határozza meg.

Ez az első alkalom, amikor a beteg az ellátószeméllyel találkozik. Ekkor kerül sor az anamnézis-felvételre, mely alkalmas időpont lehet a motiváltság feltárására. Ehhez elengedhetetlen az ápoló **társmegismerési készsége** (személypercepció), ugyanis minél gyorsabban alakítunk ki a betegről egy képet, annál hatékonyabban tudjuk szabályozni a vele kapcsolatos viselkedésünket (1).

A társmegismerés menete:

ÉSZLELÉS: a találkozás első pillanatában történik (külső jegyek: alkat, öltözködés, ápoltság; viselkedés: egyik fele a személyiségből fakad, másik részét pedig az aktuális helyzet határozza meg, pl. agresszivitás lehet a jele a szorongásnak is). Nem adnak teljes információt a betegről.



KIEGÉSZÍTÉS: az előzőekben megfigyelt sajátosságokat önkényesen kiegészítjük általában negatív előítéletek alapján (pl. „ezekről mindenki tudja, hogy ilyenek”).



PROJEKCIÓ: olyan tulajdonságokat vetítünk a másokra, ami egyáltalán nem jellemző rá (pl. „minden beteg egyformán elhagyja magát”).

Az észlelés során kialakított kép (első benyomás) általában állandó marad, csak nagyon nehezen lehet rajta változtatni. Ezzel általában beskatulyázzuk a másik embert. Gyakran csak a másik pozitív vagy negatív tulajdonságaira koncentrálnunk (**polarizálás**), és túl negatívnak vagy pozitívnak ítéljük őt meg (1).

Amennyiben a másik emberről téves tudati tükrözés jön létre bennünk, akkor a vele való kapcsolatunk is téves lesz.

A betegoktatás során éppen ezért a **feltétel nélküli elfogadásra**



kell törekedni. „A másikat nem azért kell megismernünk, hogy ítélkezzünk felette, hanem azért, hogy eredményesebben tudjunk hatni rá” (1, 193.o.).

A feltétel nélküli elfogadás összetevői:

- ✓ A beteg érzelmi állapotának értelmezésére törekedjünk, tükrözzük azt vissza neki folyamatosan (pl. „látom, hogy Ön most ideges”).
- ✓ Próbáljuk feltárni a beteg viselkedésének, reakcióinak okait (pl. fájdalom okozhatja a negatív attitűdjét is akár).
- ✓ Legyünk nyitottak a betegre, vagyis ne hagyjuk, hogy az első benyomás úrrá legyen rajtunk.
- ✓ Legyünk őszinték és hitelesek a beteggel való kommunikáció során (1).

3. Fokozatos terhelés érvényesítése

A betegoktatás megkezdésekor fel kell mérni a beteg terhelhetőségét, mivel a **túlterhelés** a beteg állapotának romlásához vezet. A beteg terhelhetőségét befolyásolja a motiváltsága, esetlegesen fennálló fájdalma, az új környezet figyelemelvonó hatása, nyugtalansága. A kiszolgáltatottság és az illetékesség-vesztés megnehezíti a döntési képesség kibontakozását, éppen ezért a terhelés csak fokozatosan, egyszerűbbtől a bonyolultabb felé haladva történjen. A páciens terhelhetőségét úgy ismerhetjük meg, ha támogatjuk őt érzéseinek, aggályainak, kérdéseinek elmondásában (1).

4. A beteg családjának hatás alá vonása

A család jelenléte a betegoktatási folyamatban jelentősen csökkenti a beteg szerepváltásból adódó feszültségét, azonban a betegoktatás kezdetekor a betegoktatónak fel kell mérnie a

beteg-család viszonyt. Előfordulhat, hogy először a családot kell tájékoztatni, oktatni a betegségről, és csak ezután válnak képessé a betegoktatásban való részvételre

„A családnak annyi tudásra, felkészültségre, megküzdési stratégiai képességre van szüksége, mint magának a betegnek”. (1, 128.o.)

A családot arra is meg kell tanítani, hogy a beteg túlzott mértékű támogatása, „kiszolgálása” megakadályozza annak függetlenségét, ezáltal lassíthatja a gyógyulását (1).

5. Az elért eredmények ellenőrzése és visszajelzése

A betegoktatás sikerességét az eredmények felmérésével állapíthatjuk meg. Ez történhet beszélgetéssel, bemutatással, szerepjátékkal. Ezek eredményeiről tájékoztatni kell a beteget (1).

Betegoktatás formái

Egyéni betegoktatás

Egy betegoktató foglalkozik egy beteggel. Nagy **pozitívuma**, hogy lehetőséget ad egyéni visszajelzésre, és a beteg saját tempójában lehet haladni. Ha valamit nem ért a páciens, akkor lehetőség van megállni, újból elmagyarázni. Ebben az esetben is szükség van az **előzetes tervezésre**, mely során figyelembe vesszük a beteg szükségleteit, életkorát, képességeit, jelenlegi tudását. **Hátránya**, hogy időigényes és drága (4).

Csoportos betegoktatás

Maximum 10 fő bevonásával alkalmazott betegoktatási forma. A csoportban való tanulás pozitív élményt ad a betegnek, elősegíti a fejlődést,



azonban nem minden beteg szeret másokkal együtt tanulni, ezt figyelembe kell venni a tervezés során. Sokan a médiából próbálnak tájékozódni egyes betegségekről tömegoktatás formájában, azonban ez nem tekinthető a betegoktatás módszerének, mivel kizárja a személyes kommunikációt, a visszacsatolás lehetőségét, és nem ad személyre szabott információkat sem (4).

Betegoktatás táborokban

A 7-10 napig tartó, krónikus betegségekkel küzdő egyéneknek szervezett táborokban a gyakorlati tudás fejlesztésére törekednek a szakemberek, azaz az önmenedzselés elsajátítására (pl. öninjekciózás megtanítása) (4).

A táborokat nem orvosi környezetben rendezik, hanem olyan helyeken (pl. vízpart, hegyek), ahol lehetőség van kikapcsolódásra, pihenésre is, így megmarad a betegeknek a függetlenség érzése is, valamint nem szigorú orvosi körülmények között kell tanulniuk. A táborban történő betegoktatásnak általános és specifikus céljai vannak. *Általános célok:*

- tudás és képességek fejlesztése, melyek segítenek együtt élni a betegséggel;
- önmenedzselés megtanítása (pl. cukorbetegség esetén öninjekciózás, vércukor-ellenőrzés, diéta);
- szociális interakciók, pszichoszociális közérzet javítása;
- beteg és a gondozóteam közötti kapcsolat javítása.

A *specifikus célok* pedig egyes életkorokra, betegségekre vonatkoznak (2).

A táborokban főként kiscsoportos megbeszéléseket alkalmaznak, de jelen van a cselekedetek általi tanulás (pl. ételkészítés) és a játék is (pl. verseny az adott betegséggel kapcsolatos tudásról). Fél napot tesz ki a „tanulás”, a többi idő a szabad programoké (2).



Fontos megjegyezni, hogy a betegség felismerését követően az első, alapvető információkat mindig egyéni oktatás keretei között szükséges átadni, utána kerülhet sor a csoportos oktatásra, mely az ismeretek elmélyítését szolgálja.

A betegoktatás akkor a leghatékonyabb, ha személyre szabottan történik, ehhez ismerni kell az egészségügyi kommunikáció négy szintjét (3).

Az egészségügyi kommunikáció szintjei

1. **Általános kommunikáció:** mindenkinek szóló szórólapok, könyvek tartoznak ide (pl. orvosi váróteremben elhelyezett szóróanyagok).
2. **Személyes általános kommunikáció:** személyes megszólítással kezdődik, azonban a benne található információk általánosak, minden címzett ugyanazt a tartalmat kapja (pl. egy háziorvos e-mail-ben értesíti a körzetébe tartozó betegeket az influenza elleni védőoltás beadásának időpontjáról).
3. **Céltzott kommunikáció:** egy meghatározott részpopulációt céloz meg (pl. nők, bizonyos betegségben szenvedők, bizonyos életkori csoportok). Az egyes populációk eltérő információkat kapnak (pl. nem és életkor szerint ajánlott szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információk).
4. **Személyre szabott kommunikáció:** egy adott személyt céloz meg, figyelembe veszi az egyéni tulajdonságait. Ez bizonyítottan a leghatékonyabb módszer, azonban a legköltségesebb is. Itt csak korlátozott számú beteggel van lehetőség foglalkozni.

Önellenőrző kérdések

1. Magyarázza el, hogyan kapcsolódik a betegoktatás az egészségügyi ellátáshoz!



2. Karikázza be az **I** betűt, ha Ön szerint az állítás igaz, vagy a **H** betűt, ha hamisnak gondolja.

A beteg motiváltsága nem függ a betegfogadás minőségétől. **I H**

A társmegismerés első lépése az észlelés. **I H**

A feltétel nélküli elfogadáshoz elengedhetetlen, hogy feltárjuk a beteg reakcióinak okait. **I H**

A páciens terhelhetőségét nem szükséges felmérni a betegoktatás megkezdése előtt. **I H**

A betegoktatás értékelésére nem alkalmazható a szerepjáték. **I H**

3. Mit jelent a „polarizálás” kifejezés?

4. Melyik állítás IGAZ az egyéni betegoktatásra?

- A) Nincs szükség előzetes tervezésre.
- B) Rengeteg időt spórolhatunk vele.
- C) A beteg saját tempójában lehet haladni.

5. Melyik állítás IGAZ a csoportos betegoktatásra?

- A) A csoport maximális létszáma nem korlátozott.
- B) Nem minden beteg szeret másokkal együtt tanulni.
- C) A tömegoktatás is megfelelő betegoktatásra.

6. Melyik állítás IGAZ a táborban történő betegoktatásra?

- A) Szigorú, orvosi körülmények között zajlik.
- B) Nem célja a beteg és a gondozóteam közötti kapcsolat javítása.

C) Önmenedzselés megtanítása az egyik célja.

Felhasznált irodalom

1. Elekes A. (1999): Pedagógia, Egészségpedagógia. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest.
2. Hidvégi T. (2005): Terápiás betegoktatás táborokban. Diabetologia Hungarica, 13 (4): 297-299.
3. Kreuter M.W., Strecher V.J., Glassman B. (1999): One size does not fit all: the case for tailoring print materials. Annals of Behavioral Medicine, 21, 276-283. **In:** Tóth T., Dinya E. (2013): A személyre szabott betegoktatás lehetőségei. Orvosi Hetilap, 154 (11), 403–408.
4. Terbéné Sz.K.: Betegoktatás. <https://slideplayer.hu/slide/2066448/> Elérés ideje: 2018.12.22.

Készítette: Dr. Németh Anikó SZTE ETSZK Egészségmagatartás és –fejlesztés Szakcsoport

