

Edukáció 2-es típusú cukorbetegség esetén

Szalai László dr., Tschürtz Nándor dr.

Összefoglalás

Az edukáció célzott, egy bizonyos ismeretcsoporthoz való átadását/megszerzését jelenti, de csak akkor éri el a célját, ha ennek révén konkrét probléma megoldására irányuló eredményes cselekvéshez vezet. Ideális esetben ezen ismeretek/képességek/jártasságok/készségek személyiségbe épülését (interiorizációját) szolgáló folyamat. Ennek során az edukált személy életmódjának egy része megváltozik, célszerűen átalakul. Az edukáció tehát a legritkább esetben csak ismeretátadás. A nem megfelelő önmenedzselési szint elérésének akadályai legtöbbször nem is önmagában az ismeretek hiánya. Sőt! Sok esetben épp a környezetből (is) érkező ismeretdömping jelent problémát. Ez napjainkban világosan megfigyelhető. A túl sok, egymással részben ellentmondó információ bizonytalanságot és ezzel szorongást kelt. A szorongás pedig gátolja a célszerű cselekvést.

„Diabetesben minden kezelés csupán időpocsékolás mindaddig, amíg a beteget gondosan meg nem tanították, miképpen kezelje saját magát.” – Herbert W. Moxon: A Patient's Manual Of Diabetes (H. K. Lewis and Co. Ltd., 1929.)

A 2-es típusú cukorbetegség – a diabetes mellitus leggyakoribb formája – népbetegség. A lakosság jelentős részét vagy érinti (betegként vagy családtagként), vagy fenyegeti. Kialakulásában genetikai tényezők mellett, a pszichoszociális stressz¹ és az ezzel (is) összefüggő életmódi rendszerünk, illetve ennek eredményeként a gyakran kialakuló energia-túltáplálás okozta elhízás oki szerepet játszik.

A betegség megelőzése – a teljes populáció szintjén – nem alapulhat gyógyszeres terápián. Ennek nem ellentmondó tény, hogy az egyén szintjén a károsodott cukorháztartás (praedibetes) további romlása gyógyszeresen (is) lassítható, ezzel a cukorbetegség kialakulása késleltethető, vagy esetenként meggátolható. A szakszerű, komplex „életmódi”

kezelés (stresszcsökkentés, étrendi és mozgásterápia) azonban rövid távon minden klinikai vizsgálatban felülmúlta a gyógyszeres intervenció eredményességét, bár a hosszú távú eredményesség kérdéseket vet fel.

Az egyén szintjén a betegség kezelésének (esetleges visszafordításának) alapja szintén a személyre szabott, komplex „életmódi” terápia (stresszcsökkentés, étrendi és mozgásterápia).

A populációs szintű és az egyéni megelőzésben az életmódunk célszerű megváltoztatása a kulcs és a betegség kialakulása esetén a kezelés (kuráció) alapja ugyanez a lépés. Mégis, ha a betegséggel, annak szövődményeivel, kezelésével foglalkozó könyvet veszünk a kezünkbe,

az kiemelt terjedelemben a gyógyszeres lehetőségek sorát taglalja.

Ennek oka, hogy életmódunkat megváltoztatni nehéz és más életmódjának megváltozásában segíteni sem egyszerű. Ugyanakkor a 2-es típusú cukorbetegség hatékony kezelése életmódi változás nélkül lehetetlen. Még egy tabletta rendszeres bevétele (ami első hallásra egyszerű feladatnak látszik) is életmódi változás. Igaz, hogy az „életmód-terápia” alatt általánosságban a nem gyógyszeres kezelést értjük, de ez alapján a gyógyszeres terápia is az életmód-terápia része. Ahhoz ugyanis, hogy egy gyógyszerrel megfelelő hatást érijünk el, meghatározott gyakorisággal (de szinte mindig tartósan!) és módon az adott készítményt alkalmazzunk kell. Azaz le kell nyelnünk, be kell szúrunk stb. Amikor ezt külső kényszer nélkül, már automatikusan tesszük meg, akkor a gyógyszeres terápia is már az életmódunk része.

Életmódunk a pszichoszociális környezetünk adta lehetőségeink között mindennapi cselekvésmintáink egésze, azaz életmódunk mindaz, amit és ahogy nap nap után általában teszünk.

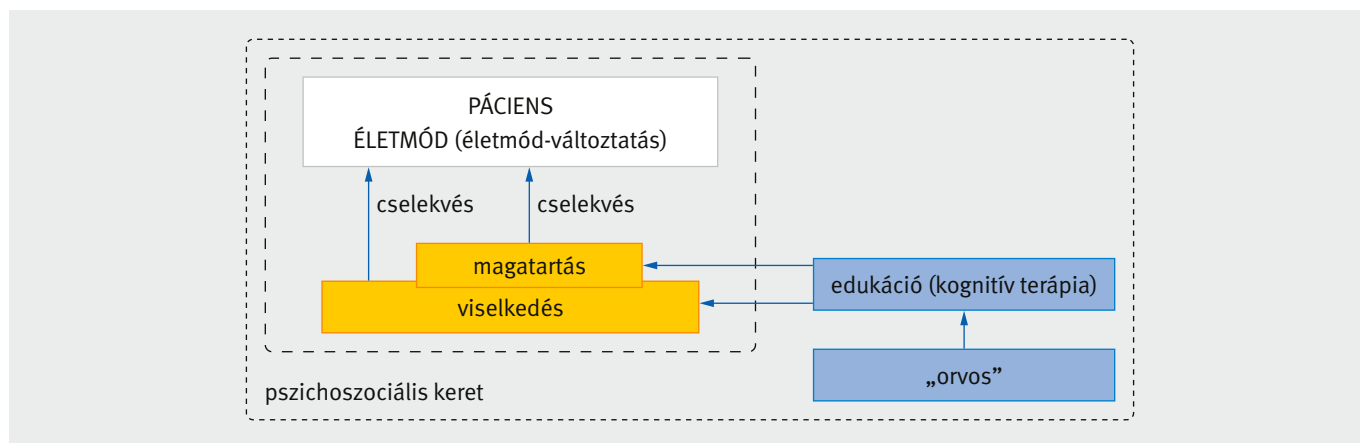
A Magyar Diabetes Társaság (MDT) alapító okiratába foglalt „feladata, hogy a tudományág modern szemléletét és módszertanát terjessze, a diabetológia hazai és külföldi eredményeit ismertesse, és elősegítse ezen tudományos eredmények gyakorlati felhasználását”.

Eme tudományos eredmények gyakorlati felhasználója a páciens. Mi orvosok (és „orvos” alatt minden esetben

az egészségügyi team minden egyes közreműködő személyét értem) „csak” közvetítők, segítők vagyunk. Felhasználók csak akkor, ha magunk is pácienssé válunk. A mi tevékenységünk eredménye vagy eredménytelensége a páciens mindennapi cselekvése által elért eredménnyel mérhető. A cukorbetegséggel kapcsolatos tudományos ismeretek „gyakorlati felhasználása” maga a személyre szabott célszerű cselekvés. Krónikus betegségeinkkel kapcsolatos cselekvéseink az életmódunk egy része, szelete.

Ez igaz a megelőzés (prevenció), kezelés (kuráció) és rehabilitáció dinamikusan változó hármásának („prekurabilitáció”)² minden elemére, életünk minden napján. Ennek érdekében életmódján változtatni – cselekedni – csak a páciens tud.

Sok esetben (bár nem mindig) a páciensünkkel közös eredménytelenségünk oka a páciens célszerű cselekvésének elmaradása. A páciens önmenedzselési készségén (és szándékán!) áll (ha a biztonságos szociális környezet mint alap adott) az eredményesség az év mind a 365 napjának mind a 8760 órájában. És akkor csak egyetlen évről beszélünk. Ezen az önmenedzselési készségen nem csak a terápiás lépéseket, de minden olyan cselekvést értünk, ami végső soron a személyre szabott és így várhatóan hatékony terápiás rendszer megtervezéséhez szükséges. Ebbe beletartoznak az önellenőrzési feladatok, az orvosi konzultációk és szűrések is. Az önmenedzselési készség fejleszthető. Ennek a fejlesztésnek a meghatározó, nélkülözhetetlen (bár önmagában nem elégséges) eszköze az edukáció.



1. ábra. Az edukáció mint kognitív magatartás-terápia hatása az életmódra

Az edukáció mindezek miatt messze komplexebb eseménysor, mint tisztán oktatás. Az edukáció oktatás is, de annál szellemiségében jóval több.

Ahhoz, hogy az életmódunk célszerűen megváltozzon, változtatnunk kell a viselkedésünkön, szűkebb értelemben a magatartásunkon. Ezek határozzák meg ugyanis (a pszichoszociális keretrendszerben létrejövő) cselekvéseinket. Egyébként viselkedésünk, magatartásunk hat környezetünkre is. Azaz környezeti adottságaink sem csak rajtunk kívül állóan meghatározottak. A viselkedés ősből, merevebb alaprendszerünk, míg a magatartásunk mintegy ebbe/erre az alapra épülő, rugalmasabb, alakíthatóbb megnyilvánulásaink sora. A viselkedés reflexszerűbb, nagyrészt automatikus, a magatartás már inkább tudatos (de nem mindig tudatosult) cselekvés. A magatartás összetett érzelmi és kognitív funkcióinkon keresztül alakítható.³ A mindennapokban elsősorban a kognitív, tudatos megismerési folyamatokra hatva másnál is változást érhetünk el. Ez a kognitív magatartás-orvoslás és edukációs tevékenységünk alapja is. Az edukáció tehát kognitív magatartás-orvoslás (1. ábra).

Az edukáció mindig két fél (az „orvos” és a páciens) közt létrejövő interakciós kapcsolat, azaz egymásra hatás. Lássuk, a felek milyen kapcsolatban állnak/állhatnak a betegséggel és egymással.

I A PÁCIENS ÉS A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉGE

A legutóbbi, 2020-as szakmai irányelv a cukorbetegség típusainak meghatározásakor szemben a másik három „csoporttal” (1-es típusú, specifikus típusok, gesztációs diabetes) meglehetősen szűkszavúan fogalmaz. „A diabetes leggyakoribb formája, amelyet az inzulinválasztás és az inzulinhatás károsodása jellemez, ezek közül valamelyik kórtani folyamat az adott esetben meghatározó lehet. Típusos esetben klasszikus tünetek nélkül, elhízáshoz társulóan, 35 év felett jelenik meg.”⁴

Érdeemes újraolvasni a WHO 2006-os etiológiai klaszifikációjában szereplő definíciót is: „2-es típusú diabetes: a diabetes széles tartományát átfogja, a dominálónan inzulinrezisztencián alapuló, relatív inzulinhiánnyal társuló formáktól az elsődlegesen szekréciós zavarra visszavezethető, inzulinrezisztenciával társuló vagy anélkül megjelenő formákig.”⁵

A 2-es típusú cukorbetegség heterogén kórforma. Sőt, a páciens teendőit (és így a mi teendőinket is) meghatározó patofiziológiai helyzet egy konkrét páciens élete során is változik. Nem csak a betegség kifejlődésekor, az „egészséges” cukorháztartásból a praediabetesen át történő kialakulás tekintetében, de a későbbiekben is a páciens gondozása során. Ehhez a betegség teremtette összetettséghez és folyamatos változáshoz adódik még hozzá – elválaszthatatlanul – a páciens pszichoszociális környezeti adottsága, ami szintén folyamatosan változik.

Röviden: Talán nincs is két egyforma betegség és biztosan nincs két egyforma beteg.

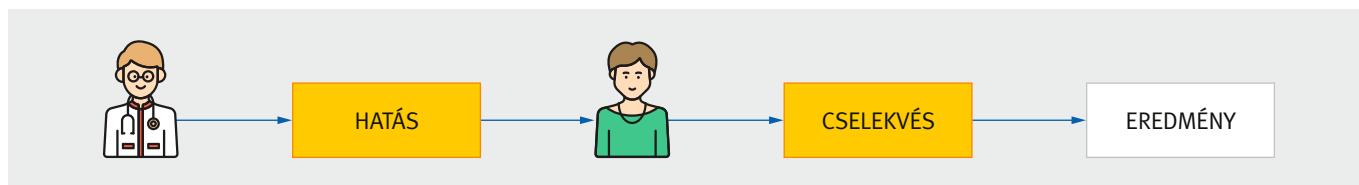
I AZ „ORVOS” ÉS A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG

Miközben egyre mélyebb ismereteket szerzünk a betegségekről, újabb és újabb vizsgálati módszereket, terápiás eszközöket dolgozunk ki, egyre jobban specializálódunk. Ugyanakkor a 2-es típusú diabetes – mint betegség – klasszikus példája a „minden mindennel összefügg” alapvetésnek. Diabetológiai szakrendelésen dolgozva látjuk, hogy nincs olyan 2-es típusú cukorbetegséggel élő páciensünk, aki „csak” cukorbeteg.

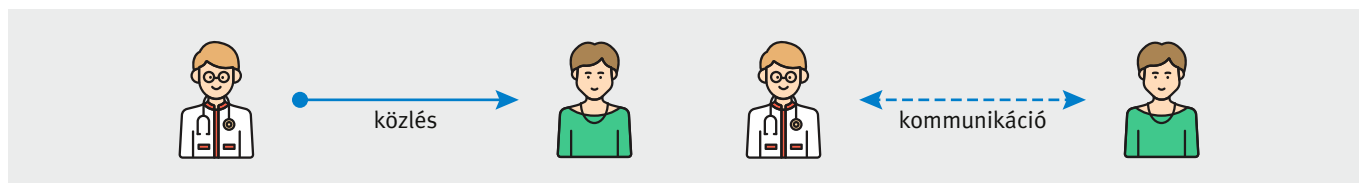
A 2-es típusú cukorbetegség tehát biológiai értelemben rendszerbetegség. Ennek legalább két egyszerű oka van. Az egyik, hogy a kialakulásához vezető okok számos más betegség kialakulásának is rizikótényezői/okai. Ezek együtteseként és szervezetünk reintegrációs, regenerációs képességeinek kimerülése révén jön létre cukorháztartászavarunk (is). A másik ok pedig a cukorháztartás minden más anyagcsere-folyamattal összefüggő központi szerepe. Mindezek miatt élesen nem lezárható az orvosszakmai terület, amivel foglalkoznunk kell. És most csak a betegség szorosan vett szomatikus (biomedikális) oldaláról beszéltem. Szót sem ejtettünk a páciensről és pszichoszociális környezetéről. Pedig pont ezek a tényezők jobb megértése vezethet el ahhoz, hogy hatékonyabban segítsünk.

I A PÁCIENS ÉS AZ „ORVOS”

A páciens segítése – ami az alapfeladatunk – az orvos-páciens kapcsolat során jut sikerre, vagy fut zátonyra. A mi



2. ábra. Az „orvos” csak indirekt hatást gyakorol a cél elérésére, az eredményre



3. ábra. A közlés és a kommunikáció sematikus összevetése

eredményességünk az ő mindennapi cselekvéseinek eredményétől függ. Akkor leszünk eredményesek, ha a páciens tartósan eredményesen önmenedzseli magát és ezzel fokozatosan célszerűen átalakítja életmódját (2. ábra).

Az orvos-páciens kapcsolat minden tekintetben és minden esetben két önálló személy és személyiség közti kommunikációs kapcsolat. A kommunikáció mindig kétirányú eseménysor. A közlés bár fontos információkat tartalmazhat, nem kommunikáció. Ha nincs visszajelzés, reakció, akkor nincs kommunikáció és nincs tényleges orvos-páciens kapcsolat (3. ábra).

Ebben a folyamatban a páciensnek egyre többet érdeemes tudnia a „betegségéről”, nekünk pedig, hogy személyre szabott ismereteket adhassunk, egyre többet kell tudnunk a páciensről (és környezetéről), valamint az orvos-páciens kapcsolat működésének alapjairól. (Most tegyük kicsit félre a valamit tudni és valamit tenni közti nem csekély különbséget.) A páciens oldalán a „betegségértést”, az orvos oldalán a „páciensértést” kell javítani.

Az is tény, hogy sem az orvos, sem a páciens nem izolálható környezetének külső (extrinsic) – esetenként zavaró – hatásaitól. Sőt a két fél között zajló kapcsolat – esetenként szintén zavaró – interperszonális hatásaitól sem.

Az orvos-páciens kapcsolat akarva akaratlanul is átalakul az évtizedek során. Ez szükségszerű. Oka a mindkét felet érő szociokulturális változás. Elmozdulunk az ún.

biomedikális modelltől az ún. biopszichoszociális modell felé.⁶ Előbbit a betegségek kizárólag biológiai okokra való visszavezetése és általában orvos- és betegségek központúság jellemezte/jellemzi. Utóbbi már nem csak a biológiai, hanem a társadalmi és a pszichológiai tényezőket is figyelembe veszi a betegségek okának keresésében, a megelőzés, a kezelés és a rehabilitáció folyamataiban és (általában) sokkal inkább páciensközpontú.⁷

A megelőzés-kezelés-rehabilitáció egymástól elválaszthatatlan szemléleti megközelítése sem általános még a mindennapi klinikai gyakorlatban, pedig ennek törvényszerű volta a teendőinket meghatározó egységes patofiziológiai alapok miatt is egyértelmű, illetve egyértelmű kellene, hogy legyen.

Ideális esetben az orvos-páciens kommunikáció nem „csak” páciensközpontú, de az eredményeként kialakuló döntés(ek) is a két fél közös megegyezésén alapul(nak). Ezt a szemléletet jelzi a szakirodalom immár több mint két évtizede az SDM rövidítéssel (Shared Decision Making).⁸

Vajon mindannyian beláttuk már az SDM irányába történő elmozdulásunk (amelyet egyre több – de nem minden – páciens is tudattalanul preferált) orvosszakmai és gazdasági szükségességét? Vajon, ha ezt belátjuk, rögvest birtokában leszünk a hatékony alkalmazást lehetővé tevő készségeknek? Aligha. Ehhez tanulnunk és tanítanunk is kell.

Szakmai nyelven tehát egyre inkább páciensközpontú, holisztikus, biopszichoszociális szemléletet kell képviselnünk, és a gyakorlatban ennek megfelelő eszközrendszert kell alkalmaznunk az edukáció során (is). Ezt a tevékenységünket (is) a páciens segítségét (a gondozást) végző csapat tagjaként kell végeznünk. A gondozócsapat így válik egyben edukációs csapattá is. Ez azt jelenti, hogy szakmai specializáltságunkból adódó feladathatárainkat csak rugalmasan, időszakosan és a szükséges mértékben átlépve, egymással összhangban és összehangoltan kell edukálnunk.

AZ OKTATÁS SZEREPE ÉS HELYE AZ EDUKÁCIÓ FOLYAMATÁBAN

Az oktatás valamilyen, általában szervezett formában történő ismeretátadás. Klasszikus példája az iskolai oktatás. Esetünkben – az edukáció folyamata során – egy képzett, az adott témában megfelelő ismeretekkel rendelkező (általában egészségügyi képzettségű) személy információt ad, hiányzó ismeretet pótol egy kevesebb/más ismerettel rendelkező (általában nem egészségügyi képzettségű) személy számára.

Az oktatás folyamata az elméleti ismeret bővülését eredményezi.

Ez roppant fontos (és látványos), de kifejezetten szűk területe az edukációs tevékenységünknek. Sokan – véleményem szerint tévesen – csupán ezt a klasszikus oktatási elemet tekintik edukációnak.

EDUKÁCIÓ

Az edukáció szisztematikus, célirányos oktatás (az edukátor részéről), annak befogadása és mindennapi cselekvésváltozásban való megnyilvánulása (az edukált részéről). Az edukáció célzott, egy bizonyos ismeretcsoporthoz tartozó ismeret/megismerést jelent, de csak akkor éri el a célját, ha ennek révén konkrét probléma megoldására irányuló eredményes cselekvéshez vezet. Ideális esetben ezen ismeretek/képességek/jártasságok/készségek személyiségbe épülését (interiorizációját) szolgáló folyamat. Ennek során az edukált személy életmódjának egy része megváltozik, célszerűen átalakul.

Az edukáció tehát a legritkább esetben csak ismeretátadás.

TERÁPIÁS EDUKÁCIÓ

Egy adott személy adott egészségügyi problémájának megoldására vagy enyhítésére irányuló (tehát célzott és egyénre szabott) tevékenység. A terápia és a prevenció viszont csak didaktikailag választható szét egymástól. Az egészségügyi probléma vagy egy újabb egészségügyi probléma megelőzésére vonatkozó preventív edukáció is elválaszthatatlan része ennek a folyamatnak. Az egészségedukáció mindig az adott személy cselekvésével, viselkedésének módosulásán át, cselekvés által vagy cselekvés elhagyása által (pl. dohányzás elhagyása) hoz eredményt. Az eredmény maga az életmód célszerű megváltozása. Emiatt az edukáció viselkedés/magatartás terápiai módszer. Sikeres, ha a problémára megoldást jelent vagy (preventív módon) általa kivédhető egy további probléma fellépte, de akkor is, ha csökkenthető annak előfordulási esélye. Erre a diabetológia területén klasszikus példa a hipoglikémia elkerülése érdekében folytatott edukáció.

Az edukáció a magyar köznyelvben nem honos kifejezés. Remélem idővel meghonosodik, vagy egy szép tömör és kifejező magyar szót találunk rá.

A nemzetközi példák a cukorbetegség esetén egyenesen a „cukorbetegség önmenedzselésének tanítása” (Diabetes self-management education, azaz DSME) kifejezést használják.

Szélesebb értelemben célunk ennél is több, az „önmenedzselési készség fejlesztése”. Ez magába foglalja a páciens önmenedzselésének oktatását, azaz a hagyományos értelemben vett edukációt (Diabetes self-management education, DSME) és minden más oktatáson kívüli támogatást (Diabetes self-management support, DSMS), így a közvetlen orvosszakmai és pszichoszociális támogatás elemeit is.

A javuló önmenedzselési készség javítja a prevenció, terápia és rehabilitáció eredményességét és igazoltan csökkenti azok hosszú távú költségét. A jó edukáció páciensközpontú, problémalapú, kulturálisan releváns, integratív és bizonyítékalapú.

I PÁCIENSKÖZPONTÚSÁG

Mottó: „Salus aegroti, suprema lex esto” – A beteg java a legfőbb törvény.

Ahhoz, hogy az „orvosi” tevékenységünk (benn az edukációs tevékenység) páciensközpontú lehessen, meg kell ismernünk a páciens. Meg kell értenünk, hogy milyen cél vezérelte hozzánk. Naiv elképzelés lenne azt gondolni, hogy minden, a diabetológiai szakrendelésre belépő személy már belső motivációtól hajtva kész a cselekvésre és csak a megfelelő ismeretei hiányoznak ahhoz, hogy életmódját hatékonyan és tartósan átalakítsa. Ha ez lenne a helyzet, akkor valóban csak oktatást kellene végeznünk. Az előző mondatok ismét tartalmaztak két kulcstényezőt. Az egyik a motiváció. A másik a cselekvésre készség. E kettő egymással összefügg, de nem azonos.

I MOTIVÁCIÓ

A motiváció egyfajta belső készítés, energia, aminek hatására cselekszünk céljaink elérésére.⁹ A definíció kulcsszavai: „belső”, „cselekvés”, „cél”. Ha nincs cél, akkor nem lehet annak elérésére irányuló motiváció sem. Ugyanakkor a cél csak cselekvés által érhető el. Ennek a cselekvésnek a motiváción kívül vannak más feltételei is. A motiváció hajt a cselekvésen át a célunk eléréséhez (4. ábra).

A diabetológia területére lefordítva: Ha a páciensnek belső készítése, hogy „jó legyen a cukrom”, akkor motivált. Ha motivált, akkor megszerezheti a célszerű

cselekvéséhez szükséges ismereteket. Ennek a lépésnek egyik külső feltétele az edukációs folyamat. Ezzel a lépéssel szinte párhuzamosan indulhat a cselekvés: Viszont ennek is vannak/lesznek rajtunk kívül is feltételei. A hatékony cselekvés eredményeként „jó lesz a cukor”.

A „jó legyen a cukrom”, mint a tényleges cél, nem a valódi cél. Valódi cél bármi lehet, ami örömet okoz. Örömet pedig akár az is okozhat, ha már „jó a cukrom”. A „jó cukor” viszont minden esetben egy mérhető, kézzel fogható, sőt számszerűsíthető paraméter. Jó „köztes cél” a valódi célok eléréséhez.

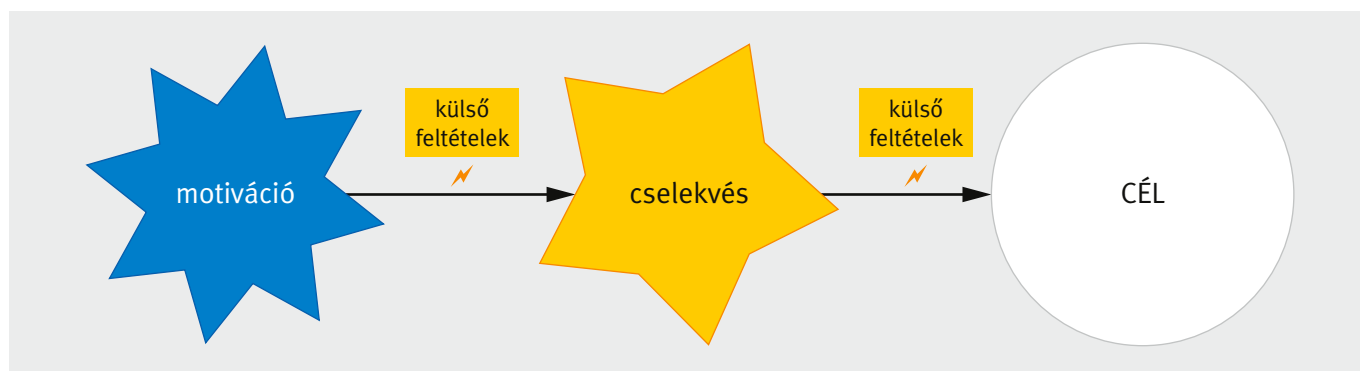
A fentiekből látható, hogy „könnyű dolgunk van”, ha a páciens egy bizonyos cél elérésére motivált. Ekkor (de csak ekkor) sok esetben (de nem mindig) már cselekvésre is kész, és ekkor (de csak ekkor) megfelelő kommunikációs/edukációs eszköztárat alkalmazva már „csak” oktatnunk kell.

Ha az edukáció segítségével cselekedve elérte a páciens saját belső célját, akkor szinte garantált a további jó páciens-edukátor együttműködés. További célok jelölhetők ki (immár közösen) és érhetők el a páciens cselekvése, életmódjának változása által.

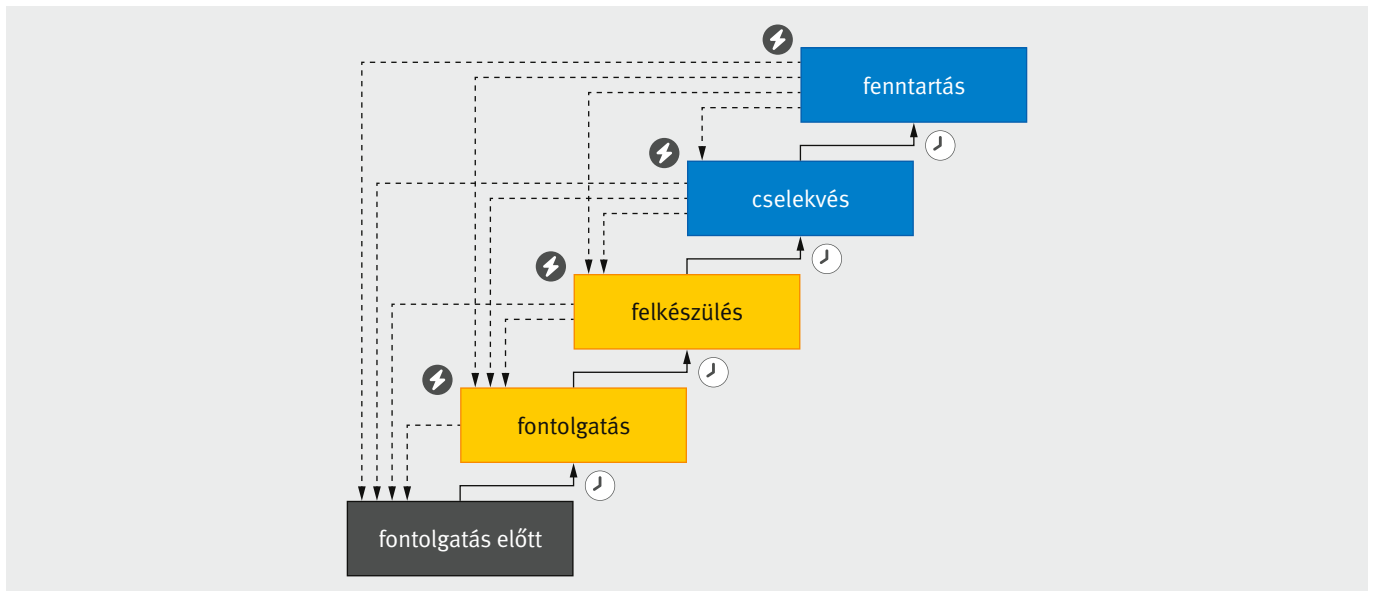
Emiatt a páciens első céljának elérése pszichológiailag kulcstényező a további együttműködésben, a további cselekvés és ezzel a viselkedésváltozás felé.

A cselekvés mindig egyfajta viselkedésváltozás, a korábbi, megszokott életviteltől való eltérés a diabetes önmenedzselése tekintetében. Változtatni nehéz.

Ennek az ideális esetben cselekvéshez vezető lélektanai változási folyamatnak a megértését talán leginkább



4. ábra. A motiváció, cselekvés és célelérés kapcsolatrendszere



5. ábra. A tranzsteoretikus viselkedésváltozási modell fázisainak szemléltetése (Prochaska és Diclemente nyomán¹⁰)

Prochaska és Diclemente viselkedésváltozási modellje (transzteoretikus modell) segítheti (5. ábra).¹⁰

AZ EDUKÁCIÓ OKTATÁSI RÉSZTERÜLETE

Edukációs tevékenységünk oktatási részterülete már megközelíthető az általános oktatásmélet (didaktika) három alapkérdésével.

1. Kit tanítsak? – célcsoport
2. Hogy tanítsak? – oktatásmódszertan
3. Mit tanítsak? – tematika

Ezek elé 0.-nak rendeljük hozzá a „ki tanítson”, azaz esetünkben a ki legyen az edukátor kérdést!

A kérdések tehát:

0. Ki tanítson? – ki legyen „az” edukátor?
1. Kit tanítsak? – célcsoportok
2. Hogy tanítsak? – oktatásmódszertan
3. Mit tanítsak? – tematika

0. kérdés: Ki tanítson? Ki legyen az edukátor?

Szoros értelemben a nemzetközi gyakorlat szerint az adott szakterületben meghatározott vizsga elvégzéséhez kötjük

az „edukátor” megnevezés/cím használatát. Így van ez a Magyar Diabetes Társaság által felügyelt „diabetológiai szakasszisztens és edukátor” cím megszerzése esetén is.

Célunk viszont az egészség védelme, a betegség hatékony kezelése, illetve az elvesztett vagy csökkent funkciók, képességek visszaszerzése (prekurabilitáció) az adott páciens életmódjának megváltozása által. Ezért a páciensedukáció nem lehet csak az „edukátor” feladata. Még az oktatás (mint a legszűkebben értelmezhető edukációs feladat) sem hárítható csak az „edukátorra”.

Ahogy a páciens gondozása csapatmunka, úgy a páciens oktatása is csak csapatmunkaként képzelhető el.

A gondozás és az edukáció egymástól elválaszthatatlan tevékenység. A hatékony gondozás alapfeltétele a hatékony edukáció. A hatékony edukáció alapfeltétele pedig a hatékony kommunikáció.

A Magyar Diabetes Társaság felnőtt szakellátó helyei a családorvosi alapellátással karöltve képezik az orvos szakmai hátteret a diabetológiai gondozásban és kell, hogy képezzék az edukációban is. A betegség multidiszciplinaritását figyelembe véve ez a két team (családorvosi és a „diabetológiai szakellátó hely” csapata) egészül ki más, szintén nélkülözhetetlen elemekkel (pszichológia, szemészet, kardiológia, hipertoniológia stb.).

Kulcsszerep vár a Magyar Diabetes Társaság felnőtt-szakellátó helyeinek országos rendszerére, ha a gondozási rendszert valódi edukációs rendszerre kívánjuk kiterjeszteni. Meggyőződésem, hogy ez minden más szakmai fejlesztésnél jobban növeli/növelheti eredményességünket.

Ahhoz, hogy az edukáció átfogó, tehát integratív jellege megvalósulhasson, lényegében a gondozó csapat minden tagjának a pácienssel történő kommunikációja során edukálnia (is) kell.

A családorvos (a pácienssel közösen) hoz döntést a szak-konzultáció megkezdésére, irányítja a pácienszt a szakellátó hely diabetológusához vagy más szakemberéhez. Ugyanakkor ez a hálózati kapcsolat hatékonyan csak megfelelő koordinálás esetén működhet. Ennek a koordinációnak az irányítása (is) a szakellátó hely, illetve a szakellátó hely vezetőjének feladata. Így jöhet létre a helyi lehetőségeket figyelembe vevő, megosztott gondozási/edukációs rendszer.

Ne (csak) a diabetológiai szakellátó hely keretei között gondolkodjunk azonban diabetológusként. Rendeléseink nem szakíthatók ki az egészségügyi ellátórendszer hálójából. Nem végezhetjük a páciens edukációját (sem) igazán eredményesen a kapcsolódási pontjainkat lezárva.

Ha ez nem történt volna meg (vagy a kapcsolat túllazult volna), a családorvosok és asszisztenseik partnerként való bevonására tegyük meg mi az első vagy ismételt lépéseket. Építsünk kommunikációs – és ezzel ez esetben edukációs – hálót egymás között is!

A feladatmegosztást mindig helyben, a gondozó/edukációs csapat alkotóelemei alapján lehet és kell meghatározni. Érdemes ezeket írásban (is) rögzíteni. Pl. ahol (és sajnos ez még gyakori) nincs podiáter, ott feladatainak (benne az edukációs feladatok) alapjait – kényszerűségből – más csapattag kell, hogy végezze. Törekedjünk azonban teamünk szakmai értelemben vett teljessé tételére! Mindig konszenzust teremtve és közösen jelöljük ki a csapattagok feladatait. A feladathatárokat csak szükséges esetben és átmenetileg lépjük át. Vannak/lesznek határozottan közös feladatkörök. Pl. a „hipoglikémia megelőzése és rendezése” kérdés része a diabetológus, az edukátor és a dietetikus feladatkörének is. Ezen találkozási pontokon teljes mértékben (időszakosan frissítésről is gondoskodva!) egyeztetnünk kell oktatási anyagainkat. A páciens számára apró részkülönbségek (pl. egy számérték) is bizonytalanságot kelthet.

A diabetológiai szakellátó hely szakembereinek feladatkörei edukációs szempontból

- Szakellátóhely-vezető, diabetológus: A páciensek terápiás, gondozási és edukációs stratégiájának meghatározója és irányítója. A gondozási és edukációs team koordinátora. Kulcsszereplő, mintegy a szakellátó hely „arca” külső kapcsolati rendszerek felé (is).
- Dietetikus: Cukorbetegségben az életmódi rendszer át-/kialakításának, a páciens és az „élelmezésvezető” családtag „karmestere”.
„A cukorbetegség minden formájában szükséges az egyénre adaptált és az érintett személlyel egyeztetett dietoterápia/orsósi táplálkozásterápia alkalmazása a betegség felismerésétől kezdve, ennek érdekében kívánatos testre szabott dietetikai tanácsadás nyújtása, lehetőség szerint szakképzett dietetikus közreműködésével.”⁴ Ez a megfogalmazás a jelenleg is érvényes szakmai irányelvünkben szerepel. Közös feladatunk és érdekünk, hogy ebből a mondatból mihamarább kikerüljön a „lehetőség szerint” megjelölés.
- Diabetológiai szakasszisztens és edukátor („edukátor”): A páciens által használt technikai (önellenőrzési és terápiás) eszközökkel kapcsolatos oktatás a fő feladata. Diabetológusként figyeljünk, hogy ne adminisztratív feladatokkal kössük le energiája és ideje zömét!
- Podiáter: Podiáterek nélkül átúto eredményt elérni a diabeteses lábproblémák megelőzésében és szakellátásában nem remélhetünk. Összehangolt szakmai támogatás szükséges ahhoz, hogy idővel minden diabetológiai szakellátó hely személyi állományának kötelező tagjává válhasson a podiáter. Hiányuk esetén a láb alapvizsgálatait a diabetológiai szakasszisztens feladatkörébe utalhatjuk, de ez hosszú távon az ellátás minőségét rontó kényszerszemegoldás. Képzésünk sajnos csak néhány éve indult. Ez ideig minden podiáter saját maga kényszerült képzését finanszírozni. Ez a helyzet és a tény, hogy a podiátria a mai napig sem szerepel az országos szakképzési jegyzékben, aggasztó.

A „jó” edukátor és a „jó” páciens ismérvei

A „jó” edukátort meghatározó jellemzők:

1. Motivált, érdeklődő, az új befogadására nyitott, megújulni képes.

2. Empatikus.
3. Az adott szakmaterületben megfelelően képzett és ismereteit folyamatosan bővíti.
4. Képes (rövid idő alatt) a páciens változási fázisának és edukációs szintjének felmérésére.
5. Az edukációs, kommunikációs módszereket ismeri és azok célzott, személyre és helyzetre adaptált alkalmazására önállóan képes.
6. Csapatjátékos, ismeri önmaga szakmai határait és azokat csak okkal lépi át.
7. Önkorrekcióna képes.

Az ideális „páciens” jellemzői:

1. Motivált, érdeklődő, az új befogadására nyitott.
2. A cselekvés vagy már a fenntartás fázisát éli.
3. Őszinte, de kritikus (önmagával is). Türelmes, de céltudatos.
4. A mindennapi élet viteléhez szükséges készségekkel (beleértve a beszéd- és szövegértést) rendelkezik.
5. A segítséget mérlegelve elfogadja.
6. Felismeri önmaga határait és azokat csak okkal lépi át.
7. Önkorrekcióna képes.

Látható, hogy több tekintetben átfedés van a két feltételrendszer között. A legfontosabb kérdés, hogy rendelkezünk-e edukátorként, illetve rendelkezik-e páciensünk edukáltként motivációval?

„A motiváció fogalma pszichológiai meghatározás szerint az egyén olyan belső tudati állapota, amely arra készteti, hogy meghatározott módon viselkedjék.”¹¹

A motiváció hiánya az edukáció halála.

1. Kit tanítsak? – célcsoport

Mottó: „Aki sokat markol, keveset fog.”

A lakosság egésze

Az egészségértés a WHO meghatározása szerint:¹² „az emberek kognitív és szociális készsége (skills), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (ability), amelynek segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket.”

Röviden: Azon készségek összessége, amelyek meghatározzák, hogy egy személy milyen mértékben szeretne és képes tájékozódni és cselekedni az önmaga egészségével/betegségével kapcsolatos kérdésekben. Magyarországon a felnőtt lakosság 1/3-ának egészségértése bizonyosan problémás.¹⁴

A szervezett alap- és középfokú oktatásban részesülők

A gyermek- és serdülőkorúak intézményi oktatásában a nemzeti alaptanterv (NAT) már ma is határozott feladatokat és célokat fogalmaz meg az egészségoktatás/egészségnevelés területén. Ezen célok elérésével az egészségértés (is) javítható lesz/lenne. Ebbe a feladatba – a diabetes tekintetében – a betegtársaságok és segítő alapítványok önkéntesei, megfelelő szakmai alapképzés és kommunikációs ismeretek elsajátítása után eredményesen bevonhatók. Ezen ismeretek szakmai kontrollját a Magyar Diabetes Társaság testületileg is fel kell, hogy vállalja.

Kétirányú együttműködési megállapodásokat kötve, szakmai oktatást (ma már mindenkireh eljuttatható távoktatás formájában) biztosítva, az elsajátított ismereteket kontrollálva (vizsga), képzett és minősített önkéntes oktatók országos hálózata állítható/állítandó fel. Idővel az ország teljes oktatási rendszere elérhetővé válhat/válik a program számára.

Kulcskérdés, hogy egységes oktatási anyaggal, egységes vizsga- és minősítési rendszerrel dolgozzunk/dolgozzanak a „civiliek” képzése során. Ez biztosítja, hogy megfelelő szakmai ismeretek legyenek közvetíthetők, eredményt hozó módon. A folyamat központi „szervere” a Magyar Diabetes Társaság munkacsoportjaiból kialakuló lehetőleg személyes érintettség/elkötelezettség által is vezérelt, kisszámú, egymással szinte napi (táv)kapcsolatot tartó személy legyen. Az oktatási anyag az MDT honlapjáról legyen szabadon elérhető, letölthető, forrásmegjelöléssel megosztható. Az oktatásra kiképzett, vizsgázott „laikus segítő” kötelező módon használja az „MDT civil edukátora” megnevezést. Minden az MDT által minősített akár elektronikus (előnyben részesítendő), akár hagyományos papír- vagy tárgyi alapú oktatóanyagon kötelező módon jelenjen meg az MDT minősítő logója (MDT-EDU). Nem minősített oktatóanyag ne kerüljön felhasználásra, de

a civil edukátorok felvetéseit, ötleteit, saját anyagait időről időre tekintsük át, építsük be a képzési rendszerbe és oktatóanyagok sorába. Élő, folyamatos, rugalmas kommunikációs kapcsolat alakuljon ki az MDT és a civil edukátorok hálózata között.

Betegszervezetek és alapítványok: Magyarországon sajátos módon a betegszervezetek és a betegsegítő alapítványok nem, illetve nem minden esetben különülnek el egymástól. Sok esetben sem a betegszervezetek, sem a segítő alapítványok nem kapcsolódnak egymáshoz még területileg sem, nem alakult ki egy átlátható egységes, országos hálózati struktúra. Nem fogalmazódott meg a betegszervezetek részéről konkrét, egységesnek mondható általános igényrendszer. A pácienseket és családjukat segítő alapítványok részéről pedig nincs egységes, rövid, közép- és hosszú távú megvalósítandó célfeladat, így természetszerűleg hiányzik az annak elérésére hivatott koncepció is.

A cukorbetegség kialakulására fokozottan veszélyeztetett személy és családja

Ez a legtagabb csoport, ahol a veszélyeztetettség mértékének meghatározása után (pl. FINDRISC kockázatalapú szűrés)¹³ valóban edukációra (és azon belül oktatásra) nyílna/nyílik lehetőség. Ezen személyek elérése családorvosi lehetőség. A családorvos kollégák lehetőleg már ekkor – a praediabetes diagnózisakor – lássák el a páciens (és családját) az önmenedzselést támogató, szakmailag is hiteles írásos és/vagy elektronikus forrással. Ez a Magyar Diabetes Társaság által minősített MDT-EDU védjeggyel ellátott kiadvány legyen. Az elektronikus információs bázis az MDT honlapján legyen szabadon elérhető, letölthető, forrásmegjelöléssel megosztható.

A páciens kapjon kézbe egyetlen, a szakmai forrás elérhetőségét mutató edukációs kártyát, amin az elérési címen kívül csak a fő üzenetek leegyszerűsített, piktogrammos megjelenítése szerepeljen.

Javasolt, hogy ebben az esetben összesen három fő üzenetre fókuszáljunk:

1. A cukorbetegség elkerülhetőségének, megelőzhetőségének lehetősége.
2. Az elhízás és a 2-es típusú cukorbetegség rizikó okozatossága. A több mozgás és az átgondolt étkezés mint teendők előnyei.

3. Az állapot követésének szükségessége.

Ha a páciens motivált, cselekvésre kész, már ebben a fázisban tegyük lehetővé (ha erre kapacitás áll rendelkezésre) dietetikussal történő konzultációt.

Ha a páciens motivált, cselekvésre kész, már ebben a fázisban tegyük lehetővé betegszervezettel való kapcsolatfelvételét. Ez esetben adjuk meg a helyi betegszervezet elérhetőségét.

A cukorbeteg páciens és családja

Ezen személyek hosszú távú stratégiai támogatása már közvetlenül a diabetológiai szakellátó helyek gondozási és edukációs feladatköre (is). Emiatt ettől a ponttól foglalkozom érdemben az oktatásmódszertannal.

2. Hogy tanítsak? – oktatásmódszertan (a cukorbeteg páciens és családja)

Mottó: „Meleté to pan – Minden a gyakorlaton múlik”

A családorvos kollégák már ekkor – a diagnózis felállításának „pillanatában” – lássák el a páciens (és családját) az önmenedzselést támogató, szakmailag is hiteles írásos és/vagy elektronikus forrással. Ez/ezek fokozatosan – kivétel nélkül – a Magyar Diabetes Társaság védjeggyel ellátott edukációs kiadványok (MDT-EDU) legyenek. Minden páciens kapjon kézbe egyetlen, a szakmai forrás elektronikus elérhetőségét mutató edukációs kártyát, amin az elektronikus edukációs forrás elérési címen kívül csak a fő üzenetek leegyszerűsített, piktogrammos megjelenítése szerepeljen.

Ha a páciens motivált, cselekvésre kész, már ebben a fázisban tegyük lehetővé betegszervezettel való kapcsolatfelvételét. Ez esetben adjuk meg a helyi betegszervezet elérhetőségét is.

A páciens gondozása korai felismerés esetén csak fokozatosan válik a családorvosi praxis (praxisközösség) és a diabetológiai szakellátó hely közös feladatává. Az edukációs feladatok is (korai felismerés esetén) kezdetben a családorvosi praxis keretében folynak. Ez alól azonban van egy a fenti szabályt erősítő kivétel.

A folyamatban lévő praxisközösségek kialakulásáig is (amelyek integráns részévé kell hogy váljon a dietetikus) mindenütt biztosítani kell, hogy legkésőbb a betegség

felismerésekor – ha a páciens motivált és a cselekvés fázisába jutott – dietetikussal táplálkozásterápiás edukációt kezdjen. Ez az a pont, ahol legkorábban kapcsolódik a páciensgondozás sorába a szakellátó hely dietetikusa (vagy más egészségügyi ellátóhely dietetikusa). A cselekvésre nem motivált páciens segítségét a viselkedésváltozás folyamatában előrelépni, de ne irányítsuk dietetikushoz! Így a dietetikusok valóban a már siker reményével oktatható páciensekre fókuszálhatnak.

Az edukáció alaplépése a páciens igényének megismerése.

Az eredményességet igazán csak a gyakorlati hozadék alapján, az egyén szintjén mérhetjük le.

„A magas egészségműveltség segíti a nagyobb autonómiát, a személyes képessé tételt, ami egyfajta fejlődésként fogható fel egy jobb életminőség felé. Emellett a magas egészségműveltséggel rendelkező személyek képesek arra, hogy részt vegyenek a magán- és közbeszédben az egészségről, a gyógyszerekről, a tudományos eredményekről, a kultúráról folyó diskurzusokban. Ezen a módon az egészségműveltség pozitív hatást gyakorol a háztartásokra, a munkahelyekre, a társadalomra és a kultúrára is.”¹⁴

Egy terápiás rendszer működtetéséhez szükséges ismeretek mennyiségét (az ezek megszerzéséhez szükséges oktatási igényt) maga a terápiás rendszer is alapvetően

meghatározza. Ezt a terápiás stratégia javaslatok feltételül vegyük figyelembe (hogy oktatási kapacitásunkat ne terheljük túl).

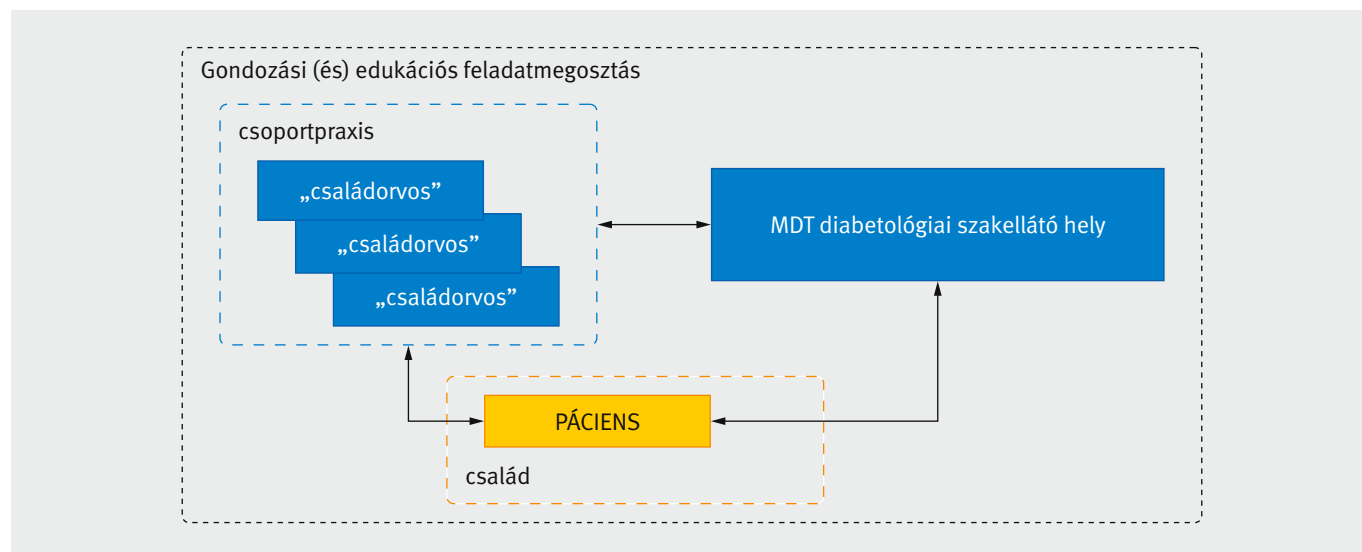
Minél kevesebb eleme van egy terápiás rendszernek, annál kisebb, minél összetettebb, annál nagyobb az oktatási igény.

Minél kisebb a terápiás rendszerrel a hipoglikémia rizikója, annál kisebb, minél nagyobb a hipoglikémia-rizikó, annál nagyobb az oktatási igény.

Ez alapján láthatóan a legkisebb (közvetlen orvosi) edukációs igénye a cukorbetegséggel kapcsolatos gondozási és követési alapismeretek átadásának, az étrendi/életmódi rendszer kialakításának és a metformin-bázisterápia bevezetésének van.

A páciens számára ezen ismeretek megszerzése és alkalmazása jelenti azt az alapot, amelyre a későbbiekben minden más ismeretszerzés és bármely komplexebb terápiás rendszer épülhet.

A Magyar Diabetes Társaság megalakulása óta nagy hangsúlyt fektet a családorvos kollégák szakmai képzésének elősegítésére. Nem véletlen, hogy a diabetológiai licenc megszerzése családorvosi szakvizsgára építve is lehetőség. Tiszteletre méltó a családorvosi munkacsoport kifejezett aktivitása is. Ez is a családorvos kollégák szakmai elérését segítheti/segíti. Ugyanakkor a társaság



6. ábra. A családorvosi és a diabetológiai szakellátás és edukáció alapmintája

ez ideg a diabetológiai licenccel rendelkező családorvos kollégák esetében még saját praxisukban és még a tevékenység külön finanszírozása nélkül sem tudta kiharcolni az emelt és kiemelt térítési kedvezmények alkalmazásának jogát. Ebben a tekintetben az MDT, a családorvosi és betegszervezetek együttes és egyirányú lobbitevékenysége látszik szükségesnek a cél eléréséhez.

A diabetológiai licenccel – tehát magas szakmai képzettséggel – rendelkező családorvosok a kovász szerepét tölthetik be a családorvosi és diabetológiai szakellátó helyek új típusú gondozási és edukációs tevékenységében. Ennek a folyamatnak elindító eleme lehet az új, országosan egységes diabetesedukációs szemlélet elindítása. Ideálisabb helyzetet az alapellátási rendszer tekintetében az jelenthetné, ha minden csoportpraxis külön diabetológiai konzulenssel rendelkezhetne, ha nincs tagjai között diabetológiai licenccel (is) rendelkező kolléga. Ő koordinálhatná a csoport szűrési, gondozási és ezekhez kapcsolódó edukációs tevékenységeit (6. ábra).

3. Mit tanítsak? – tematika

Az edukáció mindig célzott, egy bizonyos ismeret vagy ismeretcsoport átadását/megszerzését és készségszintű alkalmazását, ideális esetben ezek személyiségbe épülését (interiorizációját) szolgáló folyamat, ami konkrét probléma megoldására szolgáló cselekvéshez vezet.

A szorosan vett oktatás pillanata (hogy az cselekvésként eredményt hozzon) valóban csak a páciens lelki változásának cselekvési szakában (bizonyos elemeiben a változás fázisában) lehetséges.

Első lépésben mindenképpen szorítkozzunk a páciens által a legfőbbnek megélt, érzett probléma megoldására. Ne rettenjünk meg, ha ez nem az a kérdés, ami szakmai szempontból vagy akár a páciens életminősége/élettartama szempontjából később a legmeghatározóbb lesz.

Alapszabály, hogy „a páciens által legfontosabb kérdés a legfontosabb”.

Ha a páciens kérdez, az mindenképpen jó. Nincs rossz kérdés, csak a fel nem tett kérdés rossz.

A kérdés adekvátságából, minőségéből minden plusz idő és tudományos teszt nélkül közelítőleg képet alkothatunk a betegségértés általános szintjéről és az adott témakörben birtokolt ismeretanyag minőségéről is. Ha

a páciens nem kérdez, akkor vagy nem tud, vagy nem mer, vagy nem akar kérdezni. Vegyük sorra e három lehetőséget.

1. Nem tud kérdezni. Ez esetben a páciens egészség/betegség értéke bizonyosan korlátozott.
2. Nem mer kérdezni. Ennek legfőbb oka a szorongás. A szorongás gátolja a célszerű cselekvést, kioltja a megismerés vágyát, vagyis magát a motivációt. Hogy erről van szó, azt a metakommunikáció jelzi (ha figyelünk a metakommunikációra).
3. Nem akar kérdezni. Ez esetben nem valószínű, hogy ténylegesen a cselekvés fázisába jutott, vagy olyan „alternatív” utat választ a cselekvéséhez, amiben nem bennünket lát támogató partnerének.

„A bizalomalapú kapcsolatok rugalmasabbak, jobban tudnak igazodni a környezeti változásokhoz, mint a szabályokra vagy a nehezebben változtatható értékekre épülő kapcsolatok, mert a bizalom szabályok vagy értékek vak követése helyett a másik érdekeinek figyelembevételét teszi szükségessé.”¹⁵

Alapoktatás, törzsanyag

A Magyar Diabetes Társaság edukációs munkacsoportja összeállított egy indulásként mindösszesen 147 szócikkből álló törzsanyagot. Ez az állomány az MDT honlapjának páciensoldalán mindenki számára szabadon hozzáférhető lesz. A cél az volt, hogy az egyes szócikkek önállóan, minden előképzettség nélkül érthetőek és érdeklődést keltőek legyenek, ahol ez megengedhető, akár a humort sem nélkülözve. Egy-egy szócikk – az esetek többségében – határozottan rövid. Korántsem teljességre, csupán lényegi megértésre törekvő.

Az étrendi, azaz dietetikai oktatás

- Az étrendi/dietetikai oktatást csak dietetikus végezzen.
- Dietetikushoz étrendi/dietetikai oktatásra csak motivált és a cselekvés fázisába jutott páciens irányítsunk. Ez orvosi felelősség. Minden motivált és cselekvés fázisába jutott páciens számára teremtsük meg a dietetikai gondozás lehetőségét. Ennek feltételrendszerét megteremteni a szakellátó hely vezetőjének kötelessége.
- A dietetikus a páciens étrendi szokásait felmérve (ennek roppant hasznos és viszonylag egyszerű módja

az étrendi napló) személyre szabottan, a pácienssel és a „családi ételmezésvezetővel” közösen állítson fel dietoterápiás tervet.

- A rendszeres megerősítéssel történő beavatkozás – edukációs gondozás – hatékonyabb, mint az egyszeri vagy rövid távú oktatás.¹⁶ Emiatt a páciens dietetikai gondozása szükséges. Ennek szakmai felelőse a dietetikus.
- Az étrendi rendszer átalakítása az egyik legnehezebb, de egyben a legnagyobb eredménnyel kecsegtető terápiás lépés.

Önellenőrzés oktatása

A vércukormérés önmagában még nem önellenőrzés. A vércukormérés technikai kérdéseit és a személyre szabott, strukturált vércukor-önellenőrzést is tanítani kell. A technikai oktatást „edukátor” végezze. Ha erre a páciensnek lehetősége van, képezzük ki őt ezzel párhuzamosan elektronikus napló használatára is. Minden motivált és a cselekvés fázisába jutott páciens számára történjen személyre szabott önellenőrzési gyakorlati oktatás.

Ha a páciens még sosem mért önmagának vércukrot, használjuk ki a megfigyeléses tanulás adta lehetőségeit. Mutassuk be önmagunk a vércukormérés gyakorlatát, majd kérjük a pácienset a látottak megismétlésére. Ez a módszer a bennünk automatikusan működő tükröneuronok működésén alapulva roppant hatékony.¹⁷

Ha a páciens már mért önmagának vércukrot, kérjük meg, hogy mérjen a szokása szerint, és figyeljük meg a gyakorlatát. Szükség esetén javasoljuk egyes elemek módosítását. Ne feledkezzünk meg a páciens mérési gyakorlatából a helyes elemek kiemeléséről, megerősítéséről!

A technikai oktatás során meg kell erősíteni az önellenőrzési rendszerre vonatkozó információkat is. Hogy ne alakuljon ki ellentmondás az orvos és az edukátor oktatása során, az edukátornak ismernie kell az orvos által javasolt (de a páciens által is már elfogadott) önellenőrzési tervet. Az orvos az orvosi dokumentációban ennek érdekében (is) írásban rögzítse az önellenőrzési tervet.

Minden új terápiás eszköz használatakor történjen vércukor-önellenőrzési reedukáció is, aminek során kiindulásként a páciens mérési gyakorlatát figyeljük meg és értékeljük (a pácienssel közösen).

Terápiás eszköz használatának oktatása

Minden új terápiás technikai eszköz páciens általi használata csak annak gyakorlati oktatása után kezdődjön meg. Ezt az oktatást „edukátor” végezze. Az oktatás bevezetéseként történjen meg a vércukor-önellenőrzés technikai módjának oktatása/ellenőrzése. Az új eszköz tanulásakor használjuk ki az önellenőrzés oktatásánál már részletezett megfigyeléses tanulás lehetőségét. Mindent, ami kézbe adható, adjunk kézbe! Mindent, amit kipróbálhat, próbáljon ki a páciens először kontrollált körülmények között! Közben ne feledkezzünk meg a helyesen végzett cselekvési elemek kiemeléséről, megerősítéséről! A hibás elemeket ismételt gyakorlattal kontrolláljuk.

A „láb” önellenőrzésének és ápolásának oktatása

Minden motivált és a cselekvés fázisába jutott páciensnél a boka-kar index, illetve a neuropathiás alapvizsgálatokkal párhuzamosan történjen meg a végtag önellenőrzésére és ápolására vonatkozó oktatás. Ez klasszikusan a podiáter feladata. Összehangolt szakmai támogatás szükséges ahhoz, hogy idővel minden diabetológiai szakellátó helyi személyi állományának kötelező tagjává válhasson a podiáter. Ahol (és sajnos ez még gyakori) nincs podiáter, ott feladatainak ezt a részét (is) az alsó végtagi alapvizsgálatokat elvégző csapattag kell, hogy végezze.

Hipoglikémia megelőzésének, illetve elhárításának oktatása

A legriasztóbb akut élmény, amit a páciens cukorbetegségével kapcsolatban megélhet, a hipoglikémia. A hipoglikémia kialakulása mindig a terápiás rendszer aktuális nem megfelelőségének következménye. A hipoglikémia-kockázat csökkentése a gondozó csapat edukációs tevékenységének egyik kulcsfeladata. A gondozó/edukációs team ezzel kapcsolatban egységes elvet és gyakorlatot kövessen.

Lehetőség szerint olyan terápiás rendszert javasoljunk, ami nem jár a hipoglikémia fokozottabb rizikójával. Ha szükségből vagy kényszerűségből mégis alkalmazni javasolunk ilyen elemet (elsősorban szulfanilureát és/vagy inzulint), még a terápia megkezdése előtt történjen a hipoglikémia megelőzését segítő, illetve annak a páciens (és

környezete) által szakszerű ellátását lehetővé tevő oktatás. Ennek során a páciens (és családtagját) ismertetjük meg a szövődmény kialakulásának lehetséges okaival. Ez a lépés kognitív folyamatként csökkenti/csökkentheti a hipoglikémia lehetőségéből adódó szorongást.

Ismertetjük meg a hipoglikémia lehetséges (szerteágazó) tüneteit, azok okait is tisztázva. A páciens lássuk el a vércukor-önellenőrzés eszközével (szulfanilurea alkalmazása esetén is) és edukáljuk annak alkalmazására.

Ezek a lépések legkésőbb a vércukor-önellenőrzés technikai oktatásakor, de még a terápia megkezdése előtt történjenek meg.

Internet, közösségi média szerepe és ehhez kapcsolódó lehetőségeink

Ma a lakosság nagy része használja az internetet információforrásként, jelentős számban részese akár aktívan, hírforrásként is a közösségi médiának. Ebbe a kapcsolati hálóba a Magyar Diabetes Társaságnak médiafelületeit is be kell kapcsolnunk. Ennek kiinduló, már működő eleme

a társaság honlapja, de ezt további platformokkal (Facebook, Twitter, YouTube) is bővítenünk érdemes. Ezen elemek tartós felhasználói „élményeit” pedig időről időre illeszthetjük a weblap páciens edukációs oldalának oktatási törzsanyagába.

Csoportos oktatás

A csoportos oktatás (ismét hangsúlyozva, hogy az oktatás az edukációnak csak részese) csak egyéni szintfelmérés után alkalmazható eredményesen. Alapfeltétele egyfajta „homogén betegcsoport” képzése. Ezt követően a csoport tagjainak (és az edukátornak/edukátoroknak) a legtöbbször többszörös oktatási folyamathoz mindannyiuk számára alkalmas időpontokat kell/kellene találni. Ezen feltételek együttes teljesülése nehezen megvalósítható. Ugyanakkor a csoportos oktatásnak vannak/lennének előnyei. Az interperszonális csoportdinamika az oktatás eme formájában előnnyé válhat. A csoportos oktatás hatékonysága a fenti feltételek mellett az egyéni oktatással megegyező lehet.¹⁶

IRODALOMJEGYZÉK

- Simon K: Civilizációs stressz, cardiovascularis kockázat, evidence based medicine, guideline-ok=Civilization stress, cardiovascular risk, evidence based medicine, guideline. Orvosi Hetilap 2009; 150(19): 895-902.
- Vályi P: A prekurabilitáció (prevenció, kuráció, rehabilitáció), a megelőzés, a gyógyítás és a rehabilitáció egységének és egyidejűségének fontossága a magas vérnyomásban szenvedő beteg ellátásában. Magyar Belorvosi Archivum 2012; 65: 82-87.
- Bárdos Gy: Magatartási orvosi biológia – útban az integratív orvoslás felé. Magyar Tudomány 2003; 48: 1364-1372.
- Egészségügyi szakmai irányelv A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegség antihyperglykémias kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban (szerk.: Jermendy Gy, írta: Gaál Zs, Hidvégi T, Gerő L, Jermendy Gy, Kempler P, Lengyel Cs, Várkonyi T, Winkler G, Wittmann I). Diabetologia Hungarica 2020; 28(3): 119-204. doi: 10.24121/dh.2020.14
- World Health Organization: Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Report of a WHO consultation. WHO, Geneva, 2006.
- Engel GL: The need for new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 4286: 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Molnár P, Csabai M: A gyógyítás pszichológiája. Springer Hungarica, Budapest. 1994
- Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV: Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. Diab Care 2001; 24: 561-587. doi: 10.2337/diacare.24.3.561
- Zimbardo P, Johnson R, McCann V: Pszichológia mindenkinek. 3. kötet; Motiváció, érzelmek, személyiség, közösség. Libri, 2018. pp. 11-72.
- Prochaska JO, Diclemente CC: Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice Training 1982; 19: 276-288. doi: 10.1037/h0088437
- Branyiczki I: Motivációs elméletek. In: Vezetés-Szervezés II. Budapest, Aula Kiadó, 1991. p. 24.
- Nutbeam D: Health promotion glossary. Health Promot Int 1998; 13: 349-364. doi: 10.1093/heapro/13.4.349
- Nemzeti Diabetesprogram. Diabetologia Hungarica 2011; 19: 21-27.
- Csizmár P: Az egészségműveltség definíciói. Definitions of Health Literacy. Egészségfejlesztés 2016; 57(3).
- Kovács G: A sokszínű bizalom. Educatio 2018; 27: 531-547. doi: 10.1556/2063.27.2018.001
- Norris SL, Lau J, Smith J, et al.: Self-management education for adult with type 2 diabetes. A meta-analysis of the effect on glycemic control. Diabetes Care 2002; 25: 1159-1171. doi: 10.2337/diacare.25.7.1159
- Jaffe E: Mirror neurons: How we reflect on behavior. APS Observer 2007; 20: 20-25.