

ISSN 2063-2142

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK

A Miskolci Egyetem Közleménye

13. kötet, 1, Supplementum

Hallgatói kiadvány



Miskolci Egyetemi Kiadó
2023

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK
13. kötet, 1, Supplementum (2023)

Lektorált folyóirat

Felelős szerkesztő:

PROF. DR. BARKAI LÁSZLÓ
egyetemi tanár, MTA doktor

Főszerkesztő:

PROF. DR. FODOR BERTALAN
egyetemi tanár

DR. HABIL. LUKÁCS ANDREA
egyetemi docens

A szerkesztőbizottság tagjai:

Dr. Kálcza-Jánosi, Kinga	egyetemi adjunktus (RO)
Dr. Kiss-Tóth Emőke	főiskolai tanár
Dr. Martos János	főiskolai tanár
Prof. dr. Rácz, Olivér	professor emeritus (SK)
Dr. Valikovics Attila	egyetemi docens
Dr. Wasilewska, Malgorzata	egyetemi adjunktus (PL)
Kiss-Kondás Dóra	mestertanár, szerkesztő asszisztens

TARTALOMJEGYZÉK

<i>Dányiné Sipos Szilvia – Beregi Erika:</i> A betegoktatás jelentősége a diabéteszes láb okozta krónikus seb ellátásában és megelőzésében	5
<i>Demeter Beáta Mariann – Dobosi Mária:</i> Az alsó végtagi törések a mozgásszervi rehabilitációs osztályon betegoktatói szemmel	13
<i>Hegedüs Zsuzsanna – Dobosi Mária:</i> Betegoktatás lehetősége sürgősségi betegellátó osztályon	18
<i>Juhász Bernadett Mária – Beregi Erika:</i> Betegoktatás jelentősége a porckorongsérvvvel diagnosztizált betegek körében	25
<i>Kálmán Zsuzsanna – Beregi Erika:</i> Betegoktatás a reumatológiában – rheumatoid arthritis-es betegek körében	33
<i>Kis-Kovácsné Baranyi Mónika – Simon Nóra:</i> A daganatos férfiak pszichés támogatása	38
<i>Reithofferné Kiss Mária – Dobosi Mária:</i> Betegoktató feladatai amputált betegek rehabilitációjában	46
<i>Riczu Zsanett – Beregi Erika:</i> Prevenció és betegoktatás jelentősége a gyermekek fénytörési hibáinak felismerésében és progressziójának csökkentésében	53

A BETEGOKTATÁS JELENTŐSÉGE A DIABÉTESZES LÁB OKOZTA KRÓNIKUS SEB ELLÁTÁSÁBAN ÉS MEGELŐZÉSÉBEN

THE SIGNIFICANCE OF PATIENT EDUCATION IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF CHRONIC WOUND CAUSED BY DIABETIC FOOT

DÁNYINÉ SIPOS SZILVIA¹ – BEREGI ERIKA²

¹Bugát Pál Kórház, Gyöngyös

²Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar

Összefoglalás: A cukorbetegség egyik súlyos szövődménye a diabéteszes láb szindróma, amely a nem traumás végtag-amputációk közel 50-70%-áért felelős. A lábszövődményekkel élő betegek eredményes terápiáját sok tényező nehezíti még napjainkban is: a legtöbb kórházban nincsenek kezelésre szakosodott lábambulanciák, és a podiáterek száma is elenyésző. Így a megelőzésre, a kialakult lábszövődmények kezelésének oktatására nincs elég hangsúly fektetve. A szerző a kutatás céljaként rávilágít a diabéteszes láb szindrómával élő betegek körében a szervezett betegoktatás kiemelt fontosságára, és felméri az érintettek ezen irányú igényeit. Feltételezi, hogy a személyre szabott, folyamatos betegoktatás által a kliensek hatékonyabban és aktívan részt tudnak vállalni a prevencióval és a sebellátással kapcsolatos eredményes döntéshozatalban. A kutatás során kérdőíves adatfelvétellel (n = 70) történt a betegoktatási igényekkel összefüggő jellemzők, és a kliensek betegséggel kapcsolatos tudásszintjének, ismeretszerzési lehetőségeinek vizsgálata. Az elhúzódó sebgyógyulás folyamata és a következményes amputációk száma összefüggést mutatott a betegek hiányos tudásával, korlátozott ismeretszerzési lehetőségeivel, nehéz szociális helyzetével és egyéni felelősségük elmaradásával. A felmérésben résztvevők mindössze 23%-a tartotta be rendszeresen a kezelési utasításokat. A cukorbetegség diagnosztizálásakor a betegek 87%-a részesült ugyan edukációban, de az bővebben csak a diétát és a gyógyszeres terápiát érintette. A lábszövődmények megelőzésének lehetőségeiről a kliensek 43%-a szerint részleteiben nem esett szó, míg 11% pedig nem emlékezett erre az információra. Mindezek okán létjogosultsága lenne a diabéteszes láb szindrómával kapcsolatos személyre szabott betegoktatásnak, amelynek rendszerességét és folyamatosságát fent kellene tartani azért, hogy az ismeretek kellőképpen bevésődjenek.

Kulcsszavak: *diabéteszes láb szindróma, prevenció, betegoktatás, végtag-amputáció*

Summary: One of the severe adverse reactions of diabetes is the diabetic foot syndrome, which is responsible for nearly 50-70% of non-traumatic limb amputations. There are a lot of different factors that make effective therapy for patients with foot complications more difficult: most hospitals do not have foot clinics specialized in treatment, and the number of podiatrists is also small. Thus, there is not enough emphasis placed on the prevention and education on the treatment of foot complications. As the goal of the research, the author

highlights the importance of organized education among the patients and surveys the needs of those involved in this regard. The author assumes that through personalized, continuous patient education, the clients can take part more effectively and actively in efficient decision-making related to prevention and wound care. The research of the characteristics of patient education needs, the clients' level of disease related knowledge and the opportunity of knowledge acquisition were made through questionnaire data collection. The delayed wound healing process and the resulting number of amputations showed connection with the lack of the patients' knowledge and individual responsibility, limited opportunities of knowledge acquisition and difficult social situation. Only 23% of the participants in the survey followed the treatment instructions regularly. At the diagnosis of diabetes, 87% of the patients received education but this only covered diet and drug therapy in more detail. According to 43% of the clients, the opportunities of preventing foot complications were not discussed in detail, while 11% did not remember this information. For all these reasons, personalized patient education related to the diabetic foot syndrome should have a right to exist, the regularity and continuity of which should be maintained so that the knowledge can be imprinted sufficiently.

Keywords: *diabetic foot syndrome, prevention, patient education, limb amputation*

BEVEZETÉS

A diabetes mellitus a XXI. század elejének egyik legjelentősebb népegészségügyi problémájává vált és kiemelkedő helyet foglal el a nem fertőző ún. „civilizációs” betegségek sorában. A cukorbetegség szövődményeként megjelenő diabétesz láb szindróma hazai előfordulási gyakoriságáról hiteles adatok nem állnak rendelkezésre. Azt viszont dokumentált, hogy a hosszabb betegségtartam és a rossz anyagcsere egyensúly szerepet játszik a neuropathiaszövődmények kialakulásában. A klinikai gyakorlatban a cukorbeteg 1/3-nál ugyanis számítani lehet a diabétesz láb alapját képező neuropathia diabetica előfordulására [1]. A rendezetlen anyagcserehelyzet a perifériás verőérbetegség kockázatát is növeli. Ez a komplex betegség szindróma jelentős terhet jelent az érintett betegeknek és az egészségügyi ellátórendszernek egyaránt, mivel progresszív jellegéből adódóan kisebb vagy nagyobb amputációt is szükségessé tehet. Cukorbetegségben ugyanis a végtagcsonkolás 30-40-szer gyakoribb, mint az ebben a betegségben nem szenvedőknél [2]. Hazánkban az alsó végtagi magas amputációk aránya az európai átlag többszöröse (kb. 4000 eset/év), a microamputációk számát illetően pedig még kedvezőtlenebb a helyzet. Aggasztó az a tény is, hogy a csonkolás egyre fiatalabb életkorban következik be, és az azt követő rövid távú halálozás pedig igen magas (50-68%) [3].

A diabétesz láb elváltozások kezelése sajnos a mai napig sem szervezett hazánkban, hiányoznak a kezelésre szakosodott lábambulanciák, és a szakdolgozóképzés sincs felkészülve erre a feladatra. Podiáterképzés ugyan 2015-től elindult Magyarországon, de a legtöbb állami kórházban nincs ilyen szakember. A diabetológiai szakellátó hálózat a komplex lábszűrési feladatokat nem, vagy csak részben tudja magára vállalni, főként adminisztratív túlterheltségre hivatkozva. Ennek okán a lábszövődmények (deformitás seb, infekció) korai felismerésére, kezelésére nem, vagy csak

későn kerül sor. Mivel a „rizikós betegek” kiszűrése elmarad, így a korai oktatásuk sem biztosított.

A szerző meglátása szerint a diabéteszes lábszövődményekkel élők korai, folyamatos, célzott betegedukációjának – amely figyelembe veszi az érintettek meglévő ismereteit, szükségleteit, pszichoszociális állapotát –, meghatározó szerepe lehetne a szeptikus szövődmények és a végtagvesztések számának csökkentésében. Ha ugyanis a betegek hatékonyan informáltak, tájékozottak a kór állapotukkal kapcsolatban, akkor ismereteik birtokában feltehetően felelősségteljesebb döntéseket tudnak hozni az egészségük érdekében.

A betegek informálásának pozitív hatásai

A kliens informáltsága lényeges kitétele az egészségügyi szolgáltatások adekvát igénybevételének. Egyrészt a páciens így korábban veszi igénybe a preventív és terápiás lehetőségeket, másrészt a bizonytalansága és szorongása enyhülésével csökken a felesleges egészségügyi ellátások igénybevétele. Az informáltság az egyik meghatározó eleme a páciens kezelésével zajló együttműködésének és aktív viszonyulásának, mivel enyhíti a betegséggel összefüggő érzések, gondolatok feldolgozását. (Az aktív megküzdési módok kedvezően hatnak a diabéteszes lábú betegek életminőségére.) A megfelelő tájékoztatás támogató szerepet tölt be a beteg számára, melynek következtében érzelmileg kiegyensúlyozottabb. Még az embert próbáló tüneteket (pl. erős fájdalmat) is jobban elviseli a kliens, ha tájékozott a betegségről. Amennyiben tisztában van a diagnózissal, illetve a prognózissal kevesebbet rágódik önértékelésével kapcsolatban. („Nem a személyem lett értéktelen, hanem a betegség okozza, hogy mozgáskorlátozott lettem.”) Az információhiány magas korrelációt jelez élettani stresszreakciókkal. Ha a beteg a beavatkozások (pl. amputáció) előtt részletes, személyre szabott tájékoztatást, felvilágosítást kap akkor a szövődmények és komplikációk kockázata kisebb, sőt a fájdalomcsillapító gyógyszerek igénye is lecsökkenhet. A kielégítő tájékoztatás az egészségügyi szakemberek és a betegek közötti kapcsolat következményes megerősödését is szolgálja [4].

Jelen kutatás célja feltárni a vizsgált egyének megbetegedésével kapcsolatos információszerezésének módjait, lehetőségeit, valamint az edukációs igényeket. Továbbá rávilágítani a diabéteszes láb szindrómával élő betegek körében végzendő betegoktatás kiemelt fontosságára.

ANYAG ÉS MÓDSZER

A kutatás egy vidéki kórház sebészeti szakrendelésén – első alkalommal vagy ellenőrző vizsgálaton – megjelent betegek körében zajlott, 2022. június 09-től 2022. szeptember 16-ig. Az érintett kliensek mindegyike cukorbetegséggel diagnosztizált és diabéteszes láb szövődményekkel él, mely a beválasztás kritériumaként szerepelt.

A vizsgálatot az adott intézmény ápolási igazgatójának írásban rögzített engedélye, valamint a kutatásban részt vevő egyének – szóbeli és írásbeli tájékoztatást követő – írásos hozzájárulása előzte meg.

Az adatgyűjtés anonim módon, papíralapú kérdőív alkalmazásával többnyire helyszíni kitöltéssel zajlott, az ellenőrző vizsgálatra történő várakozás ideje alatt. A kérdőívben főleg zárt (alternatív és szelektív) kérdések szerepeltek, három kivétellel, amelyek nyitottak voltak. A nyitott kérdések lehetőséget adtak arra, hogy a betegek bővebben kifejtsek mondanivalójukat és egyéni, személyes véleményeket is megfogalmazzanak. Ezáltal egyes kérdéscsoportokon belül mélyebb, részletesebb információkhoz lehetett jutni. A kérdőív szociodemográfiai (életkor, nem, iskolai végzettség), egészségi állapotra vonatkozó (cukorbetegség fennállásának időtartama, egyéb krónikus betegségek megléte), sebhez társuló (seb fennállásának ideje, sebészeti beavatkozások típusai) és betegoktatási igényekkel összefüggő adatokat tartalmazott. A kutatás a kliensek betegséggel kapcsolatos tudásszintjét, ismeretszerzési lehetőségeit, betegségtudatát, egyéni felelősségét is vizsgálta. A válaszok feldolgozása és kiértékelése a Microsoft Excel program segítségével történt.

EREDMÉNYEK

Összesen 100 kiosztott kérdőívből 70 db volt alkalmas az elemzésre. A kitöltők 40 és 80 év közöttiek voltak, 69%-ban férfiak. A résztvevők 52%-a érettségivel rendelkezett, míg 37% szakiskolát végzett, 11% pedig általános iskolai képzettségű volt.

Amputációval való összefüggések

A magasabb iskolai végzettségűek (érettségivel rendelkezők) között a sebészeti beavatkozások alakalmával kevesebb volt a szepsztikus szövődményekből adódó amputációk száma (1. táblázat). Ez az eredmény összefüggésbe hozható a képzettségükből adódó hosszabb ideig tartó tanulással, szerteágazóbb tudással, és a jobb egészségértéssel. Egy tanulmány szerint az érettségivel rendelkezők nagyobb ismeretanyaggal rendelkeznek a betegségük kezelésével kapcsolatos témákban, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek [5].

1. táblázat

Iskolai végzettség és a sebészeti beavatkozások megoszlása

Iskolai végzettség	Lábfej- / lábszár- amputáció	Lábujj- amputáció	Sequestrectomi a	Műtéti feltárás / sebkimetszés
Érettségizettek	0%	33%	22%	45%
Nem érettségizettek	6%	59%	26%	9%

Információszerzés lehetőségei

A betegséggel kapcsolatos ismeretszerzés céljából a résztvevők 77%-a nem használja az internetes forrásokat, míg 23% az, aki igénybe veszi a világhálót.

Sajnos az idősebb korosztály már nehezebben tud adaptálódni a fejlődő technológiai változásokhoz (internet, okostelefon). Legtöbb esetben nincs technikai jártaságuk, sőt lehetőségük sem a digitális eszközök alkalmazására. Ellenben, akik

használják a világhálót (a megkérdezettek 23%-a) információforrásként, azoknak fontos lenne (pl. szervezett betegoktatás alkalmával) biztosítani azokat az ismereteket, amelyek által helyesen és „kritikusan” tudják kezelni a különböző forrásokból áradó információkat. Gyakran találkozhatnak ugyanis olyan kereskedelmi célú információkkal, amelyek csak a haszonszerzést helyezik előtérbe. (Pl. A sebet azonnal begyógyító „csodakenőcs”.)

A sebészeti vizsgálat/kontrollvizsgálat alkalmával a szakrendelőben eltöltött időt illetően a megkérdezettek 46%-a 10-15 percet említett. 30% 10 percnél kevesebb időt, míg 16% 20-30 percet tartózkodott a rendelőben egy-egy ellenőrzés során. A több mint fél órát csupán 8% jelezte.

A résztvevők 45%-ának a járóbeteg-ellátás során volt lehetősége megkérdezni azt, ami bizonytalanságot okozott számára, 14% nem minden esetben talált erre módot. Sajnos az érintettek 41%-a viszont „nem mert” kérdezni a rendelésen az orvostól.

Egészségtudatossággal való összefüggések

A magasabb iskolai végzettségűek egészségtudatosabban élnek, és többet megtesznek azért, hogy betegségük ne progresszív legyen. Az alacsonyabb iskolai végzettségűekhez képest az érettségivel rendelkezők csoportja (52%) az, aki az előírt kezelési utasításokat és az ellenőrző orvosi vizsgálatok gyakoriságát rendszeresebben tartja (2. táblázat).

2. táblázat

Iskolai végzettség és előírások/ellenőrzések összehasonlítása

Iskolai végzettség	Előírások betartása			Rendszeres orvosi ellenőrzések		Lábellenőrzés		
	igen, mindig	néha	nem	igen	nem	igen, naponta	néha	nem
Érettségizettek	17%	34%	3%	44%	6%	24%	27%	6%
Nem érettségizettek	6%	26%	14%	39%	11%	0%	26%	17%

Betegségtudattal kapcsolatos összefüggések

A megkérdezettek 47%-a a seb észlelését követően 1 héten belül fordult orvoshoz, 20% azonnal felkereste a doktort, míg 19% csak egy hónapon belül. A résztvevők 14%-a a sebet észlelve csak több mint egy hónap elteltével jelentkezett először orvosi vizsgálatra. Az előrehaladott kórállapot viszont lényegesen megnehezíti a kezelést és fokozza a végzetes végtagvesztés kockázatát.

A megkérdezettek 91%-a tisztában volt azzal, hogy nehezen gyógyuló, krónikus sebe összefüggésben van a cukorbetegségével, ellenben a résztvevők 9%-ának ezen ismeret sincs a birtokában.

Betegoktatási igények

A megkérdezett betegek 90%-a igényt tart a diabéteszes láb szindrómával kapcsolatos folyamatos, személyre szabott betegoktatásra. Ennek oka, hogy az érintettek, a cukorbetegségük diagnosztizálásakor részesültek ugyan edukációban (87%), de az bővebben csak a diétát és a gyógyszeres terápiát érintette. A lábszövődmények megelőzésének lehetőségeire, a résztvevők 43%-a szerint nem tértek ki az edukáció alkalmával, míg 11% pedig nem emlékezett erre az információra. Ha a prevenciós ismeretek hiányosak sokkal könnyebben kialakulhatnak olyan jellegű lábdeformitások, amelyek fekélyeket, infekciókat okozhatnak és a láb élete könnyen veszélybe kerülhet. Ez mindenképpen indokolja a célzott oktatást, amelynek a rendszerességét és folyamatosságát fent kell tartani azért, hogy az ismeretek kellőképpen bevésődjenek.

A sebészeti járóbeteg-rendelésen a sebkezeléssel kapcsolatos információk átadása a betegellátás közben vagy végén történik. Ez a legtöbb beteg számára viszont stresszel jár, ezért sokszor nehezen képesek megérteni vagy megjegyezni a szükséges információkat.

A családtagok oktatásba történő bevonása a legtöbb beteg számára lényeges segítséget, erősítést jelent. A megkérdezettek 87%-a szeretné, hogy oktatása során a hozzátartozója is jelen legyen és hallja az átadott információkat. A család szerepe továbbá megnyilvánul a beteg pozitív motiválásában és az oktató-beteg kapcsolat együttműködésének támogatásában is. Ezek pedig fontos elemei, sőt nélkülözhetetlen elemei a sikeres betegoktatás folyamatának. Tehát jelentős előnynek tekinthető, ha az oktatási folyamatba sikerül partnernként bevonni a hozzátartozókat. Viszont fontos oktatói cél, hogy a beteg, a család és az oktató érdekei mindig találkozzanak. A betegoktatás vonatkozásában a kutatásban résztvevők személyes javaslatai mindenképpen megfontolandók, és az egészségügyi ellátórendszer irányába továbbíthatók.

MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉS

A kutatásban részt vevő diabéteszes fekélyvel élő betegek ismeretszerzési lehetőségei – a speciális lábambulanciák hiánya miatt – a sebészeti járóbeteg ellátásuk alkalmával csak korlátozott. Mivel az ambulanciák erős leterheltséggel dolgoznak, így a sebkezelés mellett a betegek részletesebb felvilágosítására, oktatására nincs elegendő idő biztosítva. Nem beszélve arról, hogy sok esetben a beteg motivációjára is hatni kell. Ha ugyanis a kliens motivált, akkor megszerezheti a cselekvéséhez szükséges ismereteket. Ennek a lépésnek pedig egyik külső feltétele lehet a betegoktatási folyamat [6].

A páciens az időhiány miatt „rohanásszerűnek” megélt kezelési élmény, és az abból adódó frusztráció is gátolhatja – a számára bizonytalanságot okozó – kérdéseinek tisztázásában. Ez viszont könnyen szorongást okozhat, ami pedig kiolthatja az ismeretszerzési vágyát, és gátolhatja a célszerű cselekvését. Abban az esetben viszont, ha a kliens nem tud kérdezni, úgy lehetséges, hogy az egészség/betegség értéke nem megfelelő. Az alacsonyabb képzettségűek beszédében inkább a rövid, töredékes mondatok vannak túlsúlyban. Ezáltal sokkal ritkábban fogalmazódnak meg nyíltan beszédszándékok, ami pedig kommunikációs gátat képezhet az egészségügyi

szakember és a beteg között. Minél alacsonyabb társadalmi réteghez tartozik egy beteg, annál rövidebbek az orvosi konzultációk, vagyis az orvos kevesebb információt ad, a betegek pedig maguktól ritkábban mernek kérdezni. Ez oka lehet a félreértéseknek, hiányosságoknak.

A diabéteszes betegek – mivel elviselhetetlen tüneteik nincsenek –, hajlamosak elbagatellizálni a lábon kialakuló sebet, és nem veszik komolyan annak megjelenését. Súlyosbító körülmény, hogy sokszor még a szövődményes betegeknek sincs betegségtudata. A diabéteszes neuropátia miatt a többnyire érzéketlen lábon a fájdalomérzés elmarad, emiatt gyakran csak hetek, sőt hónapok elteltével – a már kialakult fekélyek vagy súlyos infekciók tüneteivel – fordulnak orvoshoz az érintettek. Az előrehaladott kórállapot viszont lényegesen megnehezíti a kezelést és fokozza a végzetes végtagvesztés kockázatát.

Magyarországon a társadalombiztosítás lehetővé teszi, hogy a biztosítottak problémájukkal orvosi segítséget vegyenek igénybe. Ennek ellenére előfordul, hogy a panaszok, tünetek csak ritkán érik el azt az érzékelési és értelmezési küszöböt, amely orvosi segítségkérésre ösztönözné a személyeket. Így az egészséggel összefüggő problémáknak csak az elenyésző része kerül „időben” ellátásra. Ez a tüneti jéghegy jelenség. Sajnos a „jéghegy” felszín alatti része olyan súlyos tüneteket is érinthet, amelyek ha kezeletlenek maradnak, lényegesen rontják a gyógyulási esélyeket [7].

Összességében a kutatás betekintést adott arról, hogy milyen mértékű az érintett betegek aktuális tudásszintje, információszerzési lehetősége a diabétesz láb szindrómával kapcsolatban. Feltárultak azok a sarkalatos pontok (betegséggel kapcsolatos ismerethiány, oktatási hiányosságok, egyéni felelősség hiánya, szociális helyzet) melyek szerepet játszhatnak az elhúzódó sebgyógyulás folyamatában és a következő amputációk számában. Ezek zöme viszont orvosolható. Az eredmények tükrében javaslatok a következők:

- A cukorbetegség diagnosztizálásakor történő, sokszor csak egyszeri alkalmat felölelő edukációt mindenképpen folyamatossá, ciklikussá kellene tenni.
- Az oktatás tematikáját ki kellene terjeszteni a diabéteszes lábszövődmények részletekbe menő komplex edukálásával.
- A prevenció lehetőségeiről (pl.: lábönellenőrzés fontossága, diabéteszes védőcipőhöz való hozzájutás) részletesebb informálást kellene nyújtani.
- A cukorbetegség lábsebrizikójának rendszeres és általános szűrését kötelezővé kellene tenni.
- Bizonyos motivációkkal ösztönözni kellene az érintetteket a betegségükkel kapcsolatos saját felelősségük, szerepük felismerésére.
- Fontos lenne a podiáterek megfelelő szintű és számú beillesztése a betegellátásba. Az oktatásukat támogatni kellene (pl. munkahely által vagy cukorbetegség ellátásában elkötelezett szponzor által), hogy több érdeklődő jelentkezzen.
- Szemléltető, élményszerű oktatás biztosításával bizalmasabb kapcsolatot kellene kialakítani a kliensekkel. Ehhez nélkülözhetetlen az edukátor jó kommu-

nikációs készsége, a meghitt légkör megteremtése, és a beteg kérdéseire szánt „elegendő idő” biztosítása.

- Betegoktatói elérhetőség megadása és a kapcsolattartás biztosítása.

A vizsgálat eredményéből kitűnik, hogy a diabéteszes láb szindrómával élő betegek folyamatos, célzott oktatása elengedhetetlen. Az oktatás viszont jobb hatásfokkal bír, ha minden beteg az aktuális tudásszintjének, szükségleteinek, pszichoszociális állapotának megfelelő formában jut hozzá. Az edukáció során az érintett betegek attitűdjének a változtatása is fontos célt képez. A szakirodalmi adatok szerint ugyanis sokkal magasabb az amputáció veszélye azoknál, akik nem tudnak, vagy nem akarnak együtt élni a betegségükkel, és ragaszkodnak korábbi életvitelükhöz.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Jermendy Gy. (2012). *A diabéteszes láb*. Budapest, Zafir Press.
- [2] Egészségügyi szakmai irányelv. A diabéteszes láb szindrómában szenvedő cukorbeteg ellátása felnőttkorban (klinikai kép, diagnosztika, terápia, megelőzés). *Egészségügyi Közlöny*, 2018, 4.
- [3] Mecsek L. (2018). A diabéteszes talpi fekélyek tehermentesítése a “kötöző papucstól” az ortézisig. *Háziorvos Továbbképző Szemle*. 2018. január 23., (1), pp. 78–82.
- [4] Pilling, J. (2018). *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Budapest, Medicina Kiadó.
- [5] Lampeck, K. (2004). *Az iskolai végzettség és az egészségi állapot kapcsolata*. <https://pea.lib.pte.hu/handle/pea/3421>
- [6] Szalai L., Tschürtz N. Edukáció 2-es típusú cukorbetegség esetén. *Diabetologia Hungarica*, 2022. május 19., (2), pp. 89–101. <https://doi.org/10.24121/dh.2022.5.7>
- [7] Györfly Zs., Szántó Zs. (2006). *Orvosi szociológia*. Budapest, Semmelweis Kiadó.

AZ ALSÓ VÉGTAGI TÖRÉSEK A MOZGÁSSZERVI REHABILITÁCIÓS OSZTÁLYON BETEGOKTATÓI SZEMMEL

FRACTURES OF THE LOWER EXTREMITIES IN MUSCULOSKELETAL REHABILITATION UNIT FROM THE POINT OF VIEW OF PATIENT EDUCATORS

DEMETER BEÁTA MARIANN¹ – DOBOSI MÁRIA²

¹Észak-közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő,
Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály

²Miskolci Egyetem Ferenczi Sándor Egészségügyi Technikum

Összefoglalás: A vizsgálat arra fókuszált, hogy a más országokban már évek óta sikeresen működő betegoktatói rendszer alkalmazása szükséges lenne hazánkban is. A tanulmány alá kívánta támasztani a betegoktató rendszer jelentőségét és szükségességét, a mozgásszervi rehabilitációs osztályon. Az alsó végtagi törést szenvedett betegek eseteinek tanulmányozása során tárta fel a témát húsz interjúalany megkérdezésével. A vizsgálat azért fókuszál erre a területre, mert feltetelezés szerint a betegeknek szükségük van a betegoktató munkájára, aki speciális szakemberként segíti a gyógyulásukat. A vizsgálatban részt vevő betegek személyes tapasztalatait összefoglalva levonásra kerültek a megfelelő következtetések, miszerint megállapításra került, hogy a betegoktató munkája nagymértékben segítheti a beteget a gyógyulásban.

Kulcsszavak: *betegoktatás, mozgásszervi rehabilitáció, ápolás, tájékoztatás, gyógyulás*

Summary: The investigation focused on the fact that it would be necessary to apply the patient education system that has been successfully operating in other countries for years in our country as well. The aim of the study was to support the importance and necessity of the patient education system in the musculoskeletal rehabilitation department. He explored the topic by interviewing twenty interviewees while studying the cases of patients with lower limb fractures. The study focuses on this area because, according to the assumption, patients need the work of a patient educator, who helps them recover as a special specialist. Summarizing the personal experiences of the patients participating in the study, appropriate conclusions were drawn, according to which it was established that the work of the patient educator can greatly help the patient in recovery.

Keywords: *patient education, musculoskeletal rehabilitation, patient care, information, recovery*

BEVEZETÉS

A kutatás arra irányult, hogy az alsó végtagi törést szenvedett betegek beszámolója alapján szükségesnek látják-e a betegoktató munkáját a mozgásszervi rehabilitációs osztályon. Ez a téma időszerű és hasznos elemekkel foglalkozik. A múltba vissza-

tekintve azt látjuk, hogy egy lábtörés után a betegek sokat voltak kórházban, a rögzítő gipsz levétele után továbbra is fektették őket, az otthoni ellátással nem foglalkoztak, nem volt rehabilitáció, gyógytorna vagy oktatás. Az ellátás azóta fejlődött, a hozzáállás megváltozott. A tanulmányban általánosságban összefoglalásra kerültek a csonttörés alapfogalmai [1], majd specifikusan az alsó végtagi törések [2]. Egy rövid történelmi áttekintéssel [3] betekintheünk az adott csonttörések gyakoriságába, a betegoktatás nemzetközi állapotába [4], végül a betegoktatók nemzetközi foglalkoztatási kilátásaiba [5]. Az Amerikai Egyesült Államokban, Kanadában, Ausztráliában, Nagy-Britanniában már kiépült a betegoktató (Patient Educator) szakemberek alkalmazásának rendszere. A betegoktatók munkaadójuk jellegétől függően több területen dolgozhatnak [5]. Nemzetközi viszonylatban az látható, hogy már szakterületekre specializálódik a betegoktató rendszer. Egyes országokban a betegoktatók foglalkoztatási kilátásai várhatóan pozitívak maradnak a következő évtizedben. 2019-től 2029-ig az egészségneveléssel, betegoktatással foglalkozó szakemberek foglalkoztatása az előrejelzések szerint 13%-kal nőni fog [5].

A betegoktatás jelenleg Magyarországon a rehabilitációs osztályokon szervezetten nincs kiépítve. Az egészségügyi team tagjai, a saját szakterületüknek megfelelően és szintjükön tájékoztatják a szükséges ismeretekről a betegeket [6, 7], de nincs egy vezető (betegoktató), aki az egészet egyben átlátja és összehangolja. A hazánkban bevezetett betegoktatószakember-képzés után a munkában való alkalmazásának szükségessége is vizsgálatra kerül a mozgásszervi rehabilitációs osztály munkájának tükrében [8, 9]. Fontossá vált a mielőbbi rehabilitáció és a betegek alapos tájékoztatása, amit ők igényelnek is. A betegeknek megfelelő oktatásban kell részesülniük, ezzel a felépülésük gyorsabb lehetne, a teammunka összehangoltabb lehetne, és a betegellátás gördülékenyebben mehetne. A vizsgálat célja megtalálni az egészségügyi ellátórendszerben a betegoktató munkájának a helyét [10], valamint bizonyítékokkal alátámasztani ezeknek az oktatási feladatoknak a szükségességét [11].

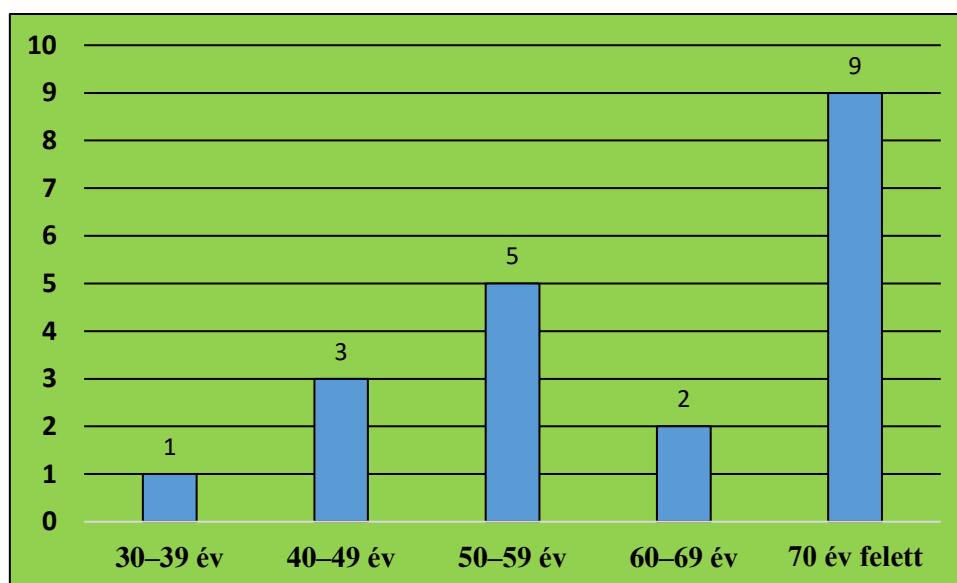
ANYAG ÉS MÓDSZER

A vizsgálatban az információszerzés és az adatok gyűjtése interjú készítésével történt. Tervezetten az interjúalanyok nemek, életkor és foglalkoztatás szerint széles skálán mozogtak. A sérülések szempontjából boka-, lábszár-, térd-, comb- és csípőműtöttek vettek részt a vizsgálatban. Az interjúalanyok kiválasztásánál cél volt, hogy minél átfogóbb képet kapjunk. Az interjúk előre összeállított 36 kérdésből álltak. Ebből az első hat vonatkozott az alapadatokra. A következő hat a baleset körülményeire, az azt követők a műtétekre és azzal kapcsolatos tájékoztatásra irányultak. Öt kérdés a beteg szükségleteinek kielégítését és a mentális állapotának felmérését célozza meg. Az ezutáni kérdéscsoport a rehabilitációval és az utókezelésekkel foglalkozik. A következő kérdéssor az életmódra és annak változásaira kérdez rá. Négy kérdés a betegek elégedettségéről szól. Az utolsó kérdések tértek rá a betegoktatókra, a betegoktatók munkájának szükségességére. A beszélgetések során a válaszadók a saját stílusukban, kötetlen módon mondhatták el gondolataikat, adhatták át tapaszt-

talataikat, így olyan információk is elhangoztak, amik pontosabb és mélyebb leírást adtak a helyzetről.

EREDMÉNYEK

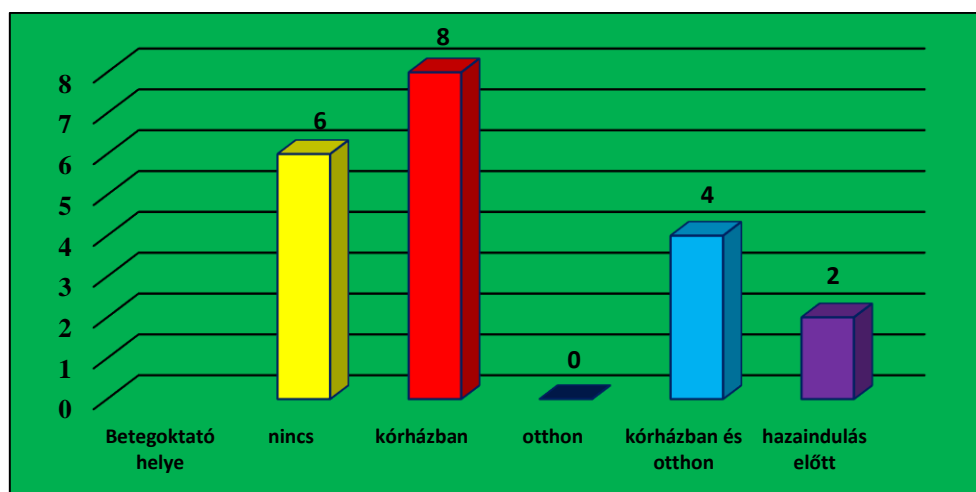
A vizsgálatba bevont interjúalanyok nemi eloszlása: öt férfi és tizenöt nő. A társadalmi rétegződés tekintetében széles skálán helyezkedtek el, volt közöttük kis keresetű fizikai munkás, irodai dolgozó, közép-, és felsővezető, nyugdíjas, hajléktalan, leszázalékolt személy is.



1. ábra. A vizsgálatban részt vett interjúalanyok életkori megoszlása (fő)

Az interjúk készítése három hónapot vett igénybe, 2022. júniustól 2022. augusztus végéig. Az összes esetből hat tervezett műtét (három csípő, három térdprotézis) miatt, tizennégy balesetből eredő sérülés (öt combnyaktörés, egy combcsonttörés, egy térdszalagsérülés, három lábszártörés, kettő bokatörés, kettő lábközépcsonttörés) következtében került a fókuszba. A műtétek előtt az aneszteziológussal mindenkit felkeresett, de a műtétek után nem minden esetben látták az orvost, inkább az ápolószeméllyel találkoztak. Fiziológias szükségleteik megoldásában az ápolószemélyzet nyújtott segítséget. Összességében a húsz betegből tizennyolc számolt be mentális nehézségekről. Az állapot gyógyulását segítő eszközökről a traumatológiai osztályon csak korlátozott, a rehabilitáción részletes tájékoztatást kaptak a vizsgált betegek. Speciális eszközök használatára a rehabilitációs osztályon tanították meg őket. Életmódbeli változások mind a húsz betegnél kialakultak. A betegek elégedettsége általánosságban inkább pozitív irányba mutat. A betegoktató szakember munkájáról nem hallottak még. Négyen azt nyilatkozták, hogy nem hiányzott a rendszerből, így is meggyógyultak, ketten teljesen érdektelenek voltak, „nekem mindegy”

hozzáállással. Tizennégy beteg viszont szívesen vette volna, ha egy ilyen szakember kíséri végig a gyógyulási folyamatot. Azt, hogy milyen mértékben segítette volna elő a gyógyulást a betegoktató, azt nem tudták megbecsülni, de akkor is ragaszkodtak volna a jelenlétéhez, segítségéhez. Nyolcan a kórházban, az egyes terápiás fázisok között tudnák elképzelni a tájékoztatást, ketten közvetlenül a hazaindulás előtt, négyen pedig mind a kórházban, mind az otthonukban szeretnék igénybe venni a betegoktató szakember segítségét, ezt mutatja a következő ábra. (2. ábra)



2. ábra. A betegoktató munkájának helye az egészségügyi ellátás rendszerében a vizsgált interjúalanyok meglátása szerint (fő)

MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉS

A vizsgálat összegzéseként megállapítható, hogy a betegek szerint szükség lett volna a betegoktató munkájára a gyógyulási folyamatuk során. Ezt a kórházi tartózkodás ideje alatt és az otthonukban is szükségesnek ítélik. A betegek igényét alátámasztotta az is, hogy véleményük alapján kevesebb stressz érhetne volna őket, valószínűleg hathatósabban tudták volna használni a gyógyászati segédeszközöket, továbbá családtagjaik is hasznosabban tudtak volna nekik segíteni, ha betegoktató is közreműködik a gyógyulási folyamatukban. Ha a betegoktató szakember végigkísérhette volna a gyógyulási folyamatukat (akitől tudnak kérdezni, aki ráér válaszolni, aki közvetíteni tud beteg és szakellátás között) az a mentális állapotukat is pozitívan befolyásolhatta volna. A betegoktató szakma szükségességének feltérképezése során az a végső következtetés vonható le, hogy a betegek érdekeit aktívan képviselve, a gyógyító team munkáját koordinálva, azzal szorosan együttműködve lenne elhelyezhető az egészségügyi rendszerben. A betegoktató hálózat kiépítése után a nemzeti példának megfelelően [5] a jövőben szükséges lehet a betegoktatás szakterületenkénti megjelenése is.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Szendrői M. (2006, 2009). *Ortopédia*. Budapest, Semmelweis Kiadó
- [2] Svéd T. (2022). *Példa és gondoskodás*. Magyar Orvosi Kamara – Példa és gondoskodás (<https://mok.hu/hirek/mokhirek/pelda-es-gondoskodas>) (letöltés ideje: 2022. 10. 22.).
- [3] Jósa L. (2014). A csonttörések gyakorisága és lokalizációja a honfoglalás korában, a 14–15. században és a 21. század első évében. *Osteológiai Közlemények*, 1–2, pp. 8–11.
- [4] Rankin, S. H., Stallings, K. D., London, F. (2005). *Patient Education: in Health and Illness*. USA, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- [5] Western Governors University Indiana (1997). Annual report. <https://www.wgu.edu/about/annual-report.html> (letöltés ideje:2022.10.29.)
- [6] Katona F., Siegler J. (1998). *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- [7] Vekerdy-Nagy Zs., Cserháti P., Polgár A., Zsebe A. (2023). *A rehabilitációs és fizikális medicina módszertana*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- [8] Trócsányi M. (2021). *A csípőtáji töréseket követő rehabilitáció. Munkautasítás*. Budapest, Észak-közép-budai Centrum Új Szent János Kórház és Szakrendelő.
- [9] Vén I. (2007). *Intézeti ellátást igénylő baleseti sérültek rehabilitációja*. Budapest, Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága.
- [10] J. Murtagh (1999). *Betegoktatás*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt
- [11] Vekerdy-Nagy Zs. (2017). *Bizonyítékon alapuló rehabilitációs medicina*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.

BETEGOKTATÁS LEHETŐSÉGE SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLYON

POSSIBILITY OF PATIENT EDUCATION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

HEGEDÜS ZSUZSANNA¹ – DOBOSI MÁRIA²

¹Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház,
Sürgősségi Betegellátó Osztály

²Miskolci Egyetem Ferenczi Sándor Egészségügyi Technikum

Összefoglalás: A terápiás betegoktatással világviszonylatban az 1970-es években kezdtek el foglalkozni, míg hazánkban a diabetológiai szakápoló képzés 1995-ben indult el. A posztgraduális betegoktató képzést első alkalommal 2021-ben szervezték meg a Miskolci Egyetem Egészségtudományi Karán, szemben Franciaországgal, ahol már 1998 óta jelen van a képzés. A jelen vizsgálat egyik kérdése, hogy bővíthető-e a betegdukáció jelenlegi gyakorlata a sürgősségi ellátásban. A beáramló nagyszámú betegforgalom miatt jelenleg a sürgősségi osztályon csak minimális oktatás valósul meg. A vizsgálat következő kérdése, hogy mennyi is az az idő, amit a dolgozók betegdukációra tudnak fordítani. A kutatás 130 online kérdőív retrospektív elemzésével készült. A kérdőívet kitöltő célcsoport az ország területén működő sürgősségi betegellátó osztályán dolgozók (ápolók, mentőtisztek és orvosok) voltak. A vizsgálat eredményeinek összegzésével kiderült, a sürgősségi osztályon a folyamatos munkarendben nem lenne szükség a betegoktató jelenlétére, azonban egy jól kidolgozott beutalási rendszer kidolgozása szükséges lenne (pl. vizsgálati kérés feladása a kórházi rendszeren belül). A vizsgálat eredményeképpen meghatározásra kerültek további vizsgálatra javasolt kérdések, ezek a betegoktató kompetenciakörét érintik, mivel az oktatás az orvos kompetenciáit is érintheti. Szükséges lehet kidolgozni azt is, hogy milyen javaslattevési és szükség szerint beutalási lehetősége legyen a betegoktatóknak más szakember bevonásához az oktatásba (pl.: pszichológus, dietetikus, gyógytornász).

Kulcsszavak: betegoktatás, sürgősségi ellátás múltja és jelene, kompetencia

Summary: Therapeutic patient education began to be dealt with worldwide in the 1970s, while diabetes nursing training in Hungary began in 1995. The postgraduate training was organized for the first time in 2021 at the University of Miskolc, in contrast to France, where this form of training has been present since 1998. One of the questions of the present investigation is whether the current practice of patient education in emergency care can be expanded. Due to the large number of incoming patients, only minimal training is currently carried out in the emergency department. The next question of the investigation is how much time the workers can devote to patient education. The research was made by retrospective analysis of online questionnaires. The target group who completed the questionnaire were nurses, ambulance officers and doctors working in the emergency patient care department

operating in the country. By summarizing the results of the study, it became clear that the presence of the patient educator would not be necessary in the continuous work schedule of the emergency department, but the development of a well-developed referral system would be necessary (e.g. sending examination requests within the hospital system). Questions proposed for further investigation were determined, and these affect the competence of the patient educator, because during the education it also affects the competence of the doctor. It may also be necessary to develop the possibility of making suggestions and, if necessary, making referrals for the involvement of other professionals in the education (e.g. psychologist, dietician, physiotherapist).

Keywords: *patient education, emergency care past and present, competence*

BEVEZETÉS

Sürgősségi betegellátó osztályon a nagy betegforgalom miatt nehéz vagy szinte lehetetlen betegedukációt végezni. A betegek nagy része az internetet használva kezeli, gyógyítja magát, viszont az ott található információk nem biztos, hogy minden esetben hitelesek. Mint tudjuk, az osztályokon dolgozó ápolóknak, orvosoknak az egyre nagyobb terhelés miatt sajnos sokszor nincs idejük a beteg pszichés vezetésére, edukációjára. Épp ezért nagyon fontos, hogy a betegek megfelelően képzett, tanult szakemberektől kapjanak felvilágosítást a betegségükről, állapotukról. Az egészségnevelés órák bevezetésével, vagy ahol már van, azok számának emelésével lehetne javítani az egészségtudatosságot. Betegség előfordulásakor az állapot javítása, a betegséggel való együttélés megtanítása a cél (betegoktatás).

Kialakulás

Az 1960-as években az autóipar fejlődésével megnövekedett a közúti, valamint az egyéb baleseti halálozások száma. Ezért az Amerikai Egyesült Államokban létrehozták a modern sürgősségi egészségügyi szolgáltatásokat, amelynek mintájára az 1970–1980-as években más országokban is (Egyesült Királyság, Ausztrália, Kanada, Szingapúr) megalapozták a modern kori sürgősségi ellátást. Az 1960-as években megindult a sürgősségi orvostan önállósodása, ami James D. Mills nevéhez fűződik. 1968-ban megalakult a sürgősségi orvostan legnagyobb szakmai szervezete és 1973-ra önálló diszciplína lett a sürgősségi orvostan. 2006-ban Anderson és munkatársai felismerték, hogy nemcsak az akut ellátásban van szerepe a sürgősségi ellátásnak, hanem a közegészségügyben is (pl.: védőoltások, edukáció, másodlagos betegségek kialakulásának megelőzése) [1]. A sürgősségi ellátásnak két fő modellje alakult ki az 1970-es években. Egyik az angol–amerikai modell, mely szerint a beteget mielőbb a kórházba kell juttatni, vagyis „lapátold fel és szaladj”, hogy ott kapja meg a lehető legjobb ellátást, vagyis sürgősségi szakorvosok végzik a kezelést. E szerint működik az ellátás pl.: Ausztráliában, Kanadában, az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban stb. A másik modell a francia–német, amely szerint a kórházat kell a beteghez eljuttatni, vagyis „maradj és stabilizáld” a helyszínen. Itt az orvos és a technika megy a beteghez, ezután a végleges ellátóhelyre szállítják. Ezt a modellt használják

pl.: Németországban, Lengyelországban, Portugáliában stb. [2]. A Nemzetközi Sürgősségi Orvostudományi Szövetség a még jobb ellátás érdekében, 2009-ben modelltervet dolgozott ki, melyet a különböző nemzetek saját igényeikhez tudják formálni.

Hazánkban a prehospitalis sürgősségi ellátás megalapozója a dr. Kresz Géza által megszervezett (1887) és vezetett Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület volt, ennek alapjára szervezte meg dr. Oravecz Béla az Országos Mentőszolgálatot (1948). Az oxyológia mint fogalom, és mint önálló szakmai terület leírása dr. Gábor Aurél nevéhez fűződik. Ő publikált először az idő – menedzsment fontosságáról is. 1978-ban megalakult a Magyar Mentésügy Tudományos Társaság. 2001-ben megalapították a Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhasznú Egyesületet (MSOTKE) abból a célból, hogy kidolgozzák a komplex sürgősségi betegellátás szakmai, személyi és tárgyi feltételeit. 2000-ben vezették be a Sürgősségi orvosi szakvizsgát, amit 2007-ben egyesítettek az oxyológiával, így Oxyológia – Sürgősségi szakvizsgát tehetnek az orvosok. A sürgősségi szakápoló képzés 2008-ben indult meg hazánkban [3].

Betegoktatás múltja

Világviszonylatban az 1970-es években kezdtek el foglalkozni a terápiás betegoktatással. Angliában önálló ambuláns központokat hoztak létre, ahová a betegek diagnózissal és kezeléssel kapcsolatos kérdésekkel tájékoztatásért fordulhattak. Svédországban kezdték meg az oktatást végző személyek képzését. Franciaországban 1994 óta van jelen az egészségügyi képzésben a betegoktatás, majd 1998-tól posztgraduális képzésként működik. Itt a betegoktatás a háziorvosi rendszer része. Hollandiában a háziorvosi rendszer és a kórházi rendszer részét is képezi a betegoktatás. A betegoktatás irányelveit 1994-ben az USA-ban dolgozták ki.

A XX. században átalakult beteg-orvos viszony annak is köszönhető, hogy kitárt a világ az internet által. Így a betegek egyre több, de nem biztos, hogy szakmailag is helytálló ismerethez jutnak. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről rendelkezik a betegeket megillető jogokról és a tőlük elvárt köteleességekről. Ebben írják le egyebek mellett „A tájékoztatáshoz való jog”-ot is, ami kimondja, hogy a betegnek joga van a személyre szabott teljes körű tájékoztatásra. (Integrált Jogvédelmi Szolgálat)

Területek, ahol hazánkban szervezeten működik a betegoktatás:

- Országos Gerincgyógyászati Központ, ahol 2007 óta terápiás betegoktatást végeznek;
- Diabetológia: a Magyar Diabetes Társaság a WHO irányelvei alapján kidolgozta a Nemzeti Diabetes Programot, aminek következtében 1995-ben megindult a Diabetológiai szakápoló képzés hazánkban;
- Sztómaterápiás ellátás: a Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesülete (MASZNE) 2000. 06. 14-én alakult abból a célból, hogy egyesítse a sztómaterápiával foglalkozó ápolókat.

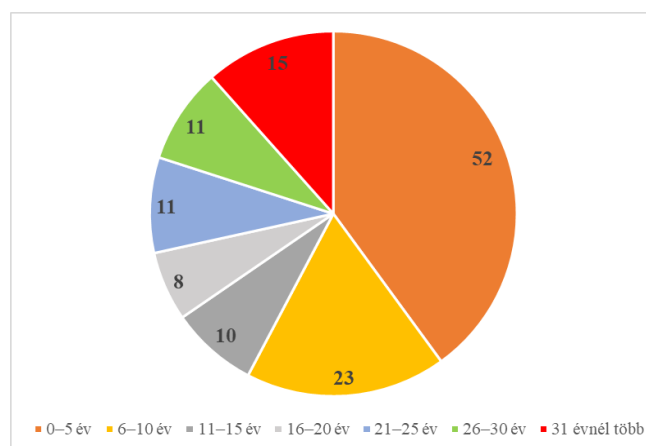
ANYAG ÉS MÓDSZER

A vizsgálathoz retrospektív kérdőív készült, ami 11 kérdésből áll. A kérdőív zárt és nyílt kérdéseket tartalmaz. A célcsoport az ország egész területén a sürgősségi betegellátó osztályon dolgozó ápolók, mentőtisztek és orvosok.

A kérdőív első három kérdése a válaszadók alapadatait dolgozza fel. A következő négy kérdés arra irányul, hogy egy beteg ellátására és azon kívül a beteg kérdéseire, edukációjára a szakdolgozónak mennyi ideje jut. A nyolcadik kérdés a körülményeket méri fel, hogy van-e egy nyugodt, csendes hely az osztályon, ahol akár edukáció, akár csak egy beszélgetés létrejöhet zavartalanul a szakdolgozó – beteg és/vagy hozzátartozó között. Végül kitér a kérdőív arra, hogy a betegoktatót igénybe vennék-e a betegek. A 10. és 11. kérdés vizsgált területe, hogy melyek azok a betegségek, kórképek, amik a beteg felé mindenképpen oktatást igényelnek; valamint, mely osztályok életében lenne jelentősége, mely osztályok munkáját könnyítené meg a betegoktató jelenléte.

EREDMÉNYEK

A kérdőívet 130 fő töltötte ki. A kitöltők közül érettségire épülő szakképesítéssel 55 fő, főiskolai képzettséggel 25 fő és egyetemi végzettséggel 43 fő rendelkezik. A fennmaradó 7 főnek érettségi a legmagasabb végzettsége. A kitöltők közül 88 fő ápolóként dolgozik, 12-en mentőtisztként és 30-an orvosként. A kitöltők közül 52 fő maximum 5 éve dolgozik az egészségügyben és mindössze 15 fő dolgozik 31 évnél régebben. (1. ábra)



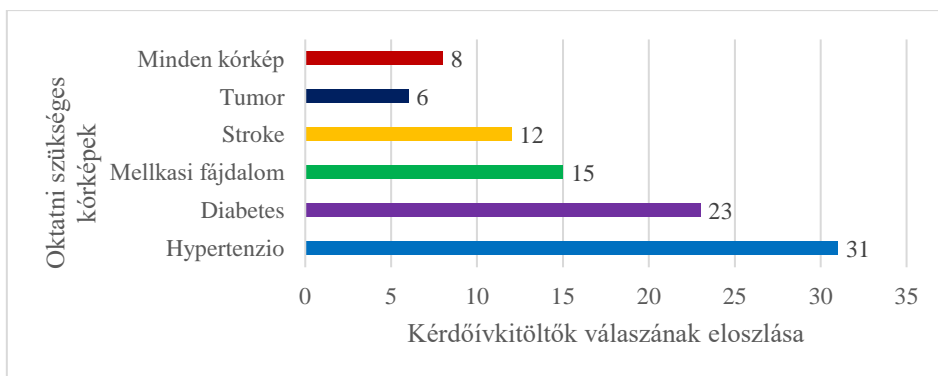
1. ábra. Kérdőívkitöltők egészségügyben eltöltött évek száma szerinti megoszlása

A 4–7. kérdések arra vonatoztak, hogy mennyi ideje van egy szakdolgozónak a beteg ellátására, a vele való beszélgetésre; a beteg és/vagy a hozzátartozó felvilágosítására és felmerülő kérdések megválaszolására (ápolók kompetenciájukon belül). A legtöbb esetben a dolgozók maximum 5 percet tudnak foglalkozni egy beteggel, ami nagyon

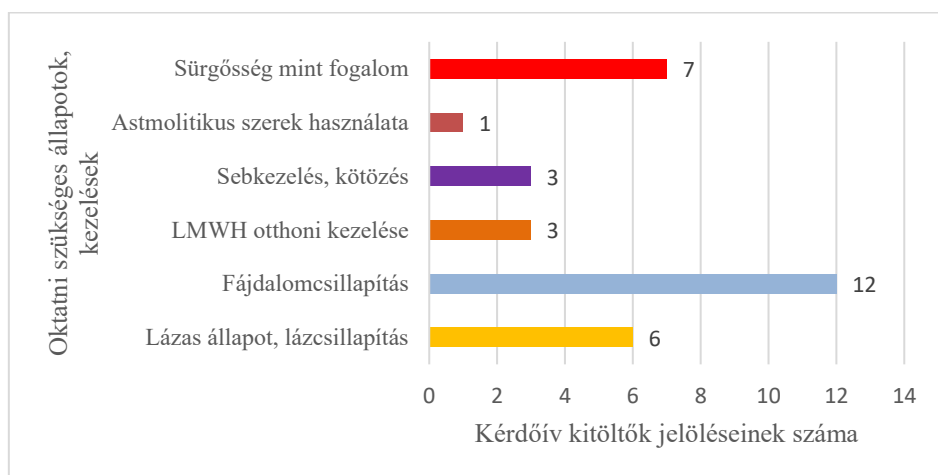
kevés idő, edukációra főleg. A felmerülő kérdésekre van idejük és tudnak válaszolni, bár azt nem vizsgáltam, hogy ez a betegre fordított 5 percben benne van-e vagy azon kívüli. A legtöbb osztályon – mint az a 8. kérdés válaszaiból kiderül – nincsen olyan nyugodt, csendes hely, ahol a szakdolgozó a beteggel és/vagy hozzátartozóval le tudna ülni beszélgetni.

A 9. kérdés arra irányult, hogy a betegeiket irányítanák-e betegoktatóhoz, hogy ő végezze az edukációt. Szinte az összes válaszadó (126 fő) azt jelölte be, hogy igen, küldené betegoktatóhoz a betegét.

A 10. kérdés azt vizsgálta, hogy a válaszadók szerint mik azok az állapotok, kórképek, amik oktatást igényelnek. A lenti diagrammon látható, hogy nem csak betegoktatói tevékenységeket jelöltek meg, hanem olyan területeket is, amik az egészségnevelés témakörébe tartoznak (sürgősség fogalma, fájdalom- és lázcsillapítás). Valamint a Diabetese beteg oktatását is sokat megjelölték (23 fő) annak ellenére, hogy a diabetes oktatás és gondozás jól működik. (2–3. ábra)

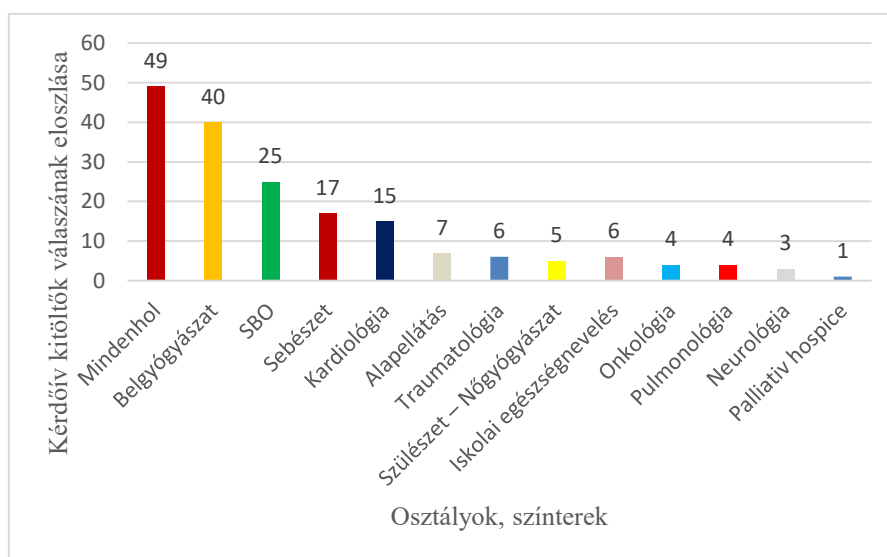


2. ábra. Kérdőívkitöltők szerinti kórképek, melyeket oktatni szükséges



3. ábra. Oktatásra érdemes állapotok, kezeléseik a kérdőívkitöltők szerint

Az utolsó, nyitott kérdés arra kereste a választ, hogy a válaszadók szerint mely osztályokon lenne a legnagyobb szükség a betegoktató munkájára. 49 fő válaszolta azt, hogy minden osztályon szükség lenne betegoktatóra. Amiket a legtöbben kiemeltek, azok a belgyógyászati osztályok, a sürgősségi osztály (SBO), a sebészeti (minden műtétes) osztály és a kardiológiai osztály. (4. ábra)



4. ábra. Kérdőívkitöltők szerint a betegoktatók helye

MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉS

Annak ellenére, hogy pár területen működik a betegedukáció, a sürgősségi osztályon dolgozók érzik a hiányosságokat. Összességében a beteg felvilágosítására fordított idő nagyon kevés, aminek sürgősségi osztályon a nagy mennyiségű beáramló betegforgalom, illetve a súlyos állapotban bekerülő betegek ellátására fordított idővel is magyarázható.

El kell különíteni az egészségnevelő és a betegoktató feladatait, kompetenciáikat. A preventív területen végzett feladatok összerosódhatnak. A kompetenciák keveredése kapcsán dilemma, hogy betegoktatóként az egész betegségről, annak lehetséges következményeiről, kezelési lehetőségekről is oktatni szükséges a beteget, aminek egy része jelenleg orvosi kompetencia. Betegoktatóként a kezelésbe nem szabad beleszólni (maximum a pontos gyógyszeresedés módjára, fontosságára felhívni a figyelmet). A szakirodalmi kutatás alapján szükségesnek látszik a betegoktatók és az orvosok pontos kompetenciahatárainak felülvizsgálata annak érdekében, hogy a betegeket a betegoktatók az egész betegségükről, annak lehetséges következményeiről, kezelési lehetőségeiről oktatni tudják.

A vizsgálat eredményei alapján folyamatos munkarendben foglalkoztatni betegoktatót a sürgősségi osztályon nem lenne szükséges. Viszont egy jól kidolgozott

beutalási rendszerrel nagyon jól működhetne. Akár úgy is, hogy a munkaidőben sürgősségi osztályon megjelent, oktatást igénylő, de hazaengedhető beteggel a betegoktató azonnal felveszi a kapcsolatot és vagy megkezdí az oktatás, vagy a további oktatások időpontját megbeszélí. Éjszaka vagy hétvégén pedig a használatos rendszerben feladásra kerülne az oktatás szükségessége a betegoktató felé. Kérdés az, hogy a betegek igénybe vennék-e a betegoktató munkáját.

A jövőben a háziorvosok mellett, akár az üres háziorvosi praxisok helyén, betegdukációt és utánkövetést végezhetne a betegoktató, ezzel a háziorvosok munkáját is megkönnyíténék. Az alapellátásban, a védőnők rendszeréhez hasonlóan lehetne felépíténi a betegoktatók munkáját.

Fontos, hogy bármelyik területen is dolgozna betegoktató, a kompetenciaköröket le kell szabályozni. Nemcsak azt, hogy milyen mélységű edukációt végezhet, hanem akár azt is, hogy javaslatételi és szükség szerint beutalási lehetősége legyen más szakember bevonásához az oktatáshoz (pl.: pszichológus, dietetikus, gyógytornász).

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Anderson, P, Petrino, R, Halpern, P, Tintinalli, J. (2006). A sürgősségi orvoslás globalizációja és jelentősége a közegészségügy számára. *Az Egészségügyi Világszervezet közleménye*, 10 (84), pp. 825–839. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627492/> (letöltés ideje: 2022. október 26.).
- [2] Arnold, J. *Annals of Emergency Medicine an International Journal*. [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(99\)70424-5/fulltext](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(99)70424-5/fulltext) (letöltés ideje: 2022. október 25.).
- [3] Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer. <https://www.mstr.hu/rolunk/> (Letöltés ideje: 2022. október 26.).

BETEGOKTATÁS JELENTŐSÉGE A PORCKORONGSÉRVEL DIAGNOSZTIZÁLT BETEGEK KÖRÉBEN

THE IMPORTANCE OF PATIENT EDUCATION AMONG PATIENTS DIAGNOSED WITH DISC HERNIATION

JUHÁSZ BERNADETT MÁRIA – BEREGI ERIKA

Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar

Összefoglalás: A fizioterápia során is kiemelt figyelmet kell fordítani a minőségi betegoktatásra, mivel ez a kezelés eredményességére is jelentős hatást gyakorolhat. A kutatás fő célja a porckorongsérvel diagnosztizált egyének részére szóló betegoktatással kapcsolatos jellemzők vizsgálata volt, mely magában foglalta többek között annak feltérképezését, hogy a betegek milyen ismeretekkel rendelkeznek a betegségükkel kapcsolatban, honnan jutnak információhoz leggyakrabban. A kutatás során kérdőíves adatgyűjtés (n = 135), interjú (n = 10) valamint az eredmények tükrében intervenció (n = 10) és ehhez kapcsolódó betegelégedettségi vizsgálat történt. A páciensek oktatása saját készítésű betegoktatási terv alapján zajlott.

Kulcsszavak: betegoktatás, ágyéki gerinc szakasz, porckorongsérv, helyes testtartás

Summary: Special attention must also be paid to quality patient education during physiotherapy, as this can have a significant impact on the effectiveness of the treatment. The main goal of the research was to investigate the characteristics of patient education for individuals diagnosed with disc herniation, which included, among other things, the mapping of what knowledge patients have about their disease and where they most often get information. During the research, questionnaire data collection (n = 135), interviews (n = 10) and an intervention based on the results (n = 10) and a related patient feedback sheet were carried out. The patients were educated on the basis of a self-made patient education plan.

Keywords: patient education, lumbar spine section, disc herniation, correct posture

BEVEZETÉS

Az orvostudomány célja az egészség fenntartása vagy éppen a visszaállítása betegség vagy sérülés után. Egészségügyi szakemberként törekszünk arra, hogy elsősorban ne a betegséget kezeljük, hanem megakadályozzuk annak a kialakulását. Az egyik legfontosabb eszköze ennek az oktatás. Napjainkban elterjedtté vált az egészséges életmód és a minőségi élet megélésének tudománya. Számos helyen találkozhatunk olyan ismeretterjesztőkkel, amelyek a gerinc védelméről, illetve a mozgásszervi problémákkal küzdő betegek részére szólnak. Mégis egyre több embert érint valamilyen gerincbántalom [1]. Ezek alapján felmerül a kérdés, hogy ha az emberek figyelnek az

egészséges életmódra és a betegségek megelőzésére, miért nem csökken ezen elváltozások száma.

A kutatás célja a porckorongsérvvvel diagnosztizált egyének betegoktatásával kapcsolatos jellemzők felmérése volt. A vizsgálat kiterjed többek között arra, hogy a betegek mely egészségügyi szakembertől kaptak tájékoztatást, edukációt leggyakrabban, illetve a betegek hogyan értékelik azt. Elegendőnek érzik-e a meglévő információkat, igényt tartanak-e további támogatásra, betartják-e a kapott instrukciókat. Mivel ezen a területen is lényeges a betegegyükációra fokozott figyelmet fordítani, ezért a kutatás zárásaként egy saját készítésű oktatási terv alapján történt betegoktatás, melynek célja a kutatás eredményeinek figyelembevételével kiegészíteni, illetve bővíteni a betegek ismereteit.

Betegoktatás

A betegek edukációja fontos tényező az egészségügyi rendszeren belül. Egyre több kórházban és magánpraxisban kulcsfontosságú a betegek oktatásának biztosítása. Ennek szerepe a betegség típusok és az életvitel hatására változik [2]. Az oktatásnak két formáját különböztetjük el. Az egyik formája az orvoscentrikus betegoktatás, ebben az esetben az adott szakember fogja meghatározni a beteg szükségleteit. A tervezés nem a beteggel együtt zajlik, de az ő számára történik, alkalmazkodnia kell a kezeléshez. Az edukáció másik típusa a betegcentrikus betegoktatás, amely napjainkban a legelterjedtebb forma. Ebben az esetben a beteggel együtt történik a tervezés, amelyben aktívan részt vesz és meghatározhatja szükségleteit. A betegcentrikus oktatás célja többek között, hogy a páciens önellátó legyen az otthonában a kórházi kezelés után [3]. A fizioterápia során is nagy hangsúlyt kell fektetni a minőségi betegoktatásra, mivel az nagymértékben megkönnyítheti a kezelés menetét, javítja a beteg hozzáállását és motivációját, illetve erősíti a bizalmát a gyógytornász felé. Növeli a beteg tudását és a kezelés hatékonyságát [4]. Az oktatás során a gyógytornásznak figyelembe kell vennie a páciens lelki állapotát, életkorát és ezeknek megfelelően átadni az információkat. Figyelnie kell arra, hogy egyszerre ne adjon át túl sok információt, igazodnia kell a beteg tanulási üteméhez. Fel kell mérnie a beteg kognitív fejlettségét és fizikai képességeit. Tájékozódnia kell arról, hogy mi a legjobb tanítási módszer a beteg számára. Érdeklődnie kell arról, hogy a páciens milyen meglévő ismeretekkel rendelkezik, szükség van-e az esetleges téves információ korrigálására. A gyógytornásznak szemléltetnie kell olyan mozgásokat, testhelyzeteket, amelyek csökkentik a beteg fájdalmát és a tüneteit, továbbá meg kell tanítani a betegnek, hogyan kell a segédeszközöket helyesen beállítani és alkalmazni. Lényeges az is, hogy nyugodt körülmények között történjen az információ átadása, mert ha valamilyen zavaró tényező áll fenn, akkor az ronthatja a tanítás minőségét, hatékonyságát. Az oktatás végén össze kell foglalni a tanítottakat, valamint bátorítani kell a páciens kérdések felvetésére. Mindig visszajelzést kell kérni a betegtől, ezzel tudjuk megállapítani, hogy megértette-e az elmondottakat. Amennyiben lehetséges, be kell vonni a hozzátartozókat is az oktatásba [5].

Az ágyéki gerinc szakasz és a porckorong jellemzői

A legtöbb panaszt az ágyéki gerinc szakaszon lévő elváltozások okozzák, mivel itt éri a gerincünket a legnagyobb terhelés [6]. Az ágyéki csigolyák közötti porckorong célja, hogy megvédjék a gerincet a napi tevékenységektől, mint például a séta, futás vagy ugrás. A porckorongok képzik a legsérülékenyebb részét a gerincnek. Álláskor, ülés-kor, emeléskor, mozgáskor hatalmas erők hatnak rájuk. Mindegyik porckorong két részből áll. Az egyik, pontosabban a centrális részt egy puha, gélszerű, kocsonyás belső mag alkotja. A másik, vagyis a perifériás rész egy rostos külső gyűrűből áll. A rostok térben keresztezik egymást és ferde a lefutásuk. A gerinc működését tekintve ezek nagyon fontos képletek [7]. Lengéscsillapító és ütközéscsillapító hatása a megfelelő víztartalommal rendelkező egészséges porckorong. Mozgás közben a belső kocsonyás mag ide-oda mozog. Mindig a mozgással ellentétes irányú csúszást végez.

Porckorongsérv kialakulásának jellemzői

A gerincsérv általában valamilyen degeneratív gerincbetegség kapcsán, annak hatására jön létre. Kialakulhat a nyaki és háti gerincszakaszon is, de a leggyakoribb előfordulási helye az ágyéki gerinc szakaszon található [8]. E mozgásszervi probléma kialakulásának a háttérében elsősorban a helytelen testtartás áll, a mozgásszegény életmód és a helytelenül végzett sporttevékenységek. Befolyásolja még az életkor, hiszen a kor előrehaladtával a porckorongok veszítenek a víztartalmukból. Hozzájárulhat még a kialakulásához a genetika, a túlsúly, a dohányzás és a gerincet érintő trauma is. Napjainkban már egyre fiatalabb korban jelennek meg a porckorongokat érintő degeneratív elváltozások, amelyek az idő előrehaladtával tüneteket indukálhatnak [1]. Ennek az egyik oka, hogy már a gyerekeknél fokozatosan csökken a testmozgás mennyisége, inaktív életmódot folytatnak [9]. Nagyon sok ember végez egész nap ülő, álló, illetve egy oldalt terhelő munkát, amelyet legtöbbször nem kompenzálnak valamilyen mozgási lehetőséggel. A mozgásszervi problémák kialakulásához az is hozzájárul, ha az illető túlterheli magát egy adott sportban. Az állandó gravitációs erő hatására a porckorongok összenyomódnak és veszítenek a víztartalmukból, lapossá válnak. A traumák és megterhelések befolyására a külső gyűrű berepedhet, sérülhet és folyamatosan gyengül a rostos szerkezete. Ennek megfelelően három formáját különítjük el a porckorongsérvnek. Kezdetben a külső gyűrű gyengült rostjain előbaltosul a belső állomány. A második formája, amikor a belső állománynak a kétharmada boltosul elő és nyomja a külső gyűrű rostjait. A harmadik típusnál már átszakítja a belső állomány a külső gyűrű rostjait. Ezen kiboltosulások komprimálhatják a gerincsatornában futó gerincvelőt, illetve a kilépő ideggyököket és akut deréktáji fájdalmat fog okozni. A gyöki érintettségnek megfelelő radikuláris tüneteket fog kiváltani [7]. Az így kialakult állapotot nevezzük porckorongsérvnek.

ANYAG ÉS MÓDSZER

A kombinált módszert alkalmazó kutatás egyfelől kvantitatív kérdőíves adatfelvételtől (n = 135), másfelől pedig kvalitatív interjúmódszer alkalmazásából tevődött

össze (n = 10). A kérdőíves módszert segítette az egyéni interjúfelvétel. A kvalitatív módszer célja, a mélyebb összefüggések feltárása volt. Végezetül pedig betegoktatási tevékenységhez kapcsolatos intervenció történt a kapott eredményeknek megfelelően. A kvantitatív kutatás során anonim, önkitöltős, saját szerkesztésű kérdőív alkalmazására került sor, melynek továbbítása, egy közösségi oldal segítségével online formában történt. A beválasztás kritériuma a porckorongsérv diagnózisa volt. A kérdőívben szerepeltek egyszerű feleletválasztós, alternatív és szelektív kérdések. A kutatás kvalitatív részében félig strukturált interjú készült 10 beteg bevonásával. Az interjú kezdetekor a betegek tájékoztatása megtörtént a kapott információk felhasználásának és közzétételének a módjáról. Az interjút követően a digitalizált anyagot átolvastásra és elfogadásra elküldtük a kutatásban résztvevőknek. A kapott adatokból adat-redukálás történt, amely során a vizsgálat szempontjából fontos tartalmi részek kiemelése és csoportosítása következett. Az eredményeket figyelembe véve saját készítésű betegoktatási terv alapján végzett betegoktatással zárult a kutatás egy miskolci háziorvosi rendelőben. Ezt követően a tevékenység értékeléseként betegelégedettségi vizsgálatot végeztünk, egy hat kérdést tartalmazó kérdőív segítségével.

EREDMÉNYEK

A megkérdezettek 71,9%-a nő, 28,1%-a férfi, átlagéletkoruk 49 ± 11 év volt. A lakóhely tekintetében a válaszadók 28,1%-a vidéken, 25,2%-a megyeszékhelyen és 46,7%-a városban él. Valamilyen gerincbetegség családban való előfordulásáról a betegek 52,6%-a tud. A megkérdezettek 58,5%-a ülő helyzetben, 34,8%-a álló helyzetben és 6,7%-a pedig fekvő helyzetben tölti a legtöbb idejét. A válaszadók 50,7%-a azonnal felkereste az orvosát a panaszainak megjelenése után, viszont 49,3%-uk nem. A megkérdezettek 42,9%-a szellemi munkát, 40,6%-a könnyű fizikai munkát és 16,5%-a nehéz fizikai munkát végez.

A betegoktatással kapcsolatos kérdések eredményei a következők: Jellemzően a páciensek 51,9%-a gyógytornásztól, 28,9%-a kezelőorvosától, 1,5%-a ápolótól és 5,2%-a egyéb szakembertől kapott oktatást. Ugyanakkor 12,6%-uk egyáltalán nem részesült betegoktatásban. A válaszadók 50%-a szóbeli, 8,1%-a írásbeli és 41,9%-a mindkét típusú oktatásban részesült. A következő kérdéscsoport a segédeszközök használatára irányult, mint pl.: deréköv, zoknihúzó, meghosszabbított nyelv csipesz. A megkérdezettek 44%-a használ valamilyen segédeszközt, azonban a válaszadók 66,1%-a nem kapott ezekkel kapcsolatban semmilyen felvilágosítást.

A gyógytornásztól kapott tanácsok a kitöltők 4,8%-a számára egyáltalán nem volt érthető, 4%-a szerint kevésbé volt érthető, 15,9%-a szerint érthető volt, 16,7%-a szerint részben érthető volt és 58,7%-a szerint teljes mértékben érthető volt. A gyógytornász által végzett oktatással a megkérdezettek több mint a fele (55,5%) teljes mértékben elégedett volt. Az esetek felében írásban is megkapták az oktatási anyagot.

Az életmódbeli tanácsok betartását illetően a kitöltők 2,3%-a egyáltalán nem, 6,8%-a kevésbé, 34,1%-a betartja, 40,9%-a részben és 15,9%-a teljes mértékben betartja az életmódbeli tanácsokat. A betegek a mindennapi tevékenységük során javarészt (76,9%) ügyelnek a helyes testtartásra. A válaszadók 72,6%-a lehetőségeihez

mérten kerülnek a hosszas ülő helyzeteket. A kitöltők jelentős része (73,9%) ismeri a gerinckímélő felkelés lépéseit. A betegek 82%-a odafigyel arra, hogy a nehéz tárgyakat egyenes háttal és a törzsükhöz közel emeljék fel. A vizsgált személyek 77%-a ügyel arra, hogy a háztartási tevékenységeik során a munkafelületek megfelelő magasságban legyenek, a 23%-uk azonban erre nem figyel.

A sportolás témakörét tekintve a megkérdezettek 31,9%-a sportol rendszeresen. Közülük 50,4% túlterhelte már magát sportolás közben. A vizsgált személyek 64,6%-a végez sportolás közben izomerősítő, 73,8%-a nyújtó és lazító feladatokat. A megkérdezett személyek 51,5%-a nem végzi el rendszeresen a betanított feladatokat, azonban 48,5%-a aktívan végzi. A betanított torna helyes elvégzésére a következők jellemzőek: A vizsgált személyek 81,7%-a ügyel és 18,3%-a pedig nem figyel arra, hogy helyesen kivitelezze a gyakorlatokat.

A kvalitatív kutatás eredménye a mélyebb információk feltárását is lehetővé tette. Az interjúalanyok többsége szakorvoshoz fordult a panaszával. A betegségük diagnosztizálását követően jellemzően szóban tájékoztatták őket állapotukról. A műtét után a szakorvostól és gyógytornásztól is kaptak betegoktatást. Az említett oktatás minden esetben szóban zajlott és utána nem kaptak írásbeli tájékoztatót a betegek. A betegek válaszai alapján, az edukáció során általában szó esett az életmódbeli változások szükségességéről, hogy milyen mozgásokat tilos végezni, hogyan figyeljenek a gerinckíméletre, sportoljanak rendszeresen és járjanak gyakran orvosi kontrollra. A legtöbben arra panaszkodtak, hogy a gerinckímélő eszköz használatát és felvételét nem mutatták be. A gerinckímélet témakörét tekintve általában jól tájékozottak a megkérdezett betegek. Tudják, hogy figyelni kell a helyes súlyelosztásra, azt is, hogy szimmetrikusan kell elosztani a súlyt. Elmondták, hogy nehéz tárgy emelése a törzshöz közel, egyenes háttal kell, hogy történjen. A földről való felvétel esetén pedig guggolással kell helyettesíteni az előrehajlást. Az egyik páciens a következőképpen fogalmazott: „A gyógytornász, amikor bejött hozzám a műtét után rögtön ezzel kezdte. El is mutogatta nekem, hogy hogyan kell leguggolni egyenes háttal.” Az ülő munkát végző interjúalanyok lehetőségükhöz mérten kerülnek a hosszas ülő helyzeteket és tartanak közben pihenőidőket is. A háztartási tevékenységek során is ügyelnek arra, hogy helyes testtartással végezzék és az eszközök megfelelő magasságban legyenek beállítva. Az interjúalanyok közül sokan nem ismerik a gerinckímélő felkelés lépéseit, ezért ezt nem is gyakorolják a mindennapokban. A megkérdezett személyek közül csak 5 fő mozog rendszeresen, mégpedig úsznak és sétálnak. A fizikai aktivitással kapcsolatosan az egyik beteg a következő választ adta: „Ó, hogyné. Ahogy a munkám engedi igyekszem hetente többször elmenni úszni. Amióta az uszodába járok, azóta még a hátam se fáj.” Ezek a személyek az aktivitás közben ügyelnek a helyes testtartásra és a mozgásformák helyes kivitelezésére. Kevesen végzik el a megtanított tornafeladatokat az otthonukban, arra hivatkozva, hogy a kórházban az oktatás során csak pár feladatot mutattak be nekik. A pácienseknek, ha valamilyen kérdésük merül fel, akkor az esetek többségében az interneten keresnek választ a kérdéseikre. Arra a kérdésre, hogy mivel lehetne javítani a betegoktatás minőségén a következő választ adták összességében a betegek: Legyen egyénre szabottabb az oktatás és sokkal több időt szánjanak erre a feladatra, ne csupán néhány percet.

MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉS

A tanulmány rávilágít a betegoktatás jelentőségére, jellemzőire általánosságban és konkrétan a porckorongsérvvvel kapcsolatosan. A vizsgálat során kvantitatív kérdőíves adatfelvétel, valamint kvalitatív interjú módszere került alkalmazásra. Az eredmények tükrében pedig edukációs terv készült (1. táblázat) és betegoktatás valósult meg a gyakorlatban, zárásként betegelégedettség mérésével.

1. táblázat

Betegoktatási terv rövid összefoglalása (Forrás: Saját szerkesztés)

ALKALOM	DÁTUM	TÉMA	LEÍRÁS	ALKALMAZOTT MÓDSZEREK	ALKALMAZOTT ESZKÖZÖK	LÉT-SZÁM
1.	2022. 08. 05	Betegség ismertetése	A csigolya és a porckorong felépítésének ismertetése. A porckorongsérv kialakulásának bemutatása.	Előadás, megbeszélés, kérdés-felelet	Nyomatott képek	10 fő
2.	2022. 08. 12	Gerinc-kímélet	A gerinckímélő felkelés lépéseinek átbeszélése, bemutatása. Felkelés gyakorlása.	Megbeszélés, demonstráció, fordított demonstráció, gyakorlat	Masszázságy, polifoam/fitnesszőnyeg	6 fő
3.	2022. 08. 19	Segéd-eszközök	A deréktámasztó öv bemutatása. Felvételének és használatának ismertetése. Felvételének gyakorlása. Gyógycipők ajánlása.	Megbeszélés, demonstráció, fordított demonstráció, gyakorlat	Lombax öv, masszázsaágy, polifoam/fitnesszőnyeg, nyomtatott képek, egy pár gyógycipő	10 fő
4.	2022. 08. 26	Mozgás/gyógytorna	A főbb izmok erősítésének az átbeszélése. A saját készítésű gyakorlatsor áttekintése.	Megbeszélés, demonstráció	Polifoam/fitnesszőnyeg, nyomtatott tornafeladatsor	10 fő
5.	2022. 09. 02	Ismétlés	Az előző oktatások során tanultak átbeszélése. Ellenőrző kérdések feltétele. Kérdőív kiosztása.	Csoportos megbeszélés, megbeszélés, kérdés-felelet	Nyomatott kérdőív	10 fő

A kérdőíves adatfelvétel eredményei alapján megállapítható, hogy a legtöbb beteg a gyógytornásztól kapott betegoktatást, ami az esetek többségében szóban zajlott. A vizsgált személyek többsége nem hord segédeszközt, de nem is kapott ezekről tájékoztatást. A kvantitatív kutatásból kiderült az is, hogy a betegek megfelelő ismeretekkel rendelkeznek a gerinckímélettel kapcsolatban és ezekre ügyelnek a mindennapi tevékenységeik közben. A kvalitatív kutatás eredménye is alátámasztotta a betegek idevonatkozó ismereteinek meglétét, viszont a gerinckímélő felkelés lépéseit nem ismerték. Megállapítható, hogy léteznek bizonyos területek, ahol nagyon jól informáltak a betegek, más területeken pedig hiányosságok figyelhetők meg.

A két kutatási módszer során kapott eredményekből kiderült, hogy a vizsgálatban részt vevő személyek nagyobb része nem végzi el az otthonukban az előírt tornafeladatokat és nem végeznek más mozgásformát sem. A betegek nem rendelkeznek elegendő ismeretekkel a segédeszközök használatáról és számukra szükségesnek vélt tájékoztatást sem kaptak ezekről az eszközökről. A páciensek az egészségügyi team tagjai közül többségben a gyógytornásztól kapták a legtöbb információt. Mind a két vizsgálati módszer végeredménye igazolta, hogy a betegek megfelelő ismerettel rendelkeznek az ülés és állás közbeni helyes testtartással kapcsolatban. A kutatásban részt vevő betegek ügyelnek a helyes testtartásra munkavégzés közben.

A betegoktatási terv alapján végzett edukációt (1. táblázat) követő elégedettségi vizsgálat eredménye azt mutatta, hogy a betegek hasznosnak ítélték meg az oktatást és sikerült bővíteni betegségükkel kapcsolatos ismeretüket. Az oktatás során kiemelten fontosnak tartjuk a páciensek bizalmának megnyerését annak érdekében, hogy bátran feltegyék a bennük felmerülő kérdéseket. Ha a szakemberek kellő időt és energiát fordítanak a betegek oktatására, akkor az megmutatkozhat a gyógyítás eredményességében is.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Czegléczki G. (2018). A porckorongsérv vagy más néven gerinccsér. In: *Gerincbetegek kézikönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, pp. 36–61.
- [2] Oroszi Julianna: A betegoktatásról. *Gerinces Magazin*, <https://gerinces.hu/kezeles/konzervativ-kezeles/betegoktatasrol/> (letöltés ideje: 2022. 04. 21.).
- [3] Németh Anikó (2019). A betegoktatás irányelvei. In: *A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei Területi Szervezet Munkássága 2004–2019*. 15. évi Jubileumi Kiadás, pp. 217–218. http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/meszk_csongrad_megyei_teruleti_szervezet_munkassaga_2004_2019.pdf?web_id= (letöltés ideje: 2022. 04. 21.).
- [4] Remsberg, Ch. (2007). The hidden value of patient education during physical therapy. <https://alterg.com/treadmill-training-rehab/athletics/the-hidden-value-of-patient-education-during-physical-therapy> (letöltés ideje: 2022. 04. 21.).
- [5] Dreeben, O. (2010). *Patient education in rehabilitation*. Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, p. 4.

-
- [6] Varga T., Pap V. (2013). *Gerincvédelem a mindennapokban*. Budapest, SpringMed Kiadó, p. 31.
- [7] Kapandji, I. A. (2019). *The Physiology of the joints, The trunk and the vertebral column*. Handspring Publishing Limited, pp. 30, 122.
- [8] Rohit Yenokuti (2015). Clinical anatomy of vertebral column. *ResearchGate*, p. 12. https://www.researchgate.net/profile/Rohit-Yenukoti/publication/328163417_CLINICAL_ANATOMY_OF_VERTEBRAL_COLUMN/links/5bbc73a0a6fdcc9552dcb5ae/CLINICAL-ANATOMY-OF-VERTEBRAL-COLUMN.pdf?origin=publication_detail (download: 2022. 04. 21.).
- [9] Tóth Péter (2018). Új kihívások és pedagógiai innovációk a szakképzésben és a felsőoktatásban. In: *A VIII. Trefort Ágoston Szakképzés- és Felsőoktatás-pedagógiai Konferencia tanulmánykötete*. p. 211. https://www.academia.edu/41409690/%C3%Aj_kih%C3%ADv%C3%A1sok_%C3%A9s_pedag%C3%B3giai_innov%C3%A1ci%C3%B3k_a_szakk%C3%A9pz%C3%A9sben_%C3%A9s_a_fels%C5%91oktat%C3%A1sban_%C3%Aj_kih%C3%ADv%C3%A1sok_%C3%A9s_pedag%C3%B3giai_innov%C3%A1ci%C3%B3k_a_szakk%C3%A9pz%C3%A9sben_%C3%A9s_a_fels%C5%91oktat%C3%A1sban [letöltés ideje: 2022. 04. 21.).

BETEGOKTATÁS A REUMATOLÓGIÁBAN – RHEUMATOID ARTHRITIS-ES BETEGEK KÖRÉBEN

PATIENT EDUCATION IN RHEUMATOLOGY – AMONG PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

KÁLMÁN ZSUZSANNA¹ – BEREGI ERIKA²

¹Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdő

²Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar

Összefoglalás: A reumatoid arthritis (RA) egy krónikus, szisztémás, gyulladásoz megbe-
tegedés, kialakulásának oka ismeretlen, nem gyógyítható. Sok embert érintő megbetege-
dés, ennek ellenére az ismeretek hiányosságát mutatnak, melynek okai között szerepelhet,
hogy a betegoktatás rendszere még nincs kiépítve. A kérdőíves adatfelvétel során (n = 77), a
reumatoid arthritises betegek demográfiai (nem, életkor, iskolai végzettség) adatai mellett,
a kezelési mód, az RA-betegség ismerete, az ehhez kapcsolódó információ megszerzésének
módja, ismeretek hiányossága, a betegoktatás iránti igény került felmérésre. A betegoktatás
iránti igényfelmérés a betegek részéről pozitív eredménnyel zárult, kis számban, de magán-
rendelés keretein belül is élnének a lehetőséggel. A betegoktatóknak az egészségügyi ellátó-
rendszerbe történő beépítése a betegek és az egészségügyi ellátórendszer szempontjából is
hasznos lehet.

Kulcsszavak: betegoktatás, reumatoid arthritis, krónikus megbetegedés

Summary: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, systemic, inflammatory disease, the cause
of which is unknown, and it cannot be cured. Despite the disease affecting many people, there
is a lack of knowledge, which may be due to the fact that the patient education system has
not been developed yet. During the questionnaire data collection (n = 77), in addition to the
demographic data (gender, age, education) of rheumatoid arthritis patients, the method of
treatment, knowledge of the RA disease, the method of obtaining related information, lack
of knowledge, and the need for patient education collected for survey. The assessment of the
need for patient education concluded with a positive result on the part of the patients, a small
number of whom would also take advantage of the opportunity within the framework of pri-
vate practice. Integrating patient educators into the health care system can be beneficial for
both patients and the health care system.

Keywords: patient education, rheumatoid arthritis, chronic illness

BEVEZETÉS

Az egészségügyben sajnálatos az a tény, hogy a betegek nem töreksenek együttmű-
ködésre orvosaikkal, ezzel segítve a teljes gyógyulást [1]. A betegoktatásnak fontos
szerepe van a betegségek megelőzésében és kezelésében. Az edukáció lehetőséget

ad az információk átadására, a készségek fejlesztésére, valamint a szükséges motivációk kialakítására, a betegséggel való megküzdésre. Ma már több különböző információforrás közt válogathatnak a betegek, mégis egyre nagyobb igény van a szervezett betegoktatásra [2]. A reumás betegségek széles tárházából a rheumatoid arthritises vagy régebbi nevén a progressiv chronicus polyarthritises diagnózisú betegek kerültek a kutatás középpontjába. A rheumatoid arthritis egy krónikus, azaz lassan kialakuló és elhúzódó lefolyású autoimmun gyulladáshoz vezető megbetegedés, mely elsősorban a kéz és a láb ízületeit károsítja, és sokizületi gyulladás formájában mutatkozik. Lehet súlyos, progresszív lefolyású és lehet enyhe, amely kedvezően befolyásolható a korszerű gyógyszerek alkalmazásával. A betegség kialakulása nők esetében gyakoribb. Előfordulása földrajzi helyenként változik. Magyarországon a lakosság 0,5-1%-a érintett, mely legalább 50 ezer beteget jelent [3]. A betegoktatás a betegség minden stádiumában jelen van és nagyon sokrétű, melyet minden esetben a beteg igényeihez kell igazítani. Tapasztalatok szerint az egyénre igazított betegoktatással jobb eredmények születtek, mint az általános oktatóanyagok használatával. Manapság az informatika gyors fejlődésével és széles körben történő alkalmazásával az oktatás költséghatékonyabbá vált. A személyre szabott kommunikáció konkrét személyt céloz meg és az egyéni adottságokat is figyelembe veszi [2]. Ma már az is jól ismert, hogy minden krónikus betegségnek pszichés következményei is vannak. Az egészségpszichológiai szemlélet egyre többször kerül szóba a krónikus betegek ellátásában is. „Szemléletének egyik fontos jellemzője a pozitív gondolkodásmód. Orvos és betege nem úgy tekintik a betegséget, hogy az mit vesz el az egyén életéből, hanem azokat a megoldásokat keresik, hogy a betegség tartós jelenlétében miként élhet teljes értékű és minőségű életet a beteg” [4]. A személyre szabott betegoktatásban, a beteg igényei szerint kell összeállítani az ismeretek elsajátításához szükséges tananyagot.

A kutatás célja rávilágítani arra, hogy az adott kórképpel kapcsolatosan a betegek mely területeken érznek hiányosságokat ismereteikben, van-e igényük tudásuk bővítésére, betegoktató személyén keresztül.

ANYAG ÉS MÓDSZER

A vizsgálat Hévízen, a Hévízi Szent András Reumakórház és Gyógyfürdőben történt. A kérdőívek szakrendeléseken, biológiai terápiás szakrendelésen és fekvőbetegosztályokon (B; D osztály) kerültek kiosztásra önkéntes részvétellel. A kórházba különböző reumatológiai diagnózissal érkeznek a betegek. Kérdőív kitöltésére csak azokat kértük fel, akiknek rheumatoid arthritis volt a diagnózisa. Ennek az egyetlen kritériumnak kellett megfelelni. A rheumatoid arthritis (RA) diagnózisra azért esett a választás, mert gyakori betegség és a biológiai terápiával kezelt egyéneknél a betegoktatásnak nagy szerepe van. A kérdőívben az általános demográfiai adatokon túl (nem, kor, iskolai végzettség), a rheumatoid arthritisesre, az alkalmazott kezelésre, az információk megszerzésére, az aktuális állapotra és az oktatásra irányuló kérdések szerepeltek, melyek egyszerű feleletválasztással vagy szövegesen voltak megválaszolhatók. Az adatok elemzése a PSPP program alkalmazásával történt.

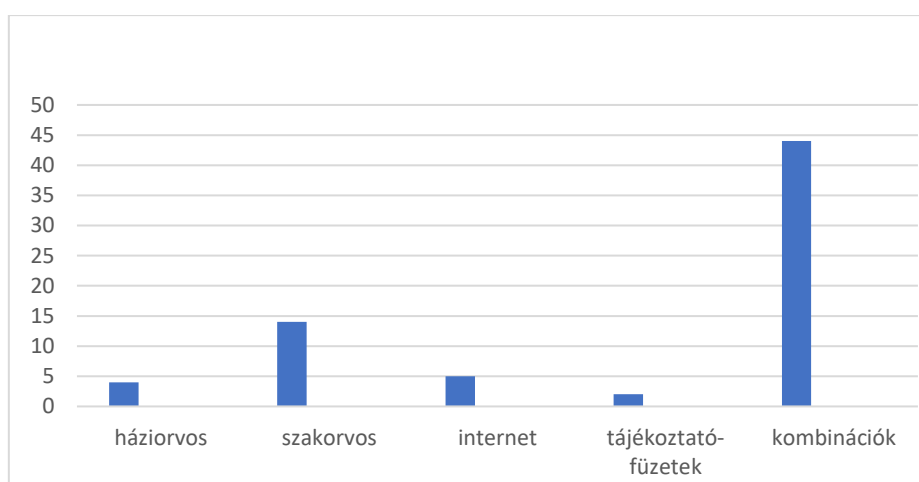
EREDMÉNYEK

A 100 db kiosztott kérdőívből 77 volt értékelhető. A megkérdezettek 22%-a férfi, 78%-a nő. A nők száma 3,52-szer több mint a férfiaké. A legfiatalabb válaszadó 24, a legidősebb 86 éves. Az átlagéletkor $60,21 \pm 11,80$ év.

A betegség megállapításának ideje életkor tekintetében a következő: legkorábbi életkor 14 év 1 főnél, a legmagasabb 75 év, szintén 1 főnél. A legtöbb esetet 50 és 62 éves korban diagnosztizálták. A következő kérdés arra irányult, hogy a betegeknek saját megítélésük alapján van-e elég ismeretük betegségükkel kapcsolatban. A vizsgálatban részt vevő 77 kitöltő közül, mindössze 10 fő értékelte úgy, hogy kevés ismerettel rendelkezik. A betegek 87%-a saját megítélése alapján elégségesnek érzi ismereteit e tekintetben. A betegséggel kapcsolatos információk megszerzésének lehetőségei közül kiemelkedő a szakorvostól kapott tájékoztatás, mely választ a megkérdezettek 46%-a adta.

A betegsége jellemző reggeli ízületi merevség (RIM) fontos tünete az RA-nak. A kitöltők között 2/3-os többségben vannak azok, akik szenvednek a reggeli ízületi merevségtől. A megkérdezettek 50%-a gondolja úgy, hogy elegendő ismeretekkel rendelkezik az ízületvédelem tekintetében. A betegséggel kapcsolatos lényeges kiegészítő kezelés a gyógytorna. A válaszadók 29,5%-a Hévízen, 23,1%-a más intézményben, 46,8%-a pedig nem vett igénybe gyógytornát.

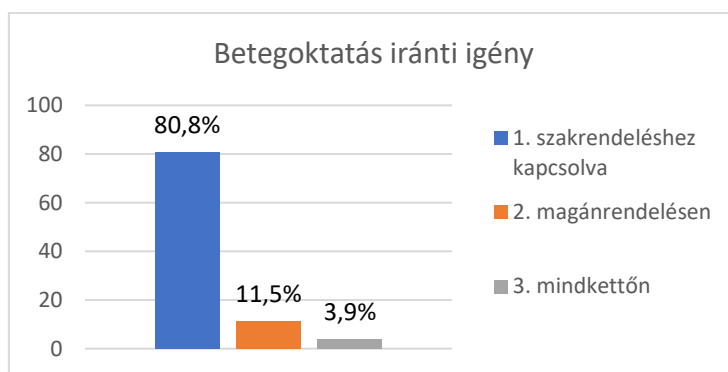
A betegséggel kapcsolatos ismeretek megszerzésére öt lehetőség közül választhatnak (házi orvos, szakorvos, szakdolgozó, internet, tájékoztatófüzetek). Ennél a kérdésnél több választ is megjelölhettek, hiszen információszerzés módja egyénfüggő, változó, hogy ki mennyire érdeklődő a betegség diagnosztizálása után, kit vagy kiket kérdez meg betegségéről. Legmagasabb a szakorvostól szerzett információkat megjelölők száma. Ebbe beletartoznak azok is, akik válaszukat kombinálták más információszerzési lehetőséggel. Arra vonatkozó felmérés nem történt, hogy a megszerzett információk mennyire szolgálták a beteg elégedettségét.



1. ábra. Információszerzés lehetőségei az RA-ról

Edukációval kapcsolatos kérdés, hogy miről is szeretne hallani a betegoktatás alkalmával, miben érzi, hogy hiányosságai vannak? A legmagasabb százalékban a mindennapok megkönnyítésével kapcsolatos információkról, 33,8%, nem akar hallani semmi új információról 31,2%, egyéb esetekben pedig a betegklubokról, a betegségről (RA), a betegképviseléről, jogi kérdésekről és az étrendi javaslatokról.

Az oktatás szükségességére és lehetőségére vonatkozó kérdésre adott válaszok egyértelműen a betegoktatásra irányuló igényt tükrözik. (2. ábra)



2. ábra. Betegoktatás iránti igény felmérése

MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉS

A kutatás eredménye egyezik a szakirodalmi adatokkal, mely szerint a nők magasabb arányban betegszenek meg RA-ban, mint a férfiak [3]. Egy krónikus betegség diagnosztizálása, az orvos általi közlése után a beteg, a betegség elfogadásáig különböző stádiumokon megy keresztül. Ezek a fázisok mindenkinél egyedi hosszúságúak. Személyiség-/lelkiállapot-függő, hogy ki, mikor érzi szükségét betegségének megismerésének, információk begyűjtésének. A felmérés alapján a betegek 87%-a saját megítélése szerint elégségesnek érzi ismereteit a betegségről, ami többféleképpen is értelmezhető. Az, hogy kinek mi az elégséges, az meglehetősen szubjektív és egyéni. Más az elégséges ismeret betegoktató és más a beteg szempontjából. Más értelmet kap az elégséges ismeret a beteg és egy egészséges kontrollcsoport eredményeit vizsgálva. Éppen ezért e tekintetben indokolt a kutatást továbbgondolni, pontosítani és kiterjeszteni a későbbiek során. A kérdőívet kitöltők közül kevesen jelölték meg az internetről szerzett információkat. Feltételezhető, hogy a kutatásban résztvevők korából is adódhat ez az eredmény. A betegek elégedettsége ismereteikkel kapcsolatban igazolja azt a szakirodalomból származó információt, miszerint a betegoktatást az ellátás során – tudatosan vagy sem – de folyamatosan végzik az egészségügyi szakemberek. A kontrollvizsgálatok során a beteg folyamatosan kapja az információkat, hogy a mindennapi nehézségeit milyen módon könnyítheti. Ez derül ki a felmérésből is, hiszen a szakorvos és a szakdolgozó lett megjelölve legnagyobb arányban, akiktől az információkat elsősorban begyűjtik. A betegoktatás új

lehetőségeit felvázolva az is jól látszik, hogy egyértelmű igény lenne a nyugodt körülmények közötti oktatásra, megbeszélésre a felmerülő problémákkal kapcsolatban. A vizsgálat eredménye rámutat, hogy vannak közös pontok (mindennapi tevékenységek, utazás), melyek több betegnél is felmerülnek nehézségként, ugyanakkor mindig van egyedi probléma, melyre külön figyelmet kell szentelni. Lényeges annak a felismerése, hogy van olyan beteg, aki nem kér segítséget. Komoly kihívás lehet a betegoktató számára annak kiderítése, hogy ennek mi állhat a hátterében, a beteg részéről rossz tapasztalat vagy bizalmatlanság eredménye.

A válaszadók 81,8%-a szerint van igény a betegoktatásra. Mindenki rendelkezik valamilyen szintű ismerettel betegségével kapcsolatban, de hiányosságok is előfordulnak, melyekkel a betegek is tisztában vannak és pótolni szeretnék azokat. Szervezett betegoktatási keretek között történő edukáció megvalósulása, a tárgyi és személyi feltételeinek biztosítása remélhetőleg egyre nagyobb szerepet kap a közeljövőben.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Palaticz, E. (2015). *A betegoktatás jelentőségének vizsgálata betegelégedettség mérés alapján*. Sopron, Nyugat-magyarországi Egyetem (letöltés ideje: 2022. 11. 10) <http://diploma.uni-sopron.hu/id/eprint/217>.
- [2] Tóth, T., Dinya, E. (2013). A személyre szabott betegoktatás lehetőségei. *Orvosi Hetilap*, 154 (11), pp. 403–408, <https://doi.org/10.1556/OH.2013.29564>.
- [3] Szekanecz, Z. (2008). *Reumatoid arthritisz*. Budapest, SpringMed Kiadó, pp. 18–19.
- [4] Pikó, B., Rudisch, T. (2007). Influences of psychiatric and psychosomatic disorders on patients' quality of life. *Orvosi Hetilap*, 148 (35), pp. 1657–1666. <https://doi.org/10.1556/oh.2007.28133>

A DAGANATOS FÉRFIAK PSZICHÉS TÁMOGATÁSA

PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR MEN WITH CANCER

KIS-KOVÁCSNÉ BARANYI MÓNICA – SIMON NÓRA

Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar

Összefoglalás: Tanulmányunk célja, hogy bemutassuk a daganatos férfiak betegségük diagnosztizálása előtti pszichés terheltségeit, a diagnózis hatását lelkiállapotukra, és a betegséggel kapcsolatos kommunikációs készségeiket. Az egészségügyben dolgozó szakemberek és a daganatos férfi betegek kapcsolatába is betekintést enged a kutatás, az egyéni lelki tényezők tükrében. A vizsgálat online kérdőívvel történt, a kitöltésben 128 daganatos férfi vett részt. A kérdőívben a háttérváltozók mellett vizsgáltuk a kitöltők jelenlegi pszichés állapotát és a különböző élethelyzeteikben lezajló lelki folyamataikat, valamint rákérdeztünk az egészségüggyel kapcsolatos tapasztalásaikra, élményeikre, véleményükre. Kérdőívünk részét képezte az F-SozU társas támogatottságot felmérő kérdőív, valamint a Campbell-féle életelégedettségi kérdőív adaptált, magyar változata is. Az eredményeknek megfelelően olyan következtetések vonhatók le, amelyek segítségével a betegoktatók nagyobb mértékben, jobb minőségben segíthetik a férfiakat a daganatos betegséggel szembeni küzdelemben.

Kulcsszavak: *daganatos férfiak, lelkiállapot, támogatás, betegoktató, egészségügy*

Summary: The purpose of this study is to present the psychological burdens of men with cancer before the diagnosis of their disease, the impact of the diagnosis on their state of mind, and their disease-related communication skills. The research provides insight into the relationships between professionals working in the health sector and male cancer patients in the light of individual psychological factors. The study was conducted with an online questionnaire, 128 men with cancer took part in filling it out. In addition to the background variables, in the questionnaire we examined the current psychological state of the respondents and their mental processes in different life situations, as well as asked about their health-related experiences, experiences and opinions. Our questionnaire included the F-SozU social support questionnaire and the adapted Hungarian version of Campbell's life satisfaction questionnaire. According to the results, conclusions can be drawn, with the help of which patient educators can help men to a greater extent and with better quality in the fight against cancer.

Keywords: *men with cancer, mental state, support, patient educator, healthcare*

BEVEZETÉS

Jelenleg Magyarországon az egészségügyi ellátás nem olyan mértékben betegközpontú, mint amit az iránymutatások és a protokollok megfogalmaznak. Az egészség-

ügyi ellátás minőségének romlását az utóbbi évek történései (Covid–19-világjárvány), a szakemberhiány és a finanszírozás nehézségei negatívan befolyásolták.

A férfi betegeket azért érinti mindez még érzékenyebben, mert a férfi betegek nehezebben mondják el problémáikat, nehezebben nyílnak meg, és kevésbé tudják elfogadni megváltozott fizikai állapotukat [1]. A férfi betegek nem érzelmi, hanem racionális módon, észérvekkel győzhetők meg leginkább a terápiás eljárás betartásával kapcsolatban. Viszont a racionális indíttatás sosem olyan mély és intenzív, mint az érzelmi indíttatás, tehát kevésbé kitartó és eredményes.

A betegoktatóknak fontos szerep juthat a betegek felvilágosításában, meggyőzésében, az állapotuk javításában, olyan módon, hogy a szakrendelésen el nem hangzott lényegi információkról a betegoktató tájékoztatja, felvilágosítja a betegeket. A pszichés támogatás a többszöri találkozás alkalmával kivitelezhető főként, ha a betegoktatónak sikerül megfelelően feltérképezni a beteg képességeit és igényeit, ennek következtében individuális ellátás biztosítható. Mindez azért fontos, mert a gyógyuláshoz nélkülözhetetlen az egészséges mentális és a kiegyensúlyozott pszichés állapot.

Társadalmunkban egy kép alakult ki arról, hogy milyen jellemzőkkel „kell” rendelkeznie egy férfinak és egy nőnek. Valójában ezek a kialakult sztereotípiák az életük során a környezetük által megtapasztalt viselkedésminták belső leképeződése. Több tudomány ezt a folyamatot szerepelméletként említi, amelynek lényege, hogy az emberek különböző helyzetekben, saját személyiségüknek megfelelően, de mégis kiszámíthatóan viselkednek. A társadalmi szerepelmélet a nemi szerepeket jelöli meg a nemi különbségek alappilléreként. A társadalom elvárása a nőkkel szemben, hogy nyíltak, kommunikatívak, gondoskodók, szeretetteljesek és önzetlenek legyenek. Míg a férfiakkal szembeni elvárások inkább saját céljaik megvalósítására irányulnak, tehát egy férfi lehetőleg legyen céltudatos, határozott, minél kevesebb érzelmet mutasson, hiszen azzal felfedné gyenge pontjait [2].

A születést követően nagyjából egyéves korig a fiú- és lánycsecsemők sem viselkedésben, sem küllemben (kivéve genitáliák) nem különböznek nagymértékben egymástól. A velük való bánásmód viszont már ebben a korban is jelentősen eltér. Különbségek láthatók az öltöztetésben (rózsaszín – lányos szín, kék – fiús szín) vagy például abban, ahogy a csecsemőket gondozzák: a lányokhoz óvatosabban, lágy mozdulatokkal nyúlnak, míg a fiúkhoz erőteljesebb mozdulatokkal [3]. A szocializáció során a nőbe és a férfiba már újszülött-/csecsemőkortól bevéődött társadalmi normák a gyermekvállalást követően intenzíven felszínre törnek, hiszen nemcsak nekik kell az új szerepben megfelelni az elvárásoknak, hanem ezeket a normákat tovább kell adniuk utódjuknak [4].

A maskulin viselkedés a mintaként állított apától tanult és a társadalmi hatások következtében formálódik. Az apa viselkedése nagymértékben meghatározza fia felnőttkori énjének személyiségjegyeit az élet számos területén, például a munkához való hozzáállásban, a nőkhöz való viszonyulásban (szexualitás), az érzelmek megélésében és kimutatásában vagy éppen egy nehéz élethelyzet (pl. betegség) kezelésében. Tulajdonképpen a maskulin viselkedésminta nem létezik eredendően a megszületett fiúcsecsemőben. Jelleme, viselkedése, az adott szituációra adott válaszai a tapasztalatai alapján épülnek be személyiségébe [4].

Fontos minta lehet az apa betegséghez való viszonyulása, a betegségben tanúsított magatartása. A krónikus betegségek egyik rizikófaktora a stressz. Alapvetően az emberek már stresszhelyzetben másként reagálnak szituációkra, mint kiegyensúlyozott lelkiállapotban. A férfiak esetében ez fokozottan megnyilvánulhat, mivel a maskulin jellemvonások miatt zárkózottabbak, nehezebben beszélnek problémáikról, és erősnek „kell” látszaniuk. Mindez még tovább súlyosbítja a stresszhelyzetet, további frusztrációt okozva. Minél kevésbé kommunikatív egy férfi, annál nagyobb eséllyel alakul ki nála krónikus betegség, így daganat is. Susánszky Anna [5] kutatásában rámutat arra, hogy a nemi szerep – stressz összefüggéseit vizsgálva az aktív korú férfiak számára a fizikai gyengeség, a teljesítési kudarc és az érzelmikifejezési deficit a leginkább frusztráló tényezők.

Szelei Antónia arra világít rá, hogy a daganatos betegek esetében a depresszió előfordulása jóval gyakoribb, mint az átlagpopulációban. Azt is megfogalmazza, hogy a daganatos betegek körében nagyobb az öngyilkossági kockázat, mivel a depresszió a suicidum egyik fő kiváltó oka. Írásában azt is körbejárja, hogy a depressziós betegekben, bár kismértékben, de gyakrabban jelennek meg rosszindulatú daganatok [6].

A betegség minden ember számára lelkiileg megterhelő, egyfajta gyászmunka, hiszen az egészségét veszítette el. A daganatból meggyógyulni van esély, de sajnos a jelenlegi egészségügyi ellátás még nem képes a daganatos betegek nagyarányú gyógyítására, legtöbb esetben a daganatos betegség végkimenetele a halál. Éppen ezért maga a betegség közlése is nagyon fontos tényező lehet abból a szempontból, hogy a beteg milyen további pszichés terheltségnek lesz még kitéve [7]. A férfiak betegségtudat okozta gyászmunkája pontosan a társadalmi elvárások, a férfi nemi szerepnek való megfelelés miatt más, mint a nőké [8]. A betegségük feldolgozása is nehezebb számukra, hiszen sokszor még családtagjaik előtt is igyekeznek erősnek mutatni magukat, miközben folyamatosan mardossa őket a csökkent fizikai képesség miatti félelem. Sok esetben egyáltalán nem mernek beszélni betegségükről, hiszen azzal gyengének mutatkoznak, és elveszítenék férfiasságukat. A férfiak esetében talán még nagyobb szerepet kapnak a betegcsoportok, mert azonos betegséggel küzdő férfiak előtt könnyebben beszélnek problémáikról.

A szakirodalmi műveket olvasva két olyan meghatározó mondatra találtunk, amelyek a témában a leginkább megragadják a probléma lényegét, és ezzel iránymutatást adnak a betegoktatóknak a daganatos betegek ellátásához.

„A daganatos betegség a testet támadja meg, de attól a pillanattól, hogy az érintett erről tudomást szerez, pszichés és társas életterében is megindul a tumor pusztító hatása.” [9]

„A pszichoonkológiai megközelítés szerint a multifaktoriális eredetű daganatos betegség kórtanában a pszichoszociális tényezőknek kiemelt szerepük van, ugyanis ezek hozzájárulhatnak a krónikus betegség fennmaradásához vagy súlyosbodásához.” [10]

Ezen két gondolatot követve a daganatos betegek ellátásában bár testi betegségről van szó, de a betegnek nagymértékű pszichés támogatásra van szüksége. És nem kizárólag a betegnek van szüksége megerősítésre, buzdításra, segítségre, hanem

közvetlen környezetének is, mindazon családtagoknak, akik segítséget nyújtanak a betegnek mindennaposan a betegséggel szembeni harcban [11].

A második gondolat egyértelműen rámutat arra, hogy a daganatos betegek gyógyulásához elengedhetetlen a kiegyensúlyozott pszichés állapot. Nélkülözhetetlen egy támogató társas lét, a nyugalom, a stresszmentesség. Fontos, hogy a beteg értelmét lássa további életének, legyen motivációja, és hogy szeretve érezze magát [12].

A betegoktatónak fontos szerepe van a daganatos betegek ellátása során a betegség kialakulásáról való tájékoztatásban, hiszen a beteg könnyebben fel tudja dolgozni állapotát, ha nincsenek benne kérdések, kételyek. Továbbá a betegoktatónak pontos és naprakész szaktudással kell rendelkeznie a daganatos betegségek lefolyásáról, a terápiás lehetőségekről, az invazív beavatkozásokról és a gyógyszerelésről, hogy a beteg kérdéseire egyértelmű és megnyugtató válaszokat adhasson. Szükséges, hogy a betegoktatónak az alternatív gyógymódok nyújtotta lehetőségekre is rálátása legyen, és ha a beteg szükségletei úgy kívánják, akkor azokról is megfelelő tájékoztatást tudjon nyújtani.

Célunk a tanulmánnyal, hogy rámutassunk arra, hogy a betegellátás és a betegségek gyógyulási aránya pozitívan befolyásolható, ha a betegek saját maguk is igyekeznek tenni egészségükért, gyógyulásukért. Minderről viszont az egészségügyi szakembereknek, a betegoktatóknak szükséges felvilágosítani a gyógyulni kívánókat. A megfelelő információk, tudásanyag átadásával és iránymutatással hatékonyabban dolgozhat együtt a beteg és az egészségügyi team.

Kérdésvetéseink arra irányultak, hogy milyenek ítélik a betegek a társas kapcsolati hálójukat és a saját jelenlegi élethelyzetüket. A betegoktatás szempontjából fókuszba került az is, hogy fontos-e a daganatos férfi betegek számára a betegségükkel kapcsolatos információk átadása és hogy igénylik-e a betegoktatók munkáját az egészségügyi ellátórendszerben.

ANYAG ÉS MÓDSZER

A vizsgálatunkat online formában végeztük, kérdőívünket az egyik legismertebb közösségi oldal daganatos betegeket tömörítő csoportjaiban osztottuk meg. A Facebook-csoportok adminisztrátorai engedélyezték a kérdőív feltöltését. A résztvevők a kérdőíven adták hozzájárulásukat a felmérésben való részvételhez.

A kérdőívet saját magunk állítottuk össze. A felsorolt kérdések megfogalmazásakor a legnagyobb mértékben igyekeztünk figyelembe venni, hogy a megkérdezettek férfiak, akik nehezebben nyílnak meg, így minél konkrétabb kérdések feltevésére törekedtünk. A kérdések megválaszolásában is igyekeztünk támpontot adni, természetesen egyes kérdéseknél az „egyéb” lehetőséggel biztosítottuk a saját gondolatok, érzések megfogalmazásának lehetőségét is.

Kérdőívünk három részből áll. Az első rész kérdéseinek összeállításában segítséget nyújtott Szalai Márta (2015) [13] doktori értekezéséhez használt kérdőíve. A második részt a német nyelvűről (Fragebogen zur Sozialen Unterstützung) magyarra fordított F-SozU társas támogatottságot felmérő kérdőív teszi ki [14], míg a harmadik részben a Campbell-féle életelégedettségi kérdőív kérdéseit használtuk [15].

EREDMÉNYEK

Kérdőívünket összesen 128 daganatos férfi töltötte ki. Válaszadóink zöme 46–60 év közötti (41,4%), 33,6%-uk pedig 61 év feletti. Lakóhely szerinti megoszlásban inkább kisvárosban (28,5%) és községben (36%) élnek, javarészt szakmunkás bizonyítvánnyal (23,4%) és középiskolai érettségivel (32%) rendelkeznek. A megkérdezettek több mint fele házas (56,7%).

Mennyire fontos a daganatos férfi betegek számára a betegségükkel kapcsolatos információk átadása?

A kérdőív „Fontosnak érzi-e Ön, hogy az egészségügyi ellátása során Önt tájékoztassák arról, hogy az egyes ellátási formák miért fontosak, mi lehet a következményük, milyen okból szükséges elvégezni azokat, és milyen hatással lehet a későbbiekben az Ön egészségére?” kérdése egyértelműen erre a témára kérdez rá. A beérkezett 128 válaszból 126 fő nyilatkozta azt, hogy számára fontos a tájékoztatás, míg csak 2 fő azt, hogy számára nem fontos. A „Megítélése szerint elegendő információval rendelkezik-e Ön az állapotáról?” kérdésre adott válaszokból viszont az tűnik ki, hogy annak ellenére, hogy a betegek fontosnak tartják és igénylik a tájékoztatást, pusztán 51 fő válaszolta, hogy elegendő információval rendelkezik saját állapotával kapcsolatban. Ez a mérték a válaszadóknak még a felét sem éri el. A „Kitől kapta a legtöbb információt?” kérdésre a válaszokat, ha értékrendi sorba állítjuk, akkor a következő rangsort kapjuk: 1. orvos (65 fő), 2. internet (20 fő), 3. betegtársak (17 fő), 4. családtag (13 fő), 5. egyéb szakdolgozó (8 fő), 6. ápoló (5 fő). Ilyen szempontból vizsgálva a kérdést magasan az első helyen áll az orvos, viszont a többi egészségügyi szakember a sor végén áll. A probléma gyökere lehet még az, hogy a második helyen viszont az internet áll.

A daganatos férfi betegek milyennek ítélik társas kapcsolataikat?

Ennek a kérdésfelvetésnek a megválaszolására az F-SoZu társas támogatottságot felmérő kérdőív eredményeit használtuk. A megkérdezett daganatos férfiak a 14 állításból arányaiban nézve az adatokat, kettőt értékelték leginkább nem találónak vagy inkább nem találónak magukra vonatkoztatva. Ez a két állítás pedig: „Többen vannak, akikkel szívesen szervezek programot.” és „Van olyan csoport, amelyhez tartozom, s akikkel gyakran találkozom.” Azokat az állításokat viszont találónak vagy nagyon találónak értékelték, amelyek a bizalmi kapcsolatokra mutatnak rá. Ilyen például a „Vannak, akik feltétel nélkül elfogadnak olyannak, amilyen vagyok.” vagy a „Van olyan bizalmas kapcsolat, melyben segítségre mindig számíthatok.” Az említett eredmények tükrében feltételezhető, hogy a daganatos férfi betegek nem a nagy társasági összefüggéseket preferálják, hanem inkább azon társas kapcsolataikat, amelyek bensőségesek, bizalmon alapulnak és biztonságot nyújtanak.

A daganatos férfi betegek mennyire negatívan élik meg saját élethelyzetüket?

Kérdésfeltevésünk megválaszolásához a Campbell-féle elégedettség skála összesített eredményeit használtuk fel. A daganatos férfiak az életüket két szempontból

ítélték meg láthatóan negatívabban a többenél: „Az életem nehéz.” és „Az életem kötött.” A többi szemponthoz képest jóval pozitívabban értékelték a következőket: „Az életem társas.”, „Az életem értékes.” és „Az életem reményteli.” Ahhoz képest, hogy a daganatos betegségből a felépülés egy hosszú gyógyulási folyamat, és sajnos vannak esetek, még mindig elég nagy számban, ahol esély sincs a gyógyulásra, a megkérdezett daganatos férfiak nem értékelték túlzottan negatívan saját élethelyeztüküket. A válaszokból kiderül, hogy reménykednek a jóban, a gyógyulásban, és igyekeznek hasznossá tenni magukat. Teszik mindezt úgy, hogy életükben igyekeznek minden értéket észrevenni és megbecsülni.

A daganatos férfi betegek igénylik a betegoktatók munkáját az egészségügyi ellátórendszerben?

A kérdőív „Ön szerint van-e szükség a daganatos férfiak ellátásában olyan betegoktató szakemberekre, akik nyugodt körülmények között megadják azt a tájékoztatást, amelyre a háziorvosnál vagy a szakrendelőknél nem kerül sor?” kérdésére beérkezett válaszok arra engednek következtetni, hogy a daganatos férfiak igénylik az egészségügyi ellátórendszerben a betegoktatók munkáját, hiszen 128 válaszból 123 igen, és mindössze 5 nem. A következő kérdés válaszaiban már van némi eltérés. 112 beteg keresne fel betegoktatót, ha lenne rá lehetősége, és 16 fő nem. Bár a két kérdésre adott válaszok közötti különbségeket okozhatja a kitöltők egyéni élethelyzete.

MEGBESZÉLÉS

A kutatás lefolytatása érdekében három, daganatos betegeket egybegyűjtő csoportnak lettünk tagjai, mindegyikük több ezer taggal rendelkezik. A legnagyobb létszámú csoportban az egyik megosztásunkhoz a következő hozzászólást kaptuk az egyik hölgytől: *„Azt tudnod kell, hogy a daganatos férfiak nagy része helyett a családtagja van a csoportokban, mert nem is hajlandók regisztrálni. Ahogy tanulták otthon, majd az asszony elintézi helyettük. Sok sikert kívánok!”* Talán éppen ez a magyarázat arra, hogy a több ezer csoporttagból, miért csak 123-an töltötték ki az online kérdőívet. Ugyanehhez a megosztáshoz, egy másik hölgy tag szintén hozzászólott: *„Szia, szívből üdvözöllek! Férfjem fiatal (még nincs 50) gégerákja van. Szerintem a lelki megterhelés számára sokkal nagyobb, mint a testi. Annyira örültem volna, ha tudunk erre megoldást. Nem tud beszélni, számára ez megemészthetetlen. Nem tud fizikailag annyit, mint bírt régen. Nagyon örültem volna, ha valaki neki és nekem is segített volna lelkileg feldolgozni ezt.”* E hozzászólás után értettük meg, hogy kutatásunknak mekkora létjogosultsága van.

A papíralapú kitöltések egyikénél személyesen jelen voltunk, mivel a válaszadó megkért, hogy segítsünk a kitöltésben. Akkor értettük meg, hogy ugyanazt a kérdést különböző emberek mennyire különbözően tudják értelmezni. Ez esetben például a válaszadó arra a kérdésre, hogy „Mennyire látja Ön biztosnak a jövőjét?” azt válaszolta *„Teljesen biztos. Biztos, hogy meghalok.”* A kérdőív a kitöltők ezen sokszínűségét, különbözőségét sajnos nem tudja megfelelő mértékben visszaadni, ehhez kvalitatív kutatásra lenne szükség.

KÖVETKEZTETÉS

Az emberi psziché átjárja az egész testet, ezáltal a negatívumoktól terhelt lélek betegségeket okozhat a test bármely pontján, míg a kiegyensúlyozott, pozitív lelkiállapot gyógyító hatással bír. A kiegyensúlyozott lelkiállapot akkor érhető el, ha az ember saját életében minden területen igényeit ki tudja elégíteni vagy legalábbis közel áll hozzá, az alapvető szükségletektől egészen az önmegvalósításig.

Maga a daganatos betegség, annak kezelése és a betegségből való hosszadalmas felépülés olyan lelkileg megterhelő dolgok, amelyek a lelki béke elérését nagymértékben gátolják. A nyugtalan, terhelt psziché pedig nemhogy javítana a betegek állapotán, hanem sokszor még ront, így nem is a fizikai folyamatok következtében romlik a betegek állapota.

Az egészség fogalma alatt a testi, lelki és mentális egészséget értjük. Éppen ezért fontos, hogy a hármat együtt kezeljük, együtt gyógyítsuk. A betegoktatóknak is fontos munkájuk során mindezt szem előtt tartani. Fontos, hogy a gyógyulási folyamatot oly módon segítsék, hogy nemcsak a fizikai tünetek enyhítésére fókuszálnak, vagy a következő vizsgálatra/beavatkozásra készítik fel a beteget, hanem igyekeznek a benne megbújó feszültségeket oldani, a kérdéseket minél konkrétabban megválaszolni, hogy ne maradjon kétely a betegben.

További fontos részlet a betegoktató munkája során, hogy ne csak a beteget támogassa pszichésen, hanem a beteget segítő közeli személyeket is. Akik ugyanúgy, vagy talán még jobban elszenvedik a betegség következményeit, hiszen sokszor erőn felül teljesítenek, hogy saját életükben is helytálljanak és mindemellett még a beteget is támogassák a lehető legnagyobb mértékben. És vannak olyan esetek is, amikor a beteg nem gyógyul meg, meghal. A segítők pedig itt maradnak tele fájdalommal, önváddal, és egy hatalmas ürrrel.

Minden ember más és más, de egy empatikus betegoktató képes a betegek helyzetét átélni, és ezáltal a beteg és környezete gyógyulását minél inkább elősegíteni.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Csernus I. (2009). *A férfi*. Budapest, Jaffa Kiadó.
- [2] Kozma L. (2019). *Mintakövetés, genetikai örökség és társas alkalmazkodás – Biológiai és társas hatások a férfi nemi szerep és viselkedés kialakulásában*. PTE-BTK Pszichológia Doktori Iskola.
- [3] Andorka R. (2003). *Bevezetés a szociológiába*. Budapest, Osiris Kiadó.
- [4] Ranchburg J. (2011). *Nők és férfiak*. Budapest, Saxum Kiadó.
- [5] Susánszky A. (2020). *A nemiszerep-stressz és az egészségi állapot összefüggései magyar férfiak körében*. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományi Doktori Iskola.
- [6] Szelei A., Döme P. (2020). Daganatos megbetegedések és a depresszió: rövid irodalmi áttekintés *Orv. Hetil.*, 161 (22), pp. 908–916.

-
- [7] Zelena A. (2015). A halálhír közlése mint kommunikációs gesztus. *Kharón – Thanatológiai Szemle*, (3), pp. 34–43.
- [8] Édes T., Kerekes Zs. (2011). Gyászolni az élőt. A megelőlegezett gyászmunka a férfiak veszteség-feldolgozásában. *Kharón – Thanatológiai Szemle*, (4), pp. 11–28.
- [9] Komlósi P. (2006). A pszichoszociális rehabilitáció: csoport-pszichoterápia. In: Horti J., Riskó Á. (szerk.). *Okopszichológia a gyakorlatban* Budapest, Medicina Könyvkiadó, pp. 269–272.
- [10] Riskó Á., Túry F. (2008). Pszichoterápia a pszichoszomatikus betegek kezelésében. In: Szőnyi G., Füredi J. (szerk.). *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, pp. 478–491.
- [11] Cseri P. (2022). *Segítségnyújtás a végeken. Haldokló betegek és hozzátartozók pszichés, szociális és spirituális támogatása*. Budapest, Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, pp. 17–18.
- [12] Dégi, L. Cs. *A daganatos betegségek pszichoszociális elemzése – Elméleti bevezető segítőknak*; 2010
- [13] Szalai M. (2015). *Orientalis tánc, mint holisztikus onkológiai rehabilitációs módszer*. <http://pea.lib.pte.hu> (letöltés dátuma: 2022. szeptember 12.).
- [14] Németh, K., Kallai, J., Tiringner, I., Mangel, L., Farkas, Sz., Dér, A., et al. (2011). The relationship of Coping Mechanisms and Social Support Among Hungarian Women Suffering from Malignant Breast Cancer. *New Medicine*, 1, pp. 6–9.
- [15] Campbell, A., Converse, P. E., Rogers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York, Russel Sage Foundation.

BETEGOKTATÓ FELADATAI AMPUTÁLT BETEGEK REHABILITÁCIÓJÁBAN

TASKS OF PATIENT EDUCATOR IN THE REHABILITATION OF AMPUTATED PATIENS

REITHOFFERNÉ KISS MÁRIA¹ – DOBOSI MÁRIA²

¹Észak-közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő,
Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály

²Miskolci Egyetem Ferenczi Sándor Egészségügyi Technikum

Összefoglalás: A vizsgálat aktualitását az adja, hogy Magyarországon magas az amputációk száma. A témát indokolt vizsgálni, mivel leginkább az egészségtelen életmód miatt kialakuló érszűkület a fő oka, ami megelőzhető lenne a lakosság egészségtudatosabb hozzáállásával. A lakosság körében folyamatosan nő a mozgáshiányos életmódú és cukoranyagcsere-zavarban szenvedők száma. Szükség lenne a műtéten átesett betegek megfelelő korai rehabilitációjára, oktatására, a kórházi kezelés utáni folyamatos tájékoztatásra, nyomon követésre. Ehhez a komplex tevékenységhez a rehabilitációsteam-tagok mellett a betegoktató aktív részvétele is szükséges. Az amputáció, rehabilitáció és betegoktatás szorosan összekapcsolódnak, egymásra épülnek. Cél a lehető legmagasabb életminőség elérése, ami a későbbiekben jelentős terhet vesz le a közvetlen családi és a társadalmi környezetről.

Kulcsszavak: *betegoktatás, rehabilitáció, amputáció*

Summary: The relevance of the study is the high number of amputations in Hungary. This is a worthwhile topic to investigate, as the main cause is arterial stenosis due to unhealthy lifestyle, which could be prevented by a more health-conscious attitude of the population. The number of people in the population with sedentary lifestyles and metabolic sugar disorders is steadily increasing. There is a need for education on appropriate early rehabilitation of patients who have undergone surgery, continuous information and follow-up after hospitalisation. This complex activity requires the active involvement of the patient educator in addition to the rehabilitation team members. Amputation, rehabilitation and patient education are closely interlinked and interdependent. The aim is to achieve the highest possible quality of life, which in later life will take a considerable burden off the immediate family and social environment.

Keywords: *patient education, rehabilitation, amputation*

BEVEZETÉS

Az ÉKC Szent János Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályán amputált betegeket is ápolnak. A sebészeti osztályról varrattal érkeznek a betegek, sikeres rehabilitáció esetén művégtagot használva távoznak [1].

A „combcsont magasságában végzett operációk száma a 2013-as 3366-ról 2018-ra 2925-re csökkent, de összességében évente még mindig öt-hatezer embernél végeznek amputációt” [2]. Többféle ok miatt történhet a műtét. A rehabilitáció sikeressége változó, időtartama, folyamata és eredménye kihat a beteg további életminőségére. Ez egy hosszú, türelmet és kitartást igénylő folyamat [3]. A megfelelően tájékoztatott, folyamatosan nyomon követett kliensek nagyobb eséllyel rehabilitálhatóak, a későbbiekben kevesebb segítséget igényelnek, önálló képességük jobban fejlődik. Akik nem kapják meg a megfelelő tájékoztatást, segítséget a betegségükkel és lehetőségeikkel kapcsolatban, hátrányba kerülhetnek, életminőségük romlik. Ezzel veszélyeztetettebbé válnak, nagyobb esélyük lesz a másik végtagjuk elvesztésére, több segítséget igényelnek a mindennapi élethez [4]. Ezért magasabb lesz az anyagi és időráfordítás. Az amputáción átesett betegeknek nagy szükségük van átfogó folyamatos orvosi, fizioterápiás, ápolói segítségre, pszichés és szociális megsegítésre, és művégtag esetén ortopéd technikus segítségére [5]. A képzett betegoktató többféle feladatot el tudna végezni ezekből, összehangolná a beteggel történő foglalkozásokat. Így hatékonyabbá válna a pácienssel történő munkavégzés. A vizsgálat az alábbiakra kereste a választ:

- A vizsgált rehabilitációs osztályon kezelt amputált betegek tisztában voltak a betegségeik szövődésével?
- Mennyire volt sikeres a rehabilitáció az adatok függvényében?
- A megkérdezett betegek képesek lesznek a kórházi kezelés után is folyamatosan végezni az előírt gyakorlatokat, életmódváltást?
- A rehabilitációs kezelés után lakóhelyén igényelné-e betegoktató szakemberek folyamatos segítségét?

„Az amputáció testrészek, leggyakrabban végtagrészek minden szövetére, illetve szervére kiterjedő mesterséges – rendszerint műtéti – eltávolítását jelenti. Az exarticulatio a csonkolás olyan különleges esete, amely a végtagok ízületein keresztül, csontok átvágása nélkül történik.” [6] Okai lehetnek fejlődési rendellenesség, oszteomielitisz, érbetegségek, daganat. Szintjei különbözőek, lehet láb-, lábszár-, térd-, comb-, csípőszintű. Minél rövidebb lesz a csonk, annál nehezebbé válik a protetizálás. Befolyásoló tényező a kliens általános állapota, kísérőbetegségek, pszichés és fizikai terhelhetősége [7].

ANYAG ÉS MÓDSZEREK

A rehabilitáció sikere nagymértékben függ a team tagjainak szervezett, együttműködő, hatékony munkájától [8]. A team legfontosabb tagja maga a beteg, az ő szükségletei határozzák meg a csoport szakmai összetételét. Együttesen megbeszélik a teendőket, rehabilitációs tervet készítenek. A terv tartalmazza a kitűzhető célokat és az annak eléréséhez szükséges tevékenységek részletes menetét. A jól elkészített terv alapján eredményesebbé válik a munka. Állapotfelmérés többféle módon történik. Az aktivitási szintmérésével (0, 1, 2, 3, 4); járástesztekkel (TUG, 2MWT), egyensúlyzavar

mértékének megállapításával, funkcionális skálák használatával (FIM, Barthel-index, amputációs-specifikus FNO coreset) [9].

A kutatás első részében a vizsgálat az ÉKC Szent János Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályán kezelt amputált betegek alanyai közül a 2019. 01. 01-től 2019. 12. 31-ig kezelt valamennyi beteg adatainak elemzése történt meg. Adatelemzéshez az osztályon használt FIM, Barthel skálák, valamint a kórlapokból nyert adatok adatai kerültek felhasználásra.

A kutatás második részében kérdőíves módszer került alkalmazásra, ami 17 kérdésből állt. Ezek a 2022. 10. 17-től 2022. 10. 31-ig az ÉKC Szent János Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályán és a szakambulancián megforduló amputáltak között kerültek kiosztásra.

Összesen 13 db. A kérdőív a következő részeket tartalmazta: általános adatok (életkor, nem, szociális környezet, iskolai végzettség, káros szenvedélyek), az amputáció helye, oka, valamint a rehabilitációs kezelés alatti problémák, betegséggel kapcsolatos ismeretek megszerzése, betegoktató munkájának szükségessége.

EREDMÉNYEK

A vizsgálat eredményei alapján a páciensek között kétszer annyi volt a férfi betegek száma, mint a nőké. Életkoruk 60 év felett volt, de a legtöbben a 70–79 éves korosztályba tartoztak. Az ápolási napok száma változó, 5 és 140 között volt, ez átlagban 57,2 napot jelentett.

1. táblázat

Az amputáción kívüli leggyakoribb orvosi diagnózisok az amputált betegeknél a Szent János Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályon 2019-ben
(Forrás: saját készítés)

Orvosi diagnózisok	Kliensek száma
A végtagi ütőerek ateroszklerózisa	13 beteg
Magasvérnyomás-betegség	12 beteg
Nem inzulindependens cukorbetegség perif. keringési szövődményekkel	7 beteg
Fantomfájdalom	7 beteg
Artéria karotisz elzáródása vagy szűkülete	6 beteg
Idült iszkémiás szívbetegség	6 beteg
Tachikardia	6 beteg
Alsó végtag ereinek embóliája, rögösödése	5 beteg
Pitvarfibrilláció	3 beteg

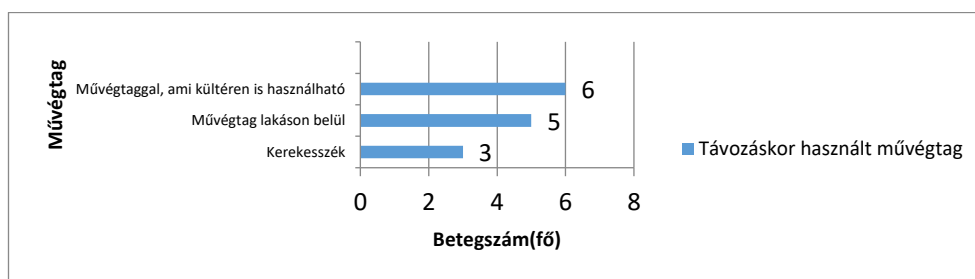
A fenti táblázatból látható, hogy több kísérőbetegségük is volt.

2. táblázat

FIM skála és Barthel-index változása érkezéskor és távozáskor az amputált betegeknél a Szent János Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályon 2019-ben
(Forrás: saját készítés)

	Barthel érkezési	Barthel távozási	FIM érkezési	FIM távozási
B. J.	45	30	69	65
K. F.	75	100	98	104
K. J.	65	90	83	113
J. S.	50	80	78	109
R. F.	75	100	87	106
H. S.	80	80	94	94
K. S.	45	70	63	99
S. D.	20	25	56	77
átlag	53	76,66	79,6	98,13

Az önellátási skálák (FIM és Barthel) is mutatják a rehabilitáció eredményességét, mennyit változtak a távozáskori adatok. A Barthel-indexben a napi önellátást és a mozgás képességét) mérjük fel. Legnehezebb feladat a protézissel ellátott betegnek a lépcsőn való fel-le járás. A pontozás 0–15-ig terjed, a beteg állapotától függően 0, 5, 10, 15 pontot kaphatnak. A maximális összes pontszám 100. Ezt az értékelőlapot az osztályon az ápolók töltik ki. A FIM skála (funkcionális függetlenség mértéke) is önellátási skála, de egyúttal a fogyatékoság globális mérőeszköze is. Több tételből áll. Minden tételt egységesen osztályoz, 1–7-ig terjedő skálán. Az osztályozás finom megkülönböztetésre ad lehetőséget. A skála kitöltése időigényes, felkészült szakembert kíván. Minkettő skála a fogyatékoság minden kategóriájában alkalmazható, akut és krónikus betegségek esetén, kórházban, otthon, szociális otthonban. A vizsgált pácienseknél csak egy volt, akinek a távozási pontjai alacsonyabbak voltak (váratlan áthelyezés történt a műtétes osztályra), egy pedig ugyanazt a pontszámot mutatta, ő egy hét után otthonába távozott családi okok miatt. A többi betegnél javultak a távozási értékek (2. táblázat). A távozáskor elért művégtaghasználatban is látszik a rehabilitáció eredménye (1. ábra).

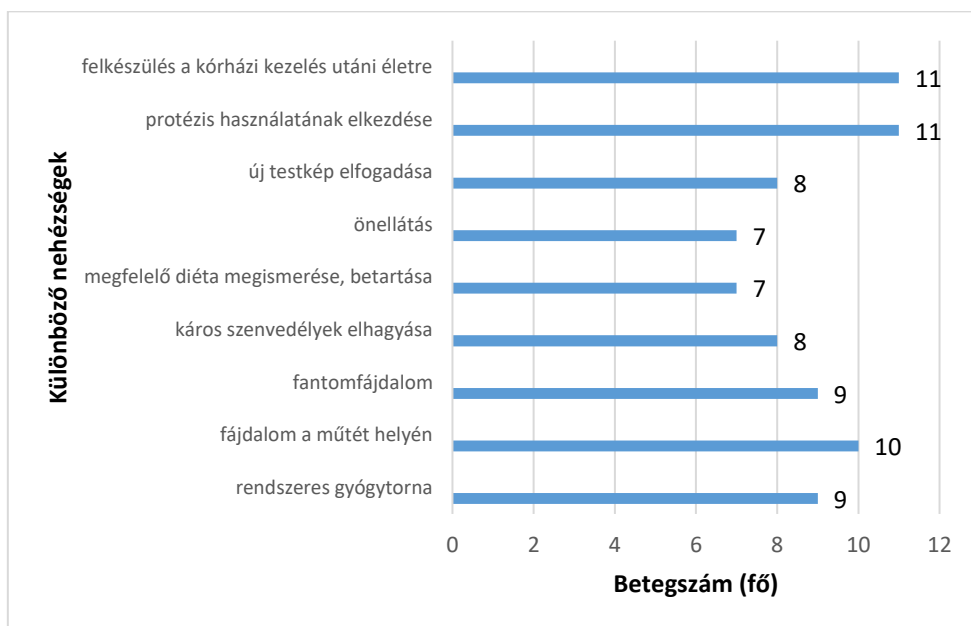


1. ábra. Távozáskor elért művégtaghasználat az amputált betegeknél a Szent János Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályon 2019-ben (Forrás: saját készítés)

Három páciens csak kerekesszéket tudott használni, hat beteg pedig eljutott arra a szintre, hogy a művégtagot a kültéren is használni tudja, lépcsőzni is megtanultak. Legnagyobb nehézséget a protézis használata és a felkészülés a kórházi kezelés utáni életre jelentette, de a fantomfájdalom és a gyógytorna is több páciensnél problémát okozott.

MEGBESZÉLÉS

A vizsgálat fontosabb eredményei hasonlóak a Magyarországon mért adatokhoz. A férfi betegek száma kétszeres volt a nőkhöz képest, életkoruk hatvan év felett, de legtöbben a 70–79 éves korosztályba tartoztak. A műtét egy betegnél történt szepszikus okok miatt (térdprotézis utáni), az összes többi betegnél valamilyen krónikus érbetegség következményeként vált szükségessé. Az eredmények alapján, ha a betegek megfelelő tájékoztatást kaptak volna krónikus betegségük szövődményeiről, változtattak volna életmódjukon, talán elkerülhető lett volna a műtét [10]. Átlagos ápolási idejük 57,2 nap volt. Kezelésük során a legnagyobb problémát a műtési helyen jelentkező fájdalom, a fantomfájdalom, az új testkép elfogadása és a protézis használatának elkezdése jelentette számukra. (2. ábra)



2. ábra. Nehézségek a rehabilitációs kezelés után az amputált betegeknél a Szent János Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályon 2022. 10. 17.–2022. 10. 31-ig (Forrás: saját készítés)

A kérdőív kiértékelése alapján a páciensek több szakmailag megalapozott ismeretet igényelnének az éltmódjuk betegségekre gyakorolt hatásáról. Szükségesnek találják a betegoktató személyét, aki összefoglalná, rendszerezné az oktatással kapcsolatos

információkat, visszacsatolással figyelné, kinek mennyi alkalomra van szüksége az ismeretek elsajátításához. A kórházi ellátással, oktatással elégedettek, de attól félnek, távozásuk után otthonukban már nem fognak megfelelő szakmai ellátást kapni, meg fog állni a fejlődésük. Ezért szeretnék távozásuk után is személyre szabott oktatást kapni a következő területekről: dietetika, otthon is végezhető tornagyakorlatok, segédeszközök beszerzésével kapcsolatos tudnivalók, igénybe vehető szociális ellátások és szociális ellátáshoz való hozzájutás lehetőségei. Ezek koordinálását leginkább a betegoktatótól várják. Így hatékonyabbnak gondolnák a kezeléseket.

KÖVETKEZTETÉS

Összefoglalva a vizsgálat eredményeit a betegoktatók az amputált személyek komplex rehabilitációs ellátása során felmerülő nehézségek megoldásában nagy segítséget jelentetnének. Valamint a magasabb szintű ellátás megvalósításában is nagy szerepet tudnának vállalni. Primer prevencióban a betegségről való tájékoztatás, életmódbeli tanácsadása jelenthetné munkájuk fő feladatát. Fekvőbeteg osztályon szekunder prevenció során a betegoktató aktív résztvevővé válhatna a beteg mindennapi ellátásának. A team tagokkal együtt részt tudna venni a beteg napi szintű oktatásában. A vizsgálat rávilágít arra, hogy a betegek nagy része a rehabilitációt követő, otthoni ellátásuk/önellátásuk kapcsán aggódtak leginkább. Ennek leküzdésében is hathatós szerepet tudna betölteni a betegoktató a terciér prevenció keretein belül.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Trócsányi M. (2021). *Az alsó végtagi amputált betegek rehabilitációja*. Munkautasítás. Budapest, Észak-közép-budai Centrum Új Szent János Kórház és Szakrendelő.
- [2] Emberi Erőforrások Minisztériuma (2021. január). *Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia*. <https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges%20Magyarorsz%C3%A1g%202021%E2%88%922027%20Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi%20%C3%81gazati%20Strat%C3%A9gia.pdf> (letöltés ideje: 2023. 01. 05.).
- [3] Vekerdy-Nagy Zs. (szerk.) (2017). *Bizonyítékon alapuló rehabilitációs medicina*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- [4] Molnár Zs. (2018). A tájékoztatás, a tájékozottság szerepe az amputált betegek életminőségében. *Rehabilitáció*, 28. évf., 1. sz., pp. 17–22.
- [5] Klauber A. (2016). *Ápolás a rehabilitációban*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- [6] Szendrői M. (2007). *Ortopédia. Amputáció – művégtagok*. Budapest, Semmelweis Kiadó, p. 63.

-
- [7] Nagy H. (2013). Korszerű alsóvégtag protetika. *Rehabilitáció*, (4), pp 3–10.
- [8] Huszár I., Kullmann L., Tringer L. (2000). *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., pp. 13–18.
- [9] Vekerdy-Nagy Zs., Cserháti P., Polgár A., Zsebe A. (szerk.) (2023). *A rehabilitációs és fizikális medicina módszertana*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- [10] WHO: *Therapeutic Patient Education* (1998). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108151/9789289012980-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (letöltés ideje: 2022. 11. 12.).

PREVENCIÓ ÉS BETEGOKTATÁS JELENTŐSÉGE A GYERMEKEK FÉNYTÖRÉSI HIBÁINAK FELISMERÉSÉBEN ÉS PROGRESSZIÓJÁNAK CSÖKKENTÉSÉBEN

SIGNIFICANCE OF PREVENTION AND PATIENT EDUCATION IN IDENTIFYING AND REDUCING THE PROGRESSION OF REFRACTIVE DEFECTS IN CHILDREN

RICZU ZSANETT¹ – BEREGI ERIKA²

¹Grandvision Hungary Kft.

²Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar

Összefoglalás: A kutatás a gyermekkorban kialakuló fénytörési hibák korai felismerésének fontosságát taglalja. Célja felhívni a kisgyermeket nevelő szülők figyelmét a betegoktatók munkájának jelentőségére, kiemelten a gyermekek látásromlásának csökkentése tekintetében. Mindezek mellett a szakirodalom bemutatásával, a páciensek szempontjából is lényeges ismeretanyag összefoglalásával a betegoktatásban részt vevő szakemberek munkájának segítése. A kérdőíves adatfelvétel óvodás- és iskoláskorú gyermeket nevelő szülők körében történt (n = 89). A megkérdezett szülők több mint negyede nem ismeri a gyermeke fénytörési hibájának jellemzőit. Sok esetben sajnos nincs elég idő a megfelelő tájékoztatásra a látásvizsgálat során. Elenyésző azoknak a szülőknek a száma is, akik megfelelő felvilágosítást kaptak az amblyopia kialakulásáról. A kutatás eredményei arra engednek következtetni, hogy szükség lenne a betegoktató munkájára ezen a területen, már akár bölcsődében, óvodában preventív jelleggel szülői tájékoztató előadás formájában.

Kulcsszavak: *fénytörési hiba, kisgyermek, betegoktatás, prevenció*

Summary: The research discusses the importance of early detection of refractive errors in childhood. Its purpose is to draw the attention of parents raising young children to the importance of the work of patient educators, especially in terms of reducing visual impairment in children. In addition to all of this, by presenting the literature and summarizing information that is also important from the patients' point of view, helping the work of the professionals involved in patient education. The questionnaire was collected among parents of preschool and school-aged children (n = 89). More than a quarter of the parents interviewed do not know the characteristics of their child's refractive error. In many cases, unfortunately, there is not enough time for adequate information during the vision examination. The number of parents who received adequate information about the development of amblyopia is also negligible. The results of the research allow us to conclude that there is a need for the work of the patient educator in this area, even in nursery schools and kindergartens in the form of a preventive presentation for parents.

Keywords: *refractive error, toddler, patient education, prevention*

BEVEZETÉS

„*Szemünk fénye a gyermekünk*”, így tartja a mondás is. De vajon tisztában vagyunk-e a látásélesség kialakulásának főbb állomásaival, vagy azzal, hogy milyen tünetekre figyeljünk kisdudunknál annak érdekében, hogy minél előbb szemészeti ellátásban részesüljön? Észrevesszük-e, ha az élettani látásfejlődésben eltérés alakul ki? Ha a látás kialakulásáról, fejlődéséről, az idegrendszer és szem kapcsolata közötti tanulási folyamatról megfelelő tájékoztatást kapnak a szülők és annak megfelelően járnak el, akkor nagyrészt megelőzhető a rövidlátás nagy fokú romlása, illetve rövid- és távollátók között létrejövő tompalátás csökkenthető lenne.

A 2004-es irányelv szerint 8–12 hónapos kor között legyen az első szűrés, 2,5–3 kor között szükséges egy ellenőrző vizsgálat, amely során a fénytörési hibákat és a kétszemes együttlátást vizsgálják. Elsődleges szempont a tompalátás kiszűrése. 5 éves korban pedig már lehetőség van a pontos látásélesség meghatározására. Így megakadályozható, hogy csak iskoláskorban derüljön ki a probléma [1].

Optometriai munka során számos olyan felnőttel lehet találkozni, akik mit sem tudtak arról, hogy hogyan alakult ki náluk ambliópia vagyis a tompalátás, amikor az idegrendszer gyermekkorban nem tanulja meg használni a látószervet. Említhető még a nagy fokú rövidlátás, avagy a miópia vagy az, hogy gyermekük akár örökölheti is a fénytörési hibákat. Sok esetben a tájékozottság hiánya az oka annak, hogy későn jutnak el megfelelő szakemberhez a gyermekek, vagy nem veszik elég komolyan a látásban észlelhető problémákat. Emiatt különböző viselkedési problémák is kialakulhatnak, elindulhat bizonyos fokú tompalátás, illetve egyéb életminőséget befolyásoló tényező. Lényeges feladatnak tartjuk az alapos szemészeti szűrvizsgálatot, majd az azt követő megfelelő tájékoztatást.

„Riasztó adat, hogy az emberiség 23%-a rövidlátó, de a jelenlegi növekedési tendenciák alapján 2050-re az előfordulás 50% is lehet” [2].

Felnőttkorban sok szakmánál kizáró tényező a tompalátás. Ezért is kiemelten fontos, hogy minden kisgyermek, akinek fénytörési hibája van, megfelelően korrigált szemüveget viseljen [1].

2022-ben az USA-ban megjelent egy tanulmány az óvodáskorú gyermekek látásproblémái, hipermetrópia, vagyis a távollátás és az ambliópia későbbi következményeiről. Ez a kutatás a Vision in Preschoolers (VIP) és a VIP-Hyperopia in Preschoolers (VIP-HIP) nevet kapta. Az eredmények szerint a kancsalság (strabizmus) és a nagyobb fénytörési hibák az egyoldali ambliópia kockázati tényezői voltak, míg a mindkét oldali asztigmatizmus és hipermetrópia pedig az akár mindkét oldali tompalátás kockázati tényezője volt. A hipermetrópia jelenléte és mértéke magasabb ambliópia, strabizmus és egyéb fénytörési hibák arányával jár. A VIP-HIP kutatásban a megfelelő látásélességgel rendelkezőkhöz képest jelentős mértékű korai írás-olvasási nehézséggel küzdő, valamint figyelemzavarral élő gyermeket figyeltek meg a korrigálatlan túllátó 4-5 éves korosztálynál [3].

John Raji az Ontariói Optometrista Szövetség nagykövete kiemelten fontosnak tartja, hogy minden gyermek páciens és szülei pontos tájékoztatást kapjanak a kezelési módokról. Szórolapokkal, brosúrákkal és szakemberek segítségével éri el,

hogy a rövidlátás befolyásolhatóságának lehetőségeiről ne feledkezzenek meg. Gyakorta bemutatja a miópia kezelésének lehetőségeit, amihez megfelelő forrásokat is biztosít a család számára már a találkozás legelső alkalmával. A következő alkalommal a betegre célzott kezelést el is lehet kezdeni [4].

„Mivel a myopia aránya járványszinten növekszik, az optometriának az állapot kezelésében az élen kell járnia. Rendelkezésünkre áll az a tudás és eszköz, amellyel felvilágosíthatjuk a betegeket ennek szükségességéről és alapellátásként kezeljük az oktatást.” [4].

A kutatás célja, bemutatni a fontosabb fénytörési hibákat, kialakulásuknak hátterét, a látásbeli eltérések korrigálásának jelentőségét. Felhívni a figyelmet a betegoktatók munkájának jelentőségére, kiemelten a gyermekek látásromlásának csökkentése tekintetében. Továbbá felmérni, hogy a gyermeket nevelő szülők részéről van-e igény a látásfejlődésről, éleslátásról, látásbeli eltérésekről szóló szakértő által végzett elérhető felvilágosításra. Meglévő panaszok esetén lenne-e igényük bővebb ismeretekre a gyermek állapotromlását megelőző további lehetőségekről. Mindezek mellett a kapcsolódó szakirodalom feltárásával, bemutatásával, a páciensek szempontjából is lényeges ismeretanyag összefoglalásával a betegoktatásban részt vevő szakemberek munkájának segítése is kiemelt cél.

ANYAG ÉS MÓDSZER

A kutatás során online kérdőíves adatfelvétel történt, egy közösségi oldal segítségével, óvodás- és iskoláskorú gyermeket nevelő szülők körében, 2022. szeptember és október közötti időszakban (n = 88). A kérdések megválaszolására anonim és önkéntes módon volt lehetőség. A saját szerkesztésű kérdések szerkesztése a Google Forms segítségével valósult meg. Beválasztás kritériumaként szerepelt, hogy a családban legalább egy gyermek viseljen szemüveget.

A kérdőív első kérdéscsoportja szociodemográfiai adatokra – nem, életkor, lakóhely és befejezett iskolai végzettség – kérdezett rá. A második kérdéskör arra vonatkozott, hogy a kitöltő szülők szemüveges gyermekei milyen idős kortól viseltek szemüveget. A harmadik kérdéscsoport többek között arról tájékozódott, hogy a válaszadó szülő miért vitte látásvizsgálatra a gyermekét, mely szakembertől kapott tájékoztatást a látáshibáról. A szülők ismerik-e gyermekük fénytörési hibáinak jelentőségét. A tájékoztatásban hallottakat valóban megértették-e, vagy még szükséges volt utánaolvasni, esetleg gyors, érthetetlen volt az információ átadása. Mi jellemzi a gyermekek szabadban és digitális eszköz használatával töltött idejét. Végül az utolsó, negyedik kérdéscsoport arra vonatkozott, hogy a válaszadók szükségesnek találják-e, igénybe vennék-e a személyre szabott tájékoztatási lehetőséget adó betegoktató általi segítségnyújtást. Illetve milyen intézményt találnának megfelelőnek a betegoktatói tevékenységre.

EREDMÉNYEK

A kutatásban részt vevő családok gyermekeinek 15,9%-a 1–3 éves, 31,8%-a 4–6 éves kor között, 28,4%-a 7–10 éves és 11,4%-a 11–14 éves korukban kezdtek el

szemüveget viselni. Három szülő válaszolta, hogy gyermeküknek 1 éves kor alatt (6, 9, 10 hónapos) szemüveget kellett viselniük.

Legtöbb esetben, a megkérdezettek 46,3%-a azért keresett fel szakembert, mert a szülők azt tapasztalták, hogy eltérés van a látás fejlődésében. A válaszadók 17,9%-a saját maga is szemüveget viselt. A vizsgálatban résztvevők 16,8%-a kötelező státuszvizsgálat miatt, 7,4%-a gyermekorvos javaslatára, 6,3%-a tanulási nehézségek miatt, 5,3%-a iskolakezdés előtt, bizonyosság szerzése végett vitte szemészetre a gyermekét. Ezen felül 18 fő adott egyéb választ, amik között szerepelt az extrém koraszülött gyermek vagy a gyermek által jelzett látással kapcsolatos panaszok (pl.: nem látja a táblát, fejfájás).

A következő kérdéscsoport a betegoktatással, tájékoztatással kapcsolatos információk gyűjtésére irányult. Kaptak-e a szülők tájékoztatást arra vonatkozóan a szemészeti szakembertől, hogy milyen jellegű fénytörési hibája van a gyermeküknek. A kitöltők több mint fele, 67%-a kapott erre vonatkozó információkat és meg is értette azokat. A válaszadók 33%-a nem tudja pontosan, hogy miért is kell szemüveget viselnie a gyermeküknek. Közülük 13,6% csak annyi információt kapott, hogy csináltassanak szemüveget a gyerekeknek, 9,1%-a semmilyen tanácsot nem kapott, 6,8% kapott ugyan magyarázatot, de túl soknak vélte egyszerre a hallottakat, 3,4%-nak nem volt érthető az információ.

Azon válaszadók, akik ismerik gyermekeik látásproblémájának mivoltját, a következő válaszokat adták: 39,1%-nak hipermetrópiás, 33,3%-nak miópiás, 18,7%-nak kancsalsággal kapcsolatos, 7,1%-nak asztigmiás panaszai voltak. 4,2% egyéb, tompalátással kapcsolatos problémákat jelölt meg.

A válaszadók több lehetőséget is megjelölhettek válaszként így 55,1%-a gyermek- vagy felnőtt szemész szakorvostól, 42,7% az internetről is szerzett információt a látással kapcsolatos eltérésekről.

A megkérdezettek 16,9%-a optometristától kapott instrukciókat. A válaszadók közül 7,9% gyermekorvostól, 6,7% a védőnőtől, 4,5% ismerőstől, 1,1% pedig gyógy pedagógustól szereztek ismereteket a fénytörési hibákról vagy annak jelentőségéről.

A továbbiakban arra kerestük a választ, hogy a szülők hogyan értékelik a kapott információkat, megértették-e vagy esetleg szükség volt még további információforrás keresésére.

A kitöltők 43,5%-a kapott ugyan információkat, de még utána kellett olvasniuk, 38,8% nyugodt körülmények között, kielégítő információhoz jutott. 14,1% túl gyorsnak vélte az ismeretek átadását, 10,6% nem értette pontosan az elhangzottakat.

A szülők jelentős része nem kapott megfelelőnek vélt választ a gyermekeik látásával felmerülő kérdésekre, a kitöltők 38,8%-a nyugodt körülmények között kielégítő válaszokat kapott.

A válaszadók 92,6%-a szerint szükség lenne egy olyan szakember jelenlétére, aki a szülőknél felmerülő látással, látásromlással kapcsolatos kérdésekre egyértelmű, hiteles választ tudna adni. A válaszadók csupán 6,6%-ának véleménye alapján nincs szükség betegoktatóra, továbbá 1,1%-uk szerint „annak van rá szüksége, aki nem érti az okokat”.

20. Igénybe venné-e a betegoktató által nyújtott segítséget?

95 válasz



1. ábra. Igényfelmérés a betegoktatói jelenlétre (Forrás: saját szerkesztés)

A vizsgálatban résztvevők 87,4%-a igénybe venné a betegoktató által nyújtott segítséget. 1,1% amennyiben elérhető távolságon belül lenne a szakember. 1,1%, ha szükségesnek tartaná, 1,1% pedig jobban örülne, ha ezeket az információkat az orvostól hallaná. (1. ábra)

A betegoktatás megvalósításának helyszínére vonatkozóan is több lehetőség is választható volt, így: 54,5% optikai szaküzletben, 51,1% házi- és gyermekorvosi rendelőben, 36,4% fejlesztőházakban, gyógypedagógiai intézményekben, 35,4% járóbeteg-szakrendelés keretein belül tartaná ideálisnak a betegoktatást. Mindezen felül több válaszadó javasolta az iskolai, óvodai vagy akár bölcsődei fogadóóra, osztályfőnöki óra által adott lehetőségeket.

MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉS

Kulcsfontosságú, hogy a gyermek páciensek és szüleik pontos, hiteles tájékoztatást kapjanak a szemészeti elváltozásokról és kezelési módjukról.

A kutatás eredményei egyértelműen arra engednek következtetni, hogy szükség lenne betegoktató munkájára a bemutatott szemészeti elváltozások vonatkozásában is.

Biztató az az eredmény, miszerint a gyermekek közel 50%-a 6 éves koráig megkapja első szemüvegét. Ugyanis az ambliópia 7 éves korig megszüntethető [5].

Az nem derült ki a vizsgálatból, hogy az online oldalakról szerzett ismeretek mennyire hiteles forrásból származnak, mi az, ami a gyermek szemével kapcsolatosan releváns és mi nem tekinthető annak. Szakértelem vagy iránymutatás nélkül nehéz különbséget tenni a különböző információk között. Itt említeném még meg, hogy az optometrista hivatást gyakorló egyének még nincsenek eléggé megbecsülve, vagy megismerve ahhoz, hogy hozzájuk forduljanak tanácsért.

A kutatási eredmények és szakmai tapasztalatok alapján javaslatunk a következők.

Érdemes lenne különböző intézményben, akár már bölcsődében, óvodában és iskolában is preventív jelleggel, szórólapokkal, ábrákkal szemléltetve, betegoktatást tartani egy minden fénytörési hibát érintő, köznyelven megfogalmazott előadás

keretein belül. Ahol a felmerülő kérdésekre is választ kaphatnának a szülők, szükség esetén későbbi személyre szabott, egyéni konzultáció lehetőségét is biztosítva. Ezzel fel lehetne hívni a szülők figyelmét arra, hogy nem szabad elbagatellizálni a látásvizsgálat jelentőségét.

Amikor szemüveg viselése szükséges, akkor pedig egy személyes, a gyermekek fénytörési hibájára, kezelési lehetőségeire, látásromlást befolyásoló tényezőkre, szemüvegviselés szabályaira kitérő tanácsadás elengedhetetlen. Az oktatás megvalósulhat betegoktató által vezetett csoportos vagy egyéni formában is, akár a kisgyermekek társaságában játékos módon, ezáltal kedvet csinálva a szemüveg viseléséhez.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Sényi K. (2004). Gyermekszemészeti Alapismeretek - A gyermekszemészeti szűrővizsgálatokról általában. *Gyermekgyógyászati Útmutató*, pp. 207–231. http://gyermekorvostarsasag.hu/upload/gyermekorvostarsasag/document/Gyermekgyogyaszat_2004_december_26_29_Gyermekszemeszeti_alapismerek.pdf (letöltés ideje: 2022. 11. 18.).
- [2] Kiss E, Pajor E. (2021). Összefogás a látás védelmében: körkép a látásromlás prevenciójának hazai és nemzetközi helyzetéről. *Orvosi Hetilap*, július 25. 162 (30), pp. 1187–1197. <https://akjournals.com/view/journals/650/162/30/article-p1187.xml> (letöltés ideje: 2022. 11. 20.).
<https://doi.org/10.1556/650.2021.32187>
- [3] Kulp, M. T., Ciner, E., Ying, G., Candy, T. R., Moore, B. D., Orel-Bixler, D. (2022). Vision Screening, Vision Disorders, and Impacts of Hyperopia in Young Children: Outcomes of the Vision in Preschoolers (VIP) and Vision in Preschoolers – Hyperopia in Preschoolers (VIP-HIP) Studies. *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*, Jan. 11 (1), pp. 52–58. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8813881/> (letöltés ideje: 2022. 10. 15.).
<https://doi.org/10.1097/APO.0000000000000483>
- [4] Raji, J., (2020). *Myopia control: What it is and how to talk to your patients about it*. <https://modernod.com>, https://d4wgqzyt29bpb.cloudfront.net/documents/me/0920MOD_Myopia.pdf (letöltés ideje: 2022. 11. 15.).
- [5] Serfőző C. (2012). *Tompalátás*. <https://gyerekszemesz.hu/cikk/tompalatas> (letöltés ideje: 2022. 11. 16.).

A kiadásért felelős: Prof. dr. Horváth Zita rektor
A kéziratot gondozta a Miskolci Egyetemi Kiadó
A kiadó felelős vezetője: Szendi Attila
Szöveggondozás, tördelés: Gramantik Csilla
Korrektor: Juhász Zoltán
Készült a Miskolci Egyetem Sokszorosító Üzemében, Miskolcon
A sokszorosításért felelős: Pásztor Erzsébet
Példányszám:
MERT-2023- 200 –ME