



Dr. Cahit Özer*, Dr. E. Melih Şahin**,
Dr. Nezih Dağdeviren**, Dr. Zekeriya Aktürk**

Hasta eğitimi "Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek"tir.

Hasta eğitimi terimi 1950'lerde kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık eğitimi, sağlık tanıtımı, öğretim, bilgilendirme gibi terimlerde aynı amaç için kullanılmıştır. Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişki sırasındaki öğretme ve öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu (STFM) hasta eğitimini: "Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek" olarak tanımlamaktadır. Eğer eğitimin amacı hastalık ve sakatlığı önlemek için sağlıklı yaşam tarzını özendirmek ise buna sağlığın tanıtımı denmektedir ve hasta eğitimi ile koruyucu hekimliğin bir bölümünü kapsar.

Son yirmi yılda hasta eğitimine verilen önem giderek artmaktadır. Aile hekimleri ve genel pratisyenler gibi birinci basamak sağlık bakımı veren hekimlerin bunda belirgin katkısı olmuştur. Amerikan Aile Hekimleri Birliğinin (AAFP) sağlık eğitim komitesi AAFP'nin birinci sıradaki görevini "Sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta eğitimi konularında öncülük yaparak Amerikalıların sağlığını geliştirmek" olarak tanımlar. Hasta eğitimi bir ekip işidir. Aile hekimlerinin merkezlerde gruplar halinde çalışma eğilimleri hasta eğitimine gereken önemin verilmesini, hekim ve hemşirelerin bu amaçla eğitimini, eğitim merkezlerinin yapılandırılmasını ve bunların birbiri ile koordinasyonunu sağlamıştır.

Neden Hasta Eğitimi?

Dünyanın her yanında yaşam tarzı ile ilgili danışmanlık vermeyi birinci basamak üstlenmektedir. Sigara, aile planlaması, aşılama, doğru ve yeterli beslenme en çok üstünde durulan konulardır. Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet gibi kronik hastalıkların %90'ı birinci basamak hekimlerince izlenmekte, saydığımız konularda yeterli eğitimden yarar görecektir hasta grubunu oluşturmaktadır. Kronik hastalarda yeterli bilgilendirme ile hastanın kendini daha iyi hissettiği, fizik aktivitesinin ve hasta

memnuniyetinin arttığı bulunmuştur. Hasta eğitiminin yanında hekimlerin hasta eğitimi konusunda eğitilmesi de hasta memnuniyetini artırmaktadır.

Eğitimle gereksiz hekim ziyaretleri azalır. Hasta eğitimi vererek bunları kaydetmek hekimin sorumluluğunu azaltır. Hekim hastayı, hastalığı ya da olası risk etkenleri konusunda aydınlatarak yasal sorumluluktan kurtulur. Astım ve diyabetlilerde yapılan pek çok çalışmada hastaneye yatış, hastanede kalma süresi ve acil servise başvurma oranlarında, eğitimle belirgin azalma olduğu, maliyetlerin aşağı düştüğü saptanmıştır. Hasta eğitimini pratiğe geçirmek toplumun, politikacıların, sağlık çalışanlarının güncel konusu olmalıdır.

Sağlık sistemi büyük değişikliklere gebe dir. Bu değişimin ana noktaları hizmet sunumu ve giderlerle ilgilidir. Tedavi edici hekimlikten koruyucu hekimliğe doğru bir hareket vardır. Hastalıklardan korunma hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının en önemli işidir ve ancak eğitimle olanaklıdır.

Hekim ve diğer sağlık çalışanları için hasta memnuniyeti ve beklentileri dışında pek çok neden hasta eğitimini zorunlu kılar. En önemlileri hizmet kalitesinin artırılması ve daha iyi ilişki kurulmasıdır. Böylece verilen hizmete ve tedavilere uyum artacaktır. Tedaviye uyum artışı başarıyı ve eğitim uyumunu artıracak, daha iyi sağlık düzeyine ulaşılacak ve morbidite azalacaktır.

Uygulama

Hasta eğitimi için uygun bir zaman yoktur, her fırsatta eğitim yapılabilir. Hekim hasta ilişkisinde en önemli nokta iletişimdir. Hekim hastayla iletişim kurduğu anda eğitim başlar. Doğru iletişim kurabilen hekim eğitimin zamanını belirleyebilir. *Örneğin kanserli bir hasta tanısını öğrendikten hemen sonra istese bile bir şey dinleyecek durumda olmaz, eğitimi sonraki görüşmelere ertelemek gerekebilir.* Ancak mutlaka bilgilendirme ve eğitim yapılmalı alınacak kararlarda görüşü sorulmalıdır. Öykü alırken bilgi, beceri ve davranışları da değerlendirmeli, beslenme

güdülenme için çaba gösterilip gösterilmeyeceğine karar verilmeli, ama en azından bir açık kapı da bırakılmalıdır. Eğer hasta istekli ise hekim ona yardımcı olmaya hazır olmalıdır. Kimi zaman karar vermek için zamana gereksinim olabilir. Hasta ile

Bekleme salonuna eğitim gereçleri koyar, duvarlara eğitici broşürler asar, eğitici video programlar gösterir. Benzer biçimde inceleme odasına da eğitici gereçler koyulmalıdır. Hasta kalabalıkta çekinip alamamış olabilir.

görüşmemizde onun açısından önemli olan nedir onu öğrenmek gerekebilir. *Hasta sorununu nasıl görüyor? Amaç ve beklentileri nelerdir? Sorununun çözümünü kolaylaştıracak ve zorlaştıracak etkenler neler olabilir?* Hasta ile görüşürken tüm bu soruları değerlendirip durumunu nasıl algıladığına bakılmalıdır. "Bu konu hakkında ne bildiğini bana anlatır mısınız?" diye sorarak hastanın inanç ve yanlış bilgileri saptanabilir. Bazen sağlık anlayışı bütünüyle yanlış bir bilgiye dayalı olabilir.

Hastanın verilecek tedaviyi ya da önerileri nasıl algılayacağı da önemlidir. Tüm bu konular açığa kavuştuktan sonra sağlık çalışanı yanlış anlamaları düzeltebilir, yeni bilgiler verebilir, anlayış değişiklikleri yapabilir. Önemli bir nokta da hastanın verilen önerilere ne kadar uyabileceğinin saptanmasıdır. Ailesi, sosyal çevresi, mesleği, geliri, çalışma saatleri olası engeller hakkında bize bilgi verir. Aynı etkenler destek noktaları da olabilir. Kişisel yararın azlığı motivasyonun azlığına yol açar. Bunun yanlış bilgiden kaynaklandığı biliniyorsa bu düzeltilmeye çalışılır. Bazı durumlarda başkalarının başarıları ile ilgili öykümsümler anlatılarak sonuca gidilebilir. Pek çok hasta istekli değildir ve davranış değişiklikleri çok kolay olmaz. Hekim yılmamalı, istekli hastalara öncelik verilmeli, alınacak başarılı sonuçlarla güdülenmeyen hastalarla uğraşta yararlanılmalıdır. En iyi strateji yargılayıcı olmamak, küçük de olsa başarıların ödüllendirilmesi, daha fazla cesaret vermek, bazılarının ne kadar çabalsak da değişmeyeceğini kabul etmektir.

Hasta eğitiminde en sık yapılan hata bilgi değerlendirmesi yapmaksızın doğrudan eğitim mesajı vermeye çalışılmasıdır. Örneğin iyi şeker denetimi olmayan tüm diyabet hastalarına yalnızca diyet eğitimi vermek

yeterli değildir. Evde şeker ölçümü, hipoglisemi, hiperglisemi belirtileri, gerektiğinde ek insülin yapılması konuları kimi için daha gereklidir. Bazı hastalıklar için hazırlanmış bilgi ölçekleri vardır. Pek azı kullanışlıdır. Hastanın bilgi düzeyi ve sağlık anlayışını değerlendirmek için şu sorular sorulabilir:

"Size sorunun ne olduğu söylendi?"

"Bundan ne anlıyorsunuz?"

"Nasıl oldu?"

"Şu anda tedavi için ne yapıyorsunuz?"

"Bu tedavinin nasıl yararı olabilir?"

"Bu tedavinin sonucundan hoşnut musunuz?"

"Sorunuz ve tedavisiyle ilgili soracağınız soru var mı?"

Bu sorulara verilecek yanıtlardan hastanın bu konudaki yanlış ya da doğru bilgisi ölçülür. Bu alanlarda eğitim için plan yapılır ve sonucu değerlendirilir.

Eğitimde ekip çalışması hem başarıyı artırır hem de hekime zaman kazandırır. Hekim eğitimin hedefini saptar, hedefin önemini anlatacak kısa mesajlar verir, eğitim sürecini planlar. Başarının anahtarı iyi planlamadır. Sonra gelişmeleri izler ve değerlendirir. İsterse eğitimi kendisi de verebilir. Ekip çalışmasında sıklıkla eğitim hemşireleri bu işi üstlenir. Sigara bırakanlar ya da diyet yapanlar gibi gruplar oluşturularak eğitim verilebilir. Bu zaman kazandıracak bir uygulamadır. Diyetisyen ve diyabet eğiticileri gibi profesyonellerden yararlanılabilir. Hasta eğitiminin başarısında ailenin destek ya da engel olması oldukça etkilidir. Diyet yapan ya da sigarayı bırakan birinin eşinden alacağı destek başarısını etkiler.

Eğitim Gereçleri

Hekim hastasının öyküsünü alırken, incelerken yaptığı konuşmalarda hasta eğitimini başlatır. Sonraki eğitim çalışmalarına temel oluşturur. Etkili iletişimin ilk basamağı uygun ortam yaratmaktır. Hasta yargılayıcı ve eleştirici davranışlarla ürkütülmemeli, onu, bakış açısını anladığımızı belli eden sözlerle desteklenmelidir. Bu temel adımlarla hasta ile ortak amaca karşı takım oluşturulur. Etkili mesaj verebilmek için hastayı tam olarak anlamak gerekir. İnançları, becerileri, değişme isteğinin yanında endişe ve korkuları da anlaşılmalıdır. Hafif ve orta derecede korku güdülenmeyi arttırırken aşırı derecede korku yadsımaya yol açarak başarısızlığa neden olur.

Hastaya karşı "Sigarayı bırakmazsan bir yıla kalmaz ölürsün" gibi korkutucu söylemler kullanılmamalıdır. Bunun yanında tıbbi terimlerden de kaçınmak gerekir. Hastaların çoğu organlarının yerini bile doğru olarak bilmezler. Tıbbi terim kullanmak gerektiğinde yanında eş anlamlısını da vermek uygun olur. Kullanılan söylemlerin açık, anlaşılabilir olması da önemlidir. *Kan yağ değerleri yüksek bulunan bir hastaya "Artık yağ yememelisin" demek hiçbir anlam taşımayabilir. Tek tek ne yemesi, ne kadar yemesi, ne sıklıkla yemesi gerektiği anlatılmalıdır.* Son olarak da hastanın anlatılanları anlayıp anlamadığı sorulmalı, soru sormaları için yöreklendirilmeli, anlayamamalarının sorumluluğunu hekim incelikli bir biçimde kendi üstüne almalı ve anlatılanları yinelemesi istenmelidir.

Yazılı eğitim gereçleri ikinci en sık kullanılan seçeneklerdir. Yeterli sözel eğitim yapmadan tek başına yazılı gereç kullanımı oldukça yaygındır. Hastalar da yazılı gereçleri isterler. Ancak tek başına yazılı gereç kullanmak yerine sözel, yazılı gereçleri birlikte kullanmak daha yararlıdır. Yazılı gereçler hastaya özel olabildiği gibi genel konuları içerir biçimde hastanın beklerken okuyabileceği metinler de olabilir. Bunlar daha çok hasta eğitimini değil sağlık eğitimini amaçlar.

Hekimler ya da hasta eğitim komiteleri hazır gereçler kullanabilecekleri gibi kendileri de hazırlayabilirler. Hazır olanlar kullanmadan önce içeriğinin uygunluğu, yeterince anlaşılabilir olup olmadığı, elde etmenin ve saklamanın kolay olup olmadığı değerlendirilmelidir. Pek çok hekim ve sağlık çalışanı hasta eğitiminde basılı gereçlerle çalışır.

Okur-yazarlık ve okuma düzeyi hasta eğitiminin en önemli bölümü durumuna gelmektedir. Çalışmalarda ortalama hastaların okuma-anlaması ve hasta eğitimi için gerekli okuma-anlama düzeyi arasında büyük farklar bulunmuştur. Hastalar genellikle iyi okuyamadıklarını kendiliklerinden söylemezler. Bu yüzden yazılı gereçler eğitim düzeyini iyi bildiğimiz hastalarda yeğlenmelidir.

Pek çok nedenle hekimler kendi gereçlerini hazırlamak isterler. Bu biçim, içeriği denetlemeye yarar ancak doğru ve başarılı olma sorumluluğu da üstlenilmiş olur. En sık yapılan hata çok fazla bilgi vermeye

çalışmaktır. En fazla üç ya da dört nokta üstünde durulmalı, terimlerden, istatistiklerden, korkutucu uyarılardan kaçınılmalı, kısa, anlaşılabilir cümlelerle açık ve özgün mesajlar verilmelidir. Meslektaşlardan yardım alıp eleştirilere göre geliştirilmeli ve iyileştirilmelidir. Basit çizimler ve şekiller konunun anlaşılmasına yardımcı olur. Alt başlıklar okuyucunun aradığı bilgilere kolay ulaşmasını sağlar. Gerektiğinde italik ya da koyu renk yazarak dikkat çekilebilir. *Etken tümceler yeğlenmeli, "hiçbir zaman" "kesinlikle", "her zaman" gibi genellemelerden kaçınılmalıdır.* Sorular birinci tekil kişi, yanıtlar ikinci tekil kişi olmalıdır. 10-12 punto ile yazılmalı, kağıt bütünüyle yazı ile dolu olmamalı, iki ya da üç sütun halinde düzenlenmelidir.

Modeller, maketler, diğer görsellikler sözel ve yazılı gereçlere yardımcı olarak kullanılabilir. Kalp maketi, omurga maketi, doğum maketi en çok kullanılan örneklerdir. Bunların dışında kaset çalar, video ve bilgisayar giderleri yüksek de olsa kullanım kolaylığı sağlayan ve okuma-yazma bilmeyenler için rahatlıkla kullanılacak araçlardır. Hastalar hekimi beklerken eğitici video programlar izleyebilirler. Kaset çalarlar rahatlama egzersizlerinde kullanılabilir. Bilgisayar destekli eğitim gereçleri hızla yayılmakta, hazır paket programlar giderek yaygınlaşmaktadır. Pek çok kolaylık sağladığı için de umut vericidir. Bilgisayarların ve geniş bilgi ağları olan internetin daha çok bilgiyi daha ucuza sağlaması ve daha geniş kitlelere seslenmesi mutlaka iyi yönde etki edecektir.

Hasta eğitiminde başarılı olmak için çalışma ortamını hastalar için bir eğitim merkezi olarak görmek gerekir. Bu bakış açısından hekim her alanı, her yardımcısını hasta eğitimi için kurgulayabilir. Bekleme salonuna eğitim gereçleri koyar, duvarlara eğitici broşürler asar, eğitici video programlar gösterir. Benzer biçimde inceleme odasına da eğitici gereçler koyulmalıdır. Hasta kalabalıkta çekinip alamamış olabilir. Poster konuları aylık ya da üç aylık aralıklarla değişir. Böylece süreklilik kazandırılır. Eğitim için özel bir oda düzenlenebilir. Bütün bunları yapmanın tek bir yolu yoktur. Hekim ne tür araç-gereç kullanacağını, içeriğinin ne olacağını, bunları nerede bulacağını bilmeli ve aralıklı olarak içeriğini güncellemelidir.

sted

Kaynaklar

- 1- Botelho RJ, Skinner HA, Williams GC, Wilson D. Patients with alcohol problems in primary care: understanding their resistance and motivating change. Prim Care, 1999, 26(2): 279-98.
- 2- Doukas MJ, Doukas MA. Considering advance directives for oncology patients. Prim Care, 1998, 25(2), 423-31
- 3- Ely JV, Goerd CJ, Bergus GR, West CP, Dawson JD, Doebbeling BN. The effect of physician characteristics on compliance with adult preventive care guidelines. Fam Med, 1998 30(1): 34-9
- 4- Fritsche A, Stumvol M, Goebbel S, Reinauer KM, Schülling RM, Höring HV. Long term effect of a structured inpatient diabetes teaching and treatment programme in type 2 diabetic patients: influence of mode of follow-up: Diabetes Res Clin Pract, 1999, 46(2): 136-41
- 5- Kelly RB, Falvo DR. Patient education. In Textbook of Family Practice, Ed: RE. Fifth Edition. USA, WB Saunders Co, 1995: 278-90.
- 6- Maly RC, Bourque LB, Engelhardt RF. A randomized controlled trial of facilitating information giving to patients with chronic medical conditions: effects on outcomes of care. J Fam Pract, 1999; 48(5): 356-63.