



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

A szülőkkel való kommunikáció

Bevezetés

2.1. A kezeléssel és terápiával kapcsolatos információk átláthatósága

- 2.1.1 Bevezetés
- 2.1.2 Paternalista, kölcsönösségi, fogyasztói modellek
- 2.1.3 Kommunikációs akadályok

2.2. Communicating with Parents

- 2.2.1 Bevezetés
- 2.2.2 A szülők szerepe a gyermekorvos-gyermek-szülő kommunikációs háromszögben. Kisgyermek / gyerekek / serdülők

2.3. Soft Skills

- 2.3.1 Türelem és hallgatás. Megosztott figyelem (multitasking)
- 2.3.2 Empátia és érzelmi intelligencia (érzelmek kezelése, dolgok megoldása, rossz hír)
- 2.3.3 Egyszerű nyelv, expresszív kommunikáció
- 2.3.4 Ismétlés

2.4. Készségek tanítása

- 2.4.1. Standardizált beteg
- 2.4.2. Eset-alapú tanulás
- 2.4.3. Szerepjáték
- 2.4.4. Team-alapú tanulás
- 2.4.5. Probléma-alapú tanulás

2.5. Practical activities

2.6. Esettanulmányok

2.7 Irodalom



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

VIDEO TUTORIAL

Communicating with parents



Bevezetés

Az orvosi vizsgálatok során az orvosok és a szülők meg kell, hogy értsék egymást, enélkül, nem lesz kölcsönös bizalom. Ez a fajta kapcsolat nagyon összetett, kognitív és érzelmi akadályok is vannak a kommunikációban. A szülők és az egészségügyi szolgáltatók közötti jó kommunikáció biztosítása érdekében meg kell érteni, hogy a szülők mit tartanak fontosnak az orvos-beteg / szülői kapcsolatokban, és melyek az orvos-beteg találkozások kritikus pontjai. Ez a fejezet bemutatja az orvosok és a szülők közötti kapcsolat alapját, és megmutatja, hogyan javítható ez a kommunikációs készség.

2.1. A kezeléssel és terápiával kapcsolatos információk átláthatósága

2.1.1 Bevezetés

Az egészségügyi ellátás minősége nagyban függ az egészségügyi dolgozók és a betegek közötti jó kommunikáció biztonságától, időszerűségétől, a hatékonyságától, az eredményességétől, a méltányosságtól. A professzionális és páciensközpontú egészségügyi ellátás biztosítása érdekében alapvető fontosságú a kommunikációs készségek fejlesztése. A betegközpontúság meghatározható az orvosi kezelés biopszichoszociális megközelítésében is. A biopszichoszociális modell, ellentétben az orvosbiológiai modellel, azt állítja, hogy az egészséget és a betegségeket a biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők közötti dinamikus kölcsönhatás határozza meg, és egyetlen betegség, beteg vagy állapot sem vizsgálható csak egy szempontból. Ezzel ellentétben az orvosbiológiai modell biológiai tényezőknek, például vírusoknak, géneknek vagy szomatikus rendellenességeknek tulajdonítja a betegségeket (Borrell-Carrió et al, 2004).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.1.2 Paternalista, kölcsönösségi, fogyasztói modellek

Az orvos-beteg találkozások során a nem egyenlő helyzetű emberek közötti kommunikációt általában egy érzelmi helyzet is kíséri. Ezért ez a fajta kapcsolat az egyik legösszetettebb emberi kapcsolat. Roter (2010) szerint az orvos-beteg kapcsolatnak négy alapvető formája van: paternalista, kölcsönös, fogyasztói és az alapértelmezett. A paternalista kapcsolatokban az orvosok dominánsak, míg a betegek háttérben maradnak (inkább passzív a szerepük). A fogyasztói modellben a páciens aktív míg az orvos fő feladata az orvosi ellátás biztosítása és a betegek jogainak figyelembevétele. A kölcsönösségi modell a megosztott döntéshozatalhoz kapcsolódik, és gyakran tekintik a legjobb típusú kapcsolattartásnak (a betegek visszahívása, szakmai megfelelés, javuló beteg megelégedettség érhető el, ha az orvosok pozitívabban beszélnek és jobban összpontosítanak a partnerség építésére). Az alapértelmezett kapcsolatokban az említett szempontok hiányoznak, a négy típus közül ez számít a legrosszabbnak.

A kölcsönösségi modell hatékony eszköz lehet a szülőkkel és gyermekekkel való kommunikációban. egy nem régi szakirodalmi áttekintés (Tates & Meeuwesen 2001) azt jelzi, hogy a 7 éves és idősebb gyermekek jobban el tudják mondani a jövőbeli egészségükre vonatkozó állapotukat, mint a szüleik, bár rosszabbak az anamnézisben. A 8-11 éves gyermekek megbízhatóak az erre a korcsoportra kifejlesztett egészségügyi kérdőívek kitöltésében. A gyermekek személyes beszámolóit hatékony eszközt jelentenek a gyermekek és serdülőkorúak egészségének és megpróbáltatásainak megfigyelésére, ami elősegíti az egészségügyi helyzet megítélését és a betegségek kialakulásának megértését.

Hivatkozások

Borrel-Carrió F. et al. (2004) The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. Annals of Family Medicine, 2, 576-582.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>

A biopszichoszociális modell mind a klinikai ellátás filozófiája, mind gyakorlati klinikai útmutató. Ebben a cikkben a szerzők megvitatják a biopszichoszociális modellt, amely szükséges a tudományos klinikai módszerhez.

Roter D. (2010) Models of Doctor-patient relationship.

<http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf>

Ez a prezentáció a terápiás kapcsolat meghatározásának elméleti és filozófiai alapjait vizsgálja és a terápiás kapcsolat gyakorlati kifejeződését empirikus alapon vizsgálja.

Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Social Science and Medicine, 52, 839-851.

https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature

Az orvos-páciens kommunikációra vonatkozó vizsgálatok elsősorban a felnőttek dyadikus kölcsönhatásaira összpontosítanak. A felülvizsgálat célja az orvos-szülő-gyermek kommunikációra vonatkozó kutatás korszerűsítése, valamint a gyermek sajátos szerepének feltárása.

2.1.3 Kommunikációs akadályok

A szülőkkel való jó kommunikáció elengedhetetlen. Az esetek többségében a szülők hozzáértéssel ismerik fel gyermekük normálistól eltérő viselkedését, ami betegséget jelezhet. A gyermekorvosoknak tisztában kell lenniük azzal, hogy a szülők ismerik gyermekük személyiségét és egészségi állapotát, különösen, ha a gyermek kora vagy állapota nehezíti a velük való kommunikációt. A gyermekorvosoknak meg kell vitatniuk a szülőkkel gyermekek vagy a serdülők biztonságával vagy jólétével kapcsolatos aggályokat, és tájékoztatniuk kell őket arról, hogy mi történik.

A kommunikációs akadályok azok amelyek megszakítják vagy leállítják a kommunikációt. Az orvos-szülő kapcsolatokban számos akadály van a jó kommunikációnak, beleértve a kognitív és érzelmi akadályokat. A közös cél a jobb gyermekegészségügyi elérése, amelynek érdekében az orvosoknak



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

meg kell határozniuk a leggyakoribb kommunikációs akadályokat, és a rendelkezésére álló orvosi ismereteik mellett bizonyos soft skillket is el kell sajátítaniuk.

Kognitív szinten a gyermekorvosoknak meg kell győződniük arról, hogy az adott információk elegendőek-e, túl sok vagy csak éppen megfelelő mennyiségű, és mind a szülők, mind a gyermek számára érthető legyen. Néha az orvosok irreális elvárásokat támasztanak a szülők és a betegek felé, feltételezik, hogy megértik az orvosi zsargont és stresszes helyzetben is tudják a komplex információ kezelni. Az orvosi zsargont szinte minden esetben el kell kerülni, még akkor is, ha a szülő szakképzett egészségügyi szakember.

Az érzelmi szinten való helyes kommunikáció érdekében a gyermekorvosnak figyelembe kell vennie a szülők életkorát, a szülő nemét, a kulturális különbségeket és a személyes értékeket. Az egészségügyi dolgozóknak tiszteletben kell tartaniuk a családok értékrendjét és elvárásait. A nonverbális kommunikáció, mint például a szemkontaktus, a tapintás, a hangneme és a hangerő szintén fontos. Egy kutatócsoport, amely elemezte a sebészekkel szembeni panaszokat, megállapította, hogy az elítélt orvosok esetében a nem megfelelő hangem háromszor valószínűbb volt a beperelt orvosok csoportjával összehasonlítva. Alig voltak orvosok beperelt csoportban, akiknek a beszédmódjában fenntartások vagy aggodalom volt felfedezhető. Egy hat hónapos megfigyelési időszakban ha a negatív hangneme kommunikáció pozitív szavakkal (szimpatikus és megnyugtató) párosult, az a betegek elégedettségével és a jobb orvos-beteg kapcsolathoz vezetett. (Ambady et al 2002).

Hivatkozások

Ambady N. et al. (2002) Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, 132, 5-9
<http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons%20tone%20of%20voice.pdf>

A gondozás interperszonális aspektusaira, mint például az orvosok kommunikációs magatartására, gyakran hivatkoznak meghatározó jelleggel a betegek jogsértési perek kezdeményezésére vonatkozó döntéseiben. Ebben a tanulmányban a szerzők megvizsgálták a sebészek hangtónusainak és a rosszindulatú követelések megítélése közötti kapcsolatot.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.2. A szülőkkel való kommunikáció

2.2.1 Bevezetés

A gyermekorvos-szülő-beteg kapcsolat a bizalomra épül. Az orvosok és a betegek / szülők közötti hatékony kommunikáció legfontosabb prediktív tényezői az érdeklődés, gondozás, melegség és fogékonyság. A gyermekgyógyászati kezeléssel során a bizalom általánosságban úgy definiálható, mint a szülő azon meggyőződése, hogy a gyermekorvosi ellátást nyújtó személy figyelembe veszi gyermek érdekeit. A szülők kritikájának fő forrása a szakemberekkel való rossz kapcsolat. A jó kapcsolat nagyobb hatással van a betegek elégedettségére, a betegekkel való ismételt találkozásra és a kezelésre vonatkozó előírások betartására, mint az írott utasítások, vagy akár az orvossal való találkozás időtartama (Levetown 2008).

A szülők és az egészségügyi szolgáltatók közötti jó kommunikáció biztosítása érdekében meg kell érteni, hogy a szülők mit tartanak fontosnak az orvos-beteg / szülői kapcsolatokban, és melyek az orvossal való találkozások kritikus pontjai. Az alábbi lista a Softis-ped projektben a szülőkre vonatkozó kérdőív és a projekt során végzett szülői interjúkra épül:

- Egyértelműség, közvetlenség: beszéljék a betegek nyelvét, irányítsák a beszélgetést a megfelelő irányba, ha lehetséges kerüljék el a utolsó pillanatos meglepetéseket
- Őszinteség: információ visszatartása csak akkor elfogadható, ha az orvos meg van győződve arról, hogy a szülőkkel való kommunikáció növeli a gyermek, fiatal vagy bárki más veszélyeztetettségét. Egy tapasztalt kolléga vagy vezető klinikus tanácsokat adhat abban, hogy mi a legjobb módja a helyzet kezelésének.
- Tisztelet: a gyermeket és a szülő mosolyogva nevéen szólítsa
- Hallgatás: vegyen részt a szülők és a gyermek párbeszédében, a konzultáció végén kérdezze meg a szülőknél vannak-e kérdéseit. Adjon időt arra, hogy a szülők felfogják és megértsék a magyarázatokat
- Több és jobb információ a betegségről, a kezelési tervről és a várható eredményekről
- Több nyitottság a kezelés veszélyeiről és mellékhatásairól
- Az előnyök, a kockázatok, a rendelkezésre álló egyéb kezelési lehetőségek megbeszélése (beleértve, hogy nem történik semmi). A kiegészítő és alternatív gyógymódok elutasítása nem győzi meg a szülőket.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.2.2 A szülők szerepe a gyermekorvos-gyermek-szülő kommunikációs háromszögben. Kisgyermek / gyerekek / serdülők

A szülők szerepe az orvos-gyermek kommunikációban a gyermek életkorától függően változik. 6-7 éves korig a szülő az a személy, aki jobban tud kommunikálni és a gyermek tüneteit, kérdéseit és kívánságait tolmácsolja. 6-7 éves korban a gyerekek jobb képet adhatnak tüneteikről, mint szüleik (Tates & Meeuwesen 2001). A 6-12 éves gyermekek korosztályában a szülők szerepe főleg abban áll, hogy ösztönözze a gyermeket, hogy közvetlenül kommunikáljon az orvossal, mondja el a tüneteket a saját szavaival, és csak szükség esetén nyújt segítséget. A gyermekorvosok számára a szülők elmondása a gyermek hobbjairól és érdeklődéséről kiváló információforrás a bizalomépítésben és annak megismerésében, hogy megtalálják a közös hangot kis betegekkel. A tizenévesek és a fiatal felnőttek orvosi látogatást a passzív szülői magatartás jellemzi vagy a szülők egyáltalán nincsenek jelen.

2000-ben Tates és Meeuwesen publikáltak egy tanulmányt a holland gyermekek orvosi találkozásokon való részvételéről, miután megvizsgálták a közel húsz év alatt felvett 106 orvos-beteg találkozást. Az eredmények azt mutatták, hogy a gyermekek szerepe az orvosi konzultációban meglehetősen korlátozott, bár az évek során az aktivitás növekedett. A tanulmány másik fontos megállapítása, hogy különbség az orvos és a szülő gyerekekkel való kommunikációs mintájában; a szülői kontroll az évek során állandónak tűnik, és nem kapcsolódik a gyermek korához, míg az orvos figyelembe veszi a gyermek életkorát "(Tates & Meeuwesen 2000).

Ugyanezek a kutatók azt találták, hogy a legtöbb tanulmány figyelmen kívül hagyja a gyermek jelenlétét az orvosi találkozásokban (Tates & Meeuwesen 2001). Ahelyett, hogy az orvos-gyermek-szülői interakciós vizsgálatokat az orvos-beteg kommunikációra összpontosítanák, túlnyomórészt a felnőttek közötti kettős kölcsönhatásokat vizsgálják. Számos korábbi kutatás azt állítja, hogy az orvos-szülő-gyermek háromszögben történő interakciók során használatos módszerek orvos-szülő párbeszédre épülnek. Mivel a három szereplőre épülő interakció dinamikája alapvetően különbözik a két szereplőtől, Tates és Meeuwesen több háromszereplős elemzést javasolt.

A háromszereplős elemzést Tates et. al (2002), azzal a céllal végezte el, hogy kialakítsák az orvos-szülő-gyermek kapcsolatok tipológiáját és empirikusan igazolja a javasolt tipológia használatát. A kutatócsoport összesen három különböző csoportot azonosított: 1) mindkét felnőtt támogató (supportive) (főként az idősebb gyermekekkel való interakció esetében) 2) mindkét felnőtt nem támogató (non-supportive) (minél fiatalabb a gyermek, annál inkább az orvos és szülő nem támogatta) 3) Az orvos támogató és a szülő nem támogató (ez a mintázat korfüggő és gyakrabban fordult elő idősebb gyermekeknél). A gyermekorvosi rendelőkben rögzített videófelvételek alapján a kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy "a konzultációk kilencven százaléka nem a kölcsönösség jegyében ment végbe, részben az orvos csökkent támogató viselkedése miatt. Az a megállapítás, hogy a háziorvosok a konzultáció vége felé kevésbé gyermekorientáltak, összhangban van a korábbi tanulmányokkal, amelyek szerint az orvosok ritkán vitatják meg a gyermekekkel kezelési döntéseket. (...) az orvosok supportive viselkedésében beálló változást magyarázhatja a szülőknek az az igénye, hogy a kezelési döntések meghozatalába őket is vonják be. Az orvosok a szülővel való kommunikáció után nagyon ritkán térnek vissza a supportive magatartáshoz (Tates et al 2002). Összesen 58 orvos vett részt a vizsgálatban, a többség, 91% férfi volt.

Az orvos fő felelőssége a szülő-gyermek-orvos kommunikációban 1) felismerje, hogy a gyermek készen áll-e az aktív részvételre vagy sem (pl. Egy nyitott személyiségű gyermek másként viselkedik, ha beteg); van-e olyan befolyásoló tényező, amely megakadályozza a gyermek aktív kommunikációját (félénkség); a gyermek elég idős / kognitív módon fejlett, hogy el tudja mondani a tüneteit 2) tegye lehetővé, hogy a gyermek elmondhassa a tüneteit, kifejezhesse az érzelmeit és kérdéseket tehessen fel, tartsa fenn a gyermek aktív szerepét a beszélgetésben és csökkentse a szülők részvételét, ha szükséges).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

Hivatkozások

Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851.

https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature

Az orvos-páciens kommunikációra vonatkozó vizsgálatok elsősorban a felnőttek dyadikus kölcsönhatásaira összpontosítanak. A felülvizsgálat célja az orvos-szülő-gyermek kommunikációra vonatkozó kutatás korszerűsítése, valamint a gyermek sajátos szerepének feltárása.

Tates et al. (2002) Doctor-parent-child relationships: a “pas-de-trois”. *Patient Education and Counseling*, 48, 5-14

https://www.researchgate.net/publication/11168264_Doctor-parent-child_relationships_A_%27pas_de_trois%27

A gyermek részvételi lehetőségei meglehetősen korlátozottak, és a szülői beszélgetés a gyermek számára valamilyen intézményesített módon valósul meg. Ez a tanulmány a hármas kapcsolatok további jellemzésére irányult az orvos-szülő-gyermek interakciók tipológiájának kifejlesztésével, amely a támogatói felnőtt viselkedést veti össze a nem támogatott gyermekek részvételével.

Tates K., Meeuwesen L. (2000) “Let Mum have their say”: Turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling*, 40, 151-162

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000750>

A holland jogszabályok előírják, hogy a gyermekeknek részt kell venniük döntésükben a saját egészségügyi ellátásukkal kapcsolatban. Annak érdekében, hogy az aszimmetria és a kontroll az orvos-szülő-gyermek kommunikációban szerepet játsszon, ez a tanulmány a hármas forgatókönyveit az általános sebészorvosi kontextusban térképezi fel és hasonlítja össze időben.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3. Soft Skills

2.3.1 Türelem és hallgatás. Megosztott figyelem (multitasking)

A kommunikáció lényeges része a hallgatás. Ez megköveteli a megfelelő idő ráfordítását és türelemmel kell meghallgatni a szülők aggodalmát. Egy csendes zavaroktól mentes helyiség, a szülők leültetése megfelelő távolságban, jó szemkontaktus stb., mind segítenek abban hogy a a szülőket meghallgassák, minél többet megtudjanak.

A Softis-ped kérdőív megállapította, hogy a gyermekorvosok 'hallgatási' készsége jó. Pilling (2008) szerint azonban sok orvos a betegeket csak 18 másodpercig hallgatja megszakítás nélkül, mivel a betegek fordítható ideje nagyon korlátozott. Később az egész beszélgetést úgy vezethetik, hogy a betegek soha nem tudják befejezni a mondatokat. Ennek következtében ez gyakran a gyermek problémáinak hiányos leírását eredményezi, a rejtett vagy megmagyarázatlan tünetek több mint fele (54%) maradhat rejtve. Az elsődleges gyermekellátás esetében ez az idő még rövidebb lehet, és több információ hiányozhat, mivel az orvosok egy személy helyett kettővel kell kommunikálniuk. Bár fiatalabb gyermekek esetében az orvosok jobban bíznak abban, hogy a szülők tünetekről pontos információkkal szolgálnak, a gyermek sem hagyható figyelmen kívül a látogatás során. A betegek meghallgatása az orvosok feltételezésével szemben nem igényel sok időt: a legtöbb beteg 60 másodpercen belül befejezte az első mondatokat megszakítás nélkül, és egyikük sem igényelt 150 másodpercnél többet, még akkor sem, ha erre ösztönözték őket.

Az orvosok hajlamosak túlbecsülni az először említett tünetek fontosságát, és az első tünet megismerése után azonnal félbeszakítják a beteget. A betegek gyakran nem tudják eldönteni, melyik tünet a legjelentősebb, és gyakran az említés sorrendjében első tünetnek semmi köze sincs klinikai jelentőséggel bíró tünehez. A kontrollvizsgálatok és vizitek során a legtöbb orvos az előző látogatás utolsó témájával folytatja a beszélgetést, kihagyva az összes bevezető kérdést.

Az esetek többségében a pácienseknek nincs lehetőségük arra, hogy az orvos által adott magyarázattal kapcsolatban kérdezzenek, az orvosok 75%-a lehetőséget sem ad arra, hogy kérdéseket tegyenek fel. Amellett, hogy korlátozott idő áll rendelkezésre az orvos-beteg találkozóra, néhány orvos eleve nem szereti, ha kérdezik. A páciensek 76%-ának vannak kérdései, amikor a rendelésről távozik, vagy a rendelőt elhagyja. Elegendő információ hiányában a páciensek nem lesznek képesek felismerni az orvosi utasítások mögötti szándékokat. Ha a bizalom megtörik, romlik a gyógyszereszedési hajlandóság és a betegek nem tartják be az orvosi előírásokat. Az a beteg, akinek bízik az orvosában, nagyobb valószínűséggel követi az orvosi előírásokat. Azok az orvosok, akik jobban tájékozottak a betegekkel való kapcsolattartás érzelmi dimenziójában, nagyobb valószínűséggel nyerik meg a beteg bizalmát. (Pilling 2008)

Hivatkozások

Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció

<http://egeszsegugyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/>

A szerző bemutatja az orvosi interjú szakaszait és részletesen kifejti a több szakasz feladatát.

2.3.2 Empathy and emotional intelligence (managing emotions, solving things, bad news)

Empátia és érzelmi intelligencia (érzelmekek kezelése, dolgok megoldása, rossz hír)



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

A beteg gyermekek szülei sok nehéz tapasztalatot szereznek. Mivel a gyermekorvosok mind a gyerekekkel, mind a szüleikkel foglalkoznak, különösen erős interperszonális készségekre van szükségük. A kezelésnek nagyon fontos része a gyermek családjához való kötődés, az empátia és a szülők helyzetének megértése. A szülők különféleképpen reagálhatnak a stresszes helyzetekre, és a gyermekorvosnak készen kell állnia arra, hogy kezelje a tipikus negatív reakciókat, mint a vádaskodás, a harag, a bánat hirtelen kitörése.

Nagyon fontos elfogadni, amit a szülők mondanak anélkül, hogy megítélnék. A szülők erőfeszítéseinek megbecsülése és annak verbális és nemverbális megerősítése, hogy képesek gondoskodni a gyermekről, segít a bizalom megteremtésében. A szülők megérdemlik, hogy megismerjék az igazságot de ezt ésszel és empátiával kell közölni. Ha a gyermek állapota különösen súlyos, akkor ez az információ kis részekben két vagy több látogatás során is beadható. Azonban, ha a szülők kifejezetten szeretnék mindent tudni, azt meg kell mondani nekik.

Számos orvos számolt be valamilyen kellemetlenségeről a kommunikációval kapcsolatban, különösen akkor, amikor felkavaró vagy nem kívánatos híreket kell közölniük a szülőkkel. A rossz hírekkel együtt a kommunikáció problémái képezik a két legfontosabb területet, ahol az orvosok a legnagyobb nehézséget tapasztalják. Amikor rossz hírt hallanak, a szülők többre értékelik azt az orvost, aki egyértelműen együttérző magatartást tanúsít, és aki lehetővé teszi számukra, hogy beszéljenek és kifejezzék érzelmeiket. A szülők jobban értékelik az orvoshoz való affektív kapcsolatot, mint az orvos azon képességét, hogy megoldja a problémát.

Levetown és a Bioetikai Bizottság a következőképpen javasolta a rossz hírek kommunikálását:

Kezdeményezze a beszélgetést, és kérdezze meg a szülőket, mit tudnak arról, hogy mi történik a gyermekeikkel. Valószínűleg a szülők ki fognak borulni a rossz hír hallatán. Várjon, amíg a figyelem visszafordul az orvoshoz és a kimutatott gyász, és félelem egyértelmű jelek lehetnek, hogy a gyermekorvos fenntartások nélkül elfogadja a szülők érzelmi állapotát. Az orvosok empatikus mondatokat használhatnak, például: "Látom, hogy nem számítottál erre." (Csend). Miután a szülők beszélnek a gyermekorvossal, korrigálni kell a helytelen észrevételeket.

Segíthet az is, ha megkérdezik, ismernek-e valakit ugyanilyen diagnózissal vagy aki hasonló helyzetben van, és azok milyen tapasztalatokat szereztek. A gyermekorvosok például elmondhatják a szülőknek: "Úgy tűnik, nagyon ideges; én is lennék. (Csend) Tud valakit, aki ilyen betegségben szenvedett? (Csend.) Nekik hogyan mentek a dolgok?"

A szülők nagyra értékelik a további betegségekre vonatkozó, ill. kezelési információk fokozatos megosztását. A gyermekorvosok szükség esetén több látogatáson is teljeskörű tájékoztatást adhatnak. Írásos anyagok és az orvos elérhetőségének biztosítása további kérdések felmerülése esetén a szülőkben azt az érzést keltik, hogy az egész egészségügyi csapat támogatja őket.

A szülők megérdemlik hogy a gyermeket megérinthessék vagy kézbentartsák, különösen az újszülöttek esetén vagy akitől a szállítás során elváltak. A fizikai érintkezés, amikor csak lehetséges, csökkentheti a gyermek félelmeit és a szülők traumatikus tapasztalatok szerzését.

Hivatkozások

Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. Pediatrics VOLUME 121 / ISSUE 5

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Ez a cikk a klinikai kommunikációra vonatkozó bizonyítékokat felülvizsgálja a gyermekgyógyászati környezetben, Kiterjed az ambuláns elsődleges ellátással kapcsolatos konzultációra beleértve a haláleseteket is, és gyakorlati javaslatokat nyújt a betegekkel és a családokkal folytatott kommunikáció javítására, ami, hatékonyabbá és empatikusabbá teszi a gyermekgyógyászati ellátást.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3.3 Simple language, expressive communication

Egyszerű nyelv, expresszív kommunikáció

Nem minden szülőnek van jó neveltetése és intelligenciája. A dolgok elmagyarázása egyszerű, világos és közvetlen nyelven nagyon fontos. A pontos fogalmazás és a körülírás mellőzése különösen fontos a korlátozott egészségügyi ismeretekkel rendelkező szülők számára. A legtöbb beteg nem ismeri az orvosi kifejezéseket, és az orvosok 89-93%-a nem tudja ellenőrizni, hogy megértették-e a magyarázatot, vagy sem. Ezért a betegek a rendelkezésre bocsátott információknak csak 50-60% -át memorizálják (Pilling 2008). A szülőknél problémái lehetnek az adagolási és kezelési utasítások betartását illetően, hogy számítsák ki a megfelelő gyógyszeradagot, hogy olvassák a tápértékjelöléseket. Az egyszerű nyelv olyan stratégia, amely mind írásos, mind szóbeli kommunikációra alkalmazható.

Számos hasznos és hatékony módszerrel könnyebbé válik a szülővel való kommunikáció. Az egyszerű szavak, rövid mondatok és az orvosi szaknyelv magyarázata az első lépés a félreértések elkerülésében. Az összetett információkat rövidebb állításokra kell szétbontani és először a legfontosabb információra, később a két-három további legfontosabb fogalomra összpontosítani hasznos lehet a szülők számára, különösen akkor, ha nincs lehetőségük jegyzetek készítésére. A vizuális segédeszközök, mint a rajzok, modellek és diagramok megkönnyíthetik a biológiai tények és statisztikák jobb megértését.

Néha a nyelvi korlátok, kulturális és személyiségbeli különbségek is befolyásolhatják az információ átadásának hatékonyságát. A betegeknek másfajta információra lehet szükségük, mint amit az orvosok feltételeznek. A betegek szeretnék megismerni a diagnózist, a prognózist és mi okozta a betegséget, míg az orvosok inkább a kezelésre és a gyógyszerre koncentrálnak (Pilling 2008).

Hivatkozások

Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció

<http://egeszseguqyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-ianostol/>

Ld fent

2.3.4 Ismétlés

Annak érdekében, hogy a szülő megértse a kapott információkat, a gyermekorvosnak ellenőriznie kell, hogy a szülők mit tudnak már gyermekük betegségről. A megfelelő ismeretekkel rendelkező szülőknél a tájékoztatás magasabb szinten kezdődhet, bár fontos annak ellenőrzése, hogy tudásuk helyes-e. Sok szülő tájékozódik nem ellenőrzött forrásokból, például weboldalak vagy egészségügyi magazinok. A szülők megértési képességét a nyelvi problémák, valamint az érzelmi állapotok is befolyásolhatják. Az információk adagolása, logikai sorrendbe állítása és két vagy több részletre osztása eredményezheti a jobb megértést. Két időpont között a szülőnek van ideje arra, hogy a kapott információkat megeméssze, megbirkózzon az új helyzettel. A gyermekorvosoknak készen kell állniuk arra, hogy türelmesen ismételjék az információkat és válaszoljanak a kérdésekre. Fontos, hogy figyeljen arra is, hogy a szülők mennyi információt akarnak tudni: néhányan érdeklődnek a gyermek állapotának minden apró részlete iránt, míg mások egyszerűen receptet igényelnek és annak biztosítását, hogy minden rendben lesz (Mehta 2008).

A szülők kérdéseire adott válasz után a gyermekorvos ún. visszatanítási módszerrel megtudhatja, hogy megértették-e az utasításokat. Ahelyett, hogy megkérdeznék a szülők megértik-e, hogy mit mondanak nekik, a gyermekorvos kérdéseket tehet fel arról, hogy miként fogják végrehajtani a



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

kezelési tervet, mit szándékoznak elmondani házastársuknak vagy nagyszülőknek a gyermek, vagy a gyermeknek előírt gyógyászati eszköz kezeléséről.

Az hangfelvételek hatékony kommunikációs segédeszközként szolgálhat, bár a gyermekorvosok számára továbbra is sok gond van az ilyen eszközök használatával. A szülők többször is meghallgathatják az információt, és bevonhatják más családtagjaikat is. Az hangfelvétel az egyik leghatékonyabb módja a pontos információk átadásának, mivel "a járóbeteg-rendelések során készített felvételeket szinte a szülők mindegyike; a nagyszülők több mint fele (52,8%) hallgatta meg. 70% -uk többször is meghallgatta, és a szülők egyharmada másolatot is készített magának. A hangfelvételeket az esetek több min 99%-ban hasznosnak találták "(Levetown 2008).

Hivatkozások

Mehta PN. (2008) Communication Skills – Talking to Parents. *Indian Pediatrics*, 45, 300-304.

<http://medind.nic.in/ibv/t08/i4/ibvt08i4p300.pdf>

A jó kommunikáció olyan művészet, amelyet eddig megszerzett tapasztalat, fejleszt és javítja. Javítja a betegek megértését és a terápiához való ragaszkodást, és terápiás hatással bír. Ugyanakkor tanítható és értékelhető strukturált programok segítségével is.

Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics* VOLUME 121 / ISSUE 5

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Ld. fent



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4. Készségek tanítása

Számos módja van arra, hogy a szülőkkal való kommunikálás készségét megtanítsuk. Ez a fejezet bemutatja, hogy a készségek hogyan taníthatók és tanulhatók. A követett módszerek: szabványos betegek / szimulációk, esettanulmányok, csapat alapú tanulás, szerepjátékok és problémamegoldás.

2.4.1 Standardizált beteg

A standardizált beteg egy olyan módszer, amikor valaki a eljátsza a beteg szerepét egy klinikai forgatókönyv segítségével, hogy segítse az orvosokat / medikusokat a készségek és a tudás elsajátításában. Céljuk, hogy megtanulják a páciensek megnyilvánulásainak értékelését. A standardizált betegek nagyon hasznosak, mert ez egy valóságos szimuláció. Ennek vannak kihívásai, mert az improvizáción alapul, és a visszacsatolás változó lehet. A standardizált beteg módszer az orvostudományi oktatás az egyik leggyorsabban fejlődő módszere.

Hivatkozások

Kierstan Hanson, *Patience for Patients: The Joys and Challenges of Using Standardized Patients in the Clinical Skills Lab*

http://www.aacp.org/governance/SIGS/laboratoryinstructors/Documents/Lab_SIG_webinar-16-05-25.pdf

2.4.2. Eset-alapú tanulás

Az eset-alapú tanulás (CBL – Case-based learning) során CBL-ben az orvosok / medikusok saját maguk motiváltak tanulására, így hozzászoknak az önképzéshez és a problémák megoldása a különböző forrásokból származó ismereteket hasznosítják. Ez egy kiscsoportos módszer, a tanulási kérdéseket előzetesen megnevezik. A CBL módszer többféle lehetőséget kínál a problémamegoldó készségek fejlesztésére egy adott foglalkozás során is. Az CBL módszert job tanulási módszernek tartják, mint a probléma-alapú tanulást.

Hivatkozások

Queen's University: What is Case-based learning?

<http://www.queensu.ca/ctl/what-we-do/teaching-and-assessment-strategies/case-based-learning>

Herreid, C. F. (2007). *Start with a story: The case study method of teaching college science.* NSTA Press.

http://pal.lternet.edu/docs/outreach/educators/education_pedagogy_research/start_with_a_story.pdf

2.4.3. Szerepjáték

A szerepjáték széles körben alkalmazott módszer a kommunikáció megtanulására az orvostudományi képzésben. A szerepjátékok használata kis csoportokban fontos módszer, amely segít a tanulóknak olyan képességek elmélyítésében, amelyek ahhoz szükségesek, hogy a súlyos betegekkel komoly beszélgetéseket folytassanak.

Hivatkozások



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Anthony L. Back, M.D.: Teaching Communication Skills Using Role-Play: An Experience-Based Guide for Educators (2011)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3155105/>

2.4.4. Team-alapú tanulás

A csoport alapú tanulás (TBL – Team-based Learning) egy diákközpontú, de oktató által vezetett tanulási módszer. A módszer olyan stratégiákat alkalmaz, amelyek a kics csoportos tanulási módszerek, például a probléma-alapú tanulás (PBL) hatékonyságát beépítik nagycsoportos, előadásokra orientált foglalkozásokba. (Yeswanth, Ganesh 2013). A TBL 4 alapvető elve (1) megfelelően kell kialakítani és fenntartani a csoportokat; (2) a diákok felelősek az egyéni és a csapatmunkáért is; (3) gyakori és időszerű visszajelzést kell adni és (4) a team-eknek olyan feladatokat kell adni, amelyek elősegítik a tanulást és a csoportmunkát. Ez a módszer arra ösztönzi a diákokat, hogy legyenek inkább aktív szereplők, mint passzív információ-felvevők. A TBL négy elemből áll: csapatok, elszámoltathatóság, visszajelzés és feladatok hozzárendelése.

Hivatkozások

Yeshwanth K. Rao, Ganesh K. Shenoy: Introducing team based learning in undergraduate pharmacology (2013)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608283/>

Dhiren Punja, Shivananda N Kalludi, Kirtana M Pai, Raghavendra K Rao, and Murali Dhar: Team-based learning as a teaching strategy for first-year medical students (2014)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286580/>

Farland MZ, Sicat BL, Franks AS, Pater KS, Medina MS, Persky AM. Best practices for implementing team-based learning in pharmacy education. Am J Pharm Educ. 2013;77(8):177

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806961/>

2.4.5. Probléma-alapú tanulás

A probléma-alapú tanulás (PBL – Problem-based Learning) egy olyan tanulási forma, amely a probléma megértése vagy megoldása folyamatának eredménye. (Barrows és Tamblyn, 1980). A módszer diákközpontú, problémára és problémamegoldásra fókuszáló, önreflexív, iteratív, együttműködő, tudatos és hiteles. A probléma alapú tanulásnak két alapja van: a problémamegoldás révén történő tanulás jóval hatékonyabb a jövőben használható ismeretek elsajátításában, a betegek számára sokkal fontosabb ha az orvos problémamegoldó készségekkel rendelkezik, szemben a memóriájára támaszkodó képességekkel. A probléma-alapú tanulás elősegíti a kritikai gondolkodást és a probléma-megoldást.

Hivatkozások

Howard S. Barrows, MD, Robyn M. Tamblyn, BScN: Problem-Based Learning: An Approach to Medical Education

<http://apps.fischlerschool.nova.edu/toolbox/instructionalproducts/edd8124/fall11/1980-BarrowsTamblyn-PBL.pdf>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.5. Gyakorlatok

Nagyon nehéz készségeket elsajátítani irodalomból vagy elméleti alapon. A készségek fejlesztésének legjobb módja az, hogy gyakorolják őket a valós környezetben. A következő gyakorlati tevékenységek különböző összetett helyzeteket írnak le, amelyekben a fent említett készségek, mint figyelmes hallgatás, expresszív kommunikáció, érzelmileg is motivált viselkedés gyakorolható.

Gyakorlat - Hallgatás

Ez a gyakorlat aktív hallgatással javítja hallgatási készségeket

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA1-Listening.pdf>

Gyakorlat – Egyszerű nyelv – kifejező kommunikáció

Ez a gyakorlat a következő problémára helyezi a hangsúlyt: hogyan lehet értelmezni komplex kérdéseket olyan szülők esetén, akik csak egyszerű nyelven beszélnek, miközben az orvos az orvosi zsargont használja

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA2-Expressive_communication.pdf

Gyakorlat – Idősebb gyermek & nem támogató szülő & támogató gyermekorvos (Érzelmi intelligencia)

Ez a gyakorlat leírja, hogyan kommunikáljunk az idősebb gyermekekkel és nem támogató szülőkkel és támogató gyermekorvosokkal. A tevékenység az érzelmi intelligencia szerepére fókuszál. A használt módszer szerepjáték.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA3-Emotional_Intelligence.pdf

Gyakorlat – Rossz hír közlése (Érzelmi intelligencia; empátia)

A standardizált szülői szimuláció segítségével a résztvevőket felkészítik arra, hogyan kommunikálják a rossz híreket és hogyan kezeljék a különböző válaszokat.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA4-Empathy.pdf>

Gyakorlat – Problémás szülők (Érzelmi intelligencia; persuasion)

Ez a tevékenység annak gyakorlása, hogyan kell kezelni a problémás szülőket. A példában a gyermek vakcinázását ellenző szülőket választják ki.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA5-Persuasion.pdf>

2.6. Esettanulmányok

Az esettanulmányok olyan viszonylag összetett helyzetet kívánnak szemléltetni, amelyben egy adott tanulási célt mutatnak be. Az esettanulmányok egyrészt komplexek, másrészt csak a tanulási célok kiválasztott szempontjait tükrözik. A hallgatóknak inkább az esetek specifikusságával kell megküzdeniük, azonban e gyakorlat során a közvetett fogalmakat is meg kell oldani.

Esettanulmány – Szülő visszatartja az információt (Érzelmi intelligencia, empátia)

Felvetett probléma: szülő visszatartja a gyermektől származó információkat

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case1-Withheld_information.pdf



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

Esettanulmány – Információ adagolása/mennyisége (Érzelmi intelligencia, empátia; kifejező beszéd, meggyőzés)

Az információ tartalma / mennyisége megfontolásának része az információ feldolgozása módjának értékelése. Fennáll annak a kockázata, hogy egy személy túlérzékeny vagy "allergiás" bizonyos információkra? Komplikációk fordulhatnak elő, ha ezt nem tekintik előre.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case2-Information_dosage.pdf

Esettanulmány – Kulturális/vallási különbségek (Érzelmi intelligencia, empátia; kifejező beszéd, meggyőzés)

A kulturális és vallási hátterek befolyásolhatják, hogy a legjobb szándékkal mondott dolgok váratlan módon értelmezhetők.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case3-Cultural_differences.pdf

Esettanulmány – Reménykeltő állítások formájában közölt orvosi tények (Érzelmi intelligencia, empátia; kifejező beszéd, meggyőzés)

Ebben az esetben a megnyugtatóra és a remény fenntartására vonatkozó kijelentéseket ténybeli orvosi információknak értelmezik.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case4-Maintain_hope.pdf



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.7 Irodalom

Ambady, N. et al., 2002. Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, pp.5–9. Available at: http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons_tone_of_voice.pdf [Accessed July 31, 2017].

Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M., 2004. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of family medicine*, 2(6), pp.576–82. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576544> [Accessed July 31, 2017].

Levetown, M., 2008. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121(5). Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441> [Accessed July 31, 2017].

Mehta, P.N., 2008. Communication Skills – Talking to Parents. *INDIAN PEDIATRICS*, VOLUME 45, pp.300–304. Available at: <http://medind.nic.in/ibvt08/i4/ibvt08i4p300.pdf> [Accessed July 31, 2017].

Pilling, J., 2008. Orvos-beteg kommunikáció Pilling Jánostól – Első Egészségügyi Marketing. Available at: <http://egeszsegugyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/> [Accessed July 31, 2017].

Roter, D., 2010. *MODELS OF DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP*, Available at: <http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. et al., 2002. Doctor–parent–child relationships: a “pas de trois.” *Patient Education and Counseling*, 48(1), pp.5–14. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399102000939> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2001. Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine*, 52(6), pp.839–851. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953600001933> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2000. “Let Mum have her say”: turntaking in doctor–parent–child communication. *Patient Education and Counseling*, 40(2), pp.151–162. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399199000750> [Accessed July 31, 2017].

Kathryn N. Huggett, Ph.D. Team-Based Learning (TBL) Available at: <https://www.creighton.edu/sites/www12.creighton.edu/files/TL-Pedagogies-Team%20Based%20Learning.pdf>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.