

Az újraélesztés oktatásának aktuális kérdései

**Dr. Mészáros Judit – Hornyák István,
Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar**

Összefoglaló

Az újraélesztés készségének megtanulása az egészségügyi dolgozó számára alapfeladat. A hazai képzési szerkezet nem az óraszámok, a csoportlétszámok tekintetében gátolja a hatékony képzést. A könyvek gyakran egymásnak ellentmondó információi megzavarják, elbizonytalanítják a tanulókat. A rendszeresen újraélesztést nem végzők természetes felejtését a nemzetközi ajánlásokban szereplő rendszerességgel lehetne pótolni. Az oktatás, továbbképzés során a korszerűnek tartott felnőttképzési technikákat érdemes alkalmazni a hatékonyság növelése érdekében. Az újraélesztés oktatását gyakorlati és oktatási képzésben is részesült személyek végezzék.

Bevezetés

A hirtelen keletkező keringés-légzés leállás a legmagasabb időfaktorú folyamatok közé tartozik. A helyzet felismerése, a kiesett funkciók pótlása haladéktalan beavatkozást igényel.

Tanulmányok mutatnak rá, hogy kórházon kívül hirtelen fellépő halálozás mögött egyik fő okként a kardiovaszkuláris megbetegedések szerepelnek. (Herlitz, Holmberg M, Holmberg S., 1999) Európában az összes halálok 40%-át (Kesteloot, Kromhout, Sans, 1997), az USA-ban 400000-460000 személy (az összhálalozás 63,4%) halálát okozza a megbetegedés (Center for disease controll, 2002). Szintén korábbi vizsgálatokból derül ki, hogy a kórházon belül bekövetkező hirtelen halál hátterében is a keringésleállás az ok. (Tunstall-Pedoe, 1992) Egy tanulmány a magyarországi hirtelen szívhalálban meghaltak számát 26000 körülire becsüli, kiemelve, hogy ez a halálozási mutató a fejlett európai országok hasonló mutatóihoz képest jelentősen magas. (Berényi, 2003) Statisztikai felmérések szerint Magyarországon mintegy 8000 esetben kezdenek újraélesztést a helyszínen, melynek primer sikere megközelíti a 20%-ot. A kórházat elhagyók aránya azonban csak 2,25-10,2% között mozog. (Gáspár, Göbl, 2004) A hazai kórházon belüli hirtelen keringésmegállás miatt elkezdett újraélesztésekről nincs értékelhető adat, nemzetközi vizsgálatokban a túlélési arány 15% körüli. (Kaye, Ornato, Peberdy, 2003)

Ma már evidenciának mondható, hogy a korán elkezdett beavatkozás csökkenti a halálozás számát, javítja a túlélés minőségét, idejét. (Herlitz, 2002) A 90-es évek elején napvilágot látott „túlélés láncolata” az ellátás dinamikáját írta le. (Cummins, 1991) Ebben kiemelésre kerül a korai észlelés-felismerés, a korai alapszintű újraélesztés (BLS=Basic Life Support), korai defibrilláció, korai kiterjesztett újraélesztés (ALS=Advanced Life Support). A láncolat mindenki, a laikus, egészségügyi dolgozó számára is feladatot ír elő, melyet csak megfelelő képzettséggel lehet teljesíteni. Ezt felismerve javasolták a mind szélesebb körben az újraélesztés oktatását.

Az oktatás szinterei

Az újraélesztés sikere szempontjából kiemelkedően fontos a túlélési lánc első elemeként jelölt korai észlelés, mely egyaránt vonatkozik a laikus személyekre nem kórházi előfordulás során, és az egészségügyi dolgozóra kórházi körülmények között.

A hazai laikus elsősegélynyújtói és (ezen belül, vagy mellett) az újraélesztési képzés minősége rendkívül sok gyengeséggel, hibával rendelkezik. Ennek részletes bemutatása külön tanulmányt érdemel. Annyi azonban világosan látszik, hogy a hazai, a témában illetékes szervezetek összefogása nélkül nem lehet hatékonyan javítani a jelenlegi helyzeten.

Az egészségügy bármely területén hivatást teljesítő személy találkozhat a hirtelen szívmegállás esetével. Az ilyenkor elvárt szakszerű beavatkozás lépéseit - szakterülettől, végzettségtől, az egészségügyi hierarchiában betöltött helyétől függetlenül – mindenkinek a képzettsége szerint el kell tudni kezdeni. Ezt csak elméleti és kiemelten gyakorlati tudás megszerzése után tudja teljesíteni az egészségügyi szakember. Az oktatás feladata, hogy az alapszintű újraélesztési lépésektől az eszközös – kiterjesztett ellátás lépéséig megtanítsa, felkészítse a szakembereket. Már az első cardiopulmonaris resuscitatio (CPR) leírása után is megjelentek a szakemberek képzését támogató anyagok. (Standards for cardiopulmonary resuscitation, 1974) Az azóta rendszeresen megjelenő hasonló összefoglalók a legmodernebb, az aktuálisan leghatékonyabbnak tartott eljárásokat tartalmazzák. Az utolsó, 2000-ben elfogadott nemzetközi ajánlást az aktuális evidenciákat alapul véve az International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) adta ki. Ennek nyomán a Magyar Resuscitatio Társaság (MRT) 2003-ban jelentette meg a magyar ajánlást (Chamberlain, Hazinsky, 2003, Bogár, 2004) A következő, az újabb evidenciákat figyelembe vevő ajánlás 2005 végén jelenik meg. A dokumentumok sugallják, hogy minden egészségügyi szakembernek készséget kell mutatni az alapszintű (BLS=Basic Life Support) újraélesztés terén.

A hazai egészségügyi szakképzés, beleértve az orvosképzést is, szövevényes képet mutat. Képzési formától függően az elsősegélynyújtás vagy az oxiológia tárgyon belül részesülnek a tanulók BLS oktatásban. Az OKJ képzésben a csecsemő és gyermekápoló 32, az egészségügyi operátor 72, az ápolási asszisztens 18 ! óra elsősegélynyújtást, az ápoló 36 óra oxiológiát tanul. Csak sejteni lehet, hogy az optimális BLS készség elsajátításra sem a rendelkezésre álló idő, sem a csoportlétszám nem alkalmas. Az egészségügyi főiskolákon átlagosan 15-30, egyes szakokon ennél kevesebb órát fordítanak elsősegélynyújtás oktatására. Itt is a gyakran tapasztalható nagy létszám, és az elsősegélynyújtás egyéb témaköreit is figyelembe véve, a kevés idő a legnagyobb tanítási akadály. Az orvosi egyetemeken a 80-as évek közepe óta kötelező az első szemeszterben az elsősegélynyújtás. Összesen 15 óra keretében ismerik meg az alapszintű lépéseket, és kapnak nagyon felületes gyakorlati képzést. A VII. és a VIII. félévben oxiológia tárgy keretében tanulják az emelt szintű ellátást, elsősorban elméletben. Egyes helyeken választható tárgyként szerepel az újraélesztés.

A nemzetközi gyakorlatban több forrásból is megszerezhető az újraélesztés elméleti anyaga. (könyv, CD, internet) A hazai oktatási gyakorlatban ma is elsőnek tekinthető taneszköz a könyv. A hazai tankönyvek között kutatva érdekes tapasztalatot szerezhetünk. Az újraélesztéssel szinte minden szakkönyv foglalkozik, a tanulót is megzavaró eltérésekkel. Ez a jelenség az ápoló- és az orvosképzésre egyaránt jellemző. Bizonyításként összehasonlítottam néhány tankönyv ide vonatkozó fejezetét. A könyvek pontos megjelölése helyett csak a megjelenés évét adom meg. (1. táblázat)

1.táblázat : Tankönyvi fejezetek összehasonlítása

	K/2002	K/2004	K/2000	K/2001	K/2001
Légzés vizsgálat	Nem szerepel	3-as érzékelés	Nem szerepel	3-as érzékelés	Oldalról
Átjárható légút	Fej hátra feszítése	Fej hátra szegve áll felhúzva	Esmarch-féle műfogás	Fej hátra szegve áll felhúzva	Homlok-tarkó Szájtakarítás
Lélegeztetés	Szájból-szájba Safar tubus	Szájból-orrba szájból-szájba	Szájból-szájba szájból-orrba Safar tubus	Szájból-orrba szájból-szájba	Szájból-orrba
Léleg. volumene	-	700-1000	400-800	600-1000	-
Vizsgálati idő	Nincs	10"	nincs	10"	10" mindkét oldalon
Segélykérés	Nincs	van	nincs	van	-
Kompresszió helye	Sternum alsó harmada	2 hu	3 hu	2 hu	3 hu két kézzel
Komp. forma	Erőteljes lökés	1:1	0.4 sec lenntartás	1:1	1:1
Arányok: 1 sz.	2:15	2:15	2:15	2:15	2:15
2 sz.	1:5	2:15	1:5	1:5	1:5

A különbségek nem tűnnek jelentősnek, azonban a tanulás folyamatát és a későbbi teljesítést is zavaró különbségek mutathatók ki. A közel azonos időben megjelenő munkák a nemzetközi irányelvektől jelentős eltéréseket mutatnak.

Hasonló veszélyekkel kell szembe néznie annak is, aki az internetről szeretne ilyen témában információkat gyűjteni. Ma már több honlapon is megtalálhatók az alapszintű újraélesztés lépései. A ma korszerűnek tartott leírások meglehetősen szakmai honlapokon. Léteznek azonban olyan portálok is, melyek több, mint tíz évvel korábbi metódust tartalmaznak, megtevesztve az olvasót.

A magyar szakmai szervezetek által 2003-ban kiadott BLS ajánlás jelentős késéssel jelent meg a 2000-ben nyilvánosságra került összefoglalóhoz képest. (Tóth 2003, European Resuscitation Council, 2001) Kívánatos a hazai szervezetek gyorsabb reagálása a nemzetközi változásokra a jövőben. A korai észlelés nemcsak a BLS-ben, hanem annak oktatásában is fontos. Az érvényben lévő ajánlások időbeni eljuttatása a témában érdekelt oktatókhoz az egyik fontos tényező a korszerű tartalom tanítására. Megfontolandó, hogy minden szak-terület könyvében megjelenjen az újraélesztés. A megértés szempontjából hasznosabb lenne, ha egy, a hirtelen események ellátását tárgyaló könyvben jól jelenik meg az újraélesztés leírása.

A felejtés jelentősége az újraélesztésben

Tanulmányok mutatják, hogy az egészségügyi szakemberek vonakodnak részt venni BLS kurzusokon (Chamberlain, Hazinsky, 2003), annak ellenére, hogy nem egyformán képzettek. Az elsősegélyt igénylő helyzetek mindegyike, így a BLS is azonnali, pontos ellátást kíván meg. A hirtelenség általában ijedtséget, zavart okoz az észlelők számára, s ez alól nem kivétel az egészségügyi szakember sem. Az alapképzés korábban vázolt gyengesége eleve kétségessé teszi dolgozó tudását. A legtöbb szakterület nem igényli, hogy napi rendszerességgel végezzenek újraélesztést az ott dolgozók. Az iskola elvégzése után teljesen természetes, hogy az idő előre haladtával egyre nagyobb fokú lesz a felejtés.

Ez hazai vizsgálattal is alátámasztható. Egy vizsgálat sorozat részeként aktív egészségügyi dolgozók elsősegélynyújtási hajlandóságát, pillanatnyi tudását is felmértem. A vizsgálat kérdőíves módszerrel történt, önkéntes segítők bevonásával, 2004. szeptember és december között. A szétküldött 700 db kérdőívből 271 (38,7%) érkezett vissza. A kérdőíveket anonim módon, önkéntes alapon töltötték ki.

A válaszadók életkorát tekintve átlag: 35,31 ± 9,97 Md: 33,50, min:19, max: 68, a nemek megoszlását tekintve 234 nő és 36 férfi.

A kitöltőknek lehetőségük volt a zárt kérdéseken belül több választ is megjelölni, illetve bizonyos

kérdéseket a zárt forma mellett nyílttá tettünk. Jelen munkában csak a témához kapcsolódó kérdéskör vizsgálatára kerül sor. Az újraélesztési ismeretek vizsgálatára a következő kérdést használtam;

Mit tenne a hirtelen keringésmegállást mutató felnőt személylyel?

- A. Nem tudom.
- B. Mentőt hívni.
- C. 1 befújás után 5 mellkaskompressziót végezni.
- D. 2 befújás után 15 mellkaskompressziót végezni.

Összefüggést kerestem a válaszok és az iskolai végzettség, a szakmában eltöltött idő, valamint a szakterület szerint.

Az *iskolai végzettség* és a *keringésleálláskor alkalmazandó első cselekedet* összefüggésének vizsgálatakor kizárásra kerültek az iskolai végzettséget nem jelölők. A 258 értékelhető választ keresztábrás, Kruskal-Wallis noparametrikus módszerrel vizsgáltam. Az egyes csoportok közötti összefüggések bemutatására a Mann-Whitney próbát használtam.

A közép- (általános iskola, érettségi, OKJ végz.) és felsőfokú (főiskola, egyetem) végzettséggel rendelkező válaszai között nem volt statisztikai összefüggés ($p=0,502$). (2. táblázat)

2. táblázat: Az iskolai végzettség és a keringésleálláskor alkalmazandó első cselekedet

Iskolai végzettség		Keringésleállás			Összes
		Mentőt hív	1:5 CPR	2:15 CPR	
Érettségi(OKJ)	Eredmény	27	91	83	201
	Iskolai végz. %	13,4%	45,3%	41,3%	100,0%
Főiskola	Eredmény	7	10	16	33
	Iskolai végz. %	21,2%	30,3%	48,5%	100,0%
Egyetem/orvos	Eredmény	2	7	13	22
	Iskolai végz. %	9,1%	31,8%	59,1%	100,0%
Általános iskola	Eredmény	0	1	1	2
	Iskolai végz. %	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Összes	Eredmény	36	109	113	258
	Iskolai végz. %	14,0%	42,2%	43,8%	100,0%

Kruskal-Wallis Teszt

A válaszolók 14 %-a csak a segélykérésig jut el, ezen belül kiemelkedő a főiskolát végzettek 21,2%. 2004 őszén még a válaszolók közel fele (42,2%) a korábbi ajánlás szerint végezné az újraélesztést. A válaszok azt sugallják, hogy a választ adók 14% nem tenne mást, csak segítséget hívna!

A *szakterület és újraélesztés* kérdését vizsgálva; a statisztikai összefüggés ($p=0,090$) nem jelentkezik az egyes területek és a válaszok helyességének összefüggésében. (3. táblázat)

3. táblázat: A szakterület és újraélesztés

	Szakterület	N	Átlag sorrend
Keringésleállás	Fekvőbeteg osztály	170	139,62
	Járóbeteg osztály	46	150,35
	Házi ápolás	5	112,90
	Ápolási osztály	13	101,96
	Egyéb*	27	108,69
	Több válasz	9	123,17
	Összes	270	

*Ebben a kategóriában lévők a műtöt, adminisztrációt jelölték meg jelenlegi munkaterületnek.
Kruskal-Wallis Teszt

A közvetlen betegellátás területei között nem jelentkezett statisztikai különbség. Az egyes munkahelyek közötti összefüggést vizsgálva a fekvőbeteg osztály-„egyéb” ($p=0,037$) és a járóbeteg-

„egyéb” ($p=0,029$) viszonylatban észlelhető statisztikai összefüggés.

A szakmában eltöltött idő és az újraélesztés összefüggésében szignifikáns ($p=0,003$) összefüggést találtam. Az eredmények érdekessége, hogy a legjobban a 6-10 év között munkában lévők válaszoltak. (4.táblázat)

4. táblázat: A szakmában eltöltött idő és az újraélesztés

	Mióta dolgozik szakmájában?	N	Átlag sorrend
Keringésleállítás	0-5 év {1}	61	131,79
	6-10 év {2}	53	160,86
	11-15 év {3}	45	150,36
	16-20 év {4}	46	123,54
	20 felett {5}	64	114,09
	Összes	269	

Kruskal-Wallis Teszt

Az egyes csoportok között, {2} és a {3} csoport kivételével szignifikáns összefüggés van. Erős összefüggés jelentkezett {2} és {5} csoportok között ($p=0,0001$). A legfrissebben végzetek rossznak mondható teljesítményének oka ebből a vizsgálatból nem derül ki, de magyarázhatja az alapképzés helyzete. A {2} csoport, a 6-10 év között válaszolók a modern információkhoz a hétköznapiokból, vagy szakmai továbbképzéseken juthattak hozzá. Nemzetközi vizsgálatok a rendszeres újraélesztést nem végzők körében félév után találtak jelentős készségvesztést. A szintentartás szempontjából a félévenkénti, de legalább az évenkénti ismétlést tartják kívánatosnak. (Chamberlain, Hazinsky, 2003)

Megbeszélés

Az egészségügyi szakemberek képzése, továbbképzése során figyelembe kell venni a munkahelyet, foglalkozási szerepet (magányos segélynyújtó, csoporttag, csoportvezető), illetve tanulmányi háttérrel. Mindezek jelen-tősen befolyásolják a tanuláshoz kapcsolódó motivációját, elvárását.(Chamberlain, Hazinsky, 2003)

Több tanulmány foglalkozik az egészségügyi dolgozók készségmegtartó képességével, a felejtést kiküszöbölő frissítő tréningek optimális idejével. (Juha, Marja 2000, Fitzsimons, Murphy, 2004) Angliai vizsgálat is azt mutatja, hogy a megtanított BLS a klinikai gyakorlatban csak nagyon szerény mértékben kerül felhasználásra.(Buck-Barrett, Squire, 2004) Más tanulmányok a technikát, speciális oktató eszközök alkalmazását vizsgálták, a tudás megtartását helyezve a központba. (Vik, 2002) A vizsgálatokból kitűnő gyenge készségmegtartás azt indokolja, hogy a képzést a dolgozó, tanuló körülményeihez kell igazítani. A BLS, a kiterjesztett (eXtended BLS) XBLS, illetve ALS elméleti és gyakorlati lépéseinek oktatása jöhet szóba. A BLS képzés során az egészségügyi szakember számára a munkahelyhez alkalmazkodó lélegeztető eszköz (Pocket maszk, lélegeztető ballon) használatát is gyakoroltatni kell. Az XBLS tartalmazhatja vakon levezethető légútbiztosító eszköz, az automata külső defibrillátor (AED), esetleg egyszerű lélegeztető gép használatának oktatását. A bizonyítottan jobb hatékonyságot jelentő korai defibrilláció, - a kamrafibrilláció kezdetétől percenként 7-10%-al csökken a defibrillálhatóság esélye – fontos szerepet kell, hogy kapjon az egészségügyi szakemberek képzésében is. Számos tanulmány vizsgálja az AED képzés jelentőségét, ápolók készségmegtartását. Az eljárás elterjedését nemcsak az eszköz ára, hanem a szakdolgozók szemlélete, kulturáltsága is gátolja. (Castle, Hodgetts, Kenward, 2002) Ez utóbbi faktorok csökkenthetők a megfelelő oktatással. Az ajánlások alapján bátran kijelenthető, hogy az eszközös lélegeztetés, a légútbiztosítás, az AED használat a felsőfokú szakképzés része. (Chamberlain, Hazinsky, 2003)

Az ALS tevékenység végrehajtása, irányítása kevés kivételtől eltekintve orvosi tevékenység. Kivételt képez a kórházon kívüli újraélesztést végző mentőtiszt, aki nem orvosi végzettséggel látja el ezt a feladatot. A kompetencia, a jogi környezet meghatározza, hogy ki és milyen tevékenységet végezzen az újraélesztés közben. Az ALS tevékenység vezetésének oktatása rendszeresen zajlik

Magyarországon is, az ezen való részvétel nem feltételez orvosi diplomát. Megfelelő alapok és gyakorlottság birtokában ápoló is sikeresen elvégezheti a képzést, mely a későbbi újraélesztési feladatok során hasznos tapasztalatokat jelenthet. Itt is figyelembe kell venni a dolgozó beavatkozási kompetenciáját.

A megfelelő ALS tudás jelentősége megjelenik a túlélést vizsgáló tanulmányokban is, hiszen a hatékony beavatkozás egyik komponense a jó tudás. (Chamberlain, Hazinsky, 2003) Angliai tanulmány viszont azt is mutatta, hogy az ALS képzésben részesül ápolók későbbiekben a tanultaknak csak töredékét alkalmazzák önállóan a klinikai gyakorlatban. (Nolan, O'Hoggins, Ward, 2001) Érdekesnek mondható az eredmény annak tudatában, hogy az ottani rendszerben a szakképzett ápoló képzettségének megfelelő beavatkozási szabadsággal rendelkezik.

Az oktatás módszerét hagyományosan meghatározza, hogy mi a cél, milyen feltételek között zajlik, mennyi a rendelkezésre álló idő. Az oktatásról tudjuk, hogy a drága oktatás nem feltétlenül jó, de a jó oktatás az szinte mindig drága. (Falus, 1998) A költséghatékonyság egyre nagyobb jelentőséget kap mindenféle képzésben, így a CPR oktatásában is. Nemcsak az oktatásban eltöltött idő, hanem az adott feladathoz kiválasztott gyakorló eszközök is jelentős költséget jelenthetnek. A gyakorlóeszközök árát a leghatékonyabb kihasználtsággal, ugyanakkor a gondos rendszeres karbantartó üzemeltetéssel lehet optimalizálni. Az oktatás módszereiben előnyben kell részesíteni a felnőttoktatás módszereit. Számos beszámoló jelent meg a teljes, illetve a CPR oktatás egyes részeinek egyszerűsítésére. (Handly, 2002) Az egyszerűbben elmondott, a fokozataiban gyakoroltatott, a szituációkban megjelenített oktatástól a gyorsabb, tehát az idejében hatékonyabb, illetve jobb rögzülést várják a szakemberek. Nemcsak az egyes lépések ilyen módon való tanítása, hanem az oktatás szervezése, felépítése is javítja a tanulást. Ezek a tényezők elsősorban a tanuló motiváltságát javítják, megnyitva a lehetőséget a hatékonyabb tanítás előtt.

Figyelembe véve a hazai CPR oktatási helyek sokszínűségét, szerkezeti különbségeit, azt mondhatjuk, hogy nem ajánlható egy minden képzési formára hatékony általános oktatási modell. Csupán azokat a szempontokat lehet kiemelni, amelyeket ajánlásként fogalmazott meg az ILCOR az újraélesztés oktatására.

Csoportlétszám

Az alapképzésben résztvevők csoport- létszámát az oktatóintézet határozza meg. Ez gyakran alkalmatlanná teszi a csoport a hatékony BLS oktatásra. A jelenleg optimálisnak tartott létszám 4-8 tanuló/oktató, az aktuális feladattól függően. (Chamberlain, Hazinsky, 2003) A nagy tömegben végzett oktatás jelenleg kevésbé tekinthető hatékonyak.

Módszer

A gyorsabb megtanítás, a hosszabb távú tudásmegőrzés minden oktatás egyik kimondott célja. Több módszer is van melyek segítségével mindezek megvalósíthatók.

A „négylépéses” tanulás jól használható résztvevőkenységek gyors megtanítására.

A „szimulációs”, „forgatókönyv alapú” oktatás a hagyományosnál bizonyítottan hatékonyabb formának tűnik. (Chamberlain, Hazinsky, 2003, Colquhoun, Smith, 2004, Chamberlain, Smith, 2002) A valós helyzeteket megközelítő gyakorlás nemcsak motiválólólag hat a tanulóra, hanem a várható munkahelyi körülményeket lejátszva segít a hatékonyabb tanulásban. A feladatok ilyen módon való ismétlése folyamatos figyelmet, aktivitást kíván a résztvevőktől.

A videó instrukcióval kiegészített tanulás jó hatásfokúnak mondható, éppúgy, mint a hang visszajelzős gyakorlóeszközök. Ezek rutinszerű alkalmazása a hétköznapi oktatásban azonban még nem terjedt el. Az újraélesztés napi készségének egyik alapfeltétele a rendszeresen elvégzett ismétlés. Az ajánlásokban a legalább évente megtartott felfrissítő tanfolyamokat tartják szükségesnek a napi rutinnal nem rendelkező egészségügyi dolgozók részére. (Chamberlain, Hazinsky, 2003) Kórházi, szakrendelői körülmények között is szükséges a BLS technika mellett a segélykérés módját, az eszközös lélegeztetést is gyakorolni. Azokon a helyeken, ahol AED található az épületben, a használat algoritmusát ismételni, gyakoroltatni kell.

Előnyös lehet, ha orvosok, ápolók, egyéb egészségügyi dolgozók együtt, a feladatokat elosztva gyakorolnak. (Gabbott, Mitchell, Smith, 2005) A kórházi reanimációs team és egyéb osztályok között munkakapcsolat szintén az éves továbbképzéseken javítható. Az ismétlések rendszeressége ma még az adott intézmény vezetőjének szemléletétől függ.

Az újraélesztés oktatása elviekben nem különbözik más készségek megtanításától. A feladat adta

jellegzetességek, a hirtelen helyzetek protokoll szerinti kezelése, a gyakorlati munka szakszerű értékelése igényel szaktudást. A hatékony és szakmailag megbízható oktatás érdekében az újraélesztésben járatos, napi gyakorlattal rendelkező személy végezze az oktatást. (Chamberlain, Hazinsky, 2003) Az oktatáshoz szükséges szakmai tudás ma már nemcsak nemzetközi, hanem hazai továbbképzéseken is megszerezhető. A szakmai tudás mellett a felnőttképzésben való jártasság elengedhetetlen. A felnőttek motivációjának megértése, a gyakorlatok vezetésének módszere, a megértést segítő pedagógiai fogások megkönnyítik, felgyorsítják a tanítást. A pedagógiailag és szakmailag felkészült oktató szintén motiválón hat az oktatásban.

Irodalom

1. Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J The problem of out-of-hospital cardiac-arrest prevalence of sudden death in Europe today. *Am J Cardiol* 1999;83:88D-90D
2. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe: Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997;18:1231-48
3. Center for disease control. Tate-specific mortality from sudden cardiac death United States, 1999. *Morb Mortal Wkly Rep* 2002;51(6):123-26.
4. Tunstall-Pedoe H, et al. Survey of 3765 cardiopulmonary resuscitations in British hospitals. *BMJ* 1992;304:1374-51.
5. Berényi T. Public Access defibrillation – Mint a korai defibrillálás lehetősége *Újraélesztés-Resuscitatio Hungarica* 2003;1 26-29.
6. Göbl G., Gáspár T. A nemzeti resuscitatio adatbázis kórházon kívüli részének első értékelése: másfél év tapasztalatai. *Újraélesztés – Resuscitatio Hungarica* 2004; 2 (3) 132-6
7. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14720 cardiac arrest from the National –registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation* 2003 (58) 297-308
8. Herlitz J. et al. Characteristics and outcome among patient suffering from in hospital cardiac arrest in relation the interval between collapse and start of CPR *Resuscitation* 2002 (53) 21-27.
9. Cummins RO, et al. Improving survival from sudden cardiac arrest: the „chain of survival” concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. *Circulation* 1991;83:1832-47.
10. Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC) *J Am Med Assoc* 1974;227 Suppl:833-868
11. Chamberlain D.A. Hazinsky M. F. ILCOR Advisory Statement: Education in Resuscitation *Resuscitation* 2003 (59) 11-43
12. Bogár L. et al. A Magyar Resuscitációs Társaság állásfoglalása az újraélesztés oktatásáról. *Újraélesztés-Resuscitatio Hungarica* 2004;2 (3) 115-123.
13. Tóth Z. et al. A Magyar Resuscitációs Társaság 2003. évi felnőtt alapszintű újraélesztési (BLS) ajánlása *Újraélesztés-Resuscitatio Hungarica* 2003;1 (2) 66-9.
14. European Resuscitation Council Guidelines 2000 for Basic Life Support, *Resuscitation* 2001 (48)
15. Juha N., Marja S. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation* 2000 (47) 179-184.
16. Murphy M., Fitzsimons D. Does attendance a tan immediate life support course influence nurses’ skill deployment during cardiac arrest? *Resuscitation* 2004 (62) 49-54.
17. Buck-Barrett J., Squire I. the use of basic life support skills by hospital staff; what skills should be taught? *Resuscitation* 2004 (60) 39-44.
18. Wik L. et al. Retention of basic life support skills 6 month after training with an automated voice advisory manikin system without instructor involvement *Resuscitation* 2002 (52) 273-279.
19. Kenward G., Castle N., Hodgetts T. J. Should ward nurses be using automatic external defibrillators as a first responders to improve the outcome from cardiac arrest? A systematic review of the primary research *Resuscitation* 2002 (52) 31-37
20. O’Hoggins F., Ward M., Nolan J. Advanced life support skills undertaken by nurses – UK

survey Resuscitation 2001 (50) 45-49.

21. Falus I. szerk. Didaktika Nemzeti Tankönyvkiadó 1998

22. Handly A.J. Teaching hand placement for chest compression- a simpler technique Resuscitation 2002 (53) 29-36

23. Smith A. et al Trials of teaching methods in basic life support (4): comparison of simulated CPR performance at unannounced home testing after conventional or staged training. Resuscitation 2004 (61) 41-47

24. Chamberlain D. et al Trials of teaching methods in basic life support (3): Comparison of simulated CPR performance after first training and at 6 months, with a note on the value of re-training Resuscitation 2002 179-187.

25. Gabbott D., Smith G., Mitchell S. Cardiopulmonary resuscitation standards for clinical practice and training in the UK. Resuscitation 2005 (64) 13-19

[Vissza a tartalomhoz](#)

ÁPOLÁSVEZETÉS

Milyen legyen a jó vezető az egészségügyben?

*Sikné Szemlics Andrea, egyetemi okleveles ápoló, vezető asszisztens
Unilever Magyarország Kft.*

Összefoglaló

A szerző által végzett vizsgálat célja kettős volt: egyrészt felmérni azt, hogy azok a munkavállalók, akik az egészségügyi intézményekben jelenleg vezetői (vagy vezetői típusú) munkakörben dolgoznak, részesültek/részesülnek-e vezetőképzésben, másrészt informálódni arról, hogy a jelenlegi vezetők szerint milyen tulajdonságokkal kell rendelkeznie egy „jó vezetőnek”.

A kutatás során az adatgyűjtés kérdőív alkalmazásával történt, leíró statisztikai módszerrel. A 212 db kérdőív Magyarország különböző régióit és különböző szektorait vizsgálta. Ennek eredményeként elmondható, hogy az egészségügyi vezetők nagy többsége részesült/részesül vezetőképzésben. A vizsgálat során mintegy „mellékletként” az is megállapítható volt, hogy azon földrajzi területeken, ahol felsőoktatási intézmény működik, magasabban képzettek a vezetők.

A probléma ismertetése

A vezetői tulajdonságokat már az ókorban vizsgálták, például Arisztotelész is, tehát a lehető legjobb egyén megtalálása az adott (vezetői) pozícióra nem új keletű törekvés. Az arisztotelészi filozófiából kitűnik, hogy „egyes emberek vezetésre születtek, míg mások arra, hogy vezetve legyenek”. Bizonyos jellemelméletek szerint néhány ember olyan jellemvonásokkal és személyiségjegyekkel bír, amelyek a többiekénél jobb vezetővé teszi őket. (Marquis, 1999)

A szervezeti kultúra –a munkahely szokás-rendszere meghatározza a vezetőket, míg a szervezeti kultúrát nagyban befolyásolja a munkaerőpiac, vagyis a dolgozók összetétele. Így van ez bármely szervezet életében, az egészségügyben is.

Mitől is lenne másképp? Az egészségügy az a terület, ahol az alkalmazottak „munkatárgya” az ember, aki lehet, hogy éppen beteg, így még érzékenyebb az őt körülvevő világra. Tehát **nem mindegy, hogy ebben az érzékeny környezetben kik dolgoznak, milyen mentalitással, milyen tapasztalattal, milyen szakmai hozzáértéssel és milyen vezetői tulajdonságokkal rendelkeznek.**

A jól megválasztott vezető meghatározza a csoportmunka morálját, a csoport teljesítményét, jelen szakterületünkön az ápolás minőségét.

Kutatást végeztem a jelenlegi ápolási vezetők körében, így vizsgáltam a vezetői képzettséget és azt,

hogy körükben milyen a vezetői tulajdonságok megítélése.

Milyen legyen a jó vezető az egészségügyben?

A kérdést a jelenleg ápolásvezetői munkakörökben betöltő vezetők válaszolták meg a kérdőív alapján. Ők azok a vezetők, akik igazán ismerik a jelenlegi egészségügyi struktúra felépítését, helyzetét, az ápolás minőségét, az elvárásokat és az igényeket. Az a véleményem, hogy ők adhatnak reális választ erre (és hasonló) kérdésre.

Elméleti háttér és felhasznált fogalmak

Vezetés: „... olyan folyamat, mely során a vezető a szervezet tagjainak magatartását valamilyen cél elérése érdekében befolyásolja...”. vagyis a „vezetés” egy kitűzött cél elérése érdekében mások (vezettek) cselekedeteinek irányítását, gondolkodásuk ilyen értelmű befolyásolását, a cél eléréséhez szükséges feltételek biztosítását jelenti.

Vezető: egy rendszer (mely előírásokkal szabályozott) folyamatos működését biztosítja meghatározott jogosultságokkal és felelősséggel. A rendszerben közösen kialakított, elfogadott és a szervezeti hierarchiában lebontott célok elérése érdekében szervezi és irányítja a vezetetteket, befolyásolja a gondolkodásukat, és a rendelkezésre álló kereteken belül biztosítja a célérés feltételeit. (Dobák, 1997)

Vezetési stílus

A vezetők a munkájuk során meghatározott vezetői stílusban tevékenykednek, amely egyúttal a munka hatékonyságának is feltétele.

A vezetői stílust befolyásolhatja:

- a vezető személyisége
- a szervezet tagjainak elvárásai, céljai, szükségletei
- a környezeti és szituációs tényezők.

A kutatók különböző modellek bemutatásával több csoportosításban közelítik meg a vezetési stílusok elemzését. Megkülönböztetnek döntésközpontú vezetési stílusokat (autokratikus, bürokratikus, részvételen alapuló vezetés, patriarchális, diplomatikus, szabadkezet adó vezető) és személyiségközpontú elméleteket (feladat-centrikus, beosztottcentrikus, kezdeményezés strukturális, figyelem típusú vezetők). (Dobák, 1997)

Vezetési funkciók

A vezető munkáját meghatározza a felelősségi kör, a hatáskör és a feladat.

Minden vezetői tevékenység öt fázisból áll, ezeket vezetői funkcióknak nevezzük:

- tervezés
- szervezés
- személyes vezetés
- irányítás, koordináció
- ellenőrzés.

1. Tervezés: az a tevékenység, melynek eredményeként megszületnek a szervezet céljai és az azok eléréséhez vezető utak.

2. Szervezés: A szervezés olyan struktúrafejlesztő tevékenység, amely valamilyen cél hatékony és eredményes elérése, végrehajtása érdekében konkrét erőforrásokat és tevékenységeket rendel egymáshoz és hangol össze. E struktúrafejlesztés irányulhat a szervezetben zajló folyamatokra és a szervezet felépítésére is.

3. Személyes vezetés: a konkrét célok eléréséhez szükséges erőforrások mozgósítása térben és időben, melyhez elengedhetetlen a kommunikáció, a vezetési stílus és a motiváció.

4. Irányítás, koordináció: az egyes szervezeti egységek céljainak és tevékenységének összehangolását jelenti a szervezeti célok hatékony megvalósítása érdekében.

5. Ellenőrzés: a vezetői tevékenység ellenőrzési funkciójának a célja a visszacsatolás. Folyamatosan összeveti a célokat és az eredményeket, nem kívánatos eltérésekkor a folyamat megfelelő pontján beavatkozik, változásokat eszközöl.

A vizsgálat célja

- Felmérni az egészségügyben, hogy a jelenleg vezető beosztásban dolgozók részesültek/részesülnek-e vezetőképzésben.
- Megismerni, hogy a jelenlegi vezetők szerint milyen tulajdonságokkal kell rendelkeznie egy „jó vezetőnek”.

Feltételezéseim:

- Az egészségügyben a vezetők részesültek/részesülnek vezetőképzésben.
- A vezető meghatározza az általa vezetett csapat munkáját, így az ápolás minőségét.
- Igény mutatkozik a hazai egészségügyben a “jó vezetők” alkalmazására.

A vizsgálati módszerek és minta

Felmértem a jelenlegi vezetők képzettségi helyzetét az egészségügyben. Leíró statisztikai felmérés módszerével, kérdőívek segítségével kérdeztem a vezetőket. Magyarország különböző régióiba, és az egészségügy különböző szektoraiba 274 db kérdőívet juttattam el, területi megoszlást tekintve Budapest 116 (42%), vidék 158 (58%) arányában.

A kérdőívvel egészségügyi intézményeket, illetve egészségügyi szolgáltatókat kerestem meg, összesen 21 intézményt. Ezek között volt kórház, rendelőintézet, szociális otthon, ÁNTSZ, magánszféra, és egyéb szolgáltató (alapítvány, Igazságügyi Minisztérium intézetei).

A megkérdezettek az ápolásügyben tevékenykedő, vagy az ápolásügyhöz közelálló jelenlegi vezetők voltak (vezető ápoló, részlegvezető ápoló, osztályvezető főnővér/ápoló, vezető asszisztens, ápolási igazgató helyettes, ápolási igazgató, osztályvezető főorvos, igazgató főorvos, egyéb intézményvezető, egészségügyi gazdasági vezető).

A kiküldött kérdőívek 82,8%-a kitöltve visszaérkezett, ezeknek 93,3%-a (212 db) volt értékelhető.

Eredmények

Az értékelhető **212 db** (N=212) kérdőív nemek szerinti eloszlása: nő 200 fő, férfi 12 fő.

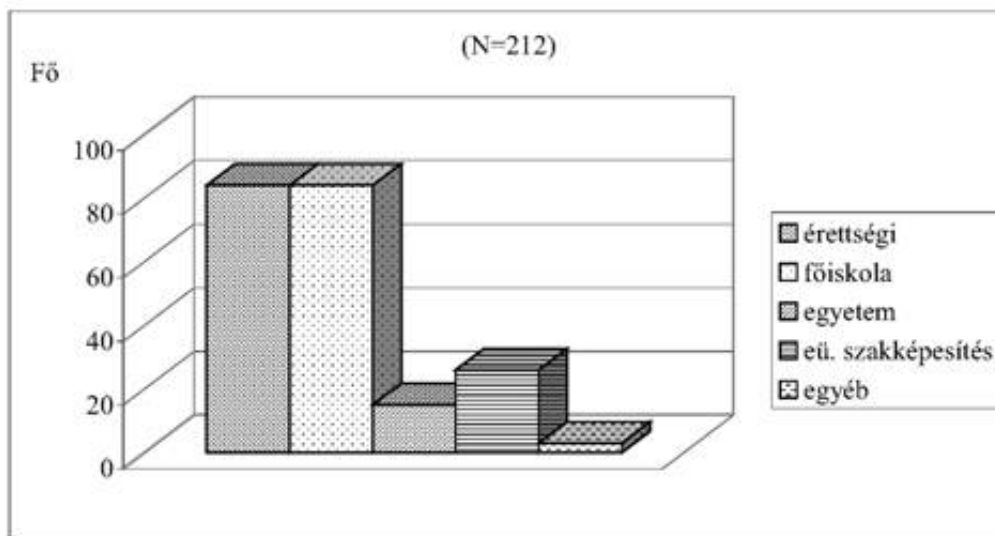
Ebből 81 fő budapesti egészségügyi intézményben dolgozik, 70 fő nagyvárosban, kisebb településeken pedig 61 fő. A válaszadó vezetők többsége közalkalmazottként kórházban dolgozik (164 fő). Középvezetői státuszban 87,2% (185 fő) dolgozik, míg 12,8% (27 fő) felsőbb vezetői pozíciót tölt be. A válaszadó munkakör szerinti megoszlását az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat: Vezetői beosztás megoszlása

Beosztás	Fő	%-ban
Részlegvezető ápoló	26	12,3
Osztályvezető ápoló	102	48,2
Vezető asszisztens	38	17,9
Ápolási igazgató helyettes	4	1,9
Ápolási igazgató	8	3,8
Osztályvezető főorvos	1	0,4
Igazgató főorvos	1	0,4
Egyéb vezető	32	15,1

A **legmagasabb iskolai végzettséget tekintve** 40-40% arányban az érettségi és a főiskolai oklevél áll első helyen (84-84 fő). Egyetemi diplomával 7% (15 fő) esetében találkoztam. A rendszerben vezetői munkakörben még található érettségi nélküli, egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek, és egyéb szakirányú végzettségűek is. A megoszlást az 1. ábra szemlélteti.

1. ábra: A legmagasabb iskolai végzettség



A válaszadó vezetők 18,4%-a (39 fő) jelenleg is folytat tanulmányokat, míg 81,6%-a (173 fő) nem. Jelenleg 4,8% (11 fő) részesül **vezetőképzésben**, korábban 60,3% (141 fő) vett részt ilyen célú szervezett képzésben (azaz összesen: 152 fő), vezetői önképzést 14,9% folytat. A jelenlegi vezetők 20%-a (47 fő) nem részesült vezetőképzésben.

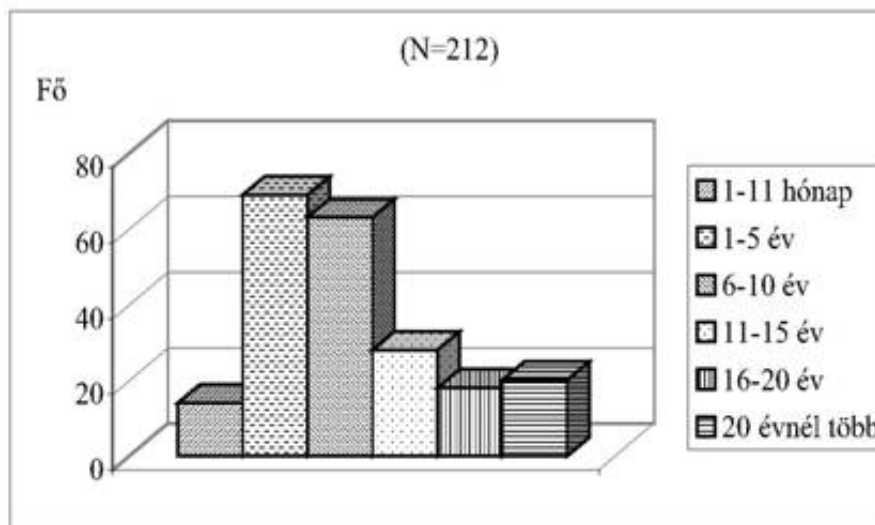
A vezetőképzés idejének megoszlását mutatja a 2. táblázat.

2. táblázat: Legutóbbi vezetőképzés ideje

Legutóbbi vezetőképzés ideje	Fő
1 éven belül	22
1-5 év	92
5-10 év	24
10 éven túl	14

A **vezetői pozícióban eltöltött évek számát** a 2. ábra mutatja be, mely szerint a legtöbb vezető jelenlegi pozíciójában 1-5 vagy 6-10 éve dolgozik (132 fő).

2. ábra: Vezetői pozícióban eltöltött évek száma



A válaszadók szerint a „jó vezető” meghatározza az általa vezetett csapat munkáját (211 fő, 99,5%), és a „jó vezetőkkel” biztosítható az ápolás minősége (193 fő, 91%). A válaszok megoszlását a 3. táblázat tartalmazza.

3. táblázat: A „jó vezető” hatása a végzett munkára

	Igen	Nem	Nem tudom
<i>A "jó vezető" meghatározza az általa vezetett csapat munkáját</i>	211	1	/
<i>A "jó vezetőkkel" biztosítható az ápolás folyamatos magas szintű minősége</i>	193	8	11
<i>Igény mutatkozik a "jó vezetők" alkalmazására a magasabb ápolási pozíciók betöltésekor</i>	184	8	20

Megbeszélés

„Csak az éri el céljait, aki ismeri azokat, megfogalmazza és folyamatosan ellenőrzi.”
(H.J. Schmidt)

A kutatásom során a felvetett hipotézisek igazolásra kerültek.

Feltételezésem, hogy a **vezetők részesültek/részesülnek vezetőképzésben az egészségügyben**, igazolást nyert. A megkérdezett vezetők nagy többsége, azaz 80%-a részese volt valaha vezetőképzésnek, vagy részese jelenleg is. A válaszokban az önképzés formáját is többen megjelölték. Ugyanakkor a válaszadó **vezetők 20%-a még nem részesült soha vezetőképzésben**. Ezt a számot igen magasnak ítélem meg.

A vezető – saját véleménye szerint meghatározza az általa vezetett csapat munkáját, így az ápolás minőségét feltételezésem igazolást nyert, amelyre a válaszadók 99,5%-a igennel válaszolt.

A jelenlegi vezető pozíciót betöltő dolgozók körét vizsgálva az a feltételezésem, hogy **igény mutatkozik a hazai egészségügyben a "jó vezetők" alkalmazására**, alátámasztást nyert. Ez állapítható meg a válaszok 86,7%-ból.

Kutatásomban (bár külön nem vizsgáltam, és erre hipotézist sem állítottam fel) mintegy „mellékleletként” azt is megállapítottam, hogy **azokban a magyarországi régiókban, ahol felsőoktatási intézmény működik, magasabban képzettek a vezetők**. Iskolai végzettségüket tekintve általános a főiskolai oklevél, de találhatunk egyetemi oklevéllel (és egyéb másoddiplomával) rendelkezőket is. Ezekben a régiókban többen részesültek/részesülnek vezetőképzésben.

Következtetések, javaslatok

Manapság a vezetőről alkotott régi kép gyökeresen megváltozott. A munkahelyeken új mércével ítélik meg a vezetőket. Nemcsak képzettség, iskolai végzettség, szakértelem és tapasztalat alapján lesz valaki vezető, hanem az is nagyon fontos, mennyire tudja befolyásolni önmagát és másokat. A vezető értelmi tulajdonságain túl fontosak a személyiségjegyei és a képességei. Kutatásom során vizsgáltam, a jelenlegi vezetők véleménye szerint milyen tulajdonságokkal kell rendelkeznie „egy jó vezetőnek”. Az általam felsorolt 40 tulajdonság közül kellett kiválasztani a vélt 15 legfontosabbat. A válaszok alapján készített 4. táblázat tartalmazza, hogy milyen tulajdonságok meglétével jellemezhetők az egészségügyben a „jó vezetők”.

4. táblázat: Vezetői tulajdonságok

Tulajdonságok	Válaszok száma	Tulajdonságok	Válaszok száma
Határozott	204	Toleráns	59
Megbízható	184	Kiszámítható	57
Szakmailag jól felkészült	184	Kellemes megjelenésű	53
Jó konfliktuskezelő	182	Energikus	48
Jó szervező	174	Megnyerő modorú	44
Jó kommunikációs készségű	166	Alkalmazkodó	41
Rugalmas	147	Könnyen elérhető	40
Segítőképző	137	Befogadókészség	31
Empatikus	133	Informatikai tudás	30
Kreatív	116	Baráti kolléga	29
Haladó gondolkodású	116	Vállalkozó készségű	29
Jó diplomáciai készségű	115	Magas iskolai végzettségű	27
Precíz	111	Ambiciózus	24
Motiváló képességű	110	Öntudatos	23
Stressztűrő készségű	101	Elfogadó	15
Őszinte	100	Önbizalommal teli	4
Nyitott	96	Anyagi beállítottságú	2
Tárgyilagos	94	Hangadó	1
Gyors döntéshozó	86	Egyéb	1
Nagy szakmai tapasztalatú	78	Büszke	0

Természetesen ez a jegyzék nem szemléltethető a teljesség igényével, hiszen ezeken kívül még nagyon sok tulajdonsággal kell rendelkeznie egy vezetőnek, melyet a munkakör és a szervezeti kultúra meghatároz, befolyásol. A táblázat a jelenlegi vezetők elvárásainak megfelelő tulajdonságokat tükrözi, amely nem egyezik meg az „ideális vezető” tulajdonságjegyeivel.

Érdekességként megemlítem, hogy **az alábbi tulajdonságok egyike sem került be az első 15 közé:** az informatikai tudás, a kiszámítható, az energikus, a vállalkozó készségű, az ambiciózus, az öntudatos. Ebből is látható, hogy az egészségügyi vezetés bizonyos tulajdonságokat nem tart olyan fontosnak, mint más szektor, ahol a piacorientált gazdaság nagyobb hatással bír.

Sokszor hallhatjuk napjainkban, hogy hazánk Európai Unió csatlakozásával országunkra vonatkozóan megváltoztak a feltételek, igények és az elvárások is. *Miért ne változhatnak meg az egészségügyi vezetők elvárásai is? És miért ne alakíthatnánk az elvárásokat az igényekhez? A jól képzett, a jól megválasztott, a jó vezetővel miért ne emelhetnénk magasabb- és magasabb szintre az ápolás minőségét, az ápolás tudományát?*

Ennek igényét (szükségességét?) a jelenlegi egészségügyi vezetők is megfogalmazták, a kérdőívekre adott válaszaikból ez egyértelműen kiderült.

(A szerzőnek a téma további kibontását tartalmazó másik cikkét következő számunkban közöljük. *A szerk.*)

Irodalomjegyzék

1. Bakacsi Gy.: Szervezeti magatartás és vezetés, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest 1996.
2. Dobák M.: Szervezeti formák és Vezetés, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest 1997.
3. Gyökér I.: Humánerőforrás-menedzsment, Műszaki Könyvkiadó, Budapest 1999.
4. Marquis, Huston: Vezetői szerepek és menedzsmentfunkciók az ápolásban –Elmélet és alkalmazás, Medicina Könyvkiadó RT., Budapest 1999.
5. Karoliny-né M., Poór J., Farkas F., László Gy.: Emberi erőforrás menedzsment kézikönyv, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest 2003.
6. Klein B, Klein S.: „Az érzelmileg intelligens vezető” Emberi erőforrás-menedzsment 3. máj. 1-14p, 2002.
7. Zrínyi M.: „Miért kellene határozott vezetők az ápolásban?”. *Nővér* 17. (4) 29-33 p, 2004.

[Vissza a tartalomhoz](#)

MINŐSÉGÜGY

Ápolás-szakmai audit módszertana a Heim Pál Gyermekkorházban

*Guti Tünde, osztályvezető főnővér, az ápolási igazgató műtéti szakápolási helyettese
Főv. Önk. Heim Pál Gyermekkorház, Fül-orr-gégészeti és Bronchológiai Osztály*

Összefoglaló

A szerző ismerteti a Heim Pál Gyermekkorházban 2003-ban bevezetett ápolás-szakmai audit módszertanát. Ennek kapcsán egy példán keresztül bemutatja a felülvizsgálat gyakorlatát is. Jelen cikkében az ápolási dokumentációk retrospektív ellenőrzése során szerzett tapasztalatok alapján, az ápolási diagnózisok alkalmazásának és megfogalmazásuk helyességének vizsgálatát részletezi a szerző. A feltárt hiányosságok javítására intézkedések születtek, melyek között kiemelt szerepet kaptak a célzott továbbképzések. 2005-ben a munkacsoport elvégezte az utóvizsgálatot. Ennek során azt találta, hogy sikeres volt a hibajavítás, a megtett intézkedések eredményeképp 100%-ra javult az ápolási diagnózisok használata, és azok megfogalmazásának helyessége 87% volt.

A minőségügy legfontosabb alapfogalmai közül néhány, a téma szempontjából kiemelten fontos meghatározás, a minőségirányítás és minőségbiztosítás szakszótára (MSZ EN ISO 9001 nemzeti szabvány) alapján:

Belső átvizsgálás (audit):

A minőségügyi átvizsgálás rendszerezett és független vizsgálat annak meghatározására, hogy a minőséggel kapcsolatos tevékenységek és a rájuk vonatkozó eredmények megfelelnek-e a tervezett intézkedéseknek, ezeket az intézkedéseket hatásosan megvalósították-e és alkalmasak-e a célok biztosítására.

Minőségbiztosítás:

a minőségügyi rendszeren belüli mindazon tervezett és rendszeresen végzett tevékenységek összessége, amelyek megfelelő bizonyosságot nyújtanak arra nézve, hogy a termék vagy a szolgáltatás a megadott minőségügyi követelményeket folyamatosan kielégíti.

Megfelelőség-tanúsítás:

a minőségbiztosítás magában foglalja a minőségellenőrzést. Célja a már elért minőségi szint biztosítása. Külső, független, erre felhatalmazott szervezetek ezt megfelelés-tanúsítás útján hivatalosan bizonyítják. A tanúsítás elsődleges célja az, hogy a szervezet a fogyasztó bizalmát megnyerje.

Minőségfejlesztés:

a szervezeten belüli műveletek a tevékenységek és a folyamatok hatásosságának és hatékonyságának növelése annak érdekében, hogy mind a fogyasztó igényeit, mind a társadalmi igényeket magasabb szinten, gazdaságosabban elégítse ki.

Folyamatos minőségfejlesztés:

a minőségfejlesztés nem csak alkalmi tevékenység, hanem a szervezet olyan felépítéssel rendelkezik, amely a minőségbiztosítás mellett biztosítja a minőség folyamatos elemzését és a minőségelemzés eredményeként nyert ismeretek felhasználásával, folyamatosan végzi a minőségfejlesztést.

A folyamatosan végzett minőségfejlesztés ma már általános követelmény. Célja a magasabb minőségi szinttel a piaci versenyben előnyt elérni, ezért alapja a fogyasztói igények felmérése, illetve megbecslése. Módszere a folyamatok javítása, amely állhat megelőző és korrigáló tevékenységből, vagy új módszerek, technológiák kifejlesztéséből, átvételéből.

A minőségbiztosítás állandó folyamat (az adatok gyűjtése és kiértékelése, a szükséges beavatkozások megtétele), ezért időbeliségét tekintve valóban folyamatosan történik. Azonban a minőségbiztosítás általánosan elterjedt eszköze az időlegesen, a minőségügyi rendszerben rögzített időszakokban megtartandó átvizsgálás (audit). Az **átvizsgálás** a minőségügy legáltalánosabb eszköze.

A minőségügy általános fogalmai után a minőségügyi átvizsgálást, majd az egészségügy szakmai átvizsgálását tárgyaljuk, ezen belül az ápolás-szakmai audit módszertanát, és a gyakorlati alkalmazását mutatom be egy vizsgálat ismertetése alapján.

Belső átvizsgálás

Módszertana:

A minőségügyi átvizsgálásnak célja lehet a minőségügyi rendszer átvizsgálása (**minőségügyi rendszer átvizsgálás**), valamint a szolgáltatások folyamatainak átvizsgálása (**szakmai átvizsgálás**). Időszakonként minőségügyi auditokat kell végezni annak ellenőrzésére, hogy a végzett tevékenységek és a velük kapcsolatos eredmények megfelelnek-e a tervezett intézkedéseknek és a minőségbiztosítási rendszer hatékonyságának ellenőrzésére.

A belső minőségátvizsgálásokat az átvizsgálendő tevékenység státusza és fontossága alapján kell ütemezni, és attól a személytől függetlenül kell végrehajtani, aki felelős a szóban forgó tevékenységért.

Minden átvizsgálásról jelentés készül, amely tartalmazza az átvizsgálás célját, az alapul szolgáló követelményeket, és a talált eltéréseket. Ezt a jelentést kiadják az érintett vezetőknek. A minőségbiztosítási rendszer átvizsgálásának megállapításait nyomtatványon rögzítik. A területért felelős vezetőnek gondoskodnia kell az átvizsgálásnál feltárt hiányosságok kiküszöböléséről. Az átvizsgálási jelentésben szereplő intézkedések megvalósítását a minőségügyi vezető követi nyomon, folyamatosan figyelemmel kísérve azokat, utóellenőrzéseket végezve, vagy kombinálva a folyamatos megfigyelést a következő alkalommal végzett átvizsgálással. A követés eredményét is dokumentálják. A minőségügyi vezető az átvizsgálás eredményét és a követés közben készített megfigyeléseit a felső vezetéshez is eljuttatja. Az átvizsgálások gyakoriságát a kérdéses tevékenységek fontosságára és a meglévő vagy valószínű problémákra vonatkozó ismereteink alapján határozzuk meg.

Szakmai átvizsgálás

A szakmai átvizsgálás az egészségügyi szolgáltatás minőségének módszeres, kritikai elemzése. Fontos eszköze mind a minőségbiztosításnak, mind a minőség-fejlesztésnek, tehát egyaránt célja lehet a szakmai minőség ellenőrzése és annak fejlesztése.

A szakmai átvizsgálás lehet orvosi, ápolási, vagy más egészségügyi ellátást nyújtó szakma (pl.: gyógytornász, dietetikus stb.) területére irányuló, illetve klinikai audit, amely egy betegellátási eseményt egészében vizsgál.

Módszerei szerint a következő típusú átvizsgálásokat különböztetjük meg:

- **Standardorientált átvizsgálás**

A leggyakoribb auditfajta. Az auditor csoport az egyes szervezeti egységre, és az adott folyamat típusra vonatkozó kritériumok, indikátorok figyelembe vételével ellenőrzi a standardok teljesülését. Az átvizsgálás céljától függően használhatja a minőségügyi rendszer standardjait, ha a meglévő rendszer érvényesülésének ellenőrzése a célja. Használható akkor is, ha nincs rögzített minőségügyi rendszer, ilyenkor az átvizsgáló team definiálja standardjait. Végezhető úgy is, hogy az auditor csoport határozza meg az átvizsgálás standardjait.

A minőségügyi rendszer előírja a szakmai átvizsgálások menetrendjét. Az előírt átvizsgálásokat minden különösebb probléma, ok nélkül is végre kell hajtani.

- **Fókuszált átvizsgálás**

Az átvizsgálás egy jól meghatározott konkrét célra irányul. Alkalmazható akkor, ha egy folyamatot, egységet kell átvizsgálni a minőség-összetevők feltárása, standardok kialakítása érdekében. A folyamatelemzés is egy speciális fókuszált átvizsgálás. Alkalmazhatjuk akkor is, ha a minőségfejlesztés során egy probléma okait keressük.

- **Adatra alapozó átvizsgálás**

Nem egy meghatározott cél, nem is a standardok irányítják, hanem a rendelkezésre álló adatok. Ezekből kiindulva az átvizsgáló team felépíti annak a képét, hogy egy meghatározott szempontból mi történik a vizsgált egységben. Akkor alkalmazható, ha kiterjedt, strukturáltan tárolt, könnyen hozzáférhető adattömeg áll a rendelkezésre.

Az **átvizsgálást végzők szempontjából** megkülönböztethetünk:

- **belső átvizsgálást:** a szervezet szakembereiből áll az átvizsgáló team, és

- **külső átvizsgálást:** amikor külső szakemberek végzik az átvizsgálást.

Az **átvizsgálás ideje alapján** lehet:

- **utólagos (retrospektív) átvizsgálás,** amikor már lezárt esetek kerülnek vizsgálatra, és

- **egyidejű átvizsgálás,** amikor a még ellátás alatt lévő páciensek eseteit vizsgálják át az ellátás folyamatával egy időben.

Az átvizsgálás folyamatának lépései:

● **A téma kiválasztása**

Meg kell határozni azt a témát, amire a kivizsgálás irányul. A témaválasztás szempontjai a következők lehetnek:

- legyen hatással az eredményekre.
- sok páciensre vonatkozzon.
- problémát jelezzon.
- magas kockázatot fejezzon ki.
- legyen fontos a téma.
- legyen jellemezhető mérhető kritériumokkal, vagy indikátorokkal.
- legyen befejezhető a vizsgálat korlátos idő alatt.

● **👥👥👥👥 A csoport összeállítása**

Az átvizsgálást csoport végezze, melynek összetételét illetően fontos, hogy a tagok szakmai végzettsége ne legyen alacsonyabb, mint az általuk vizsgált munkatársaké. A szakmai szempontok mellett elsőrendű szempont, hogy a tagok képesek legyenek együtt dolgozni, és valódi csoportot

alkossanak. A vezetőjét választhatja maga a csoport, vagy egy kinevezett vezető válogathatja össze a tagokat

- **A standardok megválasztása** (standardorientált átvizsgálás esetén)

Használhatók a már megállapított standardok, de alkalmazható olyan átvizsgálás is, amikor a csoport maga választja meg standardjait. A standardok kiválasztásához olyan személyek szükségesek, akik nemcsak a szakmai hozzáértésükkel tűnnek ki, hanem járatosak a minőségügyben is.

- **A módszer megválasztása**

A módszer megválasztását egyrészt a kitűzött téma, másrészt a rendelkezésre álló adatforrások befolyásolják.

- **Adatgyűjtés, -csoportosítás és -elemzés**

A munkamegosztást a csoport vezetőjének kell megszerveznie úgy, hogy minden tevékenységet olyan tag végezzen, aki képes azt jól végrehajtani. Az adatgyűjtést megkönnyíti a számítógépes információs rendszer. Az elemzés ok-okozati vizsgálat, azaz ki kell deríteni, hogy mi okozza a problémát.

- **Kiértékelés**

A standardoknak való megfelelés a megfelelőséget jelenti, nem pedig a minőséget. Ezért a végső ítéletet csak a terület elismert szaktekintélyei hozhatják meg. A konklúciónak elég egyértelműnek kell lennie, hogy a további tevékenységet befolyásolhassa.

- **Jelentés**

A jelentésnek pontosnak, határozottnak kell lennie ahhoz, hogy hatásos legyen. A vizsgált egységről, és folyamatokról kell szólnia, nem egyes személyekről.

Az átvizsgálást intézkedések követik. Az intézkedések hatását figyelni kell: meghozták-e a kívánt eredményeket, a feltárt problémákat oldják-e meg. Célszerű, hogy az auditor csoport egy későbbi időpontban újra elvégezze a vizsgálatot.

A szakmai átvizsgálás a minőségügy elengedhetetlen velejárója, ugyanakkor az egyik olyan módszer, amely kiválthatja a munkatársak_ellenérzését. Ezért folyamatosan kell bevezetni, először az egyszerűket, majd fokozatosan a bonyolultabbakat. Fontos, hogy a vizsgált munkatársak partnerek legyenek, ne ellenfelek. **Az audit közös erőfeszítés a jobb minőség érdekében.**

Ápolás-szakmai audit

Az ápolás-szakmai audit témája szempontjából alapvető fogalmak ismertetése után a Heim Pál Gyermekkorház Ápolás-szakmai audit csoport munkája alapján_bemutatom azt, hogy a gyakorlatban hogyan valósul meg ez a tevékenység.

Kórházunkban 2000. 02-óta működik minőség és környezetközpontú rendszer az MSZ EN ISO 9001: 2001, az MSZ EN ISO 14001: 1997 szabványoknak és 2003. óta a Kórházi Ellátási Standardok (KES 2.0) követelményeinek megfelelően.

Ápolás-szakmai audit csoportunk megalakulásának a célja:

Az ápolásra vonatkozó szakmai előírások (eljárési leírások, munkautasítások) ismeretének és betartásának átvizsgálása_az ápolók körében.

A szakmai auditok célja a betegellátás rendszeres és kritikus elemzése.

Az Ápolás-szakmai audit csoport 2003. 09. 05-én alakult, a Heim Pál Gyermekkorház belső minőségügyi rendszerének részeként. A csoport alapítója a kórház minőségügyi vezetője, tagok: főigazgató, két osztályvezető főnővér, osztályvezető asszisztens és kontroller.

A munkacsoport összeállításának szempontjai között szerepelt az is, hogy legyen benne egy-egy nagy tapasztalattal rendelkező szakdolgozó belgyógyászati jellegű osztályról, manuális osztályról, diagnosztikai osztályról is. A feladatot a munkatársak a mindennapi munkájuk mellett végzik.

Az Ápolás-szakmai audit módszertana:

A munkacsoport éves munkatervében előre meghatározza a vizsgálatok tárgyát, módszerét, a minta nagyságát, az adatok feldolgozását, a vizsgálatok szempontjait, és az eredmények értékelését, elemzését.

- A vizsgálatok témájának meghatározásánál a tevékenység gyakoriságát, a beavatkozás magas kockázatát vesszük figyelembe.

-A vizsgálat módszere szerint standard-alapú, retrospektív és egyidejű vizsgálatokat végzünk. Az audit technikáját tekintve megfigyelést, kikérdezést, kérdőíves felmérést, és az ápolási dokumentáció átvizsgálását alkalmazzuk.

- A minta nagyságát a téma határozza meg.

- A vizsgálat szempontjainak összeállítását egy kijelölt csoporttag végzi.

- Az adatok feldolgozása csoportosan, a begyűjtött dokumentációk, vizsgálati adatlapok elemzésével, összesítésével történik.

- Az eredmények értékelését, elemzését közösen végzi a csoport.

- Minden vizsgálat befejezése után az össze-sített jelentést, és a feltárt hiányosságokkal kapcsolatos javaslatokat a csoportvezető átadja a minőségügyi vezetőnek, aki az illetékes szakmai terület igazgatóját felkéri a szükséges javító intézkedések megtételére. A szakmai igazgató az intézkedéseket saját hatáskörben megteszi. Ezek betartását, eredményességét a szakmai audit egy későbbi időpontban ellenőrzi egy ismételt vizsgálat során.

Az ápolási dokumentáció vizsgálatát, ezen belül az ápolási diagnózisok használatát 2003. októberében vizsgálatuk először, ezt és a 2005-ben történt utóvizsgálat eredményeinek összehasonlítását végeztem el, és a végrehajtott intézkedések hatásosságát vizsgáltam.

Az Ápolási dokumentáció vizsgálata

- A csoport megállapodott a vizsgálat témájában, módszerében, technikájában, a minta nagyságában, a feldolgozás formájában, a szempontok összeállításában. A retrospektív audithoz a kórház 11 osztályáról, osztályonként az augusztusban távozott első 10-10 beteg egészségügyi dokumentációját kértük be. A begyűjtött ápolási dokumentációkat átvizsgáltuk. A vizsgált kritériumokat a következők voltak:

1. Van kitöltött ápolási dokumentációja minden betegnek?
2. Szerepel a felvevő ápoló neve a dokumentumon?
3. Aláírásával igazolta a szülő/gonozó az elmondott adatok valóságát?
4. Aláírta a szülő/gonozó, a házirend tudomásulvételét?
5. Van ápolási diagnózis?
6. Helyes az ápolási diagnózis megfogalmazása?
7. Az allergiára vonatkozó anamnézis rész ki lett töltve?
8. Van ápolói bejegyzés a gyógyszerbevitel megszokott módja rovatban?
9. Az ápolói megfigyelés rovatban szerepel bejegyzés?
10. Az ápolás összefoglalása megtörtént?
11. Aláírta a szülő az ápolási dokumentációt távozáskor?
12. Szerepel a távoztató ápoló aláírása?
13. Az osztályvezető főnővér ellenőrizte a dokumentációt? (igazoló aláírás)

A kritériumok teljesülését, illetve az eltérés indoklását vizsgáltuk, igen/nem válaszlehetőségekkel és megjegyzésre is lehetőséget adtunk.

Az összesítést csoportosan végeztük, a kapott eredményeket számítógépen feldolgoztuk, és összesítettük.

2003-ban összesen 110 darab dokumentációt vizsgáltunk át. Osztályonkénti bontásban a 13 kritérium teljesülését értékeltük.

Ezek közül jelen dolgozatomban az ápolási diagnózisra vonatkozó két kritériumot vizsgálom.

A vizsgálat eredménye szerint 2003-ban az ápolási diagnózis a vizsgált 110 dokumentáció:

- 98%-ában szerepel ápolási diagnózis, és
- 74%-ban helyes a megfogalmazása

A két eredmény alapján elmondható, hogy az ápolási dokumentáció vezetése, az ápolási diagnózis rovat kitöltése rutinná vált, azonban annak szakmai tartalma, megfogalmazása 26%-ban nem volt megfelelő. Részletesen megvizsgálva a leírt ápolási diagnózisokat, sok esetben egyforma, azonos diagnózisokat találtunk, melyek sem a gyermek problémáit, sem az ez által indukált szakmai teendőket nem fedték..

Az elvégzett vizsgálat eredményéről jelentést adtunk a minőségügyi vezetőnek, amelyben megfogalmaztuk javaslatainkat. Ezek a következők voltak:

- szükségesnek látszik a Heim Pál Kórház Ápolási diagnózis gyűjteményének felülvizsgálata;
- továbbképzéseket kell szervezni az ápolási diagnózisok témakörében a vezető szakdolgozóknak és a gyermekápolóknak.
- A statisztikai eredményekben 10%-os javulást kell elérni a javító intézkedések hatására.

A minőségügyi vezető az ápolás-szakmai audit során feltárt hiányosságokkal kapcsolatban az ápolási igazgatót felkérte a szükséges intézkedések meghozatalára. Ennek következtében:

- Továbbképzés történt az osztályvezető főnővéreknek és helyetteseinek, melynek témája: az ápolási diagnózis fogalma, fajtái, felállításának szabályai, helyes megfogalmazása volt.
- Osztályos szintű továbbképzéseket tartottak, valamennyi gyermekápoló részvételével, ugyanebben a témában.
- Munkacsoport alakult, melynek célja volt a Heim Pál Gyermekkorház ápolási diagnózis gyűjteményének felülvizsgálata, és bizonyos betegségekre ajánlott „egység-csomagoknak” a létrehozása.

Az ápolási dokumentáció, ezen belül az ápolási diagnózisok használatának utóvizsgálata 2005. februárban történt, több mint egy év elteltével. A munkacsoport azonos vizsgálati paraméterek alapján végezte az ellenőrzést.

A vizsgált két kritérium eredménye a következőképpen alakult:

2005-ben a vizsgált 110 db dokumentáció közül

- 100%-ban szerepelt ápolási diagnózis, és
- 87%-ban volt helyes a megfogalmazása.

Az ápolási dokumentáció utóvizsgálatának tapasztalata szerint egyértelmű volt a javulás.. Bár az ápolási diagnózisok megfogalmazása jelentős javulást mutatott, azonban még mindig előfordult, hogy a megfogalmazás helytelen volt, vagy a megfogalmazás helyes volt ugyan, de nem fedte teljes mértékben a beteg problémáját. Gyakori, hogy egyforma diagnózisokat találtunk, vagy egy betegnél csak egy ápolási diagnózis szerepelt, ill. orvosi diagnózist olvastunk az ápolási diagnózis rovatban.

Összefoglalás

A fenti gyakorlati példa is igazolja, hogy mennyire fontosak a rendszeresen végzett minőségügyi auditok, melyek kapcsán a problémafeltárás, a javító intézkedések meghozatala és azok következetes végrehajtásának ellenőrzése történik.

A minőségügyi auditokon belül hangsúlyos szerephez kell jutnia a szakmai felülvizsgálatoknak.

Az ápolási diagnózis képessé teszi az ápolót a személyre szabott ápolás megvalósítására, a beteg egyéni ápolási szükségleteinek kielégítésére. Fontos ezért az alapos állapotfelmérés kapcsán a szükségletek pontos megállapítása, a prioritások figyelembevételével az ápolási beavatkozások végrehajtása. Az ápolási diagnózisok jelentősége abban is van, hogy az ápolás így a tudatosságon, célkitűzéseken alapul. Azon kívül az ápolócsoport tagjai között az információ átadását, valamint a társszakmák képviselővel való konzultációt segítik. Az ápolási diagnózisok alkalmazása növelheti az ápolás eredményességét, és segíti, hogy az ápoló a beteg ellátása során a saját szerepére összpontosítson.

A 2003-ban végzett ápolás-szakmai audit során azt tapasztaltuk, hogy a vizsgált dokumentációk 98%-án szerepelt ápolási diagnózis, és a megfogalmazásuk 74%-ban volt helyes.

Ezen az eredményen kívántunk javítani:

- kórházi és osztályos szintű továbbképzésekkel,
- szakmai irányelv és segédlet kidolgozásával.

A 2005-ben végzett ismétlődő vizsgálat alkalmával azt találtuk, hogy a vizsgálat dokumentációk mindegyikében szerepelt ápolási diagnózis, és a megfogalmazás területén több mint 10%-os javulást értünk el, azaz, a második vizsgálati évben 87%-os volt a helyesen megfogalmazott ápolási diagnózisok aránya.

Ebből adódik az a következtetés, hogy további javulás várható az ápolási diagnózisok használatának megfelelésében az évenkénti rendszerességgel tartott továbbképzések következtében.

Köszönetnyilvánítás: a szerző ez úton is megköszöni az ápolás-szakmai auditor csoport tagjainak: Buncsik Ildikónak, Halmosné Úrhegyi Évának, Prosinger Lászlónénak és Smrcz Ervinnek az együttműködést.

Irodalomjegyzék:

1. Gergely Tamás, Szóts Miklós (2001): Minőség az egészségügyben Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
2. Gulácsi László (2000) Minőségfejlesztés az egészségügyben Medicina Könyvkiadó Rt.-Budapest
3. Kujalek Éva (2003): Belső audit Eljárási leírás Heim Pál Gyermekkorház, Budapest
4. Marr, Heather – Giebing, Hannie (1996): A minőség biztosítása az ápolásban Semmelweis Kiadó, Budapest
5. Mogyorósy Gábor: Amit a klinikai auditról tudni kell (előadás)
6. MSZ EN ISO 9001: 2001 szabvány MSZT, Budapest
7. Cvetreite, John (1999): Minőség szemlélet az egészségügyben Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
8. tudor.szote.u-szeged.hu

[Vissza a tartalomhoz](#)

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Szemészeti felmérés táborozó I. típusú cukorbeteg fiatalok körében

Bódi Mónika, szemészeti asszisztens, diabetológiai szakápoló,

Diabetes Ambulancia, Szeged Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Szemészeti Klinika, Szeged

Dr . Pető Tünde, egyetemi tanársegéd

Diabetes Ambulancia, Szeged Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Szemészeti Klinika, Szeged

Dr . B. Tóth Barbara, klinikai orvos

Diabetes Ambulancia, Szeged Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Szemészeti Klinika, Szeged

Összefoglaló

Vizsgálat célja:

Cukorbetegeknek szervezett táborban végzett vizsgálat alapján elemezzik a szerzők, hogy szemészek, illetve diabetológiai szakápoló végzettséggel rendelkező szemészeti szakasszisztensek hogyan

járulhatnak hozzá a cukorbeteg oktatásához, és a szemészeti szövődmények felismeréséhez.

Vizsgálati módszerek és minta:

Két tábor során 60 fő 1. típusú diabetes mellitusban (továbbiakban DM) szenvedő fiatal válaszolt a kérdőívben feltett kérdésekre, valamint részletes szemészeti vizsgálatban vettek részt.

Eredmények:

A kérdőívek értékelése alapján kiderült, hogy nem mindenki értette meg a rendszeres szemészeti vizsgálatok fontosságát, és egyes fiatalok gondban voltak a szemészek és ápolók által nyújtott információ feldolgozásával is. A helyszínen végzett szemészeti vizsgálat során mindössze két fiatalot irányítottunk szemészeti szakrendelésre, diabeteses retinopathia miatt.

Következtetések:

Tapasztalataink alapján javasoljuk, hogy a táborozás során részletes szemészeti felvilágosításban is részesüljenek a fiatalok, amely nemcsak a DM szemészeti szövődményeit ismerteti, hanem felhívja a figyelmet a szövődmények kialakulásának megelőzése, vagy korai felismerése céljából végzett szemészeti vizsgálatok fontosságára is.

Probléma ismertetése

A DM következtében kialakuló vitreoretinopathia proliferatív a vakság egyik leggyakoribb oka a fiatal, munkaképes korú 1. típusú cukorbetegségben szenvedő betegek között (Brink, Moltz, 1997, Pető et al, 2002, DCCT, 1993). Mind a St. Vincent Deklaráció, mind pedig a Vision 2020 mozgalom céljául tűzte ki, hogy az így kialakuló vakság előfordulási gyakoriságát csökkentse (WHO, 1989, Németh, Süveges, 2001). Hazánk mind a két programhoz csatlakozott és folyamatosan dolgozik azon, hogy a célkitűzéseket teljesíteni tudja. A diabeteses retinopathia kialakulásában meghatározó szerepet játszik a vércukorszint nem kielégítő kontrollja (DCCT, 1993, Ohkubo et al 1995, Stratton et al, 2000). Ez az összefüggés az 1. típusú cukorbetegségben szenvedő betegek között a legerősebb (DCCT, 1993). A betegség korai stádiumban csak részletes szemészeti vizsgálattal ismerhető fel. A vakság megelőzésében hangsúlyozzák a szemészeti szűrés szerepét, ezért egyes országok már nemzeti programot hoztak létre a probléma átfogó megoldására (Younis et al, 2002). A cukorbeteg fiataloknak nem csak a cukorbetegséggel, hanem a karrier és a család adta kihívásokkal is meg kell küzdeniük. A korai stádiumban látásromlást nem okozó diabeteses retinopathia másodrendű lehet a mindennapi problémák között. A cukorbeteg számára szervezett táborok jó alkalmat adhatnak arra, hogy a szemészeti szövődmények kialakulását megismertessük és megvitassuk (ADA, 2002). A tábor során lehetőség van annak felmérésére is, hogy a fiatalok mennyire érték meg a megelőző szemészeti szűrővizsgálatok fontosságát.

Vizsgálat célja

A vizsgálat célja az volt, hogy a két tábor során, melyet cukorbeteg fiataloknak szerveztek 2000-ben, egyrészt felmérjük a betegek tájékozottságát, másrészt pedig ismertessük a DM szemészeti szövődményeit, valamint azok megelőzési és kezelési lehetőségeit. Célunk volt az is, hogy a tábor ideje alatt a szemészeti szűrővizsgálatokat elvégezzük, és ha szükséges, a területileg illetékes szakrendelőbe irányítsuk a betegeket.

Vizsgálati módszerek és résztvevők

A 2000-es évben munkacsoportunk két, DM-ben szenvedő fiatalokat oktató táborban vett részt. Mind a két táborba meghívás alapján, az egyik szerző (PT) korábbi, fiatal cukorbetegekkel kapcsolatos munkássága alapján került sor. Az első tábor egy hétvégén, Csillebércen került megrendezésre, a másodikat, Balatonfenyvesen tartották. Mindkét tábor a Magyar Cukorbeteg Országos Szervezetének Ifjúsági Tagozata szervezte. A táborban való részvétel önkéntes volt, a költségeket a szervezők fedezték a cukorbeteg fiatalok részére, míg a hozzátartozók számára önköltséges volt. A táborozás során munkacsoportunknak lehetősége volt a cukorbetegség szemészeti ellátásának

ismertetésére, a tudásszint felmérésére és a szűrővizsgálatok elvégzésére. Az önként jelentkező cukorbeteg fiataloknak mind a két helyszínen kérdőívet osztottunk ki, melynek első része az életkorra, a cukorbetegség tartamára, az inzulinterápiára, otthoni vércukorszint ellenőrzésére, hypoglycaemia gyakoriságára vonatkozó kérdéseket tartalmazott. A második rész a szemészeti vizsgálatokról érdeklődött. Egyrészt a vizsgálat menetéről kérdezett, másrészt arról, hogy a fiatalok megértették-e a vizsgálat célját (a kérdőív egy oldalas változatát az 1. számú melléklet tartalmazza). A kérdőíveket név nélkül, önállóan (illetve akinek szüksége volt rá, szülői segítséggel) töltötték ki a táborozók, utána a fiatalokat szemész szakorvos vizsgálta meg. A táborozás során ismeretterjesztő előadásokra is sor került, ezeken minden táborlakó részt vett.

A kérdőív eredményeit táblázat-kezelő program segítségével elemeztük. A minta nem volt elég nagy ahhoz, hogy részletes, a két tábor összehasonlító statisztikai elemzést tudjunk végezni.

Eredmények

A fiatalok saját maguk dönthették el, hogy melyik táborban kívánnak részt venni a felkínált oktatóprogramon. A két rendezvényen összesen 64 fiatal cukorbeteg vett részt, közülük összesen 60 vállalta a kérdőívek kitöltését. A négy fiatal, akik nem vállalták a kérdőív kitöltését, okként azt jelölték meg, hogy ők rendszeres szemészeti gondozás alatt állnak. Közülük hárman 20-30 év közöttiek, egy fiatal 18 éves volt. Mindannyian több mint 5 éve cukorbetegek, egyikük sem volt intenzív inzulinterápián. A vizsgálatban résztvevők közül 70% (42 fiatal) 20-40 év közötti, a többiek 20 év alattiak voltak. Mindenki legalább 5 éve szenvedett cukorbetegségben. A megkérdezettek 40%-a (24 fő) intenzív inzulinterápiás kezelésre volt beállítva. Összesen 90% (54 fő) ellenőrizte otthon a vércukorszintjét legalább naponta kétszer. Ugyanennyien számoltak be legalább havi 5-10 alkalommal fellépő olyan hipoglikémiáról, amelynek rendezése külső beavatkozást nem igényelt. Főleg a vidéki gondozóközvetekből érkezett fiatalok jelezték, hogy diétás tanácsadás nem, vagy csak nagyon nehezen érhető el közvetlen környezetükben.

Szemészeti szakrendelésen minden fiatal megfordult az előző évben. Mintegy 70%-uk (42 fiatal) látásélessége volt teljes mind a két szemén, de a többi fiatal látásromlása sem a cukorbetegség szemészeti szövődményének következménye (egy sérülésből adódó látásromlás kivételével a nem megfelelően javított rövid- illetve távollátás volt felelős a nem teljes látásért). Szemnyomásmérésről, amely a zöldhályog (glaucoma) szűrés része, és pupillatágítás előtt elvégzendő, csak kevesen számoltak be, és még a megfelelő gépezet felmutatása után sem ismerték fel, hogy ilyennel találkoztak volna. A vizsgálatok során egy zöldhályog gyanús fiatalot találtunk, akit a megfelelő szakrendelésre utaltunk. Pupillatágításban elvégzett szemfenék vizsgálat a legmegbízhatóbb módszer a kezdődő szemszövődmény kimutatására. Még az előrehaladott, a látást már fenyegető stádiumban levő szemészeti szövődmény is esetleg csak így ismerhető fel. A szubklinikus elváltozások és a retina keringés pontos megítélésére elvégzett fluorescein angiográfiás vizsgálatokról a betegek 10%-a számolt be. Ezen betegeknél már a látóhártya argon lézer fotokoagulációs kezelése is megtörtént a látás megőrzése céljából. A helyszíni vizsgálaton egy fiatalnál kezeletlen proliferatív diabéteszes retinopátiát találtunk, őt a megfelelő szemészeti rendelésre utaltuk, és folyamatos gondozás alatt áll azóta is. A vizsgálatok szükségességének megértése azonban már közel sem mutatott ilyen jó eredményt. A válaszolók mintegy 50%-a (29 táborozó) nem volt biztos abban, hogy miért kell a látásélességet, a szemnyomást ellenőrizni, miért végeznek érfestéses vizsgálatot, és mi a célja a lézer kezelésnek. Az általunk fontosnak tartott információkat az előadások és szemináriumok, valamint szükség szerint a személyes elbeszélgetések során sikerült átadnunk.

Az előadások során a következő területeket beszéltük meg:

- † Diabétesz típusai, különös tekintettel az 1. típusú DM-ra,
- † A normál látás fogalma, a fiziológiás szemfenék bemutatása,
- † A diabéteszes retinopátia fogalma és jellemzői,
- † A szemészeti vizsgálat menete, a látásélesség és a szemnyomásmérés fontossága,
- † Pupillatágításban végzendő vizsgálatok: a szemfenék vizsgálata, a fluorescein angiográfia,
- † A lézer kezelés javallatai, menete és mellékhatása,
- † A diabéteszes retinopátia megelőzésének, és a progresszió lassításának lehetőségei.

Megbeszélés

A diabéteszes retinopátia felismerése és kezelése elsősorban a szemész szakorvos feladata. A táborozások jó lehetőséget adnak a fiatalok részletes felvilágosítására a szemészeti szövődményekről és a kialakulásukat befolyásoló tényezőkről. Érdemes felhívni a fiatalok figyelmét arra, hogyan lehet hátráltatni a szövődmények megjelenését és lassítani a kifejlődésüket a megfelelően beállított vércukor és vérnyomás szinttel. A táborozás során az egészségügyi szakemberek saját ismeretanyagukat is bővíthetik azzal kapcsolatosan, hogy a fiatalok milyen problémákkal küszködnek, mert ezekre oda kell figyelni a mindennapos betegellátás folyamatában is. A táborozás során szerzett tapasztalatainknak megfelelően a cukorbeteg szemészeti ambulanciáján (ahol szakképzett diabetológiai szakápoló dolgozik) rutinkérdéssé vált a hypoglycaemia előfordulási gyakoriságának és megelőzésének kikérdezése is, és az erre vonatkozó tanácsadás beépítése a betegellátás menetébe. Rendelésünkön sok fiatalot látunk el, akik vidékről érkeznek. Ha szükségesnek látjuk, a szemészeti vizsgálat napjára a betegeknek igyekszünk diétás tanácsadást szervezni a szomszédos belgyógyászati klinikán. Amennyiben ez nem lehetséges, akkor a szemészeti szakrendelésen résztvevő, megfelelően képzett, a cukorbetegséggel kapcsolatos ismereteket jól ismerő ápoló feladata is lehet a diéta fontosságának felelevenítés, pontosítása. A pupilla megtágítása legalább fél órát, időnként akár több időt is igénybe vehet, ez az időtartam lehetőséget ad az ilyen típusú megbeszélésekre is (milyen alapvető életmódbeli változtatások szükségesek a megfelelő vércukorszint eléréséhez, konyhatechnika változtatása, kalóriatáblázat kezelés, diétás napló használata, megfelelő mozgásformák ismertetése stb.).

A klinikánkon folyó szemészeti ellátást is megváltoztatták a táborozás alatt szerzett tapasztalataink. A szemészeti cukorbeteg ambulanciáján dolgozó szakasszisztens tevékenysége a diabetológiai szakápolói feladatok ellátására is kiterjed, ennek megfelelően magába foglalja az edukációs tevékenységet is. Minden vizsgálat elvégzése előtt a szakasszisztens részletesen tájékoztatja a betegeket, hangsúlyozza, hogy melyik beavatkozás milyen célt szolgál. Ma már a gondozásunk alatt levő fiatal cukorbetegek értik az ellátás folyamatát, ismerik a rájuk vonatkozó betegellátási protokollt, és tudják, mire számítsanak a szemészeti vizsgálat során. A pontosabb információ átadással elértük, hogy a rendszeresen járó fiatal cukorbeteg megértették a jó vércukorszint kontroll lényegét. Teendő azonban még bőven van, mivel a mi régióinkban mintegy duplájára nőtt az egy év alatt megvizsgált és rendszeresen követett cukorbeteg fiatalok száma. A Központi Statisztikai Hivatal jelentése szerint a 2000-es évben kb. 90-100 főre tehető a régióinkban frissen felfedezett cukorbeteg fiatalok száma. Klinikánkon ugyanebben az évben 54 először megjelenő cukorbeteg fiatalot láttunk el. Arról nincs adatunk, hogy a fennmaradó 46 beteg hol került ellátásra, illetve megjelentek-e valamelyik szemészeti szakrendelésen. (Tóth et al, 2002) Az egyes rendelések közti jobb kapcsolattartás, illetve az oktató fórumokon való részvétel segíthetne az ellátásban nem részesülő fiatalok felderítésében.

Javaslat

Tapasztalataink alapján javasoljuk, hogy a nagy betegellátási területtel rendelkező szemészeti szakrendeléseken a diabetológia területén jártas (képzett) szakasszisztens is alkalmazzanak, illetve ilyen irányú képzésbe részesüljenek a munkatársak, ugyanis a betegellátást ez nagyon pozitívan befolyásolja. (A szakemberek száma szerencsére jelentősen növekszik a Magyar Diabetes Társaság szervezésében immáron 10 éve működő képzés eredményeként.) Megfelelő szintű betegellátást csak a betegek részletes tájékoztatásával, együttműködésük megnyerésével, a betegség megértésével és az ellátásban esetleg előforduló hiányosságok felderítésével lehetséges elérni. Így juthatunk el oda, hogy mind a St. Vincent Deklaráció, mind a Vision 2020 célkitűzéseinek eleget tudjunk tenni.

A vizsgálat során feltett kérdések (tömörítve):

Hány éves most?

Hány éves kora óta cukorbeteg?

Mennyi a napi inzulin adagja?

Hová jár cukorbeteg gondozóba?

Évente hány alkalommal?

Diétázik?

Ahová jár gondozásra, ott van lehetősége diétás tanácsadáson részt venni?

Ha igen, évente hány alkalommal?

Otthon méri-e a vércukorszintjét?

Ha igen, vérből vagy vizeletből?

Naponta hány alkalommal?

Évente hány alkalommal mérik meg a cukorgondozóban a glycolisalt haemoglobin szintet (HbA1c)?

Legutóbbi HbA1c szintje?

Rendszeresen sportol?

Ha igen, hetente hány alkalommal és mennyi ideig?

Havonta hány alkalommal szokott már panaszokat is okozó alacsony vércukor szintje lenni?

Mit kell tennie ahhoz, hogy vércukor szintje normalizálódjon?

Milyen időközönként mérik a vérnyomását?

Mennyi volt legutóbb a vérnyomása?

Szed vérnyomáscsökkentő tablettát?

Vérzsír értékeit évente hány alkalommal ellenőrzik?

Mennyi a testsúlya?

Milyen magas?

Dohányzik?

Ha igen, hány szál cigarettát szív el naponta?

Vese működését évente hány alkalommal ellenőrzik?

Lábán az idegek-erek állapotát évente hányszor ellenőrzik?

Ismeri a rendszeres lábápolás alapszabályait?

Ha igen, rendszeresen követi azokat?

Évente hány alkalommal jár szemészhez?

Mikor volt utoljára?

Akkor a táblát végig tudta olvasni?

Szemnyomását ellenőrizték-e?

Szembogara ki volt tágitva, legalább évente egyszer?

Végeztek-e már Önnél érfestéses vizsgálatot?

Laser kezelésben részesült-e a szemészeti ellenőrzések során?

Szemműtete volt-e, ha igen miért?

Pajzsmirigy működését ellenőrzik-e legalább évente egy alkalommal?

Ha igen, van-e pajzsmirigy betegsége?

Táplálékok felszívódási zavarát ellenőrzik-e legalább évente egy alkalommal?

Ha igen, van-e felszívódási zavara?

Köszönetnyilvánítás: A szerzők ez úton is megköszönik a Magyar Cukorbeteg Országos Szervezete Ifjúsági Tagozatának, valamint a táborozó fiataloknak, hogy kérdőívünket kitöltötték és a felmérésben részt vettek.

(Ezen dolgozat Bódi Mónika szemészeti asszisztens, diabetológiai szakápoló, a Magyar Diabetes Társaság Szakdolgozói Szekciójának díjnyertes pályamunkája alapján készült.)

Irodalomjegyzék:

1. American Diabetes Association (2002). Management of diabetes at diabetes camps. Diabetes Care, 25, S127-S129.
2. Brink, S. J., és Moltz, K., (1997). The Message of the DCCT for Children and Adolescents. Diabetes Spectrum, 10, 259-267.
3. B. Tóth, B., Pető, T, Dégi, R. et al.(2002). A fiatalkori diabeteses retinopathia kialakulásáért felelős tényezők. Magyar Szemorvostársaság Kongresszusa, Miskolc, 2002 augusztus 29-31, Megjelent: Szemészet, Supplementum 1-136, 139:43.
4. Care and Research in Europe: St Vincent Declaration, a model for prevention and self-care Organised by: WHO and International Diabetes Federation, St Vincent, 1989 október 10-12,

Olaszország

5. Németh, J. és Süveges I., (2001). Vision 2020 – Világméretű program az elkerülhető vakság felszámolására. Szemészet, 138, 115-117.
6. Ohkubo, Y., Kishikawa, H., Araki, E. et al (1995). Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetes microvascular complications in Japanese patients with non-insulin dependent diabetes mellitus: a randomised prospective 6-year study Diabetes Research and Clinical Practice, 103-117.
7. Pető, T., Jánó, I., B.Tóth, B., et al (2002). Vaksági statisztika elemzése Csongrád megyében: 1999-es adatok. Magyar Szemorvostársaság Kongresszusa, Miskolc, 2002 augusztus 29-31, Megjelent: Szemészet, Supplementum 1-136, 139:43.
Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A. W. et al, (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective, observational study
British Medical Journal, 351, 405-412.
8. Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A. W. et al, (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective, observational study
British Medical Journal, 351, 405-412.
9. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT) (1993). The effect of insulin treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in IDDM. New England Journal of Medicine, 329, 683-689.
10. Younis, N., Broadbent, D. M., James, M., et al (2002). Current status of screening for diabetic retinopathy in the UK. Diabetic Medicine, 19, Suppl 4, 44-49.

[Vissza a tartalomhoz](#)

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Pszichózis felmérő eszköz a gondozók számára (PECC) és bevezetése a pszichiátriai ellátás gyakorlatába

*Dombóváriné Varga Zsuzsanna, diplomás ápoló
Markusovszky Kórház Pszichiátriai Osztály, Szombathely*

Összefoglaló

Egy nemzetközi munkacsoport által kidolgozott pszichózisfelmérő eszköz, a PECC (Psychosis Evaluation Tool for Common in Use by Caregivers) magyarországi bevezetése 2000 tavaszán kezdődött. Közel 40 fő ismerkedett meg a standardizált programmal.

A bevezetés általános tapasztalatait mérte fel a szerző egy kérdőív segítségével, abból kiindulva, hogy a szkizofrén betegek állapotának megítélése, az állapotváltozások követése alapvető kérdés, és a PECC alkalmazása szempontjából is fontos célkitűzés.

Fontos továbbá, hogy a módszert alkalmazó személyzet szakmai ismeretei bővíthetnek, a magasabb minőségű munka visszahathat a szakmai önbecsülés fejlődésére is. Kérdőívet kaptak olyan kollégák is, akik ugyan nem vettek részt a képzésen, de információval bírtak a bevezetésre kerülő módszerről. Ők jelentették a kontrollcsoportot.

Összességében megállapítható, hogy a PECC alkalmazása a válaszadók véleménye szerint hasznos lépés volt, segítette az ápoló-beteg kapcsolat fejlődését, a magasabb minőségű munka javította az

Bevezetés

1992 óta dolgozom pszichiátriai osztályon. Ezen idő alatt sok szkizofrén beteggel találkoztam, megismertem élettörténetüket, mindennapjaikat. A betegek legfőbb problémája, hogy betegségük változó intenzitással jelentkezik életük során. Általánosan jellemző, hogy a fellángolás, a pszichotikus szak után gyógyszeres kezelés mellett egyensúlyban tudnak lenni akár hónapokon át is. A probléma az, hogy a betegségük újbóli fellángolását, a korai figyelmeztető jeleket nem ismerik fel, és rendszerint későn jelentkeznek az orvosuknál, vagy a pszichiátriai gondozóban. A betegek felkeresése lakóhelyükön, a rendszeres gondozónői látogatás nem valósul meg a jelenlegi pszichiátriai ellátó rendszerben.

2000. tavaszán lehetőségem volt részt venni egy tréningen, melynek témája: a PECC, általános pszichózis felmérő eszköz a gondozók (gondoskodók) számára. A PECC alatt egy strukturált interjú kell érteni, melynek kifejlesztése Eva Lindström és munkatársai nevéhez fűződik. Az interjú alkalmazásának a célja, hogy a pszichiátriai betegek állapotában beállt változást minél előbb felismerjék, a betegség, a pszichózis fellángolását lehetőség szerint kivédjék. Ennek nem csak az egyén szemszögéből van jelentősége, hanem társadalmi és gazdasági kihatása is van. Ha a pszichiátriai betegek egyensúlyban vannak, akkor nincs szükségük aktív kórházi kezelésre, a munkában való részvételük is stabilabb, és önellátásra képessé válhatnak. Dolgozatommal segíteni szeretnék abban, hogy a PECC az egészségügyi dolgozók között ismertté váljon, a gondozók körében hasznos segítőeszköz legyen.

A vizsgált betegcsoport bemutatása

Betegség meghatározás

A pszichózis fogalma azon súlyos lelki zavarra vonatkozik, mely során számos mentális funkcióban zavar lép fel, ideértve a gondolkodást, az érzést, az észlelést, az impulzuskontrollt, a tevékenységek végzését, a szociális működést és egyebeket. A rendellenesség rendszerint abban nyilvánul meg, hogy a beteg viselkedése és gondolatainak tartalma a környezet számára furcsának, kiszámíthatatlannak és érthetetlennek tűnik; a környezettel való megfelelő és koherens interakció a betegség heveny szakaszában jobbra lehetetlenné válik.

A szkizofrénia jellemzői

A szkizofrénia fogalma hosszan tartó pszichotikus zavart takar, amely általában az élet korai szakaszán kezdődik (serdülőkorban vagy a felnőttkor elején). A szkizofrénia folyamán olyan pszichotikus események mennek végbe, amelyeket többé-kevésbé jellegzetes tünetek kísérnek; még ezen tünetek megszűnését követően is gyakran fennáll a mentális képességek elvesztése és a visszaesésnek – a pszichotikus tüneteknek visszatérésének – a veszélye, amennyiben nem gondoskodnak megfelelő utógondozásról.

Munkahipotézis

PECC-et (általános pszichózisfelmérő eszköz gondozók számára) a pszichiátriai ellátásban alkalmazva, hamarabb felismerhető a páciensek állapotváltozása, kiszűrhetőek a korai figyelmeztető jelek, hosszútávon követhetővé válnak a betegek. Feltételezhető, hogy alkalmazása pontosabbá teszi az állapotváltozás követését, másrészt megfelelő felkészítés után az ápolók, gondozók magasabb színvonalon segíthetik az orvosok munkáját – ezzel is pótolva a hiányzó orvosi (pszichiáteri) kapacitást, fejlődhet és gazdagodhat a betegekkel és hozzátartozóikkal a gyógyító kapcsolat. Talán nem túlzott várakozás, hogy a módszer elsajátítása, alkalmazása visszahat az ápolók szakmai önbecsülésére, önértékelésére, mindezekkel együtt szakmai önazonosságuk fejlődésére. A bevezetés általánosítható tapasztalatai alapján fejleszthető az eszköz is, és további igény várható a tréningek indítására.

Módszer ismertetése

A PECC Eva Lindström kérdésjegyzékének tovább fejlesztése. A PECC hat fő területet ölel fel: tünetek, mellékhatások, korai figyelmeztető jelek, pszichoszociális stresszorok, mindennapi tevékenységek, személyes célkitűzések.

Tünetek

Pozitív tünetek

Téves eszmék: Olyan hiedelmek, amelyek megalapozatlanok vagy irreálisak. Olyan meggyőződés, amelyet az egyén kulturális vagy szubkulturális csoportjának a tagjai nem fogadnak el.

Megalománia: Felsőbbrendűség érzés vagy rendkívüli képességekre vonatkozó meggyőződések. Ezek lehetnek vallási, fizikai vagy egyéb természetűek.

Hallucinációk: Olyan látási, hallási, szaglási vagy testi percepciók, amelyeket nem külsőingerek idéznek elő. Az Értékelés vagy a beteg saját leírásán, vagy mások megfigyelésén alapul.

Szokatlan gondolati tartalom: Olyan gondolkodás, amelyet furcsa, fantasztikus vagy bizarr gondolatok jellemeznek.

Negatív tünetek

Motoros lelassulás: A csökkent motoros aktivitásra a mozgások lelassulása, csökkent spontán mozgások, ingerekre való mérsékelt reagáló képesség és/vagy csökkent beszéd, illetve beszélgetés során kevesebb szó használata jellemző.

Érzelmi eltompulás: Érzelmi üresség és az emocionális válaszkészség csökkenése a beteg elmondása vagy mások megfigyelése szerint.

Gyenge kapcsolatteremtő készség: Az empátia, a más emberekkel érzett közösség vagy az irántuk való érdeklődés, illetve az egyén környezetében zajló események iránti érdeklődés hiánya.

Társas kapcsolatokból való passzív visszahúzódás: A kezdeményezés hiánya, csökkent érdeklődés az egyéni és társas tevékenységek iránt az akaraterő vagy az energia hiánya következtében.

Depressziós tünetek

Szorongás: Idegesség, aggodalom vagy nyugtalanság szubjektív érzése.

Depresszió: Szomorúság, pesszimizmus, rosszkedv szubjektív érzése; értelmetlenség érzés öngyilkossági gondolatokkal keveredve.

Bűntudat érzése: események vagy körülmények kapcsán érzett lelkiismeret-furdalás.

Szomatikus aggodalmaskodás: Testi tünetektől vagy betegségtől való félelem.

Izgalmi tünetek

Izgatottság: Fokozott aktivitás és kifejezett hangulati labilitás.

Gyengült impulzus kontroll: A belső késztetésen alapuló cselekvés zavart szabályozása, amely hirtelen, megjósolhatatlan vagy nem helyénvaló érzelmi kitörésekben vagy cselekedetekben nyilvánul meg anélkül, hogy a beteg fontolóra venné a lehetséges következményeket.

Ellenségesség: A düh vagy negatív viszonyulás verbális és nem verbális kifejeződése mások iránt.

Kooperáció hiánya: Az egyén számára frontos többi személy, például a család, a kórházi személyzet vagy a felügyeletet ellátók kívánságaival való aktív szembehelyezkedés.

Kognitív tünetek

Absztrakt gondolkodás nehézsége: Az absztrakt-szimbolikus gondolkodásmód alkalmazásának megromlása és nehézségek az absztrakt fogalmak, osztályozások és általánosítások megmagyarázása vagy megértése terén.

Tájékozatlanság: Idővel, helyekkel és személyekkel való törődés hiánya, amely zavartság vagy visszahúzódás eredménye.

Fogalmi dezorganizáció: Nehézségek az illető gondolatainak az elrendezésében, amit irreleváns válaszok, laza asszociációk, a logikus gondolkodás hiánya és inkohérenca jellemez.

Figyelemzavar/visszahúzódás: Nehézségek a figyelem összpontosításában, rossz koncentráció, elzárkózás lehetősége a külső és belső ingerektől, valamint visszavonulás és a belső gondolatokkal való túltengő foglalkozás.

Egyéb tünetek

Betegségbelátás a tüneteket illetően: A tünetek, például a hallucinációk, téveseszmék, érzelmi eltompulás és gyengült impulzus szabályozás leírásának és felismerésének képessége.

Betegségbelátás: az okokat illetően: Ok-okozati viszony felismerésének a képessége a tünetek és az illető mentális betegsége között, amelyben szenved.

Öngyilkossági szándék mértéke: Az öngyilkossági szándék mértéke a betegnek az elmúlt egy hónapra vonatkozó gondolataira és terveire vonatkozik.

Az értékelés és a felmérés az elmúlt hét eseményeire és élményeire vonatkozik. Azzal kezdődik az interjú, hogy megkérjük a beteget, röviden írja le helyzetét és pillanatnyilag fennálló problémáit. Az interjú kérdéseit nem feltétlenül kell egy meghatározott sorrendben feltenni. Könnyebb, ha az érzelmileg alacsonyabb töltésű kérdésekkel kezdünk. Lehet indítani a depresszióra és a szorongásra vonatkozó kérdésekkel, és csak később tesszük fel a pszichotikus élményekre vonatkozó kérdéseket. A tünetek értékelése a tájékozódási pontok alapján történik. Ha egy tünet jelen van, súlyosságának a megítélésére kiegészítő kérdéseket kell feltenni, a gyakoriságra, időtartamra és a szubjektív súlyosságra, valamint a beteg funkcióit érintő hatására vonatkozóan.

A pontozás 1-7-ig terjed:

1. Nincs jelen a tünet
2. Kétséges a tünet jelenléte
3. A tünet jelen van, de nem gyakori
4. Gyakori (<50%) tünet, némi terhelést jelent
5. Gyakori tünet (>50%) egyértelműen megterhelő
6. Gyakori tünet (>50%), kifejezetten megterhelő súlyos a hatása a funkciókra
7. Gyakori tünet (>50%), erősen megterhelő minden funkcionális terület zavart, felügyelet szükséges

A tájékozódási pontok értékelésekor használt alapszabályt az 1. ábra szemlélteti:



Mellékhatások

A mellékhatások értékelése a napi gyakorlat során szerzett megfigyelési adatokat és a betegnek a kérdésekre adott válaszai alapján készül. A mellékhatások értékelése 1-től 4-ig terjedő skálán történik és az elmúlt hét alatt szedett gyógyszerek mellékhatásaira vonatkozik. Négyféle mellékhatás csoport van: extrapiramidális (EPS) mellékhatás, antikolinergiás mellékhatás, hormonális mellékhatás, egyéb mellékhatás.

EPS-mellékhatások

Parkinson tünetegyüttes, a klasszikus hármás (bradikinézis, merevség, remegés), disztónia, akatízia, tardív diszkinézia

Antikolinergiás mellékhatás

Szájszárazság, homályos látás, vizelet-elakadás, székrekedés, kognitív zavar: koncentrációs nehézség, kognitív zavar: emlékezési nehézség.

Hormonális mellékhatás

Galactorrhoea (tartós vagy visszatérő tejcsorgás), a mell rendellenes megnagyobbodása (férfiaknál is), dysmenorrhoea vagy amenorrhoea (rendszeretlen vagy elmaradó menstruáció).

Egyéb mellékhatás

Szédülés, nappali aluszékonyság, álmoság, szexuális működési zavar, álmatlanság, hízás,

ortosztatikus hipotónia.

Korai figyelmeztető jelek

Hetekkel előbb kezdődnek, a betegséget megelőző tünetek: alvási vagy táplálkozási zavar, lehangoltság, szorongás, feszültté válás, ingerlékenység, koncentrációs nehézség, társaság kerülése. Ezek a tünetek általában stabilak és személyhez kötöttek: betegek általában mindig azonos módon esnek vissza. A figyelmeztető jelek időbeni felismerése döntő a betegség újbóli visszatérésének kivédéséhez. A páciens környezetét fel kell világosítani, meg kell tanítani a tünetek felismerésére.

Pszichoszociális stresszorok

Egyértelmű összefüggés van a pszichoszociális tényezők és a visszaesés veszélye között. A feszültség ezen forrásaival való megismerkedés segít a visszaesés megelőzésében.

Mindennapi tevékenységek

A betegnek a mindennapi tevékenységek intézésére vonatkozó képessége: személyes tisztálkodás, bevásárlás, főzés, pénzügyek intézése.

Személyes célok

A beteg saját véleménye és percepciói a saját helyzetére vonatkozóan. Meg kell határoznia a betegnek legalább öt olyan célt, amellyel nincs megelégedve jelen pillanatban, amelyet életében szeretne megváltoztatni.

A felkészítésről

A PECC interjú alkalmazásának technikáját tréning keretében sajátítottuk el. (Az ország nyolc pszichiátriai intézményéből jöttek a résztvevők.)

A tréning során megismerkedtünk a Belgiumból jött előadóval, az interjú szövegével, az alkalmazás technikájával és a számítógépes adatfeldolgozással. Négy (angol nyelvű, magyar feliratos) tréningvideó filmet, beszélgetést néztünk meg és elemeztünk ki a pontozó skálák segítségével. A filmek szereplői színészek voltak, a személyiségi jogok védelme érdekében páciensek nem szerepeltek a felvételeken.

Páros értékelés:

A betegekkel 20-30 perces interjúkat készítenek, a kiértékelést mindig kettő személy végzi a pontosabb, megbízhatóbb eredmények elérése érdekében. Az ún. "tandem értékelés" egyik szereplője az interjút készítő szakember, a másik pedig megfigyelő szerepben rögzíti észrevételeit. A páros értékelés lényege, hogy a szubjektív vélemények helyett egy reális kép alakuljon ki a beteg állapotáról, hiszen a "megfigyelő" ápoló lényegében, mint "külső megfigyelő" rögzíti a féligstruktúrált interjú részleteit, és az utólagos megbeszélésben kiegészítheti az interjút vezető kolléga megfigyeléseit. A kétnapos gyakorlással felkészített szakemberek ezt követően már a gondozók saját munkahelyükön készíthetnek interjúkat. A PECC-et célszerű a páciens osztályra kerülése, illetve gondozásba vétele első hetében elvégezni, majd az eredményt a számítógépes nyilvántartásba felvinni. A második beszélgetésre 6 hét múlva kell sort keríteni. A harmadik vizsgálat 3 hónap múlva esedékes, ha közben nem történik jelentős változás a páciens állapotában. Az interjúra be kell hívni a betegeket, vagy lakóhelyükön fel kell keresni őket.

Kérdőív a PECC, általános pszichózisfelmérő eszköz bevezetésével szerzett tapasztalatok kiértékeléséhez

Önkitöltő kérdőívet alkalmaztam.

Célok: vizsgálni a különböző szakmai centrumokban az új technika fogadtatását, mind szakdolgozói, mind orvosi szinten, valamint a betegek körében. A kérdőívben 17 tétel szerepel a vélemények megismeréséhez, a főbb csoportokra ellenőrző kérdéseket is beépítettem. A válaszokat a PECC-ben

is alkalmazott 7-es vizuális analóg skálához hasonló módon kellett értékelni. A kitöltéséhez útmutatót írtam: a felsorolt állítások alatt található skálán kellett bejelölni azt az egy értéket, amely a legközelebb állt a személyes tapasztalatokhoz, annak függvényében, hogy az állítás a vizsgált személy teljes egyetértésével vagy elutasításával találkozott. A kitöltési útmutató utalt a válaszadás módszerére, az önkéntességre és az anonim adatfeldolgozásra. A kérdőíveket elektronikus úton jutattuk el a vidéki centrumok vezetőihez, a kitöltött lapokat faxon, levélben vártuk. Saját munkatársaink kézhez kapták a kérdőívet. Az osztály azon dolgozói között, akik a tréningen ugyan nem vettek részt, de sokat hallottak a bevezetésre került vizsgáló eljárásról, kontroll-csoportot képeztünk, aminek segítségével az informális ismeretátadás értékét, a közvélemény aktuális beállítódását próbáltuk értékelni. Ez a kontroll-csoport nagymértékben segítette a további feldolgozást, amikor a kérdőívek visszaérkezését látva szembesültünk a “szokásos” gyakorlattal, a gyenge adatszolgáltatással...

A kapcsolódó kérdések és a kapott eredmények összesítése

- (1) Munkahelyemen minden támogatást megkaptam a tanultak alkalmazására
- (15) Az elvégzett munka és a szakmai és erkölcsi elismerés arányos
- (16) Az elvégzett munka anyagi elismerése arányos a feladat hasznosságával

A munkahely beállítódása, a minőségfejlesztés elismertsége, különös tekintettel az erkölcsi és anyagi elismerésre jelent meg a kérdésekben. Mint látható, pozitív munkahelyi beállítódás, támogató légkör ellenére az erkölcsi elismerésben ugyan még megragadható valami elismerés, de a többletmunka anyagi elismerése már nem jelenik meg. Különösen jól látják ezt a képzésben résztvevők, viszont kevésbé feltűnő a kontroll-csoport számára – akik inkább a különleges munka szépségét, a kihívás izgalmait érzékelik.

Ha a következő kérdéscsoportot nézzük, akkor ezt részben megerősítik a munkatársak érdeklődésére, az alkalmazást illető gyakorlati megvalósítására vonatkozó kérdések:

- (2) Munkatársaimat is érdekelte a módszer
- (3) Az orvosok spontán kezdeményezték a PECC elvégzését
- (4) Az orvosok kezdeményezték a PECC elvégzését minden új esetben
- (5) Az orvosok kontrollként is kezdeményezték a PECC elvégzését
- (14) A tapasztalatok rendszeres megbeszélése a munkacsoportok között jól működik

Bármely új eljárás bevezetésénél fontos megnyerni a csapat többi tagját is támogató együttműködésre. Ennek egyik fontos eleme az érdeklődés felkeltése, másrészt az érdeklődésen túl az a fajta motiváltság, amikor a kezelőorvos kezdeményezi a vizsgálatot betegeinél, sőt a kontrollt is fontosnak gondolja.

Jól tesztelhető az is, hogy az új vizsgálat és eredményei hogyan jelennek meg a munkamegbeszéléseken. Szembetűnő a kívülállók fokozottabb várakozása, pontosabban az a feltételezés, hogy az új módszer gyorsan megtalálja a helyét a szolgáltatók fegyvertárában... Ezzel szemben a gyakorlati alkalmazás erősen helyfüggő. Egy másik vidéki centrum válaszai a helyi beállítódásokat tükröző negatív pólusra adtak választ. Saját gyakorlatunkban sikerült az orvosok motivációját felerősíteni, a dinamikusabb gyakorlati bevezetésnek inkább a korlátozott ápolói kapacitás (kiképzett ápolók alacsony száma!) jelentett akadályt. Látható, hogy az új betegek vizsgálata mellett az állapotváltozás ellenőrzésére is történt kezdeményezés a kezelőorvos részéről. A feldolgozást segítő program – bár ez még nem végleges változat – az adatok azonnali összehasonlításával segítette a klinikai kép kiértékelését.

A gyakorlati megvalósítás komoly erőfeszítést jelentett mind a betegek, mind a személyzet oldaláról. Ennek részleteit próbáltuk értékelni, elemezni a következő kérdéscsoport segítségével:

- (6) A betegek számára nem jelent nehézséget a vizsgálat
- (10) Túl sok időt vett el a PECC elvégzése a napi rutin feladatoktól
- (11) A PECC kiértékelése nehézkes, fárasztó
- (12) A számítógépes adatfeldolgozás könnyű és egyszerű

A kérdéskör az interjúk készítésének esetleges problémáit kívánja feltárni a beteg és a személyzet nézőpontjából egyaránt. Mint korábban is utaltam rá, a szűkös kapacitás mellett kellett időt találni a PECC-interjúra, ami átlagosan 40 perces célzott beszélgetést jelentett, a technikai előkészületek további 10 percet jelentettek, és a kiértékelésre még átlagosan 20-25 perc számítható. Kétségtelen, hogy a gyakorlottsággal lefaragható ennek mintegy 25-30%-a, de jól látható, hogy a minőségi munka,

magasabb szintű teljesítmény komoly időigénnyel bír, ami elvesz a napi rutinból, megterheli a beteget és a személyzetet egyaránt. Fontos megfigyelés, hogy a betegek számára a lehetőség, a megértés esélyét kínáló helyzet többet jelenthetett a vizsgálati helyzetből levezethető fáradtságnál. Kényes kérdésnek látszott a számítógép használata, hiszen az infrastruktúra általában fejletlen, ennek okán sem beszélhetünk gyakorlott számítógép-felhasználókról az ápolók körében. Jelentősebb szórás mutatkozik a válaszokban a betegek megterheléseit illetően, melyben feltehetően nem is annyira a betegek, hanem sokkal inkább a vizsgálók megterhelése jelenik meg.

A következő kérdéscsoport választ adhat az ápoló-beteg kapcsolat és az új vizsgálmódszer kapcsolatára.

(7) A PECC javította az ápoló-beteg kapcsolatot

(9) Hasznosnak ítélem a PECC interjú használatát a pszichiátriai ápolói gyakorlatban

(13) A munkámról a PECC segítségével több szakmai visszajelzést kaptam

Nincs lényeges különbség a vizsgálatra felkészítettek véleménye a kívülállók vélekedése között. Összességében a megkérdezettek szinte valamennyien úgy ítélték meg, hogy az odafordulást igénylő, a napi rutinból eltérő megközelítést jelentő PECC interjú javította az ápoló-beteg kapcsolatot. A visszajelzés elmaradására utaló kisebbségi válasz értelmezését már korábban megtettük: nagy valószínűséggel a munkahelyi vezető, vagy a csoport pszichiáter konzultánsának változó érdeklődését mutatja.

Ezek után érthető, ha más formában ugyan, de rákérdeztünk még egyszer a szakmai fejlődés és a PECC alkalmazásának kapcsolatára.

(8) A PECC segített abban, hogy jobban megértsem a beteget és betegségét

(17) A PECC tréning elméleti és gyakorlati

ismeretei erősítették szakmai önbecsülésemet

A képzésen átesettek differenciáltabb válaszmegoszlása inkább a valóságnak megfelelő, míg a kontrollcsoport "kívülálló" megfigyelői számára valamiféle ideális kép látszik kirajzolódni. Ez utóbbi jelezhet bizonyos motiváltságot is, utalhat arra, hogy a képzésre volna még igény. A tünetek, a korai jelek megtanulása segítheti az állapotváltozás felismerését, adott esetben a gyors orvosi beavatkozás esélyét javítja.

Eredmények, következtetések összefoglalása

Egy nemzetközi munkacsoport által kidolgozott pszichózisfelmérő eszköz, a PECC (**P**sychosis **E**valuation **T**ool for **C**ommon in Use by **C**aregivers) magyarországi bevezetése 2000 tavaszán kezdődött, amikor 8 centrum munkatársai vettek részt az első tréningben. Közel 40 fő ismerkedett a már standardizált programmal (videó, CD-ROM, nyomtatott anyagok segítségével). Az elméleti háttér megismerése után a tréning-videók segítségével történt a kiértékelés, majd az eredmények megbeszélése. A képzést követő otthoni gyakorlás fázisa után a számítógépes program gyakoroltatása következett, ahol tovább lehetett finomítani a módszer alkalmazását. A bevezetés általános tapasztalatait mértem fel egy kérdőív segítségével, abból kiindulva, ami a PECC alkalmazása szempontjából is fontos célkitűzés, hogy a szkizofrén betegek állapotának megítélése, az állapotváltozások követése megbízható módszerrel történjen. Fontos továbbá, hogy a módszert alkalmazó személyzet szakmai ismeretei bővíthetnek, a magasabb minőségű munka visszahat a szakmai önbecsülés fejlődésére is. A kérdőív szerkesztésekor a szubjektív benyomások hétfokozatú skálán történő rögzítésével lehetett jelezni, hogy adott állítást a válaszadó elutasítja-e vagy saját magára nézve azt teljes mértékben elfogadhatónak tartja. A centrumok orvos-vezetőin keresztül juttattuk el a kérdőívet, de sajnálatos módon összesen csak két centrum adataival lehetett számolni (arról is van adatunk, hogy a kiképzettek jelentős része már elhagyta az egészségügyet – ami tovább csökkentette az adatbázist). Kérdőívet kaptak osztályunkon olyan kollégák is, akik ugyan nem vettek részt a kiképzésben, de információval bírtak a bevezetésre kerülő módszerről. Ők jelentették a "kontroll-csoportot". Összességében megállapítható, hogy a PECC alkalmazása a válaszadók véleménye szerint hasznos lépés volt, segítette az ápoló-beteg kapcsolat fejlődését; a magasabb minőségű munka fejlesztette az ápolók, gondozók tudását, javította szakmai önbecsülését. Feltűnő volt még az alcsoportok összehasonlításában, hogy a kiképzettek kritikusan ítélték meg munkájukat, míg a "kívülállók" idealizáltabb képet alkottak, mintha az új feladat számukra is vonzóbbá vált volna. Az alacsony esetszám részletesebb statisztikai elemzésre nem volt alkalmas, tulajdonképpen csak a munkahipotézis próbáját tette lehetővé. (hasonlóan a pilot-study-k megközelítéséhez), ugyanakkor

előkészítést jelenthet egy átfogóbb, nagyobb esetszámú vizsgálatához. Ezen előzetes eredmények összehasonlítása megerősítette a képzés fontosságát, az ápolói szerepek bővülésének kivihetőségét. A vizsgálat jól illeszkedik a progresszív pszichiátriai szakellátás koncepciójába is, a módszer elterjesztése több, mint kívánatos.

Irodalomjegyzék

1. Bitter István, Füredi János (2000): Szkizofrénia.
Medicina Könyvkiadó, Budapest
2. Frances, A., Pincus H.A., First, M.B., Widiger T.A.(1993): A DSM-4 diagnosztikai kritériumai,
Animula, Budapest
3. Hert, M., Bussels, J., Lindström, E., Abrahams, F., Fransens, Ch., Peuskens, J.(1999): PECC Psychosis
Evaluation Tool for Common use by Caregivers Training
4. Pető Zoltán (2001): A pszichiátriai rehabilitáció és gondozás in: A pszichiátria magyar kézikönyve,
szerkesztők: Füredi János, Németh Attila, Tariska Péter
Medicina Könyvkiadó, Budapest
5. Szilárd János, Janka Zoltán, Füredi János (2001): A pszichiátria története és helye az orvostudományban in:
A pszichiátria magyar kézikönyve, szerkesztők: Füredi János, Németh Attila, Tariska Péter
Medicina Könyvkiadó, Budapest
6. Trixler Mátyás (2001): Szkizofrénia, szkizotipias és paranoid kórképek, in: A pszichiátria magyar
kézikönyve, szerkesztők: Füredi János, Németh Attila, Tariska Péter
Medicina Könyvkiadó, Budapest
7. Trixler Mátyás, Huszár Ilona (1993): Szkizofrén pszichózisok in: Magyar I: Psychiatria,
Semmelweis Kiadó, Budapest

[Vissza a tartalomhoz](#)
