

Szívműtött betegek korai terhelhetőségének felmérése

Fekete Enikő, Proksa Katalin*, Dr.Kassai Imre**, Dr.Gombocz Károly**, Dr.Wrana Győző**, Dr.Alotti Nasri**

Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Zalaegerszegi Képzési Központ
Fizioterápiás Tanszék, Zalaegerszeg

*Semmelweis Orvostudományi Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb, Budapest

**Zala Megyei Kórház Szívsebészeti Osztály, Zalaegerszeg

Ahhoz, hogy szívműtétet követően a páciensek minél előbb visszanyerjék fizikai aktivitásukat és a társadalom teljes értékű tagjaivá váljanak, egy didaktikusan megtervezett egyénre szabott rehabilitációs programra van szükség.

A vizsgálat célja: A szerzők célja, hogy prospektív vizsgálatukkal felmérjék a koronária-bypass műtéten átesett betegek terhelhetőségét a korai posztoperatív szakban (műtétet követő 2-14. nap). Két betegcsoportot vontak be az adatgyűjtésbe: az extrakorporális keringés védelmében (EC, n=33) valamint a dobogó szíven végzett (OPCAB, n=32) koronária-revaszkularizációs szívműtéten átesett betegeket.

Vizsgálati módszerek és minta: A terhelhetőség felmérésére a kardiorespiratórikus állóképességi tréninget, a járási-és lépcső tesztet használták. Vizsgálták egyrészt, hogy a két csoport terhelhetősége között van-e különbség, másrészt, hogy milyen pre-és perioperatív paraméterek befolyásolják a korai mobilizációt. Az adatok feldolgozása SPSS statisztikai programcsomag felhasználásával történt. A két csoport közötti eltérések kimutatására folytonos változók esetén kétmintás t-próbát, a nem folytonos változóknál c2 próbát alkalmaztak. Annak felmérésére pedig, hogy milyen perioperatív tényezők befolyásolják a terheléses tesztek teljesítését, logisztikus regressziót használtak.

Eredmények: A két csoport terhelhetősége között eltérés nem mutatkozott. A perioperatív paraméterek közül a terhelhetőséget a kor és a perioperatív miokardiális infarktus befolyásolták. A páciensek életkora mindhárom teszt esetében meghatározónak bizonyult (tréning: $p=0,0259$, járási-teszt: $p=0,0046$, lépcső-teszt: $p=0,0018$), míg a perioperatív myocardiális infarctus a járási ($p=0,0047$) és a lépcső ($p=0,0161$) teszt esetében hátráltatta a teljesítést.

Következtetések: A vizsgált betegek már az első posztoperatív hét végére jobban teljesítettek, mint a műtét előtt. A terhelhetőségüket elsődlegesen nem a műtét típusa, hanem a műtét során elszenvedett szövődmények és az életkoruk befolyásolták.

Magyarország lakosságának egészségi állapota közismerten rossz, Európában és világviszonylatban is egyike a legrosszabbaknak. Ennek hátterében több tényező játszik szerepet, melyek közül kiemelt jelentősége van a helytelen táplálkozásnak, a stresszben gazdag mozgásszegény életmódnak, a szenvedélybetegségeknek, az egészségnevelés hiányának, a romló életszínvonal miatti rossz szociális körülményeknek, valamint minden bizonnyal örökletes tényezőknek is. Különös tekintettel igaz ez a megállapítás a vezető haláloknak számító kardiovaszkuláris halálozásra, melynek tekintetében csak a volt szocialista országok közé tartozó Románia, Bulgária, valamint a volt Szovjetunió tagállamainak eredményei rosszabbak hazánkénál. (6)

Az elmúlt 40 évre visszatekintve a születéskor várható átlagos élettartam, ha kis mértékben is de lassan növekszik, azonban ezzel párhuzamosan a szív-és keringési rendszer betegségeiből bekövetkezett halálokok száma is folyamatosan nő. A szív-és érrendszeri betegségek a halálozások több, mint 50 %-áért felelősek.

Mindezek miatt szükségessé vált a szívsebészet fejlődése, mely lehetővé tette mind több szívbeteg operábilis úton történő, életminőségbeli javulást hozó kezelését. Azonban a szívműtét is csak egy didaktikusan megtervezett egyénre szabott rehabilitációval hozhatja meg a kívánt eredményeket.

Hazánkban 1972-ben még csak 240 nyitott szívűműtétet végeztek, míg 1999-ben ez a szám 5113-ra emelkedett, melyből 3025 volt koronária-bypass műtét, igen nagy fejlődést mutatva az elmúlt 30 év történetében. (8). Ezzel együtt ma, a harmadik évezred küszöbén már egyre jobban szervezett és kiépített a szívbeteg rehabilitációja is.

Problémafelvetés és elméleti háttér

Akut miokardiális infarktust és szívűműtétet követően a kórházi ápolás alapeleme hosszú ideig az elhúzódó ágynyugalom volt. Levin és Lown az 50-es évek elején bizonyították a korai felkeltés veszélytelen voltát. Élettani vizsgálatok igazolták a későbbiekben, hogy a tartós fekvés veszélyes és kellemetlen mellékhatásokkal jár: kialszanak az antigravitációs reflexek, a keringő vérvolumen centrálisan átrendeződik, nő a szívindex és a verőterefogat, fokozott a miokardiális oxigénigény, csökken a plazmavolumen, nő a viszkozitás és fokozott a thrombusképződés veszélye. Mindez felkeléskor komoly panaszokat, komplikációkat eredményez, amely többek között a szapora szívűműködésben és a fizikai munkavégző képesség csökkenésében jelentkezik. Ezt a szindrómát hívjuk immobilitás talaján kialakult dekondicionálódás-nak. A szubjektív félelmek mellett ez jelentette a korai rehabilitáció legfőbb gátját. (6)

Napjainkban azonban a kardiológiai rehabilitációt, melynek célja a betegek életminőségének javítása, a páciensek egyre nagyobb hányadának van lehetősége igénybe venni. Tudjuk, hogy nagy jelentőséggel bír a beteggondozás és rehabilitáció intézeti és ambuláns formában a műtétet követő késői időszakban, a beteg élete végéig (konvaleszcensz és posztkonvaleszcensz szak), mindezekről széles körben találunk publikációkat (2,3,4,5,9), azonban a korai szakra is legalább ekkora hangsúlyt kell fektetni, mert jelentősen befolyásolja a későbbi kimenetelt. Azt, hogy a betegek miként fognak teljesíteni az intézeti rehabilitáció során – ahonnan otthonukba távoznak – meghatározza az akut szakban elért teljesítőképességük.

Fogalmak, kulcsszavak

Extrakorporális keringés (EC), dobogó szíven végzett koronária revaszkularizációs műtét (OPCAB), bal oldali artéria mammaia interna (left internal mammary artery-LIMA), jobb oldali artéria mammaia interna (right internal mammary artery-RIMA), mellkasi fizioterápia, légzőtorna, vénás torna, kardiorespiratórikus állóképességi tréning, járási-teszt, lépcső-teszt, Borg-skála.

A vizsgálat célja

Jelenlegi vizsgálatunkkal – melyet a Zala Megyei Kórház Szívsebészeti Osztályán végeztünk - arra kerestük a választ, hogy milyen eredményt tudunk elérni a koronária-bypass műtött betegek korai rehabilitációjával már az akut szakban:

1. Az egyes terhelési próbákat (tréning, járási-és lépcső teszt) hány beteg tudja teljesíteni?
2. Vannak-e az egyes tesztek kivitelezését korlátozó tényezők? Melyek ezek?
3. Van-e különbség a két betegcsoport (EC, OPCAB) teljesítőképessége között?
4. Milyen perioperatív tényezők befolyásolják a korai mobilizációt? (1,10)

Erre a szűk témakörre vonatkozó irodalmi adatokat sem hazai, sem nemzetközi szakirodalomban nem találtunk.

Vizsgálati módszerek és minta

1. Fizioterápiás módszerek:

A Zala Megyei Kórház Szívsebészeti Osztályán alkalmazott - ISO 9001 által minősített – fizioterápiás protokoll alapján már a műtét előtt megkezdődik a betegek pszichés és szomatikus felkészítése a műtét utáni teendőkre. Megtanulják a hatékony váladékkürítés – a mellkasi fizioterápia – módszereit, a légzőtornát és a vénás értornát, melyet már a műtét utáni első napon elkezdünk az Intenzív Osztályon a szövődmények – pneumonia, thrombosis, decubitus – elkerülése végett. Szövődménymentes esetben a 2. posztoperatív naptól a Hotel Részlegen folytatódik tovább a mobilizáció különböző testhelyzetekben, a beteg aktuális állapotának figyelembe vételével. A tornát háton fekvő helyzetből indítjuk, majd folytatjuk oldaltfekvésben, ülésben, állásban és járógyakorlatokkal, napról-napra fokozatosan emelve az intenzitást is. Mindig a beteg aktuális állapota határozza meg, hogy mikor milyen mértékben terhelhetjük.

Ennek felmérése a kardiorespiratórikus állóképességi tréninggel, a járási-és lépcső tesztel történik.

- A tréning során dinamikus, lendületes gyakorlatokat alkalmazunk
- A járási teszt 100 méter megtételét jelenti 1 perc alatt (ez 4 Met-nek felel meg)
- A lépcső teszt egy emelet folyamatos megtételéből áll le-és felfelé.

Az egyes terhelési próbák elvégzése előtt, a terhelés maximumán és utána 1-1,5 perccel pulzus és vérnyomásértékeket nézünk. Mindezek mellett figyelembe vesszük azt is, hogy milyen a fizikai terhelés betegek általi szubjektív megítélése (Borg-skála).

Az eredményekről fizioterápiás epikrizisben tájékoztatjuk az intézeti rehabilitáción a betegeinkkel tovább foglalkozó kollégákat.

2. Statisztikai módszerek:

Az adatok feldolgozásához SPSS statisztikai programcsomagot használtunk. A két csoport közötti eltérések kimutatására folytonos változók esetén kétmintás Student t-próbát, a nem folytonos változónál c2 próbát alkalmaztunk. Annak felmérésére pedig, hogy milyen perioperatív tényezők befolyásolják a terheléses tesztek teljesítését, logisztikus regressziós analízist végeztünk. (10)

Vizsgált beteganyag:

Két betegcsoportot vontunk be az adatgyűjtésbe: az extrakorporális keringés védelmében (n=33) valamint a dobogó szíven végzett (n=32) koronária-revaszkularizációs szívműtéten átesett betegeket. A vizsgált betegek többsége férfi, átlagéletkoruk 60 év körüli. Testtömeg indexük alapján túlsúlyosak, és a betegek több, mint fele hypertóniás, illetve elszenvedett akut miokardiális infarktust. Obstruktív vagy restriktív pulmonális betegségek viszont csekély számban fordultak elő. Mindkét csoport betegeinek többsége NYHA III-IV. stádiumba tartozott.

A két betegcsoport homogénnek bizonyult, anamnesztikus adataikban szignifikáns eltérés nem mutatkozott. (1. táblázat)

Változók	EC	OPCAB	Össz betegszám	P
Betegszám	33 (50,8%)	32 (49,2 %)	65	NS
Férfi	25 (75,8%)	22 (68,8%)	47 (72,3%)	NS
Kor	63,03±7,43	59,43±9,02	60,3±8,8	NS
Testtömeg	81,09±13,21	80,06±16,89	80,6±14,9	NS
Testmagasság	169,06±7,48	169,03±9,56	169,2±8,39	NS
Testtömeg-index	28,32±3,95	27,84±4,35	28,0±4,09	NS

Preoperatív pulm. betegségek: -obstruktív -restriktív	3 (9,1%) -	2 (6,3%) 1 (3,1%)	5 (7,7%) 1 (1,5%)	NS
Preoperatív AMI	20 (60,6%)	23 (71,9%)	43 (66,2%)	NS
Hypertonia	21 (63,6%)	16 (50,0%)	37 (56,9%)	NS
Preoperatív EF	58±13	53±12	55,4±12,7	NS
NYHA II.	2 (6,1%)	3 (9,4%)	5 (7,7%)	NS
NYHA III.	29 (87,9%)	22 (68,8%)	51 (78,5%)	NS
NYHA IV.	2 (6,1%)	7 (21,9%)	9 (13,8%)	NS

1. táblázat –A vizsgált beteganyag jellemző anamnesztikus változói

Eredmények

1. A perioperatív szakot leíró változók vizsgálatának eredményei:

A műtétet leíró jellemző paraméterek közül mindkét betegcsoportnál nagy százalékban a bal pleura megnyílása emelhető ki, melynek oka a bal artéria mammaria interna preparálása. Perioperatív miokar-diális infarktusz és pitvarfibrilláció előfordulása az extrakorporális keringés védelmében műtött betegeknél volt gyakoribb. A pre- és posztoperatív ejekciós frakció értékeit összehasonlítva a posztoperatív értékek alacsonyabbak, melynek okai a szíven történő manipuláció, az EC keringés, a kardioplégia, a jégelés és a gyulladásos válaszreakció. (7)

A két csoport között a perioperatív adatokat tekintve szignifikáns eltérés nem volt. (2. táblázat) (10)

Vizsgált paraméterek	EC	OPCAB	Össz betegszám	P
ECCT	102,81±41,48	-	-	
Aorta lefogási dő	55,75±22,77	-	-	
Graft szám	3,42±1,09	2,84±1,37	2,78±1,52	NS
LIMA	30 (90,9%)	30 (93,8%)	60 (92,3%)	NS
RIMA	3 (9,1%)	1 (3,1%)	4 (6,2%)	NS
Bal pleura megnyílás	23 (69,7%)	29 (90,6%)	52 (80,0%)	NS
Jobb pleura megnyílás	9 (27,3%)	7 (21,9%)	16 (24,6%)	NS
Perioperatív miokardiális infarktus	3 (9,1%)	1 (3,1%)	4 (6,2%)	NS
Low cardiac output	-	-	-	-
Pitvarfibrilláció	7 (21,2%)	2 (6,3%)	9 (13,8)	NS
Kamrai extrasystole	-	-	-	-
Posztoperatív EF	52,10±8,72	50,15±10,82	51,2±10,0	NS

2. táblázat –A vizsgált beteganyag jellemző perioperatív változói

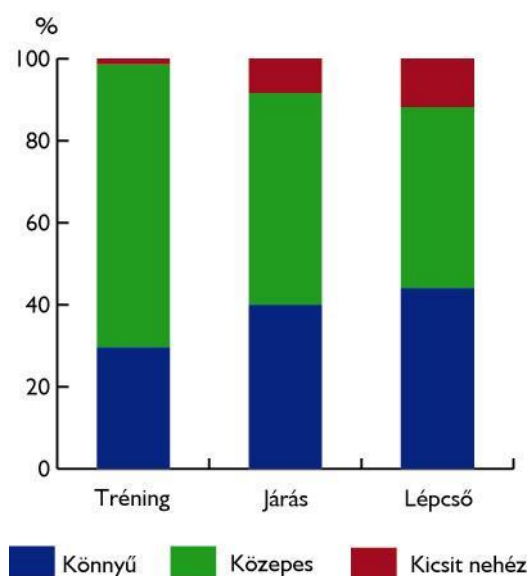
2. A fizioterápiát leíró változók vizsgálatának eredményei:

A kardiorespiratórikus állóképességi tréninget a 65 beteg közül 61 (EC:30, OPCAB:31), a járási tesztet 51 (EC:24, OPCAB:27), a lépcső tesztet pedig 50 beteg (EC:23, OPCAB:27) teljesítette sikeresen az első hét végére.

Felmértük azt is, hogy hány beteg tudta teljesíteni a járási-és lépcső tesztet a műtét előtt is. Mindkét terhelési próbát 8 páciens (EC:4, OPCAB:4) tudta kivitelezni a preoperatív időszakban.

A pulzus és a vérnyomásértékek vonatkozásában sem a két csoport, sem pedig az egyes tesztek között szignifikáns eltérést nem találtunk, mindkét csoport betegei hasonló kardiovaszkuláris adaptációval teljesítették a terhelési próbákat. Nem volt továbbá szignifikáns eltérés a teljesítés napját tekintve sem az egyes csoportok, sem az egyes tesztek sikeres elvégzése között.

Szubjektív mérési módszerként szolgált a Borg-skála, mely a fizikai terhelés betegek általi szubjektív megítélését jelenti. A korai szakban a szívűtött betegek terhelése a Borg-skála 11,12,13-as szintjén folyt (11:könnyű, 12:közepes, 13:kicsit nehéz). (10) Az egyes tesztek során a betegek többsége könnyűnek és közepesnek ítélte a megterhelést és csak kis részük találta kicsit nehéznek azokat. A Borg-skála alakulását az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra – A Borg-skála eredményei

3. A perioperatív paraméterek és a terhelési próbák közötti összefüggés-vizsgálat eredményei:

Az egyes tesztek kivitelezésében két paraméter bizonyult meghatározónak:

- A páciensek életkora mindhárom teszt kivitelezését befolyásolta
- A perioperatív miokardiális infarktus pedig a lépcső- és járási teszt teljesítését hátráltatta. (3. táblázat) (10)

	Tréning		Járási-teszt		Lépcső-teszt	
	B	p	B	P	B	P
Életkor	- 0,2856	0,0259	- 0,187	0,0046	- 0,1653	0,0018
Perioperatív miokardiális infarktus	-	-	- 3,4856	0,0047	- 3,0378	0,0161
Konstans	21,9	0,0156	11,31	0,0046	12,0096	0,0006

3. táblázat – A logisztikus regressziós vizsgálat eredményei

Megbeszélés

Az extrakorporális keringés védelmében és a dobogó szíven végzett koronária revaszkularizációs műtéten átesett betegek preoperatív kardiopulmonális paramétereiben eltérés nem mutatkozott.

A műtét jellemző leíró paramétereiben szintén homogénnek bizonyult a két betegcsoport. Az érátidaláshoz mindkét betegcsoportban azonos arányban használtak fel bal, illetve jobb artéria mamma interna. A műtétek kezdeti szakaszában a LIMA/RIMA preparáció során viszonylag gyakran sérül egyik vagy mindkét oldali mellhártya. A vizsgált betegeknél nagyobb arányban fordult elő a bal pleura sérülése, ami a LIMA graftok gyakoribb felhasználásával magyarázható. Megfelelő sebésztechnika és gyógyszeres kezelés ellenére az alapbetegség természetéből fakadóan kialakulhat a műtét körüli időszakban diffúz vagy körülírt szívizomelhalás – perioperatív miokardiális infarktus – mely kedvezőtlenül befolyásolja a betegek mobilizációját, a várható életminőség alakulását. (1) Vizsgálatunk során ez igazolódott, hiszen a járási-és lépcső teszt esetében meghatározónak bizonyult a perioperatív időszakban bekövetkezett miokardiális infarktus. Ezen felül a betegek életkora mindhárom terhelési próba kivitelezését hátráltatta. Ennek oka, hogy az életkor előrehaladtával a fizikai állapot és a teljesítőképesség romlik.

A kellő körületekintéssel, a terhelés abszolút és relatív kontraindikációinak figyelembe vételével végzett teszteknel a két csoport betegeinek teljesítőképességében szignifikáns különbség nem mutatkozott. Előfordult a vizsgált betegeknél, hogy aki a kardio-respiratórikus állóképességi tréninget tudta teljesíteni, az nem tudta a járási-és lépcső tesztet kivitelezni. Ezt több tényező is befolyásolhatta: a magas terhelési pulzus és vérnyomás érték, a ritmuszavarok, a lábsebfájdalom, az idős kor, a rossz fizikai állapot. (10)

Következtetések

A betegek jelentős hányada már az első poszt-peratív hét végére jobban tudta teljesíteni a terhelési próbákat, mint a műtét előtt. Ez azt mutatja, hogy még ilyen idős beteganyag esetén is hatékony a korán megkezdett, egyénre szabott fizioterápia. A műtét nagy megterhelést jelent a szervezetnek, melynek ellenére a betegek hamar felépülnek és a sikerélmény további aktív közreműködésre készíti őket, mely meghatározó a későbbi teljesítmény szempontjából, a rehabilitáció konvaleszcensz és poszt-konvaleszcensz fázisaiban.

Fontos tehát a szívűtött betegek rehabilitációját minél előbb, már a korai szakban elkezdni. A mozgáskultúra megszerettetése mellett kiemelt jelentősége van a páciensek pszichés támogatásának. A korai rehabilitációnak köszönhetően a betegeknél mind a pszichés és szomatikus állapota, így az életminősége is javul, melynek köszönhetően ismét teljes értékű emberként térhetnek vissza a társadalomba. (10)

Irodalom

1. Fekete, E. (2001). Szívűtőket követő korai rehabilitáció. Diplomadolgozat. Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kar Humánkineziológia Szak.
2. Froelicher, V. és Miranda, C.P. (1991). Szívűtegek rehabilitációja. Irodalmi áttekintés. *Leg Artis Medicinae*. 1:16.1088-1101.
3. Hedback, Bo E.L. et al (1990). Cardiac Rehabilitation After Coronary Artery Bypass Grafting: Effects on Exercise Performance and Risk Factors. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*.71:12. 1069-1073.
4. Majer, K. et al. (2000). Szívűtegek mozgásterápiája. *Mozgásterápia*. 9:3. 4-11.
5. Mathes, P. (1999). Exercise and physical therapy in elderly, more severely incapacitated patients in cardiac rehabilitation. *Coronary Artery Disease*. 10:1. 33:36.
6. Mezey, B. (1999). Szívűfarktusos betegek korai felkeltése, gyorsított mobilizálása és ambuláns rehabilitációja. Zala Megyei Kórház Kardiológiai Osztálya, Szakmai és műveletleírás. Kézirat. 15. 75-76.

7. Miller, B.E. és Levy, J.H. (1997). The inflammatory response to Cardiopulmonary bypass. Journal of Cardiothoracic and Vascular Anaesthesia. 11:3. 355-366.
8. Péterffy, Á. (2000). A magyar szívsebészet létrejötte, fejlődése és jelenlegi helyzete. Cardiológia Hungarica. 29:3. 107:114.
9. Peuser, J. és Tachy, Á. (1998). A szívbeteg fizioterápiája. Szívinfarktuson átesett betegek mozgáskezelésének néhány szempontja a gyakorlatban. Háziorvosi Továbbképző Szemle. 3:6. 348:352.
10. Proksa, K. (2002). Szívűtött betegek korai terhelhetőségének felmérése. Szakdolgozat. Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Zalaegerszegi Képzési Központ Gyógytornász Szak

[Vissza a tartalomhoz](#)

Krónikus hemodialízis programba kerülő diabeteses betegek comorbiditásának jellemzése az ICED-score segítségével

Varga Andrea

diplomás ápoló, FMC Nefrológiai Központ, Miskolc

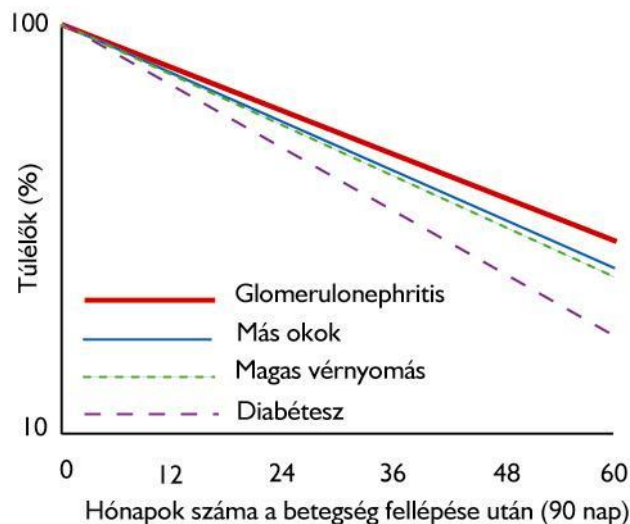
Célkitűzés: Világjelenség a vesepótló kezelésre szoruló diabeteses betegek számának ugrásszerű növekedése és a haemodialízis melletti rosszabb túlélési eredmények ezen betegcsoportban. A mortalitás tényezőinek pontosabb megítélése segíti a comorbiditás minél objektívebb felmérését a programba kerüléskor. A kísérőbetegségek szerepének kiszűrése után azonosíthatók a mortalitás valódi rizikófaktorai. Ezek egyénre szabott modifikációjával csökkenthető a hospitalizációs igény, javíthatók az életkilátások.

Módszer: A vizsgálat a HEMO-, majd a CHOICE Study-ban használt ICED-score (Index of Coexistent Diseases) alkalmazását mutatja be 2002. januártól újonnan CHD programba vett 10 diabeteses beteg esetének feldolgozásával. Az ICED-score algoritmus segítségével adható meg, melyhez az egyes betegségek súlyosságát számszerűen (0-1-2-3) értékelő IDS-score (Index of Disease Severity) és a beteg élettani alapfunkcióit felmérő (0-1-2) IPI-score (Index of Physical Impairment) szükséges. Az IDS-score számításakor 19 lehetséges betegség értékelése, az IPI-score felmérésekor 11 élettani funkció minősítése szükséges.

Eredmények: A fenti módszerrel vizsgált betegek közül 4 beteg volt ICED 3 kategóriájú, 3-3 pedig az ICED-2 és ICED-1-be volt sorolható. Tapasztalataink szerint a korábbi orvosi dokumentáció áttekintése és a betegekkel kapcsolatban álló nővérek értékelése elégséges lehet a magas mortalitási rizikójú betegek gyors felismeréséhez, adekvát kezeléséhez.

Bevezetés

A diabeteses betegek egyre eredményesebb kezelése lehetővé teszi a betegek élettartamának meghosszabbítását. Ennek eredményeként egyre több beteg éli meg a diabeteses veseszövődmény, a végstádiumú veseelégtelenség kialakulását. Európában és világviszonylatban is egyre növekszik a dializált diabeteses betegek aránya. Ez országos átlagban több, mint 20%-ot jelent. A CHD programba került betegek közül a programba kerüléstől számított 90 napon túli túlélésüket vizsgálva, a diabeteses betegek a legrosszabb, indokolt tehát ezen betegek comorbiditásának vizsgálata (1 ábra).



1. ábra

Célkitűzés

A vizsgálat célja a magas mortalitási rizikójú betegek azonosítása, fokozott figyelemmel való kísérése. A kísérőbetegségek kiszűrése után azonosíthatók a mortalitás valódi rizikófaktorai. Ezek egyénre szabott modifikációjával csökkenthető a hospitalizációs igény, javíthatók az életkilátások.

Vizsgálati módszerek, demográfiai adatok

2002. januártól az FMC Miskolci Nefrológiai Központban krónikus hemodialízis programba vett 10 diabeteszes beteget vizsgáltunk a HEMO- majd CHOICE studyban használt ICED-score rendszer segítségével. Betegeink átlagos életkora 63 év (40-78) volt. Nemek közötti megoszlás 4 férfi és 6 nő. A diabetes átlagos időtartama 17 év (10-30).

Az ICED-score rendszer, azaz a társbetegségek indexe két részből tevődik össze: az IDS és a IPI score rendszerből. Az IDS-score – azaz a betegség súlyossági index – rendszerében a következő betegségeket, problémákat vizsgáltuk orvosi szempontból:

- ISZB
- Musculosceletális betegség
- Congestiv cardiomyopatia
- Neurovascularis rendszer eltérés
- Arrhythmia
- Gastrointestinális betegségek
- Egyéb szívbetegség
- Hepatobiliáris betegség
- Hypertonia
- Urogenitális betegség
- Cerebrovascularis kórképek
- Malignitás
- Perifériás verőérbetegség
- Szemészeti betegség
- Diabetes mellitus
- HIV-status
- Légzőszervi betegség
- Vérbérbérbetegség
- Anticoaguláns igény

Az IDS-score értékelése 0-tól 3-ig történik a betegség súlyosságának megfelelően. Az IPI-score – azaz az életfunkció csökkenés – rendszerében a fizikai képességeket vizsgáljuk (pl.: keringés, légzés, neurológiai-mentális funkció, vizelet- székletürítés, táplálhatóság, járásképeség, látás-, hallás-, beszéd- képesség). E képességek felmérése az ápolás önálló funkciójaként az ápolási anamnézis felállításakor meg kell, hogy történjen, hiszen a betegekkel a nővérek – munkájukból adódóan – közvetlenebb kapcsolatban vannak. A fenti képességek megítélése így ápolói kompetencia.

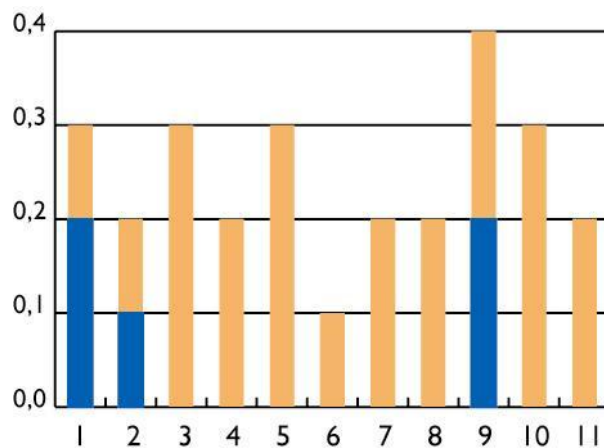
E rendszer értékelésekor 0-tól 2-ig pontozunk a funkcióképesség szintjének megfelelően.

Eredmények

Az ICED-score segítségével vizsgálva a programba került tíz diabeteses betegnél a következő eredményeket kaptuk:

- ISZB 6 betegnél már dokumentált, 3 betegnél frissen diagnosztizált jellemző klinikai tüneteket csak 4 betegnél találtunk.
- Dilatatív diabeteses cardiomyopatia: 4 betegnél echocardiografiával is igazolt pitvarfibrilláció.
- Arrhythmia megállapításánál a Holter vizsgálat objektív, 3 betegnél gyógyszeres th-t igénylő kamra extrasystoliát találtunk.
- Más szívbetegségek: mitrális és aorta-vitium 3 ill. 1 betegnél, BKH 5 betegnél.
- Hypertoniás 8 betegünk.
- Ischemias típusú CVL: 4 betegnél CT-vel igazolt.
- Perifériás érbetegség: amputált nincs, 3 betegnél noninvazív dg.
- Diabetes mellitus: profil, vagy random eredmények alapján nyerünk információt a korrekció minőségéről. Tbl. vagy insulin terápiában részesül minden vizsgált beteg.
- Respiratorikus: 2 bronchitis chr.
- Musculosceletális: 4 betegnél mozgáskorlátozottság a nagyizületekben, Prayer-sign, PHS 2 betegnél.
- Neurológiai eltérés: perif. neuropatia 3 betegnél.
- Gastrointestinális: ulcus 1 beteg, enteropatia 2 beteg
- Hepatobiliáris: cholelith. 3 beteg,
- Urogenitalis: chr infekció 3 beteg, malignitás: 1 prosztata és 1 nőgyógyászati tumoros betegünk volt.
- Szemészeti problémák: 6 beteg laser-th, 2 cataracta, egyéb retinopatia 3 betegnél.

A vizsgálatban szereplő betegek IDS-score megoszlása a 2. ábrán látható: az oszlopok magassága az érintett betegek számát, a színek pedig a stádiumbeosztást jelzik. Ez az ábra azért is érdekes, mert így nem csak a betegségek megléte, de azok súlyossága is szemléletessé válik.



2. ábra

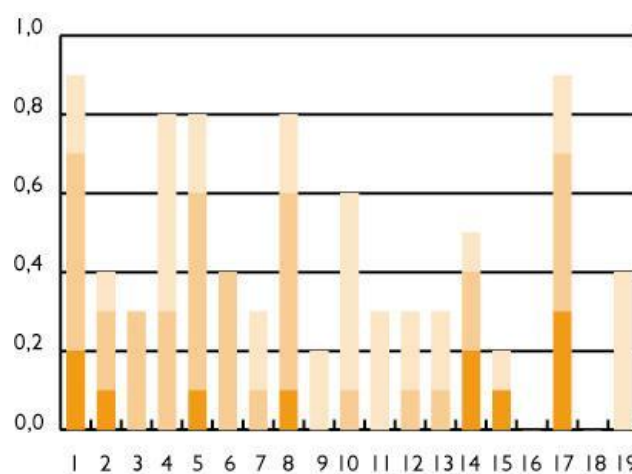
A következő grafikon a betegek IPI-score szerinti megoszlását mutatja. Az ICED-score IDS és IPI-score algoritmusából, a két csúcs score metszéspontjából tevődik össze. E szerint beszélhetünk 0, 1, 2, 3, ICED szintről (3. ábra).

ICED: IDS + IPI ALGORITMUS

		IPI CSÚCS-SCORE			ICED-SCORE	
		0	1	2		
IDS CSÚCS SCORE	0					0-norm
	1					1-enyhe
	2					2-közepes
	3					3-súlyos

3. ábra

Vizsgált betegek ICED-score szerinti megoszlása következő volt: ICED 0- nincs, ICED 1- 3 beteg, ICED 2- 3 beteg, ICED3-4 beteg. (4. ábra)



4. ábra

Megbeszélés

Vizsgálatunk eredményeként, ilyen kis beteglétszám esetén is megállapítható, hogy a diabeteses betegek mortalitási rizikója magas, hiszen 10 vizsgált betegből 4 igényel fokozott figyelmet.

Léteznek más, a comorbiditást mérő skálarendszerek is. Egyelőre nem döntött, hogy melyiknek a legnagyobb az előre jelző értéke. További vizsgálatokra van szükség, hogy az ICED-score helyét megtaláljuk.

Az ápolói munka szervezésekor is érdemes figyelembe venni a dializált betegek állapotát. Könnyen belátható, hogy az ICED3 szinten lévő, súlyos társbetegségekkel küzdő betegek ápolása nagyobb terhet ró a dialízisben dolgozó ápolókra.

Irodalom

1. Comorbidity assesment using the Index of Coexistent Diseases in a multicenter clinical trial. (2001). Kidney International, 60, 1498-1510.
2. Comorbidity an Other Factors Associated With Modality Selection in Incident Dialysis Patiens: The CHOICE Study. (2002). American Journal of Kidney Diseases, 39, 324-336.
3. Makó – Sonkodi (szerk). (1995). Nefrológia.
4. Karátson, A. (szerk.) Peritoneális dialízis.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az ápolás etikai dilemmái: rehabilitáció gégeeltávolítás után

Gliedné Tillmann Erzsébet

egyetemi okleveles ápoló, műtős szakasszisztens,

Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza Szekszárd, Fül-orr-gégészeti osztály

A gége rosszindulatú megbetegedései is hozzájárulnak hazánk mortalitási és morbiditási statisztikájának szomorú képéhez. A gégeeltávolításon átesett betegek nagy törődést és gondozást igényelnek a megváltozott biológiai funkciók miatt. A hangsúly ma a fizikai segítségre irányul, szociológiai és pszichológiai vonatkozása azonban éppoly fontos a betegek számára, hogy helyreállíthassák önbecsülésüket, alkalmazkodni tudjanak egy jelentősen megváltozott énképhez, és a betegség adta keretek között rehabilitálódjanak, valamint ha terminális állapotba kerülnek, joguk van a méltó halálhoz.

Bevezetés

A felismert gégedaganatok egy része csak teljes gégeeltávolítással gyógyítható, amely óriási változást idéz elő mind a légzés, mind a beszéd tekintetében. Nehezebbé válnak olyan funkciók, mint a verbális kommunikáció képessége, megváltozik a levegő útja, testséma zavar keletkezik, és a kapcsolatok terén is jelentkezhetnek változások. Célunk az, hogy a műtét utáni fizikai gyógyulással párhuzamosan megkezdődjön a betegek egészségnevelése, oktatása, rehabilitációja.

A betegség lefolyásához tartozik, hogy kiterjedt tumoros megbetegedésben, vagy kiterjedt metasztázisok esetén a betegek előbb utóbb terminális állapotba kerülnek, és betegségük

halállal végződik. Az írás ennek megfelelően két témára összpontosít. Egyrészt a műtét, majd a műtét utáni rehabilitáció különböző lehetőségeit vizsgálja, másrészt a gégebetegség haldoklásának témakörével kapcsolatban szeretne tisztább képet alkotni.

A betegjogok érvényesítésének lelki és etikai aspektusai gégedaganatos betegek esetében

A tájékoztatás jogi és etikai összefüggései

1997. CLIV. törvény

„13. § (1) A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra. „...joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelki állapotára...”

Minden beteg eltérő egyéniség, más az iskolázottsága, életútja, más értékrendet képvisel, ezért a diagnózis közlésének is egyénre szabottan kell történnie. A rosszindulatú diagnózis közlését óvatosan kell megtenni, egyrészt nem szabad elbagatellizálni a problémát, másrészt csak annyit szabad elmondani, amit a beteg el tud viselni, vagy amit tudni akar. A múlt gyakorlatában titkolóztunk, nem valósan tájékoztattuk a beteget a rosszindulatú diagnózissal kapcsolatos tényekről, holott mindenki más a környezetében ezeket megismerte. A családtagok voltak azok, akik felvilágosítást kaptak a beteg állapotára, életkilátásaira vonatkozóan. A legkompetensebb személy, maga a beteg, kívülálló maradt a betegségével, gyógykezelésével összefüggő döntésekben.

Ma a betegek jogainak előtérbe kerülésével a törvény kötelezi az egészségügy dolgozóit arra, hogy a beteget tájékoztassa állapotával, kezelésével kapcsolatban, de erre kizárólag az orvost hatalmazza fel. A felvilágosítás mértékét azonban nem köti ki; az bölcs megfontolás és mérlegelés dolga, hogy adott betegnek milyen mélységig, milyen átfogó információ adható. A törvény szerint: „...A betegnek adott felvilágosítás tegye lehetővé saját gyógykezelésével kapcsolatos helyes döntéseinek meghozatalát, mozdítsa elő gyógyulását, de a tájékoztatás a beteget ne kergesse kétségbeesésbe.”

Mérlegelni kell tehát az őszinte közlés előnyeit és hátrányait, illetve az elhallgatás előnyeit és hátrányait. Cicely Saunders thanatológus azt az elvet vallja, hogy a haldoklónak joga van megtudni az igazságot, de egyaránt joga van ahhoz is, hogy ne tudja meg. A személyiség ilyenkor regresszióba kerül, egy beszűkült tudatállapot pedig olyan következményeket vonhat maga után, amelyet senki nem akarhat.

Remélhetőleg mind az elhallgatás, mind az „őszinte” igazmondás eltűnik, és marad a kettő közötti humánus, valós „partneri” tájékoztatás. A beteg és hozzátartozók további segítése, esetleg mentálhigiénés szakember bevonása, ha azt a beteg állapota indokolja.

Nagyon sok esetben a beteg nem az orvostól, hanem az ágy mellett dolgozó ápolótól szeretne információhoz jutni betegségét, a betegség kimenetelét illetően. Hogy viszonyuljon az ápoló a feltett kérdésekhez? Nagyon nehéz probléma, hisz a beteget nem lehet válasz nélkül hagyni, ugyanakkor a kompetencia határokkal is tisztában kell lenni. A betegben egyfajta bizonytalanságot, aggodást kelthet, ha az ápolótól és orvostól hallott információk különböznek. Az ápoló ilyen esetben célszerű, ha visszakérdez. Tudja meg a betegről, hogy mennyi és milyen információnak van birtokában. Ha ez kiderült, akkor már pontosabban lehet válaszolni, ami a beteget is arra készíti, hogy újabb és újabb kérdéseket tegyen fel. A kérdések megválaszolása segíthet abban, hogy állapotával tisztában lehessen, és együtt tudjon működni az egészségügyi team tagjaival.

Az önrendelkezés jogi és etikai megközelítése

1997. CLIV. törvény

„15. § (1) A beteget megilleti az önrendelkezéshez való jog, amely kizárólag törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható. (2)...a beteg szabadon döntheti el, hogy

kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele. (3)...joga van arra, hogy kivizsgálását és kezelését érintő döntésekben részt vegyen... (6)...a beteg a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja...”

A beteg autonóm személyiség, joga van az önrendelkezésre. A döntés joga a betegé, így nemcsak a vizsgálat, kezelés beleegyezésébe, hanem azok visszautasításában is a végső elhatározás őt illeti. Ahhoz azonban, hogy birtokában legyen mindannak az információnak, amely alapján dönteni tud, a megfelelő felvilágosítás elengedhetetlen. A beteg bizalmának megszerzése ösztönösen alapul, hogy felnőtt, egyenrangú félként kezeljék. A partneri viszony előfeltétele a sikeres kezelésnek.

Sok esetben hangzanak el a betegek részéről olyan kérdések, amely más alternatív terápia igénybevételével kapcsolatosak, arra kíváncsiak mi erről az orvos, vagy ápoló véleménye. A betegnek fontos az orvos és ápoló állásfoglalása ezekben a kérdésekben, ezért igen megfontoltan kell válaszolni. Mindig a „NIL NOCERE”- nem ártani- elvet kell szem előtt tartani, tehát bármi megpróbálható, ami a javulást, jó közérzetet elősegíti, de semmiféle ártalommal nem jár, és a kórházi kezeléssel nem ütközik. A felelőtlen, eltúlzott kijelentésektől óvakodni kell. Ezzel a véleménynyilvánítással felelőtlenül olyan reményt kelthetünk a betegben, amely irreális lehet. Azonban a reményt sem szabad elvonnunk, mert a betegnek a gyógyuláshoz, túléléshez fontos lehet. Van-e jogunk az utolsó reménytől megfosztani csak azért, mert esetleg nem hiszünk a hagyományos gyógyítástól eltérő gyógymódokban? Döntésünkhöz vegyük figyelembe az alábbi állásfoglalást is:

Az Egészségügyi Tudományos Tanács állásfoglalása a természetgyógyászati ténykedésről:
a tudományosan megalapozott (evidencián alapuló) orvoslás mellett, létjogosultsága van tradicionális (természetgyógyászat vagy alternatív gyógyászat) gyógyászatnak, a kettő nem zárja ki egymást, mint ahogy nem szükségszerű az sem, hogy a gyógykezelés az orvosok kizárólagos privilégiuma legyen. A tudományos orvoslás elszemélytelenedett. Az emberi kapcsolatokra fokozott igény mutatkozik, melyet a természetgyógyászat holisztikus felfogása és gyakorlása jelen pillanatban jobban kielégít, mint a konvencionális gyógyítás, ápolás.

Az orvosok véleménye ebben a tekintetben igen eltérő. Annak ellenére, hogy ma már törvényi szabályozás keretein belül lehet természetgyógyászati tevékenységet folytatni, valamint külön elválasztottak azok a területek, amelyeket csak orvosi diplomával lehet végezni és azok a területek, amelyek orvosi diploma nélkül is folytathatók. A természetgyógyászati képzés igen komoly felkészültséggel és vizsgával záruló oktatással történik, tehát egyre valószínűtlenebb annak a lehetősége, hogy képesítetlen emberek kerülnek betegek közelébe.

A természetes gyógymódok és hagyományos orvoslás közötti ellentét a szemléletbeli különbségekből adódik. A nyugati orvoslás ahhoz, hogy elfogadjon valami újat vagy régi-újat, kézzelfogható, egyértelmű bizonyítékot akar. Addig is, van-e jogunk megtagadni a betegről olyan információkat, amelyek egy más lehetőséget kínálnak betegségével, kezelésével kapcsolatban?

Titoktartáshoz való jog

Az orvosi titoktartási kötelezettséggel először az ókori görögöknél találkozhatunk a *Hippokratészi esküben*. A jelenleg fennálló rendelkezések alapján hivatalba lépéskor mindenki leteszi a hivatali esküt. Az orvosi titoktartási kötelezettség mind az orvosi, mind az ápolónői eskü szövegében szerepel. Titoktartásra kötelezett minden egészségügyi dolgozó, aki hivatásbéli ténykedése közben orvosi titok birtokába jut.

A mindennapi gyakorlatban ez maradéktalanul nem valósul meg. Számtalan esetben az orvosok és egészségügyi dolgozók megbeszélnek egymás között a betegek vizsgálati eredményeit és egészségi állapotára vonatkozó adatait. Teszik ezt úgy, hogy akár más

kívülálló is halhatja azokat, így nemcsak a betegjogokat, hanem a személyiségi jogokat is sértik. Mindez megjegyzésekkel és az egészségügyi dolgozókhöz méltatlan hangnemmel is kiegészülhet.

A beteg ember méltóságának tiszteletben tartása egyre komolyabb problémát jelent. Ezt erősíti a szinte minden dolgozó számára hozzáférhető számítógépes adatbázis. Egyrészt hasznos, hogy a számítógép segítségével betegeink vizsgálatára vonatkozó eredményeit szinte azonnal, vagy rövid időn belül láthatjuk a számítógép megfelelő „paneljén”. Ugyanakkor látják ezeket az adatokat máshol is, a szövettani leletek is hozzáférhetők bárki számára, aki kezelni tudja a számítógépet. *A beteg adatai és betegségével kapcsolatos vizsgálati eredmények titkosak.* Aki ezt magára nézve kötelezően elfogadja, az nyilván csak azután érdeklődik, amire felhatalmazása van.

A szakadék az ideális elvárás és a gyakorlati megvalósítás között jelentős. Az ilyen irányú továbbképzés, erkölcsi, etikai útmutatás nem mindenütt éri el célját. Holott napjainkban minden továbbképzés, előadás, felszólalás valamilyen formában említi a betegjogokat. Ennek ellenére sokan vannak, akik ezeket a szabályokat, normákat nem tartják be.

A halál méltóságához való jog

Az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása szerint a palliatív gondozás szélesebb értelemben vett gondozási-ápolási tevékenységek összessége, amely magában foglalja a hospice alapelveit és az előrehaladott betegségben szenvedők gondozását is (WHO, 1990).

A hospice fogalmát dr. Cicely Saunders angol orvosnő tevékenysége révén ismerhettük meg. Polcz Alaine pszichológus – thanatológusnak köszönhetően Magyarországon is ismertté váltak ezek a gondolatok. 1991-ben megalakult a Magyar Hospice Alapítvány. Alapelvük nem a halálra készítés, hanem az elkerülhetetlen halál tudatában az élni tudás. Lényege a fájdalomcsillapítás, úgy, hogy a beteg szellemi képességeinek birtokában maradhat, a kezelés tüneti. A szomatikus ellátás mellett igen nagy hangsúlyt fektetnek a beteg és családja lelki gondozására is. Mindez a beteg otthonában történik. A terminális palliatív medicina – amely főként a kórházi ellátásra vonatkozik – célja, a gyógyíthatatlan beteg testi és lelki szenvedéseinek csökkentése.

A beteg számára a fájdalom jelenti az egyik legnagyobb gondot, mellette a kezelés szövődményeivel, a halállal való szembesülés lelki terheivel is meg kell küzdenie. A fájdalom csillapítása a különböző kezelések mellékhatásainak csökkentése, a szomatikus ellátás a kórházban való haldoklás esetében is maximálisan biztosított. De vajon biztosítottak-e az ellátás pszichológiai és spirituális vonatkozásai?

A kórházak többségénél, így osztályunkon sincs meg annak a lehetősége, hogy a beteg utolsó heteiben a többi betegtől izoláltan, hozzátartozói szeretetétől övezve és tartózkodó ápolói jelenlét mellett tudjon távozni. Legjobb esetben paravánnal különítik el a haldokló betegeket, amely meglehetősen személytelenné teszi a környezetet. Sem a beteg, sem a hozzátartozó számára nem optimális megoldás. A haldokló gyakran magányossá, kiszolgáltatottá válik.

Ápolói dilemmák a halállal, haldoklással kapcsolatban

A palliatív ellátás során jogosan merül fel a kérdés, hogy vajon hogyan tartható fenn a haldoklókkal foglalkozó egészségügyi team valamennyi tagjában a lelki egyensúly és objektivitás? Folyamatos stresszben él a beteg, a hozzátartozó és dolgozik a kórházi személyzet, közülük is az ápoló az, aki közelről, nap, mint nap szembesül a feladattal, amit a halál és haldoklás jelent. A haldokló beteg az ápolókban gyakran a tehetetlenség és frusztráció érzetét kelti. Nemzetközi vizsgálatok szerint az egészségügyi szakdolgozók közül sokan (30-80%) érzelmileg kiegészzt, jórészt pszichoszomatikus tünetekkel küszködnek, amelynek egyik

oka a halállal, haldokló beteggel történő foglalkozás. Hogy kerülhető el a „kiégés”, a közömbösség, ami talán az egyetlen védekező mechanizmus?

A stressz számos testi és lelki hatást idézhet elő. Ezért nemcsak betegeink, hanem a magunk érdekében is kellő hangsúlyt kell helyeznünk a stresszel való megküzdésre. Meg kell ismernünk olyan technikákat, amelyek segítenek nekünk ebben, hiszen ha saját egészségünk, lelki életünk rendezetlen, nem tudunk maradéktalanul odafordulni azokhoz a betegekhez, akik tőlünk várják az útmutatást és segítséget. A társadalmi elvárásokra reagál a mentálhigiénés képzés, továbbképzések a témában, ezek azonban még messze nem tudnak olyan minőségi megoldást kínálni, ami az elvárásoknak megfelelne.

Az írás további részének célja a fenti témát feldolgozó, országos vizsgálat eredményeinek bemutatása.

Vizsgálati módszerek

A vizsgálat egy része dokumentumelemzéssel készült. Ebben gégebetegségekre 1997-2001 közötti országos halálozási adatait és 1997-2001 közötti gégeműtétek és gégebetegségekre halálozási adatait a szekszárdi fül-orr-gégészeti osztályon dolgoztuk fel. Továbbá interjúkat készítettünk, célzott kérdésekkel, műtéten átesett betegekkel. Igyekeztünk egy gégeeltávolításon átesett beteg életútját feltérképezni, illetve a kórház mentálhigiénés segítő szakemberének álláspontját megismerni.

Kérdőív

Reprezentatív felmérés készült Magyarország különböző fül-orr-gégészeti osztályain, az elküldött kérdőívek 13 városba, Szekszárd, Pécs, Győr, Zalaegerszeg, Dunaújváros, Szeged, Kecskemét, Nyíregyháza, Eger, Miskolc, Debrecen és Budapestre jutottak el, ahol két intézet fül-orr-gége osztályán történt a felmérés. Szám szerint összesen 195 db kérdőív került elküldésre. Tíz városból érkeztek vissza kérdőívek (kivétel Budapest – Uzsoki utcai fej-nyak sebészet, Debrecen, Miskolc), szám szerint összesen: 114 db. Ezekből értékelhető volt 108 db.

Hipotézisek

- Az ápolók tradicionálisan egymástól sajátítják el a tracheostomás betegek oktatását, ellátását, nincs egységes oktatási terv erre vonatkozóan.
- A gégeeltávolított betegek valamint hozzátartozóik oktatása csak részben megoldott (kanül tisztítása, tápszondán át való étkezés, stb.).
- Az ápolók az oktatási feladatokat nem tudják maradéktalanul ellátni, ezért stomaterápiás ápolókra lenne szükség.
- Sem országos, sem helyi szinten nincs megfelelően megszervezve az egészségfejlesztés, a gégebetegségekre további rehabilitációja.

A kérdőívben visszaérkezett szociodemográfiai adatokból látható, hogy a fül-orr-gégészeten dolgozó ápolók között, ugyan kis számban, de férfiak is vannak. A végzettségek tekintetében egyes ajánlásoknak megfelelő arányban találhatók ápolási asszisztensek, szakápolók, diplomás ápolók, bár a diplomások száma növelhető lenne. Figyelemre méltó a fiatalok magas aránya, ami kevésbé jellemző ezen a területen.

A visszaérkezett válaszok alapján az első hipotézis megerősítést nyert, mivel a betegek oktatásának elsajátítása valóban tradicionálisan, az ápolók egymás közötti tanításával történik. Ahogy az 1. táblázat is mutatja, az ápolók nagyon fontosnak ítélik a betegek oktatását.

	Fokozat	Fő	%
Egyáltalán nem fontos	1	2	7

Kicsit fontos	2	0	13
Közepesen fontos	3	1	20
Fontos	4	9	27
Nagyon fontos	5	97	33

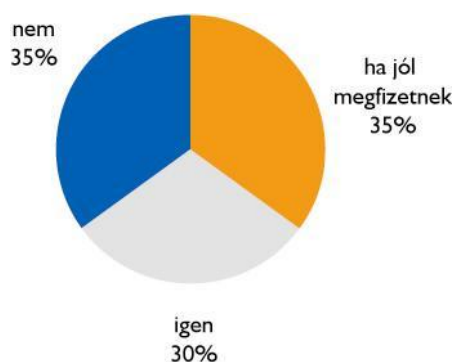
*1. táblázat - Az oktatás fontosságának megítélése az ápolók részéről
(Osztályozás 1-5-ig tartó skálán)*

Az oktatásra fordítandó optimális idő és a valós ráfordított idő közt azonban igen nagy az ellentmondás. Míg az optimális idő 25-35 perc lenne naponta betegenként, addig ez a valóságban 10-20 perc között található. Az ápolóknak nincs annyi idejük foglalkozni a betegek oktatásával, mint az kívánatos lenne (2. táblázat). Ez is oka annak, hogy az ápolók kb. háromnegyed része szerint hasznos lenne egy speciálisan képzett stomaterápiás ápoló, aki el tudná látni az oktatási feladatokat is. Egy negyedük azonban úgy nyilatkozott, hogy ilyen ápolóra nem lenne szükség.

A betegoktatás ideje percben	Valós (fő)	Optimális (fő)
10 percnél kevesebbet	4	2
10-20 perc	52	29
25-35 perc	28	51
45-55 perc	2	11
60 perc vagy annál több	7	4

2. táblázat – A beteg oktatására fordított átlagos időtartam

Elgondolkodtató az 1. ábra megoszlása, a megkérdezettek közel harmada nem vállalná terminális betegek ápolását, további harmaduk pedig megfelelő anyagi ellentételezés függvényének gondolja az ilyen betegek ellátását.



1. ábra – Az ápolók véleményének megoszlása a terminális állapotú betegek ápolásáról

Az utolsó hipotézis igazolására nyitott kérdést tettem fel. A válaszok egyértelműen igazolták, hogy országos hálózat nem elérhető, mindössze két helyen (Kecskemét, Szeged) működik stoma klub. A többi kórházból csak az erre való igény kifejezése erősödött. A legfontosabb megjegyzések az alábbiak voltak:

- Klubok kellenének
- A médiában több felvilágosító jellegű előadás
- A család szorosabb bevonása
- Rehabilitációs helyek felkutatása
- Védett munkahelyek felkutatása
- Segítő szervezetek bevonása

A felsorolásból kitűnik, hogy az ápolók pontosan fel tudják mérni a betegek rehabilitációs szükségleteit, de a kielégítésnek nincs meg a háttere.

A fentieket a betegekkel készült interjúkkal kiegészítve megállapítható, hogy a gégeműtét utáni rehabilitáció csak részben megoldott. Ez a rehabilitáció a kórházi oktatásra szűkül le, az otthonba távozás után nincs perspektíva, jövőkép, nincs érdekképviselő. Ismét csak utalnunk kell az 1. ábra megoszlására, kevés olyan ápolót találunk, aki az otthoni rehabilitációban partner lehetne, vagy amennyiben erre vállalkozna, nem biztos, hogy a szolgáltatás árát a beteg meg tudja fizetni.

A haldokló ember ellátása összetett folyamat. A kérdőíves felmérésből az is kiderült, hogy az ápolók többsége (62%) igényelné szakember segítségét a problémák feldolgozásához. Sok azonban azoknak a száma, akik erre nem tartanának igényt. Megjegyezendő, hogy az utóbbiak valószínűleg vagy nem ismerik el, hogy szükségük lenne erre, vagy még ők maguk sem tudják, hogy a kiégés, az érdektelenség lépett fel esetükben. Ennek tüneteit nem az érintett, hanem inkább a környezete észleli.

A kérdőívben szerepelt egy olyan kérdés, amely arra vonatkozott, hogy szóba kerül-e a betegek és az ápoló között a halál, haldoklás? Nyitott kérdés ellenére sok ápoló egyáltalán nem válaszolt. Ebből arra következtethetünk, hogy a haldoklás továbbra is kényes kérdés, tabu. A válaszolók két betegtypust említene: az egyik, aki feladja, a másik, aki reménykedik. Abban azonban a vélemények szinte kivétel nélkül megegyeznek, hogy a család támogatása rendkívül fontos a beteg, a haldokló ember számára.

Következtetések

A terminális állapotú betegeket gondozó ápolókkal szembeni elvárásoknak egyre nehezebb megfelelni. Ez felveti az igényt egy olyan speciálisan képzett szakember iránti, aki a haldokló betegek ellátásában kapna kizárólagos helyet. Ez lehetővé tenné, hogy a betegek oktatása elkülönüljön a szorosan vett ápolói tevékenységtől, egy olyan szakemberre lenne szükség, akinek külön feladata ezen betegek oktatása, önszorgító csoport megszervezése, menedzselése.

Másrészt, az oktatásnak, a képzésnek is többet kell a halál, a haldoklás és gyász kérdéskörével kapcsolatban tenni, szüksége lenne olyan szakemberek bevonására, akik járatosak a témában, és gyakorlati tapasztalataik alapján tudják a jövő ápolóit e megterhelő feladattal való megbirkózásra felkészíteni.

Irodalom

1. Blasszauer, B. (1995). Orvosi etika. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
2. Blasszauer, B. (1999). Életvégi döntések. Budapest: SubRosa Kiadó.
3. Cseri, P. (2002). Segítségnyújtás a végeken. Velence: Somhegyi Kiadó és Nyomda Kft.
4. Gerevich, J. (1989). Közösségi mentálhigiéné. Budapest: Gondolat Kiadó.
5. Hegedűs, Cs.-Gonda, B. (1996). Testi és lelki ápolás a hospice-ban. Nővér, 9, 4.
6. Hegyi, G. (1999). Természetes gyógymódok (Komplementer medicina). Budapest: K.u.K. Kiadó.
7. Thompson, I.E., Kath, M., Boyd, M. K. (1999). Ápolási etika. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.

8. Magyarósi, A (2002). Hospice - mozgalom, avagy méltóságban meghalni. Ápolásügy, 15, 4.
9. Paulinyi, T (1999). Az elmúlás dicsérete. Elixír magazin, 11. évf, 129. szám
10. Széll, K (1995). Egészségügyi etika. Egészségügyi főiskolai jegyzet, Pécs.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A diplomás ápolóképzés tantervének fejlesztése: gondolatok egy évforduló kapcsán

Nagy Edit

doktorjelölt, Nyíregyházi Főiskola, főiskolai adjunktus

*A magyarországi **rendszerváltás** megteremtette a potenciális lehetőséget ahhoz, hogy a társadalom valamennyi szférájában kedvező átalakulás következzen be. A rendszerváltás időszakát megelőző egészségügyi ellátó rendszer súlyos gondja a rossz egészségi állapot mellett a hazai **ápolásügy** volt. A fejlesztés csakis az ápolóképzés reformján keresztül valósulhatott meg. Hazánkban is bevezették főiskolai szintű diplomás ápoló képzést, az európai standardokhoz igazodva, nappali és levelező tagozaton.*

Az eltelt időszak alap a visszatekintésre, a tanterv fejlesztésének átgondolására, többek között az ápolói hivatás presztízsének erősítése céljából is.

A magyarországi rendszerváltás megteremtette a potenciális lehetőséget ahhoz, hogy a társadalom valamennyi szférájában kedvező átalakulás következzen be. A változás folyamatában lévő szociális és egészségügyi ellátó rendszer súlyos gondja a munkaképes korban lévő lakosság katasztrofálisan rossz egészségi állapota mellett a hazai **ápolásügy elmaradottsága** volt, amely nem felelhetett meg az előtte álló kihívásoknak.

Az akkori szakmapolitika felismerte, hogy az ápolásügy fejlesztése, csakis az ápolóképzés reformján keresztül valósulhat meg. Ezért az Egészségügyi Minisztérium 1993. szeptemberében beindította az európai standardokhoz igazodó főiskolai diplomás ápolóképzést, az orvostudományi egyetemekhez integráltan, hét képzési helyen, így Nyíregyházán is.

A képzés lényeges követelménye a **hivatáshoz tartozó** általános **értelmisségi** feladatokra való felkészítés; a hallgatók váljanak képessé **értékek** teremtésére és közvetítésére.

Az eltelt hét esztendő távlatából úgyis, mint az első tantervet megalkotó team egyik tagja, továbbá mint az egészség- és ápolástudományi blokk tárgyainak oktatója, a posztgraduális mentálhigiénikus, illetve egészségfejlesztő mentálhigiénikus szak tanára, fontosnak tartom az elemző tartalmú visszatekintést annak érdekében, hogy a jövő szempontjából lényeges szakmai kérdések megvitatásra, értékelésre kerüljenek.

Jövőképet felvázolni, úgy gondolom, nem lehet anélkül, hogy ne tekintenénk vissza; ebből az örökségből a következőket tartom lényegesnek kiemelni:

A második világháború befejezését követően az alapvető politikai és társadalmi változások az egészségügy terén is éreztették hatásaikat. Szétválasztották az addig egységes **ápoló- és védőnőképzést**.

A szerzetesrendek megszüntetésével a betegápolás a szakképzetlen polgári ápolónők feladatává lett, azaz szükségszerű volt a **cselédápolás** kialakulása.

Nem feladatom a politikai események elemzése, az ápolásügy helyzetére azonban a szerzetesrendek felszámolása súlyos következménnyel járt. Gondoljunk a krónikussá váló ápoló-hiányra, továbbá arra, hogy a II. Világháborút követően a Magyar Vöröskereszt nem foglalkozott **hivatásos ápolónők** képzésével.

Az egészségügy ápoló-igényének kielégítésére az EDSZ szervezett **6 hónapos ápolónőképző tanfolyamokat**, megerősítve ezzel a cselédápolást. Ennek következményeképpen az egészségügyben az egymásrautaltság tekintetében az orvos, mint a társadalmi elismertség szempontjából a leginkább preferált szakember munkatársa immár nem a diakonissza vagy az apáca, hanem a "cselédápoló" lett. Az ápolói pálya társadalmi megítélését javította volna az a terv, amely az 1960-as évek elején készült, s az ápolóképzés modelljének alapjául a **tanítóképzés rendszerét** tartotta, de ez mindez csak terv maradt. Pedig ekkor a közvélemény a pedagógushivatással egyenértékűnek értékelhette volna az ápolói szolgálatot is.

Ez az örökség a presztízs szempontjából talán napjainkban sem mellékes, amikor azon gondolkodunk, hogyan lehetne vonzóbbá tenni a diplomás ápoló szakot, s azt próbáljuk kutatni, hogy nappali tagozaton a végzett diplomás ápolók identitásproblémái, be nem fogadottság-érzésük, az orvos-társadalom, s a szakápolók **ellenállása** mögött milyen valós okok rejtőzhetnek.

A diplomás ápolók tanterve a levelező és nappali tagozaton gyakorlatilag megegyezik. A levelező tagozaton, Nyíregyházán az elmúlt tanévben 286 fő tanult, az eddig kiadott diplomák száma 205 volt. A 2000- 2001. tanévben a levelező tagozaton négy évfolyam 297 fővel, a nappali tagozat két évfolyamán pedig 58 fővel zajlik az oktatás.

A képzésbe próbáltuk bevonni azokat az orvosokat, főorvosokat, akik gyakorló kórházi-klinikai szakemberek, s nem az úgynevezett "frusztrált-orvosok" táborába tartoznak, s az oktatás számukra nem menekülés az orvosi hivatás feszültségei, elvárásai, kihívásai elől. Pontosan ők azok, akik napjainkban megfogalmazták, hogy a tanterv "félig-művelt, álszakembereket" képes csak a rendszerből kibocsátani, hiszen nem juthatnak el a hallgatók, - főleg nem a nappali tagozatosok - a középfokú szakosítók általuk megszokott szintjéig.

Mielőtt a már végzett diplomás ápolóinkat lebecsülnénk, bevallható, hogy magam is hasonlóan éreztem, amikor legelőször szembesítettek ezzel a véleménnyel. A tanterv megalkotásakor, a levelező tagozat tekintetében, az első végzőseink zömében II. fokú szakosító előképzettséggel rendelkeztek. Az ő esetükben a tanterv eredeti célkitűzése, nevezetesen az **értelmiségi képzés** maradéktalanul megvalósulhatott. A már megszerzett szakmai gyakorlat, a pályán eltöltött legalább 5 év, az erős pályakötöttség, az eredeti munkahelyre való visszatérés biztonsága, vagy a vezetővé válás kihívása nagyon jó alapja volt a képzésünknek. Ők igen hamar vezetővé váltak, dolgozzanak akár szívsebészen, sürgősségi betegellátásban, vagy hospice szolgálatban. Sikerorientáltak, nyitottak a változásokra, s elmondható, hogy az 1992-93-ban létrehozott tanterv célkitűzéseit az ő oktatásuk során tudtuk leginkább megvalósítani.

Napjainkban, az egészségügyi intézményekben a vezető beosztásban dolgozó ápolók főiskolai végzettséggel rendelkeznek (elenyésző lehet a kivétel). Most jutottunk el oda, hogy végre kimondjuk, a diplomás ápolóképzés nem ápoló-vezető, hanem **ápolást-vezető képzés**. S éppen ez az a szint, ami **gyakorlati orientáltságot** igényel, s a végzett nappali tagozatos hallgatók számára jelenthet kihívást. A kérdés immár az, hogy van-e elegendő türelmük, kitartásuk ahhoz, hogy valóban ápoljanak, s képessé váljanak arra, hogy segítő tevékenységüket funkcionálisnak tekintsék. S hogy mit értek funkcionális segítség alatt?

Ez a kapcsolat egyirányú, nem viszontelváró, egyetlen célja van: adni, segíteni addig, amíg a kliens függetlenné válik a segítségtől. Úgy gondolom, hogy ez az a szint, ahová a

szerzetesnővérek 1950 előtt eljuthattak, s ekkor valóban „**kedves nővérnek**” tekintette őket a közvélemény. A teológiai-biblikus háttér, a szolgálat iránti elkötelezettség a szerzetesnők ápolási tevékenységének alapját képezhette.

Napjainkban az ápolás hivatássá válásának társadalmi kritériuma a speciális tudásanyag, az önzetlenség, az emberi méltóság megadása - megtartása az ápolási folyamatban. Ezeket a feltételeket azonban nem elég elméletben tudni, igazán értelmet akkor kap, ha a diplomás ápoló így segíti klienseit a mindennapok gyakorlatában. Tanítani, ápolást fejleszteni, vagy éppen kutatni **hitelesen** nem lehet valós ápolási gyakorlat nélkül. Elmélet és gyakorlat; hiszen tudjuk, az ápolás elméleti alapokon nyugvó, gyakorlati tudomány, saját fejlődésem támpontját az intenzív osztályon eltöltött ápolási gyakorlat adta és adja, s ez az, amire nappali vagy levelező tagozatos diplomás ápolóink, vagy éppen mentőtiszt és védőnő hallgatóink kérdéseikben rendre fókuszálnak.

A legtöbben egyetértünk abban, hogy az ápolás nagy lépést tett a szakmává, s a diplomás ápolók pedig az **értelmiségivé válás** irányába, a szakmai autonómia megteremtésében. A **kliensekről való gondoskodást** azért tudhatjuk az ápolási munka értékének, mert az Ápolói Szakkollégiumok által meghatározott, a hivatásos ápolói munka alapvető értékeit magába foglaló folyamatnak tekinthetjük. Célunk a diplomás ápoló - mint legmagasabb végzettségű ápolási szakember - presztízsének emelése a tanterv fejlesztése révén; szaktudásuk folyamatos növelése, közös alapokon nyugvó, moduláris védőnő és ápolóképzés létrehozása, valamint a gyakorlati orientáltság szempontjából lényeges, a diplomára épülő szakirányú képzések kidolgozása, karrier lehetőségek biztosítása.

Fontosnak tartom, hogy a végzett diplomás ápolók ápolási szakemberré váljanak, képesek legyenek egyaránt ápolni, és ápolást vezetni. Hiszem, és meggyőződéssel vallom, hogy a **szolidaritás** és a **kisegítés** elveinek megvalósításával minden diplomás ápoló képessé válik gyakorlati tevékenységének érvényesítésére, és a társadalmi megbecsülés révén megfelelő viszonzást kapnak áldozatkész munkájukért.

Irodalom

1. A diplomás ápolóképzés curriculumja (1993). Nyíregyháza.
2. Buda, J. (1994). A betegápolás története és szemelvény-gyűjtemény a betegápolás történetének irodalmából. Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Jegyzet- Diplomás Ápoló Szak hallgatói számára Pécs.
3. Debreceni egyetem (2000). Jubileumi évkönyv 1990-2000. Egészségügyi Főiskolai Kar Nyíregyháza, a diplomás ápoló szak bemutatása.
4. Dudás, L. (2000). Görög katolikus szemle kalendárium a 2000-es és a 2001-es esztendőre. Nyíregyháza.
5. Soltész, J. (1994). Ápolásantropológia. DOTE EFK Nyíregyháza, Egységes Főiskolai Jegyzet.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Néhány szó az elfelejtett „Betegápolásügy”-ről

Betlehem József

főiskolai adjunktus, PTE EFK Klinikai és Ápolástudományi Intézet

A címben szereplő idézőjeles fogalom kissé ódivatúnak tűnhet, ha a korszerű ápolás fogalomrendszerét tekintjük, ami napjainkban helyénvaló gondolkodás is. Mégis miért aktuális? Mert egy ápolásügyi folyóiratot rejt a fogalom, mely hazánkban az első önszerveződő egyesület megjelenítését szolgálta írott formában. A „Nővér” szakmai folyóirat is büszkén felvállalhatja azt a tartalmi örökséget, melyet a Betegápolásügy (Egészségügyi Alkalmazottak Lapja) akkortájt képviselt. Manapság természetesen a tudományosság kissé másabb mércével méretik, ami a Nővérben megjelent közleményekben is egyre inkább visszatükröződik.

Az újkori ápolásszakmai történelem egyik meghatározó eseménye közé tartozik a világ számos országában az ápolók egyesületekbe, érdekképviselői szervezetekbe tömörülése. Ennek első példája volt a 23 ország részvételével megalakult Ápolók Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses) 1899-ben. Az ICN alapítása óta egy államból mandátummal csak egy országos ápolói szervezetet ismer el, ami ekkor ezekben az országokban már létezett: Anglia, Belgium, Brazília, Bulgária, Dánia, Dél-Afrika, Egyesült Államok, Fülöp-szigetek, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, India, Írország, Jugoszlávia, Kanada, Kína, Kuba, Lengyelország, Németország, Norvégia, Svédország, Új Zéland (1). A felsorolásban Magyarország nem szerepelt, hisz önálló, világi ápolókat tömörítő szervezettel ekkor még nem rendelkezett (2).

Az önszerveződés első hivatalosan is elismert és hosszú ideig fennálló hazai világi ápolószervezete 1902-ben jött létre a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete néven. Az egyesület indítását Mihalicza József betegápoló kezdeményezte az alábbi céllal: „...azokért akarunk küzdeni, kik a társadalom legelhagyatottabbjai, kik eddig mindig egyedül voltak, kiknek nem volt hivatalos szószólójuk. Kell, hogy ez a tömörülés meghozza részünkre vágyaink teljesülését, mi tanulni akarunk, mert érezzük, hogy nem tudunk igazán a beteg emberiség javára szolgálni...” (3).

A szervezet számos célt tűzött ki maga elé, melyek közül a főbbek voltak: rendszeresen ápolói tanfolyamokat szerveztek, felvállalták az ápolók rossz szociális helyzetének és társadalmi megítélésének javítását, „a világi betegápolók kulturális és gazdasági törekvéseinek” összehangolását, önszegélyező együletet állítottak fel, szolgálati idő után járó rendszeres öregségi nyugdíj biztosításáért küzdöttek.

A szervezet első komolyabb megjelenítésére akkor került sor, mikor az 1920. óta az egyesület gondozásában működött „Egészségügyi Alkalmazottak Lapja” felvette 1932. szeptemberétől „Betegápolásügy” nevet. A Betegápolásügy (Egészségügyi Alkalmazottak Lapja) Dr. Scholtz Kornél államtitkár, egyetemi rk. tanár védnöksége alatt álló Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének és a Fürdősök Egyesületének hivatalos lapja lett. A főszerkesztést Dr. Antal Lajos, míg a szerkesztést Szieben F. József végezték. A főszerkesztői beköszöntést követően dr. Győry Tibor helyettes-államtitkár írt a 20-as évek vége, 30-as évek eleje magyar ápolásügyének helyzetéről néhány biztató szót.

A lap szerkesztését a tartalmi nyitottság és rendezettség jellemezte. Állandó rovatokat hoztak létre, melyben oktatási és művelődési célokat is szolgáló írások jelentek meg. Ezek közé tartoztak az eredeti közlemények, ahol a kor neves szakemberei, egyesületi vezetők publikáltak: Dr. Johan Béla, Dr. Győry Tibor, Dr. deési Dadai András, Balázs Flóra, stb. Az eredeti közlemények általában olyan tudományos témát jártak körbe, akár több számon keresztül is, mely az idő tájt nagy jelentőséggel bírt a gyógyításban, ápolásban. Ezek közül néhány: közegészségügy és ápolónőkérdés; a sebészi tisztaság és a műtősnő kötelességei; fertőzések; betegápolás lélektana; egyes betegségek ápolásának elvei; TBC; röntgenasszisztens képzés; laborasszisztens képzés; bábaképzés. A képzés mindig is fókuszpontban állt a lapban. Johan Béla által kidolgozott és képviselt képzési reformok sem alap nélkül kerültek be a lapba. Ezek az írások is folyamatosan magukon viselték a kurrens amerikai kutatások eredményeit (Flexner, Goldmark, Burgess jelentések) (4). A rövid

közlemények rovatban elsősorban inkább érdeklődésre számot tartó kisebb értekezések, vélemények jelentettek meg. Ez lehetett főszerkesztői, szerkesztői kommentár, vagy egy olvasói levél, mely például egy külföldi országban tett tanulmányútról szólt.

Nagy hangsúlyt fektettek a szerkesztők a könyvszemle rovatra, ahol nemcsak hazai könyvek, kongresszusi kiadványok, évkönyvek kerültek referálásra, hanem külföldiek is. A folyóiratszemle rendszeresen tallózta a kor mérvadó tudományosnak tekintett lapjait: Anya és Csecsemővédelem; Egészség; Egészségvédelem; Iparegészségügy – Egészségvédelem; Jó Egészség; Közegészségügyi Értesítő; Magyar Kórház; Mentők Lapja; Népegészségügy; Országos Orvostudományi Közlöny; Orvosi Hírlap; Orvostudomány; Szociális Orvostudomány; Szülésznők Lapja; Teleia; Természettudományi Közlöny; Vidéki Orvosok és Gyógyszerészek Lapja; Zöld Kereszt. A hazai folyóiratszemlét minden számban egy külföldi szemle is kiegészítette, ahol elsősorban különböző országok ápolási viszonyait mutatták be. Érdemes megemlíteni mely országok ápolásügye került tárgyalásra: Anglia, Ausztria, Belgium, Brazília, Egyesült Államok, Franciaország, Hollandia, Jugoszlávia, Kanada, Kína, Lengyelország, Németország, Norvégia. Külön rovat foglalkozott a betegápolók mozgalmával, mely felölelte az egyesületi élet szinte minden aspektusát, a rendezvényektől, az ápolói tanfolyamokon és közérdekű információkon át, a nyelvi tanfolyamokig. Miután a lap a fürdőalkalmazottak lapja is volt, így az ottani szervezeti híreknek is szűkebb terjedelemben, de helyet biztosítottak.

A lap utolsó fejezeteként szerepelt a különfélék rovat, ahol érdekesebb, figyelemfelhívó írások kerültek elhelyezésre, mint pl. Mennyit gyalogol naponta az ápolónő? Az orvosok száma az egyes európai országokban, Az elmebetegek száma az Egyesült Államokban. A tartalomjegyzék német, francia, angol nyelven is bekerült minden számba, továbbá évente a számokhoz tematikus és alfabetikus tartalomjegyzéket adtak ki rovatok szerint. A lap havonta jelent meg eleinte 25-30, később 20 oldal körüli terjedelemben (B5 formátumban).

A lap egészen a II. világháborúig kiadásra került, bár a háborút közvetlenül megelőző számokban már a politika is erősebben érezte hatását (5).

Összegzés

A Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének jelentős szerepe volt a hazai világi ápolás megjelenítésében a társadalom mértékadó rétegei előtt. A lap – a tudomány akkori állásához mérten – igyekezett korszerű és tudományosan megalapozott tájékoztatást adni az orvoslás, a közegészségügy és az ápolás helyzetéről. Az írások között az ápolók élet és munka körülményeivel foglalkozók voltak többségben, jóllehet a képzés fontossága sem sikkadt el. A szerkesztők igyekeztek a hazai ápolásügyben dolgozók számára nemzetközi kitekintést is nyújtani különböző országok ápolással összefüggő kérdéseinek megjelenítésében. A lap szerkesztésében az orvosi dominancia folyamatosan észlelhető volt, mindamellett, hogy számos ápolói közlemény, reflexió és rövidebb-hosszabb írás is megjelent. A Betegápolásügy az akkor megjelenő hazai és külföldi lapokat is rendszeresen tallózta és orientálta az olvasót a kurrens témákban. Az akkori állami és orvos szakmai vezetés is fontosnak érezte a lapban való publikálással, a lap támogatásával ennek a társadalmi rétegnek a megszólítását és irányvonal kijelölését, hisz a „köz” egészségügyének előmozdítását csak összefogással (politikai-szakmai) lehetett már akkor is elképzelni.

Irodalom

1. Antal, Lajos és Szieben, F. József (1932) Nemzetközi betegápolásügyi congresszus Paris-Bruxelles-ben. Betegápolásügy 12, 12:81-83.
2. Sövényi Ferencné (1999) Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa centenáriumi kongresszusa. Nővér, 12, 4: 21

3. Balázs, Flóra (1932) Rövid visszapillantás a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesületének három évtizedes működésére (1902-1932). Betegápolásügy 12, 9:8-13.
4. Johan, Béla (1929) Az ápolónő- és védőnőkérdésről. M. Kir. Orsz. Közegészségügyi Intézet, Budapest.
5. A Betegápolásügy 1932-1940. között megjelent számai.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A tudományos eredmények kritikus értékelése

1. rész

Dr. Gulácsi László

*Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Közzolgálati Tanszék,
Egészségügyi Gazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport*

A/ Randomizált kontrollált vizsgálatok eredményeinek értékelése

A randomizált kontrollált klinikai vizsgálatok (Randomised Controlled Clinical Trials - RCT) eredményeinek értékelésekor három kérdésre célszerű választ adni:

- A/ I. Megbízható-e a tanulmány által ismertetett vizsgálat eredménye?
A/ II. Mi a vizsgálat eredménye?
A/ III. Mennyire hasznosíthatóak a vizsgálat eredményei a konkrét intézmény/osztály betegeinek az ellátása során?

A/I. Megbízható-e a tanulmány által ismertetett vizsgálat eredménye?

A/1. A vizsgálat/tanulmány világosan megfogalmazott kérdésre keresi-e a választ?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Világosan megfogalmazott a kérdés, ha pontosan leírja:

- a vizsgálatba bevont betegpopulációt
- az alkalmazott egészségügyi eljárást és a
- klinikai eredményt (outcome), amely lehetőleg jól definiált kemény végpont (endpoint) és nem köztes eredmény (vagy más néven surrogate outcome).

A/2. A betegeket random módon sorolták-e a vizsgálati csoportokba?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

A/3. A vizsgálatba bevont minden személy sorsa követhető-e, illetve a megfelelő csoportba sorolva dolgozták-e fel az eredményeket?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

A legfontosabb szempontok:

- Megfelelő volt-e a mintaelemszám / van-e erre nézve információ a tanulmányban?
- Milyen volt a statisztikai próba ereje / le van-e ez írva pontosan a tanulmányban?
- Milyen volt a követési idő (follow-up) hossza / pontos információ megtalálható-e?
- Milyen volt a követés tökéletessége, milyen volt a lemorzsolódási arány (drop-out rate) / pontos információ megtalálható-e?
- Az eredményeket abban a csoportban vették-e figyelembe, ahova a beteg eredetileg a randomizáció során került?

A/4. Megfelelően vakká volt-e téve a vizsgálat (blinded)?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

A vizsgálat:

- egyszeresen vak (vizsgálatban résztvevők)
 - kétszeresen vak (vizsgálatban résztvevők és a vizsgálatot végző szakemberek), illetve
 - háromszorosan vak (vizsgálatban résztvevők és a vizsgálatot végző szakemberek és az eredmények feldolgozását végzők)
- volt-e (blinded)?

A/5. A randomizáció megfelelő volt-e?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Az összehasonlításra kerülő vizsgálati csoportok hasonlóak voltak-e? Különösen azoknak a paramétereknek a szempontjából, amelyek a vizsgálat eredményét befolyásolhatták (például: nem, életkor, társadalmi-gazdasági helyzet, kísérőbetegségek, és más paraméterek)

A/6. A vizsgált egészségügyi szolgáltatást/technológiát leszámítva a vizsgálati csoportokat hasonlóan kezelték-e?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Például a nyomon követés a vizsgálati csoportokban egyformán történt-e?

Adja meg a Jadad-pontszám értékét:

A/II. Mi a vizsgálat eredménye?

A/7. Milyen volt a vizsgált egészségügyi szolgáltatás / technológia klinikai hatásossága (efficacy)?

A következő kérdésekre célszerű választ adni:

- Hogyan mérték az egészségügyi szolgáltatás / technológia hatásosságát?
- Hogyan, milyen módon (végpontok, mértékegység, dimenzió) fejezték ki az egészségügyi szolgáltatás / technológia hatásosságát?
- Hogyan milyen módon ismertették az eredményeket? (NNT, NNH, RR, RRR, OR, LR stb.)

A/8. Mennyire megbízható az eredmény?

- Milyen volt a konfidencia intervallum?
- Milyen a vizsgálat külső és belső validitása?

A/III. Mennyire hasznosíthatóak a vizsgálat eredményei a konkrét betegpopuláció / intézmény/ osztály betegeinek az ellátása során?

A/9. Általánosíthatók-e a vizsgálat eredményei a konkrét intézmény / osztály a betegeinek az ellátása során?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Ennek a kérdésnek a megítélésben a főbb szempontok:

- Lényegesen eltérnek-e a vizsgált populáció sajátosságai a saját populációtól, és ha igen, milyen területen és mennyiben? (beteg populáció sajátosságai; randomizáció; belső validitás: allokációs torzítás, paciensek preferenciája; külső validitás: részvételi és kizárási kritériumok, meghívás hiánya: szakemberek, intézmények, betegek és a részvétel hiánya: szakemberek, intézmények, betegek; demográfia; epidemiológia: incidencia és prevalencia)
- Lényegesen eltérnek-e a helyi egészségügyi ellátás körülményei a vizsgálatban leírt körülményektől, és ha igen, milyen területen és mennyiben?

A/10. Minden klinikai szempontból fontos eredményt (outcome) vizsgáltak-e?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Ha ez nem történt meg, ez mennyiben befolyásolhatta a végső konklúziót?

A/11. A klinikailag szignifikáns eredmények (outcome) kellő mértékben ellensúlyozzák-e az egészségügyi szolgáltatás / technológia alkalmazásával járó kockázatokat?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Amennyiben a vizsgálat ezt pontosan, explicit módon nem mérlegelte, mi az Ön véleménye összehasonlítva az Ön által alkalmazott rutinszerűen alkalmazott egészségügyi szolgáltatással/technológiával?

Irodalom

A „A/ Randomizált kontrollált vizsgálatok eredményeinek értékelése” Ellenőrző lista (Check list) az alábbi források felhasználásával készült:

1. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ, Users' guides to the medical literature II. How to use an article about therapy or prevention, JAMA 1993; 270:2598-2601
2. A Brit Department for International Development által szponzorált TUDOR Projekt keretében elkészített szakmai anyagok (<http://tudor.szote.u-szeged.hu>)
3. Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem (BKÁE), Közszolgálati Tanszék, Egészségügyi Gazdaságtan és Technológiaelemzés és Technológiaelemzési Központ (HunHTA) szakmai anyagai

4. Gulácsi L, Klinikai kiválóság; technológiaelemzés az egészségügyben, Springer Orvosi Kiadó, Budapest, 1999

A közleményben előforduló fogalmak gyűjteménye és a Jadad-pontszám értékelése című ábra megtalálható a NŐVÉR 2003. 26. évf. 4. szám 28-29. oldalán.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Tallózó

Nők egészsége

Minden ötödik nő depressziós a terhesség során – de nem beszél a problémáról. Egy amerikai tanulmány szerzői azt javasolják, hogy a terhesség „ideális” időpont lehet a nők depresszió-szűrésére, hiszen a várandós nők többsége részt vesz terhegondozáson. A nőkről ismert, hogy kétszer nagyobb valószínűséggel depressziósak, mint a férfiak, és a tünetek általában a szülőképes évek során jelentkeznek. Egy korábban publikált jelentésből az tűnik ki, hogy a nőknél a depresszió valószínűsége nagyobb a terhesség során, mint a gyermek világrajööttét követően. A nők többsége mégis arra számít, hogy a várandóssága során jól fogja magát érezni.

A cikk egy olyan vizsgálatról számol be, amelybe 3472 nőt vontak be, átlagosan 25 hetes gesztációs korban. A nők 20%-a mutatott depressziós tüneteket a közelmúltban lezajlott distressz kiszűrésére használt teszten elért pontszámaik alapján. E nőknek 86%-a azonban nem kapott semmilyen kezelést a depressziójára. Sőt, azoknak a nőknek, akik a saját elmondásuk szerint a megelőző 6 hónap során depressziósak voltak, mindössze 25%-a nyilatkozott úgy, hogy a vizsgálat időpontjában kezelés alatt állt. A nők 28%-a számolt be arról, hogy élete során legalább egyszer már depressziós volt. Ezek közül 42,6% mondta azt, hogy tünetei visszatértek terhessége során. Valójában ezeknél a nőknél ötször nagyobb a valószínűsége a depressziós tünetek megjelenésének a terhesség alatt, mint azoknál a nőknél, akiknél korábban nem fordult elő depresszió. Más eredmények arra utalnak, hogy a magukat rosszabb egészségi állapotúnak tartó nők, az alkoholizáló nők és a terhesség alatt dohányzó nők szintén nagyobb valószínűséggel voltak depressziósok. A nők depresszió-kockázata nem függött össze életkorukkal, fajukkal vagy etnikai hovatartozásukkal.

Huggins, C.E.: One in Five Women Depressed During Pregnancy. J Women Health 2003;12:000-000.

A fokozottabb testmozgás meghosszabbíthatja az életet idősebb nőknél

Azok a 65 évesnél idősebb nők, akik emelik a mozgásszintjüket és azt meg is tartják, nagyobb valószínűséggel javítják általános közérzetüket és meghosszabbítják életüket. Azoknál az embereknél, akiknek életük részét képezi a testmozgás, csökken a szívbetegség, diabetes, testi funkcióvesztés és egyes rákfajták kockázata. Az USA Betegségleküzdési és –megelőzési Központjainak (CDC) szakemberei egy 7553, legalább 65 éves korú nőből álló csoportban vizsgálták a testmozgás, betegség és halál közötti összefüggést. A nőket a vizsgálat indulásakor, majd 6 és 12 év elteltével megkérdezték a testmozgási szokásaikról. A nők közölték, hogy naponta mennyit gyalogolnak, és milyen gyakran és mennyi ideig végeztek

különböző szabadidős tevékenységeket, pl. táncolás, kertészkedés, aerobik és úszás a megelőző év során. A kutatók minden vizsgálati személy orvosi dokumentációját is áttekintették. Azoknál a nőknél, akik testmozgásuk szintjét fokozták, az összes halálok miatti halálozás kockázata 48%-kal csökkent, szemben azokkal a nőkkel, akik a vizsgálati időszakban végig ülő életmódot folytattak. Az aktív nők körében a szívbetegség és a rák miatti halálozás kockázata 36 illetve 51%-kal csökkent. A testmozgás mérsékelt fokozása is széleskörű előnyökkel jár, ami a kockázati tényezők javulásában és a funkcióvesztés csökkenésében mutatkozik meg. Ezek az előnyök a halálozás csökkenéséhez vezethetnek, ami arra utal, hogy szükség van hatásos módok kidolgozására, amelyekkel fokozni lehet a gyaloglást, sétát és egyéb kis intenzitású tevékenységek végzését idősebb nők körében. Ugyancsak szükséges az egészségügyi rendszerre, a közösségre és a környezetre épített, hatásos megközelítéseket kidolgozni a testmozgás propagálására és elősegítésére. Az eredmények emellett azt mutatják, hogy a testmozgási szint emelése és fenntartása kevesebb előnnyel jár a 75 évesnél idősebb és a rossz egészségi állapotú nők esetében.

Increasing physical activity may improve survival in older women, JAMA, 2003;289:2379-2386.

Gyermekápolás

A koraszülöttet világra hozó nők poszttraumás stresszben szenvedhetnek - A koraszülött gyermek elhelyezése a koraszülött intenzív részlegen gyakorta súlyos distresszt okoz az anyának, aki aggódik a csecsemő életben maradása, egészsége, fejlődése miatt, továbbá amiatt, hogy elveszti anyai szerepét a gyermek gondozásában, amire pedig korábban annyira számított. Ez a distressz hasonló lehet a poszttraumás stressz rendellenességhez (PTSD – posttraumatic stress disorder). Ez olyan pszichológiai állapot, amelyet valamilyen traumát okozó eseményt átéltek személyek tapasztalnak. Három jellemzője van: a trauma újbóli átélése, a traumára emlékeztető dolgok elkerülése és fokozott szorongás vagy arousal (izgalmi állapot). Kutató ápolók 30 koraszülött csecsemő édesanyját kérdezték meg és mérték fel náluk a depressziót és a distresszt röviddel a szülés után, majd a csecsemő 6 hónapos korában. Az anyák átlagéletkora 28 év volt, több, mint 80%-uk volt házasságban és 57%-uk első ízben vált anyává. Az anyák közül hatnak ikrei, négynek hármas ikrei születtek. Az összesen 44 csecsemő átlagos gesztációs kora 30 hét, átlagos születési súlya 1,4 kg volt, 25-öt kellett géppel lélegeztetni és 8-nak volt 1. vagy 2. fokú intraventrális hemorrhagiája. A megkérdezések alapján kitűnt, hogy az összes anyánál a PTSD-tünetek közül legalább egy jelen volt, 16-uknál pedig mind a három. Az esemény átélése úgy valósult meg, hogy zavaró gondolatok jelentkeztek, vagy a koraszülött intenzív osztály emlékét kiváltotta például egy betegség, vagy képek látványa vagy az, hogy a babát egy gyermekgondozó felügyeletére hagyták. Az elkerülést úgy fejezték ki az anyák, hogy megpróbálták teljesen elfelejteni a koraszülött intenzív osztályt, annak még az emlékét is próbálták teljesen kitörölni. A fokozott arousal abban nyilvánult meg, hiperéberséggel és túlzásba vitt óvással és védelemmel foglalkoztak gyermekükkel, ami megzavarta az anya alvását vagy a csecsemő normális fejlődését. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a koraszülött intenzív osztályon fekvő csecsemők édesanyjait traumatizáló stressz-hatásként érheti az intenzív osztályos ellátás ténye. Az ezekkel az anyákkal dolgozó ápolók segíthetnek nekik érzéseik kifejezésre juttatásában, azzal, hogy megtanítyák nekik, mi számít normális koraszülött viselkedésnek, fejleszthetik önbizalmukat és hozzáértésüket a gyermekük gondozása terén mind az intenzív részlegen tartózkodás során, mind pedig azt követően.

Holditch-Davis, D. et al: Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nurses. 2003;32:161-171.

A családközpontú ellátás kihívásai – konfliktusok a látogatással kapcsolatban

A gyermekek ápolói ellátása számos kihívást rejt magában. E kihívások némelyike a szülők és a szakemberek közötti határokkal kapcsolatos. Konfliktusra adhat okot a szülői látogatás kérdése, a szülők benttartózkodásának lehetőségei, illetve részvételük és beleszólásuk a döntéshozatalba és az ellátásba. Ezeket a konfliktusokat az ápolók nehezen kezelik, különösen akkor, ha azok váratlanul merülnek fel. Az ápolásvezetők azonban előre tervezhetik, hogy hogyan fogják e konfliktusokat eredményesen megoldani. A konfliktusok megoldását és a szakemberek döntéshozatalát segítheti a családközpontú ellátás néhány összetevőjének alkalmazása. Ezek (Shelton, Jeppson, & Johnson, 1987 nyomán):

- annak felismerése, hogy a gyermek életében a család jelenti az állandóságot, az ellátórendszer és az abban dolgozók pedig állandóan változnak;
- annak elfogadása, hogy az egészségügyi ellátórendszernek rugalmasnak, hozzáférhetőnek és a család szükségleteire reagálnak kell lennie;
- a család egyéniségének elfogadása és a különféle megküzdési (coping) módszerek elfogadása;
- készség az olyan irányelvek és programok alkalmazására, amelyek átfogóak és támogatják a családok szükségleteinek a kielégítését;
- elkötelezettség a szülő-ellátó szakember közötti együttműködés megkönnyítésére az ellátás összes szintjén;
- hajlandóság a gyermek ellátására vonatkozó torzításmentes és teljes körű információk folyamatos megosztására a szülőkkel megfelelő és támogató módon;
- a szülők egymás közti támogatásának megkönnyítése.

A kórház látogatási irányelvei problematikusak lehetnek mind a munkatársak, mind a családok számára. A szülői jelenléttel és a kórházban fekvő gyermek ellátásban való részvétellel kapcsolatos előírások és gyakorlat feszültség forrása lehet az ápolók és a család között. A feszültségek gyakran azzal kapcsolatban alakulnak ki, hogy mikor van látogatás, ki látogathat, hány látogató lehet a betegágy mellett egyszerre. Ugyancsak problémát okozhat, ha a meglévő látogatási irányelveket nem következetesen alkalmazzák. Segítséget nyújthat olyan látogatási irányelvek kidolgozása, amelyek rugalmasak és inkább útmutatóul szolgálnak, nem pedig szabályként, mert ezek felelnek meg legjobban a családok igényeinek. A kórházak többsége lehetővé teszi a napi 24 órás látogatást, az intenzív osztályokon azonban általában megkívánják, hogy a látogatók hagyják el a helyiséget az orvosi vizitek, az ápolói műszakátadás és a sürgősségi helyzetek idején. A látogatás ilyen korlátozása a betegadatok védelmével indokolható, mert ahol több beteg is fekszik egy szobában, ott a többi szülő meghallhatja a vizit és a műszakátadás során elhangzó információkat. A dilemma ebben az esetben az, hogy így jelentősen korlátozva van az az idő, amit a szülők gyermekükkel tölthetnek. Érthető módon ez a szülőben frusztrációt, dühöt válthat ki. A családközpontú ellátás fent felsorolt elvei közül kettő segíthet a helyzet megoldásában: annak felismerése, hogy a gyermek életében a család jelenti az állandóságot; és annak elfogadása, hogy az egészségügyi ellátórendszernek rugalmasnak kell lennie. Ha a családtagokat tényleg a gyermek ellátásának szerves részeként tekintik és ők a gyermek betegágya mellett akarnak maradni, akkor a rendszernek kell megváltoznia úgy, hogy megfeleljen a szülők igényeinek. Például elképzelhető az, hogy az ellátószemélyzet úgy végezze a dolgát, hogy ehhez ne kelljen a szülőknek elmenni a gyermekük ágya mellől. Tehát vizit során lehet halkan beszélni, vagy az adott szülőt bevonni a saját gyermekénél folyó vizitbe, ezáltal sokkal jobb az információ-megosztás a személyzet és a szülők között, és ez az eljárás elfogadja a szülőt mint a legfontosabb döntéshozót és elismeri a szülő kulcsszerepét gyermeke gyógyulásában.

Az ápolók gyakran érzik úgy, hogy egyes szülők „túl sokat” látogatnak. Az intenzíven például az ápolót frusztrálhatja, ha a szülő gyermeke ágya mellett „virraszt”, főként, ha a gyermeket a szakemberek nem tartják kritikus állapotban lévőnek. Az ápolónak azonban fel kell ismernie,

hogy minden családnak mások az igényei és más módszerekkel próbál megküzdeni a gyermek hospitalizációjával. Emellett sok egyéb tényező is befolyásolhatja azt, hogy egy szülő mennyit és mikor tud látogatni (otthoni és munkahelyi kötelezettségek, korábbi tapasztalatok hospitalizációval, közlekedési lehetőségek). Egyes szerzők (Knafl, Cavallari, & Dixon) azt is felvetették, hogy a szülők személyiségjegyei is befolyásolhatják azt az időmennyiséget, amennyit a szülők a kórházban töltenek és azt, hogy milyen mértékben akarnak belefolylni a döntéshozatalba. A családközpontú megközelítés arra ösztönzi az ápolót, hogy hagyja a szülőkre annak eldöntését, mennyi időt akarnak gyermekükkel lenni és milyen mértékben akarnak részt venni a gyermek ellátásában.

E helyzet elfogadását nem minden ápoló érzi könnyűnek, egyrészt azért, mert úgy vélik, hogy az állandó szülői jelenlét a személyzet iránti bizalmatlanság jele, másrészt aggódnak azért, hogy ez zavarja őket feladataiknak az ellátásában. Az első aggodalmat képzéssel le lehet küzdeni. A második esetben, ha például sok és súlyos beteg van az osztályon, különösen nehéznek bizonyulhat a betegek ellátása mellett még a család igényeit is kielégíteni. Különösen a gyakorlatlan ápolók számára nehéz a gyermek ellátására összpontosítani és közben a család kérdéseire válaszolni. Ezeknek a készségeknek a fejlesztéséhez hasznos a mentori segítség, a képzés és a szerepjáték. Ahogy a kezdő ápolók egyre összetettebb betegellátási feladatokat kapnak, a tapasztalt munkatársaknak kéznél kell lenniük azért, hogy érzelmi támogatást nyújtsanak mind az ápolónak, mind a családnak. Lehet modelleket adni nekik arra, hogy hogyan kezeljék a gyakori helyzeteket. Például, a szülők kérdései elvonhatják az ápoló figyelmét a közvetlen betegellátási feladattól. Ilyen esetben meg lehet tanítani az ápolónak, hogy a következőket mondja: „Nagyon fontos aggodalmakat és kérdéseket fogalmazott meg. Szeretném, ha ezekre zavartalanul, teljes figyelmemmel felelhetnék. Most a gyógyszereléssel kell foglalkoznom, de kb. 5 perc múlva oda tudok figyelni, és akkor közösen megbeszéljük az Ön által feltett kérdéseket.” Ilyen szavakkal az ápoló kifejezésre juttatja, hogy elismeri a szülői aggodalom értékét, de egyben azt is kifejezi, hogy a gyermek fizikális ápolására kell az adott pillanatban koncentrálnia. Mindezek szerepjátékkal elmélyíthetők.

A kórházi látogatási irányelvek gyakorta azt is meghatározzák, hogy egy beteget egyszerre hányan látogathatnak. Ez óriási konfliktusforrás, mert ha nem egyöntetűen alkalmazzák ezeket az előírásokat, akkor az ápolók és a család, valamint az ápolószemélyzet tagjai között is konfliktusok alakulnak ki, másrészt a családtagokban azt az érzetet keltheti, hogy egyesek kivételezett bánásmódban részesülnek. Kétségtelen, hogy ha sok a beteg, vagy súlyos betegek fekszenek az osztályon, az ápolók számára nagyon zavaró, ha családtagok sokaságán kell keresztülvergődniük ahhoz, hogy feladatukat el tudják látni. Lehetnek azonban olyan helyzetek, amikor elfogadható, hogy kettőnél több családtag legyen a gyermek betegágya mellett, például a kritikus állapotban lévő gyermek esetében, mert akkor egyszerre hallhatják ugyanazt az információt és jobban tudják egymást támogatni. Ha a családtagoknak nem tetszenek a látogatási korlátozások, az ápolók rugalmasan, „tárgyalásos” alapon rendezhetik a kérdést. Például mondhatják a következőt: „Általában, ha sok a beteg és a munka az osztályon, akkor csak két látogató jöhet egyszerre a betegágyhoz. Ma azonban nincs nagy forgalom, csendesebb az osztály, és nincs akadálya, hogy mindannyian egyszerre bejöjjenek a gyermekhez.” Ezzel tudtára adja a látogatóknak azt is, hogy miért változik esetleg naponta a beengedett ápolók száma. A teljesen nyitott látogatási irányelvek arra is ösztönözhetik az ápolókat és a családtagokat, hogy együttműködve tervezzék meg az adott betegre vonatkozó látogatási elveket.

A családközpontú hozzáállás egyik alapelve, hogy a látogató lehet, hogy a kórházban látogató, de a gyermek szemszögéből nézve nem látogató. A szülőket tiszteletben kell tartani, mint a gyermekük ellátásában részt vevő partnert. A látogatási irányelvek, amelyek

megfelelnek mind a gyermek, mind a család igényeinek, az első lépést jelentik a kölcsönösen elfogadott célok kidolgozása felé a gyermek ellátása és gyógyulása érdekében.

Terry Griffin, T.: Facing challenges to family-centered care I: Conflicts over visitation, Pediatr Nurs 29(2):135-137, 2003.

Népegészségügy – szűrés

A méhnyakrászűrést eltérő gyakorisággal kellene végezni a különböző életkori csoportokba tartozó nőknél – a brit onkológiai folyóiratban megjelent tanulmány megkérdőjelezi azt a szakmapolitikát, miszerint a 20-64 éves életkorú nőknél egyforma időközönként kell elvégezni a méhnyakrák szűrést. Az egyes országokban eltérő időközönként szűrik a nőket, Európában például általában ötévenként, míg Észak-Amerikában gyakori az évenkénti szűrés; a 25 éves életkor alatt pedig megkérdőjelezzük a szerzők a szűrés értékét. A megfelelő szűrési gyakoriság meghatározására a kutatók eset-kontrollos vizsgálatot végeztek, amelynek során összehasonlították 1305, invazív méhnyakrákkal diagnosztizált, 20-69 éves korú nő szűrési kórtörténetét 2532 kor szerint illesztett kontrolléval. Az adatokat aszerint elemezték, hogy mennyi idő tel el az utolsó negatív kenet és az utolsó szűrési kenet levétele között. A 3-évenkénti szűrés 84%-os védelmet biztosított a méhnyakrák ellen 40-54 éves életkorokban, szemben az 5-éves szűrésnél tapasztalt 73%-kal, és majdnem megegyezett az évenkénti szűrés nyújtotta 88%-os védelemmel. Az 55-69 éves korcsoportba tartozó nőknél azonban a kutatók nem találtak különbséget az ötévenkénti (85%), a háromévenkénti (87%) és az évenkénti (87%) szűrések nyújtotta védelem között. A 20-39 éves korú nőknél az éves szűrés sem volt olyan hatékony (76%), mint a háromévenkénti szűrés az idősebb nőknél, jóllehet, hatékonyabb volt, mint a háromévenkénti (61%) és ötévenkénti (30%) szűrés. Az eredmények azt sugallják, hogy fel kellene hagyni a jelenlegi szakmapolitikai elvvel, miszerint minden 20-64 éves életkorú nőt ugyanolyan időszakonként szűrnek, és helyette a nők életkora szerint meghatározott időközönként kellene a méhnyakrák-szűrést elvégezni. A szerzők javaslata Nagy-Britannia számára: 25 éves kor alatt – nem kell szűrni; 25-49 éves életkor – háromévenkénti szűrés; 50-64 éves életkor – évenkénti szűrés; 65 éves és annál idősebb kor – csak azokat szűrni, akik 50 éves koruk óta nem estek át szűrésen.

Cervical screening intervals should vary for different age groups, Br J Cancer 2003; 88

Bizonyíték a kolorektális rákszűrés hasznosságára – Brit kutatók beszámolója szerint egy közel félmillió emberre kiterjedő vizsgálat megerősítette, hogy sok életet lehetne megmenteni egy országos méretű kolorektális szűrési program bevezetésével. Egy kétéves projektben 189 ezer angliai, valamint 297 ezer skóciai 50 éves és annál idősebb férfi és nő vett részt a széklet okkult vér tesztelésében. A kísérleti vizsgálatot az állami szűrési bizottság kezdeményezte annak megállapítása érdekében, hogy a szűrővizsgálat kivitelezhető-e és hogy csökkenti-e a mortalitást, még mielőtt döntést hoznának a szűrés országos méretű bevezetéséről. Az eredmények azt igazolják, hogy a széklet okkult vér szűrése kivitelezhető a brit lakosság körében, és a korábbi randomizált vizsgálatok által kimutatott mortalitás-csökkenés is elérhető, amennyiben országos szűrési programot vezetnek be. Természetesen további forrásokat kell ebben az esetben biztosítani a kolonoszkópiához és egyéb ellátásokhoz is biztosítani kell. A vizsgálatban a megjelenési arány 60%-os volt. Elsősorban azok nem éltek a lehetőséggel, akiknek az életmódi tényezői közül több is fokozza a kolorektális rák kockázatát. A szűrésen megjelentek körében fokozódott a betegséggel kapcsolatos tudatosság és ezek az emberek azt jelezték, hogy a jövőben jobban odafigyelnek a megelőző intézkedésekre. A vizsgálati eredményeknek körülbelül 2%-a volt pozitív, ami lakossági szűrőprogram esetében teljesen elfogadható arány. A pozitív eredményű embereknek 80%-a

esett át kolonoszkópián. A legalacsonyabb megjelenési arány a szegények és az etnikai kisebbségek körében volt tapasztalható. A kolonoszkópia eredményeképpen több mint 300 embernél állapították meg a betegség korai stádiumát.

UK population study confirms benefits of colorectal cancer screening.
www.cancerscreening.nhs.uk/colorectal/finalreport.pdf

Betegoktatás

Az ápoló mint a használható információk forrása – A beteg általában úgy hagyja el a kórházat vagy klinikát, hogy kezében van egy betegoktató-csomag, amelyet előzetesen felülvizsgáltak az osztályvezetők, leellenőrzött és megtisztított a jogi csoport, megnyirbált és leszűkített a pénzügyi osztály és feldagasztottak a szponzorok. Emellett a beteg feltehetőleg beszélt az orvosokkal, ápolókkal és más egészségügyi dolgozókkal. A számára nyújtott információk célja, hogy felvilágosítsák őt az öngondoskodás kérdéseiben, a kórházi munkatársakra hagyatkozás utáni időszakra. De hogyan is segíti ez az információ a beteget akkor, amikor nincsen kéznél egészségügyi személyzet? Vajon megtudja-e ezekből az anyagokból a beteg azt, hogy hogyan kell a kötést eltávolítani, vagy mit kell tenni, ha a dréncső eltömődik? Ezeket a kérdéseket a beteg ugyanis egész egyszerűen nem kérdezi meg a kórházi tartózkodása alatt.

Ha minden beteg orvos vagy ápoló lenne, akkor természetesen nem számítana, hogy ki melyik végén van a sztetoszkópnak. Az ápoló által elmondott minden információt ebben az esetben pontosan megértené a beteg, pontosan olyan hangsúlyokat és jelentőséget tulajdonítana minden elmondott tanácsnak, mint ahogyan azt a betegoktatást végző szakember is szánta, és hazabocsátás után minden világos lenne azzal kapcsolatban, hogy mit és mikor kell tennie. A valóságban azonban a betegek vízvezeték szerelők, kőművesek, bankárok, könyvelők, tanárok, jogászok vagy filozófusok, akiktől nem várható el, hogy pontosan úgy értsék az ápoló által elmondottakat, mint az orvos- vagy ápolókollégák. A betegek általában más jelentőséget tulajdonítanak a dolgoknak, mint az egészségügyiek. Az ő esetükben elvész az az összefüggésrendszer, az a viszonyosság, ami az egészségügyiek egymás közti kommunikációját jellemzi, és marad a pusztá információ. Az információ pedig nem „önmagáért beszél”, hanem világnézetünk és elveink szemüvegén keresztül értelmezzük azokat és eszerint cselekszünk. Az ápolónak tehát figyelemmel kell lennie a beteg világról alkotott képére, és a közlés előtt az információk jelentőségét úgy kell meghatározni és az információk körét úgy kell megválasztania, hogy az a beteg számára felhasználható ismereteket adjon.

Az információ-átadáshoz több kell, mint tények felsorolása. Annak a próbája, hogy megfelelően nyújtottunk-e tájékoztatást, az, hogy a fogadó fél érti azt és megfelelően tud cselekedni a kapott információk alapján. Tehát nem az a próba, hogy mi magunk meg vagyunk győződve arról, hogy elküldtük az üzenetet, hanem az, hogy a fogadó fél képes felhasználni az abban foglaltakat. Az információ-tudományból merítve bizonyos egyszerű gyakorlati szabályokat lehet alkalmazni az ápoló-beteg kapcsolatra, ezáltal csökkentve az információvesztést és fokozva a pozitív eredmény valószínűségét. A betegoktatást végző ápoló számára tehát hasznos lehet az információ-elmélet alapján kidolgozott következő néhány szabály alkalmazása: (1) Ha az ápoló nem közöl információkat, a hallgatását egyetértésnek fogja fel a beteg valamivel, amiről nem is tudta az ápoló, hogy a fejében forgatja a beteg, és mindez oda vezethet, hogy a beteg olyan valamit tesz, vagy éppen nem tesz, ami károsan hathat az egészségére. (2) Az ápolónak célzottan fel kell tárnia a beteg információ-szükségleteit, nem várhatja azt, hogy a beteg fogja azzal felkeresni őt. A beteg

nem tud eleget ahhoz, hogy kérdezzen, illetve nem tudja, hogy mit nem tud. (3) Az ápoló által közvetített üzenet legyen egyértelmű, érthető és mentes minden szakmai fogalomtól vagy zsargontól. (4) Az üzenetet nagyobb valószínűséggel érti meg a beteg, ha az ápoló helyt ad némi redundanciának, „felesleges” ismétléseknek. Az extra információval biztosítható, hogy még ha bizonyos információk el is vesznek a fogadó fél számára, az üzenet akkor is értelmezhető. Például, az az utasítás, hogy „vegyen be naponta két teáskanálnyit” kevésbé alkalmazható, mint az, hogy „vegyen be naponta kétszer két 5 ml-es teáskanálnyit, tehát 12 óránként egy teáskanállal”. (5) Az ápolónak gondoskodnia kell arról, hogy a betegnek legyen lehetősége az utasítások megkérdőjelezésére, ha kétségei vannak. (6) Ha lehetséges, biztosítani kell egy visszacsatolási tesztet, aminek során a beteg visszajelzést adhat az ápoló által közölt üzenetről. Így az ápoló leellenőrizheti, hogy a beteg azt az üzenetet vette-e, amit az ápoló gondol, hogy üzenetként elküldött. (7) Ellenőrzési pontként az ápoló is jelezzen vissza a betegnek arról, hogy szerinte a beteg mit mondott neki. Így a beteg tudni fogja, hogy az ápoló helyesen vette-e az ő üzenetét, és ha nem, kijavíthatja azt. (8) Jó, ha az ápoló a beteggel folytatott beszélgetést standard udvariaskodással kezdi. Ez egyrészt nyugtató hatással van, másrészt mindkét fél számára lehetővé teszi, hogy megszokja a másik akcentusát és beszédmódját. (9) Végezetül az ápolónak nem szabad figyelmen kívül hagynia azt, hogy egyes kultúrákban az egyet nem értést, ellentmondást udvariatlanságnak tartják. Lehet, hogy a beteg csupán udvariasságból ért egyet az ápolóval, és nem azért, mert tényleg elfogadja a mondottakat.

A bizonyítékok alapján dolgozó szakemberekként az ápolóknak törekedniük kell arra, hogy az általuk nyújtott információk a megfelelő fogadó félhez jussanak el olyan formában, hogy azt eredményesen és biztonságosan fel tudja használni. Az információhoz való hozzáférés a beteg számára igen problematikus lehet, amikor hazamegy és nincs senki, akitől kérdezhetne. Nemegyszer olyan egymásnak ellentmondó, egymással versengő információkat kap a családtagoktól, barátoktól, az internetről és a fogyasztói képesűségekből, amelyek félrevezetőek vagy helytelenek. Az ápoló feladata tehát az is, hogy irányítsa a beteget abban, hogy helyes információforrásokhoz férjen hozzá. Az ápolók olyan helyzetben vannak, hogy nem csak szakmai információkat tudnak a betegnek átadni, hanem olyanokat is, amelyek felszabadítják, „emancipálják” a beteget, megszabadítják az aggodalomtól, szorongástól, fájdalomtól és szenvedéstől.

Loxton, M.H.: Patient education: The nurse as source of actionable information. Topics in Advanced Practice Nursing eJournal, 3(2), 2003. Posted 05/12/2003

Végstádiumú betegek ellátása –palliatív ellátás

A lelkiiség csökkentheti a kétségbeesést a végstádiumú rákos betegeknél – A végstádiumú betegek hajlamosak a kétségbeesésre és depresszióra, ami reménytelenséghez, a halál siettetésének vágyához és esetleg öngyilkossági képzetalkotáshoz is vezethet. Egyes betegek azonban az élet vége felé a valláshoz, egy felsőbbrendű erőben és célban való hithez fordulnak, amint megpróbálnak válaszolni halandóságuk és az élet értelmének kérdéseire. Kutatók 160 végstádiumú rákos beteget kérdeztek meg funkcionális és mentális állapot felmérésére szolgáló eszközök alkalmazásával. A betegek átlagos életkora 66 év volt, 57%-uk nő és 71%-uk fehérbőrű volt. A résztvevők fele katolikus, 12%-a protestáns és 11%-a zsidó vallású volt, 18% nem közölt vallási hovatartozást. A rendezett lelki élet, „lelki jólét” korrelált a depresszió, reménytelenség, öngyilkossági képzetalkotás és a halál siettetésére irányuló vágy csökkenésével, és a társadalmi támogatás fokozódásával. A kutatók vélekedése szerint a palliatív ellátásban dolgozó ápolóknak fel kell mérniük terminális állapotú betegeik

lelki beállítódását, hitét és szükségleteit ahhoz, hogy segíteni tudjanak nekik megküzdeni a kétségbeeséssel és elérni a megbékélést.

McClain, C.S. et al: Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients.

The Lancet, 2003;361:1603-1607..

Terminális ellátás az intenzív osztályon – Az intenzív osztályon dolgozó szakembereknek gyakran kell dönteniük az életük végéhez közeledő betegek ellátásával kapcsolatban. Az egyes intenzív osztályok szervezési módja befolyásolhatja, hogy ki hozhatja meg ezeket a döntéseket és hogyan. Egy kutató három intenzív osztályon tanulmányozta megfigyeléssel az orvosok, továbbá az orvosok és betegek illetve családtagok közötti kommunikációt és interakciókat. Az első intenzív osztály félig zárt egység volt, ahol a betegekkel kapcsolatos felelősséget a sebészek és az intenzív szakorvosok közösen viselték. A sebészek a betegekhez fűződő kapcsolatukat úgy határozták meg, hogy egyfajta „szerződésük” van az élet minden áron való megőrzésére. Az intenzív szakorvosok ennél tágabb nézetet vallottak, és arra törekedtek, hogy az intenzív osztály szűkös forrásait megőrizték azoknak a betegeknek a számára, akiknél valószínűleg a legnagyobb haszon várható. Összeütközésekre akkor került sor, amikor a sebész intenzív ágyat kért, mivel egy adott beteg számára a lehető legjobb ellátást akarta nyújtani, de az intenzív szakorvos elutasította a kérést a „legjobbat tenni a legtöbb ember számára” elv alapján. Ugyancsak problémát okozott az, amikor a gyógyító ellátás komfort ellátásra változtatására vonatkozóan kellett döntést hozni. Amikor egy eset reménytelenné vált, a sebész általában nem volt elérhető a családdal folytatandó beszélgetéshez. A második intenzív osztályt sebészek vezették, akik maguk dönthettek saját betegek intenzív osztályos ellátásáról. Itt gyakori volt az ágyhiány, ami ápolóhiány miatt alakult ki, amely esetekben az elektív beavatkozásokat törölni vagy halasztani kellett. A családdal csak az extrém esetekben konzultáltak, és annyi időt hagytak számukra az élet végével kapcsolatos döntések meghozatalára, amennyire csak szükségük volt. A harmadik intenzív osztály Új-Zélandon volt, ahol az intenzív ágyak lakossághoz viszonyított aránya igen alacsony. Itt az orvosok csak azokat vették fel az intenzívra, akik „visszafordítható vagy potenciálisan visszafordítható” életveszélyes állapotúak voltak, és az ellátást megszüntették, ha a felépülés reménye csekélyre csökkent. Az orvosok az élet végére vonatkozó döntéseiket csoport-konszenzussal hozták meg, és ebbe a folyamatba nagyon ritkán vonták be a családot. Ezek a példák mutatják, hogy az orvosok eltérő etikai álláspontjai mennyire befolyásolják azt, hogy hogyan állnak hozzá a végstádiumú betegek élete végén meghozandón igen nehéz kérdések kezeléséhez.

Cassell, J. et al: Surgeons, intensivists, and the covenant of care: administrative models and values affecting care at the end of life.

Critical Care Medicine. 2003;31:1263-1270.

Ápolói elégedettség

A professzionális ápolói munkavégzés hozzájárul az ápolók elégedettségéhez - Korábbi vizsgálatok rámutattak arra, hogy a professzionális ápolói praktizálás, munkavégzés, amelyet a hatáskör decentralizációja, az ápolói autonómia és az együttműködő viszony az orvosokkal jellemez, hozzájárulhat az ápolók fokozottabb elégedettségéhez és az betegek mortalitásának alacsonyabb szintjéhez. Az ezen a területen végzett kutatások azonban jórészt vagy az egyes ápolóval, vagy a kórház egészével foglalkoztak, jóllehet, az ápolók elsősorban a betegellátó osztály összefüggés-rendszerében dolgoznak. Kutatók 1682 regisztrált ápolót vizsgáltak 124 belgyógyászati-sebészeti osztályon 64 különböző kórházban azzal a céllal, hogy mérjék a

professzionális ápolói gyakorlat és a munkával való elégedettség szintjét. Ezen túl még minden osztályról 10 véletlenszerűen kiválasztott beteget kérdeztek meg arról, hogy mennyire elégedettek az ápolószemélyzet udvariasságával, a kommunikációval, az ápolók és orvosok közötti interakciókkal, valamint a fájdalomcsillapítás hatásosságával, továbbá betegellátási adatokat gyűjtöttek a gyógyszerelési hibák a betegek elesésének számára vonatkozóan. A kisebb osztály méret, az ellátás technikai összetettségének magasabb foka és a támogató szolgálatok hozzáférhetősége fokozta a professzionális munkavégzést, ami viszont fokozta az ápolók elégedettségét és csökkentette a munkaerő-fluktuációt. A kisebb osztály méret és a regisztrált ápolók személyzetén belüli nagyobb aránya hozzájárult a betegelégedettséghez. Nem volt azonban közvetlen korreláció a professzionális ápolói munkavégzés és a gyógyszerelési hibák vagy betegesések között. A professzionális ápolói munkavégzés, praxis segít a kórháznak a munkaerő megtartásában és az ápolói munkavégzés környezete minőségének a javításában, további kutatás szükséges ahhoz, hogy megfelelő és érzékeny mérőszámokat lehessen meghatározni az ápolási ellátás és a betegkimenetek közötti kapcsolat mérésére.

*Mark, B.A. et al: Professional nursing practice: impact on organizational and patient outcomes.
Journal of Nursing Administration.
2003;33:224-234.*