

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Hospice ellátásban és onkológián dolgozó ápolók halálhoz való viszonya, pszichoszomatikus és lelki állapota

A fisztula ápolása, a monitorozás és a vérhőmérséklet monitor segítségével történő surveillance előnyei

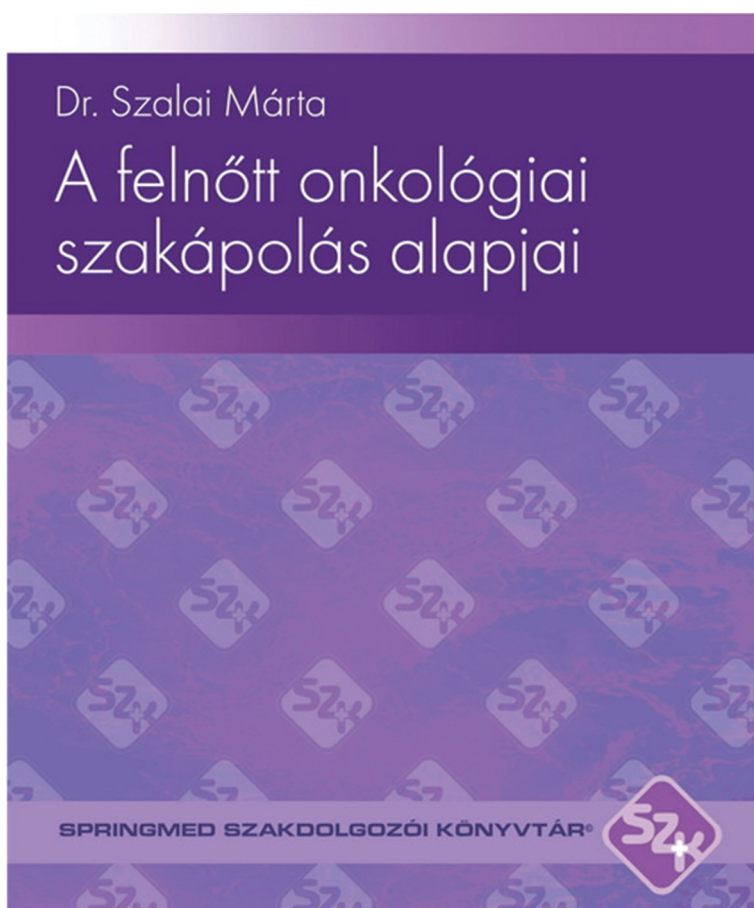
Dializált betegek lábelváltozásai



2016. 29. ÉVFOLYAM 1. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover>

Örömmel értesítjük, hogy a **SpringMed Kiadó** és a MESZK közös sorozata, a **SpringMed Szakdolgozói Könyvtár®** új kötettel bővült

Dr. Szalai Márta:
A felnőtt onkológiai szakápolás alapjai



Méret: 168×236 mm
208 oldal
Ár: 3600 Ft
ISBN 978-615-516-59-4

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/
A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2016, 29 (1), 1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
EREDETI KÖZLEMÉNY Hospice ellátásban és onkológián dolgozó ápolók halálhoz való viszonya, pszichoszomatikus és lelki állapota Nagy Rebeka, Németh Anikó	4
AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA A fistula ápolása, a monitorozás és a vérhőmérséklet monitor segítségével történő surveillance előnyei Greguschik Judit, Rikker Csaba, Lukácsi Attila, Mogyorósi Róza	12
Dializált betegek lábélváltozásai Terényi Judit, Molnár Márta	20
Érzékszervi károsodott betegek a peritoneális dialízis kezelésben Vargáné Szabó Tünde, Keresztesi Sándor	26
Therapy Data Management System (TDMS) ápolói szemmel Somosi László, Ladányi Erzsébet	30
KITEKINTÉS A közétkeztetési reform ápolói szemmel- szociális intézményben Szabóné Polgár Anna Mária	33
Ellan projekt	39
SZERZŐI ÚTMUTATÓ	43

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
ORIGINAL CONTRIBUTION Attitude towards death, psychosomatic and psychological status of nurses working in hospice care and oncology unit Rebeka Nagy, Anikó Németh Phd	4
NURSING IN PRACTICE Care of the fistula, advantages of the monitoring and the surveillance with thermodilution technique Judit Greguschik, Csaba Rikker, Attila Lukácsi, Róza Mogyorósi	12
Foot disorders of the dialyzed patients Judit Terényi, Márta Molnár	20
The patients with sensory system impairment in peritoneal dialysis Tünde Vargáné Szabó, Sándor Keresztesi	26
About Therapy Data Management System (TDMS) by nurses László Somosi, Erzsébet Ladányi	30
OUTLOOK The public catering reform in social care institutions from the care professionals point of view Anna Mária Szabóné Polgár	33
Ellan project	39
AUTHOR'S GUIDE	43

A *Nővérben* megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igénnyel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
KIADÓ KFT.

Nyomdai munka: Vareg Hungary Kft.
Felelős vezető: Egyed Márton ügyvezető igazgató
ISSN szám: 0864-7003

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Dr. Csernus Mariann (PhD)

Szerkesztő/Editor

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

Szerkesztőbizottság/Editorial BoardDr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*Dr. Pápai Tibor (PhD), *centrumvezető ápoló*Szloboda Imréné, *igazgató***Szakértők/Experts**Arany Ida, *megyei vezető ápoló*Jakab Judit, *osztályvezető főnővér*Dr. Papp Katalin (PhD), *főiskolai docens*Dr. Papp László (PhD), *főiskolai docens*Tóth Andrea, *osztályvezető*Dr. Tulkán Ibolya (PhD), *főiskolai docens***Tanácsadó testület/Advisory Board**Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető,*

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Dr. Helembai Kornélia, *főiskolai tanár*

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék, Szeged

Mészáros Magdolna, *elnök,* Egészségügyi Szakmai

Kollégium Ápolás Szakmai Tagozat

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár,* MTA
doktor, a MTA rendes tagja, Pécsi Tudományegyetem
Szentágotthai János KutatóközpontRauh Edit, *elnök-helyettes,* ENKKDr. Velkey György, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Tóth Ibolya, *főtanácsos,*

Emberi Erőforrások Minisztériuma

Prof. PhDr. Valérie Tóthova PhD, *dékán,*
Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,
Cseh Köztársaság**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.observer.hu****NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgy köréből eredeti közleményeket (összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket), előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatának vetjük alá, melyet független szakértők végeznek. A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintettek-re vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészt.

A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

A megjelent anyagnak - vagy részének - bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus PhD. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Tisztelt Olvasó!

A NŐVÉR folyóirat idei, 29. évfolyamának 1. lapszámát tartja a kezében. Igyekszünk most is hasznos, új ismereteket adó, továbbá tájékoztató írásokat bemutatni. Néhány gondolatot szeretnénk megosztani a Kedves Olvasóval az érdeklődés felkeltésének nem titkolt szándékával.

A kiégésről számos publikáció készült már, melyet hallhattunk különböző helyi vagy országos rendezvényeken, olvashattunk ápolásszakmai, vagy akár más orvos-, illetve egészségtudományi szaklapokban. Nem véletlen, hogy ez a „lerágott csontnak” tűnő téma nap, mint nap felbukkan, hiszen folyamatos aktualitással bír. Eredeti közleményünk a kiégés témájához csatoltan a daganatos betegek ellátásával kapcsolatosan a halálfélelemhez való viszonyulást, a halálesetek feldolgozását összehasonlító módon vizsgálta az onkológiai és az otthoni hospice, illetve más osztályokon dolgozó ápolók körében. Úgy gondolnánk, hogy azokon az osztályokon, ahol mindennapos a betegek elmúlása, az ápolók halálfélelemmel kapcsolatos attitűdje jobb, mint a más osztályokon dolgozó ápolóké. A szerzők viszont nem találtak jelentős kapcsolatot ezen tényezők között. A cikkből megtudható a válasz, melyet ezúton ajánlunk szíves figyelmükbe.

Az ápolás gyakorlata rovatban szereplő kéziratok az előző lapszámhoz kapcsolódva a dialízis központokban dolgozó ápolók írása. Olvashatunk a fistula ápolásáról, a dializált betegek lábelváltozásainak kiszűrésére kialakított monitorizálási rendszerről, a látásukban, hallásukban károsodott betegek tájékoztatásának lehetőségeiről a peritoneális dialízis során, illetve a dialízis terápiához kapcsolódó adatrögzítő rendszerről. Kollégáink nemes célt tűztek ki önmaguk számára akkor, amikor ezeket a publikációkat teszik közé: tájékoztatást, ismereteket kívánnak adni minden érdeklődő egészségügyi szakdolgozó, ápoló számára a saját munkaterületükről. Ajánljuk figyelmükbe ezeket az írásokat is.

A következő kézirat a Népegészségügyi program égisze alatt szervezett közétkeztetési reform megjelenését mutatja be a szociális ellátó rendszerben. További ismeretterjesztő írást olvashatnak az idős betegek ellátásában résztvevő ápolók oktatásának, a legjobb gyakorlatot kereső európai szintű projektről.

A Szerzői útmutatónkat is közétesszük a folyóirat végén, remélve, hogy kedvet kapnak ahhoz, hogy a fiókban porosodó anyagaikat, vagy értékes gondolataikat megosszák az ápolótársikkal a NŐVÉR folyóirat által.

Hasznos időtöltést kíván:

a Szerkesztőség

Hospice ellátásban és onkológián dolgozó ápolók halálhoz való viszonya, pszichoszomatikus és lelki állapota

NAGY Rebeka, DR. NÉMETH Anikó

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Felmérni az onkológiai és otthoni hospice ellátásban dolgozó ápolók halálfélelmét, halálhoz való viszonyulását, a munkahelyi halálesetek feldolgozásának módját, valamint a kiégés és a pszichoszomatikus tünetek súlyosságát.

Vizsgálati módszer és minta: Az online és nyomtatott kérdőíves, kontrollcsoportos adatfelvétel 2015. július-augusztus hónapokban történt egy saját szerkesztésű kérdőívvel (N=116). Az adatelemzés SPSS 19.0 programmal, Khi²-, független kétmintás T-próbával, Spearman-féle rangkorrelációval, varianciaanalízissel történt ($p < 0,05$).

Eredmények: A daganatos betegeket ellátó ápolókra a kissé pozitívabb halálhoz való viszonyulás jellemző, jelentős ($p=0,034$) a pozitív dolgok számbavétele betegük halála esetén, és esetmegbeszélő csoportokat is gyakrabban tartanak ($p=0,017$), mint más osztályon dolgozó ápolók. Az utóbbi csoportban gyakoribb a pszichoszomatikus tünetek megjelenése ($p=0,032$). Az összesített halálfélelem skálán nincs jelentős különbség ($p=0,234$) a csoportok átlagai között. A halálfélelem jelentős hatást gyakorol a pszichoszomatikus tünetek előfordulására ($p=0,011$), a kiégés mértékére ($p=0,001$).

Következtetések: A halálfélelem nem mutat szignifikáns eltérést a daganatos betegeket ápolók és a más osztályon dolgozó ápolók körében.

Kulcsszavak: ápolók, hospice, onkológia, halálfélelem, kiégés

Attitude towards death, psychosomatic and psychological status of nurses working in hospice care and oncology unit

Rebeka NAGY, Anikó NÉMETH PhD

Summary

Aim of the research: The aim of the research was to examine the fear of death, the attitudes towards death, the way of processing death, related to the workplace and to assess the burn out and psychosomatic symptoms among oncology nurses and hospice care workers.

Research and sampling methods: To execute our research self-developed surveys were distributed online and printed (N=116) in July-August 2015, completed with a control group, as well. For data analysis we used SPSS version 19.0 with the following statistical tests: Chi square test, independent two sample t-test, Spearman rank correlation and variance analysis ($p < 0,05$).

Results: Oncology nurses had slightly more positive attitudes towards death, with significant ($p=0,034$) proneness to concentrate on positive events too, in case of death of their patients, and tend to attend Bálint groups more often ($p=0,017$), than nurses working in other units. In the latter group psychosomatic symptoms were more frequent ($p=0,032$). No significant differences ($p=0,234$) were found between the groups in cumulative scale of fear of death. Fear of death had great effect on appearance of psychosomatic symptoms ($p=0,011$) and the extent of burn out ($p=0,001$).

Conclusions: There were no significant differences in fear of death between oncology nurses and hospice care workers.

Key words: nurses, hospice, oncology, death anxiety, burnout

Érkezett: 2015. szeptember 17. Elfogadva: 2015. szeptember 29.

Bevezetés

„Kár elrejtteni a halált, mely valójában önmagában is rejtély, az élet igazi csúcspontja,

az élet igazi értelme, a beteljesülés.” (Erőss & Veér, 2001) Az emberek keveset beszélnek a halálról. A félelem sokakat már attól elrémiszt, hogy utána olvassanak, vagy

NAGY Rebeka ápoló (BSc) hallgató, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
DR. NÉMETH Anikó főiskolai docens, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport
Levelező szerző (correspondent): NAGY Rebeka, elérhetőség: 6771 Szeged, Ezüstfa u. 22., Tel.: +36-30/348-8720,
e-mail: rebeka.nagy11@gmail.com

egy társasági beszélgetés során felhozzák. Manapság már tabutémának számít bizonyos körökben. A daganatos megbetegedések számának emelkedése a betegellátásban dolgozókhöz is közelebb hozta a halálos betegség, a halál fenyegető érzését. A halálfélelem a súlyos betegekkel foglalkozó ápolók körében erőteljesebben van jelen. (Kegye et al., 2015) Ezzel ellentétes eredményre jutott Zana és munkatársai, akik segítő foglalkozású szakemberek halálfélelmét vizsgálták, és azt tapasztalták, hogy a *félelem a halottól* faktor alacsony az ápolók körében, de összességében elmondható, hogy nincs szoros összefüggés a segítő foglalkozások és a halálfélelem között. (Zana et al., 2014) Az, hogy egy ápoló hogyan viszonyul a halálhoz, nagymértékben függ az osztály jellegetől, ahol dolgozik. Míg a hospice ápolók a halált menekülésként fogják fel, addig az intenzív terápiás ápolókra a halálkerülés a legjellemzőbb. A kiégés veszélyeztetettségére utaló pszichoszomatikus tünetek az intenzív terápiás ápolóknál jelentek meg szignifikánsan gyakrabban, mint a hospice-ban dolgozóknál. (Varga et al., 2009) Kolosai és Bognár azt találták, hogy a hospice-ban dolgozó segítő szakemberek haláltól való félelme kisebb más segítő foglalkozásúakhoz képest. (Kolosai & Bognár, 2000)

Bár 2013-ra megnövekedett a magyar hospice intézetek száma, ezzel ellentétben a benne dolgozó orvosok, ápolók és a többi szakemberek száma csökkent. Ebből arra következtettek, hogy a nagyfokú lelki megterhelés miatt, a hospice szakápolóknál hamarabb jelentkezik a burnout szindróma, ezért választják egyre kevesebben ezt a szakmai irányt. (Kegye et al., 2015) Mindemellett a súlyos betegeket ellátó egészségügyi dolgozók fizikai és lelkiállapota rosszabb, mint az egészségügyi más területein dolgozóké, a pszichoszomatikus megbetegedések is magasabb arányban fordulnak elő körükben. (Hegedűs et al., 2004) Külföldi kutatók is arra a következtetésre jutottak, hogy a kiégés előfordulása magasabb az onkológián dolgozó ápolóknál, mint az egészségügyi más területén dolgozóknál. (Sherman et al., 2006; Asai et al., 2007) Ostacoli és munkatársai azt találták, hogy a kiégés kevésbé fordul elő a hospice ellátásban dolgozók

körében, mint az onkológián, vagy más betegellátó osztályon dolgozó ápolók körében. (Ostacoli et al., 2010) Végül megállapítható, hogy az ápolók nem félnek kevésbé a haláltól, mint az egészségügyi végzettséggel nem rendelkező személyek. (Oláh, 2014)

Vizsgálat célja

A vizsgálat célja volt felmérni a daganatos betegekkel foglalkozó, onkológiai és otthoni hospice ellátásban dolgozó ápolók halálfélelmét, halálhoz való viszonyulását, a munkahelyi halálesetek feldolgozásának módját, valamint a kiégés és a pszichoszomatikus tünetek súlyosságát. Az eredményeket összevetettük más, nem daganatos betegeket ellátó osztályon dolgozó ápolók eredményeivel. Feltételeztük, hogy a daganatos betegeket ellátó ápolók halálfélelme magasabb annak ellenére, hogy a halálhoz pozitívabban viszonyulnak. Feltételeztük továbbá, hogy a kiégés és a pszichoszomatikus tünetek gyakrabban fordulnak elő körükben, mint az egyéb, daganatos betegeket nem kezelő osztályok ápolói között.

Vizsgálati módszer és minta

Vizsgálatunkat 2015. július-augusztusban végeztük egy saját szerkesztésű önkitöltős kérdőívvel. A kérdőív online változatát a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezetének, valamint Csongrád Megyei Területi Szervezetének közösségi oldalán tettük elérhetővé két hónap időtartamra, valamint elküldtük számos hospice ápolókat tömörítő közösségi oldalra is. Kinyomtatott kérdőívet juttattunk el Csongrád megye két, otthoni hospice ellátással foglalkozó otthonápolási szolgálatának.

A mérőeszköz saját készítésű kérdések mellett tartalmazta a Neimeyer- és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála (1994) magyarra adaptált változatát (Zana et al., 2006), egy pszichoszomatikus tüneti skálát (Piko et al., 1997), valamint egy kiégést mérő kérdéssorozatot (Pines & Aronson, 1981).

Az online kérdőívet 92 kolléga töltötte ki

(mindegyik értékelhető volt), a két otthonápolási szolgáltatásnak eljuttatott 32 db kérdőív-ből pedig 24 db érkezett vissza (mindegyik értékelhető). Az adatfeldolgozást és adatelemzést SPSS 19.0 statisztikai programmal végeztük. Leíró elemzésen kívül alkalmaztunk független kétmintás T-próbát (F-próbával), χ^2 -próbát, variancia analízist (ANOVA) és Spearman-féle rangkorrelációt. Az elemzés során minden esetben 5%-os szignifikancia szinttel dolgoztunk ($p < 0,05$).

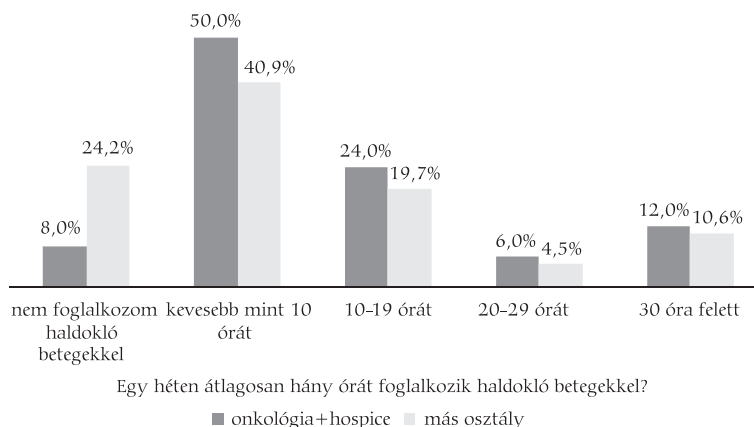
Eredmények

A 116 válaszadó átlag életkora 41,59 év ($SD=9,944$; Min. 20 év, Max. 61 év), 93,1%-uk nő, 6,9% (8 fő) férfi. 29 főnek (24,1%) van hospice szakápoló, 4 főnek (3,4%) onkológiai szakápoló képesítése, 1 fő (0,9%) rendelkezik hospice és onkológiai szakápoló képesítéssel, 83 főnek (71,6%) pedig egyéb ápolói képesítése van, hospice és onkológiai szakápoló végzettsége nincs.

Onkológiai osztályon 13 fő (11,2%), otthoni hospice ellátásban 37 fő (31,9%), 66 fő (56,9%) pedig más jellegű osztályon dolgozik. A daganatos betegekkel foglalkozó almintát az otthoni hospice ellátásban és az onkológiai osztályon dolgozó ápolók képezik (50 fő – az onkológián dolgozó kevés számú válaszadó miatt vontuk össze a két ellátási típus ápolóit), a kontroll csoportot pedig az egyéb beteg-ellátó osztályon dolgozó ápolók (66 fő). A továbbiakban ezen két almintát összehasonlításból származó eredményeket mutatjuk be.

A válaszadók 45,2%-a vallásos, 40%-a nem, 14,8% pedig nem szeretne volna ezt elárulni. A két csoport között nincs jelentős elérés a vallásosság tekintetében ($p=0,145$). A haldokló betegek ápolásának heti óraszámára külön kérdésben rákérdeztünk. Látható, hogy a többség mindkét csoportban kevesebb mint 10 órát tölt hetente haldokló betegek ápolásával. A különbség nem jelentős a két csoport között ($p=0,259$). Az otthoni hospice és onkológiai ellátásban dolgozók

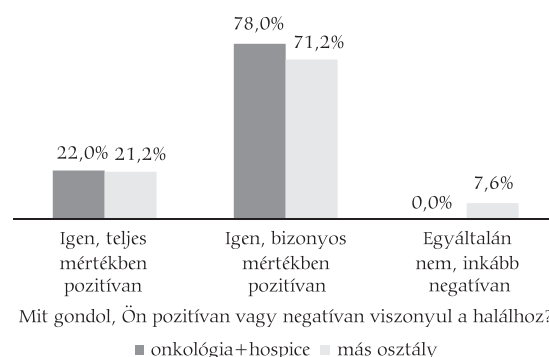
1. ábra: Haldokló betegek ellátására fordított heti óraszám (N=116)



közül 4 fő jelezte (ők valószínű, hogy valamelyik szolgáltatásban vezető szerepet töltenek be, így nem mennek ki betegekhez), hogy egyáltalán nem foglalkozik munkája során haldokló betegekkel. (**1. ábra**)

A válaszadók jelentős többsége csak bizonyos mértékben viszonyul pozitívan a halálhoz. Negatív viszonyulás a hospice és onkológián dolgozó ápolók közül egyáltalán nem fordul elő. A különbség nem szignifikáns a két csoport ápolóinak halálhoz való viszonyulásában ($p=0,137$). (**2. ábra**)

2. ábra: Halálhoz való viszonyulás (N=116)



Vizsgáltuk a halálesetre történő reakció típusát is. A kitöltők többsége mindkét csoportban tudomásul veszi és elfogadja a tényt. A más osztályon dolgozók közül többen kiborulnak, sírva fakadnak, mint a hospice ellátásban és onkológián dolgozók közül. Egyéb válaszlehetőségnek többen jelezték, hogy betegfüggő a halálesetre való reakció típusa. (**1. táblázat**) A két csoport

I. táblázat: Beteg halálára adott reakció (N=116)

Hogyan reagál, ha egy beteget meghalt?	hospice+onkológia	más osztály
Nem dolgozom haldokló betegekkel, így ez a kérdés nem vonatkozik rám.	8%	13,6%
Tudomásul veszem, és elfogadom a tényt. Ennek így kellett történnie.	74%	51,5%
Kiborulok, mert úgy érzem, még tehettem volna érte valamit.	0%	4,5%
Én is sírva fakadok a kórteremben, a család előtt.	0%	1,5%
Sírni kezdek, miután kijöttem a kórteremből, és nyugodt helyre mentem.	8%	19,7%
Egyéb	10%	9,1%

között nincs jelentős különbség a válaszok arányában ($p=0,114$).

A következő kérdésre, hogy „Milyen érzésekkel távozik a munkahelyéről aznap, amikor meghalt egy beteget?” a hospice ellátásban és onkológián dolgozók közül szignifikánsan ($p=0,034$) többen jelezték (84%), hogy igyekeznek a pozitív dolgokat számba venni azon a napon (más osztályon dolgozók 60,6%), negatív érzést a hospice ellátásban és onkológián dolgozók 6%-a, a más osztályon dolgozók 9,1%-a jelzett. Egyéb válaszlehetőségként többen jelezték, hogy vegyes érzések kavarognak bennük.

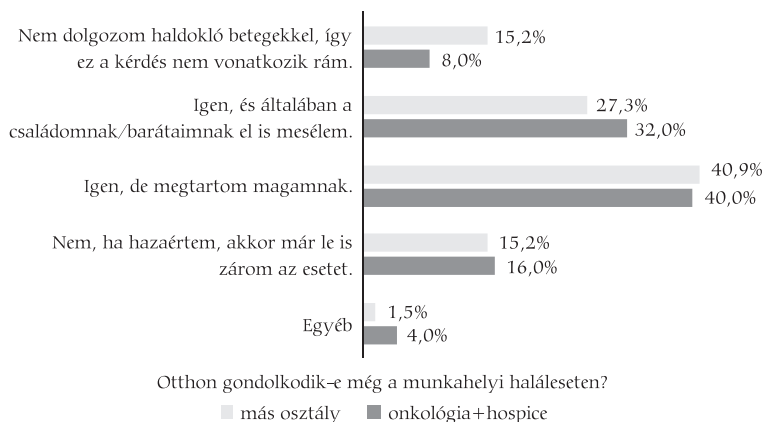
A munkahelyi halálesetet otthon is átgondolja a válaszadók jelentős többsége mindkét csoportban, de kevesebben osztják meg a történeteket családtagjaikkal, barátaikkal, inkább magukban próbálják feldolgozni. Egyéb válaszlehetőségnek sportolást, változó otthoni feldolgozást írtak. (3. ábra)

Betegei halálát a legtöbb ápoló mindkét

csoportban a család és barátok segítségével dolgozza fel leginkább. Figyelemeltereléssel, sportolással és pszichológus segítségével jelentősen gyakrabban dolgozzák fel az onkológián és hospice ellátásban dolgozó ápolók a halálesetet. Nem jelentős mértékben ugyan, de az egyéb betegellátó osztályon dolgozók gyakrabban jelezték, hogy kollégáikkal megbeszélnek az esetet. Ennek valószínűleg az lehet az oka, hogy az otthoni hospice ellátásban dolgozók egyedül dolgoznak, kevésbé adódik lehetőségük kollégákkal találkozni és megbeszélni a történeteket. (II. táblázat) Viszont közülük 30% irányított esetmegbeszélő csoportban vesznek részt, míg a más betegellátó osztályon dolgozók közül csupán 12,1%-nak van erre lehetősége ($p=0,017$).

A pszichoszomatikus tünetek megjelenését egy hét kérdésből álló, négyfokú skálával mértük (0=soha; 1=ritkán; 2=időnként; 3=gyakran), melyen összesen 21 pontot lehetett elérni (Piko et al., 1997). Minél magasabb pontot ért el valaki ezen a skálán, annál súlyosabban a pszichoszomatikus tünetei. A daganatos betegekkel foglalkozók átlag 8,16 pontot ($SD=4,546$), az egyéb osztályon dolgozók 9,85 pontot ($SD=3,808$) értek el. A különbség a két csoport között szignifikáns ($p=0,032$; $t=-2,175$). Leggyakrabban hát- és derékfájás, gyengeség és fáradtság, alvási problémák, valamint fejfájás jelentkeztek pszichoszomatikus tünetként mindkét csoportban. Fejfájásról szigni-

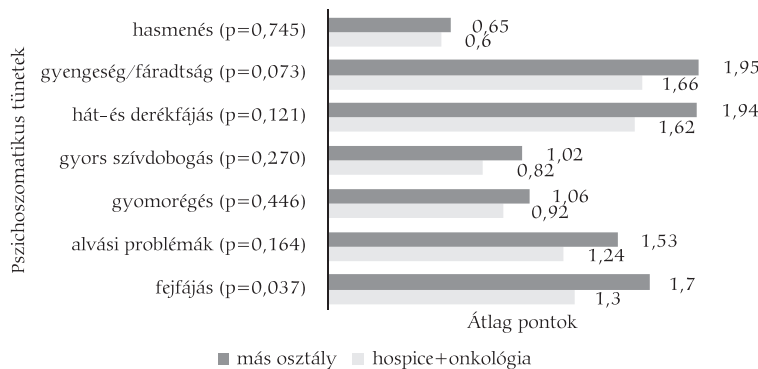
3. ábra: Munkahelyi haláleset feldolgozása otthon (N=116)



II. táblázat: Haláleset feldolgozásának módjai a válaszadók körében (N=116)

Milyen módszerekkel tudja/szokta feldolgozni betegei halálát?	hospice+onkológia	más osztály	p
Család és barátok segítségével	46%	30,3%	0,083
Gyász munkát segítő könyvek olvasásával	12%	6,1%	0,259
Figyelemeltereléssel (új hobbik)	38%	18,2%	0,017
Többet dohányzom	4%	1,5%	0,404
Sportolással	20%	4,5%	0,009
Sok alvással	2%	9,1%	0,112
Relaxációs, meditációs technikákkal	8%	18,2%	0,115
Altató/nyugtató szedéssel	2%	3%	0,729
Vallással	10%	18,2%	0,217
Pszichológus segítségével	6%	0%	0,044
Alkoholfogyasztással	2%	1,5%	0,843
Megbeszéltem kollégáimmal az esetet	48%	65,2%	0,064

4. ábra: Pszichoszomatikus tünetek átlagpontjainak összehasonlítása (N=115)



fikánsan gyakrabban számoltak be a más osztályon dolgozók (p=0,037; t=-2,113). A kérdésre egy hospice ellátásban dolgozó kitöltő nem válaszolt. (4. ábra)

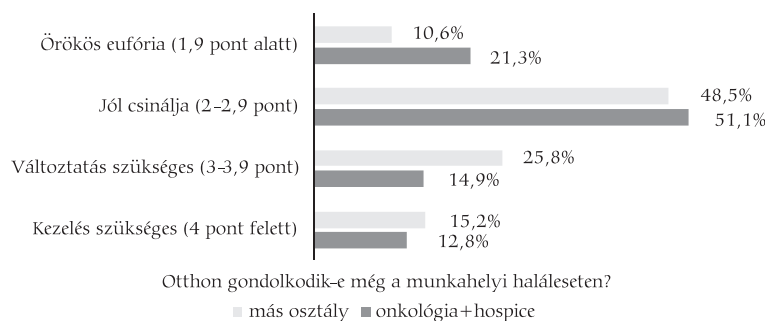
A kiégés megítélésére alkalmazott mérőeszköz (Pines & Aronson, 1981) 21 ítemet tartalmazott, ahol 1-7-ig lehetett pontozni az egyes állítások előfordulásának gyakoriságát (1=soha; 7=mindig). A kiégés mértékét egy előre megadott képlet segítségével számítottuk ki, majd az így kapott átlagpontok alapján csoportosítottuk a válaszadókat a kiégés mértékének megfelelően. A kérdésre három hospice ellátás-

ban dolgozó ápoló nem válaszolt. A daganatos betegekkel foglalkozók átlagosan 2,67 (SD=0,85), a más osztályon dolgozók 2,97 (SD=0,93) pontot értek el, a különbség nem jelentős (p=0,078; t=-1,779). A kiégés pontszám szerint kialakított kategóriákba tartozó válaszadók arányát az 5. ábra mutatja. Mindkét csoportban a válaszadók többsége nem érintett a kiégés által, mivel 2,9 átlagpontnál kevesebbet értek el. (5. ábra) A kiégés ka-

tegóriákba sorolt válaszadók aránya között nem mutatkozott jelentős különbség a két csoport között (p=0,290).

A halálfélelmet Neimeyer és Moore (1994) által kifejlesztett Multidimenzionális

5. ábra: Válaszadók megoszlása a kiégés mértéke szerint (N=113)



III. táblázat: Halálfélelem skála átlagpontjai (*kevesebb átlagpont nagyobb halálfélelmet jelent) (N=116)

MFODS alskálák	osztály típusa	átlag*	t	p
Félelem a meghalás folyamatától (beleértve a fájdalmas és erőszakos halált)	hospice+onkológia	14,96	0,231	0,818
	más osztály	14,70		
Félelem a halottól (az emberi és állati tetemtől való félelmet egyaránt jelzi)	hospice+onkológia	17,06	-1,125	0,263
	más osztály	18,08		
Félelem a megsemmisüléstől (beleértve a test oszlását vagy elégetését)	hospice+onkológia	12,28	-0,914	0,363
	más osztály	12,88		
Jelentős társak féltése (a számunkra fontos személyek halálától való félelem és a hozzátartozóink ránk irányuló aggodalma egyaránt beletartozik)	hospice+onkológia	13,84	0,361	0,718
	más osztály	13,53		
Félelem az ismeretlentől (félelem a létezés megszűnésétől és a halál utáni élettől vagy annak hiányától)	hospice+onkológia	16,18	-1,454	0,149
	más osztály	17,45		
Félelem a halál tudatos átélésétől (szorongás attól, hogy valakit tévesen holtta nyilvánítanak, bár még él)	hospice+onkológia	17,16	-1,335	0,184
	más osztály	18,53		
A test féltése a halál után (félelem a test bomlásától és izolációjától)	hospice+onkológia	20,20	-2,178	0,031
	más osztály	22,68		
Félelem a korai haláltól (miszerint nem érjük el kitűzött céljainkat, nem valósíthatjuk meg vágyainkat)	hospice+onkológia	10,66	-0,379	0,705
	más osztály	11,02		
Összesített halálfélelem	hospice+onkológia	122,34	-1,196	0,234
	más osztály	128,86		

Halálfélelem Skála (MFODS) magyarra adaptált változatával mértük (Zana et al., 2006), mely 42 ítemet tartalmazott. A kérdéseket 1-5-ig terjedő skálán (1=teljesen egyetértek; 5=egyáltalán nem értek egyet) lehetett értékelni. A skála fordítva mér, tehát az alacsonyabb érték magasabb halálfélelmet jelöl. A kérdések a III. táblázatban látható nyolc faktor alapján lettek csoportosítva. A daganatos betegekkel foglalkozó ápolók összesített halálfélelmé nem jelentős ($p=0,234$) mértékben ugyan, de magasabb a más osztályon dolgozó ápolókhoz képest. A nyolc alskála közül öt alskálánál (szürkével kiemelve a III. táblázatban) a daganatos betegekkel foglalkozó ápolók alacsonyabb pontszámot értek el, ami azt jelenti, hogy ezek a halálfélelmek náluk picivel magasabbak, mint az egyéb osztályon dolgozóknál. A „test féltése a halál után” alskálánál szignifikánsan ($p=0,031$) magasabb halálfélelmet tudtunk kimutatni a hospice ellátásban és onkológián dolgozó ápolók csoportjánál. (III. táblázat)

Spearman-féle rangkorrelációval vizsgál-

tuk a halálfélelem összefüggését a pszichoszomatikus tünetekkel és a kiegészítő mértékével is. Az összesített halálfélelem skála esetében elmondható, hogy minél inkább fél valaki a haláltól, annál több pszichoszomatikus tünettől ($p=0,011$; $r=-0,235$), és annál nagyobb fokú kiegészítő ($p=0,001$; $r=-0,305$) küzd.

Mindkét vizsgált ápolói csoportban a vallásosak összesített halálfélelem pontjai nem szignifikáns mértékben ugyan ($p=0,705$; $p=0,118$), de magasabbak a nem vallásosokhoz, vagy azokhoz képest, akik nem szeretnek volna válaszolni a vallással kapcsolatos kérdésre. (Magasabb halálfélelem pontszám alacsonyabb halálfélelmet jelent!). Ez azt jelenti, hogy a vallás protektív tényező a halálfélelem esetében az általunk vizsgált ápolók körében.

A kérdőív utolsó kérdése nyitott kérdés volt: „Mit gondol, mit jelent a halálhoz való pozitív viszonyulás?” 94 fő válaszolt, többségében az elfogadás, belenyugvás kulcsszavak fordultak elő. Néhány válasz, amely idézésre érdemes:

„A beteg ember lelke megnyugszik, a teste megszabadul a földi fájdalomtól.”

„A halál az élet része, nem létezésünk végét jelenti, hanem a földi létünk végét, mely a földi öröme mellett, a boldogtalanság, a szenvedés és a fájdalom teljes megszűnését is magába foglalja.”

„A halál az élet szerves része, elkerülhetetlen! A halál jó, mert azt jelenti, hogy ÉLTEM!”

„A haldoklóval lenni, fogni a kezét, hogy ne féljen, ne egyedül csinálja, számíthasson rám.”

„Itt Magyarországon ez még eléggé ismeretlen fogalom! Itt az emberek félnek a haláltól!”

Következtetések

Felmérésünkéből levonható az a következtetés, hogy a mintánkban szereplő hospice és onkológiai ellátásban dolgozó válaszadók esetében a halálhoz való negatív viszonyulás egyáltalán nem fordul elő, attitűdjük pozitív. Ők azok, akik betegük elvesztése esetén jelentősen gyakrabban számba veszik az aznap történt pozitív dolgokat is. Más betegellátó osztályon dolgozó ápolókkal összehasonlítva elmondható, hogy mindkét csoport válaszadói otthon is foglalkoznak a munkahelyen történt halálesettel, de a többség ezt magában teszi, kevesebben vannak azok, akik lezárják az esetet hazaérkezéskor. A daganatos betegeket ellátó ápolók a figyelemelterelést (új hobbi), sportolást, pszichológus igénybevételét szignifikánsan gyakrabban alkalmazzák a haláleset feldolgozására, mint az egyéb osztályon dolgozó ápolók, valamint esetmegbeszélő csoportban is szignifikánsan gyakrabban vesznek részt. Pszichoszomatikus tünetek jelentősen gyakrabban fordulnak elő a más osztályon dolgozó válaszadóink között, különösen a fejfájás fordul elő szignifikáns mértékben náluk. Hát- és derékfájás, gyengeség és fáradtság, alvási problémák, fejfájás a leggyakrabban megjelölt tünetek mindkét csoportban. A kiégés mértékében nem tudunk jelentős különbséget kimutatni a két csoport válaszadói között.

A daganatos betegekkal foglalkozó ápolók összesített halálfélelme nem jelentős mértékben, de magasabb a más osztályon dolgozó ápolókhoz képest. Öt alsókala (*Félelem a ha-*

lottól, a megsemmisüléstől, az ismeretlentől, a halál tudatos átélésétől, a korai haláltól) esetében a daganatos betegekkal foglalkozó ápolók halálfélelme picivel magasabb, mint az egyéb osztályon dolgozók halálfélelme, de nem szignifikáns a különbség. A „*test féltése a halál után*” alsókalanál jelentősen magasabb halálfélelmet tudunk kimutatni a hospice ellátásban és onkológián dolgozó ápolók csoportjánál.

Érdeemes megjegyezni, hogy a halálfélelem mértéke jelentősen befolyásolja a pszichoszomatikus tünetek előfordulását, valamint a kiégés mértékét (mindkét tényezőt növeli az általunk vizsgált ápolók körében). Fontos megállapítás kutatásunkban a vallás protektív hatása a halálfélelemre nézve, ugyanis mindkét vizsgálati csoportban a vallás gyakorlása kisebb mértékű halálfélelemmel jár együtt, de az eredmény nem szignifikáns, csupán az összesített halálfélelem átlagpontjaiban volt nem jelentős mértékű eltérés. Varga és munkatársai is azt találták, hogy a hospice ellátásban dolgozók körében kevésbé jellemző a vallásosakra a halálfélelem a nem vallásosakhoz képest. (Varga et al. 2009)

A munkahely támogató szerepe nagyon fontos az egészségügyi dolgozók halállal kapcsolatos élményeinek feldolgozásában. (Hegedűs, 2012) Fontos lenne az egészségügyön belül olyan intervenciók stratégiák kidolgozása, mely többek között a haldokló betegeket foglalkozó szakemberek lelki egészségét védené. Kommunikációs tréningek, szupervízió, stresszkezelő programok hozzájárulhatnának az egészségesebb halálhoz való viszonyuláshoz. (Zana & Hegedűs, 2009)

Feltételezéseink közül igazolódott, hogy a válaszadó ápolók közül a daganatos betegeket ellátók halálfélelme magasabb a halálhoz való pozitív viszonyulás ellenére, viszont a kiégés alig észrevehetően kevésbé sújtja őket, a pszichoszomatikus tünetek pedig jelentősen kevésbé fordulnak elő náluk, mint a más osztályon dolgozó ápolók körében. Az alacsony számú szignifikáns eltérés oka lehet az alacsony elemszám, ezért érdemes lenne a kutatás megismétlése nagyobb mintán. Viszont az adatfelvétel során kiderült, hogy az ápolók nem szívesen válaszolnak a halál-

lal kapcsolatos kérdésekre, így nehézségekbe ütközött felmérésünk kivitelezése.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk köszönetet mondani a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezetének, valamint Csongrád Megyei Területi Szervezetének, hogy lehe-

tővé tették a kérdőív megjelenését közösségi oldalukon. Köszönjük a Gondoskodás 2003. Bt.-nek, valamint a Dr. Csernai Katalin Háziorvosi, Otthonápolási és Szolgáltató Kft.-nek, hogy lehetővé tették számunkra a felmérés elvégzését. Köszönjük továbbá a kérdőívet kitöltő kollégáknak, hogy válaszaikkal hozzájárultak a kutatás megvalósulásához.

Irodalomjegyzék

- Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Fujimori, M., Akizuki, N., Nakano, T., Uchitomi, Y. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*, 16 (5), 421-428. doi:10.1002/pon.1066
- Erőss, L., Veér, A. (2001). *A halál enciklopédiája*. Budapest: Glória Press Kiadó.
- Hegedűs, K., Riskó, Á., Mészáros, E. (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae*, 14 (11), 786-793.
- Hegedűs, K. (2012). A legsúlyosabb betegeket el látó egészségügyi dolgozók egészségvédelme. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13 (2), 243-252. doi:10.1556/Mental.13.2012.2.8.
- Kegyé, A., Zana, Á., Révay, E., Hegedűs, K. (2015) A súlyos betegek ellátásának igazi ára –az együttérzésből fakadó fáradtság vagy elégedettség. *Lege Artis Medicinae*, 25 (3), 129-136.
- Kolosai, N., Bognár, T. (2000). Az élettől búcsúzó kérdéseinek súlya az itt maradtakon. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 5 (1), 18-36.
- Oláh, M. (2014). Halál szemlélet és halálfélelem az ápolásban. *IME*, 13 (2), 46-49.
- Ostacoli, L., Cavallo, M., Zuffranieri, M., Negro, M., Sguazzotti, E., Luigi Picci, R., Tempia, P., La Ciura, P., Furlan, P.M. (2010). Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliative and Supportive Care*, 8 (4), 427-432. doi:10.1017/S1478951510000295
- Pikó, B., Barabás, K., Boda, K. (1997). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7 (3), 243-247. doi:10.1093/eurpub/7.3.243
- Pines, A.M., Aronson, E. (1981). Burnout: from Tedium to personal growth. New York City: The Free Press, 17-20.
- Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S., Mehta, P. (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliative Support Care*, 4 (1), 65-81. doi:10.1017/S1478951506060081
- Varga, Zs.K., Baksa, D., K. Szilágyi, A. (2009). A halál iránti attitűd és összefüggéseinek vizsgálata kritikus állapotú betegek ápolásával foglalkozó populációkban: intenzív-terápiás osztályon, illetve hospice ellátásban dolgozók nővérek körében. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 8 (2), 8-54.
- Zana, Á., Hegedűs, K., Szabó, G. (2006). A Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála validálása magyar populáción. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7 (3), 257-266. doi:10.1556/Mental.7.2006.3.9.
- Zana, Á., Hegedűs, K. (2009). Intervenciók kialakítása a halál és haldoklás témájában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10 (4), 337-347. doi:10.1556/Mental.10.2009.4.4.
- Zana, Á., Konkoly Thege, B., Limpár, I., Henczi, E., Golovics, P., Pilling, J., Hegedűs, K. (2014). Összefüggésbe hozható-e a halálfélelem a foglalkozással? *Orvosi Hetilap*, 155 (31), 1236-1240.

A fistula ápolása, a monitorozás és a vérhőmérséklet monitor segítségével történő surveillance előnyei

GREGUSCHIK Judit, DR. RIKKER Csaba, LUKÁCSI Attila, MOGYORÓSI Róza

Összefoglalás

Bevezetés: A hemodializált betegek elsődlegesen választandó vérnyerési helye a natív arteriovenózus fistula (AVF), ezért a vérnyerési hely tartósságának, használhatóságának, élettartamának megőrzése és növelése céljából, a monitorozás és felügyelet kiemelt jelentőséggel bír.

A vizsgálat célja: A dialízis központunkban működő AVF felügyeleti protokoll értékelése.

Vizsgálati módszer és minta: Az AVF monitorozását és surveillance-át központunkban 2003. februárjában kezdtük. 2015 májusáig 307 beteg adatait értékeltük.

Eredmények: A rendszeres fizikális vizsgálat mellett fistula áramlásméréseket (Qa) végeztünk Fresenius 4008, vagy 5008 dialízis készülék vérhőmérséklet monitor segítségével. Szűkület gyanúja esetén Color Doppler Ultrahang (CDU), és/vagy fistulográfia történt, mely során 154 betegnél, 344 sztenózis igazolódott. Percutan transluminális angioplasztika 241 esetben 127 betegnél történt. Új fistula készítésére csupán 24 alkalommal volt szükség 21 betegnél. 2010-től a Qa vizsgálatokat havi rendszerességgel végezzük. Ennek eredményeként a fistulán kezelt betegek száma 75%-ról 84 %-ra emelkedett.

Következtetések: A vérnyerési helyek rendszeres monitorozása, surveillance-a, és időben történő korrekciója csökkentheti a trombózisráta és a centrális véna katéterek használatának szükségességét.

Kulcsszavak: arteriovenózus fistula, surveillance, fistula áramlásmérés

Care of the fistula, advantages of the monitoring and the surveillance with thermodilution technique

Judit GREGUSCHIK, Csaba RIKKER MD., Attila LUKÁCSI, Róza MOGYORÓSI

Summary

Introduction: The best choice of vascular access for haemodialysis patients is the native arteriovenous fistula (AVF). Therefore, monitoring and surveillance of vascular accesses has a high priority.

Aim of the research: The aim of our study was to evaluate the AVF surveillance protocol of our dialysis clinic.

Research and sampling methods: We began AVF monitoring and surveillance in our dialysis clinic in February 2003. Until May 2015 we evaluated the data of 307 patients.

Results: Besides the regular physical investigation of fistulas we performed measurements of vascular access flow (Qa) with thermodilution technique. In cases of suspected stenosis we performed Colour Doppler Ultrasonography and/or fistulography. Stenosis was verified in 154 cases at 344 patients. Percutan transluminal angioplasty was performed in 241 cases at 127 patients. Creation of a new fistula was necessary only in 24 cases at 21 patients. Within the last three years the percentage of patients treated via AVF has risen from 75% to 84%.

Conclusions: Regular monitoring and surveillance of vascular accesses and the timely correction of its complications are able to reduce thrombosis of fistulas and the necessity of using central venous catheters.

Keywords: arteriovenous fistula, surveillance, measurement of vascular access flow

Felkérésre érkezett: 2015. 12. 08.

GREGUSCHIK Judit FMC Dialízis Center Kft., Péterfy DC., Budapest, Magyarország

DR. RIKKER Csaba, FMC Dialízis Center Kft., Péterfy DC., Budapest, Magyarország

LUKÁCSI Attila FMC Dialízis Center Kft., Péterfy DC., Budapest, Magyarország

MOGYORÓSI Róza FMC Dialízis Center Kft. Budapest Magyarország

Levelező szerző (correspondent): MOGYORÓSI Róza, elérhetőség: 1035 Budapest, Szépvölgyi út 35-37.,

Tel: +36-70/455-3516, email: roza.mogyorosi@fmc-ag.com

Bevezetés

A krónikusan hemodializált betegek morbiditásának és hospitalizációjának leggyakoribb okát a vérnyerési helyekkel kapcsolatos szövődmények képezik. Betegeink életkilátásának, életminőségének javítása érdekében a vérnyeréssel kapcsolatos kérdések egyre fontosabbak. Nemzetközi irányelvek szerint az elsődlegesen választandó vérnyerés a natív arteriovenózus fisztula (AVF). A sikeres érbehatolás jelentős mértékben hozzájárulnak a betegek jó általános állapotához és az adekvát dialízis kezeléshez.

Az European Renal Best Practice (ERBP) a következő ajánlásokat teszi a vesebetegek dialízis kezelésével és a fisztula kialakításának megtervezésével kapcsolatban:

- ⇒ Korai vénamegtartás a dialízis megkezdése előtt, függetlenül a később választott kezelési modalitástól.
- ⇒ A dialízis megkezdéséig egy jól működő érbehatolás elkészítése javasolt.
- ⇒ A potenciálisan hemodialízisre szoruló betegeket a krónikus vesebetegség 4. stádiumáig, vagy annál korábban, (GFR <30ml/perc) érsebészhez tanácsos irányítani, aki elkészíti számára a hemodialízis megkezdéséig megérő, kezelésre alkalmassá váló fisztulát.
- ⇒ Az érbehatolás elkészítése előtt color doppler ultrahang (CDU) elvégzése javasolt, mellyel feltérképezhető az alkar artériás és vénás érhálózata.
- ⇒ Centrális véna katéterrel rendelkező betegek esetében tanácsos a nagyvéna diagnosztikai képalkotó vizsgálata. (Tordoir, Canaud, Haage, 2007)

A fisztulák posztoperatív kezelése

A leggyakoribb komplikáció műtét után a fertőzés és a keringési problémák. Az operált végtagot kényelembe kell helyezni, óvni a fertőzéstől, a sebllátás aszepszis és antiszepszis szabályait betartva. A vérnyomás-mérés ellenőrzése szükséges az ép karon. A szisztolés nyomást 100 Hgmm felett kell tartani, ellenkező esetben tartanunk kell a fisztula trombózisától. (Brunier, 1996)

Az AVF az operáció után egy úgynevezett érési folyamaton megy keresztül, melynek időtartama 4-6 hét. Ez az a folyamat, mely során az AVF alkalmassá válik a punkcióra, azaz megfelelő lesz benne az áramlás, a fala meg erősödik, átmérője eléri a kívánt nagyságot.

Az érettség megállapítására általában a „6”-os szabályt alkalmazzuk:

- ⇒ Átmérője legalább 6 mm, szélei kivehetők a stranguláló gumi használatakor.
- ⇒ Mélysége kisebb, mint 6 mm.
- ⇒ A benne mért áramlás legalább 600 ml/perc. (National Kidney Foundation, 2006/a)

Az AV fisztula surveillance egyik jelentős tényezője a beteg edukációja és a folyamatos reedukáció. Fontos a beteget tájékoztatnunk az AV fisztulával kapcsolatos információkról, teendőkről.

Ezek a kérdések és információk széles spektrumot ölelnek fel a fisztula kialakításától annak egész élettartamára vonatkozóan. Így:

- ⇒ Mi a fisztula, miért életfontosságú a jól működő fisztula?
- ⇒ Érési időben a fertőzés megelőzése, kötés, varratok védelme.
- ⇒ Erősítő gyakorlatok: ruhacsipesz, labda, ujjbegyek összeérintése.

A beteg mindennapi feladatai közé tartozik az érett fisztula megfigyelése, tapintása, surranás észlelése is. Hívjuk fel a figyelmét arra, hogy amennyiben változást észlel, rögtön jelentkezzen a dialízis központban.

A beteg további feladatai:

- ⇒ Ne akadályozza a véráramlást szoros ruha, ékszer viselésével, alvás közben ne fekdjön rá.
- ⇒ Hívja fel a nem dialízis területén dolgozó egészségügyi személyzet figyelmét is a fisztulájára, hiszen a vérnyomás-mérést, injekció beadását kerülni kell a fisztulás karon.
- ⇒ Fokozottan ügyeljen a higiénére, punkció előtt mossa le, tartsa tisztán, próbálja a szennyeződések kerülését.
- ⇒ Igyekezzen a sérülések lehetőségét a minimumra csökkenteni, ne emeljen nehéz tárgyat, sportolásnál óvja fisztulás karját.
- ⇒ A hőmérsékletet próbálja optimálisan megválasztani, ne tegye ki napfénynek, hidegben öltözzön fel.

⇒ Fogadja el a kezelőszemélyzet ajánlásait a megfelelő szűrőstechnika kiválasztásakor.

Adherencia, compliance, concordance...

Hazánkban a beteg compliance nemzetközi viszonylatban is alacsony, amely közvetlenül veszélyezteti az adekvát kezelések eredményességét. A krónikus betegellátásban a nem kellő adherencia pedig kiemelkedő progressziót mutat. E tény alapjaiban determinálja a kezelések hatékonyságát, amely tartós fennállás esetén az általános állapot masszív és esetlegesen irreverzibilis hanyatlásával jár.

Más oldalról ugyanakkor kialakulóban van egy olyan betegkör, amely tudatosan törekszik a teljes körű informáltságra. Ezen páciensek számos forrásból gyűjtenek információt a náluk alkalmazott kezelésekről és vizsgálatokról, közösségeket formálva osztják meg tapasztalataikat, és megfogalmazódni látszik igényük arra, hogy az orvossal és az ápolóval „win-win” helyzetben tudjanak együtt gondolkodni.

Az adherencia javítása igen meghatározó feladat, folyamatos erőfeszítést, energiát, időt és jelentős erőforrásokat igényel, miközben ezek eredményei általában csak közép- és hosszútávon válnak objektívvé. Ennek mutatója, hogy azok a páciensek, akiknél a fisztula áramlásmérések eredményei sztenózis gyanúját vetették fel, majd ennek következtében az ellátás valamely formájában részesültek, nagyobb együttműködési hajlandóságot mutatnak a további vizsgálatok, szűrések és a prevenció terén.

Compliance javítás lehetőségei:

- ⇒ Az orvos-beteg és az ápoló-beteg találkozás során a beteg kezelőorvosa, kezelője, fel kell, hogy keltse a betege figyelmét és belső motivációját a helyes beteg-egytütműködés iránt.
- ⇒ Megfelelő információk átadása, amelyek segítik a pácienseket az adekvát kezelés és a fisztula áramlásmérések fontosságának megértésében.
- ⇒ Az előzőeket olyan kommunikációs csatornákon keresztül kell megoldani, ame-

lyek megfelelnek az adott páciens demográfiai, kulturális és szociális jellemzőinek.

Nemcsak a betegek, de az ápolók képzése, tudásuk szinten tartása is elengedhetetlen. A fisztula szűrés előtti megfigyelése, a helyes punkciós technika elsajátítása, a jól kivitelezett túeltávolítás kulcsfontosságú szerepet játszik az ápoló kompetenciájában éppúgy, mint a jól működő fisztula fenntartásában, annak sikerében, hogy a beteg „életvonala” minél tovább megfelelő vérhozamot biztosítson a dialízis kezeléshez.

Szűrőstechnikák

Bármelyik punkciós eljárást alkalmazzuk, ügyelnünk kell az aszepszis-antiszepszis szabályainak betartására munkánk során. A helyes szűrőstechnika, és az ezzel kapcsolatos előírások elsajátítása az ápolói munka egyik legfontosabb alappillére.

Punkció során a következő irányelveket kell követnünk:

- ⇒ A szappanos lemosást követően dezinficiáljunk!
- ⇒ Használjunk stranguláló gumit, és feszítsük ki a bőrt a szűrési pont felett!
- ⇒ Az artériás tű anterográd, a véráramlással megegyező, vagy retrográd, a véráramlással ellentétes irányban is behelyezhető az érbe!
- ⇒ A vénás tűt mindig csak anterográd, a véráramlással megegyező irányban szűrhatjuk!
- ⇒ A tű éle anterográd szűrési irány esetén lehetőség szerint lefelé, retrográd szűrési irány esetén mindig felfelé mutasson!
- ⇒ Az érbe történő behatolás után a tűt helyezzük egy síkba a bőrrel!
- ⇒ A tűt mindig előírás szerint, biztonságosan rögzítsük!
- ⇒ A tű eltávolításánál ügyeljünk arra, hogy ne sértsük meg az érfalat! A tűt kíméletesen távolítsuk el, és soha ne alkalmazzunk nyomást a kihúzás előtt!
- ⇒ Ha a steril gömbtörlőt kötéssel rögzítjük, akkor ügyeljünk arra, hogy soha ne komprimáljuk a fisztulát! Előnyösebb az, ha a vérzés megszűnéséig a beteg, vagy az ápoló nyomja a szűrési pontot.

Három féle szűrőtechnikát ismerünk és alkalmazunk:

- 1. Kötéllétra technika:** Minden punkcióhoz új szűrési helyet választunk, amely legalább 2 cm távolságra helyezkedik el az előző szűrőponttól. Ez lehetővé teszi, hogy a két ugyanabba a pontba történő szűrés között a keletkezett bőr és érsérülések teljes mértékben gyógyuljanak. Az érbehatolás alsó részén kezdjük a punkciót, kezelésről kezelésre haladunk felfelé. A fisztula teljes vonalát használjuk. Ez a szűrőtechnika abban az esetben választható, ha a betegnek hosszú vonalon maturalizálódott fisztulája van. E választás hátránya a szűrés fájdalma, hiszen minden esetben új punkciós pontot választunk.
- 2. Terület-meghatározásos technika:** Egyre inkább kerülendő, mert mindig azonos területet pungálunk, a bőr elvékonyodik, aneurizmák keletkeznek, ami esetenként megrepedhet, esetleg nagyobb vérzés kockázatát is jelentheti. A betegek körében közkedvelt szűrőtechnika, mert kevésbé fájdalmas és biztosnak tűnő szűrőssel jár. Azonban ápolói feladat a betegek tájékoztatása e szűrőtechnika hátrányairól.
- 3. Gomblyuk-technika:** Olyan punkciós eljárás, amikor az ápoló minden egyes szűrőst ugyanabban a pontban és ugyanabban a szögben végez, így kialakul egy tunnel, amibe a tű könnyen és fájdalommentesen bevezethető. Alaposabb előkészítést igényel, mint a másik két szűrőtechnika, mert a punkció előtt egy steril tűvel el kell távolítani a képződött pörköt. Lehetővé teszi a tompa tű használatát. Klinikánkon rövid szűrhető fisztulaszakaszok esetén ez az elsődleges választás. Alapelvünk, hogy a tunnelt mindig szűrőszakaszban tapasztalt ápolók alakítsák ki.

AVF surveillance

A fisztula megfigyelése az érési folyamat során éppoly fontos, mint a már rendszeresen használt érszekötötés esetében.

Mivel az AV fisztula és AV graft(ok) trom-

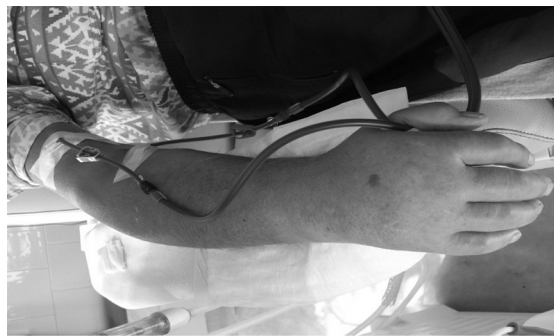
bózisát rendszerint szűkület kialakulása előzi meg, fontos a vérnyerési helyek állapotának rendszeres ellenőrzése, megfigyelése.

A National Kidney Foundation irányelv különválasztja a vérnyerési hely fizikális (monitorozás) és eszközös vizsgálattal (surveillance) történő felügyeletét. (National Kidney Foundation, 2006/b)

Fizikális vizsgálattal észlelhető komplikációk:

Ami megfigyelhető (inspekció): duzzanat (**1. a) és b) képek**), aneurizma (**2. kép**), infekcióra utaló jelek, hematóma (**3. kép**), steal szindróma jelei (**4. a) és b) képek**), sztenózis, kollaterális vénák (**5. kép**).

1.a) kép: Duzzanat



1.b) kép: Duzzanat



Ami tapintható (palpáció): jellegzetes surranás az elvezető vénán is, leszorítás nélkül is szűrhető fisztula, pulzálás és surranás nélkül.

Ami hallható (auszkultáció): sztenózis gyanúja esetén mindig hallgatózzunk, erre utal a magas, vagy hirtelen elhalkuló hang. Mindehhez gyakorlott fül szükséges!

2. kép: Aneurizma



4.a) kép: Steal szindróma



3. kép: Hematoma



4.b) kép: Steal szindróma



Sztenózisra utaló egyéb jelek:

- ⇒ Elhúzódó vérzés a tú eltávolítása után.
- ⇒ A recirkuláció egyenes száron > 9-10 %.
- ⇒ A kar szív felé emelése esetén a szűkület utáni szakasz összeesik. A részleges, vagy nem egyenletes kollapszus hiánya is körjelző lehet.
- ⇒ Az elvezető véna átmeneti leszorítása esetén nem erősödik a pulzus. E gyanújel viszonylag fiatal fistuláknál használható. (Besarab et al., 2007)

Nemzetközi ajánlások is hangsúlyt fektetnek a szakszemélyzet, illetve a beteg tájékoztatására, képzésére. (National Kidney Foundation, 2006/b)

Gyanújelek esetén mindig objektív vizsgálat szükséges (access áramlásmérés, ultrahang, angiográfia). Célunk a korai diagnózis és a korai korrekció. A komplikációk időben történő kimutatása lehetőséget ad a problémák programozott, nem sürgősségi ellátására. A subklinikus szűkületek percutan transzlumináris angioplasztikával (PTA-val), illetve sztent beültetéssel, vagy

5. kép: Kollaterális vénák jelenléte



műtéttel történő korai helyreállítása javítja a vérnyerési helyvel kapcsolatos morbiditást, hospitalizációt, a centrális véna katéterezések és trombektómiák számát.

Rendelkezésre álló, alkalmazható diagnosztikus eljárások:

Nem javasolt technikák:

- ⇒ Artériás és vénás nyomás dinamikus mérése. A vizsgálatoknak gyenge prediktív

értéke van, az extrakorporális véráramlás, a fisztulatú átmérője, a punkció helye befolyásolja az eredményt.

⇒

Elfogadható technikák:

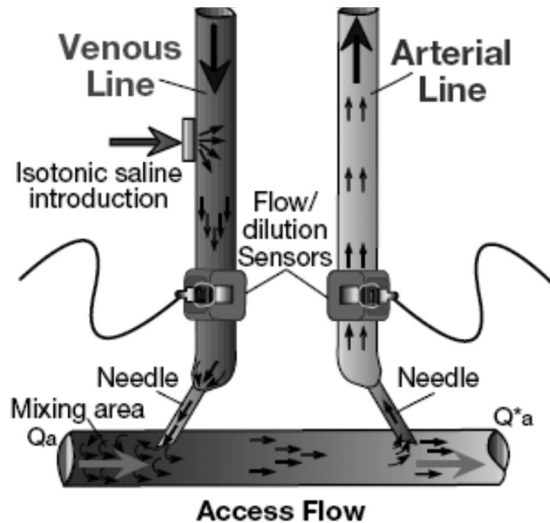
- ⇒ Statikus artériás és vénás nyomásmérés.
- ⇒ Intraaccess nyomás ráció: a statikus vénás nyomás és a MAP (artériás középnyomás) viszonya.
- ⇒ A recirkuláció mérése: A mérés lefolytatásához indikátor dilúciós technikák alkalmazhatók. Ilyen termodilúciós módszer a BTM (blood temperature monitor), melynek során a dializáló oldat felmelegedhet és le is hűlhet. A hőmérsékletváltozás a dializátoron keresztül kerül a véroldalra, melyet a vénás érzékelő észlel, majd a mért értéket a rendszer az artériás oldali adatokkal (melyet az artériás érzékelő mér) hasonlítja össze.

Ha a recirkuláció több mint 10-15%, az szűkültre utalhat. Ez a vizsgálat igazán natív AV fisztuláknál használható jól. Fresenius BTM-mel a szenzitivitás 81,8%, specificitás 98,6%. Az egyenes száron mért recirkuláció emelkedése csak kései jel! (Schneditz et al., 2003 idézi Azar, 2013)

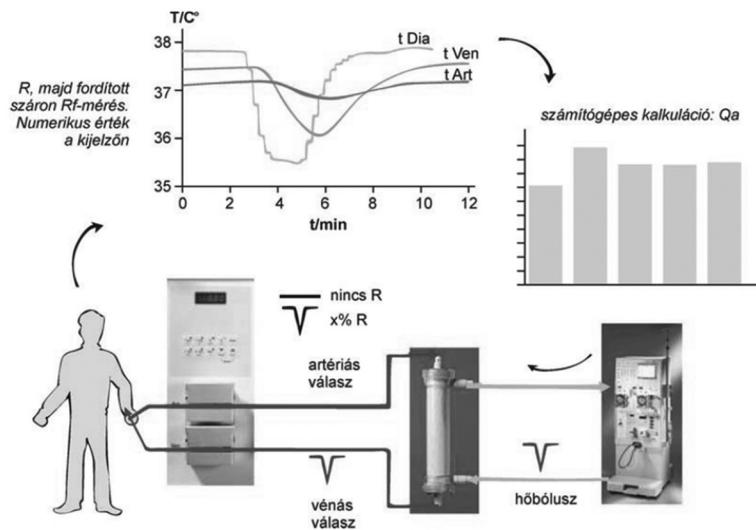
Ajánlott technikák:

- ⇒ Color Doppler Ultrahang (CDU): Anatómiai elváltozás és az áramlás vizsgálatára is egyaránt alkalmas, megbízható. Hátránya azonban, hogy a dialízis helyszínén nem végezhető és gyakorlott vizsgáló személyt igényel. Alkalmazása már a dialízis megkezdése előtt, az AV fisztula megtervezésekor javasolt. Az adekvát fisztula áramlása: 500-600 ml/perc, átmérője 4-6 mm, a bőrfelszíntől való távolsága: 5-6 mm. (National Kidney Foundation, 2006/b)
- ⇒ Access áramlás (Q_a) mérése (National Kidney Foundation, 2006/b)
- Indikátor dilúciós technikák: UH dilúció (6. ábra), Vér hőmérséklet monitor (BTM) (7. ábra)
- Javasolt mérési gyakoriság AV graftok

6. kép: Acces flow mérése Ultrahang detekcióval (Forrás: (National Kidney Foundation, 2006/b)



7. kép: Vért hőmérséklet monitor (Forrás: National Kidney Foundation, 2006/b)



esetén havonta egyszer, natív fisztulák esetén háromhavonta. (National Kidney Foundation, 2006/b)

Szűkültre utal:

- ⇒ Graft esetében: 600 ml/perc alatti áramlás, vagy 1000 ml/perc feletti áramlás esetén az áramlás csökkenése, amennyiben meghaladja a 25%-ot négy hónap alatt.
- ⇒ > 20%-os áramlás csökkenés 1 hónap alatt.

- ⇒ Natív fisztula esetén: 400-500 ml/perc alatti áramlás.
 - ⇒ Alkari fisztulánál 300 ml/perc alatti áramlás.
- (Tordoir, Canaud, Haage, 2007)

BTM alkalmazása az FMC Péterfy Dialízis Központban

Kritériumok, vizsgálhatóság, a vizsgálat menete

- ⇒ A beteg tájékoztatása és beleegyezése után minden hónapban a fisztulával és grafftal rendelkező betegeknél, a kezelés első órájában egyenes és fordított száron recirkulációt mérünk Fresenius 5008 BTM modullal.
- ⇒ Fontos, hogy az artériás és vénás fisztulatú egy érben helyezkedjen el.
- ⇒ A pumpafordulat egységesen 300 ml/perc.
- ⇒ Az ultrafiltrációs ráta, a pumpafordulat és a recirkulációs értékek figyelembevételével egy számítógépes program segítségével a koordinátor kiszámolja a fisztulában mért áramlást.
- ⇒ Ezen értékek hónapról hónapra összehasonlíthatóak.
- ⇒ A korábban említett guideline-ok előírásai szolgálnak értékelésünk alapjául.
- ⇒ A mérés megismétlendő fordított szár elégtelenség, vagy hirtelen csökkent áramlás esetén, kiszűrve azon hibalehetőségeket, melyek a szűrési és technikai problémákból adódnak.

Feladatok:

- ⇒ Havonta BTM Qa mérés
- ⇒ Fél évente, évente Doppler UH
- ⇒ Qa csökkenés, vagy klinikai gyanújel esetén, soron kívüli Doppler UH
- ⇒ Pozitív eredmény esetén angiográfia
- ⇒ Szükség esetén intervenció
- ⇒ Ismételt BTM mérések
- ⇒ Újabb gyanújelek, Qa csökkenés esetén angiográfia ismétlése.

A vizsgálat rövid bemutatása

Vizsgálatunkat központunkban 2003 februárjában kezdtük el. 2015 májusáig feldolgozott adatok alapján 307 beteg vett részt ta-

nulmányunkban. Kezdetben Fresenius 4008-as BTM modullal két, háromhavonta, majd 2010 óta Fresenius 5008 BTM modullal havonta tudjuk betegeink fisztulaáramlását kalkulálni a rendszeres fizikális vizsgálat mellett. A szűkültre gyanús esetekben, amikor a $Q_a < 500$ ml/perc, vagy klinikai jeleket figyelhetünk meg color Doppler ultrahang (CDU), és/vagy fisztulográfia történt, mely során 154 betegnél, 344 sztenózist igazoltunk. CDU segítségével 550 vizsgálatból 210, míg fisztulográfiával 245 vizsgálatból 222. Percutan transluminális angioplasztika 241 esetben 127 betegnél történt. Új fisztula készítésére csupán 24 alkalommal volt szükség 21 betegnél. E protokoll szigorú betartása, orvosaink, ápolóink köszönetet érdemlő elkötelezettsége a fisztula surveillance iránt azt eredményezi, hogy a fisztulán keresztül kezelt betegek száma 75%-ról mára 84%-ra emelkedett.

Összegzés

A hemodializált betegek AV fisztulája és annak megfelelő működése életük, illetve jó életminőségük alapja. Ezért ennek vizsgálata, az önvizsgálat megtanítása, a betegedukáció és reedukáció, a rendszeres és folyamatos ellenőrzés kiemelten fontos szerepet játszik.

Ma már több módszer is rendelkezésünkre áll a vérnyerési hely vizsgálata kapcsán a fizikális vizsgálatoktól a műszeres beavatkozásokig. Minden rendelkezésünkre álló módszer ki kell használnunk!

A hemodialízis kezelésben részt vevő ápolók munkájának alapját képezi a fisztula megfigyelése, fizikális vizsgálata, és az ezekkel kapcsolatos beavatkozások ápolói teendői. A diagnosztikus és prevencióra alkalmas BTM szakszerű és pontos kivitelezése is ápolói feladat.

A kiszűrt esetek megfelelő intervenciók radiológiai, vagy sebészeti ellátást nyújtó helyre irányítása szükséges a korrekció végzésére. A megelőzés, a szűkületek időben történő felismerése szükséges az urgens ellátás helyett.

Tapasztalataink szerint a fisztulák élettartamának növeléséhez, a megfelelő, adekvát dialízis kezeléshez elengedhetetlen fisztula surveillance-hoz egy jól együttműködő access team és koordinátor szükséges!

Irodalomjegyzék

1. Besarab A., Asif A., Roy-Chaudhury P., Spergel LM., Ravani P. (2007) The native arteriovenous fistula in 2007. Surveillance and monitoring. *J Nephrol.* 20(6): 656-667.
2. Brunier G. (1996). Care of the hemodialysis patient with a new permanent vascular access: review of assessment and teaching. *ANNA J.* 23(6): 547-556.
3. National Kidney Foundation (2006/a) Clinical Practice Guidelines for Vascular Access. *Am J Kidney Dis.*, 48 (suppl 1): S176-S247.
4. National Kidney Foundation (2006/b) Clinical Practice Guidelines for Vascular Access. *Am J Kidney Dis.*, 48 (suppl 1): S248-S273.
5. Schneditz et al. (2003). Seminars in Dialysis (In: Azar A.T. (Ed.) *Modeling and Control of Dialysis Systems* SCI 405, pp. 1081-1107, springerlink.com, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013)
6. Tordoir J., Canaud B., Haage P. (...) Vanholder R. (2007). EBPG on Vascular Access. *Nephrol. Dial. Transplant.* (2007) 22 (Suppl 2): ii88-ii 117 doi: 10.1039/ndt/gfm021 (1.) Hozzáférhető: http://ndt.oxfordjournals.org/content/22/suppl_2 (Letöltve: 2016.02.05.)

A HAGYOMÁNYTEREMTÉS FOLYTATÓDIK!

MESZK III. SZAKDOLGOZÓI TUDOMÁNYOS KONGRESSZUS

Időpont: 2016. szeptember 8-10.

Helyszín: Hotel Azúr – Siófok



Bővebb információ hamarosan a www.meszk.hu honlapon!

Dializált betegek lábélváltozásai

TERÉNYI Judit, Dr. MOLNÁR Márta

Összefoglalás

A dializált betegek lábélváltozásai perifériás artériás érbetegség, diabéteszes neuropátia, gombás bőr és körömbetegség, sérülés következtében kialakult gyulladásos betegségek, ízületi deformitások következményei. A betegek rossz általános állapotuk, idős koruk (csökkent látás, mozgáskorlátozottság, rossz szociális körülmények) miatt kevés gondot fordítanak a lábápolásra, nem tulajdonítanak jelentőséget a kezdeti elváltozásoknak, amely gyakran a végtag elvesztésével jár.

Központunkban havi rendszerességgel megvizsgáljuk betegeink lábait, „lábvizitet” tartunk. A diabéteszes betegeinknél elvégzett neuropátiás vizsgálatokat a nem diabéteszes betegekre is kiterjesztettük.

Vizsgálatunkban 69 beteg lábvizitjének eredményeit ismertettük. Mindössze 13 betegnél találtunk ápolt lábakat, 24 betegnél száraz bőrt, 19 betegnél berepedezett sarkakat, 22 esetben körömgombát. Hámhiányt, fekélyt összesen 6 betegnél találtunk. A perifériás pulzusok hiányát a betegek több, mint felénél észleltük. Az észlelt elváltozásoknak megfelelően betegeinknek lábápolási tanácsokat adtunk, szakorvosi vizsgálatra küldtük (bőrgyógyászat, sebészet, érsebészet).

Az észlelt gyakori lábélváltozások is felhívják a figyelmet, hogy a dializált betegek lábának rendszeres vizsgálata a rutin vizsgálatok közé kell tartozzon.

Kulcsszavak: dializált beteg, diabéteszes láb, lábvizit, neuropátiás vizsgálat

Foot disorders of the dialyzed patients

Judit TERÉNYI, Márta MOLNÁR MD.

Summary

In the background of increased morbidity and mortality in dialysis patients the frequent examination for foot disorders can be important. Dialysis nurses play an essential role in the recognition of these abnormalities.

Registering foot disorders during regularly performed “foot visits” in our clinic.

69 dialyzed patients were examined and foot abnormalities (dry skin, calluses, fissures, abrasion, ulcers, joint deformities, fungal infections) were documented. Also peripheral pulses were examined. Calibrated tune-fork, monofilament test and neurotest were also performed.

Intact, well-groomed feet were found only in 13 patients. Nail fungi were recognized in 22, dry skin and fissures in 24, abrasion and ulcer in 6 patients. In more than half of patients no peripheral pulses were palpable. Patients were given foot care tips and were admitted to specialists.

Foot disorders – often in advanced state – were found in a great amount of our patients. Regular “foot visits” should become a routine examination of dialysis patients.

Keywords: dialyzed patient, diabetic foot, “foot visit”, neuropathic examination

Felkérésre érkezett: 2015. 12. 08.

Bevezetés

Dializáló ápolóként naponta találkozom végtaghiányos, vagy az alsó végtagokon fájdalmas fekélyekkel, sebekkel, fájdalomtalanul kialakult talpi fekélyekkel élő betegekkal. A dializált betegek lábélváltozásai jelentős szerepet játszanak betegeink fokozott morbiditásában és mortalitásában.

A dializált betegek lábélváltozásai a perifériás erek érelmeszesedésének, az urémiás és

diabéteszes neuropátiának, a gombás bőr-, és körömbetegségeknek, sérülések következtében kialakult gyulladásos betegségeknek és ízületi deformitásoknak a következményei.

A dializált betegek 30-40%-a diabéteszes, a diabéteszes láb kialakulásában hasonló kóroki tényezők játszanak szerepet, az elváltozások gyakrabban és súlyosabb formában jelentkeznek a nem diabéteszesekéhez képest, a szövődmények (infekció, végtag amputáció) is gyakrabban jelentkeznek.

TERÉNYI Judit Fresenius Medical Care Dialízis Központ, Szigetvár

Dr. MOLNÁR Márta Fresenius Medical Care Dialízis Központ, Szigetvár

Levelező szerző (correspondent): TERÉNYI Judit, elérhetőség: Tel.: +36/30-5762107, e-mail: juditterenyi@gmail.com

A betegek rossz általános állapotuk, idős koruk (csökkent látás, mozgáskorlátozottság, rossz szociális körülményeik) miatt kevés gondot fordítanak a lábápolásra, nem tulajdonítanak jelentőséget a kezdeti elváltozásoknak, mely gyakran a végtag elvesztéséhez vezet.

Mindennapi gyakorlat központunkban

A Fresenius Medical Care Szigetvári Dialízis Központjában bevezettük a rendszeres lábvizsgálatokat, "lábviziteket", melyek során kezdetben havonta, majd 2 havonta megvizsgáljuk betegeink lábait, a talált elváltozásokat részletesen dokumentáljuk, összehasonlítjuk az előző viziten észleltekkkel. Betegeinknek a talált elváltozásoknak megfelelő lábápolási tanácsokat adunk, szükség esetén a megfelelő szakorvoshoz irányítjuk őket.

Jelen munkámban ismertetem:

1. Dialízis központunkban bevezetett lábvizit menetét.
2. Két kiválasztott hónap (a lábvizit bevezetésekor és 7 hónap múlva) lábvizitjeinek összehasonlító eredményeit.
3. A diabéteszes neuropátia diagnózisában használatos „neuropátiás vizsgálati” módszereket, melyeket lehetőségem volt minden dializált betegünkönél elvégezni.
4. Az ápoló szerepét a beteg edukációban és motivációban.

Dialízis központunkban bevezetett lábvizit menete

Az esedékes lábvizitek előtti kezelésen a betegeknek jelezzük a vizsgálatot, hogy kellőképpen fel tudjanak készülni a megtekintésre. Megkérjük őket, hogy a következő dialízis kezelésre könnyen levehető zokniban jöjjenek, lehetőség szerint lábujjaikról a körmöklakot mossák le.

A vizsgálatok során az alábbi elváltozásokat keressük: hámphány, bőrszárazság, bőrkeményedések, berepedések, sebek, sérülések (körömágy sérülései is), apró fekélyek, mélyre terjedő fekélyek, gangréna, láb deformitások (kalapácsujj), perifériás pulzusok

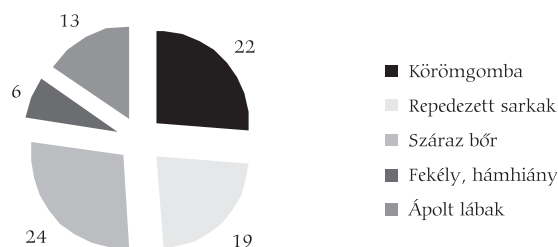
(ADP és ATP) tapinthatósága, körömváltozások (benőtt köröm, körömgomba), egyéb gombás elváltozások (ujjak közötti gombás elváltozások).

Az észleléseket részletesen leírjuk, hogy a következő viziten talált elváltozásokkal összehasonlítható, ellenőrizhető, nyomon követhető legyen. A negatív, „normális” eredményeket is dokumentáljuk.

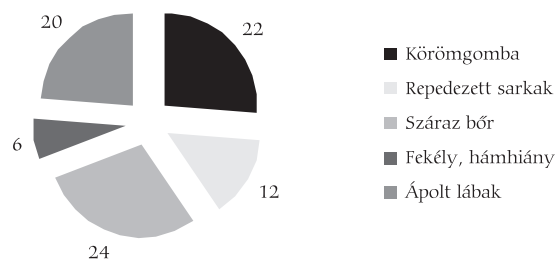
Eredmények

Jelen közleményben 68 fő HD (hemodializált) és 1 fő PD (peritoneális dialízis) kezelt betegünk 2013. januári és augusztusi lábvizitjének eredményeit mutatom be. **(1. a) és b) ábrák)**

1.a) ábra: A lábvizitek eredményei, fő (N=69) 2013. január



1.b) ábra: A lábvizitek eredményei, fő (N=69) 2013. augusztus



A betegek 31%-a volt diabéteszes, 30%-a dohányzott. Átlagéletkoruk 62,7 év, dialízisben eltöltött átlagidejük pedig 4,04 év volt.

Megfelelően ápolt, elváltozások nélküli lábakat a betegeink mindössze 13%-ában találtunk az első tervezetten kivitelezett lábviziten 2013. januárban. Jellemzően ápolatlan, elhanyagolt higiénés állapotú lábakkal találkoztunk. Betegeink 24 %-ának kifejezetten száraz volt a bőre, 19%-uknál berepedezett sarkok, 6%-ban fekély volt észlelhető, nagy arányban fordult elő gombás betegség (kö-

1. a) és b) képek: Ápolt és ápolatlan láb



2. a), b), c) és d) képek: Elváltozások diabéteszes betegeknél



römgomba, lábujjak közötti gombás elváltozás). Betegeink 60%-ánál a perifériás pulzusok nem voltak tapinthatók (arteria dorsalis pedis és arteria tibiális posterior). 7 hónappal később minimális javulást észleltünk, betegeink 20%-ánál találtunk ápolott, gondozott, elváltozás nélküli lábakat.

Az 1. a) és b) képeken egy 74 éves beteg ápolott lába és egy 45 éves rossz szociális háttérrel rendelkező beteg ápolatlan lába látható.

A 2. a), b), c) és d) képeken bemutatok néhány elváltozást diabéteszes betegeink lábain.

3. a) és b) képek: Neuroteszt



A diabéteszes neuropátia diagnózisában használatos „neuropátiás vizsgálati” módszerek

A következőkben a diabéteszes neuropátia szűrésére használatos tesztek módszerét és eredményeit ismertetem, melyet minden betegünkönél, a betegek beleegyezése után elvégeztem. A vizsgálatok non-invazívak, fájdalomtalanok, így mellett elvégezhetőek.

Neuroteszt (3. a) és b) képek)

A neuroteszt során egy kémiai anyaggal átítatott egyszer használatos öntapadó tapaszt helyezünk a beteg mindkét lábára. A felhelyezéskor kék színű tapasz 15 perc elteltével normál esetben rózsaszínűre változik, károsodott esetben kék színű marad.

A teszt a vegetatív idegrendszer által szabályozott verejtékezést, ezáltal a bőr védekezőképességének működését mutatja. Az idegbántalom részeként a verejtékmirigyek működése, így az alsó végtagok hőleadó képessége csökken, vagy megszűnik, amely száraz, berepedezett bőrhöz vezet a lábakon.

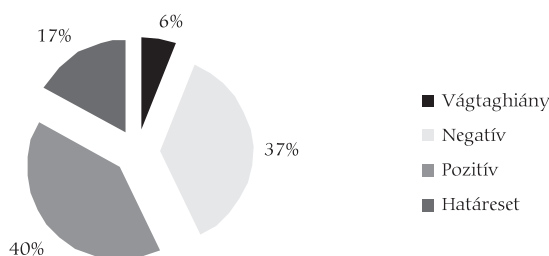
A **2. a) és b) ábrák** a betegeinken elvégzett neuroteszt eredményeit mutatják. A bal lábakon: 57% pozitív, 37% negatív (6% végtaghiány), a jobb lábakon: 48% pozitív, 37% negatív (15% végtaghiány) eredményt kaptunk.

A teszt minden diabéteszes betegünkönél pozitív volt.

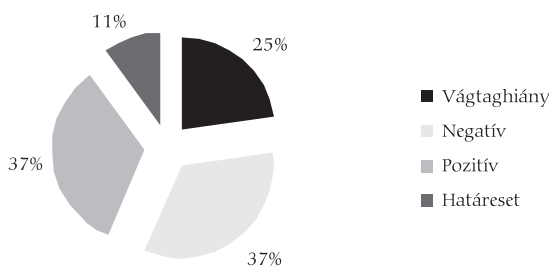
Monofilamentum teszt (4. kép)

A teszt egy 10 g nyomóerőt képviselő, nylonhoz hasonló szál talphoz érintésével történik. A vizsgálat során az érintés érzését,

2.a) ábra: Eredmények - neuroteszt (N=69)
Bal láb



2.b) ábra: Eredmények - neuroteszt (N=69)
Jobb láb



illetve az érintés érzésének hiányát csukott szemmel jelzik a betegek. Az érintés érzetének elmaradása, az adott területen várható fekélyek kialakulásának kockázatát növeli. Dializált betegeink eredményeit a **3.a) és b) ábrák** mutatják, e teszt a bal lábakon 42%-ban, a jobb lábakon 39%-ban volt pozitív.

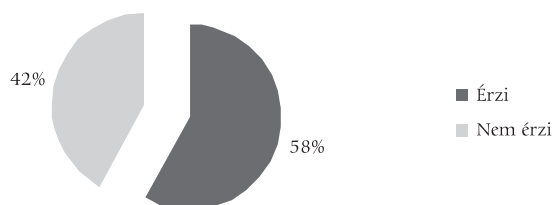
Kalibrált hangvilla vizsgálat (5., 6. a) és b) képek)

Az érzéscsökkenés kimutatásának egyik egyszerű módja a kalibrált hangvilla teszt, amely kóros esetben a vibrációérzet csökkenését jelenti. A vizsgálat során a hangvillát megrezgete-

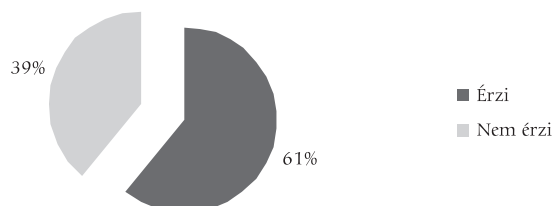
4. kép: Monofilamentum teszt



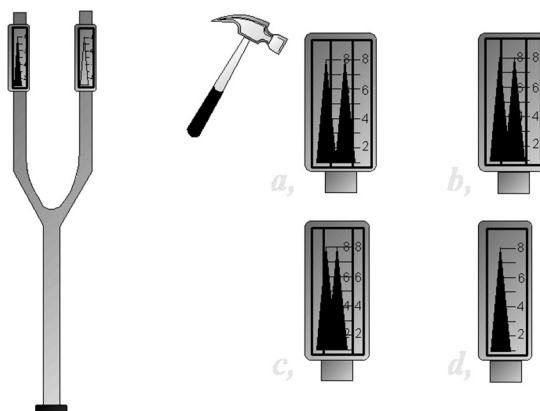
3.a) ábra: Eredmények - monofilamentum (N=69) Bal láb



3.b) ábra: Eredmények - monofilamentum (N=69) Jobb láb



5. kép: Hangvilla



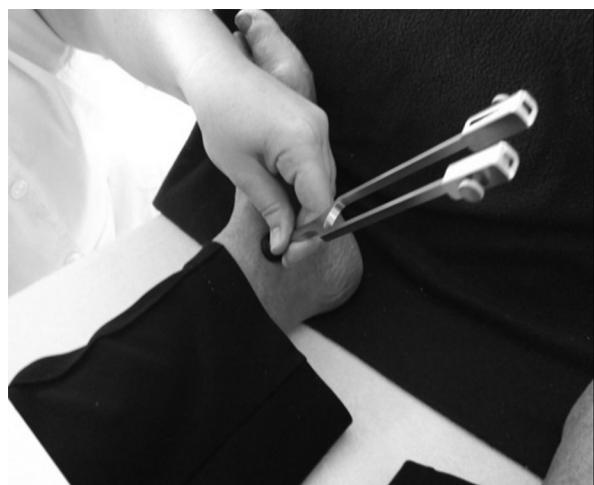
adott értéket leolvassom. Betegünk itt is csukott szemmel jeleztek. A teszt 5 és az alatti tartománya kóros, a 6 határeset, 6 feletti értékeknél normális a vibrációérzet.

Eredményeink szerint (4. a) és b) ábrák) mindössze betegünk 8-11%-ánál találtunk normális hangvilla tesztet. A diabéteszes betegekünk 100%-a a kóros tartományban volt.

Az ápoló szerepe a beteg edukációban és motivációban

A lábvizitek és a vizsgálatok elvégzése után betegünknek szóban és írásban részletes lábápolási tanácsokat adtunk (7. kép), amennyiben szükség volt rá, megfelelő szak-

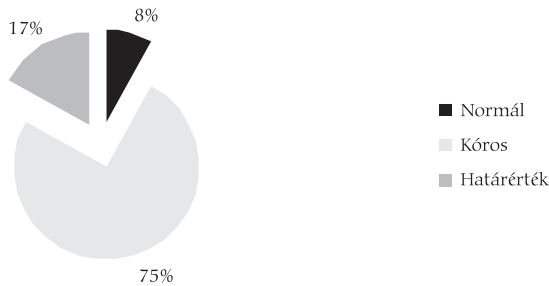
6. a) és b) képek: Hangvilla teszt



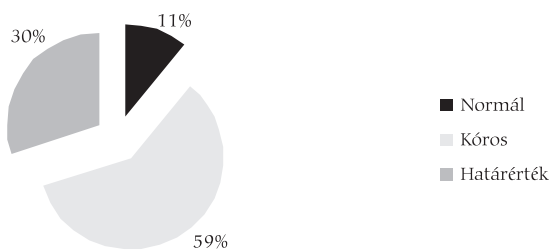
tem, csontos alpra helyezem (jelen esetben én a bal boka csontját használtam), és a szétváló, majd újra egyesülő skálán a beteg jelzésekor az

orvosi vizsgálatra (érsebészet, neurológia, diabetológia, bőrgyógyászat) irányítottuk őket.

4.a) ábra: Eredmények - Hangvilla (N=69)
Bal láb



4.b) ábra: Eredmények - Hangvilla (N=69)
Jobb láb



Következtetés

1. A dializált betegek lábának rendszeres vizsgálata a rutinvizsgálatok közé kell tartozzon. Tapasztalataink szerint betegeink maguktól csak ritkán panaszkodnak lábelváltozásaikról, láb higiénéjükre kevés figyelmet fordítottak, vagy életkoruk, általános állapotuk, társbetegségeik miatt alkalmatlanok lábuk ellenőrzésére. Csak egy rendszeres és kö-

7. kép: Terápia javaslatok – az ápoló szerepe

- Ellenőrizze lábait naponta (kézitükör!)
- Mindennap mossa meg lábait langyos vízben (lábátátás langyos vízben 10-15 percig, hetente kétszer)!
- Száras, repedezett bőrt habkövel távolítsa el, lehetőleg pedikűrös vagy családtag segítségével!
- Körmeit szögletesre, de ne élésre vágja, inkább reszelje! Körömágy sérüléseinek megelőzése.
- Bőr és az ujjak közötti rész szárazra törölése, gyapjú- vagy pamutsockni, kényelmes lábbelik viselése.
- Ápoló krémek használata megakadályozza a bőr kiszáradását, berepedezését.
- Ne járjon mezítláb, viseljen otthon mindig papucsot, hiszen az érzékszűrés miatt nem érzí a sérüléseket!
- Lábat tartva melegre, szárazra!
- Mindig ellenőrizze cipőit, mielőtt felveszi. (Nem érzí az apró kavicsokat, amik sérülést okozhatnak!)
- Ne dobányozzon!
- Ügyeljen a vércukrára!
- Rendszeresen mutassa meg lábait kezelőorvosának!
- Bőrgyógyászati, sebészeti, érsebészeti ellátás szükség esetén

Személyi higiéné iránti igény kialakítása

A dialízis központokban idő és lehetőség is van tisztálkodásra!
Mihamarabb jelezze betegünk, ha bármilyen eltérést észlel. Akár sebet, akár érzékszűrését.

vetkezetes megtekintéssel fedezhető fel a kezdeti elváltozások, előzhető meg a további szövődmények.

2. Több esetben találtunk olyan előrehaladott elváltozást, melyeknél a még időben elvégzett szakorvosi segítséggel a láb elvesztése megelőzhető volt.
3. Betegeink nagy része elsajátította és alkalmazta az általunk nyújtott lábápolási tanácsokat és az önellenőrzést otthonában is rendszeressé tette. A rendszeresen bevezetett lábvizitek óta jelentősen javult a lábak állapota.
4. A neuropátiás károsodások nemcsak a diabéteszes betegeket érintik, a nem diabéteszes dializált betegeknél is kimutathatók, melynek terápiás következményei vannak.

Minden beteggel történő kontaktusba valamilyen szinten be lehet csempészni egy kis humort. Szerencsés, ha betegünk is tud humorral válaszolni. Erre egy jó példa fiatal férfitbetegünk „ajándéka” a lábvizitelő csapatnak. (8. a) és b) képek)

8. a) és b) képek: Humorral, pozitív hozzáállással sok minden javítható!



Érzékszervi károsodott betegek a peritoneális dialízis kezelésben

VARGÁNÉ SZABÓ Tünde, Dr. KERESZTESI Sándor

Összefoglalás

Az érzékszerveink károsodása, mint minden fogyatékoság, korlátozhatja egy adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását. Ezen betegek ellátása során speciális kérdések merülnek fel.

Központunkban figyelmet fordítottunk arra, hogy ezen betegeket ugyanolyan eséllyel vonjuk be a peritoneális dialízis (PD) programba, mint betegtársaikat.

Az oktatás több összetevőből álló tevékenység, fontos szerepet játszik a vizuális képesség, a manuális képesség és a kommunikáció. Látásában károsodott betegeinknél nem támaszkodhatunk az oktatási segédanyagokra, vizualitásra, előtérbe a verbális kommunikáció kerül. A csökkent hallású betegek oktatásánál a kommunikáció nehézségével kerülünk szembe, előtérbe a vizualitás és a manualitás kerül.

Betegeink el tudták sajátítani a PD elméleti és gyakorlati alapjait, biztonságos oldatcseréket végezve otthonukban. A látásában károsodott betegek a telefont, verbális kommunikáció révén, a hallásukban károsodottak a vizuális kommunikáció eszközeit használják az információ közlésére.

Tapasztalataink szerint az érzékszervi károsodott betegek önálló PD kezelése megfelelő körülményekkel és utógondozással nem jelent magasabb szövődmény előfordulási rátát.

Kulcsszavak: peritoneális dialízis, érzékszervi károsodott beteg

The patients with sensory system impairment in peritoneal dialysis

Tünde VARGÁNÉ SZABÓ, Sándor KERESZTESI MD.

Summary

The sensory system is responsible for perceiving information, which enables us to connect with the outside world. Its impairment could limit an individual's chances to an equal role in society.

Introduction of a special training programme that provides equal opportunities for patients with disabilities to participate in the peritoneal dialysis (PD) programme.

In visually impaired patients training was not based on the visual teaching aids but on verbal communication (constant repetition, questioning).

In patients with hearing loss visualisation and dexterity are in focus. Speech impediment, a condition often coexisting with hearing loss, made communication more difficult; therefore the training is built on writing, articulation and sign language.

By acquiring the theoretical and technical bases of PD treatment, our patients is able to complete safe solution exchanges in their own homes. Once self-care treatment commenced, their nursing continued on an individual basis.

Self-care treatment of PD patients with sensory impairment requires prudence, adequate training and aftercare; however according to our experience it does not necessarily imply a higher occurrence rate of complications.

Keywords: peritoneal dialysis, patient with sensory system impairment

Felkérésre érkezett: 2015. 12. 08.

Bevezetés

Érzékszerveink az információ felvételére szolgáló szervek, amelyek megteremtik kapcsolatunkat a külvilággal. Az érzékszerveink károsodása, mint minden fogyatékoság, korlátozhatja egy adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását. Az érzékszervi károsodás nem be-

tegség, hanem egy állapot. Vannak olyan betegségek, amelyek ilyen állapotot idézhetnek elő. Ezen károsodással rendelkező egyének a legtöbb esetben kerülnek a társaságot és leggyakrabban csak családtagokkal érintkeznek. Ha az egészségük is károsodást szenved, s valamilyen új kezelést kell kapniuk, az a kezelés kezdetén a kiszolgáltatottság érzetét keltheti bennük. Félnék az új és ismeretlen dolgoktól.

VARGÁNÉ SZABÓ Tünde FMC Dialízis Központ, Kecskemét

Dr. KERESZTESI Sándor FMC Dialízis Központ, Kecskemét

Levelező szerző (correspondent): VARGÁNÉ SZABÓ Tünde, elérhetőség: Tel.: +36-20/9726166,

e-mail: Tunde.Varganeszabo@fmc-ag.com

A kecskeméti nefrológiai szakrendelésen is találkozunk érzékszervi károsodott betegekkel. Így módunkban áll még a vesepótló kezelés megkezdése előtt „ismerkedni” a betegünkkel, akivel kölcsönös bizalmon alapuló beteg-ápoló kapcsolatot tudunk kialakítani.

Amennyiben vesepótló kezelés szükséges, betegeink választhatnak a hemodialízis (HD) és a peritoneális dialízis (PD) között, valamint tájékoztatjuk őket a transzplantációról (Tx) is.

A PD olyan krónikus vesepótló kezelési forma, amely során a felesleges folyadékot és az oldott toxikus anyagokat, anyagcsere végtermékeket egy természetes féligáteresztő hártya, a peritoneum segítségével, a hasüregbe juttatott speciális oldattal távolítjuk el. A kezelés az ozmózis és a diffúzió elvét alkalmazza. Ennek feltétele, hogy a hasüregbe egy speciális katétert (Tenckhoff-katéter) helyezzenek, amely biztosítja a lehetőséget az oldatcserékhez. Az oktatás után az oldatcseréket a betegek önállóan, otthonukban végzik.

Régebben az érzékszervi károsodott betegek számára a PD nem elsősorban javasolt, de lehetséges modalitás volt, megfelelő elővigyázatosság mellett. Az önálló kezelést gátló tényezők (látáscsökkenés, idősek, halláscsökkenés, ízületi problémával rendelkezők, kézügyesség hiánya, mentális zavarok) valamelyikének megléte esetén csak segítő személy segítségével jöhetett számításba a PD. Az asszisztált PD terjedésével nőtt azon betegek száma ahol a család, illetve asszisztencia végezte a beteg kezelését, mégis a betegeknek kis százaléka vállalta csak ezt a kezelési módot. A technika fejlődése, az új, korszerű rendszerek megjelenése eredményeképpen azonban a betegek egyre könnyebben tudták elsajátítani az oldatcseréket (könnyebbség és biztonságosság).

Az oktatási PD program központunkban

Kecskeméten 2000. január óta van a betegeknek lehetőségük a PD modalitást választani. A kezdés óta 2000 és 2014 között

150 beteg választotta ezt a kezelési módot. Központunkban figyelmet fordítunk arra, hogy minden beteget ugyanolyan eséllyel vonjunk be a PD programba.

2011 óta öt érzékszervi károsodott (3 látásában, 2 hallásában károsodott) beteget kezeltünk a PD programban. Nem asszisztáltan végzik a kezelést, hanem ők maguk tanulták meg.

Minden PD kezelt beteg oktatása egy oktatási tematika alapján történik. Az oktatás több összetevőből álló tevékenység, fontos szerepet játszik mind a vizuális képesség, a manuális képesség és a kommunikáció. Minden beteg esetén személyre szabott az oktatás. El kell sajátítaniuk az alapvető tudnivalókat a veséről, a veseelégtelenségről, a hashártyáról, annak működéséről. Következő lépésként megismerkednek a kezelés elvével, a dializáló oldatokkal. A kezelés során fontos a higiénés szabályok betartása, amelyre szintén oktatni kell a betegeket. Mivel a kezelést otthon, önállóan végzik, így fel kell készíteni őket a lehető legtöbb problémára (szövődményeket felismerni) és azok megoldására. A gyakorlat során meg kell tanulniuk az elméletben már elsajátított ismereteket. Valaminek a „megtanulása” akkor következik be, amikor észrevehető lesz viselkedésében a bekövetkező változás. Láthatóan automatikussá válnak a mozgásuk, magabiztosabbak lesznek. A betegeknek a tanulásra nincs időkorlát (mindenkinek a számára szükséges idő áll rendelkezésére).

Az érzékszervi károsodott betegünkkel sem volt másképp. Oktatási tematikájuk nem tért el a többi peritoneálisan dializált betegétől, a különbség az oktatáshoz felhasznált elemek, eszközök. A látáskárosodott betegeknél a kommunikáció és a manualitás, míg a halláskárosodottnál a vizualitás és a manualitás volt használható. Minden betanításnál egy hozzátartozó is jelen volt. A betegek első feladata a helyismeret elsajátítása volt a biztonságérzet kialakítása miatt. A biztonságérzés természetesen nem csak a helyismeretre korlátozódik, szükség van a kölcsönös bizalmon alapuló beteg-ápoló kapcsolatra is. Érzékszervük károsodása miatt könnyen kialakul bennük az elhagyatottság érzése, bizonytalanná válhatnak. Bizonyított azon-

ban, hogy valamely érzékszervében károsodott személy más érzékelésében fejlettebb.

Az első, látásában károsodott betegünk eredetileg asszisztált betegként lett tervezve és bevonva a PD kezelésbe. A Tenckhoff-katéter behelyezése után, az oktatás során derült fény azonban az asszisztens szerepét vállaló személy (családtag) alkalmatlanságára. Így betegünk vállalta, hogy – másik segítség hiányában – megpróbálja Ő maga megtanulni a kezelést.

Az első oktatásból a tanulságokat levonva, a modalitás választás előtt álló, erősen csökkent látású betegeinknek már a katéter behelyezés előtt megkezdődött a gyakorlati oktatása. Így azzal a biztonsággal vállalták a PD kezelést, hogy tudták, képesek lesznek önállóan kivitelezni az oldatcserét. Ekkor kerülhetett behelyezésre a Tenckhoff-katéter.

Oktatás látáskárosodott betegek esetén

Ezen betegek elméleti oktatása a látásuk jelentős károsodása miatt, az olvasás hiányában az állandó ismétlésen, visszakerdezésen alapult. A legtöbb beteg, aki elfogadja, hogy aktívan részt vegyen a saját kezelésében, alapvetően motivált. Éppen ezért sokkal nagyobb készséget mutat a tanulásra. Figyelni kellett arra is, hogy mindig teljesen világos legyen a számukra, hogy a válaszuk helyes vagy helytelen. Vigyázni kellett a beszédünk hangsúlyára is, éreztetni kellett velük, hogy a segítségükre vagyunk, bármit kérdezhetnek, „buta” kérdés nincs. Minden apró, számunkra természetes dolog számukra problémát jelenthet. Ebben az esetben tehát nem támaszkodhattunk az oktatási segédanyagokra, vizualitásra, ellenben nagyon jól tudtunk építeni a kifejlett manuális képességükre.

Mindig rövid oktatási célt fogalmaztunk meg (pl. ma egy rövid mozzanatot gyakorlunk), napi célokat tűzve ki, lépcsőről-lépésre haladva.

Gyakorlati tanításuk is meglepően rövid időt vett igénybe, gyorsan el tudták sajátítani az oldatcsere lépéseit. Már az első gyakorlókötényes oldatcsere alkalmával felmérték a távolságokat és hamar biztonságos csatlakozásokat végeztek. Magabiztosak voltak és

nyugalommal vették tudomásul, ha valami nem sikerült és ismételni kellett.

A PD kezelés elméleti és gyakorlati alapjainak elsajátításával betegeink biztonságos oldatcseréket végeztek otthonukban. Egy alkalommal fordult elő egy betegnél szövődményként peritonitis. Betegeink közül két beteg azóta is PD kezelést végez (kezelési idő: 21 hónap, 41 hónap), egy beteg HD kezelésre került (kezelési idő: 21 hónap).

Oktatás halláskárosodott betegek esetén

A gyengült hallás lehet hosszantartó zajártalom, betegség következtében kialakult, illetve veleszületett érzékszervi károsodás. A gyengült hallás a beszédértést is ronthatja és az érintett személy előbb-utóbb elszigetelődik környezetétől. A csökkent hallású betegek oktatásánál a kommunikáció nehézségével kerültünk szembe. Sokkal kiszolgáltatottabbnak érezték magukat ezen betegek, hamarabb váltak ingerültebbé, ha valamit nem csináltak elsőre jól. Nehezebben értették, hogy ez nem függ össze az állapotukkal.

Előtérbe a vizualitás és a manualitás került. Az oktatás verbális kommunikáció hiányában az írásra (rajzos-képes folyamatábrák, leírások), artikulálásra és mutogatásra támaszkodott. Az elméleti anyagot írásos formában kapták. A kérdéseiket ráírták az adott lapra, bekarikázva, kérdőjelet írva rá. A gyakorlati oktatáshoz szükséges anyagot is első lépésként átolvasták, majd a betegek bevonásával képes folyamatábrát készítettünk. A képek alapján haladtunk lépcsőről-lépésre, az oldatcsere menetét gyakorolva. A betanítás ezen betegcsoport esetében sem vett hosszabb időt igénybe, mint betegtársaiké. Szövődmény nem fordult elő kezelésük ideje alatt. Jelenleg egyik betegünk sincs PD programunkban, az egyik beteget transzplantálták (29 kezelési hónap), a másik betegünk HD programba került (kezelési idő: 15 hónap).

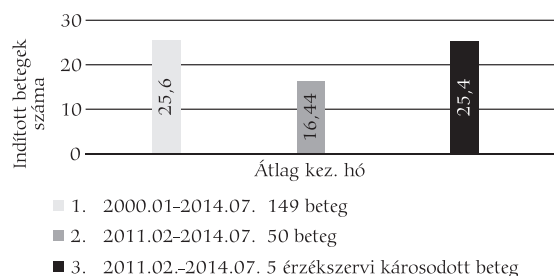
Eredmények

Mindkét betegcsoport esetén elmondhatjuk, hogy a peritoneális dialízis elvégzéséhez szükséges elméleti és gyakorlati alapo-

kat el tudták sajátítani. Három csoportba osztottuk a betegeket és összehasonlítást végeztünk. Az 1. betegcsoport tartalmazta az összes indított beteget. A 2. betegcsoport az érzékszervi károsodott betegek indításának idejében kezdett összes beteget, míg a 3. betegcsoport az érzékszervi károsodott betegeket foglalta magába.

Ha az **1. ábrát** nézzük, láthatjuk, hogy az érzékszervi károsodott betegek PD programban eltöltött átlagos ideje (25,4 hó) a 2000-2014-ig Kecskeméten elindított összes PD kezelt betegéhez (25,6 hó) közelít, valamint meghaladja az adott időszakban (2011-2014) vizsgált és indított betegek átlagos kezelési idejét (16,44 hó).

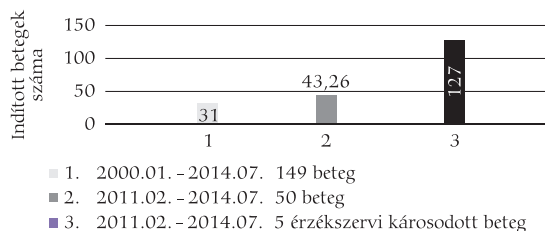
1. ábra: Átlagos kezelési idő (hó)



A **2. ábrán** azt is összehasonlíthatjuk, hogy a PD szövődményeként előfordulható peritonitis előfordulásának aránya is kisebb az érzékszervi károsodott betegek esetén, hiszen sokkal több idő telt el egy-egy peritonitises epizód között. (A peritonitis számolása: az adott időszakban kezelt összes beteg összes kezelési hónapját osztjuk az adott időszakban előforduló peritonitisek számával.)

Az otthoni önálló kezelés elkezdése után a betegek gondozásának és kapcsolattartásának – mint minden esetben – személyre szabottnak kell lennie. Rendszeres kontrollra minden betegnek járnia kell havonta az őket gondozó központba.

2. ábra: A peritonitis előfordulásának összehasonlítása



A kapcsolattartás is elengedhetetlen feltétel a beteg biztonságérzete miatt. Tudniuk kell, hogy nem „hagyjuk” magukra őket és a központhoz bármikor fordulhatnak a felmerülő kérdésekkel kapcsolatban gondozási időponton kívül is. A látásában károsodott betegek telefonon, verbális kommunikáció révén tudnak kapcsolatot teremteni a központtal, annak PD ápolójával. A hallásukban károsodott betegek szintén telefonon (SMS), valamint az internet (email) révén a vizuális kommunikáció eszközeit használják információ közlésére (pl. a kezelőlap email-ben való elküldése).

Következtetés

A technika fejlődése manapság már egyre könnyebbé teszi az érzékszervi károsodottak számára az egyenlő és teljes életet, az egyenlő társadalmi szerepvállalást. Tapasztalataink szerint az érzékszervi károsodott betegek önálló PD kezelése megfelelő körültekintéssel és utógondozással nem jelent magasabb szövődmény előfordulási rátát. Nem csak a kezelést most kezdő, de a kezelést már régóta végző betegek körében is az idő múlásával egyre gyakrabban találkozhatunk a romló látás problémájával (diabetészes betegek, idősebb populáció). Megfontolandó az ő esetükben is a PD kezelés további folytatása, modalitás váltása nélkül, hiszen ekkor már a gyakorlati „berögződés” is segítségünkre lehet.

Irodalomjegyzék

1. Riemann A., Cruz Casal M.: Peritonealis dialízis EDTNA / ERCA
2. Gyakorlati útmutató PD szakápolók számára (2013). Fresenius Medical Care
3. PD-TRAINER Oktatók kézikönyve (1996). Fresenius Medical Care

Therapy Data Management System (TDMS) ápolói szemmel

SOMOSI László, Dr. LADÁNYI Erzsébet

Összefoglalás

Napjainkban növekvő igénnyel és felelősséggel jár, valamint egyre nagyobb terhet jelent a dialízis kezeléssel kapcsolatos dokumentáció pontos vezetése. Ebből adódóan kevesebb idő jut a napi ápolási tevékenység végzésére. A Fresenius Medical Care eddig 10 klinikán vezette be a Therapy Data Management System-et (TDMS), amelynek célja többek között az adminisztrációs terhelés csökkentése, folyamatos információ nyújtása a kezelőszemélyzet részére a dialízis kezelés folyamatáról. A TDMS a hálózatunkban használt adatrögzítő programban – EuClid5 – található dialízis kezelési előírásokat tölti be a dialízis készülékbe. Két fő elemét használjuk: a Terápiás Monitort és a Data Xchange Panelt (dXp). A Terápiás Monitor a rendszerbe állított számítógépeken, míg a dXp a dialízis készülékeken szolgál az adatok bevitelére és követésére. Betegeink azonosítását betegkártyával végezzük. Ezzel történik a testsúly rögzítése is dialízis kezelés előtt és után. A kártyát a dialízis készülékbe helyezve elindul az adatok online importja és megjelenik a legutóbbi dialízis kezelési előírás. A program kiszámolja a javasolt ultrafiltráció mértékét, amelyet szükség esetén módosíthatunk. A paraméterek betöltése és jóváhagyása után indítható a kezelés. Dialízis közben a kezelési és vitális paraméterek folyamatosan töltődnek a Terápiás Monitorba. A TDMS bevezetésével csökkent a dokumentációra fordított idő, mely egyidőben kezelt négy beteg esetén 15–20 perc időmegtakarítást jelent. Könnyebben, gyorsabban indítható a hemodialízis, mert mindig az aktuális kezelési előírás jelenik meg a dialízis készüléken. Csökken az adminisztrációs hibalehetőség előfordulása is. A TDMS hatékonyan támogatja a mindennapi munkánkat a klinikai gyakorlatban. Minden felhasználó (orvos/ápoló) számára egyszerű és gyors hozzáférést biztosít a beteg hemodialízis kezelésére vonatkozóan.

Kulcsszavak: dialízis, adatrögzítés, Terápiás Monitor, TDMS

About Therapy Data Management System (TDMS) by nurses

László SOMOSI, Erzsébet LADÁNYI MD

Summary

Recently, the precise management of dialysis-related documentation has become a big responsibility and burden. As a result, less time is available to perform daily nursing tasks. Therefore, our company has introduced the Therapy Data Management System (TDMS) at 10 dialysis centres. The system was developed to reduce the administrative burden and provide information to the staff about the current dialysis session. The TDMS loads the dialysis treatment prescription from the data recording programme used in our network to the dialysis machine. Two main elements are used: data base for treatment monitoring and current treatment parameters. The database for treatment monitoring is used for data input (using the computers in the unit), while the current treatment parameters are used as data input to the dialysis devices and for data documentation. Patients are identified by patient identification cards recording weight before and after the dialysis session. The programme automatically calculates the current ultrafiltration, but data can be modified if necessary. After loading and validating the parameters, treatment can be initiated. With the introduction of the TDMS the time spent for documentation was reduced by 15–20 minutes per patientshift and nurse. Dialysis can be started more easily and quickly, because the parameters of the current treatment always appear on the screen. Moreover, the risk of administration errors is reduced. This system effectively supports the daily work in clinical practice. It provides quick and easy access for all users of the management of haemodialysis patient.

Keywords: dialysis, data recording, Therapy Monitor, TDMS

Felkérésre érkezett: 2015. 12. 08.

Bevezetés

Napjainkban növekvő igénnyel és felelősséggel jár, valamint egyre nagyobb terhet jelent a dialízis kezeléssel kapcsolatos

dokumentáció pontos vezetése. A Fresenius Medical Care eddig 10 klinikán vezetett be egy Terápiás Adatbázis Kezelő Rendszert, amelynek célja többek között az adminisztrációs terhelés csökkentése, az adatok napra-

SOMOSI László Fresenius Medical Care Nefrológiai Központ, Miskolc
Dr. LADÁNYI Erzsébet FMC Dialízis Center Kft. Budapest, Magyarország
Levelező szerző (correspondent): SOMOSI László, elérhetőség: Tel: +36-204396709,
e-mail: laszlo.somosi.fmc@gmail.com

készen tartása, annak értelmezése, a dokumentációs hibalehetőség minimalizálása, az ápolói időbeosztás hatékonyabbá tétele, azonnali és folyamatos tájékoztatás a kezelőszemélyzet részére a dialízis kezelés folyamatáról.

TDMS

A TDMS – Therapy Data Management System (Terápiás Adatkezelő Rendszer) – egy integrált informatikai rendszer, mely szoftverekből és külső eszközökből áll. A szoftvereknek három fő elemét használjuk: a Terápiás Monitort (Tmon), a Data Xchange Panelt (dXp) és az EuCliD5 programot. A Terápiás Monitort a hálózatba kötött számítógépeken alkalmazzuk. Ezek a főorvosi, orvosi, főápolói szobákban, valamint a kezelő helyiségekben találhatóak. A Data Xchange Panel a dialízis készülékeken szolgál az adatok bevitelére. A két program teljesen egyenértékű, mindkettőben ugyanazokat az adatokat tudjuk rögzíteni.

Az EuCliD5 a Fresenius Medical Care hálózatában régóta használt adatrögzítő program, mely az egész rendszer adatbázisát adja. Ide történik meg az adatok végleges tárolása. Külső telepített eszközként számítógépes hálózatra, a rendszerrel kompatibilis dialízis készülékekre, betegkártyára, kártyaolvasóhoz csatlakoztatott mérlegekre van

szükség. Labor analitikai készüléket is beállíthatunk a rendszerbe. **(1. kép)**

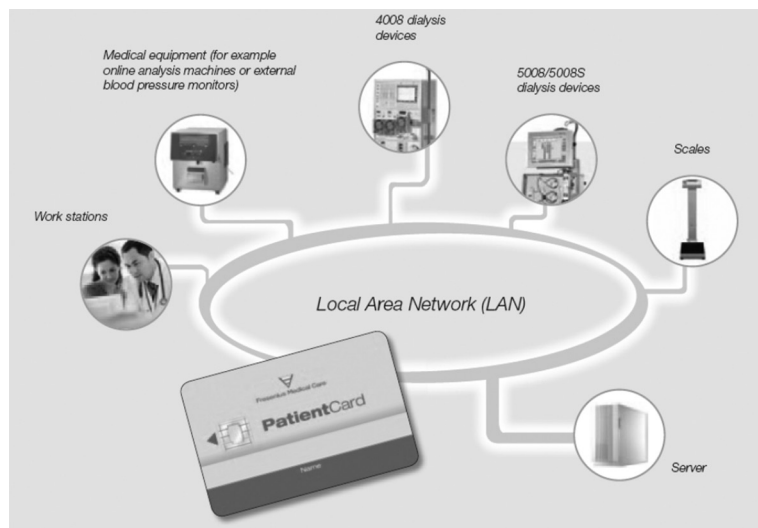
A TDMS használata

A rendszer használata során először egy napnyitást kell végrehajtanunk az EuCliD 5 programban. Ez annyit jelent, hogy az aznapra dialízisre beosztott betegeknek egy kezelést hozunk létre a programban. A kártyaolvasóval megformázott, egyedi azonosítóval ellátott névre szóló betegkártyával betegeink megméri a testsúlyukat dialízis kezelés előtt. Ebben egy kollégánő van segítségükre, aki egyúttal ellenőrzi is a mérést. Ennek a súlymérésnek az előnye, hogy nem szükséges hozzá ápolói felügyelet, a mért érték online kerül rögzítésre, így tévesztés nem fordul elő. A betegkártyát a dializáló ápoló a terápiás készülékbe helyezi, megtörténik a beteg azonosítása, majd megjelenik a kezelés előtti súly, a kezelési előírás, a szükséges ultrafiltrációs javaslat. Ezek a paraméterek – elfogadásukat követően – betöltődnek a dialízis készülékbe, majd indítható a hemodialízis kezelés. Kezelés közben a Terápiás Monitoron és a terápiás készüléken is nyomon tudjuk követni a kezelés folyamatát. **(2. kép)**

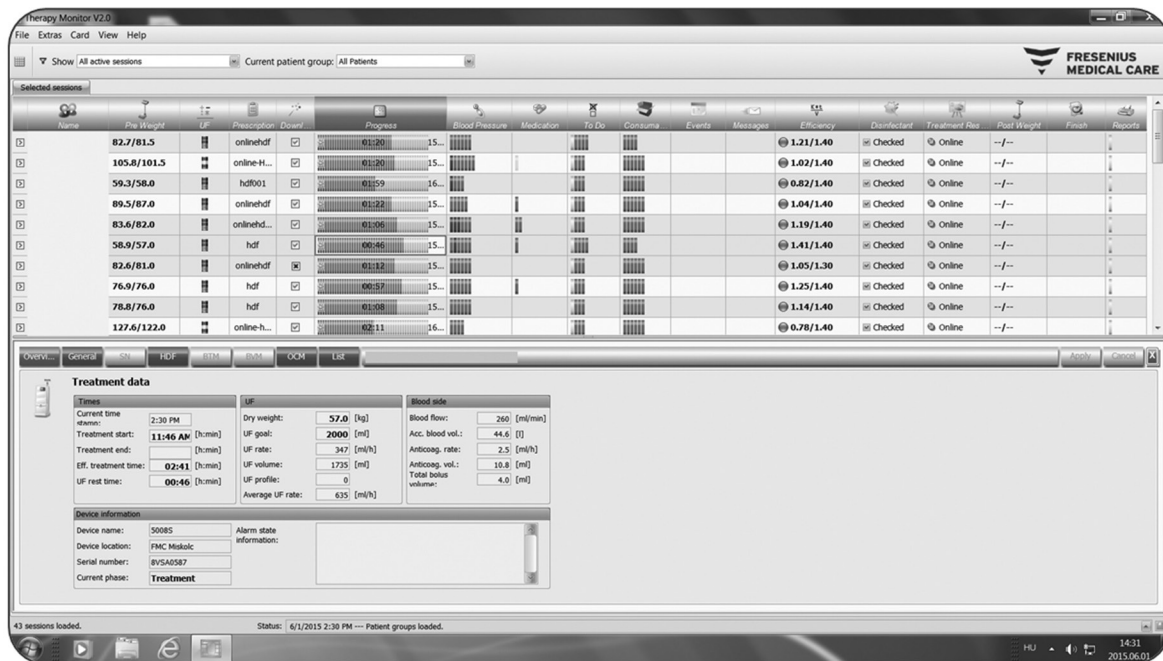
A Terápiás Monitor menüsorában láthatjuk a beteg neve mellett többek között a kezelés előtti és utáni testsúlyt, a folyadék eltávolítás mértékét, a beteg vitális paramétereit, a készülék vér- és vízdali paramétereit, a felhasznált anyagokat, a dialízis kezelés hatékonyságát. A dialízis kezelés kapcsolatban írásos üzenetet is tud küldeni a dializáló orvos az ápolónak. Kezelés után lehetőségünk van a dialízis kezelőlappal kinyomtatására, statisztikai adatok, összehasonlító táblázatok, grafikonok készítésére.

A TDMS bevezetésével csökkent a dokumentációra fordított idő, mely egyidőben kezelt négy beteg esetén eléri a 15-20 percet. Ezt az időt betegeink oktatására, pszichés vezetésére, diétás tanácsadásra fordítjuk. Könnyebben, gyorsabban indítható a dialízis, mert mindig az aktuális kezelési előírás jelenik meg a dialízis ké-

1. kép: A terápiás adatkezelő rendszer



2. kép: Terápiás monitor



szüléken. Csökken az adminisztrációs hibalehetőség előfordulása is. Az analitikai készülék segítségével az ágy mellett elvégzett laborvizsgálat eredményei az ellenőrzést követően rögtön az adatbázisba kerülnek, nem kell külön időt fordítanunk az adatok manuális rögzítésére. Az adatokat naprakészen tudjuk tartani. Hatékonyabb az ápolói időbeosztás.

Összegzés

A TDMS hatékonyan támogatja a mindennapi munkánkat a klinikai gyakorlatban. Minden felhasználó számára egyszerű, gyors és azonnali hozzáférést biztosít a beteg aktuális hemodialízis kezelésére vonatkozóan.

HELYREIGAZÍTÁS:

A NŐVÉR folyóirat 2015. 28. évfolyam 6. számában megjelent „Egy ápolónő, aki befolyásolta a történelem folyását” című cikkben Kossuth Zsuzsanna halálának éve: 1857 tévesen szerepelt. A helyes évszám: 1854. A hibáért elnézést kérünk!

A közétkeztetési reform ápolói szemmel – szociális intézményben

SZABÓNÉ POLGÁR Anna Mária

Összefoglalás

A túlsúly és az elhízás drasztikus emelkedése az Európai Unióban, felhívja a figyelmet arra, hogy a helytelen étrend, a testmozgás hiánya, az ezzel összefüggésbe hozható krónikus betegségek számának megemelkedése, hosszú távon csökkenti a várható élettartamot, és hatással van az életminőségre.

A magyar lakosság egészségi állapota rosszabb az európai országokhoz képest, a nyugat-európai országok mindegyike kevesebb életévet veszít el, mint Magyarország. Az egészségi állapotot befolyásoló, és életmóddal összefüggő kockázati tényezők közül a táplálkozásnak kiemelkedő szerepe van.

Az eredmények tükrében intézkedési tervek kidolgozására, programokra, rendeletek megalkotására került sor, melynek célja, hogy hosszú távon a lakosság egészségi állapota javuljon, és fenntartható legyen.

Bizonyított, hogy a táplálkozás és egészség között összefüggés van. A túlzott só fogyasztással a magasvérnyomás kialakulásának kockázata nő. A túlzott mértékű só, cukor vagy zsír alkalmazása pedig szív- és érrendszeri, daganatos betegségekhez és cukorbetegséghez vezet.

Az elhízás a helyes táplálkozással megelőzhető, de a támogató környezet jelentősége is kulcsfontosságú az új étrend alkalmazása, és az életmódváltás során.

Kulcsszavak: szociális, ápolás, elhízás, energiabevitel, tápanyagbevitel

The public catering reform in social care institutions from the care professionals point of view

Anna Mária SZABÓNÉ POLGÁR

Summary

In the European Union, the prevalence of excess weight and obesity have dramatically increased. This increase is associated with inappropriate nutrition and the lack of physical exercise, which in turn lead to an increase of chronic ill health. Consequently, this will adversely affect the quality of life, as well as the life expectancy in the long run.

The health of the Hungarian population is poorer than that of other European nations. Less life years are lost in Western European countries. Poor diet plays a pivotal role among other lifestyle associated risk factors affecting health.

In light of the above evidence, actions plans and programmes have been designed, as well as ministerial decrees were issued in order to sustain and improve the health of the population.

There is evidence that a strong relationship exists between diet and health. Excessive dietary intake of salt increases the risk of high blood pressure. Furthermore, excessive intake of salt, carbohydrates and fat can lead to cardiovascular and malignant diseases, as well as diabetes.

Obesity can be prevented by a healthy diet. However, the role of supportive environment cannot be overemphasised when it comes to the introduction of a new, healthier diet and lifestyle.

Keywords: social, nursing, obesity, energy intake nutrient intake.

Beérkezett: 2016. 01. 07. Elfogadva: 2016. 01. 15.

A közétkeztetési rendelet bevezetésének előzményei

Az Európai Unió (EU) tagországaiban jelentős mértékben nőtt az elhízás mértéke. Az európai régióban a betegségterhet a krónikus nem fertőző betegségek által okozott mortalitási és morbiditási terhek jelentik.

Az elhízás, mint rizikófaktor 2008-as adat alapján a férfiak és nők körében 27,6%. A standardizált halálozási arány a szív- és érrendszeri betegségeket tekintve kiemelkedően magas a férfiak körében (WHO, 2014). A világon, 2014-ben, a 18 évesnél idősebbek körében 39%-ban jelentkezett túlsúly, 13%-ban elhízás. Az átlagos testtömegindex (BMI)

SZABÓNÉ POLGÁR Anna Mária főnövér, Tolna Megyei Integrált Szociális Intézmény

MSc ápoló hallgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Levelező szerző (correspondent): Szabóné Polgár Anna Mária, elérhetőség: 7027, Paks, Hegy u. 70.,

Tel.: 06-20/239-60-12, e-mail: ancsez33@freemail.hu

a világ népességére vonatkoztatva 24 kg/m². A túlsúly prevalenciája Amerika után, Európában is nagyon magas. A kutatások alapján a nők nagyobb valószínűséggel híznak el, mint a férfiak (WHO, Global Health Observatory, 2014).

A 2008-2009 évre vonatkozó vizsgálatok alapján, Magyarországon a legmagasabb, a magas vérnyomásban szenvedők aránya. A rossz egészségi állapot nemcsak potenciálisan lerövidíti az emberek életét, de befolyásolja az életminőséget, növeli az egészségügyi kiadásokat is (Eurostat, 2015). A magyar társadalomban a krónikus betegség miatt ápolást igénylő betegek aránya igen magas, a leggyakoribb betegség a magasvérnyomás. Minimális a zöldség, a gyümölcs, a teljes kiőrlésű termékek fogyasztása, az ételek magas cukor- és sótartalma, a bőséges hústermékek fogyasztása magas rizikófaktor.

Számos kampánynak köszönhetően, 2013-as adatok szerint, az előző évekhez képest, mérséklődött az állati eredetű termékek fogyasztása, mérséklődött a zsírfogyasztás, növekedett a gyümölcsfogyasztás, kevesebb fogyott a burgonyából, és fokozatosan csökkent az energia-, a zsiradék- és fehérje bevitel (KSH, 2013). Tanulmányok szerint az egészségvesztést nem csak a biológiai tényezők befolyásolják, hanem a környezet, a viselkedés, az anyagi források, az egészségügyi ellátás, a gazdasági-társadalmi és ökológiai tényezők is szerepet játszanak (Gu et al 2014).

2009-ben nemzetközileg standardizált Európai lakossági egészségfelmérésre (ELEF) került sor. Az elhízás mértékét testtömegindex (BMI) segítségével állapították meg. A BMI értékei alapján a következő kategóriákat képezték; túlzott soványság: < 18,5; normál testsúly: 18,5-24,9; túlsúlyos: 25-29,9; elhízott: > 30 (WHO in BMI). Az önbevalláson alapuló értékek szerint a férfiak elhízása a nőkkel szemben nagyobb arányú, és már fiatal életkorban elkezdődik. A 18-34 évesek körében a túlsúlyos férfiak aránya (29,8%) kétszerese a nőkének (14,9%). A nők esetében a túlsúly, az életkori csoportok között emelkedő tendenciát (14,9%-34,2%-42,1%) mutat. Míg a férfiaknál a középkorúak csoportjában a legjelentősebb a túlsúly 45%. A 65 éven felüli nők életkori csoportjában 42,1%, míg a férfiak 39,8 %-a túlsúlyos (ELEF 2009).

A 2009-es Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP 2009) adatai szerint a felnőtt lakosság csaknem kétharmada túlsúllyal küzd.

Az OTÁP (2014) vizsgálat rávilágított a tápláltsági állapot, a táplálkozás, valamint a befolyásoló tényezőkre, valamint ezek közötti összefüggésekre.

A derékkörfogat mérés gyors és egyszerű módszer a hasi elhízás fennállásának megítélésére. Az OTÁP 2014 vizsgálata szerint a felnőtt magyar nők haskörfogata 91 cm, míg a férfiaké 98cm. A középkorúak esetében már jelentős növekedés jellemző. Az International Diabetes Federation (IDF) ajánlása alapján a centrális vagy felső testfél obesitas normálértékei: haskörfogat ≥ 80 cm, míg férfiak esetében ≥ 94 cm. Más etnikai csoportokra más határértékek érvényesek (Simonyi, G. et al. 2012).

Nemzetközi cselekvési tervek

Nehezíti a kutatási eredmények összehasonlítását az, hogy a tagállamok sokszor egyedi, nem típusos, nem egységes felmérő módszereket alkalmaztak. Az Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK rendelete előírja a lakosság felmérését, hogy rendelkezésre álljon a minimális statisztikai adatállomány, melyből kiszámíthatók az egészségügyi mutatók, az egészségindikátorok.

Cselekvési tervek kidolgozását szorgalmazták, a táplálkozás, a testmozgás területén, ezáltal az elhízás és a magas vérnyomás és ezzel összefüggésbe hozható krónikus betegségek kialakulásának prevenciójára fektetik a hangsúlyt. Elengedhetetlen a közösségi politika összehangolása és a multiszektoriális megközelítés. Az egyén felelőssége saját és gyermekei egészségéért, életmódjáért, táplálkozásáért, kiemelt fontosságú, de jelentős a környezet hatása a viselkedésre. Nagy szerepe van a marketingnek, reklámoknak, ami a fogyasztókat, különösképpen a gyerekeket befolyásolhatja média módszerekkel.

Az élelmiszerek tápértékének feltűntetése az élelmiszereken, az emberek a megfelelő információk birtokában étrendjükkel kapcsolatban racionális döntést hozhatnak. Ezek mellett fontos az ismeretek átadása, a

lakosság tájékoztatása az egészséges étrendről, a krónikus betegségek kialakulásának kockázatát csökkentő étrendekről, az egészségről, az energia bevitel és energiafelhasználás közötti összefüggésekről. Az iskolák és óvodák mellett, a munkahelyeknek is be kell kapcsolódni az egészséges életmód kialakításába (Európai Közösségek Bizottsága, 2005, 2007.)

A közétkeztetési reform bevezetése

A közétkeztetési reform, a 2000 évek ÁNTSZ-felmérésén alapszik, mely rávilágított arra, hogy az óvodákban és iskolákban, az ideális és szükséges cukor-, és só mennyiség többszörösét fogyasztják. 2009-ben az OÉTI felmérése arra enged következtetni, hogy a közétkeztetés sem minőségében, sem mennyiségében nem felel meg az előírásoknak. Kevés a tej, zöldség, gyümölcsfogyasztás, a fogyasztott ételeknek pedig magas az energia tartalma, és alacsony a tápértéke.

A Békés megyéből indult Mintamenza program célja az volt, hogy a közétkeztetésbe újfajta, egészséges nyersanyagok kerüljenek, új ételsorokat alakítsanak ki, és a helyi kis-termelők és vállalkozások termékei kerüljenek előtérbe, az étkezési kultúra javítása mellett. A programhoz országsszerte 250 konyha csatlakozott. Számos képzést segítő tanulmány, tananyag, oktató- és reklámfilm, receptkönyv, mesekönyv készült (OÉTI).

A felmérések eredményei egyértelműen azt mutatták, hogy a közétkeztetés szabályozására, rendelet megalkotására van szükség, melynek előkészítése 2010-ben kezdődött el. A 2011. évben az Országos Tisztifőorvos által kiadott 1/2011. sz. Normatív Utasítás és Ajánlás 2015. szeptember 1. napján hatályát veszítette. E naptól a korszerű, tudományos alapokon nyugvó a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV.30.) EMMI rendelet előírásait kell alkalmazni.

A magyar lakosság rossz egészségi állapotát tükröző felmérések alapján nagy szükség volt a közétkeztetési rendelet bevezetésére, amelynek célja az egészségesebb táplál-

kozás nyújtása a közétkeztetésben, illetve a közétkeztetésen keresztül a magyar lakosság táplálkozási szokásaira hatást gyakoroljon. A rendelet értelmében tilos a szénsavas vagy cukrozott üdítő, valamint a magas zsírtartalmú húskészítmény felhasználása. Nem tehetnek az asztalra só- és cukortartót, és előírták, hogy fokozatosan csökkenteni kell a napi bevitt só mennyiségét. A jogszabály rögzíti az étrendtervezés szabályait is, az egymást követő kétszer tíz ételmezési nap főétkezéseiben egy ételsor csak egy alkalommal fordulhat elő. A felhasználási előírások, korlátozások és tilalmak szerint az italként kínált tejhez nem adható cukor, és a tea is csak meghatározott mértékben tartalmazhat hozzáadott cukrot. A szükséges folyadék az étkezések között ivóvíz, illetve ásványvíz lehet (37/2014. (IV.30.) EMMI rendelet).

A gyerekkorban helytelenül berögződött életmódbeli szokások rontják a felnövő generáció egészségi kilátásait (Kiss-Tóth B. 2015). Az egészséget leginkább az életmód befolyásolja, ezen belül is a táplálkozás, és mozgás. Az egészségtelen táplálkozás számos betegség forrása, és a gyerekkori elhízás mellett mentális egészséget is befolyásolja és magatartás zavarokat is okozhat. A másik fontos elem az egészségmegőrzés, ami a megelőzésről szól. Több gyümölcs, zöldség fogyasztást kell beépíteni az étkezésbe, és csökkenteni kell a só, cukor, zsiradék alkalmazását. Ezen kívül szemléletmód váltásra is szükség van.

Hosszú távú cél, a fokozatosság elvének figyelembe vételével, hogy 2020-ig csökkenjen a felnőttek napi só fogyasztása, megközelítőleg érje el az ajánlott napi 5 gramm só-mennyiséget.

Reform hatása a szociális otthonban

A közétkeztetési reform bevezetése sokakat váratlanul ért. A cukor, kenyér minimalizálása, a só csökkentése, az adagok és kalória csökkentése, a személyzet felkészületlensége, problémákat jelentett.

A rendelet ugyanúgy vonatkozik a bentlakásos intézményekre, mint az iskolákra,

óvodákra. A szociális otthonokban diétás étrend, diétás étlap összeállítására gyakorta szükség van. A diétás étrend összeállítását kizárólag dietetikus szakképesítéssel rendelkező szakember tervezheti, vagy szakember felügyeletével történhet. Továbbá biztosítani kell azt is, hogy a diétás ételek elkészítését diétás szakács szakmai képesítéssel rendelkező személy végezze, vagy dietetikus felügyelje. Nagy terhet jelentett az intézmények számára, hogy a szakács végzettségű dolgozókat be kellett iskoláztatni, hogy a rendeletben előírt személyi feltételek biztosítottak legyenek. Főállású dietetikus alkalmazására intézményenként nincs lehetőség.

Megjelent többek között a NutriComp Étrend 4.0 közétkeztetési program, a Lafi Soft konyhai anyagforgalmazó és tápanyag kalkulációs program, és az étkezési díjszámítási program. A programok alkalmazása szükségszerű minden intézmény számára, hiszen lényegesen egyszerűsödne az élelmezésvezető munkája, viszont hosszú időt vesz igénybe a kezelő betanulási ideje, és szintén költségbe került.

A rendeletben foglaltak teljesítése miatt, központi étlap került alkalmazásra, melyet több intézmény együttesen használ. Így a helyi szokások, a helyben termelt nyersanyagok felhasználása, a jól bevált és megszokott ízek jelenleg nehezen elérhetőek. A konyhai dolgozók, gyakran nem ismerték az új íz világokat, a konyhatechnikai eljárásokat, az alternatívákat, nem tudnak olyan ételt készíteni, ami megfelelt az előírásoknak. Íztelen, színtelen, ehetetlen ételek kerültek a tányérokra.

Az új, ismeretlen ételek bevezetése során nagy volt az ellenállás a szakácsok, a dolgozók és az ellátottak körében is. A konyhai dolgozók nem tudták rutinként végezni munkájukat, mert ismeretbővítésre volt szükség, nem ismerték az új eljárásokat, de a jogszabályi előírásokat sem.

A lakók panaszkodnak az étel mennyiségére és minőségére. A főétkezés során kiadott étel mennyisége látványosan csökkent. A lakóink hozzá voltak szokva a púpozott – nem mindig egészséges ételekkel teli – tányérokhoz, a magyaros ízekhez. A pszichiátriai és fogyatékos ellátottak nehezen értik meg ezeknek a változásoknak az okát. Az

egész napos ellátást nyújtó intézmények esetében az előírt energiaszükséglet (19–69 év) 2000–2500 kcal/nap/fő 100 %-át napi ötszöri étkezéssel kell biztosítani. Ennek ellenére az ellátottak azt érzik, és látják, hogy kisebb adagot kapnak. Már azt is nehezen viselik, és napi konfliktust okoz, ha az étel össze van aprítva, vagy darálva tálalják, hiszen küllemre nem olyan kinézetű, mint a normál étel, ez gyakran elégedetlenséget szül.

Az ellátottak több esetben 20–30 éve a szociális otthonban él, és gyakran nem tudnak maguknak kiegészítő ételleket venni, mert jövedelmük miatt nem engedhetik meg maguknak. A lakóknak az intézmény az otthona, ahol napi 24 órát tartózkodnak. Többnyire azt kell elfogyasztaniuk, amit feltárolnak számukra. Ezért fontos, hogy mind mennyiségileg és minőségileg is biztosított legyen az egészséges étel a számukra.

Az ápoló szerepe a közétkeztetési rendelet bevezetése során

A közétkeztetési reform bevezetésével egyidejűleg egyik fontos lépés a szemléletmód váltás, de szemmel tartva a fokozatos elvét is, bár a rendelet nem elsődlegesen a bentlakásos intézményeket célozza. Az ápolók-gondozók szerepe óriási, mivel a lakókat már kisebb változás is nagyon megviselheti, viselkedésükre, magatartásukra hatással van. Fontos, hogy a személyzet minden tagja, az ápolók is érezzék a reform fontosságát, jelentőségét. A személyzet minden tagja példamutatásával, az ízléses terítéssel, ízléses tálalással segítheti az ellátottat az ételek elfogyasztásában, illetve úgy, ha azonos ételt fogyasztókat egy asztalhoz ültet.

A gondolkodásmód megváltoztatása a legnagyobb kihívás. A lakókat motiválni, biztatni, támogatni kell, nem eltántorítani. Nagy kihívás a személyzet számára a pszichés vezetés, a felvilágosítás és egészségnevelés, ezen belül a diétás tanácsadás. Ez a nevelés az egész személyiségre kiható, cél tudatos tevékenység, mely a lakók és hozzátartozók, de a kollégák táplálkozásának megváltoztatását is célozza. A hozzátartozók

zők felvilágosítása, és tájékoztatása kiemelt fontosságú.

Az ápoló verbális és non verbális kommunikációja akkor lehet eredményes, ha a lakók és a személyzet is képes megváltoztatni életmódját, helytelen táplálkozási szokásait, és felismeri az egészségmegőrzés és visszanyerés fontosságát. Minden alkalmat meg kell ragadni az egészségnevelésre, például a háziorvosi rendelés alkalmával, ha a lakók önállóan vásárolnak, ha hozzátartozó érkezik látogatóba, vagy ha a lakó a családja körébe utazik haza.

Az ápoló megfelelő kommunikációja elengedhetetlen. A terápiás, és empáthias magatartás a betegközpontú ellátás fontos tényezője, arra irányul, hogy életmódváltást hajtsen végre. Ez az ápoló kongruens viselkedésével, bírálat nélküli elfogadással, a beteghez megértéssel való viszonyulással érhető el. A bizalom fontos szerepet játszik a hatékonyságban. A kiszolgáltatott lakók számára biztonságérzetet nyújt, támogató légkört teremt, mely során bátran kinyilváníthatják érzéseiket, véleményüket. Cél, hogy a személyes irányítással, és az ismeretek birtokában, képesek legyenek befolyásolni életmódjukat. Alkalmazzanak megelőző stratégiákat a helyes táplálkozás, és életmód érdekében, például ne vegyenek a büfében, boltban üdítőket, chipset, vagy közös bevásárlás után, egészséges táplálkozás jegyében készítsenek tápláló és egészséges ételt.

A magyarázat, az információ átadás is fontos tényező a beteg-ápoló, ápoló-személyzet, ápoló-hozzátartozó kommunikációban. A betegek számára érthető módon kell közölni például a sótlan ételek bevezetésének problémáját, okait, következményeit, hasznát. A magyarázatnak, a meggyőzésnek, fontos szerepe van a viselkedés megváltoztatásában, vagyis az egészséges életmód kialakításában (Aradvári et al 2008).

A személyzet hozzáállása, a személyes példamutatás kiemelt jelentőségű. Ha a lakó látja, hogy a dolgozók is ugyanazt eszik nap, mint nap, és az egészséges táplálkozás jelentőségét közvetítik a lakók felé, könnyebben elfogadja a reformokat, de ez időigényes munka. A szakmai ajánlásokat életkornak és iskolázottságnak megfelelően, értelmi képességeknek megfelelően, személyre szabottan kell közvetíteni. A megelőzési és tanácsadási

törekvések akkor eredményesek leginkább, ha a dolgozóknak, de a lakóknak is tudatosodik, hogy milyen egészségkárosodással fenyegethet a helytelen táplálkozás, a reform bevezetésének pillanatnyi nehézségei mellett milyen jelentős haszonnal járhat. Elvárható, hogy a személyzet, de a háziorvos is kellő információt nyújtson, hogy a helytelen táplálkozás milyen betegségek kockázatát növeli.

Az ápoló gyakorlati javaslatok átadására is keressen alkalmat a munkája során; hogyan csökkentsék a telített zsírok fogyasztását, részesítsék előnyben a sovány húsok fogyasztását, csirkehús hal fogyasztást. Alkalmazzák a bő zsírban sütés helyett, a párolást, főzést. Ne nassolgassanak. Mérsékelt legyen a só fogyasztás, ne alkalmazzanak sózott, pácolt, füstölt húsokat, és inkább fűszernövényekkel ízesítsenek. Csökkentsék a cukorfogyasztást, tartózkodjanak a magas cukortartalmú ételektől, italoktól. Növeljék a rostok fogyasztását, egyenek több burgonyát és hüvelyeseket, zabpehelyféléket, több gyümölcsöt és nyers vagy főtt zöldséget (WHO).

Összegzés

Az egészségnevelési programokkal a táplálkozási ismeretek bővítése, az egészséges táplálkozási szokások kialakítása érhető el. A törekvések nem csak az egészségügyi dolgozók feladata.

Szükséges volt az egészséges táplálkozást elősegítő kormányzati szintű élelmiszer- és táplálkozáspolitika, ami együttműködést igényelt az agrárpolitikával, és élelmiszeriparral. Az éttermek, élelmiszerüzletek reklámtevékenységeiben is fel kell hívni a figyelmet az „egészséges” élelmiszerekre, és vonzó, elérhető áron kellene kínálni. Minden termék címkéjén fel kell tüntetni az összetevőket. Figyelemmel kell kísérni a betegek testsúlyát, egyensúlyban tartása révén az elhízás, súlygyarapodást el kell kerülni. De a drasztikus kalória bevitel csökkentése mellett a testmozgás is elengedhetetlen. Az egészség megőrzésében jelentős szerepe van az életmódnak, a táplálkozásnak, az egészséges testsúly megtartásának, melyhez az ápoló munkája elengedhetetlen a szociális intézményekben.

Irodalomjegyzék

- 37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelet a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról, Hozzáférhető: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=169011.268149 (Letöltve: 2016. 02. 08.)
- Aradvári-Sz, M., Bonyárné, M, K., Deutsch, K., Krisbacher, I. (2008). *Kommunikáció az egészségügyben*. Pécs: Medicina
- Az Európai Közösségek Bizottsága. (2005). *Zöld könyv: Az egészséges táplálkozás és a fizikai tevékenység promóciója: a túlsúly, az elhízottság és a krónikus betegségek megelőzésének európai dimenziója*. Brüsszel.
- Az Európai Közösségek Bizottsága. (2007). *Fehér könyv; A táplálkozással, túlsúllyal és elhízással kapcsolatos egészségügyi kérdésekre vonatkozó európai stratégiáról*. Brüsszel.
- ELEF (2009). Hozzáférhető: <http://www.ksh.hu/elef> (Letöltve: 2016. 01. 08.)
- Eurostat Health. (2015). Hozzáférhető: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> (Letöltve: 2016. 01. 08.)
- Gu, D., Gomez-R., R., Dupre, M., E. (2015). Studying Disability Trend sin Aging populations. *Journal of Cross Cultural Gerontology*: 21-49.
- Kiss-T. B., B. L. (2015). Négy-tíz éves gyermekek táplálkozásának felmérése. *LAM*. 4-5: 199-204.
- KSH. (2013). Élelmiszermérleg és tápanyagforgasztás 2013. *Statistikai tükkör 2015/41*.
- Otáp (2009). Hozzáférhető: <http://www.oeti.hu/?mlid=16&m2id=169> (Letöltve: 2016. 01. 08.)
- Otáp (2014). Hozzáférhető: <http://www.oeti.hu/?mlid=16&m2id=260> (Letöltve: 2016. 01. 08.)
- Simonyi, G., Pados, Gy., Bedros, J.R. (szerk.) (2012). A Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság állásfoglalása és ajánlása. *Az elhízás kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei*
- World Health Organization in BMI. Hozzáférhető: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en> (Letöltve: 2016. 01. 08.)
- World Health Organization. (2014). Global Health Observatory. Hozzáférhető: <http://www.who.int/gho/eu> (Letöltve: 2016. 01. 08.)
- World Health Organization. (2014). Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Hozzáférhető: http://www.who.int/nmh/countries/hun_en.pdf?ua=1 (Letöltve: 2016. 01. 08.)

Felhasznált további internetes hivatkozások

- <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A32008R1338>
- <http://janpa.eu>
- <http://www.oeti.hu/?m1id=11&m2id=264>
- <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index7.html>
- http://www.who.int/nmh/countries/hun_en.pdf?ua=1
- http://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthydiet_factsheet/en/



European Later Life Active Network



Az ELLAN hálózat támogatója az Európai Bizottság Egész életen át tartó tanulás programja. Felsőoktatási intézmények együttműködését és hálózatépítését támogató projekt, mely 2013. szeptember és 2016. szeptember között valósul meg. A konzorcium 26 partnert foglal magában 25 európai országból. Az ELLAN projekt koordinátora a Savonia Alkalmazott Tudományok Egyetemének Egészségtudományi Intézete (Finnország).

A projekt célja az Európán átívelő együttműködés, innováció, valamint a jó gyakorlatok cseréjének elősegítése az öregedő népesség és az idősekkel dolgozók képzésének vonatkozásában. A projekt fő célkitűzése az idősekkel való munka egységes Európai Alapkompetencia Keretrendszerének (ECCF) kialakítása. A projekt várt eredménye az idős emberekkel foglalkozó egészségügyi és szociális dolgozók felsőoktatásának minőségi fejlődése.

Az ECCF 5 kutatási fázisból áll, melyek a projekt első két évében valósulnak meg:

1. Szakirodalmi áttekintés és elméleti kutatás az idős emberek ellátásához szükséges kompetenciák azonosítása céljából (WP3)
2. Kvalitatív kutatások annak felmérésére, hogy az idős emberek milyen kompetenciákat várnak el a velük foglalkozó szakemberektől (WP4)
3. Kvantitatív kutatások a szakemberek által az idős emberek gondozásában szükségesnek tartott kompetenciákról (WP5)
4. Kvantitatív kutatás azon tényezők felmérésére, melyek az egészségügyi és szociális képzésben résztvevő hallgatók idős emberekkel való munkával kapcsolatos elképzeléseit befolyásolják (WP6)
5. Jó gyakorlatok és innovatív oktatási és tanulási módszerek azonosítása, melyek ösztönzik a hallgatókat az idősekkel való munkára

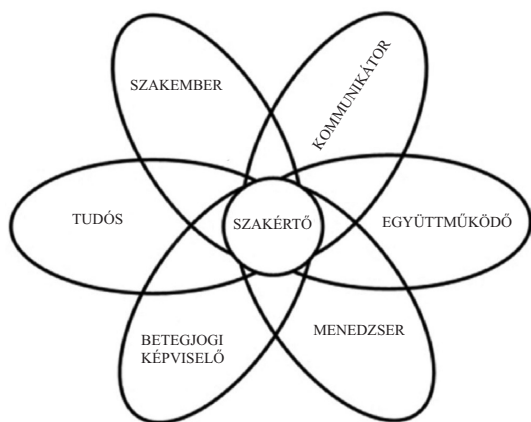
A projekt célcsoportja a partnerek és egyéb európai felsőoktatási intézmények oktatói és vezetői. A közvetlen célcsoport a hallgatók, a szakmai közösségek és maguk az idős emberek.

Szakirodalmi áttekintés (WP3)

Szakirodalmi áttekintés történt a következő kutatási kérdés alapján: „Az egészségügyi és szociális dolgozók mely idősellátással kapcsolatos kompetenciái találhatók meg a szakirodalomban és az országos beszámolóban?” A kutatást a következő nyelveken végezték: angol, dán, svéd, norvég, finn, holland, portugál, spanyol, német és lengyel. Összesen 228 tanulmány készült, elsősorban szakértői beszámolók és keresztmetszeti vizsgálatok. A szakirodalom alapján az idősekkel végzett munkára vonatkozó szerepleírásokat készítették.

Fontos, hogy a szakértők megfelelő tudással rendelkezzenek az öregedéssel, prevencióval és kezelésekkal, valamint azokkal a kockázati tényezőkkel kapcsolatban, amelyek a mentális és fizikai jólétet, a lakhatási körülményeket, az életfeltételeket és a társadalmi részvételt veszélyeztetik. Minden szakembernek tisztában kell lennie az öregedéssel és idős emberekkel összefüggő értékeikkel. A kommunikátorok estében azt találták, hogy a legfontosabb szempont, hogy az idős emberekkel és családjaikkal kellő tisztelettel bánjanak, elég időt szánjanak rájuk, lehetőséget biztosítsanak számukra továbbá jó hallgatók és „coach”-ok legyenek. Az együttműködés létfontosságú, hiszen egyre több az esendő idős ember, akik halmozott problémákkal élnek, amiért egészségügyi vagy szociális segítségre, illetve gyakran mindkettőre szorulnak. Szükséges

az együttműködés a segítségben résztvevő családtagokkal is. Az idős emberekre az egészségügyi és szociális segítségnyújtó szakemberek partnereiként kell tekinteni, akik együttműködve hoznak döntéseket. Ez jelentős, amikor személy központú egészségügyi és szociális segítséget nyújtunk olyan idős embereknek, akiknek önállóságra való törekvését mindig figyelembe vesszük.



Az idős emberek szakmai kompetenciával kapcsolatos elképzelései (WP 4)

Az 1990-es évektől tudósok és különböző tudományterületről érkező szakemberek jóval több figyelmet szentelnek az idősödő népesség gyors növekedésének. (Pike, 2013). Az oktatás és szakemberképzés vonatkozásában a felsőoktatási intézmények kulcs szerepet játszanak olyan innovatív szaktudás fejlesztésében, amely elősegíti, hogy idős korban pozitív módon tekintsünk az öregedésre.

A WP4 fő célja az volt, hogy feltárja, a különböző európai országokban élő idős emberek szerint milyen kompetenciákkal kell rendelkezniük az idős emberekkel foglalkozó szakembereknek. Empirikus

felmérést végeztek Ausztriában, Finnországban, Litvániában, Portugáliában, Törökországban és az Egyesült Királyságban. A partnerintézményekben 16 résztvevőből (N=96) álló kényelmes mintát alkottak és félig strukturált interjúk segítségével gyűjtöttek adatokat. Közös interjú foratókönyvet követtek, majd az adatelemzést tematikus elemzéssel végezték (Braun and Clarke, 2006).

Négy fő témát azonosítottak:

- ⇒ Az 1. téma azt hangsúlyozza, milyen fontos az idősebb emberek egyéniségét valamint személyes és szociális háttérüket felismerni.
- ⇒ A 2. téma azt emelik ki, mennyire releváns a hatékony kommunikáció és pozitív kapcsolat a szakemberek és a szolgáltatásokat igénybevevők között.
- ⇒ A 3. téma középpontjában a technikai kompetencia, a szakértelem és a csapat munka állnak.
- ⇒ A 4. téma a hivatás, elkötelezettség és etikai ajánlások kérdésköréit járja körül.

A fenti kompetenciák fejlesztése lehetővé teszi, hogy az egészségügyi és szociális szakemberek az idős embereknek jobb minőségű szolgáltatást nyújtsanak.

Szakemberek elképzelései az idős emberek gondozásához szükséges kompetenciákról (WP5)

Ennek a kutatásnak a fő célja az volt, hogy információkat gyűjtsenek arról, mit gondolnak az egészségügyi és szociális szakemberek az idős emberek gondozásához szükséges fontos kompetenciákról. A kutatásban orvosok, ápolók, gyógytornászok és szociális munkások vettek részt. A kvantitatív módszer az ápoló-beteg interakció skálán (CNPI-70) alapult.

Következtetések:

A szakemberek úgy gondolják, hogy idős emberek ápolásakor a beteg és szakember közötti kapcsolat központi jelentőségű, amely egy humanista, altruista értékrendszeren nyugszik. Ebben a rendszerben mindkét oldal prekoncepciók nélkül elfogadja a másikat, a gondozó tiszteltben tartja az idős ember egyéniségét és érdeklődik a segítségre szoruló személy iránt. A szakemberek hiszik, hogy fontos az időseket bátorítani, hogy higgyenek magukban, motiválni kell őket, meg kell mutatni lehetőségeiket, reményt kell adni nekik és szükség szerint támogatni őket. Rámutattak, hogy a szakmaiság elsőrendű az idősgondozásban. A kutatás olyan jelentős és hasznos megfigyeléseket és szükségélemzést tartalmaz, amelyek elvezetnek a helyes döntésekhez és lépésekhez. Az egészségügyi és szociális szakemberek fontosnak tartják az együtt-

működést egy terápiás csapatban, a kockázatelemzést és az autonómia támogatását. Központi téma volt az öregedés, mint fiziológias folyamat és nem, mint csak betegség elfogadása.

„Az idős embert az egészségügyi és szociális szakemberek partnereként kell tekinteni.”

Egészségügyi és szociális képzésben részt vevő hallgatók idős emberekkel kapcsolatos attitűdjei és az idős emberekkel végzett munkáról alkotott elképzelései (WP6)

Háttér: Európának a közeljövőben tekintélyes öregedő népességgel kell szembenéznie. Ennél fogva az együttműködés és innováció létfontosságú az idősokkal foglalkozó egészségügyi és szociális szakemberek képzésében. Korábban azt feltételeztük, összefüggés van aközött, hogy valaki az idős emberekre pozitívan tekint és ezért szeretne velük foglalkozni. A kutatók azonban kétségbe vonták ezt a feltételezést (Lui, Norman & While 2013, Bos-well 2012), de mégis kevés kutatás foglalkozik az idős emberekkel végzett munkáról alkotott elképzeléseivel (Walther 2007).

Cél: Felmérni az egészségügyi és szociális képzésben részt vevő hallgatók idős emberekkel kapcsolatos attitűdjeit és az idős emberekkel végzett munkáról alkotott elképzeléseit

Módszertan: 5 európai ország végzős egészségügyi és szociális munkás hallgatói (n=955) kitöltöttek egy demográfia kérdőívet; idős emberek iránt mutatott attitűd skála (Kogan 1966) és a hallgatók elképzelései az idős emberekkel végzett munkáról skála (átdolgozott) (Nolan et al, 2006).

Eredmények: A válaszadók általánosságban nagyon pozitívak voltak az idős emberekkel kapcsolatban, az országok a középértékekben alacsony eltérést mutattak. Negatívabb attitűdöt mutattak azok, akik az idős emberekkel kapcsolatban kevesebb tapasztalattal rendelkeztek. Ugyanakkor több tapasztalat az idős emberekkel végzett munkában nem párosult meggyőzően pozitív attitűddel. Jelentős összefüggés mutatható ki a tanulmányok megkezdése előtt történt idős emberekkel kapcsolatos pozitív élmények és az idős emberek iránt mutatott pozitív attitűd valamint az idős emberekkel végzett munka között. Gyakori volt a határozatlanság azzal kapcsolatban, vajon az idős emberekkel végzett munka hogyan fog hatni jövőbeni karrierükre.

Következtetések: A fent említett határozatlanság miatt szükséges a gerontológiát oly módon népszerűsíteni, hogy az világos és vonzó karrierút legyen. Ennek elősegítéséhez ki kell alakítani az idősokkal végzett munkára vonatkozó kompetencia keretrendszer; meg kell találni a gerontológiai oktatáshoz és képzéshez illeszkedő innovatív módszereket és támogatni kell, hogy az idős emberek gondozása kellemes „feljavított” környezetben történjen.

Egészségügyi és szociális képzésben részt vevő hallgatók motiválása innovatív oktatási módszerekkel annak érdekében, hogy a gerontológia területén helyezkedjenek el (WP7)

Indoklás: Európában a gondozók iránti igény növekszik, azonban a gerontológiával kapcsolatos negatív attitűdök következtében sikertelen a szakembertoborzás. Kutatások azt mutatják, hogy az idősokkal kapcsolatos attitűdök a képzés során alakulnak. Ez azt jelenti, hogy a tanulás során szerzett élmények hozzájárulhatnak ahhoz, hogy valaki a gerontológia területén helyezkedjen el.

Cél: Megtalálni azokat a gerontológia-oktatásban alkalmazható jó gyakorlatokat, amelyek ösztönzőleg hatnak a területen történő elhelyezkedésre.

Módszerek: Az innováció kritériumai és Nolan által leírt Senses Framework (érzet keret) alapján egy sablont készítettünk. A Senses Framework egy analitikus eszköz, amellyel a hallgatók tanulási élményeit lehet értelmezni. A sablon segítségével tanítási és tanulási módszereket lehet gyűjteni illetve azokat értékelni, hogy a jövőbeni egészségügyi szakemberek oktatásához szükséges legjobb gyakorlatokat megtaláljuk. A sablonokat olyan belga, ír, görög, horvát és osztrák felsőoktatási intézményekhez jutatták el, ahol gerontológia-oktatás folyik.

Huszonhárom sablont töltöttek ki, majd Nvivo szoftver, a Senses Framework és az innováció kritériumai alkalmazásával elemezték őket.

Eredmények: Miller kompetencia alapú tanulási modell alapján alkottunk olyan innovatív tanítási módszereket, amelyek figyelembe veszik a senses modell szerinti hallgatói igényeket. A kiválasztott legjobb gyakorlatokat minden érintett országban publikálni fogjuk.

Következtetések: Ez a kutatás, amely jó gyakorlatok és innovatív tanulási módszerek megosztására jött létre, azt tűzte ki, hogy az azonosított oktatási gyakorlatok pozitívan befolyásolhatják a hallgatókat attitűdjeikben valamint annak eldöntésében, hogy idős emberekkel foglalkozzanak.

Alapkompetencia Keretrendszer Kialakítása (WP8)

Az ELLAN projekt fő célját, azaz az idős emberekkel való foglalkozás kölcsönösen elfogadott európai Alapkompetencia Keretrendszer Kialakítását úgy fogjuk elérni, hogy összesítjük a fenti munkacsomagok eredményeit, különösen az idős emberekkel foglalkozó egészségügyi és szociális szolgáltatásokat felölelő szakirodalmi áttekintés eredményeit (WP3), valamint a WP4, 5 és 6 eredményeit.

A keretrendszer vázolja azokat a kompetenciákat, amelyekre az egészségügyi és szociális szolgálatokban dolgozó szakembereknek szükségük lehet. A CanMeds Modellt követve összesen hét szerepkört tárgyalunk: szakértő, kommunikátor, együttműködő, szervező, betegképviselő, tudós és szakember. Az így kialakított szerepkompetenciákat teljesítményindikátorok formájában mutatjuk be. Ez a kompetencia készlet javaslatokat fog adni az oktatás, képzés és értékelés tekintetében.

A szakirodalomból nyert információk elsősorban a szakértői és kommunikátor szerepekben hasznosíthatóak. Úgy tűnik, a szakembereknek szükségük van ezekre a sajátos kompetenciákra, hogy az idősekkel foglalkozhassanak. Ezeket a megállapításokat az idős emberek elképzeléseit vizsgáló kutatás eredményei is alátámasztják (WP4).

A keretrendszert a Delphi módszer alkalmazásával fogják vizsgálni 8 ország 24 szakértőjének bevonásával.

Tervek szerint az európai Alapkompetencia Keretrendszert 2016 júniusában a finnországi Tampereben fogják bemutatni a 23rd Nordic Congress on Gerontology elnevezésű konferencián.

A konzorcium 26 partnert foglal magában 25 európai országból, köztük a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karát. A közreadott hírlevél az ELLAN együttműködés hivatalosan összeállított hírlevelének magyarra fordított változata.

A hírlevél angol nyelven http://ellan.savonia.fi/images/Ellan_Newsletter121115.pdf oldalon olvasható.

Dr. Balogh Zoltán

Szerzői útmutató

A NÖVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakma-politikai kérdésekkel foglalkoznak.

A kiadó várja az ápolás szakterületén elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait.

A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből eredeti közleményeket (összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket), előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

Formai szempontok

Kérjük, hogy

• A kéziratot

- elektronikus szövegszerkesztési eljárással, Microsoft Word *.doc vagy *.rtf kiterjesztésben (rich text formátum) készítse el,
- 12-es betűméretű Times New Roman betűvel,
- 2-es sortávolsággal,
- minden oldalon 1,5 cm széles margóval szerkesztve,
- sorkizárással,
- a bekezdéseket csak „enter” válassza el, és a sorok ne kezdődjenek beljebb,
- szövegszövegként csak „normál” szöveget használjon (a címeket és alcímeket is így írja),
- ha decimális számozást alkalmaz, akkor csak 3 szintet használjon,
- ne legyen a szövegben oldaltörés, szakasztörés.

• A kézirat terjedelme ne haladja meg

- eredeti közlemény esetén a 15 gépelt oldalt (30000 karakter szökőzellel),
- előzetes- és sürgős közlemény esetén a 10 gépelt oldalt (20000 karakter szökőzellel),
- tudományos levél esetén az 5 gépelt oldalt (10000 karakter szökőzellel).

Ez nem foglalja magába a magyar és angol összefoglalásokat a kulcsszavakkal, a rövidítések jegyzékét, az irodalomjegyzéket, a függeléket, valamint az ábrákat és a táblázatokat).

• Ábrák és táblázatok

- Word, Excel illetve PowerPoint programok segítségével egyaránt készülhetnek, *.doc, *.rtf, *.xls vagy *.ppt kiterjesztéssel,
- csak fekete-fehér változatban készüljenek (tekintettel arra, hogy a folyóirat jelenleg fekete-fehér nyomással jelenik meg),
- az ábrákat és táblázatokat ne illessze be a szövegbe, csak utaljon rájuk a megfelelő helyen,
- minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban legyen elmentve,
- ügyeljen arra, hogy az ábrák és a táblázatok el legyenek nevezve (pl. 2. ábra, II. táblázat), és a szövegben is legyen rájuk hivatkozás,
- a kéziratához összesen legfeljebb 8 (nyolc) ábra és táblázat készüljön, ezek informatívak legyenek, és az adott téma szemléltetését, könnyebb megértését szolgálják,
- az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

• Képek

- A beküldött képek min. 300 dpi felbontású *.jpg, *.tif kiterjesztésűek legyenek, továbbá külön fájlba (nem Wordbe másolva) legyenek elmentve
- Szkenelés esetén az eredeti kép is megfelelő minőségű legyen.

• A kézirat (formai) szerkezete:

- Általában

- címlap,
- összefoglalás és kulcsszavak (magyar és angol nyelven),
- rövidítések jegyzéke (ha van),
- a cikk kézírata,
- irodalomjegyzék,
- függelék,
- ábrák, táblázatok.

- A saját kutatáson alapuló, eredeti közlemény az alábbi szerkezetet kövesse:

- címlap,
- összefoglalás és kulcsszavak (magyar és angol nyelven),
- rövidítések jegyzéke (ha van),
- bevezetés,
- anyag és módszer,
- eredmények,
- következtetés,
- irodalomjegyzék,
- függelék,
- ábrák, táblázatok.

- Az egyéb összefoglaló jellegű közleményekben a cikk kéziratát a szerző(k) logikus felépítésben, tagolásban készítse (készítsék).

- A **címlapon** kérjük feltüntetni az írás címét (tömör, maximum 100 karakter, és ne tartalmazzon rövidítéseket), a szerző(k) teljes nevét, beosztását, munkahelyét, valamint külön a kapcsolattartó szerző teljes nevét, levelezési címét, telefon- és e-mail elérhetőségét. A magyar és az angol nyelven készült **összefoglalások** egyenként külön oldalra készüljenek, maximum 150 szó (1500 karakter szökőzellel) terjedelemben, valamint egyes szám harmadik személyben megfogalmazva. Saját kutatáson alapuló **eredeti közlemény** esetében az **összefoglalás** az alábbi szerkezetet kövesse: a vizsgálat célja, anyag és módszer, eredmények, következtetések.

- A megadott **kulcsszavak** a MeSH (Medical Subject Headings) által megadott tárgyszavakból kerülhetnek ki.

- Az **irodalomjegyzék** külön fájlban készüljön, melyben az egyes tételeket számozza, alfabetikus sorrendben kérjük elrendezni. Kivéve:

- számmal kezdődő források (pl. jogszabályok, rendeletek, stb.) megelőzve a betűrendet, a jegyzékben előre kerülnek;
- szerző nélküli mű esetén a cím (névelő nélküli) betűrend szerinti kezdőszava a besorolás alapja.

- Irodalmi hivatkozásként maximum 25 tétel adható meg.

• A szövegközi hivatkozások és irodalomjegyzék általános szabályai

- A szövegközi hivatkozások, valamint az irodalomjegyzék elkészítéséhez ajánlott az „**APA Style Guide**” (*Publication Manual of the Psychological Association, 6th edition, 2010*) használata.

- Általános előírások:

- A szerző nevét az alábbiak szerint kell írni: vezetéknev után vessző, a keresztnév kezdőbetűje után kitért pont (pl. Marosvári, É.).
- Könyvek és folyóiratok esetén hét szerzőig az irodalomjegyzékben minden szerző nevét le kell írni, vesszővel elválasztva (pl. El Hadj Othmane, T., Kiss, I., Nemcsik, J., Fekete, CB., Deák, G., Egresits, J., Tislér, A.). Szövegben történő hivatkozáskor az első szerző neve után az „et al.” (és mások) megjelölést kell alkalmazni (pl. El Hadj Othmane et al.)

- Nyolc vagy több szerző esetén leírjuk az első hat szerző nevét, majd három pont beszúrása után írjuk ki az utolsó szerző nevét.
- A könyvek címe és a folyóiratok neve minden esetben *dőlt* betűvel tüntetendő fel.
- Ha egy forrásmű rendelkezik DOI (Digital Object Identifier) számmal, akkor annak feltüntetése kötelező. Ennek leírásában a „doi:” után ne hagyjunk üres karakterhelyet, pl.:
 - Weaver, L., T. (2011). How did babies grow 100 years ago? *European Journal of Clinical Nutrition*, 65, 3-9. doi:10.1038/ejcn.2010.257 Szövegben hivatkozásként: (Weaver, 2011)
- Amikor egy szerzőtől egy évben két vagy több forrás is megjelent, akkor azok különbözőségét az abc betűvel jelöljük, pl.:
 - Andorka, R. (2001a). *Bevezetés a szociológiába*. Budapest: Osiris. Szövegben hivatkozásként: (Andorka, 2001a).
 - Andorka, R. (2001b). *Gyermek, család történelem: Történeti demográfiai tanulmányok*. Budapest: Századvég. Szövegben hivatkozásként: (Andorka, 2001b).
- **Nyomatott források feltüntetése:**
 - **Könyvből (-re):**
 - Szerkesztett könyv esetén, pl.:
 - Buda, B., Kopp, M. (szerk.), (2001). *Magartartás-tudományok*. Budapest: Medicina. Szövegben hivatkozásként: (Buda & Kopp, 2001)
 - Könyvrészlet esetén, pl.:
 - Mackintosh, N. J. (2007). Az IQ örökletessége. In N. J. Mackintosh. *Az IQ és az emberi intelligencia* (pp. 95-147). Budapest: Kairosz Szövegben hivatkozásként: (Mackintosh, 2007)
 - Testületi szerző esetén, pl.:
 - Magyar Vöröskereszt (2006). *125 éves a Magyar Vöröskereszt*. Budapest: Magyar Vöröskereszt Szövegben hivatkozásként: (Magyar Vöröskereszt, 2006)
 - Kongresszusi kiadvány esetén, pl.:
 - Mónus, A. (1999). Sporttudomány és a XXI. század. 1-2. köt. Országos Sporttudományi Kongresszus, 3. Szövegben hivatkozásként: (Mónus, 1999)
 - **Folyóirat-közleményre:**
 - Folyamatos számozású folyóirat esetén, pl.:
 - Fehér, J. (1994). Antall József, az orvostörténész (1932-1993). *Orvosi Hetilap*, 135, 475-476. Szövegben hivatkozásként: (Fehér, 1994)
 - Füzetenként (évfolyamonként) újrakezdődő számozású folyóirat esetén, pl.:
 - Orbán, A., Hegyi R. (2011). A muszlim sztómaviselek ellátásának szempontjai. *Nővér*, 24(5), 33-39. Szövegben hivatkozásként: (Orbán & Hegyi, 2011)
 - Szerző nélküli újságickek esetén, pl.:
 - Poratkákat kutattak egymilliárdért. (2011. január 22). *Magyar Nemzet*, p. 1-2. Szövegben hivatkozásként: („Poratkákat kutattak”, 2011)
 - Eredeti forrásból származó abstract esetén, pl.:
 - Kicsi, D., Gadó, K., Tanczer, T., Domján, G. (2010). Wegener-granulomatosisban szenvedő betegek szemészeti elváltozásainak belgyógyászati vonatkozásai. *Magyar Belorvosi Archivum*, 63(S2):70 Szövegben hivatkozásként: (Kicsi, Gadó, Tanczer & Domján, 2010)
 - **Elektronikus forrásra:**
 - Online szótár esetén, pl.:
 - Infection. (2011). In *Sztaki szótár*. Megtalálva <http://www.szotar.sztaki.hu/index.hu.html>
 - Elektronikus folyóirat esetén, pl.:
 - Vasdev, G. M., Bacon, D., R. (2009). Rectal Analgesia for Labor and Delivery: An Historical Assessment. *Bulletin of Anesthesia History*, 27(3), 44-46. Retrieved from <http://internatlib.mcgill.ca/ejournals.htm> Szövegben hivatkozásként: (Vasdev & Bacon, 2009)
 - Adatbázisból keresés esetén, pl.:
 - Beyer-Westendorf, J., Werth, S., Halbritter, K., Weiss, N. (2010). Cancer in males and risk of venous thromboembolism. *Thrombosis Research*, 125, S155-S159. Retrieved from <http://sciencedirect.com> Szövegben hivatkozásként: (Beyer-Westendorf, Werth, Halbritter & Weiss, 2010)
 - Csak elektronikusan hozzáférhető elektronikus folyóirat esetén, pl.:
 - Öien, R., F. (2010. december). Negative Pressure Wound Therapy. *World Wide Wounds*. Hozzáférhető 2011. június 5. <http://www.worldwidewounds.com/2010/December/Oien/NPWT.html> Szövegben hivatkozásként: (Öien, 2010)
 - Web oldalról szerző nélkül, pl.:
 - Az iszlám 5 pillére. (2011). Hozzá-férhető 2011-08-09, <http://www.magyariszlam.hu/mikregi/5piller.html> Szövegben hivatkozásként: („Az iszlám 5”, 2011)

Hova küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa el a nover@meszk.hu címre.
 - Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is, melyben a szerző(k) nyilatkoznak az összeférhetetlenségről, a vizsgálat és a publikálás etikai megfelelőségéről, valamint tartalmazza a megjelenéshez szükséges hivatalos beleegyezést. Ennek két változata van (egyszerűsözött és többszerzős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható (www.meszk.hu NŐVÉR menü-pontjában).
- A beküldött kéziratral kapcsolatban tájékoztatást kérhet a nover@meszk.hu címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Wohlfarth Zita szerkesztőségi titkártól.

Mi történik a kézirattal?

- A formai követelményeknek nem megfelelő írást (tartalmi értékelés nélkül) visszaküldjük a szerzőnek átdolgozásra.
- A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek).
- A kéziratról a szakértők véleményének figyelembe vételével a Szerkesztőbizottság dönt az alábbiak szerint:
 - elfogadja közlésre,
 - javításokat, korrekciókat javasol, és ezek megtörténte esetén elfogadja közlésre,
 - a javítások, korrekciók után megismételi a bírálati eljárást,
 - nem fogadja el közlésre.
- Ismételt bírálat esetén, ha a véleményezést további szakértő végzi, akkor az elsőként bírói véleményét névtelenül kapja meg.
- A szerzőt a szerkesztőség értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.
- Az elfogadott cikk felhasználója a NŐVÉR című folyóirat lesz.
- A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintettek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

Szerkesztőségi és kiadói kitételek

- A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.
- A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrésztletet.
- A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

Szerzői jog és másolás

- Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.
- A megjelent anyagok – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.
- A cikket más lapban leközölni, ismételtelen megjelentetni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet („Megjelent a NŐVÉR ... év., ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.”)

FŐ TÉMÁK

- Amiért itt vagyunk (életpálya)
- Az otthoni és a kórházi ellátás kapcsolata
- Biztonságban ellátni és gyógyulni
- Kortörténeti kórtörténet (az ápolás fejlődése)
- Kötelezettségek, jogok, panaszok az ellátók és az ellátottak szemszögéből
- Mit tehetünk a jövő szakdolgozóira? (oktatás, képzés)

A rendezvény a szakdolgozók számára akkreditált (pontszerző) lesz.

TUDOMÁNYOS INFORMÁCIÓ

Csordás Adrienn

ápolási igazgató

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház

H-9024 Győr Vasvári Pál u. 2-4.

Telefon: +36 96 507 980

KONGRESSZUSI INFORMÁCIÓ

KIÁLLÍTÁS

Bagdi Károly

Mobil: +36 30 996 7091

E-mail: kbagdi@convention.hu

REGISZTRÁCIÓ

Horvát Renáta

Mobil: +36 1 323 2751

E-mail: rhorvat@convention.hu

Convention Budapest Kft.

H-1036 Budapest, Lajos u. 66. „A” lh., 4. em.

Fax: +36 1 299 0187

www.convention.hu

Minden kedves Kolléganőnek és Kollégának áldott, békés Ünnepet és sikeres új esztendőt kívánnak a szervezők!

www.convention.hu

XLVII.

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK ORSZÁGOS KONGRESSZUSA

2016. JÚNIUS 1-3.
ETO PARK HOTEL GYŐR



PETZ ALADÁR
MEGYEI OKTATÓ KÓRHÁZ
GYŐR

TOVÁBBI INFORMÁCIÓ,
ONLINE JELENTKEZÉS:
WWW.CONVENTION.HU



