

# A stroke-betegek ápolásának és rehabilitációjának egységes ápolási irányelvei

## Irányelvek alkalmazása az alapellátásban és az otthoni szakápolásban

Balogh Zoltán

Magyarországon – a fejlett államokhoz hasonlóan – a koszorúér-elzáródás, valamint a dagantos megbetegedések után a stroke és közvetlen szövődményei képezik a harmadik leggyakoribb halálokat. Évente 30-40 ezer új stroke (szélütés) fellépésére számíthatunk. A hazai stroke-betegek ápolásában eddig nem voltak egységesen kidolgozott, tudományos bizonyítékokon alapuló és elfogadott irányelvek.

A Magyar Ápolási Egyesület mint az ápolók legnagyobb szakmai szervezete az országos Tudor hálózat tagja. Az elmúlt két évben az egyesület a bizonyítékokon alapuló ápolás témakörében kizárólag ápolók számára szervezett egy-egy kurzust, amelynek eredményeként ötven ápolót képeztek tovább e témakörben.

A kiképzett ápolási szakemberek bevonásával indult el az irányelv-fejlesztési alprojekt; ennek keretében egy, a stroke-betegek ápolásának és rehabilitációjának bizonyítékokon alapuló irányelvét dolgoztuk ki.

A Magyar Ápolási Egyesület úttörő szerepet vállalt az evidenciákon alapuló ápolás hazai meghonosításában és elterjesztésében, valamint a mindennapos ápolási gyakorlatba való átültetésében. A program sikeres megvalósítása példa lehetne: a tapasztalatokat felhasználva fejleszhetővé és bevezethetővé válna más ápolási, ellátási területeken is. „Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve stroke-betegek ápolásához az ellátás különböző területein, különös tekintettel a betegek életminőségének meghatározó tényezőire” címen megjelent irányelv (Egészségügyi Közlöny 2002. május 23. 1344-1360. oldal) alkalmazása a betegek kórházi és otthoni ellátása során egyaránt csökkenthetik az esetlegesen fellépő (elsősorban a nem megfelelő ápolásból eredő) szövődményeket, ezáltal növelhetik az ellátás és az ápolás hatékonyságát, javíthatják a betegek (másodlagosan a hozzátartozók) életminőségét.

**stroke, ápolás, rehabilitáció, irányelv, bizonyítékokon alapuló orvoslás, pozícióterápia, hólyagkondicionálás**

### EVIDENCE BASED PRACTICE GUIDELINES FOR NURSING AND REHABILITATION OF STROKE PATIENTS

Stroke is a common problem, being the third most frequent cause of death in the United Kingdom and Hungary, accounting for about 20% of bed occupancy. It is also an important cause of morbidity and disability mainly for those aged over 65. As a result, stroke care constitutes as an important part of health services use. Home care services working in the field of stroke rehabilitation have not used a unified evidence-based approach and well-described professional principles and protocols. There was little cooperation between the teams working in the institutional rehabilitation and home care rehabilitation services. No agreed rehabilitation processes, and standardised scales and documentation, showing the change of quality of life, were in use. There were no quality indicators and efficiency measures of nursing and no provision of services either.

The Hungarian Nursing Association played a pioneering role in the introduction and dissemination of Evidence Based Nursing in Hungary and in adopting it into routine clinical practice. The successful implementation of the Association's project could be a good example for another field of care and nursing in Hungary and other countries in Europe. Our projects are supported by the Department For International Development (UK) in the framework of the TUDOR project. The Hungarian Nursing Association (HNA) developed a postgraduate training programme entitled "Evidence based nursing in practice". The participants were required to be members of the HNA, have a degree in the field of nursing (nurse teacher, degree nurse, nurse director). Members of the target group were all working in the field of stroke rehabilitation at hospitals or out-patient clinics and home nursing.

The Hungarian Nursing Association's professional group developed an evidence based practice guideline for rehabilitation of stroke patients, which was published in the Bulletin of the Ministry of Health (11/2002, 23rd May, 2002). These evidence-based stroke rehabilitation guidelines focused on bladder management, position therapy and patient information.

**stroke, nursing, rehabilitation, clinical guideline, evidence based medicine, position therapy, bladder management**

Balogh Zoltán (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar/Semmelweis University, College of Health Care; H-1325 Budapest Pf. 125. E-mail: baloghz@pmed.hiete.hu  
Érkezett: 2002. május 14. Elfogadva: 2002. szeptember 24.

**M**agyarországon évente 30-40 ezer új stroke-megbetegedésre lehet számítani. Feltehetően ma Magyarországon már hozzávetőleg 200 ezer, agyi eseményen átesett beteg él. Hazánkban – a fejlett államokhoz hasonlóan – a stroke és közvetlen szövődményei képezik a harmadik leggyakoribb halálókat, a koszorúér-elzáródás, valamint a daganatos megbetegedések után (1). Nagyon magas a mortalitás: a betegek 30%-a az akut szakban, tehát kettő–négy héten belül hal meg. 1997-ben stroke-esemény miatt a százezer főre jutó halálozás közel 152 fő volt. Különösen magasnak tekinthető a 65 év alattiak szélütés okozta halandósága: ez a férfiak esetében közel 4,5-szerese, nők esetében csaknem 3,5-szerese az EU-átlagnak (2, 3). A roncsoló agyvérzés vagy az agytrombózis okozta agykárosodás 30 napon belül mintegy 12–20%-ban, egy éven belül pedig 25–30%-ban vezet halálhoz. A szélütés bekövetkeztétől számított várható élettartam – valamennyi szélütéses beteget figyelembe véve – nem több két-három évnél (4, 5).

A stroke-betegek mintegy 60-70%-a nem a megfelelő profilú osztályra kerül. Itt az akut halálozás 4%-kal magasabb, mint a speciális osztályokon, ami évente több mint 500, elkerülhető akut halálozást jelent. Egy, a fővárosban és Pest megyében a tavalyi év folyamán végzett felmérésből megállapítható, hogy a betegek jelentős része még itt sem kerül rehabilitációs intézménybe (ez a budapestiek 12%-át, a Pest megyei betegek 45%-át jelenti).

Az agyi érbetegségek további következménye az összes eset mintegy 60%-ában megjelenő maradandó egészségkárosodás. Agyérbetegség következtében alakul ki a legtöbb, tartósan fennálló, az életminőség jelentős romlásával járó, hosszas egészségügyi ellátást igénylő mozgáskorlátozottság, beszédzavar, nyelésképtelenség, neuropszichiátriai deficitállapot és hangulat-zavar (6, 7).

A Nemzeti Stroke Program elindítása során főképp a terápiás eljárásokra fektettek fokozott hangsúlyt. Ezzel szemben a rehabilitáció és az ellátás alapvető fontosságú része, az ápolás nem kapott megfelelő szerepet. A stroke-betegek ellátásának egészségügyi kiadásai igen magasak, hiszen a diagnosztikus és terápiás (gyógyszeres) eljárások nagyon nagy költségigényűek. A komplex károsodás rehabilitációjának személyi költségei (neurológus, sebész, neuropszichológus, ápoló, gyógytornász, logopédus stb.) sem elhanyagolandók, bár ezek a kiadások az összes költségnek csupán töredékei. A stroke-ellátás problémáját először 1988-ban vették napirendre, majd 1992-ben a Nemzeti Stroke Program meghirdetésével vált széles körben ismertté.

## Az irányelv szükségessége

A kezdeményezés fő magyarázata, hogy az elmúlt évtizedekben fokozatosan emelkedett az agyérbetegségek gyakorisága. Ez az életkörülmények, az életszínvonal változásával, illetve a kockázati tényezők halmozódásával magyarázható. Hazánkban jellemző, hogy a megbe-

tegedés egyre fiatalabb korosztályt érint. A stroke következtében jön létre a fogyatékoság legösszetettebb formája: változó súlyosságú féloldali gyengeség, benuulás, beszédzavar, izomerő-csökkenés, spaszticitás, érzékelési és észlelési zavarok, látászavar, vizelet- és székletincontinencia, mentális regresszió. A betegség mindig az életminőség romlásával jár, a beteg sokszor igényel folyamatos ápolást, gondozást. Ezért összetársadalmi feladat a stroke megelőzése, a rizikófaktorok ellenőrzése és csökkentése, a már kialakult stroke heveny szakának korszerű kezelése és szakszerű ápolása, s az időben megkezdett rehabilitáció (1, 8, 9). Ez egybeesik az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium által kiadott Egészség Évtizede Johan Béla Népegészségügyi Program törekvésével is. A rehabilitációs folyamatban kulcsfontosságú szerep jut az ápolásnak, az ápolóknak: a beteg állapotának és a betegség szakaszának megfelelő testhelyzet kialakításában, a speciális fektetési és helyzetváltoztatási szabályok alkalmazása terén, valamint a vizeletincontinencia megszüntetésére,

### A KLINIKAI AUDIT KRITÉRIUMAI

#### *Struktúrákritérium*

##### Személyi feltételek:

- A rehabilitáció menetének és az ellátási és ápolási folyamat progressziójának koordinátoraként diplomás ápoló végzettségű szakember alkalmazása.
- A minimumrendeletben megfogalmazottaknak megfelelő számú ápoló (OKJ-s), illetve legalább felnőtt szakápoló végzettségűek alkalmazása a rehabilitációs feladatok végrehajtóiként.

##### Tárgyi feltételek:

- A mindennapi beavatkozásokhoz szükséges ápolási eszközök és anyagok, valamint az ellátáshoz szükséges ápolási segédeszközök, kényelmi eszközök: a kátéterezés eszközei, a vizelet felfogásához és gyűjtéséhez szükséges kellékek, speciális párnák, az ágyon belüli mobilizációt segítő görgetőhengerek, hevederek, betegemelők beszerzése.
- A speciális ápolási dokumentációs és egyéb, állapotfelmérő és -követő lapok folyamatos biztosítása.
- Betegtájékoztató kiadványok, szóróanyagok folyamatos biztosítása, laikusoknak szóló, otthoni betegápolást oktató videofilm kölcsönzésének lehetősége.

#### *Folyamatkritérium*

A stroke-betegek ápolásával foglalkozó szakemberek ismerjék a klinikai irányelvben megfogalmazottakat és legyenek elkötelezve iránta, a napi ellátás során a klinikai irányelvben megfogalmazottak szerint járjanak el.

#### *Eredménykritérium*

- A stroke-beteg ápolásánál a klinikai irányelv egységes használata révén a variabilitás csökkentése, egységes szemlélet kialakítása.
- A nem megfelelő ápolásból adódó szövődmények csökkenése.
- A betegek rehabilitálhatóságának fokozása.
- Az ápolás hatékonyságának növekedése, a betegek és hozzátartozóik életminőségének javulása.

a hólyagautomatizmusok visszaállítására alkalmazható hólyagmenedzsment biztosításában (4, 5).

Hazánkban jelenleg nem egységes a stroke-betegek ápolásának gyakorlata. Az ellátás különböző szinterein pedig nincs együttműködés, amely egy jól működő gondozóhálózat kiépülésének feltétele lenne. Nem megfelelően szervezett és sokszor kései a betegek otthoni ellátása és rehabilitációja. Sokszor a nem megfelelő tudás birtokában kezelik a betegeket. Hiányoznak a speciális ápolási és rehabilitációs módszerek, technikák és irányelvek ismerete. A megfelelően képzett szakembereknek viszont a nagyfokú leterheltség miatt nincsen idejük és módjuk a legújabb ápolási eljárások felkutatására (10).

Az ápolóképzés, különösen az érettségire épülő hároméves ápolóképzés, nem fektet elég nagy hangsúlyt a téma oktatására (korábban a középfokú, szakközép-iskolai ápolóképzésben is hasonló volt a helyzet). A stroke-betegek ápolásában, ellátásában hiányoznak az iránymutató ápolási standardok, egységes szakmai irányelvek. A stroke nemcsak a beteg számára, de a tartós ápolási igény miatt a család és a társadalom számára is az egyik legnagyobb anyagi, fizikai és lelki teher (11).

Az elmúlt évtizedben megkezdett egészségügyi reform egyik fő eredménye, hogy hazánkban mind szélesebb körben jelentek meg és működnek otthoni szakápolási szolgálatok, amelyek a kórházi kezelést kiváltó terápiás és rehabilitációs szakellátási feladatokat vállalták fel. E szolgálatok ellátási körébe tartozik a stroke-betegek kórházi kezelést követő ápolása és rehabilitációja is. Feladataikat a korábban megtanult ismeretek, bizonyos szakmai irányelvek, szokásrend, empirikus tapasztalatok és hagyományok alapján végzik. Kevés a kapcsolat az intézményi rehabilitációban és az otthoni rehabilitációban dolgozó munkacsoportok között.

Nem használnak olyan közös, a rehabilitációs folyamat (Barthel-index, FIM) és az életminőség változását mutató skálákat, dokumentációt (Norton-, Braden-skála), amely alapján megállapítható lenne az ápolás, ellátás hatékonysága. A stroke-betegek ápolásában, rehabilitációjában a területen tevékenykedő szolgálatok nem használnak egységes, tudományosan bizonyított és leírt szakmai irányelveket, protokollokat (12, 13).

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a bizonyítékokon alapuló egészségügy sikeres elterjesztéséhez elengedhetetlen, hogy az egészségügy valamennyi szereplőjét – a betegtől az egészségügyi szakemberek át, a politikai döntéshozón keresztül, egészen a finanszírozóig – bevonjuk, és gyakorlati példák segítségével ismertessük meg velük ezen új filozófia módszerét és alkalmazási lehetőségeit (14).

Mi a bizonyítékokon alapuló ellátás? Egy olyan szakmai eszmerendszer, amelynek révén az individuális betegellátással kapcsolatos döntéshozatal a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok tudatos, meghatáro-

#### A KLINIKAI IRÁNYELV KIDOLGOZÁSA ÉS BEVEZETÉSE ÁLTAL FELVETETT FELADATOK

A gyakorlatban bizonyítani kell az ápolás önálló, nem önálló vagy függő és független változóit, tudományos, randomizált vizsgálatokkal vagy más – a témában elfogadható, legmagasabb szintű – bizonyítékkal.

Nagyon fontos a hatékonyság mérése és az időtartam követése.

E filozófia követése segítheti, új alapokra helyezi az ápolók önbecsülésének és munkájának társadalmi elismertetését és ennek bizonyítását.

Sürgősen szükséges a kutatási témák koordinálása, korábbi vizsgálatok, tanulmányok eredményeinek megismerése és felhasználása; merjünk új területek, témák kutatásába kezdeni, akár közös orvosi-ápolási feladatok párhuzamos feltárásával.

Az ápolóképzésnek kulcsfontosságú a szerepe az ápolóvá válás folyamatának időszakában, mivel a folyamatos információszerzésre, azaz az élethosszig tartó tanulásra a hajlandóságot még a képző intézmény falai között kell kialakítani.

zott elvek szerinti, mérlegelő és körültekintő használatán alapul. A tényeken alapuló egészségügyi ellátás gyakorlata a szakmai tudást és tapasztalatot integrálja a szisztematikus elemzések alapján rendelkezésre álló legerősebb bizonyítékokkal. A bizonyíték (evidencia) az ápolási-orvosi gyakorlat és döntéshozatal számára szükséges megbízható információ. Jellemzői a validitás (azaz, mennyire áll közel az igazsághoz) és az alkalmazhatóság. Valamennyi ápolási tevékenységnek valamilyen tudományos bizonyítékon kell alapulnia. A tudományos bizonyítékok közül mindig a legjobb minőségűt kell választani. Ezek a döntések mindig a legjobb klinikai hatékonyságot kell, hogy hozzák. Mit is jelent ez? A rendelkezésre álló erőforrások felhasználásával a lehető legnagyobb egészségnyereség biztosítása, a legkisebb kockázattal és a legalacsonyabb áron (14).

A brit Department for International Development által támogatott Tudor (TUDományos ORvoslás) human erőforrás fejlesztési projekt célja olyan, a bizonyítékokon alapuló orvoslás és szakmapolitikai döntéshozatal gyakorlására képes szakemberek és munkacsoportok kialakítása, akik a bizonyítékokon alapuló egészségügy elveit és módszereit mindennapi munkájukban alkalmazva hozzájárulnak a magyar egészségügyi ellátás minőségének, hatékonyságának és eredményességének javulásához. A program hazai koordinálását a Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Kémiai Intézet tanszékvezetője, *prof. dr. Horváth Andrea* vállalta fel (15, 16).

A Magyar Ápolási Egyesület – *Mucha Márkné* elnök és *Balogh Zoltán* alelnök vezetésével – az országos Tudor hálózat tagja. Az egyesület 2001-ben és 2002-ben egy-egy alkalommal szervezett – kizárólag ápolók számára – bizonyítékokon alapuló ápolással kapcsolatos kurzust; a továbbképzés eredményeképpen ötven ápo-

Össztársadalmi feladat az időben megkezdett rehabilitáció, amelyben kulcsfontosságú szerep jut az ápolásnak.

A *Tudor program* két fő részből, egy oktatási és egy implementációs elemből áll. A program kialakítói úgy gondolták, hogy az a legjobb képzési módszer, ha a résztvevők az új ismereteket a gyakorlatban sajátítják el. Ezért a tudományos bizonyítékokon alapuló orvoslás elméleti és módszertani képzéséhez gyakorlati képzést nyújtó klinikai audit pilot projektek csatlakoztak. E programokban a résztvevők azt vizsgálták, hogy a bizonyítékok hogyan alkalmazhatók a gyakorlatban. Ezáltal a résztvevők bizonyos mértékig megtanulták a bizonyítékokon alapuló orvoslás módszertanát.

lót képeztünk tovább a bizonyítékokon alapuló orvoslás és ápolás témakörében. Ezen túl – az irányelv-fejlesztési alprojektben – kidolgoztuk a stroke-betegek ápolásának és rehabilitációjának egy, bizonyítékokon alapuló irányelvét (17).

## Elérhető eredmények

A hazai stroke-betegek ápolásában nincsenek egységesen kifejlesztett és elfogadott irányelvek. Így ennek az irányelvnek az alkalmazása a betegek kórházi és otthoni ellátása során egyaránt csökkentheti az esetlegesen fellépő (elsősorban a nem megfelelő ápolásból eredő) szövődményeket, ezáltal növelheti az ellátás és az ápolás hatékonyságát, javíthatja a betegek (másodlagosan a hozzátartozók) életminőségét (7, 18, 19).

A jelenlegi gyakorlat megváltoztatása valószínűleg nem ütközne ellenállásba. Szinte valamennyi egészségügyi szakember azon fáradozik, hogy a legjobb ellátást nyújtsa betegeinek. A rendszeres továbbképzéseken való részvétel, az irányadó módszertani összefüggések lehetőségét adnak e törekvések elérésére. A szisztematikus kutatás és a kritikus értékelés ismeretével könnyebben, rövidebb idő alatt találja meg a számára fontos információkat az ápolás és az ellátás területéről. A jól képzett ápolók az orvosokra és az egészségügyi ellátás színvonalára gyakorolt hatásukon keresztül rendkívül sokat tudnak majd tenni azért, hogy a bizonyítékokon alapuló orvoslást alkalmazzák a gyakorlatban (20).

## A szakmai irányelv kidolgozásának támogatói

A klinikai irányelv kifejlesztését a Tudor programon kívül az Egészségügyi Minisztérium Egészségpolitikai Főosztálya is kezdeményezte.

Az irányelv fejlesztésében a neurológia, a neurológiai rehabilitáció és az otthoni szakápolás szakterületének képviselői vettek részt. A fejlesztőcsoportot – a szakmai érdekképviselőt képviselő szakember mellett – az ápolóképzést, az akut neurológiai ellátást, az idősellátást, a neurológiai rehabilitációt, az otthoni szakápolást képviselő szakápolók és diplomás ápolók alkották. A fejlesztő munkacsoport multidiszcipliná-

## AZ ÁPOLÁSI ÉS REHABILITÁCIÓS IRÁNYELV LEGFONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSAI, AJÁNLÁSAI

### A) A hólyagirányítási programok fő elemei (1. ábra)

- A *folyadékforgalom szabályozása*. Az átlagos napi folyadékigény átlagos testsúlyú felnőtt esetén mintegy 2000-2500 ml. Ezt a mennyiséget programozottan kell elfogyasztania, például 1200-1300 ml-t napközben (7-15 óráig), 800-1000 ml-t késő délután és kora este (15-19 óra között), valamint 200 ml-t éjszaka (este 7 és reggel 7 óra között).
- A *vizeletürítési menetrend kialakítása*. Ez leggyakrabban abból áll, hogy ösztönzik a beteget, hogy pontosan kétóránként ürítse ki a hólyagját. Ez a rendkívül fontos ápolási rutintevékenység azonban csak akkor válhat igazán hatékonyá, ha a folyadékforgalom fent említett szabályozásával együtt hajtják végre.
- A *pozitív megerősítésen alapuló viselkedésmegközelítés, magatartás-terápia alkalmazása*. Ez számos úton fejtheti ki jótékony hatását: a kívánatos viselkedésforma megerősítése útján segít egy új magatartásmintát kialakítani; ösztönöz a szociális elismerés elnyerésére, s vizuális visszacsatolást szolgáltat. (Ajánlási fokozat: C, tanulmányok minősége: 3. szint) (18, 30-34)

### B) Fektetési szabályok alkalmazása a stroke-betegek ellátása során

- *Petyhüdt izomtónus esetén a beteget háton fekvő helyzetben – érintett oldali karját, vállövét alátámasztva – nyújtott könyökkel-csuklóval, felfelé néző tenyérrel és szintén nyújtott ujjakkal, párnán elhelyezve kell fektetni*. Az alsó végtagot 15-30 fokos szögben behajlítva támasszuk alá, a medence és a boka neutrális helyzetben tartása mellett.
- *Fokozott (spasticus) izomtónus esetén a beteget legelőnyösebb az egészséges oldalára fektetni*: a bénult felső végtagot a törzs előtt nyújtott helyzetben párnára kell helyezni. A bénult alsó végtagot az egészséges végtag előtt térben kissé behajlított állapotban, párnán kell tartani úgy, hogy ne haladjon keresztül a törzs képzeltbeli középvonalán.
- A stroke-beteg *ellátásának rehabilitációs szakaszában aktív támasztási formát* kell alkalmazni: a beteg saját izomerejének segítségével tartja meg az alsó és felső végtag helyzetét. Hanyatt fekvő helyzetben a talpak enyhe terpeszben állnak, a térdek egymással összefekszenek, a kéz tenyérrel fölfelé nézve a fej alatt van. (Ajánlási fokozat: C, tanulmányok minősége: 4. szint) (2, 10, 35-40)

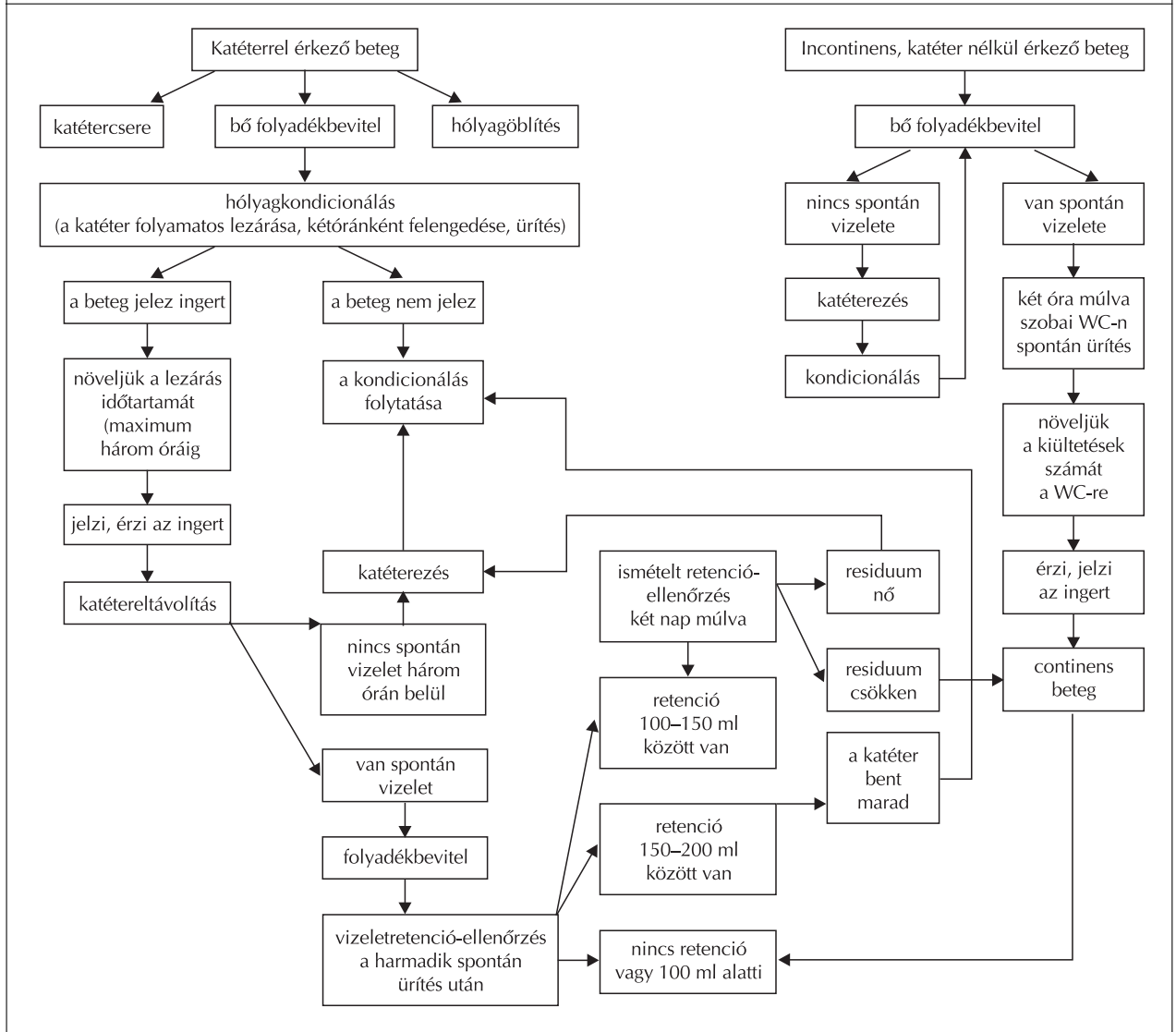
### C) Az ápoló – a beteg és a család bevonására irányuló – tevékenységei a stroke-betegek ellátása során

A korai rehabilitációhoz elengedhetetlenül szükséges a beteg és a hozzátartozók bevonása az ellátásba. Az ápolónak ebben a folyamatban a lelki vagy pszichés vezetéssel kívül tájékoztató, oktató, tanácsadó és ellenőrző feladatai vannak a beteg életvitelével, étkezésével, mozgásával, otthoni rehabilitációjával kapcsolatban. (Ajánlási fokozat: C, tanulmányok minősége: 2.-3. szint) (8, 10, 34, 41-45)

ritását hangsúlyozandó, a munkába bevontunk még stroke-betegek ellátásában közreműködő szakorvost, valamint gyógytornász kollégát is. A fejlesztő- és konzultációs csoport tagjai a neurológiai betegellátás és -rehabilitáció, az otthoni szakápolás, az ápolóképzés,

1. ÁBRA

A hólyagkondicionálás menete



valamint az ápolásirányítás és a szakmai érdekképviselet területén dolgoznak.

### Az irányelvfejlesztés folyamata

Az első lépésben multidiszciplináris (orvos, ápoló, gyógytornász) szakértői irányelvfejlesztő munkacsoportot és konzultációs munkacsoportot kell kialakítani; meg kell határozni a feladatokat, majd a kutatási stratégiát.

A kutatás, az irodalomkeresés során a stroke-betegség és -ellátás mind medikális, mind ápolási vonatkozásait próbáltuk megtalálni. Elsősorban az ápolást és az irányelv alapvető céljait magába foglaló releváns hazai és külföldi forrásokat kerestük. A szelekció kritériuma volt, hogy olyan forrásokat találjunk, amelyek az ápolás oldaláról közelítik meg és foglalják össze az eredményeket.

A rendelkezésre álló szakirodalom kritikus értékelésében az oxfordi CASP (Critical Appraisal Skills Programme) által kifejlesztett és a Tudor program segítségével adaptált kérdőívet használtuk fel (20).

A hazai irodalom áttekintése során azt tapasztaltuk, hogy elsősorban a *Nővér* újságban, valamint a *Rehabilitáció* folyóiratban megjelent – szakértői véleményeken, tapasztalatokon, esetleg kisebb kutatáson alapuló – publikációk állnak rendelkezésre.

A rendelkezésre álló nemzetközi adatbázisok áttekintése során elsősorban a CINAHL és a Medline adatbázisokban megtalálható források képezték a kutatás alapját.

Áttanulmányoztuk az evidenciákon alapuló ellátás legrangosabb adatbázisát, a Cochrane Library, Stroke Group: Topic list-et (21–25).

Áttekintettük a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar könyvtárában fellelhető egyéb írott irodalmat (szakkönyvek, tankönyvek, főiskolai jegyzetek) és más multimédiás anyagokat (például az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet által kifejlesztett, stroke-beteg-ellátást oktató CD-t).

Felhasználtuk, illetve részben adaptáltuk – fejlesztő és konzultációs munkacsoport konszenzusán alapuló – hazai szakmai gyakorlatba a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 24. számú irányelvet (Rehabilitation, Prevention and Management of Complication, and Discharge Planning). Azért ezt a nemzetközi irányelvet választottuk, mert a brit stroke-betegek ellátását a szakirodalom – európai vonatkozásban is – mindig kiemelendő és követendő példaként említi. A Magyar Ápolási Egyesület által szervezett, *Bizonyítékokon alapuló ápolás a gyakorlatban* című továbbképzésen Alison Tierney skót vendégprofesszor asszony e nemzeti klinikai irányelvvel ismertette meg az ápolási szakma hazai képviselőit, köztük a fejlesztő és konzultációs munkacsoport több tagját (26, 27).

A fejlesztő- és konzultációs csoport tagjai folyamatos kapcsolatot tartottak fenn, rendszeres konzultációkon, megbeszéléseken egyeztettek az irányelvfejlesztéshez felhasználható források és anyagok eredményeit, véleményezték a fejlesztőmunka különböző fázisaiban elkészített tervezeteket. A fejlesztés folyamán szintén szoros kapcsolatban álltunk más szakmacsoportok (orvos, gyógytornász, menedzser) képviselőivel; mint külső véleményformálókat, rendszeresen meghívtuk őket megbeszéléseinkre. A munkacsoport tagjai a fejlesztőmunka bizonyos feladatait önállóan végezték el, ezt követően – a csapat többi tagjának véleményét figyelembe véve – a megbeszélések és informális találkozások keretében előre meghatározott algoritmus alapján dolgozták fel az anyagot (28). Ugyanennek a munkacsoportnak a tagjai fontos szerepet töltek be a kidolgozott anyag terjesztésében és alkalmazásában is, hiszen rajtuk keresztül jutott el a fejlesztés alatt álló és már kidolgozott irányelv a neurológiai ellátás különböző területén dolgozó hazai szakemberekhez, akik szintén részt vettek az említett továbbképzésen.

A tudományos eredmények és vélemények hierarchiája a SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2000)] ajánlása alapján készült el (1. táblázat).

A fejlesztő munkacsoport tagjainak egybehangzó véleménye alapján olyan ápolási témaköröket választottunk kidolgozásra, amelyekkel hozzájárulhatunk a neurológiai ellátás és a neurológiai rehabilitáció terüle-

tén dolgozó ápolási és más szakemberek munkájának pontosabb és szakszerűbb végzéséhez. A továbbképzés és a pilot (próba) projekt eredményeképpen kifejlesztett és alkalmazott ápolási és ellátási irányelveket, evidenciákat egy képzési könyv formájában szeretnénk megjelentetni, amely az otthonápolásban dolgozó ápolási szakemberek munkájának alapját képezheti. Törekvéseinket az Egészségügyi Minisztérium is támogatta, így az általunk kifejlesztett irányelv a minisztérium hivatalos lapjában is megjelent (Egészségügyi Közlöny 2002. május 23.).

## Összegzés

A Magyar Ápolási Egyesület úttörő szerepet vállalt az evidenciákon alapuló ápolás hazai meghonosításában és elterjesztésében, a mindennapos ápolási gyakorlatba való átültetésében. A program sikeres megvalósítása példaként szolgálhat: a tapasztalatokat felhasználva fejleszhetővé és bevezethetővé válna más ápolási, ellátási területekre is. Így a projekt másik eredményeként – a Magyar Ápolási Egyesület országos hálózatát kihasználva – kaszkád továbbképzési hullámot indítanánk el az otthonápolásban, az alapellátásban, illetve intézményi keretek között dolgozó szakembereknek, az evidenciákon alapuló ápolás elméletéről és gyakorlati alkalmazásáról (17, 29).

A hazai stroke-betegek ápolásában nem voltak egységesen kifejlesztett, tudományos bizonyítékokon alapuló és elfogadott irányelvek. Így „Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve stroke-betegek ápolásához az ellátás különböző területein, különös tekintettel a betegek életminőségének meghatározó tényezőire” címen megjelent irányelv (Egészségügyi Közlöny 2002. május 23. 1344–1360. oldal) alkalmazása a betegek kórházi és otthoni ellátása során egyaránt csökkentheti az esetlegesen fellépő (elsősorban a nem megfelelő ápolásból eredő) szövődményeket, ezáltal növelheti az ellátás és az ápolás hatékonyságát, javíthatja a betegek (másodlagosan a hozzátartozók) életminőségét.

Az irányelv alkalmazása a betegek kórházi és otthoni ellátása során csökkentheti a szövődményeket, javíthatja az életminőséget.

## 1. TÁBLÁZAT

### *Az ajánlások hierarchiája*

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A</b> Az eredmények metaanalízisből, rendezett irodalmi áttekintésből származnak, vagy legalább egy jól tervezett, jól kivitelezett, randomizált, kontrollcsoportos vizsgálat ajánlata, ahol minimális az esélye a rendszerezett hibának (Ia és Ib).</p> <p><b>B</b> Kohorsz és eset-kontroll vizsgálatok rendezett irodalmi áttekintéséből származnak (IIa), és Ia- vagy Ib-eredmények extrapolálása.</p> <p><b>C</b> Legalább egy jól tervezett, jól kivitelezett, de nem randomizált kontrollcsoportos vizsgálat ajánlata (IIb, IIc).</p> <p><b>D</b> Az eredmények jól tervezett, de nem kísérleti tanulmányokból származnak (III), vagy az ajánlat a szakmai kollégium vagy kutatócsoport, vagy a szakterület vezető egyéniségeinek véleményén alapul. A vélemény jól dokumentált formában rendelkezésre áll, és bizonyítottan nem lelhető fel a szakirodalomban a kérdésekre vonatkozó jól tervezett és kivitelezett kutatási eredmény (IV).</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium a kidolgozott irányelv bevezethetőségét az ország három különböző területén végzett vizsgálattal kívánja alátámasztani. Az adatgyűjtésbe Pest, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Veszprém megyében a stroke-betegek ellátásával foglalkozó részlegeket, osztályokat, intézeteket, otthoni szakápolási szolgálatokat vonják be, a megyei ÁNTSZ-ek vezető ápolási szakembereinek segít-

ségével. Az ápolási irányelv bevezetését folyamatosan értékelni kell. A klinikai audit munkacsoport a kifejlesztett ápolási irányelv alkalmazását azért kívánja vizsgálni, hogy a neurológiai ellátás és rehabilitációban dolgozó ápolási, illetve más szakemberek munkája mind pontosabb, szakszerűbb legyen, mérhetővé tegyék az ápolás által nyújtott tevékenység hatását a beteg állapotára és életminőségére.

## IRODALOM

- Halmos B. A rehabilitáció lehetőségei és korlátai stroke-ban. *Kórház* 2000;7(8):21-3.
- Totta M, Beneck S. Shoulder dysfunction in stroke hemiplegia. *Phys Med Rehab Clin North Am* 1991;2:627-41.
- Katona F, Sieglér J (szerk). Orvosi rehabilitáció. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.; 1999.
- Halmos B. Hemiplégias betegek rehabilitációja. *Rehabilitáció* 1993;3(4):163-6.
- Halmos B. Hemiplégias betegek rehabilitációja II. *Rehabilitáció* 1994;4(1):230-7.
- Needham JF Gerontológiai ápolás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.; 1998.
- Sandin KJ, Mason KD. Manual of Stroke Rehabilitation. USA: Butterworth-Heinemann; 1996.
- Gibbon B, Litte V. Improving stroke care through action research. *Journal of Clinical Nursing* 1995;4(2):93-100.
- Szél I. Agyi vérkeringési inzultuson átesett betegek rehabilitációjának lehetőségei. *Kórház* 2000;7(1):20-2.
- Balogh Z. A hemiparetikus betegek ápolása és rehabilitációja az otthoni ellátásban. *Nővér* 1995;8(6):5-11.
- Tuboly K. Stroke-betegek ápolási terve. *Nővér* 2001;14(1):3-6.
- Kyriazis M. Újabb fejlemények a stroke-betegek kezelése terén. *Nővér* 1995;8(3):48-9.
- Myco F Nursing care of the Hemiplegic patient. London: Harper & Row; 1983.
- Horvát A, Mikó T. Bizonyítékokon alapuló egészségügy. Az egészségnyereség irányítójá. *Egészségügyi Menedzsment* 2001;3(1):32-3.
- Horvát A, Mikó T. TUDOR a bizonyítékokon alapuló egészségügy terjesztésében. *Egészségügyi Menedzsment* 2001;3(2):32-3.
- Horváth A. Megjelentek az első lenyomatok a kövön. Idén zárul a TUDOR program harmadik, egyben utolsó fázisa. *Egészségügyi Menedzsment* 2002;4(1):32-4.
- Balogh Z, Papp K. Bizonyítékon alapuló ápolás a gyakorlatban. Beszámoló a TUDOR programról. *Ápolásügy* 2001;14(2):7-8.
- Barer D. Continence after stroke. *Age Ageing* 1989;18:183-91.
- Barrett J. Principles of stroke rehabilitation. *Nursing the Elderly* 1992;4(5):18-21.
- Mucsi I, Novák M. Bizonyítékokon alapuló orvoslás – a szakirodalom kritikus értékelése. *Gyógyszerészet* 2000;44(10):594-602.
- Cochrane Library, Stroke Group. Topic list (Revised January 2001). *Spasticity*: Interventions for the management of spasticity after stroke.
- Cochrane Library, Stroke Group. Topic list (Revised January 2001). *Immobility*: Training in moving and handling. Ankle-foot orthoses for foot positioning in stroke.
- Cochrane Library, Stroke Group. Topic list (Revised January 2001). *Nursing therapy*: Involvement of nurses in rehabilitation for stroke.
- Cochrane Library, Stroke Group. Topic list (Revised January 2001). *Specialist nursing after stroke*. Counselling for stroke patients and carers.
- Cochrane Library, Stroke Group. Topic list (Revised January 2001). *Incontinence*: Continence management after stroke.
- Management of Patient with Stroke. Assessment, Investigation, Immediate Management and Secondary Prevention, SIGN. 1997. május; 13. szám.
- Management of Patient with Stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complication and Discharge Planning, SIGN. 1998. április; 24. szám.
- Preston KM. A team approach to rehabilitation. *Home Health care Nurse* 1990;8(1):2-23.
- Booth B. Felkészült ápolók oktassák a betegeknek a „stroke”-ot. *Nővér* 1995;8(1):36-8.
- Sedarat SM, Hecht JS. Urologic problems after stroke. *Stroke Clin Update* 1993;4:17-23.
- Borris MJ, Campbell AJ, Caradoc-Davis TH, et al. Urinary incontinence after stroke: A prospective study. *Age Ageing* 1986;15:177-81.
- Currie CT. Urinary incontinence after stroke. *BMJ* 1986;293:1322-3.
- Grispun D. Hólyagmenedzsment fejsérülést elszenvedett felnőttek esetében. *Nővér* 1996;9(2):44-5.
- McLean J, Hall R, Mayer P. Service needs of stroke survivors and their informal carers: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 1991;18(16):559-64.
- Braus DF, Krauss JK, Strobel J. The shoulder hand syndrome after stroke: a prospective clinical trial. *Ann Neurol* 1994;36:728-33.
- Davis SW, Petrillo CR, Eichberg RD, et al. Shoulder-hand syndrome in hemiplegic population: A 5 year retrospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 1977;58:353-6.
- Gibbon B. Stroke care and rehabilitation. *Nursing Standard* 1995;9(43):31-7.
- Makovicsné LE. A testhelyzetek terápiás célú alkalmazásának lehetőségei a hemiplégias beteg vállfájdalmának megelőzésében. *Mozgásterápia* 1994;3(3):6-7.
- Smith ME, Garraway WM, Mith DL, Akhtar AJ. Therapy impact on functional outcome in a controlled trial of stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1986;67:319-21.
- Wade DT, Collen FM, Robb GF, Warlow CP. Physiotherapy intervention late after stroke and mobility. *BMJ* 1992;304:609-13.
- Evans RL, et al. Poststroke family function: an evaluation of family' role in rehabilitation. *Rehabilitation Nursing* 1992;17(3):127-33.
- Grenville J, Lyne P. Patient-centred evaluation and rehabilitative care. *Journal of Advanced Nursing* 1995;22(5):965-72.
- Murray SK, Garraway WM, Akhtar AJ, Prescott RJ. Communication between home and hospital in the management of acute stroke in the elderly: results from controlled trial. *Health Bull* 1982;40:214-9.
- Pound P, Gompertz P, Ebrahim S. Patients' satisfaction with stroke services. *Clin Rehab* 1994;8:7-17.
- Richardson E. Family support services for stroke patients. *Professional Nurse* 1996;12(2)