

N Ő V É R

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2005. február, 18. évfolyam 2. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY	
Határon innen és túl...	3
<i>Piczil Márta, Dr. Kasza Bálint, Markovic Marija, Dr. Pikó Bettina</i>	
MINŐSÉGÜGY	
Projektterv egy ápolási protokoll felülvizsgálatára	11
<i>Szijjártó Éva</i>	
MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA	
Az egészségügyi dolgozók fizikai egészségéért...	21
<i>Járomi Melinda, Betlehem József</i>	
EREDETI KÖZLEMÉNY	
Új rizikófaktor: a homocystein	25
<i>Hanyeczné Blidár Tünde</i>	
AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA	
A féloldali tüdőeltávolítás műtéten átesett betegek ápolása	31
<i>Sági Teodóra</i>	
Fotópályázat	38
NÉVJEGY	
<i>Magyar Ápolástudományi Társaság</i>	42

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

K Ü L D E T É S - N Y I L A T K O Z A T

A Nővér folyóirat az ápolás független szakmai orgánuma. Célja, hogy tudományos igényvel készített írások megjelentetésével a tevékenységét is elősegítse. A Nővér a folyamatos önképzés támogatásával hozzájárul a hatékonyabb betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelően a képzés továbbképzéséhez.

Kiadja: az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet – ESKI. **Felelős kiadó:** Dr. Kincses Gyula. **Terjeszti:** ESKI, 1088 Budapest, Szentkirályi u. 21. (1444 Budapest 5. Pf. 278.) Telefon: 338-4133 Fax: 266-9710. **Borító:** Prospektus Nyomda. **Nyomdai munka:** ESKI Sokszorosító üzeme. **Borítóterv, műszaki szerkesztés:** Szórá Erika, ISSN szám: 0864-7003

A címlapfotó (Magyar Ápolási Egyesület) a 2004-es Ápolók Nemzetközi Napja rendezvényen készült. A képen Jakobovits Ferencné, ápolási igazgató (Albert Schweitzer Kórház, Hatvan) és munkatársai láthatók. Az ápolási igazgató Miniszteri Díszklevél elismerésben részesült.

N Ő V É R

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

with the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 18. No.2. April 2005

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

Home and away... 3

Piczil, M., Kasza, B. MD, Markovic, M., Pikó, B. MD

QUALITY ASSURANCE

Project plan for the review of a nursing protocol 11

Szjjártó, É.

HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

Protecting the physical health of healthcare workers... 21

Járomi, M., Betlehem J.

ORIGINAL CONTRIBUTION

New risk factor homocysteine 25

Hanyecz, T.

PRACTICAL NURSING

The nursing of post-pulmonectomy patients 31

Sági, T.

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Betlehem József

főiskolai docens

Kárpáti Zoltán

ápolási igazgató

Szloboda Imréné

ápolási igazgató

Tóth Ibolya

osztályvezető

Dr. Zékányné Rimár Ilona

ápolásfejlesztési és oktatási osztályvezető

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes *oktatási menedzser*

Markusovszky Kórház, Szombathely

Boldogné Csurik Magdolna *osztályvezető**Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest*Dr. Boncz Imre *főosztályvezető, Országos Egészségbiztosítási**Pénztár, Szakpolitikai és Koordináló Főosztály, Budapest*

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

*a NŐVÉR főszerkesztője 1994-2004.*Dr. Helembai Kornélia *tanszékvezető főiskolai tanár**SZOTE Főiskolai Kar, Ápolási Tanszék, Szeged*Dr. Kapronczay Károly *ügyvezető főigazgató**Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Budapest*Somogyvári Zoltánné *fekvőbetegellátási alelnök**Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Országos Szervezet*Sövényi Ferencné *szaktanácsadó**Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest*Vizvári László *főigazgató**Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest*Dr. Zrínyi Miklós *tudományos munkatárs**Ápolás és Szülésznőség Szervezeti Egység**Egészségügyi Humán erőforrás-tervezési Osztály**Egészségügyi Világszervezet, Genf, Svájc*

Nővér - A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the National Institute for Strategic Health Research in Hungarian with English summaries. This journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing and Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 278., H-1444 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: National Institute for Strategic Health Research - Attn. Ms. Ilona Borbás. Phone/Fax (36-1) 266-0404.



Határon innen és túl...

Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei

Piczil Márta

szociológus, főiskolai adjunktus, Szegedi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar

Dr. Kasza Bálint

orvos, Háziorvosi Szolgálat, Szabadka

Markovic Marija

egyetemi hallgató, Szegedi Tudományegyetem, Szociológia Tanszék

Dr. Pikó Bettina

orvos, szociológus, Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Csoport

Összefoglaló

A vizsgálat célja: feltérképezni és összehasonlítani a szegedi és szabadkai nővérek pályorientációs stratégiáit, az egészségügyben végzett munka legfőbb – pozitív és negatív – jellemzőit, az egészségi állapot megítélését, és a munkával kapcsolatos elégedettség, illetve elégedetlenség mértékét.

Vizsgálati módszerek és minta: A vizsgálatban szegedi és szabadkai egészségügyi dolgozók vettek részt. Az önkitöltős kérdőívet 201 magyar és 253 újvidéki válaszadó töltötte ki.

Eredmények: Annak ellenére, hogy a vizsgálatban résztvevő ápolókat egy országhatár választja el egymástól, véleményük hivatásukról nagymértékben egyező. Az anyagi megbecsültség alacsony foka, a túlterheltség, a stressz, az ágazatot jellemző hiányállapotok sokukban érlelik a pálya elhagyásának gondolatát.

Következtetések: Az eredmények ismeretében egyre sürgetőbbé válnak azok a reformok, melyek az ágazatban dolgozók egzisztenciális problémáit orvosolnák. Ezzel egy időben fontos a pálya presztízsének helyreállítása is, ennek hiányában nagy valószínűséggel még több pályaelhagyóval kell számolni, esetleg azok között az egészségügyi dolgozók között is, akiket ma még motivál a segítés és a gyógyítás folyamatában való részvétel vágya.

Bevezetés

Az egészségüggyel kapcsolatos események évek óta az érdeklődés középpontjában állnak. Sajnálatos módon egyre több az olyan híradás, mely az ágazatban dolgozók figyelemfelkeltő munkabeszüntetéseiről, elkeseredett küzdelmük nyilvánosság elé tárásáról szól. A problémák nem új keletűek, évtizedek óta kumulálódnak, megoldásra várnak.

Az régóta ismeretes, hogy az egészségügyben dolgozók pályaválasztását motiválja a beteg emberekkel való törődés igénye, a rászorulókon segítség vágya (Szentgyörgyi, 2000; Temesváry és mtsai, 1996). Ez a késztetés gyakran olyan erővel bír, hogy az ágazatban nagy számban fellelhető negatívumokat is feledtetni tudja. Azt ugyanis kutatások sora bizonyította, hogy az egészségügyben mindennaposak azok a nehézségek, melyek fokozhatják a dolgozók

elégedetlenségét. A három műszakos munkarend, a működési és szervezési bizonytalanságok, a létszám- és eszközhiány, a dolgozók közötti nézeteltérések, az olykor megalázó helyzeteket produkáló merev hierarchia gyakran vezetnek elégedetlenséghez, a problémák megoldatlansága esetén pedig a pályaelhagyás gondolatának érlelődéséhez (Pikó és Piczil, 1998; Pikó és Piczil, 2000; Sasváriné, 2001).

Tovább fokozhatja az elégedetlenséget az, hogy az ápolói hivatás presztízse, az egészségügyben végzett munka megítélése társadalmunkban nem igazán kedvező (Pikó, 1999).

A dolgozók azonosítják a stresszorokat, azonban nem minden esetben találják meg a munkahelyi feszültségek levezetésének adekvát módozatait (Fekete, 1991; Terry et al., 1992, Pálfi, 2002). Az egészségkárosító magatartások halmozott előfordulása vezethet ahhoz, hogy az egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotuk megítélését tekintve nem túl optimisták (Renata T. et al., 1982; Pikó, 1999; Pikó, 2001).

A válságjelenségek és az ápolással kapcsolatos problémák más országokban sem ismeretlenek (Traynor, 1995; Walters et al., 1997).

Nagy valószínűséggel ez a tény azzal áll összefüggésben, hogy olyan hivatással van dolgunk, melynek esetében a megbecsültség sem anyagi, sem erkölcsi értelemben nem áll arányban a nagyfokú megterheléssel. Így van ez a határon túli, magyarlakta területeken is, az ápolószemélyzet ugyanazokkal a problémákkal szembesül, mint az anyaország egészségügyi dolgozói.

A változást előidéző reformokat nem sokáig lehet halogatni. Olyan tevékenységet végző csoportról van szó, melynek munkája nélkülözhetetlen a társadalom tagjai számára (Szánthó és Solymosi 2000; Bugovics és Pilt, 2002). Nem mindegy azonban, hogy az ápolás folyamatában részt vevő nővérek milyen körülmények között, milyen pszichés és szomatikus állapotban, mennyi megbecsültséget élvezve végzik áldozatos munkájukat.

A vizsgálat célja

Kutatásunk célja annak feltérképezése, hogy a Szegeden és a Vajdaságban, Szabadkán élő ápolók hogyan ítélik meg munkájuk főbb jellemzőit, hogyan vélekednek hivatásukról, illetve ennek a minősítésnek a függvényében milyen jövőképpel bírnak.

A vizsgálat során a következő kérdésekre kerestünk választ:

- milyen tényezők motiválták a megkérdezettek pályaválasztását,
- hogyan vélekednek hivatásuk főbb jellemzőiről,
- felmerült-e bennük a pályaelhagyás gondolata,
- a jobb megélhetés érdekében kell-e munkaidőn túli munkatevékenységet végezniük,
- milyenek ítélik egészségi állapotukat,
- összegezve tapasztalataikat, mennyire elégedettek jelen helyzetükkel.

Minta és módszerek

Az adatgyűjtést Szeged és Szabadka kórházaiban végeztük, önkéntes kérdőív segítségével. Kérdéseinkre 201 szegedi, és 253 szabadkai egészségügyi dolgozó adott választ.

A szegedi válaszadók esetében az átlagéletkor 33,1 év, az egészségügyben töltött évek átlaga 15,2 év.

A szabadkai megkérdezettek átlagéletkora 29,1 év, az egészségügyben átlag 10,0 éve tevékenykednek.

Eredmények

A pályaválasztást motiváló tényezőket vizsgálva leghangsúlyosabb az emberekkel való foglalkozás, a betegeknek segítség vágya. (1. táblázat) A szegedi nővérek 64,6%-a vélte úgy, hogy azért választotta az ápolói hivatást, mert szeret emberekkel foglalkozni, míg a szabadkai nővérek 78,7%-a fordult ilyen indíttatásból az egészségügy felé.

Többen szülők, ismerősök tanácsának enge-

1. táblázat: A pályaválasztást motiváló tényezők (n=454)

	SZEGEDI NŐVÉREK	SZABADKAI NŐVÉREK
a családban már hagyománya van	10,1%	5,9%
szülők, ismerősök tanácsára	22,7%	22,5%
szerelem emberekkel foglalkozni	64,6%	78,7%
nem tudott máshol továbbtanulni	7,1%	9,9%
nem volt más munkalehetőség	7,1%	3,2%
egyéb ok miatt	10,6%	7,9%

Megjegyzés: több választ is meg lehetett jelölni

delmeskedve léptek erre a pályára, ez esetben a szegedi és a határon túli dolgozók között alig van különbség (22,7%, ill. 22,5%).

A magyar ápolók között többen vannak, akik családi hagyományt követve kezdték el tanulmányaikat egészségügyi orientációjú középiskolában (10,1%), úgy tűnik ez a tendencia a vajdasági egészségügyi dolgozók esetében nem olyan markáns (5,9%).

Vannak néhányan, akiknek választását nem túl jó tanulmányi eredményük befolyásolta, ők azért váltak egészségügyi dolgozóvá, mert máshol nem tudtak továbbtanulni. Ez a tény határozta meg a szegedi nővérek 7,1%-ának életútját, míg a vajdasági válaszadók 9,9%-át jellemezte.

Nem volt más munkalehetőség a szegedi válaszadók 7,1%-a szerint, míg a szabadkai válaszadók 3,2%-a vélekedett így.

A választott munkaterületen való tevékenységet nagymértékben meghatározza az, hogy a dolgozó miként vélekedik szakmájáról, mit tart hivatása negatív, illetve pozitív jellemzőinek. (2. táblázat)

A pozitívumok oldalán mindkét részről a leginkább fontosnak tartott tényező az emberekkel való foglalkozás, a gyógyítás, a segítség lehetősége. A magyar nővérek emellett kiemelték, hogy a kreativitás és a munka változatossága az, ami a hivatással együtt járó kellemes élmény.

A szabadkai válaszadók fontosnak tartották megemlíteni a humánus és a szakértelemmel végzett munka tényezőjét akkor, amikor a szakma pozitívumainak felsorolására kértük a válaszadókat.

A negatívumok esetében szintén egyetértés uralkodott a két ország ápolói között.

2. táblázat: A szakma pozitív, illetve negatív jellemzőinek megítélése (n=454)

	SZEGEDI NŐVÉREK	SZABADKAI NŐVÉREK
pozitívumok	emberekkel való foglalkozás	embereken, betegeken segítség lehetősége
	gyógyítás	humánus
	segítés	szakértelemmel végzett munka
	kreativitás	
	változatosság	
negatívumok	alacsony bérek	alacsony bérek
	megbecsülés hiánya	megbecsülés hiánya
	eszközhány	fertőzés lehetősége
	létszámhány	nagyfokú stressz
	több műszak okozta nehézségek	

3. táblázat: Jelen hivatás feladásának szándéka és motivációi (n=454)

SZEGEDI NŐVÉREK	SZABADKAI NŐVÉREK
igen, gondolkodik: 55,1%	igen, gondolkodik: 56,1%
indokok:	indokok:
alacsonyok a bérek,	alacsonyok a bérek,
hiányzik a megbecsülés,	hiányzik a megbecsülés,
kilátástalan a jövő,	fárasztó a munka,
tanulni szeretnének	nincs motiváció

Figyelemre méltó tény, hogy az alacsony bérek és a megbecsülés hiánya az, ami mindkét helyen a legnagyobb elégedetlenségre ad okot.

A szegedi ápolók esetében említést érdemel az eszközhiány, a létszámhiány és a több műszak okozta nehézség is.

A szabadkai ápolók a fertőzés lehetőségét és a munkavégzés közben átélt nagyfokú stresszt említették még a szakma negatívumai között.

A hivatással együtt járó negatív és pozitív tényezők egymásra hatása nagyban befolyásolhatja azt az elhatározást, hogy az egészségügyben dolgozók elhagyják jelenlegi munkahelyüket, és más területen, más szférában próbálnak szerencsét. (3. táblázat)

Érdekes jelenség, hogy mind a magyar, mind a szabadkai válaszadók szinte hasonló arányban válaszoltak igennel arra a kérdésre, hogy gondolkodtak-e már egy más munkahelyen való munkavégzés lehetőségén (55,1%, ill. 56,1%).

Mindkét esetben a változtatás mellett szóló érvek sorában első helyen szerepel az alacsony bér és a megbecsülés hiánya. A magyar egészségügyi

dolgozók ezen kívül fontosnak tartották megemlíteni a jövő kilátástalanságát, illetve azt a vágyat, hogy még tanulni szeretnének, képezni, továbbképezni magukat.

Újvidéken élő pályatársaik fárasztónak találják a munkát, és úgy érzik nincs motiváció, amely mozgassa őket.

Azokat, akik nem akarnak változtatni, többnyire életkoruk tartja a pályán, illetve az az érzés, hogy ez a tanult hivatásuk, ehhez értenek, nem szívesen változtatnának már. (4. táblázat)

A szegedi ápolók körében uralkodik egyfajta optimizmus, amely arra sarkallja őket, hogy bízzanak a jövőben, mert a magyar egészségügyben talán hamarosan jelentős változások következnek be. Határon túli társaikat a munka szeretete mellett az a kényszerítő körülmény is a pályán tartja, hogy nincs más lehetőségük az elhelyezkedésre.

Azok, akik változtatnának, mindenképpen a több fizetés reményében tennék. A szegedi válaszadók a banki szférát, a gyerekekkel való foglalatosságot és a kereskedelmi tevékenységet

4. táblázat: A pályán maradás indokai (n=454)

SZEGEDI NŐVÉREK	SZABADKAI NŐVÉREK
nem akar változtatni: 44,9%	nem akar változtatni: 43,9%
indokok:	indokok:
már idős a változtatáshoz,	már idős a változtatáshoz,
ez a hivatása,	ehhez ért, ezt választotta,
optimista, bízik a változásokban	szereti a munkáját,
	nincs más lehetőség

5. táblázat: Szívesen végzendő munkatevékenység, pályaelhagyás esetén (n=454)

SZEGEDI NŐVÉREK	SZABADKAI NŐVÉREK
ahol több a fizetés	ami jobban fizet
banki szféra	gyerekekkel foglalkozás
gyerekekkel foglalkozás	fodrászat, kozmetika
kereskedelmi tevékenység	kereskedelmi tevékenység

választanák szívesen, míg szabadkai társaik hasonlóképpen gyermekekkel foglalkoznának, esetleg a szépségiparban helyezkednének el, illetve kereskedelmi tevékenységet végeznének. (5. táblázat)

Miután az anyagi megbecsülés hiányát, a kevés fizetést mindkét csoport tagjai említették, ezért adott a kérdés: bevételeik növelése érdekében végeznek-e más munkát a megkérdezettek? (6. táblázat)

A szegedi ápolók 9,2%-a munkaidőn túl, de a szakmában tevékenykedik a jövedelem kiegészítése céljából, míg 31,6%-uk egyéb tevékenységgel jut a munkabéren túl jövedelemhez.

A szabadkai válaszadók 9,1 %-a szakmabeli munkával jut többlet jövedelemhez, míg 22,9%-uk más jellegű munkával.

Mind a munkahelyen végzett tevékenység, mind a munkaidőn túl végzett munka rányomhatja bélyegét az egészségi állapot milyenségére. (7. táblázat) A szegedi ápolók 9,1%-a véli úgy, hogy egészségi állapota kiváló, ugyanezt a szabadkai válaszadók 20,6%-a jelezte. Jónak minősítette egészségét a szegedi dolgozók 46,2%-a, míg a szabadkaiak 49,4%-a.

Az elfogadható tartományba sorolta magát egészségét illetően magyar ápolók 36,5%-a, az újvidékiek 25,7%-a. A hasonló korúakkal összevetve rossznak ítéli egészségét a magyar válaszadók 8,2%-a, a szabadkai megkérdezettek 4,3%-a vélekedett így.

E tényeket figyelembe véve adott a kérdés: ha ismételten pályaválasztás előtt állnának a megkérdezettek, ugyanígy döntenének-e? (8. táblázat)

6. táblázat: Munkaidőn túl végzett munkatevékenység, és annak jellege (n=454)

	SZEGEDI NŐVÉREK	SZABADKAI NŐVÉREK
nem:	59,2%	68,0%
igen, szakmabeli munkát:	9,2%	9,1%
egyéb munkát:	31,6%	22,9%

7. táblázat: Az egészségi állapot szubjektív megítélése, hasonló korúakkal összevetve (n=454)

	kiváló	jó	elfogadható	rossz
SZEGEDI NŐVÉREK	9,1%	46,2%	36,5%	8,2%
SZABADKAI NŐVÉREK	20,6%	49,4%	25,7%	4,3%

8. táblázat: A szakma újraválasztásának lehetősége (n=454)

	SZEGEDI NŐVÉREK	SZABADKAI NŐVÉREK
habozás nélkül újraválasztaná	32,3%	36,4%
jobban meggondolná	49,8%	46,6%
nem választana ilyen munkát	17,9%	17,0%

9. táblázat: A jelen hivatás ajánlása pályaválasztás előtt álló ismerősnek (n=454)

	SZEGEDI NŐVÉREK	SZABADKAI NŐVÉREK
meggyőződéssel ajánlaná	16,1%	25,3%
kétségei lennének, hogy javasolja-e	65,8%	56,9%
ellene érvelne	18,1%	17,8%

10. táblázat: A munkával és az élettel való elégedettség megítélése (n=454)

	SZEGEDI NŐVÉREK	SZABADKAI NŐVÉREK
nagyon elégedett	6,3%	7,9%
viszonylag elégedett	59,9%	54,4%
nem túlzottan elégedett	24,0%	29,0%
egyáltalán nem elégedett	9,8%	8,7%

A szegedi ápolók 32,3%-a habozás nélkül újraválasztaná ezt a hivatást, ez az arány a szabadkaiak esetében 36,4%.

Jobban meggondolná választását a Szegeden dolgozók 49,8 %-a, a Szabadkán tevékenykedők esetében ez az arány 46,6%.

Nem választana ilyen munkát a szegediek 17,9 %-a, a határon túliak 17,0%-a.

Ismerősnek is szívesen, meggyőződéssel ajánlaná az egészségügyben tevékenykedést a szabadkai válaszadók 25,3%-a. Ez az arány a szegedi ápolók esetében 16,1%. (9. táblázat)

Elgondolkodtató a magas arány, amely azok csoportját jellemzi, akik kétségekkel telve vallanának hivatásukról. A szegedi válaszadók 65,8%-a számol be ezekről a kétségekről, míg a szabadkaiak 56,9%-ban él a bizonytalanság.

Mindenképpen az egészségügyben végzett munka választása ellen érvelne a szegediek 18,1%-a, a szabadkaiak 17,8%-a.

Végezetül érdeklődtünk az elégedettség fokáról az ápolók körében. (10. táblázat)

Nagyfokú elégedettségről a szegediek 6,3%-a, a szabadkaiak 7,9%-a számolt be. Viszonylagos az elégedettsége a szegediek 59,9%-ának, ez az arány a szabadkai megkérdezettek esetében 54,4% volt.

Nem túlzottan elégedett az életével a szegedi dolgozók 24,0%-a, míg a szabadkaiak 29,0%-a.

Egyáltalán nem elégedett a Szegeden dolgozó ápolók 9,8%-a, a Szabadkán élők 8,7%-a.

Megbeszélés

Már-már közhelyszerű a kijelentés, miszerint az egészségügyben dolgozók körében fellelhető egy olyan segítő attitűd, amely fontossá teszi a rászorulókon való segítést, a törődést az elesett, beteg emberekkel. Kutatásunk során beigazolódott, hogy a megkérdezettek pályaválasztását döntően a segítség vágya motiválta. Ez a késztetés tart nagyon sok egészségügyi dolgozót a pályán annak ellenére is, hogy tisztában vannak a szakma nehézségeivel, ellentmondásaival. Jellemző tendencia még a szülők, ismerősök tanácsára történt választás. A tanácsadókat nagy valószínűséggel az motiválta, hogy biztosnak vélték az egészségügyi végzettség birtokában történő elhelyezkedést.

Szép hagyomány, ha a családban élő, ápolási munkát végző rokonok győzik meg a pályaválasztás előtt álló fiatalat a szakma szépségeiről, ám sajnálatos módon, ez esetben jóval kisebb az ajánlók aránya. Figyelmet érdemel az az eset, mikor kényszer szüli a szakma választását. Vizsgálatunkban is előfordult, hogy „nem volt más választás” alapon léptek a megkérdezettek az egészségügyi képzőintézménybe.

A szakma legfőbb jellemzőinek megítélése – akár pozitív, akár negatív irányba – nagy hatással lehet az egészségügyi dolgozók közérzetére. Ismervén az egészségügy aktuális állapotát, nem meglepő, hogy a magyar ápolók elsősorban a pénz, a megbecsülés, az eszközök és a létszám hiányára panaszkodtak, de ismét előtérbe került a több műszak okozta kellemetlenségek említése is. Érdekes módon, szinte ugyanezen tényezők sajnálatos meglétét jelezték egy másik ország ugyanilyen jellegű tevékenységet végző dolgozói.

A pozitívumok említésénél első helyen áll az a segítő attitűd, amely már a pályaválasztást is motiválta. Jelzésértékű, hogy legfontosabbnak mindkét vizsgált csoport a beteg embereken való segítséget helyezte előtérbe, ami azt sugallja, hogy minden nehézségen felülkerekedik hivatásuk legfontosabb feladata.

A negatívumok sorában említett tényezők sarkallnák az egészségügyben dolgozókat munkahely változtatásra. Az a tény, hogy a megkérdezettek több mint 50%-a vallotta, hogy gondolkodik hivatása feladásán, és más munkát választ, ismét csak azt jelzi, hogy égetően szükség van olyan reformokra, melyek az eddig minden nehézség ellenére is pályán maradók helyzetét javítják, identitásukat erősítik.

A hivatás feladása esetén olyan munkát részesítene előnyben mindkét csoport, amelynek végzése együtt jár az anyagi megbecsüléssel. Érdekes módon az emberekkel való kontaktus és a segítség lehetőségét továbbra sem adnák fel a válaszadók.

Azok, akik a fennálló nehézségek ellenére is a pályán maradnának, sok esetben csendes beletörődéssel nyugtázzák, hogy – elsősorban életkoruknál fogva – késő már váltani, másrészt szakértelmük erre a hivatásra predesztinálja őket. Üzenet értékű lehet a magyar ápolók azon megállapítása, hogy bíznak a reformokban, hiszik, hogy a közeljövőben olyan változások veszik kezdetüket az egészségügyben, melyek megfelelnek elvárásaiknak.

Addig azonban sokan kénytelenek a munkaidőn túl is tevékenykedni a jobb megélhetés érdekében. A magyar egészségügyi dolgozókra inkább jellemző az ilyen jellegű munkavégzés.

A túlmunka csak kisebb százalékban zajlik az egészségügyben, a magyar nővérek csaknem harmada, míg újvidéki társaik több mint ötöde más jellegű munka végzése révén jut többlet jövedelemhez.

Az egészségi állapot szubjektív megítélésében nagy szerephez jutnak a munkavégzés során szerzett tapasztalatok, és természetesen a munkával járó fizikai és lelki terhek is. Elgondolkodtató, hogy miért olyan kevés szegedi dolgozó ítéli egészségi állapotát kiválónak, ugyanakkor a jelzett nehézségek ellenére, mi indokolja a szabadkai ápolók körében a magas arányú kiváló minősítést. Magasabb azon magyar egészségügyi dolgozók aránya is, akik az elfogadható kategóriába sorolják egészségüket, és kétszerese a szabadkai nővérekhez képest azok száma, akik szerint egyértelműen rossz az egészségi állapotuk.

Mindezen tapasztalatok vezethetnek oda, hogy mindkét vizsgált csoportban közel 50 % azok aránya, akik jobban meggondolnák, hogy újra az egészségügyben tevékenykedjenek-e. Aggasztóan magas azok száma is, akik határozottan állítják: semmiképpen nem választanák újra jelenlegi hivatásukat. Ha valamely ismerősük kérdezné őket pályaválasztása kapcsán az egészségügyben való munkáról, a válaszadók többségének kétségei lennének, hogy ajánlja-e ezt a hivatást. Ez esetben is magasabb a szegedi megkérdezettek ellenállása. Többen vannak, akik határozottan hangoztatnák ellenérveiket.

Végül mindent összegezve, a vizsgálatban résztvevők nagy többsége viszonylagos elégedettségről számol be. Mindkét csoportban elenyészően kicsi azok aránya, akik nagyon elégedettek életükkel és munkájukkal, ugyanakkor figyelmet érdemel a nem túlzottan elégedettek és az egyáltalán nem elégedettek tábora.

A vizsgálat eredményei jelzik, hogy szükség van reformokra, változásokra, helyi és kormányzati szinten egyaránt. A kórházmenedzsmentnek fontos feladata lehet(ne) a jobb munkaszervezés, a munkatársi kapcsolatok minőségének javítása, a stresszkeltő helyzetek minimalizálása, illetve a már meglévő feszültségek csökkentését célzó módszerek bevezetése.

Irodalomjegyzék

1. Bugovics, E., Pilt, Z-né (2002). Gondolatok az egészségügyi rendszerváltoztatásról. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40, 175-180.
2. Fekete, S. (1991). Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6, 17-29.
3. Pálfi F.-né (2002). A kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében. *Egészségügyi Menedzsment*, 2, 20-24.
4. Píkó, B., Piczil, M. (1998). Az elégedettség és az elégedetlenség szociológiai vizsgálata. *Lege Artis Medicinae*, 8, 728-734.
5. Píkó, B. (1999). Körkép a Csongrád megyei nővérek helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízsének megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37, 79-89.
6. Píkó, B. (1999). Munkahelyi stressz a nővérek körében: Kik a legveszélyeztetettebbek? *Addictologia Hungarica*, 7, 272-281.
7. Píkó, B., Piczil, M. (2000). „És rajtunk ki segít?” Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10, 110-120.
8. Píkó, B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: pszichoszomatikus tünetek – munkahelyi stressz – társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11, 318-325.
9. Renata, T., Dr. Natsci, és Sally, V. (1982). Stress and Smoking in Hospital Nurses. *American Journal of Public Health*, 72, 441-448.
10. Sasváriné, Bojtor A. (2001). Ápolói státusz – munkahelyi terhelés. *Egészségügyi Menedzsment*, 3, 23-26.
11. Szánthó, A., Solymosi, T. (2000). Elképzelések az egészségügy átalakulásának lehetséges útjairól. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 38, 199-208.
12. Szentgyörgyi, M. (2000). Az ápolói hivatásról. *Nővér*, 13, 19-23.
13. Temesváry, B., Pataki O., Kalmárné, Csöke M. et al. (1996). Segítőfoglalkozások továbbképzése. *Lege Artis Medicinae*, 6, 752-759.
14. Terry, A. B. és Joseph E. M. (1992). Social support, occupational stress and anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping* 5, 7-19.
15. Traynor, M. G. (1995). Job satisfaction and morale of nurses in NHS trusts. *Nursing Times*, 91, 42-45.
16. Walters, V., French S., Eyles, J. et al. (1997). The effects of paid and unpaid work on nurses well-being: the importance of gender. *Sociology of Health & Illness*. 19, 328-347.

Home and away...

The living and working conditions of nurses in Szeged and Voivodina

Piczil, M., Kasza, B. MD, Markovic, M., Píkó, B. MD

The aim of the study: to map out and compare the career strategies of nurses from Szeged and Subotica, what they see as the main benefits and disadvantages of working in the healthcare sector, their perception of the general state of health, and their level of satisfaction or dissatisfaction with their work.

Study methods and sample population: Healthcare workers from Szeged and Subotica participated in the survey. The self-completed questionnaire was completed by 201 Hungarian and 253 Voivodinians.

Results: Despite the fact that the nurses who participated in the survey are separated by a national border, their opinion of their vocation is generally the same. The low level of financial recognition, the overwork, the stress and the shortages that characterise the health sector are prompting many to consider changing career.

Conclusions: The results highlight the urgency of those reforms which could remedy the existential problems faced by workers in the sector. At the same time, it is also important to restore the prestige of a career in the health service, without which even more healthcare workers are likely to change career, possibly even those who are still motivated by a desire to participate in the process of caring and healing.

(NŐVÉR, 2005, 18, 2, 3-10.)

Projektterv egy ápolási protokoll felülvizsgálatára

Szijjártó Éva

Semmelweis Egyetem ÁOK III. sz. Belgyógyászati Klinika

A szerző a 2004-ben Kecskeméten rendezett Egészségügyi Szakdolgozói Konferencián a Nővér folyóirat különdíját kapta azért az előadásáért, amely jelen cikkének alapjául szolgált.

Összefoglaló

A hagyományosan, „ösztönszerűen” művelt ápolási gyakorlat szükségszerűen változott az új elméleti ismeretek, a betegek és a társadalom által megfogalmazott igények függvényében.

A kórházak minőségügyi rendszerének ma már természetes része az ápolási vezérfonalak (ápolási protokollok) kialakítása és használata.

Az azonosított, jóváhagyott folyamatokra vonatkozóan célszerű eljárásleírásokat készíteni. Ezzel elérhető, hogy az adott folyamatban résztvevők pontosan ismerjék feladataikat, legyenek meghatározottak a személyre szóló felelősségi körök, valamint mérni lehessen az eljárás hatékonyságát és eredményességét.

Különböző minőségfejlesztő eljárások segítségével folyamatosan vizsgálható, illetve a minőségfejlesztési ciklus értelmében tervezetten vizsgálendő, értékelendő, korrigálható az egyes ápolási beavatkozások gyakorlata, és ezzel biztosítható az ápolási szolgáltatások megfelelése.

Hangsúlyozni kell azt is, hogy a változás bevezetése nem végpontja, hanem része a folyamatos minőségfejlesztő tevékenységnek, ezért a fejlesztő csoportok feladatai soha nem érhetnek véget.

A szerző bemutatja az általa kidolgozott modellt, melynek lépéseit követve megvalósítható bármely általános érvényű, vagy speciális ápolási protokoll felülvizsgálata.

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről többek között az egészségügyi szolgáltatások minőségéről is rendelkezik, valamint előírja minden egészségügyi intézmény számára belső minőségügyi rendszer kialakítását és működtetését.

A kórházak minőségügyi rendszerének ma már természetes része az ápolási vezérfonalak (ápolási protokollok) kialakítása.

A napi betegellátás során kiemelkedő jelentősége van az olyan gondos, lelkiismeretes ápolásnak, amit az ápolástudomány fejlődése révén különböző elméleti modellek, módszerek útmutatói alapján végeznek a szakma képviselői. A hagyományosan, ösztönszerűen művelt ápo-

lási gyakorlat szükségszerűen változott az új elméleti ismeretek, a betegek és a társadalom által megfogalmazott igények függvényében. Szükségessé vált olyan munkamódszerek kialakítása, melyek szakítanak az eddigi gyakorlattal, és újfajta szemléletet kívánnak meg az ápolóktól. Jelentős *szemléletváltozás* történt az ápoláson belül is a hagyományosan jó gyakorlat és az elméletben is jól felkészített ápolók munkájának következményeként. Nagy előrelépés volt a betegápolás számára a képzési rendszer reformja, valamint az ápoláskutatás fejlődése is. A XXI. század kezdetére alapvető szükségletté vált a betegség kezelésének és a beteg ember ápolásának elkülönítése.

Az ápolók szakmai identitásának fejlődése, az ápolói öntudat erősödése nem csupán a szakma elméletére és gyakorlatára, hanem annak társadalmi megítélésére is pozitív hatást gyakorolt. Mára az *ápolás, mint önálló professzió* van jelen az egészségügyi ellátások rendszerében, ami többek között azt is jelenti, hogy a szakma képviselői képesek és alkalmasak az önálló döntéshozatalra és szabályalkotásra.

Az ápolásnak, mint önálló szakmának az orvostudománytól való elkülönülése/elkülönítése folyamatosan zajlik, és szükség van ennek további folytatására is. Többek között szakítani kellett az orvosi - biomedikális szemlélet egyeduralmával, amely hagyományosan az ápolás területén is érvényben volt. Ma már a legtöbb helyen a különböző *ápolási modellek* irányelvei alapján ápolnak, a beteg egyén *személyére szabott ápolás tervet* alakítanak ki az ellátás teljes időtartamára, és a különböző ápolói beavatkozások előre meghatározott protokollok alapján történnek.

Ennek értelmében általában célszerű eljárásleírásokat készíteni az azonosított, jóváhagyott folyamatokra vonatkozóan. Ezzel elérhető, hogy az adott folyamatban résztvevők pontosan ismerjék feladataikat, legyenek meghatározottak a személyre szóló felelősségek, valamint mérni lehessen az eljárás hatékonyságát és eredményességét. A szakmai folyamatok leírásánál utalni kell a törvényi előírásokra, és az aktuális szakmai irányelveket, módszertani leveleket a helyi protokollokba be kell építeni.

Az ápolás gyakorlatában szükség van helyi munkautasítások készítésére, de természetesen nem az összes létező ápolási beavatkozás tekintetében. Előre meg kell határozni azokat a beavatkozásokat, amelyekre munkautasítást kell készíteni. A kiválasztás meghatározó szempontja lehet a gyakorisági, az ápolás önálló, vagy együttműködő funkciójáról szóló, és az adott osztály profiljára vonatkozó speciális igény. A folyamatok rendszeres felülvizsgálatára van szükség, ennek érdekében objektív módszerek kidolgozása szükséges, vagyis indikátorokat

célszerű felállítani a folyamatok hatékonyságának mérésére.

Minőségfejlesztő eljárások segítségével folyamatosan vizsgálhatjuk, és eredményesebbé tehetjük a folyamatok megvalósítását. A tevékenység során először is ki kell alakítani a minőségfejlesztést támogató infrastruktúrát a szervezeten belül. Szükség van minőségfejlesztő team felhatalmazására, majd pedig a teamnek eredményes megbeszéléseket kell tartania.

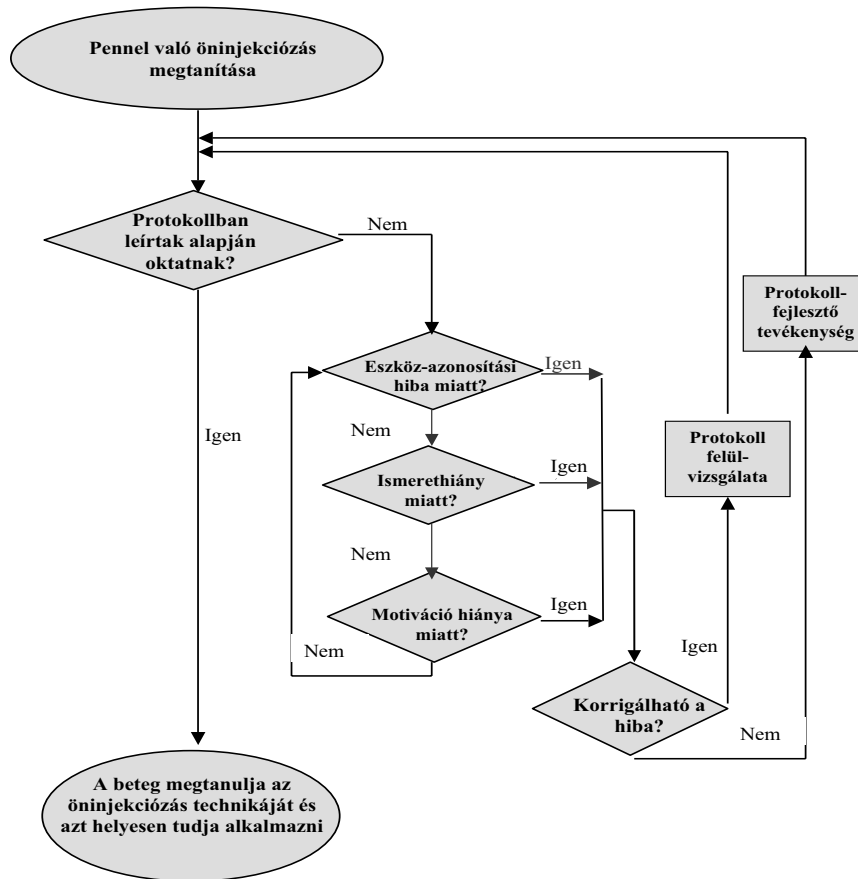
A minőségfejlesztési ciklusban az első feladat a felülvizsgálandó eljárás kiválasztása. A kiválasztásnál szempont lehet a standardoknak való megfelelés, standardok hiányában a téma folyamatra és eredményre vonatkozó indikátorokon keresztül megítélt klinikai és gazdasági jelentősége, a fejleszthetőség és a kellő érdeklődés megléte. Ezt követően létre kell hozni egy munkacsoportot, melynek tagjai az adott tevékenységben dolgozó munkatársak képviselői, és segítségükkel feltárhatóak a standardok nem teljesítésének vagy a kedvezőtlen eredményeknek az okai, és a javító intézkedésekre vonatkozó javaslatok megszülethetnek. A fejlesztési folyamat nem ér véget az új változás bevezetésével, hanem az elért eredmények megtartása, majd pedig fejlesztése új feladatokat jelent. (Belicza, É. 2003)

Erre támaszkodva modellként kidolgoztam egy olyan konkrét munkafolyamatot, melynek lépéseit követve meggyőződésem szerint bármely általánosabb érvényű, vagy speciális ápolási protokoll felülvizsgálata megvalósítható.

A fejlesztendő folyamat kiválasztása

Az adott osztályon nagy számban jelennek meg inzulinnal kezelt diabéteszes betegek, akiket vagy elsőként itt kell megtanítani a félautomata, töltőtoll formájú inzulinadagoló eszközökkel (továbbiakban: PEN) történő öninjekciózás technikájára, vagy az esetleges rossz beadási technikát kell kijavítani és a helyes

1. ábra: A probléma azonosítása (folyamatábra)



kivitelezést megtanítani számukra. Erre az oktatási feladatra létezik helyi ápolási protokoll, mégis a napi gyakorlat során a tapasztalat azt mutatja, hogy mind didaktikailag, mind tartalmilag különbözőképpen oktatják az ápolók a betegeket.

A minőségfejlesztési irányelvek figyelembevételével készítettem el ennek a munkautasításnak a felülvizsgálatát. A probléma azonosításának lehetséges módszereit az 1. és 2. számú ábrák mutatják.

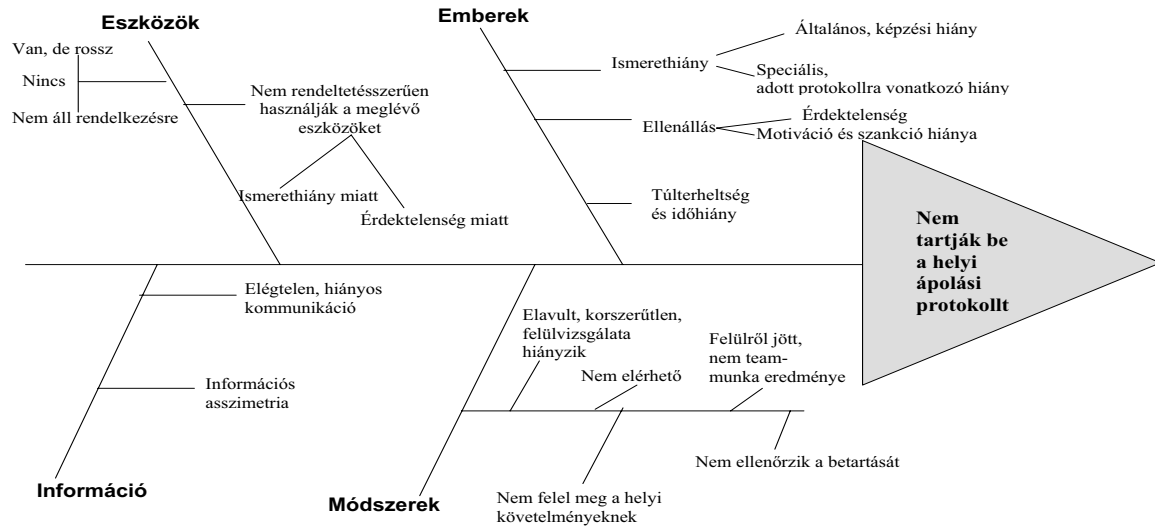
A folyamatábrán bemutatom a folyamat lépéseit, valamint azt, hogy ezek a lépések hogyan épülnek egymásra. Az ábra segítségével könnyen át lehet tekinteni a teljes folyamatot, és azonosíthatók azok a pontok, amelyek problémások vagy problémássá válhatnak, és

ezért be kell avatkozni. Ha az ápolók nem a meglévő protokoll alapján oktatnak, az többnyire azt jelenti, hogy az adott szervezeti egységben a betegek oktatása szervezetlen, és az ápolók egyéb (szakmai) ismereteik, gyakorlati tapasztalataik alapján végzik azt.

A halszálka diagramm segítségével az okozati összefüggéseket lehet levezetni, ami alapján az un. gyökér-okok jól meghatározhatóak. (Gyökér-oknak nevezzük azt, amikor több dolognak az eredendő oka ugyanaz.) Ilyen például esetünkben az ismerethiány és/vagy az érdektelenség.

A folyamatábra és a halszálka diagramm segítségével sikerül bizonyítani, hogy valós problémával állunk szemközt. Mindemellett a téma, amire a protokoll vonatkozik, önmagában

2. ábra: A probléma azonosítása (halszálka diagram)



véve is megkívánja, hogy maximális szakmai hozzáértés mellett, kellő komolysággal foglalkozzunk ezzel a problémával. Össze kell állítani egy olyan csapatot, melynek tagjai kritikusan megvizsgálják a jelenlegi helyzetet, és mindezek figyelembevételével elkészítenek egy olyan munkautasítást, ami megfelel a széleskörű igényeknek és a lehetőségeknek egyaránt.

Javaslat projekt team felállítására

Projekt menedzser: klinika vezető főnővér, vagy ápolási igazgató

Tagok:

- Alap team:
 - Szakoktató
 - Diplomás ápoló
 - „Módszertanos” (statisztika, epidemiológia képviselője)
- Diabetológiai szakápoló
- Dietetikus
- Osztályon dolgozó ápoló
- Más diszciplínák képviselői
- Civil szervezetek képviselője

A projektben részt vesznek elméleti és gyakorlati szakemberek egyaránt, akik korábbi tapasztalataikra és megszerzett tudásukra tudnak alapozni. Azért különítettem el alap és bővített team-et, mert fontos, hogy legyen egy olyan társaság (ez az alap-team), akik az ápolás folyamatos fejlesztésével foglalkoznak helyi szinten. Az állandó tagok mellett pedig a team mindig az aktuális feladatnak megfelelően bővüljön olyan tagokkal, akik napi szinten foglalkoznak a felmerülő problémával. Ezért szerepel most a team-tagok között diabetológiai szakápoló és az osztályon dolgozó ápoló, mert ők azok, aki naponta oktatnak.

A továbbiakban pontosan meg kell tervezni a fejlesztő tevékenység menetét, mely három szakaszból áll:

1. a használatban lévő ápolási protokoll kritikus vizsgálata:

- elérhetőség az ápolók számára,
- a leírtak és a napi rutin gyakorlat összhangja, vagyis a leírás alkalmazhatóságának vizsgálata,
- ápolók (szubjektív) véleményének felmérése a leírásra vonatkozóan.

2. a gyakorlati munka kritikus elemzése:

- protokollban leírtaknak való megfelelés,
- az ápolók elméleti és gyakorlati ismereteinek felmérése magára a feladatra illetve az idevágó ápolási leírásra vonatkozóan.

3. a fentiek eredményeként a gyakorlat és a leírás összhangjának a megteremtése:



új protokoll készítése, vagy a régi megváltoztatása



A megvalósítás kritikus pontjai:

- az ápolók felkészítése a protokoll használatára (elméleti és gyakorlati oktatás),
- a protokoll betartásának folyamatos ellenőrzése,
- a protokoll naprakészségének fenntartása.

A projekt team fő feladatai

I. Helyzetelemzés készítése:

- *Előzményekben* szerepel egy már elkészült, de valamilyen okból nem használt helyi munka-

utasítás. Fontos lépés ennek okának felderítése (forrásvizsgálattal együtt). Meg kell vizsgálni a jelenleg érvényben lévő protokoll alkalmazhatóságát. Fel kell mérni a kivitelező ápolók hozzáállását, valamint elméleti és gyakorlati tudását a témára vonatkozóan.

- *Strukturális feltételek* közül a legfontosabb a különböző szervezeti egységek egymás közti kapcsolata. Milyen módon történik az információáramlás, milyen a protokollok hozzáférhetősége és a kommunikációja a dolgozók felé (miért kell nekünk protokoll?!), a protokoll szerinti munka ellenőrzése. Megtörtént-e a felelőségek pontos tisztázása: kinek mi a feladata, ki állítja össze a csapatot, ki vesz részt a protokollkészítő munkában. Itt kell megjegyezni azt is, hogy az ápolási protokollok sikere vagy kudarca nem csupán az ápolók hozzáállásán és munkavégzésén múlik, hanem nagy mértékben befolyásolja azt az orvosok ismerete a témára vonatkozóan. (különösen az ápolás együttműködő funkciói tekintetében)

- *Erőterek, érdekeltek*: kulcskérdés az érdekelt-ségi viszonyok kialakítása/átalakítása, dolgozók motiválása.

II. Támogató és visszahúzó erők felmérése:

3. ábra: Erőtér-elemzés



Támogató erők:	Visszahúzó erők:
Betegellátás alapelve az adott szervezeti egységben	Ellenőrzés hiánya
Minőségügyi alapelvek	Motiváció hiánya, érdektelenség
Biztonságosabb betegellátás érdeke (a szolgáltató és a szolgáltatást igénybe vevő oldaláról egyaránt)	Ellenállás az újítással, változással szemben
Felelőség, kompetencia tisztázása	Hagyomány, régi rutin
Ésszerűsítés a napi munka során	
Ápolók szaktudása	

III. Érdekcsoport elemzés:

1. betegek: alapvető érdekük, hogy minél előbb és minél pontosabban, biztonságosabban megtanulják az öninjekciózás technikáját. Ennek feltétele, hogy az oktatásban részt vevő ápolók szervezett formában végezzék a betegoktatást. Létszámukat tekintve a betegek képviselik a legnagyobb tömeget, érdekérvényesítő képességük mégis nekik a legkisebb. Változhat majd a helyzet a civil szervezetek erősödésével.

2. osztályon dolgozó ápolók: a folyamatos betegellátás keretén belül az oktatási feladatok is egymásra épülnek. Ésszerűsíti, és könnyen átláthatóvá teszi az ápolók munkáját, ha bármikor bekapcsolódva az oktatásba biztonsággal tudják, hogy ki mit mondott már el előtte a betegnek. Ez könnyen belátható, mégsem így dolgoznak. Mivel nem ellenőrzi senki a betegoktatást, így nem is fektetnek rá olyan nagy hangsúlyt. Az ápolók jelentik a kritikus tömeget, ezért a vezetés feladata abban rejlik, hogy megtalálja azokat az eszközöket, amivel őket motiválni tudja. Ellenkező esetben szervezeti ellenállást is kiválthat egy-egy újítás bevezetése, de az is általánosan ismert tény, hogy az ápolók együttműködése jelentheti a megoldás kulcsát.

3. szakmai középvezetők (osztályvezető főnökök): feladatuk jelen esetben a protokollok „népszerűsítése” és bevezettetése, valamint a betartás ellenőrzését is (azért az ő feladatuk, mert nincs külön munkakör erre a feladatra – pedig valószínűleg ez lehetne az egyik megoldás). Az ő érdekeik azt kívánják, hogy mindkét oldalról meg legyenek velük elégedve, mind a felsőbb vezetés, mind pedig a szakdolgozók. Összekötők a két fél között, javarészt rajtuk múlik a döntések sikere, vagy kudarca. Ők is motivációhiányban szenvednek. Hatalmi pozícióban vannak, de döntéskörük korlátozott.

4. felső szakmai vezetés (ápolási igazgatás): érdeke, hogy a klinika jó hírre megmaradjon, amit többek között a betegellátás megfelelősége alapozott meg. A minőség fenntartására,

javítására hozott intézkedések között szerepel a helyi ápolási leírások alkalmazása. Ezzel a minőségügyi előírásoknak is eleget lehet tenni, illetve a protokollok szerint való tevékenység önmagában is garancia lehet a minőségi ellátásra, már amennyiben ténylegesen jók a munkautasítások és a betegellátás azok szerint zajlik. Ez a versenytársak tekintetében sem utolsó érv. Érdekérvényesítés, és hatalom tekintetében is az igazgatás áll a csúcson. Hatásos fegyver lehet a kezében a kommunikáció, és bizonyos ösztönzők bevezetése a változtatások véghezvitele során.

IV. Megvalósítási stratégia:

1. Elemi feladatok és ütemterv:

- a már meglévő munkautasítás forrásvizsgálata, gyakorlati alkalmazásának, alkalmazhatóságának vizsgálata (1hét, megfigyeléssel és dokumentációelemzéssel)
 - ápolók hozzáállása, motivációs lehetőségek felmérése (1 hét, párhuzamosan az előzővel, kérdőíves formában)
 - érdekeltségi viszonyok felmérése (1 hét, interjúkkal és személyes megfigyelés alapján)
 - motivációs rendszer kidolgozása és bevezetése (kidolgozás 1 hét, bevezetés 2)
 - projekt team felállítása (az előző után 3 nap alatt)
 - team által munkautasítás készítése (2 hét)
 - team által kidolgozott munkautasítás bevezetése (2 hét)
 - munkautasításban foglaltak szerinti munka ellenőrzése (az előzővel párhuzamosan)
 - team munkájának értékelése, szükséges korrekciók (1 hét)
 - általános bevezetés (1-2 hét)
 - folyamatos ellenőrzés és felülvizsgálat a naprakészségre vonatkozóan (folyamatosan)
- Összes időigény: megközelítőleg 3 hónap.

2. Erőforrás igény:

Amennyiben megoldható a team tagok kiemelése a napi rutin, osztályos munkából, akkor csak a nem anyagi motiváció jelent feladatot a vezetőség számára. Minimális anyagi ráfordítás mellett megoldható a team adminisztrációs és

számítástechnikai eszközigénye, egyedül egy megfelelő helyiség használata (házon belül) jelenthet gondot, de ez csak szervezés kérdése. A szakirodalmi áttekintéshez könyvtár és a világháló áll rendelkezésre. Ajánlatos, hogy a bevezetés alkalmával szükséges elméleti oktatást szakoktatók végezzék csoportos formában az osztályon dolgozó ápolók részére, majd a projekt team tagjainak vezetésével kiscsoportos formában történjen a gyakorlati ismeretek elsajátítása. Ehhez szükség van kb. 20 főt befogadó teremre, ahol az elméleti oktatáshoz szükséges segédeszközök rendelkezésre állnak, valamint a kiscsoportos foglalkozás is kivitelezhető.

V. Indikátorok képzése:

Mérőeszközöket kell készíteni az elméleti ismeretek és a gyakorlati kivitelezés felmérésére, az ápolók és a betegek részére egyaránt. Ehhez célszerű teszteket, illetve a gyakorlati kivitelezésre vonatkozóan meghatározott szempontok alapján megfigyelési „csekklistát” készíteni. A megfelelőség pontértékeit és határait előre meg kell állapítani: ha például a teszt maximum 50 pontos, akkor a 47 pontot elért ápolók végezhetnek betegoktatási tevékenységet, vagyis a 47 pont a küszöbérték.

Fentieknek megfelelően vizsgálható:

- Az inzulinnal kezelt cukorbetegségeket PEN-nel történő öninjekciózásra vonatkozó elméleti és gyakorlati ismeretei
- Az osztályon dolgozó és betegoktatást végző ápolók elméleti és gyakorlati ismeretei az öninjekciózásra vonatkozóan

A szövődmények száma és súlyossága objektíven mérhető, az ismeretekre vonatkozó tudás alapján pedig a kockázati tényezők is jól definiálhatóak.

- Az inzulinnal kezelt cukorbetegségeket körében fellépő szövődmények gyakorisága a helytelen öninjekciózási technikából adódóan

Arány alapú indikátor is képezhető:

- Számláló: az osztályon fekvő inzulinos cukorbetegnél előforduló, és technikai hibákból

adódó szövődmények száma a felvételtkor.

- Nevező: az osztályon fekvő és oktatásban részesült inzulinos betegek esetében technikai hibákból adódó szövődmények száma a következő kontroll alkalmával.

Ápolási protokollok készítésének és fejlesztésének alapvető szempontjai

- A protokollok bevezetése alkalmával a Grimshaw által megfogalmazott szempontok alapján kell eljárni, melyek szerint az eredményes és hatékony ellátás érdekében a protokollok létrehozásánál fontos, hogy belső fejlesztés legyen, vagyis a dolgozó ápolók tevékenyen részt vehessenek a fejlesztő munkában. Ebben az esetben magukénak érzik, és menet közben meg is tanulják a munkautasítást, így nagy valószínűséggel nem fognak ellenállni a bevezetés alkalmával sem. Könnyebben kialakítható a szabálykövető magatartás ezzel a technikával, arról nem is beszélve, hogy a fejlesztésben résztvevők szakmai önérzete is nőni fog. A bevezetés során beteg, és nem betegség specifikus emlékeztetőket célszerű tartani a konzultációkon, a terjesztési stratégia pedig speciális képzési programra kell, hogy épüljön. Még mindig átlag feletti hatást lehet elérni úgy, hogy folyamatos képzési program keretében részben külső, részben belső fejlesztési stratégiával dolgoznak. Alacsony hatást valószínűsít viszont az, ha a fejlesztés során csak a kívülről érkező információkat veszik át, nincs helyi szintű feldolgozás, és a bevezetés is személytelenül, általános előírások formájában valósul meg. (Belicza, É. 2003)
- Az aktualitások figyelembevételével meg kell teremteni a lehetőséget a folyamatos fejlesztésre. Ezáltal a fejlesztő csoport tagjai rákényszerülnek elméleti ismereteik folyamatos bővítésére, ami a gyakorlati munkavégzésükre is pozitív hatást fejt ki.
- Meg kell teremteni a hatékony motivációs rendszerek alapjait, amelyeket az orvosok és ápolók ösztönzésére egyaránt lehet alkal-

mazni. A különböző érdekcsoportok figyelembe vételével történjen az ösztönzők kiválasztása. Herzberg szerint csak a higiénés tényezőkhöz kapcsolható ösztönzőkkel (pl.: béremelés) nem lehet érdemi motivációt elérni, mert ezáltal a munkavállalót (ápolót) nem a magasabb szintű munkavégzés, a betegellátás minőségének javítása fogja hajtani, hanem csak a magasabb fizetés. (kiváltképpen azért, mert teljesítménymutatókat az ápolók bérezésének meghatározásánál nem használnak). Amennyiben a fizetés emelése mellett nem történik meg a munkakörülmények fejlesztése, akkor a magasabb bér önmagában nem képes a munkaelégedettséget fokozni. Így eljuthatunk arra a következtetésre, hogy a munkához való „hozzáállás” egyáltalán nem fog változni, vagyis a pénz önmagában nem elég, bár kétségtelenül igen fontos ösztönzőerő az ápolók számára. Az anyagi juttatások mellett a vertikális terhelés növelésével (pl.: felelősség és elismerés, a jutalmazás eszközei együttesen, mint motivátorok) valószínűleg jobban lehet motiválni az ápolókat is. Az ösztönző rendszer bevezetése is pontos előkészületeket igényel, ugyanúgy, mint a

munkamódszerek megváltoztatása. A betegellátás biztonsága és minőségének javítása érdekében elengedhetetlen a gyakorlat és az elmélet összhangjának megteremtése. A dolgozók innovációs és motivációs lehetőségei nagymértékben függenek az ápolásvezetés lehetőségeitől, de fel kell ismerni azt, hogy dolgozói elégedettség nélkül a betegelégedettség sem fokozható. (Bakacsi, Gy. 2002)

- A végső cél minden esetben a betegek elégedettsége, melyhez hozzájárul az ápolási protokollok rendszere is.

A minőségfejlesztés az ápolóktól és az intézmény vezetőitől mély elkötelezettséget kíván. Ez a folyamat összetett, és sok tényezőtől függ. Ezek között a tényezők között vannak olyanok, melyeket nem áll módunkban befolyásolni, de azok esetében, melyek változtatása nem haladja meg lehetőségeinket, kötelességünk beavatkozni a betegellátás megfelelése érdekében. Ehhez azonban meg kell teremteni a dolgozók számára az adott körülmények között optimális munkafeltételeket.

Irodalomjegyzék

1. 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről
2. Balogh, Z. (2003) A stroke-betegek ápolásának és rehabilitációjának egységes ápolási irányelvei Irányelvek alkalmazása az alapellátásban és az otthoni szakápolásban. *Lege Artis Medicinae*, 13(1), 50-56.
3. Bakacsi, Gy. (2002) Szervezeti magatartás és vezetés KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest
4. Belicza, É. (2003) A Minőségbiztosítás alapjai (EMK posztgraduális egészségügyi szakmenedzser képzés jegyzet) Budapest
5. Belicza, É. (1999) Minőségi indikátorok az egészségügyi ellátásban. *Lege Artis Medicinae*, 9, 60-66.
6. Belicza, É. és Zékány, Zs. (1998) A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. *EMIKK 17.sz. füzet, Debrecen*
7. Pikó, B. és Piczil, M. (1998) Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 8. (10.), 728-734.

Project plan for the review of a nursing protocol

Szijjártó, É.

It is becoming necessary for nursing practices traditionally followed "instinctively" to be changed in line with new theoretical knowledge and the demands of patients and society in general.

Today, the formulation and application of nursing guidelines (nursing protocols) have become a natural element of hospitals' quality assurance systems.

It is advisable to prepare workflow descriptions of identified approved processes. This makes it possible for those who participate in the given process to be precisely aware of their duties, for there to be clearly defined areas of personal responsibility, and to measure the effectiveness and results of the given procedure.

A variety of quality development procedures can be used to examine, on an ongoing basis, whether a given nursing practise needs to be reviewed, evaluated or corrected over a given quality development cycle, thus ensuring the compliance of nursing services with quality requirements.

It should also be stressed that the introduction of changes is not the final objective, but only a part of the ongoing activities to improve quality. For this reason, the work of quality development teams is never done.

The articles contains a presentation of a model, developed by the author, which can used step-by-step to conduct a review of any general or specialist nursing protocol.

(NÖVÉR, 2005, 18, 2, 11-19)

KIADÓI INFORMÁCIÓK

Az előfizetésről

Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet kiadványa a Nővér folyóirat minden második hónap utolsó hetében jelenik meg (évi 6 szám).

Előfizetési díjak:

Nyomtatott folyóirat éves előfizetési díja:	2458 Ft (ÁFA-val, postaköltséggel)
A folyóirat elektronikus változata, melyet e-mailben PDF formátumban tudunk eljuttatni előfizetőinknek:	2000 Ft (ÁFA-val)
Kombinált előfizetés:	3000 Ft

Az előfizetés módjai:

Az előfizetés történhet postai úton (1088 Budapest, Szentkirályi u. 21., 1444 Budapest, Pf. 278.), **Faxon:** 244-0400, 266-0404, **e-mailen:** nover@eski.hu, **a folyóirat honlapjáról közvetlenül:** <http://www.eski.hu/weblap/nover/novindex.htm>

A megrendelésen kérjük, tüntessék fel a postázási címet és azt a nevet és címet is, akinek a nevére kéri a számlát.

Lehetőség van régebbi évfolyamok (2000-től), régebbi számok megrendelésére is.

Kérjük, előfizetőinket, hogy adataik módosulása esetén az ESKI Gazdasági Osztályát keressék (tel: 338-4133, fax: 266-9710, levél: 1444 Bp. Pf.: 278., e-mail: csik.istvanne@eski.hu).

Hirdetésfelvétel:

ESKI Szolgáltatói csoport (1088 Bp., Szentkirályi u. 21., Tel/fax: 266-0400, 266-0404, e-mail: lako.erika@eski.hu).

A hirdetések tartalmáért a kiadó nem vállal felelősséget.

Ünnepi kitüntetések - 2005. március 15.

2005. március 15-ei nemzeti ünnepünk alkalmából Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter állami és szakmai elismeréseket adott át.

*Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként **Pro Sanitate** elismerésben részesült:*

Faragó Józsefné az Országos Bőr- Nemikórtani Intézet vezető gondozónője,

Kissné Sziráki Valéria a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet vezető asszisztense.

*Eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként **Egészségügyi Miniszteri Dicséretben** részesült:*

Berki Attila a Miskolci Autista Alapítvány osztályvezető ápolója,

Bolya Lászlóné a Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet Traumatológiai Szakrendelésének csoportvezető asszisztense,

Guti Tünde a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház ápolási igazgató műtéti szakellátási helyettese,

Gyönyörű Gáborné a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar Ortopédiai Klinika műtős szakasszisztense,

*Az **Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele** elismerésben részesültek, felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:*

A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Sebészeti Tanszék Emésztőszervi Endoszkópos Szakambulancia munkacsoportja:

a Fővárosi Szent István Kórház munkatársai:

Dávid Péterné szakasszisztens,

Gubicza Istvánné szakasszisztens,

Lászlóné Réz Hajnalka szakasszisztens

A Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Minőségügyi munkacsoportja:

Kujalek Éva minőségügyi vezető,

Benkő József minőségügyi adminisztrátor,

Dr. Bognár Zsolt sebész,

Dr. Kiss Gabriella intenzív szakorvos,

Prosinger Lászlóné controller,

Dr. Szabó Miklós Károly ortopéd szakorvos,

Tóth Katalin személyügyi előadó.

Gratulálunk!

Az egészségügyi dolgozók fizikai egészségéért...

Járomi Melinda, főiskolai adjunktus, PTE EFK Fizioterápiás Intézet

Betlehem József, főiskolai docens, PTE EFK Klinikai és Ápolástudományi Intézet; elnök, MÁT

Összefoglaló

A cikk célja felhívni a figyelmet az egészségügyi dolgozókat nap, mint nap érő fizikai megterhelés tartós hatásaira. A helytelen testdinamika elsősorban a gerinc különböző bántalmait okozhatja, mely kellő odafigyeléssel és egy jól összeállított gerinctorna programmal megelőzhető. A gerincbántalmak megelőzésében és a krónikus panaszok kialakulásának elkerülésében mind a dolgozó, mind a munkáltató érdekelt. A tudományos igazolt gerinciskola program tematikájáról ad tájékoztatást az írás.

Az egészségügyi dolgozókat napjainkban egyre több igénybevétel éri, mind pszichés megterhelés, mind fizikai túleröltetés formájában. Sokan veszik igénybe a táppénzes ellátást, vagy csak néhány sóhajtással nyugtazzák fájdalmas panaszukat a munkavégzés során. Az egészséges munkavégzéshez és munkakörnyezethez való jog minden foglalkozás gyakorlóját megilleti, melyre az Európai Unió szigorú direktívákat alakított ki és ezeket folyamatosan ellenőrzi. Az egészség megőrzése a munkahelyen fontos szereppel bír, hisz időnk legnagyobb részét itt töltjük és az egészségnek a munkavégzés milyenségére komoly hatása van (Broadbent, 1981). Ez leginkább a minőségi munkavégzésben és produktivásban érhető tetten. Az egészségügy kiemelt csoportjában, az ápolók között, nagy számban fordulnak elő az időült mozgásszervi betegségek. Ismert az ellátó intézményeink java részének ápolási eszközökkel való szűkös ellátottsága, és ahol van ott sem biztos, hogy helyes mozgás módszerekkel alkalmazzák azokat (Cox, 1993, 1998). A helytelen mozgásformák alkalmazása azonban az egészségügyben dolgozók más csoportjainál is előfordulhat. A mozgásszervi betegségcsoport jelentős része a gerinc bántalmihoz kapcsolódik. A tünetek megjelenése előtt némi odafigyeléssel és tudatos

mozgássorozatok kialakításával ezek a problémák megelőzhetők. Közhely, de ebben az esetben is igaz, hogy a megelőzés inkább csak egyéni viselkedési repertoár változtatást igényel, mintsem komoly anyagi ráfordítást. A megelőzés fontosságát ezen a területen számos országban már felismerték és ún. gerinciskola programot indítottak, melynek intézményi bevezetésében a munkáltató is érdekelt. Mit is jelent ez a program?

A gerinciskola a gerincproblémák megelőzésének életviteli programja, mely a prevenció minden területén használható. Az elsődleges megelőzés során önmagában hatásos módszer, míg a másodlagos és harmadlagos megelőzés területén más kezelésekkel kiegészítve eredményes (Klaber, 1986, Keijsers, 1989).

A program tartalmazza a testtartással kapcsolatos módszerek, a célzott mozgásformák elméleti és gyakorlati oktatását, hibás terhelés vagy túlterhelés megszüntetését, saját test megismerését, testérzet, testtapasztalat kialakítását. Funkcionálisan helyes gyakorlatok megtanulásával az izomegyensúly kialakítására nyílik lehetőség, ahol a gyengült izmok célzott erősítése és a rövidült izmok nyújtása révén a gerinc óvatos mobilizálása is megtörténik (Kempf, 1997).

A foglalkozások során hangsúlyt fektetnek a gerinc számára kedvező gyakorlati életmód elsajátítására, a pihenő testhelyzetek, a helyes teherhordozási és munkavégzési technika kialakítására (Tóth, 1996).

A program a következő gyakorlatcsoportokat tartalmazza:

Elméleti ismeretek

Az elméleti ismeretek felölelik a gerincről a funkcionális anatómiai (Kapanij, 1989), kineziológiai (Hall, 1999) és biomechanikai (Adams, 2002) ismereteket, melyek birtokában tudatosabban használhatjuk gerincünket (Brunnstrom, 1996).

A megváltozott izomegyensúly helyreállítása

A mozgásszegény életmód, testünk alul-, illetve túlterhelése, a munkahelyi kényszer testhelyzetek miatt a szervezetünk izom egyensúlya felborul, mely számtalan mozgásszervi betegség kiinduló pontja lehet (Mannion, 1999). Lewit, Sachse, Janda a harántcsikolt izmokat két működési rendszerbe osztotta (Bálint, Bender, 1995). Az első működési rendszerhez tartoznak azok az izmok, melyek rövidülésre, túlfeszülésre, hipertónusra hajlamosak, pl.: m. rectus femoris, m. iliopsoas, m. erector spinae, m. trapezius felső része, m. pectoralis maior sternalis része. A második működési egységet képezik azok az izmok, melyek gyengülésre, megnyúlásra, hipotónusra hajlamosak, pl.: mm. glutei, m. rectus abdominis, mm. rhomboidei tartoznak (Daniels, 1986). A megváltozott izomegyensúly helyreállítása során hangsúlyt kap a túlfeszülésre hajlamos izmok gyakorlatokkal történő nyújtása. A második működési egységhez tartozó izmok erősítésére izometriás gyakorlatokat alkalmaznak, izotóniás gyakorlatokkal (Fielding, 2002). Végezetül a program rész kiegészítésére rezisztencia edzés következik az erőállóképesség javítására (Chok, 1999, Hides, 1996).

Testhelyzetérzet tudatosítása, testtapasztalat megéreztetése

Az évtizedek óta gyakorolt magatartási és életmódbeli szokásaink a gerinc számára egészségtelenek lehetnek, ezeket helyettesíteni kell a gerinc számára kedvezőekkel. A gerinciskola program lényeges eleme az aktuális testhelyzet tudatosítása, az új testhelyzet megtanulása és a káros testhelyzetek és mozgásformák felismerése, megszüntetése (Bárdos, 1999).

Relaxációs technikák

A gerinctáji fájdalmak okait vizsgálva az öröklött, szervi, fizikai elváltozások mellett a pszichológiai (egzisztenciális fenyegetettség, munkahelyi konfliktusok, szociális feszültségek) és pszichoszomatikus hatások is szerepelnek. A stressz és a gerincfájdalom között összefüggés van. A tartós negatív stressz a személyiség megváltozásához és depresszióhoz vezethet, testi tünetekként elsősorban a gerinc felső szakaszán okozhat fájdalmat és a porckorong betegségek kialakulásában is szerepe lehet. A stressz csökkentésére autogén tréninget, progresszív relaxációt, Anderson-stretchinget és eutóniát javasolnak alkalmazni (Bagdi, Koroknai, 1994).

A fenti program szakképzett és a technikákban járatos gyógytornász segítségével könnyen megtanítható és rövid fenntartó program segítségével (napi kb. 30 perc) önállóan is végezhető. A megfelelő mozgás napi életvitelbe való beiktatása önmagában is fontos előrelépés az egészség érdekében, azonban ha ez bizonyos mozdulatok kivitelezésénél tudatos izület és gerincvédő formává rögzül sokat tettünk a megelőzés érdekében. Érdemes megfontolni, hogy munkahelyi közösségek számára a megfelelő mozgásprogram a közösségi lét kialakításában is jelentős szereppel bírhat, hisz a fenti program kiegészíthető más kedvelt mozgásformákkal is. Ugyancsak szerepet kell, hogy kapjon az egészségügyi alapképzések során a

helyes mozgások kialakítása (Parkes, 1982). Az egészséges életvitel fenntartásában a munkáltató érdeke is világosan látható, hisz megelőzheti és csökkentheti nemcsak a testi panaszokat, hanem a lelkieket is, ami a hatékonyabb munkavégzést eredményezhet jelentős anyagi ráfordítás nélkül.

Irodalomjegyzék

1. Adams, A., Bogduk N., Burton K., Dolan P. (2002) *The biomechanics of back pain*. Churchill Livingstone, New York. pp. 73-189.
2. Bagdi, E., Koroknai, G. (1994) *Relaxációs módszerek*. Medicina, Budapest.
3. Bálint, G., Bender, T. (1995) *A fizioterápia elmélete és gyakorlata*. Springer, Budapest. pp. 66-82.
4. Bárdos, A. (1995) *Önismeret és tanulás a mozgáson keresztül - A Feidenkraiss módszer*. Mozgásterápia. 4. 3. pp. 26-27.
5. Brunnstrom, S. (1996) *Clinical kinesiology*. Davis, Philadelphia.
6. Broadbent, D. E. (1981). *Chronic effects from the physical nature of work*. In Gardell, B., Johansson, G. (Eds.), *A Social Science Contribution to Work Reform* (pp. 39-51). Chichester: John Wiley.
7. Chok, B., Lee, R., Latimer, J., et al (1999) *Endurance training of the trunk extensor muscles in people with subacute low back pain*. *Physical Therapy* 79,11, pp.1032-1042.
8. Cox, T., Cox, S. (1993). *Psychosocial and Organisational Hazards: Control and Monitoring in the Workplace*. *European Occupational Health Series No. 5*. Copenhagen: World Health Organisation.
9. Cox, T. (1998). *Work related stress: From environmental exposure to ill health*. In McCaig, R. H., Harrington, M. (Eds.), *The Changing Nature of Occupational Health* (pp. 137-159). Sudbury: HSE Books.
10. Daniels, L., Worthingham C. (1986) *Muscle testing*. Saunders Company, London. pp. 16-35.
11. Fielding, D. (2002) *The healthy back exercise book*. Newleaf, Dublin.
12. Hall, J. (1999) *Basic biomechanics*. McGrawHill, London, pp. 286-325.
13. Hides, J.A., Richardson, C.A., Jull, G.A. (1996) *Multifidus muscle recovery is not automatic after resolution of acute, first-episode low back pain*. *Spine*. 21, 23, pp. 2763-2769.
14. Kapandji, A. (1974) *The physiology of the joints*. Churchill Livingstone, New York. pp. 26-41.
15. Keijsers, J.F., Groenman, N.H., Gerards, F.M., et al (1989) *A back school in The Netherlands: evaluating the results*. *Patient Education Counseling*. 14, 1, pp.31-44
16. Kempf, H. D. (1997) *Nincs többé hátfájás (Die Rückenschule) A preventív "gerinciskola" koncepciója*. Novella Könyvkiadó, Budapest, pp. 45-49, 190-208
17. Klaber, M. J. A., Chase, S. M., Portek, I, et al (1986) *Controlled, prospective study to evaluate the effectiveness of back school in the relief of chronic low back pain*. *Spine*. 11, 2, pp.120-122.
18. Mannion, A. F., Muntener, M., Taimela, S., et al (1999) *A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain*. *Spine*. 24, 23, pp.2435-2448.
19. Parkes, K. R. (1982). *Occupational stress among student nurses: A natural experiment*. *Journal of Applied Psychology*, 67, pp. 784-796.
20. Tóth, J. (1996) *Gerinciskola*. Biogal, Debrecen. pp.37-83.

Protecting the physical health of healthcare workers...

Járomi, M., Betlehem, J.,

The purpose of the article is to draw attention to the long-term effects of the physical exertion to which healthcare workers are subjected on a daily basis. Incorrect posture and body movements can result in various forms of spinal damage, which could however be prevented with a certain degree of caution and a well-formulated exercise program. The prevention of back complaints and avoiding the development of chronic symptoms are in the interest of both the employee and the employer. The article provides information about a scientifically proven spinal exercise program.

(NŐVÉR, 2005, 18, 2, 21-23.)

A Kittenberger Alapítvány már harmadik éve hirdeti meg a kullancsok által terjesztett betegségekre figyelmeztető kampányát. Az alábbiakban közöljük figyelem-felhívó írásukat.



A témával részletesen foglalkozó web-cím: www.kullancsinfo.hu

Kedves Érdeklődők!

A kullancsok számos betegség hordozójaként jelentenek fenyegetést a szabadban tartózkodókra, kirándulókra. Magyarország erdős, ligetes területein a kullancsveszély az elmúlt években növekedett. A korábbi évek adataiból kiderül továbbá, hogy hazánkban is gyakoribbá vált a kertés házak udvarán történt kullancscsípés.

A kullancsok elleni védekezés esetében is a megelőzés a legjobb módszer. A megfelelően zárt ruházatban történő kirándulás, valamint a háziállatok védelme a legelső lépés a kullancsok által terjesztett betegségek kiküszöbölésére.

A kullancsok által terjesztett leggyakoribb betegségek közé tartozik a Lyme kór és az ún. kora tavaszi agyhártya- és agyvelőgyulladás (**Früh Sommer Meningo-Encephalitis**, röviden FSME). A Lyme kór tekintetében jelenleg nem áll rendelkezésre megelőzési lehetőség, azonban az agyhártyagyulladás védőoltással megelőzhető.

A védőoltás csak akkor hatékony, ha megfelelő ellenanyagszint alakul ki az oltottak szervezetében. Nagyon fontos tehát az időben történő védekezés: azaz a kora tavaszi időszakban végzett vakcinálás.

A rendelkezésre álló oltóanyagok egyikével, a hivatalos ajánlásoknak^{*} megfelelően, az alábbi oltási sémák biztosítanak védeltséget:

	Első oltás	Második oltás	Harmadik oltás	Emlékeztető oltás
Általános séma	0. nap	1-3. hónap múlva	9-12. hónap múlva	3 évvel az 1. oltás után
GYORSÍTOTT SÉMA	0. nap	14. nap múlva	9-12 hónap múlva	3 évvel az 1. oltás után

^{*}A „Johan Béla” Országos Epidemiológiai Központ módszertani levele a 2004. évi védőoltásokról; Egészségügyi Közlöny LIV. Évfolyam 3. szám 2004. január. 22. 768-785. old

**Ne várja meg a kullancsokat, előzze meg a bajt:
keresse fel háziorvosát és kérje tanácsát
a kullancsok által terjesztett agyhártyagyulladást
(FSME) megelőzési lehetőségeiről!**

Új rizikófaktor: a homocystein

*Hanyeczné Blidár Tünde, diplomás ápoló, egyetemi ápoló hallgató
Békés Megyei Képviselettestület Pándy Kálmán Kórház, II. Belgyógyászat-Kardiológia, Gyula*

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Jelen vizsgálat célja felmérni az egészségügyi dolgozók ismeretét a homocysteinről (Hcy), mint új rizikófaktorról.

Vizsgálati módszerek, vizsgált minta: Kutatásom kérdőív segítségével végeztem. A Békés Megyei Képviselettestület Pándy Kálmán Kórház különböző klinikai jellegű osztályain 225 kiosztott kérdőívből 156 érkezett vissza kitöltve és értékelhetően. A választ adók közül 121 fő (78%) ápoló volt, 35 fő (22%) orvos.

Eredmények: A 156 választ adó egészségügyi dolgozóból 56% (87 fő) hallott már a Hcy-ről, mint új rizikófaktorról, 44% (69 fő) pedig nem.

Következtetések: Annak ellenére, hogy a Pándy Kálmán Megyei Kórház Központi Laboratóriumában 2003. májusától új vizsgálatként bevezetésre került a plazma Hcy meghatározása, az itt dolgozó egészségügyi személyzet között sokan még nem hallottak róla, mint lehetséges rizikófaktorról.

A téma aktualitása

Az elmúlt évek epidemiológiai és klinikai vizsgálatai bebizonyították a cardiovascularis morbiditás/mortalitás és a rizikófaktorok közötti kapcsolatot. A jelentős, már jól ismert kockázati tényezők jelenléte mellett új rizikófaktorok keresése felé fordult az orvostudomány. Az egyik ilyen rizikófaktor a homocystein (Hcy). A Hcy-t Butz és a Nobel-díjas du Vigneaud fedezte fel 1932-ben. Emberben először 1962-ben Gerritsen és munkatársai, valamint értelmi fogyatékos gyermekek vizeletéből Carson és Neill mutatták ki. (Carson; Neill, 1964). 1964-ben Mudd és munkacsoportja leírja az autoszom recesszív öröklődésű homocystinuria kórképét, majd Schimke és Gibson felfigyelt a homocystinuriások korai érrelmeszesedésére, amely gyakran társul thromboemboliákkal, 25%-uk 30 éves koruk előtt hal meg szív-és érrendszeri betegségben. (Gibson, 1964). A Hcy szervezetünkben egy esszenciális aminosav, a

plazmában 1%-a van szabadon, 70%-ban albuminhoz kötött, a maradék diszulfid-kötést képez egymással és homocystint alkot. Az össz Hcy-szintet ezek összege alkotja. A standardizált Hcy koncentráció nőknél szignifikánsan alacsonyabb, bár a menopausa után megközelíti a férfiakét. A Hcy koncentráció átlagértéke felnőtt férfiak esetében több vizsgálat alapján 6,3-11,2 mmol/l, nőknél 4,5-7,9 mmol/l. Elfogadott tény, hogy 10 mmol/l feletti szint már fokozott cardiovascularis kockázatot jelent. (Kalina, 2004)

A homocystein, mint lehetséges rizikófaktor

Egy európai vizsgálat szerint a megemelkedett Hcy-szint a vascularis betegségek önálló, független rizikófaktor, hasonlóan a dohányzáshoz, a hyperlipidémiához, a diabetes mellitushoz, a hypertoniához, és az elhízáshoz.

A homocystein a felsoroltak káros hatását fokozza, együttes jelenlétük az atherosclerosis kockázatát többszörösére emeli. (Bogye és mtsai, 1999) A Hcy-szint emelkedésével a thrombogenesis veszélye is növekszik, fokozódik a thrombin képződése. A klinikai tanulmányok is azt igazolták, hogy a magas Hcy-szint és a vénás thrombosisok között összefüggés van. (Graham és mtsai, 1997; Czeizel és Matos, 1998; Márk és mtsai, 2001) Újabb összefüggést találtak az értelmi képesség és a plazma Hcy-szint között, ez a folsav, B₁₂, B₆ és B₂ vitamin hiányakor is emelkedhet. Randomizált kontrollált vizsgálatban emelkedett Hcy-szint mellett B₁₁ vitamin adásával javulást tapasztaltak a depressziós pácienseknél. (Kalina, 2004; Szollár, 2000) Az alacsony B₁₁ vitamin fogyasztás és a vastagbélrák összefüggésére több epidemiológiai vizsgálat utal mindkét nemből. A magas Hcy-szint fokozott kockázatot jelenthet az endometriális, a méhnyak, az emlő és az ovárium malignus tumorainak kialakulására. A tüdő és pancreas tumorok férfiaknál jelentkeznek gyakrabban hyperhomocysteinaemiában. A várandósság során a placenta erei gyakori érintettséget mutatnak a Hcy emelkedésekor, amely egyrészt korai lepényleválásban, másrészt a méhen belül fejlődő magzat növekedésének visszamaradásában nyilvánulhat meg. Az ismételt spontán vetélésen átesett nőknél is gyakoribb a hyperhomocysteinaemia. A fejlődési rendellenességek közül az idegcső-záródási rendellenességek (anencephalia, encephalocele, spina bifida cystica/aperta) gyakrabban fordulnak elő magas Hcy-szint mellett. (Czeizel és Kalina, 2003)

A homocystein-szintet befolyásoló tényezők

Az emelkedett Hcy-szintnek általában több oka lehet, mint például életmódbeli sajátosságok, betegségek, genetikai eltérés, vitaminhiány és iatrogén ok.

Ezek között szoros összefüggés figyelhető meg. A vizsgálatok szerint a cigaretta egyértelműen emeli, a mérsékelt alkoholfogyasztás

csökkenti, a rendszeres krónikus alkoholbevitel viszont emeli a plazma Hcy-szintjét. A sok kávé (>9 csésze kávé/nap), a szigorú vegetáriánus étrend, a stressz, az alacsony vitaminbevitel szintén emelheti, míg a tea fogyasztása, a mérsékelt, rendszeres testmozgás csökkenti a Hcy-szintet. Nőknél a menstruációs ciklus során is változik a Hcy-koncentráció, a follicularis fázisban emelkedik, a terhesség második trimeszterében a kiindulási érték felére csökkenhet a plazmakoncentráció. (Czeizel és Kalina, 2003)

A betegségek is befolyásolhatják a plazmában a Hcy-koncentrációt. Mindenféle gastrointestinális megbetegedés, veseelégtelenség, 2-es típusú diabetes, hyperthyreosis, autoimmun megbetegedések, genetikai eltérések emelik a Hcy-szintet, ugyanakkor az 1-es típusú diabetesnél a glomeruláris hyperfiltráció miatt akár alacsonyabb is lehet, mint a normál szint.

Megfigyelték, hogy a kéjgázzal történő altatás után a Hcy-szint emelkedik, de ennek mechanizmusa nem ismert. Gyógyszerek közül a methotrexat, az antikonvulzív szerek, anti-epileptikumok, a diabetesben alkalmazott biguaninok, az orális fogamzásgátlók, a lipidcsökkentők közül a gyanták, a nikotinsav és fibrátsavak emelik, míg a statinok csökkenthetik a Hcy-szintet a plazmában. (Márk és mtsai 2001; Debreceni, 2001)

A hyperhomocysteinaemia csökkentésének lehetőségei

A Hcy-szint csökkentése az említett folsav és B-vitaminok révén érhető el, melyre három lehetőség adott.

1. B-vitaminokban dús táplálkozás
2. A szükséges mennyiségű B-vitamin tabletták szedése

3. A liszt vagy kenyér vitamindúsítása.
A magyar lakosság B₁₂ vitamin fogyasztása jónak mondható, a B₂ és B₆ vitamin fogyasztása viszont már elmarad a kívánatostól, a folát fogyasztása pedig nagyon alacsony, ezáltal a vitamindús táplálkozással nem igazán oldható meg a probléma. A B-vitamin tabletták szedése

megoldható, de a forgalomba lévő „multivitamin” készítmények ára magas, ezért csak a jobb módú emberek vállalkoznak hosszú távú szedésükre.

A fejlődési rendellenességek elsődleges kivédését „magzatvédő vitamin” fogamzás előtti szedésének elkezdésével remélik, erre viszont csak azok képesek, akik megtervezik terhességüket.

Az USA-ban 1998. január 1-je óta kötelező a liszt folsavval történő dúsítása, ugyanebben az évben Magyarországon a kenyér B-vitammal történő dúsítása mellett döntöttek. (Bernát és mtsai, 2001; Czeizel és Kalina, 2003)

Hipotéziseim

1. Feltételezem, hogy sok egészségügyi dolgozó még nem hallott a homocysteinről, mint lehetséges rizikófaktorról, annak ellenére, hogy a gyulai Pándy Kálmán Kórház Központi Laboratóriumában 2003. májusa óta végzik a plazma Hcy vizsgálatát.

2. Úgy gondolom, hogy azoknak az egészségügyi dolgozóknak az ismeretei is hiányosak, illetve csak saját klinikai területre lokalizálódnak, akik már találkoztak munkájuk során a Hcy-vel.

A vizsgálat célja

A Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórházban különböző klinikai területeken felmérni az egészségügyi dolgozók ismereteit a Hcy-nel, annak hatásával, a kezelési lehetőségekkel kapcsolatban.

Kérdőíves felmérés

Kérdőíves felmérésem a Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház különböző klinikai jellegű osztályain végeztem. A vizsgálandó egészségügyi dolgozók körében 225 kérdőívet osztottam ki, kitöltés után 156 kaptam vissza, melyből valamennyi értékelhető volt. 49 darab kitöltetlenül érkezett, 20 darabot

nem küldtek vissza. A kérdéscsoportok feldolgozása a leíró statisztika, nominális kategória módszerével történt. Kérdőívem 16 kérdést tartalmazott, a vizsgálat legfőbb kérdéscsoportjai a következők voltak:

1. A munkavégzéssel kapcsolatos adatok

- beosztás
- egészségügyben eltöltött idő
- az osztály jellege, ahol dolgozik

2. A Hcy-vel kapcsolatos ismeretek

- tájékozottság
- „hírforrás” megnevezése
- a Hcy-szint emelkedését kiváltó tényezők megnevezése
- a Hcy-szint emelkedés betegségekkel való összefüggéseinek ismerete

3. Megelőzéssel, szűréssel kapcsolatos ismeretek

- használatban lévő készítmények megnevezése
- szűrések fontossága
- népegészségügyi programban lefektetett megelőzés ismerete

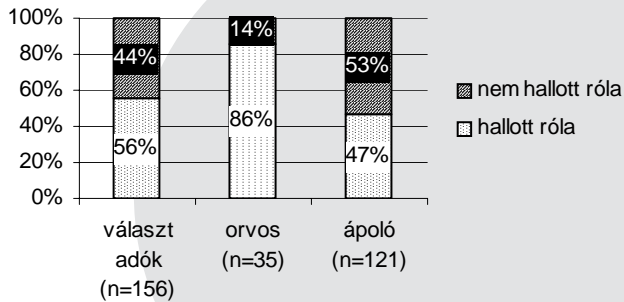
A vizsgálat eredményei

A kérdőívre válaszoló 156 fő közül 121 ápoló (78%) és 35 orvos (22%) volt. Az összes kitöltött kérdőív alapján 56% (87 fő) hallott a Hcy-ről, mint lehetséges új rizikófaktorról, 44% (69 fő) pedig még nem hallott róla. Az igennel válaszolók közül 66% (57 fő) ápoló és 34% (30 fő) orvos volt. A nemmel válaszolók 93%-a (64 fő) ápolóként dolgozik, 7% (5 fő) pedig orvos. Más megközelítésben a választ adó ápolók 47%-a hallott, 53%-a nem hallott a homocysteinről. A válaszoló orvosok között 86% az igen, és 14% a nem válaszok aránya. (1. ábra)

Belgyógyászati jellegű osztályokon összesen 90 db kérdőívet osztottam ki, kitöltve 63-at kaptam vissza. A vizsgálatban részt vett az I. Belgyógyászat-Endokrinológia, II. Belgyógyászat-Kardiológia, III. Belgyógyászat-Gastroenterológia, Kardiológiai rehabilitáció, Onkológiai Központ és Neurológia.

A visszakapott kérdőívekből kiderült, hogy a 63 belgyógyászati jellegű osztályon dolgozó

A homocystein ismeretének aránya az összes válasz alapján



1. ábra

munkatársból 77% (47 fő) hallott a Hcy-ről, ebből 29 fő ápoló, 18 fő orvos. (2.,3.ábra)

A 23% (16 fő), aki nem hallott a Hcy-ről, ápolóként dolgozik.

Sebészeti jellegű osztályokon - az Általános Sebészet, Érsebészet, Urológia - 45 db kérdőívet osztottam ki, melyből kitöltés után 34-et kaptam vissza. A 34-ből 24% (8 fő) orvos és 76% (26 fő) ápoló töltötte ki. Hallott a Hcy-ről 50% (8 fő orvos, és 9 fő ápoló), nem hallott még róla 50% (17fő) ápoló. (2.,3.ábra)

Kisklinikumi osztályokon - Szemészet, Fül-Orr-Gégészet, Szülészet-Nőgyógyászat és Pszichiátria -, összesen 90 db kérdőívet osztottam ki, melyből kitöltés után 59-et kaptam vissza. A válaszadók közül 85% (50 fő) ápoló és 15% (9 fő) orvos volt. Hallott a Hcy-ről 39% (4 fő orvos és 19 fő ápoló), nem hallott róla 61% (5 fő orvos és 31 fő ápoló). (2.,3.ábra)

Az eredmények és a hipotézis összevetése

Felmérésemben a Hcy-nel, mint lehetséges új rizikófaktorral kapcsolatos tájékozottságot, az ismeretszerzés módját, az érdeklődés szintjét vizsgáltam egészségügyi dolgozók körében a Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház területén, Gyulán.

Feltételezésem, miszerint az említett

kórház Központi Laboratóriumában 2003. májusa óta új vizsgálatként bevezetésre került a plazma Hcy-szint vizsgálata, ennek ellenére az általam vizsgált klinikai területeken az egészségügyi dolgozók jelentős része még nem hallott a Hcy-ről, mint lehetséges új rizikófaktorról, beigazolódott. A vizsgálatból kiderült, hogy a kitöltés után visszakapott 156 db kérdőív kitöltőjének 56%-a hallott a Hcy-ről, 44%-a viszont egyáltalán nem hallott róla. A válaszadók 78%-a ápoló, és 22%-a orvos.

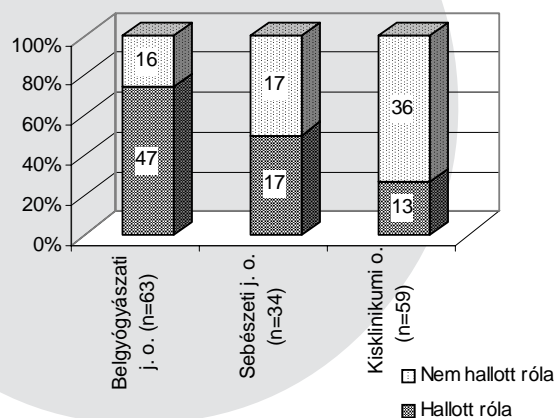
A kérdőívemben feltett kérdésekre kapott válaszok alapján az is kiderült, hogy azoknak az egészségügyi dolgozóknak az ismerete is túlnyomórészt saját klinikai területre lokalizálódik, akik már valamilyen formában hallottak a homocysteinről.

Dolgozatom elkészítésében nem csupán az ismeretek felmérése volt a célom, hanem azoknak az egészségügyi dolgozóknak az érdeklődését is szerettem volna felkelteni, akik nem találkoztak még munkájuk során a plazma Hcy-szint vizsgálatával. A vizsgált területen, elsősorban belgyógyászati jellegű osztályokon történtek munkahelyi szűrővizsgálatok a plazma Hcy-szintről, valószínűleg éppen ezért, az ilyen jellegű osztályokon hallottak a legtöbbet róla.

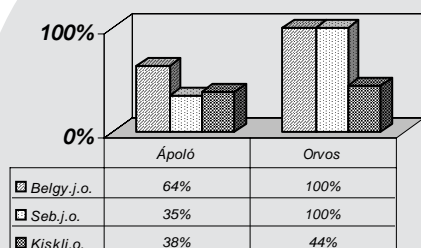
A sebészeti jellegű és kisklinikumi osztályon,

2. ábra

Az egyes területeken dolgozók ismerete a homocysteinről



A homocystein ismeretének aránya az egyes területeken választ adók körében



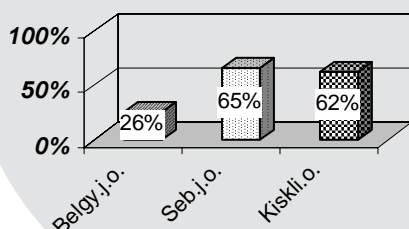
3. ábra

elsősorban ápolóként dolgozó egészségügyi személyzet közül sokan nem hallottak a Hcy-ről (4. ábra), sokan tudás hiányában a kérdőív elolvasása után el is zárkoztak a válaszadástól, ilyen módon 49 db kérdőívet kaptam vissza kitöltetlenül, 20 db-ot pedig egyáltalán nem. Ezen ellenállással szemben viszont örömmre szolgált, hogy az említett klinikai területeken felkeltettem néhány ápoló érdeklődését, és a kérdőívem kitöltéséhez utána olvasott a témának.

Ily módon sikerült bővítenem 20 fő, elsősorban Pszichiátria, Urológia és Érsebészeti Osztályon dolgozó ápoló, és műtősnő ismeretét.

4. ábra

A homocystein ismeretének hiánya a különböző területeken választ adó ápolók körében



Összefoglalás, következtetések

Egyre több tudományos előadás, publikáció foglalkozik napjainkban a Hcy-nel, mint lehetséges új rizikófaktorról. A vizsgálatok alapján feltételezhetjük, hogy ennek a rizikófaktornak a jelentősége nem kicsi, viszont laboratóriumi meghatározása még elég magas költséget (3000 Ft/vizsgálat) jelent ahhoz, hogy a koleszterinszint meghatározáshoz hasonlóan rutinszerű bevezetésre kerüljön. Az epidemiológiai vizsgálatok eredményét tekintve feltételezhetjük, hogy a jövőben, a kutatásban szereplő intézményben is egyre elterjedtebbé válik a meghatározása, és rövid időn belül éppúgy, mint napjainkban a magas koleszterinszint károsító hatása, ismertté válik mind az egészségügyi dolgozók, mind a laikusok számára. A Hcy még keresi a helyét a cardiovascularis prevencióban, arra vannak bizonyítékok, hogy az emelkedett szintje esetén gyakoribb a cardiovascularis események valószínűsége, viszont még hiányzanak azok a vizsgálatok, melyek azt igazolnák, hogy a Hcy-szint gyógyszeres csökkentése ritkábbá teszi ezeket az eseményeket. Ennek ellenére úgy érzem, hogy ez egy olyan terület, mellyel érdemes foglalkoznom.

Irodalomjegyzék

- Bernát, S. I., Pongrácz, E. és Gonda, F (2001) Homocystein és arteriosclerosis. *Cardiologia Hungarica*, 4, 315-319
- Bogyó, G., Alfthan, G., Aro, A. és mtsa (1999) Egészséges középkorú férfiak plazma homocystein koncentrációja és ennek feltételezett kapcsolata a szív-és érrendszeri halálozással. *Orvosi Hetilap*, 140(28), 1573-1577
- Czeizel, E. és Matos, L (1998) Hyperhomocysteinaemia szerepe az egyes érrendszeri betegségek kórértékében. *Orvosi Hetilap*, 139, 2191-2196

4. Czeizel, E. és Kalina, Á. (2003) A hyperhomocysteinaemia és következményeinek népegészségügyi szintű korlátozása. *Orvosi Hetilap*, 40, 1981-1989.
5. Debreceni, L. (2001) Homocisztein- az érrelmeszesedés rizikófaktora. *Orvosi Hetilap*, 142, 1439-1444.
6. Gibson, J. B., Carson, N, A, J. és Neill, D. W. (1964) Pathological findings in homocystinuria. *Journal Clin. Path*, 17, 427-437
7. Graham, I. M., Daly, L. E., Refsum, H. M. és mtsai (1997) Plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease. The European concerted action project. *JAMA*, 277, 1775-1781.
8. Kalina, Á. (szerk.) Császár A (2004) *Atherosclerosis Sinergo* kiadó Budapest, pp. 148-155.
9. Márk, L., Erdei, F., Márki-Zay, J. és mtsai (2001) A plazma homocisztein vizsgálata ischaemiás szívbetegekben. *Orvosi Hetilap*, 142, 1611-1615
10. Szollár, L. (2000) Homocystein és atherosclerosis. *Granum*, 3, 19-21.

New risk factor homocysteine

Hanyecz, T.

The aim of the study

The purpose of this survey is to assess the level of healthcare workers' awareness of homocysteine (Hcy), as a new risk factor.

Study methods, sample population

I conducted my research using a questionnaire. A total of 156 of the 225 questionnaires distributed at various clinic-style departments within the Békés County (Pándy Kálmán) Hospital were returned completed and suitable for evaluation. Of the respondents 121 (78%) were nurses, and 35 (22%) were doctors.

Results

A total of 56% (87 persons) of the healthcare workers who replied had heard of Hcy as a new risk factor, while 44% (69 persons) had not.

Conclusions

Despite the fact that measurement of plasma Hcy was introduced as a new test at the Central Laboratory of the Békés County Hospital, many of the healthcare staff working at this institution were not aware of its status as a possible risk factor.

(NŐVÉR, 2005, 18, 2, 25-30)

Keresse a NŐVÉR folyóiratot az interneten is!
<http://www.eski.hu/weblap/nover/novindex.htm>



A féloldali tüdőeltávolítás műtéten átesett betegek ápolása

Sági Teodóra

osztályvezető főnővér, Markusovszky Kórház, Mellkassebészeti Osztály, Szombathely

Összefoglaló

A Markusovszky Kórház Mellkassebészeti Osztályán 1999. jan.01.-től 2003. dec. 31.-ig terjedő időszakban 4431 beteget ápoltak, 1835 ún. „nagy mellkasi műtét” történt, melyből 322 féloldali tüdőeltávolítás (pneumectomia) volt.

Az osztályon a gyógyító tevékenységet team munka keretében végzik, melynek résztvevői az orvos, az ápoló és a fizioterapeuta. Rendkívül fontos a team tagjainak szoros együttműködése.

A szerző beszámol a gyógyító munka szerves részét képező ápolási tevékenységről, bemutatva a tüdőműtéten, különösen a pneumectomia műtéten átesett betegek intenzív megfigyelését, a műtét előfordulásának gyakoriságát, jellemzőit.

A beteg sorsát jelentős mértékben meghatározza az esetleges szövődmények időben történő felismerése, amelyben az ápoló megfigyelésének döntő szerepe van. A jól képzett ápolónő gondos klinikai észlelését semmiféle gépi berendezés nem pótolhatja.

Bevezetés

Hazánkban a mellkassebészeti osztályokat a II. Világháborút követő években a jelentősen megnövekedett számú TBC-s megbetegedések miatt alakították ki, általában a tüdőgyógyászati intézetek mellé rendelve. A 60-as évektől az ugrásszerűen emelkedő tüdődaganatos megbetegedések miatt változott a műtéti beavatkozások jellege, és egyre nagyobb számban végeztek csonkító tüdőresectiókat.

A Szombathelyi Markusovszky Kórház Mellkassebészeti Osztályán 2000. január.1-től 2004. december 31-ig 4431 beteget ápolunk. Betegeink közül 1835-en ún. "nagy mellkasi műtéten" estek át, melyből 322 (18%) féloldali tüdőeltávolítás (ún. pneumectomia), 1513 (82%) lebenyeltávolítás (ún. lobectomy) történt.

Osztályunkon a gyógyító tevékenységet team munka keretében végezzük, melynek résztvevői

az orvos, az ápoló és a fizioterapeuta. Mint minden operatív gyógyító szakmában, itt is rendkívül fontos a szoros együttműködés.

Műtét előtt

A műtéti előkészítés ápolási szempontból megegyezik az általános műtéti előkészítéssel, de emellett különös gondot fordítunk arra, hogy a beteg tüdőt műtetre alkalmas állapotba hozzuk. A szövődmények elkerülése érdekében fontos, hogy műtét előtt a beteg legalább 1 hete **ne dohányozzon!** A szomatikus felkészítés mellett a pszichés felkészítésre is fokozott figyelmet kell fordítani, melyben fontos szerepe van az ápolónak. A részletes tájékoztatás szóban és írásban történik. Orvosi rendelés szerint antibiotikus előkészítést és trombozisz profilaxist alkalmazunk. A szövődménymentes kórlefolyás szempontjából nélkülözhetetlen a funkcionális előkészítés, a légzéstorna. Alapvető feltétel a

tervezett műtét után várható kielégítő légzésteljesítmény, amelyet a légzésfunkciós vizsgálatok pontosan tisztáznak. Az ismételt gyakorlás felszabadítja a légzési tartalékot, a gázcsere élénkül, a vénás keringés is javul. Alapvető feltétel a tervezett műtét után várható kielégítő légzésteljesítmény, amelyet a légzésfunkciós vizsgálatok pontosan tisztáznak.

A leromlott állapot, a rosszul tápláltság a műtéti teherbírást csökkenti. Szükség esetén dietetikus bevonásával a beteget műtét előtt roboráljuk, kalória és vitamindús étrendet adunk. A műtéti előkészítésnek nagy szerepe van a műtét sikeres kivitelezésében.

Műtét

A műtétet intratrachealis narcosisban végzik, relaxált betegen. A műtéti eljárás feladata a beteg lebeny, illetve a féloldali tüdő eltávolítása a környező nyirokcsomókkal együtt. Ritka kivételtől eltekintve posterolateralis standard thoracotomiát végeznek a sebészek. Pulmonectomia után egyetlen 12-15 mm átmérőjű vastag draint helyeznek az üreg mélyére úgy, hogy a benthagyott, mintegy 10-12 cm-es drainszakaszt, 2-3 oldalnyílással látják el. Ennek a drainnek az aktív szívása tilos! (Aktív „erős” szívás a mediastinum helyzetét megváltoztatja, ezáltal az erek helyzete is megváltozik és a beteg keringése felborul).

1. ábra

„Bülau-szívás”



szoros megfigyelés!
vérzés ?

folyadékszint jelölése

Műtét után

A posztoperatív szobában helyezik el az ébredő, frissen operált betegeket. Itt a szakmailag jól felkészült, rátermett és minden tekintetben megbízható ápolónök teljesítenek szolgálatot.

Műtét után ún. Bülau-szívást alkalmaznak.

Egyszerűsége miatt ma is jól használható. A Bülau-rendszerben a palackot a beteg mellkas-szintje alá helyezik, ezáltal a közlekedő edények fizikai törvénye szerint érvényesül a szívóhatás (4-5 vízcm). A folyadék belégzés kori visszaráramlását a palackban víz alá merített „befolyó szárban” lévő vízoszlop hidrosztatikai nyomása gátolja meg. A palackba történő zavartalan váladékürülést a külső nyomás irányában kiegyenlítést végző ún. kiegyenlítő üvegcső végzi.

A beteg számára a műtét napján folyadékot adunk, másnap könnyű, nem puffasztó ételeket. A mellkasi műtéten átesett betegek étrendje könnyen emészthető legyen. A bélműködés megindulása után a dietetikus fehérje- és szénhidrátdús, salakszegény étrendet állít be. A szénsavas italok kerülendők, mert a légtelt gyomor a rekeszt felnyomja, a légzőfelületet csökkenti, és szívpanaszokat válthat ki. Fontos, hogy erre felkészítsük a beteget és környezetét is. Oktassuk a beteget az egészséges életmódra, mely hozzájárul ahhoz, hogy megjavítsa, fenntartsa, módosítsa vagy erősítse az egészséggel kapcsolatos szokásokat. A beteg oktatása a család bevonásával történik.

Az orvos utasítása alapján a beteg rendszeresen kap fájdalomcsillapítót, hogy a seb fájdalom miatt ne tartsa vissza a köhögést, és merjen mélyet lélegezni. A nagy fájdalom miatt általában kábító hatású fájdalomcsillapítókra van szükség az első két napon, majd más típusú fájdalomcsillapítókra térünk át. A fájdalom szint mérő skálák nagy segítséget nyújtanak számunkra a beteg fájdalmának megítélésében. Osztályunkon a numerikus osztályozó skálát használjuk, a beteg 1-től 10-ig számmal jellemzi fájdalmát.

A műtét utáni ápolás legfontosabb feladatai

1. Bülau-„szívás”

A palackon megjelöljük a folyadék eredeti szintjét, így a szintkülönbségből nagy mennyiségű vérvesztésről, folyadékvesztésről kaphatunk információt. Előnye: vérzés esetén gyors beavatkozás, alacsony szívási mód. (1. ábra)

Gyakori ellenőrzést igényel (naponta 3-4-szer, beteg állapotától függően többször) a drain állapota, helyzete (a visszaáramlás megakadályozása, a cső ne törjön meg), a csövek átjárhatósága, épsége, és az ürülő váladék mennyisége, színe. Az ellenőrzések által kapott információkat, az ellenőrzések időpontját minden esetben dokumentálni kell, ennek eszköze a napi észlelőlap.

2. A beteg fektetése

A tüdőműtét után a beteget félig ülő helyzetben fektetjük, hogy a légzését, valamint a légúti váladék kiürítését megkönnyítsük. Pulmonectomisált beteg enyhén az operált oldal felé dől, hogy az ellenkező oldalon lévő ép tüdőt ne érje károsodás. Az eltávolított tüdő helyén folyadék felszaporodását észleljük, mely „nyomhatja” a másik oldalt. (2. ábra)

A beteg fektetése

- félig ülő helyzet
- a pulmonectomisált beteg enyhén az „operált oldal” felé dől

2. ábra



3. Infúziós terápia

A tüdőműtétek jelentős vér-és folyadékvesztéssel járnak, a vér és a folyadék pótlásáról gondoskodni kell. A folyadék- és elektrolit-hiányt mennyiségileg és minőségileg célzott infúziós terápiával pótoljuk. Pulmo-

nectomisált betegnél is fontos az infúziós terápiát orvosi utasításnak megfelelően, pontosan alkalmazni. A keringési rendszer megváltozása miatt ügyelni kell a lassú parenterális folyadék pótlásra, hogy a keringést ne terheljük, és a tüdőödéma kockázatát megelőzzük (Pulmonectomia után felborul a keringés megszokott egyensúlya, hiszen a pulmonalisán átáramló vér már csupán kb. 50%-nyi érkeresztmetszeten folyik át, így jelentősen nő a filtrációs nyomás, a tüdőödéma kialakulásának magas a kockázata). (3. ábra)

4. Az oxigénterápia lehetőségei

Mellkasi műtétek után minden esetben oxigén belélegeztetést alkalmazunk orrnyílásokba vezetett katéteren vagy maszkon keresztül. Az oxigén kiszáritja a légutak nyálkahártyáját, ezért nedvesítés céljából steril élettani konyhasóoldatot tartalmazó palackon áramoltatjuk át. Az oxigénterápia adagolási módját, mennyiségét az orvos határozza meg.

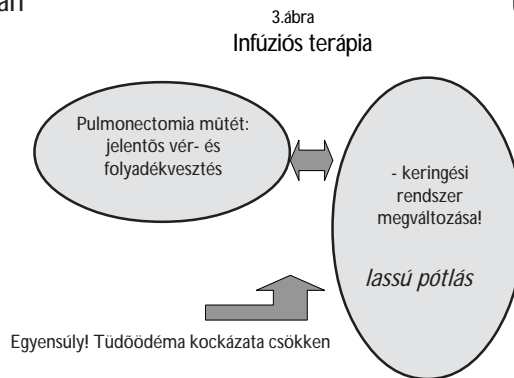
Amennyiben elégtelen az O_2 belélegeztetés, úgy Intenzív Részlegünkön non-invazív respirátor segítségét is igénybe vesszük.

Nagy segítséget jelent, hogy az elmúlt években valamennyi ágy mellett elérhetővé vált a központi oxigénellátás.

5. Monitorizálás:

A beteget szoros ápolói megfigyelés alá vonjuk, és a megfigyelés dokumentálása céljából napi észlelőlapot vezetünk, amelyen a félóránként ellenőrzött vérnyomást, pulzust, légzést, oxigén saturációt, a gyógyszerelést, a bevitt és ürített folyadék mennyiségét pontosan jegyezzük. Pulmonectomia után naponta 12 elvezetéses EKG-t készítünk. A beteg állapotának figyelemmel kísérését segíti a betegellenőrző monitorok

alkalmazása és a pontosan vezetett ápolási dokumentáció. A helyzetfelmérés folyamatos, amelyet az ápoló minden alkalommal elvégez, valahányszor a beteggel kapcsolatba kerül. Az újonnan szerzett adatok a beteg új szükségletei alapján módosíthatják az ellátási terveket. Az ápolás protokoll szerint történik, de a napi ápolási tervek előrevetítik az egyénre szabott ápolás kivitelezését. A szakszerű ellátás a szakszerű dokumentálásban is nyomon követhető. Az ápolási folyamat szabja meg az ápolási tevékenységet, és ezért a jó dokumentációban a beteg ápolási folyamatának egyénre szabott lépései tükröződnek a felméréstől az értékelésig.



alkalmazásával, végső esetben naso-trachealis vagy bronchofiberoscopes leszívással érhetünk el. A felszaporodó légúti váladék következményes légtelenséget -atelectasiát- okoz a hörgő által ellátott tüdőrészen. Ha az aspirált vér és a hörgőváladék a hörgőket elzárja, könnyen alakul ki pneumonia! Ha a légúti váladék felszaporodik, vagy a légzés elégtelen, azonnali beavatkozásra van szükség! Ennek korai felismerésében és megelőzésében fontos szerepe van az ápoló munkájának.

Műtét utáni szövődmények

A beteg további sorsát jelentős mértékben meghatározza az esetleges szövődmények időben történő felismerése, amelyben az ápoló megfigyelésének döntő szerepe van. A jól képzett ápolónő gondos klinikai észlelését semmiféle gépi berendezés nem pótolhatja!

Milyen szövődményeket észlelhetünk?

- Mellüregi vérzés: a komplikációt a még meglévő drainen ürülő nagyobb mennyiségű vér jelzi. A cső kivétele után a belső vérzés tünetei (sápadtság, szapora pulzus, vérnyomásesés) utalnak a szövődményre.

- A hörgőcsont kinyílása: a tüdőresectiók legsúlyosabb szövődménye. A korai csontkinyílás a 4.-7. napon, a késői hetek múlva következhet be. Az addig panaszmentes beteg hirtelen köhögési roham kíséretében nagyobb mennyiségű híg, gyakran véres köpetet ürít. Légszomj, cianosis jelentkezik, a pulzus alig tapintható, és a beteg állapota gyorsan romlik. Teendő: a mellüreg azonnali drainálása. A hörgőcsont elégtelensége pyothorax-ot (gennymellúség) okozhat.

6. Csapolás

A drain eltávolítása után a mellüregben fiziológiásan savós folyadék szaporodik fel. Amennyiben ennek szintje jelentősen megemelkedik, ill. tünetek (dyspnoe, hőemelkedés, expectorálási nehezítettség) jelentkeznek, úgy szükségessé válhat a mellüri csapolás. Az ápoló feladata az aseptikus körülmények között végrehajtható mellkascsapolás eszközeinek folyamatos biztosítása, szükség esetén segédkezés a beavatkozásnál. A lecsapolt váladékot minden esetben bakteriológiai tenyésztésre küldjük

7. Intrabronchialis váladék kiürítése

A mellkasi beavatkozások után a légúti szövődmények kialakulásának kockázata (bronchitis, gócos tüdőgyulladás) gyakoribb, mint más beavatkozásnál. Megelőzésükben jelentős szerepe van a váladék kiürítésének, melyet köptetéssel, köptető és nyákkoldó gyógyszerek adásával, kamillás inhalálással, gépi inhalátorok

Változások az ellátás szemléletében

- **Antibiotikumot** 20 évvel ezelőtt (első generációs) a műtéti szövődmények elkerülése érdekében 5-6 napig adtak osztályunkon a műtétek után, jelenleg (3. generációs) profilaxisként adjuk.

- **A beteg észlelése** 20 éve óránként végzett vérnyomás, pulzus, légzésszám ellenőrzésből, naponta egyszeri vérgáz vizsgálatból állt, napjainkban intenzív monitorizálást végzünk, melynek eszköze a betegellenőrző monitor, amely a vitális funkciókat folyamatosan méri.

- **Mellkasi „örcső”** használata: régen nem használták, így nehezebben észlelték a vérzéses szövődményeket. Napjainkban minden pulmonectomisált betegnél alkalmazzuk.

- **Légúti váladék fellazítása:** 20 éve csupán kamillás inhalálást alkalmaztak. Manapság is használjuk a kamillás gőzölést, azonban minden mellkasi műtéten átesett betegnél gépi inhalálást is bevezettünk, amellyel orvosi utasításnak megfelelően köptetők, antibiotikumok juttathatók be a légutakba. Munkánkat légzőtornával a fizioterapiás szakember is segíti.

- **Oxigénterápia:** 20 évvel ezelőtt egyedi palackos módszerrel történt. Hátránya volt: a palack rövid időn belül kifogyott. Napjainkban minden ágy mellett központi oxigén található.

- **Thrombosis profilaxis:** 20 éve – Na- Heparin mellett - gyakoribbak voltak a vérzéses szövődmények, jelenleg kismolekulájú véralvadásgátló készítményeket adunk, a szövődmények csökkentek.

Összefoglalás

A 20 évvel ezelőtti orvosi és ápolási tevékenységhez képest igen sokat változtak a gyógyítás és az ápolás minőségi, technikai követelményei. Megnőtt az ápolás szerepe, jelentősége, és nélkülözhetetlenné vált a csapatmunka, korszerűbbé vált a gyógyítást és az ápolást segítő eszközrendszer. Mindehhez tudatos, jól képzett szakemberekre van szükség, akik mély empátiával és odaadással gondoskodnak a rájuk bízott betegekről. A jól képzett, felkészült ápoló képes az operált betegek állapotában bekövetkező változásokat idejében észlelni, így az ápolási tevékenység mellett jelentősen hozzájárul az orvos gyógyító tevékenységéhez is.

The nursing of post-pulmonectomy patients

Sági, T.

Some 4431 patients were treated at the Pulmonary Surgery Department of the Markusovszky Hospital in the period from 1 January 1999 to 31 December 2003. A total of 1,835 underwent "major chest operations," of which 322 involved the removal of a lung (pulmonectomy).

The medical work is conducted by a team consisting of a doctor, a nurse and a physiotherapist. Close teamwork between the medical staff on the ward is of key importance.

The author gives an account of the nursing that constitutes an integral part of the treatment, involving the intensive monitoring of patients who have undergone lung surgery, especially pulmonectomy, as well as the frequency and characteristics of the operation itself.

The patient's recovery is largely dependent on the timely recognition of any possible complications. The observations of nurses play a key role in this. There is no machine that can substitute for the clinical observations of a well-trained nurse.

(NÖVÉR, 2005, 18, 2, 31-35.)



Consortium of institutes of Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe

A napokban került megrendezésre a COEHRE (Consortium of Institutes of Higher Education in Health Care and Rehabilitation in Europe) 2005. évi konferenciája, melynek, Magyarországon először a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kara adott otthont.

A Főiskolai Kar 2003 óta tagja a COEHRE-nek, mely szervezet 1990-ben alakult Ghent (Belgium) székhellyel az Európai Unió és az Erasmus program támogatásával. Kezdetben 8 európai intézmény volt a tagja. Jelenleg 15 európai ország 41 intézményét tudhatja tagjai sorában.

Filozófiája és fő célkitűzése az egészségügyi felsőoktatás minőségének összehangolt fejlesztése Európában, a diplomák összehasonlíthatóságának és átláthatóságának a biztosítása, az európai közös jellemzők és nemzeti sajátosságok áttekintése, megértése és terjesztése.

Mindezek alapján, a nemzetközi mobilitás fokozása, az internacionális, multikulturális és interprofesszionális attitűdök fejlesztése. Érdeklődése középpontjában van a curriculumok és kurzusok áttekintése, az akadémiai és a szakmai végzettségek pontos felismerése. Új, nemzetközi oktatási profilok kialakításában való közreműködés.

A célkitűzések alapján az évről évre meghatározott feladatok megvalósításához szoros kapcsolatot tart az oktatásban érdekelt valamennyi résztvevővel, beleértve a felhasználói oldalt is, továbbá az Európai Parlament Oktatási Bizottsága és az Erasmus program által támogatott a TUNING projecttel. Módszereiben kiterjedten használja az internetes tematikus hálózatokat.

A COEHRE évente más és más tagországban rendezi közgyűlését és éves tudományos konferenciáját, mely a személyes tapasztalatcserére, és az eredmények közös megismerésére is lehetőséget ad.

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kara azért kérte felvételét a konzorciumba, mert a Bolognai-folyamat napirenden lévő megvalósulása során átértékelendő küldetése nem nélkülözheti az élő, napi európai kapcsolatokat és innovatív tapasztalatokat sem. Ugyanakkor a Karon folyó folyamatos fejlesztő munka, a több évtizedes egészségügyi felsőoktatási tapasztalata, egyéb nemzetközi kapcsolatai érdeklődésre tarthatnak számat a konzorcium tagjai sorában.

Ezt bizonyítja, és egyben minősíti munkánkat, hogy felkérést kaptunk a COEHRE 2005. évi európai éves közgyűlésének és konferenciájának a megrendezésére, mely március 31. és április 2. között zajlott a Főiskolai Kar épületében.

A konferencia fő témakörei az alábbiak voltak:

- Curriculum fejlesztés
- Hallgatói és oktatói mobilitások fokozása
- Közös minőségi standardok kidolgozása
- Kredit transzfer realizálása
- Új képzési programok közös kidolgozása
- Tudományos együttműködés

A konferenciát Prof. Dr. Mészáros Judit a főiskola főigazgatója nyitotta meg, egy welcome party keretében, szeretettel üdvözölte a résztvevőket, és eredményes tanácskozást kívánt.

Prof. Dr. Tulassay Tivadar nyitó beszédében üdvözölte a kongresszus résztvevőit, majd hangsúlyozta, hogy a Semmelweis Egyetem legfiatalabb tagja az Egészségügyi Főiskolai Kar, melynek új otthona (Vas u. 17.) a legszebb hazai intézmény. Kitért a Bolognai - felsőoktatási reformra, amely az egészségügyi felsőoktatási területen is megvalósítja a kétszintű BSc és MSc képzést.

Prof. Dr. Forgács Iván az európai országokat összehasonlító, elemző megnyitó előadásában hazánk és az EU tagországok egészségügyi állapotát az egészségügyi ellátó rendszer humán erőforrásait vázolta, a hazai bruttó össztermék (GDP) függvényében.

A 3 napos konferencia egy teljes napján a hazai egészségügyi felsőoktatásnak volt lehetősége – ugyancsak felkérésre – bemutatkozni.

A konferencia egyértelműen bizonyította, hogy a Főiskolai Kar aktív részvétele a COEHRE munkájában nemcsak az Egyetem számára hasznos és fontos, hanem túlmutat lokális érdekeinken is.

A konferencia záró értekezletén a COEHRE elnöke, Ian Graham elismeréssel szölt a három nap eseményeiről, köszönetet mondott Prof. Dr. Hollós Sándornak a szervező bizottság vezetőjének és munkatársainak a színvonalas, jól szervezett programokért, a konferencia magas színvonalú lebonyolításáért.



Heberling Éva



Az olasz munkaerő piac egyik vezető tanácsadó cégének

magyarországi leányvállalata **olaszországi munkavégzésre szakképzett és gyakorlatlaltal**

**rendelkező vagy pályakezdő
ÁPOLÓK, ÁPOLÓNŐK**

jelentkezését várja.

Amit kínálunk:-

- Magas kereseti lehetőség.
- Álláslehetőségek Olaszország egész területén.
- Díjmentes ügyintézés és segítségnyújtás a legális munkavállalás megkezdésével kapcsolatos adminisztrációs eljárások lebonyolításában, a szükséges engedélyek megszerzésében.
- Az olasz nyelv tökéletesítése érdekében ingyenes nyelvtanfolyam Olaszországban

Jelentkezését várjuk: ALI Munkaerőközvetítő Kft1063 Budapest, Szív u. 28

Tel: (1) 373 0713 Fax: (1) 373 0714, www.ali-hu.com

e-mail: info@ali.ehc.hu , jelentkezés@ali-hu.com

Hirdetés



Wir sind das führende Privatspital in Wien!

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/Pfleger

mit einem in der EU anerkannten Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege, perfekten Deutschkenntnissen und PC-Kenntnissen. Sie können von uns eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit erwarten, sowie aktive Unterstützung in der Umsetzung Ihres pflegerischen Know-Hows. Bezahlung erfolgt nach westlichen Standards. Die Wiener Privatklinik unterstützt Sie gerne bei der Wohnungssuche. Für die Zulassung zur Berufsausübung in Österreich nehmen Sie bitte alle Originaldokumente und Originalzeugnisse mit.

Wenn Sie von dieser Herausforderung überzeugt sind, freuen wir uns auf Ihre Bewerbung. Ihre schriftlichen Unterlagen senden Sie bitte an die Wiener Privatklinik,
z. Hd. Frau PDir. Marianne Fehringer, MAS, Pelikangasse 15, 1090 Wien,
fehinger@wpk.at, Tel. +43 1 40 180 DW 6778, www.wpk.at

Hirdetés

Fotópályázat

A Nővér folyóirat kiadója, az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet fotópályázatot hirdet.

A pályázat célja egészségügyi fotó archívum létrehozása a folyóirat számára.

A szerkesztőbizottságból és a kiadó képviselőiből álló zsűri a legjobb fotók közül választja ki az idei címlapfotókat és a folyóirat belső illusztrációit.

(A megjelentetett fotóknál a kép készítőjének nevét feltüntetjük.)

Pályázni lehet egyéni képekkel és sorozatokkal, az alábbi témákban:

- Ápolók az oktatásban (alap- és továbbképzésben)
- Ápolók a beteg otthonában
- Ápolók közreműködése a vizsgálatok során
- Ápoló és beteg kapcsolata a kórházban (kórterem, műtő, rehabilitáció stb.)
- Ápolók munkahelyi megbeszéléseken
- Látogatók a kórházban (nővérrel, beteggel)
- Ünnepek a kórházban

A pályázat díjai:

1. helyezett 20 ezer forint
2. helyezett 15 ezer forint
3. helyezett 10 ezer forint

Pályázati feltételek:

- Bemutatkozás és kapcsolat adatok megadása
- A fotót készítő személy írásos hozzájárulása a fotó közlésére
- A hozzájárulások csatolása (a kórháztól és a fotón szereplő személyektől)
- A fotó elkészítési dátumának és helyszínének megjelölése
- Technikai paramétereknek való megfelelés: min: 300 dpi
- Pályázati feltételek elfogadása

Jelentkezési határidő: 2005. május 31.

A pályázatokat szerkesztőségünk címére várjuk:

1088 Budapest, Szentkirályi u. 21.

1444 Budapest, Pf.: 278



FELHÍVÁS

A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Iroda

a **2005/2006. tanévben**

az Országos Képzési Jegyzékben szereplő
felsőfokú egészségügyi képesítést adó képzések indítását tervezi

INTENZÍV BETEGELLÁTÓ SZAKÁPOLÓ
GYERMEK INTENZÍV TERÁPIÁS SZAKÁPOLÓ
ONKOLÓGIAI SZAKÁPOLÓ

ANESZTEZIOLÓGIAI SZAKASSZISZTENS
PULMONOLÓGUS-ALLERGOLÓGUS SZAKASSZISZTENS
szakokon.

Jelentkezési határidő: 2005. május 02.

Az oktatás tanfolyamos formában folyik egy tanéven keresztül, heti egy alkalommal, azonos napon 8 oktatási óra. Az oktatás 09.00 órakor kezdődik. A hallgatók gyakorlati képzését egyénre szabottan, a munkahelyi vezetőjükkal egyeztetve tervezzük és szervezzük meg.

A képzés megkezdésének feltétele egy tudásszint felmérő feladatlap legalább 75%-os teljesítményű kitöltése, amelynek témakörei: anatómia, élettan és ápolástan.
A képzéseket legalább 20 főből álló tanfolyami csoport esetén indítjuk.

Az aneszteziológiai szakasszisztens,
intenzív betegellátó szakápoló, gyermek intenzív terápiás szakápoló és
az onkológiai szakápoló szakoknál „ápolói alap egészségügyi szakképesítésre épülő szakképzésben résztvevők elméleti oktatási költségeinek és vizsgadíjának állami forrásból történő támogatására” pályázatot nyújtunk be.
Ezeken a szakokon
költség kiegészítés kérhető csak a támogatási összeg 20%-áig a résztvevőktől.

Központi szervezésű évközi gyakorlatok díja 4.000.-Ft/hét/fő.

A pulmonológus-allergológus szakasszisztens szak
elméleti és gyakorlati képzésének, valamint az évközi vizsgáinak díja: 90.000.-Ft
A szakmai vizsga díját pályázni kívánjuk.
Kérésre jelentkezési lapot küldünk.

Felvilágosítás:

Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Iroda
1085 Budapest, Mária u. 38.
Telefon/fax: 06-1-318-53-64
E-mail: csetneki@kkt.sote.hu

„A Tudás Üzlet”

Felavatták a Szentágotthai János Tudásközpontot a Semmelweis Egyetemen

2005. február 16-án a Semmelweis Egyetemen ünnepélyes keretek között megnyitották a Szentágotthai János Tudásközpontot (SZT), melynek küldetése, hogy a gazdasági és a tudományos szféra közötti kooperáció megteremtésével elősegítse a tudományos, kutatási és oktatási eredmények üzleti hasznosítását. A SZT megalapítása része egy hosszú távú konzorciumi megállapodásnak, melynek tagjai között a Semmelweis Egyetem (SE) mellett a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Információs Technológiai Kara (PPKE-ITK), az MTA Kísérleti Orvostudományi Kutató Intézete (KOKI) és a Richter Gedeon Rt. egyenjogú partnereként szerepelnek. Az együttműködés keretében néhány éven belül a Józsefvárosban létrejön egy nemzetközi színvonalú és státuszú tudományos park (BIMIP - Bio-Info-Medical Innovation Park), amely mintegy „mini Harvardként” funkcionálva valósítja meg a szellemi tőke koncentrációját és hasznosítását hazánkban.

A konzorciumban résztvevő egyetemek, kutatóintézet és ipari partnerek stratégia céljait az együttműködés keretében 4-10 éves időhorizonton belül, fokozatosan kívánják megvalósítani. Ennek egyik jelentős lépése a SZT megalapítása, melyre a Regionális Egyetemi Tudásközpont pályázat elnyerése teremtett lehetőséget.

Az SZT a tervek szerint intenzíven bekapcsolódik majd a nemzetközi kutatási projektekbe, K+F együttműködésekbe. Megteremti és ösztönzi az ipari együttműködést, irányítja a K+F eredmények hasznosítását és a technológia-transzferet. Az így megszülető eredményekre építve létrejön „start-up” és „spin-off” vállalkozások a kutatásban résztvevő szakembereket az akadémiai szektorból az üzleti szektorba mozgatják át. Ezeknek a vállalkozásoknak az inkubálása a kezdetekben a SZT és az egyetem szellemi potenciáljának üzleti hasznosítását végző *TTO (Technológia Transzfer Office)* közös feladata lesz, míg a későbbiekben ezt a szerepet a város-rehabilitáció egyik új körzetében, a Józsefvárosban közösen létrehozandó épületegyüttes, végső soron pedig egy nemzetközi színvonalú innovációs-tudományos park (BIMIP) látja majd el.

A későbbiekben kialakítandó tudományos park 9-10 éves időhorizontján belül, a nemzetközi benchmarkok alapján, igen jelentős eredményeket várnak: *évi 4-5 jelentős szabadalmi bejelentést a hozzátartozó bejegyzett szabadalmi családokkal, ezek kapcsán több nagy értékű licenz-eladást akár százmillió forintig terjedő értékben, valamint legalább 1-1 sikeres spin-off cég indítását tervezik.* A távlati tervek szerint az SZT - kezdetben teljes mértékben a Semmelweis Egyetem infrastruktúrájára alapozott - tevékenysége a pályázat útján elnyert összegből eszközölt beruházásokkal és a konzorciumi partnerek támogatásával folyamatosan bővül. Az első év során kialakítják a SZT magját, kidolgozzák a részletes, 3 éves kutatási programot, a beruházási és az üzleti tervet. Az alapozó időszak alatt a SZT tovább bővíti az ipari kapcsolatrendszerét és további vállalkozásokat von be érdekkörébe.

Az infrastrukturális háttér biztosítására 4 éven belül a partnerek erőforrásaira és további állami támogatásra építve beruházás indul, amelynek keretében várhatóan az MTA Kísérleti Orvostudományi Kutató Intézet melletti vagy egy Szigony utcai telken - összhangban a helyi önkormányzat városfejlesztési elképzeléseivel, részben a Richter Rt. pénzügyi háttérére támaszkodva, bankok és pénzintézetek bevonásával - épületegyüttest hoznak létre. Az előbb közös ingatlanként, majd a 4 év lejártával közös tulajdonú jogi entitásként működő infrastruktúra az első fázisban 5000 nm-en, második fázisban 10000 nm-en nemzetközi színvonalú műszer és laboratórium „core-facility” entitásként, valamint inkubátor házként nyújt otthont a megújult K+F tevékenység eredményeit reprezentáló cégeknek, valamint a TTI-nak és Szentágotthai Tudásközpontnak.

A konzorciumi megállapodás végső céljaként, a SZT alapjaira építkezve, az egyetemi *TTO (Technológia Transzfer Office)* támogatásával az elkövetkező három-négy éven belül egy olyan fenntartható működésű tudományos-innovációs park (BIMIP - Bio-Info-Medical Innovation Park) jön létre, amely a várakozások szerint 10 éven belül nemzetközi elismertségre tesz szert, intenzíven kapcsolódva be a világ K+F vérkeringésébe.

Elindult az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Internetes Magyar Egészségügyi Adattára

Átalakulásának egy éves évfordulója alkalmából szakmai napot rendezett az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet. Az intézményben az elmúlt egy évben megkezdődött a tudásbázis kiépítése, amelyre technológia-értékelés, egészségügyi közgazdasági elemzések, egészségügyi rendszertudományi elemzések alapulnak.



A technológia-értékelés feladata az egészségügyi technológiák hatásának és hatékonyságának vizsgálata a társadalombiztosítási támogatások meghatározásánál. Jelenleg a gyógyszerek társadalombiztosítási befogadásához kapcsolódó vizsgálatokra koncentrálnak.

Az egészségügyi közgazdasági elemzések az egészségügy és a gazdaság összefüggéseivel, az egészségügyön belüli gazdasági mechanizmusokkal, az intézményi problémákra adható általános megoldások kidolgozásával foglalkoznak.

Az egészségügyi rendszertudományi kutatások a nemzetközi egészségügyi rendszerek leírására, a működés elemzésére irányulnak. Az ESKI honlapján megtalálható HealthOnLine rovat nemzetközi szakmai folyóiratok cikkeit, minisztériumok híreit, kutatóintézetek tanulmányait referálja az egészségügyi rendszerek működésével, az egészségügyi reformok tapasztalataival, az EU és az egészségügyi rendszerek összefüggéseivel kapcsolatos témakörökben, aktuális egészségpolitikai kérdésekben.

A szakmai nap az Internetes Magyar Egészségügyi Adattár átadásával zárult. A folyamatosan bővülő adattár az egészségügyben különböző helyeken keletkező közérdekű adatvagyonot egységes rendszerbe szervezve teszi elérhetővé. Induló adatállománya a nemzetközi jelentésekre (OECD, WHO), regionális egészségügyi adatokra és a Magyar Egészségadattár információira épül.

Az adattár és az ESKI további szolgáltatásai a www.eski.hu honlapon keresztül elérhetők.

Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

Magyar Ápolástudományi Társaság

A társaság rövid bemutatásával szeretném köszönteni a tisztelt olvasókat, és egyben tájékoztatást adni a társaság céljairól, tevékenységéről és elképzeléseiről.

A hazai ápolásügy fejlődésében számos mérföldkő fellelhető, amikor a hazai ápolók egy csoportja nem csak bizonyos speciális szakmaterület fejlesztése céljából, hanem egységes, szélesebb szakmai érdekek megjelenítése kapcsán is szervezett formába tömörült. A rendszerváltozást követően ilyen szervezetként definiálható a Magyar Ápolástudományi Társaság, mely 1995-ben került megalapításra Pécsen. Az alapítók között az ápolási szakemberek mellett ekkor szép számmal találunk orvosokat és más szakmákban tevékenykedőket, akik kellő elkötelezettséget éreztek a hazai ápolásügy fejlődéséért. Ez a helyzet jelenítette meg talán leginkább a szakma multidiszciplináris aspektusait és azt a társadalmi érdeket, ami a szakma ügyének széles társadalmi bázison való előremozdítását testesítette meg. Ebben lelhető föl leginkább a társaság hitvallása is, miszerint az eddigi egészségügyi rendszeren és ápoláson változtatni kell, igazodva a társadalomban az egészségüggyel szemben – ugyan csak csírájában, de egyre inkább – megjelenő minőségi elvárásokhoz, és nemzetközi tendenciákhoz. A társaság deklarált céljai közt szerepelt, hogy a társaság fórumot teremtsen az ápolástudományt, mint interdiszciplináris alkalmazott tudományt művelő különböző végzettségű szakemberek számára. E fórum keretében összefogja mindazon hazai szellemi kapacitást, amely hozzásegít az ápolástudományt művelők szakmai megbecsüléséhez, és erkölcsi alapját képezi az ápolástudomány szélesebb körű elismerésének és elfogadásának.

A társaság feladatának tekinti az ápoláskutatást aktívan művelők tevékenységének elősegítését, eredményeik nyilvánosságának biztosítását pályázati és publikációs lehetőségek, társasági ankétok keretében. A megjelölt feladatok között szerepelt az ápolástudomány területén szakmai tudományos továbbképzések, kongresszusok és konferenciák szervezése, tagjainak bekapcsolása hasonló nemzetközi társaságok munkájába, az ápoláskutatás mindennapi gyakorlattá tétele a páciensek és kliensek minőségi ellátása érdekében. Az ápolástudomány külföldi eredményei átvételének elősegítése is hangsúlyt kapott, a hazai ápolási gyakorlatba történő beépítésével, továbbá az ápolástudomány történetének, maradandó értékeinek feltárásával és megőrzésével.

Ha kritikusan kívánjuk szemlélni a társaság tevékenységét, mint országos társadalmi szervezetét, akkor meg kell állapítanunk, hogy a kitűzött célok elérése már a megalakuláskor sem tűnt egyszerű feladatnak. Ez az, ami az idő multával sem változott. Így a céloknak való megfelelés terén még rengeteg a tennivaló.

A környezet kevésbé volt érett és talán még ma sem igazán az ahhoz, hogy jelentős mértékű változtatásokat lehessen elindítani az ápolás területén. Persze ez nem jelenti azt, hogy az ápolásban semmi maradandó sem történt az eltelt idő alatt, de sajnos nem elég ahhoz, hogy ápolóink ne elfogadóbb környezet után kutassanak a világban.

A társaság céljai a 2004-ben megválasztott új vezetéssel is töretlenek. A társaság szellemisége és

tevékenysége leginkább tagjai révén artikulálódott a szakmai politikában és közéletben. Az eltelt 10 év során a társaság konferenciákat szervezett, a legutóbbin már nemzetközi előadókkal, ahol az ápolás aktuális problémái kerültek górcső alá. A célok elérése érdekében a politikához is sikerült eljutni, hisz az egészségügyi főhatóságokon, a finanszírozón, az oktatási intézményeken, egészségügyi és szociális intézeteken túl, a Magyar Országgyűlés elnöke is szólt egyik konferenciánkon az ápolók helyzetéről. A fő mondanivalója az ilyen eseményeknek mégiscsak az, hogy a szakma mindennapjairól és jövőjéről cserélhettek eszmét a fórumok résztvevői. A társaság ezen tevékenységét a jövőben is fenn kívánjuk tartani és szándékaink szerint erősíteni azzal, hogy a nemzetközi dimenzióknak és a gyakorlati felhasználhatóságnak nagyobb szerepet szánunk.

Sövényi Ferencé, Dr. Buda József, Dr. Csontos András és Dr. Illei György támogatásának köszönhetően a társaság tagjai révén a Nővér szakmai folyóirat szerkesztésében működött 1995. óta és működik jelenleg is közre. Úgy gondoljuk, ma is ez az a folyóirat, mely leginkább tárgyilagosan mutatja be a hazai ápolást, központban az ápolók szerepével.

A társaság folyamatosan támogatta a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara megalakítását, és lehetőségeihez mérten szerepet vállalt a szervezéssel kapcsolatos konkrét feladatok megvalósításában, ami az egységes egészségügyi érdekérvényesítéshez és szakmai arculathoz elengedhetetlen.

A sokoldalú szemlélet gondolatának jegyében a társaság mindig nyitott volt a különböző szakmai társaságok irányába közös gondolkodásra, egyeztetésre kész volt, és marad a jövőben is.

A szakma professzióvá válása egy hosszú út, melynek számos állomása van, amint ezt nemzetközi példák is mutatják. A magyar ápolás már egy-kettőt ezek közül az utóbbi időszakban viszonylag rövid idő alatt teljesített, pl. a képzési szint emelése, de még néhány hátra van. Ezek közül kiemelendő az önálló, tudományos mércével mért kutatási eredményeken alapuló gyakorlat megteremtése. Az ápolás tudományos eredményeinek elérésében elengedhetetlen a megfelelő felkészültségű ápolási szakemberek számára a kutatási feltételek biztosítása, ami jelenleg az elérendő célok között szerepel. Jól lehet nem mérhetjük az ország gazdasági teljesítményét más nyugati, tengerentúli országokhoz, mégis elengedhetetlen feltétel, hogy az ápolókkal és az ápolással kapcsolatos szervezett és támogatott kutatások elinduljanak, a meglévő sporadikus kutatói potenciálok egy irányba rendeződjenek, és az eredmények a gyakorlatban bevezetésre kerüljenek. Az előbbi szempontok megvalósítása csak egységes keretek között képzelhető el, például költségvetési támogatásból működő intézet formájában, aminek megalakítása még várta magára.

A Magyar Ápolástudományi Társaság a fenti feladatok megvalósításában továbbra is szívesen vállal szerepet, várja megvalósíthatóságuk lehetőségét, és azok támogatását, akik elkötelezettek az ápolásügy iránt.

Betlehem József

Névjegy

TÁJÉKOZTATÁS

Tisztelt Kolléganők és Kollégák, Ápolók, Tagtársak!

A Magyar Ápolási Egyesület minden esztendőben ünnepi ülés keretében emlékezik meg az Ápolók Nemzetközi Napjáról. Az idei esztendőben immár 16. alkalommal rendezi meg ünnepi tudományos ülését. Az ápolói hivatás gyakorlóinak tudományos előadásain túl sor kerül a miniszteri kitüntetések, valamint a Magyar Ápolási Egyesület által alapított Kossuth Zsuzsanna emlékérem átadására. A rendezvény az Egyesület küldöttközgyűlésével zárul.

A rendezvény fővédnöke:

Dr. Rácz Jenő

egészségügyi miniszter

Ápolók Nemzetközi Napja rendezvény ideje:

2005. május 10.

Ápolók Nemzetközi Napja rendezvény helye:

Semmelweis Egyetem Nagyvárad téri Elméleti Tömb

1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

A Magyar Ápolási Egyesület rendezvény részvételi díja:

Az Egyesület alapító tagjainak ingyenes, tagoknak 1000.-Ft,

nem tagoknak 2.500,- Ft

Jelentkezés határideje: 2005. április 30.

Jelentkezni a Magyar Ápolási Egyesület honlapjáról

(www.apolasiegyesulet.hu) *letölthető Jelentkezési lapon lehet*

. A jelentkezéseket korlátozott számban a beérkezés és a pénzügyi teljesítés sorrendjében tudjuk elfogadni!

A rendezvény PONTSZERZŐ

*Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Bizottság által megítélt továbbképzési pontérték: **10 pont.***

Ön is ünnepeljen velünk!

Minden ápolót és érdeklődőt szeretettel várunk, hogy ünnepeljünk, s legyünk együtt az Ápolók Nemzetközi Napján!

Balogh Zoltán

elnök