

Betegsúlyossági kategóriák alkalmazása a betegek állapotának megítélésére

Leviczki Zita

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház

Összefoglaló

Az ápolásvezetés számára komoly kihívást jelent a betegek valós ellátási igényének felmérése, valamint az ellátásukra fordítandó munkaerő pontos meghatározása. Általában problémát jelent, hogy az ápolók kimerültek és túlhajszoltak még abban az esetben is, ha a törvényi előírásoknak megfelelő a létszám. Kutatásom célja a Szent Imre Kórház Operatív Szakmák Mátrix Intézet részlegeinek példáján annak feltárása, hogy az eredetileg Németországból származó, és az ellátási szükségleten alapuló beteg-besorolási módszer hazai alkalmazása mennyiben alkalmas az ápolási teljesítmény (és az ápolói túlterheltség) mérésére. A vizsgálatot 2005.január 1-től június 30-ig végeztem. A betegsúlyossági kategóriákhoz rendelt percértékek alapján kiszámolható, hogy mennyi időt kellene az ápolónak a betegek fordítania, és megállapítható az is, hogy ténylegesen mennyit tud ebből megvalósítani. Az eredmények egyértelműen arra utalnak, hogy az ápolók nem tudnak annyi időt fordítani a betegek, mint amennyit azok állapotuk szerint igényelnének. A minimumszintre vonatkozó törvényi szabályozás és a betegek optimális ellátásra vonatkozó elvárásai közti különbség áthidalása az ápolókra váró feladat, melynek ára –többek között– a kimerültség és a túlhajszoltság.

„A kórházi munkaszervezés egyik fő kérdése a munkaerő.”(Vehter, 2003) Az optimális létszám-szükséglet megállapítása a zavartalan működés alapvető feltétele. Kórházainkban egészen az 1980-as évek elejéig a központilag megállapított létszám-irányszám a betegellátó osztályok ágyszámaihoz igazodott.

Ez a merev rendszer figyelmen kívül hagyta a betegek tényleges ápolási szükségleteit, általában a feladatorientált ápolást erősítette, és nem kellően segítette elő az ápolás szakmai fejlődését. Az elmúlt évek társadalmi, technikai változásait az ápolási feladatok növekedése, struktúrájának átalakulása követte. Az ápolási feladatok bővültek, a betegek szükségleteinek kielégítése, az igényességük növekedése rugalmasan alkalmazkodó rendszerben való ellátást kívánt. A monumentális, hierarchikus, rugalmatlan egészségügyi rendszer azonban kicsit megkésve, lassan mozdult az elvárt igényekhez képest. A feladatok egyre bővültek, egyre növekedett a jó minőségű munka iránti igény és ezzel párhuzamosan a végsőkéig növekedett az ápolók fizikai és pszichés igénybevétele.

Az ápolással szemben támasztott minőségi követelmények (tervezett, személyre szóló ápolás) csak megerősítették az egészségügyi szervezők már a 60-as években tett azon megállapítását, hogy a létszámot mindig az elvégzendő feladatok időszükséglete kell, hogy meghatározza. Az ápolásvezetés számára is komoly kihívást jelent mind a mai napig a betegek valós ellátási igényének felmérése, valamint az ellátásukra fordítandó munkaerő pontos meghatározása. „Több módszer is alkalmazható a létszám-szükséglet megítélésére, meghatározhatjuk:

- becsléssel,
- statisztikai módszerekkel,
- statisztikai módszerrel időszükséglet alapján,
- időelemzéssel,
- szervezési kísérlettel és munkaidőmérleg-gel.”(Vehter, 2003)

A munkaerő-szükséglet meghatározásakor mindig figyelembe kell venni, hogy az feleljen meg

- a betegellátási szükségleteknek,
- az ellátási igényeknek,
- a jogszabályi előírásoknak.

Ezen túlmenően a megvalósítás

- pénzügyi feltételei biztosítottak legyenek,
- minimalizálja a létszám alul-, illetve túlszervezését,
- rendszeresen értékelje az ápolói munkát és munkaterhelést.

Más országokban is jelentkezik ez a probléma. A külföldi egészségügyi ellátórendszerek több módszert is kipróbáltak és használnak a valós igények felmérésére, valamint a szükségletek optimális kielégítésének megítélésére. Leginkább azonban a pénzügyi korlátok kényszerítő ereje miatt vált szükségessé az új technikák elkészítése és alkalmazása.

Vizsgálat

A kutatásomat a Szent Imre Kórház Operatív Szakmák Mátrix Intézetének (továbbiakban OSZMI) ápolási egységein végeztem 2005.január 1-től június 30-ig. Az OSZMI öt ápolási egységből áll:

1. Fül-orr-gégészet- Plasztika;
2. Nőgyógyászat- Szemészet;
3. Szülészet- Gyermekegészet;
4. Általános sebészet;
5. Érsebészet.

Ezek közül az első négy vett részt a vizsgálatban.

A kutatásom központi kérdése annak megválaszolása, hogy miért érzik az ápolók kimerültnek, túlterheltnek magukat, ha az ápolói létszám a törvényi előírások minimumfeltételeinek megfelel. A vizsgálathoz felhasználtam a Németországból származó számítási módszert, mely ápolási kategóriákba sorolja a betegeket. Megkülönböztet alap- és speciális ápolási teendőket, ezen kívül három súlyossági fokozatot. Így kilenc kategóriát kapunk, mely alapján könnyen besorolható minden beteg. Tartozik ehhez természetesen még két táblázat (1.-2. táblázat), mely meghatározza, mi tartozik egy-egy kategóriába. A besorolásokat általában a reggeli osztályátadásnál végzik az ápolók, és az előre elkészített összesítő táblázatban regisztrálják.

1.sz. táblázat
Besorolási jellemzők az általános ápolás fokozataihoz

	Besorolási jellemzők		
Szükséglet	Alapszolgáltatások A1	Kibővített szolgáltatások A2	Különleges szolgáltatások A3
Testápolás	Minden olyan beteg, aki nem sorolható az A2 és az A3-ba	Segítség túlnyomórészt önálló testápolásnál	A testápolás nagyrészt vagy teljes átvétele a betegtől
Étkezés		Segítés az étkezésnél vagy szondás etetés	A beteg etetése, itatása
Kiválasztás		Támogatás az ellenőrzött hólyag és/vagy bélürítéshez; Ellátás gyakori hányáskor; Vizeletgyűjtő zsák/bélszártartó ürítése és cseréje	Inkontinens beteg ellátása
Mozgatás, fektetés		Segítség felállásnál és járásnál	Gyakori, 2 óránkénti fektetés és/vagy mozgatás

2.sz. táblázat
Besorolási jellemzők a speciális ápolás fokozataihoz

	Besorolási jellemzők		
Szolgáltatások	Alapszolgáltatások S1	Kibővített szolgáltatások S2	Különleges szolgáltatások S3
<ul style="list-style-type: none"> - betegmegfigyelés - segítség orvosi vizsgálatnál - invazív beavatkozás - vizsgálati anyag levétele - ápolástechnikai tevékenység 	Minden olyan beteg, aki nem sorolható az S2 és az S3-ba	<ul style="list-style-type: none"> - betegmegfigyelés, legalább két paraméter-beöntés - segítség a vizsgálati anyagok levételekor - inhalálás - enterális mesterséges táplálás - drén vagy katéter eltávolítás 	<ul style="list-style-type: none"> - betegmegfigyelés, legalább három paraméter ellenőrzése - véna biztosítása - szonda, katéter felhelyezése, cseréje, ill. ezen keresztül vizsgálati minta vétele - váladék eltávolítás
Gyógyszer-ellátás		<ul style="list-style-type: none"> - gyógyszerek meghatározott időben való beadása - infúziós terápia 	<ul style="list-style-type: none"> - állandó vagy többször ismételt infúziós program - asszisztálás transzfúziós terápiánál - spec.gyógyszeres kezelés folyamatos megfigyelése - parenterális táplálás
Seb- és bőrkezelés		<ul style="list-style-type: none"> - kötéscsere - seb kimosása, gyógyszeres kezelés - vénaápolás - vénakatéter eltávolítása 	<ul style="list-style-type: none"> - decubitus kezelés - kötéscsere többször naponta

A félév alatt a négy ápolási egységen 21000 besorolást végeztünk el a kollégák segítségével. A négy ápolási egységen a kutatás ideje alatt 7818 beteget láttunk el.

A vizsgálat hat hónapja rövid idő egy ápolási egység életében, és nem is áll szándékomban messzemenő következtetéseket levonni, de bizonyos tendenciák megfigyelhetők, melyek figyelemfelkeltőek és hasznosíthatóak lehetnének a további humán-erőforrás és munkaszervezés során. Az ápolási kategóriákat alapul vevő módszer szerintem sokkal hitelesebb képet ad az ápolási egységeken folyó munkáról, mint az ágyak kihasználtsága vagy önmagában a betegek száma, vagy egyéb más mutatók.

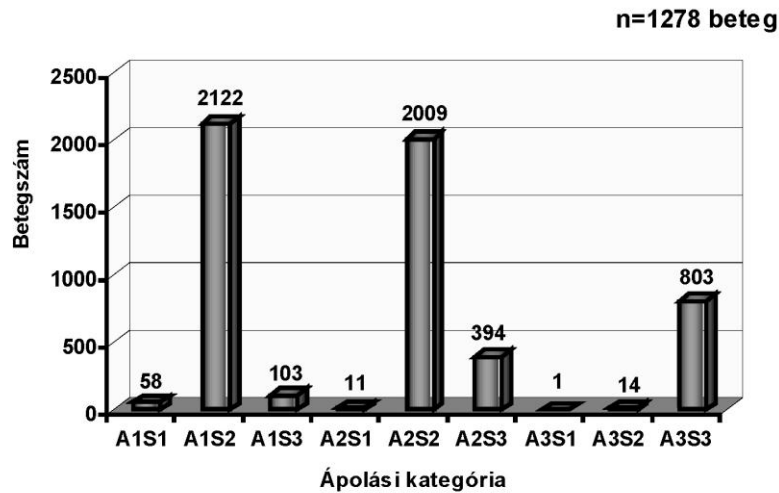
A vizsgált négy ápolási egység közül az általános sebészeti részleg példáján mutatnám be a kutatás eredményeit.

A vizsgált időszakban ezen az ápolási egységen 1278 beteg került felvételre és 5515 besorolást végeztünk el a kollégákkal. Ennek a részlegnek az eredményeit könnyebb elemezni, mert itt dolgozom, és jobban belezek a munkafolyamatokba. Ez pedig segít észrevenni az összefüggéseket a grafikonok és adatok mögött.

Általános sebészet lévén a betegek összetétele sokféle, de nagyjából négy csoportra lehet őket osztani. Első csoportba tartoznak, akik előjegyzett elektív műtétre jönnek. A második csoport képviselői az akut betegek. A harmadik és negyedik csoport a súlyosságra vonatkozik. A harmadik csoportba a viszonylag egyszerű, gyorsan gyógyuló betegségek, a negyedikbe ennek ellenkezői tartoznak. Ezek kombinációja alapján a legtöbb beteget be lehet sorolni. (1. diagram)

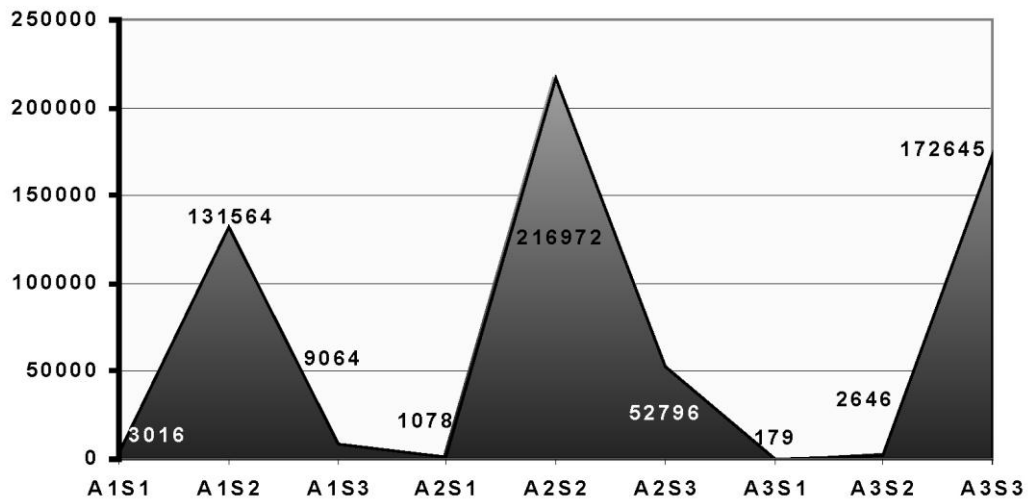
1. diagram

Az OSZMI összesített ápolási kategóriák megoszlása 2005. első félévében



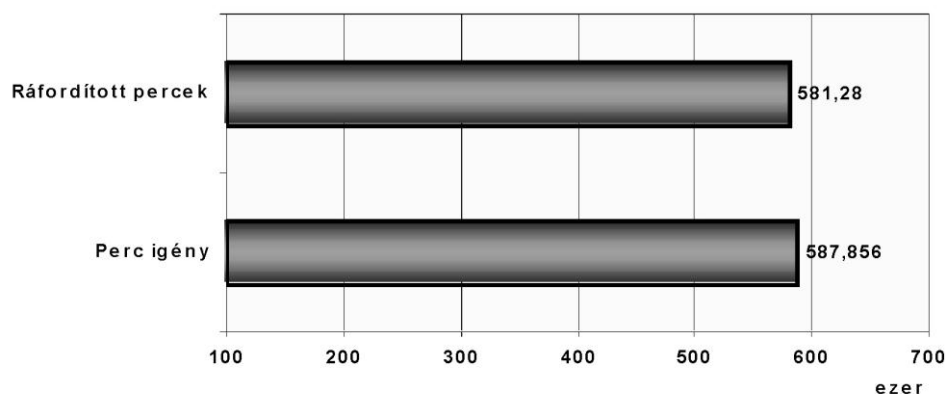
A legtöbben már a műtét előtt igényelnek speciális ellátást, sőt az akut betegek már ekkor A3S3 kategóriába tartoznak általában. A betegek az esetek legnagyobb részében a műtőből az osztályra érkeznek vissza, nincs posztoperatív őrző. Ezért a műtét napján szintén a legtöbben A3S3, vagy A2S3 kategóriákba tartoznak. (2.diagram)

2. diagram
 Ápolási kategóriák szerint számolt ápolási munkaigény percekben 2005. első félévében (OSZMI 4)



Majd az első és a második napon fokozatosan nyerik vissza az önállóságukat és igényelnek egyre kevesebb speciális teendőt. Ezt a folyamatot tükrözi a kategóriák megoszlása és a percediagram is. (3. diagram)

3. diagram OSZMI 4 összesített percigényének és a ráfordított percek aránya 2005. első félévében



A harmadik diagramon az látszik, hogy nagyjából a betegek által elvárt időt tudnak az ápolók a betegre fordítani. Ez az eredmény sokkal jobb, mint amit a próbaidő alatt (2004. szeptember és december között) értünk el. (Véleményem szerint ez a jobb munkaszervezésnek és egy rész munkaidős kolléga felvételének köszönhető.) Ezt az eredményt jó lenne minden ápolási egységben elérni, vagyis hogy minél jobban megközelítse a betegek igényét az ápolásra fordított idő.

Természetesen a többi ápolási egységen a profiloknak megfelelően vannak eltérések az eredményekben, de a tendenciák hasonlóak. A teljesség kedvéért szeretném az összesített megoszlásokat is bemutatni az alábbiakban. (3.sz. táblázat)

3. táblázat

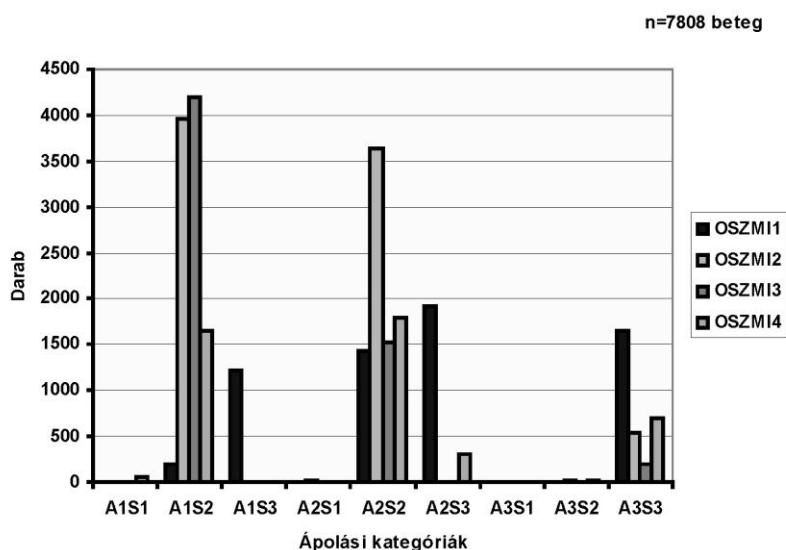
Az Operatív Szakmák Matrix Intézeteinek besorolásainak kategóriánkénti összefoglalása

	OSZMI1	OSZMI2	OSZMI3	OSZMI4	összesen
A1S1	0	7	0	54	61
A1S2	194	3963	4197	1644	9998
A1S3	1218	1	0	7	1226
A2S1	0	18	0	1	19
A2S2	1437	3633	1520	1787	8377
A2S3	1914	6	0	303	2223
A3S1	0	0	0	1	1
A3S2	0	22	0	14	36
A3S3	1650	540	189	692	3071

A fenti táblázatban összefoglalóan látható a kategóriák ápolási egységenkénti megoszlása. Összességében erre a táblázatra azért van szükség, mert a diagramra nem fértek rá az adatok úgy, hogy olvashatóak lennének. A legtöbb besorolást az A1S2 kategória, ami az operatív részlegek betegeire jellemző, tehát amikor önellátóak, akkor is igényelnek speciális szolgáltatásokat. A kapott adatokat tovább elemezve meg kell említeni, hogy részlegenként vannak preferált kategóriák, ezek általában az A1S2; A2S2; A3S3, és vannak olyanok, melyeket szinte sohasem használnak. Tehát a kilenc kategóriából nagyrészt csak hármat vesznek figyelembe a betegek besorolásához. Nem igazán tesznek különbséget az alapszolgáltatások, a bővített szolgáltatások és a különleges szolgáltatások között. (4. diagram)

4. diagram

OSZMI összesített ápolási kategóriái 2005. első félévében



Az ápolási kategóriákhoz rendelt percértékek alapján könnyen kiszámolható az ápolásra fordítandó idő, amit a beteg megkívánna. A másik oldalról pedig kiszámítható, hogy a *beteggy mellett dolgozó ápolók száma* és a ledolgozott munkaidő alapján mennyi időt tud rászánni ténylegesen az ápoló a ráeső betegek ellátására. A vizsgálatból egyértelműen az derült ki, hogy az ápolók nem tudnak eleget tenni a betegek ápolási igényeinek. A német módszerrel kiszámolt ápolói létszám megítélésére több képletet is találtam, de jelentős eltérést nem mutat a hazai számításokhoz képest. A probléma ellentmondásossága szerintem abban rejlik, hogy a hazai létszámszámítások és erre vonatkozó törvények a minimumot határozzák meg és kérhetik számon. A kórházak pedig a költségvetés szűkös keretei miatt csak ennyit is valósítanak meg. A probléma a betegek szemszögéből jelentősebb, ők ugyanis nem elégednek meg a minimális ellátással, ők a maximumot igényelnék. Véleményem szerint a megoldás az lenne, ha elérnénk egy optimális szintet, mely megfelelné a betegek igényeinek, de nem hajszozná túl az ápolókat sem. Ha nincs is lehetőség a jövőben az ápolói státuszokat növelni, talán eredményeket lehetne elérni az ápolói munka átszervezéssel és a kompetenciák újra átgondolásával. Véleményem szerint ápolói munka teljesítmény elemzésére és mérésére a Németországban már bevált módszer jó kiindulópont, és segít céljaink elérésében.

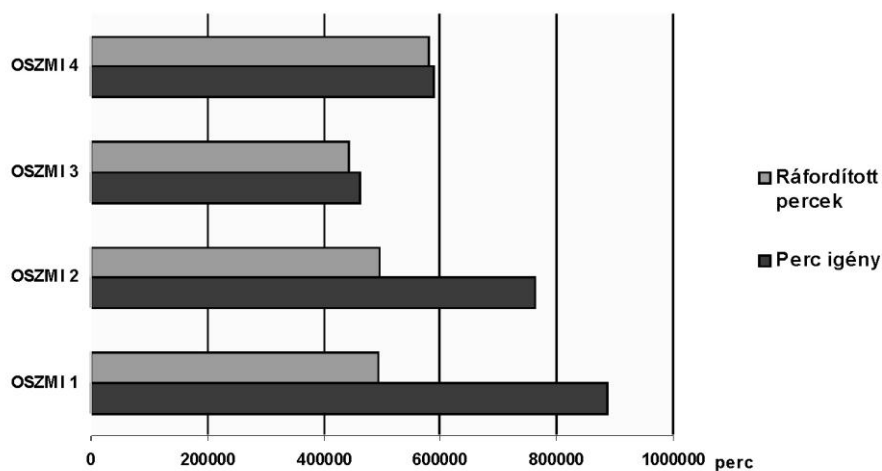
Következtetések

A feltételezésem szerint a jól képzett és motivált munkaerő alkalmas a betegsúlyossági kategóriák szerinti ellátásra. Természetesen döntő volt hogyan mutatják be ezt az új módszert az ápolóknak, mert minden az ő együttműködésükön áll, vagy bukik. Ez jelenti egyben a kutatás korlátait is, hiszen minden azon múlik, hogy az ápolók milyen felelősségteljesen sorolják be a betegeket. Ezért különös gondot fordítottunk arra a részlegvezetővel, hogy az ápolók be legyenek vonva az eredmények megbeszélésébe, és a változtatások közös döntéseken alapuljanak. A kollégákkal (strukturálatlan) interjú formájában beszélgettem erről, és egyhangúan felesleges időpocsékolásnak tartják végezni a besorolásokat mindaddig, amíg nem látják, hogy bármit is változtatna a helyzetükön. Megmutatva a kutatás feldolgozásának néhány grafikonját a havonkénti változásokat, elismerték, hogy ha odafigyelve, gondosan sorolják be a beteget, jól tükrözi a végzett munkájukat. Így pedig már mint bizonyítékot lehet használni, a változások elérésének érdekében.

A vizsgálat eredményei egyértelműen arra utalnak, hogy helyes az a feltételezés miszerint az ápolók nem tudnak annyi időt fordítani a betegekre, mint amennyit a betegek igényelnének.(5.diagram)

5. diagram

Az OSZMI egységeinek összesített percigényei és a ráfordított idő aránya 2005. első félévében



A valóságban az ápolók mégis optimálisan ellátják a betegeiket, fáradtság és kimerültség árán is. Véleményem szerint a betegek joggal várják el az optimális ellátást, míg a törvények csak a létszám-minimum megvalósítását kérhetik számon a kórházaktól. Az ebből fakadó különbséget az ápolók betegek iránti elkötelezettsége egyenlíti ki, ami hosszútávon többek között kimerültséghez, túlhajszoltsághoz vezet.

Javaslatok

A betegsúlyossági kategóriák alkalmazása segít hiteles képet kapni az ápolás teljesítményéről, mely részlegekre, de akár egyénekre is lebontható, ezzel alkalmassá válik a motiválásra. Elképzelhetőnek tartom, hogy ez a módszer a jövőben az előléptetésnek, továbbképzésnek, vagy a fizetésemelés is alapja legyen. Véleményem szerint a betegbesorolások alkalmazását ki kellene terjeszteni a kórház összes osztályára, mert az eredmények alapján joggal várható, hogy pozitív változást hoz az ápolók nehéz helyzetében. Az ápolásvezetésnek több lehetősége is lehet az ápolók helyzetének javítására, ha a gazdasági okok miatt nem tudnak újabb státuszt kialakítani. Ezek közül szeretnék néhányat megemlíteni: ápolói létszámok rendszeres (évenkénti) áttekintése, a betegforgalom és a betegösszetétel (ápolási kategóriák) változásának nyomon követése, a betegosztályozási rendszer kiterjesztése, az egyéb ápolói feladatok felmérése, képzettség szerinti összetétel optimalizálása, a belső szabályozás illesztése a jogszabályi környezethez.

Megoldás lehet állományszervezési megoldások alkalmazása is, például részmunkaidős munkatárs alkalmazása a munkacsúcsokra.

Természetesen a javaslatom az lenne, hogy az ápolásvezetés a német módszerrel számolt létszámszükségletet vegye figyelembe. Ez a lépés a legfontosabb célokat szolgálná, miszerint a szervezet működésének javulásával az ápolói munka minősége növekedne, ezt pedig szorosan követné a betegek elégedettségének növekedése. Elvileg a jogszabályok ezt lehetővé teszik, alkalmazásával pedig az Európai Unió ápolási ellátásának színvonalához közelítenénk, mely mellett elköteleztük magunkat. A megvalósításnak azonban korlátot szab az intézmények gazdasági helyzete.

Irodalomjegyzék

1. CD Jogtár (2004)
KJK Kerszöv
2. Csik Józsefné (2002): Normatív irányszámok az ápolási munka minősítésében
Egészségügyi Menedzsment 4.évf. 6. szám 47-49.o.
3. Dr. Forró Györgyi- Dr. Hargitai Sándor- Dr. Péteri Miklós (1994): Ápolási létszámszükséglet meghatározása belgyógyászati osztályon a jelenlegi feladatstruktúra alapján
Nővér. 7. évf. 2. szám, 18-25. o.
4. Dr. Kullmann Lajos (1993): Lehetőségek a személyzet munkaterhelésének becslésére krónikusbeteg-ellátásban

- Egészségügyi Gazdasági Szemle 31, 6
5. Egyed Imréné (2002): Ápolási szükséglet- ápolói létszám közötti összefüggés
Egészségügyi Menedzsment 2.évf. 6.sz. 28-30.o.
 6. Gyurisné Pethő Zs. (2002): Az ápolás humán erőforrás kérdései
Nővér 15. évf. 18-22.
 7. Hack Gabriella- Kiss Ferencné- Halmos Miklósné (1995): Milyen létszámnak tudunk minőségi ápolást nyújtani?
Nővér, 8. évf. 5. sz. 5-8.
 8. Halmos Miklósné (2002): Ápolói munkaterhelés többszemponútú statisztikai elemzése
IME 1. évf. 3. sz.15.o.
 9. Halmos Miklósné (2000):A teljesítménymutatók és az ápolói létszám összefüggései
Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000, 38, 3, 315-327
 10. Kiss Ferencné – Rábai Júlia (1994): Mérések az ápolói létszám meghatározásához
Nővér, 7. évfolyam 2. szám
 11. Kövesi Ervin (1992): Nemzetközi Lapszemle : Új ápolási létszámirányszámok az NSZK-ban
Egészségügyi Gazdasági Szemle 30, 4.
 12. Struturesetz des Gesundheitswesens- Egészségügyi struktúra Törvény 13. cikkely (1193): Az ápolás személyzetszükségletre vonatkozó mértékek és alapelvek szabályozása
 13. Tóth Lajosné-Halmos Miklósné (2002): Néhány mutató az ápolók leterheltségére
Egészségügyi Menedzser 4.évf. 1.szám 27-29.o.
 14. Vehter Anikó (2003): Humán erőforrás-fejlesztés és teljesítménymérés lehetőségei mozgásszervi rehabilitációs osztályon
Nővér, 16.évf. 1sz.
 15. Vámos Irma (1994): Ápolói létszám-szükséglet meghatározása belgyógyászati osztályon a jelenlegi feladatstruktúra alapján
Nővér, 7. évf. 2.szám
 16. Zsiga Mária (1994): Próbálkozások az optimális ápolói létszám kialakítására
Nővér, 7.évf. 4.8.szám 12-15.

[Vissza a tartalomhoz](#)

ÁPOLÁSVEZETÉS

A vezető-kiválasztás új szemléletű megközelítése

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

Összefoglaló

A szerző a vezető-kiválasztást vizsgálta a magasabb ápolási pozíciók betöltése esetében. Ma Magyarországon nem egységes a vezető-kiválasztás az egészségügyben, az intézmények nem használnak objektivitáson alapuló megmértetési rendszereket. A hiány pótlására felmerülő igények kielégítésére a szerző bemutat egy „mintacsomagot”, melyre a felsővezetők figyelmét is fel kívánja hívni. A „mintacsomag” a vezető-kiválasztásra alkalmazható modell, melynek alkalmazása támogathatja, segítheti, könnyebbé teheti a felelősségteljes és helyes döntését.

A probléma ismertetése

Több éve vezető pozícióban dolgoztam egy otthonápolási szolgálat élén, a szakdolgozók felvételét illetően döntési joggal bírtam. Az új munkaerő kiválasztása leginkább az önéletrajzok áttekintésével kezdődött, és a személyes beszélgetésen dőlt el. Amikor én kerestem új munkahelyet, azt tapasztaltam, hogy másutt is hasonlóan zajlik ez a folyamat.

Napjainkban még nem, vagy csak kevés helyen használnak az egészségügyben olyan típusú kiválasztást, amely a munkakör betöltéséhez segítséget nyújtana, holott ennek bevalását, sikerességét a külföldi példák igazolják. Ezt a jól működő kiválasztási rendszert szeretném megismertetni a vezetőkkel, és abban bízom, hogy a hazai egészségügyben is teret fog nyerni.

A munkaadó érdeke az, hogy alkalmazottai a képességeiknek, tudásuknak, érdeklődésüknek leginkább megfelelő munkakörben és beosztásban tevékenykedjenek, a rájuk bízott feladatokat képesek legyenek sikeresen megoldani. Az egészségügyben is az a cél, hogy mindenki a lehető legjobban lássa el a majdani feladatát. Ha a munkaerő-felvételnél már az adott betöltendő pozícióra fókuszálunk, és annak megfelelő „életszerű” szituációt teremtünk, akkor objektív skálák segítségével könnyűvé válhat a helyes kiválasztás. A kiválasztáshoz fontos tényező a képességek és a készségek megítélése. Az alaptudás mellett szükséges a komplexitás, a nyitottság az új dolgok befogadása iránt, melynek objektív és racionális eldöntésében segítséget nyújthat a többlépcsős kiválasztási módszer.

Elméleti háttér és felhasznált fogalmak

Egy komplex kiválasztás-vizsgálat kidolgozása bonyolult és hosszadalmas folyamat, mely nagy körültekintést igényel a kivitelezésben és az értékelésben is. A kiválasztás során hozzáértő (szakértő) személyekből álló team dönt az alkalmasságról. Vannak cégek, akik maguknak dolgoznak ki kiválasztási rendszert és vannak, akik külsős cégekre (fejvadászokra) bízák ennek lebonyolítását.

Mi a többlépcsős kiválasztási-rendszer (Assessment Center=AC)?

Az Assessment Center egy átfogó *munkamódszer*, amely csoportos és egyéni feladatmegoldások segítségével a munkakör sikeres ellátásához szükséges viselkedésjellemzők vizsgálatával igyekszik kialakítani a minél megbízhatóbb és objektívebb képet a jelölről. A ma ismert legkomplexebb és leghosszadalmasabb kiválasztási módszer. A jelöltek több lépésben, több órán keresztül, vagy akár több napon keresztül bizonyítják rátermettségüket a betöltendő munkakör sajátosságaira vonatkozóan. A jelöltek csoportos és egyéni megmértetésben is részesülnek. A folyamat megfigyelése több képzett/szakképzett megfigyelő alkalmazásával történik.

„... a munkaerő-toborzás és kiválasztás, azaz a kívánatos munkakörök követelményeinek megfelelő munkaerő-állomány biztosítása jelentős erőfeszítéseket, tervszerűséget, költségudatosságot és hatékony módszereket igényel.”

A kiválasztás célja, hogy a legalkalmasabb jelöltet találjuk meg a munkakör betöltésére.

Kiválasztás lépései:

- kiválasztás-folyamat megtervezése és adminisztrációs ellenőrzése,
- jelentkezések élőszelekciója (beküldött írásos anyag alapján),
- lebonyolítása,
- kiválasztási folyamat kiértékelése.

Kiválasztás kritériumai:

- szervezet értékrendjének, kultúrájának való megfelelés vizsgálatára irányul,
- adott osztályba/részlegbe való beilleszkedéssel kapcsolatos kérdések,
- munkakör által támasztott követelményeknek való megfigyelést vizsgálja.

Célszerű a kiválasztás kritériumait előre meghatározni, a megfelelés mérésére ellenőrzőlistát, szempontokat összeállítani, hogy a kiválasztás minél kevésbé függjön a kiválasztást végzőktől, és a különböző időpontokban végzett értékelések összemérhetőek legyenek.

Kiválasztás módszerei és eszközei:

- jelentkezési lap,
- önéletrajz,
- referenciák,
- tesztek (készség- és képességvizsgálat, intelligencia tesztek, érdeklődés- és személyiségtesztek),

- munkaminták,
- szituációs gyakorlatok,
- interjúk.

A kiválasztás a menedzsment felelőssége. E tekintetben feladatai:

- kiválasztás kritériumok megfogalmazása,
- értékelés módszereinek és eszközeinek jóváhagyása,
- interjúk lefolytatása,
- kiválasztási döntés.

A kiválasztás folyamata tulajdonképpen nem egy egyszerű szelekció, hanem egy döntéselemzés, egy bizonyos fajta szociális folyamat értékelése.

A vizsgálat célja

- Felmérni, hogy hazánkban az egészségügyben van-e megmérettetés a vezető-kiválasztás során.
- Vizsgálni, hogy mutatkozik-e igény a vezető-kiválasztásra.
- Feltárni, hogy ismerik-e a jelenlegi vezetők a többlépcsős kiválasztási rendszert.
- Megismertetni az egészségügyben dolgozó vezetők körében a többlépcsős kiválasztási rendszert.
- Javaslattétel, hogy a magasabb ápolási pozíciók betöltésekor alkalmazzák a többlépcsős kiválasztási rendszert.

Feltételezések

- Hazánkban a magasabb ápolási pozíciók betöltésekor kevés egészségügyi intézmény alkalmaz vezető-kiválasztásra megmérettetést.
- A jelenlegi vezetők körében igény mutatkozik a rendszer megreformálására, a vezető-kiválasztásra.
- Jelenleg kevesen ismerik a többlépcsős kiválasztási rendszert ebben a szférában.
- Szívesen fogadják a vezetők a megmérettetést az egészségügyben is a vezető pozíciók betöltésekor.
- A vezető személyének kiválasztásával biztosítható a hatékonyabb csapatmunka.
- A megfelelő vezető kiválasztásával biztosítható az ápolás folyamatos magas szintű minősége.

A vizsgálati módszerek és a minta

Kutatásom során a *leíró statisztikai módszer* megközelítésben végzett felmérést választottam Magyarország különböző településein, különböző egészségügyi szektorokban. *Kérdőív* segítségével vizsgáltam az egészségügyben a jelenleg vezető pozíciókat betöltő egyének választását, melynek fókuszában a vezető-kiválasztás áll.

A minta és jellemzői

- Kipostázott kérdőívek összesen: 274 db,
- Budapest 116 db (42%), vidék 158 db (58%),
- Megkeresett egészségügyi intézmények (összesen 21 db):
 - Kórház (maximalizálva 30 db kérdőívre),
 - Rendelőintézet,
 - Szociális otthon,
 - ÁNTSZ,
 - Magán-szféra,
 - Egyéb (alapítvány, Igazságügyi Minisztérium intézetei).
- Megkérdezettek köre: az egészségügyben, vagy az egészségüghöz közelálló jelenlegi vezetők,
 - Részlegvezető főnővér,
 - Osztályvezető főnővér/ápoló,
 - Vezető asszisztens,
 - Ápolási igazgató helyettes,
 - Ápolási igazgató,

- Osztályvezető főorvos,
- Igazgató főorvos,
- Egyéb vezető (intézeti igazgató, intézmény-vezető, gazdasági vezető, vezető ápolók).

Eredmények

A visszaérkezett kérdőívekből **212 db** volt **értékelhető (N=212)**. Ebből 81 fő budapesti egészségügyi intézményben dolgozik, 70 fő nagyvárosi intézményben, kisebb településeken pedig 61 fő.

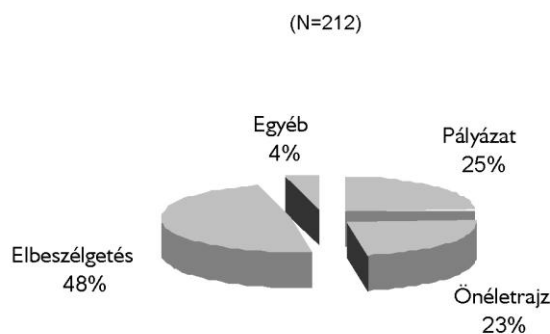
Vizsgáltam, hogy a jelenlegi pozíció megpályázásakor, a vezetők részesültek-e valamilyen **megmérettetésben**. A válaszokból kiderült, hogy szívesen fogadták/szívesen fogadták volna a megmérettetést a vezetők (92 fő = 43,3%). A 47 db „nincs válasz” abból adódik, hogy a megmérettetésben részt vett vezetők („A” kérdés) tetszés szerint válaszolhattak a „B” kérdésre. A kérdések közötti kapcsolatot szemlélteti az 1. táblázat.

1. táblázat
Kapcsolat a megmérettetésben való részvétel és annak lehetősége között (N=212)

A.) Részesül-e megmérettetésben?	B.) Szívesen fogadta volna a megmérettetést?			
	Igen	Nem	Nem tudom	Nincs válasz
Igen	43	6	8	47
Nem	49	18	35	6
Összesen	92	24	43	53

Megmérettetésben részesült 104 fő (49%), nem részesült 108 fő (51%). A megmérettetésben részt vett vezetők 48%-a elbeszélgetésen esett át, ez 84 fő. Közülük volt, aki már az elbeszélgetést is megmérettetésnek vélte, és volt, aki nem. Pályázat 43 esetben, önéletrajz 39 esetben, egyéb szempontok 7 esetben (pl. fejevadász cég általi kiválasztás, pszichológiai tesztek) képezték a megmérettetés részét. (1. ábra)

1. ábra
A megmérettetések formái %-ban



Vizsgáltam a legmagasabb iskolai végzettség és a megmérettetés vállalása közötti kapcsolatrendszer, melyet táblázatban foglaltam össze. Ebből kiolvasható, hogy a válaszadók 43,3%-a (92 fő) **szívesen fogadja a megmérettetést**, míg 11,3%-a (24 fő) nem fogadná szívesen. (2. táblázat)

2. táblázat
Kapcsolat a megmérettetés fogadása és az iskolai végzettség között (N=212)

A.) Szívesen fogadta volna a megmérettetést?	B.) Legmagasabb iskolai végzettség					
	Érettségi	Főiskola	Egyetem	Eü. szakk.	Egyéb szakk.	Összesen
Igen	34	41	7	8	2	92
Nem	16	4	1	3	0	24
Nem tudom	19	13	1	10	0	43
Nincs válasz	15	26	6	5	1	53

A válaszadó jelenlegi vezetők 48,2%-nak (102 fő) munkaköri feladata közé tartozik a **magasabb ápolási pozíciók betöltésekor az új dolgozók kiválasztása**, míg 51,8%-a (110 fő) nem vesz részt a folyamatban. Döntésük szempontjait mutatja be a 3. táblázat. (Több válasz adására is lehetőség volt.)

3. táblázat
Az új dolgozó kiválasztásának szempontjai (N=102)

Rangsor	Szempontok	Válaszok száma
1	Elbeszélgetés	99
2	Szakmai tapasztalat	68
3	Szakmai bizonyítványok	67
4	Szakmai felkészültség	65
5	Önéletrajz	48
6	Külső megjelenés	48
7	Előző munkahelyek	43
8	Első benyomás	37
9	Szimpatia	26
10	Ajánlás	21
11	Referenciák	17
12	Pályázat	16
13	Különböző tesztek	2
14	Egyéb	0
15	Objektív skálák	0

A megkérdezett egészségügyi intézményekben **az új dolgozók kiválasztás során döntési joga** az ápolási igazgatóknak, az osztályvezető ápolóknak, egyéb vezetőknek, az osztályvezető főorvosoknak, az ápolási igazgató helyettesnek és az igazgató főorvosnak van. A megkérdezettek körében az intézményi pszichológus döntési joggal nem rendelkezik a csapatmunkában.

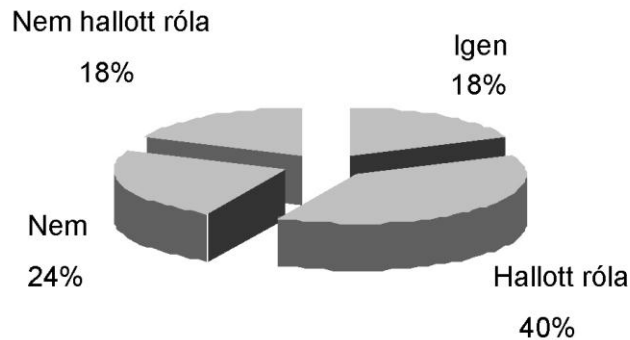
A válaszadók szerint a „**jó vezető**” meghatározza az általa vezetett csapat munkáját (211 fő = 99,5%), kiválasztásával biztosítható a hatékonyabb csapatmunka (199 fő = 93,8%), és a „jó vezetővel” biztosítható az ápolás minősége (193 fő = 91%).

A **vezető-kiválasztás szükségességét** 201 fő (94,8%) állította. Hasonlóan vélekedtek a válaszadók arról (184 fő = 86,7%), hogy igény mutatkozik a „jó vezetők” alkalmazására a magasabb ápolási pozíciók betöltése esetében.

A jelenlegi vezetők az egészségügyben többnyire nem ismerik (51 fő), illetve nem is hallottak (39 fő) a **többlépcsős kiválasztási rendszerről**. Mindössze 39 fő ismeri ezt a kiválasztási rendszert, és 83 fő hallott már róla. (2. ábra)

2. ábra
A többlépcsős kiválasztási rendszer ismerete

(N=212)



A többlépcsős kiválasztási rendszert ismerő vezetők többsége úgy vélekedett (ahol ezt a rendszert alkalmazzák), hogy a rendszert eredményesnek tapasztalja (17 fő). (4. táblázat)

4. táblázat

Kapcsolat a rendszer alkalmazása és annak eredményessége között (N=31)

A.) Alkalmazzák ezt a rendszert jelenlegi munkahelyén	B.) Eredményesnek találja ezt a rendszert?		
	Igen	Nem	Nem tudom
Igen	17	2	1
Nem	7	3	0
Nem tudom	1	0	0

Megbeszélés

A vezetők válaszából kiderült, hogy feltételezésem részben beigazolódott, **hazánkban a magasabb ápolási pozíciók betöltésekor kevés egészségügyi intézmény alkalmaz vezető-kiválasztásra megmérettetést.** A válaszadó vezetők 51%-a (tehát csak kevéssel több, mint a fele) nem részesült megmérettetésben jelenlegi pozíciójuk betöltésekor. Vagyis elmondható, hogy kb. 50-50%-ban alkalmaznak az intézmények valamilyen típusú vezető-kiválasztást. Ez a számadat nem tekinthető kevésnek, ezért feltételezésem csak részben igazolódott. *Viszont a kiválasztás típusa nem egységes, eltérő mércéjű, illetve egyéni megítélésű intézményenként és személyenként.*

Legtöbb esetben elbeszélgetés történt. Vannak olyanok, akik az elbeszélgetést is megmérettetésnek vélik, és vannak, akik nem. Ez a különбözőség is félreértésre adhat okot. Az elbeszélgetés mellett pályázat és önéletrajz alapján történő elbírálás tapasztalható, egyéb eset 4%-ban fordult elő (ahol fejedelmesség általi kiválasztás és pszichológiai teszt megírása történt).

A válaszadók pozíciójukat általában 1-5 és 6-10 éve töltik be. A megmérettetést tekintve azóta sem változott számottevően a helyzet. Manapság is a magasabb ápolási pozíciók betöltésekor az új dolgozók kiválasztása az elbeszélgetés és a szakmai hozzáértés alapján dől el. A különböző tesztek és objektív skálákat nem alkalmazzák.

A megkérdezett intézményekben a kiválasztás során a döntés joga az ápolási igazgatóknak, az osztályvezető ápolóknak, egyéb közép-és felsővezetőknek van. *Egyetlen válasszal sem találkoztam, ahol az intézményi pszichológus is részt venne a kiválasztás folyamatában, illetve döntési joggal rendelkezne a team munkán belül.*

Az a feltételezés, hogy a **„jelenlegi vezetők körében igény mutatkozik a rendszer megreformálására, a vezető-kiválasztásra”**, alátámasztást nyert. A válaszadók egyértelmű válaszukkal erősítették meg a vezető-kiválasztás szükségességét (94,8%). Hasonlóan vélekedtek arról is, hogy igény mutatkozik a „jó vezetők” alkalmazására a magasabb ápolási pozíciók betöltése esetében (86,7%).

Hipotézisem, hogy **„jelenleg kevesen ismerik a többlépcsős kiválasztási-rendszert ebben a szférában”** szintén alátámasztást nyert. A válaszoló 212 fő közül mindössze csak 39 fő (18%) ismeri ezt a rendszert, nem ismeri 51 fő (24%) és nem is hallott róla 39 fő (18%). A rendszert ismerő vezetők többsége viszont úgy vélekedett, hogy a rendszert eredményesnek tapasztalja (43,5%).

Feltételezésem, hogy **„szívesen fogadják a vezetők a megmérettetést az egészségügyben is a vezető pozíciók betöltésekor”** igazolást nyert. A válaszadók 43,3%-a határozott igennel válaszolt. Az egészségügyben napjainkban nem általános az, hogy kiválasztást alkalmaznak, illetve nem is ismerik a rendszert. Az ismerethiány miatt 43 db „nem tudom” választ kaptam. Mindezért nem is várható el magasabb százaléku válaszarány.

„A vezető személyének kiválasztásával biztosítható a hatékonyabb csapatmunka” feltételezésem beigazolódt, melyet a válaszok 93,8%-a igazolt.

A jelenlegi vezető pozíciót betöltő dolgozók körét vizsgálva az a feltételezésem, hogy **„a megfelelő vezető kiválasztásával biztosítható az ápolás magas szintű minősége”** alátámasztást nyert. Ez állapítható meg a válaszok 91%-ból.

Következtetések, javaslatok

Kutatásom alapján kimondható, hogy ma Magyarországon az egészségügyben nincs egy egységes vezető-kiválasztási rendszer. A vezetők többsége megmérettetés nélkül kerül a pozíciójába, ha mégis van kiválasztás, az általában szubjektív és szakmai szempontok szerint történik.

Szükséges lenne és igény is mutatkozik a vezetők körében ezen gyakorlat megreformálására, amelynek segítségével a megfelelő helyre a megfelelő vezetők kerülhetnének. Ez csak akkor lehetséges, ha sikerül egy jól működő **rendszert bevezetni** a megmérettetésre, amellyel biztosítottá válhatna az objektivitás a szubjektivitással szemben.

Fejlett országokban már évek óta működő többlépcsős kiválasztási rendszer metodikáját lehetne áttemelni az egészségügybe hazánkba. A bevezetéshez egy **„mintacsomag” (modell)** nyújthatna segítséget, mely a betöltendő pozícióra átalakítható az intézmény szervezeti kultúrájának megfelelően.

A felgyorsult világ, a XXI. század tempója, a technika fejlődése, a gazdasági fejlődés gyors üteme sokszor szemben áll az egészségügy „hierarchikusan” felépülő, hagyományokat túlzottan tisztelő rendszerével. Az oktatási szemlélet megváltozása, a magasan képzett szakdolgozók, a gazdaságosság szem előtt tartása megkívná a „feudalisztikus maradványok” átalakítását. Az erre való törekvések az utóbbi években felerősödtek, mint társadalmi, mint intézményi szinten.

A magasabban képzett dolgozók szívesen megmérettetnék magukat a vezetőpozíciók elnyerésekor (utalás az 1. táblázatra), hiszen a kihívás ereje, a belső készlet és a külső motiváció az ember életében az egyik fő mozgatórugó. Egy jó kiválasztási rendszerre azért van szükség, hogy a lehető legalkalmasabb vezető kerüljön a betöltendő pozícióra. Ennek szükségességét a jelenlegi egészségügyi vezetők is megfogalmazták.

Napjainkban a különböző kiválasztási módszerekkel megpróbálják előre jelezni a jelöltek későbbi munkahelyi magatartását, melyet az egészségügyben is nagy haszonnal lehetne kamatoztatni. Vannak cégek, akik maguknak dolgoznak ki kiválasztási-rendszert és vannak, akik külsős cégekre (fejvadászokra) bízzák ennek lebonyolítását. Napjainkban sajnos nem rendelkezik az egészségügy olyan anyagi forrásokkal, ami megengedhetné, hogy külsős cégre bizza ennek a kiválasztási-rendszernek a lebonyolítását, amely hosszú távon igen költségesnek bizonyulna. A „mintacsomag” a költségek lefaragásában is szolgálatunkra lehet.

Mi várható a rendszer bevezetésétől?

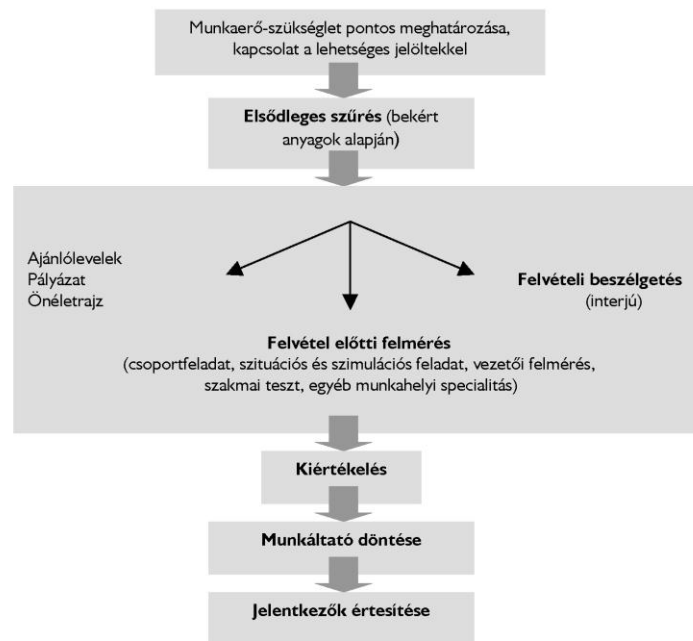
A betöltendő munkakör elvárásai, és a jelentkező egyén tulajdonságjegyei között fellelhető azonosság segít a helyes kiválasztásban. A **jól megválasztott vezető** meghatározza a csoportmunka morálját, a csoport teljesítményét, jelen szakterületünkön az ápolás minőségét. Az egészségügyi szektorban, az ápolási feladatkörökben pedig a legfontosabb **az ápolás minőségének biztosítása, az ápolás egyre magasabb szintre történő emelése.**

„Mintacsomag”

A kutatásom eredményei és a személyes tapasztalatom vezetett arra, hogy kidolgozzak egy megmérettetési „mintacsomagot” amely a vezető-kiválasztásra alkalmazható modell az egészségügyre formálva, kihangsúlyozva, hogy ennek használata a magasabb ápolási pozíciók betöltésekor javasolt.

A „mintacsomaggal” szeretném a többlépcsős kiválasztási rendszert megismertetni a vezetőkkel, majd ennek alkalmazását figyelmükbe ajánlani. A csomag *csak mintaként szolgál*, melyet minden intézmény a saját profiljának és igényének megfelelően át tud dolgozni, illetve alkalmazhatja a munkakörök sajátosságaira formálva. A „mintacsomag” az eddig ismert megmérettetésen túl a következő lépéseket is tartalmazza: csoportfeladat, szituációs-, szimulációs feladat, szakmai teszt, vezetői felmérés. (3. ábra)

3. ábra
A kiválasztás folyamata és lépései



Szeretném, ha minden jelenlegi felsővezetőre gondolatébresztőként hatna a „mintacsomag”, amely egyfajta hiánypótlásként szolgálhatna a vezető-kiválasztás során. Ma még lehet, hogy távol áll e megmérettetési forma mind a munkavállalóktól, mind a munkáltatóktól, mégis remélem, hogy hamarosan utat tör magának az egészségügyben is.

Köszönetnyilvánítás

A szerző megköszöni a kérdőíveket kitöltő egészségügyi dolgozók nélkülözhetetlen segítségét.

Továbbá köszönetét fejezi ki *dr. Belák Mihálynak*, aki megismertette a többlépcsős kiválasztási rendszerrel, és a kutatáshoz az inspirációt adta.

(A szerzőnek ehhez a témához tartozó másik cikkét előző számunkban közöltük. *A szerk.*)

Irodalomjegyzék

1. Bakacsi Gy. (1996) Szervezeti magatartás és vezetés, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
2. Blaski J., Pipicz K. (2000) „Tesztről tesztre: Az alkalmasságvizsgálatok”. Célratoró Magazin 3. (1-2),
3. Blaski J., Pipicz K. (2000) „Tesztről tesztre: Az Értékelő Központ (Assessment Centre) I.”. Célratoró Magazin 3. (9)
4. Blaski J., Pipicz K. (2000) „Tesztről tesztre: Az Értékelő Központ (Assessment Centre) II.”. Célratoró Magazin 3. (10),
5. Dobák M. (1999) Szervezeti formák és Vezetés, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
6. Gyökér I. (1999) Humán erőforrás-menedzsment, Műszaki Könyvkiadó, Budapest

[Vissza a tartalomhoz](#)

MagyarÁpolástudományi Társaság rovata

Az ápoló, mint egészségfejlesztő

Ápolók egészségfejlesztési lehetőségei kardiológiai rehabilitációs osztályon

Németh Katalin főiskolai tanársegéd, Klinikai és Ápolástudományi Intézet,
Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar

Dér Anikó főiskolai tanársegéd, Klinikai és Ápolástudományi Intézet, Ápoló Tanszék
Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar

Karamánné Pakai Annamária főiskolai tanársegéd, Klinikai és Ápolástudományi Intézet, Ápoló
Tanszék
Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar

Összefoglaló

A vizsgálat célja:

Három ápolási napot érintő programozott betegoktató program – egy általunk elkészített betegoktató füzetrel, illetve dokumentációs javaslatokkal – kipróbálása, és hatékonyságának mérése szívinfarktuson átesett betegek körében. Célunk még annak megismerése, hogy a bemutatott alternatívához képest hogyan valósul meg napjainkban az ápolók egészségfejlesztő munkája az érintett páciensek körében.

Kutatási módszerek és minta:

A vizsgálatot két megyei kórház kardiológiai rehabilitációs osztályán végeztük. Szak-, illetve diplomás ápolók vállalták önkéntesen 30 – szívinfarktuson átesett beteggel a programozott betegoktatás kipróbálását.

A mintavétel lehetőségfüggő technikán alapult, így a minta nem reprezentatív, de véleményünk szerint tendenciák vizsgálatára alkalmas.

Eredmények:

A vizsgált mintánál a munkahipotéziseink beigazolódtak. Az egészségfejlesztési munka nincs megtervezve sem tematikailag, sem módszertanilag, „ad hoc” jellegű, a dokumentálása hiányos.

A háromnapos programozott betegoktatás után a páciensek szívinfarktussal és annak kezelésével, életmódbeli javallataival kapcsolatos kognitív tudásszintje az előzőekhez képest átlagosan 20%-kal növekedett. Ezzel a programozott betegoktatás hatékonyságát a kognitív síkon tudtuk mérni.

Következtetések, javaslatok:

Az oktatócentrikus, autoratív egészségnevelést napjainkban egyre szélesebb körben váltja fel az interaktív, a páciens részvételére és aktivitására épülő dinamikus munkafolyamat. Ennek hiányában az elégedetlen, a változtatásoknak ellenálló betegeknél, klienseknél a compliance csökken. Nekünk ápolóknak is jelentős szerepünk van az egészségfejlesztő munkában, erre példa a bemutatásra kerülő vizsgálatunk.

I. Bevezetés

A magyar lakosság egészségi állapota és életkilátásai kedvezőtlenül alakulnak. Hazánkban a mortalitási statisztika első helyén a szív és érrendszeri megbetegedések állnak, a keringési rendszer betegségei okozta halálozás 1949-2003 között 27%-ról 51%-ra növekedett. A kardiovaszkuláris érintettség gyakorisága 2003-ban hazánkban az alábbiakban alakult: 31840 férfi és 37210 nőbeteg halálában szerepelt oki tényezőként első helyen kardiovaszkuláris érintettség. A második helyet 25%-os gyakorisággal a malignus tumorok foglalják el (KSH, 2004).

A vezető halálokok népegészségügyi jelentőségűek, mivel ezek komoly társadalmi terhelést és életév-vesztést eredményeznek, míg az előzményes betegségek az életminőség romlásához vezetnek.

Az elmúlt évtizedekben szerte a világon, különösen a fejlett országokban, az érdeklődés előterébe került az egészség, egészséges életmód kérdése (EüM, 2004).

Az emberek többségének az egészség általában annyit tesz, mint „nem betegnek” lenni, természetesnek tekintik, s csak akkor törődnek vele, ha életvitelükben egészségi problémáik miatt zavarok jelentkeznek (Ewles, Simnett, 1999).

1948-ban az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) következőképpen definiálta az egészség fogalmát: *az egészség a teljes fizikai, szellemi, és társadalmi jóllét állapota és nem csupán a betegség illetve képesség-csökkenés hiánya. Az egészség a mindennapi élet forrása, és nem az élet célja.* Ezt a megfogalmazást napjainkban is széles körben idézik, noha a World Health Organization (WHO) azóta már jelentősen modernizálta nézőpontját (WHO, 1984), az idézett megfogalmazás kritikái: irrealisztikus és idealista, a definíció statikus nézőpontot feltételez, holott az egészséget az életjelenségek egyértelmű dinamikus változása jellemzi. A cél az emberekben rejlő készségek és képességek elérése, kihasználása, a potenciálok elérése.

Az EVSZ Alma-Atai Világkonferencián (1978) elfogadott definíciója: *„az egészség, ami a teljes fizikai, mentális, és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség, vagy rokkantság hiánya, alapvető emberi jog.”*

Az Első Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián Ottawában, 1986-ban napvilágot látott egy nagyarányú, az egész világra kiterjedő felhívás, amely az Alapellátási Deklarációra épült, és a WHO publikálta: *„az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy ellenőrizzék és javítsák egészségi állapotukat. Ahhoz, hogy elérhető legyen az egyén vagy csoport teljes fizikai, testi, lelki és szociális jóléte, meg kell ismernie és meg kell valósítania törekvéseit, ki kell elégítenie szükségleteit és meg kell változtatni környezetüket, vagy szembefordulni azzal”.* Ezért az egészségfejlesztés nemcsak az egészségügyi ágazat feladata, hanem túllép az egészséges életmódon a jólét felé. (Buda, 1998).

Problémafelvetés

Hajlamosak vagyunk adott témán belül szinonim fogalmakként használni az egészségnevelés és az egészségfejlesztés definíciókat. Kétségtelen, hogy szorosan kapcsolódnak egymáshoz, de nem helyettesítik, sokkal inkább kiegészítik egymást (Tényi, Sümegi, 1997). Az egészségnevelés az egészség-fejlesztés szerves része. A szívbetegségben szenvedőket a régi nézőpontok szerint, amikor a fókuszban még az egészségügyi felvilágosítás állt, okolhatták azzal, hogy túlsúlyosak vagy dohányoznak, de ezek háttér tényezői nem lettek figyelembe véve, így az áldozatra hárított felelősség (victim blaming) elve alapján ítékeztek a szakemberek. (Pikó, 2003)

Az egészségnevelés olyan komplex direkt és indirekt módszereket alkalmazó nevelői tevékenység, amely kiterjed a szocializáció minden szintjére. Célja, hogy az egészségkultúra emelésével, az életmód formálásával elősegítse az egészség kialakítását, megtartását, a betegségek megelőzését, továbbá előmozdítsa, hogy a megbetegedettek egészségi állapotukat mielőbb helyreállíthassák. Széleskörű tevékenység, amely az egészségügy valamennyi szintjén megjelenik (Vittay szerk., 1992). A WHO és az UNESCO közös nyilatkozatában az egészségügyi dolgozók és oktatók közös felelősségévé teszi, hogy megfelelő tudást, információt és infrastruktúrát biztosítsanak, amely képessé teszi az embereket arra, hogy fejlesszék saját maguk és családjuk egészségét. Ehhez egészségkultúráltság kialakítása szükséges (Elekes, 1983).

Az egészségnevelést el kell határolnunk a felvilágosítás kifejezéstől, mely egyoldalú folyamatot jelöl, ahol a felvilágosító és felvilágosítandó elhatárolódik egymástól. A felvilágosító tájékoztató,

egyoldalú információs tevékenységet végez, ez nem elegendő. A felvilágosítás abból az elképzelésből indult ki, hogy az ember viselkedése racionálisan szervezett, a több és helyes tudás helyes döntésekhez, és életvezetéshez vezet. A tapasztalatok azonban bebizonyították, hogy az ismeret - bár nélkülözhetetlen - önmagában nem elegendő a viselkedés befolyásolására, egyes magatartásformák esetében a háttérben meghúzódó motivációk erőteljesebbek, minthogy az ismeretek átadása, kiigazítása révén, érdemi változást tudnánk elérni. Pl. valamennyi dohánytermék dobozán nagybetűvel olvasható, hogy „A dohányzás súlyosan károsítja az egészséget”, ennek ellenére a hazai felnőtt népesség 40%-a dohányzik. Ezek alapján indokoltá vált, hogy az 1970-es évektől áttértek az egészség-nevelés kifejezésre a nemzetközi és hazai gyakorlatban egyaránt (NEEU, 2001).

A nevelés, nem egyszeri egyoldalú információ, hanem folyamatos kétoldalú kapcsolat. E kapcsolatban a nevelő és nevelendő személyisége, és a közöttük kialakuló kommunikáció is lényeges szerepet kap ugyanúgy, mint a környezet, az öröklött szokások, az értékrendszer (Potter, Perry, 2003). Napjainkban a figyelem fókuszába kerülnek az érzelmi intelligenciát, társas kompetenciákat, alkalmazkodást fokozó beavatkozások. Ezek az ismeretbővítő módszer hiányosságait, korlátozott hatékonyságát felismerve létrejött modellek, amelyek az érzelmi nevelést tekintik megfelelő eszköznek. Lényegük abban a felismerésben rejlik, hogy az egészségkárosító magatartásformák háttérében a személy konfliktuskezelési eszköztárának gyengeségei húzódnak meg. Ezért az egészségfejlesztési törekvéseknek a társas-érzelmi készségek fejlesztését kell célul tűzniük. Idetartoznak az érzelmi nevelés jegyében születő és működő egészségfejlesztési programok, a társas-kommunikációs készségeik fejlesztésére. Az ilyen foglalkozások célja, hogy a résztvevőket ne csak arra készítse fel, hogy nemet tudjanak mondani a káros szenvedélyekre, hanem arra is, hogy igent tudjanak mondani az egészségre (Pikó, 2003).

Az egészségfejlesztés interdiszciplináris tudományos tevékenység. Nem kizárólagosan az egészségügyre szorítkozik, hanem átfogja az ipar, a kereskedelem, a környezetvédelem és a mezőgazdaság területét is. Célja a lakosság egészségi állapotának javítása, mégpedig elsősorban az ismeretek olyan fejlesztésével, amelyek képessé teszik az embereket saját egészségi állapotuk megőrzésére és jobbítására. Az egészségfejlesztést az egészségnevelés elemének tartjuk (Misz, 2005).

A prevencióhoz hasonlóan az egészségfejlesztésnek is három szintjét különböztetjük meg.

Az elsődleges egészségfejlesztés: az egészséges emberekre irányul és az a célja, hogy megelőzze a betegség megjelenését, javítsa az egészségi állapotot, és jobbá tegye az életminőséget. Olyan témákkal foglalkozik általában, mint a higiénia, fogamzásgátlás, táplálkozás, személyes kapcsolatok.

Másodlagos egészségfejlesztés: ebben az esetben a betegség már fennáll, de a lényeg az, hogy visszafordítható stádiumban tartasuk. Ide tartozik például, hogy megismertetjük a beteggel a körülményeit, és magatartás-változtatást próbálunk indukálni nála kölcsönös változtatási igény esetén (kezelési utasítások betartása).

Harmadlagos egészségfejlesztés: az irreverzibilis állapotú, rokkant páciensekre és hozzátartozóikra vonatkozik, fő cél annak a megtanítása, hogyan élheti a kliens a lehető legteljesebb életet megmaradt képességei birtokában, és hogyan kerüljék el a szükségtelen megpróbáltatásokat (Ewles, Simnett, 1999).

A célzott, hatékony megelőzési és egészségfejlesztési programok tervezéséhez, kivitelezéséhez és értékeléséhez nélkülözhetetlen a legjelentősebb kockázati tényezők ismerete. A korszerű egészségügy ezért egyre nagyobb figyelmet fordít azokra a tényezőkre, amelyek befolyásolják az egészségproblémákat - a betegségeket, a kóros állapotokat, az egészségkárosodásokat, a funkciózavarokat, a fogyatékosokat, az egészségre vonatkozó panaszokat (Vittay szerk., 1992).

A vizsgálat bemutatása

Az alábbiakban az ápolói munka során megvalósított, három ápolási napot felölelő, szívinfarktuson átesett betegek körében végzett másodlagos egészségfejlesztési tervet szeretnénk bemutatni egy betegoktatási programon keresztül.

Az infarctus myocardialis betegoktatási aspektusai

Az infarctus myocardialis életet veszélyeztető állapot, ezért a beteg intenzív koronária őrzőegységbe kerül, ahol az elsődleges cél a páciens állapotának stabilizálása, a szövödmények kivédése. Kikerülve a kardiológiai osztályra fizikailag már stabilabb a beteg állapota, de még mindig jelentős feladat a mobilizálás és a koronáriák keringésének javítása, visszaállítása. E stádiumban a betegoktatás kimerül a páciens kórházi környezettel és a házirenddel való megismertetésben, az elvégzendő diagnosztikai és terápiás beavatkozásokról való felvilágosításban.

Tényleges betegoktató-egészségfejlesztő tevékenység megvalósítására leginkább a rehabilitációs centrumok, osztályok alkalmasak, mert ebben a stádiumban a páciens már fizikailag és pszichésen is felkészültebb az oktató-nevelő szerepének felvállalására.

Egy betegoktatási alternatíva

Az itt ismertetésre kerülő, a szívinfarktuson átesett páciensek körében alkalmazott betegoktatási alternatíva egy **három ápolási napot érintő betegoktató programot** jelent, mely a lehetséges módszerek közül többfélélt ötvöz, és megcélozza mindhárom oktatásitanulási síkot: a kognitív, az affektív és a pszichomotoros tanulási síkot egyaránt (Falus szerk., 2003). Tematikája és módszertana a következő:

1. nap

A betegoktatás célja: új ismeretek közlése. A kognitív dimenziót célozza.

Első fázisban írásos ismeretközlést jelent, azaz előre összeállított betegoktató füzet kerül kiosztásra a páciensek között.

Tartalmát tekintve ezen füzetek feldolgozzák a szívinfarktussal kapcsolatos legfontosabb ismeretanyagot, úgy mint:

- a szív felépítése, működése,
- mi a szívinfarktus és hogyan alakul ki,
- szívinfarktusra hajlamosító rizikótényezők,
- a szívinfarktus tünetei,
- a szívinfarktus terápiája,
- tudnivalók a mindennapi életbe való vissza-téréshez, különösen a gyógyszeresedéssel, kontrollvizsgálatokkal, diétával, dohányzással, testmozgással, szexuális étellel, munkavégzéssel kapcsolatban.

Stílusát tekintve a füzet színes, sok ábrát, vidám rajzot tartalmaz. Az idegen kifejezéseket kerüli, ha annak használata elkerülhetetlen, akkor viszont az idegen kifejezéshez magyarázat fűződik. A szöveg egyszerű, rövid és lényegretörő. Motiváló hatással bír, ha az egyes fejezetek előtt pár kérdés szerepel (pl.: „Amennyiben Önnek véralvadást gátló gyógyszert kell szednie, tudja-e, mely panaszok esetén kell azonnal háziorvosához fordulnia?”). Ezek a kérdések segítenek a páciensben tudatosítani, hogy bizonyos kérdések őt személy szerint érintik.

Terjedelmét tekintve a füzet nem hosszú, elolvasása nem vesz több időt igénybe, mint kb. 40 perc.

A betegoktatás időtartama ebben a fázisban tehát kb. 40 perc, mely azonban az ápolási időből nem vesz el. Ez a módszer egyéni hatásra épül. A programozott betegoktatási stratégia szintjei (megismerés, felismerés, felidézés, értelmezés, alkalmazás) közül a megismerési tanulási szintet biztosítja a beteg számára.

A második fázisban az új ismeretek közlése szóbeli ismeretek átadását jelenti: a betegoktató füzet elolvasása során a páciensben felmerülő kérdések megbeszélésre kerülnek. Az ápoló biztosítja a betegoktatás egyénre szabottságát, vagy kiscsoportos módszerrel (2-3 beteggel) is hatékonyan dolgozhat.

A betegoktatás időtartama kb. 15-20 perc az ápolási időből.

2. nap

A betegoktatás célja egyrészt a kognitív ismeretek számonkérése (ellenőrzés). A programozott betegoktatás során információt ad arról, hogy a felismerési, felidézési, értelmezési tanulási szinteken mennyire eredményes az oktató beteg.

Furcsán hangzik az ellenőrzés, mint pedagógiai fogalom a páciensekkel kapcsolatban, felmerülhet a kérdés, hogyan kérhető számon a páciens, hiszen a betegoktató nem adhat érdemjegyet. Ez az az „iskola”, ahol nem buktatható a „diák”, de a fennmaradó hiányosság – bármely síkon is legyen az – akár a páciens életébe is kerülhet! Mégis van létjogosultsága a számonkérésnek a páciensek körében,

mert az ápoló pár, szóban feltett kérdéssel egyrészt meggyőződhet, mennyire sikerült a betegeknek elsajátítani a legfontosabb ismereteket, másrészt tanulásra ösztönözheti a szituáció az oktatókat.

Hatékony kiscsoportos módszer is, ha azonban feladatszorongása van a betegnek, az egyéni hatásra épülő módszer ajánlott.

Mérés eszköze: kérdéseket tartalmazó feladatlap (minden esetben, szóban történik az ismeretszint mérése!) az alábbi fő kérdéscsoportokkal

- hogyan alakul ki a szívinfarktus?
- melyek a rizikótényezők?
- angina pectoris esetén mi a teendő?
- a beteg által szedett gyógyszereknek melyek a hatásai?
- mire kell figyelni a szedett gyógyszerek esetében?

A betegoktatás időtartama kb. 15-20 perc az ápolási időből.

A második oktatási napon a gyakorlásra is sor kerülhet. Ez már a motoros tanítási-tanulási síkot érinti.

Lehetséges tematikája a páciens deficitjeitől függően, pl. pulzusszámlálás, automata vérnyomásmérő használatának, gyógyszerek megfelelő dózisu kikészítésének, nitroglycerin tapasz felhelyezésének, ödéma vizsgálat technikájának, vénás lábtorna kivitelezésének, stb. gyakorlása.

Hatékonyan alkalmazható a kiscsoportos módszer (2-3 beteggel). A páciens felelősségét növeli, ha alkalmazzuk a szerződés-kötés oktatási technikát (1. sz. táblázat), amely egyben a betegoktatás dokumentálására is alkalmas eszköz.

I. táblázat
Szerződés-kötés

R.K. 56 éves férfibeteg, diagnózis: AMI. Rövid távú cél: A kórházi tartózkodás alatt R.K. naponta kétszer önállóan elvégezze vérnyomásának megmérést automata vérnyomásmérővel. Hosszú távú cél: R.K. naponta kétszer önállóan elvégezze a vérnyomásának megmérést automata vérnyomásmérővel a napi önellátása részeként.	
Az ápoló felelőssége	A páciens felelőssége
1.nap: 8.00: Az ápoló demonstrálja a vérnyomásmérést, szóbeli magyarázatot ad: -a mandzsetta helyes felhelyezéséről, a kar helyzetéről -a készülék menürendszerének kezeléséről -a mérés kivitelezéséről -a mért vérnyomásérték leolvasásáról, értékeléséről -a készülék karbantartásáról 20.00: Az ápoló asszisztál R.K.-nak a vérnyomásmérés kivitelezésében.	R.K. ágya mellett megfigyeli a vérnyomásmérés kivitelezését. R.K. szóban leírja a vérnyomásmérés folyamatát miközben azt megpróbálja kivitelezni.
2.nap: 8.00: Az ápoló felügyeli, míg R.K. kivitelez a vérnyomásmérés folyamatát. 20.00: Az ápoló felügyeli, míg R.K. kivitelez a vérnyomásmérés folyamatát.	R.K. elvégzi a vérnyomásmérést. R.K. elvégzi a vérnyomásmérést.
3.nap: 8.00: Az ápoló ellenőrzi, R.K. elvégezte-e a vérnyomásmérést. 20.00: Az ápoló ellenőrzi, R.K. elvégezte-e a vérnyomásmérést. Az ápoló áttekinti R.K. -val a szerződést, és megbeszéli az otthon elvégzendő teendőket.	R.K. egyedül elvégzi a vérnyomásmérést. R.K. egyedül elvégzi a vérnyomásmérést. R.K. az ápolóval áttekinti a szerződést, és megbeszéli az otthon elvégzendő teendőket.
Ápoló aláírása:..... Dátum:.....	Páciens aláírása:..... Dátum:.....

A betegoktatás időtartama kb. 20 perc az ápolási időből (összetettebb elsajátítandó művelet esetén természetesen több ápolási napot is érinthet annak érdekében, hogy a páciens valóban elérje a tanítás-

tanulás lehető legmagasabb szintjét (a Bloom taxonómia szerint, pl. az ismeret, jártasság, készség szintjein túl a képesség szintjét) (Falus szerk., 2003).

3. nap

A betegoktatás célja érzelmi minták közvetítése. Az affektív tanítási-tanulási síkot érinti, és egyben a legnehezebben realizálható fázis.

Megvalósulhat pl. tudatosítással: a betegoktató ápoló tudatosítja páciensében, hogy mi volt a páciens felelőssége betegségének kialakulásában. Ezt követheti a döntési helyzetek biztosítása: „Mit tehet és mit fog megtenni a páciens egészségének helyreállításáért?”

Egyéni hatásra épülő módszerrel hatékony (pl. beszélgetés a betegoktatóval vagy szerepmodellként tekinthető beteggel). Biztosíthatja a De Block taxonómia tanítási-tanulási szintjei (ismeret, megértés, alkalmazás, integrálás) közül a legmagasabbat, azaz az integrálás szintjét. (Falus szerk, 2003).

A betegoktatás időtartama kb. 10-20 perc az ápolási időből.

Vizsgálat célja

Miután a fentebb ismertetett betegoktató program – egy általunk elkészített betegoktató füzetel, illetve dokumentációs javaslattal - kipróbálásra került, megpróbáltuk megmérni a hatékonyságát. Vizsgálatunkban arra is választ kerestünk, hogy a bemutatott alternatívához képest hogyan valósul meg napjainkban az ápolók egészségfejlesztő munkája az érintett páciensek körében.

Hipotéziseink:

1. Az ápolók egészségfejlesztő, betegoktató tevékenysége jelenleg nem rendszeres, módszertanilag és tartalmilag nem tervezett, nem megfelelő módon dokumentált, így fejlesztésre szorul.
2. Az ismertetett egészségfejlesztő-betegoktató program hatékonyabb, mint az osztályokon addig megvalósuló egészségfejlesztő munka.

Vizsgálat helyszíne, ideje, mintája

Két megyei kórház kardiológiai rehabilitációs osztályán mértük fel 2001.06.10. és 2001.12.10. között, milyen formában történik az ápolói kompetencián belül az egészségfejlesztés, betegoktatás, illetve, hogy ehhez képest mennyire nyújt többet, mást a programozott betegoktatás, amely kipróbálását önkéntesen 15, az adott osztályon dolgozó szak-, illetve diplomás ápoló vállalta 2-2 – azaz összesen 30 – szívinfarktuson átesett beteggel.

A mintavétel lehetőségfüggő technikán alapult, így a minta ugyan nem reprezentatív, de véleményünk szerint tendenciák vizsgálatára alkalmas.

A betegoktatási program előtt rövid tovább-képzést biztosítottunk a kísérletben résztvevő ápolók számára, ahol előadás keretében megismertkedtek a programozott betegoktatási terv fő irányelveivel, módszertanával, dokumentációs elvárásaival (különös tekintettel a szerződéskötési oktatási stratégia lehetőségére), illetve megtárgyalásra került az általunk összeállított, és a páciensek rendelkezésére bocsátott betegoktató füzetek erősségei, alkalmazásának alapelvei.

Adatgyűjtés módja

Az osztályokon szokásos egészségfejlesztő munka felmérése az ápolók körében végzett strukturált interjúk, illetve az ápolási dokumentáció elemzésével történt. Az interjúk során az ápolók körében rákérdeztünk az alábbiakra:

- Munkájuk során folytatnak betegoktató tevékenységet?
- Amennyiben folytatnak betegoktató, egészség-fejlesztő munkát, azt milyen módszerekkel, eszközökkel teszik?
- Melyek az ápolók betegoktató, egészségfejlesztő munkájának gátló tényezői az egészségügyben?

A kísérletben résztvevő 30 beteg az osztályos gyakorlat szerinti egészségnevelésben már részesült, melynek kognitív síkon való hatékonyságát megpróbáltuk lemérni egy előre összeállított, az adott betegekre szabott, 4 kifejtendő kérdésből álló (25 pontos), a szívinfarktus kialakulásával, kezelésével,

életmódbeli vonatkozásaival kapcsolatos kérdéseket tartalmazó feladatlappal, melynek megoldását szóban kértük a betegektől. Majd a három ápolási napot felölelő programozott betegoktató program után az előző módszerrel megegyezően szintén felmértük a betegek kognitív ismeretanyagát, és összevetettük a kapott eredményeket. Önkontrollos vizsgálatot végeztünk, amellyel ebben az esetben az eltérő tanulási képességet, mint kontrollváltozót ki tudtuk küszöbölni.

Eredmények

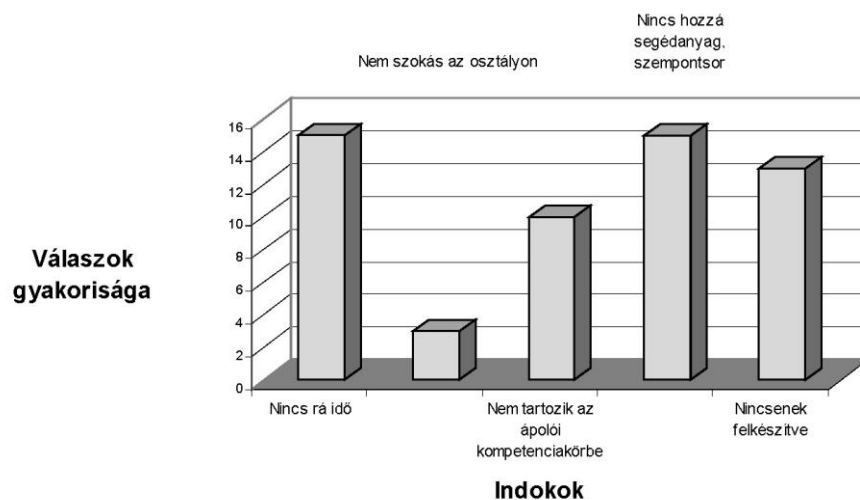
Első hipotézisünk beigazolódott, mert noha a megkérdezett 15 ápoló többsége, 13 fő alkalmanként folytat egészségfejlesztő, betegoktató tevékenységet munkája során a szívinfarktuson átesett betegek körében (1. sz. ábra), de ezen interakciók kimerülnek egy-egy kérdés megválaszolásában, beszélgetésekben. Nincsenek megtervezve sem tematikailag, sem módszertanilag, „ad hoc” jellegűek.



Az egészségfejlesztés, mint felmerült igény, szükséglet az ápolási dokumentációkban a rögzített ápolási diagnózisok között megjelent, de az anamnézis lapok, dekurzus lapok, ellátási tervek zöme már nem tartalmaztak egészségfejlesztő tevékenységeket dokumentáló adatokat.

A megkérdezettek arra a kérdésre, hogy mely tényezők gátolják leginkább a programozott, korszerű betegoktatást, egészségfejlesztést, leggyakrabban az időhiányt, az ápolói kompetenciakör tisztázatlanságát és a feltételek (eszköz és személyi) hiányát jelölték meg (2. ábra)

2. ábra
Miért nem folytatnak az ápolók rendszeres, megtervezett betegoktató tevékenységet? (n=15)



Második hipotézisünk szintén beigazolódott. A kísérletben résztvevő 30 beteg esetében a már említett módon felmértük, a szokásos egészségnevelő hatások által milyen hatékonysággal sajátították el a betegségükkel kapcsolatos legfontosabb tudnivalókat kognitív síkon. A betegek a 25 megszerezhető pontból átlagosan 16,1 pontot értek el, vagyis 69%-os teljesítményt produkáltak. A minta szórása $SD=2,12$ volt

A háromnapos programozott betegoktatás után az eredmények látványosan javultak. Az elért átlag pontszám 22,3 pont volt, azaz a páciensek 89,2%-os teljesítményt nyújtottak. A minta szórása $SD=1,62$.

Ezzel a programozott betegoktatás hatékonyságát a kognitív síkon tudtuk mérni. A pszichomotoros és affektív hatékonyságot, prospektív vizsgálattal mérhettük volna, ami azonban túlmutat jelen vizsgálat keretein.

Javaslatok

Az egyoldalú medicinális orientáció helyett a laikusok kompetenciájának felismerését kell tudomásul vennünk. Az epidemiológiai kutatások ráirányították a figyelmet a magatartásbeli, életmódbeli tényezők és a krónikus betegségek kapcsolatára. Korunk egészség-nevelésének nem csupán az epidemiológiai ismeretekre kell épülnie, hanem az emberek személyes élettapasztalataira, egészségi és életmódbeli prioritásaira és ellentmondásaira. A tekintélyelvű egészségneveléstől a támogató felé kell haladnunk, hiszen az együttműködést, a partneri kapcsolatot csak a kölcsönösség segítségével tudjuk biztosítani. A közösség tevékeny részvétele révén olyan egészségfejlesztést kell megvalósítanunk, mely az emberek ismereteire, elvárásaira épít, hiszen csak így tudunk hosszú távon betegeink, vagy klienseink állapotán pozitív irányban változtatni. Fel kell ismernünk a laikus közösségekben rejlő lehetőségeket (Kormos szerk, 1980).

Következtetések

A preventív munkában a primer prevenció előmozdítása, a betegségek korai felismerése, a már kialakult betegségek eredményes kezelése, a jó ágazatközi együttműködés kialakítása az egészségfejlesztők munkájának elengedhetetlen része. Mára már nyilvánvaló, hogy az egészséggel való tudatos foglalkozás nem szűkíthető le az egészségügyi szervek feladatai közé, a társadalom különböző szektorainak aktív közreműködése nélkül korunk egészségi kihívásai nem megoldhatók. Kormányzati részről előrelépés, hogy a kiírt pályázaton eredményesen szereplőket (Háziorvosok prevenciók tevékenysége-2005) anyagilag is ösztönzik a prevenciók, egészségfejlesztő munkára. Feladatuk, hogy tisztába legyenek a praxisukba tartozók egészségi állapotával, rendszeres megelőző és felvilágosító szolgáltatásokat nyújtsanak (Potter, Perry, 1999).

Ezek jelentősége vitathatatlan, gondoljunk a Framingham-vizsgálatra (1948), mely bebizonyította, hogy a koszorúerek megbetegedései háromszor-ötször gyakrabban fordulnak elő azoknál, akik magas vérnyomás betegségben szenvednek, vagy az Észak-karéliai Programra (1972), melynek hatására 1972-1996 között Finnországban 65%-kal csökkent a szívkoszorúér-betegségek okozta halálozás a 65 évesnél fiatalabb korosztályban (DOTE-NEI, 2002). Hazai kezdeményezés a Nemzeti Népegészségügyi Program Koszorúér-és agyér betegségek okozta megbetegedések, halálozások visszaszorítása című része, melyben a cél ezen betegségek okozta halálozás 20%-os csökkentése 10 éven belül (MK, 2003).

Összegzés

Egészségfejlesztő munkánk során abból a tényből kell kiindulnunk, hogy az egészség nem egyenlő a betegség hiányával. Eredményeket akkor várhatunk, ha a primer prevención belül az egészség kialakításának elősegítése hangsúlyozottan helyet kap.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy az emberek egészségfelfogása különböző. Nézeteik alakításában szerepelnek saját tapasztalataik, ismereteik, értékítéletük, és elvárásaik. Az egészségügyi dolgozók részére az egészség objektívebb értelemben jelenik meg, de munkánk során folyamatosan

szem előtt kell tartanunk, hogy a laikusok, és szakemberek egészségfelfogása jelentős különbségeken alapulhat (Buda, 1998).

Az egészségnevelés céljainak megvalósítása sokoldalú, komplex tevékenységet tételez fel, elméleti megalapozásában többféle tudományág együttesen játszik szerepet, gyakorlati realizálása, pedig több társadalmi szektor együttműködését igényli (Misz, 2005).

Az oktatócentrikus, autoratív egészségnevelést napjainkban egyre szélesebb körben váltja fel az interaktív, a lakosság részvételére és aktivitására épülő dinamikus munkafolyamat. Ennek hiányában az elégedetlen, a változtatásoknak ellenálló betegek, kliensek körében a compliance csökken (Mata, Nagy 2002). Nekünk ápolóknak is jelentős szerepünk van az egészségfejlesztő munkában, erre példa a fentiekben bemutatott kutatás, és pl. a Oxcheck vizsgálat is (oxcheck study), mely 1989-1992 között zajlott Nagy-Britannia Bedfordshire megyéjében. A résztvevőket háztartások szerint véletlenszerűen sorolták be négy vizsgálati csoportba a kockázati tényezők vizsgálata nélkül. Az ápolók a kliensekkel megbeszélték az életmódváltás szükségességét, és a dohányzásra és a diétára vonatkozó információkkal is ellátták őket, a csoportokat előre meghatározott időnként vizsgálták, majd közölték eredményeiket. A szérum-koleszterin, és a vérnyomásérték szignifikánsan csökkent a kontrollhoz képest, a dohányzás gyakoriságában azonban nem volt eltérés (DOTE-NEI, 2002).

Feltételezhető, hogy a személyes vagy családi tanácsadás és egészségfejlesztés hatékonyabban tudja csökkenteni a kardiovaszkuláris kockázati tényezők gyakoriságát, és az ebből eredő halálozást.

Irodalomjegyzék

1. A WHO Ápolási és Szülésznői Együttműködő Központ szerepe az egészségnevelés és prevenció területén (2000) /Betlehem József In: az ápolás menedzselése: Egészségmegőrzés-egészségfejlesztés - egészséggondozás/ Pető Éva - Szeged: British Council: SZTE Népegészségtani Intézet
2. Buda, B.(2003), A lélek egészsége, a mentálhigiéne alapkérdései
Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
3. Buda, J. (1998), Közösségi egészségügyi ellátás elmélete és módszertana
POTE Egészségügyi Főiskolai Kar – jegyzet
4. Egészségügyi Minisztérium (2004), Ellátásszervezés helyett térségi egészségfejlesztés (reformtervezet)
Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME), 3. pp.20-22.
5. Elekes, A. (1983), Egészségnevelési módszertan
Országos Egészségnevelési Intézet Kiadványa, Budapest
6. Erdélyi, A. (2002), Szívügyeink
www.elemezesvezetok.hu
7. Ewles, L., Simnett, I. (1999), Egészségfejlesztés-gyakorlati útmutató
Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
8. Falus I., (szerk.) (2003.) Didaktika. Elméleti alapok a tanítás tanulásához
Nemzeti Tankönyvkiadó, Bp., 6. átdolgozott kiadás.
9. Kormos, S. (szerk.) (1980): Egészségnevelés és közművelődés
Országos Egészségnevelési Intézet Kiadványa, Budapest
10. Központi Statisztikai Hivatal (2004), Egészségügyi Statisztikai Évkönyv-2003
KSH, Budapest
11. Mata, Zs. és Nagy, A. (2002), Egészségfejlesztés az ápolásban
Nővér, 15, 3-6.
12. Misz, Í.I., (2005), Egészségfejlesztés és ellátórendszer
IME, 3. pp. 5-8.
13. Nemzetközi Egészségfejlesztési és Egészségnevelési Unió (NEEU) jelentése az Európai Bizottság számára, (2001) Bizonyítékok az egészségfejlesztés hatékonyságára I.-II. Budapest
14. Nemzeti Népegészségügyi Program
Magyar Közlöny (MK), 2003/ 38. (IV.16.)
15. Ottawai Egészségmegőrzési Charta
An international conference on health promotion, 1986, nov. 17-210

16. Pikó, B. (2003) Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége Magyar Tudomány, 11., 1381. o.
17. Potter, P. A. & Perry, A. G. (1999), Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai Budapest: Medicina.
18. Székely, L., Szeles, V. (1993), Egészségmegőrzés, egészségnevelés HIETE- Egészségügyi Főiskolai Jegyzet, Budapest
19. Tényi, J., Sümegi, Gy. (1997), Egészségfejlesztés, egészségnevelés POTE jegyzet, Pécs
20. Vittay, K. (szerk), (1992), Egészségfejlesztés, egészségnevelés LEMON 5. füzet, MEDINFO
21. World Health Organisation (1984) Health Promotion, a WHO Discussion Document on the Concepts and Principles Journal of the Institute of Health Education, 23 (1),
22. Egészségfejlesztési programok, a keringési betegségek okozta halálozás csökkentésére www.publichealth.hu- (DOTE-NEI)

[Vissza a tartalomhoz](#)

KITEKINTÉS

Szakedolgozói Kongresszus értékelése

2005. augusztus 18-19-én a Jósa András Megyei Kórház szervezésében került megrendezésre az Egészségügyi Szakedolgozók XXXVI. Országos Kongresszusa. Az eseményről már több fórumon olvashattunk. Integrált minőségirányítási rendszert működtető kórházként kíváncsiak voltunk a résztvevők véleményére is a kongresszussal kapcsolatban.



Kórházunk vezető auditora irányításával egy kérdőív készült el, mely a Konferencia-táskában volt megtalálható, így az országos rendezvény valamennyi regisztrált, összesen 742 szakedolgozó résztvevőjéhez eljuthatott.

A kérdőív 8 zárt és 2 nyitott kérdést tartalmazott. Összesen 99 db kitöltött kérdőív feldolgozására került sor, mely a résztvevők 13%-a.

Az első kérdésre, mely szerint: *Megfelelő volt-e az Ön számára az előzetes tájékoztatás?* a válaszadók 85%-a elégedettnek bizonyult, míg 15%-uk elégedetlenségről számol be. Ez utóbbi csoportba tartozók kevés illetve hiányos vagy nem megfelelő megjelöléseket használtak. A konferencia szervezésekor sajnos több előre kiadott időpontot illetve határidőt nem tudtunk tartani, talán ennek tudható be az általuk megfogalmazott hiányosság.

A második kérdés: *Mennyire volt elégedett a szervezők, segítők munkájával?*

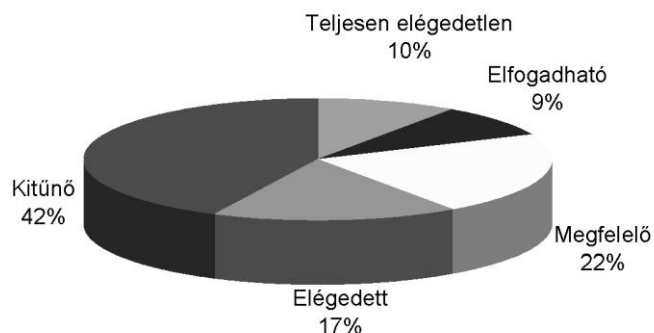
A kérdőívet kitöltők 99%-a megfelelő illetve elégedett minősítést, 1% elfogadható jelzőt jelölte meg, teljesen elégedetlen választ lehetőséget egyetlen egyszer sem jelölték meg. A szervezőmunkában résztvevők (összesen 36 fő) valamennyien felelősnek érezték magukat, lelkes team-munkában összetartva gondoskodtak a rendezvény színvonaláról. Megtisztelő volt Főigazgatónő levele a team tagjaihoz, melyben mindenkinek köszönetét fejezte ki az intézet menedzsmentje nevében, az előkészítésben és lebonyolításban nyújtott munkájáért.

A harmadik kérdés: *Elégedett volt-e a rendezvény helyszíneivel?*

A válaszadók az előző kérdéshez hasonlóan 99%-ban megfelelő vagy elégedett, 1%-ban elfogadható minősítést fogalmaztak meg. A Nyíregyházi Főiskola folyamatosan megújuló modern épületeivel valóban szerencsés választás volt. Rendkívül impozáns parkjával, klimatizált épületeivel, előadótermeivel, megfelelő háttérrel nyújtott a szakdolgozók hagyományosan megrendezésre kerülő Kongresszusának.

Negyedik kérdésünk: *Megfelelő volt-e a szállás, a szállodai elhelyezés?* (1. ábra)

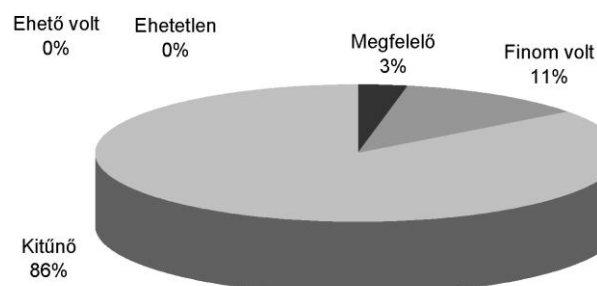
1. ábra
Megfelelő volt-e a szállás, a szállodai elhelyezés?



A felmérésben résztvevők 81%-a kitűnő, elégedett vagy megfelelő kategóriát jelölte meg, míg 10%-uk teljesen elégedetlen volt szállásával. Az egészségügyi intézmények sajnos nem minden esetben tudnak munkatársaik részére drága szállodai elhelyezést biztosítani, ezért a szervezők a rendezvényeken az olcsóbb kategóriájú kollégiumi szálláslehetőséget is felkínálják. Előnye, hogy a rendezvény helyszínének területén volt megtalálható a (reggeli étkezést is biztosító) legnagyobb befogadóképességű kollégium is, míg egy drágább hotel attól távolabb esetleg a város másik részében.

Ötödik kérdés: *Megfelelő volt-e az étkeztetés?* (2. ábra)

2. ábra
Megfelelő volt-e az étkeztetés?



100%-ban kitűnő, finom, illetve megfelelő jelzők használata, egyértelmű megelégedettségről tanúskodik.

Hatodik kérdésünk: *Megfelelő volt-e a technikai szolgáltatás (vetítés stb)?*

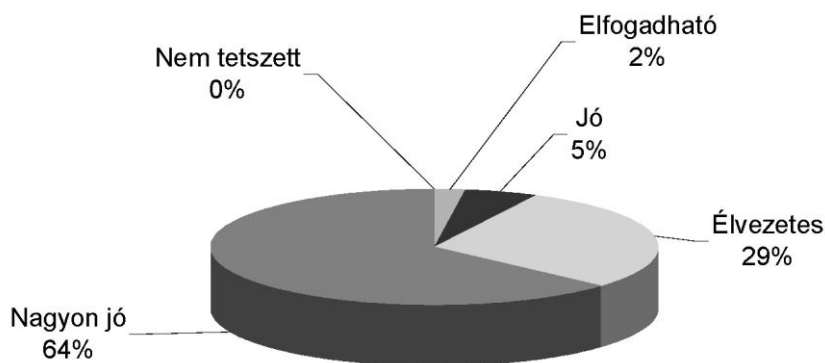
A válaszadók 95%-a kifogástalan illetve élvezhető kategóriákat jelölte meg, míg 5%-uk jónak vagy elfogadhatónak véleményezte a technikai szolgáltatást. A termék előadásokra tervezettek, akusztikájuk ennek megfelelő, így a kisebb előadókból nem is volt szükség hangosításra. Az előadások anyagát az előadók színvonalas Power Point formátumban készítették el, gyakran hangos bejátszásokkal esetleg kísérő filmekkel illusztrálva. Intézetünk Informatika osztályának munkatársai a Kongresszus mindkét napján minden előadóteremben felügyelték, segítették a tudományos tanácskozást.

Hetedik kérdés: *Mennyire nyerte meg tetszését a fakultatív program összeállítása?* kérdésre

99%-ban nagyon jó, élvezetes, jó válaszokat kaptunk, 1%-a a kérdőívet kitöltőknek nem tetszett a fakultatív program összeállítása. A kétnapos rendezvény sajnos nem adott lehetőséget arra, hogy még több esetleg több időpontban is meghirdethető programokat szervezzünk az előadások idejével egy időpontban.

Nyolcadik kérdés: *Mennyire volt elégedett a konferencia egészének lebonyolításával?* (3. ábra)

3. ábra
Mennyire volt elégedett a konferencia egészének lebonyolításával?



A kérdésre 93%-ban nagyon jó vagy élvezetes választ kaptunk, 7%-ban jó vagy elfogadható minősítést. Nem tetszett jelzőt egyik válaszadó sem jelölte meg.

Nyitott kérdések egyike a konferencia *3 legjobb előadójának megnevezése*, amelyre 77 válasz érkezett, s összesen 67 főre adták le szavazatukat a konferencia résztvevői. A beérkezett válaszok és szavazatok alapján a konferencia legjobb előadója:

Pásztor Krisztina (Simmelweis Kórház-Rendelőintézet, Miskolc)

Előadásának címe: *Az egészségügyi dolgozók orvoshoz fordulási szokásai*

Az észrevételek és javaslatok, vélemények nyitott kérdésnél a többnapos konferencia igényét, a szervezési munka magas színvonalát, fakultatív programok bővítését, szállásra és az előadók előadásmódjára vonatkozó megállapításokat fogalmazták meg.

Egy országos rendezvény megszervezése, lebonyolítása több hónapos team-munka. Azt gondolom a fenti adatok tükrében az Egészségügyi Szakdolgozók XXXVI. Országos Kongresszusa sikeresen zajlott, a hagyományokat továbbvittük, és képesek voltunk hozzátenni valami újat ebben a folyamatosan változó világban. Számos szakterület képviselője elmondhatta problémáját, vázolhatta kutatásának eredményeit, bemutathatták az egyes szakterületek összekapcsolódását, azok egymásra épülését. Részben bemutathattuk Nyíregyházát, a város, a megye képviselőit a Jóna András Megyei Kórház vezetőit és munkatársait. Újabb lehetőséget kaptunk arra, hogy megismerkedhessünk az ország különböző pontjairól érkező szakdolgozó kollégáinkkal és egyben tovább képezve magunkat egy jó hangulatú Kongresszus résztvevői voltunk.

Katona Michaela

[Vissza a tartalomhoz](#)

A védőnői tevékenység lehetősége a posztnatális depresszió prevenciójában

*Csatornai Sarolta, főiskolai adjunktus
Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar,
Védőnő szak*

Összefoglaló

Kutatási célom a posztpartum depresszióra való vulnerabilitás kimutatását szolgáló Leverton-féle kérdőív alkalmazásával a kórkép tüneteinek felderítése a terhesség alatt, a „sebezhető” terhesek körében végzett pszichoterápiás csoportfoglalkozásokkal a betegség előfordulási gyakoriságának csökkentése, a megelőzés módszerének kidolgozása és a védőnői gyakorlatba történő beépítése.

A vizsgálatot 2001-2003 között Magyarország déli régiójának 4 megyéjében 680 fős mintán, a terhesség kezdetén, majd a gyermekágyas időszakban megismételve végeztük.

Előzetes eredményeim szerint az anyák több mint fele terhessége során érintett a depressziós alaphangulat tüneteit illetően.

Súlyos szomatikus elváltozások viszonylag kis számban fordultak elő, viszont a vizsgált terhesek magas aránya érzi néha - vagy gyakran - nagymértékben fáradtnak magát. Vizsgálatunkban 570 (83%) várandós anya került a 10 pont feletti értéket mutató vulnerabilis csoportba, terhességének első vagy második trimeszterében. A gyermekágyas időszak végén megismételve a Leverton-féle kérdőív felvételét, 13%-kal csökkent a vulnerabilitás mértéke, anélkül, hogy pszichoterápiás beavatkozás történt volna.

A lehetséges prevenció bázisaként a jövőben az első trimeszter felvételét követő kiértékelés alapján vulnerabilisnak bizonyult gravidák számára 4x3 órás időtartamú, pszichoterápiás effektussal bíró csoportfoglalkozások keretében történő oktató jellegű üléseket ajánlunk fel, melyet pszichiáter és mentálhigiénés védőnő vezet.

MUNKÁNK MOTTÓJA:

Roger Bacon azon felismerése, miszerint a tudás tapasztalatra épül; Arthur Schopenhauer vallomása, amikor is akkor cselekszünk jól, ha először megismerjük, amit akarunk.

Így teljesedhet ki az ember augusztinuszi belső világa, a tudat, az értelem és az akarat hármasságának egységében.

Bevezetés

Az ember életútját tekintve vannak olyan életperiódusok, amelyekben az egyén sérülékenyebb, gyakrabban alakul ki depressziós megbetegedés. A női élet ciklusai, egyes periódusai kifejezetten vulnerabilis időszakot jelentenek depresszió tekintetében.

Kiemelkedő jelentősége van a terhesség, szülés és gyermekágy intervallumának. Mind fizikális, mind pedig érzelmi szempontból lényeges állomás ez. A hormonális és érzelmi változások hatására a terhesség alatt általában „elsimulnak” az addigi pszichés problémák, sok esetben javul a kedélyállapot, az esetleges szorongásos (pl. pánik) betegségek tünete „halványodnak”. Terhesség alatt azonban kb. 25-30%-ban tapasztalhatók depresszív tünetek, amelyek nem minden esetben igényelnek kezelést. Más a helyzet a terhesség után, mert akkorra a tünetek súlyosbodhatnak és beavatkozást tehetnek szükségessé.

A **szülést követő időszak** pszichiátriai problémái három fő kategóriába sorolhatók:

- Postpartum blues 50-85%
- Postpartum/postnatal depresszió (PND) 10-20%
- Postpartum pszichózis 0,1-0,2%

Az első esetben a szülést követő néhány napban - leggyakrabban a negyedik nap környékén - enyhe lehangoltság érzése (blues) jelentkezhet, mely pár nap alatt el is múlik, és nem kell kezelni. A két hétnél tovább tartó, vagy a postnatalis időszakban jelentkező és a depresszió kritériumait kimerítő állapotot **posztnatalis depresszió**nak nevezzük. Ez az állapot már orvosi beavatkozást és kezelést indokol. Legsúlyosabb esetekben pszichotikus tünetek is jelentkezhetnek, mely a beteg nő és gyermeke életét is veszélyeztetheti. Előfordulási gyakorisága a legtöbb komoly vizsgálat szerint 10% körül mozog. A későbbi szüléseknél nagy a visszaesés kockázata, kb. 30-50% (Belső N., Rihmer Z. 1999).

A **posztnatalis depresszió**, mint specifikus gyermekágyi pszichiátriai zavar, az **1800-as évek közepe óta ismert**, de komoly **figyelmet csak kb. fél évszázada kapott**. Ma az egyik leggyakrabban kutatott szülés utáni komplikáció a nemzetközi szakirodalom szerint. **Elkülönítendő** a „**maternity blues**” hormonális hatáson alapuló tünetegyüttesétől, és a **gyermekágyi pszichózistól** is.

Általános jellemzője - mint minden neurotikus depresszió esetében - a **hangulati labilitás, reményvesztettség, tehetetlenség**, valamint az **elégtelenség** érzése. Mindez fokozhatja az egyébként is gyakran előforduló félelmet a materben, miszerint nem tud „elég jó anya” lenni (Anxiety X. 2002).

A peri- és postnatalis hangulatzavarok tüneteit az 1. sz. táblázat tartalmazza.

1. táblázat
A postnatalis depresszió tünetei

Tünetek:	- Inszomnia
	- Étvágyzavarok
	- Energiátlanság, funkcionálási képtelenség
	- Visszahúzódság, szociális izoláció
	- A gyermekhez való viszonyulás megváltozása
	- Memória-, koncentrációs problémák
	- Szétszórtság, zavarodottság, aggodalmasság

Jelenlegi álláspont szerint nem különálló betegségről van szó, **hanem depresszióról, postpartum kezdettel**. A betegség leggyakrabban a szülést követő 4 héten belül indul és kezelés nélkül akár 2 évig is eltarthat. Spontán remisszió, gyógyulás a legtöbb esetben 3-6 hónap múlva következik be. A tünettán a major depresszió jellegzetességeit mutatja, de gyakran az anya-gyermek kapcsolatban ill. a gyermek ellátásában súlyos gondok és elégtelenségek alakulnak ki (Belső N., Rihmer Z. 1999).

Az utóbbi évtized **nemzetközi longitudinális vizsgálatai 10-15%-ra becsülik** a posztnatalis depresszió **előfordulási gyakoriságát** (Elliot S., Leverton T. 1990). A kérdéskör **hazai elemzői szerint ez az arány Magyarországon magasabb** (Molnár P., Csehpál E. 1994). A közleményekben hangsúlyozzák, hogy **időben kell észlelni és megfelelően értékelni a terhesség alatti pszichés történéseket**, a környezet figyelmét is elkerülő finom eltéréseket, hangulatzavarokat, az anya szorongásait, **mert súlyos következményei** lehetnek.

Legjelentősebbek közülük:

1. Megakadályozza, hogy a csecsemő jelzéseire érzékeny módon válaszoljon. Kommunikációs zavart okoz az élet kritikus periódusában.
2. Jelentősen és maradandóan befolyásolhatja az anya **önértékelését**, aki úgy érzi, hogy nem tud eléggé megfelelni anyai szerepének.
3. Állandó **bűntudat** forrása lehet, mivel ezek az anyák azt gondolják, betegségük gátolja a gyermekükkel való emocionális kapcsolat harmóniáját.
4. **Késlelteti az anya-gyermek közötti kötődés** kialakulását.
5. Hosszú távú hatása lehet a **gyermek viselkedésére és/vagy kognitív képességeire**.
6. **Házassági feszültségekhez** is vezethet (Elliot S. A. 1988).

A peripartum időszak zavarainak terápiájában lényeges szempont a prevenció és a profilaxis. Minden beteg szeretné elkerülni a gyógyszeres vagy egyéb kezelést, éppen ezért a megelőzésre igen nagy hangsúlyt kell fektetni. Ennek része a rizikó faktorok kiszűrése, a felvilágosítás és tanácsadás. Az ismert rizikóval ill. anamnézissel rendelkező betegekkel az antepartum ill. a postpartum időszakban

meg kell kezdeni a profilaktikus terápiát: szupportív jellegű pszichoterápia, interperszonális terápia, családterápia ill. farmakoterápia formájában.

A gyógyszeres terápia sok esetben nem kerülhető el a terhesség alatt ill. az után előforduló depressziók kezelésében, azonban gyakran okoz problémát a terhesség ill. a szoptatás időszak alatti gyógyszerválasztás (Belső N., Rihmer Z. 1999).

Jelen dolgozatban vizsgálni kívánjuk, hogy a védőnői prevenció tevékenység során milyen konkrét lehetőségek kínálóznak a posztnatális depresszió megelőzésére.

Kutatási célunk

1. A posztnatális depresszióra való vulnerabilitás kimutatását szolgáló Leverton-féle kérdőív használatával a kórkép **tüneteinek felderítése** a terhesség alatt.
2. A „sebezhető” terhesek körében végzett, pszichoterápiás csoportfoglalkozásokkal a betegség **előfordulási gyakoriságának** csökkentése.
3. A megelőzés lehetséges módszerének kidolgozása és a védőnői gyakorlatba történő beépítése.

A vizsgálat várható haszna és jelentősége

- Időben kiszűrésre kerülnek a posztnatális depresszióra vulnerábilis egyének, és szakemberhez irányíthatók;
- Megbízható epidemiológiai adatokhoz jutunk, melynek segítségével kidolgozandó módszer a védőnői munkába beilleszthető a későbbiekben, javítva ezzel annak minőségét;
- Az egészségügy dehumanizálódásával a várandós anyák gondozása az objektív értékek analizálására szorítkozik. Eközben a kommunikáció, a lelki-pszichés történésekkel való törődés elsikkad. A szülés körüli időszak alatt megjelenő depresszió és szorongásos rendellenességek védőnői felismerésével és a segítő attitűd megnyilvánulásával javulhat a védőnői munka minősége, a szakma kedvezőbb megítélése;
- A társszakkákkal való szorosabb együttműködést „kényszeríthetne” ki. Pl. a magzat szomatomentális fejlődésének nyomon követését védőnő-szülész kooperációban lehetne végezni. Vizsgálható volna, hogy mutatkozik-e eltérés azon anyák gyermekeinek fejlettségében, akik részt vesznek a terápiás foglalkozásokon, ill. akik elzárkóznak az igénybevételtől.

Hypotézisek

1. A szorongás okozta objektív tünetek nagy gyakorisággal fordulnak elő a terhesek között.
2. A gyermekvárás attitűdje befolyással van a kórkép kialakulására.
3. A kedvezőtlen szociális háttér, az anyagi gondokkal küszködők veszélyeztetettebbek a posztnatális depresszió kialakulásában.
4. Az anya szorongásszintjét fokozhatják az előzményben szereplő sikertelen terhességek.
5. Az először szülők szorongásának előfordulási gyakorisága nagyobb.
6. A primiparák szorongásának leggyakoribb oka attól való félelmük, hogy nem tudják ellátni gyermeküket.
7. A szülést követően alacsonyabb a depressziós tünetekkel küzdők aránya, mint a korai terhességben.
8. A posztnatális depresszió a vulnerábilis csoportokban csoportterápiával eredményesen csökkenthető.

A vizsgálat módszere

Leverton-féle (önkitöltéses, anonim), 55 kérdést felölelő **interjúlapot** használtunk, amely a posztnatális depresszió előrejelzését szolgálja, különös tekintettel a korai anyaggyermek kapcsolatot befolyásoló történések körének monitorizálására kifejlesztve. (Segítségével 1984-ben a londoni Lewisham Hospitalban folytattak felméréseket.)

A Leverton-teszt **pszichológiai és szociológiai** változói **köré csoportosított problematikák sora:**

- a) pszichológiai előtörténet
- b) házastársi viszony

- c) bizalomteljes kapcsolatok
- d) szorongási skála (**Crown Crisps Experimental Index = CCEI**)
- e) megelőző posztnatális depresszió

A hangulati élet zavarainak kimutatására szolgáló 24 kérdésből álló fejezet, a szorongási index felvételét célozza (**CCEI**), mely a *szorongás*, a *depresszív alaphangulat* és a *szomatikus szimptómák* körét érinti.

Kiértékeléskor az egyes komolyabb tünetekre jellemző válasz 2 pontot, az enyhébbeké 1 pontot, míg a negatív válasz 0 pontot ér. **A maximális pontszám 48.** Az ajánlott séma szerint **a 10 pont feletti értékek már vulnerabilitást jeleznek.**

A posztnatális depresszió prevenciójának hatékony **módszerét** keresve, a jövőben az első trimeszter felvételét követő kiértékelés alapján **vulnerabilisnak bizonyult gravidák számára 4x3 óra** időtartamú pszichoterápiás effektussal bíró, **csoporthozjárások** keretében bonyolódó, **oktató jellegű ülések** ajánlunk fel, melyet **pszichiáter és mentálhigiénés védőnő vezet.** A részvétel itt is önkéntes, tehát véletlenszerűen kerülhetnek be a terápiás csoportba. Kettős vak vizsgálati módszert alkalmazva az anyák előtt nem ismeretes, hogy ők egy terápiás eljárásban részesülnek, ugyanúgy a gondozó körzeti védőnők sem kapnak tájékoztatást a kísérletről. A csoportban maximum 15 személy foglalkoztatható.

A szervezett keretek között zajló **oktató program** (melyet minden esetben hangfelvétel rögzít) **tematikája** a következő:

- a várandósság - a magzat méhen belüli fejlődése, a méhen belüli fejlesztés és kommunikációs lehetőségei;
- a szülés, a születés - a megszületés élménye a magzatra, a gyöngéd születés, a szülővé válásra, az anyai, apai szerepekre felkészülés mentálhigiénés vonatkozásai;
- az újszülött és a csecsemő táplálása, a szoptatás, az anyatej jelentősége, szerepe az anya-gyermek kapcsolat erősítésében;
- a babamasszázs, az érintés szeretete - a vajúdás és a szülés alatti légzés és ajánlott testhelyzetek;
- a relaxációs technikák elsajátítása;
- aktuális szorongások feloldása;
- valamennyi, a terheseket foglalkoztató kérdés megvitatása.

Várakozásaink szerint - **kontroll csoportot is vizsgálva** - a szisztematikus szülésre, valamint anyaszerepre felkészítés alkalmazásával a vulnerabilitás előfordulása jelentősen mérsékelhető a gravidák körében.

A kontroll csoportot a vulnerabilisnak bizonyult (10 pont feletti értékkel rendelkező gravidák), de a pszichoterápiás kurzust nem látogató terhesek képezik.

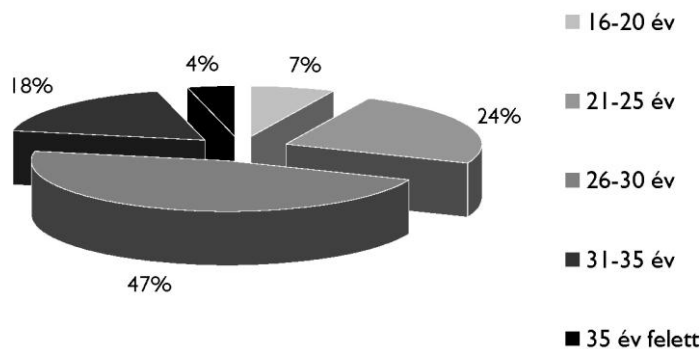
E nagyon érzékeny és kritikus periódus specifikus - szorongás túlsúlyos - tüneteinek észlelésére más mérő módszerek használata, (mint pl. Beck, vagy az Edinburgh Postnatal Depression Scale, Diagnostic Interview Schedule (DIS), Juhász-féle Pontozó Skála, Disability kérdőív) indokolatlan, hiszen ezek a depresszió súlyos eseteinek előfordulását tesztelik (Kopp M., Skrabski Á. 1994).

A vizsgált minta

Az előzetes vizsgálatot 2001-2003 között Magyarország déli régiójának 4 megyéjében 680 fős mintán, a **terhesség kezdetén**, majd azt a **gyermekágyas időszakban** megismételve végeztük. A várandósok korcsoport szerinti megoszlását az 1. ábra szemlélteti.

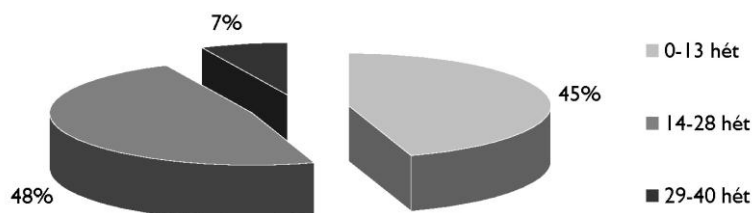
1. ábra

A várandós anyák korcsoport szerinti megoszlása



Felmérésünkben **324** multipara és **356** primipara szerepelt. A korábbi szülészeti események, azok tapasztalatai - feltételezéseink szerint - szerepet játszhatnak az aktuális pszichés státuszban. A vizsgálati minta gesztációs idő szerinti megoszlását tartalmazza a 2. ábra.

2. ábra
A gesztációs idő szerinti megoszlás



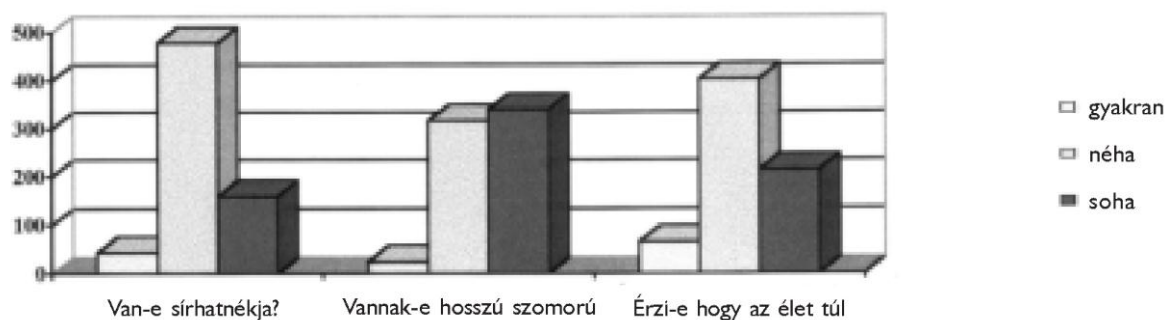
Kívánatos lenne, ha a 0-13. gesztációs hetekre koncentrálna az első jelentkezés, s ezzel együtt a Leverton-féle teszt felvétele is.

A mintavételezés valamennyi terhesgondozásra először jelentkező és a **kérdések megválaszolását vállaló** - bár a vizsgálatokról előzetesen nem tájékoztatott - várandós anyára kiterjedt. A kérdőív szerkezete olyan, hogy a gravidák a tanácsadás várakozási ideje alatt kitölthették. Értelmezési nehézség esetén a jelenlévő körzeti védőnő segítette a megválaszolást, ill. a mérőeszköz kitöltését. **A primi- és multipara anyák eltérő kérdőívet kaptak.**

Előzetes eredmények

A depressziós alaphangulat tüneteinek gyakorisága szerinti megoszlást mutatja a 3. ábra.

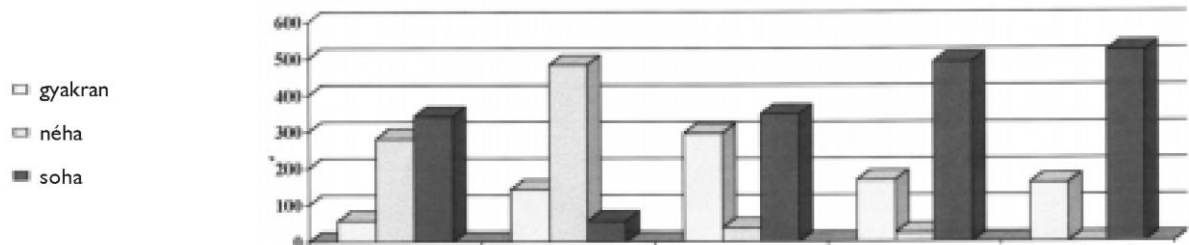
3. ábra
Terhesek megoszlása a depressziós tünetek gyakorisága szerint



A hangulati élet zavarainak tünete a **szomorúság, nyomott kedélyállapot**, mely erősen akadályozza a napi tevékenységek szokásos rendben történő ellátását. Megváltoztatja a környezethez való viszonyt, nehezíti a kommunikációt, elbizonytalanítja a döntési szinteket. **Az anyák több mint fele terhessége során érintett a felsorolt érzéseket illetően.**

A szomatikus tünetek gyakoriságát tartalmazza a 4. ábra.

4. ábra
Terhesek megoszlása a szomatikus tünetek alapján



Súlyos szomatikus tünetek viszonylag kis számban fordultak elő, viszont **a vizsgált terhesek döntő többsége érzi néha - vagy gyakran - nagymértékben fáradtnak magát.**

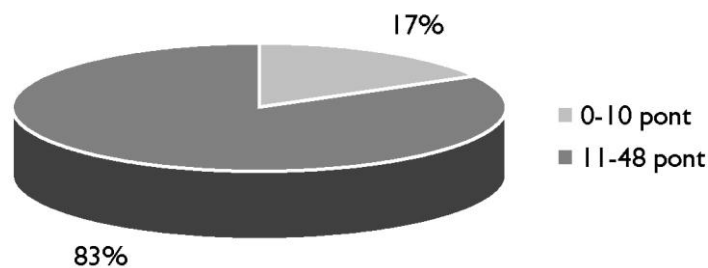
Leggyakoribb tünetek: lehangoltság, szorongás, örömtelenség, érdektelenség, ingerlékenység mellett a fáradékonyság, emésztési zavar, étvágytalanság, izzadás, végtagzsibbadás érzése.

A vulnerabilitás mértéke a CCEI alapján

A kódolási utasítás alapján a **10 pont feletti** CCEI értéket mutató terhesek vulnerábilisnak tekintendők.

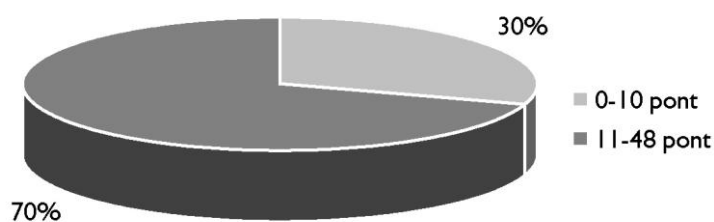
Vizsgálatunkban **570 (83%)** várandós anya került ezen csoportba, terhességének első vagy második trimeszterében történt tesztelését követően, ezt az 5. ábra szemlélteti.

5. ábra
Vulnerabilitás előfordulása a várandósok között



A **gyermekágyas időszak végén megismételve a Leverton-féle kérdőív felvételét 13%-kal csökkent a vulnerabilitás mértéke** anélkül, hogy pszichoterápiás vagy bármilyen egyéb beavatkozás történt volna (6. ábra).

6. ábra
Vulnerabilitás előfordulása szülés után 6 héttel



Ez az arány még így is magasabb az angolszász irodalomban elő-forduló értékeknél (Molnár P., Csehpál E. 1994).

Megbeszélés

Viszonylag magas esetszámú vizsgálatunk eredményei arra utalnak, hogy a gyermek-vállalás az asszonyokban nemcsak testi, hanem lelki változásokat is előidéz. Többnyire az öröm, néha az izgalom - helyenként a „jaj, Istenem, csak egészséges legyen a babám” gondolata - mindenkiben jelen van. E hangulati ingadozások azonban különösebb terhet nem jelentenek a családoknak, mindenki természetesnek tekinti. Egyes esetekben azonban ez olyan súlyú is lehet, hogy szaksegítségre van szükség. Köztudottan a lehangoltság, a szorongás, a hangulati zavar és a depresszió között nemcsak időbeli, hanem fokozati különbség is van.

Eredményeink megközelítően összhangban vannak az irodalomból eddig ismert - nem nagyszámú - hazai vizsgálatok eredményeivel (Balatoni Á., Hamar O. 2003; Bálint S. 2000; Varga K. 1999), azonban kedvezőtlenül eltérnek a nemzetközi felmérésekben olvasott adatoktól (Elliot S., Leverton T. 1990).

A szülés utáni 2-3 hétben a nők 60-80 százaléka kimerültnek érzi magát, nem tudnak aludni, depressziósak vagy félnek, szoronganak. Érzékenyebbek, idegesek, aggódnak, hogy megfelelnek-e az anyaság magasabb követelményeinek. Gyakran kérdezik maguktól: „Miért vagyok olyan levert, amikor végre megszületett a kisbabám, akit annyira vártam?” Mindenki izgatott és boldog, csak az édesanya nem. „Ha ez életem legszebb időszaka, miért nem érzem?”

A szülés utáni depresszió hormonális, biokémiai, pszichológiai és genetikai okok kombinációjának eredménye. A szülést követő hormonális és szervi változások, a hazatérés a kórházból mind oka lehet ennek az állapotnak. A felelősség új érzése, amit a csecsemővel kapcsolatban érez a kismama, igen lehangoló is lehet (Varga K. 1999).

A szülést követő kedvetlenséghez hasonló, de sokkal súlyosabb tünetekkel jelentkezik a szülés utáni depresszió.

Kialakulásának hátterében az egyéni sérülékenység és a környezeti hatások játszanak többnyire szerepet. Az egyén sérülékenysége egyrészt a már említett örökletes tényezők, másrészt a korai életévek tapasztalatai (anya-gyermek kapcsolat, nevelési módszerek) szabályozzák.

Környezeti tényező lehet minden olyan nagy stresszel járó életesemény, mely kimeríti az asszonyok alkalmazkodó képességét. Ilyen lehet pl. a szülés is.

Sokan gondolják azt (szakemberek és nem szakemberek egyaránt), hogy a szülés fizikai és lelki súlya az, ami a gyengébb pszichológiai tartalékokkal rendelkezőt oly mértékben terheli meg, hogy „berobban” a depresszió.

Az ilyen anya nem tudja megfelelően ellátni gyermekét. Bizonyos esetekben túlzottan aggódik érte, máskor közömbös iránta vagy agresszív gondolatai vannak vele kapcsolatban (Bálint S. 2000).

Terhesség alatt észlelt vulnérabilitás esetén a posztnatális depresszió gyakorisága - a külföldi tanulmányokban közzétettek szerint - 30% körüli, szemben az átlag populáció 10-15%-os előfordulásával.

A csoportterápia alkalmazásával a kórkép kifejtett eseteinek száma mintegy **egy-harmadára csökkenthető** a veszélyeztetettek körében (Elliot S., Leverton T. 1990).

A tárgy körben átfogó jellegű, nagy elem-számú vizsgálatokról szóló magyarországi adatok nem ismeretesek (Balatoni Á., Hamar O. 2003).

A szakemberek sokat tudnak a szülés utáni depresszióról, azonban mégis meglepetés volt egy **angol vizsgálat eredménye: a korábbi ismeretekkel ellentétben, ez a betegség gyakrabban fordul elő a várandósság alatt, mint a szülés után.** Tehát érdemes figyelni a várandósok erősen változó, nagyon ingadozó kedélyállapotára (Bálint S. 2000).

Saját vizsgálatunkban ugyan csak a vulnérabilitás adatai állnak rendelkezésre, de azok a fentiekkel megegyező eredményre engednek következtetni. További **következtetések annyiban foglalhatók össze** - miszerint a hazai elemzők a szülés utáni depresszió fellépésével az első év bármelyik időszakában az anyák mintegy 10%-ánál számolnak (Bálint S. 2000) -, **jelen vizsgálatunk vulnérabilisnak bizonyuló esetei közül** - a nemzetközi becslések figyelembevételével (Elliot S., Leverton T. 1990) - **a posztnatális depresszió magasabb arányú előfordulása prognosztizálható**

mintánkban. Feltétlenül kutatni szükséges az elkövetkezendőkben az eltérés okát. Vizsgálatunk a csoportterápiás foglalkozások késleltetett volta miatt előtanulmánynak tekinthető. **A lehetséges prevenciót** a pszichoterápiás csoportok működtetésétől reméljük.

A pszichoterápiás ellátás várható hatásai és alapfogalmai

A pszichoterápia általános definíciója szerint: „minden olyan segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának a módjában, valamint a magatartásban. A pszichoterápiát végző és az azt befogadó ember között nem történik más, mint ami az emberi érintkezésekben, kölcsön-hatásokban általában. Tapasztalatilag, illetve tudományosan kialakult feltételek között zajlik, a hatóelemeket lehetőség szerint tisztítva és sűrítve tartalmazza. Ilyen módon a pszichoterápia sok tekintetben hasonlít egynemely gyógyszerre, alapanyaga természetes. Az emberi tapasztalat már régóta a betegségek gyógykezelésére használja fel, még hogy ha régen nem is így hívták.” (Buda B. 1981).

A pszichoterápia hatásában ún. *specifikus és nem-specifikus tényezőket* különböztetünk meg. A specifikus hatás egy adott pszichoterápiás irányzatban alkalmazott módszerekből fakad, míg a nem-specifikus hatás a módszertől függetlenül, magából a KAPCSOLATBÓL származik. A pszichoterápiát végző szakembert *terapeutának*, betegét *kliensnek*, *páciensnek* vagy ún. *index személynek* nevezzük. A terapeuta speciális módon felkészített személyiséggel dolgozik. A pszichoterápiás attitűd módszerenként változik, de általában a kliens elfogadását, panaszainak megértését és átélését jelenti. A *tanácsadás (counselling)*, bizonyos alap-pszichoterápiás technikák, mint pl. a szuggesztió, a *pszichoterápiás intervenció*, vagy az ún. problémamegoldó terápia nem hagyományos pszichoterápiás kezelést jelentenek, azonban hatásukban - elsősorban a nem-specifikus hatást tekintve - lehetnek igen hatékonyak és az adott panasz megszüntetésében eredményesek. A pszichoterápia *ülésekben* zajlik. Ahhoz, hogy a pszichoterápiás folyamat létrejöhessen, szükségesek a „tapasztalati és tudományos feltételek”, amelyet *terápiás keretnek* hívunk. Ennek részei: *szerződéskötés a pácienssel*, amely tartalmazza a találkozások *helyét* - ezt *terápiás térnek* nevezzük, amely lehetőség szerint éppúgy speciálisan, de barátságosan kialakítandó, valamint lezárandó (pl. szükséges a négy szemközti helyzetet biztosítani), az ülések *időtartamát*, *gyakoróságát*, a *terápia célját*, a terapeuta és a kliens feladatait, szerepét, a módszer leírását, valamint a *terápia befejezését*. Lényeges, hogy a keretfeltételekben az anyagi, illetve a biztosítási kérdések is benne legyenek (kell-e fizetni a terápiaért, és ha igen, akkor ki és mennyit fizet érte).

Számos pszichoterápiához a *szupervízió* elválaszthatatlanul hozzátartozik, amelyben a terápiát közvetlenül nem végző terapeutá(k) kompetens észrevételeivel és visszajelzéseivel a terápiás folyamatot és a terapeuta szakmai kontrollját segíti(k). A terapeuták képzésének fontos eleme a szupervízió. A pszichoterápiás szerződés része, hogy azt bármelyik fél felbonthatja, és az is, hogy a *páciens aktív részvétele*, *lélektani munkája szükséges*, a kezelést nem passzívan szenvedni el. A pszichoterápiát az indikáció és kontraindikáció, a tisztázott terápiás keretfeltételek és a képzett terapeuta megléte különbözteti meg a mindennapi kommunikációtól, a „csak beszélgetéstől” (Kurimay T. 1997).

További terveink

- Jelen kutatás eredményeinek beépítése a védőnő hallgatók képzésébe
 - a) a kórkép és a vizsgálati eredmények megismertetése,
 - b) a szűrőmódszer teljes körű alkalmazása,
 - c) a gondozás minőségi javítására irányuló törekvések készségének kifejlesztése,
 - d) megelőzés módszereinek elsajátíttatása,
 - e) csoportfoglalkozások vezetéstechnikáinak tanítása.
- Főiskolánkon az országban egyedülálló lehetőségként valósulhatott meg a védőnő szakos hallgatók gyakorlati oktatására szolgáló modell tanácsadó, ahol napi életszituációban, várandós anyákkal találkozással sajátíthatják el a leendő védőnők választott hivatásuk mód-szereit.
- Így elindulhatnak olyan foglalkozások, mint a szülésre felkészítés, terhestorna, baba-masszázs ill. baba-mama klub.

Konklúzió

A szorongás alapvetően a környezetünkhöz történő alkalmazkodás fontos tényezője. Ennek következtében nem minden szorongás, csak a kóros mértékű vagy tartalmú szorongás kezelendő.

A szülés utáni depresszió az első évben bármikor felléphet, az anyák több mint 10 %-ánál fordul elő, nagyobb a kialakulásának esélye, ha az anya nagyon fiatal, egyedülálló, házassági konfliktusai vannak, a terhesség előtt (vagy alatt) drogot fogyasztott vagy dohányzott (Bálint S. 2000).

Minden megbetegedés esetében nagy szerepe van az orvos-beteg kapcsolatnak, így a védőnő-terhes kapcsolatban is. Pszichiátriai zavarok esetén ez még hangsúlyozottabb (Kopp M. 1991).

A posztnatális depresszió szakirodalmi előfordulási adatai azt jelzik, hogy a védőnők gyakran találkozhatnak ezzel az állapottal a fiatal anyákkal végzett munkájuk során. A szorongás sokszor együtt jár a depresszióval, mégis a szakemberek többször félreértelmezik, nem ismerik fel vagy nem veszik időben észre. Megjegyzendő, hogy *a pszichiátriai betegségek előfordulási gyakoriságát a hivatalos statisztikák általában alábecsülik. Ennek okai a következők:*

1. a pszichiátriai megbetegedéseket nem, vagy kevésbé ismerik fel a közösségben, az alapellátásban és a nem pszichiátriai szakorvosi gyakorlatban,
2. a fizikális betegségekhez társuló pszichés zavarokat mind a beteg, mind az orvos figyelmen kívül hagyja,
3. a beteg eltitkolja pszichés panaszait - stigmától való félelem miatt (Tringer L. 1997).

Ha a rendellenességek együtt jelennek meg a posztnatális időszakban, akkor a nőnek és a családjának okozott sérülések - kezeletlenül - még súlyosabb és hosszabb távú következményekkel járhatnak. Megkülönböztetett figyelmet érdemel a szorongás okozta pusztító szomatikus tünetek és az azokkal járó egyéb rendellenességeknek a perinatális időszakban történő, védőnők általi korai kiszűrése. Ez tudná tevőlegesen előmozdítani a megfelelő és hatékony terapeutikus beavatkozást, amely az anyákat nemcsak saját állapotuk megértésében, hanem problémájuk legyőzésében is segítheti.

Az empátiás, megértő, a beteg érzéseivel egybevágó (kongruens), elfogadó viselkedés, a szorongó, depressziós betegek kezelésében még kifejezettebb szerephez jut. Emiatt a jó védőnő-gondozott kapcsolat megfelelő háttérrel jelenthet a pszichés segítséghez (Kiss H., Rihmer Z. 2000).

A védőnői gondozásban (optimálisan már preconcepcionálisan) **tudatosítani** szükséges az alábbiakat:

A bajt lehet gyógykezeltetni, de sokkal egyszerűbb megelőzni.

A legfontosabb az lenne, hogy terhességet felnőtt, fizikailag és szellemileg érett nők vállaljanak, hogy a teherbeeséskor legelőször a majdani gyermekáldás örömeire gondoljanak és ne a terhesség-szülés-szoptatás megpróbáltatásaira. Minden leánygyermekes családban „kötelezővé” kellene tenni, hogy a kislány rendszeresen segítkezzen a családban vagy barátoknál született gyermek ellátásában, hogy láthassa, saját élménye legyen egy anyukáról, aki szoptatja csecsemőjét.

Ma már nem probléma a teherbeesést megtervezni. Optimálisan a nagycsaládi háttér lenne ideális a gyermekáldáskor: az apa, a férj is akarja a gyermeket. Az anyai pozitív lelki beállítottság egyik fontos összetevője az az érzés, hogy „neked szültem egy gyermeket”. Megromlott házasságot vagy bizonytalan partnerkapcsolatot ritkán lehet egy nem kívánt gyermekkel stabilizálni.

A kismamának nagy biztonságérzetet nyújt, ha szülés után az anyja vagy anyósa, vagy idősebb nőtestvére szükség esetén mellette tud lenni. Ha lehet, a várandós kismama ne éljen 20 km-re a családjától!

Emancipált korunkban sok nő karrierje, felelős beosztása „veszélybe” kerülhet a várandóssággal. A hivatali életben is meg kell tervezni a gyermek vállalását, határidős munkákat le kell zárni, ki kell tudni vonulni a „hivatásból” egy másik, még nemesebb hivatás érdekében.

A csecsemőt el lehet látni akár egy paraszt-házban vagy egy lakótelepi kislakásban is. A gyermekáldás vállalását nem szabad halogatni, amíg meglesz a kacsalábon forgó palota. Gyermeket szülni dinamikus, fiatal nőnek kell, lehetőleg 30 éves kor alatt, azzal a biztos tudattal, hogy „majdan fiatalos nagymama leszek, és akkor ismét fontos hivatás vár rám”.

Nagy biztonságérzetet ad a szülés utáni nehéz napokban, ha minden időben elő van készítve: a szüléshez a szükséges holmi egy bármikor felkapható kézitáskában, otthon a csecsemő ellátásához szükséges tárgyak: fürdetőkád, pelenkázó, pelenkák, krémek stb., gyermekorvos neve, telefonszáma, stb.

A gyermekvárás pozitív hangoltsága a körülmények: a szülés és gyermekágy gondos megtervezése és előkészítése, a stabil családi háttér együttesen biztosítja, hogy a gyermek-szülés boldogságérzete teljes legyen, a lelki harmónia pedig átsegíti a kismamát a szülés utáni megpróbáltatásokon (Szilágyi A. 2000).

Irodalomjegyzék

1. Anxiety X. (2002): A terrifying fact of postnatal depression. *Community Practitioner*, 75, 10-12.
2. Balatoni Á., Hamar O. (2003): Gyermekágyi depresszió. *Védőnő*, XIII. évf. 6, 32-35.
3. Bálint S. (2000): Hangulati zavarok a várandósság alatt és a gyermekágyban. *Baba Patika*, 3, 27-29.
4. Belső N., Rihmer Z. (1999): Depresszió és életciklusok. *Praxis*, 8. évf. 10, 22-23.
5. Buda B. (1981): *Pszichoterápia*. Gondolat Kiadó.
6. Elliot S., Leverton T. (1990): Group treatment for depressed mothers of preschool children. *Community Practitioner*, 82, 125-129.
7. Elliot S. A. (1988): Psychological strategies in the prevention and treatment of postnatal depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 3, 4-7.
8. Kiss H., Rihmer Z. (2000): A depresszió és szorongásos zavarok. *Családorvosi Fórum*, 10, 16-18.
9. Kopp M. (1991): A szorongás. *LAM*, 1, 216-225.
10. Kopp M., Skrabski Á. (1994): Az alkalmazkodás zavaaraival összefüggő pszichés tünetek, megbetegedések Magyarországon. *Végeken*, 5. évf., 2, 8-10.
11. Kurimay T. (1997): Depresszió, szorongás, pánik: a pszichoterápia helye és lehetőségei a kezelésben és a háziorvosi gyakorlatban. *Háziorvosi Szemmel*, 11, 1-2.
12. Molnár P., Csehpál E. (1994): Az anyai szenzitivitás befolyásolása, mint a devianciák primer prevenciója. *Egészségnevelés*, 35, 198-202.
13. Rihmer Z., Belső N. (1999): Depresszió a családorvosi gyakorlatban. *Praxis*, 8. évf. 5, 24-25.
14. Szárdóczy E., Füredi J. (1999): A depresszió epidemiológiája. *Praxis*, 8. évf., 6, 1-3.
15. Szilágyi A.: Depresszió. *Lelki élet, lelki bajok*, 2000, 3, 23-24.
16. Tringer L. (1997): Depresszió, szorongás, pánik. *Háziorvosi Szemmel*, 11, 5-7.
17. Varga K. (1999): Szülés után. *Anyák Lapja*, 2, 36-38.

[Vissza a tartalomhoz](#)

KITEKINTÉS

Múlt és jelen az ápolási szakfelügyeleti rendszerben

Boldogné Csurik Magdolna
osztályvezető, Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Összefoglaló

A szerző áttekinti a magyarországi ápolás szakmai felügyeleti rendszer kialakításának és fejlődésének egyes állomásait. Beszámol a bekövetkezett változásokról, részletesen elemzi az ápolási szakmai

felügyeleti tevékenység felépítését, az ellátandó feladatokat, és a rendelkezésre álló erőforrásokat. Felvázolja a fejlődés várható irányát, a szükséges további lépéseket, valamint a szervezet jövőbeni feladatait.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Tv megfogalmazásában **az ápolás** az egészségügyi ellátás szerves részét képező, **komplex szakmai feladat**, és egyben meghatározó **egészségpolitikai tényező**. (Móricz et al) Az állami jelenlét és annak mértéke az egészségügyi ágazatban részben a közösség védelmével, részben az egészségügyi szolgáltatást igénybevevő személyek védelmével jellemezhető. A közösség védelme érdekében az állam minden közegészségügyet, érintő kérdést szabályoz, melyek kihatással lehetnek a társadalom egyes csoportjainak egészségi állapotára.

A népegészségügy (egészségügy) a társadalom egészének szervezett tevékenysége, melynek célja: a lakosság egészségi állapotának javítása, az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése, egészségfejlesztési tevékenység végzése. (Eü.-i tv, 1997)

A társadalom célrendszerit a Magyar Köztársaság Országgyűlése fogalmazta meg, és egyben deklarálta az állam feladatait, az állami szerepvállalás kereteit. Így meghatározta egyebek között az egészségpolitika cél, feladat, és eszközrendszerét, az egészségügyi ellátó rendszert, az egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételrendszerét, az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítását és ellenőrzését.

Az állam szerepének átalakulása, az állami szerepvállalásban bekövetkezett változások oka részben a „technikailag lehetséges”, és a „gazdaságilag megengedhető” konfliktus kialakulása, mely háttérrel szolgáltatott az egészségügyi ellátás reformjához, az egészségügyi ellátórendszer paradigma váltásához. (Kincses,1999)

Az esélyegyenlőség garantálása, a széleskörű szakmai együttműködés koordinálása, az egységes és színvonalas betegellátás elősegítése, és az egészségügyi szolgáltatást igénybevevő személyek védelme érdekében működteti az állam a szakmai felügyeletet azért, hogy minden olyan területen befolyást gyakoroljon, ahol a páciens kiszolgáltatottá válhat az egészségügyi szolgáltatóval szemben, vagy maga az egészségügyi szolgáltatás rejt magában veszélyeket. (Ivancsics,2003)

Az állam az egészségügyi ellátás feletti szakmai felügyeletet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) útján biztosítja. A tevékenységet meghatározó főbb jogszabályok:

- Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény
- Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szervezetéről és működéséről szóló többször módosított 7/1991. (IV. 26) NM. rendelet
- Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről szóló 60/2003. (XI. 20.) ESzCsM. rendelet
- Az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény vonatkozó paragrafusai (köztük kiemelten a 98 §, az ápolásról, továbbá a 119 §-123 § a minőségügyi rendszerről, 151.§ az ÁNTSZ feladatairól)
- Az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004.(XI. 17.) Eü. M rendelet
- Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003.(VII. 15.) Kormányrendelet
- Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről szóló 15/2005. (V. 2) Eü. M. rendelet

A továbbiakban röviden összefoglaljuk az ÁNTSZ, ezen belül főként az ápolási szakmai felügyelet kialakulását, fejlődését.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló törvény 1991. év áprilisában lépett hatályba, a szolgálat valódi születése azonban 1991. októberére tehető, amikor a megyei tisztifőorvosi kar kinevezésére került sor. Az eredeti alapítói szándék az volt, hogy a Szolgálat a népegészségügy, mint megelőző orvostudomány ismeretein alapuló társadalmi tevékenység területén irányító, végrehajtó, és felügyeleti funkciókat lásson el. (Ungváry) Tevékenységi körébe sorolta **a közegészségügyi, járványügyi, és egészségvédelmi**, (továbbiakban népegészségügyi) **tevékenység irányítását, és felügyeletét**.

Az alapítók a népegészségügyi célokat a következőkben határozták meg:

- a lakosság megnyerése saját egészségének védelmére,
- a betegségmentes életévek kiterjesztése,
- a születéskor várható átlagos élettartam meghosszabbítása,
- a társadalmi egyenlőtlenségből származó egészségbeli egyenlőtlenségek csökkentése,

- mindezek eredményeként a népesség fogyatkozásának megállítása. (Ungváry)

A népegészségügyi területeket az epidemiológia (fertőző és nem fertőző betegségek járványügye egyaránt), a közegészségügy (ezen belül a környezet-, élelmezés-, munka-, sugár-egészségügyet és a higiénés toxikológiát is beleértve), valamint az egészség-védelem (családvédelem, anya- és csecsemővédelem, gyermek és ifjúságvédelem, lelki egészségügy, egészségmegőrzés és egészségnevelés) együtteseként értelmezték. Az egészségügyi ellátás céljaiként a betegségek korai és pontos felismerését, a betegek szakszerű kezelését és gondozását, rehabilitációját tüzték ki.

Az ÁNTSZ struktúrája háromszintű:

1. az egész ország területét lefedő városi (fővárosi kerületi) intézetek szintje,
2. a megyei (fővárosi) intézetek szintje,
3. a megyei és városi intézetek munkáját irányító és felügyelő országos szint, melyet az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) és a szervezési, módszertani, szakvéleményező, továbbképző és tudományos funkciókat ellátó országos intézetek alkották.

Az országos intézetek tevékenységi területei:

- a járványügy,
- a környezet-egészségügy,
- az élelmezés-egészségügy,
- a munkaegészségügy,
- a sugáregészségügy,
- az egészségvédelem,
- a nemi betegségek elleni küzdelem,
- a gyógyszerészeti szervezési, módszertani, szakvéleményező, továbbképző és tudományos, valamint bizonyos hatósági funkciók. (Ungváry)

Az alapítói szándék szerint deklarálták továbbá, hogy **az egészségügyi ellátás felügyelete állami feladat. Ezt a felügyeletet** az ÁNTSZ a szakfelügyelő főorvosok, a megyei tisztifőgyógyszerészek, **a megyei vezető ápolónók, megyei vezető védőnők** útján látja el.

1992. áprilisáig kinevezésre került a 20 főből álló megyei vezető ápolói kar.

A megyei vezető ápolók tevékenysége kezdettől fogva széleskörű volt, és kiterjedt valamennyi egészség-ügyi szolgáltató esetében az ápolási, szakdolgozói tevékenység szakmai felügyeletére, a tulajdonviszonytól, fenntartótól, finanszírozótól függetlenül.

Az egészségügyi ellátó rendszerben bekövetkezett változások, így az új szolgáltatási formák megjelenése (egynapos sebészeti ellátás, otthoni szakápolási szolgálatok kialakítása rendszerszerű működése, ápolási intézetek, osztályok kialakítása, stb.) szükségessé tette az ápolási szakmai felügyeleti tevékenységet végzők létszámát növelését. Ennek következtében az 1998-1999 években program-finanszírozás keretében sor került városi vezető/szakfelügyelő ápolók megbízására, majd 2000-ben (a finanszírozás ÁNTSZ költségvetésbe történő beépülésével) a szakmai felügyeletet ellátók létszáma 88 főre bővült. A köztisztviselői jogkörrel kinevezett szakemberek tevékenysége az alábbiak szerint alakult.

Szakmai felügyeleti jogkörben végzett tevékenység:

- hatósági jogkörben eljárva- éves ellenőrzési ütemterv szerint- szakfelügyeleti ellenőrzés végzése, az ápolás-gondozás szakterületét érintő jogszabályok, szakmai irányelvek, módszertani útmutatók, és szakmai szabályok érvényesítése, és betartása érdekében a fekvő- és járóbeteg szakellátásban, az alapellátásban, az otthoni szakápolásban, és a szociális ellátás terén,
- a szakfelügyeleti ellenőrzésről az OTH által kiadott (különböző szakterületek ellenőrzésére alkalmazható) formátumnak megfelelő jegyzőkönyvek elkészítése, és az iratkezelési szabályzatnak, továbbá a minőségügyi rendszer előírásainak megfelelő kezelése,
- a szakmai felügyeleti ellenőrzések tapasztalatainak a figyelembe vételével, és meghatározott indikátor paraméterek alapján az ápolás szakmai színvonalának elemzése, értékelése,
- jogszabályban meghatározott hatáskörben eljárva a szakfelügyeleti ellenőrzés során tapasztalt hiányosságok és hibák megszüntetésére javaslatok tétele, illetve intézkedések megtétele,
- az OTH által elrendelt célvizsgálatok, céllenőrzések elvégzése, valamint a vizsgálatokról jelentés készítése az írásbeli elrendelésben foglaltak szerint,
- felkérésre társhatóságokkal, a Megyei Közigazgatási Hivatalokkal való együttműködés.

Egészségügyi igazgatási és koordinációs feladatokban való közreműködés:

- szakmai javaslat készítése az egészségügyi ellátás javítását szolgáló szervezeti, szervezési intézkedésekre,
- szakmai javaslat készítése (az ápolás vonatkozásában) az egészségügyi intézmények létesítése, fejlesztése, megszüntetése kérdésében a fenntartó, és finanszírozó számára,
- szakmai vélemény készítése az egészségügyi intézmények szervezetével, és feladatával kapcsolatos módosító elképzelésekkel kapcsolatosan,
- az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyezési eljárásokban részvétel minden olyan esetben, amikor az egészségügyi szolgáltatás nyújtása egészségügyi szakdolgozói képesítéshez kötött, illetve egészségügyi szakdolgozó képesítéssel rendelkező szakemberek alkalmazásával, közreműködésével látható el,
- ápolás területét érintő panaszügyek kivizsgálása, a kivizsgálásban részvétel, és a szükséges intézkedések megtétele, kezdeményezése, a fellebbezések elbírálásának előkészítése,
- az egészségpolitikai döntések ápolási célú, és megyei szintű megvalósítása érdekében a szükséges feladatok tervezése, szervezése, végrehajtása,
- az ápolás területét érintő rendkívüli események esetében hatáskörben meghatározott módon a szükséges intézkedések megtétele,
- felkérésre az egyetemi, főiskolai képzésben résztvevő ápolók részére ápolásvezetési gyakorlat oktatása, a képző intézmény által meghatározott tematika figyelembe vételével,
- a szakdolgozói humán erőforrást érintő képzési, továbbképzési igények felmérése, továbbképzések, szakmai értekezletek szervezése,
- az ápolási szakmai felügyeleti tapasztalatokról éves jelentés készítése,
- megyei szintű szakmai értekezletek szervezése, szakmapolitikai célkitűzések közvetítése.

Szakmai felügyeleti minőségfejlesztés:

- az eredményes, hatékony feladatellátás érdekében a szakfelügyeleti tevékenység minőségfejlesztése, a szakmai ismeretek folyamatos szinten tartása, módszertan fejlesztése,
- a szakfelügyeleti gyakorlati tapasztalatok felhasználása a szakmai, módszertani munkacsoport munkájában, új módszerek bevezetésével kapcsolatos szakmai véleményezés, értékelés,
- egységes szakfelügyeleti irányelvek kialakítása és közvetítése.

Szakmai képzés, továbbképzésben, tudományos tevékenység:

- az egészségügyi szakdolgozói munkaterületek vonatkozásában, a humán erőforrás fejlesztése érdekében felmérések végzése, szükségletre épülő képzési tervek elkészítésének koordinálása, képzések megvalósulásának elősegítése, folyamatos együttműködés a képző intézményekkel,
- akkreditált szakmai továbbképzések céljából pályázatok készítése, továbbképzések szervezése
- szakmai ismeretek bővítése céljából szakmai konferencián részvétel,
- tudományos szakmai publikálás, szakmai előadások tartása.

Népegészségügyi programban részvétel:

- részvétel az idősek egészségi állapotának javítását célzó intézkedések kidolgozásában végrehajtásának ellenőrzésében,
- a szív- és érrendszeri megbetegedések visszaszorítását célzó intézkedések kidolgozásában részvétel,
- a lelki egészségvédelem, és a környezet-egészségügy védelmét célzó intézkedések kidolgozásában részvétel, a megvalósítás ellenőrzése,
- a mozgásszervi megbetegedések megelőzésében részvétel,
- a dohányzás visszaszorítására tett intézkedések meghozatalában részvétel, a végrehajtás ösztönzése leszoktató programok közvetítésével.

A Szolgálat a létrehozatala óta eltelt évtizedben sikerrel látta el a jogszabályokban meghatározott feladatokat, és garantálta a vonatkozó jogszabályok érvényesülését. Azonban évről évre újabb és több feladatot kapott, pl. az egyre szélesedő hatósági feladatok, az egészségügyi szolgáltatások engedélyezése és nyilvántartása, a létszámában növekedett egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyelete, stb., de a feladatok ellátásához a szolgálaton belüli ápolói létszám csak minimális mértékben emelkedett. Ezeket a változásokat az 1. táblázatban mutatjuk be.

1. táblázat

Az ápolási szakfelügyeletben részt vevők számának és tevékenységének változása

	1997	1998	1999	2000	2001
Megyei vezető ápoló	20	20	20	20	20
Városi vezető ápoló	-	37	37	68	77
Eü. Szolgáltatók száma	6748	5691	8666	8790	20394
Ellenőrzések száma	1967	6776	5379	8297	10002
Szaktevékenységek száma	612	1308	892	1493	1800

Jelentős fejlődés történt a 2002. évet követően, ennek adatait a 2. táblázatban foglaltuk össze

2. táblázat
Az ápolási szakfelügyeletben történt további változások

	2003	2004
Megyei vezető ápolók száma	20	20
Városi vezető ápolók száma (rész-munkaidősökkel együtt)	108	105
Alapellátási eü. szolgáltatók száma	12411	12209
Alapellátási szolgáltatóknál történt ellenőrzések száma	6065	8797
Fekvőbeteg eü. szolgáltatók száma	257	261
Fekvőbeteg szolgáltatóknál történt ellenőrzések száma	135	242
Járóbeteg eü. szolgáltatók száma	1106	742
Járóbeteg szolgáltatóknál történt ellenőrzések száma	235	173
Szaktevékenységek száma	1299	2315

Felmérés készült a megyei vezető ápolók jogszabályi előírásoknak való megfelelése (a közigazgatási szakvizsga) tekintetében, a vizsgált időpontokra vonatkozó eredményeket a 3. táblázat tartalmazza.

3. táblázat
Megyei vezető ápolók közigazgatási szakvizsgálata

	2000	2004
Közigazgatási szakvizsgálattal nem rendelkezik	10 fő	0
Közigazgatási szakvizsgálattal rendelkezik	10 fő	20

2003. év második felében (2002 dec.31.-i állapotnak megfelelően) pedig felmérés készült a megyei vezető ápolók rendszeren belüli strukturális integrálódásáról, a szakmai felügyeleti osztályok kialakításáról (ennek eredménye látható a 4. táblázaton), valamint a megyei és városi vezető ápolók szakmai képzéséről (ezt az 5. táblázat szemlélteti).

4. táblázat
A megyei vezető ápolók és az ápolási szakfelügyeleti osztályok helyzete a 2004. évben

A megyei vezető ápoló helye a szervezetben (a rendszerben) (2002. december 31-i állapot)	Közvetlenül a tisztifőorvos	3 fő esetében
	Ápolási szakfelügyeleti osztály	13 fő esetében
	Eü. igazgatási és koordinációs osztály	4 fő esetében
A megyei vezető ápoló közvetlen felettese (2002. december 31-i állapot)	Megyei tisztifőorvos	13 fő esetében
	Helyettes megyei tisztifőorvos	3 fő esetében
	Főosztályvezető / osztályvezető	4 fő esetében
Ápolási szakmai felügyeleti osztályok kialakítása (2003. szeptember 1-i állapot)	megtörtént	15 megye
	nem történt meg	5 megye

5. táblázat
A szakfelügyelő ápolók szakmai képzése (2002. december 31-i állapot)

	Diplomás ápoló	Szakoktató	Intézetvezető	Egyetemi ápoló	Gyógytornász
Megyei vezető ápoló	4	10	4	2	-
Városi vezető ápoló	53	18	18	-	-
Egyéb szakfelügyelő	0	0	0	0	1
Összesen:	57	28	22	2	1

A felmérés kiterjedt más, egyéb feltételek meglétének a vizsgálatára is, így helyettes biztosítása, ügykezelő munkatárs jelenléte, tárgyi feltételek, informatikai háttér biztosítása, az optimális munkavégzéshez szükséges környezeti feltételek elemzése stb.

Jellemző volt, hogy ügykezelő munkatárs teljes munkaidőben állt rendelkezésre 4 megyében, nem volt ilyen munkatárs 3 megyében, részmunkaidőben napi 4 órában 9 megyében, és napi 2 órában 4 megyében segítette a munkát.

A munka hatékonysága tekintetében nagyon fontos kérdés volt, hogy a megyei vezető ápolónak van-e helyettese? 11 megyében a helyettes biztosítása megtörtént, és nem történt meg 9 megyében.

2003. évben a megyei vezető ápolónő kolléganőket megkérdeztük, hogy véleményük szerint az ápolási szakfelügyeletnek melyek az erősségei, melyek a gyengeségei, milyen lehetőségei vannak, és melyek a fenyegetettségei. A **SWOT analízis**, mint a hatékonyság vizsgálat egyik lehetséges módszere, kiválóan alkalmas a szervezet folyamatainak, szolgáltatásainak, és a külső- belső helyzetének a felmérésére, így a külső környezet esetében a lehetőségek, és a veszélyek feltérképezésére, a belső környezet vizsgálatánál, pedig a szervezet erős és gyenge oldalainak kimutatására nyílik lehetőség.

A lehetőség olyan küzdőtér, ahol az ápolási szakfelügyelet kihasználhatja esetleges előnyeit, a veszély olyan kihívás, amely válasz hiányában a szervezet külső megítélésének gyengüléséhez vezet, az erősség olyan előny, melynek fenntartása célszerű, fontos és szükségszerű, a gyengeség viszont komoly odafigyelést, további elemzést, és folyamatjavítást követel, ha szeretnénk elkerülni a szervezet teljesítményének romlását.

A megkérdezettek véleménye szerint az ápolási szakmai felügyelet legfontosabb **erőssége**:

- egyenletes teljesítmény szint,
- egységesedő szakfelügyeleti szemlélet,
- közel egységes módszertan, melynek alapján objektíven mérhetővé tehető a teljesítmény, és a hatékonyság megítélhető,
- tervszerű munka,
- kiépült szervezeti struktúra,
- magas szintű, professzionális tudású több-diplomás humánerőforrás,
- innovációra való fogékonyság, rugalmasság, egységes arculat,
- a kor kihívásainak időben való megfelelés (minőségügy).

Az a véleményünk, hogy az itt felsorolt alapértékek megtartása, fejlesztése szükséges.

Ennél is fontosabb azonban az, hogyan látják a megyei vezető ápolónők a **gyengeségeket**:

- (eltérő mértékben) a tárgyi és infrastrukturális feltételek hiánya,
- az információáramlás esetenkénti akadályozottsága,
- nem tisztázott az egységes struktúra és hatáskör,
- módszertan esetenkénti, részleges hiánya.

Mindezek függvényében alakul a **lehetőségünk**:

- az ápolási szakmai felügyelet által nyújtott erősségek kihasználása,
- a jogszabályi háttér módosítása,
- a jelenlegi struktúra jogszabályi leképezése.

Szükséges a jobb információ áramlás megteremtése, a jobb kommunikációs tevékenység, az egységes módszertan kidolgozása, érvényesítése, továbbá egységes értékelő rendszer alkalmazása mind az egészségügyi intézmények ápolás szakmai teljesítése vonatkozásában, mind pedig saját szakmai munkánk tekintetében.

Fenyegetettségünk a gyengeségünkéből adódik, melyeket már az előzőekben vázoltunk. Ezen kívül megemlítendő, hogy az elmúlt időszak változásai folyamatos létszámcsökkenést idéztek elő az egész Szolgáltatón belül. 2003-2004-ben az országban a szolgálat összes dolgozó létszáma mintegy 1500 fővel lett kevesebb, és csökkentésre került a városi intézetek száma is (a 136 városi intézetből 106 maradt).

A fejlődési lehetőséget az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről szóló 15/2005. (V. 2) Eü. M. rendelet magalkotása és megjelenése hozta, valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szervezetéről és működéséről szóló többször módosított 7/1991. (IV. 26) NM. rendelet legutóbbi módosítása, továbbá az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Szervezeti és Működési Szabályzatának elfogadása. A fent említett jogszabályok, valamint a szabályzat módosítása és kibővítése lehetővé teszi, hogy a jelenlegi struktúra megfelelően módosuljon, megjelenítődjön jogszabály szintjén is a városi vezető/szakfelügyelő ápolói kar, egységes szemléletben lehessen szabályozni a feladat, szervezet, hatáskör, hatósági jogkör kérdéseit, és megalkotható a megyéknél/városoknál kialakított ápolási szakmai felügyeleti osztályok egységes működési szabályzata, az egyes megyék SzMSz-ében azonosává válhat az osztálystruktúra.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről szóló 15/2005.(V. 2.) Eü. M rendelet megjelenése magával hozta az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) kialakítását is. Az Egészségügyi Reform kiemelt feladata a szakfelügyelet erősítése, kiszélesítése, a klinikai audit módszertani irányelvének alkalmazása, a bizonyítékokon alapuló orvoslás/ápolás ellátáshoz az irányelvfelvezetés, így a módszertani központ kialakításának elsődleges célja a szakmai felügyeleti rendszer átfogó fejlesztése, és az egységes módszertan kialakítása. A vonatkozó rendelet tartalmazza az alábbiakat:

5. § (1) „Az OSZMK feladata a gyógyítómegelőző ellátás hatékony, az egészségtudomány mindenkorai színvonalának megfelelő működésének, az egészségügyi ágazati jogszabályok érvényesülésének elősegítése, a szakmai irányelvek, minőségi követelmények közvetítése és mindezek együttes megvalósításának ellenőrzése és folyamatos nyomon követése.
(2) Az OSZMK az (1) bekezdés szerinti feladatai ellátása érdekében
 - a) módszertanilag irányítja a szakfelügyelői hálózat tevékenységét,
 - b) gondoskodik a szakfelügyelők szakfelügyeleti tevékenységre vonatkozó továbbképzéséről,
 - c) kidolgozza az egyes szakterületek adatgyűjtési rendszerét, és folyamatosan gondoskodik azok gyűjtéséről, értékeléséről és továbbfejlesztéséről,
 - d) a klinikai audit módszertanának alkalmazásával biztosítja az egységes szempontrendszer alapján történő szakmai értékeléseket, az eredmények alapján az auditok során használható standardokra javaslatot tesz,
 - e) országos és regionális szinten ellenőrzi a belső minőségügyi rendszert és az egyéb szakmai szabályok alapján kötelezően előírt minőségügyi elemek érvényesülését,
 - f) a minőségirányítási rendszer auditjához indokolt esetben vagy felkérésre véleményt nyilvánít,
 - g) kapcsolatot tart a szakmai kollégiumokkal,

- h) végzi az országos statisztikai adatgyűjtési programmal kapcsolatos ágazati adatgyűjtést és adatfeldolgozást,
- i) foglalkoztatja az országos és regionális szakfőorvosokat.
- 6. §. (2)** A szakfelügyelő szakfelügyeleti tevékenysége során illetékességi területe bármely egészségügyi szolgáltatójánál - a szakterületéhez tartozó tevékenységek tekintetében - vizsgálja
- a) a megelőzés, a kórismézés, a gyógyítás, az ápolás, a gondozás, a rehabilitáció és az orvosi szakvéleményezés szakszerűségét, eredményességét, minőségét,
- b) az egészségügyi jogszabályok, valamint szakmai irányelvek, protokollok és módszertani levelek előírásainak végrehajtását,
- c) a feladatok ellátásához szükséges személyi és tárgyi feltételeket,
- d) a betegbeutalás rendjét és annak gyakorlati megvalósulását,
- e) az ügyeleti-készenléti ellátás rendjét és összhangját,
- f) az igazságügyi orvostan szakfőorvosa a halott vizsgálat szakszerűségét.
- (3) A szakfelügyelő szakfelügyeleti tevékenysége során véleményt nyilvánít
- a) felkérés esetén a vezetői állásra pályázókról és a pályázatokról;
- b) mindazon kérdésben, amelynek véleményezésére felkérlik.
- 7. §** A szakfelügyelő az OSZMK által megadott szempontok alapján évenként munkatervet készít, melyben meghatározza a végzendő adatgyűjtések, auditok és helyszíni ellenőrzések témakörét, gyakoriságát.
- 8. §** (1) A szakfelügyelő helyszíni ellenőrzése során jegyzőkönyvet vesz fel, amelyet a vizsgált egészségügyi szolgáltató és az egészségügyi szolgáltató fenntartójának vezetője aláírásával lát el.
- (2) Amennyiben a szakfelügyelő azonnali intézkedést igénylő súlyos hiányosságot - különösen a szakma szabályaitól több alkalommal történő indokolatlan eltérést jogszabályba ütköző cselekményt - észlel, köteles a hiányosság megszüntetésére vonatkozó javaslatát is tartalmazó jelentését a szolgálati út betartásával haladéktalanul eljuttatni az intézkedésre jogosult megyei, illetve városi tisztifőorvosnak.
- (3) A szakfelügyelő felügyeleti vizsgálata alapján a hatáskörrel rendelkezőnél kezdeményezi a szükséges intézkedések megtételét, így különösen
- a) a szakma szabályainak megfelelő ellátás biztosítását,
- b) meghatározott egészségügyi tevékenység végzésének felfüggesztését,
- c) az adott ellátás progresszivitási szintjének visszaminősítését,
- d) az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély visszavonását.
- (4) A hatósági intézkedés megtételére jogosult tisztifőorvos köteles a szakfelügyelő javaslatát érdemben megvizsgálni, amennyiben a szakfelügyelő megállapítását aggályosnak tartja, illetve javaslatával nem ért egyet, úgy azt a saját véleményével együtt a felettes szervhez továbbítja.
- 9. §** A szakfelügyelő felügyeleti tevékenységéről évenként jelentést készít, amelyet a városi szakfelügyelő a megyei szakfelügyelőnek és az illetékes városi tisztifőorvosnak, a megyei szakfelügyelő az országos szakfelügyelőnek és az illetékes megyei tisztifőorvosnak, a regionális szakfelügyelő az országos szakfelügyelőnek és az adott megye vonatkozásában illetékes megyei tisztifőorvosnak küld meg.
- 10. §** (1) Az ápolás szakmai felügyeletét az országos, megyei (fővárosi) és városi (fővárosi kerületi) vezető ápoló, a védőnői szolgálat szakfelügyeletét az országos, megyei (fővárosi) és városi (fővárosi kerületi) vezető védőnő az ÁNTSZ szervezeti keretein belül látja el külön jogszabályban meghatározottak, illetve e rendelet előírásai szerint.”

Az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ kialakítása megtörtént, az országos, regionális, megyei szakfelügyelői pályázatok lezárultak, a döntések (*a kézirat leadásakor, a szerk.*) folyamatban vannak, melynek eredményeképpen megindulhat a szakmai fejlesztő munka egy egységes szemléletben, egységes metodikával és dokumentációs rendszerrel. A jól szabályozott rendszer alkalmazása megerősíti a mindennapi cselekvéseket, meghatározó alapértékeket, így a törvényesség, magas fokú szakmai felkészültség, igazságosság humánus és eredményesség.

Várható az egységes szakfelügyeleti tevékenység eredményességének mérése, az eredmény oldaláról mérhető mutatók kidolgozása (kritériumok és indikátorok meghatározásával, továbbá bármely értékelő eszközzel vagy modell felhasználásával).

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal feladata, hogy a folyamatos fejlesztés, javítás koncepcióját szem előtt tartva a munkatársakat is elkötelezetté tegye a fejlődés mellett, ennek érdekében az OTH Ápolási szakmai felügyeleti osztályára különösen nagy szerep és felelősség hárul. Fontos, hogy a szakmai felügyeletet adó szakemberek fejlesztése, képzése központilag történjen.

További fejlesztési lehetőségek, hosszú távú stratégiai tervek

A 2005-2013 közötti időszak fejlesztési tervének négy stratégiai pillére:

- a társadalmi és gazdasági kohézió,
- az ország versenyképességének a javítása,
- a tudásvezérelt és megújuló társadalom megerősítése,
- a fenntartható fejlődés elvének érvényesítése.

A Nemzeti Fejlesztési Terv **gazdasági versenyképesség operatív programon belül növekednie kell az ÁNTSZ szerepének, melyben markánsan meg kell, hogy jelenjen az ápolási szakfelügyelet. Elsősorban a hatósági, továbbá ellenőrzési tevékenységével járul nagyobb mértékben hozzá a fejlesztéshez és a versenyképesség fokozásához.**

Az emberi erőforrások fejlesztése eddig a behatárolt és szűkös anyagi lehetőségek miatt kisebb hangsúlyt kapott, ez azonban hosszú távon már nem tartható. A szakmaspecifikus képzések és a modulrendszerben tervezett és országosan összehangolt továbbképzések jelentősége kiemeltté válik. Terv készült a vezetőképzésre, a szakmai továbbképzésekre, a graduális, posztgraduális képzésekre vonatkozóan. Szükség esetén az átképzés lehetőségeit is biztosítani kell. Az ÁNTSZ szakmapolitikai céljaival összhangban az egyéni és a felnőttképzési formákat, a nyelvi képzést intézeti szinten indokolt támogatni.

A jövőben egyes egészségügyi szolgáltatások terén jelentősen emelkedni fog a vállalkozási tevékenység keretében szolgáltatást végzők száma, jelentősen nőni fog a szakdolgozói vállalkozások száma és a komplex szolgáltatást nyújtó magánintézmények száma is. Az ápolási szakfelügyeletnek a növekvő igényekre is kell tudni megfelelő választ adni.

Mindezek érdekében elengedhetetlenül fontos az ápolási szakfelügyelet szakmai tevékenységének mérése, ehhez alkalmas mutatószámok kidolgozása, a „szolgáltatást” nyújtó hatóság szellemiségének keretében a társadalmi elégedettség mérése – megfelelő indikátorok használatával -, valamint az ÁNTSZ (ezen belül az ápolási szakfelügyelet) tevékenységének társadalmi hatásvizsgálata, a kutatás és a folyamatos monitoring alkalmazása.

Irodalomjegyzék

1. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény
2. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat szervezetéről és működéséről szóló többször módosított 7/1991. (IV. 26) NM. rendelet
3. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről szóló 60/2003. (XI. 20.) ESzCsM. rendelet
4. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény vonatkozó paragrafusai, így nem teljes körűen felsorolva 98 §, az ápolásról, továbbá a 119 §-123 § a minőségügyi rendszerről, 151.§ az ÁNTSZ feladatairól
5. Az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004.(XI. 17.) Eü.M rendelet
6. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003.(VII. 15.) Kormányrendelet
7. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről szóló 15/2005. (V. 2) Eü. M. rendelet
8. Fazekas Marianna dr.- Ficzere Lajos dr. (2000.) A magyar közigazgatási jog. Közigazgatási Jogi Könyvkiadó, Budapest
9. Ivancsics Imre dr. (2003.) A magyar közigazgatás korszerűsítése. Közigazgatási korszerűsítési tanulmány

10. Móricz Istvánné- dr. Szűcs Tamásné- dr. Berze Istvánné- Bajók Sándorné- Szabóné Berta Irén- Boldogné Csurik Magdolna: Az ápolási szakmai felügyelet módszertani anyagának elkészítése (szakértői munka)
11. Kincses Gyula dr. (1999.) Egészség – Gazdaság.
Medinfo, Budapest
12. Ungváry György Prof. Dr.: Az ÁNTSZ története, fejlődése, szervezeti struktúrája, felépítése és feladatai (ÁNTSZ INTRANET)