

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2007. szeptember 20. évfolyam 5. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

„Főiskolai hallgatók érték és pályaorientációja” kutatás tervezése, a kérdőív módszertani bemutatása, a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósága <i>Kovácsné Tóth Ágnes, dr. Feith Helga Judit, dr. Balázs Péter</i>	3
Tűszúrásos balesetek előfordulása a magyarországi szakdolgozók körében <i>Balogh Zoltán, Somogyvári Zoltánné, Hunyadi Zsuzsanna, Sövényi Ferencné</i>	9
Az egészségügyi szakdolgozók pályaválasztása <i>Fülöp Mónika, Raskovicsné Csernus Mariann</i>	17
AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA	
Tapasztalatok a saját vér visszaadó szett alkalmazásáról <i>Bárányné Erdélyi Ildikó</i>	27
GRATULÁLUNK	34
MINŐSÉGÜGY	
Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok, II. rész	35

KÜLDETÉS- NYILATKOZAT

A Nővér folyóirat az ápolás független szakmai orgánuma. Célja, hogy tudományos igényvel készítetett írások megjelentetésével elméleti ismeretek átadása mellett a gyakorló szakember tevékenységét is elősegítse. A Nővér a folyamatos önképzés támogatásával hozzájárul a hatékonyabb betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelően képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

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

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Balogh Zoltán. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítótér, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

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

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 20. No.5. September 2007

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

- The planning of research into "The values and career orientation of college students"
a methodological presentation of the questionnaire, the reliability of the scales used in the questionnaire
Kovácsné Tóth, Á., dr. Feith, H. J., dr. Balázs, P. 3
- The incidence of needlestick injuries among health workers in Hungary
Balogh, Z., Somogyvári, Z., Hunyadi, Zs., Sövényi, F. 9
- The career choices of health workers
Fülöp, M., Raskovicsné Csernus, M. 17
- TRAINING**
- Experience gained during the use of autotransfusion sets
Bárányné Erdélyi, I. 27
- CONGRATULATIONS** 34
- QUALITY ASSURANCE**
- Hungarian standards for healthcare provision 35

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József
egyetemi docensKárpáti Zoltán
ápolási igazgatóOláh András
adjunktusSzloboda Imréné
ápolási igazgatóTóth Ibolya
szakmai vezető főtanácsosDr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
Markusovszky Kórház, SzombathelyBoldogné Csuri Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, SzegedDr. Kiss István, *leendő elnök*
Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, BudapestProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsDr. Körösi László, *főosztályvezető helyettes*
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, BudapestDr. Rácz Jenő, *elnök*
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, BudapestSomogyvári Zoltánné, *bizottsági elnök*
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Minőségügyi Bizottság, BudapestSövényi Ferencné, *szaktanácsadó*
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara,
Országos Működési Nyilvántartás, BudapestVízvári László *főigazgató*
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

»OBSERVER«
BUDAPEST MÉDIAFIGYELŐ KFT.1084 Budapest, Aurórau. 11.
Tel.:303-4738, Fax: 303-4744
E-mail:marketing@observer.hu
http://observer.hu

„Főiskolai hallgatók érték és pályaaorientációja” kutatás tervezése, a kérdőív módszertani bemutatása, a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósága

Kovácsné Tóth Ágnes

főiskolai adjunktus, Széchenyi István Egyetem Petz Lajos Egészségügyi és Szociális Intézet, Győr

dr. Feith Helga Judit

főiskolai adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest

dr. Balázs Péter

főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest

Összefoglaló

Cél: bemutatni a „Főiskolai hallgatók érték és pályaaorientációja” című kutatás módszertanát, valamint azt, hogyan történik a kutatás tervezésének és az alkalmazott skálák megbízhatóságának statisztikai módszerekkel történő értékelése.

Vizsgálati módszer: a skálák megbízhatóságára alkalmazott módszerek a Cronbach-féle alfa, a Split half módszer és a „test-retest reliabilitás”.

Eredmények: magas konzisztencia mutatót kaptak a szerzők a Super-féle munkaérték teszt ($r=0,9556$) és Roceach tesztek ($r=0,8770$, $r=0,8331$) esetében.

Split half módszer eredményei: első skálaérték Chronbach alfája 0,940, a második skálaérték 0,917. Korrelációs együttható: 0,895.

A „test-retest reliabilitás” a személyi adatok esetében (pl. az életkor és nem) az együttható értéke 1. A pályaválasztási motiváció korrelációs együtthatójának átlaga $r=6,37$.

Az itemek közül a legalacsonyabbak a következők voltak: „pedagógus hatása” esetében $r=0,316$ és a „társadalmi megbecsültség” esetében $r=0,401$.

Következtetések: A vizsgálat során magas megbízhatósági mutatókat kaptak a szerzők, de figyelembe kell venni azt, hogy a különféle statisztikai eljárások nem önmagukban vagy önmagukért léteznek, hanem eszközök csupán, amelyek segítségével választ lehet kapni a tartalmi kérdésekre.

Bevezetés

Az ápolás területén egyre nagyobb számban dolgoznak olyan elhivatott ápolók, akik -felhasználva tudományos ismereteiket- kutatásokat végeznek. A tudományos kutatások eredményeit konferenciákon és közleményekben mutatják be.

A kutatás tudományos alapú megtervezése és lebonyolítása összetett feladat. Pontos adatok nyeréséhez jól megtervezett és szisztematikusan felépített vizsgálat szükséges.

Egy kutatás empirikus érvényességének vizsgálata során számtalanszor kerülünk olyan helyzetbe, amelyben hiányoznak a jól bevált, egyszerű „receptek”, vagy amikor a pusztán statisztikai vagy számítógépes ismereteink nem elégségesek a to-

vábblépéshez. Ilyenkor válik igazán nyilvánvalóvá, hogy nem technikai kérdésről van szó. A látszólag módszertani probléma megoldása függ a tartalmi és az elméleti feltevésektől. (F. Maksony, 1999) Az elmélet ellenőrzése és a kutatás bemutatása statisztikai számításokat igényel.

A kutatási folyamat technikai lépéseit egy probléma-megoldó stratégiába kell ágyazni. A kutatás kimenetele függ a tervezéstől, a minta kiválasztásától, a releváns mérőmódszerektől és a statisztikai elemzéstől. Egy rosszul megtervezett kutatás megismétlése sokkal költségesebb és időigényesebb, mint az adatok másodlagos elemzése. (P. A. Dempsey, A. D. Demsey, 1999).

Kutatásunk elsődleges célja „A főiskolai hallgatók érték és pályaaorientációja” című kutatás

módszertanának, és az alkalmazott skálák megbízhatóságának statisztikai módszerekkel történő bemutatása.

A tudományos kutatás 3 szakaszból áll:

- a kutatás tervezése,
- a kutatási terv gyakorlati megvalósítása,
- a kutatás eredményeinek közzététele.

A tervezés a kutatás kezdő szakasza. Itt kerül egyértelműen meghatározásra a vizsgálni kívánt probléma vagy kérdés, itt történik a szakirodalom részletes áttekintése, a kutatás céljának meghatározása, az adatgyűjtésre, valamint az adatok analízisére vonatkozó tervek elkészítése. Fontos tényező a kutatás megvalósíthatóságának alapos mérlegelése, a változók mérhetősége, a választott mérőszköz gyakorlati alkalmazhatósága, a tervezett minta nagyságának meghatározása. A kutatásban résztvevők elérhetőségét és jogainak védelmét szem előtt kell tartani. A kutatásra nehezedő időbeli és anyagi megszorításokat is tervezni kell. *Tehát a kutatási terv a tervezett kutatás részletes írásbeli kifejtése.*

A második szakasz **a kutatási terv gyakorlati megvalósítása**. Ebben az időintervallumban a kutató a kutatási tervet követve szisztematikusan adatgyűjtést végez. Az adatgyűjtő technika választása az adatok függvénye. A kérdőív kérdéscsoportjainak összeállítását követően tesztelésre került sor (P. A. Dempsey, A. D. Demsey, 1999).

A kutatás előkészítése és megtervezése

A kérdőív kialakítása során előző kutatások tapasztalatait is felhasználtuk. A kutatás során használt kérdőív az alábbi kérdéscsoportokat öleli fel.

Demográfiai és szociokulturális adatok: személyi adatok, szülők iskolai végzettsége, foglalkozása, gyermekkori lakóhely, iskolatípus, iskolai teljesítmény. Pályaválasztás: pályaválasztási életszakasz, pályaválasztási motiváció, vélemény a szakmaválasztás sikeréről, ápolói hivatás presztízse, legfontosabb érték az ápolói hivatásnál. Értékek: szabadidő, olvasás, televízió nézés, vallás, Roceach-teszt, pályaterv, Super munkaérték teszt.

A kérdőívben standardizált skálákat és kérdéscsoportokat is alkalmaztunk (Roceach-teszt, Super munkaérték teszt, pályaválasztási motiváció), hogy eredményeink korábbi kutatások eredményeivel is összehasonlíthatók legyenek. A kutatás során önkitöltős kérdőívet alkalmaztunk.

A kérdőív elkészítését követően próbafelmérést végeztünk 20 hallgató segítségével, akik rávilágítottak 6 kérdés alkalmazhatóságának hiányosságaira. A hibásnak vélt kérdések esetében a válaszlehetőségeket bővítettük, ez után a kérdések továbbra is a kérdőív részét képezték. A próbafelmérésnél a javaslatok alapján egy kérdés sem került ki a mérőeszközből.

A felmérés kvalitatív szociológiai vizsgálattal készítettük 2004-2005-ben Magyarországon, egészségügyi főiskolai karokon, ápoló hallgatók körében. A lekérdezés a teljes mintán megtörtént. A visszaküldött kérdőívek száma 395, a visszatartás mértéke 24,5% volt, legmagasabb Pécsen és Szegeden, legalacsonyabb Győrben és Zalaegerszegen. A visszatartás mértéke átlagosnak mondható. Korábbi tapasztalatok bizonyítják, hogy a felmérésben való részvételi szándékot a kérdőív hosszúsága is befolyásolja (Rózsa, S, et al., 2003) 381 kérdőív került feldolgozásra és 14 kérdőív a hiányos kitöltés miatt nem került be az adatbázisba. Az adatfeldolgozásra került kérdőívek aránya 73,56%. A magas válaszadási arány a téma aktualitását és fontosságát tükrözi.

I. táblázat: A kutatásban használt kérdőív jellemzői (N=518)

Helyszín	Kiadott kérdőívek száma	Visszaküldött kérdőívek száma	Visszaküldési arány %	Feldolgozásra került	Adatfeldolgozás aránya %
Budapest	104	91	87,5	89	85,5
Győr	81	79	97,5	78	96
Gyula	64	52	81	52	81
Nyíregyháza	63	57	90	57	90
Szeged	77	45	58	38	49
Szombathely	36	26	72	26	72
Pécs	79	35	44	33	41
Zalaegerszeg	14	10	74	10	74
Összesen	518	395	75,5	381	73,56

rözi. A kérdőív kitöltésével kapcsolatos adatokat az I. táblázaton mutatjuk be.

A mérőeszköz megbízhatóságának kritériumai

A kutatási eszköznek, a kérdőívnek rendelkeznie kell bizonyos jellemzőkkel, amelyek biztosítanak bennünket, hogy megbízható eredményeket kapjunk.

Adatgyűjtő eszközök sajátosságai:

1. Reliabilitás (megbízhatóság)
2. Validitás (érvényesség)
3. Alkalmazhatóság

Reliabilitás

A mérés fogalma a társadalomtudományban a pontosságra való törekvést jelenti a természettudományos értelmezéssel, precizitással szemben. (Csapó, B. 1994, B. Nagy Mária, Csapó, B. 1994). A teszt reliabilitása, megbízhatósága alatt azt értjük, hogy mennyire jól méri azt, amit mérnie kell, és arra a sajátosságra utal, hogy újbóli alkalmazása esetén megegyező eredményeket ad, tehát az eredmények hasonlóak lesznek, ha alternatív módon alkalmazzák, vagy más személyek alkalmazzák, vagy ha a mérést megismétlik.

A skálák megbízhatóságára leggyakrabban a Cronbach-féle alfát használják. Ez a skála szerkezeti stabilitását mutatja, értéke 0 és 1 között van. (Ketskeméty, L. 2005) Minél nagyobb az együttműködés, annál nagyobb fokú a reliabilitás. Egy tökéletes reliabilitással rendelkező mérőeszköz együttműködés 1,00 (ez azonban ritkán fordul elő). Általában az együttműködés egynél kisebb. Ha a kapott konzisztencia mutató értéke 0,60 és 0,95 között van, akkor az a skála megbízhatóságát jelzi (Rózsa,

S, et al. 2003). A kérdőívben alkalmazott skálák reliabilitás mutatóit a 2. táblázat tartalmazza.

Magas konzisztencia mutatót kaptunk a Supermunkaérték teszt ($r=0,9556$) és Roceach tesztek ($r=0,8770$, $r=0,8331$) esetében.

Viszonylag alacsony konzisztencia mutatót kaptunk a „Pályaválasztás befolyásoló” skála és „Diplomás ápoló megbecsültsége a kórházi hierarchiában” skála esetében. Megvizsgáltuk az egyes tételek és a skála egésze közötti kapcsolatot jellemző statisztikákat, részletes itemanalízist is készült.

A 3. táblázatban az itemanalízis adatai láthatók, ahol

- Az első oszlop adatai azt mutatják, hogy mennyi lenne a skálaátlag, ha az egyes tételekre kapott pontszámokat kihagynánk az összesítésből.
- A második oszlop számai azt mutatják, hogy mennyi lenne a skála varianciája, ha az összesítésből kihagynánk az egyes tételekre adott pontszámot.
- A harmadik oszlop az egyes tételek pontszámai és az összes többi tételre kapott pontszámok összegeként előállított „korrigált” teljes-skála pontszámok közötti korrelációs együtthatókat tartalmazza.
- A negyedik oszlop többszörös korrelációs együttható négyzete.
- Az ötödik oszlop Chronbach alfa érték arra az esetre, ha a tételt kihagynánk a számításból. (Ketskeméty, L. 2005)

A tételes itemanalízis során nem találtunk olyan tételt, amely lényegesen kilógott volna a fenti skálából, így feltételezhető, hogy az alacsony konzisztencia mutató hátterében az alacsony tételszám is szerepet játszik.

A Chronbach alfa értéke függ a tételek számától és tételek közötti korrelációs együtthatótól,

2. táblázat: Skálák tételismertetői és megbízhatósági mutatói

Skálák	Tételek száma	Chronbach-alfa
Pályaválasztás befolyásoló skála	10	0,6465
Diplomás ápoló presztízs megítélése a kórházi hierarchiában	5	0,7922
Diplomás ápoló megbecsültsége a kórházi hierarchiában	5	0,6636
Rocheach-teszt 1 (egyéni érték képviselője)	18	0,8770
Rocheach-teszt 2 (emberi tulajdonság érték képviselője)	18	0,8331
Super-munkaérték -teszt	45	0,9556

3. táblázat: Pályaválasztás befolyásoló skála itemanalízise

	Skálaátlag a tétel törlése esetén	Skála-variancia a tétel törlése esetén	Korrigált tétel-skála korreláció	Négyzetes többszörös korreláció	Cronbach alfa a tétel törlése esetén
Szülői befolyás hatása a pályaválasztásra	19,6721	16,145	,223	,208	,642
Barát, családtag példája befolyásolta a pályaválasztást	19,6558	15,792	,250	,146	,637
Karrierlehetőség a pályán, mint a pályaválasztást befolyásoló tényező	19,6341	14,608	,515	,335	,577
„Máshová nem vették volna fel” befolyásolta a pályaválasztást	20,2060	16,996	,195	,189	,643
Beteg embereken való segítség befolyásolta a pályaválasztást	18,1382	18,369	,001	,314	,672
Az egészségügy iránti érdeklődés befolyásolta a pályaválasztást	18,1734	18,497	-,033	,357	,681
Pedagógus befolyásoló hatása a pályaválasztásra	19,9756	14,600	,507	,284	,579
Biztos állás lehetőségének befolyása a pályaválasztásra	19,1843	14,526	,424	,247	,595
Társadalmi megbecsülés befolyása a pályaválasztásra	19,5203	14,163	,523	,378	,572
Sok pénzt keresésének lehetősége, mint a pályaválasztást befolyásoló tényező	19,9864	15,160	,499	,412	,586

tehát alacsony tétel közötti korrelációk esetén is lehet magas a megbízhatósági koefficiens értéke. (Ketskemény, L. 2005)

A másik leggyakrabban alkalmazott megbízhatósági statisztikai módszer a Split-half-modell módszer, az ún. felezéssel eljárás, amelyet magas itemszámú skálák esetében alkalmaznak. A vizsgálandó skálát kettévágjuk, és a két részre osztott teszt első felében elért pontszámot korreláltatjuk a második felére adott pontszámmal. A 4. táblázatban a Super féle munkaérték teszt reliabilitás mutatóit láthatjuk.

A Super féle munkaérték skála 45 tételből áll, két részre bontásnál $a=23$, $b=22$ tételt alkotott. Az eredmények a ketté bontott skálára és az eredeti skálára vonatkoznak. Az első skálaérték Chronbach alfa $0,940$, a második érték $0,917$. Korrelációs együttható $0,895$. Az újra egyesített skála megbízhatósága $0,944$.

A Split-half módszer hátránya, hogy az eredményeket befolyásolja a skálák szétosztásának módja. A hibák csökkentésére a módszert kombinálják a Chronbach alfa értékének kiszámolásával, és a számításokat együtt értékelik. A módszer alkalmazása mellett magas mutatókat kaptunk.

A Split-half alával rokon módszer, amikor két alternatív tesztet használnak, vagy ugyanazt a tesztet veszik fel kétszer a kutatás során („test-retest reliabilitás”).

A kutatásban 17 személy esetén ismételtlen lekérdeztük a mérőeszközt. Az ismétlésre 14 napon belül került sor. A korrelációs együttható 0-tól 1-ig terjed. Magas a korreláció értéke, ha az együttható $r=0,75$ -1 közötti értéket mutat.

A személyi adatok (pl. az életkor és nem) magas stabilitást mutatott, az együttható értéke 1, mindez 100 %-os szignifikancia szinten. Ez a lekérdezés pontosságát és a válaszlehetőségek egyértelműségét támasztja alá.

A pályaválasztási motiváció korrelációs együtthatójának átlaga $r=6,37$. Az itemek közül legalacsonyabb –pedagógus hatása esetében $r=0,316$ és a társadalmi megbecsültség esetén $r=0,401$. Természetesen ebben az esetben nem várhatunk el tökéletes együtt járást, hisz az eltelt időszak alatt a szubjektív megítélés változhat.

A többi esetben már magas a korrelációs együttható.

4. táblázat: Super-féle munkaérték teszt reliabilitása, Split half módszerrel

Cronbach alpha	Skála 1	Crombach alfa érték	,940
		Itemek száma	23(a)
	Skála 2	Crombach alfa érték	,917
		Itemek száma	22(b)
Teljes skála itemek száma			45
Korrelációs együttható			,895
Spearman-Brown együttható	Újraegyesített skála megbízhatósága		,944
	Skála megbízhatósága		,945
Guttman Split-Half együttható			,939

A skála 1 (a) itemei:

Szebbé teheti a világot,
 Önálló döntéseket hozhat,
 Gondatlan életet biztosíthat magának,
 Új gondolatokkal találkozhat,
 Vezetői képességeire szükség lehet,
 Kényelmes körülmények között élhet,
 Személyes életstílusa érvényesülhet,
 Munkatársai egyben barátai is,
 Biztos lehet afelől, hogy munkájáért a többiek meg-
 becsülik,
 Nem csinálja minduntalan ugyanazt,
 Jót tehet mások érdekében,
 Más emberek javát szolgálhatja,
 Sokféle dolgot csinálhat,
 Ahol az emberre mások felnéznek,
 Jól kijön a munkatársaival,
 Olyan életet élhet, amit a legjobban szeret,
 Nyugodtan dolgozhat (csend, tisztaság, stb.),
 Mások munkáját is irányíthatja,
 Szellemileg izgalmas munkát végezhet,
 Magas nyugdíjra számíthat,
 Munkájába másnak nincs beleszólása,
 Szépet teremthet,
 Biztos lehet abban, hogy megfelelő munkát kap, ha
 az adott munka valamely okból megszűnik.

A megbízhatóság és a validitás egymástól nem független fogalmak: egy mérőskála, ami nem megbízható, nem lehet valid sem. A későbbi elemzés során az alacsony reliabilitású skálák eredményeinek interpretálásakor ezt figyelembe vesszük.

Validitás

A validitás a mérőskála azon tulajdonsága, amely megmutatja, hogy a skála valóban azt a

A skála 2 (b) itemei:

Vezetője megértő,
 Szüntelenül fejlesztheti, tökéletesítheti önmagát,
 Új ötleteire mindig szükség van,
 Biztos lehet abban, hogy feladatot kap,
 Megvalósítja önmagát,
 Tisztelheti főnökét,
 Szép környezetben dolgozhat,
 Nem beszélhet mellé, mert csak jó, vagy rossz megoldások léteznek,
 Másokat irányíthat,
 Új elképzeléseket alakíthat ki,
 Valami újat alkothat,
 Objektívan lemérheti munkája eredményét,
 Vezetője mindig helyesen dönt,
 Mindig megfelelő munkával rendelkezik,
 Sok pénzt kereshet,
 Változatos munkát végezhet,
 Szabadon dönthet saját területén,
 Tekintélyt szerezhet munkájával,
 Akár művész is lehet,
 Ahol munkatársai befogadják,
 Másokon segíthet,
 Szüntelenül új, megoldatlan problémákba ütközik.

jelenséget méri, amelyre tervezték (Virányi I. et al. 2001). Megvalósítása nem tűnik bonyolultnak, hisz a kérdőívek határozott céllal készülnek. Az érvényesség inkább szakmai, mint statisztikai kérdés. (Ketskemény L., 2005)

Alkalmazhatóság

Adott mérőeszköz alkalmazhatósága annak gyakorlati felhasználhatóságára utal, ide tartozik a mérés lebonyolításának nehézségi foka is.

Következtetések

Egy kutatás végeredménye az adatgyűjtési eszköztől/eszközöktől függ. A kritériumoknak megfelelő eszközök használata növeli a minőségi kutatómunka lehetőségeit.

A vizsgálatok értékét a vizsgálati adatok megbízhatósága, azok általánosíthatósága adja. A módszertani szempontjából kiemelt jelentőségű a minta kiválasztás módja és az adatfelvétel pontossága.

A különféle statisztikai eljárások nem önmaguként léteznek, hanem eszközök csupán, amelyek segítségével választ kaphatunk a tartalmi kérdésekre.

A kutatás elméleti feltevése elválaszthatatlan az elméletek ellenőrzésétől. Karl Popper megfogalmazása szerint „még az elgondolásaink gondos és higgadt tapasztalati ellenőrzését is eszmék ihletik”. (Popper, K. 1997)

Irodalomjegyzék

1. B. Nagy Mária, Csapó Benő, (1994) A természettudományos ismeretek alkalmazása: mit tudnak tanulóink az általános és középiskolavégén?
Új Pedagógiai Szemle, 1-2, 3-11.
2. Csapó Benő (1994) Az induktív gondolkodás fejlődése
Magyar Pedagógia, 8, 36-47.
3. Karl Popper (1997) A tudományos kutatás logikája
Európa Kiadó, Budapest
4. Ketskeméty László, Izsó Lajos, (2005) Bevezetés az SPSS programrendszerbe, Módszertani útmutató és feladatgyűjtemény statisztikai elemzésekhez
ELTE Eötvös Kiadó
5. Maksony Ferenc, (1999) Gondolatok és adatok, Társadalomtudományi elméletek empirikus ellenőrzése
OSIRIS Kiadó, Budapest
6. Patricia Ann Dempsey, Artur D. Demsey, (1999) Kutatómunka az ápolásban
Medicina Könyvkiadó Rt.
7. Rózsa Sándor, Réthelyi János, Stauder, Adrienne, Susánszky Éva, Mészáros Eszter, Skrabski Árpád, Kopp Mária (2003) A középkorú magyar népesség egészségi állapota: Hungaropstady 2002 országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői
Pszichiátria Hungarica, 2, 83-94.
8. Virányi Ilona, Dr Zrinyi Miklós, Dr Baráthné Kerekes Ágnes (2001) Ápolás és informatika. Megbízhatóság és validitás két attitűd skála hazai adaptációja kapcsán
Nővér, 5,

The planning of research into “The values and career orientation of college students” a methodological presentation of the questionnaire, the reliability of the scales used in the questionnaire

Kovácsné Tóth, Á., dr. Feith, H. J., dr. Balázs, P.

Aim: To present the methodology for the research entitled “The values and career orientation of college students,” as well as how the research planning and reliability of the applied scales will be evaluated using statistical methods.

Method: The reliability of the scales are determined using the Cronbach’s alpha, the Split half and “test-retest reliability” methods.

Results: The authors received a high consistency value in terms of the Super’s Work Value Inventory ($r=0,9556$) and the Roceach tests ($r=0,8770$, $r=0,8331$).

Results of the Split half test: Cronbach’s alpha of the first scale value 0.940, of the second scale value 0.917. Correlation coefficient: 0.895.

With regard to the “test-retest reliability” of the personal data (e.g. age and sex) the correlation coefficient value is 1. The average correlation coefficient of career choice motivation is $r=6,37$.

The lowest scoring items were the following: “influence of teacher” $r=0.316$ and “social standing” $r=0.401$.

Conclusions: In the course of the study the authors received high reliability indicator values, but it must be taken into consideration that the various types of statistical procedure are not an end in themselves, but merely a means of finding the answers to substantive questions.

Tűszűrős balesetek előfordulása a magyarországi szakdolgozók körében

Balogh Zoltán

elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara,
főiskolai adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet,

Somogyvári Zoltánné

bizottsági elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Minőségfejlesztési Bizottság,
ápolási igazgató, Szent János Kórház és Rendelőintézet

Hunyadi Zsuzsanna

szociológus, tudományos kutató, Magyar Művelődés Intézet

Sövényi Ferencné

az Országos Működési Nyilvántartás vezetője

Mottó: „Biztos szakmai környezet: minőségi munkahelyek, minőségi betegellátás.”
ICN, 2007

Összefoglaló

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara a nemzetközi iránymutatások és a témakört vizsgáló kutatások tapasztalatai alapján átfogó, a tűszűrős balesetek hazai helyzetét feltáró kutatást végzett **közel ötezer szakdolgozó** bevonásával.

A vizsgálat célja: a szakmai és döntéshozói figyelem felhívása a téma aktualitására, a kockázatok bekövetkezéséhez társuló, valóságosan felmerülő többletköltségek számbavételére, valamint a balesetek megelőzését célzó intézkedések mielőbbi meghozatalára.

Vizsgálati módszer és a minta: Az alkalmazott önkitöltős kérdőív összeállításánál a szerzők felhasználták egy már korábban Svédországban történt vizsgálat kérdéseit, tapasztalatait. A kapott adatokat SPSS program segítségével dolgozták fel, az eredményeket a leíró statisztika módszerével jelenítették meg. A felmérésbe a betegágy mellett dolgozó ápolókon, szakápolókon kívül műtős szakasszisztenseket, aneszteziológus asszisztenseket, a képalkotó diagnosztika területén dolgozó asszisztenseket, klinikai laboratóriumi asszisztenseket, valamint szülésznőket és a mentésügyben dolgozó ápolókat, mentőtiszteket vontak be.

Eredmények: Munkája során szinte valamennyi megkérdezett naponta többször is kapcsolatba kerül szűrő, vágó eszközökkel, valamint vérrel. Ez az arány még a képalkotó diagnosztika területén dolgozóknál is 94,3 százalék, de számos szakterület esetében száz százalékos. A válaszadók 86 százaléka munkája során már megszurta, illetve megvágta magát. Az arányok szakmacsoportonként eltérőek, 96 százalékos eredménnyel a műtős szakasszisztensek a legveszélyeztetettebbek, de az e szempontból legkevésbé veszélyes képalkotó diagnosztika területén dolgozók közel 60 százalékkal is előfordult már ilyen eset.

Következtetések: Az egészségügyi szakdolgozók oktatása során már az alapképzésben kiemelt hangsúlyt kell kapnia a kockázati tényezőkre, a balesetek következményeire, valamint a megelőzésre vonatkozó ismereteknek, és tudatosítani kell az őszinte feltáró magatartás szükségességét. A felmérésből kiderült, hogy a magyar egészségügyi szakdolgozók tárgyi tudása jó, ám e tudás gyakorlatba történő átültetése, valamint a személyes felelősség elvállalása hagy némi kívánnivalót maga után.

A probléma ismertetése nemzetközi kitekintés alapján

Európában évente mintegy egymillió egészségügyi dolgozó sérül meg használt injekciós tűtől. Az ilyen balesetek súlyos következményekkel

járhatnak, akár HIV-, akár a hepatitis B- vagy C-fertőzés következtében. Éppen ezért az Európai Parlament tűszűrős balesetekkel foglalkozó szakbizottsága az uniós jogalkotással is erősíteni kívánja a veszélynek kitett szakdolgozók és orvosok védelmét. Stephen Hughes brit szocialista európai parlamenti képviselő saját kezdeményezé-

sú jelentésében a tűszúrás által okozott, véráram útján terjedő betegségeknek kitett egészségügyi dolgozók jobb védelméről írt. A jelentés szerint „a nagy kockázattal járó eljárások közé tartozik a vérvétel, az intravénás kanül behelyezése, valamint a bőrbe, illetve a bőr alá történő tűszúrásos beavatkozások. Már kis mennyiségű vér is potenciálisan életveszélyes fertőzést okozhat. A fertőzési kockázat különböző tényezőktől függ, így például a beteg fertőzési állapotától, a beteg vírusterhelésétől, a munkavállaló immunológiai állapotától, a sérülés mélységétől, az átkerült vér mennyiségétől, a sérülés és a seb fertőtlenítése között eltelt időtől, valamint az expozíciót követő prophylaxis rendelkezésre állásától és alkalmazásától”.

A tűszúrásos balesetek számáról, valamint az előfordulás gyakoriságáról, a szükséges intézkedések, valamint a megelőzés formáiról lehetőségeiről ez idáig nem készültek átfogó tanulmányok. Éppen az Európai Parlament szakbizottságának munkája kapcsán látott napvilágot 2006-ban az a tanulmány, amely Svédországban készült, és a balesetek kialakulásának körülményeit, gyakoriságát próbálta feltárni. „A biztonságos eszközök bevezetése jelentősen csökkentheti a tűszúrás által okozott sérülések számát. Ettől függetlenül azonban a rendszeres továbbképzések és szervezeti intézkedések is lényegesen mérsékelhetik a tűszúrás által okozott sérülések számát. Ezért a biztonsági funkciókkal rendelkező eszközök felhasználása mellett hangsúlyt kell fektetni a szervezeti intézkedésekre is, így például a rögzített munkafolyamatokra, a dolgozók képzésére és oktatására valamint a tevékenységek kockázatos voltának tudatosítására.” - áll a tanulmányban. A jelentés ismerteti a védelmet célzó jelenlegi jogi szabályozást. A jelentéstevő úgy véli, „bár a jelenlegi jogszabályok elméletben kitérnek a tűszúrás okozta sérülések kockázatára, azonban a gyakorlatban ez nem játszik szerepet”. A szöveg ezután részletesen ismerteti a javasolt jogszabály-módosításokat, például minimalizálni kellene a kanülok használatát, valamint „a tű által okozott sérülések kockázatát magukban hordozó munkahelyi gyakorlatokat biztonságosabbá tétele érdekében módosítani kell, és meg kell szüntetni a többször használatos tűk igénybe vételét”. A jelentés szerint „az összes dolgozót - különösen a kanülok bevezetését végző munkavállalókat - fel kell készíteni a tűk és más éles orvosi eszközök biztonságos használatára és ártalmatlanítására, a tárolásukra szolgáló tartályok használatára, valamint a hulladékok e tartályokban való megfelelő

lezárására”. A brit képviselő szerint a tűkkel és más éles orvosi eszközökkel érintkezésbe kerülő munkavállalóknak – ahogy az a magyar gyakorlat szerint is történik – fel kell kínálni a Hepatitis B elleni védőoltást, továbbá a tűk vagy éles orvosi eszközök által okozott sérüléseket külön nyilvántartásban kell dokumentálni.

Magyarországon már 25 éve megemlékezünk az ápolásügyről és az ápolókról a XIX. században élt leghíresebb brit ápolónő, Florence Nightingale születésnapján. Minden esztendőben a genfi székhelyű, jelenleg 129 ápolásszakmai szervezetet tömörítő Ápolók Nemzetközi Tanácsa kijelöli azt a témakört, amivel az évben a nemzetközi felmérések, kutatások foglalkoznak. 2007-ben a téma a „Biztos szakmai környezet: minőségi munkahelyek, minőségi betegellátás.” E mottó talán soha nem volt még annyira aktuális és gondolatébresztő, mint most, az átalakuló magyar egészségügyi és ápolási rendszerben.

Mi jelentheti az egészségügyben a biztos szakmai környezetet?

- Olyan innovatív szakmapolitikai eszmerendszer alkalmazása, ami a szakemberek toborzását és megtartását helyezi a középpontba.
- A folyamatos szakmai fejlődésre és javításra törekvő stratégia kialakítása és a jövő szakembereit, ápolóit kellő színvonalon képző minősített szakmai programok.
- A munkaerő – értékén és teljesítményén alapuló – megbecsülése.
- Elegendő és megfelelő eszközök, egyéb felszerelések biztosítása, valamint a biztonságos munkakörnyezet megteremtése.

Melyek az ápolás helyzetét veszélyeztető tényezők? A világ számos országában egyre növekvő ápolói létszámhiány alakult ki. Az ápolás és az egészségügy területén tapasztalható krízishelyzettel az Egészségügyi Világszervezet egy nagyobb lélegzetvételű tanulmánya 2006-ban foglalkozott először globálisan. E szerint számos bizonyíték támasztja alá, hogy az ápolói létszámhiány miatt nő a kórházi kezelés hossza, a halálozás, valamint a megelőzhető nemkívánatos események száma.

A rossz munkakörülmények említhetőek meg az egyik legfőbb olyan okként, ami az ápolói társadalom létszámának csökkenését eredményezheti. A nem megfelelő munkakörülmények, azaz például az állandó stressz, a fokozott statikus munkaterhelés, a hosszú munkarendben, ügyeleti rendszer-

ben történő tevékenykedés, az ápolási eszközök hiánya vagy rossz minősége, illetve ezek mellett a szakmai és társadalmi megbecsültség csökkenése vagy teljes hiánya vezethetnek oda, hogy az ápolók testi és lelki egészsége megbomlik, idő előtti kiégés következik be.

A hazainál fejlettebb egészségkultúrával és ellátórendszerrel rendelkező országokban – így az Amerikai Egyesült Államokban, Kanadában, az Egyesült Királyságban, valamint Németországban – készült felmérés szerint a kórházi ellátásban dolgozók több mint 40 százaléka elégedetlen munkájával, a megkérdezettek közel negyede tervezi elhagyni pályáját kevesebb, mint egy éven belül. A kutatók egyértelmű összefüggést találtak a munkahelyi stressz, az ápolói morál, a dolgozói elégedett(len)ség és a pályaelhagyási szándék között.

Ezek mellett az is jól látható, hogy elsősorban a fejlődő ázsiai, afrikai országokból, valamint az Európai Unió nemrégiben csatlakozott országaiból ápolók ezrei indulnak el a magasabb fizetés, a jobb élet- és munkakörülmények reményében a fejlett egészségügyi rendszerrel rendelkező országok felé. Ezért – az ápolói munkaerőhiány következtében kialakuló krízis átfogó vizsgálata alapján – az Ápolók Nemzetközi Tanácsa a probléma kezelésére prioritásokat fogalmazott meg. Az ápolók, az ápolási szervezetek és az egészségügyi szektor képviselőinek közös feladata, hogy a beteg igényeinek megfelelően meghatározzák a szükséges ápolási szinteket, adatokat gyűjtsenek, és további felméréseket készítsenek.

A kutatás célja

A hazai kutatás elindításának célja az volt, hogy vizsgálatunkkal felhívjuk a döntéshozók, szakpolitikusok és az intézmények tulajdonosainak, működtetőinek, irányítóinak figyelmét a tűszűrő balesetek gyakoriságára, ezáltal a téma aktualitására, valamint a fejlesztés és a balesetek megelőzésének megoldását célzó intézkedések mielőbbi meghozatalára.

A kutatás tárgya

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (továbbiakban: MESZK) által indított kutatás

tárgya annak vizsgálata, hogy az egészségügyi ágazatban tevékenykedő szakdolgozók milyen mértékben érintettek a tűszűrő és vágós balesetek tekintetében, milyen tényezők befolyásolják a balesetek kialakulását, valamint mit tesznek a dolgozók és az egyes munkahelyek ezen problémák feltárására, megoldására és megelőzésére.

A kutatás hipotézisei

Feltételeztük, hogy:

- a Magyarországon előforduló tűszűrő és vágott sérülések gyakorisága legalább olyan mértékben fordul elő egészségügyi szakdolgozók körében, mint Svédországban.
- a sérülések előfordulásának legfőbb okát Magyarországon is az idő szűke miatti kapkodás, és előre nem látható, váratlan események, valamint a hiányos és hibás védőfelszerelések jelentik.
- bár a Magyarországon tevékenykedő szakdolgozók legalább olyan mértékben tisztában vannak az ilyen jellegű balesetek kockázatával, mint svéd kollégáik, ennek ellenére nem a megfelelő mértékben és módon jelentik az elszenvedett eseményt.

Munkamódszer

A kutatást név nélküli, önkitöltős kérdőíves felmérés módszerével, a kutatás során alkalmazandó etikai szabályok betartásával végeztük. Az általunk alkalmazott kérdések alapját egy már korábban Svédországban használt kérdőív adta. Ezt a kérdőívet magyarra történő fordítása után a MESZK felmérésben érintett tagozatainak véleményét is figyelembe véve fejlesztettük tovább. Az így adaptált felmérési eszközt a szélesebb körben történő alkalmazás előtt, próbafelmérés keretében a Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház ápolási szakembereinek bevonásával teszteltük. Néhány apróbb, inkább formai változtatás után az országos felmérést 2006. szeptemberben a MESZK területi szervezeteinek bevonásával kezdtük meg.

A végső kérdőív 33 zárt és 1 nyitott kérdésből állt. A területi szervezeteken belül a fekvőbeteg ellátásáért felelős alelnökök igen jelentős szerepet töltek be a kutatás szervezési feladataiban

(kérdőívek szétosztása, begyűjtése és továbbítása), ezért őket csoportos értekezlet keretében készítettük fel az elvégzendő feladatokra, a határidők pontos betartására.

A vizsgálat során begyűjtött kérdőíveket összességében és szakmacsoportonként is SPSS program segítségével dolgoztuk fel. Az eredményeket leíró statisztika módszerével jelenítettük meg.

A vizsgálati minta jellemzői

A kutatás mintájának összeállításakor a kiindulási alapot a korábban már említett svéd felmérés adta. Az eredeti felmérésben a célcsoportot elsősorban az újszülött- és gyermekosztályokon, a klinikai laboratóriumokban, valamint a fertőző betegellátás területén dolgozó szakemberek alkották.

A hazai felmérésbe a betegség mellett dolgozó ápolókon, szakápolókon kívül műtős szakasszisztenseket, aneszteziológus asszisztenseket, a képalkotó diagnosztika területén dolgozó asszisztenseket, labor asszisztenseket, valamint szülésznőket és a mentésügyben dolgozó ápolókat, mentőtiszteket vontunk be. Az egyes szakdolgozói csoportok tagjainak átlagéletkorát, valamint az adott csoporthoz tartozó valamennyi magyarországi szakdolgozó átlagéletkorát az I. táblázatban mutatjuk be.

A felmérés mintája reprezentatív, 10%. Ennek alapja az volt, hogy az Országos Működési Nyil-

vántartás adatbázisa alapján, megyénként és a fővárosban előre meghatározott módon, a szakképzettség és életkori megoszlás figyelembevételével alakítottuk ki a vizsgálati csoportokat. Az egyes életkori csoportokhoz tartozó létszámot, annak a teljes vizsgálati mintában képviselt arányát, valamint az adott életkori csoportba tartozó valamennyi magyarországi szakdolgozó arányát a II. táblázat szemlélteti.

A MESZK területi szervezeteihez kiküldött kérdőívek száma összesen 5000 darab volt, mely közül határidőre, 2006. október 15-ig 4789 érkezett vissza. Ez a 96%-os visszaküldési arány igen magas, mely az alapos előkészítésnek és a kutatásban résztvevő kollégák felelősségteljes munkájának volt köszönhető.

Eredmények

A vizsgálati mintánk szinte valamennyi megkérdezettje (99%) kapcsolatba kerül munkája során szűrő, vágó eszközökkel, vérrel. Az arány a képalkotó diagnosztika területén dolgozók körében a legalacsonyabb (94,3%), míg a műtős szakasszisztensek esetében teljes körű (100%). Az is megállapítható, hogy ezek a hatások a válaszolók jelentős részénél (86%) naponta többször is jelen vannak, a napi egy-kétszeri gyakoriság kifejezetten ritka (4,5%). A válaszadók 86%-a jelezte, hogy munkája során előfordult, hogy megszurta és/vagy meg-

I. táblázat: A vizsgálati mintában szereplő szakdolgozók, valamint az azonos csoporthoz tartozó összes nyilvántartott magyarországi szakdolgozó átlagéletkora

* A teljes szakdolgozói kar átlagéletkori számítása az Országos Működési Nyilvántartás adatbázisa alapján készült.

A vizsgálatba bevont szakdolgozói csoportok	A vizsgálati minta átlagéletkora (év)	Az összes nyilvántartott magyarországi szakdolgozó átlagéletkora* (év)
Ápoló, szakápoló	37,5	35,4
Műtős szakasszisztens	41,5	42,6
Aneszteziológus szakasszisztens	41,4	43,1
Képalkotó diagnosztika területén dolgozó asszisztens, szakasszisztens	41,4	43,3
Klinikai laboratóriumi asszisztens, szakasszisztens	44,3	46,7
Szülésznő	40,3	40,5
Mentésügyben dolgozó ápoló, mentőtiszt	37,0	39,1
Együtt	40,5	41,5

II. táblázat: Az egyes életkori csoportokhoz tartozó szakdolgozók száma, és a vizsgálati mintában képviselt aránya, valamint az adott életkori csoportba tartozó valamennyi magyarországi szakdolgozó aránya

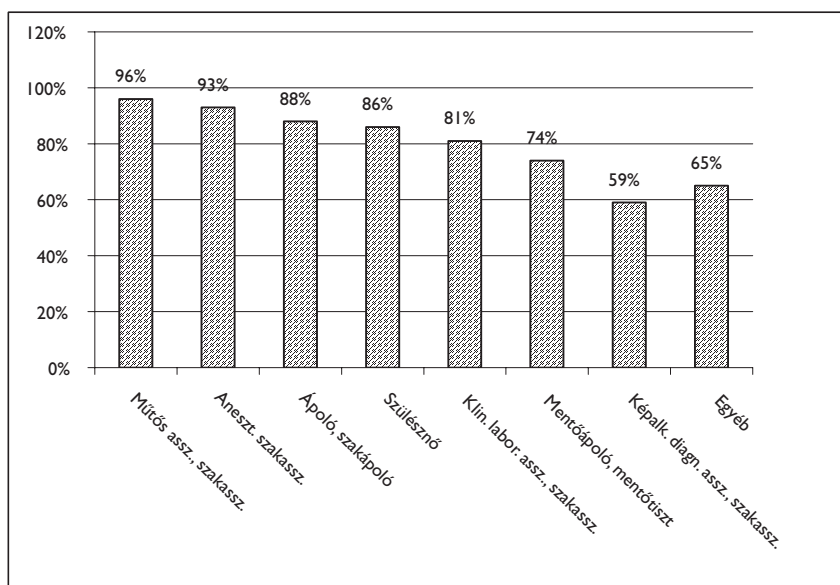
* A teljes szakdolgozói karra vonatkozó számítás az Országos Működési Nyilvántartás adatbázisa alapján készült

Életkori csoportok	A teljes minta elemszámának megoszlása az adott életkori csoportok között (fő)	A teljes minta megoszlása az adott életkori csoport szerint (%)	Az összes nyilvántartott magyarországi szakdolgozó megoszlása az adott életkori csoport szerint* (%)
30 év alatt	1115	23,30	22,30
31-40 éves	1779	37,10	38,31
41-50 éves	1200	25,10	23,69
50 év felett	630	13,20	15,70
Összesen válaszolt	4725	98,70	
Adathiány	65	1,30	
Együtt	4789	100,00	100,00

vágta magát. Ha szakdolgozói csoportok szerint vizsgáljuk a válaszok megoszlását, akkor megállapítható, hogy ebben a tekintetben is a műtős szakasszisztensek a legvesélyeztetettebbek (96%), de a legkevésbé veszélyesnek gondolt képző diagnosztika területén dolgozók közül a válaszadóknak 59%-a már átesett ilyen eseményen. A szúrásos és/vagy vágásos sérülések előfordulásának arányát mutatjuk be az I. ábrán.

Ha a szakmában eltöltött évek megoszlásának figyelembe vételével vizsgáljuk a balesetek számát, akkor nem találtunk szignifikáns különbséget az egyes vizsgálati csoportok között ($p > 0,005$), sőt elmondható, hogy gyakoriság szempontjából éppen a pályakezdők között fordult elő a legritkábban ilyen esemény (64,3%), míg a többi korcsoportnál ez az arány 82 és 89,3% között változott.

I. ábra: A szúrásos és/vagy vágásos balesetek előfordulásának aránya az egyes szakdolgozói csoportokban, % (N=4789)



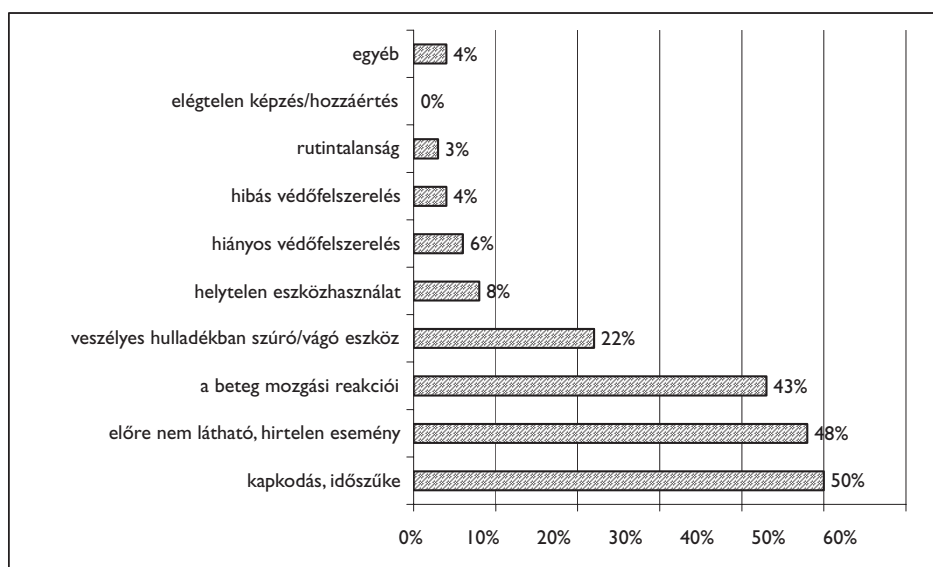
III. táblázat: A tűszúrásos balesetek előfordulásának gyakorisága a magyar (N1=4789) és a svéd (N2=897) szakdolgozók között (%)

	Érte Önt ilyen baleset az elmúlt 1 hónap során?		Érte Önt ilyen baleset az elmúlt 1 év során?		Érte Önt ilyen baleset az elmúlt 10 év során?	
	magyar	svéd	magyar	svéd	magyar	svéd
Igen, 1-3 alkalommal	19,4%	18,0%	49,8%	33,0%	53,3%	56,0%
Igen, 4-10 alkalommal	1,0%	2,0%	8,2%	8,0%	19,9%	16,0%
Igen, 10 vagy több alkalommal	0,2%	1,0%	3,9%	6,0%	16,4%	18,0%
Nem	77,7%	79,0%	35,2%	53,0%	8,0%	10,0%
Nem tudom	1,7%	0,0%	2,8%	0,0%	2,5%	0,0%
Összesen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A svéd és magyar vizsgálat szinte teljes azonosságot mutat abból a szempontból, hogy milyen gyakorisággal következtek be ezek a balesetek az elmúlt 1 hónap és 10 év távlatában. Érdekes azonban kiemelni, hogy az elmúlt egy év során balesetet szenvedtek körében jelentő eltérés (17%) mutatkozik, ugyanis a magyar mintában a megkérdezettek gyakrabban szenvedtek ilyen sérülést, mint svéd kollégáik. Valószínűsíthető, hogy ez a tendencia már a hazai egészségügyben évek óta tapasztalható szakdolgozói létszámihiány, valamint a leterheltség és a feladat-megosztási problémák kérdéskörével függ össze. (III. táblázat)

Ugyancsak azonosság volt tapasztalható abban is, hogy mely tényező játszott a legfőbb okot a balesetek kialakulásában. A válaszadók első helyen a kapkodást, az időszükében végzett munkát jelezték (50%), ezt követte az előre nem látható, hirtelen események kategóriája (48%), valamint a beteg mozgási reakciói (43%), a további tényezők közül a veszélyes hulladékba kerülő szűrő és/vagy vágó eszközöket jelölték (22%). A magyar mintában a helytelen eszközhasználat csupán 8%-kal szerepelt a válaszok között, míg a svéd mintában ez az arány elérte a 27%-ot. Ugyancsak számottevő (10%) volt azon válaszadók aránya, akik a hiányos és hibás védő-

2. ábra: Ön szerint melyek voltak szúrásos/vágásos balesetének fő okai? (Több válasz is jelölhető, N=4760)



felszerelést nevezték meg a balesetek kialakulásának fő okaként. (2. ábra)

Igen figyelemreméltó adatokat kaptunk a válaszadóktól abban az esetben, amikor a bekövetkezett balesetek utáni esetlegesen elvégzett vérvizsgálat kivitelezésére kérdeztünk rá. Annak ellenére, hogy a megkérdezettek közel 56,4 % jelezte szóban vagy írásban a baleset megtörténtét feletteseinek a válaszadó szakdolgozók 81,6%-a a bekövetkezett esemény után kisebb-nagyobb mértékben aggódott. Ugyanakkor a balesetet szenvedett válaszadók csupán 26%-ának ajánlottak fel vérvizsgálat elvégzését. Még megdöbbentőbbek a munkáltatók baleset utáni intézkedéseit vizsgáló kérdésekre adott válaszok. E szerint azon válaszadók, akiket ért már tűszúrásos, vágási sérüléssel járó baleset, úgy nyilatkoztak, hogy munkáltatójuk elenyésző része, összesen 18,1 %-a vizsgálta a baleset okát, s csak a válaszadók 36,3%-a jelezte, tudomása van arról, hogy munkáltatója hozott valamilyen intézkedést a hasonló balesetek megelőzésére. Egyébként ez az arány a svéd felmérésben csupán 14% volt. Ez azért is fontos, mivel a magyar mintában megkérdezett szakdolgozók közül 81 fő, azaz a válaszadók 2% szenvedett el vér útján terjedő fertőzést a balesettel összefüggésben. Az előfordulás gyakorisága szempontjából ebben az esetben is a műtőszolgálatban dolgozó kollégák a legveszélyeztetettebbek.

Ugyancsak jobb eredményeket találtunk a magyar mintában a tűszúrásos balesetek kockázatainak ismerete tekintetében. A válaszadók 98,2%-a tanulmányai során megismerte a szúrt és vágott sérüléshez, valamint a nyálkahártyával vagy bőrrel érintkezésbe kerülő vérhez társuló kockázatokat. Ez a svéd felmérésben csak 60%-os szintet mutatott. A válaszadók összesen 93%-át aggasztja kisebb-nagyobb mértékben annak kockázata, hogy szakmájában szúrt és vágott sérüléseket szenvedhet el, továbbá hogy nyálkahártyája és bőre vérrel kerülhet érintkezésbe. Ez a svéd mintában csupán 25%-os volt. A válaszadók valamivel több, mint hetven százaléka (71,1%) nyilatkozta, hogy ismer olyan módszertani levelet, eljárási szabályt, melyben szó esik arról, hogy mi a teendő, ha munkája során szúrt

és vágott sérülések következnek be, valamint ha nyálkahártyája vagy bőre vérrel kerül közvetlen érintkezésbe.

Következtetések

A kutatási eredmények birtokában, a kapott adatok részletes elemzésével érdemes tovább foglalkozni. Az egészségügyi dolgozók oktatása során már az alapképzésben kiemelt hangsúlyt kell fektetni a veszélyes kockázati tényezőkkel összefüggő széleskörű ismeretek átadására, valamint a megelőzés különböző lehetőségeinek módszertani ismereteire. Ismerniük kell az ebből származó balesetek következményeit, tudatosítani kell az őszinte feltáró magatartás szükségességét munkatársakban és vezetőkben egyaránt.

Fontosnak tartjuk a megfelelő munkakörülmények és az egyes munkafolyamatokhoz kapcsolódó tárgyi feltételek biztosítását. Felhívjuk a figyelmet a korszerű, biztonságos vérvételi rendszerek, balesetek megelőzését szolgáló tűk használatára. Ezek az eszközök már Magyarországon is megtalálhatók, s alkalmazhatók.

A megoldási javaslatok további lehetséges, de ugyanakkor kulcsfontosságú összetevője az egészségügyi szakdolgozók szükséges, és a biztonságos betegellátás érdekében kívánatos létszámának meghatározása. Megfelelő létszám esetén minden bizonnyal kevesebb hiba, baleset (pl. tűszúrásos, vágási), elesés, húgyúti fertőzés, tüdőgyulladás, felfekvés, kontraktura stb. fordul elő. A magas ápoló-beteg arány (azaz a túl kevés szakdolgozó) nemcsak a betegek állapotára és gyógyulására van negatív hatással, de nagyobb stressznek, elégedetlenségnek és kiégésnek teszi ki a szakdolgozókat is.

Az ápolók azért emelik fel a hangjukat világszerte, így mi is itt, Magyarországon, hogy – a minőségi betegellátás biztosítása érdekében – az eddigieknél nagyobb figyelmet fordítsanak a biztonságos munkahelyek megteremtésére.

Egyúttal felhívjuk a döntéshozók figyelmét arra, hogy a lehető legnagyobb körültekintéssel végezzék az emberi erőforrás tervezését, az ápoló-beteg arány meghatározását, valamint törekedjenek a szakképzett egészségügyi munkavállalók megtartására, szakmai fejlődésük segítésére.

Irodalomjegyzék

1. EFN supports European Campaign: European Parliament calls for urgent legislative measure Lives of Europe's 6 Million Nurses at Risk! <http://www.pcnweb.org>
2. EFN supports European Campaign: Nursing leaders to visit European Parliament to support initiative for safer working conditions. <http://www.pcnweb.org>
3. EFN supports European Campaign: EFN position paper on the prevention of sharp injuries. <http://www.pcnweb.org>
4. European Parliament: Second Report with recommendations to the Commission on protecting European healthcare workers from blood borne infections due to needlestick injuries. <http://www.icn.ch>
5. EuroHírek: A fertőzött tűktől védének az egészségügyi dolgozókat. <http://www.euraktiv.hu>
6. ICN on Preventing Needlestick Injuries. <http://www.icn.ch>
7. ICN (2006) Patient and public safety matter: nurses on the front line. Biennial Report, 2004-2006. Geneva, Switzerland
8. ICN (2006) Safe staffing save life. Information and Action Tool Kit, Geneva, Switzerland
9. ICN (2007) Positive practice environments: Quality workplaces, quality patient care. Information and Action Tool Kit, Geneva, Switzerland
10. WHO (2006) World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005-2006: Clean Care is Safety Care. Geneva, Switzerland
11. www.vardforbundet.se
12. www.slfr.nu

The incidence of needlestick injuries among health workers in Hungary

Balogh, Z., Somogyvári, Z., Hunyadi, Zs., Sövényi, F.

The Hungarian Chamber of Skilled Health Workers has carried out investigative research into the situation with regard to needlestick injuries in Hungary, based on international guidelines and other studies already performed in this field, with the involvement of almost 5,000 skilled health workers.

Aim of the study: To draw the attention of professionals and decision-makers to the currency of this issue, to quantify the actual surplus costs arising from the occurrence of accidents, and the introduction, as soon as possible, of measures to prevent accidents.

Method and sample: When compiling the self-completion questionnaire used in the survey the authors made use of the questions and findings of a similar study previously carried out in Sweden. The gathered data was processed using an SPSS program, and the results were presented using descriptive statistical techniques. The sample comprised, besides nurses and skilled nurses working on inpatient wards, skilled surgical assistants, anaesthesiology assistants, imaging diagnostics assistants, clinical laboratory assistants and midwives, as well as nurses and ambulance officers working for the rescue services.

Results: In the course of their work almost all the respondents come into contact with sharps and cutting implements, and blood, several times a day. Even the case of those working in imaging diagnostics this ratio is 94.3%, but in many fields it is 100%. Some 86% of the respondents have pricked or cut themselves in the course of their work. The percentages vary from group to group, with surgical assistants the most susceptible, at 96%, but even in the least hazardous field from this point of view, that of imaging diagnostics, almost 60% of workers have been involved in such incidents.

Conclusions: Skilled healthcare workers, even as early as the basic training stages, must be educated regarding the risk factors and consequences of accidents, as well as the skills related to prevention, and they must be made aware of the importance of being honest with regard to the reporting and investigation of incidents that do occur. The survey revealed that Hungarian skilled health workers have a good theoretical grounding, but there is still much progress to be made in terms of the practical application of these skills, as well as the shouldering of personal responsibility.

Az egészségügyi szakdolgozók pályaválasztása

Fülöp Mónika

főiskolai hallgató, Tessedik Sámuel Főiskola, Egészségügyi Fakultás, Gyula, Ápoló szak, nappali tagozat

Raskovicsné Csernus Mariann

osztályvezető főnővér, egyetemi okleveles ápoló, BMKT Pándy Kálmán Kórház, Gyula

Összefoglaló

Cél: A szerzők céljai között szerepelt, hogy felmérjék az ápolói pálya választásának napjainkban megfogalmazott okait, valamint az ápolók munkalehetőségének különbségét az egyes települések között. Kutatták továbbá, hogy a hallgatók milyen megítélésűnek tartják választott szakmájukat.

Vizsgálati módszer: A célkitűzések vizsgálata a gyulai Tessedik Sámuel Főiskola Egészségügyi Fakultás nappali és levelező tagozatos diplomás ápoló hallgatóinak körében történt. A kutatás során kérdőíves felmérést alkalmaztak. Az adatok értékelésének módszereként a kapott adatokból megoszlási viszonyszámokat számoltak, illetve függetlenségi vizsgálatot végeztek.

Eredmények: Az eredményeiből kitűnik, hogy az ápolói pálya választásakor okként az egyéni érdeklődés szerepelt legmagasabb arányban a hallgatók körében.

Az ápoló szakma közvélemény szerinti megítélését a nappali tagozatos hallgatók 59,7%-a jónak, míg a levelező tagozatos hallgatók 68,7%-a nem jónak véleményezte..

Következtetés: A szerzők szükségesnek tartják az ápolókkal, diplomás ápolókkal kapcsolatos társadalmi vélemény átformálását, hogy munkájukat jobban elismerjék, megbecsüljék.

Fontosnak tartják még a kisebb települések egészségügyének fejlesztését, a kórházi rendszeren kívüli ápolói szerepvállalást.

I. Bevezetés

I. 1. A témaválasztás aktualitása

„Az ápolói szakma hivatás. E szakmához tartozni azt jelenti, hogy az ápoló elkötelezi magát a szakmai célkitűzéseknek megfelelő cselekvésre és viselkedésre.” (Etikai szabályok, 2006)

Sok ápoló inkább csak állásnak, mint hivatásnak tartja munkáját, amire mindig „számíthat”. Az állás és a hivatás között azonban alapvető különbség van, ezért ez a gondolkodásmód jelentős hatást gyakorol az ápolói hivatás imázsára, és a betegek ápolására.

Akiknek hivatása van, azok elsősorban a hivatással törődnek – jelen esetben a betegek gyógyulásával, gyógyításával – és csak másodlagos számukra a megélhetés, az anyagi vonzatoktól függetlenül is folytatnák hivatásukat. (Strasen, 1997)

„Bármely szakmára vagy hivatásra való felkészülés már gyermekkorban elkezdődik, a szocializáció során erősödik és céltudatosan a választás irányába orientálódik. Az ápolók pályaválasztásában jelentős vonzerő az emberekkel való foglalkozás, a betegek és kiszolgáltatók segítése iránti vágy. Az ápolói hivatás erős azonosulást feltételez

a hallgatóktól. Ezt támasztja alá a korai pályaválasztás is, amelynek motivációja a gyermekkori élményekben keresendő. Pályaképük sajátossága az e szakmával összefüggő szerepekkel való azonosulás.” (Kovácsné et al. 2004)

Elmondhatjuk, hogy a foglalkozási szerepek közül az egyik legösszetettebb és legsokrétűbb az ápolói szerep. Napi munkájuk során az ápolók számtalan szereppartnerrel találkoznak, s mindenki a saját szempontrendszerét tartja a legfontosabbnak.

Az orvos precízen mindent végrehajtó, semmit el nem mulasztó, jól felkészült, tisztelettudó, gyors, akár a gondolataiban is olvasni tudó nővért kíván.

A kolléga együtt érző, megértő, segítőkész, mindenben segíteni tudó munkatársat szeretne maga mellé.

A beteg pedig mindig mosolygó, türelmes, a kívánságait azonnal teljesítő, segítőkész nővért igényel, aki meghallgatja, tanácsokkal látja el, segíti mielőbbi gyógyulását. (Szicsek, 2004)

A fent említettekből következik, hogy másképp viszonyul a beteg emberekhez az, aki saját elhatározásából választotta ezt a pályát (saját vagy hozzátartozója betegsége hatására, egyéni érdeklődése

miatt), mint az, aki valamilyen „kényszer” hatására teszi ezt (szülők tanácsára, nem vették fel más főiskolára, diploma megszerzése céljából stb.).

Ha nem szeretjük, amit csinálunk, akkor nem tudunk jó érzésekkel viszonyulni saját magunkhoz és a betegekhez, és így nem tudunk jól teljesíteni a szakmánkban. Ez főleg a betegek szempontjából fontos, mert így negatív hatással vagyunk rájuk, a gyógyulásukra és az egész ápolói szakmára, mert boldogtalanok vagyunk. (Strasen, 1997)

Tény, hogy a betegek ápolását csak szívvel-lélekkel, megértéssel, nagy türelemmel és az emberek iránt érzett őszinte empátiával lehet csak igazán jól végezni.

Igaz, és szinte már közhely, miszerint az egészségügyben dolgozók körében föllelhető egy olyan segítő attitűd, amely számukra fontossá teszi a rászorulókon való segítséget, a törődést az elesett, beteg emberekkel, mi magunk is azt gondoljuk, hogy ez fontos tényező a betegek ellátásakor.

A három műszakos munkarend, az ügyeleti rendszer, a megerőltető munka, a működési és szervezési bizonytalanság, a létszám- és eszközhiány mind – mind nehezítik a munkavégzést, és ezt még a munkáját szerető ápolónak is nehéz áthidalnia, nemhogy egy olyan ápolónak, aki nem saját elhatározásából választotta ezt a szakmát.

Olyan hivatással van dolgunk, melynek esetében jelenleg a megbecsültség sem anyagi, sem erkölcsi értelemben nem áll arányban a nagyfokú megterheléssel és ez is nehezíti az ápolók munkáját. (Piczil et al., 2005)

„A nővéri pálya jellegzetességeiből adódóan emiatt igen magas a fluktuáció, a pályaelhagyók aránya. A szakma társadalmi presztízsének el nem ismertsége miatt a nővérek megelégedettsége igen alacsony, a társadalmi-anyagi helyzetüket sokan teljesen kilátástalannak ítélik, s ebben a diplomás ápolóképzés bevezetése sem jelentett igazi áttörést.” (Pikó, 2001)

Ezen okok miatt nagyon érdekes, és szerintünk lényeges és fontos annak vizsgálata, hogy a hallgatók miért választják mégis ezt a szakmát, ez ugyanis nagymértékben befolyásolja a munkavégzés minőségét, a betegekhez való hozzáállást.

Viszont az is tény, hogy egyre kevesebben választják, és a különböző kutatások mellett a média is gyakran foglalkozik az ápolók körében tapasztalható létszámhiánnyal. (Kovácsné et al. 2004)

Az egészségügyi pálya igen nagy felelősséggel jár, és hosszú távon csak nagy, odaadó embersze-

rettel, mások iránti figyelemmel lehet igazán jól és eredményesen dolgozni.

Az ápolói pálya az utóbbi években jelentősen veszített társadalmi értékéből. Mind anyagi, mind erkölcsi megbecsülése elmarad más szakmákétól, és ez kihat az egészségügyben dolgozókra is. (Csurgai, 2005)

Mégis sok, már az egészségügyben dolgozó szakember választja a főiskolai továbbképzést ezen a területen, ami azt feltételezi, hogy szeretnének megmaradni szakmájuknál, hivatásuknál a későbbiek folyamán, és nem utolsósorban szeretik is ezt a pályát, valamint szeretnék az ismereteiket, tudásukat bővíteni.

Magyarország Európai Unióhoz való csatlakozása a külföldi munkavállalást lényegesen leegyszerűsítette. A végzettségek kölcsönös elismerése, valamint az Európai Unió egészségügyi munkaerőhiánya gyakorlatilag most már korlátlanul piacépítette a magyar egészségügyi szakdolgozókat.

Az egészségügyi munkaerő szakmán belüli elvándorlása egyértelmű következménye az alacsony ápolói fizetésnek, és ennek megfordításához a béremelés már nem tűnik elegendőnek. (Kovácsné et al. 2004)

Viszont a külföldön próbálkozó, de az ápolói pályán megmaradó ápolók feltételezhetően Magyarországon is a szakmában maradnának, ha ezzel magasabb életszínvonalat tudnának biztosítani maguknak és a családjuknak, illetve ha a megbecsültségük magasabb lenne. (Neményi és Kende, 2005)

I. 2. Történelmi áttekintés

A mai ápoló tudása, jártassága igen sokrétű. Az ápolás nemcsak sajátos készségek összessége, és az ápoló sem csupán sajátos feladatok elvégzésére kiképzett szakember.

Ma már az egészségnevelés, a betegségmegelőzés, és a beteg ember egészéről való gondoskodás is a feladatai közé tartozik. Ezen bővülő szerepkörhöz szükséges ismeretek a főiskolai végzettséget nyújtó ápolóképző programok során elsajátíthatók. (Potter és Perry, 1996)

„Az egészségügyi ellátási rendszer átalakulása egyre több, magasan képzett ápolót igényel.” (Horváth szerk., 1994)

Az egyes ápolókon múlik, hogy eldöntsék jövőbeni céljaik alapján, hogy milyen képzés, illetve továbbképzés az, ami a leginkább megfelelő számuk-

ra. A folyamatos továbbképzés nagyon fontos, sőt elengedhetetlen a magas színvonalú szakmai teljesítmény szempontjából. (dr. Fedeniczné, 1997)

A múlt század első évtizedeiben tagolt volt az ápolók képzése, a képzettségi szint pedig igen alacsony. A fizetés a napi 14-16 óra munkaidő mellett nagyon kevés volt. Az újjáépítés időszakában, 1945 után a rendi ápolás felszámolásával egy időben több kórházi ágy létesült, a nővérképzésben pedig a mennyiségi oldal került előtérbe. Az 1950-es években a nővéri pálya vonzása még viszonylag magas volt, a városi munkás lányok mellett egyre több falusi parasztlány került a nővérképző iskolákba.

Az 1960-as években felgyorsult a kórházi ellátás fejlődése, és ez újabb és újabb igényeket támasztott az egészségügyi szakszemélyzet tekintetében. Egyre több egészségügyi szakma elsajátításánál érettségihez kötötték a felvételt, így ezek presztízse nőtt, viszont az ápolói pályára zömében azok a lányok mentek, akik nem tudtak továbbtanulni.

Ezen a helyzeten igyekezett segíteni az 1960-as évek végén bevezetett egészségügyi szakközépiskolai képzés. Lassan a szakképzettség színvonala emelkedett, de az 1970-es évek végére a helyzet ismét romlani kezdett, melynek oka az anyagi megbecsülés hiánya, a pályapresztízs alacsony értéke, és a nehéz munkakörülmények voltak.

Napjainkban a megnövekedett a tanulási kedv, A tudás növelésének két összetevője van: az egyik a saját egzisztenciális erősödés, illetve a stabilitás elérése, a másik pedig a megnövekedett szakmai elvárások a „felhasználó” – az egészségügy – oldaláról. (Szicsek, 2004)

„Magyarországon elsőként az egykori Orvostovábbképző Egyetem főiskolai karán indult el a diplomás ápoló képzés, levelező tagozatos képzésként 1989-ben, majd egy évvel később a nappali tagozatos képzési formában is. Az elmúlt közel tíz év során az ország további egészségügyi főiskoláin is elérhető vált a diplomás ápoló képzés, olyan ápolási szakemberek képzését honosítva meg, akik főiskolai tanulmányaik befejezése után képesek az egészségügy bármely területén önállóan megtervezni, irányítani és ellenőrizni az ápolás egész folyamatát, valamint képesek részt venni tudományos kutatócsoportok munkájában, ápoláskutatásban.” (Bodrogi és Kálmán, 2001)

Jelenleg hazánkban 7 főiskolán folyik diplomás ápoló hallgatók képzése nappali és levelező tagozaton egyaránt.

Ezek közül a mi kutatásunk helyszíne a gyulai Tessedik Sámuel Főiskola Egészségügyi Fakultása volt.

I. 3. Célkitűzések

A céljaink között szerepelt, hogy a hallgatók körében felmérjük az ápolói pályára való lépés okait, továbbá azt, hogy a hallgatók a főiskola elvégzése után az egészségügyben szeretnének-e dolgozni, és gondolnak-e az egészségügyben való továbbtanulásra. Vizsgálni kívántuk a kisebb és a nagyobb települések közötti munkalehetőségeket, illetve a három műszakos munkarend kedvezőtlen hatásait a dolgozók magánéletére, és az egészségügyi pályán maradásukra.

Tájékoztatást kívántunk kapni arról is, hogy a megkérdezett hallgatók milyen megítélésűnek tartják a saját, választott szakmájukat.

A következő kérdésekre kerestük a választ:

- Található-e összefüggés az egészségügyi pályán maradás illetve a szakma megítélése között?
- Van-e összefüggés a hallgatók lakóhelye és az általuk megítélt elhelyezkedési lehetőségek között?

II. Módszerek

II. 1. Minta, mintaválasztás

A vizsgált populáció a Tessedik Sámuel Főiskola, Egészségügyi Fakultás nappali és levelező tagozatos diplomás ápoló hallgatói, I-II-III-IV. évfolyam, 2006-ban. A kutatás során a mintacsoport mérete adott, valamennyi diplomás ápoló hallgatót tartalmazza.

II. 2. Eljárások, eszközök

Az ápoláskutatás bevezető részében szakirodalmi áttekintést végeztünk. A kutatás során kérdőíves felmérést alkalmaztunk, melyben nyitott és zárt kérdések egyaránt szerepeltek.

A diplomás ápoló hallgatók között nappali tagozaton 70 db kérdőív került kiosztásra, melyből összesen 62 db értékelhető kérdőív érkezett vissza.

A levelező tagozatos hallgatók körében 102 db kérdőív került kiosztásra, melyből 96 db értékelhető kérdőív érkezett vissza. Ezen hallgatók kö-

zül 92 fő dolgozik jelenleg is az egészségügyben, számukra külön kérdéssort is készítettünk a munkájukkal kapcsolatban, hiszen az ő csoportjuk az, akik leginkább belelátanak az egészségügybe, hiszen többségük már hosszú évek óta benne dolgozik

A fentiekből következik, hogy összesen 158 db kérdőívet dolgoztunk fel az értékeléshez.

II. 3. Vizsgálati módszerek

Megoszlási viszonyszámokat számoltunk a tagozat, a nem, az egészségügyi dolgozók megoszlásánál a hallgatók családjában illetve a közvetlen környezetükben. Ezt a módszert alkalmaztuk a pályaválasztási motiváció megoszlásánál, az ápoló szakma megítélésénél, az egészségügyi pályán maradás megoszlásánál a főiskola befejezése után, valamint azon hallgatók megoszlásánál, akik nem kívánnak majd az egészségügyben dolgozni. A munkarend megoszlásnál levelező tagozaton, a három műszakban dolgozó hallgatók munkájának szereteténél, pályaelhagyásuk gondolatánál illetve okainál, a származási hely megoszlásainál, a szülőhelyükön való elhelyezkedés megoszlásánál, illetve ha nem a szülőhelyükön kívánnak elhelyezkedni, akkor a „nincs munkalehetőség” választási pont megoszlásánál.

A megállapított adatokkal **függetlenség vizsgálatot** (Chí-négyzet próba) végeztünk. A meg-

állapítható változók (pl.: a hallgatók lakóhelye, az általuk megítélt elhelyezkedési lehetőségek, és az egészségügyi pályán maradás, a szakma megítélése) között összefüggéseket kerestünk.

III. Eredmények

III. 1. Kérdőív értékelése

A 158 db kérdőív kiértékelésével jól láthatóvá vált, hogy levelező tagozatos hallgatóként (96 fő) több diplomás ápoló tanul a vizsgált főiskolán, mint nappali tagozatos hallgatóként (62 fő).

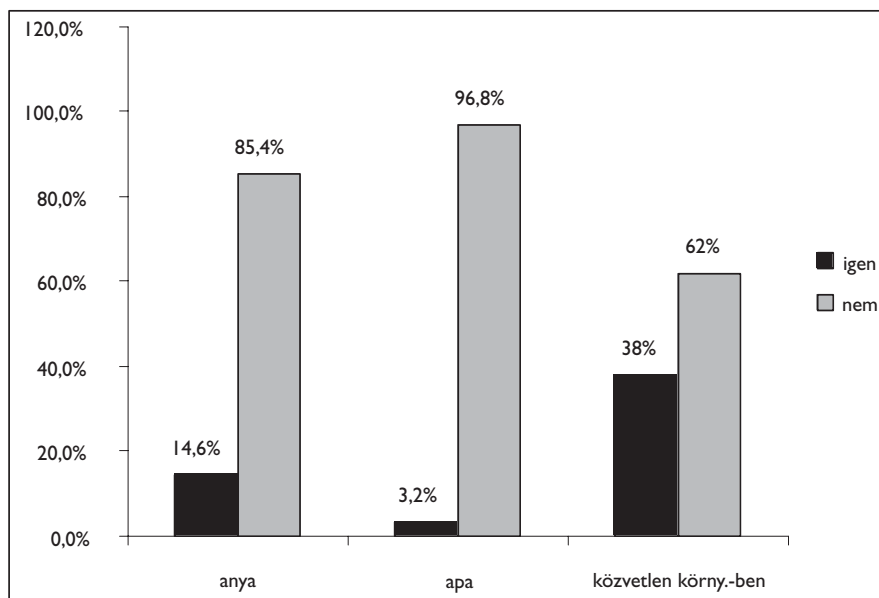
A nemek szerinti megoszlást tekintve egyértelművé vált, hogy az ápolói pálya még mindig női szakma, mivel a vizsgált főiskolán tanulók döntő többsége (93,7%) nő.

A kérdőívben kitértünk a hallgatók családjára, illetve a közvetlen környezetükre abból a szempontból, hogy található-e köztük egészségügyi dolgozók. Érdekes volt számunkra az a felismerés, hogy a hallgatók családjában nem jellemzők az egészségügyi dolgozók. (1. ábra)

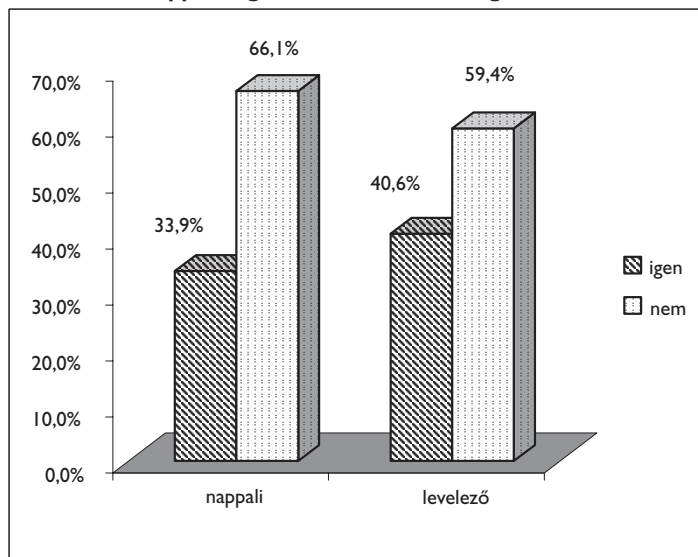
A nappali és a levelező tagozatos hallgatókat külön vizsgálva kitűnik, hogy a hallgatók közvetlen környezetében már szép számmal található egészségügyi dolgozók mindkét tagozaton. (2. ábra)

A kérdőívben kitértünk a hallgatók pályaválasztási motivációjára. Nappali tagozaton egyér-

I. ábra: Egészségügyi dolgozók megoszlása a hallgatók családjában ill. közvetlen környezetükben (%) N=158



2. ábra: Egészségügyi dolgozók megoszlása a hallgatók közvetlen környezetében (%)
nappali tagozat n=62, levelező tagozat n=96



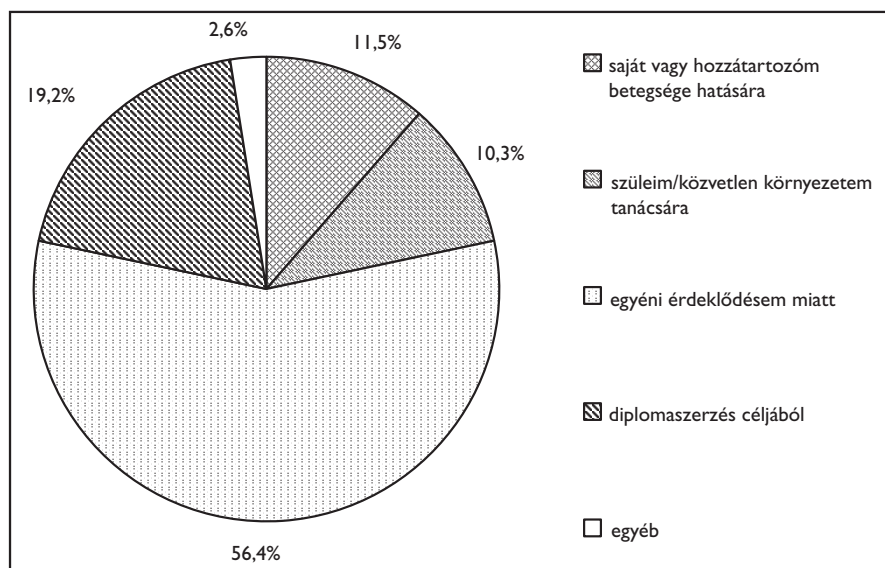
telműen pályaválasztásról van szó, hiszen a hallgatók még nem rendelkeznek szakmával. Levelező tagozat esetén azonban a korábbi pályaválasztás megerősítéséről tudunk beszélni még az egészségügyben dolgozó 92 fő esetében. Ezért a nappali és a levelező tagozatos hallgatók válaszait külön értékeltük.

Nappali tagozaton az egyéni érdeklődés volt a legnagyobb számban megjelölt ok az ápolói pályaválasztásánál (56,4%). A második legnagyobb

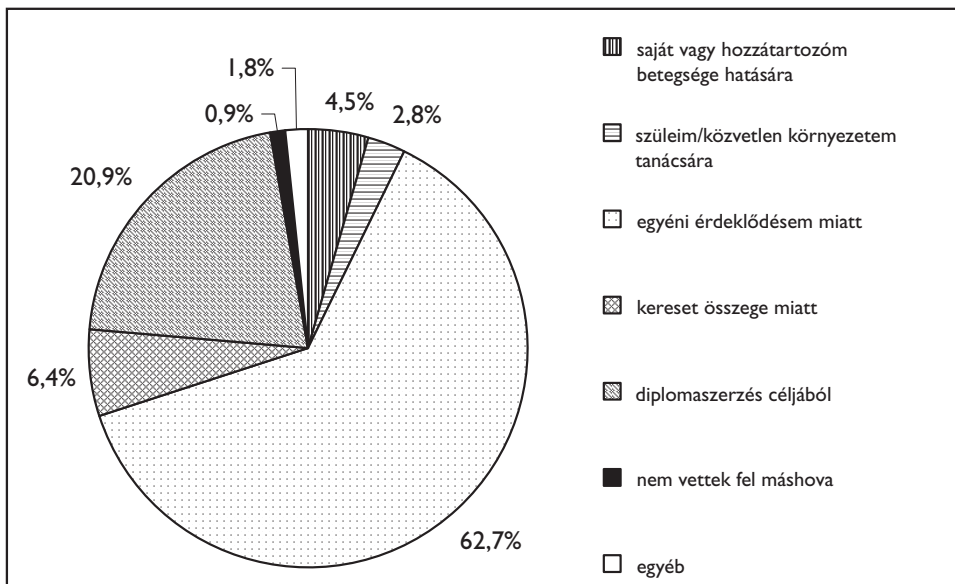
számú ok a diplomaszerezési cél volt (19,2%), ezt követte a saját vagy hozzátartozó betegségének hatása (11,5%), majd a szülők/közvetlen környezet tanácsa (10,3%), végül pedig az egyéb okok (2,6%) szerepeltek. (3. ábra)

A levelező tagozatos hallgatóknál is az elsődleges szempont az egyéni érdeklődés volt a főiskolára való jelentkezés motivációja (62,7%). Ezt követte az ő esetükben is a diplomaszerezési cél (20,9%), majd – a nappali tagozatos hallgatókkal szemben

3. ábra: A nappali tagozatos hallgatók pályaválasztási motivációinak megoszlása (%), n=62



4. ábra: A levelező tagozatos hallgatók főiskolára történő jelentkezése motivációjának megoszlása (%), n=96



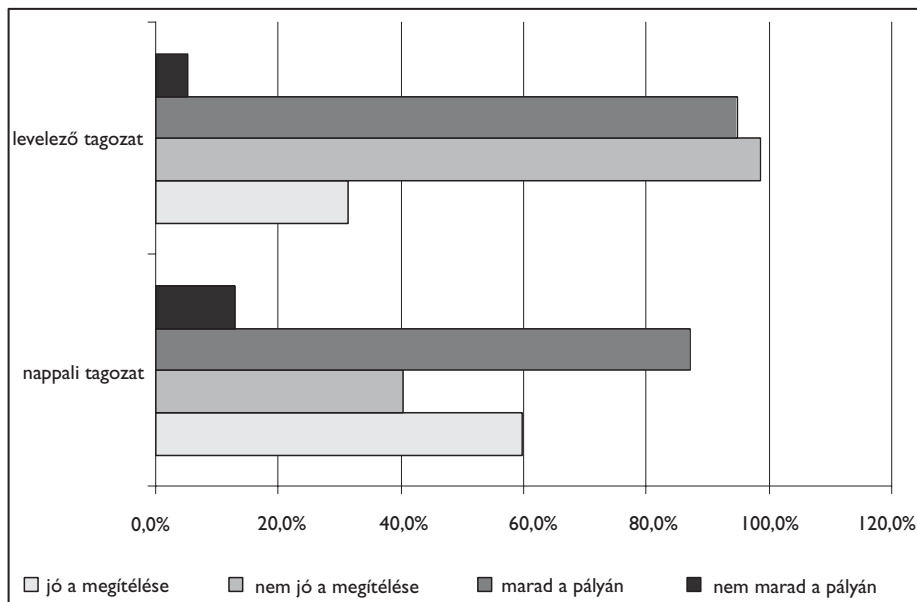
itt megjelenő – magasabb fizetési kategóriába való kerülés (6,4%) következett. Az eddigi pontoknál kevesebbszer került megjelölésre a saját vagy hozzátartozó betegségének hatása (4,5%), a szülők/közvetlen környezet tanácsa (2,8%), majd az egyéb okok (1,8%), végül megjelent a más intézménybe történt sikertelen felvételi is (0,9%). (4. ábra)

A nappali tagozatos hallgatók döntő többsége szerint a választott szakmájuk jó megítélésű

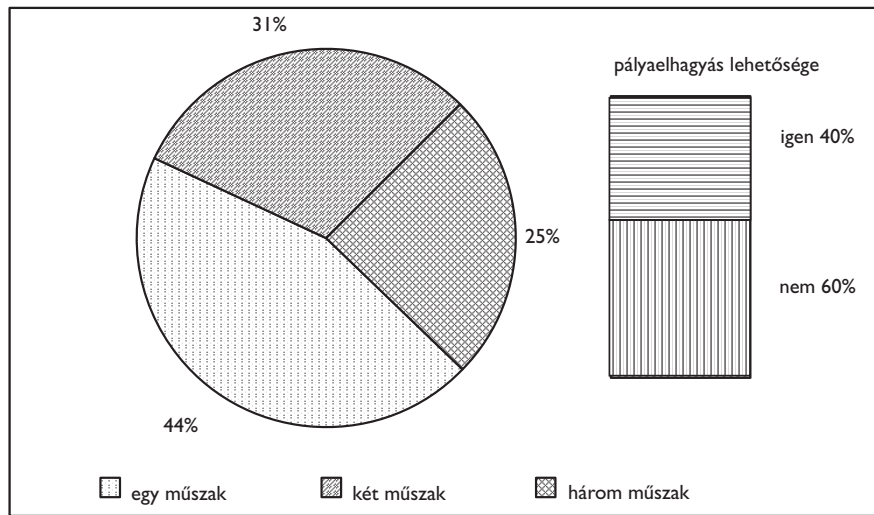
a közvélemény szerint (59,7%). Ezzel szemben a levelező tagozatos hallgatók nagyobb része szerint az ápolói szakma nem jó megítélésű (68,7%).

Azon kérdéseinkre, hogy a főiskola befejezése után az egészségügyben fognak-e megmaradni a hallgatók, egyértelműen az „igen” válaszok voltak nagyobb százalékban jelen mindkét tagozat esetében. (5. ábra)

5. ábra: Az ápoló szakma megítéléséről alkotott hallgatói vélemények, és az egészségügyi pályán maradás megoszlása (%), n=158



6. ábra: A levelező tagozatos hallgatók megoszlása munkarend szerint (%), n=92, valamint a három műszakban dolgozók pályaelhagyásának lehetősége



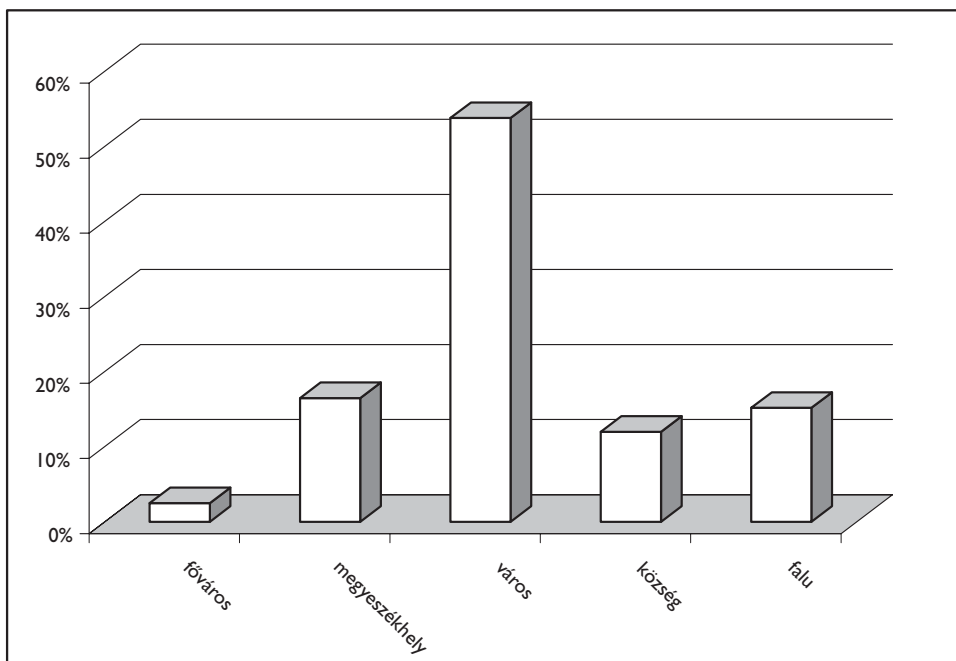
Azok a hallgatók, akik úgy gondolták, hogy nem fognak az egészségügyben dolgozni a főiskola befejezése után (13 fő), továbbtanulást terveznek az ápolói pályán, vagy más területen, vagy egyéb okot jelöltek. 2 fő a kórházi gyakorlatok tapasztalatai alapján döntött a pályamódosításról.

Kerestük a választ a következő kérdésre: található-e összefüggés az egészségügyi pályán maradás illetve a szakma megítélése között? A következő eredményt kaptuk:

Az egészségügyi pályán maradásban és a szakma megítélésében – a vizsgált minta esetén – szignifikáns összefüggés nem fedezhető fel ($p > 0,3$).

A jelenleg is egészségügyben dolgozó hallgatók többsége egy műszakban dolgozik (44,6%), ennél kevesebben két műszakban (30,7%), és a válaszadók mindössze 24,7%-a dolgozik 3 műszakban. A három műszakban dolgozó ápolók körében vizsgáltuk a pályaelhagyás lehetőségét is. (6. ábra)

7. ábra: A hallgatók származási helyének megoszlása (%), n=158



Az „igen” választ adó hallgatók (40 %) a pályaelhagyás okaként legnagyobb arányban az alacsony fizetést jelölték be, ezt követte a három műszakos munkarend és a szakma alacsony megbecsülése azonos arányban, majd a magánéleti válság.

A hallgatók származási helyének vizsgálatakor kiderült, hogy legnagyobb arányban városból származnak (53,8%), ezt követik a megyeszékhelyről (16,5%), majd a faluból (15,2%), községből (12,0%), végül pedig a fővárosból származó hallgatók (2,5%). (7. ábra)

Tehát városból származik a hallgatók 72,8%-a, kisebb településről pedig a hallgatók 27,2%-a.

A városban élő hallgatók 60%-a, míg a kisebb településen élő hallgatóknak csak 30,2%-a szeretne a szülőhelyén elhelyezkedni a főiskola befejezése után.

Azon hallgatók közül, akik városban élnek, és nem a szülőhelyükön fognak elhelyezkedni, 71,7% a munkalehetőség hiányára hivatkozik. Ezzel szemben a kisebb településen élők 86,6%-a jelölte meg okként azt, hogy nincs a szülőhelyén munkalehetősége.

A hallgatók lakóhelye és az általuk megítélt elhelyezkedési lehetőségek közötti összefüggést vizsgálva elmondhatjuk, hogy a hallgatók lakóhelye és az általuk megítélt elhelyezkedési lehetőségek tekintetében – a vizsgált minta esetén – szignifikáns összefüggés fedezhető fel ($p < 0,001$).

IV. Megbeszélés

A kérdőívek kiértékelése után egyértelműen látszik, hogy a hallgatók pályaválasztását nem befolyásolta döntően sem a szülők, sem a közvetlen környezet egészségügyben való munkavállalása. Megállapítottuk, hogy a levelező tagozatos hallgatók közvetlen környezetében több egészségügyi dolgozó található, mint a nappali tagozatos hallgatók esetében.

Ez az arány egyik esetben sem éri el az 50%-ot, ezért a vizsgált hallgatók döntő részét nem befolyásolta a pályaválasztásuknál sem a szülők, sem pedig a közvetlen környezet egészségügyi foglalkozása.

A megkérdezett hallgatóknál az egyéni érdeklődés, majd a diplomaszerezési cél jelentkezett a pályaválasztás legfőbb motivációjaként. A mun-

kaévi összege, mint motiváció, csak a levelező tagozat hallgatóinál került megjelölésre.

A nappali tagozatos hallgató véleménye szerint is igen alacsony az ápolói pálya presztízse, pedig ők feltételezhetően nem dolgoztak még az egészségügyben.

Az egyéni érdeklődés, mint fő motiváció (nappali tagozatos hallgatók körében 56,4%, levelezőknél 62,7%), valamint a főiskola befejezését követően az egészségügyben maradás jövőképe (nappali tagozatos hallgatóknál 87,1%, levelezők esetében 94,8%) ellensúlyozza a hallgatók véleménye szerint alacsony presztízst.

A hallgatók egészségügyi pályán maradása és a szakmájuk megítélése között összefüggés nem volt kimutatható ($p > 0,3$).

Az egészségügyben jelenleg is dolgozó levelező tagozatos hallgatók egynegyede (24,7%) dolgozik három műszakban. Ezen hallgatók 95%-a szereti a munkáját, viszont 40%-uk gondolt már rá, hogy valamilyen oknál fogva elhagyja a pályáját. Ezek az okok a következők:

- legnagyobb arányban az alacsony fizetés,
- majd ezt követte a három műszakos munkarend és a szakma alacsony megbecsülése (azonos arányban),
- végül pedig a magánéleti válság.

A fent említett eredmények szerint a három műszakban dolgozó hallgatóknak kevesebb, mint a fele gondolt csak a pályaelhagyásra.

Összefüggés található a hallgatók lakóhelye és az általuk megítélt elhelyezkedési lehetőségek között ($p < 0,001$), a városban élő hallgatók jobbnak ítélik meg az elhelyezkedési lehetőségeiket, mint a kisebb településen élők.

V. Javaslatok

Az ápolói szakma gyors fejlődése megköveteli az egészségügyben dolgozóktól a naprakész tudást, tájékozottságot. Ahhoz, hogy munkájukat magas színvonalon, embertársaik és önmaguk meglegedettségére tudják végezni, folyamatosan képezni, továbbképezni kell magukat.

Mivel a hallgatók döntő többségét az egyéni érdeklődése befolyásolta az ápolói pálya választásakor, jó ötletnek tartjuk a távoktatást, mivel így képzésük lényegesen egyszerűbb.

A távoktatás kedvező lehetőségeket nyújt a tanulni vágyó felnőtteknek, és munkahelye is

ezt preferálja a jelenléti vagy konzultációs képzéssel szemben. (Horváth Károlyné, 2006)

Az E-learning szerepét elsősorban az iskola-rendszeren kívüli felnőtt képzésekben tartjuk fontosnak. A fejlesztések is ez irányba indultak meg: a korábbi ismeretek frissítésére továbbképzési programokat indítottak az oktatók és az egészségügyi szakdolgozók számára. (Vízvári, 2006)

Ezen képzési forma a diplomás ápoló képzésben a levelező tagozatos hallgatók esetében lehetne megvalósítható az elméleti képzés részeként, ugyanis nem kellene a hallgatóknak az adott főiskolára utazniuk előadásokra, hanem elsajátíthatnák a tananyagot akár az otthonukban is.

Az ápolói szakma elsajátítása azonban rengeteg gyakorlati ismereten is alapul, ezért említjük kizárólag a levelező tagozatos hallgatókat, hiszen ők a képzésük folyamán is az egészség-

ügyben dolgoznak, vagy már dolgoztak (illetve a felvételüknek feltétele az egészségügyi előképzettség), így vannak gyakorlati ismereteik, szemben a nappali tagozatos hallgatókkal.

Fontos lenne a társadalom diplomás ápolókkal kapcsolatos véleményének átformálása, hogy a munkájukat jobban elismerjék, megbecsüljék, viszont ehhez a béremelés már nem elegendő. Ezt a célt csak hosszú évek tudatos munkájával lehet megvalósítani, és ebben döntő részt kell vállalnia az oktatásnak, illetve a pályaalkalmasságnak. (Kovácsné et al. 2004)

Fontosnak tartjuk a vidék fejlesztését, mivel sok kisebb településen élő hallgató gondolja úgy, hogy nincs munkalehetősége a szülőhelyén, pedig nyilván szükség lenne rájuk, diplomás ápolókra. Az egészségügyi ellátás rendszere a beteg otthona, a háziorvosi praxis felé tolódik el, és ebben jelentős szerep vár a szakképzett, munkáját felelősséggel végző diplomás ápolóra is.

Irodalomjegyzék

1. Bodrogi, B., Kálmán, Zs. (2001). Diplomás ápoló hallgatók elképzelései az ápolói karierről.
http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2001/200105/nover_2001_05.htm
2006. 11. 27.
2. Csurgai, H. (2005). Az ápolói identifikációtól a karierválasztásig.. (Szakdolgozat)
3. Etikai szabályok: Az egészségügyi szakdolgozói hivatás általános etikai követelményei.
http://www.eekh.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=51#3
2006. 09.21.
4. Dr. Fedineczné, V. K. (1997). Az ápolók munkahelyi egészsége és biztonsága. LEMON Ápolási Tananyagcsomag 10, 60-69
5. Horváth Károlyné: A távoktatás, mint lehetőség az egészségügyi szakképzésben.
http://www.c3.hu/~etinfo/info2210/2210_02.htm
2006. 11. 27.
6. Horváth, M.(szerk.) (1994). Szöveggyűjtemény a felnőttnevelés – felnőttoktatás didaktikai, metodikai szakirodalmából. (Kézirat), Nemzeti Tankönyvkiadó: Budapest, 207-231, 83-90
7. Kovácsné, T. Á., Dr. Feith, H. J. és Dr. Balázs, P. (2004). A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és a pályaelhagyás.
http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2004/2004_06.htm
2006. 09. 21.
8. Neményi, M. és Kende, A. (2005). Kórházi vezetőkkel készült interjúk elemzése. Magyarországi Női Alapítvány (MONA) tanulmánya az „Újra eséllyel” Equal projekt részére.
<http://www.mona-hungary.org/kepek/upload/2006-07/Heim%20interjus%20kutatás%20zarotanulmány2005doc>
2006. 11. 27.
9. Piczil, M. et al. (2005).. Határon innen és túl... Nővér 18. évf. 2. szám, 3-10
10. Pikó, B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: pszichoszomatikus tünetek – munkahelyi stressz – társas támogatás.

- Lege Artis Medicinae II. évf. 4. szám, 318-325
11. Potter, P. A. és Perry, A. G. (1999). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina, Budapest
12. Strasen, L. L.. (1997).. Az ápolói hivatás imázsa. Medicina, Budapest
13. Szicsek, M. (2004). A kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. KHARÓN Thanatológiai Szemle, VIII. évf. 1-2. szám, 88-131
14. Vízvári, L. (Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet). Virtuális szakképzés az egészségügyben. <http://www.szamalk.hu/E-learning/Default.htm>
2006. 11. 27.

The career choices of health workers

Fülöp, M., Raskovicsné Csernus, M.

The **aims** of the authors included studying the reasons currently cited by nurses for their choice of career, as well as the differences in employment opportunities between various towns and villages. They also examined how nursing students view the public perception of their chosen profession.

The **survey** was carried out on full-time and correspondence degree-nurse students at the Healthcare Faculty of the Tessedik Sámuel College in Gyula. The research took the form of a questionnaire-based survey.

As the **means of evaluating** the data, the distribution ratios were calculated from the gathered data, and an independence test was performed.

The **results** show that the most common reason, among the students, for choosing a nursing career was a personal interest in the field.

Some 59.7% of full-time students and 68.7% of correspondence students considered the public perception of the nursing profession to be good.

The authors regard it as necessary to reform society's perception of nurses and degree nurses, to ensure that their work is better recognised and valued.

They also consider it important for the healthcare systems of smaller population centres to be developed, and for nurses to undertake roles outside of the hospital system.

Helyreigazítás

2007. évi, 20. évfolyam 4. számunkban „Az ápolók mentálhygiénés állapota és a kiégési szindrómát provokáló faktorok előfordulása” c. cikk egyik szerzőjének neve hibásan jelent meg. A társszerző neve helyesen: **Vránicsné Horváth Ildikó**.

Ugyanebben a számban az „Akut betegápoló szakirányú továbbképzés a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán” c. cikk egyik társszerzőjének a neve helyesen: **Dr. Gondos Tibor**.

Az érintettektől ez úton elnézést kérünk!

Tapasztalatok a saját vér visszaadó szett alkalmazásáról

Bárányné Erdélyi Ildikó

diplomás ápoló, Kaposi Mór Oktató Kórház, Ortopédiai osztály

Összefoglaló

Vizsgálat célja: annak feltárása, hogy a műtét napján a saját véruket visszakapott betegek körében milyen mértékben csökkent az idegen vér adása, és a posztoperatív autotranszfúzió hogyan befolyásolta a betegek ápolói ellátását.

Vizsgálati módszerek és minta: 2002. augusztus 1 - 2004. augusztus 31. között csípőprotézis beültetésen átesett 500 beteg kórlapjának elemzése, közülük 187 betegnél került sor vérvisszaadó szett alkalmazására.

Eredmények: a vizsgált betegek közül legtöbben (201 fő) hagyományos vvt-készítményt kaptak, továbbá kb. egyenlő arányban részesültek autotranszfúzióban (93 fő) és vegyes vérpótlásban (94 fő), míg 112 beteg semmiféle vérpótlásban sem részesült az operáció napján.

Számos előnnyel jár, ha a beteg csak saját vért kap, mert egyrészt nem kell a transfúzió veszélyeitől és szövődményeitől tartani, másrészt az összes autotranszfúzió teljes költsége nagyjából fele az idegen vér transfúzió adásakor felmerülő költségeknek.

Az ápolói munkaszükséglet és terhelés tekintetében is előnyös a posztoperatív autotranszfúziót alkalmazása, mert a technika egyszerűen kivitelezhető, időtakarékos, és kevesebb dokumentációval jár.

Bevezetés

A betegek egészségügyi ellátása, gyógyítása során szükség lehet vér adására, transfúzióra. Az idegen vér adását, ha lehet, célszerű elkerülni a veszélyek és az esetleges szövődmények miatt. A homológ vér adásának szükségletét a minimál invazív sebészeti technikák alkalmazása mellett a különböző autotranszfúziós eljárásokkal lehet csökkenteni. Az autotranszfúzió (AT) lehet preoperatív, intraoperatív és posztoperatív. Nálunk jelenleg ez utóbbi az általános gyakorlat része.

Osztályunkon mindennapos beavatkozásnak számít a térd- ill. csípőprotézisek beültetése. E két műtét az, melynek során a beteg nagy mennyiségű vért veszíthet, ill. a posztoperatív napokban több száz ml véres váladék is ürülhet. A passzív szívás során a sebből ürülő vér, véres váladék az első posztoperatív napon általában több mint 700-800 ml, akár 1000 ml feletti is lehet. A nagymennyiségű vérvesztés miatt az operáció során vagy utána gyakran transfúzióra van szükség.

Tekintettel a műtét okozta vérvesztésre, az ebből fakadó vérnyomásesésre, gyengült vérképre, a transfúzió veszélyeire és költségeire, osztályunk orvosi és ápolói teamje 2002 nyarán kipróbált egy Düsseldorfban, a Medica nevű kiállításon látott vérgyűjtő és vérvisszaadó szettet, a Hae-

mo-Trans-t. Régebben alkalmaztuk a preoperatív vérgyűjtést, de költségessége miatt jelenleg az olcsóbb, posztoperatív vérgyűjtést alkalmazzuk.

Elméleti háttér

A Transzfuziológiai Szakmai Kollégium ajánlása szerint autológ transfúzió (AT) számít a „...recipiens saját vérből származó vérkomponens levétele és visszaadása, gyógyítás céljából.” (TSZK, 1992)

Az AT általános indikációi

Autotranszfúzió végezhető:

- A ritka vércsoportú vagy a többszörösen immunizálódott betegnél, mert így biztosítható a kompatibilis vér.
- A páciens anamnézisében hemolitikus reakció szerepel.
- Az ellátásban részesülő egyén vallási vagy erkölcsi meggyőződése miatt elutasítja az idegen vér transfúzióját.
- Elektív műtéteknél, ha megfelelő állapotban van a páciens, és a várható vérvesztés meghaladja az 1 litert, pl. mellkassebészeti, ortopédiai, májtranszplantációs beavatkozásoknál nagyon előnyös a saját vér felhasználása.

- Csontvelő donoroknál. (TSZK, 1992, Forró és Mándli, 2002)

Az AT általános kontraindikációi

- A beteg nem alkalmas véradásra alapbetegsége, kora, állapota miatt, pl. szepszis, malignus tumor.
- A levett vér még autotranszfúzióra sem alkalmas, mert az alapbetegség vagy tárolási hiba miatt az egyes vérkomponensek károsodtak, vagy aktivitásuk csökkent.
- „Az összegyűjtött vér nem adható vissza, amennyiben kontaminálódott a következőkkel: Betadin, hidrogénperoxid, desztillált víz, víz, alkohol, parenterálisan nem adható antibiotikumok, fibrin gél, kollagén alapú hemostatikumok, meconium, vizelet, gyomor- és béltartalom, epe, és amnion folyadék, prostata váladék”. (TSZK, 1992, Forró és Mándli, 2002, Váci-Ritter, 1995)

Az AT kivitelezhető műtét előtt (preoperatív autológ donáció), műtét alatt (intraoperatív vérmentés és akut normovolémiás hemodilúció) és posztoperatív módszerrel. (TSZK, 1992, Faluhelyi et al., 2004)

A preoperatív autológ donáció (PAD) lényege

A tervezett műtét előtt 3-5 héttel, belgyógyászati kivizsgálást és az írásos beleegyezést követően, a „békaugrás-módszerrel” (a módszer leírását a Transzfúziológiai Szakmai Kollégium ajánlása tartalmazza), kb. 2-4 egységnek megfelelő mennyiségű vér levétele történik. Az utolsó donációnak legalább 48-72 órával a tervezett műtét előtt kell megtörténnie. Bármely életkorban elvégezhető beavatkozás, amennyiben nincs egyéb kontraindikációja. Az eljárást az illetékes vértranszfúziós állomás vagy az Országos Vérellátó Szolgálat engedélyével és bevonásával, valamint a páciens kooperációjával végzik. A donáció ideje alatt gondoskodni kell a beteg számára a megfelelő vitamin-, vas- és folyadékpótlásról. Az egy alkalommal levett vér mennyisége nem haladhatja meg a beteg vértérfogatának 12%-át. A vérvételhez CPD- vagy CPDA-vérkonzerváló oldatot tartalmazó zsákot használnak, melyben 28 napig tárolható a vér. A levett saját vért a homológ transzfúzióhoz levett vérekhez hasonlóan vizsgálják, szűrik. A predonáció lehet teljes vér adása vagy plazmaferezissel végzett plazmalevélet. (TSZK,

1992, Bodor, 2000, Faluhelyi et al., 2004, Kroó, 2000, Pócs et al., 1994, Retteggy et al., 1991, Vanderlinde et al., 2002, Vimpláti et al., 2000)

A PAD alkalmazási területe elsősorban az ér-, szív-, gerincsebészeti, traumatológiai, ortopédiai beavatkozások (pl. csípőprotézis implantáció) tervezett típusainál, ahol általában transzfúzióra van szükség. A beteg alkalmas véradásra, és a vére alkalmas retranzsfúzióra akkor, ha a Hgb-érték 110g/l feletti és a Htc 33% feletti. Nem kizáró ok a terhesség, a koszorúér betegség, a billentyűhibák, a veleszületett szívhibák kompenzált típusai. (TSZK, 1992, Bodor, 2000, Faluhelyi et al., 2004, Kroó, 2000, Vanderlinde et al., 2002, Vimpláti et al., 2000)

A PAD előnyei között megemlítenő, hogy a vörsvértest képzését serkenti. A páciens „standard mennyiségű, megfelelően tárolt és vizsgált saját vérrrel érkezik a műtetre.” Csökkenti a vírusfertőzés átvitelének, a lázas, hemolitikus vagy allergiás reakcióknak, a posztoperatív fertőzésnek és a rákos betegeknek a visszaesésnek a lehetőségét. Alkalmazható malignus betegségben is ez fajta autotranszfúzió. (Pócs et al., 1994, Vanderlinde et al., 2002, Vimpláti et al., 2000)

A PAD hátrányai közé tartozik, hogy költségei magasabbak a homológ transzfúzióénál, és több adminisztrációval jár, illetve az, ha nem használják fel az adott betegnél az összegyűjtött vér egy részét, akkor az kárba vész, mert nem lehet átsorolni a homológ vérek közé, azaz nem kaphatja meg másik beteg. Nagyfokú szervezethez igényel. Sürgősségi beavatkozásoknál nem alkalmazható. Adminisztratív hibák miatt előfordulhat, hogy a beteg nem a saját gyűjtött vért kapja meg. Ezért nagyon fontos, hogy a retranzsfúzió előtt a beteget egyértelműen azonosítani kell, ellenőrizni kell a készítmény azonosító jeleit, valamint ABO és Rh vércsoport-meghatározást kell végezni. (TSZK, 1992, Bodor, 2000, Vanderlinde et al., 2002, Vimpláti et al., 2000)

Az akut normovolémiás hemodilúció (ANH) lényege

Az eljárás során, közvetlenül a műtét előtt (de már az anesztézia megkezdése után) levett 1-3 egységnyi vér pótlására krisztalloid oldatot vagy plazmapótszert használnak a páciens vérnyomásától függően. A levett vért szobahőmérsékleten 8 órán át, hűtőszekrényben 24 órán át lehet tárolni. A vérvételi zsákok anticoagulánst tartalmaznak. A szakmai ajánlás szerint a „vételt végző (felügyelő) orvosnak

a vételtől a visszaadásig jelen kell lennie” az adminisztrációs hibák elkerülése végett. Az ANH alatt vérnyomás, pulzus, diuresis ellenőrzése és EKG-monitorozás szükséges. Minél magasabb a kiindulási hematokrit értéke (42%), annál hatékonyabb ez a fajta autotranszfúzió. Amennyiben a levett vért nem használják fel a perioperatív időszakban, úgy azt meg kell semmisíteni. (TSZK, 1992, Faluhelyi et al., 2004, Kroó, 2000, Pócs et al., 1994, Retteghy et al., 1991)

Az ANH alkalmazási területe elsősorban a szívsebészet, érsebészet, ortopéd sebészet. (Faluhelyi et al., 2004, Pócs et al., 1994)

Az ANH előnyei: ha a várható vérvesztés 1500 ml-nél kevesebb, akkor ANH-val elkerülhető a homológ transzfúzió. A vérlevétel és a volumenpótlás után a keringő vér viszkozitása alacsonyabb, higabb lesz, és csökken az érelenállás. Ezért jobb a mikrocirkuláció, az oxigénszállító kapacitás, és nő a perctérfogat. Az eljárás költségei alacsonyabban a többi autotranszfúziós technikáénál, és a beteg kooperációja sem létfontosságú a beavatkozás elvégzéséhez. Az ANH során szisztémás infekció nem képez kontraindikációt. (Retteghy et al., 1991, Vanderlinde et al., 2002)

Az ANH hátrányai közé tartozik az, hogy a tartósan alacsony (22% alatti) hematokrit-szint hypoxiát okozhat, különösen, ha hypovolaemia is fennáll egyidejűleg. Önmagában nem, csak más autotranszfúziós módszerrel érhető el az allogén transzfúzió szükségletének csökkentése. Az alkalmazott kolloid oldat allergiás reakciókat válthat ki. A visszaadott vér szabad hemoglobint, aktivált alvadási faktorokat, fibrinolitikus enzimeket, degranulált trombocitákat tartalmaz, amennyiben véralvadásgátlót tartalmazó zsákba gyűjtik a vért. (Bodor, 2000, Retteghy et al., 1991, Vimpláti et al., 2000)

Az intraoperatív vérmentés (IVM) lényege

Az intraoperatív vérmentés az az eljárás, melynek során a műtét alatt a műtési területől ürülő vért felfogják, gyűjtik és retranszfundálják.

Kétféle típusa ismert. Az egyik eljárási mód szerint a vért steril tartályba gyűjtik, alvadásgátlóval keverik, szűrik, majd visszaadják - ez a direkt retranszfúzió. A másik megoldás az ún. „cell saver”-ek használata, amivel a centrifugált és mosott vért lehet visszaadni a betegnek. A cell saverek új generációja folyamatosan üzemelő sejtszeparátor, mely a vért azonnal mossa, centrifugálja, visszaadja, így a keringés folyamatos. Ezt a módszert, illetve eljárást Jehova Tanúi is elfogadják. (TSZK,

1992, Bodor, 2000, Faluhelyi et al., 2004, Kroó, 2000, Pócs et al., 1994, Retteghy et al., 1991, Vanderline et al., 2002, Vimpláti et al., 2000)

Az IVM alkalmazási területe elsősorban a szívsebészet, traumatológia, gerincsebészet, ortopédiai, urológiai műtétek, májtranszplantáció ill. általában a transzplantációk. (Retteghy et al., 1991, Vanderline et al., 2002, Vimpláti et al., 2000)

Az IVM előnyei: lényegesen több vér gyűjthető össze a technikával műtét alatt, mint más autotranszfúziós technikával, mert nincs maximalizálva a gyűjthető vérmennyiség. Speciális filterrel a cell saverek a tumorsebészetben is használhatók, a haszon/rizikó arány mérlegelése után. (Bodor, 2000, Kroó, 2000, Vanderline et al., 2002)

Az IVM hátrányai közé tartozik az, hogy az alvadási faktorok, trombociták felhasználódnak. Ezért ha két liter feletti a gyűjtött vér, akkor a visszaadásakor az alvadási faktorokat pótolni kell. A mosatlan vér esetén emelkedhet a különböző szöveti anyagok koncentrációja a vérben, a mosott vér pedig a káros anyagok eltávolítása után az egyéb elemeit is elveszti, azt masszív vérvésznél pótolni kell. Az intraoperatív vérmentés költséges eljárás és csak olyan műtéteknél ajánlják, ahol biztos, hogy a vérvesztés mértéke az egy-két litert is meghaladja. A cell saver használat költségesebb, mint a direkt retranszfúzió. (TSZK, 1992, Kroó, 2000, Retteghy et al., 1991, Vanderline et al., 2002)

A posztoperatív vérmentés (PVM) lényege

A PVM az operáció után a műtési területől ürülő vér összegyűjtése speciális gyűjtőzsákban. A posztoperatív vérmentés zárt rendszerben, alacsony vákuummal (70-100 Hgmm) történik. Az alvadásgátlás nem létfontosságú ennél a vérmentési technikánál, mivel az összegyűjtött vér defibrinált, fibrinogén bomlástermékeket és alvadási faktorokat is tartalmaz. Szükség esetén azonban kiegészíthető még alvadásgátló hozzáadásával. Az ürülő vért egy mikrofilter (10-200 µm közötti) szűri. Ez a szűrő a zsírokat, mikroaggregátumokat, sejttörmelékeket fogja fel. (TSZK, 1992, Retteghy et al., 1991, www.sarstedt.com, 2004)

A PVM alkalmazási területe elsősorban az ortopéd sebészet térd- ill. csípőprotézis műtétei, mellkassebészet és érsebészet. (www.sarstedt.com, 2004)

A PVM előnyei között első helyen áll az, hogy kevesebb véres váladék marad vissza a sebben, kisebb a hemolízis veszélye. Kevesebb fájdalommal jár a drénteltávolítás, mint a hagyományos

drén esetén. Kiseb az esélye a másodlagos vérzésnek. Egyszerű a használata. (www.sarstedt.com, 2004)

Az autológ transzfúzió előnyei

- A homológ vér adásával átvihető betegségek (pl. Hepatitis B és C, AIDS) elkerülhetők saját vér felhasználásával.
- Nincs inkompatibilitás és alloimmunizáció. Immunizálódott betegnek is biztosítható kompatibilis vér.
- Nő a transzfúziós biztonság a saját vér visszaadásával, mert csoporttévesztési hibák nincsenek.
- Csökken a felhasznált homológ vér mennyisége, mert kiegészíti ill. helyettesítheti azt.
- A transzfúziót vallási okok miatt elutasítók esetében is használható beavatkozás.
- Ritka vércsoportú betegeknek is végezhető nagyobb vérvesztéssel járó műtét. (TSZK, 1992, Faluhelyi et al., 2004, Pócs et al., 1994, Vácz-Ritter, 1995)

Az autológ transzfúzió hátrányai

- A preoperatív gyűjtés során levett vér egy része kárba vész, ha a műtétet elhalasztják.
- A saját vér tárolása során egyes vérkomponensek károsodnak.
- Egyes AT-s technikák költség- és személyzetigényesek.
- A bakteriális fertőzések átvitele nem teljesen zárható ki.
- Csoporttévesztés (ritka esetben) az adminisztrációs hibák miatt előfordulhat.
- Csak az alkalmas pácienseknél végezhető el az AT. (TSZK, 1992, Faluhelyi et al., 2004)

Vérgyűjtő és vér visszaadó szett

A Haem-o-Trans vérgyűjtő és vér visszaadó szett egy alacsony vákuummal működő zárt rendszer, melyet a műtéti területből ürülő, drenált vér hasznosítására és reinfundálására (retranszfundálására) lehet alkalmazni. (www.sarstedt.com; 2004)

A szett a sebészet speciális szakterületein kiválóan alkalmazható, elsősorban az ortopéd sebészet térd- ill. csípőprotézis műtéteinél, a mellkas-sebészet és az érsebészet (www.sarstedt.com, 2004)

A Haem-o-Trans-szal történő vér visszaadásnak

is vannak kontraindikációi. Ezek a következők:

- Műtéti terület környékén infekció, malignus tumor
- Coagulopathiák
- Szívelégtelenség (NYHA II.)
- Veseelégtelenség
- Cirrhosis hepatis
- Sarlósejtes anaemia
- A műtéti terület környékén alkalmazott gyógyszerek, melyeket iv. nem lehet alkalmazni (www.sarstedt.com, 2004)

A szett részei

- *Y-csatlakozó*: 8-18 Ch vastag, a sebből kijövő 1 vagy 2 drénhez csatlakoztatható,
- *Szívó*: harmonika alakú, kb 70 Hgmm vákuum fejleszthető vele, két végén visszafolyást gátló kapocs van,
- *Vérgyűjtő zsák*: max. 700 ml vért gyűjt össze, 175 m-s előszűrővel rendelkezik,
- *Drénzsák (vagy redon)*: 400 ml-s, a fel nem használható vér gyűjtésére
- *Transzfúziós szerelék*: speciálisan a szetthez alkalmazható szerelék, 175, 40 és 10 m-s szűrőrendszerrel (www.sarstedt.com, 2004)

A szett alkalmazása során be kell tartani a gyártó útmutatásait. A sterilitás, a szobahőmérsékleten való tárolás, a lejáratú időn belüli felhasználás és a légtelenítés mellett fontos az is, hogy az összegyűjtött vért a gyűjtés kezdetétől számítva 6 órán belül vissza kell adni a betegnek.

A szett használata:

- A műtét során behelyezett 1 vagy 2 drénhez csatlakoztatjuk a (sz.e. méretre vágott) Y-csatlakozót a szívóval.
- A szívót összenyomjuk (levegő kipréselődik) és zárjuk a szívó alatti majd feletti kapcsot.
- A szívóhoz illesztjük a vérgyűjtő zsákot, és zsák végein zárjuk a kapcsokat.
- Kinyitjuk a szívó feletti, majd az alatti és a zsák feletti kapcsokat.
- Rögzítjük az eszközt a betegágyhoz a gyorskapcsokkal.
- Rögzítjük a beteg adatait a zsákon: név, szül. idő, gyűjtés kezdete és visszaadás ideje.
- A szívóba jutott vért időnként továbbítjuk a zsákba a szívó összenyomásával. (www.sarstedt.com, 2004)

Az utolsó lépés kivételével minden a műtőben zajlik.

Ha nincs szükség több vér gyűjtésére, a gyűjtőzsákokat le kell cserélni drénsákra:

- Szívó üritése (felső kapocs zárásával).
- Szívó feletti, alatti, és a zsák feletti kapcsok zárása.
- Telt zsák eltávolítása + védőkupak használata.
- A drénsák felhelyezése, kapcsok nyitása. (www.sarstedt.com, 2004)

Vérviisszaadás (reinfundálás)

- A cseppszámláló csúsztatása a szűrő felé, zárás.
- Zsák és szerelék csatlakoztatása.
- A zsák alján levő kapocs kinyitása, cseppszámláló, légtelenítés.
- Zsák rögzítése az infúziós állványra.
- A vér „bekötése”. (www.sarstedt.com, 2004)

Ápolói feladatok

A saját vér visszaadása előtt

- Beteg tájékoztatása, pszichés és szomatikus felkészítése.
- Vénabiztosítás, amennyiben a perioperatív szakban biztosított véna nem megfelelő (pl. a branül mérete nem alkalmas a beavatkozás kivitelezéséhez).
- Vitális paraméterek ellenőrzése.
- A beteg általános állapotának ellenőrzése.

- A gyűjtőzsák kicserélése drénsákra, és a gyűjtőzsák összeszerelése a szett saját transzfúziós szerelékével, légtelenítés a fenti lépések szerint, és a retranzfúzió indítása. (Szükség, pl. gyors és nagymennyiségű vérzés esetén kb. 2 óra alatt tele a gyűjtőzsák, akkor felhelyezhető újabb gyűjtőzsák orvosi engedéllyel.)
- A beavatkozás, az ápolói megfigyelés és tevékenység gondos dokumentálása az ápolási dokumentációba.

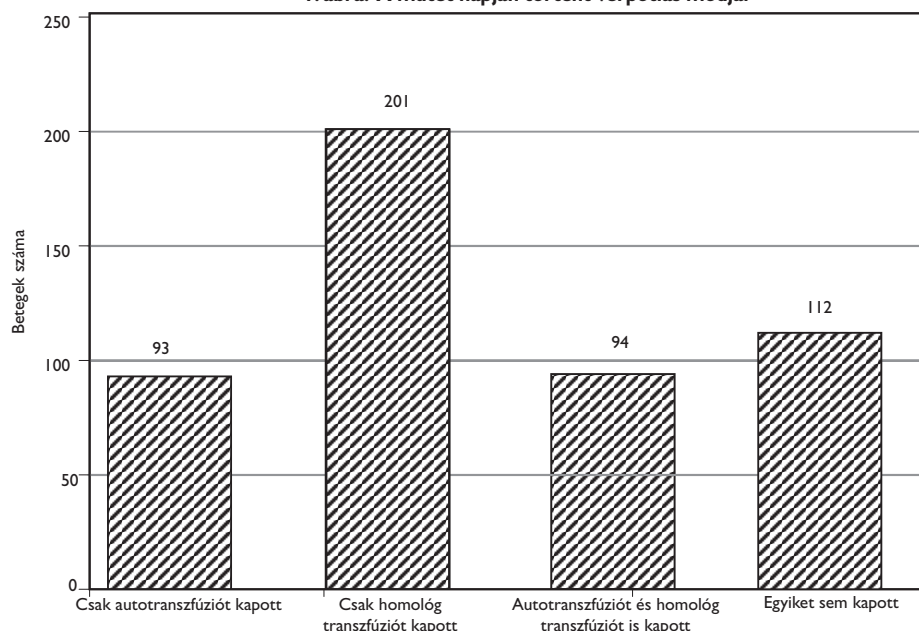
A saját vér visszaadása alatt

- Vitális paraméterek ellenőrzése minden betegnél, az első néhány órában félóránként, ill. szükség szerint.
- A beteg általános állapotának ellenőrzése.
- A retranzfúzió folyamatának ellenőrzése (az áramlás sebessége, a vénás kapcsolat megfelelőse, stb.).
- A folyamat, az ápolói megfigyelés és tevékenység gondos dokumentálása az ápolási dokumentációba.

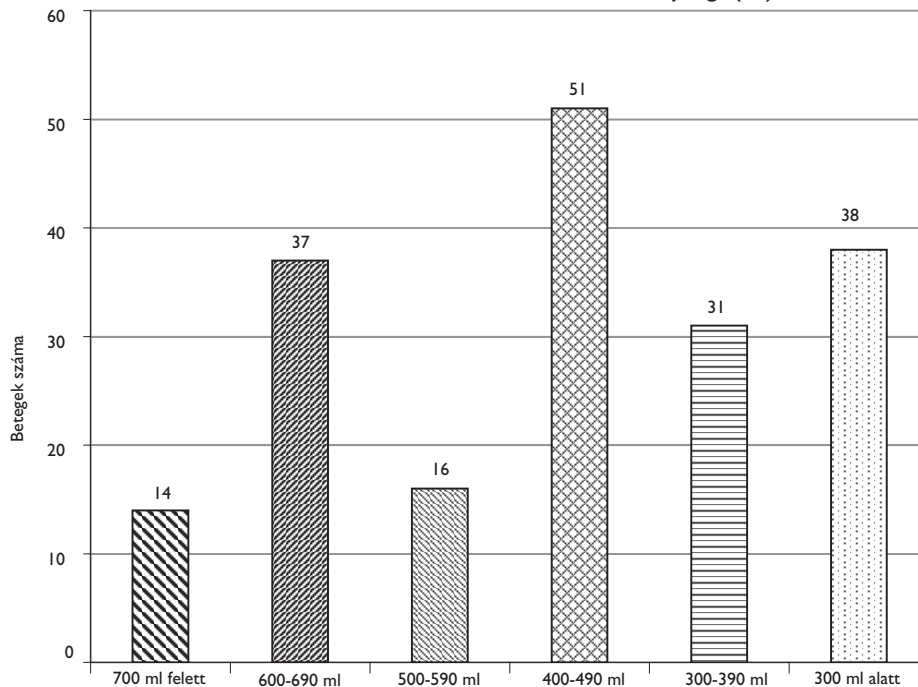
A saját vér visszaadása után

- A visszaadott vér mennyiségének, az autotranszfúzió befejezési idejének dokumentálása az ápolási dokumentációban, a folyadékla-pon és a lázla-pon.
- Vitális paraméterek ellenőrzése.

1. ábra: A műtét napján történt vérpótlás módjai



2. ábra: A retranzfundált vér mennyisége (ml)



- A beteg általános állapotának ellenőrzése.
- A kiürült gyűjtőzsákot nem örizzük meg, veszélyes hulladékként kezeljük.

Vizsgálati minta

A szettet 2002 nyarán próbáltuk ki és azóta 187 betegnél alkalmaztuk. Adataimat 2002. aug. 1. és 2004. aug. 31. között csípőprotézis beültetésen átesett betegek kórlapjából gyűjtöttem. Összesen 500 beteg dokumentációját néztem át. A vizsgálat során nem tettem különbséget a betegek neme és életkora közt.

Eredmények

A vizsgálati mintában szereplő 500 beteg közül legtöbben (201 fő) hagyományos vvt-készítményt kaptak. Kb. ugyanolyan arányban részesültek autotranszfúzióban (93 fő) és egyes vérpótlásban (94 fő), míg 112-n semmiféle vérpótlásban sem részesültek az operáció napján. (1. ábra)

Megnéztem azt is, hogy a visszaadott vér mennyisége milyen módon alakult. Az adatokat a 2. ábrán mutatom be. Legtöbbször 400-490 ml (51 beteg) ill. 600-700 ml (37 fő) volt a visszaadható vér mennyisége. Ezek a mennyiségek 2-2,5 ill. 3-3,5 E vvt-nek felelnek meg. Átlagosan a 187 beteg 454 ml saját vért kapott vissza.

Következtetések

Mindenképp pozitív hatású, ha a beteg csak saját vért kap, mert nem kell a transzfúzió veszélyeitől és szövődményeitől tartani.

Elmondhatjuk azt is, hogy a Haem-o-trans szett alkalmazása mellett közel 80%-ban nem volt szükség újabb vérpótlásra a műtét utáni napokban. Az eredmény közel azonos a csak homológ vért kapott és saját és idegen vért egyaránt kapott betegek eredményével, de a hangsúlyt a saját vér adásának ismert előnyeire helyezném.

A szett alkalmazása során jó gazdaságossági tapasztalatokat is szereztünk: 2002-2004 között 84900 ml saját vért adtunk vissza, a beavatkozás összes költsége 1.309.000-Ft volt. Ha ezt a mennyiséget vvt masszaként adtuk volna (átszámítva 424,5 E), akkor az 2.122.500-Ft-ba került volna.

Az ápolók szempontjából is számos előnye van, ha posztoperatív autotranszfúziót alkalmaznak az adott osztályon:

- Időt lehet vele megtakarítani, ugyanis normál körülmények között (a gyűjtés ideje alatt viszonylag stabil vérnyomás, a beteg nem mutatja a shock jeleit, jól van) nem kell várni az orvosra, hanem a 6 óra leteltével visszapótolhatjuk az elvesztett vért. Ha a beteg állapota igényli a gyors, 6 órán belüli vér visszaadást (pl. hirtelen

- vérnyomásesés, shock esetén), azt természetesen az orvos utasítására végzi az ápoló.
- A technika egyszerűségét mutatja, hogy retranzfundálás előtt nem kell próbákat végezni, vércsoportot meghatározni és a vért testhőmérsékletére melegíteni, hanem a gyűjtőzsákot a saját transzfúziós szerelékével összeszerelve azonnal visszaadható a saját vér.
 - Kevesebb dokumentációval jár, mert csak az orvosi és ápolási dokumentációban kell feltüntetni az autotranszfúzió tényét, idejét, a visszaadott vér mennyiségét ill. a gyűjtőzsákon a megadott adatokat. Nincs szükség a

vérigénylő és a transzfúziós jelentőlap kitöltésére, a transzfúziós napló vezetésére és a kórházunkban központilag kiadott speciális transzfúziós lap vezetésére (ez utóbbi a beteg és a vérkészítmény azonosítóit és a páciens állapotára vonatkozó adatokat tartalmazza).

Jövőbeni teendők osztályunkon az eljárással kapcsolatban

Osztályunkon jelenleg még nincs ápolási protokoll a posztoperatív autotranszfúziós beavatkozáshoz, ezért annak elkészítését pótolnunk kell.

Irodalomjegyzék

1. A Transzfuziológiai Szakmai Kollégium ajánlása. (1992). Autotranszfúzió. Orvosi Hetilap, 133, 35, 2239-2242.
2. Bodor G. (2000). Vérátömesztés, autotranszfúzió. Egészségügyi Menedzsment, 2, (2) 79-80.
3. Faluhelyi, A., Vajda, A., Bakó, E. (2004). Autológ transzfúzió jelentősége az elektív műtéteknél. Aneszteziológia és Intenzív Terápia, 34, 1, 8-15.
4. Forró M., Mándli T. (2002). Folyamatos autotranszfúzió használata májtranszplantáció során. Magyar Sebészet, 55, 1, 3-8.
5. Kroó M. (2000). Sebészet idegen vértranszfúziója nélkül. Lege Artis Medicinae, 10, (11-12) 836-842.
6. Pócs A. et al. (1994). Csípő-artoplasztika autológ transzfúziós védelemben. Magyar Traumatológia, Ortopédia, Kézsebészet, Plasztikai Sebészet, 37, 3, 223-228.
7. Retteghey T. et al. (1991). Az autotranszfúzió. Orvosképzés, 66, (5) 367-375.
8. Váczi G., Ritter M. (1995). A sajátvér viszonyerés tapasztalatai ortopédiai műtéteknél. Magyar Traumatológia, Ortopédia, Kézsebészet, Plasztikai Sebészet, 38, 4, 291-296.
9. Vanderlinde, E.S. et al. (2002). Autologous transfusion. British Medical Journal, 324, (30) 772-775.
10. Vimplati L. et al. (2000). Vérátömesztés, autotranszfúzió. Aneszteziológia és Intenzív Terápia, 30, (3) 16-27.
11. www.sarstedt.com A Haem-o-transzett gyártójának hivatalos honlapja (letöltve: 2004-08-14)

Experience gained during the use of autotransfusion sets

Bárányné Erdélyi, I.

The **aim of the study** was to reveal the extent to which the giving of donated blood has been reduced in the case of patients who received transfusions of their own blood on the day of their operation, and the manner in which post-operative autotransfusion has influenced the nursing care of patients.

Study methods and sample: Analysis of the medical records of 500 patients who underwent hip replacement operations between 1 August 2002 and 31 August 2004. Autotransfusion sets were used in the case of 187 of these patients.

Results: The majority of the patients in the sample (201) received a conventional RBC transfusion, while roughly equal numbers of patients received autotransfusion (93) and combined transfusion (94), and the remainder received no form of blood replacement on the day of the operation.

There are numerous benefits to patients' receiving only their own blood, since the dangers and complications of blood transfusions are eliminated, while the costs of autotransfusion are approximately half of those incurred through the giving of foreign blood.

The use of post-operative autotransfusion is also favourable in terms of the nursing workload, since it is a simple procedure to perform, is time-saving and entails less paperwork.

Gratulálunk!

Semmelweis Ignác születésének 189. évfordulója alkalmából az egészségügyi miniszter szakmai elismeréseket adományozott.

Semmelweis-díjban részesült:

A hajléktalanokról való gondoskodás, rendszeres orvosi ellátásuk és ápolásuk terén végzett kiemelkedő tevékenységéért a pécsi **TÁMASZ Alapítvány**.

Pro Sanitate díjban részesült kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként:

Kiss Istvánné, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. számú Sebészeti Klinika osztályvezető ápolója,

Kovács Ferencné, Orgovány Község Védőnői Szolgálat körzeti védőnője,

Kósa Barnabásné, a Városnamény Város Önkormányzata Védőnői Szolgálatának védőnője,

Laskovics Imréné, a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet Koraszülött Osztály osztályvezető főnővére,

Tarcai Ibolya, a Pécs Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények Igazgatósága védőnője.

Egészségügyi Miniszteri Díszoklevélben részesült több évtizedes kiváló szakmai munkája elismeréseként:

Hideg István, a Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzat Semmelweis Kórház-Rendelőintézet Egyetemi Oktató Kórház-Pathológiai Osztálya boncmestere,

Marosi Miklósné, a Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza ápolónője,

Lukács Györgyné, a Kaposi Mór Oktató Kórház Röntgen, Kaposvár részleg vezető röntgen asszisztense,

Molnár Imréné, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály vezető műtősnője,

Pap Gézané, az Országos Vérellátó Szolgálat Szolnoki Területi Vérellátó vezető asszisztense,

Dr. Kutér Lászlóné, a Városi Kórház-Rendelőintézet, Mór Anaesthesiológiai Osztály vezető asszisztense,

Varga Lászlóné, az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet vezető főnővére,

Miniszteri Dicséret elismerésben részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:

Flack Józsefné, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar Belgyógyászati Intézete III. Belgyógyászati Klinika Gastroenterológiai Laboratóriumának vezető asszisztense,

Béres Zoltánné, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály osztályvezető ápolója,

Bori János, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét Fül-orr-gégészeti és Fejnyaksebészeti Osztály vezető ápolója,

Kocsis Józsefné, Jakabszállás Községi Önkormányzat körzeti ápolónője,

Pintér Szilvia, a Budapest, Főváros XI. kerület Újbuda Felnőtt Háziiorvosi Rendelő szakasszisztense,

Liptákné Tódor Margit, Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békéscsaba Központi Műtő vezető műtősnője,

Csik Julianna, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét vezető ápolója,

Baratiné Véninger Gabriella, a Veszprém Megyei Cholnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet ápolási igazgató helyettese,

Schizler Gyöngyi, a Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár Gyermekek Osztálya vezető főnővére,

Kosteletzki Zsuzsanna, az AGRIA 2000 Kft., Eger Otthonápolási Szolgálat vezető ápolója,

Csitos Józsefné, a Zala Megyei Kórház Infektológiai Osztály osztályvezető ápoló.

Együttesen végrehajtott kiemelkedő tevékenységükért az **Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele** elismerésben részesült:

a Magyar Imre Kórház, Ajka Betegfelvételi Iroda munkatársai,

a Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár Izotópdiaosztikai Laboratórium munkatársai,

a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Oktató Kórháza, Nyíregyháza Pathológiai Osztály munkatársai.

Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok

II. rész

Tisztelt Olvasók!

Az Egészségügyi Közlöny LVII. évfolyam 4. számában (2007. február 21.) megjelent az Egészségügyi Minisztérium közleménye a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv (MEES) (1.0 változat) közzétételéről.

Ebből a dokumentumból készült az az összeállítás, mely a MEES egyes elemeit (részleteit) tartalmazza, és amelynek I. részét folyóiratunk ez évi 3. számában közreadtunk. Ebben bemutattuk a MEES szerkezetét (tartalomjegyzékét), a fekvőbeteg szakellátás folyamat-ábráját, valamint a fekvőbeteg szakellátás standardjaiból néhányat. Javasoljuk, hogy ha elfoglaltságuk lehetővé teszi, ezeket ismételten tekintsék át.

Terjedelmi korlátaink miatt le kell mondanunk a teljes szöveg kiadásáról, de az általunk közölt részletek a közlemény szövegének hű idézetei.

Az egyes ellátási standardok kiválasztásával és közreadásával az a célunk, hogy az egészségügyi ellátás rendszerén belül a magunk eszközeivel támogassuk az ápolási szolgáltatások megvalósítására, ellenőrzésére, nyomon követésére, értékelésére irányuló tevékenységeket.

Jelen számunkban az egészségügyi ellátási standardok gyűjteményének II. részeként **az egészségügyi intézmények gyógyszerelési standardjait** adjuk közre.

Terveink szerint a későbbiekben meg fogunk jelentetni néhány további standardot, valamint a standardok alkalmazásával kapcsolatos szakértői írásokat is, hogy ezekkel segítsük az ápolói tevékenység fejlesztésére vonatkozó szakmai műhelymunkákat, valamint a helyes ápolói gyakorlatot.

A Főszerkesztő

F.BEGY.14. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezet gyógyszerelési stratégiája a betegsükségleteknek megfelelően szervezett.

F.BEGY.14.1. standard

A gyógyszerertár, a gyógyszerertári szolgálat és az egészségügyi szolgáltató szervezetben alkalmazott gyógyszeres beavatkozások megfelelnek a vonatkozó hatályos jogszabályi és egyéb szabályozói előírásoknak.

F.BEGY.14.-14.1. standardok magyarázata

Gyógyszereket rendszeresen használnak a betegségek gyógyítására és a tünetek mérséklésére. Mint a betegellátás egyik fontos részét, a gyógyszerhasználatot egészségügyi szolgáltató szervezeti szinten kell hatékonyan és eredményesen szabályozni. A felelősség megosztása függ az egészségügyi szolgáltató szervezet struktúrájától és a munkatársaktól. A vonatkozó hatályos jogszabályi rendelkezések beépülnek az egészségügyi szolgáltató szervezet struktúrájába, és az alkalmazott gyógyszerelési rendszer működésébe.

F.BEGY.14. standard felülvizsgálati szempontja

- I. A gyógyszerhasználat a betegek gyógyszerelési szükségleteinek kielégítése érdekében egészségügyi szolgáltató szervezeti szinten szervezett és szabályozott.

F.BEGY.14.1. standard felülvizsgálati szempontja

- I. A gyógyszerertári és gyógyszerési szolgáltatás valamint a gyógyszerhasználat megfelel a vonatkozó hatályos jogszabályoknak és egyéb szabályozóknak, valamint a gyógyszerellátásra vonatkozó minőségbiztosítási, minőségirányítási előírásoknak.

F.BEGY.14.2. standard

Megfelelő - rendelhető és felírható - gyógyszerválaszték áll rendelkezésre, vagy gyógyszerertárból vételezhető.

F.BEGY.14.2.1. standard

A gyógyszerek rendelkezésre állnak és ellenőrzöttek.

F.BEGY.14.2.-14.2.1. standardok magyarázata

Az egészségügyi szolgáltató szervezet a beteg-szükségletek és a nyújtott szolgáltatások alapján határozza meg a rendelhető és felírható gyógyszerek körét, és listát készít azokról a gyógyszerekről, amelyeket raktároz, vagy külső forrásokból azonnal hozzáférhetővé tesz. Külső rendelkezések is meghatározhatják a listán szereplő gyógyszereket vagy a beszerzés forrását. A gyógyszerek kiválasztása együttműködésen alapuló folyamat, amely figyelembe veszi a betegek szükségleteit és biztonságát, valamint a gazdasági szempontokat. Az egészségügyi szolgáltató szervezet Gyógyszerterápiás Bizottságot működtet, valamint rendelkezik olyan módszerrel, amely karbantartja, monitorozza a gyógyszerlistát, és ellenőrzi az egészségügyi szolgáltató szervezet gyógyszerfelhasználását. Meghatározza a sürgősségi gyógyszerek listáját, valamint eljárást léptet életbe a gyógyszerek tárolására, hozzáféréseire, ellenőrzésére, a gyógyszerekkel való visszaélés, lopás, eltűnés megelőzésére, és a felhasznált, sérült, vagy lejárt gyógyszerek pótlására.

F.BEGY.14.2. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A felírható és rendelhető gyógyszerek megfelelnek az egészségügyi szolgáltató szervezet küldetésének, a betegek szükségleteinek és a nyújtott szolgáltatásoknak.
2. Létezik egy lista azon gyógyszerekről, amelyek az egészségügyi szolgáltató szervezetben raktáron vannak vagy külső forrásból azonnal beszerezhetők.
 - 2.1. A lista együttműködésen alapuló folyamat során alakult ki (kivéve, ha külső szabályozás másként nem rendelkezik.)
 - 2.2. A listán szereplő gyógyszereket monitorozzák és felhasználás, szavatosság lejárása, sérülés, vagy egyéb okból történő visszahívás esetén pótolják.
3. A gyógyszerek lopástól vagy eltűnéstől védettek.

F.BEGY.14.2.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A gyógyszerek az egészségügyi szolgáltató szervezetben olyan időn belül állnak rendelkezésre, amely kielégíti a szükségletet.

2. A sürgősségi gyógyszerek az egészségügyi szolgáltató szervezetben olyan időn belül állnak rendelkezésre, amely kielégíti a sürgős szükségletet.
3. A gyógyszereket fokozott figyelemmel ellenőrzik és felhasználás után, szervezett csereterv alapján a szavatosság lejárta előtt, vagy sérülés esetében időben pótolják.

F.BEGY.14.3. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezetben szabályok és eljárások irányítják a gyógyszerfelírást, a gyógyszerrendelést és a gyógyszerbeadást.

F.BEGY.14.3. standard magyarázata

A biztonságos gyógyszerfelírást, rendelést és beadást az egészségügyi szolgáltató szervezetben jóváhagyott szabályok és eljárások irányítják. Az orvosi, szakdolgozói, gyógyszereszi személyzet, a Gyógyszerterápiás Bizottság, valamint a szervezet menedzsmentje által felhatalmazott egyéb szakmai bizottságok együttműködnek a politikák és eljárások kifejlesztésében és monitorozásában. A felírt vagy rendelt gyógyszerek dokumentálási követelményeit és a szóbeli gyógyszerrendelések használatát szabályokban meghatározzák.

F.BEGY.14.3. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A biztonságos gyógyszerfelírást, rendelést és beadást a vonatkozó hatályos jogszabályok, az egészségügyi szolgáltató szervezetben jóváhagyott szabályok és eljárások irányítják.
2. A szóbeli gyógyszerrendelések alkalmazása és dokumentálása meghatározott.

F.BLL.14.3.1. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezet kijelöli azokat a megfelelően képzett munkatársakat, akik felírhatnak, rendelhetnek és beadhatnak gyógyszereket.

F.BEGY.14.3.1. standard magyarázata

A beteg kezeléséhez szükséges gyógyszer kiválasztása speciális tudást és tapasztalatot igényel. Minden egészségügyi szolgáltató szervezet felelős

azon személyek kiválasztásáért, akik rendelkeznek a megfelelő tudással, tapasztalattal, kompetenciával, bizonyítvánnyal, felhatalmazással ahhoz, hogy rendeljenek gyógyszereket. A rendelésre és a gyógyszerértékeléstől igénylésre felhatalmazott személyek ismertek a gyógyszerértékelési szolgáltatás, illetve a gyógyszereket kiadók számára. A gyógyszerek beadása tudást, gyakorlatot és tapasztalatot igényel. Minden egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza azon munkatársakat, akik rendelkeznek a gyógyszerek beadásához szükséges kompetenciával, és írásban rögzíti felelősségüket.

F.BEGY.14.3.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Csak az egészségügyi szolgáltató szervezet által felhatalmazott, és releváns engedéllyel rendelkező, a jogszabályoknak és más szabályozóknak eleget tevő személyek rendelnek gyógyszereket.
2. A gyógyszerfelírásra vagy rendelésre felhatalmazott személyek ismertek a gyógyszerértékelési szolgáltatásban, illetve a gyógyszereket kiadók számára.
3. A gyógyszerek beadását végzők személye meghatározott, felelősségük írásban rögzített.

F.BEGY.14.3.2. standard

A hatályos jogszabályok szerinti eljárások szabályozzák az egészségügyi szolgáltató szervezetben a betegek által történő gyógyszerbevitelt/gyógyszerelést, és az elbocsátáskor történő gyógyszerkiadást.

F.BEGY.14.3.2. standard magyarázata

Az egészségügyi ellátás része az ellenőrzött gyógyszerfelhasználás, ezért a nem engedélyezett úton történő beszerzést mindenképpen kerülni kell. Vonatkozik ez a beteg által behozott/ felajánlott, valamint a karitatív célú adományokra és ingyenes orvosi mintákra is. A gyógyszerhasználat felügyeletéhez azon gyógyszerek használatát is ismerni kell, amelyeket nem az egészségügyi szolgáltató szervezetben írnak fel vagy rendelnek. Az egészségügyi szolgáltató szervezet a következő esetekben járulhat hozzá olyan gyógyszer használatához, amit nem a gyógyszerértékelési szolgáltató szervezet szerzett be:

- A gyógyszert a beteg részére egyedi import útján szerezték be.
- A gyógyszert a beteg részére személyre szólóan egyedileg készítették.

- A gyógyszer adagolásának biztonságát veszélyezteti, ha a beteg nem a saját gyógyszerét használja.
- A beteg speciális betegségének gyógyszeres terápiájára az egészségügyi szolgáltató szervezet nincs felkészülve.

A fenti esetekben az egészségügyi szolgáltató szervezetbe hozott gyógyszereket a beteg kezelőorvosa ismeri, az egészségügyi személyzet kezelésében tartja, és bejegyzik a betegdokumentációba.

Minden egészségügyi szolgáltató szervezetnek meg kell határoznia a beteg részére az elbocsátáskor átadandó gyógyszerekre vonatkozó saját szerepét. A gyógyszerek felírására, vagy rendelésére felhatalmazottak tájékoztatják a beteget és a hozzátartozókat, a törvényes képviselőket a rendelt gyógyszerek beszerezhetőségéről, az adagolásáról, valamint a költségekről.

Ezt a gyógyszerhasználati gyakorlatot az egészségügyi szolgáltató szervezet szabályai és eljárási irányítják a betegek biztonságának és a terápia eredményességének biztosítása érdekében. Az egészségügyi szolgáltató által elbocsátott beteg gyógyszerelése kritikus, amennyiben távozáskor rendelt gyógyszerhez a hozzájutás annak különlegessége miatt, vagy időbeli korlátok miatt akadályozott. A szolgáltató teygen meg mindent a folyamatos gyógyszerelés biztosítása érdekében megfelelő információ nyújtásán, vagy saját gyógyszerellátási rendszerén keresztül.

F.BEGY.14.3.2. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Szabályok és eljárások irányítják a beteg által vagy a beteg számára az egészségügyi szolgáltató szervezetbe kívülről behozott gyógyszerek felhasználását, nyomon követését és dokumentációját.
2. Szabályok és eljárások irányítják a gyógyszerek kiadását a beteg elbocsátásakor.
3. Szabályok biztosítják a beteg gyógyszerelését, a távozását követően a házi orvosi praxisig történő eljutásig.
4. A szabályok és eljárások megvalósulnak.

F.BEGY.14.4. standard

Eljárást alkalmaznak arra, hogy a gyógyszerkiosztás során a beteg a megfelelő gyógyszert a megfelelő adagban és a megfelelő időben kapja meg.

F.BEGY.14.4. standard magyarázata

Az egészségügyi szolgáltató szervezetben szabályozott módon történik a gyógyszerelés annak érdekében, hogy minimalizálja az előforduló hibákat. A rendszer támogatja a megfelelő időben történő, pontos gyógyszerkiosztást.

F.BEGY.14.4. standard felülvizsgálati szempontja

1. A gyógyszerelés folyamata szabályozott és dokumentált.

F.BEGY.14.5. standard

A betegeket gyógyszer beadása előtt azonosítják.

F.BEGY.14.5. standard magyarázata

A biztonságos gyógyszereléshez szükséges:

- a beteg azonosítása.
- a gyógyszer egyeztetése a rendeléssel,
- a beadás idejének és gyakoriságának egyeztetése a rendeléssel,
- a gyógyszer dózisének egyeztetése a rendeléssel,
- a beadás módjának egyeztetése a rendeléssel.

F.BEGY.14.5. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A betegeket a gyógyszer beadója azonosítja a gyógyszer beadása előtt.
2. A beadandó gyógyszerek nevét és dózisének egyeztetik a rendeléssel.
3. A beadás módját egyeztetik a rendeléssel.
4. A gyógyszerek beadása a megfelelő időben, megfelelő gyakorisággal történik.
5. A gyógyszerek beadása a rendelésnek megfelelően történik.

F.BEGY.14.6. standard

A gyógyszerhatást monitorozzák.

F.BEGY.14.6. standard magyarázata

A beteg, orvosa, ápolója a gyógyszerészek és a betegellátásban közreműködő más szakem-

berek együttműködnek a gyógyszerhatások monitorozása érdekében. A monitorozás célja a gyógyszerhatás követése, értékelése. A szervezet meghatározza a gyógyszerhatások felismerésére és az intézkedésre vonatkozó szabályokat, kompetenciákat, az információközlés módját, és az oktatási teendőket.

F.BEGY.14.6. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A gyógyszerhatás monitorozott.
2. A monitorozási folyamat együttműködésen alapul.

BEGY.14.6.1. standard

A rendelt és beadott gyógyszerek szerepelnek a beteg dokumentációjában.

F.BEGY.14.6.1. standard magyarázata

Minden beteg dokumentációja feljegyzést tartalmaz a számára rendelt gyógyszerekről, a dózisokról, és a gyógyszerek beadásának gyakoriságáról. A dokumentációban szerepelnek a „szükség esetén” valamint a szóban rendelt és adott gyógyszerek is. Amennyiben ez az információ külön gyógyszerelési formanyomtatványon szerepel, azt a beteg elbocsátásakor vagy áthelyezésekor a betegdokumentációhoz csatolják.

F.BEGY.14.6.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Minden betegre vonatkozóan rögzítik a rendelt gyógyszereket.
2. A gyógyszer beadása minden alkalommal fel van tüntetve.
3. A gyógyszerelési információt a betegdokumentációban tartják, vagy a beteg elbocsátásakor vagy áthelyezésekor csatolják hozzá.

F.BEGY.14.6.2. standard

Az esetlegesen fellépő gyógyszer mellékhatásokat bejegyzik a betegdokumentációba.

F.BEGY.14.6.2. standard magyarázata

A gyógyszerhatások monitorozása a mellékhatások észlelését és dokumentálását is jelenti. Az

egészségügyi szolgáltató szervezet eljárásban szabályozza a mellékhatások kezelését és jelentését.

F.BEGY.14.6.2. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A monitorozás kiterjed a gyógyszer mellékhatások figyelésére.
2. A mellékhatásokat rögzítik a betegdokumentációban.

F.BEGY.14.6.3. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezet rendelkezik a gyógyszerelési hibák azonosítására, dokumentálására és az intézkedésre vonatkozó eljárással.

F.BEGY.14.6.3. standard magyarázata

Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek van eljárása a gyógyszerelési hibák azonosítására és jelentésére. Az eljárás kiterjed a gyógyszerelési hibák definiálására, a jelentések standardizált formában történő használatára, és a munkatársak képzésére, az eljárásra és a jelentés fontosságára vonatkozóan. A jelentési eljárás az egészségügyi szolgáltató szervezet fejlesztési programjának a része. A program a gyógyszerelési hibák megelőzésére irányul az előforduló hibák típusainak megismerésén keresztül. A gyógyszerelési folyamat fejlesztése és a munkatársak képzése azt a célt szolgálja, hogy megelőzze a jövőben bekövetkező hibákat. Ebben a képzési folyamatban a gyógyszerészek részt vesznek.

F.BEGY.14.6.3. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A gyógyszerelési hiba fogalma meghatározott.
2. A gyógyszerelési hibákat bevezetett eljárások alapján kellő időben jelentik.
3. Az egészségügyi szolgáltató szervezet a gyógyszerelési hibák jelentéseiből származó információkat a gyógyszerelési eljárások fejlesztéséhez felhasználja.

F.BLL.14.7. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezet gyógyszerertárban készített gyógyszerek

biztonságos, tiszta környezetben készülnek. A gyógyszerek tárolása, kiadása és felhasználása a gyógyszerertárban és a felhasználó területeken biztonságos.

F.BEGY.14.7. standard magyarázata

A gyógyszerertár vagy a gyógyszerész szolgáltató olyan tiszta és biztonságos környezetben készíti és adja ki a gyógyszereket, amely megfelel a hatályos jogszabályi előírásoknak, a gyógyszerellátásra vonatkozó speciális minőségbiztosítási, minőségirányítási követelményeknek és a szakmai standardoknak. Különösen fontos, hogy a gyógyszerek szabályosan megjelöltek, megfelelően tároltak és szükség esetén fénytől, hőtől, sugárzástól és az egymástól való szennyezéstől stb. védettek legyenek. A kiadott és a gyógyszerertár területén kívül - pl. a betegellátó egységekben – tárolt gyógyszerek ugyanazokat a biztonsági felügyeleti feltételeket elégitik ki, mint a gyógyszerertárban.

F.BEGY.14.7. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A gyógyszereket szabályosan jelölik.
2. A gyógyszerek minden helyen és minden körülmények között azonosíthatóak.
3. A gyógyszereket az előírásoknak megfelelően tárolják.
4. A gyógyszereket szakmailag megfelelő környezetben készítik és adják ki.
5. A gyógyszerek készítése és kiadása megfelel a jogszabályi előírásoknak és a gyakorlati szakmai standardjainak.
6. A betegellátó egységekben nagy koncentrációjú elektrolit oldatokat nem tárolnak.
7. A törzsoldatok és egyéb tömény oldatok tárolása és kezelése a gyógyszerertárban történik.

BEGY.14.7.1. standard

Gyógyszerész irányítja és felügyeli a gyógyszerek raktározását, készítését, és kiosztását.

F.BEGY.14.7.1. standard magyarázata

Gyógyszerész irányítja és felügyeli a gyógyszerertár vagy a gyógyszerész szolgáltató tevékenységét. A felügyelet kiterjed a szervezet területén fellelhető minden gyógyszerre és minden gyógyszerre

relési eljárásra. Létezik módszer az ellenőrzött anyagok monitorozására és nyilvántartására.

F.BEGY.14.7.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Gyógyszerész ellenőríz minden gyógyszerellátással kapcsolatos tevékenységet.
2. A gyógyszereket a szervezet minden területén nyilvántartják.
3. A kötelezően ellenőrzött gyógyszereket/vegyszereket naprakészen nyilvántartják.

BEGY.14.7.2. standard

A gyógyszerrendeléseket és felírásokat ellenőrzik.

F.BEGY.14.7.2. standard magyarázata

A gyógyszerész felülvizsgál minden gyógyszerrendelést. Ha kérdés merül fel, kapcsolatba lép a gyógyszert felíró vagy rendelő szakemberrel.

F.BEGY.14.7.2. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Minden gyógyszerrendelést, vagy gyógyszerigénylést gyógyszerész felülvizsgál.
2. Kérdés esetére van szabályozó eljárás a gyógyszer felíró vagy rendelő szakemberrel való kapcsolatfelvétellel.

F.BEGY.14.7.3. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek van gyógyszer-visszarendelési rendszerre.

F.BEGY.14.7.3. standard magyarázata

Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek van eljárása a gyártó vagy a szállító által visszarendelt gyógyszerek azonosítására, visszahívására és visszaküldésére vagy megsemmisítésére. Van olyan eljárás, amely rendelkezik a szavatosságát veszített vagy egyéb módon felhasználásra alkalmatlanná vált gyógyszerek elkülönítéséről és megsemmisítéséről.

F.BEGY.14.7.3. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Van működő gyógyszer-visszarendelési rendszer.
2. Eljárások rendelkeznek a hatóság által visszarendelt gyógyszerek elkülönítéséről és a további intézkedésekről.
3. Eljárások rendelkeznek a szavatosságát veszített gyógyszerek elkülönítéséről és selejtezéséről.
4. Eljárások rendelkeznek a selejt gyógyszerek megsemmisítéséről.
5. Az eljárások megvalósulnak.

HUNGARIAN STANDARDS FOR HEALTHCARE PROVISION Part II

In a notice published in issue 4, year LVII (21 February 2007) of the Health Sector Gazette the Ministry of Health has announced the publication of the Hungarian Standards for Healthcare Provision handbook (version 1.0).

Drawing on this document, we have prepared a summary of certain key elements (details) of the HSHP, the first part of which was published in issue 3 of our journal this year. This introduced the structure of the HSHP (its table of contents), the flowchart for inpatient healthcare provision, and a selection of standards pertaining to the provision of specialist inpatient care.

If you have time, we recommend reading through it again.

Owing to limitations of space, we are unable to print the full wording, but the parts that we have included are quoted verbatim from the text of the official publication.

The sections that we have included were selected with the aim of providing the best support we can for activities related to the controlling, monitoring and appraisal of nursing services provided within the health system.

*In this issue, as part II of the series, we examine the **standards for the administration of pharmaceuticals in healthcare institutions.***

In future issues we will devote column space to more of the standards, as well as to essays by specialists regarding the practical application of the HSHP, suitable for use in workshops held with the aim of improving the quality of nursing, as well as in promoting the use of best nursing practices.