

N Ó V É R

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2008. december, 21. évfolyam 6. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

A magyarországi sürgősségi osztályok dolgozói megítélése <i>Dr. Nagy Gábor, Fullér Noémi, Marton-Simora József, Dr. Betlehem József</i>	3
Kiegész szindróma vizsgálata az ápolók körében <i>Köbli Mónika, Dr. Nagy László, Pálfiné Dr. Szabó Ilona</i>	11
Élet a változó kor után <i>Link Zsuzsanna, Bujtor Anna, Dr. Vincze Emőke, Dér Anikó, Mák Erzsébet, Németh Katalin, Karamánné Pakai Annamária,</i>	21
KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS „Egészségügyi szakemberek nemzetközi virtuális osztályterme az Interneten”	29
GRATULÁLUNK!	31
AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA Az elektív szemmegnyitó műtétek során alkalmazott prevenciók eljárás hatása a postoperatív endophtalmitis megelőzésében <i>Maginé Kórizs Judit</i>	33
A műlencsetervezés jelentősége a postoperatív refrakciós hiba csökkentésében <i>Kuczik Júlia</i>	37
Új képkötő eljárás a szemészetben <i>Baloghné Balla Katalin</i>	39

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

Workers' perception of Hungarian emergency departments
Nagy, G., Fullér, N., Marton-Simora, J., Betlehem, J. 3

A study of burnout syndrome among nurses
Köbli, M., Nagy, L., Pálfiné Szabó, I. 11

Life after the menopause
Link, Zs., Bujtor, A., Dr. Vincze, E., Dér, A., Mák, E., Németh, K., Karamánné Pakai, A. 21

TRAINING

"International Virtual Classroom for Health Care Professionals" 29

CONGRATULATIONS

NURSING IN PRACTICE

Effect of preventive procedures applied in the course of elective cataract surgery,
 in the prevention of postoperative endophthalmitis
Maginé Kórizs, J. 33

The importance of intraocular lens design in the reduction
 of postoperative refractive errors
Kuczik, J. 37

New imaging procedure in ophthalmology
Baloghné Balla, K. 39

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József
egyetemi docens

Kárpáti Zoltán
ápolási menedzser

Oláh András
adjunktus

Szloboda Imréné
ápolási igazgató

Tóth Ibolya
szakmai vezető főtanácsos

Dr. 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, Szombathely

Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*
 Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
 SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*
 Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
 PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
 Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Dr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*
 Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest


Dr. Rácz Jenő, *elnök*
 Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné
 Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*
 Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara,
 Országos Működési Nyilvántartás, Budapest

Vízvári László *főtisztviselő*
 Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

	1084 Budapest, Auróra u. 11.
	Tel.:303-4738, Fax: 303-4744
E-mail:marketing@observer.hu	
http://observer.hu	

A magyarországi sürgősségi osztályok dolgozói megítélése

Dr. Nagy Gábor

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Sürgősségi Ellátási Tanszék

Fullér Noémi

ápoló hallgató, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar

Marton-Simora József

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Sürgősségi Ellátási Tanszék

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, Tanszékvezető, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar,
Sürgősségi Ellátási Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Hazánkban számos sürgősségi osztály került kialakításra. Célunk annak vizsgálata, hogy a sürgősségi osztályokon dolgozók miként vélekednek munkahelyükről, és milyen tényezők befolyásolják véleményüket.

Vizsgálati anyag és módszer: Keresztmetszeti, reprezentatív kérdőíves felmérésünkben, 2007-ben SO1 és SO2 besorolással rendelkező sürgősségi osztályok (n: 24) dolgozóit, összesen 486 fő (ápoló n: 327, orvos n: 159) véleményét kérdeztük meg. A kapott eredményeket SPSS 13.0 szoftverrel Khi négyzet próbával elemeztük.

Eredmények: Az ápolók szerint a sürgősségi osztály megítélését meghatározza az orvos és ápoló közötti viszony ($p < 0,001$), a kórház fogadóképessége ($p < 0,001$), a beteg várakozási ideje az első állapotfelmérésig ($p: 0,002$), valamint az orvosok elégséges száma ($p < 0,001$). Az orvosok sürgősségi osztályról alkotott véleményét a beteg első állapotfelmérésig eltelt idő ($p: 0,005$), a beteg sürgősségi osztályon töltött átlag ideje ($p: 0,026$), valamint az orvosok elégséges száma ($p < 0,001$) befolyásolta leginkább.

Következtetés: Mind a megkérdezett ápolók, mind a megkérdezett orvosok véleménye szerint a sürgősségi osztályok működése kielégítőnek mondható, bár azok meghatározó tényezőit eltérő módon ítélik meg.

I. Bevezetés

A hazai sürgősségi betegellátásnak a XXI. század elvárásainak megfelelő korszzerűnek, szakmailag egységesnek és integrált rendszerben működőnek kell lennie. (Belicza 2007, Burány 2007) A hosszú múlt-
ra visszatekintő Országos Mentőszolgálat (OMSZ) mellett szükségessé vált a hospitális sürgősségi ellátórendszer bővítése, és minőségének javítása. Ennek fontos elemei: új sürgősségi osztályok létrehozása, valamint a meglévők fejlesztése, korszerűsítése annak érdekében, hogy a sürgősségi ellátást igénylők betegségének diagnosztizálása és ellá-

tása gyorsan és a szakma szabályai szerint történjen meg. A magyarországi hospitális sürgősségi rendszer még viszonylag rövid múltra tekint vissza. Az elmúlt évtizedben hazánkban egyre több sürgősségi osztály került kialakításra, számuk napjainkban még nem elegendő. A meglévő sürgősségi osztályokat azok fogadóképessége, valamint tárgyi és személyi feltételei szerint sürgősségi fogadóhely (SFH), sürgősségi centrum (SO1) és sürgősségi betegellátó osztály (SO2) csoportba sorolhatjuk. Emellett fontos meghatározó tényezője a megfelelő háttérosztályok megléte és azok minősége (60/2003 (X. 20.) ESZCSM rendelet).

A hospitális sürgősségi ellátás feltételeinek megteremtésével egyidejűleg az egészségügyben dolgozók száma sajnos évről évre csökken. Ez szükségessé teszi a meglévő humán erőforrások megfelelő felosztását, új szakemberek toborzását és az aktív dolgozók elégedettségének növelését annak érdekében, hogy a további csökkenés megállítható legyen. (Burány 2007, Pálfi 2008)

A sürgősségi osztályok működését számos ellátást befolyásoló tényező együttes hatásaként vizsgálhatjuk. Ezek közé tartoznak egyrészt egészségpolitikai tényezők (pl.: mentő kiérkezési ideje, finanszírozási kérdések), klinikai fókuszú mutatók (pl.: protokolloknak való megfelelés), betegközpontú mutatók (pl.: a betegek körében végzett felmérések eredményei), végül az egészségügyi kapacitásra és egészségügyben dolgozók képességeire vonatkozó mutatók (pl.: a dolgozók munkakörülményei, a dolgozók képzettsége, a dolgozók körében végzett egyes felmérések eredményei). A hazai egészségügyi rendszerben egy kórházi osztály minőségét főként az osztály objektív mutatói – a dolgozói létszámok, a dolgozók minősítései, a kórház/osztály anyagi és tárgyi feltételei, az ápolási idők, valamint a halálozási ráták – határozzák meg. (Pálfi 2008, Healthcare Commission homepage 2005)

A nemzetközi irodalom a sürgősségi osztályok megítélésakor főként a betegek elégedettségével – ezen belül is a várakozási idővel, a személyzet hozzáállásával, a kommunikációval –, mint fontos tényezővel foglalkozik. (Geraldine 2006, Holden 1999, Walsh 2001) Elenyésző azonban azon hazai publikációk száma, melyek a sürgősségi osztályon dolgozók véleményét vizsgálják. Az egészségügyben, ezen belül is a sürgősségi osztályon való munka jellegénél fogva jelentős testi és lelki megterhelést ró a dolgozókra, ezért is fontos az ő véleményüket megismerni, hogy azok birtokában terheiket csökkenthessük. (Betlehem 2007, Lu 2007) Célunk volt felmérni a magyarországi sürgősségi osztályok dolgozóinak (ápolók és orvosok) általános véleményét a saját osztályuk működéséről.

II. Minta és módszer

Reprezentatív keresztmetszeti önkítöltős kérdőíves felmérésünket 2007. év második felében végeztük azon magyarországi sürgősségi osztályokon, melyek vezetői írásos beleegyezésüket adták a lebonyolításhoz. Felmérésünket a sürgősségi osztályok számának, minősítésének meghatározásával kezdtük, melyhez segítséget nyújtott az ÁNTSZ Dél-Dunántúli Régiója. Kérésünkre közérdekű adatként rendelkezésünkre bocsátották hazánk azon felnőtt ellátást végző sürgősségi osztályainak elérhetőségét, melyek a 2007. június 26-i állapot szerint SO1 és SO2 besorolással rendelkeztek (n=37). Ezek vezetőit felkerestük, melynek eredményeként összesen 24 sürgősségi osztályon végeztük el felmérésünket. A teljes körű felmérés akadályai közt a kórházi vezetők beleegyezésének hiánya, a sürgősségi osztály időközbeni átszervezése/megszűnése, valamint a kórházi integráció okozta adminisztrációs problémák álltak.

A továbbiakban az SO1 és SO2 besorolások között nem teszünk különbséget, mivel ezek felmérésekor egy ki- és átalakuló hospitális rendszert vizsgáltunk. A későbbiekben együtt, „sürgősségi osztályok” gyűjtőnév alatt vizsgáljuk őket.

A felmérés lebonyolítására a kaposvári Kaposi Mór Oktató Kórházban 2006. végén végzett próbafelmérést, majd a vizsgálati eszközben történt módosítást követően került sor, a kórházak vezetői által kijelölt kontaktszemélyek segítségével. A felméréshez 2 különböző, orvosok és ápolók részére készített, összesen 860 db kérdőívet küldtünk ki, az érintett sürgősségi osztályon dolgozók szakképzettségének, illetve szakvizsgájának figyelembe vétele nélkül. Az egyes osztályokra elküldött kérdőívek számát a kórházaktól kért létszámadatok alapján határoztuk meg. 488 db kitöltött kérdőív érkezett vissza (56,5%), melyből 486 db (ápolók: 327, orvosok: 159) volt értékelhető.

A felmérésben az alábbi témaköröket érintő kérdésekre kerestünk válaszokat:

– A sürgősségi osztály dolgozói megítélése és fogadókészsége.

- A dolgozók megítélése szerint a beteg és hozzátartozójának bizalma a személyzethez.
- A dolgozók szerint az átlagos betegvárakozási, ellátási, dokumentációra szánt idők.
- Triage rendszer használata és ennek megítélése.
- Az ápolók által ténylegesen végzett és elvárható feladatok.
- A triage során használatos fizikális vizsgáló módszerek és azok értékelése.
- Demográfia adatok.

Jelen közleményünkben csak a kérdőív egyes részeinek válaszait dolgoztuk fel.

Az adatokat SPSS 13.0 szoftverrel elemeztük, gyakoriság elemzés és Khi négyzet próba segítségével. Szignifikánsnak $p < 0,05$ esetén tartottuk az eredményeket.

III. Eredmények

1. Összefoglaló demográfiai adatok

A megkérdezett ápolók átlagéletkora 33,7 (19 - 59) év volt. A férfi/nő arány 41/284 (2 fő nem válaszolt), az egészségügyben eltöltött átlag idő 14,79 év, a sürgősségi osztályon eltöltött idő átlaga 3,75 év volt. A megkérdezett orvosoknál az átlagéletkor 39,5 (24 - 71) év, a férfi/nő arány közel azonos 86/72 (egy fő nem válaszolt) volt. Az egészségügyben eltöltött átlag idő 14,96 év, míg a sürgősségi osztályon eltöltött idő átlaga 3,88 év volt.

A demográfiai adatokból is egyértelműen látszik, hogy a két dolgozói csoport közt a nemek arányát tekintve szignifikáns különbséget találtunk. Amíg az orvosok közt a nemek aránya közel egyenlő, addig az ápolók esetén jelentős női dominancia mutatkozott a szakma jellegéből adódóan, bár itt nagyobb számú férfi munkatárs jelenlétére számítottunk. A megkérdezettek átlagéletkorát, egészségügyben és sürgősségi osztályon eltöltött átlag idejét tekintve a két csoportban nem volt számottevő különbség. Az ápolók legmagasabb iskolai végzettsége az esetek közel 70%-ában az érettségi volt, szakképzettségük tekintetében az OKJ-s képzések, az általános ápoló és asszisztensi képzettség, valamint a felnőtt szakápolói kép-

zettség dominál. (**I. táblázat**) Alacsony (kb. 20%) azok száma, akik felsőfokú végzettséggel rendelkeznek. Az orvosok természetesen mindannyian diplomával rendelkeznek, a szakvizsga megléte, valamint a szakvizsgák száma és jellege nagyfokú változatosságot mutatott. Sajnálatos tény, hogy a jelen orvos-továbbképzési helyzetben minimális az oxiológus vagy sürgősségi orvostan szakvizsgával rendelkezők száma, hiányzik a sürgősségi osztályok képzett orvosi háttere. Ennek eredményeként ezen tényező hatását a későbbiekben részletesen nem vizsgáljuk, bár összefoglalva elmondható, hogy a megkérdezettek szakvizsgájának megléte, illetve annak minősége nem mutatott összefüggést a jelen vizsgálatunkban hangsúlyozott sürgősségi osztály megítélésével.

I. táblázat: A megkérdezett ápolók legmagasabb iskolai végzettségének és szakképzettségének* megoszlása (n=327)

Iskolai végzettség	fő	%
8 általános	1	0.31
szakiskola	29	8.87
érettségi	227	69.42
főiskola	57	17.43
egyetem	6	1.83
nincs válasz	7	2.14

Szakképzettség*	fő	%
OKJ	180	55
általános ápoló és asszisztens	133	40.3
felnőtt szakápoló	122	37.3
diplomás ápoló	43	13
mentőszakápoló	22	6.7
mentőtiszt	7	2.1
okleveles ápoló	5	1.5

* A megkérdezettek több szakképzettséget is megjelölhettek

A sürgősségi osztályok számának és az ellátás színvonalának növekedése komoly human erőforrásbeli problémát jelent, így sajnos jelenleg a sürgősségi osztályokon nincsen elég képzett ápoló és orvos, hogy az ellátás és a triage rendszer színvonala a nemzetközi élmezőnyhöz felzárkózzon. A hazai sürgősségi osztályok egy részében ezért a betegek sürgősségi osztályozásában járatosabb (zömében mentőtiszt végzettségű) szakember segíti. A

triage ápoló képzés hiányában a sürgősségi osztályok/kórházak egy része saját dolgozóinak intézményen belül próbálja a szükséges ismereteket átadni, a magasabb szintű ellátás érdekében. A felmérés során történő megbeszélések fényt derítettek arra is, hogy a sürgősségi

osztályon dolgozó ápolók feladatköre akár naponta is változhat, míg egyik nap „osztályos ápoló” feladatot látnak el, addig egy másik nap a betegek osztályozását végzik. Felmérésünkben vizsgáltuk a megkérdezettek azon feladatkörét (státuszát), amelyben a munkájuk során zömében dolgoznak. Az elsődleges feladatkörök megoszlását a **II. táblázat** mutatja. Látható, hogy a dolgozók nagy része osztályos ápolóként dolgozik, kisebb százaléka triage ápolóként vagy vezető pozícióban. Kevés volt azon segédápoló munkakörben dolgozók száma, akik kitöltötték a kérdőívet, így ezek valós számát megjósolni nem lehet, pedig véleményük nagyban hozzájárult volna a teljes ápolói szféra felméréséhez. Részletesen megvizsgálva az elsődleges feladatkörökben

II. táblázat: Az ápolók elsődleges feladatköreinek megoszlása (n=327)

	fő	%
oszt.vezető ápoló	22	6.7
triage ápoló	47	14.4
osztályos ápoló	232	70.9
segédápoló	6	1.8
egyéb	18	5.5
nincs válasz	2	0.6

III. táblázat: Ápolók sürgősségi osztályról alkotott véleményének különböző tényezőkkel vizsgált statisztikai elemzéseinek összefoglalása

	Pearson Khi négyzet próba		Cramer's V	
	Khi négyzet	szig.	érték	szig.
Neme	2,145	0,342	-	-
Kora*	7,015	0,219	-	-
Milyen feladatkörben dolgozik?	4,839	0,436	-	-
Hány éve dolgozik az egészségügyben?*	16,865	0,32	-	-
Hány éve dolgozik sürgősségi osztályon?***	17,073	0,252	-	-
Legmagasabb iskolai végzettség?	6,742	0,241	-	-
Mit gondol az Ön munkáját az orvos hogyan értékeli?	22,584	<0,001	0,263	<0,001
Milyen az orvos és ápoló közti viszony minősége?	59,813	<0,001	0,428	<0,001
Milyen a sürgősségi osztály teamjének fogadóképessége?				
a. előzetes értesítés esetén	27,065	<0,001	0,288	<0,001
b. előzetes értesítés nélkül	29,781	<0,001	0,302	<0,001
Milyen az ellátásra szoruló beteg bizalma az ápoló személyzethez?	4,241	0,374	-	-
Milyen az ellátásra szoruló beteg hozzátartozójának bizalma az ápoló személyzethez?	12,777	0,012	0,198	0,012
Átlagos idő a beteg érkezése és első állapotfelmérése között?	19,476	0,002	0,244	0,002
Átlagos idő a beteg első állapotfelmérése és elbocsátása/áthelyezése között?	2,15	0,828	-	-
Átlagos idő egy új beteg felvétele során végzett összes feladatának ellátásakor?	13,709	0,187	-	-
Átlagos idő egy új beteg felvétele során végzett összes dokumentációs feladatának ellátásakor?	3,008	0,884	-	-
Megfelelő az orvosok száma az Önök sürgősségi osztályán?	17,986	<0,001	0,235	<0,001
Megfelelő az ápolók száma az Önök sürgősségi osztályán?	4,313	0,116	-	-
A betegek súlyosság szerinti osztályozása (triage) standard protokollok alapján történik?	2,328	0,507	-	-

* 10 évenként kategorizálva

** 5 évenként kategorizálva

*** 2 évenként kategorizálva

(státuszokban) dolgozókat, nem találtunk kapcsolatot a feladatkör típusa és az ápolói munka orvosi megítélése, az osztály fogadókészsége, az orvos-ápoló közti viszony minősége, a becsült betegellátásra szánt idők közt.

A későbbiekben a könnyebb értelmezhetőség miatt az „összességében hogyan értékeli a sürgősségi osztály működését” kérdés válaszait (elégtelen /1/- jeles /5/) dichotomizáltuk. A dichotomizálás alapja az ezen kérdésre adott válaszok medián értéke volt. Ennek alapján a 4-5-ös válasz esetén a *megfelelőnek*, 1-2-3-as válasz esetén *nem megfelelőnek* tartottuk az osztályok – dolgozók szerinti működését.

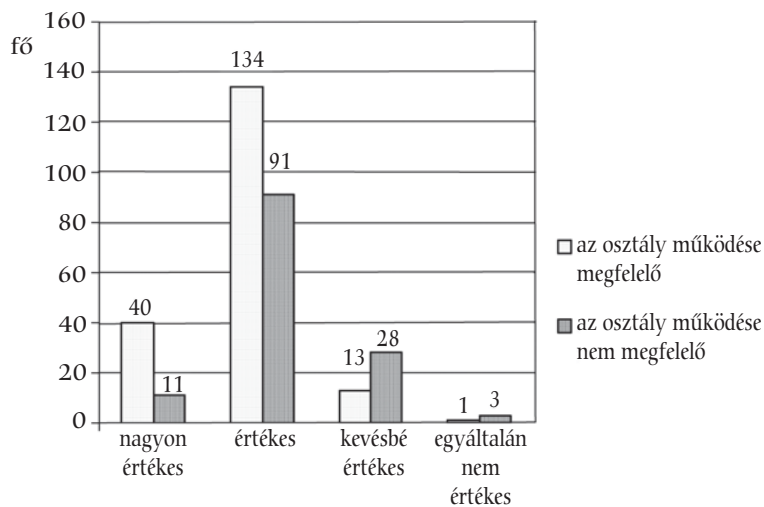
2. Ápolók kérdőíveinek eredményei

Felmérésünkben igyekeztünk megismerni a dolgozók osztályukról alkotott véleményét, és kapcsolatot keresni egyes tényezőkkel. Vizsgálatunkban a sürgősségi osztályok ápolói megítélésének átlaga 3,66 volt. A **III. táblázatban** az ápolók sürgősségi osztályról alkotott véleményének és a különböző kérdésekre adott válaszaiknak kapcsolatát elemeztük.

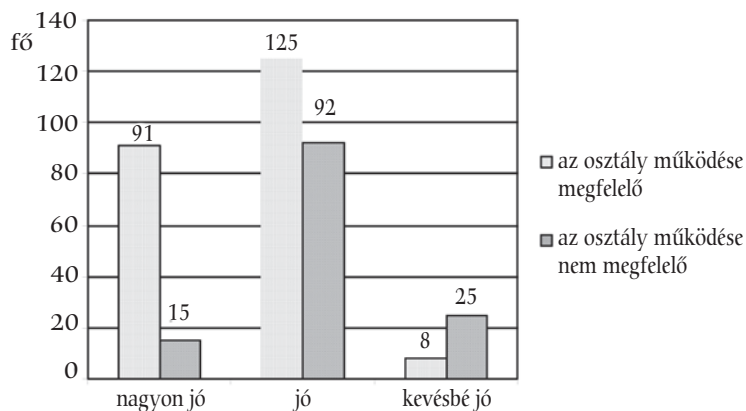
Nem találtunk szignifikáns kapcsolatot az osztály megítélése és az ápolók kora, neme, egészségügyben eltöltött ideje, legmagasabb iskolai végzettsége, a szakképzettsége, valamint jelen feladatköre között.

Az ápolók azon véleménye, mely szerint az orvosok mennyire tartják fontosnak az ő munkáját, valamint az adott osztály működésének megítélése szoros kapcsolatot mutatott. Az **1. ábrán** mutatjuk be azt, hogy minél rosszabb az ápolók önmaguk munkájára vonatkozó véleménye, annál rosszabb szerintük az osztály megítélése is ($p < 0,001$). Az ápolók szerint az orvos és ápoló közti ros-

1. ábra: A sürgősségi osztály ápolói megítélése és az ápolók azon véleményének megoszlása, mely szerint az orvosok milyennek értékelik az ápolók munkáját



2. ábra: A sürgősségi osztály ápolói megítélése és az ápolók szerinti orvos-ápoló közötti viszony minőségének megoszlása



szabb viszony is jelentősen ($p < 0,001$) rontja az osztály megítélését (**2. ábra**).

Fontos megjegyezni, hogy a sürgősségi osztályon történő megfelelő szintű ellátás team munkán alapul, így a minél jobb összhang megteremtése kívánatos. Összességében a megkérdezett ápolók közel 90%-a jónak, vagy nagyon jónak ítélte meg az orvosokkal kialakított viszonyát, ami az intenzív ellátási munkakörülményből is fakad.

Az osztály fogadókészségének ápolói minősítése erősen befolyásolta az osztály megítélését, mind a beteg érkezéséről történő előzetes értesítés esetén, mind pedig az érte-

sítés nélküli esetben. A sürgősségi osztály fogadóképességét rosszabbnak minősítő ápolók esetében az osztályról alkotott vélemény is alacsonyabb pontszámot kapott, az előzetes értesítéstől függetlenül. A sürgősségi osztályok megítélésében kiemelt szerepet kap azon idő, míg a sürgősségi osztályra belépő beteg első állapotfelmérése (triage szintje) megtörténik, továbbá a betegek sürgősségi osztályon való várakozási ideje a végső elhelyezésig. Kapcsolat figyelhető meg a beteg első állapotfelméréséig eltelt idő, valamint az osztály ápolói megítélése között ($p < 0,012$). Az ápolók szerint az állapotfelmérésig eltelt idő növekedésével romlik az osztály megítélése.

Sajnálatos tény, hogy hazánkban az ápolói munkakörben dolgozók száma alacsonyabb az elvártnál, emellett csökken az aktív orvosi munkakörben dolgozók száma is. Hazánk sürgősségi osztályain az ápo-

lói triage rendszerek használata, bár egyre növekszik, de még kevés helyen működik hatékonyan, ezért zömében a sürgősségi osztály orvosai végzik a betegek súlyozását. Ennek hatása elemzésünkben is észlelhető, mivel az orvosok számának elégséges volta szignifikáns kapcsolatot mutat a sürgősségi osztály ápolói megítélésével, ellenben nem találtunk kapcsolatot az ápolói létszám és az osztály megítélése között. A nyugati országokhoz hasonló triage rendszerek bevezetése hazánkban is elkezdődött már, bár komolyabb elterjedése még várat magára. Kérdőíves felmérésünkben vizsgáltuk, hogy a triage rendszerek használata összefüggésben van-e az osztály megítélésével. Valószínűleg a kis elterjedtsége miatt nem találtunk kapcsolatot a fent említett összefüggés analízisekor.

IV. táblázat: Az orvosok sürgősségi osztályról alkotott véleményének különböző tényezőkkel vizsgált statisztikai elemzéseinek összefoglalása

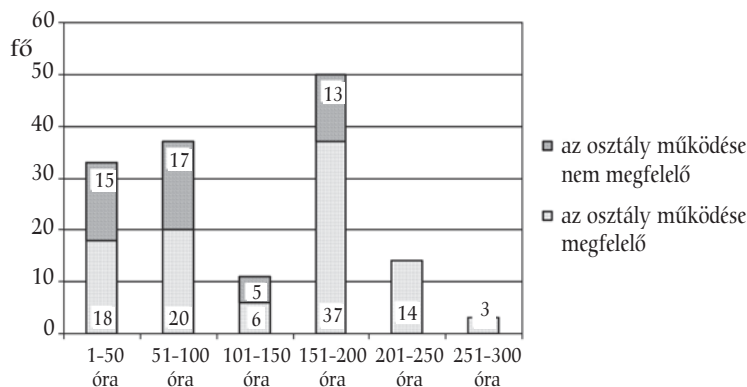
	Pearson Khi négyzet		Cramer's V	
	Khi négyzet	szig,	érték	szig,
Neme	2,679	0,262	-	-
Kora*	3,098	0,796	-	-
Hány éve dolgozik az egészségügyben?***	6,467	0,775	-	-
Hány éve dolgozik sürgősségi osztályon?***	10,243	0,595	-	-
Hány órát dolgozik a sürgősségi osztályon?	13,664	0,034	0,293	0,034
Hogyan értékeli az ápoló személyzet munkáját?	3,046	0,218	-	-
Milyen az orvos és ápoló közti viszony minősége?	4,015	0,26	-	-
Milyen a sürgősségi osztály teamjének fogadóképessége?				
a, előzetes értesítés esetén	8,172	0,085	-	-
b, előzetes értesítés nélkül	4,928	0,295	-	-
Milyen az ellátásra szoruló beteg bizalma az orvosi személyzethez?	4,885	0,43	-	-
Milyen az ellátásra szoruló beteg hozzátartozójának bizalma az orvosi személyzethez?	7,42	0,191	-	-
Átlagos idő a beteg érkezése és első állapotfelmérése között?	16,54	0,005	0,323	0,005
Átlagos idő a beteg első állapotfelmérése és elbocsátása/áthelyezése között?	12,688	0,026	0,282	0,026
Átlagos idő egy új beteg felvétele során végzett összes feladatának ellátásakor?	8,506	0,484	-	-
Átlagos idő egy új beteg felvétele során végzett összes dokumentációs feladatának ellátásakor?	11,795	0,107	-	-
Megfelelő az orvosok száma az Önök sürgősségi osztályán?	13,63	<0,001	0,293	<0,001
Megfelelő az ápolók száma az Önök sürgősségi osztályán?	0,625	0,429	-	-
A betegek súlyosság szerinti osztályozása (triage) standard protokollok alapján történik?	3,596	0,166	-	-

* 10 évenként kategorizálva

** 5 évenként kategorizálva

*** 2 évenként kategorizálva

3. ábra: A sürgősségi osztály orvosi megítélésének és az orvosok sürgősségi osztályon eltöltött átlagos havi munkaidejének megoszlása



3. Orvosok kérdőíveinek eredményei

A sürgősségi osztályok működésének orvosi megítélése hasonló az ápolókéhoz, átlagosan 3,69. Az orvosok sürgősségi osztályra vonatkozó megítélését az ápolókéhoz hasonló kérdésekkel vetettük össze. Ennek eredményeit a *IV. táblázatban* összegeztük.

Az ápolókkal ellentétben a sürgősségi osztály megítélése jóval kevesebb tényezővel mutatott összefüggést, és ezen kapcsolatok csak részben mutattak átfedést az ápolók körében tapasztaltakkal.

Nem várt módon, a sürgősségi osztályon dolgozó orvosok sürgősségi osztályon eltöltött havi munkaidejének növekedésével javuló tendencia mutatkozott az osztály megítélését illetően (*3. ábra*). Talán a legfőbb magyarázata a jelenségnek, hogy a részálásban ott dolgozó kollégák általában másodállásként dolgoznak a sürgősségi osztályon, így valószínűleg a jelentősebb leterheltségük hatással van az osztály megítélésére.

A további eredményeket vizsgálva láthatjuk, hogy hasonlóan az ápolók eredményeihez, szignifikáns kapcsolat mutatkozott a betegek várakozási ideje és az osztály megítélése között. Az orvosok körében a betegek hosszabb várakozási ideje kedvezőtlenül befolyásolta az osztály megítélését.

Nem találtunk összefüggést az orvosok sürgősségi osztályt érintő megítélése és az orvosok neme, kora, egészségügyben, valamint sürgősségi osztályon eltöltött ideje, az osztály fogadóképessége, a betegek és hozzátartozóik bizalma között. A triage használata az adott sürgősségi osztályon és az

orvosok megítélése között sem találtunk szignifikáns összefüggést.

IV. Következtetések

A sürgősségi osztályok számának növekedésével és elérhetőségeik terjedésével hazánkban is egyre fontosabbá válik a hospitális sürgősségi betegellátás minőségének fejlesztése. A minőség megítélésének számos eleme közül a beteg és dolgozói elégedettség vizsgálata fontos helyen kell hogy szerepeljen. Vizsgálatunk szerint a sürgősségi osztály dolgozói megítélése az ápolók és orvosok közt hasonló, átlagosan 3,67 volt. Felmérésünkből látszik, hogy a várakozási idő hossza nem csak a betegek szerint fontos meghatározó tényező a sürgősségi ellátás minőségének megítélésében, hanem az egészségügyi szakdolgozók esetén is. Emellett az ápolók többnyire szubjektívebb tényezőkkel (beteg hozzátartozójának bizalma, orvos-ápoló közti viszony, saját munkájuk megítélése) hozták kapcsolatba a saját osztályuk megítélését, míg az orvosok esetén inkább az objektívebb (pontosabban meghatározható) tényezőkkel volt kapcsolat (a betegek várakozási ideje, a munkaidő, az orvosok elégséges száma), ennek hátterében a két csoport nemi különbségei is állhatnak. A sürgősségi ellátás a benne dolgozók számára komoly kihívást, lelki és fizikai megterhelést jelent, ők az egyik legveszélyeztetettebb csoport a pályaelhagyás tekintetében. A szakembereket úgy lehet hatékonyan az egészségügyi pályán tartani,

ha a véleményüket gyakran felmérve próbálunk megfelelő megoldást találni a sürgősségi ellátás esetleges problémáira, kialakítva

ezzel egy olyan összhangot, mely a legjobbat nyújtja betegnek és egészségügyi dolgozónak egyaránt.

Irodalomjegyzék

1. Belicza, E., Takács, E. (2007): kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás? Orvosi Hetilap 148 (43) pp. 2033–41.
2. Betlehem J., Tahin T., Warne T., Kriszbacher I., Boncz I., Olah A., Bodis J. (2007): A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon. Nővér, 20;6: pp. 3–13.
3. Bjork, IT. et al. (2007): Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 44 (5) pp. 747–57
4. Burány B. (2007): Oxiológus-Krízis Magyarországon. IME VI, 6, pp. 20–26
5. Geraldine, L et al. (2006): Characteristics of patients who did not wait for treatment in the emergency department: A follow up survey. Accident and Emergency Nursing (14), pp. 56—62
6. Holden, D., Smart, D. (1999): Adding value to the patient experience in emergency medicine: what features of the emergency department visit are most important to patients? Emergency Medicine (11) pp. 3–8.
7. Lu, H. et al. (2007): Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. International Journal of Nursing Studies 44 (4) pp. 574–88
8. Palfi I., Nemeth K., Kerekes Z., Kallai J., Betlehem J. (2008): The role of burn-out among Hungarian nurses. International Journal of Nursing Practice. 14;1: pp.19–25.
9. Walsh R. (2001): Patient satisfaction with emergency nurse practitioners. Emergency Nurse (8): pp. 23–30
10. Healthcare Commission homepage: 2005 performance ratings (2005): [http:// rating2005.healthcarecommission.org.uk](http://rating2005.healthcarecommission.org.uk)
11. 60/2003 (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

Workers' perception of Hungarian emergency departments

Nagy, G., Fullér, N., Marton-Simora, J., Betlehem, J.

Aim of the study: Numerous emergency departments have been established in Hungary. The aim of this study is to determine how workers in emergency departments perceive their workplace, and what factors influence their opinions.

Sample and methodology: In a representative-sample survey, held in 2007, we solicited the opinions of category SO1 and SO2 workers in emergency departments (n: 24), a total of 486 persons (nurses n: 327, doctors n: 159). The results were analysed using SPSS 13.0 software, with a chi-square test.

Results: According to the nurses the perception of an emergency department is defined by the relationship between doctors and nurses ($p < 0.001$), the capacity of the hospital ($p < 0.001$), the time patients must wait until the first examination ($p: 0.002$), and the presence of a sufficient number of doctors ($p < 0.001$) The doctors' perception of emergency departments was mainly influenced by the time patients must wait until the first examination ($p: 0.005$), the average length of time spent by patients in the department ($p: 0.026$), and the presence of a sufficient number of doctors ($p < 0.001$).

Conclusions: In the opinion both of the nurses and the doctors, the operation of the emergency departments can be regarded as satisfactory, although they differ in their judgement of which factors determine this.

Kiégés szindróma vizsgálata az ápolók körében

Köbli Mónika

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar

Dr. Nagy László

egyetemi adjunktus, Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar

Pálfiné Dr. Szabó Ilona

adjunktus, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar

Összefoglaló

A kutatás célja: Felmérésünkben arra kerestük a választ, hogy a kórházi ápolók körében milyen mértékben van jelen a kiégés, milyen szocio-demográfiai tényezők játszanak szerepet a jelenség kialakulásában, és milyen megküzdési mechanizmusokat alkalmaznak az ápolók a stresszhelyzetek megoldására. A vizsgálatban a szombathelyi Vas Megyei Markusovszky Kórházban onkológiai, hematológiai, intenzív, reumatológiai, fül-orr-gégészeti és pulmonológiai osztályokon, valamint a zalaegerszegi Zala Megyei Kórház onkológiai, hematológiai, intenzív és fül-orr-gégészeti osztályokon dolgozó ápolói vettek részt. A célcsoportba az adott osztályok valamennyi ápolója beletartozott, de csak 68 darab értékelhető kérdőív került elemzésre (N=68). Az adatok kiértékelése az SPSS 15.0 program segítségével történt, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával.

Eredmények: A kiégés jelensége egyértelműen megfigyelhető a vizsgálatban részt vevő ápolók körében. A kiégettség együtt jár a depresszív hangulattal, szomatikus problémákkal és az interperszonális kapcsolatokban tapasztalható nehézségekkel. A stresszel való megküzdés és kiégés között is tapasztalható összefüggés. A szocio-demográfiai tényezők csak részben befolyásolják a burnout kialakulását.

A munkakörnyezeti stresszkeltő események hatásainak vizsgálatára egyre nagyobb hangsúlyt helyeznek az emberközpontú humán foglalkozások körében. Ilyen humán foglalkozás a nővéri hivatás is. Az ápolók munkájuk során komoly fizikai és pszichés megterhelésekkel szembesülnek. A beteg emberek ápolása, gondozása nehéz feladat, feszültséggel telített munka, amely az ápoló teljes fizikai és lelki igénybevételét jelenti. Az ápolói munka során jelentkező terhelések nemcsak a betegek gondozásakor keletkező fizikai és lelki igénybevételből adódnak, hanem az ápolók felé támasztott egyre nagyobb társadalmi elvárásokból is. A nagyfokú felelősség, a több műszakos beosztás, az ügyeleti rendszer, a nem megfelelő tárgyi feltételek, az anyagi és erkölcsi megbecsültség hiánya ugyancsak elégedet-

lenséget okoz az ápolók között. Mindezek olyan tényezők, amelyek megterhelik az egyént és az érzelmi kapacitás kimerüléséhez, majd kiégéshez vezetnek. A kiégés fogalmának meghatározása Fredenberger nevéhez köthető. *A szindróma krónikus emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.* (Fekete, 1991)

A mindennaposá váló pályaelhagyás, s az ebből adódó nővérhiány maga után vonja az ápolás színvonalának csökkenését. A pályán maradt nővérek között egyre több olyan ápolóval találkozhatunk, akiknél az ingerültség, a betegekkel szembeni toleran-

cia csökkenése, az elégedetlenség, érdeklenség a célok és érzelmek hiánya tapasztalható.

A kutatás célja

Megvizsgálni, hogy az ápolói hivatást vállalók körében milyen gyakorisággal fordul elő a kiégés jelensége, továbbá arra a kérdésre keresni a választ, hogy a kiégettség előfordulását befolyásolja-e a munkában eltöltött idő, az ápolói presztízs szubjektív megítélése, a műszakbeosztás, a másodállás megléte, és a fizetéssel való elégedettség. Megismerni azt, hogy a különböző súlyosságú betegek ellátását végző ápolók körében a lelki kimerültség területén van-e különbség. A vizsgálat célja továbbá az, hogy az ápolók stresszhatásokkal szemben alkalmazott megküzdési stratégiáikról képet kapjunk, és megnézni azt, hogy a kiégettség, valamint az alkalmazott coping mechanizmusok között van-e valamiféle kapcsolat. Ez a kutatás arra is kereste a választ, hogy a vizsgálati csoportban a kiégettség és az ápolók körében felmért depresszió mértéke között kimutatható-e összefüggés.

Hipotézisek

- Feltételezzük, hogy a kiégés jelensége tetten érhető valamennyi vizsgált kórházi osztályon dolgozó ápoló körében, de legnagyobb gyakoriságban a súlyos betegeket ellátó osztályok (onkológia, hematológia, intenzív) ápolóinál figyelhető meg.
- A burnout kialakulásának mértékét adott szocio-demográfiai faktorok (munkában eltöltött idő, az ápolói presztízs szubjektív megítélése, a műszakbeosztás, a másodállás, és a fizetéssel való elégedettség) jelentős mértékben befolyásolják.
- Feltételezzük, hogy azoknál az ápolóknál, akiknél az elszemélytelenedés mértéke magasabb – azaz jellemző a társas kapcsolatok beszűkülése és a visszahúzó viselkedés –, a depresszió előfordulása is gyakoribb.

Adatgyűjtési módszerek

A felmérésben zárt, anonim, önkitöltős kérdőívet alkalmaztunk, amely négy részből állt:

- Szocio-demográfiai faktorok (saját szerkesztésű), amely kitért a vizsgált személy életkorára, nemére, iskolai végzettségére, az egészségügyben eltöltött időre, a jelenlegi munkabeosztásra, másodállásra, a hivatás presztízsének és a fizetéssel való elégedettség megítélésére.
- Burnout kérdőív: Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach és Jackson 1981). A tesztben három faktor található (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, és a személyes teljesítmény), amely összesen 22 állítást tartalmaz. Az állításokon belül vizsgálja annak gyakoriságát és intenzitását. A gyakorisági állításokat 0-6-ig, az állítás intenzitását pedig 0-5-ig osztályozza. Az érzelmi kimerülés kilenc, a deperszonalizáció öt, a személyes teljesítmény nyolc állítást foglal magába.
- Az emocionális kimerültség *gyakorisága* azt vizsgálja, hogy az egyén munkája során milyen gyakran érzi magát fáradtnak.
- Az emocionális kimerültség *intenzitása* azt mutatja, milyen erősséggel éli meg az érzelmi kimerülést. A deperszonalizáció gyakorisága arra keresi a választ, hogy a személyek milyen gyakran kerülnek konfliktusba másokkal.
- Az intenzitás azt méri, mennyire erősen éli meg ezt a konfliktust a segítő. A személyes teljesítmény gyakorisága a segítő munkájának hatékonyságát, minőségét vizsgálja. A személyes teljesítmény intenzitása a munkába vetett energia és erőfeszítések nagyságát adja meg.
- CES- D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) depresszió mérő skála. A skálát 1970-es években Lenore Radloff fejlesztette ki. A tesztben négy faktor található (depresszív hatás, pozitív hatás, szomatikus/vegetatív és interperszonális kapcsolat), amely összesen 20 állítást tartalmaz. Az állításokat 1-4-ig osztályozza.

– CISS- 48 (Coping Inventory for Stressful Situation, Endler, N. S., Parker, J. D. A., 1994). Endler és Parker megküzdést mérő kérdőív három faktort tartalmaz. Ebből az első a feladatorientált (16 tétel), a második az emóció orientált (16 tétel), a harmadik az elkerülő megküzdés (16 tétel). Az elkerülés dimenzió tovább bontható szociális eltérítés és elterelés skálákra. A teszt 48 állítást tartalmaz, amelyeket 1-5-ig terjedő skálán lehet értékelni.

Lazarus szerint: „Megküzdés minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékeli, hogy azok felülmúlják, vagy felemésztenek aktuális személyes forrásait”. (Kállai, Varga, Oláh, 2007)

A megküzdési stratégiák lehetnek probléma központúak és érzelempontúak. A problémaközpontú stratégia lényege, hogy a személy a problémára, helyzetre összpontosít, hogy megkísérelje azt megváltoztatni. Az érzelem központú megküzdési stratégiát a személy akkor alkalmazza, amikor a helyzetet nem tudja megváltoztatni, vagy a stressz helyzet okozta érzelmi reakciókat igyekszik enyhíteni, ezzel megakadályozva a negatív érzelmek elhatalmasodását.

Vizsgálati minta és módszer

A vizsgálatban 2007. október- 2008. február között a szombathelyi Vas Megyei Markusovszky Kórház onkológiai, hematológiai, intenzív, reumatológiai, fül-orr-gégészeti és pulmonológiai osztályokon dolgozó ápolók, és a zalaegerszegi Zala Megyei Kórház onkológiai, hematológiai, intenzív és fül-orr-gégészeti osztályokon dolgozó ápolók vettek részt. A vizsgálatba való beválasztás kritériumai között mérlegeltük azt, hogy olyan kórházi osztályokon dolgozó ápolók kerüljenek kiválasztásra, akik szocio-demográfiai adatok alapján könnyen összehasonlíthatóak, de eltérő súlyosságú betegek ápolását végzik. Így a vizsgálatba került ápolókat két csoportra osztottuk,

aszerint, hogy milyen az általuk ápolott betegek állapotának súlyossága. A mintaválasztás technikája tehát a nem véletlen mintavételi eljárások közül az esetleges, kényelmi, azaz elérhető alanyokra korlátozódó mintavétel volt. A célcsoportba az adott osztályok valamennyi ápolója beletartozott, de csak 75 kérdőív érkezett vissza és 68 darab volt értékelhető. Ez képezi a minta-elemszámot (N=68). A vizsgálatban részt vettek valamennyien nők voltak; közülük 16 fő a 18-30 év közötti korosztályba, 32 fő a 31-41 év közötti korosztályba, 18 fő a 42-52 év közötti és 2 fő az 53-63 év közötti korosztályba tartozik. Az egészségügyben eltöltött átlag idő a vizsgált összes ápoló esetében 15 év (modus=20 év). A megkérdezettek közül 4 fő szakiskolai, 16 fő szakközépfiskolai, 18 fő OKJ-s, 23 fő főiskolai és 7 fő egyetemi végzettséggel rendelkezik, a minta 70%-a tehát felsőfokú szakmai végzettséggel bír. A vizsgált ápolók közül 22 fő egy műszakban, 30 fő két műszakban és 16 fő három műszakban dolgozik az adott osztályon. A megkérdezettek közül 12 főnek van másodállása.

Az elemzés módszere

Statisztikai elemzés: leíró és matematikai statisztikai módszerek alkalmazása az SPSS-15.0 program segítségével, a PTE- BTK Pszichológiai Intézetben történt.

Eredmények

Egy kérdőív megbízhatóságának és érvényességének vizsgálatára a Cronbach értéket használják. A 0,9 fölötti érték szigorú kritérium, de egyes vizsgálatoknál a 0,7 érték is elfogadott. (Szokolszky, 2004)

A vizsgálatban felhasznált standardizált kérdőívek (MBI, CES-D, CISS-48) megbízhatóságát jelöli az **1. táblázat**. A vizsgálati mintánkra alkalmazott standardizált kérdőívek megbízhatósági mutatói 0,62-0,91 érték közé esnek. Egy alfaktor kivételével a vizsgálatban felhasznált valamennyi kérdőív és azok faktorai elfogadható értéket mutattak (0,9-0,7).

I. táblázat: A kérdőívek faktorainak megbízhatósági mutatói

Kérdőív faktorok	Cronbach's Alpha
Érzelmi kimerülés gyakoriság	0,836
Elszemélytelenedés gyakoriság	0,7
Teljesítmény csökkenés gyakoriság	0,784
Érzelmi kimerülés intenzitás	0,802
Elszemélytelenedés intenzitás	0,724
Teljesítmény csökkenés intenzitás	0,726
Probléma fókusz	0,913
Érzelmi fókusz	0,872
Elkerülő fókusz	0,842
Depresszió	0,859
Pozitív érzelmek	0,704
Szomatikus tünetek	0,741
Interperszonális kapcsolat	0,621

Először azt vizsgáltuk, hogy a felmérésben részt vevő ápolók körében milyen mértékben fordul elő a kiégés gyakorisága. A Maslach Burnout Inventory (MBI) kérdőív kiértékelési adataival összevetve a kapott értékeket, azt találtuk, hogy az ápolók a kiégés valamennyi faktorában átlagosan a közepesen kiégett kategóriába tartoznak. (II. táblázat)

II. táblázat: A vizsgált kiégés faktorok átlag pontszáma valamennyi ápoló körében (N=68)

Kimerülés gyakoriság átlag pontszáma	26,8
Elszemélytelenedés gyakoriság átlag pontszáma	7,19
Teljesítmény csökkenés gyakoriság átlag pontszáma	33,88
Érzelmi kimerülés intenzitás átlag pontszáma	24,29
Elszemélytelenedés intenzitás átlag pontszáma	7,07
Teljesítmény csökkenés intenzitás átlag pontszáma	27,54

A vizsgálatban részt vett valamennyi ápoló a kiégés érzelmi kimerülés, az elszemélytelenedés és teljesítmény csökkenés faktorában átlagosan közepes értéket mutat. Az érzelmi kimerültség mértéke 17 főnél

alacsony, 26 főnél közepes és 25 főnél magas értéket mutatott. Az elszemélytelenedés gyakoriságának mértéke a minta közel felénél (33 főnél) alacsony, 19 főnél közepes és 16 főnél magas értéket mutatott. A teljesítmény csökkenés gyakoriság mértéke 15 főnél alacsony, 25 főnél közepes és 28 főnél magas értéket jelzett.

A továbbiakban megvizsgáltuk, hogy a vizsgálatban részt vett összes ápoló kiégés faktorai között milyen erősségű összefüggés található. Az érzelmi kimerülés intenzitása és gyakorisága és az elszemélytelenedés gyakorisága és intenzitása között szignifikáns kapcsolat figyelhető meg. A vizsgálat érdekessége, hogy a teljesítmény csökkenés hatékonyságának gyakorisága és intenzitása is szignifikáns kapcsolatot mutat a kiégés másik két faktorával, de ebben az esetben közöttük negatív korreláció figyelhető meg. (III. táblázat).

III. táblázat: A kiégés-faktorok közötti korreláció és szignifikancia mértéke (N=68)

kimerülés gyakoriság és elszemélytelenedés gyakoriság	r=0,68	p≤0,01
kimerülés gyakoriság és teljesítmény csökkenés gyakoriság	r=-0,25	p≤0,05
kimerülés gyakoriság és kimerülés intenzitás	r=0,85	p≤0,01
kimerülés gyakoriság és elszemélytelenedés intenzitás	r=0,66	p≤0,01
kimerülés gyakoriság és teljesítmény csökkenés intenzitás	r=-0,28	p≤0,05
elszemélytelenedés gyakoriság és teljesítmény gyakoriság	r=-0,29	p≤0,05
elszemélytelenedés gyakoriság és kimerültség intenzitás	r=0,6	p≤0,01
elszemélytelenedés gyakoriság és elszemélytelenedés intenzitás	r=0,89	p≤0,01
elszemélytelenedés gyakoriság és teljesítmény intenzitás	r=-0,24	p≤0,05
teljesítmény gyakoriság és kimerülés intenzitás	r=-0,37	p≤0,01
teljesítmény gyakoriság és teljesítmény intenzitás	r=-0,76	p≤0,01
kimerülés intenzitás és elszemélytelenedés intenzitás	r=0,69	p≤0,01
kimerülés intenzitás és teljesítmény intenzitás	r=-0,25	p≤0,05

A következőkben azt vizsgáltuk, hogy az ápolók kiégettség és depresszió faktorai kö-

zött milyen kapcsolat áll fenn. Az eredmények alapján azt találtuk, hogy a depresszió faktorok szignifikáns kapcsolatban vannak a kiegészítés és elszemélytelenedés gyakoriság és intenzitás faktoraival, de a teljesítmény csökkenés gyakorisága csak a depresszív és szomatizációs faktorokkal mutatott negatív korrelációt. (IV. táblázat).

IV. táblázat: Kiegészítés és a depresszió faktorok közötti korreláció és szignifikancia mértéke (N=68)

kimerülés gyakoriság és depresszív	r=0,53	p≤0,01
kimerülés gyakoriság és szomatikus faktor	r=0,57	p≤0,01
kimerülés gyakoriság és interperszonális faktor	r=0,43	p≤0,01
elszemélytelenedés gyakoriság és depresszív	r=0,46	p≤0,01
elszemélytelenedés gyakoriság és szomatizáció	r=0,45	p≤0,01
elszemélytelenedés gyakoriság és interperszonális faktor	r=0,41	p≤0,01
teljesítmény gyakoriság és depresszív	r=-0,301	p≤0,05
teljesítmény gyakoriság és szomatizáció	r=-0,42	p≤0,01
kimerülés intenzitás és depresszív	r=0,62	p≤0,01
kimerülés intenzitás és szomatizáció	r=0,64	p≤0,01
kimerülés intenzitás és interperszonális faktor	r=0,51	p≤0,01
elszemélytelenedés intenzitás és depresszív	r=0,48	p≤0,01
elszemélytelenedés intenzitás és szomatizáció	r=0,53	p≤0,01
elszemélytelenedés intenzitás és interperszonális faktor	r=0,41	p≤0,01

Vizsgáltuk a kiegészítés és megküzdés közötti összefüggéseket. A kapott eredmények alapján azt találtuk, hogy a problémafókuszú megküzdés és a személyes teljesítmény csökkenés faktora között szignifikáns kapcsolat van. (V. táblázat).

A további vizsgálat adatai alapján pedig az érzelmi fókuszú megküzdés mutatott szignifikáns kapcsolatot a kiegészítés érzelmi kimerülés gyakorisági, intenzitás és elszemélytelenedés gyakorisági, intenzitás faktoraival. A probléma fókuszú megküzdés és az elkerülő fókuszú megküzdés (sig=0,042, p≤0,05), valamint az érzelmi fókuszú meg-

küzdés és az elkerülő fókuszú megküzdés között jóval erősebb szignifikáns kapcsolat áll fenn (sig=0,007, p≤0,01).

V. táblázat: Kiegészítés és megküzdés faktorok közötti korreláció és szignifikancia mértéke (N=68)

probléma fókuszú megküzdés és teljesítmény gyakoriság	r=0,38	p≤0,01
érzelmi fókusz és kimerülés gyakoriság	r=0,41	p≤0,01
érzelmi fókusz és elszemélytelenedés gyakoriság	r=0,45	p≤0,01
probléma fókuszú megküzdés és teljesítmény intenzitás	r=0,32	p≤0,01
érzelmi fókusz és kimerülés intenzitás	r=0,44	p≤0,01
érzelmi fókusz és elszemélytelenedés intenzitás	r=0,51	p≤0,01

A következőkben az ápolók megküzdési stratégiái és depresszió közötti kapcsolatot vizsgáltuk. A kapott eredmények alapján szignifikáns összefüggést találtunk az érzelmi központú megküzdés és a depresszió valamennyi faktora között. Továbbá szignifikáns kapcsolatot találtunk a probléma fókuszú és a depresszió szomatikus faktora között is (sig=0,002, p≤0,01). (VI. táblázat)

VI. táblázat: A megküzdés faktorok és a depresszió faktorok közötti kapcsolat

Kapcsolat a megküzdés és a depresszió faktorok között		
problémafókusz és szomatizáció	r=0,36	p≤0,01
érzelemfókusz és depresszió	r=0,54	p≤0,01
érzelemfókusz és szomatizáció	r=0,46	p≤0,01
érzelemfókusz és interperszonális faktor	r=0,32	p≤0,01

Vizsgáltuk az ápolók egészségügyben eltöltött ideje (rövid: 1-10 év, közepes: 11-20 év, sok: 21-39 év) és a depresszió, továbbá a kiegészítés és megküzdés közötti összefüggéseket. Az eredmények alapján azt találtuk, hogy az egészségügyben eltöltött idő és a szomatikus tünetek között szignifikáns kapcsolat van (sig=0,024, p≤0,05).

A kiegészítés és egészségügyben eltöltött idő vizsgálata során nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a két tényező között. Az egészségügyben eltöltött idő és a coping faktorok

között sincs szignifikáns kapcsolat. A munkában eltöltött idő a megküzdési stratégiák típusát nem befolyásolja.

Az ápolók műszakbeosztása és megküzdési stratégiáik közötti kapcsolat vizsgálódása során az elkerülő és eltérítő megküzdési stratégiák szignifikáns kapcsolatot mutatnak az egy műszakban dolgozók körével. (VII. táblázat).

VII. táblázat: Műszakbeosztás és coping kapcsolata az egy műszakban dolgozó ápolóknál a vizsgált mintában (N= 22)

Műszakbeosztás és coping kapcsolata		
műszakbeosztás és elkerülő fókusz	r=0,46	p≤0,05
műszakbeosztás és szociális eltérítés	r=0,38	p≤0,05

Az egy műszak és a kiégés teljesítmény csökkenés gyakoriság faktora között is tapasztaltunk szignifikáns kapcsolatot (sig=0,04, p≤0,05). Azoknál, akik egy műszakban dolgoznak, a teljesítmény csökkenés gyakorisága magasabb értéket mutatott. A műszakbeosztás és a depresszió között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot, azaz a munkabeosztás nem befolyásolja a depresszió kialakulását és mértékét.

A másodállás és kiégés közötti kapcsolat vizsgálata során azt találtuk, hogy azok az ápolók, akiknek nincs másodállása, magasabb érzelmi kimerülést mutattak, szemben azokkal, akik munkájuk mellett még más tevékenységgel is foglalkoznak (sig=0,007, p≤0,01)

A fizetés megítélése és a kiégés között nem találtunk a vizsgált mintában szignifikáns különbséget.

A szocio-demográfiai adatok közül a továbbiakban a presztízs megítélés és a kiégés közötti kapcsolatra kerestük a választ. Arra voltunk kíváncsiak, hogy az ápoló szakmájának megítéléséről vallott nézete hatással van-e a kiégettségének mértékére. A kapott eredmények értékelése során azt találtuk, hogy azok az ápolók, akik kimerültebbnek, fáradtabbnak érzik magukat, illetve elfordulnak a társas kapcsolatok elől és a visszahúzódás jellemzi őket, sokkal rosszabbul értékelik hivatásuk presztízsét, mint azok, akik kevésbé negatívak e téren. A szakma

presztízsének megítélésével a kiégettség elszemélytelenedés mértékének gyakorisága és az érzelmi kimerültség mértékének gyakorisága, továbbá az intenzitás faktorai szignifikáns kapcsolatban állnak egymással. A presztízs megítélése a depresszió és megküzdési faktorokkal nem mutatott értékelhető emelkedést és összefüggést.

A vizsgálatban részt vevő ápolókat két csoportra osztottuk, aszerint, hogy milyen az általuk ellátott betegek ápolásának nehézségi szintje. Ennek eredményeként a hematológiai, onkológiai és intenzív osztályon dolgozókat vettük egy csoportba, mivel ezek az ápolók súlyosabb állapotú betegek ápolásával, gondozásával foglalkoznak, szemben a kevésbé súlyos betegségben szenvedő betegek ápolását végző reumatológiai, fül- orrgégészeti és pulmonológiai osztály ápolóival. Megvizsgáltuk, hogy van-e különbség a megküzdés tekintetében a vizsgált két csoport között. A kapott eredmény alapján azt találtuk, hogy a stresszel szemben alkalmazott megküzdési stratégiákat nem befolyásolja az ellátandó betegek súlyossági állapota, illetve az ebből adódó nagyobb terhelés.

A kiégettséggel kapcsolatos eredmények alapján viszont a teljesítmény csökkenés intenzitásának faktora szignifikáns kapcsolatot mutatott mind a két csoporttal. A teljesítmény hatékonyságának csökkenése ugyanúgy megfigyelhető a kevésbé súlyos betegeket ellátó ápolók körében, mint a súlyosabb betegeket ápoló nővérek között. A depresszió és az ellátandó betegek súlyossága között nem áll fenn szignifikáns kapcsolat

Az eredmények értelmezése

A kiégés jelensége egyértelműen megfigyelhető a vizsgálatban részt vevő ápolók körében. A kiégettséget mérő kérdőív valamennyi faktorában az ápolók átlagosan a közepes kiégettségi szintet mutatták.

A burnout faktorok összefüggéseinek vizsgálata során a kapott eredményekből megállapítható, hogy az ápolók körében a kimerültség és fáradtság érzésének növekedése mellett a társadalmi kapcsolatok beszűkülése, a betegekkel, kollégákkal szem-

beni negatív beállítódás is megjelenik. A teljesítmény csökkenés hatékonyságának a másik két kiegészítő faktorával mutatott negatív korrelációja arra utal, hogy az ápolók annak ellenére, hogy érzelmi és deperszonalizáció területén kiegészítést mutatnak, munkájukra a fokozott teljesítmény és erőfeszítés, a kisebb mértékű elégedetlenség és tehetetlenség érzés a jellemző. Minél kiegészítettebbek érzelmi-
leg, azaz minél fáradtabbnak érzik magukat az ápolók, annál többet dolgoznak, s annál több energiát fektetnek munkájukba. Egy kissé eltérő eredményeket kapott, de hasonló következtetéseket vont le Szicsek Margit az ápolók kiegészítésének vizsgálata során. Szicsek (2004) az eredményei alapján azt találta, hogy míg az emocionális kimerülés értéke emelkedett, addig az egyéni teljesítmény csökkenés mértéke és az elszemélytelenedés faktora nem mutatott jelentős, értékelhető emelkedést. Ezt az eredményt az ápolói munka jellegével magyarázta. Az ápoló abban az esetben is elvégzi munkáját, ha kedvetlen, fáradt, s ilyenkor valószínűbb, hogy nem a holisztikus szemlélet érződik munkájában, hanem a rutinszerű cselekvés. A saját vizsgálati eredményekből arra a következtetésre jutottunk, hogy az ápolók a lelki megterheltségek ellenére is elszántan vetik bele magukat a munkájukban.

A kiegészítés és depresszió faktorai közötti kapcsolat eredményei arra mutatnak rá, hogy az elfáradt, kimerült ápolók körében több a depresszív, szomatizációs és interperszonális kapcsolatokban fellelhető probléma. Ez a kapcsolat egyértelmű, hiszen az érzelmi kimerülés is okozhat pszichoszomatikus panaszokat, az elszemélytelenedés pedig az interperszonális kapcsolatok beszűkülésére és a társas kapcsolatokból való visszahúzódásra hívhatja fel figyelmünket. A burn-out tünet-együttes kialakulásában nagy jelentőségűnek tűnik a depresszív személyiség struktúra, amely az emocionális túlterheltséggel, kollegiális kapcsolatok lazulásával együtt vezet kiegészítéshez. (Gyórfy, Ádám 2004). A lehangoltság, kilátástalanság, szomatikus tünetek és interperszonális kapcsolatok meggyengülése ellenére mégis fokozottan vetik bele magukat az ápolók a munkába, és nagy energiát fektetnek az általuk

ellátott tevékenységekbe. Az az ápoló, aki érzelmi-
leg kimerült, nem lesz képes munkáját megfelelően ellátni, mivel képtelen megfelelő együtt érző képességgel a betegek részére segítséget nyújtani.

A kiegészítés és megküzdés kapcsolatának vizsgálata során a kapott eredmények alapján azt találtuk, hogy a problémafókuszú megküzdés és a személyes teljesítmény csökkenés faktora között szignifikáns kapcsolat van. Azok az ápolók, akik a munkájukat sikertelennek élik meg, tehetetlennek érzik magukat, és elégedetlennek munkájuk hatékonyságával, továbbá munkájuk során nagy energiával és erőfeszítéssel dolgoznak; a nehézségekkel, stresszel szembekerülve általában a probléma fókuszú megküzdési stratégiát alkalmazzák. A vizsgálat további eredménye alapján azt találtuk, hogy azok az ápolók, akik érzelmi-
leg kimerültek, leterheltebbnek, fáradtabbnak érzik magukat, inkább folyamodnak az érzelmi és ezen belül az elkerülő stratégiák alkalmazásához.

Számunkra ez a megküzdési forma megmagyarázhatja azt, hogy a kiegészítés ellenére az ápolók miért képesek a fokozott munkavégzésre. Azok a személyek, akik elkerülő megküzdési stratégiát használnak a nehézségekkel szemben, valószínűsíthető, hogy olyan tevékenységeket alkalmaznak, amely arra irányul, hogy eltereljék figyelmüket hangulatukról. Csak feltételezni tudjuk, hogy az ápolóknál tapasztalható fokozott munkavégzés a negatív érzelmekkel szemben működtetett megküzdési stratégia.

A kiegészítés és coping kapcsolatának vizsgálatával foglalkozó, japán ápolók körében végzett nemzetközi tanulmányban is hasonló eredményeket találtak. Ott az érzelm fókuszú megküzdés az érzelmi kimerültséggel, a deperszonalizációval és a személyes teljesítmény csökkenésével, míg a feladat orientált megküzdés és az elkerülő megküzdés csak a személyes teljesítménnyel mutatott összefüggést. (Higashiguchi, Nakagawa 2003)

A depresszió és coping stratégiák közötti kapcsolat eredményei alapján az érzelm központú megküzdés és a depresszió valamennyi faktora között szignifikáns kapcsolat található. Azon személyek körében, akik

érzelmi fókuszú megküzdést alkalmaznak stressz helyzetekben, inkább jellemző a depresszió előfordulása, míg azok, akik problémaközpontú megküzdést használnak stressz helyzetekben, mind a stressz alatt, mind a stressz után kevésbé depressziósak. (Billings és Moos, 1984 In: Atkinson, 2005). A vizsgálati eredményeink is megerősítik ezt a tényt. Az érzelmi fókuszú stratégiákat alkalmazó ápolókra stresszhelyzetekben sokkal inkább jellemző a lehangoltság, elesettség érzése, szemben a probléma fókuszú megküzdést alkalmazó ápolókkal.

Az ápolók egészségügyben eltöltött idejének a depresszióval való összefüggését vizsgálva azt találtunk, hogy azok az ápolók, akik régebb óta dolgoznak munkahelyükön, nagyobb mértékben mutatnak szomatikus elváltozásokat, szemben azokkal, akik kevesebb ideje vannak az adott munkahelyen. Az egészségügyben eltöltött idő hossza a kiégést nem befolyásolja. Erre a következtetésre jutott vizsgálatunk során Benecs Ilona (2006) is.

Az ápolók műszakbeosztása és megküzdési stratégiáik közötti kapcsolat vizsgálata során az elkerülő és eltérítő megküzdési stratégiák szignifikáns kapcsolatot mutatnak az egy műszakban dolgozók körével. Az egy műszak és a kiégés teljesítmény csökkenés gyakoriság faktora között is megfigyelhető szignifikáns kapcsolat. Azoknál, akik egy műszakban dolgoznak, a teljesítmény csökkenés gyakorisága magasabb értéket mutatott. Az, hogy az egy műszakos ápolók elégedetlenebbek munkájukkal és sikertelenebbnek értékelik tevékenységüket azzal magyarázható, hogy nekik általában 12 órát kell dolgozniuk, ami feltételezhetőleg sokkal megterhelőbb, mint a 8 órás munkaidő, s ez egyfajta elégedetlenséget eredményez.

Azok az ápolók, akiknek nincs másodállása, magasabb érzelmi kimerülés szintet mutattak, szemben azokkal, akiknek van. Ez az eredmény feltételezésünk szerint azzal magyarázható, hogy akik másodállást vállaltak, más, nem egészségügyi tevékenységet folytatnak, amely védő tényező lehet a kiégéssel szemben, de mivel sokan jelöltek másodállásként más egészségügyi tevékenységet is, ebből arra következtettünk, hogy a

fő állás mellett vállalt bármiféle tevékenység védő tényező a kiégéssel szemben.

A fizetés szubjektív megítélése nem befolyásolja a kiégés és depresszió mértékét. Az ápolói presztízs megítélése viszont hatással van a kiégés jelenségére. Azok az ápolók, akik negatívan vélekednek hivatásukról, nagyobb mértékű kiégettséget mutatnak.

Azt azonban nem tudjuk megítélni, hogy a kiégetség vezet a presztízs negatív megítéléséhez, vagy a szakma iránti negatív attitűd járul hozzá a burnout kialakulásához.

A kiégés, a depresszió és a megküzdés szempontjából azonban teljesen mindegy, hogy az ápolók milyen súlyosságú betegségeket szenvedőket ápolnak, mivel a munka hatékonyságának csökkent érzése, a sikertelenség és tehetetlenség megélése, a munkába fektetett fokozott erőfeszítés mindkét csoportban szinte ugyanolyan mértékben megfigyelhető. A teljesítmény csökkenés hatékonysága ugyanúgy megfigyelhető a kevésbé súlyos betegeket ellátó ápolók körében, mint a súlyosabb betegeket ápoló nővérek között.

Ez az eredmény azonban számos hazai és nemzetközi kutatási eredménynek ellentmond. Pálfi (2003) vizsgálatában azt találta, hogy a kórházi osztályok jellege nagymértékben befolyásolja a kiégés előfordulási mértékét. A vizsgált ápolók közül magas kiégettségi arányt mutattak az intenzív osztály nővérei, majd őket a krónikus és végül az aktív osztályon dolgozó ápolók követték. Némethné (2001) a szombathelyi Markusovszky Kórház ápolóinak körében végzett, kiégéssel kapcsolatos felmérése során azt találta, hogy az intenzív osztályon dolgozók körében tapasztalható a legnagyobb mértékben a kiégés jelensége.

Következtetések, javaslatok

Vizsgálatunk elkészítésében az ápolók leterheltségi állapotának felmérése motivált. Vizsgálatunk kezdetén azt feltételeztük, hogy a kórházi ápolók körében a kiégés jelen van. Ezt a feltevésünket eredményeink egyértelműen igazolták. A vizsgálatban részt vett valamennyi ápoló körében, bár közepes mértékben, de mégis jelen van a burnout

jelensége. Az a feltevésünk, mely szerint a súlyos betegekkel foglalkozó ápolók még veszélyeztetettebbek ezzel a jelenséggel szemben, nem igazolódott.

A vizsgálati eredmények alátámasztották azon hipotézisünket, hogy azoknál az ápolóknál, akiknél az elszemélytelenedés mértéke magasabb, - azaz a társas kapcsolatok beszűkülése és a visszahúzó viselkedés jellemző, - a depressziót mérő faktorokban is magas értéket mutatnak.

A szocio-demográfiai tényezők kiegészre gyakorolt hatása nem minden esetben igazolható. Az egészségügyben eltöltött idő nem befolyásolja a kiegész mértékét. Azonban az ápolói műszak jellege hatással van a kiegész mértékére. Azon ápolóknál, akik egy műszakban dolgoznak, magasabb a teljesítménycsökkenés hatékonyságának mértéke, azaz sokkal elégedetlenebbnek és sikertelenebbnek értékelik munkájuk hatékonyságát, mint a két, vagy három műszakban dolgozó ápolók. A másodállás megléte szintén hatással van a kiegész mértékére. Azok az ápolók, akik főállásuk mellett rendelkeznek valamilyen más (akár egészségügyi, akár más nem egészségügyi) tevékenységgel, kisebb mértékben mutatnak kiégettéget. A fizetés szubjektív megítélése nem befolyásolja a kiegész jelenségének előfor-

dulását. Ezzel szemben az ápolói presztízs szubjektív megítélése hatással van a kiegész mértékére. Ezek az eredmények csak részben igazolták azon hipotézisünket, melyben azt feltételeztük, hogy a munkában eltöltött idő, az ápolói presztízs szubjektív megítélése, a műszakbeosztás, a másodállás megléte és a fizetéssel való elégedettség a burnout kialakulását jelentős mértékben befolyásolják.

A kiegész jelensége megfelelő szervezéssel, odafigyeléssel megelőzhető, és a már kialakult jelenség szakszerű segítségnyújtással orvosolható. Az időben elkezdett, megfelelő segítségnyújtás csökkenti a kiegész jelenség tüneteit, s az abból származó, ápolókra és betegekire irányuló terheket, továbbá hozzájárul a jó munkahelyi légkör kialakulásához, a munkatársak közötti kifogástalan kapcsolathoz (Pálfi, 2002). A burnout azonban kezelés nélkül nemcsak hogy állandósul, hanem folyamatosan rosszabbodik. Az egészségügyi dolgozók számára különböző oktatási programokat dolgoztak ki a kiegész megelőzésére. (Morvai, 2005). Lehetőséget kell teremteni a szakdolgozók részére, hogy ki- és megbeszélhessék problémáikat, a munka során fellépő nehézségeket, konfliktusokat az esetmegbeszélések, Bálint csoport, szupervízió és különböző tréningek során.

Irodalomjegyzék

1. Atkinson, Hildegard (2005): Pszichológia. Osiris Kiadó, Budapest
2. Bencés, I. (2006): Az ápolók és a kiegész. *Nővér*, 19. (3) 10-16
3. Fekete, S. (1991): Segítő foglalkozások kockázatai- Hefler szindróma és Burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6.(1). 17-29.
4. Gyórfy, Zs., Ádám, Sz. (2004): Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiegész alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai szemle*, 3. 107-127.
5. Higashiguchi K., Nakagawa H. (2003): Job strain, coping, and burnout among Japanese nurses. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, 69(3)66-79.
6. Kállai J., Varga J., Oláh A. (2007): Egészségpszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó Budapest.
7. Kulcsár, Zs. (1998): Egészségpszichológia, egyetemi tankönyv. ELTE Eötvös Kiadó Budapest.
8. Némethné, Németh E. (2001): A kiegész szindróma vizsgálata a Vas Megyei Markusovszky Kórház ápolói körében. *Nővér*, 14. (4) 21-22.
9. Pálfi Ferencné (2006): „ Amikor már kihűlt a láng”- A kiegész vizsgálata ápolók körében. *IME*, 4. (10) 31-35.
10. Pálfi Ferencné (2003): Szolgálat, önfeláldozás, hivatás?- A kiegész veszélyei az ápolók körében. *Nővér*, 16. (6). 3-4.

11. Pálfi Ferencné (2002): A segítők segítése - A kiégés szindróma kialakulásának veszélyei. *Nővér*, 5. (1). 15.
12. Pálfiné Dr. Szabó Iлона (2008): PhD értekezés. *Orvosi Hetilap* 149.évf. 31sz.
13. Morvai, V. (2005): A kiégés (burnout) szindróma. *Foglalkozás egészségügy*, 9.(2).8.
14. Szicsek, M. (2004): A kiégés és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 8.(1-2).88-131.
15. Szokolszky, Á. (2004): A kérdőív érvényességének és a megbízhatóságának ellenőrzése. *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó Budapest.

A study of burnout syndrome among nurses

Köbli, M., Nagy, L., Pálfiné Szabó, I.

Aim of the survey: This survey aimed to determine the extent to which burnout is present among hospital nurses, what kind of socio-demographic factors contribute to the emergence of this phenomenon, and what kind of mechanisms the nurses employ to resolve stressful situations. Participating in the survey were nurses working in the oncology, haematology, intensive-care, rheumatology, ear-nose-throat and pulmonology departments of the Vas County (Markusovyzky) Hospital, and in the oncology, haematology, intensive-care and ear-nose-throat departments of the Zala County Hospital in Zalaegerszeg. Although all nurses in the given departments were members of the target group, only 68 suitable questionnaires were analysed (n=68). Evaluation of the data was performed using the SPSS 15.0 program, with the application of descriptive statistical methods.

Results: The phenomenon of burnout could be clearly observed among the nurses participating in the survey. Burnout is associated with depression, somatic problems and difficulties with interpersonal relationships. A correlation was also identified between stress and burnout. Socio-demographic factors only partially influence the development of burnout symptoms.

MUNKAJOGI TANÁCSADÁS

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagjai részére munkajogi kérdésekben továbbra is jogsegély szolgáltatást biztosít.

A megválaszolendő kérdések, valamint az ügyvel kapcsolatos dokumentumok előzetes megküldése után, egyeztetés alapján, telefonon, vagy személyesen, heti gyakorisággal áll rendelkezésre munkajogásznunk.

Ügyfélfogadási idő: minden szerdán 13.00 — 15.00 között.
Ügyfélfogadás helye: 1082 Budapest, Üllői út 82. (MESZK Országos Szervezet Irodája)
Levelezési cím: Dr. Csák Réka főtitkár,
MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 214.
E-mail cím: meszk@meszk.hu

Időpont egyeztetés: 06-1-323-2070-es telefonszámon lehetséges Csordás Éva főtitkári ügyintézőnél (az érvényes MESZK tagsági igazolvány szám megadásával).

Élet a változó kor után

Link Zsuzsanna

diplomás ápoló, HM Állami Egészségügyi Központ, Balatonfüredi Kardiológiai Rehabilitációs Intézet

Bujtor Anna

adjunktus, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátás Intézet,
Ápolástudományi Tanszéki Csoport, Zalaegerszegi Képzési Központ

Dr. Vincze Emőke

szülész-nőgyógyász szakorvos, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Dér Anikó

tudományos segédmunkatárs, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar
Ápolás és Betegellátás Intézet, Ápolástudományi Tanszéki Csoport, Zalaegerszegi Képzési Központ

Mák Erzsébet

adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék

Németh Katalin

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet
Ápolástudományi Tanszéki Csoport, Pécsi Képzési Központ

Karamánné Pakai Annamária

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar
Ápolás és Betegellátás Intézet, Ápolástudományi Tanszéki Csoport, Zalaegerszegi Képzési Központ

Összefoglaló

A kvantitatív és kvalitatív elemeket egyaránt tartalmazó keresztmetszeti vizsgálatot 2008-ban 50 hormonpótló terápiában részesülő, és 50 hormonpótló terápiában nem részesülő, Veszprém-, Győr-Moson-Sopron- és Fejér megyében élő, 40-60 éves kor közötti nők körében végezték (n=100). Összehasonlították a két csoport tagjainak egészségtudatosságát, panaszait, a nőgyógyászati szűrővizsgálatokon való megjelenési szokásaikat, és a hormonterápia következményeire vonatkozó ismereteiket.

Megállapították, hogy a hormonterápiában részesült nők életvitelében és a menopauzára, a hormonpótló kezelésre vonatkozó ismereteikben nincs különbség a hormonterápia nélküli nők csoportjához képest. Nem élnek egészségteudatosabb életet. A két csoport testtömeg-indexének átlaga szinte azonos. A szerzők hangsúlyozzák az egészségnevelés és a szűrővizsgálatokhoz csatlakozó tájékoztatás fontosságát, a tömegkommunikáció nyújtotta lehetőségeket sokkal jobb kihasználását.

Bevezetés

A menopauza a menosz (görög) hónap és a pausis (latin) szünet, megszakítás szavakból származik. A népnyelv a „hószám elmaradás” kifejezést használja. Jellemzően 40-50 éves kor között következik be, a nyugati kultúrákban átlagosan 51 éves korban. Napjainkban Magyarországon a változókor és az azzal járó kellemetlenségek, panaszok mintegy 1,3 millió nőt érintenek. (Szádóczy, 2006)

A világ fejlettebb országaiban a születéskor várható életkor kitolódásával a változókor megélése a nők döntő többsége számá-

ra az élet természetes részévé válik. A nők egyenjogúvá válásával párhuzamosan egyre hosszabb időt töltenek tanulással, így egyre jobb esélyük van magasabb társadalmi és szakmai pozíciók betöltésére. A több évtizedes tanulás és kemény munka többnyire a változókor beköszöntére hozza meg gyümölcsét, az anyagi és szakmai elismerés csúcspontját. A változókorral járó egészségproblémák tehát a lehető legrosszabb időpontban jelentkeznek. A hormonális egyensúlyzavar okozta panaszok és betegségek a munkaképességet jelentősen rontják, így a kivívott pozíció gyakorta kerül veszélybe. (Elek, 2001)

A peri- és posztmenopauzás korú nők egészségének megőrzése fontos, sajátos szűrési, diagnosztikus és kezelési problémákkal jellemzett feladata az egészségügynek. (Tóth et al., 2003). Magyarországon szervezett formában, menopauza szakambulanciákon, kivizsgálási és ellenőrzési protokollok alapján kezdődik és folyik a kezelés beállítása és ellenőrzése, szoros egyetértésben az egészséges életmód népszerűsítésével. (Magyar et al., 2000)

A kutatás célja

Kutatásunkat abból a célból végeztük el, hogy képet kapjunk a változókorban élő nők szubjektív egészségi állapotáról, panaszaik minőségéről. Fel kívántuk tární a szükséges hormonterápiával kapcsolatos ismereteiket. Össze kívántuk hasonlítani a hormonterápiában részesülő és nem részesülő nők életvitelét a dohányzási, táplálkozási szokásaik tekintetében, valamint BMI-index, vérnyomás, csontritkulás, munka, társas kapcsolat, nemi élet, orvoshoz és nőgyógyászhoz fordulási szokásaik révén.

Vizsgálati módszer és minta

A kvantitatív és kvalitatív elemeket egyaránt tartalmazó keresztmetszeti vizsgálatunkat 2008-ban végeztük el. A mintát 50 hormonpótló terápiában részesülő és 50 hormonpótló terápiában nem részesülő, Veszprém, Győr-Moson-Sopron és Fejér megyében élő, 40-60 éves kor közötti nők képezték (n=100). Az adatgyűjtési módszerünk irodalomkutatásra és kérdőíves felmérésre támaszkodott. A 25 zárt kérdésből álló kérdőív kitöltése önálló és anonim volt. A kérdéseinket az alábbiak szerint csoportosítottuk:

- szocio-demográfiai adatok (életkor, lakhely, iskolai végzettség),
- egészségi állapot (dohányzás, BMI, táplálkozás, magas vérnyomás és osteoporózis előfordulása),
- ismeretszint felmérés (változókorral összefüggő kérdések),
- hormonterápiával kapcsolatos kérdések (nőgyógyászati műtét előfordulása, hormon készítmény szedése),

- orvoshoz fordulási szokások (nőgyógyászati és általános orvosi vizsgálaton való részvétel gyakorisága).

Az adatfeldolgozás SPSS 13.0 for Windows verzió felhasználásával történt. Leíró statisztikai módszer keretén belül átlagot, szórást, gyakoriságot számoltunk, matematikai statisztikai módszerként χ^2 - és t-próbát alkalmaztunk, az eltéréseket $p < 0,05$ érték mellett tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények

Szocio-demográfiai adatok

A válaszadók 60%-a a 51-60 év közötti korosztályt, 37%-a a 41-50 év közötti korcsoportot képviselte. Lakhely szerint jelentős a faluban és községben élők száma (61%), városban, nagyvárosban a megkérdezett nők 39%-a él. Végzettség szerinti megoszlást tekintve 23%-a általános iskolai végzettségű, 27%-a szakmunkás bizonyítvánnyal, 25%-a érettségi bizonyítvánnyal, a minta 1/4 része felsőfokú végzettséggel rendelkezik.

Hipotézisek, és a vizsgálat eredményei

1. Azok a nők, akik hormonpótló kezelésben részesülnek, nem élnek egészségteudatosabb életet, mint azok a nők, akik nem részesülnek hormonpótló terápiában.

Felmérésünk során T-próba segítségével vizsgáltuk, hogy van-e BMI-index különbség a hormonterápiában részesülő nők és hormon terápiában nem részesülő hölgyek között. Eredményeink alapján megállapítható, hogy a két csoport adatai között nincs szignifikáns eltérés. ($t = -0,147$ és a $p = 0,884$, $MEAN_{\text{BMI hormonpótló kezelésben részesülő nők}} = 27,0 \pm 3,6$, $MEAN_{\text{BMI hormonpótlásban nem részesülők}} = 27,2 \pm 4,6$.)

További összefüggést kerestünk a dohányzási szokások ($\chi^2 = 0,174$, $df = 1$, $p = 0,676$), magas vérnyomás ($\chi^2 = 0,457$, $df = 1$, $p = 0,499$) és a táplálkozási szokások ($\chi^2 = 0,735$, $df = 1$, $p = 0,391$) tekintetében, azonban szignifikáns különbséget nem találtunk a megkérdezett csoportok közt.

χ^2 -próba segítségével igazoltuk a két csoport közötti különbséget, a hormonkészítményt használók többször jelennek meg orvosi ellenőrzésen. ($\chi^2 = 10,809$, $p = 0,00101$, $df = 4$.)

2. Azok a nők, akik hormonkészítményt használnak, sokkal több tünetről panaszkodnak, mint azok a nők, akik nem.

A második hipotézisünket a változókorban leggyakrabban előforduló problémák alapján vizsgáltuk. A Chi-próba azt az eredményt mutatta ki, hogy szignifikánsan magasabb a tünetek megjelenése a hormonkészítményt használók körében az álmatlanságra ($\chi^2=4$, $df=1$, $p=0,0455$), hüvelyszárazságra ($\chi^2=12,705$, $df=1$, $p=0,000365$) vonatkozóan. Nem találtuk szignifikánsnak az eltérést a hőhullám, ingerlékenység, nőgyógyászati fertőzések, izzadákonyság, fejfájás és érzelmi labilitásban az általunk vizsgált személyek között. ($p > 0,05$). Ezek a szimptómák mindkét csoportnál egyformán megjelennek. (1. ábra)

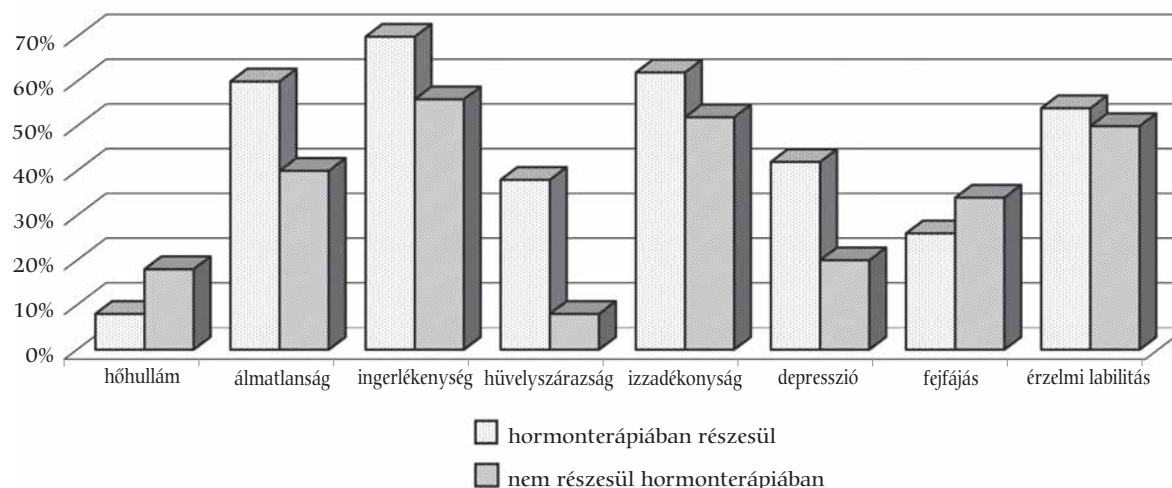
4. A hormonkészítményt szedő nők több ismerettel rendelkeznek a hormonterápia veszélyét illetően, mint a hormonterápiában nem részesülők.

A hipotézisünk nem nyert igazolást, mert a chi-próba azt, bizonyítja, hogy nincs szignifikáns eltérés a két csoport véleményében. Következésképpen a hormonterápia nélküli nők sem tartják kevésbé veszélyesnek ezt a gyógymódot, mint a kezelésben részesülők. ($\chi^2=0,480$, $df=1$, $p=0,488$)

5. Azok a nők, akik magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, megjelennek évente a nőgyógyászati szűrővizsgálaton, míg az alacsonyabb iskolai végzettségűek nem.

A hipotézis igazolására a Chi-Square Test-et alkalmaztunk, melynek eredménye alap-

1. ábra: Panaszok megjelenésének relatív gyakorisága (N=100)



3. Azok a nők, akik hormonkészítményt használnak, többször (minimum évente) jelennek meg nőgyógyászati szűrővizsgálaton, mint azok a nők, akik nem használnak.

A hipotézisünk igazolódott, a hormonkészítményt szedők magasabb számban jelennek meg nőgyógyászati szűrővizsgálaton évente, mint a nem szedők. ($\chi^2=22,636$, $df=3$, $p=0,00004$) Évente a hormonpótló készítményt szedők 82%-a, míg a hormont nem szedőknek csak 42%-a jelenik meg, Három évnél ritkábban a hormonpótlókat 2%-a, a hormont nem használók 40%-a vesz részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton.

ján nem tapasztaltunk a szignifikáns kapcsolatot ($A \chi^2=9,8996$, $df=5$, $p=0,078129$). Ebben az esetben a hipotézis nem nyert igazolást, vagyis a magasabb iskolai végzettségűek nem jelennek meg nagyobb arányban a nőgyógyászati szűrővizsgálaton évente, mint az alacsonyabb végzettségűek.

Megbeszélés

A változókorban lévő nők életminősége

A változókoros tünetek jelentősen befolyásolják a nők életminőségét. A jól kimutatható hormonális változásokat a klimax jellegze-

tes tünetei kísérik. A változókorba lépő nők számára a menstruáció szabálytalanságán, majd elmaradásán túl a leglátványosabb, talán legkellemetlenebb az, hogy hóhullámok, kipirulások, gyakori éjszakai izzadások, szívdobogásérzés, gyakori fejfájások jelentkeznek, melyek mind az erek összehúzódásának megváltozott szabályozására vezethetők vissza. A panaszok megjelenése a megkérdezettek között az alábbiak szerint alakult: hóhullámtól a nők 22%-a, további 14% izzadékonyságtól, 8% fejfájástól szenved.

A tünetek másik nagy csoportját a hormonhiány következtében kialakuló sorvadásos tünetek alkotják, amiről a megkérdezettek is beszámoltak: a nemi szervek és a húgyutak sorvadása, hüvelyszárazság (6%), vizeleti és közösülési zavarok, bőrszárazság, a haj és a köröm töredezetté válása. Mindezen nyilvánvaló kellemetlen szervi panaszok mellett lelki eltérések is felléphetnek: hangulati labilitás (13%), depresszióra való fokozott hajlam, a koncentrációképesség csökkenése, ingerlékenység (16%), alvászavarok (13%), a nemi vágy csökkenése (44%).

A válaszadó nők körében az átlagos testtömeg index is meghaladja a normál értéket ($BMI_{\text{normál}} = 20-25$). Tudományos kutatások bizonyítják, hogy a változó korban a nők többsége hajlamosabbá válik az elhízásra, amit a mintában szereplő hölgyek válaszaikkal is alátámasztottak, miszerint a BMI átlag = 27,1; SD: 4,1. (2. ábra)

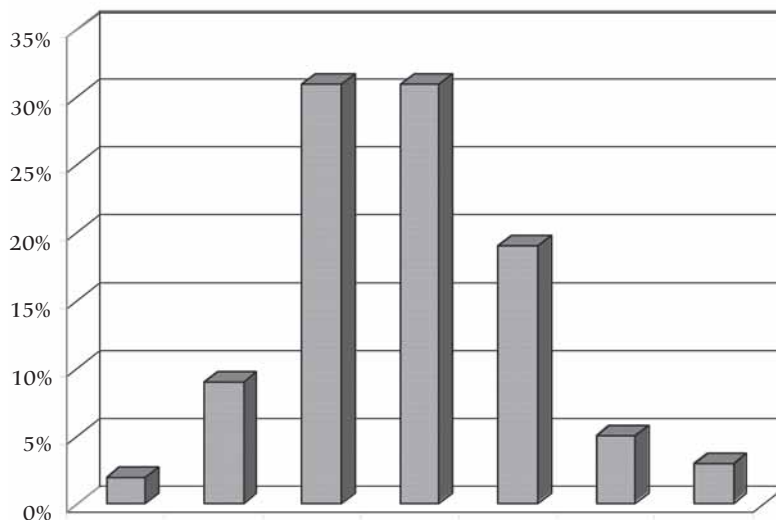
A változás korának legsúlyosabb következményei a szenvedő nő számára egy darabig legalábbis rejtve maradnak: a csonttritkulás kialakulása, illetve a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatának ugrásszerű emelkedése már csak a súlyos szövődmények megjelenésekor válnak nyilvánvalóvá.

A menopauzát követően szinte törvényszerű a csontszövet állományának csökkenése, a csonttritkulás (oszteoporózis). A csontállomány a menopauzát követően évi kb. 1-2 százalékkal csökken, a 80. életév elérésekor már csak a menopauza előtti állomány mintegy 50 százaléka van meg. Az oszteoporózis következtében a csontok szilárdsága, rugalmassága csökken, érzékenyebbé válnak a mechanikai traumákkal szemben, gyakoriak a csonttörések, melyek akár spontán is előfordulhatnak. Számunkra megnyugtató, hogy a válaszadó nők 84%-a nem szenved oszteoporózisban. Elenyésző a csonttritkulásban szenvedők aránya (9%),

A menopauzában élő nők szempontjából kiemelten fontos a dohányzás elhagyása. Ennek ellenére a válaszadók közül minden 3. nő dohányzik, a hormonterápiában részesülők 34%-a, a nem részesülők 38%-a.

A menopauzát követően a kardiovaszkuláris megbetegedések aránya ugrásszerűen megnő, és a halálozási statisztikák első helyén a miokardiális infarktus áll nők esetében is. Az epidemiológiai vizsgálatok kimutatásai szerint - bár a diasztolés vér-

2. ábra: A BMI relatív gyakorisága (n=100)



nyomás minden életkorban a férfiaknál magasabb – a nők szisztolés vérnyomás görbéje 55 éves kor körül keresztezi a férfiak vérnyomásgörbét, és tartósan magasabb értékeket mutat. A hipertónia az egyik legjelentősebb kockázati tényező, mely a posztmenopauzális nők körében gyakoribb, mint a hasonló korú férfiaknál. Ez az eltérés a magasabb életkorban tapasztalható: míg 45-55 éves kor között minden tizedik, addig 65 éves kor felett már minden harmadik nőnek magas a vérnyomása. A hipertónia kialakulásában az életkoron túl a női nemi hormonok hiánya is szerepet játszhat, tekintve az ösztrogén számos kísérletes és humán vizsgálatban is igazolt vaszkuloprotektív, vazodilatatív, endotél diszfunkciót javító hatását, melyekhez a kardiovaszkuláris rizikó szempontjából lipid és szénhidrát háztartás vonatkozásában is kedvező metabolikus befolyások társulnak. A nők kardiovaszkuláris veszélyeztetettségének kérdése azért is különösen fontos, mert manifesztálódott koszorúér megbetegedés esetén a nők betegségének felismerése, kezelése és kimenetele is úgy tűnik, kedvezőtlenebb, mint a férfiaké. A posztmenopauzális nők rizikóstatuszána befolyásolása a nők speciális helyzetéből fakadóan megkülönböztetett figyelmet érdemel a korai beavatkozásból származó előnyök miatt. (Masszi, 2002) Magas vérnyomásról a hölgyek csupán 27%-a számolt be, és megnyugtató, hogy 73% nem szenved ebben a betegségben.

Hormonterápia alkalmazása a változó korú nők körében

A tünetek súlyosságától, vagy az egyéni toleranciától függően fogalmazódik meg a hormonterápia kérdése. Mivel nem zártuk ki a vizsgálatunkból a petefészek vagy méheltávolításon átesett nőket, ezért – bár az ő hormonterápiás megítélésük más módon történik, azonban a panaszaik hasonlóak –, nem alkotnak külön csoportot. A hormonpótló kezelésben részesülők közül a tünetek enyhítésének céljából szedi a készítményt, a nők 65%-a. Sokkal kevesebben (17%) a csonttritkulás megelőzése érdekében, még kisebb arányban (10%) szedi azért, hogy továbbra is nőnek érezze magát.

A változás korában jelentkező kellemetlen és káros testi és lelki következmények meg-

előzésében, illetve kezelésében a hormonpótló kezelésnek napjainkban már létjogosultsága van, mely a hiányzó vagy alacsony koncentrációban lévő petefészekhormonok pótlását jelenti. Hatására elmúlnak a hőhullámok, megszűnnek a kellemetlen pszichés tünetek, mérséklődnek a sorvadásos jelenségek, a nemi élet közel zavartalanra válik, de ami talán a legfontosabb: csökken a szív- és érrendszeri betegségek kockázata, valamint mérséklődik a csonttritkulás is.

A hormonpótló kezelésnek azonban nemcsak előnyei, hanem hátrányai is vannak. Ezek közül a legfontosabb az, hogy egyes nőgyógyászati rákos betegségek (emlő-, illetve méhtrák) kialakulásának kockázata magasban megemelkedik. A gyógyszeres kezelés javallatának megállapítása, az esetleges ellenjavallatok mérlegelése nőgyógyász szakorvos feladata. Abszolút ellenjavallatot jelent az, ha valaki emlőrákban vagy méhtrákban szenved, vagy aktív májbetegsége, illetve trombózis van. Relatív, tehát viszonylagosan ellenjavallt a kezelés gyógyult emlőrákot követően, illetve kóros májfunkciós leletek esetén.

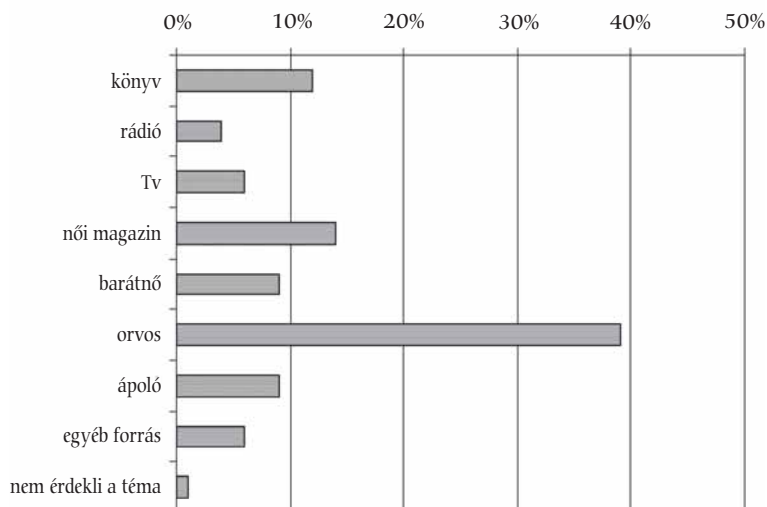
A dataink szerint az összes válaszoló 75%-a úgy ítéli meg, hogy a hormonterápiának nincs semmilyen veszélye sem. Az információt a nők több, mint fele az orvosától szerzi, viszont sokan hagyatkoznak női magazinokra, ismerős ápolónőre, TV-ben, rádióban szerzett információra és a barátnőktől hallottakra. Mindössze 1% vallotta be, hogy egyáltalán nem érdeklődik a téma fontosságára. (3. ábra)

Orvoshoz fordulási szokások

Ma már korszerű menopauza szakambulanciák állnak rendelkezésre a változókorban lévő hölgyek számára, melyek célkitűzése a menopauza szindróma kezelése, a posztmenopauzális osteoporózis megelőzése és kezelése, az ischaemiás szívbetegség megelőzése, az urogenitális atrophia tüneteinek kezelése, életminőség javítása, valamint nem utolsósorban a várható élettartam növelése (Magyar et al, 2001).

A változó kori problémáikkal a megkérdezett nők 58%-a nőgyógyász szakorvosához fordul tanácsért, kevesebben, 14% a háziorvosához, és 1% a természetgyógyászt keresi fel.

3. ábra: Tájékozódás a hormonterápiáról



A nőknek több, mint a fele (54%) csak panasz esetén jelenik meg általános orvosi vizsgálaton, 18% háromhavonta, 12% évente. A hormonterápiával kapcsolat felvilágosítás 47%-uk szerint nem megfelelő, 61% alkalmasnak tartja a diplomás ápoló végzettségű szakembert egy ebben a kérdésben tartandó előadás lefolytatására.

A méhnyakrák-szűrés egyike a Nemzeti Programban foglalt lakosságszűrési módzatoknak, amelyeknek végrehajtása – a szolgáltatók erőfeszítései dacára – mindezt ideig kudarcnak ítélni. A fejlett világ számos országában a méhnyakrák elleni küzdelem az egészségügyi ellátórendszer sikertörténete, mert a szervezett szűrővizsgálat olyan módszer, amely a betegség korai felismerését és korai kezelését teszi lehetővé, és végső fokon a betegség teljes eradikálását ígéri. Ezekben az országokban minden egyes méhnyakrákból eredő halálesetet a hozzá nem értés, hanyagság, bűnös mulasztás következményének tartanak, amelyért vagy az egészségügyi ellátó rendszer fogyatékoságait, vagy az áldozatok önmaguk sorsával szemben tanúsított közömbösségét terheli a felelősség (Kovács, 2007). A statisztikai adatok alapján hazánkban sajnos nem ez a helyzet: 2003 szeptemberében megindult személyes meghíváson alapuló szűrőprogram kezdeti tapasztalatai kedvezőtlenek, mert a női populáció részvételi aránya alacsony. Karamán munkatársaival Zalaegerszegen élő nők körében vizsgálta a megkérdezettek saját egész-

ségi állapotához való viszonyulását, illetve nőgyógyászati szűrővizsgálattal szembeni attitűdjét. Eredményeik alapján a laikus csoport kevesebb, mint 45%-a jár rendszeresen (évente) szűrővizsgálatra. A megkérdezettek egynegyede a kívánnál ritkábban, vagy egyáltalán nem jár nőgyógyász szakorvosnál (Karamán, 2008). Megnyugtató számunkra, hogy az általunk vizsgált minta 65%-a évente megjelenik szűrésen.

Nőgyógyászati műtéten átesettek aránya

A kutatásban szereplő nők közül nem zártuk ki a nőgyógyászati műtéten átesett hormonpótló nőket. A teljes mintából 4%-nak volt petefészek eltávolító műtétje, 10% méheltávolításon, 16% méh és petefészek eltávolító műtéten esett át. A többi hölgy nem esett át olyan műtéten, ami miatt hormonpótló terápiára szorul.

Összefoglalás

Végezetül megállapítható, hogy a hormonterápiában részesült nők életvitelében nincs különbség a hormonterápia nélküli nők életéhez képest. Nem élnek egészségtudatosabb életet, hiába az őket fokozottabban fenyegető betegségek kialakulásának veszélye. A dohányzás, mint erősen egészségkárosító hatású szenvedély mindkét csoport tagjai között megjelenik, noha ismeretes a dohány-

zás csonttrikulásra és tumorokra gyakorolt negatív hatása. A BMI értékben egyáltalán nem tapasztaltunk különbséget, az átlag értékük szinte azonos, mindkét esetben túllépi a normálnak meghatározott értéket. Szem előtt tartva azt a megfigyelést, miszerint nem befolyásolja a nők táplálkozását a változó kor, érthetővé válik a BMI érték átlag feletti megléte. Azt is elmondhatjuk, hogy még a kardiovaszkuláris rizikótényezők tekintetében sem kielégítő a tájékozottság. A változó korral többszörösére emelkedik a nők szív-érrendszeri érintettsége. Orvoshoz csak panasz estén fordulnak. E tekintetben hangsúlyosabbnak kell lenni az egészségügyi szolgálatok egészségnevelő szerepének.

A vizsgálati mintában a hormonpótló kezelésben részesülő, és abban nem részesülő csoport tagjai között az egyetlen szignifikáns eltérést a nemi élet és a változó kor viszonyában mértük. A hormonterápiában részesülő nőknek jobban befolyásolja a nemi életét ez az életszakasz, mint azoknál, akik nem részesülnek ilyen terápiában.

További vizsgálódást igényel a munkavégzésre vonatkozó kérdés, noha a többségnek nem befolyásolja a munkáját a menopauza. A változó kor nem kényszerítheti rá a nőket, hogy munkahelyet váltsanak a megjelenő panaszaik miatt. Az pedig, hogy a munkahely figyelembe vegye a menopauza okozta pszichés és szomatikus változásokat, jelen korunkba nem megvalósítható. Sok munkahelyen három műszakban dolgoznak. Ez még fokozottabban igénybe veszi az amúgy is ingerlékeny, kialvatlan, túlságosan fáradt nőket. Azonban úgy gondoljuk, hogy egy munkahely a dolgozói számára rendszeres orvosi ellenőrzéseket, szűréseket szervezhet. Megfelelő védőruházatot biztosíthat, olyat, ami jól szellőzik, természetes, jó nedvszívó anyagból készül. Fontos a munkahelyek megfelelő szellőztetése. Egyebekben pedig elvárható volna a fokozott tolerancia, és a tisztelet.

A megkérdezettek 80%-a úgy gondolja, ismeri az öt fenyegető betegségeket. Amikor azonban a konkrét válaszokat kellett kijelölni a hét valós veszély közül, csak a magas vérnyomás és a csonttrikulás betegség volt az, amelyeket a megkérdezettek több, mint a fele megjelölt. A trombózis, szívinfarktus,

magas koleszterin szint, méhtest és petefészek rákot a nőknek kevesebb, mint a fele választotta ki. Ennek okán mondhatjuk, hogy nem rendelkeznek kellő ismerettel a menopauzát, és a menopauzával összefüggő betegségeket illetően. Ezt a deficitet a felvilágosítás hiányán kívül az érdeklődés hiánya is előidézheti. Ennél fogva nagyon fontosnak tartom a munkahelyeken időt szánni az egészségnevelésre. A munkáltatónak is érdeke, hogy egészséges, a munkáját szívesen végző nőkkal dolgoztasson.

A nőgyógyászati szakrendelés látogatottsága igen alacsony, különös tekintettel azokra a nőkre, akik nem használnak hormonpótló készítményt. A hormonterápiában részesülők között számottevően többen vannak, akik rendszeresen részt vesznek szűrővizsgálaton. Ennek oka a szakorvos megfelelő felvilágosítása a terápia mellékhatásainak tekintetében, illetve a felelős magatartás és a prevenció fontosságának szem előtt tartása. Az erre vonatkozó hipotézis vizsgálatánál fény derült arra is, hogy a szűrővizsgálaton való megjelenés függ az iskolai végzettségtől is.

Véleményünk szerint, még mielőtt a nők elérkeznek a változó korba, meg kell kezdeni a felvilágosítást, az okokat és következményeket kiemelve. Úgy gondoljuk, hogy a megfelelő felvilágosítás fél prevenció. Remélhetőleg ebben az esetben több nő elmegy rendszeresen az orvosi ellenőrzésekre, nőgyógyászati és mammográfiás szűrésre, megfigyeli saját magát. Ellenőrizteti a vérnyomását és elmaradhatatlan lesz a mozgás a mindennapokban.

A magyar emberek egészségkultúrája sok kívánnivalót hagy maga után. A szűrőprogramok fontossága még nem épült be a tudatba. A szűrővizsgálaton való megjelenés nem kötelező. A részvétel mindig egyéni döntésétől függ. A szűrőprogram része az egészségnevelés, valamint a szűrővizsgálat előtti tájékoztatás. Az alapellátásnak és a civil szervezeteknek még kiaknázatlan tartalékaik vannak. A tömegkommunikáció nyújtotta lehetőségeket sokkal jobban ki kellene használni, felébresztheti a lelkiismeretet és buzdíthat az egészségmegőrzés fontosságának szem előtt tartására.

Az időben felfedezett problémák hatékonyabban kezelhetők. Így minőségi és teljes életet élhet a poszt-menopauzában is a nő!

A menopauza normális, korfüggő állapot, mely önmagában nem igényel kezelést. Amennyiben az egészség és a vitalitás meg-

marad, ez az időszak az élet egyik legértékesebb szakasza lehet. Ebben az időszakban, megfelelő életvitel mellett, a baráti kapcsolatok, a szociális kötékek kiteljesedhetnek, az egyén kielégítő társadalmi elismertséget nyerhet, munkájában vezető szerepet érhet el.

Irodalomjegyzék

1. Elek, Cs.(2001): A változás kora. B+V Lap és Könyvkiadó Kft, Budapest
2. Karamánné P, A., Dér, A., Németh, K., Balázs, P. et al (2008): A méhnyakrák-szűrés eredményességét befolyásoló tényezők egy felmérés tükrében. *Nővér*, 21.(2):3-9
3. Kovács, A., Döbrössy, L., Budai, A., Boncz, I., Cornides, A.(2007): A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. *Orvosi Hetilap*, 148 (12) 535-540.
4. Magyar, Z., Papp, Z.(2001): Menopausa szakambulanciák működése. In: Cseh, I, Dancsó, J, Tóth K(szerk) A menopausa időszerű kérdései. B+V Lap és Könyvkiadó Kft, Budapest
5. Magyar Zoltán (2006): Újtrendek a változókor tüneteinek megelőzésére és kezelésére. In: C. Molnár Emma, Füredi János, Papp Zoltán: Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 349-353
6. Masszi Gabriella (2002): Hypertonia a menopausa után. *Hippocrates*, IV (2): 134.
7. Tóth, K.S., Pap, K., Ács, N., Balogh, Á., Göcze, P., Koloszar, S., Magyar, Z. (2003): Menopauzális hormonterápia. *Ca és Csont*, 6 (3):121-123

Life after the menopause

Link, Zs., Bujtor, A., Dr. Vincze, E., Dér, A., Mák, E., Németh, K., Karamánné Pakai, A.

This cross-section survey, incorporating quantitative and qualitative elements, was conducted among 2008 among 50 women receiving hormone replacement therapy and 50 women not receiving hormone replacement therapy, living in the counties of Veszprém, Győr-Moson-Sopron and Fejér, aged between 40 and 60 years (n=100). We compared the two groups' health awareness, complaints, attendance of gynaecological screenings, and knowledge of the consequences of hormone replacement therapy.

It was concluded that in terms of their lifestyle and awareness of the menopause and hormone replacement therapy, there were no differences between the group of women who were on hormone replacement therapy and the group that was not receiving it. Neither group a more health-aware lifestyle than the other. Both groups had virtually the same average body mass index.

The authors stress the importance of health education and the provision of information at screening tests, and the need to make far better use of the opportunities inherent in the mass media.

„Egészségügyi szakemberek nemzetközi virtuális osztályterme az Interneten”

Az Európai Unió Leonardo da Vinci szakképzési programja keretében 2006–2008 között valósult meg az „Egészségügyi szakemberek nemzetközi virtuális osztályterme az Interneten” című projekt. Nemzetközi együttműködésben új szemléletű, Interneten elérhető interaktív tananyagokat és esettanulmányokat tartalmazó távoktatási rendszert fejlesztett ki a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara ápolók részére.

Egy korábban futó Leonardo da Vinci Helsinki Díjas projekt keretében készült el a PEDITOP Komplex Oktatási Szoftver[®], amely számos, az Internetes oktatásban nélkülözhetetlen technikai segítséget nyújtott tanfolyamkészítőknek és felhasználóknak egyaránt. E projekt eredményeit felhasználva indult el együttműködésünk 2006-ban. A „Egészségügyi szakemberek Nemzetközi Virtuális Osztályterme az Interneten” az Európai Unió Leonardo da Vinci Programjában, mint kísérleti projekt került megvalósításra. A fejlesztés célkitűzése az volt,

hogy új oktatási rendszert és új típusú tananyagokat készítsünk és értékeljünk. Ezen szemléletben az volt az újdonság, hogy a tananyagok interaktív formában, probléma orientált esettanulmányok formájában, több európai nyelven kerültek kifejlesztésre az orvoslás mellett az ápolás területére is. A fejlesztés eredményeképpen ápolók és orvosok számára az ápolás, a gyermekgyógyászat, a fül-orr-gégészet, valamint a klinikai immunológia témáiban születtek új oktatási anyagok.

A oktatásfejlesztő szerzők az elkészített,

MeditopEU - Windows Internet Explorer
 http://www.meditopeu.com/Start.php
 Eajl Szerkesztés Nézet Kedvencek Eszközök Súlyó

meditopEU
 Válasszon nyelvet: [Magyar] [Angol] [Német] [Francia] [Olasz] [Spanyol] [Portugál] [Görög] [Török] [Egyéb]
 Email: [] Jelszó: [] Bejelentkezés

A projekt rövid bemutatása Küldetés Partnerek Szerkesztő Bizottság Szponzorok Titoktartás Nyilatkozat Regisztráció Elfelejtett jelszó

Kedves Látogató!

Üdvözöljük honlapunkon!

A honlap, az oktatási szoftver, a honlapon található tanfolyamok és probléma alapú esettanulmányok az Európai Unió Leonardo da Vinci programja keretében, a „Nemzetközi virtuális osztályterem” című projektben készültek el.

Célunk, hogy Interneten elérhető, képpel, videóval illusztrált tananyagokkal segítsük az Ön tudásának gyarapítását.

A tanfolyamokat önképzésre ajánljuk.

BELGYÓGYÁSZ, KLINIKAI IMMUNOLÓGUS- ÉS ALLERGOLÓGUS, REUMATOLÓGUS SZAKORVOSOK RÉSZÉRE AKKREDITÁLT!
 2008.07.01-től 2008.12.31-ig
 -Autoimmun betegségek
A tanfolyam akkreditált pontértéke 16 pont
 -Klinikai immunológia és allergológia
A tanfolyam akkreditált pontértéke 16 pont
 -Az immunmediált betegségek laboratóriumi diagnózisa
A tanfolyam akkreditált pontértéke 16 pont
 -Immunfarmakológia
A tanfolyam akkreditált pontértéke 9 pont

Webmaster: webmaster@meditopeu.com

Kész Internet 100%

videókkal, képekkel illusztrált tananyagokat közvetlenül publikálhatják a www.meditopEU.com honlapon. A tananyagok alapján on-line tanfolyamok indíthatók. Az esettanulmányok magyar, angol, olasz, német, cseh és spanyol nyelven is tanulhatók a Virtuális Osztályteremben. Az oktató által előre meghirdetett videokonferencián minden résztvevő ugyanazt látja a képernyőjén, amit az oktató mutat. Ezen kívül az egészségügyi szakembereknek lehetőségük nyílik az önképzésre is, és vizsgát tehetnek az Interneten keresztül is. A www.meditopEU.com honlapon az oktatási szoftver biztosítja a tesztkérdésekre adott válaszok azonnali értékelését, a vizsga paramétereinek az oktató által történő beállítását is, vizsgázók adminisztrációját a bejelentkezéstől a vizsga befejezéséig, a vizsgázók kiértékelését.

A www.meditopEU.com honlapon ápolók számára jelenleg elérhető on-line tananyagok: Kemoterápia előkészítése; Infúzió terápia előkészítése és kivitelezése Port-A-Cath-tal. Ápolók számára elkészített esettanulmányok: Higiénés kézmosás, Lázcsillapítás,

Szondatáplálás, Ágy melletti laboratóriumi eljárások (haemocultura, VMA).

A projekt további célja, hogy minél többen megismerjék és hasznosítsák az eredményeinket. A kialakított tananyagok kerüljenek alkalmazásra a garduális ápolóképzés területén, ezáltal támogassuk hallgatóink és kollégáink szakmai fejlődését, valamint nyelvi és informatikai készségük bővülését. A program nem titkolt szándéka volt, hogy az E-továbbképzés és a probléma-alapú tanulás lehetőségeit a hazai egészségügyi szakképzés és továbbképzés gyakorlatába beültesse és a már meglévő választékot színesítse. Ennek érdekében a program hazai zárására 2008. december 12-én szakmai fórum keretében kívántuk az oktatási szakemberek figyelmét felhívni. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástudományi Tanszéke adott otthont rendezvényünknek.

Dr. Balogh Zoltán, projektpartner
Dr. Csáky Lilla, projektmenedzser,
MeditopEU

“International Virtual Classroom for Health Care Professionals”

Within the framework of the European Union's Leonardo da Vinci vocational training program, the project entitled “An International Virtual Classroom for Health Care Professionals” was implemented between 2006 and 2008. As part of a coordinated international initiative, the Council of Hungarian Healthcare Professionals has developed an internet-based distance learning system comprising interactive teaching materials and case studies.

MINDEN KEDVES OLVASÓNKNAK
SZÉP, BÉKÉS ÜNNEPEKET,
ÉS BOLDOG ÚJÉVET KÍVÁNUNK!

A NŐVÉR
SZERKESZTŐSÉGE ÉS KIADÓJA

Gratulálunk!

Az egészségügyi miniszter
állami kitüntetéseket adott át
augusztus 20. alkalmából

A Magyar Köztársasági Arany Érdemkereszt (polgári tagozat) kitüntetésben részesült:

A védőnőképzés érdekében végzett kiemelkedő munkája elismeréseként

Kahlichné Dr. Simon Márta, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Családgondozási Módszertani Tanszék nyugalmazott főiskolai tanára.

A Magyar Köztársasági Ezüst Érdemkereszt (polgári tagozat) kitüntetésben részesült:

A Vesebetegek Egyesületeinek Országos Szövetségében végzett kiemelkedő munkája és aktív közéleti tevékenysége elismeréseként

Ádám Aurél, a Vesebetegek Egyesületeinek Országos Szövetsége elnöke,

A magyar ápolás szolgálatában végzett közel három évtizedes munkájáért

Jakabné Harcsa Erzsébet, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Oktató Kórház ápolási igazgatója,

A központi közigazgatásban 30 éven át kifogyhatatlan energiával és lelkesedéssel képviselte a magyar ápolók ügyét

Sövényi Ferencné, az Egészségügyi Minisztérium nyugalmazott főosztályvezetője, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Működési Nyilvántartás vezetője,

Az egészségügyben eltöltött négy évtizedes ápolói munkájáért

Vinkler Lajosné, a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt. ápolási igazgatója.

A Magyar Köztársasági Bronz Érdemkereszt (polgári tagozat) kitüntetésben részesült:

Az egészségügyben kifejtett négy évtizedes munkája elismeréseként

Andrásik Andrásné, Albertirsa fizioterápiás szakasszisztense,

Kiemelkedő ápolói munkája és aktív közéleti tevékenysége elismeréseként

Bukovszki Sándorné, Jakabszállás körzeti ápolónője,

A lakosság egészségügyi ellátásban nyújtott négy évtizedes kiemelkedő szakmai munkájáért

Fóti Péterné, a Tiszaújváros Városi Rendelőintézet vezető asszisztense,

Közel három évtizedes kiemelkedő körzeti nővéri munkája elismeréseként

Intzogluné Gózon Mária, Budapest IX. ker-i körzeti nővére,

A csepeli gyermekek egészségének megóvása érdekében végzett áldozatos munkájáért

Kup Lászlóné, Budapest XXI. ker. (Csepel) Egészségügyi Szolgálat csoportvezető védőnője,

A gyulai családokért, gyermekekért végzett kiemelkedő védőnői munkája elismeréseként

Nagy Imréné, a gyulai Védőnői Szolgálat védőnője,

A háziorvosi körzetben folytatott 25 éves ápolónői munkájáért

Tóbiás Imréné, sarkadi szakápolónő,

Körzeti ápolónőként végzett kiemelkedő szakmai munkája elismeréseként

Tóth Árpádné, kőszegi körzeti ápolónő,

A közösségért végzett áldozatos munkájáért, a gyógyítás területén való helytállásáért.

Vezendi Imréné, újlétai ny. körzeti ápolónő.

Batthyány-Strattmann László születésének 138. évfordulója alkalmából az egészségügyi miniszter szakmai elismeréseket adományozott.

Pro Sanitate díjban részesült kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként

Nagy Lászlóné,
Pusztadobos Község Önkormányzatának
védőnője,

Szántó Imréné,
a tiszaujvárosi Tímea Dr. Betéti társaság.
körzeti ápolónője,

Turbuczné Szujó Tímea,
a vésztői Református Szeretetotthon Agapé
Otthonápolási Szolgálat szolgálatvezetője,

Az Egészségügyi Miniszter Díszoklevele
elismerésben részesült több évtizeden
át végzett kimagasló, példaértékű tevé-
kenységéért, életműve elismeréseként:

Dr. Bércesi Ferencné,
a Pécs Megyei Jogú Város Egyesített Egész-
ségügyi Intézmények Igazgatósága megbí-
zott ápolási igazgatója,

Gyulai Lászlóné,
a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat
Kórháza, Szülészet-nőgyógyászati Osztály
Újszülött Részlegének klinikai szakápolója,

Kiss Julianna,
a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyer-
mekkórház Sebészeti Osztályának gyer-
mekápolója,

Kónya Elemérné,
a Heves Megyei Önkormányzat Markhot
Ferenc Kórház-Rendelőintézete Központi La-
boratórium nyugalmazott osztályos felelős
asszisztense,

Oláh Bertalanné,
a Miskolc Megyei Jogú Város Önkor-
mányzat Miskolci Egészségügyi Központ és
Egyetemi Oktató Kórház Központi Laborató-
rium szakasszisztense, részlegfelelőse

Vígh László,
az Országos Mentőszolgálat Közép-du-
nántúli Regionális Mentőszervezete Szent-
gotthárd mentőállomás mentőápolója,

Egészségügyi Miniszteri Dicséretben
részesült eredményes, példamutató tevé-
kenysége elismeréseként:

Adamkó Ferencné,
a Semmelweis Egyetem Általános Orvos-
tudományi Kar Kórélettani Intézet laboras-
szisztense

Baranyi Mária,
a Hatvani Kórház Kft. Albert Schweitzer
Kórház Szülészeti Osztály szülésznője, főnö-
vér helyettes,

Dohányos Jánosné,
a Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet, Békés-
csaba Sebészeti Osztály osztályvezető ápolója,

Galambos Ferencné,
a Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc
Dél-pesti Kórház Csepeli Telephely I. számú
Krónikus és Rehabilitációs Belgyógyászati
Osztály diplomás ápolója,

Lentényi Gáborné,
a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor
utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Köz-
ponti Központi Laboratórium vezetőasszisz-
tense,

Szabados Péterné,
a Semmelweis Egyetem Általános Orvostu-
dományi Kar Kórélettani Intézet asszisztense

Az Egészségügyi Miniszter Elismerő
Oklevele elismerésben részesült felelős-
ségteljes, példamutató munkájuk elisme-
réseként:

A Fővárosi Önkormányzat Egyesített
Szent István és Szent László Kórház Ren-
delőintézet Gyermekhematológiai és Ős-
sejt-transzplantációs Osztály kollektívája:

Dr. Kriván Gergely osztályvezető főorvos
Dr. Benyó Gábor főorvos
Dr. Kállay Krisztián adjunktus
Andreovszki Ilona főnővér

Hasszán Éva csecsemő- és gyermekápoló
Krizsány Ildikó csecsemő- és gyermekápoló

A Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános,
Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kór-
ház, Egyetemi Oktatókórház Zártkörűen
Működő Nonprofit Részvénytársaság
Onkoradiológiai Osztály Sugárterápiás
Részlegének kollektívája:

Tóth Mónika megbízott csoportvezető as-
szisztens

Magyarics Henriett röntgenasszisztens
Körmendi Józsefné röntgenasszisztens

Virág Lászlóné röntgenasszisztens

Dr. Gasztonyiné Sörös Erzsébet rönt-
genasszisztens

Dr. Östör Vincéné általános asszisztens

Az elektív szemmegnyitó műtétek során alkalmazott prevenciós eljárás hatása a posztoperatív endophthalmitis megelőzésében

Maginé Kórizs Judit

műtős szakasszisztens, Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft., Debrecen

Összefoglaló

A posztoperatív endophthalmitis a szemészeti műtétek elvégzése után ritkán fordul elő, de ha létrejön, akkor igen komoly következményekkel járhat, ezért különösen fontos kialakulásának prevenciója.

A 2005-2006 években jelentős változás történt a gyógyszeres prevenció elveiben és a gyakorlatában, ezért a tapasztalatok értékelése céljából feldolgoztuk az osztályunkon ebben az időszakban végzett szemmegnyitó műtétek adatait.

2005-ben 1816 elektív szemmegnyitó műtétből 4 esetben posztoperatív endophthalmitis alakult ki. Mind a 4 esetben pars plana vitrectomia történt, és a szemet meg lehetett menteni.

2006-ban elvégzett 2092 elektív szemmegnyitó műtétből azonban az ESCRS által ajánlott prevenció mellett posztoperatív endophthalmitis nem alakult ki.

Bevezetés

Az endophthalmitis a szem belsejében zajló, fertőző ágens okozta, többnyire gennyes gyulladás, amely kezelés nélkül a retina pusztulásához és a szemgolyó elvesztéséhez vezet. Ezért kialakulásának a megakadályozása érdekében többféle profilaxis programot dolgoztak ki. A profilaxis legújabb irányelveit 2006-ban az ESCRS (az európai refraktív cataracta sebészeti társaság) adta ki, amely a legújabb antibiotikus profilaxis-kombináció kivitelezése mellett tartalmazza a műtőben dolgozó személyzettel szemben támasztott prevenciós elvárásokat is.

Összehasonlítottam a 2004-2005-ben alkalmazott profilaxis hatékonyságát a 2006-2007-ben alkalmazottéval, ehhez retrospektív módon, dokumentumelemzéssel gyűjtöttem adatokat a debreceni Kenézy Kórház — Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft. Szemészeti Osztályán 2004. január 1. és 2007. december 31. közötti időszakban végzett elektív szemmegnyitó műtétekről.

A prevencióval összefüggő általános feladatok a műtőben

- A műtőbe lépés után az első teendő a megfelelő zsilipelés, a szájmaszk és a sapka használata elengedhetetlen.
- A műtéti terület, a periorbitális régió és a cornea, conjunctívazsák fertőtlenítését az előírásoknak megfelelő módon kell elvégezni.
- Ismert tény, hogy a szem felszínét nem lehet jól fertőtleníteni, ebből adódóan a fertőzés kialakulásának kockázata magas, főleg ha ehhez további rizikó tényezők is társulnak.
- Cseppentéskor az üveg cseppentő része ne érjen hozzá a beteg szeméhez! Ezzel egyrészt fertőzés vihető át, másrészt a műtét közbeni komplikáció kialakulásának a kockázatát vonhatja maga után.
- A kéz fertőtlenítése folyamatos kell hogy legyen, mivel a ráragadó szemváladékkal fertőzhetünk.
- A műtő ajtót a műtét ideje alatt becsukva kell tartani, és törekedni kell a minél kevesebb mozgásra.

- Elengedhetetlen feltétel az olyan típusú légkondicionálás, amely a műtő levegőjét óránként legalább 20x kicseréli.
- A takarítási rendbe tartozik a napi takarításon belül minden műtét végén a műtőasztal fertőtlenítése és a műtő felmosása.
- Fertőző betegen történő beavatkozás kizárólag a napi program végére kerüljön kiírásra, a műtét végén nagy fertőtlenítő takarítást és a műtő fertőtlenítő gázosítását el kell végezni.

- Gondoskodnia kell arról, hogy a műtétek után a műszerek tökéletesen legyenek megtisztítva, és megfelelő módon legyenek sterilizálva.
- Az egyszerhasználatos eszközök egyszer használatosak!!

Mindkét vizsgált időszakban a betegek a műtőbe jövetel előtt tisztasági fürdőt vettek, a műtőben lábzsákkal és műtős sapkával láttuk el őket. Az **I. táblázatban** összefoglaltuk a fertőzések megelőzése céljából történő beavatkozásokat. Látható, hogy a periorbitális régió és a cornea, conjunctivazsák fertőtlenítése mind a két időszakban azonos volt. Változott viszont a műtét előtti antibiotikus terápia, és az antibiotikum közvetlen műtét utáni alkalmazása is, mivel az intracamerális adagolás

A műtősnő közvetlen feladatai

- A sterilitás szabályainak betartása és betartatása a műtőben tartózkodókkal.

I. táblázat: A vizsgált időszakban a fertőzések megelőzése céljából végzett beavatkozások

Profilaxis	Időszak (év)	
	2004-2005	2006-2007
Műtét előtti antibiotikum	aminoglycosid csepp 5x1 3 napig	ofloxacin csepp 4x1 48 órán át
Periorbitális régió fertőtlenítése	10% -os povidone jodid	10% -os povidone jodid
Conjunctivazsák, cornea fertőtlenítése	5% -os povidone jodid 3 percig	5% -os povidone jodid 3 percig
Műtét utáni antibiotikum	széles spektrumú aminoglycosid és dexamethason subconjunctíválisan	cefuroxim inj. intracamerálisan
Műtét utáni 1 hétig adott antibiotikum	steroid kombinációjú szemcsepp	ofloxacin csepp
Endophthalmitis	7 esetben	Nem alakult ki.

- Mindenki, aki a műtési team tagja, be kell tartatnia az előírás szerű műtési bemosakodást.
- Vigyázni kell a hígított oldatok sterilizálására, mert az oldat felszíne felett a nedves levegő könnyen kontaminálódik a *Pseudomonas Aeruginosa*-val, és előfordulhat, hogy a beavatkozást végzők maguk viszik be a fertőzést a műtési területre.

hatékonyabb antibiotikum felszívódást biztosít, mint a subconjunctívális. A műtét után 1 hétig a vizsgált időszak első 2 évében szteroid és antibiotikum kombinációjú cseppet kaptak a betegek, míg a vizsgált időszak második 2 év időszakában ofloxacin cseppet.

Az elvégzett műtétek számának, valamint az endophthalmitises megbetegedések incidenciájának változását a **II. táblázat**

II. táblázat: A műtétek és az endophthalmitises megbetegedések száma év szerint

	2004	2005	2006	2007
Műtétek száma	1017	1525	1884	2120
Endophthalmitisek száma	2	5	-	-
Incidencia	0,19%	0,32%	0	0

zat mutatja be. Látható, hogy 2004-ben az 1017 elektív szemmegnyitó műtétből 2 esetben alakult ki postoperatív endophthalmitis. 2005-ben ugyanezen prevenció mellett a műtéti szám 1525-re emelkedett, nőtt az endophthalmitises esetek száma, és az incidencia értéke 0,19%-ról 0,32%-ra emelkedett, bár a műtéti szám nem növekedett ilyen arányban. Továbbá látható az is, hogy az ESCRS irányelveinek megfelelően megváltoztatott prevenció eljárásnak köszönhetően a 2006. és 2007. években a műtéti szám növekedését nem követte az endophthalmitises megbetegedések kialakulása, sőt egyáltalán nem alakult ki postoperatív endophthalmitis.

Összehasonlítottam a két időszakban 1000-1000 elektív műtétből az egy esetre jutó költséget is. (III. táblázat) 2004-2005-ben 1000 elektív szemmegnyitó műtétre 2,75 endophthalmitises eset számítható, a ráfordítást ezen betegek gyógyszeres szükségletének plusz költsége jóval megemelte, ezen kívül a hosszabb ideig tartó ápolás, a drágább antibiotikumok és az újabb beavatkozások is megnövelték az

egy betegre eső költségek összegét. Ezekkel szemben 2006-2007-ben az egy műtétre eső költség jóval alacsonyabb volt.

Következtetésként levonható:

1. Az ESCRS ajánlásnak megfelelően bevezetett profilaxis az emelkedő műtéti szám mellett csökkentette (esetünkben eddig megszüntette) az endophthalmitisek előfordulását.
2. Az ajánlás által alkalmazott profilaxis költséghatékony, nincs plusz antibiotikus kiadás, műtét, nem nő az ápolási napok száma.
3. A betegek elégedettsége és bizalma nagyobb.
4. Az operáló team számára megnyugtató a módszer hatékonysága.

Összegezés

Tapasztalataink alapján az ESCRS által ajánlott profilaxis hatékony az elektív szemmegnyitó műtétek során, a szakmai elvárások és a költségek tekintetében egyaránt.

III. táblázat: A két vizsgált időszak 1000-1000 elektív műtéte alapján az egy esetre jutó költségek összehasonlítása

	2004-2005 években végzett 1000 elektív műtétből	2006-2007 években végzett 1000 elektív műtétből
Endophthalmitis száma	2,75	0
Endophthalmitis kezelése	825000 Ft	0 Ft
Antibiotikum profilaxis	350000 Ft	280000 Ft
Összesen	1175000 Ft	280000 Ft

Irodalomjegyzék

1. Albert, B. (1995): Szemészet, Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest.
2. Boros, B., Kettesy, A., Kukán, F. (1962): Szemészet, Medicina Könyvkiadó Budapest.
3. Doft, B.H. et al., and the Endophthalmitis Vitrectomy Study Group (2001): Diabetes and postoperative endophthalmitis int he endophthalmitis vitrectomy study. Arch. Ophthalmol. 119:650-656.
4. ESCRS irányelvek a postoperatív endophthalmitis megelőzésében, kivizsgálásában és kezelésében. (fordította : Kovács Ágnes Zala Megyei Kórház) www. shiol. hu
5. Gaál, Cs. (2002): Sebészet, Medicina Könyvkiadó Rt. – szerkesztő Budapest
6. Gulácsi, L. et al. (1995): A szövődmenymentes gyógyulásért, 1. Kórházi sebfertőzés-surveillance.

- Egészségügyi gazdasági Szemle, 33, 2 113-135,
7. Gulácsi, L. et al. (1996): A szövőd-ménymentes gyógyulásért, 3, Kórhá-zi sebfertőzés – surveillance program, stabilizációs fázis: metodika, definíciók, programleírás. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 34, 2 117 – 139,
 8. ISO 9001: 2000.
 9. Kende, É., Böröcz, K. (2000): Nosoco-miális surveillance – az infekciókont-roll irányítúje. Orvosi Hetilap, 141, 13, 651-656
 10. Kende, É. (2001): Infekciókontroll Zsebkönyv Magyar Infekciókontroll Egyesület, Gyula
 11. Kende, É. (1994): Minőségi indikátor-e a nosocomiális fertőzés aránya? Orvosi hetilap, 52, 2859 – 2862, 135.
 12. Klauss, V., de Kasper, M., Kampik, A. (1997): Endophthalmitis In: Kampik A., Grehn F.: Entzündungen des Auges inneren, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 123-128
 13. Orosi, P. (2000): Infekciókontroll. Hallgatói kézikönyv, Debrecen
 14. Szloboda, I. (1997): Az infekciókont-roll és a minőségbiztosítás. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 35, 6 523-530
 15. Tatár Kiss, Zs. et al. (2000): Infekció, Prevenció, Surveillance. In.: Gulácsi L. (szerk.). Minőségfejlesztés az egészség-ügyben. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
 16. Tarsoly, E. (1999): Funkcionális anató-mia, Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest

Tájékoztató szerzőink számára

A NŐVÉR olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterü-leteinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak.

A Kiadó elsősorban az ápolás egyes szakterületein elméleti és/vagy gyakorlati ismeretekkel, tapasztalatokkal rendelkező szakemberek írásait várja.

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

Kérjük jelenlegi és jövőbeni szerzőinket, hogy kézírataik elkészítésekor feltét-lenül vegyék figyelembe azt (az eddigiekhez képest módosult) a szempont-rend-szert, amelyet a „Szerzői útmutató” tartalmaz, és amely a MESZK honlapján (www.meszk.hu) a NŐVÉR menüpont alatt található.

A műlencsetervezés jelentősége a posztoperatív refrakciós hiba csökkentésében

Kuczik Júlia

asszisztens, Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft., Debrecen

Osztályunkon 2006-ban 1719 phacoe-mulsificatio katarakta műtétet végeztünk. Ez jelentős növekedés az előző évekhez viszonyítva (a 2001 évben elvégzett 574 katarakta műtét háromszorosa).

A mennyiségi változás mellett minőségi változás is történt, elsősorban azért, mert változott az elvárás a műtét utáni látás minőségével kapcsolatban. A műtétre jelentkezők között megnőtt az aktív munkavégző korban lévők száma, akik műtét után tökéletes látást szeretnének.

Ha a szürkehályogon kívül egyéb szemészeti betegsége nincs a műtétre jelentkező páciensnek ez reális igény.

A műtét eredményességét a személyi és a tárgyi feltételek egyaránt befolyásolják. Osztályunk technikai felszereltsége jónak mondható. A mai követelményeknek megfelelő gépek, műszerek rendelkezésünkre állnak. A személyi feltételek jó kihasználásával igyekszünk a kihívásoknak megfelelni.

Ismert tény, hogy a pontos műlencse-tervezés a páciensek műtét utáni látásjavulásának jelentős feltétele. A tervezés osztályunkon a műtét előtti napon történik. A felvételt követően az ambulancián dolgozó asszisztens autokeratorefractometer segítségével megméri mindkét szem szaruhártyájának vertikális, illetve horizontális görbületét. A műlencse tervezéshez speciális, A+B képes ultrahangos készüléket használunk. A mérést kontakt módszerrel végezzük.

A beteg adatait és a mért értékeket az ultrahangos készülékbe írjuk. A páciens mindkét szemét érzéstelenítjük, a készülék vizsgálófejét a nyitott szemre helyezve megmérjük a bulbus hosszát. A következő lépés a beültetendő műlencse dioptriájának

kiszámítása. A kalkuláció az UH készülék számítógépes rendszerébe van beépítve, a megfelelő gomb megnyomása után automatikusan elvégzi a szükséges számításokat.

A két szem műlencse tervezését egyszerre kell elvégezni, hogy az operátor egymással harmonizálva tudja a műlencsüket kiválasztani.

Hibalehetőségek a biometria elvégzése során:

1. gépelési és adatbeviteli hiba,
2. az ultrahangos szemtengelyhossz mérés hibái,
 - a mérés tengelye nem megfelelő,
 - a vizsgáló a méréskor megnyomja a szemgolyót,
 - nem megfelelően választott alkalmazás (túl magas érzékenység alkalmazása).

Ha az asszisztens a vizsgálat során az átlagtól jelentősen eltérő eredményt kap, haldéktalanul konzultál az orvossal.

2006 második félévétől 2 szakdolgozó végzi a méréseket (mindig ugyanaz a két személy), ezt megelőző időben ez az operációt végző orvosok feladata volt (több személy). A két időszakból összehasonlítottam egy-egy félév adatait, 100-100 olyan, komplikációmentes katarakta műtéten átesett beteg műtét utáni vizuálisát néztem meg, akiknek a szürkehályogon kívül egyéb szemészeti betegsége nem volt.

A több személy által végzett műlencse tervezés esetében 31%-ban, míg a csak két személy által történt mérések után 77%-ban sikerült -korrekció nélkül- 1.0 vízust elérni.

Úgy gondoljuk, hogy ha valaki több vizsgálatot végez, nagyobb tapasztalatra tesz szert, csökken a mérési hiba lehetősége.

Irodalomjegyzék

1. Németh, J., Fekete, O., Pesztenlehrer, N. (2003): Optical and ultrasound measurement of axial length and anterior chamber depth for intraocular lens power calculation. J. Cataract. Refract. Surg. 29: 85-88.
2. Olsen, T., Nielsen, P.J. (1989): Immersion versus contact technique in the measurement of length by ultrasound. Acta Ophthalmol (Copenh) 67: 101-102.
3. Pierro L. et al. (1999): Axial length in patients with diabetes. Retina 19: 401-404.
4. Sohajda Z. et al. (2008) : The comparative study of two recently developed A-scan devices: determination of central corneal thickness, anterior chamber depth and axial length. Acta Ophthalmologica 2008. 86. 45-48.

A MESZK által tervezett országos továbbképzések, 2009.

Egy napos továbbképzések

- MRSA Továbbképzés, 10 pont, 2009. január 27., február 24.
- PET CT Szakmai Továbbképzés, 10 pont, 2009. január, február, március és április hónapokban
- MESZK Aneszteziológiai-intenzív Ápolás Tagozat Országos Szakmai Napja, 10 pont, 2009. február
- Holisztikus szemlélet és alternatív lehetőségek a minőségi ápolásban, pontszerzés folyamatban, 2009. I. negyedév
- Otthoni Szakápolási és Hospice Konferencia, Nagykőrös, pontszerzés folyamatban, 2009. április 10.
- A halál méltóságának tisztelete, 10 pont, 2009. első félév
- Transzkulturális ápolás az ápolói gyakorlatban, 10 pont, 2009. első félév
- MESZK Országos Védőnői Tagozat IV. Országos Konferenciája, pontszerzés folyamatban, 2009. június
- Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa, Veszprém, 2009. július 9-11.
- Lelki Egészség Világnapja, pontszerzés folyamatban, 2009. október 9.

40 órás továbbképzések

„Kezdő vállalkozások ösztönzése” 2009. évben 4 alkalommal kerül megrendezésre: I. negyedév: Budapest, továbbiakban Szeged, Kaposvár, Nyíregyháza. 2010. évben: Budapest, Szombathely, Zalaegerszeg, Pécs.

Program kiírása 2008. decemberében a www.meszk.hu honlapon elérhető.

Új képalkotó eljárás a szemészetben

Baloghné Balla Katalin

asszisztens, Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft., Debrecen

A fejlett országokban a diabeteses maculopathia, illetve az időskori macula-degeneratio a vezető vaksági okok között található. Az utóbbi években ezekben, és más szemfenéki kórképek diagnosztikájában új módszer, az optikai coherentia tomographia, rövidítve az OCT került bevezetésre.

Intézményünkben 2006. decembere óta használunk egy OCT készüléket. Az OCT egy olyan modern, nem invazív képalkotó eljárás, amely lehetővé teszi az élő szövet nagy felbontású, csaknem mikroszkópikus pontosságú vizsgálatát. A készülék polarizált fényrel pásztázza a retinát és annak keresztmetszeti képét adja, képfelbontó képessége 1-15 μ -os, mely egy-két nagyságrenddel nagyobb, mint például az ultrahangé, vagy a CT-é.

Az OCT felvételeken ábrázolódik a fovea és a papilla területe, a retina rétegei közül az idegrostréteg, ganglionsejtréteg, a fotoreceptorok, az RPE és bizonyos mélységig a chorioidea.

A vizsgálat alkalmas:

- a macula betegségeinek (oedema, maculalyuk, időskori maculadegeneratio, stb.),
- a glaucoma (a retinalis idegrostréteg vastagságának mérése és a papilla morfológiájának vizsgálata révén)
- a diabeteses CMO (centralis macula oedema)

diagnosztizálásra, és az állapot-változások követésére.

A diabeteses retinopathiában és az időskori maculadegeneratióban szenvedő betegeinknél a diagnózis felállításában és követésében a régebben bevezetett fluorescein angiographia (FLAG) mellett egyre gyakrabban használjuk az OCT-t is. A két vizsgálat nem helyettesíti, de

nagyon jól kiegészíti egymást. Mivel a FLAG nem végezhető el minden betegnél (pl. allergia vagy veseműködési zavar esetén), mivel a vizsgálat során kontrasztanyagot juttatunk a véráramba. Ilyen esetekben is jól jön az OCT.

A rendszer hardvere a PM (patient module) mérőfejből, a számítógépből, monitorból, billentyűzetből, egerből és nyomtatóból áll, mely egy kerekeken eltolható motoros állítású asztalon van felállítva. Az asztal magasságát a beteg méreteihez lehet beállítani.

Az asszisztens feladata elsősorban az adatok rögzítése, és a beteg előkészítése. Ehhez tartozik, hogy a megfelelő képminőség miatt fontos a pupillát legalább 3 mm-es átmérőjűre kitágítani, amennyiben ez lehetséges.

A fixáló pontot az asszisztensnek pontosan be kell állítani (belső vagy külső fixálás). A belső fixálás esetén a beteg a műszerbe tekintve látja a jelet. (A másik szemét le kell takarni.) Külső fixálásnál a külső fixáló karon lévő vörös villogó fixáló pontra kell irányítani a beteg tekintetét.

A program többféle vizsgáló módot tesz lehetővé, attól függően, hogy a maculát vagy a papillát kell vizsgálni.

A PM mérőfejjel történő letapogatás történhet különböző elrendezésű és hosszúságú egyenes vonal, vagy többféle átmérőjű kör mentén.

A tapasztalatok alapján a vizsgálat a szem megőrzött látásfunkciója mellett is kimutathatja a kezdeti eltéréseket. Fontos segítséget jelent ez a szövődmények korai megállapításában, a terápiás indikációk felállításában.

Az OCT olyan eszköz, mely a betegek látásának megőrzésében jelentősen szerepet kap.

Irodalomjegyzék

1. Gaudric, A., Haouchine, B., Massin, P. (1999): Macular hole formation: new data provided by optical coherence tomography. Arch Ophthalmol 117, 744-751.
2. Győry, J., Pados, K., Salacz, Gy. (2002): Optikai koherencia tomográffal szerzett gyakorlati tapasztalataink a retina vizsgálatában. Szemészet, 139. évfolyam 4. 251.
3. Hee, M.R., Azatt, J.A., Swanson, E.A. (1995): Optical coherence tomography of the human retina. Arch. Ophthalmol. 113, 325-332.
4. Hee, M.R., Puliafito, C.A., Duker, J.S. (1998): Topography of diabetic macular oedema with optical coherence tomography. Ophthalmology 105 (2), 360-370.



An Opportunity for all Nurses and Midwives studying for a PhD in Europe



Are you:

1. A registered nurse or midwife?
2. A national from one of the following European Union Member or Associated States: *Austria, Belgium, Bulgaria, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Liechtenstein, Ireland, Israel, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, the United Kingdom?*
3. At an early stage of your doctoral studies in nursing or another health related discipline?

If you meet the three criteria above you are eligible to apply for the **European Academy of Nursing Science (EANS) Summer School Programme**.

What is the EANS Summer School Programme?

The EANS Summer School Programme is a three year course which aims to:

- provide a common European perspective for doctoral nursing research;
- create a multi-state learning environment for doctoral nursing students;
- improve the quality of nursing practice by increasing the research evidence used in nursing within Europe;
- enhance the opportunities for doctoral students to study, work and undertake research in other European States.

Participants attend three consecutive summer schools held across Europe. In year one, the summer school is two weeks long, in years two and three it is for one week. For new applicants, the 2009 summer school will be from **22nd June to 03rd July, 2009**, in **Turku, Finland**

The summer schools are arranged around four major themes: **Researching Health and Nursing in Europe; Developing Concepts for Researching Nursing; Research Methods; Developing a Research Career.**

Funding: The Summer School Programme is supported by the European Union Framework 6 Marie Curie Fund. Participants receive some support to pay for travelling, accommodation and subsistence expenses. Depending on demand, at least one place is available for a participant from each of the listed countries.

How to apply. Complete and return the application form at:

<http://www.european-academy-of-nursing-science.com/> by **06th February 2009**

Financed by the European Union Marie Curie Conferences and Training Courses
<http://europa.eu.int/mariecurie-actions>. ASCEND: Contract number MSCF-CT-2005 - 029164.

