

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

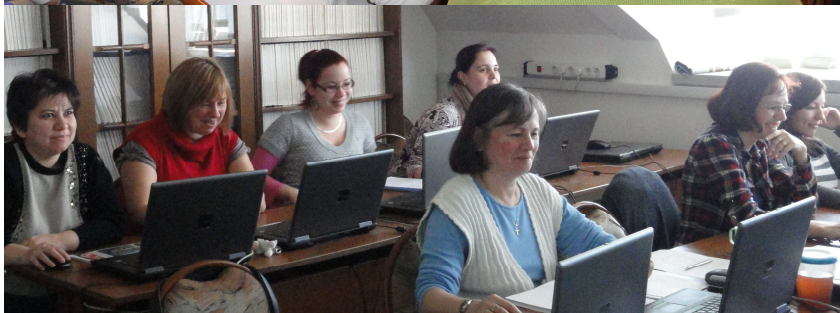
Csípőízületi endoprotézis beültetés utáni mozgásfunkciók hatása a beteg szubjektív egészségi állapotára és a műtéti sikeresség érzetére

A Point of Care Testing labordiagnosztikai vizsgálatok alkalmazásának ápolói vonatkozásai

Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében



2012. 25. ÉVFOLYAM 3. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover/novindex.htm>



„100 ÉVE A
GYERMEKEKÉRT”
HEIM PÁL
GYERMEKKÓRHÁZ



Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, kompetenciafejlesztés a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház részére

Az Európai Unió és a Magyar Állam által nyújtott
támogatás összege: 37 014 207 Ft

A pályázati támogatás összegéből 234
szakdolgozó informatikai illetve kommunikációs
készségeinek fejlesztése valósul meg.

2011. október 17. és 2012. március 6. között befejezett első kurzuson 70 kollégánk az ECDL Start tanfolyam vizsgakövetelményeit teljesítette.
2012. március 8. és 2012. július 28. között újabb 63 fő ismerkedik az Operációs rendszerek, az Internet és kommunikáció, a Szövegszerkesztés valamint a Prezentációkészítés informatikai modulokkal.

A „Sikeres önmenedzsmet és személyes hatékonyságot erősítő tréning” során 2012. január 2. és 2012. június 29. között havonta 15-18 fős csoportokban 101 dolgozó szerzett/szerez tanúsítványt.



TÁMOP-6.2.2/A-KMR-09/2-2010-0011
2011. 06. 15. – 2012. 10. 10.

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujszechenyiterv.gov.hu
06 40 638 638



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2012, 25 (3), 1–36.

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Csípőízületi endoprotézis beültetés utáni mozgásfunkciók hatása a beteg szubjektív egészségi állapotára és a műtéti sikeresség érzetére

Király Edit, Prof. Dr. Gondos Tibor 5

A Point of Care Testing labordiagnosztikai vizsgálatok alkalmazásának ápolói vonatkozásai

Bernhardt Szilvia 10

Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében

Németh Anikó, Irinyi Tamás 19

ÁPOLÁSVEZETÉS

A vákuumterápia, mint innovatív eljárás és a hagyományos sebkezelés költséghatékonyságának összehasonlítása a minőség dimenziói mentén

Lakatosné Pripkó Judit 27

GRATULÁLUNK 36

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

Impact of post hip-replacement motor functions on the patient's subjective state of health and perception of surgical success

Edit Király, Prof. Dr. Tibor Gondos 5

The nursing aspects of the use of Point of Care Testing laboratory diagnostics

Szilvia Bernhardt 10

Intention to leave the profession among health care workers in Csongrád County

Anikó Németh, Tamás Irinyi 19

NURSING MANAGEMENT

Comparison of the cost-effectiveness of vacuum assisted closure, as an innovative procedure, and traditional wound treatment, in the light of quality aspects

Judit Lakatosné Pripkó 27

CONGRATULATIONS 36

A *Nővér*ben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR 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 NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
KIADÓ KFT.

Nyomdai munka: Komáromi Nyomda, Komárom.
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.

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial BoardDr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*Pápai Tibor, *centrumvezető ápoló*Szloboda Imréné, *ápolási igazgató*Dr. Zékányné Rimár Ilona, *ápolási igazgató***Szakértők**Arany Ida, *megyei vezető ápoló*Jakab Judit, *osztályvezető főnővér*Dr. Kujalek Éva, *hivatalvezető*Dr. Papp Katalin (PhD), *főiskolai docens*Dr. Papp László (PhD), *főiskolai docens*Tóth Andrea, *osztályvezető*Dr. Tulkán Ibolya (PhD), *főiskolai docens***Tanácsadó testület/Advisory Board**Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető,*

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Prof. Dr. Ertl Tibor, *elnök,*Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége,
BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Ápolási Tanszék, SzegedHalmosné Mészáros Magdolna, *elnök,* Egészségügyi
Szakmai Kollégium Ápolás Szakmai TagozatProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár,*
a MTA rendes tagja, mb. posztgraduális képzési
igazgató, intézetigazgató, tudományos és innovációs
rektorhelyettes, PTE orvostudományi és
Egészségtudományi Koordinációs Központi
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsRauh Edit, *mb. főigazgató-helyettes,* GYEMSZI-ETIDr. Rác Jenő, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Tóth Ibolya, *főtanácsos,*

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhDr. Valérie Tóthova PhD, *dékán,*
Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,
Cseh Köztársaság

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**NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgykból eredeti közleményeket (összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket), előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak vetjük alá, melyet független szakértő(k) végez(nek). A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintettek-re vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészletet.

A cikkeken megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

A megjelent anyagnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus Raskovicsné. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. 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

Ahogy mi láttuk az üstököst

1984-ben a POTE II. sz. Belgyógyászati Klinikájára egy nagyon fiatal nőt vettek fel orvos írónak. Megjelenésekor visszahúzódo, de mindenkire kedves volt. Idővel nyitottá, fogékonyá vált az idősebbek tudására, szinte mindent tudni akart. Olyan volt, mint egy kisgyerek, aki kalapáccsal törte fel a diót, mert tudni akarta mi van benne. Érdeklődési köre szerteágazó volt, hajtotta a kíváncsiság és emiatt tanult élete végéig. Mit, miért, hogyan és az eredmény mögött mi van, mire vezet - e kérdésekre adott válaszok motiválták őt a tanulmányai folytatására - az első gyakorlati mestere szerint.

Mindent fokozatosan ért el az egészségügy szakterületén. Pontossága, precíz munkavégzése utánozhatatlan, példaértékű. Egyenes jellemű emberként, akinek tudott segíteni, hiszen ápolóként a segítség művészetét választotta. Soha nem hitegetett senkit, megbízható szakemberré vált. Szerette az ápolói munkát, a betegek érdekeit képviselte főiskolai, majd egyetemi végzettségű ápolóként.

Kevés barátja volt, akikkel állandó kapcsolatot tartott fenn, hiszen csak a munkájának élt és két lányát is egyedül nevelte fel.

A szakmai életútja azután másirányban folytatódott, és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán teljesedett ki. Főnökei biztatására, rövid idő elteltével a saját útját járta. Örömmel és nagy lendülettel vetette be magát a tudományos munka világába. A hazai, majd a külföldi szaklapokban megjelent cikkei, örömet okoztak számára.

Rendíthetetlenül készült a doktori disszertációjára, majd a habilitációjára. Az első magyar doktori címet mondhatta magáénak egy ápoló. Megjelent egy új üstökös. Közben oktatott, hallgatókkal foglalkozott, kutatott, cikkeket írt, kapcsolatba került tudományos szervezetekkel, bizottsági tag lett különféle szakmai testületekben és a közélet számos területén is, miközben a napi rutinteendőket mindig pontosan és időre teljesítette. Szorgalmas munkavégzését és eredményeit a kitüntetései és az elismerései bizonyítják.

A 2011-es év kiemelt jelentőségű volt számára, ekkor kapta meg egyetemi tanári kinevezését. Ő lett az ápolástudományok első professzora Magyarországon.

Professzor Dr. Kriszbacher Ildikó.

Mennyi munka volt már ekkor e cím mögött!

Hosszú évek sora alatt végigjárta a karrierlétrát, az egészségügy területén elért kimagasló teljesítménye alapján vált Ildikóból Professzor Asszony.

És mindent csinált ugyanúgy tovább, mint eddig, csak sietett, nem tudott várni. Mennyi terve és álma várt még megvalósításra.

Kapcsolatát az ápolókkal haláláig nem adta fel, mert hitt és reménykedett abban, hogy professzorként az egészségügyi szakdolgozók érdekeit segítő szándékára jobban odafigyelnek majd. Néha bosszankodott, ha valami lassan ment, mindent azonnal akart megcsinálni, talán mert érezte, hogy rövid az ideje. Betegségét elbogatellizálta, nem ért rá beteg lenni, talán így akarta kímélni szeretteit. Az üstökös fénycsóvjája csak munkát tartalmazott.

Kedvenc virága a sárga rózsza volt. Mindig mosolygó unokáját, - akit Pöttömnek hívott - rajongásig szerette.

A rövidéletű üstökös 2012. január 4-én hirtelen elérte a légteret. Úgy ment el, ahogy megismertük, és ahogy élt, csendesen, szerényen, méltósággal. Szerettei körében hullócsillaggá változott. Ennyi volt az élete.

Szívünkben a helyed örökké ott marad!

Vígh Terézia
Diplomás ápoló





MEGHÍVÓ



„Változó Világ – Változó Ápolás: Innováció és Tradíció”
 FŐISKOLÁT és EGYETEMET VÉGZETT ÁPOLÓK
 X. ORSZÁGOS TALÁLKOZÓJA

Szeged, 2012. október 5-6.
 Szegedi Tudományegyetem József Attila Tanulmányi és
 Információs Központ
 6722 Szeged, Ady tér 10.

Nagy megtiszteltetés és öröm számunkra, hogy a jubileumi biennális eseményen a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Ápolási Tanszéke házigazdaként fogadhatja vendégeit.

Tisztelettel és szeretettel várjuk az ápolás bármely területén hazánkban, vagy valamely más országban dolgozó kollégákat és tanuló hallgatókat, hogy a változó világban megszerzett tapasztalatok és javaslatok megosztásával járuljanak hozzá az ápolás elméletének és gyakorlatának határokon is átívelő fejlődéséhez.

A konferenciára vonatkozó információk és a jelentkezéshez szükséges dokumentumok megtalálhatók a rendezvény honlapján:

www.etszk.u-szeged.hu/aot

A találkozót várva eredményes felkészülést és kellemes nyarat kívánunk!

AZ ÁPOLÁSI TANSZÉK MUNKATÁRSAI

Csípőízületi endoprotézis beültetés utáni mozgásfunkciók hatása a beteg szubjektív egészségi állapotára és a műtéti sikeresség érzetére

KIRÁLY Edit, Prof. Dr. GONDOS Tibor

Összefoglalás

Vizsgálati cél: A szerzők elemzik, hogy milyen mértékben befolyásolja a betegségerzetet a mozgásfunkció változása 5 évvel a csípőízületi endoprotézis beültetés után.

Vizsgálati módszerek és minta: A váci Jávorszky Ödön Kórházban végzett retrospektív, utánkövetéses vizsgálat, a betegek elektronikus adatbázisának és a visszaküldött kérdőívek elemzésével. A vizsgálatba 109 fő csípőízületi endoprotézis beültetésen átesett beteg került bevonásra. A szerzők elemezték a műtétet követő 5. évi szubjektív betegségerzet alapján az objektív mozgásszervi mutatókat (a csípőízület mozgása, mozgási segédeszközök használata) és a betegek véleményét a műtét sikerességéről.

Eredmények: A posztoperatív 5. évben szignifikánsan javult a betegek mozgásfunkciója és szignifikánsan csökkent a mozgási segédeszközök használata. A betegségerzet terén viszont nem található szignifikáns különbség a vizsgált mozgásszervi mutatók tekintetében a magukat egészségesnek, illetve betegnek tartók között.

Következtetések: A sikeres csípőízületi beültetés szignifikánsan javítja a műtétet követő 5. évben is a betegek mozgásfunkcióját, azonban ez kevés kihatással van a betegségerzetre. Az ápoló személyzetnek ebben a periódusban egyéb tényezőkre kell koncentrálni, ha javítani akarják a betegek életminőségét.

Kulcsszavak: ápolás, betegségerzet, csípőízületi endoprotézis, életminőség, mozgásfunkció

Impact of post hip-replacement motor functions on the patient's subjective state of health and perception of surgical success
Prof. Edit KIRÁLY, Prof. Dr. Tibor GONDOS

Research aim: The authors analyse the extent to which the change in motor function influences the patients' sense of illness five years after the implantation of an artificial hip replacement.

Methodology and sample: The retrospective follow-up survey was conducted in the Jávorszky Ödön Hospital in Vác through analysis of the electronic patient database and the returned questionnaires. A total of 109 patients who had received artificial hip replacements were included in the survey. The authors analysed the objective motor organ indicators (movement of the hip joint, use of mobility aids) based on the patients' subjective sense of illness five years after the surgery, and the patients' opinions about the operation.

Results: In the 5th postoperative year the patients' motor function had significantly improved, and the use of mobility aids had significantly decreased. In terms of the patients' sense of illness, no significant difference was found between the studied motor organ indicators of those who considered themselves to be healthy and of those who regarded themselves as ill.

Conclusions: A successful hip replacement significantly improves the patients' motor function in the 5th postoperative year, but this has little bearing on the sense of illness. In this period the nursing staff should concentrate on other factors if they want to improve the patients' quality of life.

Keywords: nursing, sense of illness, artificial hip replacement, quality of life, motor function

Érkezett: 2012. április 4. Elfogadva: 2012. április 17.

Bevezetés

A mozgásszervi eredetű fájdalom az egyik leggyakoribb ok, amely miatt a betegek orvoshoz fordulnak. Mozgásszervi érintettség

a magyar populációban az alapellátást felkeresők között kb. 15%-os, 2.5:1 nő:férfi aránnyal (Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokollja, Coxarthrosis, 2005). Az életkor fokozatos kitolódása következtében egyre

KIRÁLY Edit PhD hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, osztályvezető ápoló, Vác Jávorszky Ödön Kórház, Sebészeti osztály
Prof. Dr. GONDOS Tibor főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, osztályvezető főorvos, Vác Jávorszky Ödön Kórház, Sürgősségi Betegellátó osztály
Levelező szerző (correspondent): KIRÁLY Edit, elérhetőség: +36 30 6632742, e-mail: kiralyedit78@gmail.com

gyakrabban kell számolnunk az arthrosis-sal, ami súlyosan ronthatja az életminőséget, de az életet lényegesen nem rövidíti meg. Ilyenkor a gyógykezelés célja a panaszokat okozó tünetek csökkentése, megszüntetése a teljes gyógyulás reménye nélkül.

Napjainkban olyan új korszakába érkezünk az egészségügynek, amikor a funkcionális status és a képpalkotó eljárások elemzése mellett egyre nagyobb szerepet kap annak vizsgálata, hogy a beavatkozás milyen módon változtatta, javította a beteg életminőségét és adta vissza a munkaképességét. (O'Boyle et al., 1992)

Tekintettel a protézis beültetések magas költségeire az ilyen jellegű életminőségi elemzések jelentősége kiemelkedő. (Liebermann et al., 1996)

Korábban már elemeztük a társbetegségek szerepét a csípőprotézis beültetés utáni 5 éves egészségérzet szempontjából. (Király, Gondos, 2011, Király, Gondos, 2012) Azt találtuk, hogy a kardiovaszkuláris betegségek (hipertónia, ischémiás szívbetegségek, szív-elégtelenség) kiemelkedő szereppel bírnak a hosszú távú betegségérzet szempontjából. Jelen vizsgálatunkban össze kívánjuk hasonlítani a csípőprotézis beültetés utáni mozgásszervi mutatókat a beteg szubjektív egészségi állapotával, valamint az operáló sebész által észlelt objektív mozgásszervi mutatókat a beteg műtét sikerességéről alkotott véleményével, annak megállapítására, hogy a műtétnek önmagában milyen szerepe van a hosszú távú betegségérzet kialakításában.

Anyag és módszer

A kohort, retrospektív, kérdőíves kutatás a váci Jávorszky Ödön Kórház Etikai Bizottságának engedélyével a kórház Traumatológiai osztályán 1998 és 2005 között operált 109 csípőprotézis beültetésen átesett betegre terjedt ki. A kiküldött kérdőívek száma 178 volt, a válaszolási arány 61%.

A kórház elektronikus adatbázisa és a beteg kórlapjának elemzéssel, valamint a visszazakapott kérdőívek alapján a jelen vizsgálatunkban felmértük a betegek preoperatív és a műtétet követő 5. év objektív mozgás-funkcióit.

A betegségérzet szubjektív megítélésére (BSzM) megkértük a betegeket a műtétől eltelt 5. évben, hogy értékeljék globális egészségi állapotukat. Azok a betegek, akik nem vagy csak kicsit érezték magukat betegnek a BSzM 0 csoportba (n=77), akik közepes vagy nagyon súlyos betegnek jelölték magukat (n=22) a BSzM 1-es csoportba kerültek. Nem vettük figyelembe a mozgásfunkció kiértékelésénél azokat a betegeket, akik meghaltak a vizsgált időszak alatt (n=10).

Osztályozták a betegeket a műtét sikerességét is. A választási lehetőségek: úgy érzi, hogy a műtétől meggyógyul, vagy állapota mérsékelten javult, vagy nem történt lényeges mozgás funkcióbeli állapotváltozás illetve szubjektív véleménye alapján állapota romlott a műtét ellenére.

A műtét sikerességét jellemző objektív paraméterként vettük figyelembe a sebész állapotfelmérését. Az operáló orvos felmérte műtét előtt és a műtétet követő 5. évben az operált csípő flexióját és ki-, valamint berotációját. Ugyanezen periódusban vizsgáltuk a mozgási segédeszköz használatot is (nem használ, illetve botot, mankót, járőkezetet használ).

Az adatok feldolgozása Microsoft Excel 2002 és SPSS 15.0 programmal történt. Leíró és összehasonlító statisztikai módszereket (átlag \pm SD, medián érték interkvartilis tartományal, 2 mintás t-próba, Mann-Whitney-féle U-teszt, 2-teszt) alkalmaztunk az adatok általános kiértékelésekor. Az eredményeket statisztikailag szignifikánsan különbözőeknek tekintettük, ha $p < 0,05$ volt.

Eredmények

A betegek demográfiai és műtét idején felvett adatait az **I. táblázat** mutatja be. Mivel nem volt szignifikáns különbség a férfiak és a nők között a vizsgált kiindulási változók terén, ezért a betegeket a továbbiakban ösz-szevontan elemezzük.

A műtét hatékonyságának szubjektív megítélésében 42 beteg érezte azt, hogy a műtétől meggyógyult, 55 beteg, hogy a mozgása lényegesen javult és csupán 2 beteg számolt be csípőmozgásának változatlan-ságáról (a további elemzésnél ezt a két be-

I. táblázat: A betegek demográfiai és perioperatív adatai

		Férfiak n=41	Nők n=68	Összesítve n=109
Életkor (év)		61±8	63±9	62±9
BMI (kg/m ²)		27±3	27±4	27±4
ASA		2 (2, 2)	2 (2, 2)	2 (2, 2)
Műtéti indikáció, fő (%)	arthrosis	28 (68)	58 (85)	86 (79)
	combfej necrosis	13 (32)	10 (15)	23 (21)
Érzéstelenítés technikája, fő (%)	spinális	25 (61)	44 (65)	69 (63)
	intratrachealis	9 (22)	14 (20)	23 (21)
	kombinált	7 (17)	10 (15)	17 (16)
Protézis típusa, fő (%)	cementezett	37 (90)	61 (90)	98 (90)
	cement nélküli	4 (10)	7 (10)	11 (10)
Oldaliság, fő (%)	1 oldali	32 (78)	54 (79)	86 (79)
	2 oldali	9 (22%)	14 (21%)	23 (21%)

Előfordulási gyakoriságok (százalékos megoszlás, SD vagy interkvartilis tartomány).

teget az alacsony esetszám miatt nem vet-tük figyelembe). Nem jeleztek vissza állapot-rosszabbodást, illetve reoperációra egyetlen esetben sem került sor.

A betegek 5. évi egészségérzete alapján megvizsgáltuk a sebész által mért objektív mozgásszervi mutatókat (**II. táblázat**). Nem találtunk szignifikáns különbséget a műtét előtt, illetve az 5. évben felvett mozgásfunk-ciók terén a magukat egészségesnek (BSzM 0 csoport, n=77) valamint betegnek (BSzM 1 csoport, n=22) tartók között. Mindkét csoportban a mozgásfunkciók a műtét eredmé-nyeként az 5. évre szignifikánsan javultak.

A mozgási segédeszköz használatot vizs-gálva a műtét idején segédeszközt haszná-lók közül (n=48) az 5. évben a segédesz-köz használat lényegesen csökkent (n=13, p<0,001), és minimális volt a műtét után újonnan segédeszközt használók száma (n=6, ebből botot használ 5 fő, mankót 1 fő). A BSzM 0 csoportban 13 beteg (16,9%) használt valamilyen mozgási segédeszközt az 5. évben is (ezek között 2 fő volt az újon-nan használók száma), a BSzM 1 csoport-ban 6 beteg használt segédeszközt (27,3%), melyből 4 fő a műtét előtt nem használt. A p értéke egyik összehasonlításban sem érte el a

II. táblázat. Mozgásfunkciók változása az 5. évi egészségérzet szempontjából.

Vizsgált változók	Egységérzet szubjektív megítélése			
	0. év		5. év	
	BSzM 0	BSzM 1	BSzM 0	BSzM 1
flexió [fok]	80 (70;80)	80 (70;80)	90 (90;90) ^a	90 (90;95) ^a
berotáció [fok]	0 (0;5)	0 (0;10)	20 (10;20) ^a	20 (10;20) ^a
kirotáció [fok]	5 (0;10)	10 (0;10)	20 (20;20) ^a	20 (20;20) ^a

Medián értékek (interkvartilis tartomány)

^a p<0,001 a 0. évi és az 5. évi objektív mozgásfunkciók között a magukat egészségesnek, illetve betegnek érzők viszonylatában.

A mozgásfunkciós értékek változását a beteg műtéti hatékonyság megítélése szem-pontjából a **III. táblázat**ban mutatjuk be. A műtét idején csupán a flexió terén észleltünk különbséget a magukat gyógyultnak tartók, illetve a javult csoport között. Az 5. évben minden mozgásfunkciós érték szignifikán-san javult és azonos megoszlást mutatott a két csoport között.

statisztikailag szignifikáns szintet (p=0,86, illetve p=0,06).

Megbeszélés

A teljes csípőprotézis beültetés napjaink-ra kiforrott technikává vált, hiszen a 10 éves túlélési arány meghaladja a 90%-ot,

III. táblázat Mozgásfunkciók változása a műtét szempontjából magukat az 5. évben gyógyultnak, illetve javultnak érzők felosztásában

Vizsgált változók	Műtét szubjektív megítélése			
	0. év		5. év	
	Meggyógyult	Javult	Meggyógyult	Javult
flexió [fok]	80 (75;80)	75 (70;80)	90 (90;90) ^a *	90 (90;90) ^a
berotáció [fok]	0 (0;10)	0 (0;5,25)	20 (10;20) ^a	20 (10;20) ^a
kirotáció [fok]	5 (0;10)	5 (0;10)	20 (20;20) ^a	20 (20;20) ^a

Medián értékek (interkvartilis tartomány)

^a p<0,001 a 0. évi és az 5. évi objektív mozgásfunkciók között a meggyógyultak, illetve javultak viszonylatában.

* p<0,05 a meggyógyult, illetve a javult csoportok között.

ami egyértelműen jelzi a műtét sikerességét. (Allami, et al., 2006) A betegek többsége elégedett a műtétet követő fájdalom csökkenésével és a jobb mozgásfunkcióval, ami kihat az életminőségük javulására is. (Cushnaghan et al., 2007, Ethgen et al., 2004, Nilsdotter, Petersson, Roos, 2003)

A preoperatív elvárás és a posztoperatív mindennapos tapasztalás azonban gyakran nem találkozik, ami lényegesen befolyásolhatja a betegségtudatot. Egy nemrég befejezett vizsgálat széles variációt mutatott a preoperatív elvárások terén. (Judge, et al., 2011) A fokozott műtéti elvárás a fiatalabbnál, a nőknél, a jobban képzetteknél és a magasabb BMI-vel rendelkező betegeknél jelentkezett.

Jelen vizsgálatunk alapján megállapíthatjuk, hogy a csípőprotézis beültetés gyakorlatilag minden esetben sikeres beavatkozás volt, mivel a betegek döntő többsége érezte úgy, hogy javult a mozgásfunkciója 5 év után is. Csupán 2 % volt, aki rosszabbodásról számolt be. A javulást objektív paramé-

terek is jelezték, hiszen a sebész által mért csípőmozgások szignifikánsan javultak, valamint szignifikánsan kevesebben használtak mozgási segédeszközt és mindössze 6% volt az újonnan mozgási segédeszközt használók aránya.

Nem észleltünk azonban összefüggést az 5. évi betegségérzet és a mozgásfunkció javulása között. A fokokban mért javulás mértéke megegyezett a BSzM 0 és BSzM 1 csoportban. Bár a segédeszköz használat 10%-os különbséget mutat, ez azonban a vizsgált esetszám mellett nem érte el a statisztikailag szignifikáns szintet.

Jelen vizsgálatunkkal arra következtethetünk, hogy a sikeres csípőízületi beültetés szignifikánsan javítja a műtétet követő 5. évben is a betegek mozgásfunkcióját, azonban ez kevés kihatással van a betegségérzetre. Az ápoló személyzetnek ebben a periódusban egyéb tényezőkre - a korábbi vizsgálataink alapján elsősorban a kardiovaszkuláris betegségek progressziójára - kell koncentrálni, ha javítani akarják a betegek életminőségét.

Irodalomjegyzék

- Allami, MK., Fender, D., Khaw, F.M., Sandher, D.R., Esler, C., Harper, W.M., Gregg, P.J. (2006). Outcome of Charnley total hip replacement across a single health region in England. The results at ten years from a regional arthroplasty register. *J Bone Joint Surg [Br]*, 88, 1293-8.
- Cushnaghan, J. Coggon, D., Reading, I., Croft, P., Byng, P., Cox, K., Dieppe, P., Cooper, C. (2007). Long-term outcome following total hip arthroplasty: a controlled longitudinal study. *Arth Rheum*, 57, 1375-80.
- Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokollja. (2005). Coxarthrosis. Hozzáférhető: <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/ortopedia> (letöltve: 2012. 06. 12.)
- Ethgen, O. Bruyere, O., Richy, F., Dardennes, C., Reginster, J.Y. (2004). Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. *J Bone Joint Surg [Br]*, 86, 963-74.
- Judge, A., Cooper, C., Arden, N.K., Williams, S., Hobbs, N., Deixon, P., Günther, K.P., Dreinhofer, K., Dieppe, P.A. (2011). Pre-operative expectation predicts 12-month post-operative outcome among patients undergoing primary total hip replacement in European orthopaedic centres. *Osteoarthritis and Cartilage*, 19, 659-667.
- Király E, Gondos T. (2011). Cardiovascularis betegségek szerepe csípőízületi endoprotezis beültetése utáni betegségérzet kialakulásában. *Orv Hetil*, 152, 532-536.
- Király, E., Gondos, T. (2012) Cardiovascular diseases and the health-related quality of life after total hip replacement. *J Clin Nurs*, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04101.x
- Liebermann, JR., Dorey, F., Shekelle, P., Schumacher, L., Thomas, B.J., Kilgus, D.J., Finerman, G.A. (1996). Differences between patients and physicians evaluations of outcome after total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg*, 78-A, 835-838.
- Nilsdotter, AK., Petersson, IF., Roos, EM. (2003). Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for osteoarthritis: a prospective study. *Ann Rheum Dis*, 62, 923-30.
- O'Boyle, C.A., McGee, H., Hickey, A., O'Malley, K., Joyce, C.R.B. (1992). Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet*, 339, 1088-1091.

Felhívás

A Főváros Népegészségügyéért Alapítvány szervezésében
**foglalkozás-egészségügyi szakápoló, valamint kardiológiai és angiológiai
 szakasszisztens képzés** indul Budapesten megfelelő számú jelentkező esetén.

A képzésről szóló részletes tájékoztatás és a jelentkezési lap letölthető a MESZK weboldaláról (www.mesz.hu), vagy kérhető a Főváros Népegészségügyéért Alapítványnál (cím: 1138 Bp. Váci út 174.; telefonszám: +36-1-465-3842).

Jelentkezési határidő: **2012. szeptember 2.**

A Point of Care Testing labordiagnosztikai vizsgálatok alkalmazásának ápolói vonatkozásai

BERNHARDT Szilvia

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerző célja a sürgősségi kórképekben és azok ellátása során alkalmazott Point of Care Testing (POCT) labordiagnosztika módszerének a bemutatása a szakdolgozói visszajelzések alapján. A kutatás vizsgálta továbbá az eljárás elterjedésének lehetőségét a különböző osztályok szakmaspecifikumának megfelelően.

Vizsgálati módszer és minta: Az adatgyűjtés Budapesten a Magyar Honvédség Honvédkórház különböző osztályain történt. Megnevezésen alapuló mintavétel, a kvantitatív kutatáson belül: keresztmetszeti, leíró korrelációs vizsgálat, prospektív módon, internetalapú kérdőíves felmérés segítségével.

Eredmények: A vizsgált osztályok szakdolgozóinak véleménye alapján szignifikáns különbség került kimutatásra a POCT klinikai vizsgálatok típusának rangsorolása tekintetében. Az akut kórképek ellátásában kiemelkedően hasznosnak bizonyult az eljárás, bár megítélésük osztályonkénti eltérést mutatott.

Következtetések: A POCT klinikai eljárások elméleti terjesztésére és gyakorlati elmélyítésére hangsúlyt kell fektetni. A több osztályra kiterjesztett komplex vizsgálat alapján a POCT eljárások gyorsnak, pontosnak és gazdaságosnak bizonyultak, amennyiben megfelelő elméleti alapokkal rendelkeznek a szakdolgozók.

Kulcsszavak: ápoló, diagnosztika, betegágy melletti laborvizsgálat

The nursing aspects of the use of Point of Care Testing laboratory diagnostics

Szilvia BERNHARDT

Summary

Aim of the study: The author's aim was to present the Point of Care Testing (POCT) laboratory diagnostic methods used during the treatment of emergency cases, on the basis of feedback from paramedical professionals. The survey also investigated the opportunities using the procedure more widely, in keeping with the specific professional requirements of the various departments.

Methodology and sample: The data was gathered in Budapest, at various departments of the Hungarian National Defence Hospital. A name-based sampling method was used, and the quantitative research involved a prospective cross-sectional, descriptive correlation study using an internet-based questionnaire survey.

Results: Based on the opinions of paramedical professionals at the surveyed departments, a significant difference was demonstrated in the ranking of the types of POCT clinical tests. The procedure proved to be exceptionally useful in the treatment of acute cases, although the perception of its effectiveness differed between departments.

Conclusions: Priority needs to be given to propagating the theoretical aspects and deepening the practical skills related to POCT clinical procedures. Based on a complex survey of several departments, the POCT procedures proved to be quick, accurate and economical, provided that the paramedical professionals have the appropriate theoretical grounding.

Keywords: nurse, diagnostics, bedside laboratory testing

Érkezett: 2012. március 27. Elfogadva: 2012. május 12.

Bevezetés

A téma iránti érdeklődésemet az adta, hogy aktív sebészeti osztályon dolgozom, ahol a gyorsaságnak és a praktikusságnak elengedhetetlen része lehetne a POCT, Point of Care Testing (betegágy melletti) laborvizs-

gálat. A gyakorlatban használjuk a legelterjedtebb hagyományos betegágy melletti laborvizsgálatot (vércukormérés), de igazán jogosultságot szerezhetne egy POCT rendszer, amely illeszkedne az integrált kórházi rendszerekbe. A kórházunk jó úton halad a vizsgálat minél szélesebb körű elterjedésében:

BERNHARDT Szilvia MSc ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar. Ápoló, Magyar Honvédség Honvédkórház, Szív-Ér-Mellkassebészeti Osztály

Levelező szerző (correspondent): BERNHARDT Szilvia, elérhetősége: H-1201 Budapest, Berkenye stny.7. VI./39.
Tel.: +3630/629-5898, e-mail: bernhardtszilvi@freemail.hu

a sürgősségi és intenzív osztályokon kísérleti fázisban már működik az eljárás, illeszkedve a POCT Laborral. A célom és a kutatásom tárgya, hogy ez az új innovatív eljárás minél szélesebb körben elterjedjen az osztályok szakmaspecifikumának megfelelően. (Creed et al., 2011)

A Point of Care Testing laborok kialakításával felgyorsulhat a betegek kivizsgálása, hamarabb sikerül felállítani a korai diagnózist pl. a szűk időablakkal rendelkező kórképeknél (stroke, szívinfarktus, tüdőembólia, rupturált aneurysma), melyek hatással vannak az ápolási időre és a betegség kimeneti mutatóira. A beavatkozás kevesebb megterhelést ró a betegre, csökken a preanalitikai hibák száma. (Bódi et al., 2008)

Vizsgálatomban szeretném bemutatni, hogy milyen előnyei és hátrányai vannak ennek az új innovációs vizsgálatnak, milyen hatással van a vizsgálat pl. az érsebészeti sürgősségi kórképeknél, a műtőbe kerülés gyorsaságára, így a betegség kimenetelére, gyógyulására. (Acsády és Nemes, 2007)

Milyen a dolgozók visszajelzése, mi a véleményük a POCT módszerről. Elterjedhet-e ez az új vizsgálati eljárás a sürgősségi és intenzív osztályokon kívül más profilú (sebészeti, neurológiai, kardiológiai) osztályokon, valamint a prehospitalis sürgősségi ellátás területein.

“NACB Laboratory Medicine Practice Guidelines, Evidence-Based Practice for Point of Care Testing” irányelvben, amit az ISO/DIS 22870 számú “Point-of-care testing (POCT), Requirements for quality and competence” szabványtervezet támaszt alá.

Ez az irányelv pontos útmutatással szolgál, az egyes szolgáltatók szintjén koordinálandó rendszer minőségügyi kiépítéséhez, fejlesztéséhez. (Egészségügyi Minisztérium, 2008)

A POCT vizsgálatok is, mint a humán minták laboratóriumi vizsgálata, diagnosztikai vagy terápiás céllal, a CLIA (Clinical Laboratory Improvement Amendment '88 és Final Rules, 1992) törvényi szabályozása alá tartoznak, és ennek ellenőrzését a megbízott szakmai szervezetek (College of American Pathologists (CAP), és Commission on Office Laboratory Accreditation) végzik. A minőségbiztosítás szempontjából a POCT vizsgálatoknak ki kell elégíteniük azt az igényt,

hogy a megfelelő mérés, a megfelelő betegen, a megfelelő helyen és időben legyen elvégezve. (Góth, 2011)

A Point of Care Testing labor diagnosztikai vizsgálatok alkalmazásának ápolói vonatkozásai

Újabban olyan célkészülékekkel dolgozhatunk, amelyek a beteg közelébe viszik a laboratóriumot (point of care). Egy paraméter meghatározására teljes vérből egy vagy több monoklonális ellenanyagot tartalmazó teszt segítségével, gyorsan akár 1-2 perc alatt elvégzi a vizsgálatot. Pl.: CK-MB meghatározása infarktus gyanúja esetén vagy D-dimer meghatározás trombózis gyanújakor stb. (Debreczeni és Kovács, 2008)

A POCT vizsgálatok a klinikai laboratóriumon kívül történnek (sürgősségi, műtéti, járóbeteg részleg, orvosi rendelő, mentő, otthon és munkahelyen). A POCT vizsgálatot végző személyek listája talán még az előzőnél is szélesebb. Első helyen természetesen a laboratóriumi szakember áll, majd az orvos, ápoló, mentőtiszt, műtős, gyógyszerész, szülésznő, börtönőr és a beteg.

Ma mintegy 50-60 különböző paraméter mérhető POCT technikával. (Szabó, 2010)

A leggyakoribb POCT tesztek:

- ⇒ Vércukor
- ⇒ Vércukor
- ⇒ Laktát
- ⇒ Sürgősségi véralvadás vizsgálat: INR, Protrombin, APTI
- ⇒ Koleszterin
- ⇒ Mikrobiológiai gyorsesztek
- ⇒ Terhességi teszt
- ⇒ Tumor marker teszt
- ⇒ Ammóniateszt

Napjainkban fokozódik az igény a helyszínen végezhető, azonnali laboratóriumi vizsgálatok iránt. A betegágy melletti vizsgálatok segítik a gyors szakmai döntéseket.

A POCT különösen tért nyert a fekvőbeteg intézmények sürgős és intenzív terápiás betegellátásában, ahogyan a szakmai ajánlásban is hivatalosan csak itt szerepel. Rendkívül nagy jelentőséggel bír az olyan klinikai helyzetekben, amikor életfontos szervi diszfunkció, súlyos trauma, nagy sebészi beavatkozás, általános anesztézia, sú-

lyos szepszis vagy más súlyos kórképben szenvedő beteg ellátása történik. Ezekben a helyzetekben egy gyors döntés, egy gyors vizsgálat segítheti a beteg klinikai állapotának változását, hogy a diagnózis felállítása minél gyorsabb legyen és a beteg minél hamarabb felépülhessen. (Gyórfi, 2010)

A POCT egy technológiai minőségügyi rendszerre épül. A mintavételtől, a mérésen, a validált és dokumentált értéken keresztül vezet az út az eredményig. A POCT vizsgálatok értékei aktuális laboratóriumi validálás nélkül kerülnek klinikai felhasználásra, ezért is meghatározó, hogy megfelelő minőség-kontroll mellett történjen meg az egyes értékek-eredmények dokumentáltsága.

A POCT vizsgálat a klinikai laboratóriumban végzett vizsgálatokhoz képest a következő főbb *előnyökkel* rendelkezik:

- ⇒ a vizsgálatok a kérés helyén készülnek,
- ⇒ azonnal ismételhetők,
- ⇒ rövid Turn-Around-Time (TAT),
- ⇒ lehetővé teszi az azonnali beavatkozást,
- ⇒ nem változik a minta,
- ⇒ rövidíti a beteg kórházban tartózkodási idejét.

Főbb *hátrányai között említhetők*:

- ⇒ költséges,
- ⇒ kevésbé megbízható,
- ⇒ megbízhatóságának bizonyítékokon kell alapulni,
- ⇒ külön kell megfelelő számú személyzetet kiképezni és ellenőrizni,
- ⇒ minőségbiztosítás nem mindig megfelelő.

Elfogadott hazai irányelv az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve a betegség melletti (Point-of-Care, POC) laboratóriumi diagnosztika fekvőbeteg intézmények sürgős és intenzív terápiás betegellátásában való alkalmazására, amelyet az Orvosi Laboratóriumi Vizsgálatok Szakmai Kollégiuma (OLVSZK) és az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium készített. (Egészségügyi Minisztérium, 2008)

Ez az irányelv pontos útmutatással szolgál az egyes szolgáltatók szintjén koordinálható rendszer minőségügyi kiépítéséhez, fejlesztéséhez.

A Point Of Care Testing labordiagnosztika szélesebb körű elterjedésének vizsgálata (2)

Kórházunkban is végeztek kutatásokat a

POCT elterjedése előtt. Megvizsgálták, hogy melyik eljárás költséghatékonyabb.

Az egyedi POCT vizsgálatok általában drágábbak, pontosságuk és mérési tartományuk nem minden esetben éri el a központi laboratóriumban végzett vizsgálatokét. A felhasználók több hibát vétethetnek.

Felmérést végeztek, hogy kórházunkban hány POCT készülék található. A felmérést 2009 decemberében végezték, összeszámolták, hogy az intézmény osztályain hány POCT készülék van. Hét telephely, 34 osztály, 31 féle POCT készülék. Pl.: vércukormérő 157 db van (2 forgalmazó 7 féle készüléke)

Ennek kiküszöbölésére lenne jó egy egységesített POCT rendszer, melynek segítségével, biztosítva lenne a megfelelő minőségbiztosítás, a mérések dokumentáltsága. (pl.: MedWorkS rendszerbe illesztett POCT Labor)

Hipotézisek

- ⇒ A vizsgálat segítségével felállítható-e hamarabb a korai diagnózis, a szűk időablakkal rendelkező kórképeknél, melyek hatással vannak az ápolási időre és a betegség kimeneti mutatóira?
- ⇒ Elterjedhet-e ez az új innovációs eljárás a sürgősségi és intenzív osztályokon kívül, más profilú (sebészeti, neurológiai, kardiológiai) osztályokon?
- ⇒ Elégséges ismerete van-e a POCT vizsgálatokról a más profilú osztályok szakdolgozóinak, közvetlen kollegáimnak?

Anyag és módszer

Az adatgyűjtést Budapesten a Magyar Honvédség Honvédkórház különböző osztályain végeztem. 2012. február hónapban történt a kérdőív engedélyeztetése, adatok beérkezése.

A minta heterogén összetételű (a kiválasztott részlegek szakdolgozói (Sürgősségi Betegellátó Osztály, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Kardiológia, Neurológia, Baleseti Sebészet, Általános Sebészet, és Szív-Ér-Mellkasebészeti Osztály).

A mintakiválasztás módszereként meg-

nevezésen alapuló mintavételt, a kvantitatív kutatáson belül keresztmetszeti, leíró, prospektív korrelációs vizsgálatot, internetalapú kérdőíves felmérést végeztem.

A vizsgálat adatai anonimak és az elvárt kutatási és etikai normáknak megfelelnek.

Az internetes kérdőíves módszer segítségével mértem fel a szakdolgozók véleményét arról, hogy milyen ismeretük, információjuk van ezzel az új vizsgálati eljárással kapcsolatban, mit gondolnak melyik az a POCT módszer, amelyik legalkalmasabb az osztályukon való alkalmazásra, ha a módszer elterjedésre kerülne, illetve, hogy mit gondolnak arról, mi segítené az eljárás elterjedését és mi a véleményük erről az innovatív eljárásról.

A választásom azért esett az internetes kérdőíves módszerre, mert a mai fejlődő társadalmunkban az internet betölti a mindennapjainkat, részévé vált az életünknek.

A kérdőíveket random módon küldtem szét a kórházunk meghatározott osztályainak dolgozói között, valamint kíváncsi voltam, és próbaként szétküldtem, hogy a mai magyar felsőoktatásban hallgató mentőtisztok, akik a való életben dolgoznak, mint gondolnak erről az eljárásról. Az ő érdeklődésük és aktivitásuk meglepett és ezért az eredményeket érdemesnek tartottam a kutatásomba integrálni.

113 kitöltött kérdőívet kaptam vissza, ebből feldolgozásra alkalmas 112 volt. A program adottságainak köszönhetően, hiányos kérdőív nem fordult elő.

Az adatfeldolgozásra leíró statisztikai és összefüggést vizsgáló valószínűségi statisztikai módszereket alkalmaztam. Az adatokat a tudományos kutatás és biostatistika legújabb eljárásaival elemeztem. Az SPSS 15.0 program valamint Microsoft Excel segítségével végeztem az adatfeldolgozást.

Eredmények

A szakdolgozók közül legtöbben a sürgősségi osztályon dolgoznak (29%), majd az egyéb kategória következik 26%-kal, aztán az intenzív osztály következik 21%-kal, majd 10-10% alatt a sebészeti osztályok (sebészet, érsebészet, szívsebészet), a kardiológ-

gia, a neurológia és a laboratórium következnek. A Neurológián tapasztalt alacsony kitöltési arány miatt (4%), az értékelésnél az egyéb kategóriába került besorolásra.

A fentiekben már említettem, hogy próbaként szétküldtük a kérdőívet a mentőtszint levelező hallgatók között, akik már dolgoznak és az ő aktivitásuk késztetett arra, hogy az eredményeiket vizsgálatomban bemutassam. Az eredményekből is látszik, majdnem akkora érdeklődést mutattak, mint egy nagy létszámmal működő sürgősségi osztály dolgozói. Az egyéb kategóriát megvizsgálva megfigyelhető, hogy rengetegen dolgoznak közülük kórházban, aktív osztályon, de előfordul a mentőszolgálatban, és az otthonápolásban dolgozó kolléga is.

Hipotézisvizsgálat

A vizsgálati adatok feldolgozását a hipotéziseimnek megfelelően kezdeném.

Felállítható-e hamarabb a POCT vizsgálatok segítségével a korai diagnózis, a szűk időablakkal rendelkező kórképeknél, melyek hatással vannak az ápolási időre és a betegség kimeneti mutatóira?

Jól látszott az eredményeken, hogy a POCT eljárást az infarktusnál (AMI) (96%-ban), a tüdőembóliánál (78%-ban), a strokeknál (64%-ban) és az aneurysmáknál (30%-ban) gondolták a kitöltők előnyösnek.

A döntő többség pedig úgy gondolta, hogy lerövidülhet az ápolási idő ezeknél a kórképeknél, kivéve, a tüdőembóliát (83%), a vashiányos anaemiát (28%) és a pajzsmirigy megbetegedéseit (14%). (**1. ábra**)

A megkérdezettek körében a várható kórházi ápolási idő a legrövidebb az AMI, a leghosszabb pedig a vashiányos anaemia esetében.

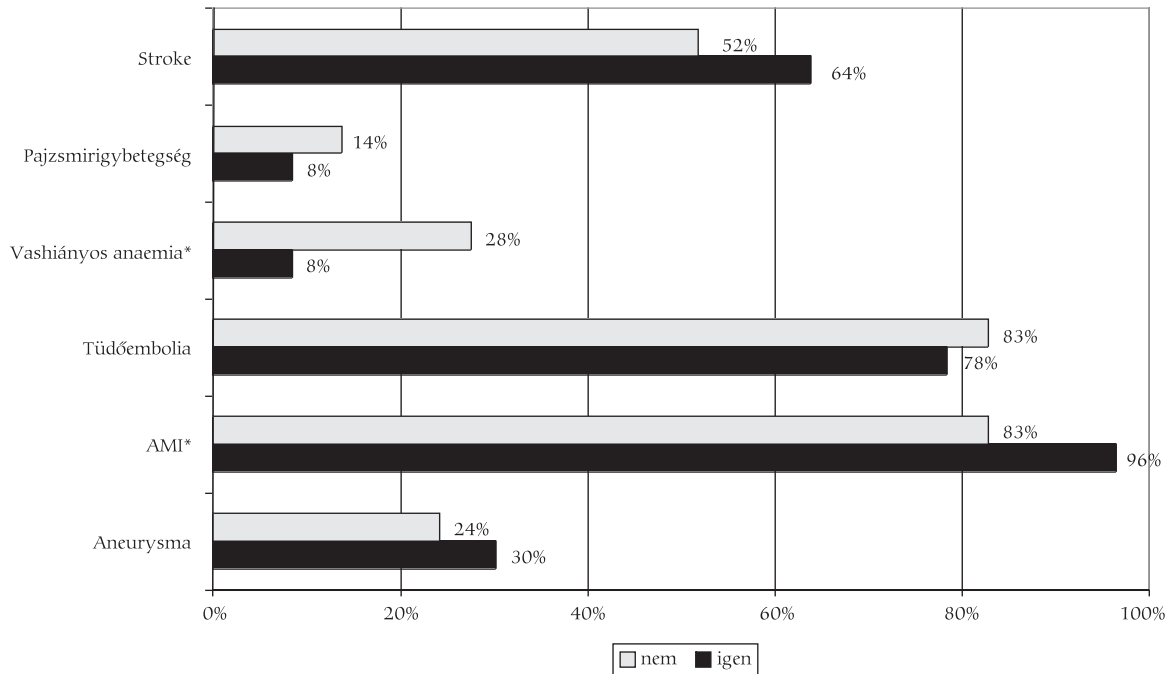
Pearson féle khí-négyzet próba alkalmazása mellett szignifikáns különbség adódott a vashiányos anaemia ($p \leq 0,404$), az AMI ($p \leq 0.014$) és a kórházban eltöltött idő csökkentésének vélelmezésében.

A szakdolgozók a Kardiológián és az intenzív osztályon 100%-osan úgy gondolják, hogy az infarktusnál a legelőnyösebb a POCT eljárás. A sürgősségi és egyéb osztályokon dolgozók 94%-ban gondolják ugyanézt. Viszont a sebészeti profilú osztályok

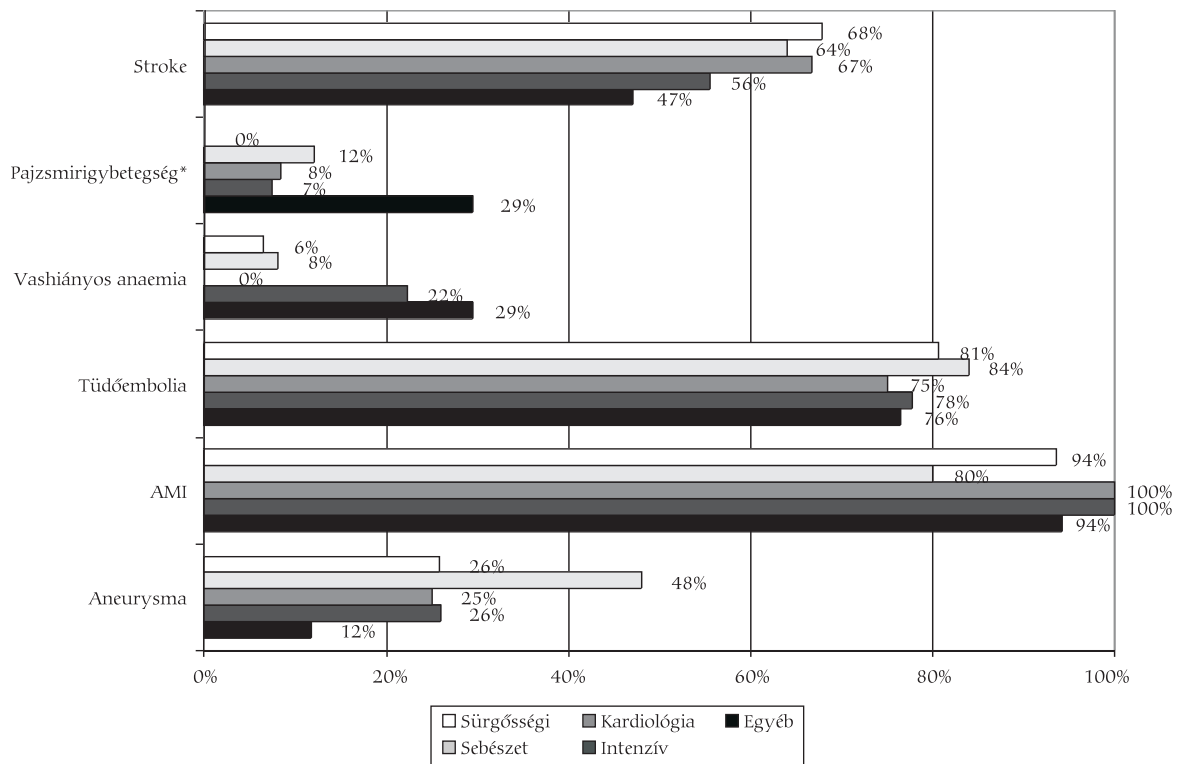
szakdolgozói 84%-ban a tüdőembóliánál látják a POCT eljárás előnyeit elsődleges helyen. (2. ábra)

A sorrendiség végig megfigyelhető: infarktus, tüdőembólia, stroke, aneurysma, kivéve az egyéb osztályoknál, ahol 29-29%-ban na-

1. ábra: A POCT eljárás megítélése kórképek szerint (lerövidülhet-e a kórházban eltöltött idő), %



2. ábra: A POCT eljárás megítélése az egyes kórképek és osztályok szerint, %



gyobb jelentőséget tulajdonítanak a pajzsmirigybetegségnél és a vashiányos anaemiánál a POCT előnyeinek.

Ugyancsak kéri-négyzet próbát követően megállapítható, hogy a megkérdezettek véleménye alapján a POCT eljárások hasznosága legnagyobb mértékben a szívinfarktus ellátásában érvényesül ($p \leq 0,054$), miközben a pajzsmirigybetegség által kiváltott kórképekben elhanyagolható jelentőségűnek tartják ($p \leq 0,026$). E kérdéskör mélyebb elemzések kiderült, hogy a pajzsmirigy megbetegedéseiben, a mérsékelt diagnosztikai hasznosságúra becsült ágy melletti paraklinikai eljárásorozatot az egyéb kategóriába sorolt alanyok szignifikánsan többen választották a meghatározott csoportokhoz képest. Az eredmények segítségével a null hipotézis igazolódott, alternatív hipotézis felállítása szükségtelenné vált. Tehát a kitöltők véleménye szerint is felállítható hamarabb a korai diagnózis a POCT eljárások segítségével a szűk időablakkal rendelkező kórképeknél.

2. Elterjedhet-e ez az új innovációs eljárás a

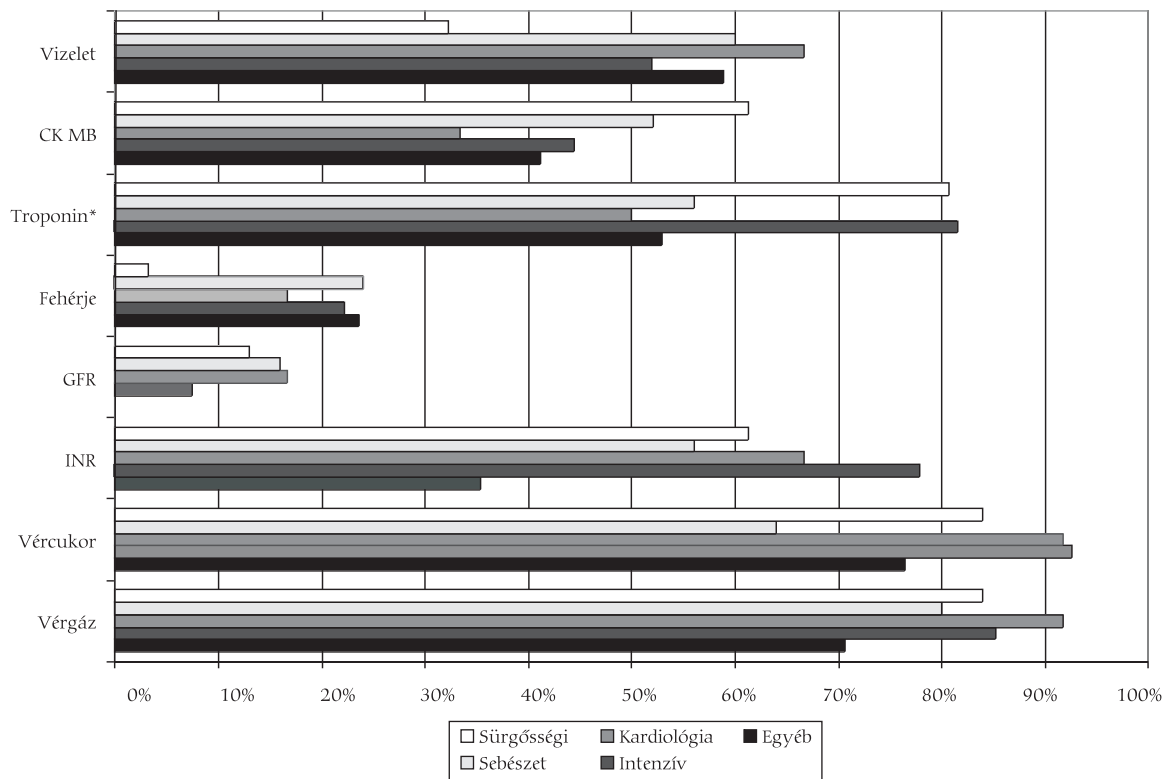
sürgősségi és intenzív osztályokon kívül, más profilú (sebészeti, neurológiai, kardiológiai) osztályokon?

Az intenzív osztályon 93%-ban a vércukormérést gondolták legtöbbször betegágy melletti laborvizsgálatnak, a kardiológiai osztályon a vércukor- és a vérgáz ellenőrzés 92%-os jelölést kapott, a sürgősségi osztályon megosztva 84%-kal a vércukor- és a vérgáz vizsgálatokat, míg a sebészeti profil 80%-ban a vérgáz analízist, az egyéb osztályok dolgozói pedig a vércukor ellenőrzést jelölték be legtöbbször POCT eljárásoknak. Kimagasló százalékos eloszlást kapott még az INR, Troponin és a vizeletvizsgálat is, valamint a CK-MB vizsgálata.

A 3. ábrán látható, hogy az adott osztályon dolgozók, melyik POCT vizsgálat bevezetését tudták elképzelni a munkahelyükön, melyik eljárást szeretnék, hogy megvalósuljon.

A sürgősségi osztályon a troponin-szint ellenőrzését (39%), majd az astrap vizsgálatát (35%), valamint az INR (13%) és D-Dimer

3. ábra: A POCT vizsgálat típusok alkalmazhatóságának megítélése a saját osztályon, %



teszt (13%) ellenőrzését tartják a legfontosabbnak.

A sebészeti profil dolgozói szerint az INR mérés (56%), majd a vérgáz analízis (36%), valamint a D-Dimer (4%) és a CK-MB (4%) meghatározásokat jelölték be.

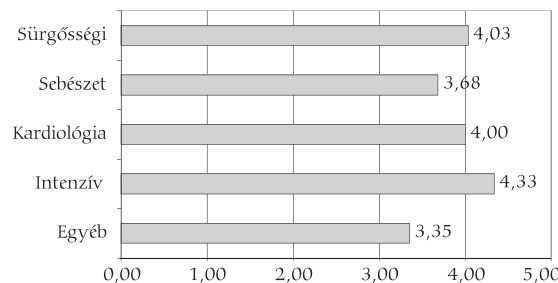
A kardiológiai osztályon dolgozó kollégák úgy gondolták, hogy számukra előnyös lenne a POCT-os INR mérés (50%), ezt követően a vércukor- (17%) és az astrup vizsgálat (17%), majd a troponin (8%) és a D-Dimer tesztet (8%) jelölték meg.

Az intenzíven osztályon dolgozók számára a legfontosabb az astrup vizsgálat (44%), aztán azt követte az INR (26%), majd a troponin (22%) és a CK-MB (7%) meghatározás.

Az egyéb osztályok rangsora volt: INR (35%), astrup (24%), troponin (18%), vércukormérés (12%) és egyenlő arányban a D-Dimer (6%) és CK-MB (6%).

A rangsorok vegyesek, de a szűk időablakkal rendelkező kiemelt kórképekhez igazodnak. (4. ábra)

4. ábra: A POCT eljárások hasznosságának megítélése osztályok szerint



A vizsgálatot itt is khí-négyzet próbával végeztük. POCT vizsgálati eljárással értékelhető laborparaméterek keretein belül szignifikáns eltérés a megkérdezettek véleménye alapján csak a troponin gyorseszteszt esetében mutatható ki ($p \leq 0,045$), amelyet a sürgősségi és az intenzív kategória hangsúlyozottan fontosabbnak vélelmezett, a többi csoportok álláspontjához képest. Az ábrán feltüntetett és vizsgálatba bevont egyéb paraméterek tekintetében a megkérdezett vizsgálati csoportalanokok hozzávetőleg egyforma súllyal bírálták el azok klinikai jelentőségét.

A vizsgálat gerincét képező, osztályonkénti lebontás alapján, a kiszámított értékek elemzését követően egyértelműen kitűnik,

hogy különbség mutatkozik a POCT klinikai vizsgálatok típusának rangsorolása tekintetében, mivel azok alkalmazását és hasznosítását szakmaspecifikusan és az adott osztály szükségéhez illesztve, igyekeztek megválasztani. (5. ábra)

A hipotézisemet igazolja, hogy az utóbbi két elemzés szignifikáns különbségeket mutat, így a null hipotézis helytálló, és gyakorlati jelentősége nem elhanyagolható. Tehát a Honvédkórház szakdolgozói szerint elterjedhet ez az új innováció más profilú osztályokon.

3. Elégséges ismerete van-e a POCT vizsgálatokról a más profilú szakdolgozóknak?

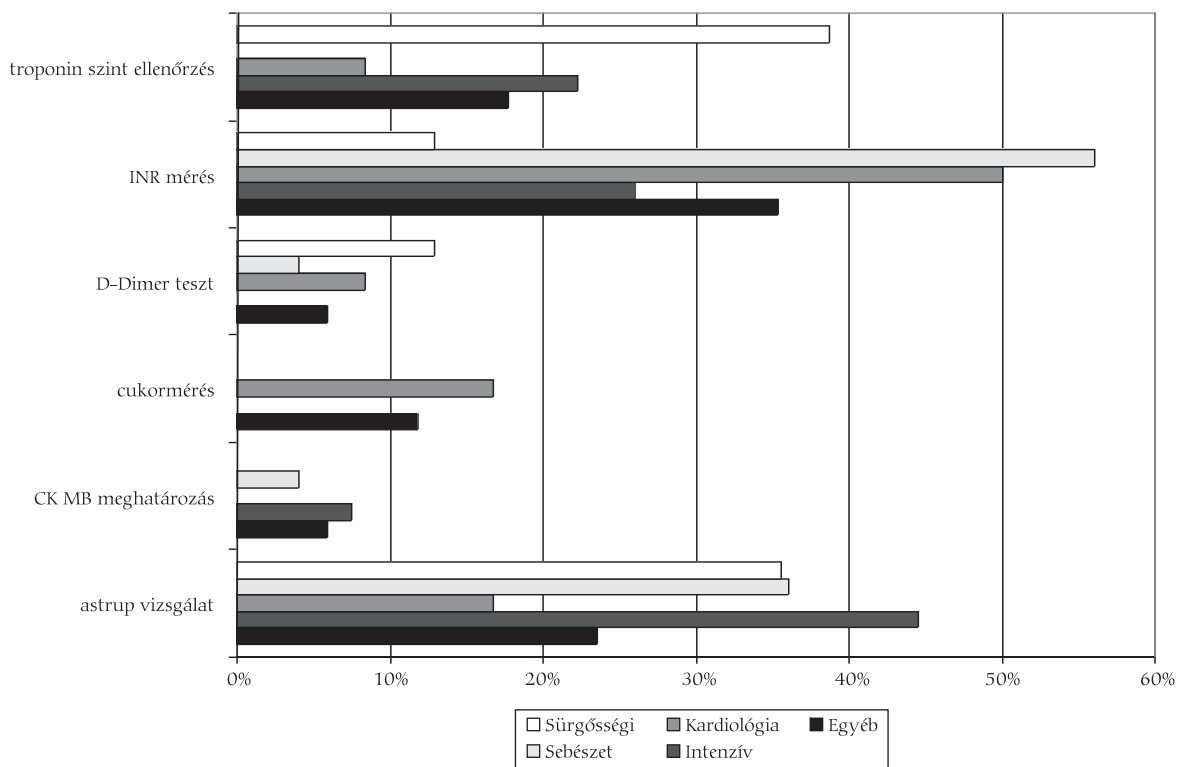
A POCT eljárások ismeretével kapcsolatosan a kitöltők 79-33 (70-29%) arányban azt mondták, hogy ismerik a POCT eljárást.

A következő kérdésben viszont, a vizsgálati típusok megjelölésekor, volt nem releváns (helytelen) válasz elrejtve (GFR, fehérje vizsgálat), hogy visszaellenőrizsem a kitöltőket az előző kérdésre adott válaszaik helyességével kapcsolatosan. A GFR 12 (11%) kitöltő szerint, fehérje 21 (18%), egyéb vizsgálati típusok megjelölése pedig 9 (8%) válaszó számára jelentette a POCT vizsgálati típusokat.

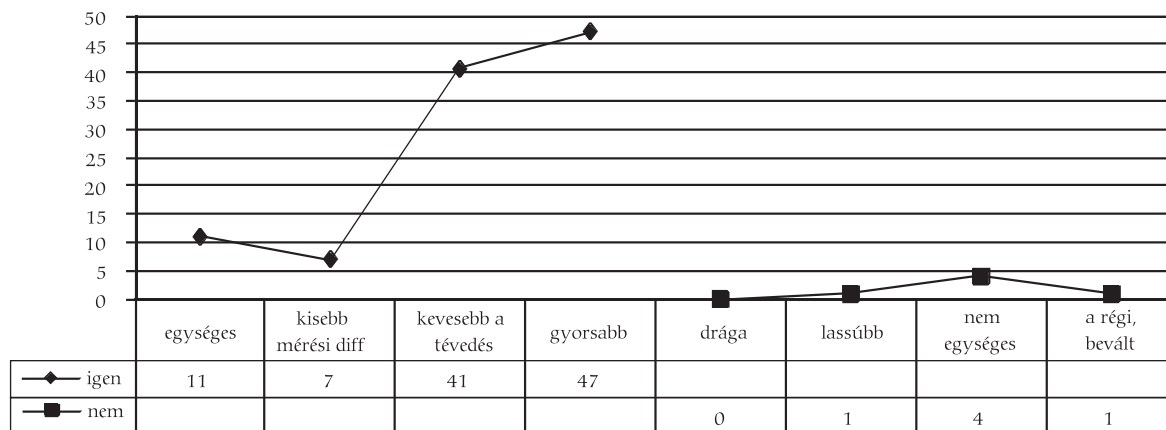
Az 6. ábráról egyértelműen leolvashatóak a POCT rendszer előnyei és hátrányai. A kitöltők majdnem fele 47-en (42%) gondolta úgy, hogy gyorsabb az eljárás, 41-en (36%) pedig, hogy kevesebb a tévedés lehetősége (a kérdőívben pontosan így szerepelt a kifejezés, hogy "kevesebb minta, vagy betegadat tévedés"), mint egy hagyományos laboridiagnosztikai módszernél.

Szórásanalízist követően kiderült, hogy nem volt kimutatható szignifikáns különbség a releváns POCT vizsgálati típusok ismeretének számossága és az osztály sajátosságai között. Az eredmények összesítése után egyértelműen kimutatható volt, hogy szükség van a POCT klinikai eljárások elméleti terjesztésére és gyakorlati elmélyítésére, annak érdekében, hogy az ágy melletti tesztek ismertségét széles körben biztosítsuk és azok gyakorlati jelentőségét hangsúlyozzuk. A null hipotézis elvetődött, mert nem volt szignifikáns különbség, a releváns vizsgálati típusok és az osztályok között, így alternatív hipotézis felállítására van szükség.

5. ábra: A POCT vizsgálati típusok alkalmazhatóságának megítélése az egyes osztályok szerint, %



6. ábra: A POCT jellemzői, fő



A vizsgálatom utolsó részeként szerettem volna összehasonlítani a költséghatékonyság vonatkozásában kapott eredményeimet, a Honvédkórházban végzett vizsgálat eredményével.

A jelen felmérés eredményeként a POCT vizsgálatokat költséghatékonyságban, míg a kórházi felmérés eredmények a laboros eljárást mutatták olcsóbb vizsgálatnak.

Következtetések, javaslatok

A vizsgálat eredményei hozzájárulhatnak, hogy szélesebb körben elterjedjen ez az új eljárás, melynek segítségével a szűk időablakkal rendelkező kórképeknél hamarabb felállítható a diagnózis és elindítható az oki terápia. Megkönnyítheti a mindennapi munkát, a labor diagnosztikát a betegágy mellé hozza.

Lerövidülhet a kórházban eltöltött idő, kevesebb megterhelést ró a betegre. A POCT számos előnye megjelenhet a betegágy mellett, ezzel felgyorsítva a gyógyulási folyamatot.

Nem volt kimutatható szignifikáns különbség a releváns POCT vizsgálati típusok ismeretének számossága és az osztály sajátosságai között. A POCT betegágy melletti labordiagnosztika szélesebb körű elterjedéséhez, az alkalmazás megkezdése előtt a szakdolgozókat oktatásban kell részesíteni, különböző eljárásrendeket kell kidolgozni az adott intézményekben.

A POCT eljárás oktatása, elméleti terjesztése szükséges. A megszerzett ismereteket folyamatosan bővíteni kell, a POCT gyakorlat minőségének javítására továbbképző programokat javasolnak. Ennek a megoldására, szinten tartására évenkénti ellenőrzésre, az aktualitások oktatására, visszaellenőrzésre van szükség, ami megszervezhető intézményi szinten, továbbképző tanfolyamok, kongresszusok keretein belül.

Különböző oktatási módszereket alkalmazhatunk az ismeretek elmélyítésére. Előadásokat tarthat a koordinátor, az adott osztályok POCT felelőse, felkérhetünk külső szakértőket, hogy tartsanak előadást egy választott témában. Vitanapokon való részvétel biztosítása, ahol a felmerülő problémák megbeszélésre, áthidalásra kerülnek. Gyakorlati továbbképzéseket szervezhetnek a megbízott cégek, a koordinátor a kórházban, hogy az elméleti tudás integrálódjon.

A POCT külföldön már bizonyította, hogy szükség van rá a betegellátás legalsó szintjétől, a multidiszciplináris osztályokig a mindennapi gyógyítás során. Ha szélesebb körben szeretnénk, hogy elterjedjen, szakmai ajánlásokat, irányelveket kell készíteni, hogy meghatározzuk az eljárásokat, szabályokat, amelyek segítségével az eljárás elterjedhet, és az adott intézményben bevezetésre kerülhet, a sürgősségi és intenzív osztályokon kívül más profilú területeken is.

Irodalomjegyzék

1. Acsády, Gy. & Nemes, A. (2007). Az érsebészet tankönyve. In *Az aneurysmák sebészete*. Budapest. Medicina, 103-128.
2. Boda, Z. (2006). Új hazai lehetőség a tartós orális antikoaguláns terápiában. *Lege Artis Medicinae*, 16(3), 203-210. Hozzáférhető: www.lam.hu/folyoiratok/lam/0603/2.htm
3. Bódi, M., Bóhm, L., Dávid, M., & Geösel, Gy.-né. (2008). Labordiagnosztikai hibák a mindennapos betegellátás során, INR vérvétel. *Rehabilitáció*, 18(2/3), 67-69.
4. Creed, G.M., Fox T.J., & Beale R.J. (2011). Point-of-Care Glucose Monitoring in a Critical Care Setting. *Point of Care*, 10, 7-16.
5. Debreczeni, L. & Kovács, L.G. (szerk.), (2008). *Gyakorlati laboratóriumi medicina*. Budapest. Literatura Medica, 58-59, 127-138.
6. Egészségügyi Minisztérium. *A betegágy melletti (Point-of-care, POC) laboratóriumi diagnosztika fekvőbeteg intézmények sürgős és intenzív terápiás betegellátásban való alkalmazására – 2008*. Az Orvosi Laboratóriumi Vizsgálatok Szakmai Kollégiuma és az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium. Hozzáférhető: <http://www.eum.hu/orv-lab-poct-ie-pdf> (letöltve: 2012. 04. 12.)
7. Góth, L. (2011). *A Point of Care Testing az USA-ban*. Hozzáférhető: http://www.doki.net/tarsasag/labor/upload/labor/document/labor_medicina/w_bigler_cikk.htm (letöltve: 2012. 03. 02.)
8. Györfi, P. (2010). „Három óra az időablak”. *Kapu*, 23(9), 71-72.
9. Szabó, A. (szerk.) (2010). *Klinikai laboratóriumi vizsgálatok és paraméterek*. Budapest. Semmelweis. 65-72., 253-256.

Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében

NÉMETH Anikó, IRINYI Tamás

Összefoglalás

Vizsgálat célja: felmérni, hogy a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozókat mennyire foglalkoztatja a pályaelhagyás gondolata, illetve hogy milyen területen, esetleg külföldön szeretnének elhelyezkedni. Felmérésre került továbbá a pályaelhagyási szándék összefüggése a kiégéssel és a pszichoszomatikus tünetekkel.

Vizsgálati anyag és módszer: A keresztmetszeti vizsgálat saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel történt, melyet a MESZK Csongrád megyében regisztrált tagjai kaptak kézhez.

Eredmények: Minél rosszabb pszichoszomatikus állapotban van valaki, annál biztosabb, hogy elhagyja az egészségügyet ($p < 0,000$) és annál jobban fél a munkahely elvesztésétől ($p < 0,003$). Akik nem félnek a munkavesztéstől, biztosan nem hagyják el az egészségügyet ($p < 0,000$). A súlyos pszichés állapotban lévők szándékoznak tipikusan a legnagyobb arányban elhagyni a pályát.

Következtetések: A munkavesztéstől való félelem és a pályaelhagyás gondolata mindennapos az egészségügyi szakdolgozók életében, és szoros összefüggést mutat a rossz pszichoszomatikus állapottal és a kiégéssel.

Kulcsszavak: egészségügyi szakdolgozó, pályaelhagyási szándék, pszichoszomatikus tünetek, kiégés

Intention to leave the profession among health care workers in Csongrád County

Anikó NÉMETH, Tamás IRINYI

Summary

Aims of the study: The study assessed the intent to leave the profession among health care providers in Csongrád County and investigated on which field and country they intend to work; its connection with burn-out and psychosomatic symptoms has also been analyzed.

Methodology and sample: This is a cross-sectional study carried out through a self-designed self-report questionnaire sent to registered members of MESZK living in Csongrád County.

Results: Bad psychosomatic status correlates with the intent to leave the health care system ($p < 0.000$) and the fear of losing the job ($p < 0.003$). Those who are not afraid of losing their jobs are not to leave the health care system ($p < 0.000$). Workers with severe psychic condition are planning most likely planning to leave their profession.

Conclusions: The fear of losing employment and the thought of leaving the profession is an everyday phenomenon among health care workers. This shows strong connection with bad psychosomatic status and burn out.

Keywords: health care worker, intention to leave profession, psychosomatic symptoms, burning out

Érkezett: 2012. május 30. Elfogadva: 2012. június 18.

Bevezetés

A magyar egészségügyben jelenleg is átalakulások zajlanak, ami félelemmel, bizonytalansággal tölti el a kollégákat. Gyakran egyetlen megoldást a munkahely elhagyása, illetve a külföldi munkavállalás jelenti anyagi problémáik rendezésére. A létbizonytalan-

ság mindennapos az egészségügyben, hozzájárul ehhez még a létszámhiány, valamint hogy egyre idősebb kollégáknak kell egyre több beteget ellátni. A fiataloknak nem vonzó az ápolói pálya, évről évre egyre kevesebben választják hivatásul, és a frissen végzett ápolók egy része is külföldi munkavállalást fontolgat. Csongrád megyében a pályakez-

NÉMETH Anikó tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás-, és fejlesztés Szakcsoport

IRINYI Tamás egyetemi okleveles oktató ápoló, Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika

Levelező szerző (correspondent): NÉMETH Anikó, elérhetőség: +06 30 3417040, e-mail: nemethaniko79@gmail.com

dő ápolóknak elhelyezkedési gondokkal is szembe kell nézniük, annak ellenére, hogy a megyében van a legtöbb üres ápolói állás.

Az ápolók többnyire segítségvagyból választják hivatásukat (Kovácsné et al., 2004), a szakma pozitívumaiként az emberekkel való foglalkozást, gyógyítást, kreativitást, változatosságot említik meg (Piczil et al., 2005). Az utóbbi évek tendenciái azt mutatják, hogy egyre kevesebb fiatal választja hivatásul az ápolói pályát, mivel nem látnak benne karrier lehetőséget. (Balogh et al., 2009b) Aki mégis szívügyének tekinti az ápolást, és ezt a hivatást választja, gyakran megy külföldre a magasabb fizetés reményében, ahol a szakmai kompetenciakörök tisztázottak, és a fizetés lényegesen meghaladja a hazait. (Kovácsné et al., 2004; Betlehem et al., 2007) Európán belül megfigyelhető egy kelet-nyugati áramlás az ápolók körében. (Hasselhorn et al., 2005) Egyes betegellátó osztálytípusoknál drasztikus létszámhiány alakult ki az ápolók tekintetében, különösen az intenzív betegellátás, a műtőszolgálat, az onkológia és a pszichiátria területén. Folyamatosan növekszik a betegség mellett dolgozók átlagéletkora. (Balogh, Z. 2009a) A kompetenciakörök tisztázatlansága miatt előfordul, hogy diplomával rendelkező ápolóknak kell alapápolási feladatokat ellátni, vagy éppen a családtagokra bízják ezen feladatok elvégzését személyzet hiányában. (Marton-Simora et al., 2008) A létszámhiányhoz adódik még a rossz munkahelyi körülmény is, mely tovább súlyosbítja az ápolók helyzetét. Elavult, korszerűtlen eszközökkel kell a mindennapi munkát végezni, és gyakran még az alapvető védőfelszerelés (pl: gumikesztyű) is hiányzik. (Csetneki, J. 2008)

A dolgozó orvosok száma tízezer lakosra Csongrád megyében a legmagasabb, ellenben a legtöbb betöltetlen üres ápolói állás is ebben a megyében van. (KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2007) Ebből következik, hogy ebben a megyében a legrosszabb az ápoló/orvos arány. Ezen aránytalanság is plusz terhet ró az ápolókra.

Vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt felmérni, hogy a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozó-

kat mennyire foglalkoztatja a pályaelhagyás gondolata, külföldi vagy hazai munkavállalást terveznek. Fel kívántuk tárni a pályaelhagyás okát is. Célunk volt továbbá felmérni, hogy a pályaelhagyási szándék hogyan függ össze a kiégéssel, illetve különböző pszichoszomatikus tünetekkel. Feltételeztük, hogy az egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban jelen van a pályaelhagyás gondolata, foglalkoztatja őket ez a kérdés, illetve hogy minél rosszabb testi és lelki állapotban van valaki, annál inkább gondolja úgy, hogy el kívánja hagyni az egészségügyet.

Anyag és módszer

Vizsgálatunkat egy már 2008-ban alkalmazott saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel végeztük, melyben használtuk a „Kiegészítő Önértékelési Skálát” (Pines & Aronson 1981), valamint egy pszichoszomatikus tüneti skálát (Piko et al., 1997), illetve a kérdéseket kiegészítettük a pályaelhagyási szándéokra, és annak okára vonatkozó kérdésekkel. A mérési eszköz 7 zárt és 1 nyitott kérdést, és további 4 skálát tartalmazott. A kérdőívet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) Csongrád Megyében regisztrált tagjai (4239 fő) postai úton kapták kézhez a 2012 januárjában az előző évre vonatkozó adóigazolásokkal egy borítékban. A Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ dolgozói a kérdőívek mellé egy megcímzett válaszborítékot is kaptak, így lehetőségük volt térítésmentesen visszajuttatni a kérdőívet, de postai úton is érkeztek kitöltött kérdőívek a MESZK szegedi irodájába. A kérdőívek beérkezése folyamatos volt 2012. február-március hónapban. A 670 darab visszaérkezett kérdőívből 651 volt értékelhető (15,3%). Az adatok feldolgozását SPSS 18.0 statisztikai programmal végeztük.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok ismertetése: a kérdőívet 614 (94,3%) nő és 37 (5,7%) férfi kolléga töltötte ki. A válaszadók átlag életkora 42,35 (SD 9,134) év, az egészségügy-

ben eltöltött évek átlaga 21,35 (SD 10,397) év volt. Az iskolai végzettség tekintetében 50 fő (7,7%) végzett szakiskolát, 377 fő (57,9%) szakközépiskolát/gimnáziumot, 224 fő (34,4%) főiskolát, egyetemet. A válaszadók 17,7%-a dolgozik alapellátásban, 24,1%-a járóbeteg ellátásban és 58,2%-a fekvőbeteg ellátásban. 42,7% dolgozik állandó délelőtt, a többi válaszadó folyamatos munkarendben, tehát 2×12 vagy 3×8 órás munkarendben. Többségük (78,3%) Szegeden, 21,7% pedig vidéki városokban vagy falvakban áll alkalmazásban.

A pályaelhagyási szándékot elemezve elmondható, hogy a válaszadók 47,5%-a biztosan nem hagyja el az egészségügyet, 45,6%-a bizonytalan, 6,9%-a biztosan elhagyja. 16,7% szeretne külföldön egészségügyben dolgozni, 8,9% szeretne külföldön nem egészségügyben, 15,7% itthon, de nem egészségügyben dolgozni. 15 fő (2,3%) jelezte, hogy nyugdíjba megy, és két fő (0,3%) leépítés miatt hagyja el az egészségügyet. Az egészségügy elhagyást fontolgatók 34,1%-ban első helyen jelölték meg, hogy anyagi okok miatt változtatnának munkahelyet, második helyen 22%-kal az erkölcsi megbecsülés hiánya áll és harmadik helyen 14,3%-

kal az előmeneteli rendszer hiánya áll döntésük háttérében. Megjelölték még okként a pszichés és fizikai leterheltséget is.

Khi-négyzet próbával elemezve az életkor és a pályaelhagyási szándékot, szignifikáns ($p < 0,000$) kapcsolat volt kimutatható. Az 50 év felettiek biztosan nem akarják elhagyni az egészségügyet, a 40–49 éves korcsoportban nem tipizálható az eltérés, 49,6%-uk biztosan nem hagyja el az egészségügyet, 45% bizonytalan, a 30–39 évesek 59,5%-a tipikusan bizonytalan, a 20–29 évesek 53,7%-a bizonytalan, és 14,8%-uk biztosan elhagyja az egészségügyet, ami tipikusan magasabb, mint a többi korcsoportban. (**I. táblázat**)

A munkaterülettel kapcsolatban nem találtunk szignifikáns összefüggést ($p = 0,384$), de az alapellátásban dolgozók közül 54,8% biztosan nem hagyja el a pályát, a fekvőbeteg ellátásban dolgozók közül pedig tipikusan 47,2% válaszolta, hogy a helyzet bizonytalan.

Khi-négyzet próbával elemezve az egészségügyben eltöltött évek száma és a pályaelhagyási szándék közötti kapcsolatot, szignifikáns összefüggést találtunk ($p < 0,000$). Aki több mint 30 éve a pályán van, biztosan nem hagyja el az egészségügyet (64,8%) aki keve-

I. táblázat: Pályaelhagyási szándék összefüggései az életkorról (n=651)

		Egészségügy elhagyása			Összes	
		biztosan nem hagyom el	talán, a helyzet bizonytalan	igen, egészen biztosan elhagyom		
életkor	20-29	Fő	17	29	8	54
		% életkoron belül	31,5%	53,7%	14,8%	100,0%
		% Eüelhagyáson belül	5,5%	9,8%	17,8%	8,3%
	30-39	Fő	73	119	8	200
		% életkoron belül	36,5%	59,5%	4,0%	100,0%
		% Eüelhagyáson belül	23,6%	40,1%	17,8%	30,7%
	40-49	Fő	118	107	13	238
		% életkoron belül	49,6%	45,0%	5,5%	100,0%
		% Eüelhagyáson belül	38,2%	36,0%	28,9%	36,6%
	50-59	Count	95	38	14	147
		% életkoron belül	64,6%	25,9%	9,5%	100,0%
		% Eüelhagyáson belül	30,7%	12,8%	31,1%	22,6%
60-	Fő	6	4	2	12	
	% életkoron belül	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%	
	% Eüelhagyáson belül	1,9%	1,3%	4,4%	1,8%	
Összes	Fő	309	297	45	651	
	%életkoron belül	47,5%	45,6%	6,9%	100,0%	
	% Eüelhagyáson belül	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

II. táblázat: Az egészségügy elhagyásának szándéka és az egészségügyben eltöltött évek számának kapcsolata (n=651)

Egészségügyben eltöltött évek _10es bontás		Egészségügy elhagyása			Összes
		biztosan nem hagyom el	talán, a helyzet bizonytalan	igen, egészen biztosan elha- gyom	
-9	Fő	28	54	10	92
	%Eüévek_10esbontáson belül	30,4%	58,7%	10,9%	100,0%
	%Eüelhagyáson belül	9,1%	18,2%	22,2%	14,1%
10-19	Fő	73	95	10	178
	%Eüévek_10esbontáson belül	41,0%	53,4%	5,6%	100,0%
	%Eüelhagyáson belül	23,6%	32,0%	22,2%	27,3%
20-29	Fő	105	105	12	222
	%Eüévek_10esbontáson belül	47,3%	47,3%	5,4%	100,0%
	%Eüelhagyáson belül	34,0%	35,4%	26,7%	34,1%
30-	Fő	103	43	13	159
	%Eüévek_10esbontáson belül	64,8%	27,0%	8,2%	100,0%
	%Eüelhagyáson belül	33,3%	14,5%	28,9%	24,4%
Összes	Fő	309	297	45	651
	%Eüévek_10esbontáson belül	47,5%	45,6%	6,9%	100,0%
	%Eüelhagyáson belül	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

sebb, mint 20 éve van az egészségügyi pályán, a többség a „talán, a helyzet bizonytalan”-t választotta tipikusan (47,3 és 53,4%). A 20-29 éve a pályán lévők esetében nem beszélhetünk tipizálásról. (II. táblázat)

Az egészségi állapot és a pályaelhagyás

Az egészségi állapot felmérését egy pszichoszomatikus tüneti skála (Piko et al., 1997) segítségével végeztük, mely az alábbi tünetek előfordulásának gyakoriságát mérte a kérdőív kitöltése előtti 12 hónapra vonatkozóan: fejfájás, alvási problémák, gyomorégés és gyomorfájás, gyors vagy szabálytalan szívdobogás, hát- és derékfájás, gyengeségérzés és fáradtság, idegességből eredő hasmenés. Az egyes tüneteket 0-3-ig terjedően lehetett pontozni, ahol a számok jelentése: 0=soha, 1=ritkán, 2=időnként, 3=gyakran. A maximálisan elérhető pontszám 21 volt.

A válaszadók átlag 10,36 (SD 4,409) pontot értek el, az általuk adott pontszámok normális eloszlást mutatnak. (1. ábra) A leggyakrabban előforduló tünetként a hát- és derékfájást (44,1%), gyengeség és fáradtságérzést (35,8%), alvási problémákat (26,4%) és fejfájást (22,4%) jelölték meg a kollégák.

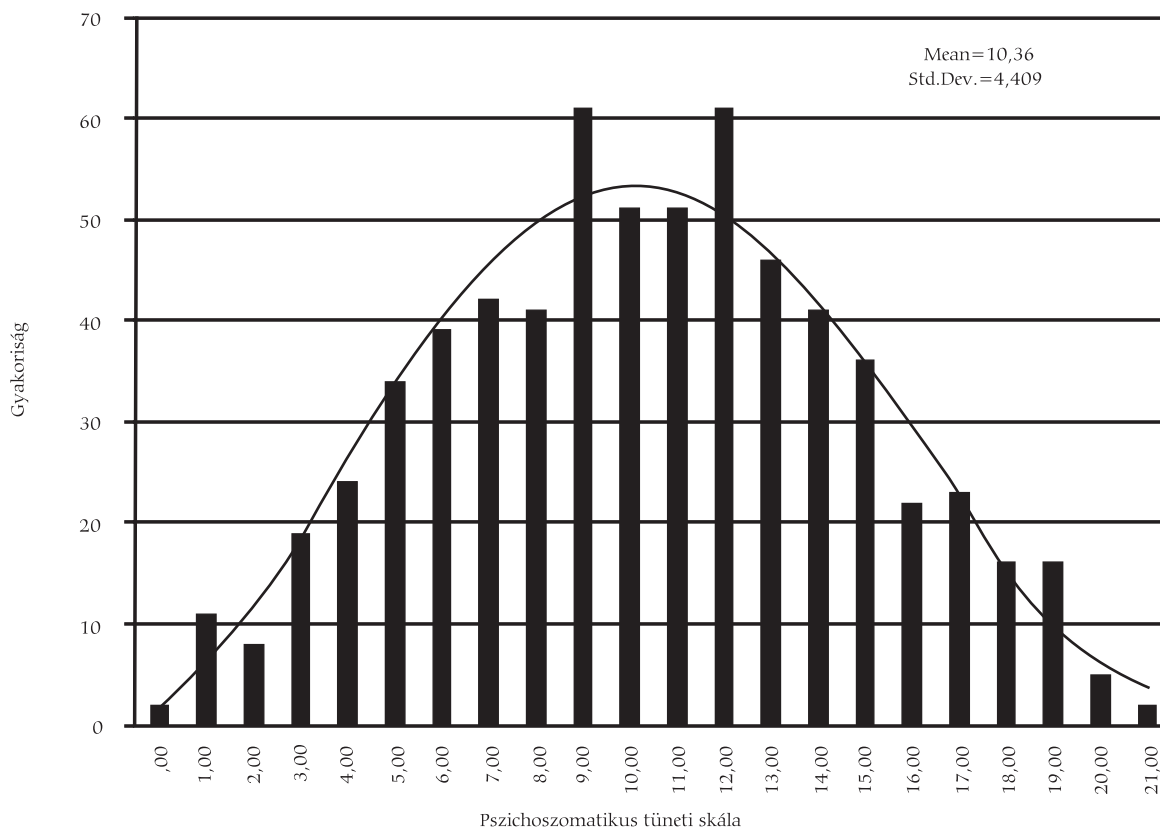
(2. ábra) Ezen eredmények egybeesnek korábbi felmérések eredményeivel is. (Piko et al., 1997, Németh és Irinyi, 2009)

Khi-négyzet próbával elemezve az egészségügy elhagyásának szándékát és a pszichoszomatikus tüneti skálán elért pontszámokat, szignifikáns kapcsolatot találtunk ($p < 0,000$). Minél több pontot ért el valaki ezen a skálán (tehát rosszabb pszichoszomatikus állapotban volt), annál biztosabb, hogy elhagyja az egészségügyet.

Kérdőívünkben fel kívántuk mérni azt is, hogy jelenleg mennyire félnek a dolgozók a munkahely elvesztésétől („Jelenleg fél-e attól, hogy elveszítheti munkáját?”). A lehetséges válaszok a következők voltak: 1=Egyáltalán nem félek, 2=Kicsit félek, 3=Nem gondolok rá, 4=Félek, 5=Nagyon félek. A válaszadók 17,7%-a egyáltalán nem fél, 26,1%-a kicsit fél, 35,6% nem gondol rá, 15,7%-a fél, 4,9%-a pedig nagyon fél a munkahely elvesztésétől. Khi négyzet próbával elemezve a munkavesztéstől való félelmet és a pszichoszomatikus tüneti skálán elért pontszámokat, szignifikáns kapcsolat volt kimutatható ($p < 0,003$), tehát akik több pontot értek el ezen a skálán, azok jobban féltek a munkahely elvesztésétől (több pont rosszabb pszichoszomatikus állapotot jelent).

A munkavesztéssel kapcsolatos félelem-

1. ábra: Pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága a válaszadók körében (n=651)



mel összefüggésben is szignifikáns kapcsolat volt kimutatható ($p < 0,000$). Akik nem félnek a munkavesztéstől, azok 67%-a biztosan nem hagyja el az egészségügyet, a kicsit félők 50%-a biztosan nem hagyja el azt, a munkavesztésre nem gondolók 49,6%-a bizonytalan, a munkavesztéstől félők 55,9%-a bizonytalan, és a munkavesztéstől nagyon félők 59,4%-a bizonytalan az egészségügy elhagyását illetően.

A kiegészés és a pályaelhagyási szándék összefüggései

A kiegészés mértékét a Pines, A. M., és Aronson, E., kérdőíve segítségével vizsgáltuk. (Pines és Aronson, 1981) A „Kiegészés Önértékelési Skála” az alábbi 21 pontot tartalmazta:

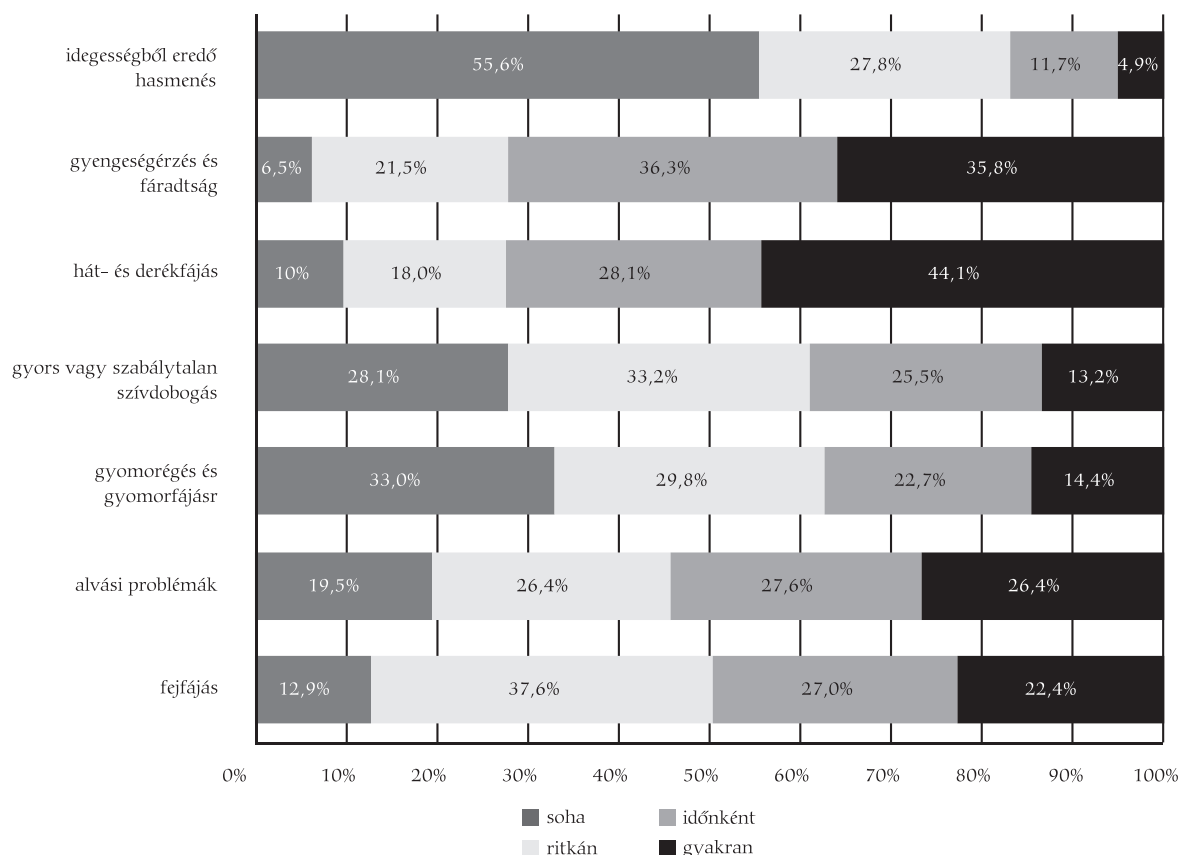
Milyen gyakran érzi a következő tüneteket?:

Fáradtság; Depresszió; Jó napja volt; Úgy érzi, kiégett; Érzelmileg kimerült;

Boldog; Szorong; Értéktelenség érzése; Elkopottnak érzi magát; Úgy érzi, bajban van; Visszautasított érzése; Gyengének és magára hagyottnak érzi magát; Reménytelenség érzése; Úgy érzi, elvesztette illúzióit, és neheztel az emberekre; Testileg kimerült; Úgy érzi, „felmorzolták”; Csapdában érzi magát; Úgy érzi, „lejárta a rugó”; Energikusnak érzi magát; Boldogtalanság érzése; Optimistának érzi magát.

Az egyes kérdéseket 1-7-ig terjedően lehetett pontozni (1=soha, 2=egyszer vagy kétszer, 3=ritkán, 4=néha, 5=gyakran, 6=általában, 7=mindig). A kiégettségi szint meghatározása egy megadott képlet alapján történt. Végül a válaszadókat az elért végösszpontszám alapján négy csoportba soroltuk: 0-1,9 pont: örökös eufória, 2-2,9 pont: jól csinálja, 3-3,9 pont: változtatás szükséges, 4 pont felett: súlyos pszichés állapot. A válaszadók 3,069 pontot értek el a kiegészés önértékelési skálán. 20,6% tartozik az örökös eufó-

2. ábra: Pszichoszomatikus tünetek megoszlásának gyakorisága a válaszadók körében (n=651)



ria, 30,6% a jól csinálja, 25,7% a változtatás szükséges és 23,2% a súlyos pszichés állapot csoportba.

Khi-négyzet próbával elemezve a kiégés és a pályaelhagyási szándék kapcsolatát, szignifikáns összefüggés volt kimutatható ($p < 0,000$). Az eredmények tipizálhatók. Az örökös eufória csoportba tartozók 67,9%-a tipikusan biztosan nem hagyja el az egészségügyet. A jól csinálja csoportba tartozók 51,8%-a tipikusan biztosan nem hagyja el az egészségügyet, a változtatás szükséges csoportba tartozók 56,3%-a tartozik tipikusan a bizonytalan csoportba, és a súlyos pszichés állapotban lévők 50,3%-a bizonytalan, és ők akarják tipikusan legnagyobb arányban elhagyni az egészségügyet (15,2%). **(III. táblázat)**

Rangkorrelációval vizsgálva a kiégés és a munkavesztéstől való félelmet, szignifikáns összefüggés ($p < 0,000$) volt kimutatható, tehát aki a kiégés önértékelési skálán ma-

gasabb pontszámot ért el, az nagyon fél a munkája elvesztésétől.

A válaszadók 79,1%-a szerint a béremelés, 14,5%-a szerint az erkölcsi megbecsülés, 4,7%-a szerint a jobb munkahelyi körülmények és 1,6%-a szerint a magasabb társadalmi megbecsülés javítaná nagymértékben az egészségügyi szakdolgozók helyzetét (n=550).

Következtetések, javaslatok

Vizsgálatunkból levonható az a következtetés, hogy a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban fontos szerepet játszik a pályaelhagyás gondolata különösen a fiatalabb korosztály tekintetében, és a munkavesztéstől való félelem. A válaszadók 52,5%-a fontolgatja az egészségügy elhagyását, és hazai vagy külföldi munkavállalásban gondolkodik. A pályaelhagyás egy-

III. táblázat: Kiegészítés és az egészségügy elhagyási szándék kapcsolata (n=651)

kiegítés önértékelési skála			Egészségügy elhagyás			Összes
			biztosan nem hagyom el	talán, a helyzet bizonytalan	igen, egészen biztosan elhagyom	
örökös eufória	Fő	91	40	3	134	
	% kiegészítés önértékelési skálán belül	67,9%	29,9%	2,2%	100,0%	
	% Eüelhagyáson belül	29,4%	13,5%	6,7%	20,6%	
jól csinálja	Fő	103	87	9	199	
	% kiegészítés önértékelési skálán belül	51,8%	43,7%	4,5%	100,0%	
	% Eüelhagyáson belül	33,3%	29,3%	20,0%	30,6%	
változtatás szükséges	Fő	63	94	10	167	
	% kiegészítés önértékelési skálán belül	37,7%	56,3%	6,0%	100,0%	
	% Eüelhagyáson belül	20,4%	31,6%	22,2%	25,7%	
súlyos pszichés állapot	Fő	52	76	23	151	
	% kiegészítés önértékelési skálán belül	34,4%	50,3%	15,2%	100,0%	
	% Eüelhagyáson belül	16,8%	25,6%	51,1%	23,2%	
Összes	Fő	309	297	45	651	
	% kiegészítés önértékelési skálán belül	47,5%	45,6%	6,9%	100,0%	
	% Eüelhagyáson belül	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

értelmű okaként az alacsony fizetéseket és az erkölcsi megbecsülés hiányát jelölték meg a kérdőívet kitöltők. A gazdasági nehézségek Európa más területein is szerepet játszanak az ápolók pályaelhagyásában (Yildiz et al., 2009).

A 30 évesnél fiatalabb szakdolgozók 14,8%-a biztosan elhagyja az egészségügyet, 53,7%-a pedig bizonytalan. Ez az eredmény jelentősen meghaladja egy finn vizsgálat eredményeit, ahol a 30 év alatti ápolónők 26%-a fontolgatja a pályaelhagyást (Flinkman et al., 2008). Egy hazánkban, diplomás ápoló hallgatók körében végzett felmérés is azt bizonyítja, hogy már az ápoló hallgatók jelentős része (56,2% fontolgatja külföldi munkavállalás lehetőségét (Kovácsné et al., 2004).

A rossz pszichoszomatikus állapot összefüggést mutat a pályaelhagyási szándékkal. Leggyakrabban előforduló tünetként hát- és derékfájás, gyengeség és fáradtságérzés, alvási problémák, valamint fejfájás fordult elő a válaszadó kollégáknál. A kiegyensúlyozottság szintje szintén összefüggést mutat a pályaelhagyási szándékkal. Minél rosszabb pszichés állapotban van valaki, annál jobban foglalkoztatja

az egészségügy elhagyásának gondolata, és ők jobban félnek a munka elvesztésétől is. A válaszadók 23,2%-a mutatta a súlyos kiegészítés tüneteit, mely meghaladja egy 2008-ban, szintén Csongrád megyében végzett felmérés eredményeit (Irinyi és Németh, 2010).

Mindezen eredményeket figyelembe véve, véleményünk szerint már a képzés során nagy hangsúlyt kellene fektetni a kiegészítés megelőzésére, a stressz csökkentő technikák elsajátítására, hiszen különösen igaz az, hogy a pályakezdő ápolók nagy stressznek vannak kitéve az ismeretlen környezet és a váratlan szituációk miatt, ami szerepet játszhat a korai pályaelhagyásukban (Wu et al., 2011). Egy hazai felmérés szerint az ápoló hallgatók lemorzsolódási aránya 7-20% között mozog, de a lemorzsolódás csökkenthető, ha a hallgatók a képző intézményekben és a klinikai gyakorlatokon megfelelő támogatást kapnak (Ujváriné et al., 2011). Szükséges lenne továbbá a kompetenciakörök egyértelművé tétele az egészségügyben, mely nagymértékben fokozná a munkabiztonságot, és hangsúlyt kellene fektetni a kompetencia alapú oktatásra is (Betlehem et al., 2009).

A már dolgozó kollégák esetében nagy szükség lenne a stressz és kiégés kezelésére, különböző stressz kezelő technikák elsajátítására, hogy mindenki képes legyen a munkája során felgyülemlett stresszt megfelelőképpen levezetni. Ha ehhez hozzájárulna még a fizetések nyugati színvonalra történő emelése, akkor vonzóbbá válna a magyar

egészségügy a fiatalok számára, így nem kényszerülnének külföldön állást vállalni. A beteg/orvos/ápoló aránytalanság (mely a megyében dolgozó ápolókat súlyosan érinti) javításával csökkenthető lenne a munkaterhelés, a stressz és ebből következően a kiégetség. Ezen változások a betegellátás színvonalán is javítana.

Irodalomjegyzék

- Balogh, Z. (2009a). Mi lett veled, nővérke? - Helyzetkép az egészségügyi munkaerőpiacról. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 47 (1), 15-22.
- Balogh, Z., Betlehem, J., Papp, K., Tulkán, I., Kovácsné, T.Á. (2009b). Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. *Nővér*, 22 (1), 3-12.
- Betlehem, J., Tahin, T., Warne, T., Oláh, A., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J. (2007). A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon az EU csatlakozáskor. *Nővér*, 20 (6), 3-13.
- Betlehem, J., Kukla, A., Deutsch, K., Marton-Simora, J., Nagy, G., (2009). The changing face of European healthcare education: The Hungarian experience. *Nurse Education Today*, 29 (2), 240-245. doi:10.1016/j.nedt.2008.08.015
- Csetneki, J. (2008). Ápolók kritikus helyzetben. *Hivatásunk*, 3 (2), 4-5.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H-M., Salantera, A. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (5), 727-739. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.12.006
- Hasselhorn, M.H., Tackenberg, P., Buescher, A. (2005). Work and health of nurses in Europe: results from the NEXT-Study. Retrieved from <http://www.next-study.net> (letöltve: 2012. 05. 30.)
- Irinyi, T., Németh, A. (2010). Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók leli egészségére. *Nővér*, 23 (5), 23-31.
- Kovácsné, T.Á., Feith, H.J., Balázs, P. (2004). A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás. *Nővér*, 17 (6), 9-13.
- Marton-Simora, J., Gyermán, O., Nagy, G., Deutsch, K., Göndöcs, Zs., Betlehem, J. (2008). Poszttraumás stressz a budapesti mentődolgozók körében. *Nővér*, 21 (4), 10-21.
- Németh, A., Irinyi, T. (2009). Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében-egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22 (3), 33-38.
- Piczil M; Kasza B; Markovic M; Pikó B. (2005). Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei. *Nővér*, 18 (2), 3-10.
- Piko, B., Barabás, K., Boda, K. (1997). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7 (3), 243-247.
- Pines, A. M., Aronson, E. (1981). Burnout: from Tedium to personal growth. *New York City, The Free Press*, 17-20.
- Ujváriné, S.A., Zrínyi, M., Tóth, H., Zékányné, R.I., Szögedi, I., Betlehem, J., (2011). The role of faculty and clinical practice in predicting why nurses graduate in Hungary. *Nurse Education Today*, 31 (1), 94-101. doi: 10.1016/j.nedt.2010.04.003
- Yildiz, Z., Ayhan, S., Erdogmus, S. (2009). The impact of nurses' motivation to work, job satisfaction, and sociodemographic characteristics on intention to quit their current job: An empirical study in Turkey. *Applied Nursing Research*, 22 (2), 113-118. doi:10.1016/j.apnr.2007.06.002
- Wu, T-Y., Fox, D.P., Stokes, C., Adam, C., (2011). Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Education Today*, 31 (in press), doi:10.1016/j.nedt.2011.09.002
- KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2007.

A vákuumterápia, mint innovatív eljárás és a hagyományos sebkezelés költséghatékonyságának összehasonlítása a minőség dimenziói mentén

LAKATOSNÉ PRIPKÓ Judit

Összefoglalás

Az utóbbi évtizedek során a sebgyógyulásra vonatkozó ismeretanyagok és tapasztalatok kibővültek, számos új, a sebgyógyulást elősegítő lehetőség vált elérhetővé. A vacuum assisted closure terápia innovatív sebkezelési eljárás széles körű indikációban alkalmazható, vele optimális feltételek biztosíthatóak a sebgyógyulási folyamatok beindításához.

A vizsgálat a negatív nyomásterápia költségvonzatát tárja fel, két beteg kezelése kapcsán, továbbá bemutatja a minőség dimenzióinak, hatvani kórházban feltárt, Donabedián-féle összetevői, az alkalmazott vákuumos sebkezelés PDCA ciklusát, valamint a feltárt összetevők hatását a betegellátás minőségi és költséghatékony eredményére vonatkoztatva.

A szerző hangsúlyozza, hogy a legmodernebb egészségügyi technológiák alkalmazása is csak akkor biztosítja hatékonyan az egészségügyi ellátás fejlődését, ha az társul a vezetők és a dolgozók minőség iránti elkötelezettségével, valamint a minőségfejlesztés alapelvei integrálódnak az egészségügyi szolgáltatás struktúrájába és a folyamataiba.

Kulcsszavak: ápolás, költséghatékonyság, minőségfejlesztés, sebkezelés, vákuumterápia

Comparison of the cost-effectiveness of vacuum assisted closure, as an innovative procedure, and traditional wound treatment, in the light of quality aspects

Judit LAKATOSNÉ PRIPKÓ

Summary

Recent decades have seen expansion in the literature and findings related to the healing of wounds, and many new options for promoting wound healing have become available. The innovative wound treatment procedure known as vacuum assisted closure can be used for a wide range of indications, and can ensure the optimal conditions for the start of the wound healing processes.

The study reveals the cost implications of negative pressure therapy through a study of the treatment of two patients, and also presents the components of the quality aspects identified at Hatvan hospital, as defined in the Donabedián model, the PDCA cycle of the applied vacuum-assisted wound treatment, and the impact of the revealed components on the quality and cost-effectiveness of the patient care.

The author emphasises that the use of even the latest technologies can only effectively ensure the development of healthcare if combined with the commitment of managers and workers to assure quality, and if the fundamental principles of quality improvement are integrated into the structure and process of healthcare provision.

Keywords: nursing, cost-effectiveness, quality improvement, wound treatment, vacuum assisted closure

Érkezett: 2012. március 20. Elfogadva: 2012. június 8.

Bevezetés

A sebek keletkezése és azok gyógyítása egyidős az emberiséggel, csakúgy, mint

az önzetlen segítő szándék és a gyógyításra való törekvés.

A történelem során a sebek ellátásának alakulása az orvostudomány lehetőségeivel

LAKATOSNÉ PRIPKÓ Judit MSc ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar. Mb. ápolásszakmai vezető, Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet Nonprofit Közhasznú Kft., Hatvan
Levelező szerző (correspondent): LAKATOSNÉ PRIPKÓ Judit, elérhetőség: tel.: 0630-413-0792, e-mail: pripkojudit@gmail.com, pripkojudit@askhatvan.hu

együtt fejlődött, és jutott el a mai sebkezelés számos változatához.

A sebészetet – a sebek, sebesülések ellátását – régebben nem orvos képzettségű borbélyok, csontkovácsok, majd később felcserek és seborvosok végezték.

A 19. század közepéig a sebészet kezdetleges maradt. A műtétek elviselhetetlen fájdalmat okoztak, és a műtéti sebfertőzés a betegek életét veszélyeztette. (Pióker, 2011)

Az 1840-1860-as években kezdődött a sebészet új korszaka. Ahhoz, hogy megnyíljen az út a sebészet szabad fejlődése előtt, le kellett győzni a fájdalmat és a „seblázat”. Az altatás felfedezése rövid idő alatt győzelmet aratott a sebfájdalom felett.

A seb fogalma és a sebgyógyulás

A seb (vulnus) külső hatásra létrejövő körülírt sérülés, mely minden szervet vagy szövetet érhet, s lehet könnyű, súlyos, vagy halálos. Eredetük szerint megkülönböztünk mechanikai, termikus, kémiai és sugárzás okozta sebeket. A sebzés következménye savó és alakos vérelemek vesztese, valamint a kültakaró védő szerepének elvészése.

Az **akut**, azaz **heveny seb** egy jól szabályozott, soklépcsős folyamatban gyógyul meg, optimális esetben a keletkezésétől számított 7 nap alatt (az elsődleges sebgyógyulás: sanatio per primam intentionem). A sebgyógyulás szakaszai egymásba kapcsolódó, sejtes és molekuláris folyamatok kaszkádját alkotják a következő sorrendben: vérárvadás, gyulladás, ér újdonsképződés, hámosodás és remodellizáció. A sérült szövetek integritását és működését ez a folyamat állítja helyre.

A sebgyógyulás stádiumainak beosztása szerint a folyamat egymással szorosan összekapcsolódó szakaszai:

1. A haemostasis (vérárvadék képződés) a sérülést követően,
2. Az exsudatív, vagy inflammációs (gyulladásos) fázis 1–2 nap múltával,
3. A granulációs, vagy proliferatív (sarlados) szakasz 3–5 nappal a sérülést követően,
4. A reparációs, remodellációs szak (hámosodás), mely 2–3 héttel az esemény megtörténte után fejeződik be.

A **krónikus**, azaz **idült sebek** esetében a seb 4–6 hetes adekvát konzervatív kezelésre sem szanalódik. A kritikus sejtek előregednek, és nem képesek megfelelő választ adni a növekedési faktorokra. A másodlagos sebgyógyulás (sanatio per secundam intentionem) jelentőségét a szinte kivétel nélkül kialakuló kóros hegek jelentik. (Mustoe et al., 2006)

A fiziológiás sebgyógyulási folyamat a krónikus, elhúzódó sebgyógyulás során felbomlik, feltehetően a szöveteket alkotó sejtek szigorú harmóniájának zavara miatt. Ennek oka kereshető a sebben, részben attól távolabb is megjelenhet. A vérkeringés centrális (hypotonia, cardialis történes, anaemia, stb.) vagy lokális (érszűkület, kompresszió, stasis, stb.) károsodása szöveti hypoxiát okoz, mely további szövödményeket indukál.

Sebellátás

A holisztikus betegellátás leképezhető a sebkezelés szintjére is, hiszen a seb nem egy izolált entitás, hanem egy beteg ember része, akinek kapcsolata a gyógyítókkal, az egészségügy ellátási struktúrájával abszolút meghatározó a gyógyulás hosszú menetében.

A sebellátás célja az optimális gyógyulás jó funkcionális és esztétikai eredménnyel.

A sikeres sebkezelés első lépése az állapot felmérése, amely alapján megválasztható a szükséges kezelési mód. Tisztázandó kérdések, hogy a seb hogyan és mennyi ideje alakult ki, mekkora a seb mérete, mélysége és hol helyezkedik el. Mérlegelendő, hogy fenn áll-e bármely olyan faktor, ami a sebgyógyulást gátolhatja. Vizsgálni kell továbbá a sebalap és a környező bőr állapotát. Különös figyelemmel kell lenni arra, hogy a seb fertőződött-e? Krónikus seb esetén fel kell tájni a sebgyógyulást késleltető faktorokat, melyek a beteggel állnak kapcsolatban (életkor, társbetegségek, gyógyszeresedés, dohányzás, személyi higiéné, tápláltsági állapot, pszichoszociális helyzet). Tisztában kell lenni az ellátók szakmai ismereteivel, tapasztalatával, kompetenciájával, valamint a mediko-financiális kérdésekkel. Mindezek középpontjában természetesen maga a seb áll! Általánosságban megfogalmazható, hogy meg kell szüntetni, vagy legalább mérsékelni kell a krónikus seb gyógyulása folya-

mán kialakult kóros folyamatokat és olyan körülményeket célszerű teremteni, melyek a fiziológiás sebgyógyuláshoz hasonlatosak.

A sebllátás területén az utóbbi 15–20 évben terjedt el az a szemlélet (empirikus tapasztalatokon alapulva, kutatások sorozatának eredményeként), melyet ma **modern**, vagy **intelligens sebkezelésnek** hívunk. A száraz gézlap alatti ún. pörkös sebgyógyítást felváltotta a nedves sebkezelés. Ennek az a lényege, hogy a sebet lezárjuk egy speciális, a folyadékot és levegőt át nem eresztő anyaggal, mely nem engedi a sebet kiszáradni, megtartja a sebváladékot, és ezzel működni hagyja a sejteket, citokineket, bevonva a sebgyógyulásba a szervezet saját gyógyító erőit. Ez a nedves sebkezelés lényege. (Szabad, 2010)

A vákuumterápia fejlődése, nemzetközi kitekintés

Fleischmann írta le először, hogy ha debridementet követően a sebet a szubatmoszférikus nyomásnak teszik ki, az elősegíti a sebgyógyulást. 15 páciens nyílt törését kezelte ilyen módon, majd arról számolt be, hogy a kezelés eredményeként a seb hatékony feltisztulása és a sarjszövet markáns terjedése volt megfigyelhető. Osseális fertőzések nem alakultak ki, csupán 1 főnél következett be lágyrész-fertőzés, mely a további nyomásterápia-kezelés során rendeződött. (Fleischmann et al., 1993)

Mullner és társai által leírt tanulmány 45 beteg lágyrész-sérüléseinel vizsgálta a vákuumterápiás gép hatékonyságát. A sebek között keresztcsonton előforduló nyomási fekély, akut traumás lágyrészt érintő sebzések és fertőzött lágyrész sérülések is voltak. A feltárt eredmény összegzése az volt, hogy 45 betegből 38-nál (85%) a vákuumos sebzárási technika és debridement használatának következményeként az eredeti seb mérete jelentősen csökkent, megrövidítve ezzel a gyógyulási időt, és felszámolva a fertőzések által okozott további következményeket. (Mullner et al., 1997)

Ezeknél a korai negatív-nyomás hatás vizsgálatoknál a szükséges negatív nyomást még nem a V.A.C. terápia biztosította, hanem falí szívó berendezés, illetve sebésze-

ti vákuum palackok. Ezek használata során felmerültek olyan gyakorlati problémák, mint a szállítás, csomagolás, illetve a negatív nyomás ellenőrzése, karbantartása. Ezek Banwell szerint mind időigényes, és „ember-szükségletű” folyamatlassító tények, melyek kiküszöbölése szükséges. (Banwell et al., 1998)

Az Egyesült Államok piacára 1995-ben került be a Vacuum Assisted Closure Technique, egy kereskedelmi cég támogatásával. Ezt a berendezést már úgy tervezték, hogy kiszűrje a Banwell által leírt hátráltató tényezőket. A rendszer lelke egy mikroprocesszor által vezérelt vákuum egység, mely képes szabályozni a negatív nyomást 25 és 200 Hgmm között, szakaszos vagy folyamatos működést biztosítva.

Jelenleg a készülék két nagy csoportja elérhető az egészségügy piacán. Az egyik csoportba tartozik a nagy negatív nyomást biztosító, akár 300 ml-es váladékfelfogó-tartállyal rendelkező gép, melyet leginkább ágyhoz kötött betegek nagy kiterjedésű sebei-nél célszerű használni, illetve egy kicsiny, elemmel működő készülék, 50 ml-es tartállyal, melyet a beteg ambuláns kezelése során használhatunk eredményesen. A tudományos technika fejlődésének rohamszerű léptékét bizonyítja, hogy ma már a piacon megtalálható a mobiltelefonoknál kisebb méretű vákuum-terápiás gép is, mely akár zsebbe rejtve teljes diszkréció mellett segíti a páciens gyógyulását.

A *vákuumos sebkezelő rendszer (V.A.C., Vacuum Assisted Closure therapy)* napjainkban általánosan elfogadott, és jól hasznosítható módszer, melyet a különböző eredetű, kiterjedésű sebek jelentős részénél alkalmazni tudunk. Javallatait és ellenjavallatait az **I. táblázat** szemlélteti.

A speciális készülék a seb területén negatív nyomást hoz létre (megfelelő habkötészer alkalmazásának segítségével, csővezetékes rendszeren át), amely nyomás a beállítás-tól függően szakaszosan vagy folyamatosan csökken. A rendszer által létrehozott negatív nyomás elősegíti az intersticiális folyadék elvezetését és az exsudatum eltávolítását. Ezáltal a szöveti keringés javul és csökken a bakteriális terhelés. Ugyanakkor a negatív nyomás stimulálja a granulációs szövet kép-

I. táblázat: A vákuumterápia indikációi és kontraindikációi

Betegségcsoportok, nagyobb gép használatakor	Kisebb, hordozható készülék ajánlott	Kontraindikált a vákuum használata
Akut sebek Szubakut sebek Nyomási fekélyek Krónikus, üreges sebek Hálós graftok Flaps	Vénás pangás talaján kialakult fekély Alsó végtagi diabéteszes fekély Nyomási fekély Graftok	Sipolyok szervekben, testüregekben Fedetlen belső szervek Szövetelhalás, hegesezés Kezeletlen osteomyelitis Rosszindulatú elváltozás a sebben

ződését, így a sebkezelés során ezen hatások gyorsan érvényesülnek.

T.R.A.C. - *Therapeutic Regulated Accurate Care* szabályozott, pontos terápiát biztosít, mely alarm funkcióval segíti a sebmenedzselést. A nagy belső lumen segítségével hatékonyan szívja el a váladékot a seb területéről. A cső falában található nyomás-érzékelők segítségével tartja és monitorizálja a beállított nyomásértéket a sebben, ezáltal biztonságos és kényelmes csatlakozásokat tesz lehetővé egyszerű használattal. Fokozza a beteg kényelmét és a beállított nyomásértéket még a beteg mozgása közben is megtartja.

Minőség az egészségügyben

Az egészségügy területén életre kelt minőségbiztosítási rendszerek a szolgáltatással kapcsolatos elégedettség növelése érdekében vannak jelen ma is a rendszerben. Az ipar területéről átvett alapelvek és fogalmak mentén kialakultak az egészségügyi specialitásokkal rendelkező minőségügyi rendszerek.

Donabediántól származik a termékek és szolgáltatások minőségére ható tényezők rendszerszemléletű megközelítése, és a tényezők struktúra-folyamat-eredmény kategóriák szerinti csoportosítása, a **minőség dimenzió** fogalom megalkotása. A minőségügyi rendszerekkel kapcsolatos gondolkodásunkat ezek a minőség dimenzió fogalmak határozzák meg. (Radnai és Ivanova, 2004)

PDCA ciklus

A PDCA bármilyen műveletre, tevékenységre, folyamatra, rendszerre, működtetésre, koncepcióra, elgondolásra vonatkoztatható, zárt hatásláncú, folytonosan ismétlődő körfolyamat-elv. A nemzetközi szak-

irodalomban Deming ciklusnak (Deming's Cycle) PDCA keréknak (PDCA Wheel), PDCA ciklusnak (PDCA Cycle) vagy PDCA huroknak (PDCA Loop) is nevezik.

Plan - Do - Check - Act lépései:

Plan - Tervezés:

Felismerni a lehetőséget és megtervezni a változtatásokat.

Do - Végrehajtás:

Változtatások bevezetése, végrehajtása.

Check - Ellenőrzés:

A bevezetett változtatások elemzése, ellenőrzése, majd a következtetések levonása.

Act - Beavatkozás:

Ha a bevezetett változtatások nem működnek, újabb tervezési fázisra és újabb körfolyamatra van szükség. Ha a változtatások sikeresek voltak, akkor a következő ciklus elején már alkalmazni és használni kell ezeket.

Gyakorlati kutatás

A kutatás során azt kívánom felmérni, hogy a minőség dimenziói mentén hogyan írhatóak le a sebkezelés minőségi ellátásának feltételei, továbbá melyek a sebkezelés folyamatának, költségeket befolyásoló, kritikus pontjai.

Ezen célok mentén vizsgálom, hogy a minőség dimenzióinak összetevőit, beleértve a vizsgált páciensek adottságait is, illetve azt, hogy a számított költségek megfelelnek-e annak az egészségügyi szolgáltatói szemléletnek, mely szerint minél alacsonyabb ráfordítás mellett a lehető legmagasabb szintű, legmagasabb minőségű betegellátás nyújtható.

A következő kérdésekre kerestem a választ:

1. A minőség dimenzióinak fix összetevői befolyásolják-e a vákuumterápiás sebkezelés költségeit?

2. A humán-erőforrás tekintetében milyen speciális szakképesítést, illetve gyakorlatot vár el a sebkezelés ezen modern formája?
3. Mekkora költség-különbséggel végezhető el egy seb gyógyítása hagyományos sebkezeléssel, illetve a vákuumterápiás sebkezelő rendszer használatával?
4. Szükséges-e felállítani standardokat a negatív nyomásterápiával kezelt sebek ápolási folyamatára vonatkozóan?
5. Melyek a sebkezelésre vonatkoztatott PDCA ciklus kulcspontjai?

Vizsgálati anyag és módszer

Kutatásom tárgya 2 páciens kezelésének az összehasonlítása. A vizsgált populáció meghatározása nem véletlenszerű mintavételi eljárással, célirányos kiválasztással történt. Miután a kutatásnak egy speciális sebkezelési módszer a tárgya, így olyan beteget választottam, akinél ezt a módszert használták. Az összehasonlító vizsgálat másik oldalán egy olyan páciens található, akinek alapbetegsége és akut sérülése megegyezik az előző betegével, kezelésük ugyanazon intézmény, ugyanazon fekvőbeteg egységen, ugyanabban a kórteremben történt, és sebének kezelésekor felmerült a vákuumterápiás módszer, mint választandó eljárás, azonban a kezelőorvos döntését követően mégsem vonták be a páciens a negatív nyomásterápiába, hanem hagyományos sebkezeléssel érték el a kívánt gyógyulást.

A vizsgálat helyszíne a hatvani Albert Schweitzer Kórház volt.

„A” beteg orvosi diagnózisa

II. fokban nyílt, a bokaizület ficamával járó darabos külboka törés és a sípcsont bokaizületi vége hátsó felszínének elmozdulással járó törése (Fractura mall. lat. et trig. Volkmanni l.d. Luxatio aperta talocrurale l.d.) Kísérő betegségként a beteg anamnézisében IDDM, polyneuropathia szerepel.

„B” beteg orvosi diagnózisa

A bal láb külboka törése. (Fractura mall.l.s.). Kísérő diagnózisként a beteg anamnézisében IDDM, polyneuropathia szerepel. Ezen diagnózis műtéti indikációt képez.

Eredmény

A minőség összetevőinek vizsgálata

Struktúra:

A hatvani Albert Schweitzer Kórház Pest megye-Heves megye határán, Heves megyében található, közvetlenül az M3 autópálya mellett. Fekvőbeteg ellátás területén az ellátandó lakosság száma 56 ezer fő, kivétel a traumatológiai és ideggyógyászati ellátás, ahol az ellátandó lakosság száma 134 ezer fő. Járóbeteg szakellátás vonatkozásában az ellátandó lakosság száma 93 ezer fő, kivétel a traumatológia ahol 192 ezer fő és a gastroenterológia, ahol 56 ezer fő. A fekvő-, és járóbeteg szakellátó egységekhez gondozóintézeti hálózat is kapcsolódik. A kórház jelenleg 3 telephelyen működik, a központi telephely mellett önálló telephelye van a tüdőbeteg gondozónak Hatvan belterületén és a krónikus ellátást biztosító parádfürdői intézetnek. A kórház elnevezése szerint: Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet Nonprofit Közhasznú Kft. Az ellátás 2011. január elseje óta folyik ebben a gazdasági formában, előtte Zrt.-ként működött, azt megelőzően zajlott a kórházban a hospinvestes éra, melynek során jelentős struktúra átalakítások zajlottak, azonban a kutatásban érintett traumatológiai egység mindvégig változatlan formában volt jelen.

A traumatológián a szakdolgozói létszám, a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről jogszabálynak való megfelelést a **II. táblázat** szemlélteti.

Folyamat:

A minőség dimenzióinak folyamatleírás része a vákuumterápia tevékenységre vonatkozik. Ezzel kapcsolatban ápolói szemmel leginkább azt kell látnunk, hogy kompetenciakörünk mely tevékenységre ad lehetőséget. A hatvani kórházban a traumatológiai egységen is egyénre szabott kompetencia-lista alapján végzik az ápolók a tevékenységüket, figyelembe véve a szakmai képzettségüket, végzettségüket, a jogszabályok által biztosított lehetőségeket, valamint a kórház, illetve a dolgozók adottságait.

II. táblázat: Minimumfeltételek vizsgálata a hatvani kórház traumatológiai osztályán

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről						
szakdolgozói humánerőforrás						
osztály		státusz	diplomás	szakápoló*	általános ápoló	egyéb**
jogszabály szerint	traumatológia	14	2	7	5	0
tény	traumatológia	22	2	13	5	2

* ebből 1 fő indirekt ápoló (osztályvezető ápoló)

**adminisztrátor

Eredmény:

a., betegelégedettség

A betegelégedettség általános megközelítésben nem más tehát, mint a beteg elvárásainak való megfelelés mértéke. Lényeges, hogy ezek az elvárások sosem objektívek, és nem csak a megfelelés, a szolgáltatások színvonala, hanem az elvárások is befolyásolhatóak.

A felmérések valódi funkciója a minőségfejlesztés, az ellátás színvonalának javítása, a betegek megelégedettségének elérése, és megtartása). Ezt a célt akkor valósítja, és valósíthatja meg, ha a kérdések valóban az ellátás minőségét befolyásoló elemekre vonatkoznak, ha megtörténik a kérdőívek feldolgozása, és az információk a minőség-kör (PDCA) részeként visszacsatolásra kerülnek, vagyis a mérés során feltárt eltéréseket az intézeti célkitűzésekkel összhangban kijavítják.

b., a seb látható állapota

Objektív mérőeszköz a seb látható állapotának vizsgálata, a sebfelmérő lap segítségével. Ezért is szükséges a dokumentáció használata (sebkezelési lap), hiszen annak hiánya esetén nem tudjuk nyomon követni, vagy visszakeresni a sebben jelenlévő, abban zajló változásokat.

c., sebfertőzés - nosocomiális eredmény, surveillance

A korszerű kórházvezetés, a gazdálkodás, a minőségbiztosítás terén elengedhetetlenül fontos a nosocomiális surveillance folytatása. A nosocomiális surveillance-nak, mint az infekciókontroll programok alapelemének, fontos szerepe van a nosocomiális fertőzések megelőzésében, illetve a klinikai kimenetel javításában. Az utóbbi 20 évben a nosocomiális fertőzési arányokat a betegellátás minőségi indikátoraiként is számon tartják. Megbízható adatok a nosocomiális

fertőzések előfordulására vonatkozóan standardizált aktív surveillance működtetése révén nyerhetők.

A hatvani kórház surveillance szolgáltatását az intézet higiéniai csoportja látja el. Jelentésük szerint az intézetben 2009 és 2010 évben sebfertőzésre vonatkoztatva a következő eredmények születtek. (III. táblázat)

III. táblázat: Nosocomiális sebfertőzésre vonatkozó surveillance adatok a hatvani kórházban (eset)

Sebfertőzés esetszám 2009 évben	Sebfertőzés esetszám 2010 évben
42	39

PDCA ciklus a vákuumos sebkezelés során

1., Plan – Tervezés

A beteg sebének menedzselése, a megfelelő sebkezelési technika kiválasztása orvosi kompetencia. Amennyiben a beteg általános állapota, sebének állapota indokolja, a kezelőorvos elrendelheti a vákuummal aszisztált sebkezelést. A kezelés elrendelésekor a menedzsment támogató javaslata szükséges, hiszen a kezelés anyagi vonzata jelentős. Mérlegelni kell továbbá a beteg általános állapotát, hiszen súlyos malnutrició esetén nem állnak fenn az optimális sebgyógyulási feltételek.

Fontos szempont továbbá, hogy a betegnek bele kell egyeznie a kezelésbe, mely bejegyzést írásos formában rögzíteni szükséges, és a vonatkozó jogszabályoknak megfelelő formában és helyen (kórlap részeként) kell tárolni.

2., Do – Végrehajtás

A vákuumterápiás sebkezelés folyamatleírása szerinti cselekvéssorozat végrehajtása.

3., Check – Ellenőrzés

A sebkezelés speciális technikájának folyamatos ellenőrzése. A folyamatleírásban szereplő óvintézkedések betartása mellett egyaránt figyelemmel kísérjük a beteg és sebe reakcióit.

A szükséges következtetéseket levonjuk (pl. szükséges bőrvédő használata a vákuum alá eső ép bőrfelületen)

4., Act – Beavatkozás:

Amennyiben a rendszerben feltérképezésre kerülnek a problémás pontok, azok kijavítása után újabb körciklus felállítása szükséges.

A költséghatékonyság vizsgálata

A költséghatékonysági vizsgálatot „A” beteg és „B” beteg egy alkalommal történő kötésének cseréjekor felhasznált anyagok költségeiből számoltam. (IV. táblázat)

A költségek elemzésénél a következő tételek nem kerülnek felszámolásra, mert azok nem egyén-, vagy beavatkozás specifikusak, hanem általánként számolandók, illetve a rendszer alapvető részei:

- ⇒ mosatási költség (intézetten kívüli mosatási szolgáltatás),
- ⇒ közüzemi költségek,

- ⇒ humánerőforrás költség (a funkcionális betegápolás miatt mindkét esetben ugyanaz az ápoló látja el a feladatot), valamint
- ⇒ sterilizálási költségek (általánként számolandó).

Következtetések

A V.A.C. terápia költségei a választandó kötszertől függenek, illetve a mindenkori piaci ár határozza meg a gép bérlésének költségeit. A minőség dimenzióinak fix összetevőit vizsgálva az figyelhető meg, hogy amennyiben struktúrájában nem megfelelő az ellátó osztály humánerő-forrás eloszlása (a kutatásban egy ápoló a funkcionális betegápolási rendszer miatt mindenképpen a kötéseket végzi, függetlenül annak formájától), akkor plusz egy fővel kell számolni a terápia végzésekor, aki elvégezve a speciális képzést, végzi a vákuumterápiás sebkezelést. Amennyiben van erre külön személyzet – a kutatásban ezzel találkozunk – akkor plusz költséget ez nem jelent. Fix dimenzió még a folyamatleírás, mellyel szükséges, hogy rendelkezzen az intézmény, éppen a költségek hatékony elosztása érdekében. Hiszen, ha irányelvekkel, protokollokkal dolgozunk,

IV. táblázat: Költségek összehasonlítása vákuumos és hagyományos sebkezelés egyszeri alkalomra vonatkozóan

KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGI VIZSGÁLAT						
Kötszertípus/termék	Felhasznált mennyiség egy műveletnél	Költség (Ft)/1 db	Fogyás(db) /kötés-csere/ „A” beteg	Fogyás(db) /kötés-csere/ „B” beteg	„A” beteg	„B” beteg
					Költség (Ft)	Költség (Ft)
mull-lap 10x10	1 db	13,97	1	4	13,97	55,88
fecskendő 5 ml	1 db	7,26	1	2	7,26	14,52
G18 injekciós tű	1 db	3,89	1	2	3,89	7,78
fiziológiás sóoldat 10 ml	10 ml	75,40	1	1	75,4	75,4
Betadine oldat 1000 ml	2 ml	3,92	1	5	3,92	19,6
vákuumterápiás szett „S” méret	1 db	25.000	1	0	25000	0
vákuumterápiás gép napi bérleti díja	1 db	3.000	1	0	3000	0
steril gumikesztyű	1 pár	76,07	1	1	76,07	76,07
ápolási kesztyű	1 pár	22,10	0	1	0	22,1
izolálás 75x90	1 db	141,79	1	0	141,79	0
Bactigras 15x20	1 db	234,95	0	1	0	234,95
Cosmopor steril 7,2x5	1 db	14,71	0	1	0	14,71

akkor kérdések felmerülése esetén meghatározott a cél, és ez eldönti a folyamat további sorsát. Irányelvek hiányában megtehetünk olyan plusz lépéseket, melyek a költségeinket növelik.

A vákuummal asszisztált sebkezelés során nem kizárólag egy fedőkötés cseréjéről van szó, hanem bonyolult, összetett folyamatról, így annak elsajátítása külön feladat. Ajánlasként megfogalmazható, hogy bemeneti követelményként csak olyan, legalább OKJ 54 végzettségű ápoló végezheti el a képzést, aki 5 éves gyakorlati tapasztalattal rendelkezik.

Miután jogszabályi kötelességünk is az ápolási folyamat dokumentálása, ezért hasznosnak tartanám, ha készülné szakmai irányelv nem csak a vákuummal támogatott sebkezelési folyamatra, hanem a sebkezelés ápolói tevékenységének általános leírására is. Ezek az ajánlások beilleszthetők könnyedén a már zajló ápolási folyamatba, és a változtatások nyomán követésénél is hasznos alapként szolgálhatnak.

A Deming modell (PDCA-ciklus) alkalmazása során tapasztalt kulcspontok a következők:

A tervezés során nem kellően felmért anyagi lehetőségek miatt problémássá válhat a kezelés. Hiszen ha elkezdjük a kezelést, akkor a szükséges kötszermennyiséget is biztosítanunk kell hozzá. Azt pedig nem lehet előre pontosan kiszámítani, hogy a sebgyógyulás mennyi időt vesz igénybe, vagyis mennyi kötszert kell rendelnünk (csak részben tervezhető költség).

A végrehajtás során a folyamatleírás szerinti óvintézkedések betartása rendkívül fontos, mert a terápiás egység rendkívül érzékeny a legkisebb változásra is riaszt. Az ott leírtak alkalmazásának pontos betartása szükséges.

Az ellenőrzés során azokat a kulcsfontosságú pontokat kell átnézni, melyek alapjai a kezelésnek. Ilyenek:

- ⇒ beteg általános állapota (malnutritio!)
- ⇒ beteg kezelésbe belemélyező nyilatkozata
- ⇒ seb állapotának felmérése, megfelelő előkészítése a kezelésre
- ⇒ megfelelő kötszer kiválasztása
- ⇒ kötszer behelyezésének megfelelő elvégzése

- ⇒ a kötés szivárgásának ellenőrzése
- ⇒ váladékfelfogó tartály szükség szerinti cseréje

⇒ szövődmények észlelése

⇒ a seb dokumentációjának elkészítése

Az értékelés során megállapítjuk, hogy a kezelés kulcsfontosságú lépései rendben zajlanak-e, illetve nem lépett-e fel további olyan körülmény, mely a sebkezelés formájának megválasztását befolyásolná.

Ma Magyarországon minden szektor forráshiánnyal küzd, nincs ez másképpen az egészségügyi ágazatban sem. Éppen ezért szükséges azoknak a lehetőségeknek a felkutatása, melyeknek segítségével költséghatékonyan üzemeltethető a rendszer. A modern sebkezelés legfelsőbb szintje a negatív nyomásterápia. A modern és hatékony sebkezelést nagymértékben előrelendítené, ha az Országos Egészségpénztár is befogadná ezt az új rendszert. Ezzel mind a járóbeteg-, mind a fekvőbeteg-ellátásban komoly összegeket lehetne megtakarítani.

A vákuumterápiás sebkezelés elterjedése Magyarországon növekvő tendenciát mutat. A szolgáltatói szemlélet kívánalma, hogy a költséghatékony kezelés mellett a betegelégedettséget is növelje az ellátó. Ezért is szükséges, hogy a költségesebb, ám minden bizonnyal hatásosabb eljárások alkalmazása megfelelő módon kerüljön dokumentálásra, hogy annak hatékonysága mérhető legyen. Beleértve az orvosi dokumentáció mellett az ápolási dokumentáció megfelelőségét is, a vákuummal asszisztált sebkezelés ápolási standardjait, szakmai ajánlásának elkészítését. Szükséges lehet továbbá standardizált sebfelmérő lap használata, valamint betegelégedettségi kérdőív, a sebkezelés gyakorlati alkalmazására vonatkoztatva.

Magyarországon a hatályos jogszabály által előírt humánerőforrás biztosítása még önmagában nem elégséges a speciális sebkezelés biztosításához. Szükséges, hogy az ápolószemélyzet rendelkezzen azzal a különleges kompetenciával, melynek segítségével végezni tudja a kötéscsere e formáját. Célszerű lehet egy ennek a készségnek az elsajátítására összeállított tanfolyam, melynek záróvizsgálója feljogosítja az ápolót az emelt szintű tevékenység végzésére.

A minőségi betegápolás alapvető kritéri-

uma, hogy valamely ápolási modell segítségével, annak mentén meghatározzuk az ápolás kívánatos irányát. Ezek a modellek segítik az ápolót, tevékenysége során irányt mutatnak az elérni kívánt ápolási cél megvalósítása érdekében. A sebkezeléssel összefüggésben szükséges lefektetni, hogy mely modellek alkalmazása segíti leginkább a betegek gyógyulását, a sebkezelés céljának mihamarabbi elérését. Ezen ajánlott modellek a hendersoni, illetve oremi modell.

Szükséges szemlélet, hogy az ellátási rendszer minden állomásán dolgozó orvost és szakszemélyzetet meg kell ismertetni a modern sebkezelés módszertanával. Ez lehet az alapja annak, hogy a korszerű vákuummal támogatott sebzárás is szélesebb körben kerüljön alkalmazásra, ezáltal lehet majd előnyeit és költséghatékonyságát felismerni, széles körben is elterjeszteni, vagyis elfogadottá tenni nemcsak a szolgáltató, hanem az ágazat számára egyaránt.

Irodalomjegyzék

1. Banwell, P., Withey, S., Holten, I. (1998). The use of negative pressure to promote healing. *Br J Plactical Surgery*, 51, 1, 79.
2. Fleischmann, W., Strecker, W., Bombelli, M., Kinzl, L. (1993). Vacuum sealing as treatment of soft tissue damage in open fractures, *Unfallchirurg*, 96, 9, 488-92
3. Mullner, T., Mrkonjic, L., Kwasny, O., Vecsei, V. (1997). The use of negative pressure to promote the healing of tissue defects: a clinical trial using the vacuum sealing technique. *Br J Plactical Surgery*, 50, 3, 194-9.
4. Mustoe, T.A., O'Shaughnessy, K., Kloeters, O. (2006). Chronic wound pathogenesis and current treatment strategies: a unifying hypothesis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117, 35-40.
5. Pióker, K. Sebek és műtétek Hozzáférhető: <http://szocialis-gondozo.lapunk.hu/?modul=oldal&tartalom=1047300> (letöltve: 2011. 10. 13.)
6. Radnai, Z., Ivanova, G. (2004). Az egészségügyi minőségbiztosítás dilemmái, *Kórház*, 11, 21-22.
7. Science Behind Wound Therapy, (2012). Hozzáférhető: <http://www.kci1.com/KCI1/sciencebehindthetherapy> (letöltve: 2012. 01. 29.)
8. A vákuum-asszisztált sebkezelés alapelvei, (2011). Hozzáférhető: www.senornegro.gportal.hu (letöltve: 2011. 06. 03.)

Felhívás

Meggyőződésünk, hogy a magyar sebkezelés területén megérett az idő az összefogásra, paradigmaváltásra.

Találkozzunk a www.sebkezeles.hu weboldalon!



Gratulálunk!

2012. március 15-e, nemzeti ünnepünk alkalmából Dr. Réthelyi Miklós miniszter úr szakmai kitüntetések adományozott.

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

Bugarszki Miklós, a Magyar Ápolási Egyesület elnöke

Lukácsné Kerekes Ilona, Orgovány község védőnője

Varga Lajosné, Balatonvilágos Község Önkormányzatának körzeti szakápolója

A Nemzeti Erőforrás Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült több évtizeden át végzett példaértékű tevékenységért, életmű elismerésként:

Ferenczné Szinyéri Margit, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Gyermekszív Központjának nyugalmazott aneszteziológiai szakasszisztense

Nemzeti Erőforrás Miniszteri Dicséretben részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:

Baki Károlyné, a Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza Idegsebészeti Osztályának osztályvezető főnővére

Bodrics Lászlóné, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Felnőtt Szívsebészet Postoperatív Osztályának transfúziós asszisztense

Gubó Tünde, a Szent Imre Kórház Intenzív Terápiás Egység ápolásvezetője

Hugyecz Pálné, a békéscsabai Réthy Pál Kórház- Rendelőintézet Aneszteziológiai és In-

tenzív Terápiás Osztályának aneszteziológiai szakasszisztense

Mármárosiné Csomor Ágota, a békéscsabai Réthy Pál Kórház- Rendelőintézet III. számú Belgyógyászati Osztályának főnővére

Némethné Márcz Anikó, a Pécs Megyei Jogú Város Egészségügyi Intézmények iskolavédőnője

Szabó Róbertné, a Pécs Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézményének területi védőnője

Dr. Váradyné Horváth Ágnes, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátás Intézete Ápolástudományi Tanszékének szakoktatója

A Nemzeti Erőforrás Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesült felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:

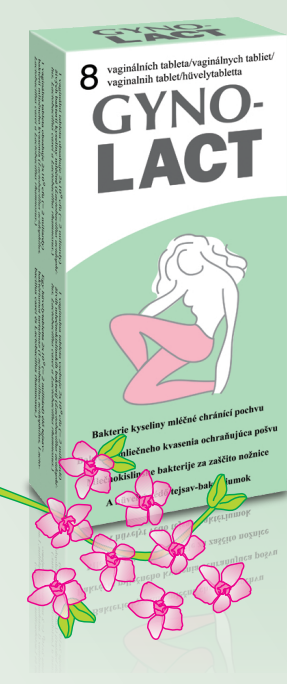
a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet Megyei Onkológiai Központ kollektívája,

a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza Égésérült Gyermekgyógyító Országos Központjának gyógyító közössége,

a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kara Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikájának STD Centrumának munkacsoportja,

a Szent Imre Kórház Geriátriai és Gerontopszichiátriai Rehabilitációs Osztályának munkacsoportja,

a Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt. Központi Műtőszolgálatának kollektívája.



Az egészséges hüvelyflóra fenntartására és helyreállítására

Szürkés vagy tejszerű, kellemetlen szagú, erőteljes folyás? Bakteriális vaginózisnak hívják. A bakteriális egyensúly felbomlása gyakori probléma a 18-50 év közötti nőknél.

A hüvely baktériumflóráját 95%-ban tejsavbaktériumok alkotják. Ettől válik a hüvely közege savassá, ami megakadályozza a káros baktériumok és a gombák elszaporodását.

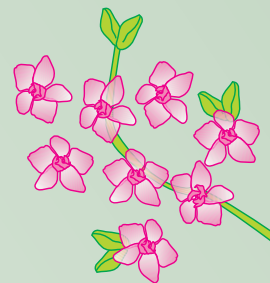
Ha a tejsavbaktériumok száma lecsökken, az anaerob baktériumok elszaporodnak a hüvelyben, felborul az egyensúly, és ez kellemetlen tüneteket eredményez.

A bakteriális vaginózis helyileg kezelhető a GYNOLACT hüvelytablettával, ami tejsavbaktériumokat tartalmaz.

Kiszerezés: 8 db hüvelytabletta

Alkalmazása: Bakteriális vaginózis kezelése - Lefekvés előtt egy tablettát kell felhelyezni a hüvelybe, 7 napon át.

GYNO-LACT



Vitalabans Kft
www.vitalabans.com

Egészségpénztári számlaterhére, vény nélkül kapható a patikákban!



FELHÍVÁS

A Visegrádi Négyek országainak részvételével
2012. október 18-20. között
a **PSZICHIÁTRIAI ÁPOLÓK II. NEMZETKÖZI KONFERENCIÁJA**
Budapesten kerül megszervezésre.

A LELKI EGÉSZSÉG VILÁGNAPJÁRól 1992 óta emlékeznek meg minden év október elején. A világnapot a Lelki Egészség Világszövetsége kezdeményezte, az elmúlt években világszerte számos szervezet csatlakozott a megemlékezéshez. A világnap célja a figyelemfelkeltés, valamint a pszichiátriai problémákhoz és a pszichiátriai problémákkal élőkhez kapcsolódó előítéletek elleni harc, a lelki egészség középpontba állítása.

A Konferencia helyszíne:

Bolgar Kultúra Háza, Budapest IX. ker. Vágóhíd u. 62.

A konferencia főbb témakörei: Lelki Egészség Világnapja, Nemzeti sajátosságok a pszichiátriai ápolás területén, Rehabilitáció a pszichiátriai ellátásban, Alternatív terápiák bemutatása, Jogi, minőségügyi és gazdasági szabályozás a pszichiátriában, Forenzikus problémák a pszichiátriai ellátásban, Infokommunikáció a betegellátásban, Pszichiátria a szociális ellátásban

Reméljük, hogy az alábbi témák felkeltik érdeklődésüket és a rendezvény résztvevői között köszönhetjük Önöket!

A rendezvény pontszerzése az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottságnál folyamatban van.

Jelentkezési határidő: 2012. július 31.

Bővebb információ: www.meszk.hu honlapon.

APRÓHIRDETÉS

Generali Biztosító új egészségprogramja terjesztéséhez szakértő támogatókat keres egészségügyi végzettséggel.

Jelentkezés: 06-20/3653383

