

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

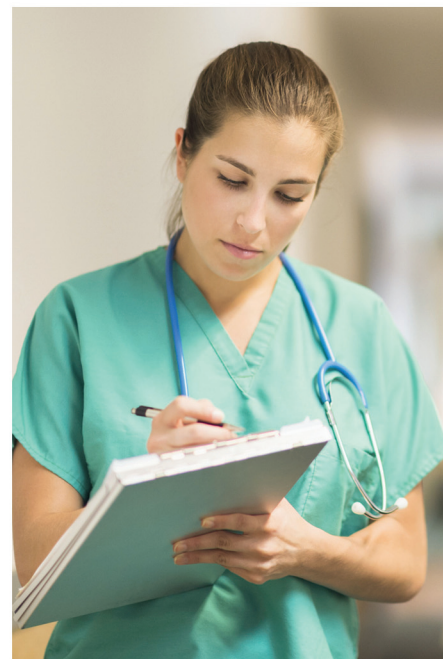
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2018. 31. ÉVFOLYAM 2. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

A fekvőbeteg ellátó intézmények valós idejű
kiürítésének ápolói ismeretei és feladatai

Biztonságos átadás
– Betegátadás fejlesztésének lehetőségei



<http://www.meszk.hu/nover>





MESZK CSALÁDI SPORTNAP A CSALÁDOK ÉVE JEGYÉBEN 2018. MÁJUS 13. 9:30

LANTOS MIHÁLY SPORTTELEP

A nagy sikerre való tekintettel az idén is megrendezzük a családi sportnapunkat egészségügyi szakdolgozók és családtagjaik részére!

**ITT KERÜL ÁTADÁSRA A LEGSPORTOSABB
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI CSALÁD
ÉS A LEGSPORTOSABB SZAKDOLGOZÓI
KÖZÖSSÉG DÍJ!**

Felnőtt egyéni- és
csoportos
programok

Gyermek
programok

Értékes
nyeremények

További információ
www.meszk.hu
honlapon!

CÍM

1149 Budapest, Rákospatak
utca 13-27.

MEGKÖZELÍTHETŐSÉG

7-es illetve 133E busszal a
Bosnyák tér felől 1 megálló



NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/ THE HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2018;31(2):1-40.

TARTALOMJEGYZÉK

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

A Florence Nightingale Érdemérem története és magyar vonatkozásai 3
Sövényi Ferencné, Perkó Magdolna, Fedineczné Vittay Katalin, Boros Károlyné

EREDETI KÖZLEMÉNY

Pszichés állapot és kiégés a mentők körében 12
Ivánkovits László

Daganatos betegek életminősége 17
Pató Edit

A fekvőbeteg ellátó intézmények valós idejű kiürítésének ápolói ismeretei és feladatai 23
Pápai Dániel, Pápai Tibor

ÁPOLÁS GYAKORLATA, TOVÁBBKÉPZÉS

Biztonságos átadás - Betegátadás fejlesztésének lehetőségei 32
Sinka Lászlóné Adamik Erika, Böcskei Anna, Vass Zsolt, Göbölly Ágnes

GRATULÁLUNK 40

CONTENTS

NURSING HISTORY

The Florence Nightingale Medal – Its History and the Hungarian Connection 3
Ferencné Sövényi, Magdolna Perkó, Katalin Fedineczné Vittay, Károlyné Boros

ORIGINAL CONTRIBUTION

The psychological Well-being and Burnout among Ambulance Personnel 12
László Ivánkovits

Quality of Life of Cancer Patients' 17
Edit Pató

Nurses Knowledge and Tasks of real Time Evacuation of Inpatient Care Institutions 23
Dániel Pápai, Tibor Pápai

NURSING IN PRACTICE, CONTINUING EDUCATION

Safe Handover – Opportunities to improve Patient Handover 32
Erika Sinka Lászlóné Adamik, Anna Böcskei, Zsolt Vass, Ágnes Göbölly

CONGRATULATION 40

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az EBSCO CINAHL nemzetközi ápolástudományi adatbázis indexeli.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű írással megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét és pontszerző továbbképzési kötelezettségének teljesítését is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelően képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087
Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.)
Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
1890 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Vargh Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton
ügyvezető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003
Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

Postacím: 1900 Budapest

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

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

szerkesztőbizottság/editorial board

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Szloboda Imréné

szakértők/experts

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

tanácsadó testület/advisory board

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhD. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

**Lapunkat rendszeresen
szemlézi a megújult****www.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 tárgyköréből 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 e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1450 Budapest, Pf. 74. címre), „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek. 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 érintetteknek 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 cikkekben 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 – The Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

A Florence Nightingale Érdemérem története és magyar vonatkozásai

SÖVÉNYI Ferencné, PERKÓ Magdolna, Dr. FEDINECZNÉ VITTAY Katalin,
BOROS Károlyné

ÖSSZEFOGLALÁS

Az Ápolók Nemzetközi Napja kapcsán a szerzők méltatják Florence Nightingale munkásságát és szerepét a nemzetközi ápolástörténetben. Nightingale egyik fő érdemének azt tartják, hogy sikerült megbecsült hivatássá emelnie az ápolói munkát, hozzájárulva ezzel a nők társadalmi szerepével kapcsolatos nézetek megváltozásához hazánkban is. Áttekintik a nők helyzetében a XIX. században végbement változásokat. Valószínűnek tartják, hogy ezek a változások és a nemzet ébredése járulhattak hozzá ahhoz, hogy az ápolók számára elnyerhető legmagasabb nemzetközi kitüntetés, a Florence Nightingale Emlékérem a Vöröskereszt 1907-es londoni konferenciájára beterjesztett és 1912-ben jóváhagyott magyar javaslatra jött létre.

Kulcsszavak: Ápolók Nemzetközi Napja, Florence Nightingale, Florence Nightingale Emlékérem, Vöröskereszt

The Florence Nightingale Medal – Its History and the Hungarian Connection

Ferencné SÖVÉNYI, Magdolna PERKÓ, Dr. Katalin FEDINECZNÉ VITTAY, Károlyné BOROS

SUMMARY

Propos of the International Nurses Day, authors discuss Nightingale's impact on the development of nursing and her role in international nursing history. They consider as one of the main achievements of Nightingale that she raised the profile of nursing to an appreciated profession, thereby contributing to modifying the widely held view on women's role in society in Hungary, too. After reviewing the developments related to the educational empowerment of women in the Hungary of the 19th century they suggest that these changes as well as awakening of the nation might explain the decision of the Hungarian Red Cross Society to table a motion at the 8th International Conference of Red Cross Societies in London with a view to establishing a medal in honour of Florence Nightingale. The Hungarian proposal was approved by the international conference in Washington in 1912 and a resolution was passed to institute the Florence Nightingale Medal.

Keywords: International Nurses Day, Florence Nightingale, Florence Nightingale Medal, Red Cross

SÖVÉNYI Ferencné,
PERKÓ Magdolna,
Dr. FEDINECZNÉ
VITTAY Katalin,
BOROS Károlyné

Levelező szerző
(correspondent):
SÖVÉNYI Ferencné;
e-mail:
sovenyi.ferencne@chello.hu

Beérkezett: 2018. február 7.
Elfogadva: 2018. március 18.

*„Ne lebessen rólunk egykoron elmondani,
hogy a múlttól tanulni,
a jövődőtől tanácsot kérni elfelejtünk.”*

Kossuth Lajos 1841

Florence Nightingale és szerepe az ápolástörténetben

Minden évben, **május 12-én ünnepeljük világszer-
te az Ápolók Nemzetközi Napját.** 1820-ban ezen a
napon született Florence Nightingale, az ápolókép-
zés kiemelkedő alakja, aki az 1853-56-os krími há-
ború idején a törökországi brit katonai kórházban

megszervezte a sebesültek megfelelő higiénés körü-
lmények közötti szakszerű ápolását, ezáltal nagyság-
renddel csökkentve a halálozási arányt a kórházban.
Nightingale vallotta, hogy

*„az ápolónő munkája háromszoros érdeklődést kíván:
szellemi érdeklődést az eset iránt, szívbeli érdeklődést
a beteg ember iránt, szakmai érdeklődést a gyakorlati
munka technikája iránt”.*

A már életében legendává vált brit hölgy a sebe-
sült katonáktól kapta a Lámpás Hölgy nevet, mert
éjszaka is ápolta a betegeket a laktanyafolyosón be-
rendezett kórházban. Első nőként kapta meg 1907-
ben a VII. Eduard király által alapított Érdemrendet

(Order of Merit). Florence Nightingale nemcsak a betegápolás etikai alapjait teremtette meg, de küzdött az ápolói hivatás képviselőinek anyagi és erkölcsi elismeréséért is. Nőként nem volt egyszerű boldogulnia egy férfiak uralta világban.

„...A nőkérdésre nézve a következő aranszabályt állította fel: »A nők tartózkodjanak olyan jelszavaktól, amelyek a férfiak egyszerű utánzására csábítják őket; de másrészt ne riadjanak vissza semmiféle munkától azért, mert az eddig férfiak kezében volt. Az asszony vegye ki a tőle telhető legnagyobb részt a világ munkájából és teljesítse azt lehető legjobban, nem törődve arvval, mit szólnak hozzá az emberek. Sohasem alkotott nagyot vagy értékeset az, akia külső hangokra figyelt. Tegyétek, amit helyesnek tudtok, akár nőhöz illőnek tartja a közvélemény, akár nem. Hadd beszéljenek! Csak járjatok a munka felé vezető egyenes úton, egyszerűen és jóhiszeműen!«...» (Wagemänn, 1915)

Életében, féltékenységgel és áskálódással kísérte munkálkodását, nagy ellensége volt a korabeli bürokrácia. Legnagyobb tette az volt, hogy a rendi és diakónia ápolás mellett **megteremtette a tanult ápolók rendjét, megalapozta és segítette az „ápolói elit” kialakulását.** 1860-ban nyitotta meg kapuit a londoni Szent Tamás Kórház Nightingale-féle tanintézete, és ezzel Florence Nightingale a modern ápolóképzés úttörő alakjává vált. A „**Nightingale-i iskola**” nemcsak Angliában terjedt el, hanem kisebb-nagyobb módosításokkal világszerte alapját képezte a szervezett ápolónőképzésnek és kórházvezetésnek.

Egyik legfőbb munkája a *Notes on nursing* (Feljegyzések az ápolásról), amely az első ápolói kézikönyvnek tekinthető. Ránk maradt több mint 200 tanulmánya, cikke, könyve, emellett kiterjedt levelezése és naplói. Írásai minden oldalról körüljárják az ápolói munkát. **Nightingale úttörőnek** számított az adatok grafikus, vizuális bemutatásában is.

Sikerült megbecsült hivatássá emelnie az ápolói munkát. Működésének eredményeképp óriási változás következett be a gyógyászatban. Hazatérve hősként tekintettek rá,

„...A krími háborúból visszatért tiszteteket díszében ünnepezték s ennek folyamán felvetődött a kérdés: e hadjárat történetéből kinek a nevét fogja legtovább megőrizni az utókor? E tisztet mindegyike egy cédulára írta véleményét, s amikor ezeket felolvasták, kitűnt, hogy valamennyien ugyanazt a nevet írták; Florence Nightingale. Szinte csodálatosnak tetszik ma, hogy ilyen dicsőség jutott egy ápolónőnek....

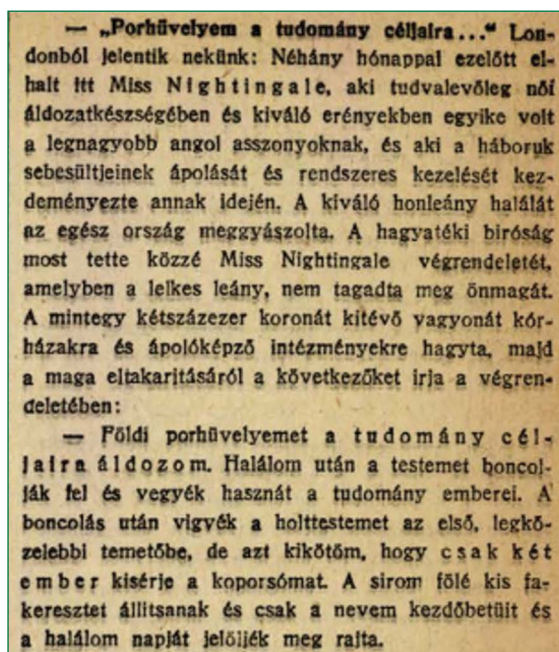
...Longfellow: The lady with the lamp című költeményében megénekelte magas, karcsú alakját, amint esténként lámpával kezében végigjárta a kórházi termeket, itt megigazítva egyet-mást, ott egy jó szót ejtve...

...De talán még nagyobb bensőséggel jellemzik egy szegény sebesült katona szavai:

»Persze nem beszélhet annyi százunkkal, még csak nem is mosolyoghat mindenkire; de megcsókolhatjuk árnyékát, amint mellettünk elbalad és már ettől is jobban vagyunk«...» (Wagemänn, 1915)

Florence Nightingale Londonban halt meg, 1910. augusztus 13-án. Végakaratóban megtiltotta, hogy ünnepélyes keretek között a westminsteri apát-ságba temessék, testét tudományos célokra ajánlotta fel. A Szent Margit templom (Hampshire) sírkertjében helyezték örök nyugalomra. Hagyatékából került elő végrendelete, amelyből a korabeli sajtó idézett (1. és 2. ábra).

1. ábra: Florence Nightingale végrendeletéről beszámoló (Forrás: Pesti Napló 1910.11.)



Florence Nightingale beírta nevét az ápolástörténetbe, hiszen, szemléletében megelőzte korát, a **tudományos orvoslás előfutárának** tekinthető, a számszerűsíthető eredményekre alapozó, **bizonyítékokon alapuló orvoslás úttörője** volt, szakmai körökben őt tekintik a máig jelentős módszer első következetes alkalmazójának. Mivel az ápolónőktől kiemelkedő szakmai tudás mellett erkölcsi tisztaságot is követelt, sikerült **megbecsült hivatássá emelnie az ápolói munkát.** Ennek elismeréseként minden év május 12-én, az ő születésnapján ünnepezzük világszerte az **Ápolók Nemzetközi Napját**, és ekkor ítélik oda a **Florence Nightingale Emlékérmet**, a legmagasabb nemzetközi elismerést, amelyet ápoló kaphat.

2. ábra: Florence Nightingale síremléke (Forrás: <https://sites.google.com/a/stmargaretswellow.org/st-margaret-s-church-wellow/florence-nightingale>)



Florence Nightingale Medal története

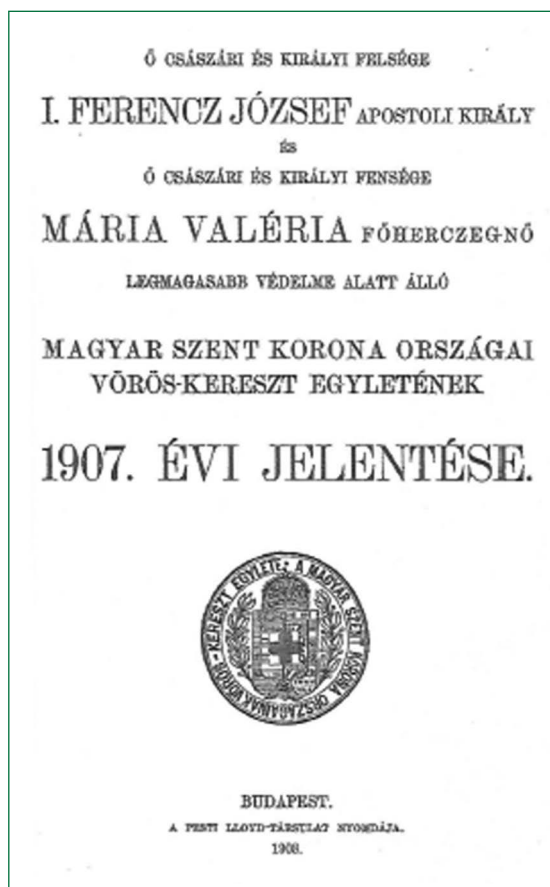
A Florence Nightingale Medal „születése körülményeiről” keveset tudunk, pedig megszületésének ötlete, tőlünk, magyaroktól származik.

A Vöröskereszt VIII. Nemzetközi Konferenciáját 1907-ben Londonban tartotta. A kongresszus szervezőbizottsága által egy évvel előzetesen kiküldött felhívásra a Magyar Szent Korona Országai Vöröskereszt Egylete bejelentette a képviselőket és a napirendi javaslatokat. Képviselők: gróf Csekonics Endre elnök, dr. Farkas László főjegyző és báró Piret de Bihain Lajos központi választmányi tagok voltak. Az értekezlet napirendjére három ügyet javasoltak, amelyek közül a harmadik így hangzott:

„3. Miss Florence Nightingale tiszteletére érem alapíttassék a vöröskereszt terén szerzett kiváló érdemek jutalmazására és a nevezettnek a londoni kórházban lévő szobrát megkoszorúzzák azoknak a rendkívüli szolgálatoknak jeléül, amelyeket az úrhölgy a betegápolás terén egy fél évszázad óta tett”.

A Vöröskereszt Egylet évente adta ki jelentését. Az 1907 évi jelentés nagyon részletesen tükrözi vissza Konferenciáról készült „magyar összefoglalót” (3. ábra).

3. ábra: A Vörös Kereszt Egylet 1907. évi jelentése (Forrás: Kivonat a jelentésből: XV. Miss Florence Nightingale érdemeinek hódoló elismerése)



Gróf Csekonics Endre a következő, indoklással ellátott javaslatot terjesztette elő:

*„A vörös-kereszt egyesületek egyik alapcélja kel-
lő számú ápolónők kiképzésében áll, mert a betegápolás terén a nő a háború munkáját megosztja a férfúval. A hadakozás természetesen megmarad tisztán férfias foglalkozásnak, de a betegek és sebesültek ápolására a nő hivatottabb azon rendkívüli tulajdonságainál fogva, melyekkel őt a természet megáldotta. A férfi ereje kell a harcához, de a nő gyengédsége a betegápoláshoz. Nem is kételkedik ma már senki abban, hogy a nő az ápolás iránt kifejezettebb érzékkel bír, mint a férfi. A nő az orvosi utasításokhoz jobban tud alkalmazkodni, pontosabb a végrehajtásban, kitűnően segítkezik műtételnél s a beteget abban a szeretetteljes gondozásban részesíti, melyhez a női szív szelídsége, önmegtágadása és türelme kell. Súlyos betege a nő mosolya megnyugtató, a férfié visszatetsző. A nő kitartóbb a virrasztásban, megnyugtatóbb a vigasztalásban. A nő hozzászoktatott bennünket, hogy az otthonnak rendje és tisztasága tőle származzanak. A hogy társaságban a nő kifejezéseink keresettségéhez vezet, úgy hat már egyszerű jelenlétével*

egy nagyobb kórterem durvább betegeire is szelkédítőleg, míg a férfiak durvább egyénisége a megkívánt képessétteltség mellett sem képes elfeledtetni a szolgálai helyzetét, melyet a beteggel szemben elfoglal...”

...Éppen öt évtizede annak, hogy egy előkelő angol nő, tudva, hogy az élet áldása a munka, hogy a ház legszébb ékessége a tisztaság, hogy a gondviselés legbecsesebb ajándéka az egészség, s hogy a lélek legszebb megnyilatkozása, embertársaink iránti irgalmas szeretet, természetes hajlamát követve, s lemondva fiatalságának kilátásairól és társadalmi állásának szórakozásairól, megjelent, mint az ápolónők legnagyobbika. Bebizonyította, hogy a nő az egészség védelmében nélkülözhetetlen tényező, e nő Miss Florence-Nightingale a krími háború rajongásig imádott hősnője...

...Élettörténetét nem kell ismertetnem, annyival kevésbé, mert hisz a Gondviselés drága életét mindvégig megtartotta. Két rövidke irat mégis érdemes a felémeltésre. Az egyik az hivatalos, a másik egy katona hazaküldött levelének egy töredéke. Az első Mr. Sidney Herbert hadügyminiszter hivatalos jelentése. A Times nap-nap után ismertette hadi tudósítójának a csak minap elhalt William Howard Russel-nek generális toblából a kórházak egészségileg rettenetesen elhanyagolt állapotát. Mire a miniszter 1854 október 21-én közzétette: Miss Nightingale 34 ápolónői kísérve ma este indul. Miss Nightingale, ki úgy hiszem a betegápolás körül nagyobb gyakorlati jártassággal bír, mint bárki az országban, e nemes, de terhes munkára annyi önmegtágadással vállalkozott, hogy nincs szó hálám kifejezésére.

A másik a beteg katona leveléből való, amit szüleinek küldött haza: „E nő megszólít, kit csak lehet, másoknak mosolyogva int, azonban van, ki ebben a szerencsében sem részesülhet, mert százával fekszünk egy teremben, de legalább megcsókolhatjuk reánk eső árnyékát, azután boldogan hajtjuk le fejünket párnánkra...”

...Miss Nightingale nemcsak tett, hatott, segített, hanem bő tapasztalatának, finom megfigyelő képességének tanúságául fel is jegyzé mindazt, a mi a betegápolás terén a legfontosabb. Sajátságos tisztaság felfogás, gondosan szerkesztett fogalmazás jellemzik irányát. Minden sora elárulja a valódi szakértőt. Ott hol hatni kell a bensőség melegevel s hol korholni akar, a meggyőződés szigorúval nyilatkozik. Legjelentékenyebb s korszakalkotó két műve a kórházakról és betegápolásról szól. (Notes on Hospital, Notes on Nursing.) Mindkettő a maga valóságában öleli fel tárgyát, minden elmélet és elfogultság nélkül. Kiválóan értékes az utóbbi mű megdönthetetlen helyes tétéleivel. Egyik fordítója találoan a betegápolás logikájának nevezi, mert csupa élelátás, helyes ítélet és teljes otthonosság jellemzik azt. De műveit bírálóiban nem bocsátkozhatom, olyanok azok, mint a biblia, t. i. egyszerűsége folytán világos és igazságainál fogva térítő hatású.

Csoda-e, ha beváltak Mrs. Jameson-nak, ki balsikerétől félt, eme szavai: Igaz ugyan, hogy a siker Miss Florence Nightingale és lelkes segédei csapatának örök diadala, le fogja dönteni a vallási, társadalmi és foglalkozási előítéletek chinai falát és példa gyanánt fog szolgálni, mely példa az idők messzeségében megsokszorozza áldásait.

Halhatatlan érdemeinél csakis szerénysége nagyobb. Mikor a krími háború lezajlásával az egész nemzet a legfogékonyabb lelkű királynéval az élén őszinte lelkesedéssel készült hősnőjének ünnepléséhez, a nagy invalidus észrevétlenül tért otthonába. Daczára, hogy a királyné dekorálta és Longfellow egy remek versben: *The Lady with the Lamp* (a nő a lámpával) megénekelte, ő szerényen kerülte a nyilvánosságot, mintha csak róla írta Maxim du Camp: *Plus encore que la justice la vraie charité port un bandeau sut les yeux.* (Inkább mint az igazságnak, a valódi irgalmasságnak vannak bekötve szemei.) De hát mert az a magasztos cél, melylyel nemes életének minden mozzanata ideális és érdektelen módon egybeforrt, közös a mienkkel, hálás kötelességünk a vörös-kereszt jelvényt meghajtani nagysága előtt. Teljes tisztelettel kérem azért Uraim a következő resolúció elfogadását: Miss Florence Nightingale-nak senkiével össze nem hasonlítható nagy neve, melyhez az emberbaráti szeretet terén hervadhatatlan érdemek fűződnek, melyek legnagyobbika, hogy a betegápolást, mely azelőtt lealacsonyító foglalkozásnak tekintetett, az irgalmasság művészetévé emelte – a vörös-kereszt egyesület VIII. nemzetközi konferenciájának előkelő kötelességévé teszi, hogy ez érdemeknek hódoljon az által:

1. hogy jegyzőkönyvileg a legmelegebb szavakban ad kifejezést magas elismerésének,

2. hogy létesít egy Nightingale-féle alapítványt, melyből nemzetközi emlékérem készíttetné azoknak a nőknek a kitüntetésére, a kik a betegápolás terén magoknak különös érdemeket szereztek.”

Az előterjesztésből érdemes kiemelni, **Nightingale érdemeinek** méltatása mellett, a kor szellemét meghazudtoló és a **női nem akkori megítélésével** szembeesegülő megállapításokat,

...a betegek és sebesültek ápolására a nő hivatottabb...

...a nő az ápolás iránt kifejezettebb érzékkel bír, mint a férfi....

...a beteget abban a szeretetteljes gondozásban részesíti, melyhez a női szív szelidsége, önmegtágadása és türelme kell. Súlyos betegre a nő mosolya megnyugtató, a férfit visszatetsző. A nő kitartóbb a virrasztásban, megnyugtatóbb a vigasztalásban...”

A javaslattevő **gróf Csekonics Endre (1846-1929)** főosztálynokmester, a Nagyikinda-Nagybecskereki Vasúttársaság igazgatója, a magyarországi vöröskezes-egyesület elnöke, politikus. Jogi és mezőgazdasági tanulmányokat folytatott. Fiatalabb éveit

4. ábra: Részlet a jelenleg érvényes „kiírásból”, angolul (Forrás: International Committee of the Red Cross (ICRC), 2018)

Article 2

The Florence Nightingale Medal may be awarded to qualified male or female nurses and also to male or female voluntary nursing aides, active members or regular helpers of a National Red Cross or Red Crescent Society or of an affiliated medical or nursing institution.

The Medal may be awarded to those of the above-mentioned persons who have distinguished themselves in time of peace or war by:

- exceptional courage and devotion to the wounded, sick or disabled or to civilian victims of a conflict or disaster;
- exemplary services or a creative and pioneering spirit in the areas of prevention, public health or nursing education.

The Medal may be awarded posthumously if the prospective recipient has fallen on active service.

5. ábra: Részlet a jelenleg érvényes „kiírásból”, magyarul

2. cikk

A Florence Nightingale Érem adományozható szakképzett férfi és női ápolóknak, továbbá önkéntes segédápoló férfiaknak vagy nőknek, egy Nemzeti Vöröskereszt vagy Vörös Félhold Társaság, vagy egy társult egészségügyi vagy ápolási intézmény aktív tagjainak vagy rendszeres segítőinek.

Az Érem a fent említett személyek közül azoknak adományozható, akik békeidőben vagy háború idején kitűntek

- a sebesültek, betegek vagy rokkantak, vagy egy konfliktus vagy katasztrófa polgári áldozatai iránt tanúsított kivételes bátorságukkal és odaadással;
- a megelőzés, közegészség vagy ápolóképzés terén nyújtott példamutató szolgálattal vagy kreatív és úttörő szemléletükkel.

Az Érem posztumusz adományozható, amennyiben a leendő kitüntetett aktív szolgálat közben elesett.

ben Európa, Afrika és Ázsia jelentős részét beutazta. A Magyar Szent Korona Országainak vöröskereszt-egyesületének elnöke 1891-1918-ig, majd amikor az egyesületet újjászervezték, ismét elnökölt 1921-től, azonban 1923-ban korára való tekintettel lemondott e tisztről. Nagy áldozatkészséget tanúsított az 1879-es nagy szegedi árvíz idején a károsultakkal szemben.

A Konferencián nagy visszhangot és komoly erkölcsi elismerést váltott ki a két javaslat. Az első javaslatot azonnal és egyhangúlag elfogadták. A második javaslat is kedvező visszhangra talált. Úgy döntöttek, hogy az érdemérem alapítására vonatkozó előterjesztést tanulmányozás és véleménynyilvánítás céljából megküldik a nemzeti társaságok vezetőségeinek.

A Magyar Vöröskereszt 1910. évi jelentése Jean Henri Dunant (1828-1910. Nobel-békedíjas svájci közéleti személyiség, üzletember, a Nemzetközi Vöröskereszt alapítója) és Florence Nightingale nagy veszteséget okozó elhalálzásáról adott hírt, és méltatta mindkettőjük életét, tevékenységét. Nightingale esetében külön kiemelik, hogy Gróf Csekonics Endre elnök indítványára a legközelebbi nemzetközi konferencia lesz hivatalosan a „**Florence Nightingale Érem**” alapításának további kérdéseivel foglalkozni.

A nemzetközi társaságok támogatták az indít-

ványt és a **IX. Nemzetközi Konferencia (Washington, 1912.) határozattá emelte az alapítvány és az emlékérem létrehozására tett magyar javaslatot.** Nemzetközi munkacsoportot bízott meg a **Florence Nightingale Alapítvány** szabályzatának és a kitüntetés adományozása feltételeinek kidolgozásával. Sajnos, Florence Nightingale ezt már nem érthette meg.

A jóváhagyott okmányt 1914 elején megküldték a nemzeti társaságoknak. **A szabályzat máig érvényes előírása, hogy a kitüntetés adományozására két évente kerül sor** és ez a legmagasabb nemzetközi kitüntetés, amelyet ápoló kaphat. Az elmúlt évszázad során a szabályzatot többször módosították.

1991-ig az érem adományozása csak ápolónőkre korlátozódott, az új szabályozás szerint mind a nők, mind a férfiak számára lehetőség van az elnyerésére.

Jelenleg a 2015-ben korszerűsített változat érvényes. A „két évente adományozható elv” nem változott, de ma már nem támogatják a második világháborús történeteket, helyette „napjaink modern hősei” felé tekintenek.

Első alkalommal, az első világháború befejezése után, **1920-ban kapta meg 51 különböző nemzetiségű ápolónő, közöttük két magyar, báró Apor Gizella és Durgó Ilona a magas erkölcsi elismerést kifejező nemzetközi kitüntetést.** Az Újság, 1920-05-30/129. számában adta hírül e két magyar ápolónő nemzetközi sikerének elismerését: „**Magyar ápolónők kitüntetése**” címmel. „*Genfben most osztotta ki a nemzetközi Vöröskereszt az érdemes ápolónővérek közt a Florence Nightingale-emlékérmeket. Két magyar ápolónővér is volt a kitüntetettek közt: Apor Gizella bárónő és Durgó Ilona.*”

Az elmúlt időszakban odaítélt medálok kissé eltérő kinézetűek, de az alapkoncepció azonos. A **vesica piscis** alakú arany és ezüst medál, és a **Florence Nightingale portréját** viseli, körülötte az „**Ad memoriam Florence Nightingale 1820-1910**” felirattal. A hátoldalon a **kitüntetett neve és az odaítélés dátuma** van bevésve, amelyet a következő felirat övez: „*Az igaz és szeretetteljes emberiség múlhatatlan egyetemes tulajdonság.*” („**Pro vera misericordia et cara humanitate perennis decore universalis**”) Az érem egy piros, arany, fehér csikos éremszalaghoz

6. ábra: Florence Nightingale Medalok (Forrás: https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale_Medal; https://nursing.jhu.edu/news-events/news/archives/news/veenema_nightingale)



van csatolva, egy piros zománc kereszttel, amelyet egy zöld babérkoszorú vesz körül.

Miért a magyar delegáció javasolta a Florence Nightingale Medal létesítését?

Egyértelmű választ irodalomkutatásunk során nem találtunk. A történet, valószínűleg egy adott történelmi pillanat motiválta, amelynek azonban hosszú évekre visszanyúló előzményei lehetnek vagy vannak. **Erős motivációt jelenthetett a nők „társadalmi szerepével” kapcsolatos nézetek megváltozása.**

Történelmünkben az „emberbarátság” a keresztény embereszmény hatására válik a középkortól kezdve uralkodó eszmévé. A reneszánsz és a humanizmus, majd a felvilágosodás is követi ezt a nézetet. A segítség, a gondozás, szeretet, önfeláldozás, alázatosság gondolata főként a női nem cselekvési körével azonosult. A női gyengédség, az anyaság ösztönvilága természetesen kapcsolódik a filantrópizmus (emberbarátság) pedagógiai mozgalom eszmevilágához. Vonatkozik ez a középkor betegeket, szegényeket, háborúkban a sérült, és sajnos sokszor a haldoklókat ápoló nagyasszonyaira, csakúgy, mint a felvilágosodás korában iskolákat alapító vagy sebesülteket ellátó nőkre, és nem utolsósorban az apácarendekre, diakonisszákra.

A 16-17. századi török hódoltság korában kialakult egy speciális magyar életforma, amelynek központi alakja egyrészt a törökverő főúr, másrészt a gazdaságot irányító nagyasszony, mint például **Szilágyi Erzsébet (Hunyadi János felesége)** vagy **I. Rákóczi György** erdélyi fejedelem felesége, **Lórántffy Zsuzsanna**, aki gyógyító tevékenysége mellett iskolákat alapított. Az asszonyok a főúri udvarokban, gyógynövénykertjeikben gyógyító szereket, illatszereket állítottak elő, és „doktorkodtak” is.

Az 1790-ben induló országos nőmozgalom célkitűzése a nők hivatásválasztási lehetőségének meg-

szerezése volt. **Brunszvik Teréz** grófnő 1828-ban megnyitotta az első óvodát. **Teleki Blanka** a magyar nőnevelés egyik úttörője, a nők művelődési egyenjogúságának híve, 1846-ban magyartanítási nyelvű leánynevelő intézetet nyitott Pesten, a mai Szabadság téren. **Veres Pálné**, a magyar nőnevelés úttörője, a 19. század iskolaalapító magyar nagyasszonya és az **Országos Nőképző Egyesületnek** az alapítója és elnöke.

Széchenyi István 1830-ban a Hitel előszavában ajánlását „*Honunk szebb lelkű asszonyinak*”

„...*Fogadjátok, hazám érdemes leányai, tiszteletem és szeretetem jeléül ezen kis munkám ajánlását! Vegyétek, bár férfiakhoz illendőbbnek mondják azt sokan, nyájias kegyességgel pártfogástok alá. A hitelről szólok, s ami belőle foly; a becsületről, az adott szó szentségéről, a cselekedetek egyenességéről, így elóttetek sem lehet a tárgy idegenebb, mint előttünk, mert annyi nemes és szép, ami az emberiséget felemeli, a ti nemetek műve. Ti viszitek karjaitokon életbe a kisedet nevendéket, s jó polgárrá nevelitek; a ti nemes tekintetetekből szí a férfi lelkierőt s elszánt bátorságot. S ha léte alkonyodik a haza ügyében, ti fontok koszorút homloka körül. Ti vagytok a polgári erény s nemzetiség védangyali, mely nélkületek – higygyétek – soha ki nem fejlődik; vagy nemsokára elhervad, mert ti vontok minden körül bájít s életet. Ti emelitek egekbe a port s halhatatlanságra a halandót. Üdvözlét és hála néktek!...*”

A magyar polgári átalakulás történetében oly fontos 1867-es **Kiegyezés** után a magyar sajtóban egyre több olyan cikk jelent meg, amely követelte az egyetemek megnyitását a nők számára. Az első fázisban azokon a fakultásokon, amelyek a nők alkátának, személyiségének leginkább megfelelő pályákra képeztek hallgatókat. E pályák közül első helyen az orvosi, a gyógyszerészi és tanári hivatások voltak. A nő, a veleszületett intelligenciájánál, tanulmányosságánál, tisztaságánál, tisztességre és rendszeretetre való hajlamánál fogva, már a természettől is predesztinálva van a segítő pályákra, hangoztatták a korabeli újságok. A legelső magyar orvosnő, **Hugonnai**

Wilma 1880-ban, Svájcban szerzett orvosi diplomát, és onnan hazatérve engedélyt kért a kultuszminisztertől, hogy az érettségét letehesse, és oklevelét honosítsák. Kérését csak részben teljesítették. Érettségijét 1881 márciusában engedélyzték - „*kivételesen és minden további következtetés nélkül*” - , de oklevelét nem honosították. Ekkor letette a szülésznői vizsgát, és szülésznőként működött. Házassága végleg felbomlott, és betegek sokaságát kezelte, hogy ebből tartsa fenn családját. Ebben az időben írta „**A nők munkaköre**” című tanulmányát. A nők számára is kedvező iskolareform mellett foglalt állást. Minden olyan szervezkedésben részt vett, amely a nők egyenjogúsítását tűzte ki céljául. Oklevelének nosztrifikálása kapcsán derült ki, hogy elsősorban a kormányzat, a kultuszminiszter, **Trefort Ágoston** tagadó álláspontja volt a fő akadálya a nők egyetemi tanulmányainak az 1880-as években (végül 1897. május 14-én, Budapesten orvosdoktorrá avatták). Ebben az időben egyre több cikk jelent meg a magyar sajtóban a nők pályára bocsátása mellett (főleg, mivel bennük az olcsóbb munkaerőt látták), nagyobb részük viszont e kérdés ellen foglalt állás. Fontos mérföldkő **Wlassics Gyula miniszter 1895. 65, 719. sz. Vallás- és Közoktatásügyi Miniszteri leirata. „A nőknek a bölcsészeti, orvosi és gyógyszerészeti pályára bocsátása tárgyában.**

A budapesti és a kolozsvári egyetem tanácsának.

„...*Ma már a műveltebb körökhöz tartozó nők is mind nagyobb számmal kénytelenek részt venni az élet küzdelmeiben és a családi élet nyugalmasabb körét gyakran kell fölváltaniuk a kenyérkereset nehéz s fűrésztó munkájával. A változott társadalmi és művelődési viszonyok arra kényszerítették a nőket, hogy az eddigi megszokott foglalkozások helyett más, a megélhetést jobban biztosító keresetet, és az e célra szükséges ismereteket elsajátítsák. Ennek a következménye az volt, hogy a nők általános műveltségének és ismeretkörének fokozatos gyarapodása mellett lassanként oly hivatáskörök is, amelyekre a tudományos felkészültség bizonyos foka megkívántatik, s amelyeket azelőtt a férfiak kizárólagos pályájául tartott a társadalmi fölfogás, a nők számára megnyíltak. E nemzedék szeme előtt történt meg a női hivatáskörökre vonatkozó fölfogás átalakulása s a társadalom nézetét nyomon követte az állam is, mert saját intézeteinél is oly állásokra, melyeket azelőtt kizárólag férfiak töltöttek be, nőket nagy számmal alkalmazott, s mindenki tudja, teljes sikerrel...*”

Wlassics Gyula a képviselőház 1896. február 8-i ülésén a következőképpen foglalt állást a nők felsőfokú tanulmányaival kapcsolatban:

„...*Azt tartottam ugyanis helytelennek és méltánytalannak, hogy a nőket in principio zárjuk ki a tudományos pályára bocsátásból s azt mondjuk, hogy a nő a*

tudományos pályára in principio nem való. Ezt igazán méltánytalannak tartom [...] az volt a célom, az arra való és képes nő ne legyen kizárva a tudományos pályától. [...] De világosan megmondtam én is, hogy a nő igazi hivatását a családban találom, de azért nem akarom elzárni azt, aki családbhoz nem juthat, de különben szellemi képességei arra neki ezt a jogot valóban megadják, hogy tudományosan kiképezze magát s magának állást biztosítson. Ez volt az alapelve, a vezérgondolat; és ily mérsékelt végrehajtása ezen nagy és elismerem, merész eszmének azt hiszem csak előnyére fog válni a magyar közművelődés ügyének.”(Közl.: Mann, 2005, 47.)

1895. december 31-én megjelent a kérdést eldöntő **72039 sz. Vallás- és Közoktatásügyi miniszteri rendelet**, amely az **orvosi, gyógyszerészeti és bölcsészeti karokat megnyitotta Magyarországon a nők előtt**, korábban, mint a birodalom másik részében.

Talán a döntő motiváció volt az „ápolás ébredése”

Florence Nightingale munkássága bejárta a világot, nem hagyta érintetlenül Magyarországot sem! Kialakult egyfajta, - kis túlzással élve - „**Florence Nightingale kultusz**”. Akik akkor az ápolóképzéssel kapcsolatba kerültek megemlézték, hivatkoztak tevékenységére. Az ápolást, mint önálló hivatást elsősorban Florence Nightingale munkásságán keresztül ismerte meg a világ. Tevékenységét megelőzően az ápolókkal szembeni kritériumok kimerültek abban, amit II. József is megfogalmazott rendeletében, és még ezek a szerény elvárások sem teljesültek minden esetben. Nightingale működése azonban elindította azt a folyamatot a világban, amely az ápolás önálló diszciplínává válását célozta meg. A „**Nightingale-i iskola**” nemcsak Angliában terjedt el, hanem kisebb-nagyobb módosításokkal világszerte alapját képezte a szervezett ápolónőképzésnek és kórházvezetésnek.

1894-ben **Budapesten** tartották a **Nemzetközi Közegészségügyi és Demográfiai Kongresszusok VIII. ülését**. A Kongresszus III. Szakosztálya, amelyet az 1891. évi londoni ülés határozata alapján létesítettek, a trópusi országok közegészségügyével foglalkozott. A szakosztály egyik alelnökévé Florence Nightingale-t választották és a szervező bizottság meghívta a magyarországi ülésre és felkérte előadás tartására. Florence Nightingale „Falusi egészségügy Indiában” címmel küldött be előadást az ülésre, amelyben vázolta javaslatait az egészségügy megjavítására, elképzeléseit a széles körű felvilágosító munka megszervezéséről. A budapesti kongresszus határozatában elfogadta Florence Nightingale javaslatait az indiai falusi egészségügy megjavítására. A határozat támogatta Florence Nightingale elképzeléseit az alapvető egészségügyi szabályoknak az in-

I. táblázat: Florence Nightingale Emlékéremmel kitüntetett magyar ápolók 1920-2003 között

| A kitüntetés éve | A kitüntetettek névsora |
|------------------|---|
| 1920 | Báró Apor Gizella |
| | Durgó Ilona |
| 1923 | özv. Viczián Albertné /Tódorffy Josephine / |
| 1927 | Ibrányi Alíze |
| 1929 | Nahalka Paulina |
| | Gácsi Bartholomné/ Novdovszky Anna/ |
| 1931 | Báró Mária de Fiath |
| | Ferencz Zsuzsanna, |
| | Heyl Antoinette |
| 1933 | Méró Jenőné /Révai Karola |
| | Nyári Jánosné/ Hankis Ilona/ |
| 1935 | Halper Paula |
| 1937 | özv. Dánielné /Vattay Felbart Margit/ |
| 1939 | Gebhardt Gyuláné/ Bosnyák Mária/ |
| 1947 | Marschalkó Zsófia, |
| | Radnay Mária, |
| | Manks Mária, |
| | Endrey Etelka, |
| | Balázs Irma, |
| | Várnay Kasics Vilmos Mária |
| 1965 | Komárik Irén |
| 1969 | Deme Sarolta, |
| | Smidélius Ernőné /Laborci Ilona/ |
| 1973 | Sági Ferencné /Bognár Ilona/ |
| | Schönfeld Ferencné /Vojtek Erzsébet/ |
| 1975 | Almássy Bertalanné /Piszt Róza/ |
| | Marosközi Zsófia |

| A kitüntetés éve | A kitüntetettek névsora |
|-----------------------------------|--|
| 1977 | Kárpáti Józsefné/Balázs Erzsébet/ |
| | Majoros Lászlóné / Medveczky Gabriella / |
| 1979 | Alexander Gézáné /Katona Erzsébet/ |
| | Bóné Ágnes, |
| | Kressz Istvánné /Müller Anna,/ |
| | Nitsch Ferencné /Szigeti Zsófia, |
| | Róth Ferencné/ Keszler Marianne/ |
| Sáropataky Józsefné /Szeőts Anna/ | |
| 1981 | dr. Buda Györgyné/ Kovács Gizella/ |
| | Dolezsár Györgyné / Vigh Rozália/ |
| | Takács Gyuláné/ Molnár Magdolna/ |
| | Tóth Katalin |
| 1983 | Szikszay Mária, |
| | Szokody Józsefné/ Szalai Mária/ |
| | Vass Jánosné /Magyar Julianna / |
| 1985 | Jakab Erzsébet, |
| | Bodoglári Lajosné/ Tóth Rozália/ |
| | Kornreich Mártonné/ Juhász Ilona/ |
| 1987 | Harmati Jánosné/ Erzsébet |
| 1989 | Magyar Ilona, |
| | Tompa Mária, |
| | Rima Andrásné/ Onódi Anna/ |
| 1993 | Galántai Emilné/ Báró Bánffy Gabriella/ dr. Marosi Józsefné/ Paskusz Veronika/ |
| 2003 | Faragó Jánosné/ Prókai Anna/ |

diai lakosság körében való propagálásáról és azt az elgondolását is, hogy a legjobb eredmény magának az indiai lakoságnak együttműködése alapján érhető el. Az akkor már **74 éves, beteges Florence Nightingale személyesen nem tudott részt venni a budapesti kongresszuson. Levelét, melyben a szekció elnökénél kimentette magát, felolvasták az ülésen.**

A politikai helyzet, a háborúk, az országon belüli viszályok nem kedveztek az egészségügyi ellátásra pozitívan ható intézkedések kezdeményezésének. A századfordulón az egészségügyi ellátás és az ápolóképzés, annak szakmai színvonala nagyon elmaradt az európai normáktól. A katasztrófális, kaotikus helyzet az állam beavatkozását sürgette.

Az önálló magyar vöröskeresztes szervezet kiépítésére hazánkban aránylag későn került sor, aminek történelmi okai voltak. Hercegovina-Bosznia katonai megszállását a Monarchia 1878-ban elsősorban magyar alakulatokkal hajtotta végre. Az elhúzódozó katonai hadműveletek idején bizonyos hiányosságok jelentkeztek a katonarorvosi ellátásban, amit a korabeli sajtó elég éles formában tárgyalt. Itt merült fel elsőnek az önálló Magyar Vöröskereszt szervezetének hiánya, amely a társadalom segítségét képes összefogni, adott pillanatban saját szolgálatával segíti a bajbajutottakat. Éppen ezért alakult meg **1879. március 17-én a Magyar Országos Segélyező Nőegylet**, amely azonnal **felvételét kérte a Nemzetközi**

Vöröskereszthe. Ugyan belügyminiszteri engedéllyel már viselték a vöröskeresztes megkülönböztető jelvényeket, mégis **elutasították** a Nemzetközi Vöröskereszt tagjai közé való felvételüket. Ennek ellenére a Nőegylet alapszabályzatát a Nemzetközi Vöröskereszt elveinek megfelelően, a Genfi Egyezmény szellemében fogalmazta meg. A társadalmi célok hangsúlyozása mellett elhatározta az ápolóképzés megszervezését és elindítását is, képző intézmény alapítását, a végzetek foglalkoztatását. A Nőegylet saját szervezetén belül ápolónői szakosztályt létesített, és a képzés megszervezésére és a tantervek kidolgozására **Korányi Frigyes** egyetemi tanárt és **Fleschacker Viktor** főorvost, az egészségügyi szakosztály elnökét kérték fel.

1880-ban Ferenc József, Károlyi Gyulát bízta meg a Vörös Kereszt egyesület megalakításával Magyarországon. 1881. május 16-án az egyesület megtartotta alakuló ülését, amelynek során a Magyar Országos Segélyező Nőegylet beolvadt az új szervezetbe, és elfogadta annak szabályzatát. A Nemzetközi Vöröskereszt önálló részeként így megkezdhette működését a **Magyar Szentkorona Országainak Vöröskeresztes Egylete.**

Feltételezzük, hogy mindezek az előzmények, és egy nemzet ébredése, járult hozzá ahhoz, hogy a magyar delegáció megtette javaslatát.

Összegzés

A Florence Nightingale Emlékérem magyar kitüntetettjeinek névsorát abban a reményben tesszük közzé, hogy lesznek olvasóink között olyanok, akik ráismernek a kitüntetett példaképeinkre, családtagjaikra, híres munkatársakra, vagy tanáraikra, mestereikre, ismerik élettörténetüket, vagy kedvet kapnak munkásságuk felkutatására. **(I. táblázat)**

Következő írásainkban – a fellelhető dokumentumok alapján – bemutatjuk az **1920-ban elsőként emlékérmel kapott két magyar kitüntetett, Apor Gizella és Durgó Ilona, és a 2003-ban Magyarországról utoljára emlékérmel kapott Faragó Jánosné** munkásságát. Személyes érintettség miatt (e cikk két szerzőjének megadatott, hogy tanítványai majd később munkatársai lehettek) igen nagy tisztelettel és szeretettel emlékezünk meg **Dr. Marosi Józsefné,** drága Vera néni életútjáról, aki 1993-ban kapta meg a Florence Emlékérmel.

Köszönetnyilvánítás

Tisztelet és köszönet mindazoknak, akik munkánk létrejöttéhez hozzájárultak! Külön köszönet a Semmelweis Orvostörténeti Könyvtár és Levéltár munkatársainak és Szél Alice Magyar Vöröskereszt Nemzetközi Kapcsolatok Országos Szakmai Vezetőjének.

Irodalomjegyzék

1. A Florence Nightingale emlékérem odaítélésének szabályzata. (1993). *Nővér* 6(4), 8.
2. Coxcomb Source: Nightingale, F. *Notes on matters affecting the health, efficiency, and hospital administration of the British army: founded chiefly on the experience of the late war.* London: Harrison & Sons, 1858.
3. Doba É. *Florence Nightingale – a lámpás bölgy.* Új Akropolisz Kulturális Közhasznú Egyesület, Hozzáférhető: 2018-01-10, <https://www.ujakropolisz.hu/cikk/florence-nightingale-lampas-holgy>
4. Fedineczné Vittay K. (szerk.), (1988). *Ápolás Magyarországon.* MEDINFO – Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár, Budapest, 1988.
5. Florence Nightingale (2005. május 12.) *Múlt kor magazin*
6. Florence Nightingale (2018). Hozzáférhető: 2018-01-10, https://hu.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale
7. Kertész E. (1976). *A lámpás bölgy: Florence Nightingale életregénye.* Budapest: Móra Kiadó
8. Hantos J. (1981). *Magyar Vöröskereszt 100 éve, Emberiség háborúban és békében.* Budapest: Akadémia Kiadó
9. Lavinia L Dock. (1912). *A history of nursing: from the earliest times to the present day with special reference to the work of the past thirty years.* New York: G.P. Putnam's Sons
10. Kármán V. (1969). *Florence Nightingale statisztikai munkássága.* Kivonat a Magyar Közgazdasági Társaság Statisztikai Szakosztálya Statisztikatörténeti Szakcsoportjának 1969. január 30-án tartott ülésen elhangzott előadásból.
11. Magyar Szentkorona Országai Vörös-Kereszt Egyletének 1906. évi, 1907 évi, 1910 évi, 1911 évi jelentései. Apestilloyd-Társulat Könyvnyomdája, Budapest
12. Osváth Zs. (1959). *Florence Nightingale.* Budapest: Medicina
13. Perkó M., Sövényi Fné. (2017). *Az ápolástörténet gyöngyszemei Florence Nightingale-re emlékezünk.* *Nővér* 30(3), 3-11.
14. Wagemann E. (1915). Emléklap Florence Nightingale, a sebesültek ápolásának szervezője tiszteletére. *A Nő,* 11(2)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Pszichés állapot és kiégés a mentők körében

IVÁNKOVITS László

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja: A kutatás célja az Országos Mentőszolgálat állományában dolgozók pszichés állapotának vizsgálata volt a kiégés vonatkozásában, és cél volt azon tényezők azonosítása, amelyek kedvezőtlenül hatnak a mentőszolgálatnál dolgozók pszichés állapotára.

Anyag és módszer: Kvantitatív, keresztmetszeti kutatás keretein belül 1979 fő került bevonásra. A kiégettség szintje a Pines-Aronson féle Kiégés Önértékelési Skála alkalmazásával került felmérésre. Az adatok feldolgozása az SPSS 17.0 statisztikai szoftver segítségével történt Khi-négyzet próba, ANOVA és korrelációelemzés alkalmazásával. A szignifikancia határ $p < 0,05$ volt.

Eredmények: A mentődolgozók majdnem 40%-a küzd a munkájával járó stresszel, azonban az állandó készenléti helyzet nem hagy időt az átélt események értékelésére, megbeszélésére. Szignifikáns összefüggés mutatkozott a kiégési szint, az OMSZ-nál eltöltött idő, és a munkahelyi légkörrel való elégedettség között.

Következtetések: Az eredmények alapján különböző prevenció és beavatkozási lehetőségek kerültek megfogalmazásra, amelyekkel a mentődolgozók körében mért kiégés kezelhető.

Kulcsszavak: mentődolgozók, kiégés, pszichés állapot, kiégés prevenció

The psychological Well-being and Burnout among Ambulance Personnel

László IVÁNKOVITS

SUMMARY

The aim of the study: The aim of the presented study was to investigate the psychological well-being and burnout among ambulance personnel of the Hungarian National Ambulance Service. Our goal was to identify the ambulance specific stressors that negatively affect the psychological health of personnel and lead to burnout.

Material and method: The quantitative, cross-sectional study included 1979 ambulance personnel. Level of burnout was measured by Pines-Aronson Burnout Inventory. SPSS version 17.0 was used for statistical analyses. Types of analyses included Khi square test, ANOVA and correlation analysis. Level of significance was defined at $p < 0.05$.

Results: The 40% of ambulance personnel are affected by job-related stressors. The heightened and constant state of readiness does not let time for discussing work-related experiences. There was significant correlation between burnout level, years worked at NAS, and the evaluation of workplace circumstances and climate.

Conclusion: Due to the results of the present study we created different possibilities of prevention and intervention that can help handle the symptoms of burnout among ambulance personnel.

Keywords: ambulance workers, burnout, psychical statement, burnout prevention

IVÁNKOVITS László
mentőtiszt,
Országos Mentőszolgálat

Levelező szerző
(correspondent):
IVÁNKOVITS László;
E-mail cím:
ivankovits.laszlo@gmail.com

Beérkezett: 2018. január 4.
Elfogadva: 2018. március 18.

Bevezetés

A WHO becslése szerint 2030-ra a vezető halálokok között a kiégés is szerepelni fog. A kiégés veszélye fokozottan van jelen a segítő szakmákban, így az egészségügyi dolgozók – azon belül pedig a mentődolgozók – körében is. Ennek oka lehet a jelentős fizikai megterhelés, a lelkileg megterhelő esetekkel való találkozások (pl. tömeges balesetek, gyermekhalál esetek, mentőegységek elleni támadások, stb.), vagy a váltott műszakban végzett munka. A hazai kutatások elsősorban az ápolók pszichoszomatikus állapo-

tának feltárására irányultak, a mentődolgozók körében ezidáig nem készült átfogó vizsgálat a témában. Jelen tanulmány ezt a hiányt kívánja pótolni.

A kiégés fogalma Freudenberger pszichoanalitikus révén került a szakirodalomba. A jelenséget a következőképpen definiálta: „*a krónikus, emocionális megterhelések nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek*” (1974 idézi Szicsek, 2004).

A kiégés egy folyamat, amelyet különböző szakaszokra lehet osztani. Az idealizmus szakasza a munkába lépés kezdetét jelenti, amikor az egyén omnipotens, mindenható fantáziákkal bír, még nem ismeri megfelelően kompetenciáit és a segítség határait. Edelwick és Broadsky úgy írja le a kiégés jelenségét, mint az idealizmus, az energia és a célok fokozott elvesztése (1980 idézi Waugh & Judd, 2003). A munkával töltött idő során az egyén folyamatosan ismeri fel hivatásának árnyoldalait, és azt, hogy nem lehet mindig mindenkit megmenteni. A stagnálás vagy kiábrándulás időszakában csökken a teljesítőképesség, az érdeklődés és a nyitottság. Ebben a szakaszban sokat segíthet a külső támogatás vagy a szakmai fejlődés lehetősége. A frusztráció fázisában az egyén kételkedni kezd saját képességeiben, tudásában; a szakmai tevékenység kiüresedetté válik. A kiégés utolsó stádiuma az apátia fázisa, amikor a szakmai munka monotonná válik; az egyén türelmetlen, ellességes a betegekkel szemben, gondolkodása és viselkedése beszűkül. A kiégés tünetei között szerepel a fáradtság, depresszió, álmatlanság, csökkenő munkateljesítmény, a testi betegségekre való fogékonyság megnövekedése. A stresszel való maladaptív megküzdés túlzott mértékű alkoholfogyasztáshoz, függőséget okozó drogfogyasztáshoz és öngyilkossághoz vezethet (Irinyi, 2006).

A munkahelyi stresszel való elégtelen megküzdésnek és a kiégés kialakulásának számos negatív következménye lehet: rontja a betegekkel való megfelelő kommunikációt, fokozza a testi és lelki megbetegedések kialakulásának kockázatát, és magánéleti problémákhoz is vezethet (Hegedűs, Riskó & Mészáros, 2004). A szomatikus betegségek kialakulása kedvezőtlenül hat a mentődolgozók életminőségére, és rontja annak esélyét, hogy kielégítő fizikai állapotban éri el a nyugdíjas kort. Kutatási eredmények is igazolják, hogy a mentődolgozók jelentős része szenved mozgásszervi megbetegedésektől (pl.: hát- és derékfájás, vállízületi fájdalmak), és küzd alvászavarral a többműszakos munkarend következtében felboruló bioritmus miatt (Németh & Irinyi, 2009). A munkával járó stresszorokra adott válaszreakciókat és a kiégés kialakulását az egyéni jellemzőkön és a genetikai adottságokon túl befolyásolja a társas támogatás mértéke és a munkahelyi környezet minősége (Irinyi & Németh, 2011).

A vizsgálat célja

A 2013-ban végzett kutatás célja az Országos Mentőszolgálat állományában dolgozók mentális állapotának vizsgálata volt a kiégés vonatkozásában, és cél volt azon tényezők azonosítása, amelyek kedvezőtlenül hatnak a dolgozók pszichés állapotára.

A vizsgálat során előtérbe kerültek a mentődolgozók stresszel való megküzdési stratégiái is. További kérdésként merült fel, hogy milyen szerepet játszik a munkahelyi légkör és a munkakörnyezet a kiégés folyamatában.

Anyag és módszer

Az Országos Mentőszolgálat állományából 1979 fő vett részt a vizsgálatban. Az adatgyűjtéshez saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívet használtam, amely nyitott és zárt kérdéseket, valamint skálákat tartalmazott. A kérdőív kérdéscsoportjai a következők voltak: szociodemográfiai adatok, a munkával járó stresszorokra és megküzdésre irányuló kérdések. A saját szerkesztésű kérdőív kiegészült a Pines-Aronson-féle Kiégés Önértékelési Skálával (Pines & Aronson, 1981), valamint egy Pszichoszomatikus Tüneti Skálával (Pikó, 2001).

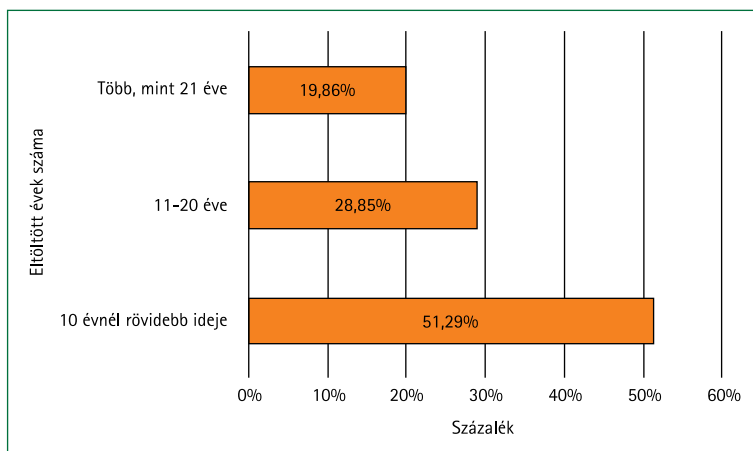
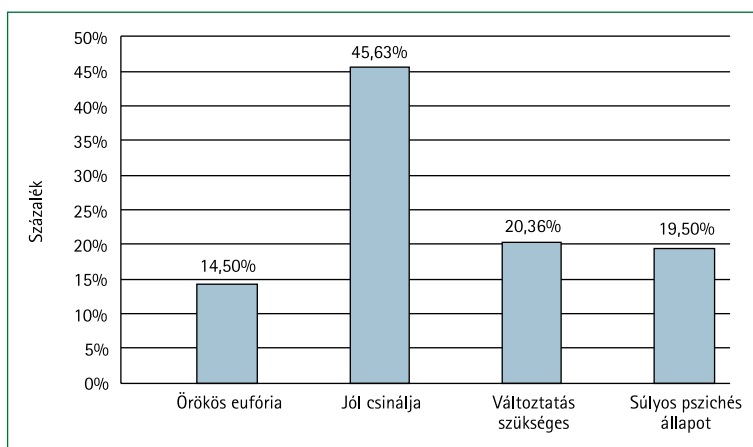
Függő változóként szerepelt a mentőszolgálatnál dolgozók kiégésének foka. Független változók voltak az iskolai végzettség, a mentőszolgálatnál eltöltött munkaévek száma, a munkarend, az életvitel, a munkahelyi légkör, a munkakörülmények és a nem.

A kapott adatokat az SPSS 17.0. statisztikai program segítségével dolgoztam fel, melynek során a következő számításokat végeztem el: leíró statisztika (átlag, gyakoriság, szórás), kereszttábla elemzések Khi-négyzet statisztikai próbával, ANOVA, valamint korrelációelemzés. A szignifikancia határt $p < 0,05$ -nél állapítottam meg.

Eredmények

A vizsgált személyek átlagéletkora 38,61 év volt, a nemi eloszlás tekintetében 90,30% volt férfi. Munkakörüket tekintve a minta 3,08%-a mentőorvos, 12,73%-a mentőtiszt, 46,18% mentőápoló, 32,49% pedig gépkocsivezető. 51,29% 10 évnél rövidebb ideje dolgozik az Országos Mentőszolgálatnál, 28,85% 11-20 éve, 19,86% pedig már több mint 21 éve (**1. ábra**). 61,50% főállása mellett mellékállást is vállal. A munkarendet tekintve 93,67% többműszakos munkarendben dolgozik. Az iskolai végzettség szerinti megoszlást tekintve a minta 11,49%-a alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik, 66,63%-a középfokú végzettséggel, 21,87%-a pedig felsőfokúval.

Vizsgálatom első hipotézise szerint a mentők legalább egynegyede küzd a munkájából adódó stresszel és veszélyeztetett a kiégést illetően. A minta kiégési szintjének mérése a Kiégés Önértékelési Skála alkalmazásával történt, amely 21 kiégettségre utaló tünetet tartalmaz, melyeket 7 fokozatú skálán kellett értékelnie a vizsgált személyeknek. Az eredmények alapján a vizsgált személyek 19,50%-a szenved sú-

1. ábra: Az OMSZ-nál eltöltött évek száma (N=1979)**2. ábra:** A minta kiégési állapota (N=1979)

lyos kiégettségre utaló tünetekről és további 20,36% volt az, aki a kiégést megelőző állapotban van (**2. ábra**).

A munkakör és a kiégés fokának kapcsolatát Khi-négyzet próbával vizsgáltam. A munkakör szignifikánsan összefügg a kiégés mértékével ($p=0,008$). Talán a szakmai felelősséggel hozható összefüggésbe, hogy a mentőorvosok a legveszélyeztetettebb csoport, őket követték a mentőtisztek és a mentőápolók. A kiégést tekintve a legkevésbé veszélyeztetett csoport a gépkocsivezetők. Ezt alátámasztja az is, hogy az iskolai végzettséget tekintve a felsőfokú végzettséggel rendelkezők bizonyultak a legveszélyeztetettebbeknek. Az elvégzett Khi-négyzet próba p értéke $p=0,007$.

Khi-négyzet próba alkalmazásával mértem, hogy milyen összefüggés mutatkozik a kiégés foka és az Országos Mentőszolgálatnál eltöltött idő, a munkarend és a nem között. Az eredmények alapján szignifikáns összefüggés van az Országos Mentőszolgálatnál eltöltött idő és a kiégés foka között ($p<0,001$). Minél több időt tölt valaki a Mentőszolgálat kötelékében,

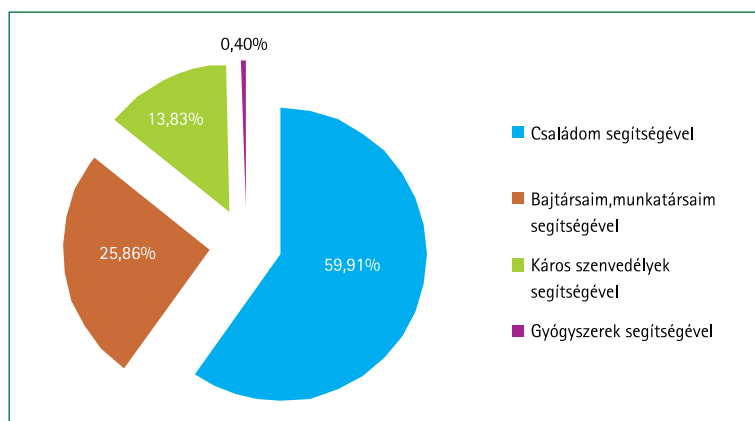
annál veszélyeztetettebb a kiégést tekintve, ami felhívja a figyelmet a megelőzést segítő intézkedések bevezetésének szükségességére. A kutatás során megállapításra került az is, hogy a többműszakos munkarendben dolgozók körében gyakoribb a kiégés. A Khi-négyzet próba p értéke $p=0,001$. A nemek között nem volt szignifikáns különbség kimutatható ($p=0,708$).

Vizsgálatom második hipotézisében feltételeztem, hogy a tömeges balesetek felszámolásában résztvevők a sokkoló élményt, illetve a munkájuk során szerzett lelki traumákat nehezen tudják feldolgozni. A Khi-négyzet próba azt adta eredményül, hogy szignifikáns összefüggés van a tömeges balesetekhez való vonulás és a kiégetség foka között. Továbbá megállapításra került, hogy azok a dolgozók, akik vonultak már ki tömeges balesethez, rosszabb pszichés állapotban vannak, és körükben gyakoribb a kiégés ($p<0,001$). A vizsgált személyek 29,73%-a nehezen tudja feldolgozni a munkája során átélt eseményeket, ami fokozza a kiégés kialakulásának kockázatát.

Vizsgálatom harmadik hipotézise szerint a kiegyensúlyozatlan életvitel növeli a kiégés kialakulásának kockázatát. Megállapításra került, hogy a kiegyensúlyozatlan életvitel és a kiégetség között közepes erősségű, szignifikáns a korreláció ($p<0,001$), ami igazolta a hipotézist.

Vizsgálatom negyedik hipotézise szerint a munkával járó stresszel való megküzdést tekintve a mentők gyakran alkalmaznak negatív elkerülő stratégiát (pl. káros szenvedélyek, gyógyszerek). A vizsgált személyek 59,92%-a a családja segítségével tudja kezelni a stresszt, 25,85% a bajtársai segítségével, 13,83% káros szenvedélyek segítségével, 0,40% pedig gyógyszereket használ (**3. ábra**).

Arra vonatkozóan, hogy van-e összefüggés a megküzdés módja és a kiégési szint között, ANOVA tesztet végeztem. Az elvégzett varianciaanalízis azt adta eredményül, hogy összefüggés van a kiégés foka és a megküzdési mód között. Azon mentődolgozók, akik káros szenvedélyekkel illetve gyógyszerekkel vezetnek le a bennük felgyülemlett stresszt, átlagosan magasabb pontszámot értek el a Kiégés Önértékelési

3. ábra: A vizsgálati minta megküzdési stratégiája (N=1979)

Skálán. A varianciaanalízis p értéke $p < 0,001$, a hipotézis tehát igazolódott.

Vizsgálatom ötödik hipotézisében azt feltételeztem, hogy azok a dolgozók, akik elégedetlenek a munkahelyi légkörrel és a munkahelyi körülményekkel, veszélyeztetettebbek a kiégés kialakulását illetően. Azon dolgozók körében, akik elégedetlenek a munkakörülményeikkel, gyakoribb a kiégés és a súlyos pszichés állapot, mint azok között, akik elégedettek. A Khi-négyszet próba p értéke $p < 0,001$. A munkahelyi légkörrel kapcsolatosan is hasonló eredményt kaptam ($p < 0,001$).

Végezetül kíváncsi voltam arra is, hogy a vizsgált személyek ajánlanák-e hivatásukat másoknak. Azok a dolgozók, akik rosszabb pszichés állapotban vannak a kiégést tekintve, nem szívesen ajánlanák hivatásukat másoknak. A Khi-négyszet próba p értéke $p < 0,001$.

A résztvevőknek lehetőségük volt megoldási lehetőségeket javasolni a munkahelyi terhelés könnyítésére és a stressz megfelelő csatornákon történő levezetésére. A mentődolgozók elsősorban több - anyagilag is támogatott - szabadidőt (40%) és magasabb jövedelmet szeretnének (39%). 15%-uk említette mentálhigiénés szakember bevonásának szükségességét. Szintén 15% emelte ki az elismerés és megbecsülés fontosságát.

Következtetések

A pszichológia és mentálhigiéné területén napjainkban kiemelt téma a munkahelyi stressz fizikai, mentális és lelki egészségre gyakorolt hatása. Számos hazai és nemzetközi kutatás készült a témában, azonban csekély azoknak a vizsgálatoknak a száma, amely a mentődolgozókat állítaná középpontba. Kutatásom célja az volt, hogy felmérje a magyar mentődolgozók pszichés állapotát, kiégéssel összefüggésbe hozható tüneteit és a stresszel való megküzdésük módjait.

Eredményeim igazolták azon feltevéseimet, hogy a kiégés jelensége erőteljesen érinti a mentődolgozókat, ugyanis legalább egynegyedük küzd a munkájából adódó stresszhelyzetekkel, és így veszélyeztetett a kiégést illetően. A kiégés kialakulásában jelentős szerepet játszó tényezők a munkarend, az iskolai végzettség és a mentőszolgálatnál eltöltött idő. Megállapításra került továbbá, hogy azon mentődolgozók, akik vonultak már ki pályafutásuk során megrázó tömeges balesethez, veszélyeztetettebbek a kiégés ki-

alakulását illetően. A dolgozók közel egyharmada saját bevallása szerint nehezen tudja feldolgozni az átélt eseményeket, ami szintén fokozza a kiégés kialakulásának kockázatát. Sajnálatos eredmény, hogy a stresszel való megküzdést tekintve a mentők gyakran alkalmaznak negatív elkerülő stratégiát (káros szenvedélyek, gyógyszerek). Ugyanakkor fontos számukra a társas támogatás igénybevétele, ami védőfaktor a lelki elfáradással, kimerüléssel szemben. Emellett megjelenik a jó munkahelyi légkör fontossága is: azok a dolgozók, akik elégedetlenek a munkahelyi légkörrel és a munkahelyi körülményekkel, veszélyeztetettebbek a kiégés kialakulását illetően.

Fontosnak tartom, hogy a kutatás során kapott eredményeket felhasználva átfogóan foglalkozzunk a mentődolgozók testi és lelki egészségét veszélyeztető tényezőkkel. Véleményem szerint az egyik első lépés a pszichoedukáció, vagyis a dolgozók informálása a kiégés folyamatáról és annak közvetlen hatásairól. Úgy vélem, hogy a kiégés kialakulási fázisainak és tüneteinek felismerése növeli az egészségtudatosságot, és valószínűsíti a segítség aktív igénybevételét. Ugyanígy fontos a helyes megküzdési stratégiák elsajátítása és a megfelelő stresszkezelés, melynek sok eleme tanulható. Szakemberek segítségével lehetne olyan könnyen alkalmazható technikákat is elsajátítani, mint például a relaxáció vagy az asszertív kommunikáció. A vizsgálati személyek kiemelték a társas támogatás fontosságát: az összetartozás érzésének növelése, a problémák közös megbeszélése és a csapatépítés fontos tényezők a kiégés megelőzésében. Ebben szintén lehet intézményi háttérrel biztosítani. Pozitív eredmény, hogy a résztvevők egy része saját elmondása szerint igénybe venné szakember segítségét. Minél hamarabb követi a traumatikus esemény átélését a mentálhigiénés támogatás, annál inkább kivédhető a stressz-betegség megjelenése. Az elérhető szakember tehát sokat tud tenni a pszichés támogatásban, és a súlyosabb patológiák felismerésében.

Jelen vizsgálat 2013-ban készült, az akkor tett javaslatok közül azóta számos pont megvalósult. Még 2013-ban Burnout Csoport alakult az Országos Mentőszolgálaton belül, amely jelenleg Pszichológiai és Mentálhigiéniai Csoport néven működik. A csoport lefedi az ország területét, régióként egy fő- vagy félállású pszichológus áll a dolgozók rendelkezésére. A csoport egyik legfőbb tevékenysége a dolgozók edukációja, amely előadások, tréningek és esetmegbeszélő csoportok formájában valósul meg. A dolgozóknak kezdetben egy krízisvonalon keresztül, jelenleg állomásukhoz közel fogadóórák keretein belül van lehetőségük pszichológiai segítséget kérni munkahelyi és magánéleti problémáik miatt. Kiemelt terület az egyéni és csoportos krízisintervenció is a lelkileg megterhelő eseteket követően. A mentálhigiénés ellátás mellett fontos szerepet kap a rekreáció:

kikapcsolódási, feltöltődési lehetőségek biztosítása a dolgozóknak és a családjaiknak. A csoport tevékenysége szempontjából fontos időről időre felméréseket végezni a dolgozók körében. Úgy vélem, a dolgozók kiegészének utánkövetése és a jelenleg működő beavatkozások hatékonyságának ellenőrzése fontos feladat, így a jövőben tervezem jelen kutatás megismétlését.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet szeretnék mondani Bajtársaimnak az őszinte válaszokért, munkatársaimnak pedig a kutatásban nyújtott segítségükért. OMSZ Pszichológiai és mentálhigiénés csoport: Dr. Csucsai Borbála, Dr. Kreko Kata, Balázs Nóra, Muskatal Péter. További nagy segítségem Kovács Petra.

Irodalomjegyzék

1. Hegedűs, K., Riskó, Á., Mészáros, E. (2004). *A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota*. *Lege Artis Medicinae*, 14(11), 786–793.
2. Irinyi, T., Németh, A. (2011). *Egy burn-out egészségfelmérés és az azt követő beavatkozáseredményei*. *IMÉ*, 10(1), 25–28.
3. Irinyi, T. (2006). *Pszichiátriai Szakapolástan*. Budapest: Medicina Kiadó
4. Németh, A., Irinyi, T. (2009). *Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében- egy felmérés tükrében*. *Nővér*, 22(3), 33–38.
5. Pikó, B. (2001). *A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás*. *Lege Artis Medicinae*, 11 (4), 318–325.
6. Pines, A. M., Aronson, E., Kafry, D. (1981). *Burnout: From Tedium to personal growth*. New York City: The Free Press
7. Szicsek, M. (2004). A kiegész és a pszichológiai immun-kompetencia összefüggései az ápolói munkában. *Kharon Tanatólogiai Szemle*, 8 (1-2)
8. Waugh, C.K., Judd, M.R. (2003). Trainer burnout: The syndrome Explored. *Journal of Career and Technical Education*, 19 (2)

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA

**2018. szeptember 6–8-án, Siófokon
rendezi meg**

a

MESZK V. SZAKDOLGOZÓI TUDOMÁNYOS KONGRESSZUSA

c. rendezvényt.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ
a www.meszk.hu honlapon keresztül érhető el.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Daganatos betegek életminősége

PATÓ EDIT

ÖSSZEFOGLALÁS

A kutatás célja: Ezen vizsgálat egy nagyobb volumenű kutatás részét képezi. Célja felmérni a daganatos betegek életminőségének helyzetét, a betegség életvitelre kifejtett hatását, valamint a betegek lelki megterheltségét. Ezen túl felmérni a betegek ismereteit a daganatos betegségekkel kapcsolatban.

Vizsgálati módszer és minta: A kutatás leíró, empirikus, és kiegészítő jellegű, amelyben a budapesti Honvéd Kórház és a kecskeméti Bács-Kiskun Megyei Kórház Onkológiai osztályokon dolgozó ápolók, és az azonos időben ott kezelt betegek vettek részt 2014-ben. A vizsgálat módszere az egyéni írásbeli kikérdezés. Az eredmények értékelése MS Excel és IBM SPSS programokkal történt. Az összes értékelhető kérdőív aránya 74,9% (N=131).

Eredmények: A betegek saját egészségi állapotukat és életminőségüket 56,6%-ban alacsonynak ítélték meg, valamint 75%-uk azt vallotta, hogy mindennapjaik, és életvitelük is jelentős mértékben változott. A válaszadók 50%-a valamely negatív jelzővel írta le aktuális érzelmi állapotát, s igen gyakoriak körükben a különböző pszichés zavarok, például a depresszió 17,5%, a szorongás 18,5%, és csökkent önértékelés 14,1%. A válaszadók jelentős többsége (76,3%) nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel a daganatos betegségek természetéről.

Következtetések: A daganatos betegek életvitelét/életminőségét nagymértékben befolyásolja betegségük. A betegek jelentős pszichés terhelésnek vannak kitéve.

Kulcsszavak: onkológiai ápolás, ápolás, betegek, pszichológia, életminőség

Quality of Life of Cancer Patients'

Edit PATÓ

SUMMARY

Aim of the study: This research is the part of an extended examination. It's aim is to assess the cancer patients' quality of life, how the disease affects in the way of life, and also the psychological burden of the patients. Furthermore to assess the patient's knowledge of their disease.

Material and Methods: The research is descriptive, empirical, supplementary, which in nurses and patients in oncology departments of Honvéd Hospital in Budapest and Bács-Kiskun County Hospital in Kecskemét were attend. The method of the survey was an individual questionnaire. The evaluation of the results made with MS Excel and SPSS. The complete evaluable questionnaire's rate is 74,9% (N=131).

Results: the patients judge their own health and quality of life to low in a rate of 56,6%, and 75% of them stated that their way of life and their daily routine has changed in a significant extent. 50% of the responders described their actual emotional condition with a negative indicative, and also occur different psychic disfunctions among them. For example the depression in a rate of 17,5%, anxiety is in 18,5%, and reduced self-evaluation in 14,1%. A significant majority (76,3%) of respondents don't possess the appropriate knowledge.

Conclusions: The disease effect on cancer patients' way of life and quality of life in a significant way. Patients are exposed to a significant psychological burden.

Keywords: oncological nursing, nursing, patients, psychology, quality of life

PATÓ Edit ápoló,
Szent Imre Egyetemi
Oktatókórház, Budapest

Levelező szerző
(correspondent):
PATÓ Edit, e-mail:
patoedit@gmail.com

Beérkezett: 2017. december 27.

Elfogadva: 2018. február 21.

Bevezetés

Napjainkban is rengeteg a daganatos megbetegedés. A magyar Rákregiszter szerint 2013-ban 970 volt a 100 ezer főre jutó új daganatos megbetegedések száma, amelyből 923 esetben rosszindulatú betegségről beszélhetünk. Az Egészségügyi Világszervezet

(World Health Organization, WHO) Cancer Country Profiles nevű, Magyarországra vonatkozó 2014-es adatközlésében, melyet a 2010-es magyar statisztikák alapján készítettek, láthattuk, hogy a daganatok okozta halálesetek száma hazánkban 33200, azaz az összes haláleset közel 26%-a. Az EUROSTAT adatai szerint pedig Magyarország ve-

zeti a listát az Európai Unióban a daganatos betegségek okozta halálozások terén.

A daganatos megbetegedés nem csak a betegek, de a hozzátartozók, és az őket gondozó egészségügyi szakemberek érzelmi életére is hatással van. A jó- és rosszindulatú daganatok nagymértékben befolyásolják a betegek életvitelét, életminőségét. Bár a tudomány folyamatosan fejlődik, a daganatos betegségeket a mai napig nem nevezhetjük biztosan gyógyítható kóroknak, legfőképp, mivel kezelésük nagymértékben függ attól, hogy milyen stádiumban fedezik fel azt; milyen volt a kiindulási sejt, valamint, hogy mi vezetett a kialakulásához. S mivel sok esetben a második és harmadik kérdésre nehéz, vagy netán lehetetlen megtalálni a választ, a terápia nem mindig váltja be a hozzá fűzött reményeket. Ilyenkor a betegben, a hozzátartozókban, de a beteget gondozó ápolóban is érzelmi, pszichológiai folyamatok sora játszódik le, amelyet nem képes mindenki egyformán kezelni. Ennek hatásai olyankor a legszembetűnőbbek, ha a betegség következtében az egyén életminősége, s e miatt családjában, társadalomban betöltött szerepe megváltozik (Hegedűs, 1996).

A betegek életminőségének fő meghatározója a betegségtudat és a betegség-magatartás, éppen ezért életminőségük szintjének fenntartása, illetve csökkenése e tényezőkből is adódik. Betegség-magatartásnak nevezzük a beteg személyekre jellemző viselkedést. Ide tartozik a tünetek észrevétele és magyarázata, illetve a mód, ahogyan az egészségügyi rendszer által kínált lehetőségeket igénybe veszik.

Napjainkban már nem csupán a rosszindulatú megbetegedés jelenlétének ténye, de annak kezelésével, kontrolljával összefüggésben is hatalmas mértékű lelki megterhelésnek vannak kitéve mind a betegek, mind pedig a hozzátartozók. Ezen behatások lelki, magatartásbeli, ez által pedig szociális zavarokat válthatnak ki (Hegedűs, 1998).

A krónikus betegségben szenvedők, főként a rák-betegek szubjektív életminőség-megítélésére fokozottan jellemző, hogy az folyamatosan romlik. A betegség, vagy a terápia okozta szomatikus tünetek, a műtétek fizikális és lelki következményei (önellátási problémák, testkép megváltozása, veszteség élmény) mind nagymértékben befolyásolják a betegek mindennapjait, az életvitelüket, személyiségük egészét. Jellemző lehet, hogy érzelmeiket, félelmeiket nem mutatják ki, elfojtják, így azok mintegy lappangva munkálkodnak, s hirtelen törnek felszínre, a legváratlanabb pillanatokban, amikor valami kibillentí a beteget lelki egyensúlyából. Ilyenkor pszichés tüneteik jól körülírhatóak, szinte már patopszichotikusak. Ha ez az állapot hosszabb ideig fennáll, ismétlődik, vagy véglegesen rögzül, az negatívan befolyásolja a beteg életminőségét, rontja a gyógyítás és a rehabi-

litáció esélyét, valamint súlyos személyiségtorzulást idézhet elő (Hegedűs, 1996).

A vizsgálat célja

Kutatás célja felmérni a daganatos betegek életminőségének és életvitelének változását, az érzelmi állapotukat, valamint betegségükkel kapcsolatos ismereteik szintjét.

Vizsgálati módszerek és minta

A kutatás leíró, empirikus, kiegészítő jellegű és keresztmetszeti. A vizsgálat módszerül a kikérdezést, ezen belül az egyéni írásbeli kikérdezést tartottam legcélravezetőbbnek. Az alkalmazott eszköz két anonim, önkitöltős kérdőív volt, melyek közül az egyiket az onkológiai osztályokon dolgozó ápolók, a másikat pedig ugyanazon osztályokon ápoló daganatos betegek töltötték ki. A használt kérdőívekben szerepelnek mind saját, mind pedig felhasznált kérdések. A betegek által kitöltött kérdőívben szerepel: European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 (EORTC QLQ-C30), amely Európa-szinten elfogadott, a daganatos betegek körében legtöbbször alkalmazott életminőség-skála. Az életminőség-skála összesen 30 kérdést tartalmaz, mindegyik értékelő skála típusú.

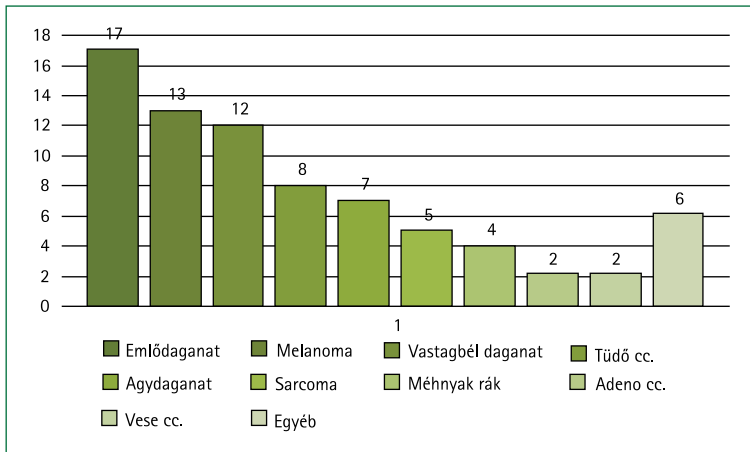
A vizsgálat két különböző helyszínen folyt, Budapesten a Honvéd Kórházban, és Kecskeméten a Bács-Kiskun Megyei Kórházban, mindkét intézet Onkológiai Osztályán. Összesen 175 kérdőív került kiosztásra (az ápolók körében 70, a betegek körében 105), ebből összesen 154-et kaptam vissza (88%) és 131 volt értékelhető (74,9%). Mindkét esetben azokat a kérdőíveket ítélt meg értékelhetőnek, amelyek kitöltöttsége legalább 90%-os volt.

Eredmények

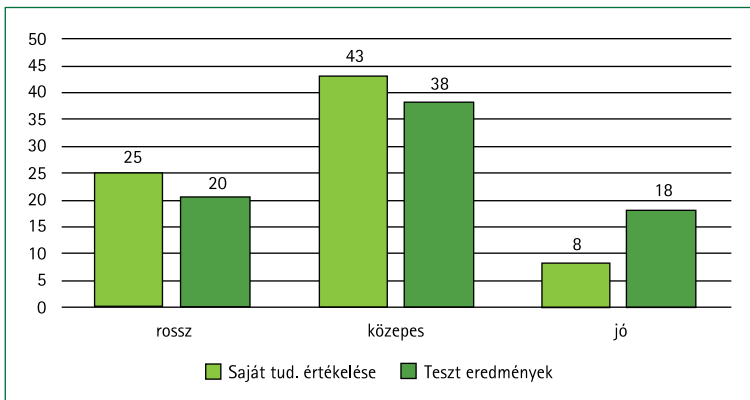
A mintát 131 kitöltött kérdőív biztosította, melynek kitöltői 68%-ban nők, 32%-ban férfiak voltak. A betegek esetében - hiszen ez a kutatás fő célcsoportja -, 54%-os a nők aránya, a férfiaké pedig 46%. A betegek 55%-a 60 év feletti, amely nem meglepő eredmény annak tükrében, hogy ez a korosztály a leginkább érintett daganatos megbetegedések által. Ugyanakkor szembetűnő, hogy a minta 17%-a fiatal, 40 év alatti. Sajnos az elmúlt években az egyre fiatalabb korosztályokat is érinti ez a kór.

A vizsgált mintában a legnagyobb gyakorisággal előforduló betegségek az emlő- és vastagbél daganatok, valamint a melanoma, azonban előfordul hashártya-, húgyhólyag-, és vese carcinoma is (**1. ábra**).

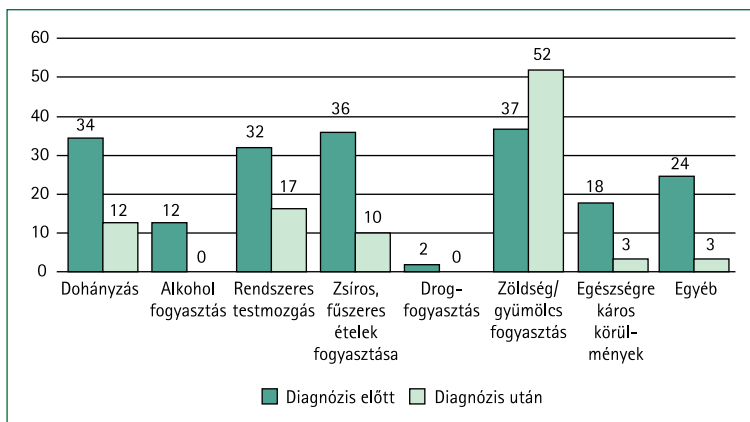
1. ábra: Daganatos betegségek (N=76)



2. ábra: A betegek tudásszintje (N=76)



3. ábra: Életvitel (N=76)



A vizsgálat során felmértem a betegek ismereteinek szintjét a daganatos betegségek terén, valamint, hogy milyenek ítélik meg szubjektíven a saját ismereteiket ezen a területen. Az önértékelést egyetlen kérdés alapján, míg a tudásszint felmérését egy 3 kérdésből álló egységgel végeztem. Az eredmények tükrében kijelenthetjük, hogy többnyire helyesen

mérték fel tudásszintjüket, hiszen a szubjektív önértékelés, és a teszt-eredmények közel azonos arányban oszlanak meg a „jó”, a „közepes” és a „rossz” kategóriák között. Mindazonáltal jelentős többség, 76,3% nem rendelkezik megfelelő ismeretekkel (2. ábra).

Az eredmények bizonyítják, hogy a válaszadók mindennapjai, életvitele is jelentős mértékben változott, hiszen ~75%-uk vallotta azt, hogy a rá jellemző pontok közül legalább egy megváltozott, mióta megismerték a diagnózist. A diagnózis megismerése előtti-, és az utáni életvitel jellemzőit páros t-próbának vettem alá, melynek eredménye $t=9,521$, és $p<0,001$; így kijelenthetjük, hogy szignifikánsan alacsonyabb az önkárosító tevékenységek jelenléte a diagnózis megismerését követően, mint az előtt. Legjelentősebb eredmények ezen a téren, hogy a dohányzásról 22 fő, az alkoholoról 12 fő, a drogfogyasztásról pedig mind a 2 fő letett, azaz összesen 36 fő hagyott fel saját bevallása szerint káros szenvedélyével daganatos betegsége hatására. Továbbá 14 fő nyilatkozott úgy, hogy elhagyta a zsíros, nagyon fűszeres ételek fogyasztását, valamint 15, hogy naponta friss zöldséget, gyümölcsöt fogyaszt. Ugyanakkor fontos megjegyeznünk, hogy 19 fő vallotta, hogy korábban rendszeresen végzett testmozgást, ma már azonban nem. A testmozgással összefüggő szokások változásának hátterében a betegek fizikai teljesítőképességének csökkenése, továbbá a pszichés és szomatikus tünetek jelentkezésének együttese állhat, mely összefüggést a következő sorokban bizonyítottuk (3. ábra).

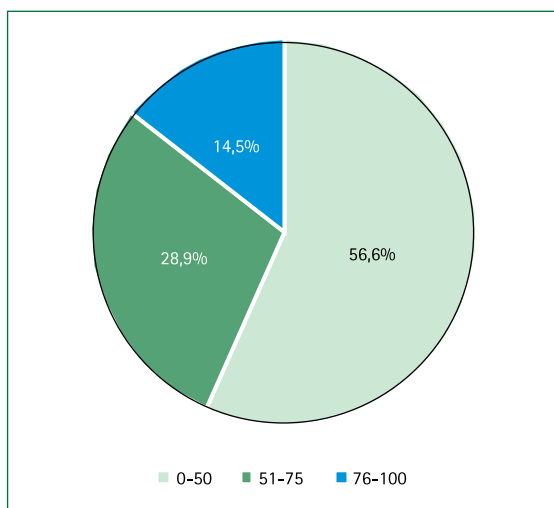
A betegek életminőségének felméréséhez a kérdőívben a korábban említett életminőség-skálát alkalmaztam, amely adatainak feldolgozása csoportokra bontva történt. Három nagy skálát foglalt magába, ezek:

- Globális egészségi állapot/életminőség
- Funkcionális skálák,
- Tüneti skálák csoportja.

A skálák kiértékelése a *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (2001)* alapján történt. A skálákon a maximálisan elérhető pontszám a 100, míg a leg-
alacsonyabb a 0. Az életminőség- és a *funkcionális skála* (amely magában foglalja az emocionális skálát is) esetében a magasabb pontszám magasabb jól-
létet, míg a *tüneti- és a fájdalom skálánál* a magasabb pontszám erősebb tüneteket, gyakoribb, és erősebb
fájdalmat jelent.

A **4. számú ábrán** is jól látható, hogy a betegek saját általános egészségi állapotukat, illetve élet-
minőségüket 56,6%-ban alacsonynak ítélték meg. Szeretném továbbá megjegyezni, hogy a minta
~16%-a nagyon alacsony, kevesebb, mint 30-as értéket mutat ebben a kategóriában.

4. ábra: A betegek életminősége (N=76)



Természetesen teljes képet csak akkor kaphatunk, ha az összes, számunkra fontos eredményt összevet-
jük.

Láthatjuk, hogy az életminőség skálán elért eredmények átlaga 50,9, azonban a minta 56,6%-a keve-
sebb, mint 50-es értéket produkált (**I. táblázat**). Az életminőség és a funkcionális skálák (fizikai-, sze-
rep-, emocionális-, kognitív-, és szociális funkcionális) összehasonlításakor azt az eredményt kap-
tam, hogy korrelációs együtthatójuk $r=0,70$, amely a

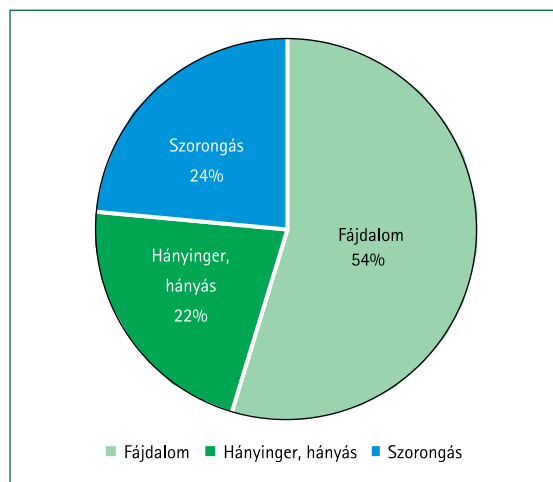
valószínűségi táblázatból kikeresett adatok alapján $p<0,0001$, azaz szignifikáns az eredmény abban a te-
kintetben, hogy a különböző szerepek, és „funkciók” sérülése negatívan befolyásolja a betegek életminő-
ségét.

Kutatások bizonyítják, hogy számtalan daganatos betegségben szenvedő beteg mindennapjait keserí-
ti meg a fájdalom. Mégis kíváncsi voltam, hogy ho-
gyan látják ezt a kérdést az ápolók, illetve a betegek – az életminőség-skálán belül osztályozták a tüneteiket – milyen mértékben számolnak be hasonló pana-
szokról, hogy találkozik-e egymással a hazai betegek igénye és az ápolók észlelése, valamint a nemzetközi kutatások eredményei.

A betegek 77,6%-a vallotta azt, hogy a fájdalom jelen van mindennapjaikban, 56,6%-a, hogy jelentős mértékben befolyásolja a fájdalom, ugyanakkor 22,4%
vallotta azt, hogy egyáltalán nem él meg fájdalmat.

A megkérdezett ápolók 54%-a nevezte meg leg-
gyakoribb ápolási problémának a fájdalmat, ezt kö-
veti a hányinger, hányás, és a szorongás, és végül bőr-
integritási zavarokkal találkoznak a legkisebb számban (**5. ábra**).

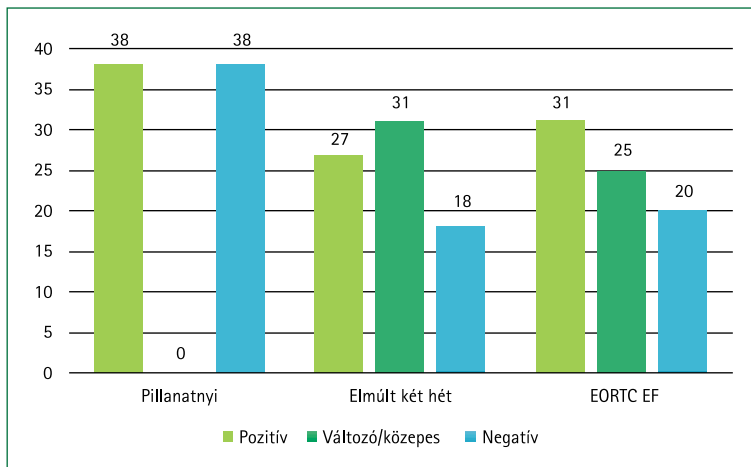
5. ábra: Leggyakoribb ápolási problémák (N=55)



A betegek körében a leggyakrabban előforduló pszichés tünetekként a szorongást (56%), az elma-
gányosodást (20%), a depressziót (16%), a csökkent

I. táblázat: EORTC skálák összehasonlítása (N=76)

| | Életminőség | Funkcionális skála | Emocionális skála | Tüneti skála | Fájdalom |
|---------|-------------|--------------------|-------------------|--------------|----------|
| Átlag | 50,9 | 68,7 | 67,0 | 31,1 | 33,1 |
| Minimum | 8,3 | 13,3 | 0,0 | 5,1 | 0,0 |
| Maximum | 100 | 97,8 | 100,0 | 74,4 | 100,0 |
| Szórás | 23,9 | 21 | 25,5 | 16,3 | 26,6 |
| Módusz | 66,70 | 73,3 | 83,3 | 23,1 | 0,0 |
| Medián | 50,0 | 73,3 | 75,0 | 25,6 | 33,3 |

6. ábra: A betegek érzelmi állapota (N=76)

önértékelést (4%), valamint a kognitív zavarokat (4%) jelölték meg az ápolók. Ezeket az eredményeket alátámasztották a betegektől nyert információk, melyekből szintén az derült ki, hogy igen gyakoriak körükben a különböző pszichés zavarok, például a depresszió (17,5%), a szorongás (18,5%), és a csökkent önértékelés (14,1%).

Azon túlmenően, hogy betegségük befolyásolja a betegek különböző működési aspektusait, érzelmi állapotukat, és számtalan tünet (akár a betegség, akár a kezelések következtében) nehezíti meg életüket, anyagi problémákat is okoz számukra, hiszen kiesnek a munkavégzésből, ez által pedig bevételeik jelentősen visszaesnek. Ezt a korrelációs vizsgálat is alátámasztotta, hiszen az összesített tüneti skála és az „anyagi problémák” skálának összehasonlításakor azt kaptam, hogy $r=0,54$, azaz $p<0,0001$, az utóbb említett és a fájdalom skála összehasonlításakor pedig $r=0,30$, azaz $p<0,01$. Belátható, hogy az eredmények szignifikánsak.

Az érzelmi jólét megítéléséhez az EORTC „Emotional Functioning” nevű skáláját alkalmaztam. Ebben az esetben is a magasabb pont jelenti az - érzelmileg - egészségesebb személyt. Mint azt az **I. számú táblázatban** már láthattuk, az emocionális skála eredményeinek átlaga 67, minimuma 0, maximuma pedig 100 volt. A megkérdezettek 60,5%-a kevesebb, mint a maximális érték 3/4-ét érte el, amelyet nem nevezhetünk kielégítőnek. Ha tovább vizsgáljuk ezt az adatot, azt találjuk, hogy ~41% magas, ~33% közepes, míg 26,7% alacsony értéket ért el a skálán, s közöttük található az a négy személy is, akik 10-nél kisebb értéket prezentáltak.

A pillanatnyi érzelmi állapot leírásakor a betegek 50%-a valamely *negatív* jelzőt választotta, habár több

mint egy negyedük (28,9%) a „bizakodó” kategóriával jellemezte azt (**6. ábra**).

A fent sorolt eredményekből láthatjuk, hogy a daganatos betegséggel élőknek számtalan problémával kell megküzdeniük mindennapjaik során. Helyzetüket tovább nehezíti, hogy csaknem 62%-uk nem ismer semmilyen társadalmi segítőszolgálatot, amely a daganatos betegekkal, illetve értük dolgozik.

Megbeszélés

Ezen kutatás témájának kiválasztásakor az a kérdés foglalkoztatott, hogy milyen hatással vannak a daganatos megbetegedések az egyes betegek életminőségére, életvitelére, és lelki egyensúlyára.

A betegek körében végzett vizsgálat eredményeit, a tüneteket illetőleg, nagymértékben alátámasztják a nemzetközi kutatások, amelyek szerint a daganatos betegek közel 85%-ánál vezető tünet a fájdalom, ami krónikus, és fokozódó jellegű.

Számos esetben jelentkezhetnek kognitív zavarok is -a gondolkodás, az észlelés, az emlékezés és az ezekkel kapcsolatos értelmi folyamatok zavarait soroljuk ide. Együtt járhat megváltozott, zavart viselkedéssel, ingerlékenységgel és pszichomotoros tünetekkel is. Ezen jelenségeknek lehetnek szomatikus és pszichés kiváltó okai egyaránt, így például agydaganat vagy egy krízishelyzet, mely jelentős érzelmi megterheléssel jár.

Látható, hogy a betegek nagy hányadának érzelmi életét jelentősen befolyásolja daganatos betegségük volta, tünetei, vagy éppen a kezelések mellékhatásai. Valamint, ahogyan azt Sophie D. Fossa és munkatársai által készített összehasonlító tanulmány is bizonyítja, nem csak az aktuálisan kezelt, de a rövid- illetve hosszú távú ráktúlélők körében is komoly befolyásoló tényező a betegség volta/leküzdése az életminőség szempontjából. Az ő vizsgálatuk a morbiditásra, a pszichoszociális státuszra, valamint az életvitelre terjedt ki. A daganatmentes populációval összehasonlítva az összes ráktúlélő gyengébb egészségről, sűrűbben megejtett orvosi konzultációkról, valamint a mindennapok során több fellépő problémáról számolt be (Grover et al, 2011.).

Irodalomjegyzék

1. Arraras J, I., Greimel E., Sezer O., Chie W.C., Bergenmar M., Costantini A., Young T., Vlasic K.K., Velikova G. . (2010). An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: an instrument to assess the information given to cancer patients. *46*(15), 2726-2738. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20674333>
2. Állami Egészségügyi Ellátó Központ online adataira, Új daganatos megbetegedések aránya 100 ezer lakosra, és Új rosszindulatú daganatos megbetegedések aránya 100 ezer lakosra
3. Forrás:<http://imea.gyemszi.hu/Report/ReportQueryTable.jsp?report=REA&indicatorId0=40269&indicatorId1=41592&year0=2010&year1=2013&territoryId0=28>
4. Eckhardt, S. (1998). *A felnőttkori daganatos betegségek gyógyszeres kezelése*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
5. Eurostat: Causes of death — standardised death rate, 2013; Forrás: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2013.png
6. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. (2001): The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition), Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brüsszel. Forrás: <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf> Letöltve: 2014.03.17.
7. Grov, E. K., Fossa, D. S., Dahl, A. A. (2011). Short-term and long-term cancer survivors: a controlled, comparative study of morbidity and psychosocial status and way of life of a community *15*(3), 213-220. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388910001043>
8. Hegedűs, K. (1998). Súlyos állapotban levő és haldokló daganatos betegek betegségtudata *Kharón, 2*(1), 13-30.
9. Hegedűs, L. (1996). *Lélektani vonatkozások a rákgyógyászatban*. Budapest: Littera GMK.
10. Riskó, Á. (1999). *Bevezetés az onkopszichológiába* Retrieved from Forrás: <http://mek.niif.hu/02000/02011/02011.htm>
11. World Health Organization - Cancer Country Profiles, 2014. – Hungary. Forrás: http://www.who.int/cancer/country-profiles/hun_en.pdf?ua=1 Letöltve: 2014.04.14.
12. World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles , 2014. – Hungary Forrás: http://www.who.int/nmh/countries/hun_en.pdf?ua=1 Letöltve: 2014.04.14.

IN MEMORIAM

DR. DORIS MATHERNY MODLY

A Nővér folyóirat Szerkesztősége mély megrendüléssel tudatja, hogy 85 éves korában 2018. március 17-én elhunyt Dr. Doris Matherny Modly, aki 1992 és 1995 között tagja volt a folyóirat szerkesztőbizottságának, illetve tanácsadó testületének. Utóbbi tisztségeiben sokat tett a folyóirat fejlesztéséért, és számos közleménnyel gazdagította a magyar ápolás irodalmát. Emlékét kegyelettel őrizzük.

Életét és munkásságát méltató nekrológ a következő számban jelenik meg.



EREDETI KÖZLEMÉNY

A fekvőbeteg ellátó intézmények valós idejű kiürítésének ápolói ismeretei és feladatai

PÁPAI Dániel, DR. PÁPAI Tibor

ÖSSZEFOGLALÁS

Modern, globalizált világunkban, jelentősen megemelkedett az olyan azonnali intézkedést igénylő események száma, ahol egyszerre több ember kimentését, egészségügyi ellátását, elhelyezését kell koordinálni. Sajnos nem csak nemzetközi, de hazai viszonylatban is számítanunk lehet különböző tömeges katasztrófa fenyegetettségekre és eseményekre, legyen az a természeti katasztrófa, vagy a mesterséges katasztrófa különböző formája. Kiemelt fontosságú egy ilyen minősített helyzet kezelése a fekvőbeteg ellátást végző egészségügyi és gondozási intézményekben, ahol egyszerre nagyszámú önellátó képességében és mozgásában korlátozott betegek és gondozottak tartózkodnak. Bár hazai viszonylatban kiemelendő a katasztrófavédelem jelentőségének erősödése, mégis az ilyen azonnali és gyors beavatkozást igénylő esetekben igen nagy feladat és felelősség hárul az ápoló személyzetre. Kérdőíves felméréssel vizsgáltuk a fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolók katasztrófavédelmi és kiürítéssel kapcsolatos ismereteit és ezen ismeretek elsajátításának rendszerét és módját. Az eredmények feldolgozását követően megállapítottuk, hogy feltételezéseink beigazolódtak, miszerint a vizsgált célcsoport ilyen jellegű ismeretei igen hiányosak. A hatékonyság növelése céljából kiemelt jelentőségűnek tartjuk egy egységes elveken alapuló, de az adott intézmény helyi viszonyaira adaptálható eljárásrend kidolgozását és annak képesség szintű oktatási rendszerének fejlesztését.

Kulcsszavak: fekvőbeteg ellátó intézmény, ápoló, katasztrófa, katasztrófavédelem, kiürítés, kompetencia, oktatás

Nurses Knowledge and Tasks of real Time Evacuation of Inpatient Care Institutions

Dániel PÁPAI, Tibor PÁPAI PhD

SUMMARY

In our modern, globalized world, there is a significant increase in the number of events requiring immediate action where coordinating the rescue, health care and placement of several people at the same time. Unfortunately, we can count not only on international, but domestic relations, for various mass disaster threats and events, whether it is a natural disaster or a different form of artificial disaster. It is of the utmost importance to treat such a qualified situation in inpatient care and health care institutions, where there is a large number of patients and caregivers with limited self-reliance and movement. Although it is important to emphasize the importance of disaster prevention in the domestic context, in cases requiring immediate and rapid intervention, there is a great deal of responsibility and responsibility for nursing staff. By questionnaire surveys, we investigated the catastrophic and evacuation knowledge of inpatient care nurses and the system and method of acquiring these skills. After the results were processed, we concluded that our assumptions proved that the knowledge of the target group in question was very incomplete. In order to increase efficiency, we consider it of the utmost importance to develop a procedure based on unified principles but to adapt to the local conditions of the given institution and to develop its ability-based education system.

Keywords: inpatient care institution, nursing, disaster, catastrophe, evacuation, competence, education

PÁPAI Dániel had- és biztonságtechnikai mérnök

DR. PÁPAI Tibor főiskolai docens, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék, Budapest

Levelező szerző

(correspondent):

DR. PÁPAI Tibor;

E-mail: tiber.papai@gmail.com

Beérkezett: 2018. március 25.

Elfogadva: 2018. március 28.

A téma aktualitása

Mindennapi életünkben mind nemzetközi, mind hazai viszonylatban ma már nem csak fogalomként, hanem kiemelt jelentőségű feladatkörként jelenik meg a katasztrófavédelem, katasztrófa elhárítás tevékenységi köre. Az egyre gyakrabban előforduló, különböző nagyságú és súlyossági besorolású minősített helyzetekhez való adaptációra mind magánemberként, mind pedig hivatásunkat ellátó szakemberként is szükség lehet. A különböző társadalmi és technikai változások miatt egyre gyakrabban érik az embereket különböző atrocitások, terrorcselekmények, különböző típusú katasztrófák. Mindezekhez ma már nem szükséges egy háborús-, hadi övezetben élnünk és dolgoznunk. Sajnálatos módon békeidőben is előfordulhatnak olyan rendkívüli események, amelynek hirtelen nagyszámú és különböző súlyosságú áldozatai lehetnek. A megelőzésnek és a biztonságtechnika fejlődésének köszönhetően, nem minden esetben kell egy-egy eseménynek eljutnia odáig, hogy áldozatai legyenek. Sok esetben már a fenyegetettség, vagy a veszélyforrás korai felismerését követően is szükséges azonnali intézkedések és beavatkozások elvégzése, mint például egy kiürítés vagy kimenekítés a veszély zónából. Ilyen váratlan esemény lehet egy tüzeset, mérgező anyagok szivárgása, régi háborús robbanószer feltalálása, egy épület statikai meggyengülése vagy valamilyen természeti katasztrófa veszélye. Sajnálatos tény azonban, hogy igen gyakran érkeznek a hatóságokhoz olyan névtelen fenyegető vagy valós tartalmú bejelentések is, amelyekben adott objektumokban, intézményekben vagy azok közelében elhelyezett robbanószerekre hívják fel a figyelmet. Ezek a váratlan helyzetek leginkább olyan helyekre lokalizálódnak, ahol azonos időben egyszerre nagy tömegek tartózkodnak, legyen az lakókönyezet, szabadidőközpont, munkahely vagy sajnálatos módon akár fekvőbetegeket ellátó és gondozó intézmény is.

Ezen események megnövekedett rizikója és gyakorisága miatt, egyre nagyobb hangsúlyt kap az ilyenkor esedékes kiürítési, kimenekítési folyamat, és a tömeges sérültellátási tevékenység szervezése és hatékony végrehajtása. Kiemelt jelentőségű, hogy az ilyen vészhelyzetekben szervezetten, prioritizáltan és minél begyakorlottabban történjen az érintett emberek, állatok, nagy értékű gépek-műszerek kimenekítése és az épületek, helyszínek biztonságos kiürítése. A hatékony kivitelezés feltétele, hogy egy előre kidolgozott és begyakorolt protokoll vagy eljárásrend alapján történjen a folyamat.

Ez idáig Magyarországon az ilyen események leginkább árvizek idején, lakóközösségekben bekövetkező tűz, gáznemű anyagszivárgással vagy rob-

banással kísért eseményeknél, vagy azok rizikójának fennállásakor voltak jellemzőek. Nem maradhat ki a felsorolásból az elmúlt évek egyik kiemelt eseménye a 2010 októberében bekövetkezett ajkai vörösiszap-katasztrófa, amely 10 emberéletet követelt.

Napjainkban a kórházi ellátás rendszerében jelentős átalakulások mennek végbe részben a társadalom morbiditási mutatóinak változása, részben az egészségügyi ellátórendszer működési nehézségei miatt. Az akut jellegű ellátás prioritása mellett a hangsúly egyre jobban a kritikus állapotú, súlyos önellátási deficittel rendelkező betegek ellátásra és ápolására helyeződött át. Sajnálatos tény, hogy ilyen események a fekvőbeteg ellátó intézményekben, ápolási- és gondozási otthonokban, idősotthonokban is bekövetkezhetnek, ahol a vészhelyzetet elszenvedő tömeg szinte minden tagja tehetetlen vagy önálló mozgásában korlátozott. Hatványozottabban nagyobb feladatot jelent az ilyen esetekben az önellátásukban és mozgásukban károsodott egyének kimenekítése. A hazai fekvőbeteg ellátó intézmények infrastrukturális és betegmobilizálási eszközeinek adottsága (régi, korszerűtlen épületek, kevés és kisteljesítményű liftek, akadálymentesített menekülési útvonalak hiánya, nehezen vagy nem mobilizálható betegágyak, kevés betegszállító kocsik stb.) még inkább nehezítik a kimentést. Ezekben a helyszíneken kiemelt fontosságú a jelenlévő személyzet gyors észlelése és szervezett biztonságos és szakszerű beavatkozása, amelyhez elengedhetetlen ezen képességek rutinszerű alkalmazása, amelyhez megfelelő képzés, gyakorlás és a képességek szinten tartása szükséges.

A katasztrófák csoportosítása és jellemzői

„A katasztrófa a szükséghelyzet, vagy a veszélyhelyzet kihirdetésére alkalmas, illetőleg a minősített helyzetek kihirdetését el nem érő mértékű olyan állapot vagy helyzet, amely emberek életét, egészségét, anyagi értékeit, a lakosság alapvető ellátását, a természeti környezetet, a természeti értéket olyan módon vagy mértékben veszélyeztet, károsítja, hogy a kár megelőzése, elhárítása vagy a következmények felszámolása meghaladja az erre rendelt szervezetek előírt együttműködési rendben történő védekezési lehetőségeit és különleges intézkedések bevezetését, valamint az önkormányzatok és az állami szervek folyamatos és szigorúan összehangolt együttműködését, illetve nemzetközi segítség igénybevételét igényli.” (2011. évi CXXVIII. törvény)

A katasztrófák főbb jellemzői

- előre nem látott
- emberi életet, javakat, infrastruktúrát veszélyeztet

- egyszerre vagy nagyon rövid időn belül nagyszámú ember sérül, kerül közvetlen életveszélybe, sokan meghalnak

- azonnali intézkedést igénylő helyzet
- az érintett közösség önmaga a következményeket felszámolni képtelen
- súlyos egészségügyi és szociális hatása van.

A katasztrófák csoportosítását több oldalról is megközelíthetjük. Az Organisation Internationale de Protection Civile (OIPC) 1974. évi genfi tudományos világkonferenciáján az USA egészségügyi, nevelésügyi és jóléti minisztériumának előterjesztését fogadták el a katasztrófák osztályozását illetően az alábbiak szerint (Nagy & Halász, 2002).

I. Mesterséges katasztrófa

Lényeges jellemzője, hogy alapvetően valamely emberi tevékenységgel függenek össze. Ez lehet inadvát beavatkozás, emberi mulasztás, szándékosság, vagy technikai hiba. A következmények variációi széles skálán mozognak. Ebbe a kategóriába tartoznak a legsúlyosabb társadalmi katasztrófák, a háborús- és terrorcselekmények is (Nagy & Halász, 2002).

- **Terrorizmus:** A szakirodalom a humán katasztrófák közé sorolja a terrorizmust. A jelenség nem új keletű, hiszen napjainkban is lényeges aktualitása van. A szakértők és kutatók mindig is korunk egyik legjelentősebb kihívása és kockázati tényezőjeként tartották számon. Az Amerikai Egyesült Államokat 2001. szeptember 11.-én ért drasztikus, tömegkatasztrófával járó terrorcselekmények sorozata még inkább felhívta az emberek figyelmét a terrorizmusra. Mindenki számára egyértelművé vált, hogy egy valós, konkrét fenyegetettséggel állunk szemben, amely maga a nemzetközi terrorizmus. Az is nyilvánvalóvá vált, hogy a terroristák mindenre elszántan, rendkívül jól koordináltan képesek akcióikat kivitelezni. Mindehhez rendelkezésükre áll egy lényegesen jól képzett, mindenre elszánt, akár öngyilkos akciók végrehajtására is képes személyi állomány. S hogy mindezt biztosítani tudják, az akciók lebonyolításához szükséges jelentős anyagi háttérrel is rendelkeznek. A terrorista megnyilvánulások ellen csak megfelelő defenzív stratégiák kialakításával vehető fel a küzdelem, de sajnos a fenyegetettség gyakran már későn kerül felismerésre.

II. Szociológiai katasztrófa

Különbéféle közlekedési, élelmiszer-, víz- levegőszennyeződés, ipari vészhelyzet, tűz, robbanás, beomlás, tömegjárvány következtében alakulhat ki (Nagy & Halász, 2002).

- **Tűz:** Nap, mint nap értesülhetünk a médiákból

arról, hogy a világ valamely részén nagyobb robbanás, vagy tüzeset, esetleg mindkettő együtt történt. E két esemény gyakran külön-külön következik be, de szoros kölcsönhatás van közöttük. A robbanás kísérőjelensége a legtöbb esetben a kisebb-nagyobb tűz, és sokszor tűz esetén a nagy hőhatás miatt különböző anyagok robbanása következhet be. A robbanások és tüzek közös jellemzője, hogy bár megelőzésüknek számtalan eszközét ismerjük, bekövetkezésüket mégsem lehet teljesen kiküszöbölni. De nem lehet prognosztizálni sem, mikor következhetnek be. Ezért, mind a mai napig az egyik legnagyobb veszélyforrás, hiszen potenciálisan mindenhol jelen van, vagy kialakulhat és rátámadhat környezetünkre. A tűz mellett számolnunk kell a füstmérgezés lehetőségével is. Sajnálatos tény, hogy a régi kórházépületek tűzbiztonsági szempontból igen hátrányos helyzetben vannak a korszerű épületekhez képest.

- **Veszélyes anyagok előállítása, tárolása és feldolgozása** során keletkező baleset eredményezhet tüzet, robbanást, ráadásul olyan káros anyagok juthatnak a levegőbe, vizekbe, melyek erősen károsítják az egészséget és a környezetet is. A keletkező tüzek és robbanások ártó hatásai elsősorban az érintett terület közvetlen környezetében okoznak károkat. Veszélyes anyagok levegőbe jutása által okozott károk súlyossága jelentősen függ a kikerült anyag típusától, mennyiségétől, fizikai tulajdonságaitól, az anyag terjedésének jellemzőitől. Az úgynevezett maró hatású mérgező anyagok tartós károkat eredményeznek, melyek akár évtizedeken keresztül is éreztethetik hatásukat. Tekintettel, hogy az egészségügyi intézményekben is jelentős számú és típusú veszélyes anyagokat tárolnak, itt is kiemelt jelentőségű az előírások betartásán túl a biztonsági szemlélet kialakítása és az esetleges váratlan eseményekre kidolgozott cselekvési terv begyakorlása.

- Hazánk vízhálózati rendszere miatt igen súlyos veszélyt jelent a **veszélyes anyagok vízbe jutása**. A kiváltó okok között leggyakrabban üzemzavar, alacsony technológiai fejlettség, vagy emberi hanyagság feltételezhető. A folyóvizeink szennyezése több napig, vagy több hétig zajló folyamat, melynek köszönhetően a veszélyes elem akár több száz kilométer távolságra is eljuthat. Folyóink területének jelentős része határainkon túl is folytatódik, így a prevenció intézkedéseket hazánkon kívülre is ki kell terjeszteni. Legrosszabb esetben a keletkező tűz és a robbanások, valamint a mérgező anyagok emissziója miatt beindul az úgynevezett dominóhatás, vagyis a kiindulási probléma további súlyos következményeket, sőt akár tömeges pánikhatást generál (Hoffman, et al., 2017).

- **Veszélyes anyagszállítás okozta veszélyeztetettség** szárazföldön (pl. országúton és vasúton), vízi

úton is jelentős mennyiségben valósul meg. Ezen tevékenységek során nagy mennyiségű és jelentős töménységű veszélyes anyagok szállítása történik, így egy esetlegesen előforduló baleset vagy műszaki hiba miatt a káros anyagok környezetbe kikerülve súlyos veszélyforrások lehetnek a lakosság, az állatállomány, az anyagi javak és a környezet vonatkozásában egyaránt. Ezek közül legismertebbek az ammónia, propán-bután, benzin, cseppfolyós oxigén, hidrogén-peroxid anyagok. Hazánk úthálózata sajnos nem teszi lehetővé, hogy a szállítási folyamatok a nagyobb városokat elkerüljék, ennek köszönhetően a főútvonalakkal rendelkező települések jelentős veszélynek vannak kitéve az átmenő forgalom miatt. Az úgynevezett „stacionáris” tehát pontos helyhez köthető veszélyforrások esetében az eljáró szervek előre kidolgozott mentési koncepcióval rendelkeznek. Azonban katasztrófhelyzet vagy annak veszélye esetén a kialakuló következmények megszüntetése lényegesen bonyolultabb feladat, hiszen a mentést végző szervek csak minimális információval rendelkeznek, így a protokoll szerint előírt riasztás, tájékoztatás, mentés, beavatkozás, kárelhárítás nem folytatható megfelelően. Azokban az esetekben, amikor ezen anyagok szállítási útvonala fekvőbeteg ellátó intézmények közelébe esik, az intézményre adaptált biztonságtechnikai rizikó felmérését, egy korszerű eljárásrend kidolgozását és begyakoroltatását szükséges elvégezni. Ebben a tekintetben leginkább veszélyeztetett városaink közé tartozik Szombathely, Veszprém, Székesfehérvár, Kaposvár, Szekszárd, Kecskemét, Szolnok, Miskolc, Nyíregyháza, Debrecen, Szeged és fővárosunk, Budapest is, amelyek mind rendelkeznek fekvőbeteg ellátó intézményekkel (219/2011. (X. 20.) Korm. rendelet).

– **Sugárzóanyaggal foglalkozó tevékenységek** iparbiztonsági megközelítésben a radioaktív és a nukleáris anyagokkal kapcsolatos tevékenységek, amelyek két fő csoportra bonthatóak. Az egyik csoport foglalkozik a nukleáris típusú anyagokkal és az ezekhez kapcsolódó tevékenységekkel (pl. előállítás, kezelés, tárolás stb.) a másik csoport pedig hasonló feladatokat lát el a radioaktív anyagokra specializáltan. Hazánk nukleáris létesítményei közül az I. veszélyhelyzeti tervezési kategóriába tartozik a Paksi Atomerőmű Zrt. 4db VVER-440 típusú blokkja. Az erőmű közvetlen környezetében, mintegy 30 km-es területen belül 70 település helyezkedik el. Ezek a lakóhelyek közigazgatásilag Tolna, Bács-Kiskun és Fejér megyéhez tartoznak, több településen fekvőbeteg ellátó intézmény is található. A kibocsátás mennyiségétől és az időjárási körülményektől függően, ezeken a területeken található intézményekben szükség lehet megelőző védelmi intézkedésekre. Nem feledkezhetünk meg, hogy az

egészségügyi ellátásban is alkalmaznak izotópokat elsősorban diagnosztikai célból, amelynek szállítása, tárolása és alkalmazása szigorú biztonsági előírások szerint kell történnjen (Üveges, 2018).

III. Természeti katasztrófa

Természeti jelenségek okozta súlyos károk, veszélyhelyzetek, például: forgószél, tornádó, hóvihár, jég, eső, földrengés, áradás, hőmérsékletingadozás, aszály, lavina, vulkánkitörések, erdő- és bozóttűz, villámlás.

– **Árvíz veszélyeztetés** Magyarország domborzati jellege és vízhálózatának elrendeződése miatt a nagyobb kiterjedésű területek kerülnek gyakrabban az elöntés veszélyének közelébe. Ebből kifolyólag hazánkban az árvízvédelemnek különösen nagy szerepe van. Hazánk éghajlati és területi tulajdonságai miatt az év bármely időszakában előfordulhatnak heves és tartós árvizek. Az árvizek gyors kialakulása miatt a védekezésre nehezen lehet felkészülni, a tevékenységeknek elsősorban a mentésre kell irányulniuk (Petró, 2010).

– **Földrengés** – bár hazánkban a földrengés valószínűsége csekély, azonban keresztülhúzódik az országunkon néhány törésvonal, amelyek mentén kisebb tektonikai eredetű rengések előfordulnak. Korábban tömeges sérülést, vagy kiemelkedő anyagi vagy természeti károkat eredményező rengés még nem alakult ki, de veszélyes technológiát alkalmazó létesítmények tervezésénél figyelembe kell venni a földrengésállóságot is

– **Meteorológiai jellegű katasztrófák** – az időjárás szélsőséges viszontagságai miatt alakulnak ki, amelyek közül az alábbiak okozhatnak problémát a fekvőbeteg ellátásban.

- **Rendkívüli hóviharak, nagy mennyiségű csapadék** számottevő problémaforrások lehetnek, hiszen épületeket károsítanak, rongálnak. A hirtelen keletkező csapadék leginkább akkor jelenthet problémát, ha a lezúduló víz elvezetésére szolgáló csatornarendszer nem képes az összegyűlt vizet elvezetni, és ilyenkor az adott épület elárasztása okoz ellátási nehézséget, amikor is szükség lehet azonnali kiürítésre is.

- **A szélviharak**, orkányszerű szelek, forgószellek, netán tornádók szintén súlyos károkat okozhatnak, legrosszabb esetben személyi sérüléssel is járhatnak. A viharok hatásaként gyakoriak az akár több napig tartó áramkimaradások is. Fontos figyelmet szentelni a villámcsapások okozta károsodásoknak és a tűzkatasztrófáknak is.

A fenti csoportosítás és felsorolás alapján egyértelmű, hogy a fekvőbeteg ellátó intézményeket a katasztrófák valamennyi formája veszélyeztetheti, így

minden esetben fontos az ellátó személyzet kiürítési ismereteinek fejlesztése és a képességek begyakorlása egy egységes eljárásrend alapján.

A kiürítés szervezése és végrehajtása a kórházakban

A kórház a beteg, vagy akut állapotban lévő emberek ellátására, gyógykezelésére, ápolására szolgáló intézményrendszer, amely egyúttal gondoskodik a beteg emberek életszükségleteinek kielégítéséről is. A kórházaknak többféle típusát különíthetjük el. Többféle szempont szerint csoportosíthatóak, de legcélszerűbb a feladatellátás és a szakterület szerint végezni a kategorizálást.

A valós idejű kiürítés fogalmkörébe sorolunk minden olyan eseményt, amely valamilyen katasztrófa bekövetkezése miatt válik szükségessé, s melynek eredményeként elengedhetetlen lehet a tartózkodási hely, lakóhely, a munkavégzés helye, vagy valamely közösségi hely átmeneti vagy tartós idejű elhagyása. Ezekben a váratlan vészhelyzetekben nélkülözhetetlen elem az érintett embercsoport mielőbbi védett helyre, biztonsági zónába történő elszállítása, majd onnan szükség esetén a továbbszállítás vagy a visszatelepítés megfelelő koordinálása. Nagyon fontos továbbá a biztosítási feladatok szakszerű kivitelezése is, melyek ellátásáért elsődlegesen a Katasztrófavédelem felel. Az életeseemény, vészhelyzet súlyosságától függően több társszerv (leggyakrabban az Országos Mentőszolgálat, a Magyar Honvédség és a Magyar Vöröskereszt), sőt akár önkéntes segítők bevonása is szükséges lehet.

A kiürítési folyamat elsődleges célja, hogy a nem várt esemény (pl. tűz, bombairadó, terror fenyegetettség) során biztosítsa az építmény veszélyeztetett teréből történő kijutást a biztonságos térbe, vagy kijelölt gyülekezőhelyre. A menekülési protokollok nem építkezhetnek kizárólag csak a mentésben résztvevő szervek (rendőrség, tűzoltóság, mentőszolgálat) segítségére, hiszen bizonyos esetekben azok helyszínre érkezése időigényes lehet. A veszélyeztetett építmények típusa, kockázati osztály szerinti besorolása valamint a bent tartózkodó személyek mozgathatósága alapvetően befolyásolja a kiürítést és a mentés menetét. Szükség esetén több stratégiát is lehet egymással párhuzamosan használni.

Részleges kiürítés kerül végrehajtásra abban az esetben, amikor a kórház egy vagy több részlegében, szakaszolható épületrészében az ott bekövetkezett esemény – tűz, szerkezetben létrejött károsodás, súlyos közműsérülés, robbanás stb. – veszélyezteti az ápoltak és a személyzet egészségét, testi épségét, vagy huzamosabb időn át akadályozza a gyógyító munka eredményes végzését. Részleges kimenekí-

tésről beszélünk abban az esetben is, amennyiben a bekövetkezett esemény nem veszélyezteti ugyan a többi épületben elhelyezett beteg és az ott dolgozó személyzet egészségét és testi épségét, azonban a helyi viszonyok lehetőséget adnak, hogy a kórházon belüli, azaz más pavilonba történjen a betegek áttelepülése.

Teljes kiürítés abban az esetben rendelhető el, ha az intézmény egésze veszélyben van (elsősorban vegyi-, vagy nukleáris baleset, bomba általi fenyegetés fennállásakor). Ilyen esetben az elrendelő a telephely teljes kiürítéséről dönt. Az elsődleges feladat minden esetben az életmentés kivitelezése, és csak ezután kerülhet sor a vagyontmentéssel kapcsolatos teendők végrehajtására. A mentésre igénybe vehető – az osztály személyi állományán kívül – az itt tartózkodó minden személy.

A fekvőbeteg ellátó intézmény kiürítésének általános szabályai

1. Minden fekvőbeteg ellátó intézménynek rendelkeznie kell egy helyi viszonyokra adaptált katasztrófavédelmi, kiürítési tervvel, amit az alkalmazotti állománnyal ismertetni, oktatni és gyakoroltatni szükséges. A tervet évente revidálni és ismétlő jelleggel oktatni és gyakoroltatni szükséges.

2. Az adott intézmény valamennyi osztályának, részlegének területén, illetve az intézmény bármely épületében vagy emeletén fellépő veszélyeztető esemény esetén (tűz, robbanás, épületszerkezetben létrejött károsodás, gázömlés, csőtörés, terrorcselekmény általi fenyegetettség stb.) az eseményt észlelő személy haladéktalanul köteles értesíteni a biztonsági szolgálatot vagy a diszpécser szolgálatot.

3. A kiürítés elrendelését szabályozni szükséges.

Az elrendelésre jogosultak

- munkaidőben a kórház főigazgató, távollétében a helyettesítésével kijelölt, megbízott személy és az érintett osztály vezetője

- ügyeleti időben az intézetvezető ügyeletes főorvos vagy osztályvezető

- az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság szakemberei (tűzoltók) megérkezése után a kárhely parancsnok rendelheti el

4. A kiürítés/ kimenekítés elrendelése történhet

- hangos bemondón
- szóban, futár útján (betegszállítók, diszpécser szolgálat, kézbesítők)

- telefonon (osztályok, rendelők, részlegek, munkahelyek, irodák stb)

- ritkábban írásban (sms vagy számítógépes belső levelezési rendszer).

Fontos, hogy először a veszélyben lévő személyek, pl. orvosok, ápolók, betegek és látogatók értesítését

I. táblázat: A kiürítés hatékonyságát befolyásoló tényezők csoportosítása (saját szerkesztés)

| Emberi tényezők a veszélyzónában lévő emberek / betegek | Az épület (kórház) az esemény helyszínének jellemzői | Eszközök kiürítést segítő | A kiürítésbe bevonható személyzet |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • eszmélete, tudata • mentális státusza • pánik reakciója • önellátó képessége • mobilizálhatósága • fizikai ereje • helyismerete • létszáma • eloszlása • tevékenysége • egymás közti kapcsolata | <ul style="list-style-type: none"> • szerkezet • hotel / pavilon • infrastruktúra • elrendezés • szintek/ emeletek • biztonságtechnikai szakaszolás • hő-, füst elvezetés • menekülési útvonal • akadály mentesség • liftek | <ul style="list-style-type: none"> • gördíthető betegágyak • gurulós fekvőkocsik • guruló ülőkocsik • transzport gépek, eszközök • mobilizálást segítő egyszerű eszközök • EH eszközök • kommunikációs mobil eszközök | <ul style="list-style-type: none"> • létszáma az ellátandókhoz viszonyítva • szakirányú végzettsége • neme, életkora • fizikai állapota • katasztrófavédelmi ismerete, annak begyakorlottsága • helyismerete • szervezőképessége • reakciója |

kell végrehajtani (például a veszélyeztetett helyiségek mellett, fölött, alatt lévő helyiségben tartózkodók). Ezt követően a mentésben közreműködőket (betegszállítókat, különböző szolgálatokat) kell értesíteni, végül az osztályok, részlegek vezetőit.

5. A kimenekítés elrendelését követően a vezető rövid tájékoztatást ad a kialakult veszélyhelyzetről és intézkedik a mentésre.

6. Minden esetben először a veszélyeztetett terület kerüljön kiürítésre. Tűz esetén, mivel a tűz elsősorban függőlegesen terjed a leggyorsabban, ezért először a tűzfészek fölötti helyiségekben lévő személyeket kell menteni, majd ezt követően az alsó szinteken lévő személyeket.

7. A menekülési útvonalon lévő, zárt állapotú ajtók nyitását a nap bármely szakában biztosítani kell. Ennek érdekében a kulcsokat felismerhető módon jelölve a biztonsági szolgálatnál két példányban kell elhelyezni, melyből a második példányt a (tartalék-kulcs) a tartalék szekrényben kell tárolni.

8. Nagyobb létszámú, saját lábon menekülni képes betegek és dolgozók átmeneti elhelyezésére alkalmas helyiségeket kell kijelölni.

A kiürítés tervezése és hatékonyságának fenntartása céljából, a kötelező szempontokon túl számos tényezőt figyelembe kell venni a tervezésnél. (**I. táblázat**)

Vizsgálat célja

A különböző katasztrófavédelmi kutatások rendszerint a kiürítési idő számítását tették a kutatás középpontjába. Saját tapasztalatainkra alapozva feltételeztük, hogy a fekvőbeteg ellátó intézményben dolgozó ápolók jelentős része nincs tisztában, milyen feladatai vannak a katasztrófa helyzetben bekövetkező kiürítés során, és egy ilyen esemény esetén nem tudnának hatékonyan fellépni. Empirikus feltételezésünket támasztja alá az a tény is, hogy sajnálatos, de ki kell mondanunk, hogy az

egészségügyi dolgozók jelentős része a napi munkavégzés során az ellátandó betegnél hirtelen felépő állapot rosszabbodásokat, mint rendkívüli eseményt vagy helyzetet sem tudják kompetenciájuknak megfelelően ellátni. Gyakran az ilyen szituációkban az ijedtség, pánik és a tétlenség jellemzi az ellátó ténykedését, holott mind az alapképzések, mind a ráépülő képzések során, mind pedig a kötelező szakmacsoportos továbbképzések alkalmával elméleti és gyakorlati képzésben részesülnek a szakdolgozók. Ennek ellenére azok a feladatok, amit képesség szinten kellene végezni, egy rendkívüli szituációban gyakran csak az ismeret szinten reprodukálódhatnak.

Ezért vizsgáltuk, hogy a fekvőbeteg ellátásban foglalkoztatott ápolók egyáltalán milyen ismeretekkel rendelkeznek a témával kapcsolatban, mennyire ismerik a saját munkahelyük kiürítési tervét, eljárásrendjét. Vizsgáltuk, hogy az általuk birtokolt tudást hogyan szerezték meg, illetve, hogy milyen képzési formában (elméleti, gyakorlati, mindkettő) kapták ezt az ismeretet. Kutatásunk kitért arra is, hogy a megkérdezettek részt vettek-e már kiürítési gyakorlaton, vagy volt-e részük éles helyzetben részt venni egy ilyen folyamatban. Fő célunk az volt, hogy felmérjük, hogy a vizsgálatba bevont célcsoport tagjai képesek-e egy rendkívüli helyzetben megfelelően végrehajtani feladataikat.

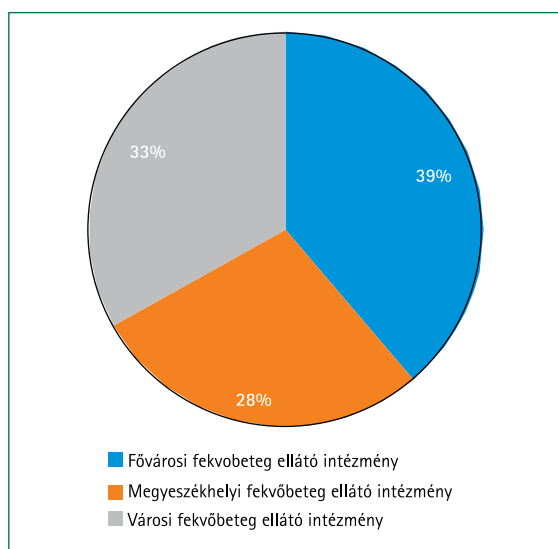
Anyag és módszer

A kutatást egy általunk szerkesztett kérdőívvel végeztük, véletlenszerű, önkéntességen alapuló mintavétellel egy internetes hozzáférésű felületen 2018. január hónapban. A felmérés során használt komplex kérdőívünk a szociológiai adatokon túl 25 zárt és egy nyitott kérdést tartalmazott ismeretre, képességre, képzésre, gyakorlatra, képesség fejlesztésre és munkahelyi sajátosságokra vonatkozóan. A felmérést 2018. január 30-án zártuk le.

Eredmények

A kérdőívet összesen 360 fő (N=360) töltötte ki, melyben a válaszadók nemek szerinti eloszlása 330 nő és 30 férfi. A válaszadók munkahelyének megoszlását is fontosnak tartottuk vizsgálni, mert véleményünk szerint a fővárosi fekvőbeteg ellátó intézmények veszélyeztetettsége nagyobb lehet a terrorcselekmények vonatkozásában. (1. ábra)

1. ábra: A válaszolók munkahelyi megoszlásának mutatói (N=360)

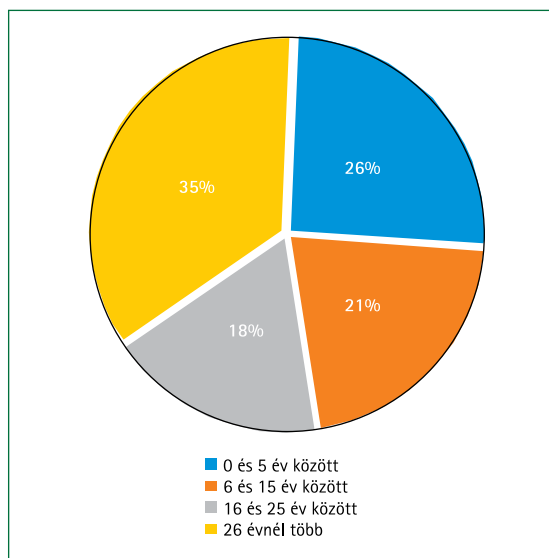


A válaszadók egészségügyben eltöltött munkaviszonyának megoszlása alapján megállapítható, hogy az egészségügyben eltöltött munkaviszony nincs egyenes arányban a katasztrófa helyzeti és kiürítési ismeretekkel. (2. ábra)

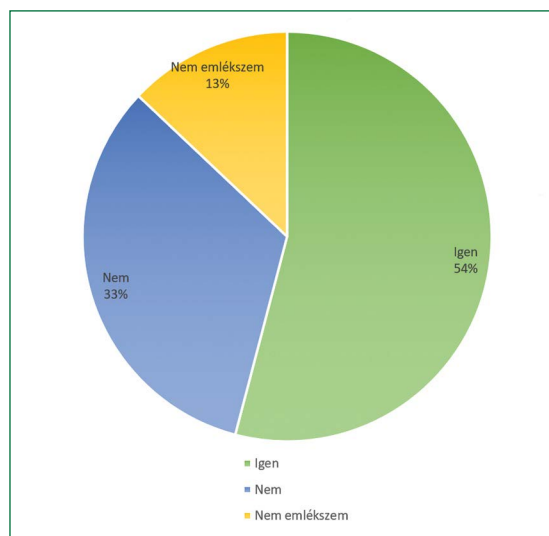
A megkérdezettek 59 százalékának a legmagasabb iskolai végzettsége az érettségi, 30 százalékuk főiskolai végzettséggel, míg a maradék 11 százalék egyetemi végzettséggel rendelkezik. A válaszadók több mint fele részesült iskolai tanulmányai során katasztrófavédelmi, illetve tömeges sérült ellátási képzésben. Sajnos a válaszadók 13 százaléka nem emlékszik, hogy esetleg találkozott volna ezzel a témával iskolai tanulmányai során. (3. ábra)

Vizsgálatunk során szeretnénk volna választ kapni arra is, hogy az ápolók milyen ismeretekkel rendelkeznek a munkahelyük katasztrófavédelmi protokolljával kapcsolatban. Amint azt a mellékelt ábra is mutatja, a megkérdezettek 81 százaléka tudja, hogy az intézmény rendelkezik ilyen tervszellettel, azonban nincsenek tisztában az abban leírtakkal, és nem tudják önállóan alkalmazni azokat. Sajnálatos tény, hogy a válaszadók 16 százaléka nem is tud arról, hogy a betegellátó intézmény rendelkezik-e ilyen protokollal. A fennmaradó 3 százalék pedig egyenesen azt ál-

2. ábra: A válaszadók egészségügyben ledolgozott éveinek alakulása (N=360)



3. ábra: Katasztrófavédelmi, tömeges sérült ellátási tanulmányok alakulása az iskolarendszerű képzések alatt (N=360)

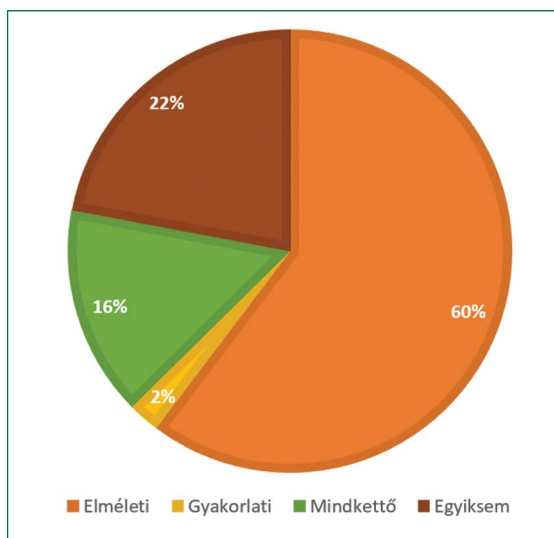


lítja, hogy náluk ilyen katasztrófavédelmi terv nincs is.

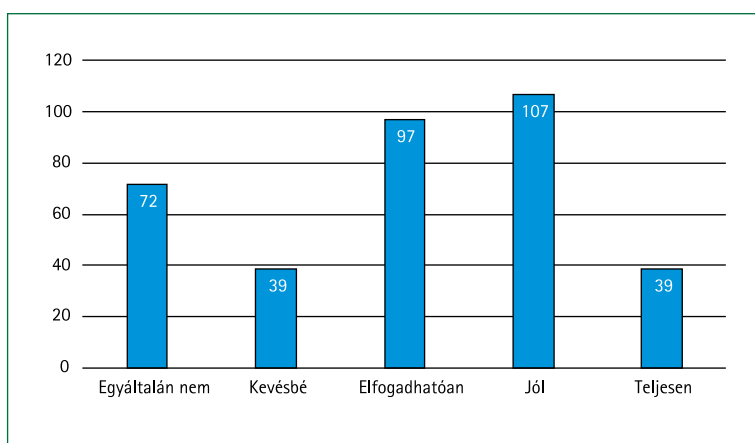
A kérdőívet kitöltők mintegy 60 százaléka egy éven belül részesült oktatásban, mely igen pozitív eredmény. A megkérdezettek között találtunk olyanokat is, akik 1-2 éven belül vettek részt katasztrófavédelmi oktatáson. Az ő arányuk a megkérdezettek 20 százaléka.

Voltak olyan válaszadók is, akik ennél régebben, 3-4 éven belül vettek részt ilyen jellegű képzésen. Az ő arányuk mindössze 10 százalék. A válaszadók fennmaradó 10 százaléka nyilatkozott úgy, hogy 5

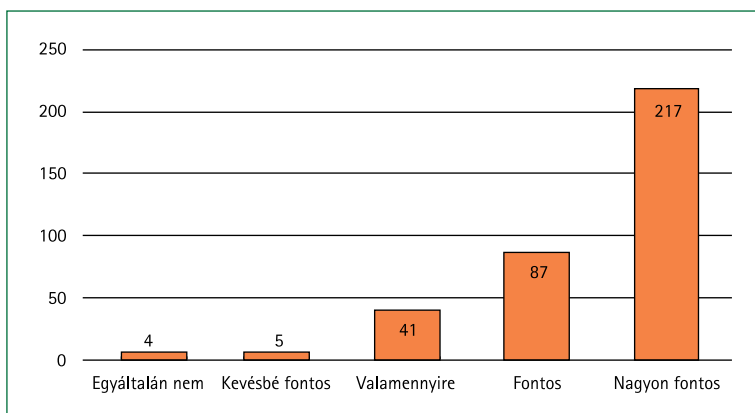
4. ábra: A témával kapcsolatos oktatási formák aránya (N=360)



5. ábra: Önreflexió a kiürítési képességről (N=360)



6. ábra: Az elméleti és gyakorlati képzések igényfelmérése (N=360)



éven túlmenően vett részt képzésben, így ők azok, akiknek az ismeretei a legrégebbiek.

Öröndetes tény, hogy a megkérdezettek 94 százaléka ismeri a kiürítés fogalmát, míg a maradék 6 százalék nincs tisztában ennek a fogalomnak a jelentésével. A válaszadók több mint háromnegyede a mostanáig ledolgozott egészségügyi pályafutása során még nem találkozott kiürítéssel.

Az oktatásban részesültek közül legtöbben csak elméleti jellegű kurzusokon vettek részt. Voltak olyan válaszadók is, ugyan igen kis számban, akik csak gyakorlati oktatást kaptak. Szerencsére a megkérdezettek között szerepeltek olyan személyek is, akik elméleti és gyakorlati oktatásban is egyaránt részesültek. **(4. ábra)** Fontosnak tartjuk, hogy az ilyen jellegű feladatok kompetencia szintű kialakulására minimális elméleti, de főleg nagy óraszámú gyakorlati oktatásokat szükséges szervezni, az ilyen jellegű képességek integrálása céljából!

A kérdőívben egy önreflexiót is elvégeztünk annak céljából, hogy megismerjük, a válaszadók hogyan ítélik meg, mennyire képesek megfelelő időn belül és hatékonyan elvégezni feladataikat egy valós kiürítést igénylő esemény alkalmával. Az **5. ábrán** jól látható, hogy a válaszadók jelentős része közepesre vagy az alá értékelte ilyen jellegű ismeretét és képességét. Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy azok is, akik részt vettek már ilyen jellegű gyakorlaton, igen jelentős számban azt a problémát említették meg, hogy a kiürítés gyakorlatot több hetes előkészületeket követően egy előre bejelentett időpontban szervezték meg, így fel lehetett rá készülni, illetve az egész gyakorlatot végig az illetékes szervek koordinálták. Ezek így rendszerint jól működő gyakorlatok voltak, de a dolgozók, attól tartanak, hogy ezt éles helyzetben nem tudnák ennyire hatékonyan elvégezni.

Az önreflexiót követően pozitívumnak tarjuk azt a tényt, hogy a válaszadók szinte teljes egészében fontosnak tartják azt, hogy e feladatokat rutinszerűen el tudják végezni. **(6. ábra)** Ennek céljából jelentős igény mutatkozik arra, hogy a munkahelyi sajátos-

ságoknak megfelelő elméleti képzéseken és gyakorlati képesség fejlesztéseken rendszeresen részt vehessenek. Üdvözlendő az is, hogy igen sokan, ezen jellegű képességek elméleti megalapozását már az egészségügyi alapképzésekben szívesen vennék, akár önálló modulként, vagy a munkahelyi biztonság témakörhöz kapcsolható tananyagként is.

Javaslatok

A fenti eredmények egyértelműen alátámasztják azon feltételezésünket, hogy a fekvőbeteg ellátó intézményben dolgozó ápolóknak speciális, elsősorban gyakorlati képzést kell kapniuk, mivel nekik a kiürítés során az ön- és kölcsönös segítségnyújtás elvei alapján betegeikre is kiemelt felelősséggel szükséges figyelniük és segíteniük a veszélyzóna elhagyásában és biztonságba helyezésükben. Ezért már az alapképzések kerettantervében, felnőtt képzési programjában és a felsőfokú végzettségűek kimeneti képzési követelményrendszerében kötelezően szerepelnie kellene a tömeges sérült ellátási illetve katasztrófavédelmi ismereteknek, mint tananyagként az elsajátított ismeretek és képességek szinten tartása érdekében. A képzésen túl évente elméleti és gyakorlati jellegű ismétlő oktatás is szük-

séges a szinten tartás és az esetlegesen bekövetkező változások átadása céljából. A fekvőbeteg ellátó intézményekben fontosnak tartjuk kiürítési gyakorlatokat szervezni azért, hogy minél jobban megismerjék a protokollban leírtakat, illetve, hogy képesek legyenek, megfelelő időn belül, maximálisan elvégezni az előírt feladatokat. A megfelelően elsajátított és begyakorolt képességekkel a gyors és biztonságos mentési folyamatokon túl képesek a vészhelyzetekben kialakult pánik hangulat kezelésére is. Az elméleti oktatásra ma már a számítástechnika adta lehetőségeket javasolt maximálisan kihasználni, így az elektronikus **írott anyagok**, oktató videók kiváló lehetőségek az elméleti ismeretek elsajátítására és a gyakorlati képességek fejlesztésére. Az általános ismeretekre alapozva szükségesnek tartjuk az adott fekvőbeteg ellátó intézmény szokásaihoz az egység irányelvek alapján adaptált eljárásrend készítését, ennek oktatását **és gyakoroltatását**.

Jelen publikációnk célja felhívni a figyelmet arra, hogy mennyire fontos a fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolók és más egészségügyi szakemberek képzése a tömeges sérültellátás és a kiürítés hatékony végrehajtása érdekében. Ne feledjük el, betegeink biztonságáért minden időben és minden helyzetben felelősséggel tartozunk!

Irodalomjegyzék

2011. évi CXXVIII. törvény a katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról. Hozzáférhető 2018-03-20, https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100128.TV.
- 219/2011. (X. 20.) Korm. rendelet a veszélyes anyagokkal kapcsolatos súlyos balesetek elleni védekezésről. Hozzáférhető 2018-03-20, https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a1100219.kor.
- Hoffmann, I., Kátai-Urbán, L., Lévai, Z., Vass, Gy. *Iparbiztonsági Kockázatok Magyarországon* Hozzáférhető 2018-03-20, <http://www.vedelem.hu/letoltes/anyagok/549-dr-hoffmann-imre-dr-levai-zoltan-dr-katai-urban-lajos-dr-vass-gyula.pdf>
- Nagy, K., Halász, L. (2002). *Katasztrófavédelem* Egyetemi jegyzet. Budapest: Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Vegyi és Környezetbiztonsági Tanszék
- Petró, T. (2010). A magyarországi patakok, kisebb folyók áradása okozta veszélyhelyzetek, a védekezés lehetőségei. *Hadmérnök*, 5(2) Hozzáférhető 2018-03-20, http://www.hadmernok.hu/2010_2_petro1.pdf
- Úveges, L. (2002). *A Magyar Köztársaság katasztrófa-veszélyeztetettsége és az arra adandó válaszok*. Doktori (PhD) értekezés, Budapest Hozzáférhető 2018-03-20, <http://www.drhornyacscek.hu/publikaciok/doktori%20ertekezesek/doktori%20ertekezes%20>

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA (MESZK) ÉS A FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI ÁPOLÓK EURÓPAI SZÖVETSÉGE (FOHNEU)

2019. április 24-26-án, Budapesten rendez meg

WORKFORCE HEALTH = NATIONAL WEALTH

címmel,

a FOHNEU VII. Nemzetközi Kongresszusát.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információ hamarosan a www.fohneu.org és www.meszk.hu honlapokon keresztül érhető el.

ÁPOLÁS GYAKORLATA, TOVÁBBKÉPZÉS

Biztonságos átadás – Betegátadás fejlesztésének lehetőségei

SINKA LÁSZLÓNÉ ADAMIK Erika, BÖCSKEI Anna, VASS Zsolt,
GÖBÖLY Ágnes

ÖSSZEFOGLALÁS

A betegátadás során elkövetett hibák, tévedések, felejtések komoly következményekkel járhatnak, ugyanakkor megfelelő módszerekkel ezen problémák száma jelentősen csökkenthető. Ezért is tartottuk fontosnak, hogy kialakítsunk egy olyan módszertant, melynek segítségével megismerhetjük jelenlegi működésünket. Az aktuális helyzet alapos megismerése teremti meg annak lehetőségét, hogy olyan intézkedéseket hozzunk saját tevékenységünk fejlesztése érdekében, melyek a valós problémákra koncentrálnak, és amelyekről okkal várhatjuk, hogy tényleges javulást eredményezzenek mindennapi munkavégzésünk során.

Kulcsszavak: betegátadás, műszakátadás, checklista, szervezeti kultúra, kórház

Safe Handover – Opportunities to improve Patient Handover

Erika SINKA LÁSZLÓNÉ ADAMIK, Anna BÖCSKEI, Zsolt VASS, Ágnes GÖBÖLY

SUMMARY

Mistakes, errors made in the patient handover process can result in severe outcomes, but with appropriate measures it is possible to decrease their numbers. Therefore, we considered it important to develop a methodology which would help us analysing our internal processes. Getting to know the current situation well provides the opportunity to implement those changes into our daily work which focus on the actual problems, and which could lead to measurable improvements in our everyday work processes.

Keywords: handover, shift, checklist, organizational culture, hospital

SINKA LÁSZLÓNÉ ADAMIK Erika
ügyvivő szakértő, Semmelweis Egyetem EMK Betegbiztonsági Tanszéki Csoport mesterápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

BÖCSKEI Anna
diplomás ápoló, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Gasztoenterológiai Profil mesterápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

VASS Zsolt
diplomás ápoló, Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, Onkológiai osztály mesterápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

GÖBÖLY Ágnes
kardiotechnikus, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Szívsebészet mesterápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

Levelező szerző

(correspondent):
SINKA LÁSZLÓNÉ ADAMIK Erika;
E-mail: sinka@emk.sote.hu

Beérkezett: 2018. február 16.
Elfogadva: 2018. március 15.

Bevezetés

A betegátadás az egészségügyi ellátás egyik igen fontos része, így kiemelt jelentőséggel bír a fekvő-beteg ellátásban is. Betegátadásra, műszakátadásra, ügyeleti átadásra minden nap sor kerül minden osztályon, de nem feltétlenül a legeredményesebb módon. A betegátadás során elkövetett hibák, tévedések, felejtések komoly következményekkel

járhatnak, ugyanakkor megfelelő módszerekkel ezen problémák száma jelentősen csökkenthető, a betegek e miatti esetleges károsodása megelőzhető. Ezért is tartottuk fontosnak azt, hogy a témával alaposabban foglalkozzunk, megismerjük a lehetséges kockázatokat, a hibák hátterében rejlő okokat és kialakítsunk egy olyan módszertant, melynek segítségével megismerhetjük jelenlegi működésünket. Az aktuális helyzet alapos megismerése teremti meg annak

lehetőségét, hogy olyan intézkedéseket hozzunk saját tevékenységünk fejlesztése érdekében, melyek a valós problémákra koncentrálnak, és amelyektől okkal várhatjuk, hogy tényleges javulást eredményezzenek mindennapi munkavégzésünk során.

Szakirodalmi összefoglaló

Az angol nyelvű szakirodalomban használt „handover” kifejezés sokkal szélesebb körű értelemmel bír, mint amit mi a betegátadás, műszakátadás alatt értünk. Az Australian Medical Association definíciója szerint a handover egy beteg vagy betegek egy csoportjának ellátása kapcsán a szakmai felelősség és kötelezettség átadása egyes vagy minden vonatkozásban egy másik személy, illetve szakmai csoport számára, ideiglenesen vagy tartós időtartamban (AMA, 2006). Ez alapján a handover folyamathoz tartozik többek közt a konzílium, a beteg elbocsátása, vizsgálatra küldése is. E széles témakörből munkánk fókuszál a fekvőbeteg ellátásban történő ápolói műszakátadást és ennek kapcsán megvalósuló betegátadást választottuk.

A betegátadásokban számos veszély lehetősége rejlik, hiszen a kommunikáció hiányosságai jelentős hatással vannak a beteg ellátásával kapcsolatos további folyamatokra. Jelentőséggel bír az is, hogy az átadás közben milyen gyakran fordul elő váratlan esemény, megzavarás, ami a gondolatmenetet befolyásolhatja. Amennyiben nem biztosítottak a betegátadáshoz a megfelelő körülmények (hely, idő, megzavarás mentes környezet), könnyebben fordul elő, hogy hiányos vagy helytelen információk kerülnek átadásra. Ha nincs kialakított rendje annak, hogy egy-egy átadás során milyen információkról kell szót ejteni, akkor az átadás információtartalma esetlegessé válik, előfordulhat, hogy fontos információk nem hangzanak el, illetve irreleváns információk kerülnek fókuszba, esetleg felesleges ismétlésekbe vagy spekulációba bocsátkozik az átadó. A handover során megfigyelt leggyakoribb hiányosságok közt említendő még, hogy időként az ellátásban résztvevők között hiányzik az interaktivitás, és főleg hétvégén a betegátadás csak szimbolikus folyamat. Előfordul, hogy tisztázatlanok a felelősségi viszonyok, és gyakran sérül az egyes társszakmák közötti kommunikáció is. Nem minden esetben megfelelőek az átadásban részt vevő felek kommunikációs készségei, és esetenként a beteget részlegesen vagy teljesen mellőzik a folyamatból (Drachler et al., 2012).

A helytelenül végzett betegátadás számos veszéllyel, kockázattal jár. Következménye lehet a diagnózis felállításának, a kezelés megkezdésének szükségtelen késlekedése, feleslegesen megismételt vizsgálatok, vizsgálati eredmények késleltetett megismerése

vagy figyelmen kívül hagyása, helytelen kezelés elindítása, az ellátás folyamatosságának megszakadása, a kórházi kezelés időtartamának megnövekedése. Akár életveszélyes nemkívánatos események is kialakulhatnak, megnövekedhetnek az ellátás költségei, betegpanaszokra és perekre lehet számítani (ACSQHC, 2010).

A munkánk során áttekintett szakirodalmakban a hiányosságok hátterében álló leggyakoribb okok közt fontos tényezőként azonosították azt, hogy sok helyen nincs a betegátadásra vonatkozóan kialakított eljárásrend, hiányoznak a kapcsolódó protokollok. A munkatársak kevés időt szánnak a betegátadásra és a betegátadás során felmerülő esetleges ismeretbővíteni feladatokra. Hátráltatják még a folyamatot egyes magatartást és szervezeti kultúrát érintő faktorok is, úgy mint a holisztikus betegellátás szemléletének hiánya és a vádló közeg, amely nem támogatja az esetlegesen elkövetett hibák elemzését és az azokból való tanulást (Stoyanov et al., 2012).

Számtalan betegátadási technika került már kialakításra és publikálásra, melyek közül talán az egyik legismertebb az SBAR. Ennek a technikának a nagy előnye, hogy használata rákényszeríti az átadó felet arra, hogy rendezze a gondolatait egy előre meghatározott szempontrendszer szerint, így hatékonyan tudja közvetíteni az információkat. Könnyű megjegyezni, felidézni, használni, emellett egyértelmű, rövid és tömör. A technika neve az átadás elemeinek nevéből összeálló betűszó. Az „S” betű (Situation) a jelen helyzetre utal. Az átadás első szakaszában, a jelen helyzet ismertetésekor kerül sor a beteg azonosítására, és annak bemutatására, hogy mi a helyzet, az mióta áll fenn, hogyan történt, mennyire súlyos, mik a fő panaszok, stb. Az átadás második szakaszát a „B” betű (Background) jelzi, mely a kialakult helyzet hátterére utal. Ekkor a közlés lényegi eleme annak bemutatása, mi vezetett a jelen helyzet kialakulásához, mi történt a közelmúltban a pácienssel. Ide tartozik a klinikai háttér ismertetése is (pl.: iránydiagnózis, felvétel időpontja, gyógyszerérzékenység, jelenlegi gyógyszerek, kapcsolódó kórelőzmény, releváns vizsgálati értékek, stb.). A következő, „A” betűvel (Assessment) jelzett betegátadási szakasz során a helyzet értékelésére kerül sor. Ekkor mondhatjuk el azt, amit a helyzetről gondolunk, ahogy a problémát látjuk, azt, hogy véleményünk szerint mi áll a háttérben. Itt kerülnek ismertetésre a vizsgálati eredmények, életfunkciók, tünetek, folyamatban lévő vizsgálatok, beavatkozások, elvégzendő feladatok is. Ennél a résznél főként az adott műszakban lezajlott változásokra érdemes koncentrálni. Az utolsó szakasz az „R” betűvel (Recommendation) jelzett, javaslatokról szóló fázis. Itt lehet elmondani, mit kellene tenni, milyen vizsgálatokat kellene végezni, mit vol-

na szükséges szigorúbban monitorozni, stb. (Dékán, 2011). Az SBAR technika által rendszerezett információk áttekintését az **1. ábra** segíti.

1. ábra: SBAR technika



Léteznek hasznos útmutatók arra vonatkozóan is, hogy hogyan érdemes a helyes betegátadási módszertant kialakítani és bevezetni egy adott intézményben (ACSQHC, 2010; AMA, 2006; BMA, 2004).

Magyarországon is kezd előtérbe kerülni a betegátadás helyes módszertana, vannak már törekvések e fontos betegellátási folyamat fókuszba helyezésére, egységes mederbe terelésére. 2011-ben a NEVES Betegbiztonsági Fórum témája volt a betegátadás („15. NEVES”, 2011).

2013-ban Sallai Zsuzsa vezetett be egy strukturált ápolói betegátadási formát egy hazai, fővárosi kórház speciális intenzív egységében (Sallai, 2013).

Az Országos Mentőszolgálat 2015 novemberében adta ki “Kórház értesítése, segélykocsi hívás a mentőgyakorlatban” című iránymutatását, mely az SBAR szerinti kommunikációra építkezve részletezi a mentési művelettel kapcsolatos információátadás javasolt strukturáját (Sajtos et al., 2015).

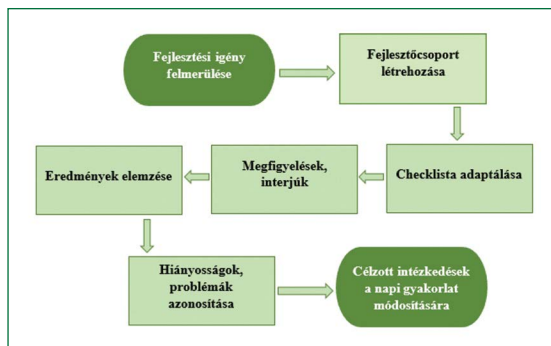
Az Egészségügyi Közlönyben 2016 októberében megjelent fekvő- és járóbeteg ellátási standardok több konkrét témakör köré csoportosítva foglalkoznak a handoverrel, melyek közül a legfontosabbak a “Járóbetegek átadása, továbbutalása”, “Műszakok közötti átadás fekvőbeteg-ellátásban”, és “Fekvőbetegek áthelyezése, továbbutalása, elbocsátása” (EMMI Közlemény, 2016).

Módszertan

A betegátadás fejlesztésének általunk javasolt főbb lépéseit a **2. ábra** szemlélteti.

Az aktuális gyakorlat megismeréséhez szükségesnek gondoltuk egyrészt a műszakátadás folyamatának megfigyelését, másrészt a betegátadás során elhangzó információk alaposágának vizsgálatát. Checklistákat alakítottunk ki annak érdekében,

2. ábra: A betegátadás fejlesztésének lépései



hogy a megfigyelés egységes szempontok szerint történjen, és az egyes események alapján nyert adatok összehasonlíthatóak legyenek, azokból következtetéseket lehessen levonni. Emellett fontosnak tartottuk, hogy felmérjük a munkatársak átadásokkal kapcsolatos ismereteit, véleményét, megismerjük az osztály dolgozóinak munkáját befolyásoló szervezeti kultúrát, a hibákból való tanulás lehetőségével kapcsolatos helyi adottságokat. Ehhez is összeállítottunk egy checklistát, mely akár strukturált interjú alapja lehet, de kérdőívként is kiosztható a munkatársak számára.

A publikáció függelékeként közzé tesszük az elkészült checklistákat. Felhasználásuk előtt javasoljuk azok végiggondolását a tekintetben, hogy azok mennyire felelnek meg a felhasználási hely sajátosságainak. Bár törekedtünk arra, hogy általánosan alkalmazható listát állítsunk össze, lehetnek olyan helyi specialitások, melyekre való tekintettel érdemes még további elemekkel bővíteni a megfigyelési szempontrendszert, illetve előfordulhat, hogy egyes kérdések az adott ellátóhely vonatkozásában nem értelmezhetőek.

Az aktuális helyzet felmérésére való felkészülés során célszerű figyelmet fordítani arra is, hogy az egyes megfigyelési szempontok alatt minden majdani megfigyelő ugyanazt értse, továbbá egyeztetni szükséges arról, milyen esetben tekinthető megvalósultnak a követelmény, és mely esetben kell nem értelmezhetőnek nyilvánítani a kérdést.

A checklisták adaptálását követően javasoljuk azok használat előtti tesztelését, kipróbálását. Ennek célja kettős, egyrészt kiderülhet, hogy a szempontrendszert szűkíteni/bővíteni kell, másrészt a checklista kitöltését is érdemes gyakorolni, hogy éles helyzetben az kellő sebességgel meg tudjon valósulni. A tesztelés tapasztalatait egyeztetni szükséges a résztvevő személyek között, kiemelt figyelmet fordítva az egyes szempontokkal és azok értékelésével kapcsolatos értelmezési problémákra.

Műszakátadás megfigyelése

A műszakátadások megfigyeléséhez összeállított szempontrendszert az **1. függelékben** található, „Checklista az átadások körülményeinek megfigyeléséhez” című táblázat tartalmazza.

1. függelék: Checklista az átadások körülményeinek megfigyeléséhez (Átadásonként töltendő ki!)

Megfigyelés helyszíne:

Megfigyelés időpontja:

| Szempontok | Megfigyelés azonosítója: | | Megfigyelés azonosítója: | | Megfigyelés azonosítója: | | Megfigyelés azonosítója: | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| | igen | nem | igen | nem | igen | nem | igen | nem |
| Írásbeli átadás történt? | | | | | | | | |
| Ágy melletti átadásra sor került? | | | | | | | | |
| Szóbeli átadás történt? | | | | | | | | |
| Volt lehetőség a visszakérdezésre? | | | | | | | | |
| Az információ átadás rendszerezett volt? | | | | | | | | |
| Az átadott információk egyértelműek, jól érthetőek voltak? | | | | | | | | |
| Adatvédelem biztosított volt? | | | | | | | | |
| Megzavarások miatt volt információ kiesés? | | | | | | | | |
| Megzavarások száma | | | | | | | | |
| Átadás időtartama (perc) | | | | | | | | |
| Átadott betegek száma (fő) | | | | | | | | |
| Egyéb észrevétel | | | | | | | | |

Tapasztalatunk szerint a műszakátadások módja leginkább a helyi szokásoktól függ, de akár személyi tényezők is múlhat az, hogy az átadás milyen formában valósul meg. Amennyiben szeretnénk megismerni saját gyakorlatunkat, annak változékonyságát, érdemes egy meghatározott időtávon belül rendszeresen megfigyeléseket végezni, adatokat gyűjteni. Az így nyert információk jó alapul szolgálhatnak ahhoz, hogy értékeljük, és esetleg szabályozzuk, újratervezzük folyamatainkat.

Az általunk összeállított checklista fejlécében szerepel a megfigyelés helyszíne. Ezt akkor szükséges rögzíteni, ha több osztály/részleg megfigyelését is végezzük egyszerre, hiszen fontos, hogy a megállapításaink konkrétumokra épüljenek, az

adott helyszínre vonatkozzanak, ne általánosságokat fogalmazzanak meg.

A megfigyelés azonosítójaként olyan kódot érdemes kialakítani, mely alapján visszakövethetővé válik, hogy pontosan melyik átadással kapcsolatos információkat rögzítettük. Javasoljuk feltün-

netni azt is, hogy az átadás az esti vagy a reggeli időszakban történt-e. Amennyiben a fejlécben a megfigyelés időpontjához beírtuk az aktuális évet és hónapot, akkor a megfigyelés azonosítója lehet például a nap és az időszak (15-én reggel: 15/R). Azon az osztályon, ahol egyszerre több átadásra is sor kerül, mert a kórtermekhez rendelt felelős ápolók mindannyian saját területük eseményeit adják át, ez a kód még tovább bővíthető pl. /1, /2, /3 jelzéssel.

Az átadás megfigyelése során a táblázatba rendezett szempontok teljesülése vagy elmaradása könnyen jelölhető a megfelelő oszlopba tett jelzéssel (pl. pipával, vagy x-szel). Az általunk javasolt megfigyelési szempontok:

2. függelék: Checklista az átadások során elhangzó információk megfigyeléséhez (Betegenként töltendő ki!)

Megfigyelés helyszíne:

Megfigyelés időpontja:

| Szempontok | Megfigyelt beteg azonosítója: | | | Megfigyelt beteg azonosítója: | | |
|---|-------------------------------|-----|-------|-------------------------------|-----|-------|
| | igen | nem | N.É.* | igen | nem | N.É.* |
| Egyértelmű volt az azonosítás? | | | | | | |
| Ismeri már a beteget az átvéő ápoló? | | | | | | |
| A beteg diagnózisa, panasza elhangzott? | | | | | | |
| Érkezés időpontja elhangzott? | | | | | | |
| Ellátás szempontjából fontos előzmény elhangzott? | | | | | | |
| Esett szó a beteg vitális paramétereiről? | | | | | | |
| Átadó műszakjában történt beavatkozások elhangzottak? | | | | | | |
| Műszakban történt alapápolási teendők elhangzottak? | | | | | | |
| Gyógyszerelésről esett szó? | | | | | | |
| Extra esemény ismertetésre került? | | | | | | |
| Várható problémák, kockázatok, szövődmények elhangzottak? | | | | | | |
| Várható vizsgálatok, előkészítési feladatok elhangzottak? | | | | | | |
| Folyamatban lévő terápiák és kapcsolódó teendők elhangzottak? | | | | | | |
| Rátekintettek a betegre? | | | | | | |
| Megtekintették az invazív eszközöket? | | | | | | |
| Esett szó a beteg szükségleteiről? | | | | | | |

*N.É. = nem értelmezhető

- Írásbeli átadás történt?
- Ágy melletti átadásra sor került?
- Szóbeli átadás történt?
- Volt lehetőség a visszakérdezésre?
- Az információ átadás rendszerezett volt?
- Az átadott információk egyértelműek, jól érthetőek voltak?
- Adatvédelem biztosított volt?
- Megzavarások miatt volt információ kiesés?
- Megzavarások száma
- Átadás időtartama (perc)
- Átadott betegek száma (fő)
- Egyéb észrevétel

Az eredmények értékelése során érdemes vizsgálni, hogy mennyire egységes vagy változékony a gyakorlat az átadás módjának tekintetében. E mellett kiemelt jelentőséggel bírhat annak megfigyelése, hogy az esetleges megzavarások milyen hatással voltak az átadandó információk tartalmára. Az információ átadás rendszerezettsége és az egy betegre jutó átadási idő is nagy eltéréseket mutathat műszakonként/személyenként.

Betegátadás megfigyelése

A betegátadások megfigyeléséhez készített checklista a **2. függelékben** található, „Checklista az átadások során elhangzó információk megfigyeléséhez” címmel. Ennek célja az egyes betegekkel kapcsolatban átadott információk rögzítése könnyen összehasonlítható módon, ezen keresztül pedig főként a változékonyság mértékének megismerése.

A checklista fejlécében a megfigyelés helyszíne és időpontja szerepel, melyekkel kapcsolatban az előbbieken ismertetett megfontolások érvényesek. A megfigyelt beteg azonosítójaként nagyon egyszerű kódot érdemes alkalmazni, hiszen arra kell törekedni, hogy a megfigyelés ténye a lehető legkevésbé zavarja az átadást. Amennyiben bonyolult kódrendszert alkalmaznánk, a jegyzetelés nem menne gördülékenyen, vagy lemaradnának adatok, vagy rendszeresen meg kellene szakítani az átadás menetét, és ez nem lenne szerencsés.

Az egyes megfigyelési szempontokhoz ennél a checklistánál alapvetően háromféle válaszlehetőség

tartozik: „igen”, „nem”, „nem értelmezhető”. Az azonosítás egyértelműségére vonatkozó kérdésnél azonban javasoljuk a határozott állásfoglalást, itt a „nem értelmezhető” válasz jelölését nem ajánljuk.

A megfigyelést végzők felkészítése során ennél a checklistánál mindenképpen célszerű egyeztetni azt, hogy mely esetekben jelölhető a „nem értelmezhető” válasz. Alapelveként javasolható, hogy a „nem” választ csak olyan esetben jelöljék, ha az adott információ hiánya hibának tekinthető. Például ha egy ápoló korábbi műszakjaiban már részt vett a beteg ellátásában, és ez egyértelműen ismert, akkor, ha nem hangzik el a beteg érkezésének időpontja, azt a „nem értelmezhető” válasszal lehet jelölni. Abban az esetben, ha az ápoló számára új betegről van szó, a hiányzó információ hibának számít, így „nem”-mel szükséges jelölni.

Szintén a „nem értelmezhető” kategória használatát javasolt akkor, ha az adott szempontot a betegnél nem lehet vizsgálni. Ilyen például az, hogy megtekintették-e a beteg invazív eszközeit, akkor, amikor a betegnek nincs is invazív eszköze.

A táblázatba rendezett, általunk javasolt megfigyelési szempontok az egyes betegek átadása során:

- Egyértelmű volt az azonosítás?
- Ismeri már a beteget az átvevő ápoló?
- A beteg diagnózisa, panasza elhangzott?
- Érkezés időpontja elhangzott?
- Ellátás szempontjából fontos előzmény elhangzott?
- Esett szó a beteg vitális paramétereiről?
- Átadó műszakjában történt beavatkozások elhangzottak?
- Műszakban történt alapápolási teendők elhangzottak?
- Gyógyszerelésről esett szó?
- Extra esemény ismertetésre került?
- Várható problémák, kockázatok, szövődmények elhangzottak?
- Várható vizsgálatok, előkészítési feladatok elhangzottak?
- Folyamatban lévő terápiák és kapcsolódó teendők elhangzottak?
- Ráttekintettek a betegre?
- Megtekintették az invazív eszközöket?
- Esett szó a beteg szükségleteiről?

Az eredmények értékelésekor arra érdemes figyelni, hogy mennyire esetleges az egyes átadások információtartalma, vagy esetleg van-e benne valamilyen rendszer. A saját munkahelyi területre és tevékenységre adaptált checklista alapján jól láthatóvá válik, hogy mely információk közzlése szokott elmaradni, így különböző célzott intézkedéseket lehet indítani annak érdekében, hogy ez a gyakorlat jó irányba vál-

tozzon (pl. checklista az átadandó információkhoz, SBAR technika alkalmazása, oktatások).

Munkatársak megkérdezése

A munkatársak megkérdezéséhez összeállított javaslatunk a **3. függelékben** található, „Interjú kérdéslista” címmel. Ez esetben a fejlécben található azonosító kitöltése opcionális. Amennyiben az anonimitás támogatja a minél szélesebb körben történő válaszadást, az interjú kérdéslista akár kérdőívként is kiosztható, megválaszolható.

Ezzel a kéréslistával kettős célunk volt: a munkatársak kapcsolódó ismereteinek, véleményének felmérése, és a szervezeti kultúra megismerése abból a szempontból, hogy az mennyire teszi lehetővé az esetlegesen elkövetett hibákból való tanulást.

Az ezzel kapcsolatban általunk megfogalmazott kérdések a következő témákra térnek ki:

- Jónak/eredményesnek tartja a jelenlegi betegátadási gyakorlatot?
- Megváltoztatná a jelenlegi betegátadási gyakorlatot?
- Mennyire érzi fontosnak a jelenlegi gyakorlat megváltoztatását?
- Ismer más betegátadási módszert/szokást, mint a jelenlegi? Ha igen, mit?
- Mennyire tartja fontos dolognak a munkavégzése során a betegátadást a betegellátás eredményessége szempontjából?
- Mennyire tartja alaposnak a jelenlegi betegátadási gyakorlatot?
- Véleménye szerint milyen a kommunikáció/együttműködés a kollégák között?
- Vissza mer kérdezni, ha az átadás során valami nem egyértelmű?
- Vissza szokott kérdezni, ha az átadás során valami nem egyértelmű?
- Pályafutása során találkozott már olyan esettel, amikor a betegátadás során elhangzó vagy hiányzó információhoz kapcsolódóan probléma adódott?
- Ha tudna arról, hogy valaki hibázott a betegátadás során, jelezné az érintett munkatársnak?
- Ha tudna arról, hogy valaki hibázott a betegátadás során, fel merné hozni ezt a témát vezetője (főnövére) előtt?
- Tart-e attól, hogy ha hibát jelez, akkor büntetést/leszidást kap?
- Elégnek tartja az átadásra fordított időt?
- Mit tart problémásnak az átadással kapcsolatban?
- Milyen fejlesztési lehetőséget lát a betegátadással kapcsolatban?

A kérdésekre adható válaszok legtöbb esetben strukturáltak (igen/nem válaszlehetőségek, illetve

3. függelék: Interjú kérdéslista

Interjú helyszíne:

Interjúba bevont személy azonosító jele:

| | | | | | | |
|-----|--|-----------------------|-----|---|---|--------------------|
| 1. | Jónak/eredményesnek tartja a jelenlegi betegátadási gyakorlatot? | IGEN | NEM | | | |
| 2. | Megváltoztatná a jelenlegi betegátadási gyakorlatot? | IGEN | NEM | | | |
| 3. | Mennyire érzi fontosnak a jelenlegi gyakorlat megváltoztatását? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (egyáltalán nem) | 2 | 3 | 4 | 5 (nagyon) |
| 4. | Ismer más betegátadási módszert/szokást, mint a jelenlegi? Ha igen, mit? <i>(szabad szöveges válasz)</i> | IGEN | NEM | | | |
| 5. | Mennyire tartja fontos dolognak a munkavégzése során a betegátadást a betegellátás eredményessége szempontjából? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (egyáltalán nem) | 2 | 3 | 4 | 5 (nagyon) |
| 6. | Mennyire tartja alaposnak a jelenlegi betegátadási gyakorlatot? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (egyáltalán nem) | 2 | 3 | 4 | 5 (nagyon) |
| 7. | Véleménye szerint milyen a kommunikáció/együttműködés a kollégák között? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (egyáltalán nem jó) | 2 | 3 | 4 | 5 (kiváló) |
| 8. | Vissza mer kérdezni, ha az átadás során valami nem egyértelmű? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (soha) | 2 | 3 | 4 | 5 (mindig) |
| 9. | Vissza szokott kérdezni, ha az átadás során valami nem egyértelmű? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (soha) | 2 | 3 | 4 | 5 (mindig) |
| 10. | Pályafutása során találkozott már olyan esettel, amikor a betegátadás során elhangzó vagy hiányzó információhoz kapcsolódóan probléma adódott? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (soha) | 2 | 3 | 4 | 5 (nagyon gyakran) |
| 11. | Ha tudna arról, hogy valaki hibázott a betegátadás során, jelezne az érintett munkatársnak? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (soha) | 2 | 3 | 4 | 5 (bármikor) |
| 12. | Ha tudna arról, hogy valaki hibázott a betegátadás során, fel merné hozni ezt a témát vezetője (főnövér) előtt? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (soha) | 2 | 3 | 4 | 5 (bármikor) |
| 13. | Tart-e attól, hogy ha hibát jelez, akkor büntetést/leszidást kap? <i>(értékelje 1-től 5-ig)</i> | 1 (egyáltalán nem) | 2 | 3 | 4 | 5 (nagyon) |
| 14. | Elégnek tartja az átadásra fordított időt? <i>(1-től 5-ig értékelje)</i> | 1 (egyáltalán nem) | 2 | 3 | 4 | 5 (nagyon) |
| 15. | Mit tart problémásnak az átadással kapcsolatban? <i>(szabad szöveges válasz)</i> | | | | | |
| 16. | Milyen fejlesztési lehetőséget lát a betegátadással kapcsolatban? <i>(szabad szöveges válasz)</i> | | | | | |

skalás válaszok). Ennek célja az, hogy segítse a statisztikai feldolgozást, értékelést. Az önálló gondolatok kifejtésére is van mód a szabad szöveges válaszlehetőséget biztosító kérdéseknél.

Eredmények felhasználása

A vizsgálódás során kapott eredményeket célszerű elektronikus adatbázisban (pl. MS Excel, MS Access, SPSS) rögzíteni, majd pedig azokból statisztikai elemzéseket készíteni. Az eredmények értékelése után, a szakirodalmi ismeretek hasznosításával ajánlott megfogalmazni a javaslatokat a lehetséges fejlesztési irányokra vonatkozóan.

Az egész munka során fontos szem előtt tartani azt a szakirodalomból ismert tény, hogy az egészségügyi ellátás során kialakuló nemkívánatos események hátterében jellemzően nem egyszemélyi felelősök állnak, hanem az esetek 75-80%-ában a folyamatok nem megfelelő megtervezéséből és/vagy működtetéséből (pl. helyi protokollok megszegése), a munkahelyi körülményekből (zsúfoltság, megzava-

rások), vagy az ellátók nem megfelelő kommunikációjából (pl. hiányos információk a betegátadásokról) fakadó problémák (Belicza & Lám, 2013).

Éppen ezért fontos, hogy a vizsgálat során nyert adatokból megfelelő következtetéseket vonjunk le, hogy azokra építve helyes fejlesztési intézkedéseket lehessen hozni. A vizsgálódás célja az aktuális folyamatok megismerése, a javítandó területek azonosítása kell legyen, és nem egyes személyek felelősségre vonása.

Az esetleges hibákból, vagy majdnem bekövetkezett hibákból sokat lehet tanulni, de csak akkor, ha a nyitott és őszinte munkahelyi légkör ezt lehetővé teszi. Az ilyen eseteket meg kell ismerni, az oda vezető okokat fel kell tárni annak érdekében, hogy következő előfordulásukat meg tudjuk akadályozni megfelelő megelőző intézkedésekkel.

Véleményünk szerint a checklisták alkalmazásával nyert információk, adatok hozzájárulhatnak ahhoz, hogy tényekkel alátámasztva, reálisan tudjuk értékelni saját gyakorlatunkat. Kedvezőtlen eredmények esetén a felmérésből származó információk is-

mertetése segíthet abban, hogy a munkatársak maguk is felismerjék a változtatás szükségességét, és így

várhatóan aktívabban vesznek majd részt a változtatások bevezetésében.

Irodalomjegyzék

15. NEVES Betegbiztonsági Fórum. (2011) Hozzáférhető 2018-02-14 <http://info.nevesforum.hu/2014/04/15-neves-betegbiztonsagi-forum/>
- ACSQHC: Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. (2010) OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement. Hozzáférhető 2018-01-26 <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>
- AMA: Australian Medical Association. (2006) Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. ABN: 37 008 426 793 Hozzáférhető 2018-01-26 https://ama.com.au/sites/default/files/documents/Clinical_Handover_0.pdf
- Belicza, É., Lám, J. (2013) Egészségügyi minőségbiztosítás. Hozzáférhető 2018-01-26 <http://semmelweis.hu/dei/files/2013/11/Egészségügyi-minőségbiztosítás.pdf>
- British Medical Association (2004) Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. Hozzáférhető 2018-01-26 [https://www.bma.org.uk/-/media/Files/PDFs/Practical advice at work/Contracts/safe handover safe patients.pdf](https://www.bma.org.uk/-/media/Files/PDFs/Practical%20advice%20at%20work/Contracts/safe%20handover%20safe%20patients.pdf)
- Dékán, Z. (2011) A (beteg-) átadás-átvétel kommunikációja. Hozzáférhető 2018-02-14 http://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/12/handover_comm_dekanzita3-oktober6.pdf
- Drachler, H., Kicken, W., van der Klink, M., Stoyanov, S., Boshuizen, H. P. A., Barach, P. (2012) The Handover Toolbox: a knowledge exchange and training platform for improving patient care. *British Medical Journal Quality & Safety*, 21., i114–i120. doi:10.1136/bmjqs-2012-001176
- EMMI közlemény fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjairól. (2016) p. 17-20. Hozzáférhető 2018-01-26 http://bella-akkreditacio.hu/wp-content/uploads/emmi_kozlemeny_kicsinyit--s.pdf
- Sajtos, E., Hetzman T, L., Eröss, A. (2015) Kórház értesítése, segélykocsi hívás a mentőgyakorlatban Hozzáférhető 2018-01-26 <http://docplayer.hu/18085219-Dr-sajtos-erika-dr-hetzman-t-laszlo-dr-cross-attila-dr-temesvari-peter-orvos-igazgato.html>
- Sallai, Zs. (2013) Strukturált ápolói betegátadási forma bevezetése intenzív egységben. Hozzáférhető 2018-01-26 <http://docplayer.hu/38043815-Strukturalt-apoloi-betegatadasi-forma-bevezetese-intenziv-egysegen.html>
- Stoyanov, S., Boshuizen, H., Groene, O., van der Klink, M., Kicken, W., Draschler, H., Barach, P. (2012) Mapping and assessing clinical handover training interventions; *BMJ Quality & Safety*

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

A magyar és angol nyelvű tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett a **Nővér szakfolyóirat 2018. évi lapszámaiban is megtalálhatóak lesznek a továbbképző cikkek.** Előfizetőink számára e friss kéziratokhoz tartozó tesztkérdések kitöltésére – a Nővér 31. évfolyam mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2018. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

Gratulálunk!

Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár nemzeti ünnepünk, március 15-e alkalmából szakmai elismeréseket, kitüntetésekkel adta át.

*Az egészségügyi ellátás érdekében végzett kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként **Pro Sanitate díjban** részesült:*

Dr. Deutsch Krisztina, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet adjunktusa,

Dr. Hoyer Mária, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar tanszékvezető főiskolai docense,

Dr. Járomi Melinda, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet adjunktusa,

Novák Magdolna, az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet megbízott vezető asszisztense,

Rózsáné Rigó Éva, a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztályának vezető védőnője.

*Az egészségügy területén végzett magas színvonalú szakmai munkájukért **Miniszteri Elismerő Oklevélben** részesültek:*

Volter Imola, a Budapesti Mozgásszervi Magánrendelő gyógytornásza,

az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet Krónikus Lélegeztetési Osztálya,

a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Ápolástan Tanszéke,

a Szent Borbála Kórház Szülészeti-nőgyógyászati Osztálya.

Gratulálunk!

A Magyar Országgyűlés, a Magyar Ápolási Egyesület kezdeményezését követően 2014-ben február 19-ét, Kossuth Zsuzsanna születésének évfordulóját a Magyar Ápolók Napjának nyilvánította. Hagyományosan e napon kerül sor a kiemelkedő szakmai teljesítményt nyújtó szakdolgozók kitüntetésére.

A miniszteri kitüntetésekre az Magyar Ápolási Egyesület terjesztette fel a díjazottakat, az elismeréseket Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkártól vehették át a díjazottak.

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

Benkő Lászlóné, Blachné Papp Eleonóra, Fedor Szilvia, Magyar Mónika és Társi Jánosné.

*A miniszteri kitüntetések átadását követően Bugarszki Miklós a Magyar Ápolási Egyesület elnöke **Kossuth Zsuzsanna-díjakat** adott át. A Kossuth Zsuzsanna-díjat a Magyar Ápolási Egyesület 1998-ban a szabadság harc 150. évfordulójának évében alapította. Odaitételének fő szempontjai a kiváló szakmai munkán túl az ápolás és az ápolók, valamint ápolói közösségek létrehozása érdekében kifejtett, az egyesület keretében végzett kiemelkedő tevékenység. A Kossuth Zsuzsanna-díjat idén az alábbi személyek vehették át:*

Bodáné Gyürü Vanda Mária,

Boros Károlyné,

Schmittné Makray Katalin.

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA RENDEZVÉNYEI 2018.

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| MESZK Családi Sportnap IX. | 2018. május 13. | MTK Sportközpont |
| Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző Nap és Ápolói Fórum | 2018. május 18. | PTE Illyés Gyula Kar |
| "A kockázatokról és mellékhatásokról kérdezze meg..." | 2018. május 22. | Budapest, Lurdy Ház |
| SÜRGÉSZ - I. Sürgősségi Konferencia | 2018. május 25. | Budapest, Lurdy Ház |
| Képzők Szakmai Továbbképzése | 2018. június 08. | Budapest, Lurdy Ház |
| MESZK V. Szakdolgozói Tudományos Kongresszus | 2018. szeptember 6. – 8. | Siófok, Hotel Azúr |
| Ápolásmenedzsment és ápolásinnováció V. Országos Tudományos Konferencia | 2018. október 4. | Budapest, Lurdy Ház |
| Lelki Egészség Világnapja IX. Országos Szakmai Verseny | 2018. október 5. 2018. október 12. | Budapest, Lurdy Ház Budapest, Lurdy Ház |
| II. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Tudományos Nap | 2018. október 13. | Budapest, Lurdy Ház |
| Radiográfus Kvíz | 2018. október 20. | Budapest, Lurdy Ház |
| Szociális Munka Napja III. Konferencia "Családok éve a szociális szférában" | 2018. november 9. | Budapest, Lurdy Ház |
| Tagozati Nap "Eszméletlen Konferencia" | 2018. november 23. | Budapest, Lurdy Ház |
| Természetesen az osteoporosisról | 2018. december 1. | Budapest, Lurdy Ház |
| Díjátadó Gála | 2018. december 7. | Budapest, Lurdy Ház |

