

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2010. december, 23. évfolyam 6. szám

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA Tudományos közlések az egészségtudományban <i>Dr. Betlehem József, Prof. Dr. Boncz Imre, Dr. Oláh András</i>	4
EREDETI KÖZLEMÉNY Az ápolói beszélgetésvezetés trendjei <i>Papp László PhD, Nagy Erika</i>	12
KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS A szimulátoros oktatás módszertana <i>Csóka Mária, Dr. Vingender István PhD</i>	22
GRATULÁLUNK	40

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

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

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

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

LETTER FROM THE EDITOR	3
COLUMN OF HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING Scientific reporting in health science <i>Dr. József Betlehem, Prof. Dr. Imre Boncz, Dr. András Oláh</i>	4
ORIGINAL CONTRIBUTION Trends in nurses' conversation-leading skills <i>László Papp PhD, Erika Nagy</i>	12
TRAINING The simulator-based education methodology <i>Mária Csóka, Dr. István Vingender</i>	22
CONGRATULATIONS	40

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett

Szerkesztőbizottság/Editorial BoardDr. Betlehem József
*egyetemi docens, dékán-helyettes*Kárpáti Zoltán
*ápolási menedzser*Dr. Oláh András
*egyetemi docens, tanszékvezető*Szloboda Imréné
*ápolási igazgató*Tóth Ibolya
*szakmai vezető főtanácsos*Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus Raskovicsné. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 214, H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070. ISSN 0864-7003

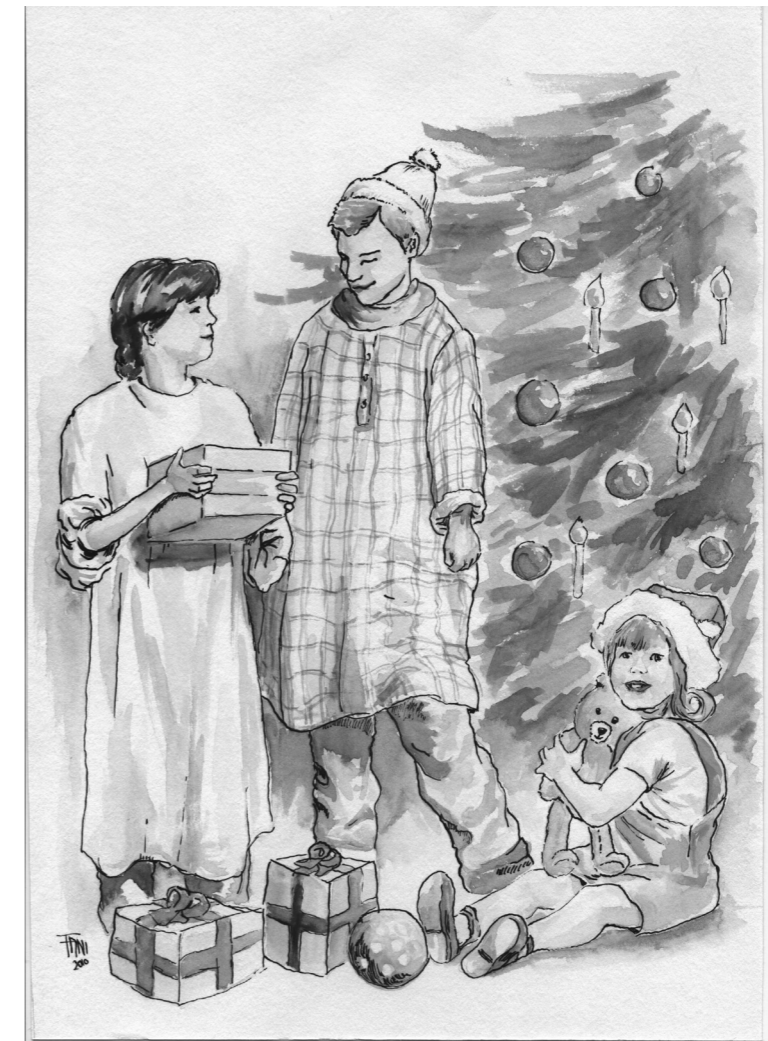
Tanácsadó testület/Advisory BoardDr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
Markusovszky Kórház, SzombathelyBoldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Főiskolai Kar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

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

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

MINDEN KEDVES OLVASÓNKNAK
SZÉP, BÉKÉS ÜNNEPEKET,
ÉS BOLDOG ÚJ ESZTENDŐT KÍVÁNUNK!

A NŐVÉR
SZERKESZTŐSÉGE ÉS KIADÓJA



Készítette: Focht Anita főiskolai végzettségű ápoló, BMKT Pándy Kálmán Kórház, Gyula

Tudományos közlések az egészségügyben

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, mb. intézetigazgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
Ápolás és Betegellátás Intézet Sürgősségi Ellátási Tanszék

Prof. Dr. Boncz Imre

c. egyetemi tanár, egyetemi docens, mb. intézetigazgató, tanszékvezető
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet Egészség-gazdaságtani,
Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék

Dr. Oláh András

egyetemi docens, tanszékvezető, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
Ápolás és Betegellátás Intézet Ápolástudományi Tanszék

Összefoglaló

A szakmai problémák tudományos igényű feldolgozása és a szakmai közéletben való közreadása növekvő elvárás az egészségügyben. A felsőfokú végzettségű szakembereknek nemcsak képesnek kell lenniük a tudományos közlemények olvasására, hanem maguknak is szükséges ilyen típusú vizsgálatokat végezni és azt közölni. Jelen közlemény célja, hogy bemutassa az orvos-egészségtudományi közlések történeti előzményeit, a közlés fejlődésének állomásait és a napjainkban tapasztalható szakmai közlések tendenciáit.

A szerzők szakirodalmi áttekintés segítségével összefoglalják a mai publikációs műfaji sajátosságok főbb formáit és utalást tesznek azok egészségügyben való alkalmazhatóságára is. Az írásos közlések mellett kitérnek az előadás és a poszter készítés jellegzetességeire, azzal a céllal, hogy elősegítsék a tudományosan feldolgozott egészségügyi gyakorlati problémák hazai és nemzetközi megjelenítését.

Kulcsszavak: tudományos közlés, egészségügy, absztrakt készítés

Tudományos közlések az egészségügyben

A tudomány folyamatosan változó és napjainkban soha nem látott sebességgel megújuló világában egyre fontosabb szerepet kap a használható ismeretek helyes kiválasztásának igénye. A helyes, megbízható adatforrások létrehozása és a gyakorló szakemberekhez való eljuttatása egyre fontosabb. Emellett a gyarapodó tudományos eredményeknek a szakmai alapok megszilárdítását és a tudományos hitelességet is szolgálnia kell annak érdekében, hogy az egészségügyhöz tartozó területek (pl.: ápolás, gyógytorna, diétetika, stb.) elismertsége növekedjen. A tudományos elismertség ahhoz is hozzájárulhat, hogy az egészségügy-

dományt művelők önérvényesítő törekvései hatékonyabbak lehessenek.

A tudományos megjelenítés, az elért újabb eredmények közlése az orvos-egészségtudományban alapkövetelmény, melynek mára kidolgozott és elfogadott rendszerei léteznek. A gyakorlati problémákon nyugvó vizsgálatoktól elindulva, a felkért támogatott kutatásokon át, az elméleti szakemberek által kezdeményezett szisztematikusan felépített kutatásokig sokféle mód lehet arra, hogy gyarapítsuk a tudományt. A tudomány megfelelő módon történő gyarapítására azonban kellően felkészültnek kell lenni ahhoz, hogy valóban a fentebb említett szakmai tudományos elismertséghez hozzá tudjunk járulni.

A megfelelő módszertannal előállított újabb eredményeket nem csak célszerű megmutatni, hanem ütköztetni is kell egy szakmai közösségben, ahol szerencsére mindig lesznek jól felkészült szakmai kritikusok és szerencsétlenségünkre valószínűleg magukat annak mutatók, de nem utolsó sorban olyan szakemberek is, akik az újabb eredményekből tanulni szeretnének a szakmájuk és a betegellátás javítása érdekében. A nem orvos egészségügyben az egyik legnagyobb problémának mégis az számít, hogy a megfelelő módszertan mellett a kiváló lényeglátással rendelkező ambiciózus kollégákat rábírjuk arra, hogy mutassák meg gyakorlati munkájuk problémáit egy kritikus tükrön keresztül. A kritikus gondolkodás képes hozzásegíteni bennünket ahhoz, hogy ne csak passzív elfogadás útján, hanem aktív vizsgálódás és gondolkodás révén végezzük a napi tevékenységeinket (Simpson, 2002).

Az egészségügy tudomány írásos megjelenítése

A megfelelő módon feldolgozott és új eredményekkel kecsegtető gyakorlati problémát többféleképpen adhatjuk közre. Ennek régóta kialakult rendszere van a természettudományban és az orvostudományban, amiből számosat mi is haszonnal alkalmazhatunk az egészségügyben. A tudományos megjelenítésre kialakultak olyan strukturált közlési rendszerek, melyek a gyors áttekinthetőséget, a világos érthetőséget és az összehasonlíthatóságot szolgálják.

Az orvostudomány fejlődésével már a középkorban megjelent annak igénye, hogy a gyakorlati megfigyeléseket és kísérleteket írásban is rögzítsék. Az első rendszerezett írásban is rögzített tudományos jellegű írás eredetét az 1665-ra teszik. Ennek első formája a tudományos levél volt, ami az azt követő kb. 200 évben sem változott lényegesen. Ebben a közlési formában általában egy szerző udvarias stílusban több témában osztotta meg véleményét az olvasókkal. A tudományos levéllel párhuzamosan létezett a kísérletek leírását tartalmazó kísérleti beszámoló. A kísérleti beszámoló egy sokkal

rendezettebb struktúrát követett, melyben az esemény minél pontosabb leírására törekedtek, gyakran az időrendi sorrendet tartva a legfontosabb rendező elvnek. Külön hangsúlyt fektettek ezen írásokban a módszerek és az eredmények rögzítésére, amiket néha magyarázattal is elláttak (Kronick, 1976). A kísérleti beszámoló forma egyre inkább a megbízhatóbb orvosi írásokat jelentette a 18-19. században (Atkinson, 1999). A 19. század második felében a módszertan egyre fontosabb szerepet töltött be a közlésekben, hisz az eredmények befolyásolásában egyre nagyobb szerepet tulajdonítottak neki. A vizsgálatok körülményeinek leírása a reprodukálhatóság lehetőségét is megteremtette (Day, 1998). A tudomány kísérletes vizsgálódásának módszertani kérdései a pszichológia tudományának fejlődésével kerültek előtérbe, melyek az orvostudományban is hatottak (Evans, 2000). A 19. századtól a közlemények szerkezete is átalakult „elmélet – kísérlet – megbeszélés” fejezeteknek megfelelően. Az egységes tagolás jelentős lépés volt a tudományos írások megjelentetésében, hisz ekkorra már számos orvosi folyóirat létezett, sőt egyre újabbak jöttek létre. Természetesen ez a változás az angol nyelvű irodalomban érezhető a legszembetűnőbben (Atkinson, 1992). A 20. század elejére sokféle irodalmi stílusban adtak közre tudományos írásokat, azonban további rendeződés mégis megfigyelhetővé kezdett válni. Az új gyakorlat a bevezetés, módszerek, eredmények és megbeszélés szerkezetet követte, amelyet ezt követően egyre szélesebb körben vettek át a tudományos folyóiratok (Huth, 1987). Az 1930-as évektől a mértékadó orvosi folyóiratokban markánsan megfigyelhető volt az a törekvés, hogy egységes stílusban jelenjenek meg a közlemények. Sollaci és munkatársai (2004) 1935 és 1985 között figyelték a négy legmeghatározóbb és legtekintélyesebb orvosi folyóiratban a fenti négyes tagolásnak (bevezetés, módszerek, eredmények és megbeszélés) megfelelő közlemény szerkezetet. A folyóiratok The British Medical Journal, JAMA, The Lancet, The New England Journal of Medicine voltak. (1. ábra) Az eredmények alapján kijelenthető, hogy a legdinamikusabb változás a négyes tagolás alkalmazásában az 1960-as évektől érhető

tetten. A megnövekedett információ áradat tette szükségessé a standardizált közlési szerkezet alkalmazását, ami alapján a teljes közlemény végigolvasása nélkül, már a rövid összefoglalóból is kiderül a főbb mondanivaló. Az időközben megjelent kulcsszavak használata tovább segítette a tudományos eredményekben való tájékozódást és kategorizálást.

A mai orvos-egészségtudományi jellegű folyóiratokban az eredeti közleményeknél is megtaláljuk ezeket a szerkezeti elemeket, amelyeknek használata a sikeres publikálás elengedhetetlen feltétele. (1. ábra)

A tudományos közlemények műfaji sokfélesége

A közlésre szánt mondanivalónak tartalmilag logikusan összeállított kéziratát számos módon tudjuk a tudományos nagyközönség számára elérhetővé tenni. A sokféle publikációs műfaj között úgy tudunk legkönnyebben választani, ha tisztában vagyunk munkánk tudományban feltehetőleg betöltött értékével és helyével, vagyis egy előzetes részeredményt nem érdemes egy önálló eredeti közlemény formájában megjelentetni, sokkal inkább illeszkedhet egy rövid kutatási beszámoló kategóriába.

Írásos publikációs formák

A tudományos közleménynek sok formája és számos csoportosítási módja ismert. Az egyes folyóiratok néha eltérő megjelölést használhatnak ugyanazon műfaji sajátosságú közlésre, ezért ésszerűbb ezeket tartalmuk alapján megkülönböztetni. Jelen esetben csupán a főbb műfaji formákat adjuk közre a teljesség igénye nélkül.

Az **eredeti közlemény** szélesebb műfaji csoportot is szokott jelölni, de használják csupán a teljes terjedelmű közlemények megnevezésére is (original articles, full length paper, original research paper). (Bősze, Palkovics, 2006) Az eredeti cikk esetén a szerzők rendszerezett formában mutatják be a folyóirat által megszabott 6000-10000 karakter terjedelemben az eredeti vizsgálatot. A cikk mindig tartalmaz rövid összefoglalót 250-300 szó terjedelemben és egy részekre bontott kéziratot. A tagolás javarészt a címloldalra, a fő szövegre, ábrákra, táblázatokra és grafikus megjelenítésre válik szét, melyhez egy a szerkesztőnek szóló levelet is szükséges csatolni. A fő szövegben kell kitérni a kutatás etikai engedélyre és a köszönetnyilvánításra, ha ez releváns a vizsgálat szempontjából.

Az eredeti közlemények szélesebb értelemben vett formáihoz sorolhatók az összefoglaló közlemények (review articles), az összegző elemzések (systematic review) és

az esetismertetések vagy esettanulmányok (case reports, case study).

Az **összefoglaló közleményekben** leíró vagy rendszerező jelleggel adnak a szerzők áttekintést egy adott területen eddig elért eredményekről, következtetésekről. A szisztematikus áttekintő közlemények (systematic review) nagyobb megalapozottsággal végzik el az eddig összegyűlt eredmények vizsgálatát, hozzásegítve más szakembereket a téma gyors megismeréséhez. Ez utóbbi tanulmányok jó alapot szolgáltatnak egy széles szakirodalmi háttér felvonultató téma áttekintéséhez. A bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátáshoz (evidence based health care) ideális alapot teremt a rendszerezett áttekintő közlemény.

A metaanalízis (meta-analysis) vagy **összegző elemzés** olyan közlési műfaji sajátosság, ami már korábban ugyanazon területen azonos módszerekkel elvégzett vizsgálatokat új megvilágításba helyezi. Az egyes megbízható szakirodalmi forrásból származó minták másodelemzésével igyekszik új összefüggéseket feltérni és következtetéseket levonni. Az esetismertetések nem mindig a legmegbízhatóbb tudományos alapokat jelentik a szakma számára, azonban mégis hasznos útmutatóul szolgálnak egy adott betegség egyedi vagy kisebb esetszámában előforduló eseteinek kezelését illetően.

Az **esettanulmányok** megalapozhatják új terápiás elvek kifejlesztését vagy iniciálhatnak kutatásokat. Előszóval alkalmazzák a fizioterápiában, ápolásban.

Néhány folyóirat megkülönböztet elméleti háttérrel bemutató írásokat (theoretical paper), melyekben a szerzők bizonyos mechanizmusok összefüggéseit vagy fogalmi konstrukciókat veszik górcső alá. Ezek a közlések javarészt elméleti szakemberek számára nyújtanak továbbgondolási lehetőséget egy jelenség jobb megértése érdekében.

Előzetes közlemények (preliminary articles)

A szerzők a még el nem készült teljes vizsgálatból részeredményeket közölhet-

nek a még be nem fejezett végleges cikk előtt is. Ez jó eszköze lehet annak, hogy a kutatás főbb eredményeire felhívják a szakmai közönség figyelmét, vagy további támogatót nyerjenek egy újabb vizsgálat-hoz.

Tudományos levél, rövid közlemény (research letter, short communication, research in brief, brief original report)

Ezek a közlési típusok a szerzők által készített 800-1000 karakter terjedelmű, előre szabott kevés szakirodalmi hivatkozást tartalmazó kéziratok, melyek egy vizsgálat rövidítve szerkesztett lényegét emelik ki. Sok folyóirat él ezzel a lehetőséggel, hisz jóval több érdekes vizsgálatot tud bemutatni az olvasók számára, akár gondolatébresztőnek is szánva ezeket.

Klinikai vizsgálatok (clinical trials, randomized controlled trials)

A véletlen beválasztásos klinikai vizsgálatokat előszeretettel alkalmazzák új eljárások vizsgálatára. Ebben az esetben kísérleti és kontrol csoport szerepel a vizsgálati mintában, amivel megbízhatóan tesztelik az eljárás, hatóanyag hatását. Manapság a gyógyszer hatóanyag kipróbálások egyik legkedveltebb módszere.

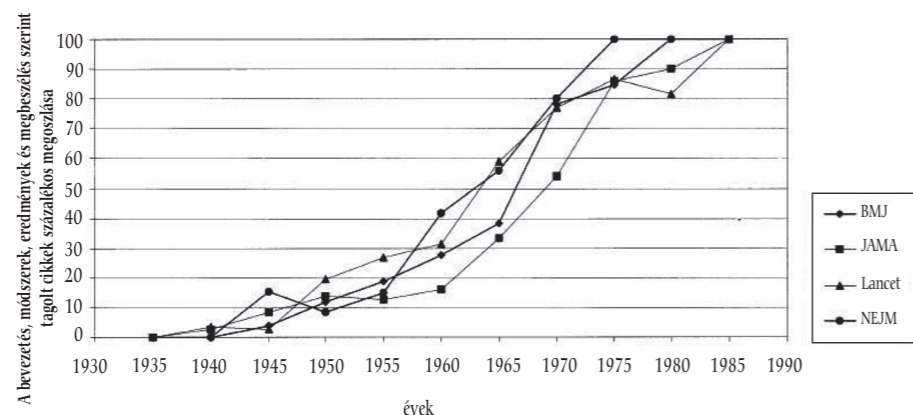
Sürgős közlemények

Néhány neves folyóirat lehetőséget biztosít várhatóan nagy érdeklődésre számot tartó új felfedezések, eredmények közlésére is. Ezeket a „sürgős közlemények” (rapid communications, fast track) címszó alatt kereshetjük. Ezek a közlemények rövid bírálati idő után, prioritást élvezve jutnak el a szerkesztőkhöz az aktualitásuk megtartása érdekében.

Szerkesztői levél (letter to the editor)

A folyóiratokban megjelent eredeti cikkekhez vagy aktuális témákhoz való hozzászólás lehetőségét biztosítja. Sok esetben a közölt cikk kiegészítésére, esetleg kritikai elemzésére hivatott szerkesztői moderálással. Az esetek java részében a viszontválasz lehetőségét az eredeti mű szerzőinek is megadják, ezzel egy tartalmas szakmai vitát indítva.

1. ábra: A bevezetés, módszerek, eredmények és megbeszélés szerkezet szerinti közölt cikkek megoszlása a The British Medical Journal, JAMA, The Lancet és a The New England Journal of Medicine folyóiratokban 1935-1985 között (n=1297)



Forrás: Sollaci, L. B., Pereira, M. G. (2004) The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: a fifty-year survey. Journal of the Medical Library Association, 92;3:364-367

Szerkesztői közlemények, „vezércikk”
(editorial)

Többnyire a szerkesztő(k) gondolatait közlik az adott számban megjelenő témákkal kapcsolatosan vagy aktuális problémára hívják fel a figyelmet. Néha felkért hozzászólás is megjelenhet ebben a formában egy téma elismert szakemberétől. Hasznos segítség lehet egy tematikus szám jobb megértéséhez.

A kéziratok lényege az absztrakt

Az orvos- és egészségtudományi cikkek száma az elmúlt időszakban hatalmas mértékben növekedett. Egységes rendező elv szükséges a gyors áttekintésükhöz még a részletes olvasás előtt, amit egy összefoglaló (abstract, summary) biztosít. Az összefoglaló biztosítja a közlemények adatbázisokba való kerülését és a kulcsszavak segítségével a keresését. Az absztrakt szolgál a tudományos konferenciák előadásainak bírálói számára is támpontként az elfogadáshoz vagy az elutasításhoz.

A közleményben megjelenő mondanivaló jó eszenciája az absztrakt, ami önállóan is logikus, egységes rendszert képez. Az absztrakt ugyan kis módosításokkal, de minden folyóirat vagy konferencia esetén az alábbi fő egységekre bontható: bevezetés, módszerek, eredmények, következtetések (**I. táblázat**)

A tartalmi elemeken túl a folyóiratok megadhatnak még további előírásokat is az összefoglalóval szemben, pl.: betűtípus, betűméret, sortávolság, cím hossza, szerzők nevének írásmódja. A szavak száma helyett karakterszámot találunk, ami általában megegyezik a szavak számával is. Konferenciák esetén egyben ezek jelentik a bírálati szempontokat is sok esetben, ezért érdemes rá kellő figyelmet fordítani. Az angol szakmai nyelvezetben való térhódításával célszerű a magyar mellett angol nyelven is elkészíteni kéziratunk összefoglalóját, mivel csak így számíthatunk arra, hogy neves adatbázisokban is meg fog jelenni (EBSCO, OVID, PubMed, BioMedCentral, SCOPUS, Web of Science, stb.).

I. táblázat Az absztrakt főbb tartalmi elemei

<p>1. Bevezetés A témakörnek a címnél részletesebb leírása, a téma-választás indoklása, a vizsgálat pontos céljának meghatározása. A megoldásra váró elméleti és gyakorlati kérdések, feladatok, problémák körvonalazása.</p>
<p>2. Módszerek, amennyiben kutatása statisztikai módszerekre épül. A kutatás módszertani megalapozottságának bizonyítása, továbbá a megismételhetőségéhez szükséges információk szolgáltatása. A kutatás típusa, célcsoport, mintaválasztási mód, elemszám, beválasztási és kizárási kritériumok ismertetése, vizsgálati hely és idő, adatgyűjtési módszerek, kérdőívhasználat esetén a standardizált kérdőív megnevezése, az adott típusú kutatáshoz szükséges statisztikai próba megnevezése (pl. khi-négyzet, T-próba, U-próba, F-próba) a statisztikai próba alkalmazásához használt szoftver megnevezése (pl. SPSS v14).</p>
<p>3. Eredmények A vizsgálat eredményeinek szövegszerű bemutatása, külön kiemelve a szakdolgozó eredményeit a kutatási területén. Az eredmények bemutatásakor az alkalmazott statisztikai eljárással összhangban ismertetni kell a szignifikancia fokát (pl. $p < 0,005$) a megbízhatósági tartományt (pl. CI 1,7-5,8).</p>
<p>4. Következtetések A kapott eredmények értékelése, jelentőségének bemutatása, összevetése a nemzetközi és hazai kutatások eredményével, a levonható következtetések ismertetése.</p>

Az összefoglaló végén található a kulcsszavak (key words), melyek a kézirat tárgyát kifejező szavak vagy rövid kifejezések. A kulcsszavak egy rendező elvet jelentenek az adatbázisokban, melyek segítségével a szakirodalmi tájékozódás egyszerűbbé válik. Az egységes kulcsszó használat érdekében létező mutató az Index Medicus (Medical Subject Headings (MeSH)).

Kéziratok véleményezése

A szakmai folyóiratokban történő publikálás mára a formai követelmények betartásán túl akár többszörös tartalmi megmérettetést jelent. A kéziratok szerkesztőségbe történő, többnyire on-line, beérkezését követően a megfelelőség szerkesztőségi ellenőrzése után névtelen bírálói rendszerbe kerül (peer-review system). Az on-line bírálati szoftverek segítik a teljes kézirat bírálatát is, amiben maga a szerző

is tájékozódhat a kézirat bírálati állásáról. A szerzőt is ezen az úton tájékoztatják további tennivalóiról, a kézirat javításáról, az opponensi kérdések megválaszolásáról. Ez a minőség biztosításának egyik legelfogadottabb módja a legtöbb szakmai folyóirat esetén. A bírálók nem ismerik sem a szerzőt, sem a társbírálatot, ami az elfogultságot biztosíthatja. Egyes folyóiratok lehetőséget adnak a szerzőnek arra, hogy maga jelöljön egy vagy két bírálót vagy éppen zárjon ki bírálókat.

A bíráló feladata, hogy a pozitív jellemzők mellett kiemelje a korrekcióra érdemes területeket, utalást adjon a tartalmi változtatásra, és felhívja a figyelmet az ellentmondásokra, logikai hibákra, esetleg szakmaitlanságokra. Az opponens írott véleményét a szerzők mindig meg kell, hogy kapják, amire reagálhatnak, kifejtve szakmai álláspontjukat. A minőség legfőbb őrének tekinthető, akit a folyóiratok szívesen kérnek fel több alkalommal is.

Szóbeli közlések (előadás, poszter bemutatás)

A szóbeli tudományos közlések leggyakoribb formája az előadás, melyek valamilyen szakmai rendezvényen hangoznak el. A rendezvény nagysága (részvevők száma), tematizáltsága, interdiszciplinaritása, nemzeti vagy nemzetközi jellege sok tekintetben meghatározza az előadás mondanivalóját. Ezzel együtt azonban a konferencia előadók előre tudják, hogy szakterületük melyik részén szeretnék vizsgálati eredményeiket bemutatni. A nemzetközi és egyre több hazai konferencia esetében konferencia előadóvá válni nem is olyan magától értetődő esemény, hisz erre készülni kell. A „pályázat” legfontosabb eleme, a már korábban említett tematizált absztrakt, amit meghatározott időre előre közzé tett formában on-line módon kell feltölteni a konferencia internetes honlapján. A konferencia szervezők célja, hogy minél nagyobb számban fogadjanak be előadásokat, azonban még sem kerül be minden jelentkező. A szakmai szűrést a szakterület neves szakembereiből felkért

tudományos bizottság végzi, névtelen web-alapú bírálati rendszerek segítségével. Egy-egy nemzetközi konferencia alkalmával ez több ezer absztrakt anonim bírálatát jelenti. Egyrészt ezért szükséges a határidők pontos betartása, másrészt pedig azért, mert az elfogadott előadás összefoglalók külön kiadványban (abstract book) vagy egy szakmai folyóirat külön számában (supplement) jelennek meg. Ettől válnak ezek az előadások idézhetővé a szerző szakmai munkájának részeként.

Vannak olyan absztrakt feltöltési lehetőségek is, ahol előre lehet arról is nyilatkozni, hogy szabad előadás vagy poszter bemutatás formájában kívánjuk anyagunkat megjeleníteni. Sőt néha arról is lehet nyilatkozni, hogy előadásként való elfogadás elutasítása esetén vállaljuk-e a poszter bemutatást. A feltöltési rendszerek némelyike az absztrakt már egy szóval vagy karakterrel való túllépése esetén sem engedi feltölteni az összefoglalót. A feltöltést követően mindig győződjünk meg annak sikeres befejezéséről, amiről a rendszerek automatikusan generálódó üzenetet szoktak küldeni a szerző e-mail címére. Ezt célszerű megőrizni a konferencia lezárultáig.

Az előadás megjelenítésében a számítástechnikai megoldások szinte nélkülözhetetlenek. Az MS Office Power Point a legelterjedtebb szoftveres „vetítési” segédeszköz. Fontos kiemelni, hogy a dia csak a szemléltetést szolgálhatja, nem válthatja fel a mondanivalót. Tudni kell élni a technika adta lehetőségekkel, azonban 8-10 perc alatt a legfontosabb mondanivalót át kell adni. Mindezt olyan „csomagolásban” kell tenni, hogy a szemléltetés ne legyen se zsúfolt, se unalmas, se túlzó, se bizarr. A mondanivaló szerkesztésében nyugodtan hagyatkozhatunk a probléma felvetése, módszerek, eredmények, következtetések szerinti tagolásra, ami világossá teszi az előadást. Az előadás helyszínét, technikai lehetőségeit, esetleg az elnököket célszerű megismerni előtte. Egy előadás akkor igazán érthető, ha azt vetítés nélkül is megérti a közönség! Újabbban a szervezők vagy a szekció megkezdése előtt vagy a rendezvény előtt bekérjük digitálisan az előadás diáit vagy az igényelt egyéb dokumentációs anyagokat.

Illetlen az előadásra beesve kérni az előadás feltöltését, visszaélve az előadók és a hallgatók türelmével.

A poszterek bejelentése a konferencia-előadás regisztrációs eljárása szerint zajlik. A poszter bemutatása is egy vizsgálat, esettanulmány eredményközlését szolgáló műfaj. Az előadások elmondásához képest (általában 8-10 perc) kevesebb idő jut a poszter bemutatására (általában 3-5 perc), azonban a résztvevőkkel utána közvetlenebb diskusszióra nyílik lehetőség, kötetlenebb formában. A prezentáció ideje alatt kötelező is a poszter közelében tartózkodni, hogy a szemügyre vevő érdeklődőket tájékoztathassuk.

A poszter készítéséhez a szervezők előre megadják a poszter méretét (általában 90-150 x 160-200 cm) és elhelyezési lehetőségét (függőleges, vízszintes). A szöveg illusztrálására sok grafikai lehetőség áll rendelkezésre (táblázatok, ábrák, fényképek, rajzok, plotok), azonban ez nem szabad, hogy a lényegi mondanivalót háttérbe szorítsa. Fontos, hogy a poszter legalább

1,5 m-ről is jól olvasható és követhető legyen. Egyre inkább bevett gyakorlat a poszter mellett annak kicsinyített másolatának vagy névjegykártyának az elhelyezése kapcsolatteremtés és későbbi szakmai megbeszélés céljából. A rendezvények teljes tartama alatt a szervezők fenn szokták tartani a poszter szekciót, így akinek ideje van a hivatalos bemutatási időn kívül is tájékozódhat.

A szakma tudományos igényű megjelenítése legalább annyira fontos, mint maga a szakma magas színvonalú művelése. Különösen igaz ez az egészségtudományokban, ahol a megismertetésért és az elismertetésért komoly harcokat kell még vívni. Az egészségtudományi területek legalább annyira művelhetők tudományosan megalapozott módszerekkel, mint a természettudomány vagy az orvostudomány területei. A magas minőségű betegellátás mindegyik résztvevőjének érdeke a minőség fenntartása és fejlesztése, melyhez a tudományos megalapozottságon keresztül vezet az út.

Irodalomjegyzék

- Atkinson D. (1992): The evolution of medical research writing from 1735 to 1985: the case of the Edinburgh Medical Journal. *Applied Linguistics*, 13;4:337-374.
- Atkinson D.: Scientific discourse in sociohistorical context: the Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 1675-1975. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1999.
- Bószé P., Palkovits M.: A tudományos közlemények írása, szerkesztése és értékelése. NOK Kiadó, Budapest, 2006.
- Day R. A.: How to write & publish a scientific paper. 5th ed. Phoenix, AZ: Oryx, 1998.
- Evans, R. B. (2000): Psychological instruments at the turn of the century. *The American Psychologist*, 55;3:322-325.
- Huth E. J. (1987): Structured abstracts for papers reporting clinical trials. *Ann Internal Med*, 106;4:626-627.
- Kronick D.: A history of scientific and technical periodicals: the origins and development of the scientific and technical press 1665-1790. 2nd ed. Metuchen, NJ: Scarecrow, 1976.
- Sollaci, L. B., Pereira, M. G. (2004): The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: a fifty-year survey. *Journal of the Medical Library Association*, 92;3:364-367.
- Simpson, E., Courtney, M. D. (2002): Critical thinking in nursing education: A literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 8:89-98.

Scientific reporting in health science

Dr. József Betlehem, Prof. Dr. Imre Boncz, Dr. András Oláh

Summary

Health science professionals are increasingly expected to address professional problems to scientific standards, and to present the results to the professional community. Specialists with higher-education qualifications must not only be capable of reading scientific papers, but must also be capable of carrying out studies of this type themselves, and communicate the results. The purpose of this essay is to describe the historical antecedents to medical and health science papers, the milestones in the evolution of the scientific essay, and today's observable trends in the writing of professional papers.

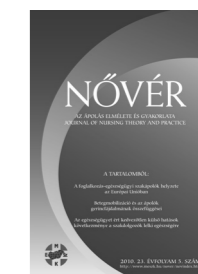
The authors, with a review of specialist literature, summarise the main genre-specific features of today's publications, and also make reference to their suitability for use in health science papers. In addition to written papers they also touch on the finer points of lecturing and poster design, with the aim of facilitating the presentation, both at home and abroad, of scientifically studied practical healthcare problems.

Key words: scientific papers, health sciences, abstract writing



FELHÍVÁS

NŐVÉR FOLYÓIRATBAN VALÓ PUBLIKÁLÁSRA



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.

Az eredeti közlemények mellett a kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből esettanulmányokat, elméleti közleményeket, valamint olvasói hozzászólásokat is.

Szerzői útmutató, szerzői nyilatkozat letölthető:

<http://www.meszk.hu/index.php?content=138>

A kéziratokat a nover@meszk.hu e-mail címre várjuk!

Az ápolói beszélgetésvezetés trendjei

Papp László PhD

adjunktus, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Nagy Erika

tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A szerzők a vizsgálatunk során az ápolóhallgatók beszélgetésvezetési jellegzetességeit mérték fel. Céljuk volt annak elemzése, hogy a beszélgetésvezetés milyen mértékben felel meg a kliensközpontú ellátás kritériumainak.

Vizsgálati módszerek és minta: A triangulációs módszerrel végzett, keresztmetszeti kutatás mintáját lehetőségfüggő módszerrel választották ki az SZTE ETSZK Ápoló szakának III. évfolyamos hallgatói közül. A mintát 55 nappali és levelező tagozatos ápolóhallgató alkotta. Az adatgyűjtéshez a Helembai által kidolgozott Csapdakeresés módszert alkalmazták. Az adatok elemzésére kvalitatív és kvantitatív módszerek kombinációját használták.

Eredmények: Eredményeik a vizsgált beszélgetések ápolódominanciájára utaltak. A kommunikáció során az ápolók önmagukat elsősorban kognitív, a beteget affektív jellegű közlésekkel jellemezték. Az ápolók helyesen ismerték fel a kliensvezetés elveinek fontosságát, melyet a kooperatív vezetési stílusra történő törekvés jelez.

Következtetések: Eredményeik alapján a kliensközpontúság elve nem valósul meg maradéktalanul a mindennapos ápolási gyakorlat interakcióiban, melyben szerepet játszik az ápolásban aktuálisan is tetten érhető biomedikális szemléletű, feladatközpontú, paternalista felfogás.

Kulcsszavak: ápolóhallgató, beszélgetésvezetés, kliensközpontúság, ápolási gyakorlat

A probléma ismertetése

Az ápolás olyan foglalkozás, amelynek tárgya az ember, és ebből következően a munkavégzés sikerét részben a betegekkel/kliensekkel és a szakma különböző szereplőivel való eredményes együttműködés határozza meg. Az ápoló, hivatása gyakorlása során állandó kölcsönhatásban áll a beteggel/klienssel. Az ápoló-beteg/kliens kölcsönhatás létezési formája döntő mértékben az interakció, illetve az interakciók folyamata. (Helembai, 1995, 1997, 2000) Az ápoló szakmai tevékenységét a beteggel kialakított interperszonális kapcsolat közvetítésével végzi. Az alkalmazott interperszonális tudástartalmak a folyamat szereplői közötti kommunikációban tárulnak fel. A kommunikáció célja ilyen értelemben a szereppartnerek kölcsönös megértése és befolyásolása, valamint ösztönzése valamilyen változás megvalósítására.

Az ápolás interperszonális aspektusaival

foglalkozó szakirodalom szerint az ápoló-beteg interakciók elsődleges fontosságúak a beteg együttműködése (Fitzpatrick et al, 1992; Porter, 1994; Luker et al, 2000), és az ellátással való elégedettsége (Fosbinder, 1994; Meehan, 1995, 1999; Cleary, Edwards, 1999) szempontjából. Fekvőbeteg-intézményben a betegek ellátással kapcsolatos véleményét legnagyobb mértékben az ápoló-beteg/kliens interakciók határozzák meg. (Fosbinder, 1994) Mivel az elmúlt évtizedekben az egészségügyi ellátás szemlélete egyre inkább piacközpontúvá vált – ahol az egyik legfontosabb minőségjelző a vevő (beteg) elégedettsége –, ezért a fentiek alapján az ápoló-beteg/kliens interakciókat az ápolás központi tevékenységeként kell kezelni. (Millard et al, 2006) Ebből következik, hogy az ápoló interperszonális készségei részei a mindennapos betegápolás alapkészségeinek.

Az ápoló, mint a beteg/kliens segítője tevékenysége során a szocializáció és a szakmai képzés útján elsajátított tartalmakat hasz-

nálja. Az ápolónak a betegek/kliensek ápolásához olyan képességedzetre van szüksége, amely alkalmas a betegek/kliensek felmerülő problémáinak kezelésére. (Helembai, 2009) Ezeket a készségeket az ápolónak úgy kell kialakítania és használnia, hogy azzal hozzájáruljon a beteg egyének függetlenségének visszaszerzéséhez, az elérhető maximális öngondoskodás visszaállításához. (Potter, Perry, 1996) A feladat végrehajtását nehezíti, hogy az elmúlt évszázadok során a gyógyítók/ápolók szemléletében a mások életéért teljes felelősséget vállaló, maximális kiszolgálásra törekvő szerep képzete alakult ki, melynek hatása a jelenben is erősen érzékelhető. Ugyanakkor az is elmondható, hogy az egészségügyi szolgáltatást igénybevevők körében szintén gyakori a passzív viszonyulás, amely során a betegek elsődlegesen „külső” erőktől várják el állapotuk javítását. Napjainkban ezért az ápolóknak megkülönböztetett figyelmet kell fordítaniuk szereppartnerreikre annak érdekében, hogy azok az egészségügyi szolgáltatás tudatosabb használóivá válhassanak. (Helembai, 2009)

Elméleti háttér

Az ápoló-beteg kapcsolat jellegzetességei

A személyközpontú ápolásban a beteg részéről elvárt az együttműködés a kezelés során, és a rendelkezésre álló energiáinak mozgósítása a gyógyulás elősegítésére. Ez számos esetben megvalósul, azonban több kutatás is bizonyította, hogy nem minden beteg kíván részt venni a kezeléssel kapcsolatos döntésekben, hanem amennyiben lehetősége van rá, a „klasszikus” értelemben vett „passzív” betegszerep mellett dönt. (Cahill, 1998; Kettunen et al, 2002; Shattel, 2004; Millard et al, 2006) Ezeket a betegeket az ápolók gyakran motiválatlannak, ellenállónak, a kezeléssel nem együttműködőnek tartják. (Hagerty, Patusky, 2003) A beteg passzivitásának oka azonban gyakran nem csak a tradicionális betegszerephez való ragaszkodás, hanem a kapott információk nem- vagy félreértése, amelyet a személyzet helytelen kommunikációja is okozhat. A be-

teg kölcsönhatásban betöltött pozícióját jelentősen befolyásolja az ápoló magatartása, mivel a kölcsönhatás során megfigyelhető szerepek egy dinamikus, személyközi kapcsolat eredményeként alakulnak ki.

Az ápoló-beteg/kliens kölcsönhatás leírható a szereplők közötti erőterek folyamatos változásával. Johansson és munkatársai kutatásukban rámutattak arra, hogy az ápoló-beteg/kliens interakciók alapvető célja az építő/fejlesztő jelleg, mely személyes kapcsolaton keresztül érhető el. (Johansson et al, 2005) A kölcsönhatás célja a beteg/kliens egészséggel kapcsolatos problémájának rendezése, ezért az ápolónak arra kell törekednie, hogy ez a tevékenység az adott helyzet megoldását segítse el olyan módon, hogy az a tartalom hangsúlyában a betegre irányuljon. (Helembai, 2009)

Cahill szerint az ápoló-beteg kapcsolat hierarchikus viszony, ahol a páciens közreműködését a kapcsolat mélysége és minősége határozza meg. Ennek alapján az együttműködés három szinten valósulhat meg:

1. Alacsony szint: Beteg bevonása/ együttműködés a végrehajtás során
2. Közepes szint: A beteg aktív részvétele az ellátásban
3. Magas szint: A szereplők között kialakuló partnerkapcsolat (Cahill, 1996)

Millard és munkatársai kutatásukban, melyben a betegek együttműködésének befolyásoló tényezőit vizsgálták, különbségeket észleltek az ápoló-beteg interakciók interperszonális felületében. Azoknál a betegeknél, ahol magas fokú együttműködés volt tapasztalható, az interakciók az ellátás szakmai és a szociális dimenzióját is érintették, míg az alacsony compliance-ű csoportban csak a szakmai dimenzió volt megfigyelhető. A szociális dimenzió hangsúlyozásával a betegek úgy érezték, hogy ők állnak az ellátás középpontjában, nem az elvégzendő feladat. A szociális kérdések háttérbe szorítása, a szakmai aspektus kiemelése a kapcsolat erőviszonyainak felborulását eredményezte. Ezekben az esetekben az ápoló vezetési stílusában a korlátozó-parancsoló elemek domináltak, a beteg pedig az ellátás passzív befogadója volt. (Millard et al, 2006)

Általánosságban kijelenthető, hogy a beteg magas fokú együttműködésének egyik eleme az ápoló és a beteg közötti erőviszonyok kiegyenlített szinten tartása. Az ápolói dominancia a kapcsolat egyensúlyának felborulásához vezet, amely a nyílt és segítőkész jellegű kommunikáció egyik lényeges akadálya (Hewison, 1995), és a betegek elégedettségére is negatív hatással lehet. Ezt Xu kutatása is alátámasztja, aki szerint szoros kapcsolat áll fenn az alkalmazott betegvezetési stílus, a beteg bevonásának mértéke és az ellátással való elégedettség között. (Xu, 2004)

A tanácsadás értelmezése az ápoló-beteg kapcsolatban

Az ápoló és a beteg/kliens között kialakuló partnerkapcsolat — melyet ápolási folyamatként értelmezünk — célja a beteg erőforrásainak maximalizálása, mely nem csupán a „hagyományos” (többnyire manuális) ápolási tevékenységek alkalmazásával, hanem az interperszonális kapcsolat célzott és tudatos felhasználásával valósul meg. A betegvezetési folyamat alkalmas arra, hogy az ápoló objektív, tárgyi tudását személyközi kapcsolat útján felajánlja a beteg számára. Az így értelmezett betegvezetés a támogatás eszköze, melynek elfogadott módszere a tanácsadás. (Helembai, 2009)

A tanácsadás bizonyos készségei, mint a másik fél meghallgatása, az empátia kifejezése, vagy visszajelzések adása, az emberek mindennapos kommunikációja során is megjelennek. A szakszerű tanácsadáshoz azonban az alkalmazási célnak megfelelő felkészültséggel kell rendelkezni. Az ápoló, tárgyi és interperszonális ismeretein kívül olyan készségekkel is rendelkezik, melyek alkalmassá teszik a tanácsadás bizonyos szintjeinek megvalósítására. Az ápoló tanácsadó tevékenységét az egészségügyi team tagjainak munkájával összehangolva, önálló kompetenciájaként végzi. Ebben az esetben a tanácsadás a beteg/kliens szükségleteiből kiinduló segítésként értelmezhető, melynek az ápolási folyamat ad keretet.

Tanácsadói beszélgetés-elemzés csapdakeresés módszerével

A tanácsadói beszélgetés alapja a probléma, ahogyan azt a beteg látja. A probléma

megismerése, valamint a beteg megoldási stratégiáinak és interperszonális attitűdjének felmérése sok esetben nehézségekbe ütközik, mivel az ápolónak erre csak korlátozott idő áll rendelkezésére. Ilyenkor az ápolónak a beteg aktuális megnyilvánulásainak értelmezése nyújthat segítséget az igényeknek megfelelő válasz megválasztásában. Ennek alapján a beszélgetésvezetés alapjaival, az ennek során alkalmazható módszerekkel és a beteg jelzéseinek értelmezésével kapcsolatos oktatási tartalmak az individuális ellátás megvalósításának lényeges elemei. A tanácsadói beszélgetés elemzése, a problémák azonosításával kijelölheti az interakciók azon területeit, melyekre az oktatásnak reagálnia szükséges.

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk során az ápolóhallgatók beszélgetésvezetési jellegzetességeit mértük fel. Célunk volt annak elemzése, hogy a beszélgetésvezetés milyen mértékben felel meg a kliensközpontú ellátás kritériumainak.

Vizsgálati módszer és minta

Kutatásunk során keresztmetszeti jellegű vizsgálatot végeztünk. Mintánkat lehetőségfüggő módszerrel választottuk ki, a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar ápoló szakán, a 2008/2009. tanév II. szemeszterében tanulmányokat folytató, III. évfolyamos, nappali és levelező tagozatos hallgatók köréből. Elemzésünket 14 nappali és 41 levelező tagozatos hallgató válasza alapján végeztük el, mely 87,3% -os kitöltési aránynak felel meg a teljes évfolyamot tekintve. A nappali tagozatos hallgatók átlagéletkora 22,26 (SD 0,81) év volt, és ebben a részmintában 100% volt a női válaszolók aránya. A levelező tagozatos hallgatók átlagéletkora 34,66 (SD 5,67) év volt, és a kitöltők 97,6%-a nő. Az adatfelvétel előtt a válaszolókat tájékoztattuk a felmérés céljáról, az alkalmazott módszerről és válaszaik tervezett felhasználásáról, továbbá a válaszadóknak lehetőségük volt kérdések feltételére a vizsgálattal kapcsolatban. Az

adatgyűjtés és a vizsgálat a kutatásetika szabályainak betartásával történt.

Elemzésünk során a Helembai által kidolgozott „Csapdakeresés” módszerét használtuk. A „csapdakeresés” lényegében egy tartalomelemzési módszer, melynek segítségével a tanácsadói beszélgetés jellegzetességei, és az interakció során előforduló leggyakoribb problémák azonosíthatóak. A módszer lényege, hogy a válaszolóknak egy történetet kell folytatniuk, mely az ápoló és a beteg közötti párbeszédet írja le egy előre megadott szituációban. A módszer segítséget nyújthat a pálya interperszonális fedezetének elsajátításában a képzés ideje alatt, és a gyakorló ápolók számára is hasznos lehet a működő sztereotípiák felismerésében, a módosítás szükségességének elhatározásában és annak megvalósításában. (Helembai, 2000)

A csapdakeresés módszerével információkhoz juthatunk:

- Az összes közlések megoszlásáról: Az ápoló és a beteg hány alkalommal „jutnak szóhoz”. Az elemzés tájékoztatást ad az erőviszonyok megoszlásáról az interakció során.
- A közlések során azonosítható tartalmi jellegéről: A beszélgetés szereplői által közölt kognitív és érzelmi tartalmak számáról, megoszlásáról. A vizsgálat során megfigyelhető az ápoló részéről a beteg jelzéseinek figyelembe vétele, és annak közléseire adott reakciója.
- Az ápoló betegvezetési stílusáról: A leírt közlések elemzése lehetőséget ad az általa alkalmazott vezetési stílus azonosítására. Ennek alapján az ápoló kooperatív (együttműködő), restriktív (korlátozó), agresszív (támadó), inerciás (tehetetlen) és indifferens (közönyös) módon vezetheti a beteggel folytatott interperszonális kapcsolatot, ahol a kategóriák kapcsolódásai miatt többnyire ritka a tiszta kategória. (Helembai, 1997; Helembai et al, 2000)
- A „beteg” viselkedési jellemzőiről: Mivel a csapdakeresés módszerében a vizsgált személy írja le az elemzés alapjául szolgáló történetet, így ténylegesen nem zajlik ápoló és beteg közötti kommunikáció, melyből következtetéseket lehetne levonni a beteg viselkedéséről. A megkérdezettek a „beteg” közléseibe azonban saját, ápoló-beteg inte-

rakciók során szerzett tapasztalataikat építik be, melyekről az elemzés során a képzés szempontjából hasznos elemek deríthetők fel. A „beteg” által kimondottak tulajdonképpen azokról a sztereotípiákról adnak tájékoztatást, hogy az ápoló(hallgató) milyen viselkedést „vár el” a betegtől egy adott szituációban. Ennek megfelelően az elemzés során felderíthetők azok a berögződések, melyeket figyelembe kell venni a képzés, és célzottan a tanácsadás/betegvezetés oktatása során.

A dataink elemzése során, triangulációs technikát, azaz kvantitatív jellegű, leíró statisztikai módszerek (gyakorosság, szórás, átlag), valamint kvalitatív, tartalomelemzési módszerek kombinációját használtuk.

Eredmények

Az összes közlések megoszlása

Elemzésünk első lépéseként megvizsgáltuk a közlések megoszlását az interakció szereplői között a megkérdezettek által leírt történetekben. Az eredményt az **I. táblázat**-ban foglaltuk össze.

I. táblázat: Összes közlés statisztikai jellemzői a mintában (N=55)

közlések	Interakció szereplője		összesen	ápoló/beteg arány
	ápoló	beteg		
közlések száma	260	248	508	1.048
mondatok száma	357	283	640	1.26
mondat / közlés arány	1.37	1.14		
közlések aránya a teljes közlésszámmal viszonyítva	0.51	0.49	1	
mondatok száma a teljes mondatokhoz viszonyítva	0.56	0.44	1	

A válaszolók által leírt tartalmak matematikai jellemzőinek áttekintése több érdekes adatot szolgáltat az ápolói beszélgetésvezetésről. A közlések számának vizsgálatakor lát-

ható, hogy az ápoló és a „beteg” közel azonos arányban jutottak szóhoz; azonban a ténylegesen közölt mondatok számának elemzése már jelentős ápolói dominanciát mutat. Eredményeink alapján, a közel azonos számú közlések során az ápolók jelentősen több tartalmat közöltek szereppartnereiknél, ami a mondat / közlés arány eltéréseben jelenik meg. Az interakciók ápolódominanciáját támasztja alá a mondatok arányában jelentkező diszkrépancia (beteg: ápoló=1: 1.26), mely szerint az ápolók összességében jóval többet beszéltek, mint a „betegek”, valamint az egyes alcsoportok tagjai által közölt mondatoknak a teljes mondatszámhoz viszonyított aránya is.

A közlések tartalmi jellege

Az elemzés alapjául szolgáló párbeszédekben megjelenő kognitív és affektív közlést tartalmak vizsgálatával megfigyelhető, hogy az ápoló milyen tartalmakat emel ki a beteg által elmondottakból, azaz merre orientálja „betegét”. A párbeszéd áttekintése során, az interakció szereplői által közölt tartalmak számszerűsítése mellett lényeges a leírt beszélgetések tartalmi elemzése is, mert ennek segítségével kaphatunk információt az ápoló által alkalmazott orientációs stratégiákról. A beszélgetések tartalmi jellegét érintő elemzésünket matematikai szempontból a **II. táblázatban** összegeztük.

II. táblázat: A közlések tartalmi jellege (N=55)

Tartalom jellege	Interakció szereplője		összesen
	Ápoló	Beteg	
kognitív	196	82	278
érzelmi	47	142	189
kognitív / érzelmi tartalom aránya	4.17	0.58	
összes tartalom	243	224	

Az összefoglalóban látható, hogy a párbeszédekben az ápolók saját szerepükben elsősorban kognitív, míg a beteg szerepében inkább érzelmi tartalmakat használtak. Az eredményekből kitűnik, hogy a közvetített tartalmakat összegezve a kognitív összetevők túlsúlyban vannak.

Az interakció szereplőit külön vizsgálva látható, hogy azok közel azonos számban köz-

vetítettek valamilyen – kognitív vagy affektív – tartalmat a párbeszéd során. Az ápolói csoportban a kognitív elemek dominanciáját mutatja a közlések aránya, míg a betegcsoport közléseiben ugyanez a hányados az érzelmi összetevők gyakoribb használatára utal.

A közléseket érintő vizsgálatunk során elemeztük a párbeszédekben azonosítható tartalmi köröket is. Munkánk kezdetén felállított hipotézisünk szerint mind az ápolók, mind pedig a betegek által közölt tartalmak középpontjában a beteg személye és annak betegsége áll.

Az interakciók elemzése során megvizsgáltuk a szereplők által közölteket, és azokat az érintett tartalmi körök alapján öt kategóriába soroltuk:

- a beteg személye
- más személy (hozzátartozó, betegtársak, más egészségügyi személyzet, pl. orvos, gyógytornász)
- környezet (kórterem, betegellátó osztály, otthon)
- tárgy (pl. ápolást segítő eszköz, vizsgálat eredmények)
- a segítő (ápoló) személye

Elemzésünk során az ápolók és a betegek mondatait külön csoportonként vizsgáltuk, és eredményeinket is ennek megfelelően mutatjuk be.

Az ápolói válaszokat érintő elemzésünk arra mutatott rá, hogy az ápolók helyesen ismerték fel a betegek együttműködésének szükségességét, azonban nem minden esetben használtak megfelelő stratégiákat annak előmozdítására. A közlésekben, várakozásaikkal ellentétben, nagy számban jelentek meg az orvosra és annak utasításaira való hivatkozások, mint a restriktív kognitív módon kifejező elemek. Ezt mutatják be a következő példák:

- „Á: Megkérdezhetem, mit csinál?
 „B: Kimegyek a WC-re.
 „Á: És miért?
 „B: Hát miért, hát mert kell...
 „Á: De a doktor úr és én is most magyaráztuk el, hogy mi a kockázata annak, ha felkel!...
 „Á: Jó napot, ...!
 „B: Jó napot, nővérke! Lejöttem, mert nem bírom letenni a cigarettát!
 „Á: De hát tudja..., hogy ezt nem szabad! A doktor úr megtiltotta!”

A párbeszédekben megfigyelhető volt, hogy az ápolók a beteg érzelmi jellegű közléseire is a leggyakrabban valamilyen kognitív tartalommal reagáltak, ezáltal figyelmen kívül hagyva a másik által kívánt kommunikációs irányt. Ezt illusztrálja a következő példa:

- „Á: ... bácsi, hová tetszik menni?”
 „B: Cigizni szeretnék.”
 „Á: De az előbb mondta a doktor úr, hogy ágyban kell maradnia!”
 „B: De én nem bírok tovább feküdni!”
 „Á: Tessék megérteni, hogy muszáj tovább feküdni, mert erős fejfájása lehet!”

A betegek által közölt tartalmak elemzése azt mutatta meg, hogy míg az ápolók saját szerepüket elsődlegesen a „tudás” birtokosa-ként határozták meg (kognitív dominancia), addig a beteget a saját állapotáról való ismeretek hiánya, és a közlések érzelmi túlsúlya mentén jellemezték. Ez jelenik meg a I. táblázatban jelölt statisztikai különbözőségben, és a párbeszédekben is. Az alábbi példában mind az ápoló által használt, restriktív kifejező kognitív elemek, mind a beteg érzelmi alapú viszonyulása és ismerethiánya jól felismerhető.

- „Á: ...bácsi, miért kelt fel?”
 „B: Kimennék sétálni...
 „Á: De hát megmondta a doktor úr, hogy nem kelhet fel a trombózis miatt!”
 „B: Tudom, kedves nővérke, de én nem bírok ilyen sokáig feküdni.”
 „Á: Pedig meg kellene próbálnia, mert komoly baja lehet belőle, ha nem fogadja meg a doktor úr utasításait!”
 „B: Tudom én nővérke, és igyekezni is fogok, csak legalább egy kicsit hadd sétáljak!”

A fenti példák és eredményeink leíró statisztikai elemzése is arra utalnak, hogy a megkérdezettek elsősorban paternalisztikus felfogásban kommunikálnak a betegekkel, ezáltal azokat passzív, az ellátást be- és elfogadó szerepbe helyezve. A vizsgálatunk során megkérdezett ápolók a betegeket leggyakrabban problémájuk kognitív oldala, azaz a tények felé orientálják, kevesebb figyelmet fordítva a beteg által kinyilvánított érzelmi tartalmakra.

Az ápolók betegvezetési stílusa a párbeszéd alapján

Az ápolók által alkalmazott betegvezetési stratégia alapvetően meghatározza a beteg

ellátásban való közreműködését. A vezetési stílusok vizsgálata lehetőséget teremt arra, hogy képet kapjunk az adatfelvétel időpontjában, az ápolók által alkalmazott módszerekről, ezáltal a fejlesztés irányait is kijelöli. Ahogy korábban említettük, a betegvezetési stílusok ritkán jelennek meg önállóan, a valós helyzetet leginkább a stílusok valamilyen kombinációja közelíti meg. A párbeszéd elemzésekor, a minél inkább valóság-hű leírást szem előtt tartva, a stílusok kombinációit is használtuk jelölésként, amennyiben a közölt tartalom ezt megkívánta. A leíró statisztika elkészítésénél a stílusok kombinációkat elemeikre bontva jelöltük, és az elemzés megkönnyítése végett csak „tisza” kategóriákat használtunk. Az interakciók alapján végzett elemzésünket a **III. táblázatban** foglaltuk össze. Az adatok alapján látható, hogy a válaszolók, tagozattól függetlenül leggyakrabban kooperatív vezetési stratégiát alkalmaztak. A párbeszédekben jelentős volt még a restriktív és az agresszív stílusok aránya, míg az indifferens és inerciás stílusok csak csekély mértékben voltak azonosíthatóak.

III. táblázat: Az ápolók betegvezetési stílusa tagozatonkénti megoszlásban (N=55)

betegvezetési stílus	tagozat		
	Nappali (N1=14)	Levelező (N2=41)	összesen
kooperatív	36	111	147
restriktív	33	77	110
agresszív	20	52	72
indifferens	1	7	8
inerciás	0	5	5

Míg az elemzés korábbi, közlések számát és tartalmi jellegét érintő részében a két tagozat válaszai között nem volt jelentős különbség, a vezetési stílusok vizsgálata rávilágított néhány eltérésre. A levelező tagozatos hallgatók válaszaiban az összesített eredményt jobban leképező arányban jelentek meg a különféle vezetési stílusok, amit a kooperatív stílus más elemekkel szembeni dominanciája is alátámaszt. A nappali tagoza-

tos hallgatók által leírt párbeszédekben ezzel szemben a kooperatív és a restriktív stílus közel azonos arányban szerepelt, továbbá az indifferens elemek minimálisan, az inerciás jegyek pedig egyáltalán nem jelentek meg az eredményekben.

A betegvezetési stílusokat érintő tartalmi elemzésünk során minden esetben arra törekedtünk, hogy az ápoló által kimondottakat, azok jellegzetességei alapján valamelyik fenti kategóriába soroljuk. A ténylegesen közölt tartalmak között azonban még azonos kategórián belül is észleltünk különbségeket, melyet egyrészt az elméleti kategóriák a valós kommunikáció során észlelhető „egybecsúsása”, másrészt a válaszolók eltérő ápolásfelfogása és korábbi tapasztalatai okozhattak. A „kevert” kategóriák között leggyakrabban a restriktív/kooperatív csoportot azonosítottuk, mely megegyezik egy, a témában korábban végzett kutatás eredményével. (Boros, 2009) Ez a kategória inkább korlátozó, de összességében mégis az együttműködésre törekvő betegvezetési módszereket jelöli. (Helembai, 2009) A restriktív/kooperatív stílus gyakorlati megvalósulását a következő példa illusztrálja:

„B: Nem eszem, csak egy gombócot, nővérke, abból biztos nem lehet baj.”

„Á: De ha nem lehet, akkor nem lehet! Azt hiszem, jobb lesz, ha beszélünk erről a zsír- és fűszerszegény diétáról, hogy tudja, milyen ételeket fogyaszthat és milyen nem.”

Az elemzés során, ahogy azt a III. táblázat is mutatja, több alkalommal észleltünk agresszívnek minősíthető ápolói kommunikációt. Ebbe a kategóriába soroltunk minden olyan közlést, mely során az ápoló saját akaratát erőltette rá a betegre az ellátás során, figyelmen kívül hagyva annak jelzéseit. Ezt mutatja meg az alábbi idézet:

„Á: Tessék megérteni, hogy muszáj tovább feküdnie, mert erős fejfájása lehet!”

„B: Dehogyan lesz fejfájásom. Már volt ilyen (vizsgálatom – szerz.), akkor is felkeltem.”

„Á: Akkor szerencséje volt, de lehet, hogy most fájni fog, és még tovább kell maradnia emiatt a kórházban.”

„B: Én akkor is kimegyek!”

„Á: *Magára bízom, én próbáltam, hogy megértse, hogy mi fontos magának, de ha nem érti, hát tessék, menjen!*”

Eredményeink alapján, a mintát alkotó ápolók leggyakrabban a kooperatív és restriktív betegvezetési módszert alkalmazzák, melyben a korlátozó elem is hasonlóan jelentős, mint az együttműködés igénye. Egyes esetekben, a párbeszédekben egyértelmű ápolói dominancia jelent meg, a beteg pedig az ellátás passzív befogadója volt, mely felfogás ellentétes a kliensközpontúság elveivel.

A betegcsoport viselkedési jellemzői a párbeszédekben

A vizsgált párbeszédekben, a „beteg” részéről megfogalmazott közlések vizsgálata lehetőséget ad arra, hogy képet alkossunk arról, hogy a mintát alkotó ápolók hogyan látják a beteget a kapcsolat során. A közlést tartalmak minőségi elemzésével vizsgálható továbbá az is, hogy a betegek viselkedése milyen vezetési stratégia alkalmazását indukálja az ápolók részéről. A viselkedési jellemzőket érintő elemzésünk első lépéseként a párbeszéd leíró statisztikai módszerekkel megjeleníthető elemeit tekintettük át, melyet a **IV. táblázat** foglal össze.

IV. táblázat: A betegek viselkedési jellemzői a párbeszéd alapján tagozatonkénti bontásban (N=55)

Viselkedési jellemző	Válaszolók tagozat szerint		
	Nappali	Levező	összesen
adekvát	13	70	83
averzív	41	88	129
adiens	0	24	24

Az eredményekből kitűnik, hogy a válaszolók mindkét csoportja leggyakrabban averzív (betegség iránt közömbös, tagadó vagy bagatellizáló) viselkedési jellemzőkkel látta el a párbeszédekben szereplő „beteget”. Ez a tendencia különösen a nappali tagozatos hallgatók eredményeiben látszik, ahol az averzív jellegzetességekként azonosítható elemek több, mint háromszoros arányban jelennek meg a többi lehetőséggel szemben. A levelező tagozatos hallgatók által leírt párbeszédekben az averzív és az adekvát (reális) viselkedési jellemzők közel azonos számban szerepelnek, de az averzív elemek dominanciája – kisebb mértékben – itt is látható. A

vizsgálat eredményeiből az is látszik, hogy a nappali tagozatos hallgatók adiens (fokozottan féltő vagy ragaszkodó) viselkedési mintát egyáltalán nem építettek be a leírt betegkarakterbe, míg a levelező tagozatos válaszadók párbeszédeiben ez a jellegzetesség közel 15%-os arányban volt azonosítható.

Megbeszélés

Az ápoló és a beteg közötti, mellérendeltségen és partneri viszonyon alapuló interakciók alapvető fontosságúak a beteg compliance-ja szempontjából. (Cahill, 1996) A szereplők közötti kommunikáció során ez több síkon is kifejezésre kerülhet. Az ápoló és a beteg közlésszámának vizsgálatával információhoz juthatunk arról, hogy a betegeknek lehetőségük van-e kifejezni igényeinek és szükségleteiket, melyek az ápolási terv alapját képezik. Az alacsonyabb közlésszám a betegek részéről azt is jelzi, hogy szükségleteik figyelembevétele nem valósul meg maradéktalanul, mivel nincs lehetőségük azok kifejezésére.

Az interakciók tartalmi jellegét elemezve megfigyelhető volt, hogy az ápolók nem minden esetben vették figyelembe a betegek jelzéseinek érzelmi oldalát, inkább a kognitív összetevőkre koncentráltak. A beteg egyén önbecsülése, kompetenciája szempontjából fontos jelzések elmulasztása, hasonlóan a kognitív és érzelmi közlések közötti aránytalanság miatti egyoldalúsághoz, a beszélgetésvezetés hibái közé tartoznak. (Helembai, 1997) Az ápoló részéről látható kognitív dominancia az alá-fölérendeltségi viszony egyik kifejeződése is lehet, ami a nyílt és segítő jellegű kommunikáció egyik akadálya. (Hewison, 1995) A beteg által közölt érzelmi tartalmak figyelembevétele azért is kívánatos, mert az a beteg compliance-ját bizonyítottan növeli. (Millard et al, 2006)

A párbeszéd kognitív és érzelmi összetevőinek elemzése azt is megmutatta, hogy a válaszolók önmagukat a tudás birtokosaiként, míg a beteget az ellátásba csak korlátozottan bevonható, ismerethiánnyal rendelkező egyénként ábrázolták. A „legjobb tudás” képze, mely a paternalisztikus ellátás egyik kifejeződése, ellentétes a kliensközpontúság elveivel.

A válaszadó ápolók vezetési stílusa, eredményeink alapján leggyakrabban restriktív/kooperatív jellegű, azonban a párbeszédekben agresszív stílusra utaló jelek is többször azonosíthatóak voltak. A stílusok megítélése a kutatási design-ból adódóan (írásbeli párbeszéd elemzése) nehézkes volt, mivel nem állt rendelkezésünkre annak lehetősége, hogy további kommunikációs jegyeket is megfigyelhessünk a beszélgetések során. Mindemellett a párbeszédekben a leggyakrabban jól azonosíthatóan jelen voltak az egyes stílusokra jellemző kommunikációs jegyek.

Az ápolói restriktív (korlátozás) sértheti a beteg önrendelkezési jogát, ennek megfelelően a kliensközpontúság szempontjából nem kívánatos az ápolásban. Az ápolás célja nem a beteg megóvása vagy eltávolítása különféle magatartásformáktól, hanem a saját erőforrások és problémamegoldó-készség megerősítése oly módon, hogy a páciens önmagával kapcsolatos döntéshozatali képessége az elérhető legmagasabb szintű legyen. Ez azt is jelenti, hogy a tanácsadói beszélgetés során az ápolónak úgy kell együttműködnie a beteggel, hogy annak lehetősége legyen döntések meghozására, az ápoló által felkínált, „kész” döntések elfogadása helyett. Ebben az esetben a beteg az állapotának javításához esetlegesen szükséges korlátozásokat nem ápolói utasításra, hanem saját, tájékozottságon és önrendelkezésen alapuló döntése alapján hajtja végre. Az ápoló restriktív vezetési stílusának dominanciája, és a kooperáció alkalmával az önálló döntések támogatásának elmulasztása a beszélgetésvezetés újabb problémás elemeire hívják fel a figyelmet. (Hewison, 1995; Millard et al, 2006)

Az agresszivitás megjelenése a beszélgetésvezetésben nem csupán ellentétes a kliensközpontúság elveivel, hanem alapvető emberi- és betegjogokat is sérthet. Az agresszió jelenlétét az interakciókban a szakirodalom a szintén a hibás beszélgetésvezetési módszerek közé sorolja. (Helembai, 2009)

A betegek viselkedési jegyeit érintő elemzésünk az averzív jegyek dominanciáját mutatta mindkét csoportban. Ez összefügghet az elemzés korábbi szakaszaiban tapasztaltakkal, melyek szerint a válaszolók elsődle-

gesen ápolódomináns, restriktív/kooperatív jellegű kapcsolatnak látják az ápoló és beteg viszonyt. A betegség iránti közömbösség, illetve elutasítás vagy bagatellizálás interakciókban való megjelenésével a megkérdozettek a beteg passzív, „tudatlan” szerepét fejezték ki, azaz csak korlátozottan törekedtek a mellérendeltségen, partnerségen és autonómián alapuló kapcsolat kialakítására. Ezzel szemben a tanácsadói beszélgetés sikeressége szempontjából kívánatos, hogy az ápolók olyan személynek lássák a beteget, mint aki képes a betegserep elfogadására és a tudatosságon alapuló együttműködésre.

Következtetések

Eredményeink alapján a kliensközponúság elve nem valósul meg maradéktalanul az ápolóhallgatók által megfogalmazott interakciókban. Véleményünk szerint eredményeinkben szerepet játszik az ápolásban aktuálisan is tetten érhető biomedikális szemléletű, feladatközponús, paternalista felfogás, ami a mintát alkotó ápolók válaszaiban is megjelent. Erre utal az ápolói közlések kognitív dominanciája, a restriktív és az agresszív motívumok megjelenése a beszélgetésekben, a „betegek” alacsonyabb közlésszáma, valamint averzív jegyekkel történő

jellemzésük. A vizsgálat által azonosított problémás területek ugyanakkor kijelölik a fejlesztés irányait, melyekre az ápolóképzésnek reagálnia kell. Mivel az oktatás feladata az ápolóhallgatók felkészítése az ápolás legújabb kihívásaira, és széles körben elfogadott módszerek, ismeretek átadása, ezért lényegesnek tartjuk a kliensközponús elveken alapuló kommunikációs és tanácsadási módszerek oktatását a képzés során.

A betegvezetés/tanácsadás hatékony kivitelezése az ápolók részéről is szemléletváltást kíván meg. Az idejétmúlt, de napjaink ellátásában még mindig gyakran azonosítható feladatközponús, paternalisztikus ellátás individualizált, partnerségen és a beteg autonómiáján alapuló ápolásnak kell felváltania, hogy meg tudjon felelni az új kihívásoknak. A változás folyamatában az első lépést az oktatásnak kell megtennie, az új ismeretek és munkamódszerek tananyagba történő integrálásával. A tanácsadói/betegvezetési ismeretek a felsőfokú ápolóképzés elengedhetetlen részei, mivel alkalmazásuk teremti meg a lehetőséget a beteg igényein és szükségletein alapuló ellátás megvalósítására. Az új tudástartalmak integrálásának előfeltétele az ismeretekre vonatkozó, magas szintű evidenciák jelenléte, melyek alapján magas színvonalú, az igényeknek megfelelő oktatási program hozható létre.

Irodalomjegyzék

- Boros K. (2009) Tanácsadás az ápolásban – sztereotípiák a valóságban. *Acta Sana*, 3(1):29-32.
- Cahill J. (1996) Patient participation: A concept analysis. *J Adv Nurs*, 24:561-571.
- Cahill J. (1998) Patient participation: A review of the literature. *J Clin Nurs*, 7:119-128.
- Cleary M, Edwards C. (1999) 'Something always comes up': Nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 6:469-477.
- Fitzpatrick JM, While AE, Roberts JD. (1992) The role of the nurse in high quality patient care: A review of the literature. *J Adv Nurs*, 17:1210-1219.
- Fosbinder D. (1994) Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *J Adv Nurs*, 20:1085-1093.
- Hagerty BM, Patusky KL. (2003) Reconceptualizing the nurse-patient relationship. *J Nurs Scholarsh*, 35(2):145-150.
- Helembai K. (1995) Az ápolási és a tanácsadói folyamat kapcsolata. *Nővér*, 8(3):5-10.
- Helembai K. (1997) „A mi kis csapdáink.” hibás sztereotípiák a betegvezetésben. *Nővér*, 10(5):3-7.
- Helembai K. A tanácsadói attitűd jellemzői diplomás ápolók körében. In: Pető É (szerk.), *Tanulmányok az Ápolástudomány köréből*, SZOTE Népegész-

ségtani Intézet, Manchester Metropolitan University, British Council, Szeged, 2000:164-178.

- Helembai K, Kis K, Tulkán I. Characteristics of nurses' communication for patients' problem solution. 10th biennial conference workgroup of european nurse researchers (WENR), Conference Book, Reykyavik, Iceland; 2000: 161-170.
- Helembai K. Általános ápoláslélektan. A beteg-kliensvezetés pszichológiája. *Medicina*, Budapest, 2009.
- Hewison A. (1995) Nurses' power in interactions with patients. *J Adv Nurs*, 21:75-82.
- Johansson P, Oleni M, Fridlund B. (2005) Nurses' assessments and patient perceptions: Development of the night nursing care instrument (NNCI), measuring nursing care at night. *Int J Nurs Stud*, 42:569-578.
- Kettunen T, Poskiparta M, Gerlander M. (2002) Nurse-patient power relationship: Preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Educ Couns*, 47:101-113.
- Luker K, Austin L, Caress AL, Hallett C. (2000) The importance of „knowing the patient”: Community nurses constructi-

ons of providing palliative care. *J Adv Nurs*, 31(4):775-782.

- Meehan T. (1995) Development of an instrument to assess consumer satisfaction with mental health services and treatment. Unpublished thesis.
- Meehan M. (1999) Nursing roles: Advice, counselling or therapy? *Paediatr Nurs*, 11(6):30.
- Millard L, Hallett C, Luker K. (2006) Nurse-patient interaction and decision-making in care: Patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs*, 55(2):142-50.
- Porter S. (1994) New nursing: The road to freedom? *J Adv Nurs*, 20:269-274.
- Potter PA, Perry AG. Az ápolás alapfogalmai. In: Potter PA, Perry AG, (eds.) *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai*. 3.kiadás. *Medicina*, Budapest, 1996:24-131.
- Shattell M. (2004) Nurse-patient interaction: A review of the literature. *J Clin Nurs*, 13:714-722.
- Xu KT. (2004) The combined effects of participatory styles of elderly patients and their physicians on satisfaction. *Health Serv Res*, 39(2):377-391.

Trends in nurses' conversation-leading skills

László Papp PhD, Erika Nagy

Summary

Aim of the study: The authors, in the course of their survey, assessed the conversation-leading skills of nursing students. Their objective was to analyse the extent to which the students' conversational skills fulfil the criteria for client-oriented treatment.

Methodology and sample: The sample for the cross-section survey, conducted using the triangulation method, was selected using random sampling from among third-year students at the Nursing Department of Faculty of Health Sciences and Social Studies at the University of Szeged. The sample consisted of 55 full-time and correspondence nursing students. For the data gathering they used Helembai's Trap Test method. The data was analysed using a combination of qualitative and quantitative methods.

Results: The results pointed to domination of the studied conversations by the nurses. In the course of the communication the nurses primarily attributed cognitive communications to themselves, and affective communications to the patients. The nurses correctly recognised the importance of the principles of client management, which is shown by their effort to achieve a cooperative conversation-leading style.

Conclusions: Based on the results, the principle of client-orientation is not fully upheld in the interactions of everyday nursing practice, a role in which is played by the biomedical focus and task-centred, paternalist approach that can still be observed in nursing today.

Key words: nursing student, conversation-leading skills, client-orientation, nursing practice

A szimulátoros oktatás módszertana

Csóka Mária

klinikai szimulációs tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék,
Klinikai Szimuláció Csoport

Dr. Vingender István PhD

főiskolai tanár, intézetigazgató, oktatási dékánhelyettes
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alapozó Egészségtudományi Intézet

Összefoglaló

A szimulátoros oktatási módszer előnye, hogy amíg korábban csak az egyes vizsgálatok, beavatkozások menetét tudták gyakorolni a hallgatók a demonstrációs eszközökön, a szimulátor segítségével a beavatkozások hatásait is figyelemmel kísérhetik. A szimulációs kurzus célkitűzéseinél abból indultak ki, hogy az egészségügyi hivatás gyakorlása általában nem azt kívánja meg, hogy szóban vagy írásban mondják el a hallgatók, amit tudnak, hanem azt, hogy a betegellátás során alkalmazni is tudják ismereteiket különböző helyzetekben, különféle feladatok, problémák megoldásában. A szimulációs gyakorlatokon olyan szituációkban találják magukat, melyekben valós fiziológiás és kóros állapotokat szimulálva, lehetőséget kapnak a teljes emberi szervezet normális és kóros működésének megfigyelésére, részesei lehetnek az egész ellátásnak, és folyamatos interakciók segítségével szakmai kompetenciáik fejlődhetnek.

A szerzők a klinikai szimuláció oktatási célú felhasználási lehetőségeiről adnak rövid áttekintést bemutatva azt is, hogy a páciens szimulátorra épülő gyakorlótermi programokat miként illesztették be a különböző szakok tantervébe, hogyan lehet felváltani a hagyományos tanárközpontú ismeretadást egy nyitott, multimédiás tanulási környezetben zajló probléma-alapú oktatással. Rendszerezik a tanulás-tanítás módszereit, és konkrét példán keresztül mutatják be, hogy milyen célkompetenciák érhetők el a problémaorientált tanítási módszerekkel.

Kulcsszavak: skills központ, páciens szimulátor, klinikai szimuláció, scenario, kompetencia alapú oktatás

1. Az egészségügyi felsőoktatás képzési filozófiájának változása

Gyorsan változó világunk és a globalizáció felsőoktatásunkat is komoly kihívások elé állította. Megváltoztak a gazdaság, valamint a munkaadók elvárásai, a tudás a versenyképesség alapjává vált, ez által a társadalmi igény is megnövekedett az oktatás iránt. Az alapok változása az egészségügyi felsőoktatás paradigmáinak változását is jelenti egyben, azaz olyan újfajta szemléletre, képzési filozófiára van szükségünk, amely az egész képzési folyamatot áthatja. Fel kell tennünk néhány alapvető kérdést: mire ké-

pezzünk szakembereket, milyen kompetenciákkal kell rendelkezniük az egészségügyi szakembereknek ahhoz, hogy megfeleljenek az új kihívásoknak? Hogyan változott meg az ismeret, a tudás, a készség, a képesség értelmezése a XXI. század felsőoktatásában, milyen módszerekkel fejleszthetők a készségek a képzési idő alatt, és kire mondhatjuk ki bátran, hogy alkalmas a munkakezdésre a betegellátás valamely területén?

Az egészség tudományi képzés valamennyi területe és ága olyan, amelyet a fejlődés leggyorsabban végbemenő áramlatai érintenek. Az emberről szóló tudományokban radikális változások zajlanak nap, mint nap,

és ez a változás olyan gyors, hogy még a gyakorlati szakemberek számára is nehezen követhető. A tudásolló egyre nyílik, az elvileg megszerzhető tudás és a ténylegesen elsajátítható ismeretek közötti szakadék mélyül. A munkában és a társadalomban való helytálláshoz a kognitív (értelmi) és a szociális képességek együttes fejlesztésére van szükség (Csóka et al, 2008; Csóka, 2009).

Az ismeretek és a technológia gyors változása miatt a megszerzett diplomák, fokozatok sem tekinthetők véglegesnek, nő az életen át való tanulás (LLL: lifelong learning) iránti igény, melyet az egészségügyi felsőoktatásnak is ki kell elégítenie, és ez fokozottan igaz az oktatásban részt vevő tanárookra is (Óhidy, 2006).

A jelen tanulmány célja egy olyan innovatív didaktikai módszer bemutatása, amely reményeink szerint hatékonyan megalapozza hallgatóink klinikai gyakorlatát.

2. Innovatív oktatási stratégia: szimulátor alkalmazása a gyakorlati oktatásban

Az orvostudomány és az egészség tudomány valamennyi szakága az elméleti és a gyakorlati tudás egyensúlyára épít. Sajátos ellentmondás tehát, hogy miközben a hallgatók száma és a klinikai gyakorlatok óraszámja a bolognai képzési rendszerben megnőtt, a klinikai gyakorlóléhelyek száma, kapacitása csökkent, azaz amíg a gyakorlati oktatás súlya folyamatosan nő, a tapasztalatszerzés lehetőségei egyre szűkülnek. Köz tudott, hogy a klinikai gyakorlóléhelyeken jelentős anyagi, szervezési, jogi és etikai korlátai vannak a tapasztalatszerzésnek, továbbá a klinikai gyakorlatok nem mindig képesek biztosítani a kívánt problémamegoldó helyzeteket. Mindezek miatt a tanulás határfoka sokszor alacsony, és kellő odafigyelés hiányában a hallgatók olyan problémákkal találkozhatnak, melyek hosszú időre kedvüket szeghetik, vagy akár el is tántoríthatják őket a pályától. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán többféle próbálkozás tör-

tént az ellentmondásos helyzet megoldására, melynek kulcsa a gyakorlati képzés megújítása.

Ez a megújítás mindenekelőtt azt jelenti, hogy lehetőség szerint az Egyetem falai között kell megteremteni azokat a körülményeket és szituációkat, melyekkel a hallgatók az egészségügyi ellátó helyeken jellemzően találkoznak. A világ számos országában már beigazolódott, hogy az úgynevezett „skills központoknak”, azaz a készségfejlesztő szervezeti egységeknek rendkívüli oktatási jelentőségük van. Ezekben a központokban a gyakorlati készségek megszerzését – a moulage-okon kívül – beteget helyettesítő eszközök segítik, melyeken már gyakorolni lehet a beteg körüli teendők jelentős részét. A skills centerekben alkalmazott didaktikai módszerek közé tartoznak többek között a klinikai esetfeldolgozások, helyzetgyakorlatok, és szimulációs tréningek (Miller, 1990; ECS™ Software and User Guide, Medical Education Technologies, INC®, 2006; Wilford, Doyle, 2009).

A különböző szimulációs módszerek különösen alkalmasak arra, hogy a hallgatók a klinikai helyzetek élményeivel csaknem azonos virtuális valóságban gyakorolják a különböző tevékenységeket és a problémák megoldását. Olyan környezetben dolgozhatnak, melyben (még) szabad hibázni, és ezekből a hibákból még tanulni is lehet. Ez hatalmas előnyt jelent a valós szituációkhoz képest, melyekben az elkövetett hibáknak és mulasztásoknak akár jöveteletlen következményei lehetnek.

Ilyen skills központok ma már az Amerikai Egyesült Államok és Európa legtöbb orvosi fakultásán megtalálhatók. Magyarországon a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara elsőként vezette be a páciens szimulátorra épülő gyakorlati oktatást a nem orvosi szakemberek képzésében.

A floridai Medical Education Technologies Incorporation (METI) által kifejlesztett felnőtt ember méretű, fiziológiai, patofiziológiai modellekre alapozott programmal működtetett szimulátor 2007-től van jelen képzésünkben. Elsőként az Ápolástudo-

mányi és Egészségpedagógiai Intézet munkatársai az Egészségtudományi és Klinikai Tanszékkal karöltve alkalmazták a vitális paraméterek észlelésének gyakorlásához, valamint az ápolástan és a klinikai szaktantárgyak egyes témaköreinek feldolgozásához az ápolók, és a szülésznők képzésében. A két éves kísérleti időszakban rengeteg időt áldoztak a szimulátor működésének és a programok tartalmának, dinamikájának megismerésére, emellett sikerült biztosítaniuk azt is, hogy valamennyi szak hallgatója legalább egyszer találkozzon a szimulátorral. A szimulátoros oktatásban elsőként résztvevő ápolóhallgatók (N=24 fő) körében kérdőíves felmérést is végeztek, melynek eredményeiről, és az oktatás tapasztalatairól a Nővér folyóirat, ez évi 2. számában adtak hírt. A hallgatók szimulátoros gyakorlatról alkotott véleményét nem szeretnénk megismételni, de összefoglalóan elmondhatjuk, hogy „mindannyian hasznosnak ítélték meg a szimulátor használatát az oktatásban” (Borján et al, 2010).

A kísérleti oktatás pozitív tapasztalatai arra készítettek bennünket, hogy jobban kiaknázzuk ezt az innovatív lehetőséget. A Kar vezetése által létrehozott Klinikai Szimulációs Csoport arra szerveződött, hogy rendszeres szimulációs órákat tartson, és a szimulációs gyakorlatokat önálló tantárgyként integrálja az egyes szakok (ápoló, szülésznő, mentőtiszt, gyógytornász, védőnő, dietetikus, népegészségügyi ellenőr, képződiagnosztikai analitikus, optometrista) tantervébe. Kidolgozza az önálló oktatási szervezeti egység működési feltételeit, és alakítson ki egy olyan demonstrációs helyiséget, amely képes megfelelő környezetet és infrastruktúrát biztosítani a gyakorlatok számára. 2008-ban kezdtük el a fejlesztő munkát, melynek eredményeként 2009. szeptember 16-án átadásra került a Klinikai Szimulációs Laboratórium, amely egy sürgősségi betegellátó egység, ahol a szimulátor testesíti meg a virtuális beteget, akinek reakcióit a különböző klinikai történéseket figyelembe vevő szoftverek irányítják.

A módszer előnye, hogy amíg korábban csak az egyes vizsgálatok, beavatkozások menetét tudták gyakorolni a hallgatók a

demonstrációs eszközökön, a szimulátor segítségével a beavatkozások hatásait is figyelemmel kísérhetik. A szimulátor képes „beszélni”, észlelhetők a szív-, tüdő- és bélhangjai, tapintható a pulzusa, mérhető a vérnyomása. Elvégezhető a komplex betegellátáshoz szükséges beavatkozások: monitorozás (1. kép), oxigénterápia, fizikális vizsgálatok (2. kép), hólyagkatéterezés, gyomorszondázás, injekciózás, infúziós, transzfúziós terápia stb., megfigyelhető a „beteg” gyógyszerelésre, volumenterápiára adott válaszképpen, intubálható, és ha kell, defibrillálható is. A szimulációs gyakorlatokon olyan szituációkban találják magukat a hallgatók, melyekben valós fiziológias és kóros állapotokat szimulálva, lehetőséget kapnak a teljes emberi szervezet normális és kóros működésének megfigyelésére, részesei lehetnek az egész ellátásnak, és folyamatos interakciók segítségével szakmai kompetenciáik fejlődhetnek. Azonnal meggyőződhetnek tevékenységük, döntéseik következményeiről, helyességéről, sikerélményekben lehet részük, ha a megfelelő kezelést követően a



1. kép



2. kép

beteg állapota javul. Természetesen a szimulátor a nem adekvát kezelésre is képes reagálni, állapota válságossá válhat, és meg is halhat. (ECS™ Software and User Guide, Medical Education Technologies, INC®, 2006; Kyle, Murray, 2008; Riley, 2008)

Nyilvánvaló, hogy a szimulációs gyakorlati oktatás nyújtotta lehetőségeket, maximálisan ki kell aknáznunk. A gyakorlat hatékonyságához azonban nem elegendő a megfelelő környezet kialakítása, meg kell határozni a gyakorlatok pontos helyét a különböző curriculumokban, és meg kell találni azokat a módszereket, amelyek lehetőséget biztosítanak a hallgatók önálló munkavégzésére. De hogyan valósítható meg mindez 3000 körüli összhallgatói létszámmal? Közleményünkben a klinikai szimuláció oktatási célú felhasználási lehetőségeiről adunk rövid áttekintést bemutatva azt is, hogy a páciens szimulátorra épülő gyakorlótermi programokat miként illesztettük be a különböző szakok tantervébe.

3. A szimulációs órák szervezésének módszertani kérdései

Tapasztalataink azt igazolták, hogy a klinikai kórképek szimulációja kiválóan alkalmas a hallgatók preklinikai szemeszterek alatt megszerzett elméleti (anatómia, élettan-kórélettan, gyógyszerstan, klinikai alapismeretek) tudásának összekapcsolására az általános egészségtudományi gyakorlattal, ezért a kötelező kurzus csak ezeknek az alapozó ismereteknek a sikeres elsajátítását követően kerülhet oktatásra. Ezt megelőzően azonban választ kell adni néhány alapvető didaktikai kérdésre: mit akarunk elérni a szimulációs oktatással, milyen tananyag-tartalmat rendeljünk a célkitűzésekhez, milyen tanulási-tanítási módszereket alkalmazunk a különböző tudásszintek eléréséhez?

Első megközelítésben egyszerű a válasz: a szimulációs oktatás célja a hallgatók ismereteinek szintetizálása, készségeik, képességeik fejlesztése. A 24 kontaktóra két órás

gyakorlatokra bontva 12 alkalmat jelent, ehhez ki kell választani 12 érdekes, dinamikus kórképet, és a tananyag feldolgozás minden egyes fázisához az elérendő tudásszintnek megfelelő didaktikai módszert (előadás, megbeszélés, bemutatás, gyakoroltatás stb.) kell alkalmazni. Ez nagyjából így is van, ugyanakkor az is valószínű, hogy a virtuális tanulási környezet által biztosított új feltételrendszerben új módszertani bázis kialakítására van szükség. De mikor, melyik módszer fogja biztosítani a gyakorlat hatékonyságát?

Egy új tantárgy megalkotásakor azonban nem ez az első kérdés. A tananyagfejlesztés ennél sokkal bonyolultabb, összetettebb feladat, kötelező lépései vannak, amelyeket követni kell:

- ⇒ Első lépésként meg kell ismerni az egész tantervet, amelybe integrálni szeretnénk az új tantárgyat, meg kell vizsgálni a már meglévő tantárgyak célkitűzéseit, tematikáit, majd ezek ismeretében kell kialakítani a tervezett fejlesztés előzetes koncepcióját.
- ⇒ Második lépés az új tantárgy tartalmának, és a tananyag feldolgozás módszereinek meghatározása.
- ⇒ Harmadik lépés az új tantárgy kipróbálása, majd fokozatos bevezetése a képzésbe.
- ⇒ A negyedik lépés az új tantárgy teljes körű implementációja (Fóris-Ferenczi, Birta-Székel, 2007)

A négy lépés még számos egyéb feladatot takar, a továbbiakban ezeket is érintjük.

2009. nyara állt rendelkezésünkre, hogy megkeressük kérdéseinkre a választ és kidolgozzunk 14 új tantervet, eldöntjük, hogy mi az, amire minden hallgatónak szüksége van, és hogyan differenciáljunk a különböző képzési szakok között. Az új tanterveket egyeztetettük a különböző tanszékkel, és a 2009/2010. tanévben elkezdtük a Szimulációs Laboratóriumban az új tantárgyak próbatanítását kezdetben választható tantárgyként 5-7 fős csoportokban. Az első félévben kipróbáltuk a közös, alapozó félévre tervezett program tanítását, melyre másodévtől bárki jelentkezhetett, a második félévben a

szakspecifikus tananyag oktatását teszteltük, amelyet már konkrétan az egyes szakok hallgatóinak hirdettünk meg. A teljes körű implementációra a III. félévben, 2010. szeptemberében került sor.

Az elmúlt egy éves próbatanítás tapasztalatai alapján állítottuk össze módszertani ajánlásunkat, amely a hagyományos és új módszerek széles repertoárját tartalmazza.

4. A szimulációs oktatás didaktikai alapelvei

A didaktika, vagyis az oktatás általános elmélete a neveléstudomány az a részterülete, amely a tanulásra-tanításra vonatkozó törvényszerűségeket, alapelveket tárja fel és írja le. A didaktika tárgya, két fontos kérdés: mit tanítsunk, és hogyan tanítsunk? Mai értelmezésben ide tartozik a tanulás-tanítás értelmezése, a tanulási-tanítási célok, a tananyag kiválasztása és elrendezése, a tanulás-tanítás folyamata, módszerei, eszközei, valamint a pedagógiai értékelés.

A tanulás-tanítás célrendszere és a követelmények kapcsolata

A hallgatóktól elvárt tudást követelményekben fejezzük ki, amelyek hidat alkotnak a célok és a tanulási eredmények között, biztosítják a kitűzött célok és az elért eredmények kívánatos megfelelését. A követelményekből vezethetők le a tanulásszervezés éppen aktuális feladatai és módszerei.

A szakmai képzés két fontos területe az elméleti és a gyakorlati képzés. Az elméleti képzés biztosítja a megfelelő szakmai ismereteket, melyet az előző szemeszterekben alkalmazott szakmai alapozó és orientációs

képzés segít. A gyakorlati képzés a szakma gyakorlati fogásainak, az adott szakterületen szükséges jártasságok, készségek, képességek kialakításának fontos eszköze. A napjainkban oly divatos pedagógiai elnevezések, mint az „alkalmazásképes tudás”, illetve a „teljesítményképes tudás” már a tudásszintek 1960-as évek klasszikus felosztásaiban – melyet sokan kritizálnak, de még többen követnek –, is fellelhetők, a felsorolások között nincs alapvető különbség, valamennyi taxonómia fokozatosan emelkedő szintet jelent (I. táblázat).

A szimulációs gyakorlat célkitűzései

A tanulás-tanítás célrendszeréről leírtakat konkrétan alkalmazva tantárgyunkra, a szimulációs kurzus célkitűzéseinél abból kell kiindulnunk, hogy az egészségügyi hivatás gyakorlása általában nem azt kívánja meg, hogy szóban vagy írásban mondják el a hallgatók, amit tudnak, hanem azt, hogy a betegellátás során alkalmazni is tudják ismereteiket különböző helyzetekben, különféle feladatok, problémák megoldásában. A képességek és készségek csakis gyakorlással alakíthatók és fejleszthetők. Különösen érvényes ez a Karon tanuló hallgatók zöménél, akik közvetlenül középiskolai tanulmányaik után kerülnek az alapképzésbe, és ezért nem rendelkeznek előzetes egészségügyi gyakorlattal. Számukra a képzés keretein belül biztosított gyakorlatok nyújtanak rendszeres segítséget a szakmai kompetenciák elsajátításához.

Az ismeretek, készségek, jártasságok összefüggésben állnak egymással, kölcsönösen és többszörösen egymásra épülnek. A gyakorlatban hol a jártasságok alakulnak ki előbb, s csak ez után a készségek, hol a korábban kialakított készségek előzik meg a

magasabb szintű jártasságokat, melyek ismét alapjai lehetnek további készségek kifejlődésének. A nagy didaktikai kutatók között sem alakult ki egységes vélemény abban a kérdésben, hogy a jártasság előzi-e meg a készséget vagy a készség a jártasságot. (Csóka, 2004)

A készségek a tudatos tevékenység automatizált komponensei, amelyek a tevékenység többszöri ismétlése során alakulnak ki (pl.: intubáció sikeres kivitelezése). A jártasság — szemben a készséggel — nem a tevékenység egyes mozzanatainak, hanem a tevékenység egészének végrehajtásában való gyakorlottságot jelenti (pl.: reanimáció végrehajtása) a tanult szabályok, törvények felidézése, tudatosítása mellett. (Hollós et al, 2007))

Mi a jártasság és készség konzervatív meghatározása helyett az interiorizációt (belsővé válást) tekintjük jártasságnak és a maximális begyakorlottságot készségnek. Ebben a koncepcióban készségnek nevezzük a műveletvégzést, jártasságnak az egész feladatmegoldást. (Csóka, 2004) Ebből következik, hogy a szimulációs órák tantervét nem az ismeretek átadása köré kell szerveznünk, hanem azokból a készségekből kell kiindulnunk, amelyek a hatékony, szakszerű és kellően motivált gyógyító munkához elengedhetetlenek. A betegellátás sokszor kockázatos döntéseket igényel, a veszélyes/kritikus szituációk menedzselésének biztonságos kipróbálására ezeken az órákon kell lehetőséget biztosítanunk.

A kompetenciaalapú oktatás

A kompetenciaalapú oktatás egy divatos kifejezés manapság, de már több mint két évtizede jelen van pedagógiai gondolkodásunkban. A kompetencia rendkívül összetett, bonyolult fogalom, melyet nem lehet leegyszerűsíteni az alkalmasságra, ügyességre.

A kompetencia nem más, mint az ismeretek, képességek és attitűdök hármassága.

Ez a három tényező szorosan összefügg, mivel az ismeretek elsajátíthatók ugyan,

de csak akkor mobilizálhatók, ha azokat a személyiségjegyeket is fejlesztjük, amelyek képessé teszik az egyént az ismeretek gyakorlati alkalmazására, és azt is figyelembe vesszük, hogy ez a képességfejlesztés nem sikerülhet a hallgató megfelelő motivációs háttere nélkül. A kompetenciafejlesztés tehát igényfelkeltés egy tevékeny, az ismereteket alkalmazni, transzformálni képes magatartásforma iránt, amit problémaorientált tanítási módszerekkel, csoportban vagy önállóan végzett kutató-felfedező munka eredményeként érhetünk el leginkább.

Szakmától függetlenül a hallgatóknak el kell sajátítani egyes alapkompenciákat, amelyek a képzés minőségét is meghatározzák. Ilyenek, pl.:

- ⇒ az önálló tanulásra való képesség,
- ⇒ a team munka,
- ⇒ a felelősség,
- ⇒ a kommunikációs képesség,
- ⇒ a számítógépes-informatikai ismeretek,
- ⇒ a személyiség-, és önismeret-fejlesztés,
- ⇒ a terhelhetőség.

A kompetenciák érvényesülése az egészségügyi képzés követelményeiben

Az alapközokozattal (BSc) rendelkező szakemberek

ismerik:

- ⇒ az egészség fogalmát és kritériumait, valamint az ember szomatikus, pszichés és szociális állapotának sajátosságait,
- ⇒ az egyén, a család, a közösség és a társadalom egészségvédelmének és az egészség helyreállításának tudományos alapjait az egészségügyi és szociális ellátás szervezeti felépítését, informatikai alapjait, finanszírozási rendszerét, közép és hosszú távú célkitűzéseit,
- ⇒ saját szakterületükön a menedzsment feladatokat.

képessék:

- ⇒ részt venni az egészségügyi és/vagy szociális ellátás valamennyi szintjén a megelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs munka folyamataiban,
- ⇒ szükség esetén elsősegélynyújtást biztosítani és a szakképzettségének megfelelő intézkedést hozni,

I. táblázat: A kognitív (értelmi) tanulóval összefüggő taxonómiák

Bloom-féle taxonómia	Nagy Sándor-féle taxonómia	Nagy József-féle taxonómia
ismeret, megértés, alkalmazás, magasabb rendű műveletek: analízis, szintézis, értékelés.	ismeret, jártasság, készség, képesség.	ismeret, ráismerés, megnevezés, reprodukció, alkalmazás a külső algoritmus szintjén, alkalmazás a belső algoritmus szintjén, készség.

- ⇒ egészségnevelő feladatok ellátására, továbbá az informatikai eszközök és módszerek alkalmazására, továbbá a dokumentációs feladatok ellátására,
- ⇒ önálló és szakmai csoportban munkaszervezésre, munkavégzésre interperszonális kapcsolatok kialakítására és fenntartására,
- ⇒ saját szakterületükön összefüggések felismerésére, az eredmények, tapasztalatok értékelésére, valamint az elméleti és gyakorlati oktatásban való részvételre,
- ⇒ személyiségének és szakmai felkészültségének folyamatos, tervszerűen tudatos fejlesztésére.

Ez egy általános megfogalmazás, valamennyi szakirányon tanuló hallgatóra vonatkozik. A konkrét ismeretek, képességek szakirányonként különböznek, melyek közül az ápolókét mutatjuk be.

- Az ápolás és betegellátás szak, ápoló szakirányon a hallgatók
- ismerik:**
- ⇒ az egészségügyi és szociális intézményrendszert,
 - ⇒ az egészséges szervezet működését, az egészségkárosodások etiológiai tényezőit, megelőzésük lehetőségeit, fontosabb morfológiai és funkcionális jellemzőit, patomechanizmusát,
 - ⇒ a gyakoribb betegségek diagnosztikájában alkalmazott vizsgáló módszereket,
 - ⇒ a gyakoribb betegségek kezelési módjait, a prevenció, a rehabilitáció lehetőségét,
 - ⇒ a betegellátás (gondozás) során előforduló nosocomialis ártalmakat, a megelőzés és az elhárítás módjait, valamint a higiéné szabályait.

- alkalmasak:**
- ⇒ segítséget nyújtani az egészségügyi és szociális szolgáltatások elérésében,
 - ⇒ a beteg (gondozott) sajátos szükségleteinek a feltárására, az ápolási diagnózis felállítására és a prioritások alapján történő szakszerű feladatellátásra,
 - ⇒ együttműködésre az egészségügyi és szociális szolgáltatások tervezésében, fejlesztésében, lebonyolításában,
 - ⇒ az ápolási modellek megválasztására, azok alkalmazására,

- ⇒ az ápolási folyamat megvalósításához szükséges információk, erőforrások feltárására, felhasználására.
- Mindezen didaktikai törvényszerűségek, alapelvek, és a képzési követelmények figyelembe vételével történhet a tananyagtartalom kiválasztása, azaz, hogy „mit tanítsunk?”.

A tananyag kiválasztása és elrendezése

- Az oktatás tartalmának kiválasztása fontos tantervméleti kérdés, elég bonyolult, és rendszeresen újragondolandó feladat, de mindig négy alapvető szempontnak kell megfelelnie:
- ⇒ a társadalom igénye az egészségügyi felsőoktatási intézmény és a műveltség iránt,
 - ⇒ a hallgatók érdeklődése, szükségletei,
 - ⇒ az adott szakterület igényei,
 - ⇒ egy-egy nép kulturális örökségei, hagyományai.

A tananyag kiválasztás szűrői: a tananyag korszerű, szakszerű és tudományos legyen, továbbá feleljen meg az adott képzési szintnek.

Az elvszerűen kiválasztott tananyagot meghatározott szempontok szerint el kell rendezni. Képzésünkben az egyik legfontosabb szempont, hogy a hallgatónak egységes egészként kell látnia az embert, annak működését összefüggéseiben kell megértenie. Ehhez a tananyagot horizontálisan és vertikálisan is el kell rendeznünk (Csóka, 2009):

- ⇒ **A horizontális elrendezés** azt jelenti, hogy a tananyagot egy adott évfolyamra vonatkoztatva tantárgyakba szervezzük. A tantárgyak egy vagy több tudományterületről céljainknak megfelelően kiválasztott és elrendezett tudásanyagot foglalnak magukban. A tantárgyi koncentráció segítségével, egy-egy témával több tantárgyon belül is foglalkozunk: pl.: a szív normális és kóros működéséről beszélünk az élettan-kórélettan, majd a belgyógyászat, sebészet, intenzív terápia tantárgyak keretében is. A tantárgyi integráció a különböző tudományterületekről vett ismeretanyag egységes egészé szervezését teszi

lehetővé, melyben az egyes alkotóelemek önálló struktúrája feloldódik: pl.: a betegségek kialakulásának megértéséhez a szociológiai, pszichológiai és egészségpedagógiai tanulmányok integrációjára van szükség. A szimulációs tantárgy tantervébe történő beillesztésekor tehát nem elegendő, hogy megtöltjük tartalommal, és a többi tantárgy mellé helyezzük, hanem a tananyag elrendezésénél arra is törekednünk kell, hogy a hallgatók meglássák az ismeretek kapcsolódásait, felismerjék, hogy az egyes tantárgyakon belül azonos vagy összefüggő jelenségek különböző szempontú elemzése történik.

- ⇒ **A vertikális elrendezés** azért fontos, hogy az egyes tantárgyakon belül a különböző szemeszterekben tanult ismeretek célszerűen egymásra épüljenek, bonyolultabb formában megismétlődjenek, és más összefüggésekben visszatérhessünk a korábban tanult témákhoz, pl.: az intenzív terápia keretében tárgyalt súlyos, életveszélyes akut balszívfél-elégtelenség patofiziológiájának megértéséhez fel kell idézni a szív anatómiájáról, a vérkörökről, az elő- és utóterhelésről tanultakat.
- A didaktikai és tantervméleti szempontok alapján mi a szimulációs gyakorlatot egy integráló tantárgynak tekintjük, ami szintézist teremt a korábban különböző tantárgyakban tanult ismeretek között. A tananyag elrendezés elvei szerint helyeztük az alapozó szimulációt a III. félévre. A szakspecifikus kurzusok helyét a későbbi szemeszterekben sorra kerülő szaktantárgyak határozták

meg. Míg korábban elsőként a tananyagtartalmat határoztuk meg, majd megfogalmaztuk, hogy annak elsajátítása milyen kompetenciákat fog eredményezni, ma a feladatprofilból indulunk ki, amely tartalmazza, hogy mit kell tennie annak a szakembernek, aki az adott szakmát gyakorolja, és a tulajdonságprofilból, amely azt körvonalazza, hogy milyen tulajdonságokkal, kompetenciákkal kell rendelkeznie ahhoz, hogy a munkájában előforduló feladatokat végre tudja hajtani. A kompetencia fogalma ebben a vonatkozásban: alkalmasság, képesség a munkavégzésre, azaz cselekvési képesség.

Mivel a teljes feladat- és tulajdonságprofil a végzett szakemberre vonatkozik, ez a tantervben csak, mint elérendő cél szerepelhet. A célkompetenciák a kimeneti képzési követelményekben kerülnek megfogalmazásra, és ezekhez rendeljük a tananyag-tartalmat. A teljes feladatprofil áttekintése alapján érdemes ellenőrizni, hogy az összeállított tananyag tényleg felkészíti-e a hallgatót erre a szakmára. Ezt szolgálja a próbatanítás, a folyamatos ellenőrzés, értékelés, hallgatói véleményfelmérés a képzés során, valamint a már végzett szakembereink utánkötéses vizsgálata. A kompetenciaalapú tantervkészítéshez, és annak gyakorlati megvalósításához valódi szemléletváltásra van szükség a tanulási-tanítási folyamat valamennyi résztvevőjétől.

A **II táblázat**ban bemutatjuk, hogy az Acut Coronaria Syndromás beteg sürgősségi ellátásához szükséges ápolói felada-

II. táblázat: Acut Coronaria Syndromás (ACS) beteg sürgősségi ellátása

Feladatprofil	Célkompetenciák
⇒ Felveszi az ápolási anamnézist, felméri a beteg szükségleteit.	⇒ Integrálja a természettudomány, társadalomtudomány, orvostudomány és ápolástudományból eredő elméleti tudását egy szakmai ápolási gyakorlatba →szintézis.
⇒ Elvégzi a fizikális vizsgálatokat, és szakszerűen dokumentálja.	⇒ Felhasználja a kritikus gondolkodást és az ápolási folyamatot a klinikai döntéshozatal keretében →analízis.
⇒ Értelmezi és előadja a mért adatokat.	⇒ Egyénre szabott ápolási-gondozási tervet készít az ACS-ben szenvedő beteg ápolásának menedzselésére →alkalmazás.
⇒ Megfogalmazza az ápolási tervet.	⇒ Priorizálja az ACS-ben szenvedő beteg ápolási tevékenységeit →analízis.
⇒ Áttekinti és végrehajtja az orvosi utasításokat az ápoló kompetenciái szerint.	⇒ Végrehajtja a gyógyítási tervet →alkalmazás.
⇒ Értelmezi és előadja a szívritmust az EKG alapján.	
⇒ Kéri a laboreredményeket és ismerteti az orvossal.	
⇒ Felismeri az emelkedett szívenzimeket.	
⇒ Felméri a lehetőséget PCI-ra vagy thrombolyticus terápiára.	
⇒ Előkészíti a beteget a megfelelő terápiára.	

tokból, milyen célkompetenciák határozhatóak meg.

5. A szimulációs gyakorlatok programja

A szimulációs gyakorlatból 14 tantárgyat hoztunk létre a teljes- és részidős hallgatók számára, ezek közül a „**Klinikai szimuláció**” azonos tartalommal a közös alapozást szolgálja, a „**Szimulációs esettanulmányok**” a különböző szakoknak (ápoló, szülésznő, mentőtiszt, gyógytornász, védőnő, népegészségügyi ellenőr, képkalkító diagnosztikai analitikus) megfelelő specifikus tananyagot tartalmaznak. (Csóka, 2009)

5.1. A „Klinikai szimuláció” című tantárgy programja

A tantárgy oktatásának célja

A III. félévben sorra kerülő tantárgy célja, a hallgatók szintetizáló képességének kialakítása, fejlesztése, az anatómiai, (kór)élettani, egészségügyi, klinikai és elsősegélynyújtási ismeretek koncentrációja és integrációja révén. A korábban megszerzett ismereteik integrálásával és elmélyítésével célunk az ember egységes egészként történő szemléltetésének kialakítása, és a hallgatók alkalmassá tétele az ember normális és kóros élettani jelenségeinek elkülönítésére. A szimulációs kurzus végére képesek a fizikális vizsgálat önálló végzésére, a különböző klinikai manifesztációk kialakulásához vezető etiológiai tényezők, patofiziológiai mechanizmusok és a klinikum lefolyásának megértésére, ok-okozati összefüggések felismerésére. Képesek a vitális funkciók szakszerű jellemzésére, a kóros eltérések értékelésére, a mérési eszközök szakszerű használatára. Képesek a beteg önálló monitorozására, a látott értékek leolvasására, értelmezésére, és szakszerű dokumentálására. Képesek a homeostasis felborulásának felismerésére, a szakszerű beavatkozásra, valamint a kritikus állapotú beteg felügyelettel történő menedzselésére. Legfőbb célunk, hogy ezzel az innovatív di-

daktikai módszerrel az eddigieknél komplexebben készítsük fel hallgatóinkat a területi gyakorlatokra. (Csóka, 2009)

A tantárgy oktatásának feladata

A különböző klinikai szituációk, problémák virtuális, ugyanakkor valóság-hű környezetben történő bemutatása, feldolgozása annak érdekében, hogy a hallgató észlelje és megértse az egyes kórokok, beavatkozások hatására létrejövő patofiziológiai változásokat. A hallgatók szimulált esetekkel találkoznak, és lehetőséget kapnak a fizikális, valamint műszeres vizsgálatok végzésére, különböző beavatkozások végrehajtására, továbbá tevékenységük eredményének nyomon követésére. A szimulációs órákat előmegbeszélés nyitja, ahol a hallgatók figyelmének felkeltése történik az adott eset iránt, valamint az elkövetkezendő feladatok megbeszélése, és utómegbeszélés zárja, mely lehetővé teszi az elkövetett hibák, tévedések korrekcióját, értékelését.

Fontos leszögeznünk, hogy a kurzus első sorban az alapozó és a klinikai szaktantárgyak megerősítését célozza, és nem helyettesíti a szakspecifikus, gyakorlatorientált tantárgyakat, így a konkrét eljárások, ápolási beavatkozások gyakorlása nem tartozik a kurzus feladatai közé. Nem az egyes tevékenységek motoros gyakorlása az elsődleges célunk, hanem olyan helyzetgyakorlatok biztosítása, amelyek tág teret adnak a döntési, kommunikációs, empátiás, interperszonális, jogi, etikai, problémafelismerő- és megoldó készségek, valamint a szintetizáló képesség fejlődésének. A szimulációs gyakorlatok feladata képezzé tenni a hallgatókat az egészséges ember vitális paramétereinek vizsgálatára, az észlelt abnormitások hátterében meghúzódó ok-okozati összefüggések felismerésére és megértésére. (Csóka, 2009)

A tantárgy tananyag tartalma

A hallgatók anatómiai, élettani-kórélet-tani, valamint egészségügyi szakmai alapismereteire építve, az elsősegélynyújtás és a klinikai alapismeretek tananyag tartalmával szoros korrelációban vezetjük be az alapozó szimulációs gyakorlatokat. A klinikai ese-

tek megértéséhez elsőként az ember fizikális vizsgálatának (megtekintés, tapintás, hallgatás, kopogtatás) technikáit tanítjuk meg, majd a normális és kóros vitális funkciók felismerését gyakoroljuk a szimulátor segítségével. A mérési eszközök és a fonendoszkóp szakszerű használatát a teljes önállóság szintjéig fejlesztjük. Ezt követi a beteg monitorozása, az értékhatárok és alarm-funkció beállítása, SatO₂, CVP leolvasása, értékelése, gyakori hibalehetőségek megbeszélése. A homeostasis felborulását eredményező légzés és keringés összeomlást, a hirtelen eszméletvesztést, és az életveszély elhárításának bemutatását az újraélesztés magasabb szintű elvégzése követi. A homeostasis felborulásához vezető leggyakoribb okok prezentációja olyan szintű esetek szimulációjával történik, amelyek a klinikumi szaktantárgyak (belgyógyászat, sebészet, szülészet, neurológia) mélyebb ismerete nélkül is megérthetőek, és amelyekkel a hétköznapi életben is gyakran találkozhat a hallgató: angina pectoris, acut myocardialis infarctus, acut légzési elégtelenség, akut vérzések, postoperatív mélyvénás thrombosis, anaphylaxias shock, diabeteses. Ezek olyan alapvető klinikai szituációk, melyek helyes menedzselése nélkül nem kezdhetik meg a klinikai gyakorlatukat. (Csóka, 2009)

5.2. A „Szimulációs esettanulmányok” című tantárgy programja

A tantárgy oktatásának célja

A IV.-VII. félévekben sorra kerülő tantárgy célja olyan szakspecifikus tudásanyag biztosítása a különböző szak hallgatói számára, amely szorosan kapcsolódik választott hivatásukhoz. Célunk, hogy a hallgatók képessé váljanak a kompetenciájukba eső sürgősségi esetek szakszerű menedzselésére. Olyan képességek kialakítása a cél, amelyek alkalmassá teszik hallgatóinkat a kritikai gondolkodásra, a saját szakterületükön előforduló életveszélyes helyzetek adekvát megoldására, az újraélesztés szakszerű végzésére. A kurzus végére képesek részt ven-

ni az egészségügyi és/vagy szociális ellátás valamennyi szintjén a megelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs munka folyamataiban, képesek az ok-okozati összefüggések felismerésére, és a szakképzettségüknek megfelelő intézkedésre. (Csóka, 2009)

A tantárgy oktatásának feladata

A tantárgy feladata az egyes klinikai esetek különböző helyszíneken történő ellátásának bemutatása, feldolgozása, melyben a hallgatók lehetőséget kapnak a szimulált esetek önálló megoldására. A korábbi klinikai szimulációs gyakorlatokra alapozva részletesen foglalkozunk a különböző (ápoló, szülésznő, mentőtiszt, gyógytornász, védőnő, népegészségügyi ellenőr, képkalkító diagnosztikai analitikus) szakterületeken előforduló problémák megoldásával. A szimulációs órákat a klinikai szaktantárgyak elméleti óráihoz kell kapcsolnunk, ezért a demonstrációhoz különböző didaktikai módszerek, és többféle órátípus együttes alkalmazására van szükség: önálló gyakorlat csoportbontásban, interaktív bemutató, kisfilm, elméleti és gyakorlati óra együttes megtartása. (Csóka, 2009)

A tantárgy tananyag tartalma

A szimulációs esettanulmányok kiválasztásánál és tervezésénél arra törekedtünk, hogy azok a hallgatók speciális szaktantárgyaihoz illeszkedjenek. Az ápoló hallgatóknál részletesen foglalkozunk a cardiovascularis, pulmonológiai, gastroenterológiai, nephrológiai, neurológiai betegségben szenvedők kórházi és alapellátási környezetben történő ellátásával. Az acut coronaria syndroma, malignus rhythmuszavarok, cardiogen shock, szív-éleltelenség, pneumonia, bronchitis, stroke, veseelégtelenség, postoperatív MRSA, postoperatív ileus, metabolikus szindróma intenzív osztályos, sebészeti és otthoni ellátását, a krónikus betegségekben szenvedők kezelését az alapellátásban az ápoló szemszögéből, a szakmai irányelveknek megfelelően dolgozzuk fel. A mentőtiszt hallgatóknál a hirtelen keringés-, légzés-, és anyagcserezavarok, eszméletlenség, heveny tudatzavar, görcsroham szakszerű oxiológiai, valamint sürgősségi

ellátása kerül előtérbe. A gyógytornászhallgatóknak főként olyan szituációkat mutatunk be, melyek a mobilizáció, mozgásterápia ill. fizioterápiás eljárások során fellépő cardio-pulmonális és metabolikus válaszakciók következményeként alakulnak ki. A népegészségügyi felügyelő szak hallgatói a fizikai és kémia ártalmakkal, mérgezett és fertőző betegek ellátásával, katasztrófa-helyzetekkel találkoznak a gyakorlat során. A szülésznő és védőszakon többek között a terhesség indukálta hypertonia, méhlepény-repedés, magzati embólia, szülés utáni vérzés menedzselése kerül előtérbe. A képzést a diagnosztikus szakon a különböző vizsgálati eljárások alatt hirtelen fellépő keringési és légzési elégtelenségek felismerését és az adekvát intézkedéseket ismerik meg és gyakorolják a hallgatók. (Csóka, 2009)

A tematika felsorolása nem teljes körű, de jól reprezentálja céljainkat. A kurzusok moduláris szerkezetűek, vagyis olyan curriculum elemekből állnak, melyek lehetővé teszik a tananyag folyamatos felülvizsgálatát, az új tudományos kutatások eredményeinek beillesztését. A tananyag összeállításakor nagy hangsúlyt fektetünk az írásos szöveghez szorosan kapcsolódó elektronikus adathordozásra és az internet által biztosított lehetőségekre: a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Hallgatói Portálján folyamatosan bővülő, frissülő szakmaspecifikus vázlatokkal, vizuális segédanyagokkal segítjük hallgatóink felkészülését a szimulációs gyakorlatokra. A helyi fejlesztésű elektronikus tananyagok további előnye, hogy erősítik az intézmények közötti kapcsolatokat, akár hazai és nemzetközi vonatkozásban is.

A tananyagfejlesztés következő lépése annak átgondolása, hogy a hagyományos tanárközpontú ismeretadást miként lehet felváltani egy nyitott, multimédiás tanulási környezetben zajló probléma-alapú oktatással. Amíg a hagyományos oktatásnál a tanár az aktív tudásközvetítő, a hallgató az ismeretek passzív befogadója, addig az új oktatási gyakorlat abból indul ki, hogy a hallgató a tudást nem kész rendszerként veszi át, hanem annak megszerzésében maga is aktívan részt vesz. De milyen módszerekkel, eszközökkel

lehet mindezt megvalósítani a tanulás-tanítás folyamatában? Ez a didaktika másik alapvető kérdése, a „hogyan tanítsunk? Ehhez tudnunk kell, mi is az a módszer, és milyen lehetőségek közül választhatunk?

6. A szimulátoros oktatás módszertana

A tanárszerep változása

Hogy a megfelelő tudásszintek kialakuljanak – egészségtudományi hallgatókról lévén szó –, valóság-hű klinikai problémahelyzeteket teremtünk, melyek megoldását a hallgató végzi a tanár támogatásával. A tananyag feldolgozásában tehát övé a főszerep, és ehhez alkalmazkodik a tanár. Az új feltételrendszerben szakítanunk kell a tanulás-tanítás tradicionális szervezési formáival, módszereivel, és a tanárközpontú tanulási-tanítási folyamatról át kell térnünk a tanuló-központú folyamatra.

A tanárszerep változása nem azt jelenti, hogy a tanár kevésbé lenne fontos, inkább a tanári tevékenység szükségszerű módosulásáról, és kibővüléséről van szó. Ebben a rendszerben is a tanár agya, szaktudása a legfontosabb, hiszen neki kell létrehozni a tananyag és a hallgatók eltérő kognitív rendszere, valamint motivációs állapotai között a megfelelő kapcsolatot. Ez a feladat komoly kihívást jelent, az esetek komplex feldolgozása az adott kórkép, és a klinikumi lefolyás élettani-kóreltani hátterének pontos ismeretét, a korszerű diagnosztikus, terápiás eljárások, valamint az érvényes szakmai irányelvek, protokollok alkalmazását teszi szükségessé. A tanár naprakész szakmai felkészültségéhez társul pedagógiai attitűdje mellett az is fontos szempont, hogy viselkedése és személyisége mintaként jelenik meg a hallgató számára. (Csóka, 2004)

A tanulás-tanítás folyamata, módszerek, eszközök

Módszernek nevezzük azokat a pedagógiai eljárásokat, amelyek során a hallgatók ismereteket szereznek, jártasságok, készségek ala-

kulnak ki, képességek fejlődnek. A módszereket a tanár mindig tudatosan, tervszerűen választja meg. Az oktatás módszere tehát nem más, mint az oktatási folyamat didaktikai feladatainak megoldására alkalmazott eljárás. (Szitó, 2005; Falus, 2006, 2007; Baló 2007; <http://www.oki.hu/oldal.php?tipus=cikk&kod=problema-06-Lada-oktatasi>)

A módszerek csoportosítása az alábbi szempontok szerint lehetséges:

- ⇒ az információk forrása szerint (verbális, szemléletes, gyakorlati módszerek),
- ⇒ a hallgatók által végzett megismerő tevékenység szerint (receptív, reprodukív, részben felfedező heurisztikus, és kutató),
- ⇒ az oktatás logikai iránya szerint (induktív, deduktív),
- ⇒ a tanulási munka irányításának szempontja alapján (tanári dominanciájú, közös tanári-hallgatói irányítású, és hallgatói dominanciájú),
- ⇒ a didaktikai feladatok szerint (motiválás, új anyag közlése, bemutatása, információk feldolgozása, rendszerezés-rögzítés, alkalmazás-gyakorlás, ellenőrzés-értékelés),
- ⇒ a szóbeli közlés szerint (monológikus, dialógikus).

Valamennyi ma ismeretes szempontot felsoroltunk, de részletezésükre nem térünk ki, inkább a klasszikusnak számító, tanulási munka irányításának szempontja alapján történő csoportosítást mutatjuk be. (III. táblázat)

Ebbe a rendszerezésbe megpróbáltuk beépíteni a hagyományos és az új módszertani lehetőségeket, de közel sem soroltunk fel minden metodikát (pl.: atipikus tanulási módszerek: e-learning, peer-learning, Jigsaw-módszer, coaching). A bemutatott módszerek önmagukban és kombinációban is alkalmazhatók a lehetőségekhez mérten. Tanulmányunk szempontjából a továbbiakban a szimulációs technikát részletezzük.

A szimuláció

A szimuláció olyan oktatási módszer, amelyben a hallgatók tapasztalati tanulá-

III. táblázat: A tanulás-tanítás-módszerei

A tanár munkáján alapuló módszerek	-előadás -magyarázat -bemutatás, szemléltetés -elbeszélés -szemlézés -leírás
A tanár-hallgatók közös munkáján alapuló módszerek	-megbeszélés -beszélgetés -brain storming -vita -gyakorlás -ismétlés -ellenőrzés, értékelés -konzultáció -betegbemutató -projekt módszer -szimuláció, szerepjáték -kooperatív oktatási módszer
A hallgatók önálló munkáján alapuló módszerek	-tankönyv, jegyzet, könyvtár -online feladatmegoldás -házi dolgozat -kiselőadás, esszé -munkáltatás-gyakorlati munka -kutató-felfedező munka -laboratóriumi megfigyelés -betegmegfigyelés -beavatkozások végzése -ápolási dokumentáció vezetése

révén fogalmakat, eseményeket, jelenségeket sajátítanak el, tevékenységeket gyakorolnak. A szimulációk a valóság absztrakciói, leegyszerűsítései, amelyek inkább a rendszer egészére és kevésbé annak részleteire koncentrálnak. Konkrétan a klinikai szimulációra alkalmazva, a virtuális tanulási környezetben a komplex esetek feldolgozása során, az enciklopédikus tudásközvetítésről áttevődik a hangsúly az egyes szaktantárgyak közötti integráció erősítésére, az ismeretek szintetizálására.

A szimuláció struktúrája az alábbi elemeket tartalmazza:

- ⇒ a háttérrel leíró forgatókönyv (scenario),
- ⇒ a különféle érdekeket megtestesítő szerepek, az egyének által követendő lépések,
- ⇒ a valós helyzetet tükröző adatok, tények, amelyekkel a résztvevők dolgozhatnak,
- ⇒ az a lehetőség a résztvevők számára, hogy meggyőződhetnek döntéseik, cselekvéseik következményeiről.

A különböző klinikai szituációk megoldásához szükséges információkat kri-

tikusan kezelni, elemezni, rendszerezni, és végül konstruktívan szintetizálni kell. Ahhoz, hogy bonyolultabb, összetettebb problémával is meg tudjanak birkózni a hallgatók, fontos a megfelelő munkaforma is, melyet mindig a gyakorlat hatékonyságának növelése érdekében, annak szem előtt tartásával választunk meg. A napjaink pedagógiai gondolkodásában egyre jelentősebb szerepet játszó konstruktivista szemléletű tanítás során valójában az összes ismert tanulás-szervezési eljárás alkalmazható (Baló, 2007). Azonban minden esetben meg kell gondolni, hogy melyik módszer teszi az adott pedagógiai szituációban a leginkább lehetővé a hallgatók konstruktív folyamatát, méghozzá olyan konstrukciókat, tudás létrehozását, amelyet a tanterv megcélzó, s amely a gyakorlatban adaptívnek bizonyul. Így adott esetben a szimulációs gyakorlatokon valójában nem kell elzárkózni a frontális módszerektől sem, mint amilyen például a tanári előadás, magyarázat.

A fejlesztendő szociális képességeket, készségeket is figyelembe véve (együtt dolgozni, közösen gondolkodni, más véleményét elfogadni, kooperatívan tanulni stb.) elmondhatjuk, hogy a szimulációs órák célkitűzéseinek eléréséhez a hagyományos és új módszerek együttes alkalmazására van szükség. Hogy ezt milyen szociális munkafarmákban szervezhetjük meg, azt a **IV. táblázatban** foglaltuk össze.

IV. táblázat: Munkaformák

Frontális munka	Olyan szervezési mód, melyben az együtt tanuló hallgatók tanulási tevékenysége párhuzamosan, egy időben, gyakran azonos ütemben folyik, a közös oktatási célok érdekében. E szervezési mód a hallgatók egységes oktatását teszi lehetővé, valamennyiük számára biztosítja a tanulás lehetőségét, de a feltételeit nem. A frontális oktatásban ugyanis csak azok a hallgatók vesznek részt, akik tudnak és akarnak is az oktatás közös menetében a tanárral együtt haladni. Inkább arra használjuk, ha „kész tudás” átadását-átvételét tervezzük, pl. a kórkép leírása, vagy az első gyakorlati órán a műszerpark bemutatása.
Csoportmunka	Akkor van jelentősége, amikor a hallgatók a már megismert tananyaghoz kapcsolódó tevékenységet végeznek, tehát az elméleti ismereteiket a gyakorlatban alkalmazzák. A csoport a gyakorlat során lehet állandó, vagy alkalmi. A csoport tagjai a feladatot megoldhatják munkamegosztással vagy munkamegosztás nélkül. A csoportmunka során kölcsönös függőségi, felelősségi és ellenőrzési viszonyok jönnek létre.
Egyéni munka	Vannak olyan tevékenységek — pl. betegmegfigyelés, gyógyszerelés, injekciózás, dokumentációvezetés –, amelyeket célszerűbb egyéni munkában végezni, hiszen így derül ki, hogy a hallgató képes-e az önálló munkavégzésre, és így tisztázható a felelősség kérdése is. Fontos, hogy a tanár az egyéni munkára alkalmas feladatot adjon, biztosítsa a szükséges segítséget, és értékelje a hallgató munkáját.
Párban folyó munka	Lényege, hogy két hallgató dolgozik valamilyen feladat megoldása érdekében. A siker mindkét hallgatót múlik.

A csoportalkotás és a csoportmunka kérdései, jellemzői

Az oktatás stratégiái attól függenek, hogy a hallgatók mennyire aktívan vesznek részt a szimulált beteg menedzselésében. Didaktikai szempontból tudjuk, hogy a gyakorlati órák hatékonyságát a létszám döntően befolyásolja. Az ideális csoportlétszám 3-6 fő, melynek megvalósítása a nagy hallgatói létszám miatt egyelőre lehetetlen. Mit lehet tenni ebben a helyzetben? A didaktika ebben a kérdésben is segít. A klinikai szimuláció problémaorientált tanítási módszert igényel, amelyet csoportban vagy önállóan végzett kutató-felfedező munka eredményeként érhetünk el leginkább. A csoportképzés és a csoportok közötti munkaszervezés számos tényezőtől függ, a legfontosabbak, hogy mi az adott óra célja, feladata (mi az elérendő tudásszint), a kurzus hallgatói milyen érdeklődésűek és milyen képességekkel rendelkeznek.

A szimulációs órák munkaszervezése

Feladatkiosztás 6 fős csoportban

A tanulási forma kiválasztása mindig az adott óra célkitűzéseitől függ. Ha az a célunk, hogy a csoport tagjai valamennyi tevékenységet gyakoroljanak, akkor az azonos feladatok „forgószínpados” megoldását preferáljuk: először az egyik hallgató felhelyezi a monitor elektródáit a betegre,

a másik a pulzoxymétert, a harmadik a noninvaszív vérnyomásmérő mandzsettáját, a negyedik csatlakoztatja a központi oxigént, az ötödik a betegre helyezi az oxigén orrszondáját, a hatodik bekapcsolja a monitort és beállítja az alarmfunkciót. Ezt követően minden eszközt leveszünk a betegről, és tevékenységet váltanak a hallgatók. Amennyiben már készség szinten tudják ezeket a tevékenységeket, akkor differenciált feladatvégzés keretében minden hallgató mást végezhet a beteg felvétele során, ahogy a valós gyakorlatban is történik. Az első hallgató teljesen elvégzi a beteg monitorozását, a második elkészíti a 12 elvezetési EKG-t, a harmadik leveszi a vért, a negyedik dokumentálja a vitális paramétereket, az ötödik fizikális vizsgálatot végez és felveszi a beteg anamnéziséit, a hatodik oxigén terápiát alkalmaz. Amikor megérkeznek a kivetítőre a laboreredmények, közösen értékeljük, és mindenki vezeti a saját dokumentációját.

Feladatkiosztás 20 fős csoportban

A 20 fő már nagycsoportnak számít, így a csoporton belül több kiscsoportot kell kialakítanunk. Feladattól függően 5 fős kiscsoportokban dolgozhatnak a hallgatók differenciált munkavégzéssel. Az első kiscsoport a beteg körül tevékenykedik, végzi a beteg felvételét, monitorozását, fizikális vizsgálatát, a vérvételt, a második az éppen bemutatott kórkép lehetséges ápolási diagnosztikáját fogalmazza meg a jegyzetfüzetében vagy a táblán, a harmadik rendszerezi az orvos által elrendelhető diagnosztikus beavatkozásokat, a negyedik leírja a laboratóriumi leletek változásait, az ötödik rendszerezi a lehetséges terápiás eljárásokat, előkészíti az iv. gyógyszereket, és összeállítja a perfúziót. A következő órán minden csoport más feladatot kap.

Fontos, hogy a tényleges munka megkezdése előtt a feladatokat részletezzük, a munkaidőt meghatározzuk, és a hallgatók kérdéseit megmagyarázzuk.

Mindezek figyelembevételével a szimulációs órák vezetéséhez az alábbi módszerek közül választhatunk:

- ⇒ demonstrációk, melyek során a hallgatók csupán passzív nézői a történetnek, többnyire az elméleti órákon elmondott ismeretek szemléltetését célozza),
- ⇒ kiscsoportos (3-6 fő) gyakorlat, ahol a hallgatók aktívan dolgoznak a páciens szimulátorral, azt vizsgálják, kezelik,
- ⇒ nagycsoportos (18-20 fő) gyakorlat, ahol a tanár több kiscsoportot képez különböző feladatok egyidejű elvégzésére,
- ⇒ nagycsoportos (18-20 fő) gyakorlat, ahol azonos feladatot oldanak meg a hallgatók forgórendszerben,
- ⇒ nagycsoportos demonstráció kétirányú bekamerázással (melynek másik pólusa a tanterem). Ebben az esetben az óra a tanteremben folyik, és időnként az oktató kapcsolja a szimulációs laboratóriumot, ahol az óra anyagát szemléltető scénáriót futtatnak, melynek menetét a tanteremben lévő hallgatók szabják meg, nyomon is tudják követni az általuk javasolt beavatkozások következményeit.

A szimulációs gyakorlatokat minden esetben előmegbeszéléssel nyitjuk, ahol a hallgatókat egy-egy érdekes eset bemutatásával motiváljuk az adott óra tananyagára, és értékelő utómegbeszéléssel zárjuk, ahol a hallgatók értékelik saját és a team többi tagjának munkáját. Az akut myocardialis infarctus tananyag feldolgozásának órárszletét a **1. melléklet** mutatja be.

Ellenőrzés, értékelés

Nincs tanulási-tanítási folyamat, ellenőrzés és értékelés nélkül. A kompetenciaszemléletű oktatás olyan értékelési rendszer kifejlesztését feltételezi, amely képes mérni a különböző kompetenciák fejlődését, azaz a tanulás eredményességét (Dulama et al, 2008).

Az ellenőrzés alapvető célja oktatási szempontból: visszajelzés a tanár, a hallgató, a csoport, az évfolyam, ill. vizsgabizottság részére. Nevelési szempontból célja a hallgatók rendszeres, felelősségteljes munkára való szoktatása (**2. melléklet**).

A szimulációs kurzus ellenőrzése, értékelése

A felsőoktatásban nincs feleltetés, de a kérdés-felelet formájában történő beszélgetés mindennapos. A tanár szóbeli értékelése alkalmas a leginkább arra, hogy differenciált, személyes hangú és fejlesztő javaslatokat is megfogalmazzon. A jó értékelés még felnőtt korban is olyan differenciált megerősítés, amely fokozhatja a hallgató teljesítményét, és kijelölheti a továbbhaladás irányát. Ezen kívül a szimulátorral végzett gyakorlatok videofelvételen is rögzíthetők, és az akció lezajlása után – megfigyelési szempontok alapján – a résztvevőkkel közösen elemezhetők. A szimulációs órák félévnyi értékelése a tanár által ajánlott, ill. a hallgatók által választott témákból készített 3-4 oldalas .doc formátumú házi dolgozat alapján történik. A félév végi kollokviumi jegy a hallgatók félévnyi gyakorlati munkájának értékeléséből, az órák anyagából összeállított zárthelyi dolgozat és egy 10 perces .ppt kiterjesztésű prezentáció eredményéből tevődik össze (Csóka, 2009).

6. Összegzés

Hagyományosan a hallgatók a területi gyakorlatok előtt a demonstrációs termi gyakorlatokon sajátítják el a különböző klinikai szituációk menedzselését. Ezek a gyakorlatok a teljes miliót és a beteget tekintve nem maradéktalanul hitelesek, és ez idáig megoldatlan didaktikai feladat volt ennek a hitelességnek a megteremtése. A betegek és az egészségügyi dolgozók számára egyaránt megnyugtatóbb, ha a beteggel a gyakorlati munka során olyan hallgató foglalkozik, aki előzetesen már jól begyakorolta a szükséges teendőket, döntéseket, és nem jön zavarba váratlan szituációkban sem. Az esetek többségében jelenleg a hallgatók csupán a betegekkel történő első találkozás alkalmával találják magukat szembe az emberi szervezet és szituációk komplexitásával.

Jóval biztonságosabb és etikusabb helyzetet teremthetünk az által, ha a betegekkel való találkozást megelőzően a hallgatóknak lehetőséget teremtünk arra, hogy a külön-

böző döntési helyzetek, veszélyes szituációk menedzselését és a műszerhasználatot szimulált, de életszerű körülmények között gyakorolhassák. Ezt a célt szolgálják az élet-tani modellek alapján működő valóság-hű szimulátorok, melyeknél a szimulált beteg klinikai reakciói egy manőken segítségével jelennek meg számukra.

A számítógéppel vezérelt, komplex szimulációs laboratóriumok a jövő egyik innovatív gyakorlati oktatási helyszínei lesznek, melyeken innovatív didaktikai módszereket is kell alkalmazni. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán az országban elsőként hoztuk létre ilyen Klinikai Szimulációs Laboratóriumot, mely rövid idő alatt vezérlőtermes, debriefing (értékelő-elemző) technikára is alkalmas gyakorló helyé vált, azaz a szimulátorral végzett gyakorlatok videofelvételen rögzíthetők, és a résztvevőkkel közösen elemezhetők. Ez a debriefing technika a készségek fejlesztése szempontjából a leghatékonyabb módszerek közé tartozik.

A szimulált klinikai szcenáriók sikeres menedzselése reményeink szerint fokozza majd a hallgatók magabiztosságát valódi helyzetekben is, hiszen előzetesen módjuk lesz életszerű helyzetekben begyakorolni a tennivalókat, átélni az életszerű helyzet miliójét és a jelentkező problémákat, továbbá megtapasztalni saját erősségeiket és gyengeségeiket.

A napjainkban felerősödő média integráció feltehetően maga után fogja vonni a multimédia-pedagógia, (hipermédia-pedagógia, internet-pedagógia), mint interdiszciplináris módszer és szakterület általánossá válását az oktatási intézményekben és a didaktika tudományában, de a jövő tanulási környezetében is meg kell őrizni a hagyományos és új módszerek egészséges arányát.

Terveink szerint a közeljövőben egy komplex szimulációs, orvostechikai és infokommunikációs kabinet kapcsolódik majd egymáshoz, amely a lehető legéletszerűbb gyakorló helyszíneket fogja biztosítani a hallgatók számára. Közös felelősségünknek tartjuk, hogy a gyakorlatok ne csak teljesítendő feladatot, hanem valódi elkötelezett-

ségből fakadó komplex folyamatot jelentenek, melynek során hallgatóink gondolkodó, kreatív személyiséggé válnak, és nem csak

szaktudásuk gyarapodik, hanem teljes személyiségükben felkészülnek hivatásuk gyakorlására.

1. melléklet: Minta a tananyag feldolgozására

Kiválasztott szereplő: standard férfi

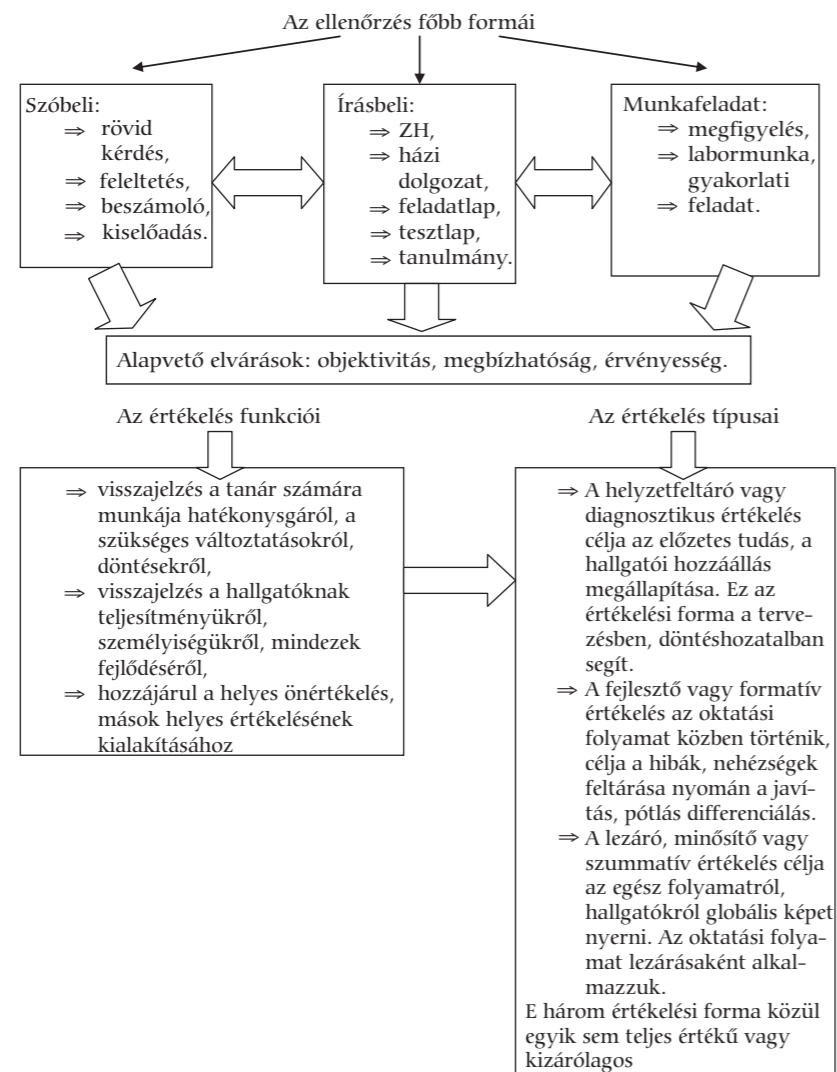
Kiválasztott scenario: Acut myocardialis infarctus

Helyszín: Coronariaőrző

Szereposztás: A virtuális tanulási környezetben a szimulátor testesíti meg a beteget, a tanár az orvost, és a hallgatók az acut betegápolókat.

Szervezeti forma	Munkaforma	A hallgatók tevékenysége	A tanár tevékenysége	Módszer
Betegfelvétel	Csoportos	Higiénés kézfertőtlenítés.	Ellenőrzi a hallgatók tevékenységét.	gyakorlás
	Egyéni	Bemutakozás, kapcsolatfelvétel a beteggel és hozzátartozóival. A beteg azonosítása, megnyugtatása, folyamatos tájékoztatása a sürgősségi ellátás menetéről.	Megfigyeli a hallgatók kommunikációs tevékenységét.	gyakorlás
Monitorozás	Csoportos	A mellkasi elektródák, pulzoximéter, vérnyomásmérő mandzsetta felhelyezése a betegre.	Ellenőrzi az eszközök felhelyezésének helyességét.	gyakorlás ellenőrzés
Diagnosztikus és vizsgáló eljárások	Egyéni	Ápolási anamnézis felvétele.	Segít a helyes kérdés- feltevésben és az információk értelmezésében.	gyakorlás
	Csoportos	A fizikális vizsgálatok elvégzése, a vitális funkciók ellenőrzése és dokumentálása.	Ellenőrzi a hallgatók által közölt adatokat, visszakérdez a normál értékekre.	gyakorlás ellenőrzés értékelés
	Csoportos	Ápolási terv készítése: a célkitűzések eléréséhez szükséges feladatok meghatározása.	Ellenőrzi a hallgatók tevékenységét.	gyakorlás ellenőrzés értékelés
Terápia	Páros	Vérvétel, 12 elvezetéses EKG készítése.	Kérdéseket tesz fel a laboratóriumi vizsgálatokkal és az EKG-val kapcsolatban, ellenőrzi az elvezetéseket.	gyakorlás ellenőrzés értékelés
	Egyéni	Gyógyszerelés	Bemutatja a gyógyszereket, az adagolást, segítkezik a perfúzor beállításában.	bemutató ma- gyarázat gya- korlás ellenőrzés

2. melléklet: Az ellenőrzés főbb formái



Irodalomjegyzék

1. Baló András (2007): A tanulás fejlesztésének tanulása (T.F.T.) Projektorientált tanulás - módszertani segédlet, Pedellus Tankönyvkiadó
2. Borján E., Lőrincz A., Mészáros J. (2010): Szimulációs csúcstechnika az egészségügyi oktatásban, Tapasztalatok és lehetőségek a HPS6 alkalmazásában, Nővér, 23. évf. 2. szám pp. 36.
3. Csóka Mária (2004): Módszertani kézikönyv az ápolási gyakorlatok vezetéséhez Második átdolgozott kiadás, Semmelweis Egyetem, Budapest, pp. 35.
4. Csóka M., Vingender I., Mészáros J. (2008): Tantervreform a felsőoktatásban Nővér, 21. évfolyam. 2. szám pp. 29-36.
5. Csóka Mária (2009): „Klinikai szimuláció” tantárgyi programja (In: Semmelweis Egyetem curriculumai, Budapest)
6. Csóka Mária (2009): „Szimulációs esettanulmányok” tantárgyi programja (In: Semmelweis Egyetem curriculumai, Budapest)

7. Csóka M. (2009): Paradigmaváltás a felsőoktatásban Orvosi Hetilap, 150(35):1663-9.
8. Dulama, Maria Eliza - Blandul, Valentin - Soós Lenke - Chereji-Mach Zoltán (2008.): A tanulási folyamat és a tanulási eredmények értékelése, Kolozsvári Egyetemi Kiadó
9. ECS™ Software and User Guide, Medical Education Technologies, INC.®, 2006
10. Falus Iván (2006): A tanári tevékenység és a pedagógusképzés új útjai, Gondolat Kiadó
11. Falus Iván (szerk.) Didaktika (2007): Elméleti alapok a tanítás tanuláshoz 7. változatlan kiadás, Nemzeti Tankönyvkiadó
12. Falus Iván (2007): A tanárrá válás folyamata, Gondolat Kiadó
13. Fóris-Ferenczi R., Birta-Székely N. (2007): Pedagógiai kézikönyv, Az oktatás pedagógiaelméleti alapjai, Ábel Kiadó, Kolozsvár
14. S. Hollos, T. Gondos, J. Meszaros, M. Csóka (2007): Education Program for Advanced Nursing on Acute Care Patients Poster, Coehre Annual Meeting, Sarajevo, Bosnia-Herzegovina
15. R. R. Kyle, J. R. W. B. Murray (2008): Clinical Simulation, Academic Press, Burlington
16. Lada L. Oktatási módszerek, Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet <http://www.oki.hu/oldal.php?tipus=cikk&kod=problemak-06-Lada-oktatasi>
17. Miller G. E. (1990): The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med, 65: 63—67.
18. Óhidy A. (2006): Lifelong Learning. Egy oktatáspolitikai koncepció értelmezési lehetőségei Európában Új Pedagógiai Szemle, 6. sz., pp. 65—71.
19. R. H. Riley (2008.): Simulation in health-care, Oxford University Press, Oxford
20. Szitó Imre (2005): A tanulási stratégiák fejlesztése, Trefort Kiadó
21. A. Wilford, T. J. Doyle (2009): Integrating simulation training into the nursing curriculum, British Journal of Nursing, Vol 15. No 11.

The simulator-based education methodology

Mária Csóka, Dr. István Vingender

Summary

The advantage of the simulator-based education is that while students could previously only practice the procedures for certain tests and treatments using demonstration equipment, with the simulator they can now also monitor the effects of the treatments. The objectives of the simulation-based course were determined based on the premise that practicing a healthcare profession does not usually require students to say or write down what they know, but to be capable to use their skills in the course of treating patients, in various situations, for the resolution of a diversity of tasks and problems. In the simulation exercises they find themselves in situations where, through simulations of physiological and chronic conditions they have an opportunity to observe the normal and pathological functioning of the human body, to be a part of the whole treatment process, and to develop their professional skills through constant interaction.

The authors give a brief overview of the opportunities for application of clinical simulations in an educational setting, and also describe how they incorporated the practice-room programs based on the patient simulator into the syllabi of the various departments, and how the traditional teacher-centred imparting of knowledge can be replaced by problem-based learning in an open, multimedia study environment. They systemise their learning and teaching methods, and use specific examples to demonstrate which target skills can be achieved with problem-oriented teaching methods.

Key words: skills centre, patient simulator, clinical simulation, scenario, competence-based education

Gratulálunk!

Batthyány-Strattmann László születésének 140. évfordulója alkalmából a nemzeti erőforrás miniszter és az egészségügyért felelős államtitkár 2010. október 28-án szakmai elismeréseket adományozott.

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

Bákányné Zsoldos Aranka a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Jósa András Oktató Kórház gyógytornásza,

Farkas Györgyné a Budapest XII.ker. Hegyvidéki Önkormányzat GESZ Védőnői Szolgálat körzeti védőnője,

Kalocsai Istvánné a siroki Humán Praxis Háziiorvosi Betéti Társaság háziiorvosi ápolója.

Egészségügyi Miniszteri Dicséretben részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:

Altmajer Beáta a Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház, Egyetemi Oktatókórház Onkológiai Osztályának osztályvezető ápolója, ápolási igazgató-helyettes,

Baka Györgyné az esztergomi Vaszary Kolos Kórház véradásszervezője,

Csintalan Erika az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Budapest, VI-VII. kerületi Intézetének közegészségügyi felügyelője,

Katona Enikő az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet hidroterápiás vezetője,

Majorosné Baksa Erzsébet a karcagi Kátai Gábor Kórház Intézeti Gyógyszertárának megbízott vezető asszisztense,

Molnár Hedvig a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza Röntgen Osztályának vezető asszisztense,

Parázso József a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház Madarász utcai Kórháza Sebészeti Osztályának műtőssegédje.

Az Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesült felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:

az egi Dobó téri Kígyó Patika kollektívája,
a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika Onkológiai munkacsoportja,
a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórháza II. számú Belgyógyászati Osztályának Onkohematológiai munkacsoportja.