

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2007. április 20. évfolyam 2. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Hivatásprezstízs és önértékelés

Dr. Feith Helga Judit, Kovácsné Tóth Ágnes, Hajagos Orsolya, Dr. Balázs Péter 3

A transfúziós és infúziós tevékenység ápolói vonatkozásai a Közép-magyarországi Régió fekvőbeteg ellátásában

Dr. Berzéné Vági Andrea, Rostásné Béres Tímea, Dr. Mersányné Gömzsi Eleonóra, 11

Az agyi érbetegségben szenvedő betegek koleszterinnel kapcsolatos ismeretei

Nagyné Agócs Kornélia, Romvári Éva, Dér Mónika 20

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

A mikrobiológiai mintavételtől a feldolgozásig

Németh Krisztina 27

A triage szerepe a sürgősségi ellátásban

Szakonyi Eszter 30

KÜLDETÉS- NYILATKOZAT

A Nővér folyóirat az ápolás független szakmai orgánuma. Célja, hogy tudományos igényvel készítse az ápolás területén megjelentetett írások megjelenését, a gyakorlati ismeretek átadását is elősegítse. A Nővér a folyamatos önképzés támogatásával hozzájárul a hatékonyabb betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelően képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

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

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Balogh Zoltán. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1458 Budapest, Pf. 74.) Telefon:: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítóterv, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 20. No.2. April 2007

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

- Job prestige and self image
Feith, H., Kovácsné Tóth, Á., Hajagos, O., Balázs, P. 3
- Nursing implications of transfusion and infusion Activities performed
in the course of inpatient care at Central-Hungarian hospitals
Berzéné Vági, A., Rostásné Béres, T., Mersányné Gömzsi, E. 11
- Cholesterol-awareness of patients with cerebrovascular disease
Nagyné Agócs, K., Romvári, É., Dér, M. 20
- TRAINING**
- From testing to analysing in microbiology
Németh, K. 27
- The role of triage in emergency treatment
Szakonyi, E. 30

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Betlehem József
főiskolai docensKárpáti Zoltán
ápolási igazgató

Oláh András, adjunktus

Szloboda Imréné
ápolási igazgatóTóth Ibolya
szakmai vezető főtanácsosDr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 74., H-1458 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/ Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

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

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



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

Hivatáspresztízs és önértékelés

Összehasonlító elemzés diplomás ápolónők és orvosnők véleménye alapján

Dr. Feith Helga Judit,

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

Kovácsné Tóth Ágnes,

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

Hajagos Orsolya,

szülésznő, okleveles ápoló Semmelweis Egyetem, ÁOK I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Dr. Balázs Péter,

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

Összefoglaló

A vizsgálat célja

Felmérni diplomás ápolónők és orvosnők hivatásukról alkotott presztízsképét, megismerni önértékelésüket a szakmai előmenetelük, az egészségi állapotuk, valamint a mindennapi életükben előforduló konfliktusaik tekintetében.

Vizsgálati módszer és minta

Országos, postai úton küldött önkitöltős kérdőíven alapuló kvantitatív felmérés a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó orvosnők és diplomás ápolónők körében. A felkért személyek közül értékelhető választ adott 42,4% (N=409 fő).

Eredmények

Közepes vagy alacsony presztízssú pályának minősítette hivatását a diplomás ápolók 97,4%-a, és az orvosnők 88,0%-a. A hivatás presztízisére adott negatív válaszok összefüggést mutattak a szakmai előmenetellel, az egyéni életúttal kapcsolatos elégedettséggel, a negatív jövőképpel, valamint a pályaelhagyási tervekkel. A rosszabb egészségi állapotot jelző válaszadók között magasabb volt a munkahely és család közötti konfliktusokról, negatív jövőképről, alacsony pályapresztízsről, munkahelyi és partnerrel kapcsolatos problémákról beszámoló aránya.

Következtetések

A szerzők kutatási eredményei alapján a mintába felvett diplomás ápolónők és orvosnők hivatásukkal, egyéni életútjukkal kapcsolatos értékelései összefüggnek egészségi állapotukkal, munkahelyi és családi életükben előforduló konfliktusaik számával.

Bevezetés

Az egészségügyi hivatást gyakorlók számos stressztényezővel (McGrath, Reid, Boore, 2003) szembesülnek munkájuk során. A gyógyító-ápoló munka speciális jellegéből adódó érzelmi-pszichés megterhelés (Hege-dús, Mészáros, Riskó, 2004) mellett, a munkaerőhiány (Vajda, 2005), a magas betegszám, valamint az éjszakai és hétvégi ügyeletek miatt jelentkező túlterheltség, a túlzott adminisztráció, az állandó időhiány, a nem megfelelő infrastrukturális környezet és az alacsony anyagi elismertség nehezíti a dolgozók helyzetét.

A fokozott pszichés, valamint fizikai igénybevétel következtében az egészségügyi dolgozóknak kifejezetten kedvezőtlen az egészségi állapota, morbiditási és mortalitási mutatói, és körükben gyakori a pszichoszomatikus tüneteik előfordulása. (Molnár, Mezey, 1991; Pikó, 2001; Molnár, 2002; Greenglass, Burke, Moore, 2003; Piko, 2006)

Mindezen nehézségekkel az egészségügyi dolgozók a következő alternatívát állíthatják szembe: vagy elmenekülni a pályáról, vagy elhivatottságból, netán kényszerből továbbra is a pályán maradni, azonban az utóbbi választás állandó elégedetlenséghez, frusztrációhoz, végső soron kiegészítésszindrómával körülírható megbetegedéshez vezethet. (Dr. Nagy, 2005)

Annak ellenére, hogy az orvosi, valamint ápolói hivatást gyakorlók bizonyítottan nagy terhekkel szembesülnek munkájuk során, ez mégsem jut kellőképpen kifejezésre pályájuk szakmai presztízisében, erkölcsi és anyagi megbecsültségében. (Pikó, 1999; Bártlóvá S., Cseri, 2002, Tóthová V., 2006)

Vizsgálati célok

Felmérésünknek a többi között egyik fontos, jelen tanulmányban ismertetett célkitűzése az volt, hogy a foglalkozási presztízsskálára adott értékek és ön-

értékelési szempontok egyidejű figyelembevételével megismerjük és összehasonlítjuk a diplomás ápolónők és orvosnők véleményét, elégedettségét választott hivatásuk tekintetében. Elégedettségi mutatóikat egészségi állapotukkal, munkahelyi és családi életükben előforduló konfliktusaikkal vetettük össze.

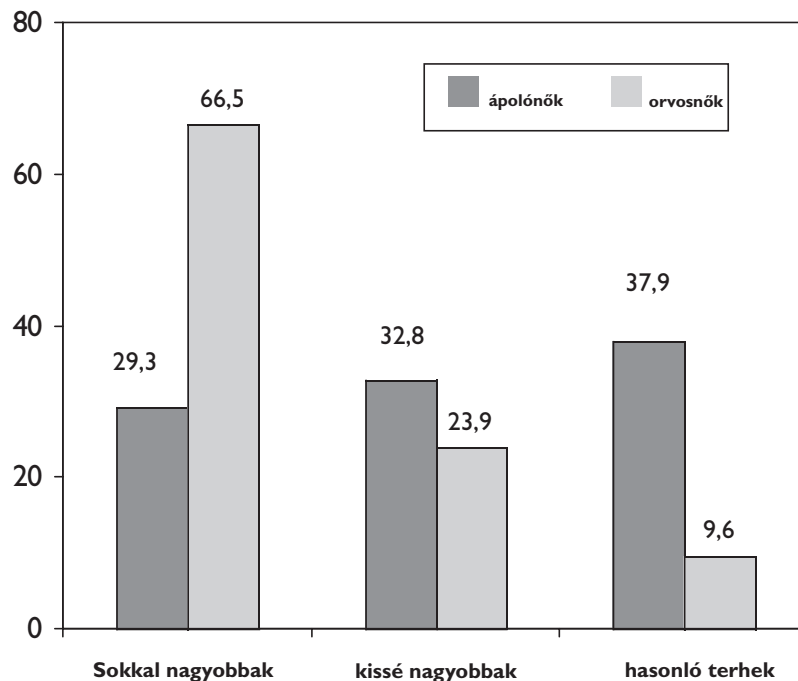
Kutatási módszer és minta

2005-ben kvantitatív szociológiai felmérést készítettünk a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó diplomás ápolónők és orvosnők körében. Kérdőívünket rétegzett mintavétel segítségével kiválasztott öt megyei kórház, valamint egy fővárosi kórház dolgozóihoz juttattuk el. Rétegző változónak tekintettük a kórházak nagyságát, valamint földrajzi elhelyezkedését. Azokat a megyei kórházakat, amelyek egészségügyi egyetemi képzéssel rendelkező városokban találhatóak, figyelmen kívül hagytuk a minta torzításának kiküszöbölése érdekében. Egy budapesti kórház a főváros sajátos helyzete miatt került be a mintánkba. A kiválasztott megyei kórházakban (Győr, Zalaegerszeg, Gyula, Salgótarján, Eger), valamint a fővárosi Szent János Kórházban a kérdezés teljes körű volt. Ösz-

szesen 963 fő bevonásával 42,5%-ban (N=409 fő) jutottunk értékelhető válaszokhoz. Értékelhetőnek abban az esetben minősítettük a kérdőívet, ha legalább 90%-ban választ kaptunk a kérdéseinkre. A válaszadási arányban nem volt jelentős eltérés a diplomás ápolónők és orvosnők között.

A kutatás során a saját, próbainterjúkon tesztelt postai önkitöltős kérdőíveinket alkalmaztuk. Nyitott és zárt kérdések felhasználásával összesen 202 változót vizsgáltunk. Túl a szokásos szociodemográfiai változókon, (1) hivatáspresztízsré, (2) munkavégzéssel kapcsolatos feszültségekre, (3) általános női szerepekre, otthoni szerepkötelezettségekre, (4) esetleges szerepkonfliktusokra, (5) társas kapcsolatokra, (6) egészségre, egészségmagatartásra, valamint (7) életmódra vonatkozó kérdéseket tettünk fel. A kérdezés egy nagyobb átfogó vizsgálat keretében történt, melynek első eredményeit a Nővér egyik korábbi számában közöltük. (Hajagos, Feith, Kovácsné, 2006) Jelen tanulmányunkban csak a célkitűzésben megjelölt szempontokat vizsgáltuk, több változó egyidejű figyelembevételével. Az adatok feldolgozása az SPSS for Windows 13.0 statisztikai programcsomag segítségével történt, a változók közötti kapcsolatok mérésére korrelációs számítást alkalmaztunk ($p=0,05$).

I. ábra: Vélemény az egészségügyi diplomás nők terheiről a nem egészségügyi diplomás nők terheivel összehasonlítva (%)



Eredmények

Saját hivatással kapcsolatos értékítéletek

Megállapítható, hogy a diplomás ápolónők és orvosnők döntő hányada alacsony presztízsű pályának ítélte a hivatását. Statisztikailag szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között, ugyanis a diplomás ápolónők 97,4%-a, míg az orvosnők 88,0%-a minősítette hivatását közepes vagy alacsony presztízsűnek. A hivatás-presztízsre adott negatív válaszok összefüggést mutattak (1) a saját életúttal és szakmai karrierrel kapcsolatban megfogalmazott kritikákkal, (2) a negatív jövőképpel, (3) a pályaelhagyási tervekkel, (4) a kért életében jelentkező pénzügyi problémákkal, (5) a rosszabb egészségi állapot mutatókkal és (6) a pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakoriságaival. Eszerint azok, akik elégedetlenebbek az életükkel, egészségi állapotukkal stb., hivatásuk presztízsét is alacsonyabbra értékelték.

A felmérésben résztvevő személyeket arra kértük, hogy háromfokú skála segítségével hasonlítsák össze az egészségügyi és nem egészségügyi területen dolgozó diplomás nők terheit. (1. ábra) A megkérdezett orvosnők kétharmada (66,5%) az egészségügyi pályán dolgozó diplomás nők terheit sokkal magasabbnak ítélte, diplomás ápolónők ezt

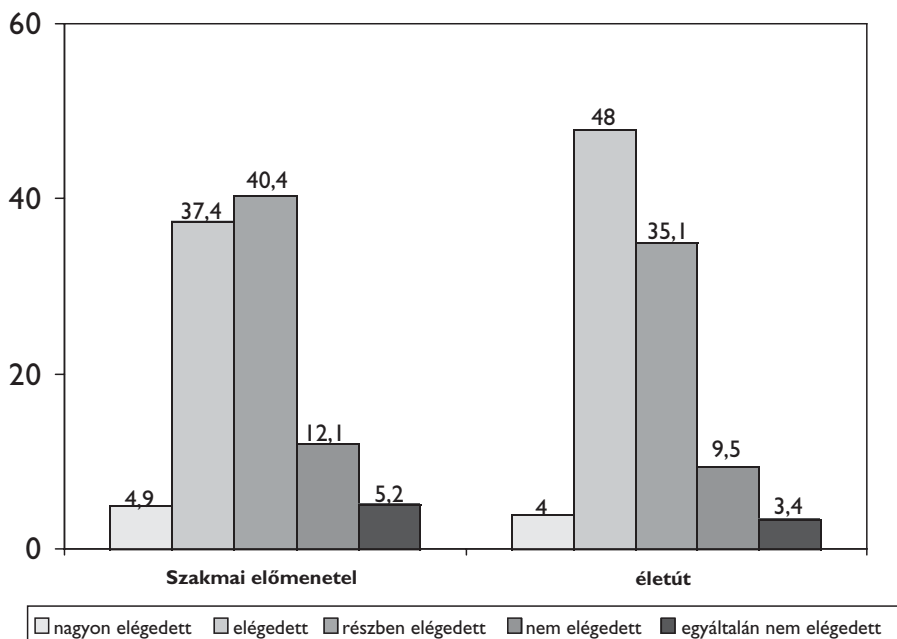
kiseb arányban (29,1%) gondolták. Egyértelmű tehát, hogy a hivatás típusa befolyást gyakorolt a kérdésre adott válaszokra ($r=-0,406$). Azok, akik fokozottabbnak vélték az egészségügyi pályán dolgozó diplomás nők terheit, magasabb arányban jelezték a munkahely és család között fennálló konfliktusokat, nehezebbnek ítélték meg a munkahelyi és családi szerepek összehangolását.

Az orvosnő és diplomás ápolónő munka nehézségeit összehasonlítva, a teljes minta 62,3%-a szerint a nagyobb terheket az orvosnők viselik. Negatív korrelációs összefüggés mutatkozott a két változó, vagyis a foglalkozás és a munka nehézségének megítélése között ($r=-0,319$). Az orvosnők több mint háromnegyede, a diplomás ápolónők kevesebb, mint fele gondolta úgy, hogy az orvosnők nagyobb nehézségekkel néznek szembe. Egyforma terheket kapcsol a két hivatáshoz az orvosnők 23,4%-a, a diplomás ápolónők 45,0%-a.

Önértékelés és hivatással kapcsolatos elégedettség

A két hivatáscsoportban a szakmai előmenetellel kapcsolatos elégedettségi mutatókban hasonló eredmények születtek. Egyértelműen elégedett volt az eddigi szakmai előrelépésével a diplomás ápolónők 40,6%-a, az orvosnők 44,0%-a. A szakmai

2. ábra: Szakmai előrelépéssel és egyéni életúttal kapcsolatos elégedettség (%)



karrierrel és az életúttal kapcsolatos elégedettség között korrelációs összefüggést ($r=0,437$) állapítottunk meg (2. ábra) Akik elégedettek a szakmai előmenetelükkel, azok 72,9%-a általában az élet más területein is elégedettebbek.

A diplomás ápolónők közül, az orvosnőkkel szemben, kétszer többen kerülnek vezető beosztásba, ez azonban mégsem hatott negatív módon az orvosi réteg szakmai előrelépésével kapcsolatos elégedettségére. Sőt, a diplomás ápolónők sokkal nagyobb hányada fontolgatta, hogy elhagyja a hivatását (66,5%), mint ahogyan azt orvosnők jelezték (49,8%). Vagyis a hivatás jellege és a szakmai előrelépéssel kapcsolatos elégedettségi szint között nem találtunk összefüggést ($r=-0,032$).

A vezető beosztásban dolgozók valamivel nagyobb hányada jelzett szakmai karrierjével kapcsolatos elégedettséget ($r=0,246$), ez azonban nem gyakorolt kedvező hatást a pályaelhagyási tervekre, hiszen erre arányaiban megközelítőleg ugyanúgy gondoltak mind a vezetők, mind a beosztottak.

A választott hivatással kapcsolatos elégedettséget két közvetett, elméleti kérdéssel is mértük: (1) a megkérdezett személyek újra a hivatásukat választanák-e, illetve (2) szeretnék-e, hogy ha pályaválasztás előtt álló leányuk lenne, az a foglalkozásukat követné. A válaszadók megközelítőleg kétharmada mindkét csoportban ismételten a jelenlegi hivatását választaná, azt viszont lényegesen kisebb arányban szeretnék, ha feltételezett leányuk foglalkozás tekintetében az anyai mintát követné (a diplomás ápolónők közül 13,9%, az orvosnők közül 20,5%). Akik nem választanák újra a hivatásukat, illetve nem szeretnék, ha leányuk foglalkozásukat követné, (1) kevésbé elégedettek a szakmai karrierjükkel és az életútjukkal, (2) magasabb arányban tervezték, hogy elhagyják a foglalkozásukat, (3) alacsonyabb presztízsűnek tekintik pályájukat, (4) magasabb arányban számoltak be munkájuk és családi életük összehangolásának nehézségeiről.

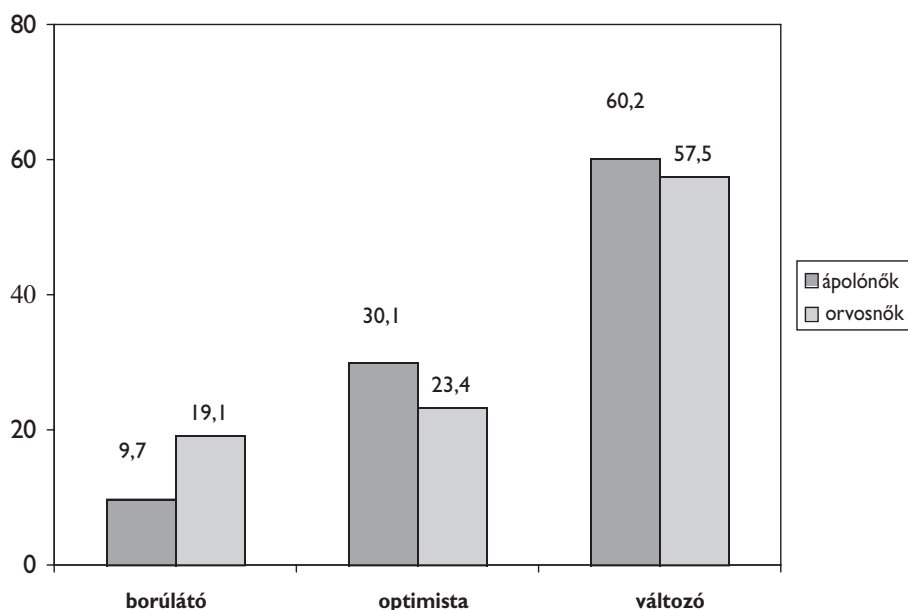
Az elégedettséget a hivatás speciális jellegéből adódó nehézségek is befolyásolhatják, jellemzően az ügyeleti munka, illetve a három műszakos beosztás, a magasabb munkaterhek (túlórázás, mellékállás), valamint a munka és a családi feladatok ellátásából eredő szerepek közötti feszültségek, szerepkonfliktusok. A válaszadók kétharmada rendszeresen lát el ügyeleti munkát, a hétköznapi ügyeletek száma átlagosan 4,17 nap/hónap, a hétvégi ügyeleti napok átlaga 2,24 nap/hónap volt. Egyesek átlagosan havonta 15 hétköznapi és 7 hétvégi napot ügyelnek, vagyis gyakorlatilag minden második napot ügyeletben töltenek. A minta 19,9%-a nem végez túlórát,

ugyanakkor minden negyedik válaszadó heti szinten legalább 8 órát dolgozik többlet munkaidőben. Mellékállással a válaszadók 43,1%-a rendelkezett. Szignifikáns különbség adódott a hivatás típusa, valamint az ügyeletek száma, a túlórázás és a mellékállás tekintetében. Az ápolói végzettségűek 56,3%-a, az orvosi diplomával rendelkezők 77,4%-a lát el éjszakai műszakot, illetve ügyeletet, a diplomás ápolónők általában több napot ügyelnek havi szinten, mint az orvosnők. A diplomás ápolónők 68,4%-a, az orvosnők 91,3%-a rendszeresen túlórázik, az orvosnők közel 40%-a minimum 8 órával dolgozik többlet hetente. A diplomás ápolónők 30,1%-a, az orvosnők 55,6%-a rendelkezik mellékállással. Az elégedettségi mutatókra, valamint a munkaterhet mérő kérdéseinkre (ügyelet, túlóra, mellékállás) kapott válaszok között nem találtunk statisztikai értelemben vett összefüggést.

Munkahelyi okra visszavehető családi konfliktusról a teljes minta 44,8%-a számolt be, leggyakrabban az ügyeleti munkát, az időhiányt, valamint a magas munkaterheket (1. táblázat) említették. Családi okból eredő munkahelyi konfliktust megközelítőleg minden ötödik válaszadó (19,5%) jelölt meg. Az orvosnők nagyobb hányada (61,0%) jelzett hivatása és magánélete összehangolásából eredő konfliktusokat, a diplomás ápolónők 56,8%-a egyáltalán nem vagy csak elhanyagolható mértékben tekintette ezt problémának. Fontos azonban megjegyezni, hogy a diplomás ápolónők között alacsonyabb volt a társas kapcsolatban élők aránya, valamint magasabb volt a gyermektelenek száma, ebből következően őket kevésbé érintették a család és munkahely közötti feszültségek. Azok, akik az otthoni és munkahelyi szerepek ellátása miatt konfliktus helyzetekbe kerültek (1) kevésbé elégedettek az életükkel, szakmai előrelépésükkel, (2) rosszabb minősítést adtak egészségi állapotukra, (3) nagyobb számban éltek meg munkahelyi konfliktusokat és (4) kevésbé érzik úgy, hogy képesek életük irányítására.

I. táblázat: leggyakrabban előforduló munkahelyi okokra visszavehető családi konfliktusok (N=170)		
Munkahelyi okok	fő	%
1. Ügyeleti beosztás	69 fő	40,58
2. Időhiány	49 fő	28,82
3. Nagy munkateher	39 fő	22,94
4. Munkahelyi probléma hazavitele	26 fő	15,29

3. ábra: Jövőkép a vizsgálati mintában (%)



Önértékelés és jövőkép

A felmérésben résztvevők általános jövőképének vizsgálatára egy háromfokú skálát alkalmaztunk: optimista, változó és borúlátó. Egyértelmű különbség adódott a vizsgált hivatások között. A diplomás ápolónők fele annyian voltak pesszimisták és többen voltak egyértelműen optimisták, mint az orvosnők (3. ábra).

Az orvosnők és diplomás ápolónők nagyobb hányada egyáltalán nem optimista hivatásának jövőbeni helyzetével sem, hiszen 56,7%-uk véleménye szerint az egyébként jelenleg is alacsony presztízs-pontokat kapott pályák megbecsültsége a jövőben sem változik, sőt a válaszolók 28,6%-a szerint tovább csökken. Ugyanakkor valamivel több diplomás ápolónő (17,4%), mint orvosnő (12,1%) gondolja úgy, hogy hivatása megbecsültebbé válik.

A saját jövőképre, valamint a hivatás jövőbeni presztízsére adott válaszok között nem találtunk összefüggést ($r=-0,097$).

A jövőképhez és az elégedettséghez szorosan hozzátapadó kérdés a saját élet irányításának képessége, pontosabban ennek a képességnek az önértékelése. Értékelés céljából egy 10 fokú skálát adtunk meg a kérdőívben (az 1-hez az „egyáltalán nem”, a 10-hez a „csak tőlem függ” jelentést kapcsoltuk). A két csoport között szignifikáns különbséget találtunk. A diplomás ápolónők 50,3%-a legalább nyolcas minősítést adott önmagának, szemben az orvosnőkkel,

akik ezt a fokozatot csak 37,3%-ban jelölték meg. Négyes vagy annál alacsonyabb értéket adott a diplomás ápolónők 5,1%-a, az orvosnők 13,2%-a. Akik kevésbé érzik úgy, hogy tőlük függ az életük irányítása (1) kevésbé elégedettek az életükkel, szakmai előrelépésükkel, (2) negatívabban ítélik meg szakmájuk jövőbeni helyzetét, (3) magasabb körökben a pályaelhagyást fontolgatók száma, (4) rosszabbak az egészségi állapotukra adott értékek és (5) magasabb számban jelezték a munkahelyi és az otthoni élet összeegyeztetéséből eredő konfliktusokat.

Önértékelés és egészségi állapot

A foglalkozás típusa és az egészségi állapot szubjektív alapú megítélése között nem találtunk korrelációs összefüggést ($r=-0,038$). A WHO által ajánlott ötfokú skálán pozitív (kiváló, jó) minősítést adott saját egészségi állapotára a diplomás ápolónők 62,9%-a, az orvosnők 67,6%-a. Negatív (rossz, nagyon rossz) értéket a teljes minta 4,2% adott. Valamivel rosszabbak a diplomás ápolónők mutatói. Ezt kutatásunk egy másik eredménye is megerősíti, ugyanis megközelítőleg minden ötödik diplomás ápolónő (a válaszadók 22,0%-a) problémaként tartja számon egészségi állapotát (orvosnők esetében az arány 13,3%).

Nem találtunk statisztikai összefüggést a munkahelyi beosztás, a kórházi osztály típusa, valamint az egészségi állapotra adott válaszok között. Nem

számítottunk arra, hogy az egészségi állapotot az ügyeletek száma, a túlórázás, valamint a mellékállás sem befolyásolta. További elemzéseket végezve arra a megállapításra jutottunk, hogy az egészségi állapot szubjektív értékelését valójában az életkor befolyásolja. Az életkor viszont negatív irányú összefüggést mutat az ügyeleti munkával, a túlórával, valamint a mellékállással, vagyis a magasabb életkorcsoportba tartozó személyek kevesebbet ügyelnek, túlóráznak és ritkábban látnak el mellékállásokat.

Az életkor, a családi állapot, a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága, valamint a szabadidős mozgás mennyisége egyértelmű kapcsolatban áll a válaszadók egészségi állapotával. A rosszabb egészségi állapotot jelzők között (1) magasabb volt a munkahely és család közötti konfliktusokról, (2) negatív jövőképről, (3) alacsony pályaprezstízséről, (4) munkahelyi feszültségekről, (5) partnerrel kapcsolatos problémákról beszámoló aránya, valamint (6) kevésbé voltak elégedettek életükkel és szakmai előmenetelükkel.

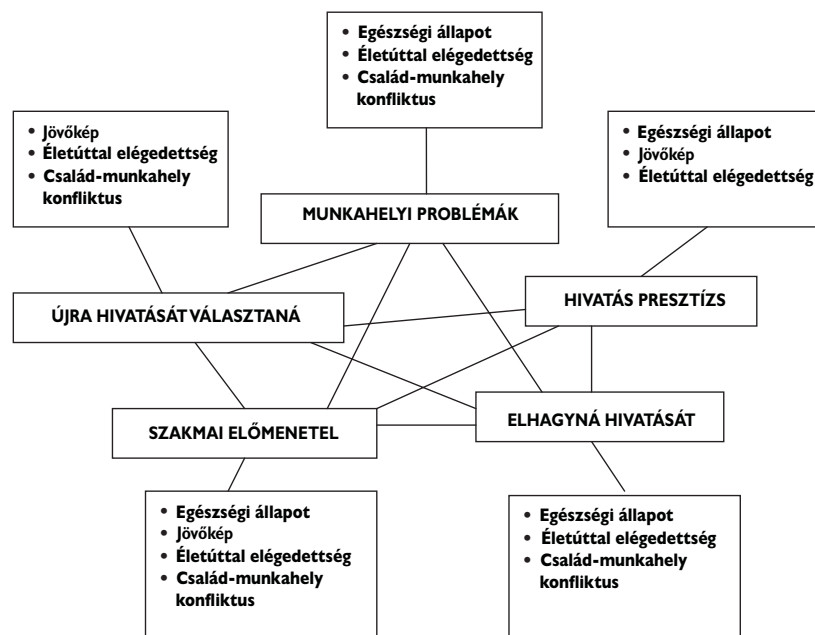
Megbeszélés

Jelen tanulmányunkban hivatás-és önértékelési szempontok egyidejű felhasználásával árnyaltabb képet igyekeztünk adni a fekvőbeteg-ellátásban dol-

gozó diplomás ápolónők és orvosnők elégedettségéről, konfliktusaik természetéről.

Megállapítottuk, hogy a szakmai életúttal, hivatással kapcsolatos elégedettségi mutatók (hivatásprezstízs, szakmai előmenetel, munkahelyi problémák, pályaelhagyási tervek) összefüggésben állnak a megkérdezettek jövőképével, családi és munkahelyi konfliktusaival, egészségi állapotával (4. ábra). Felmérésünk megerősítette a korábbi prezstízs-kutatások eredményét (Pikó, 1999; Bártlóvá S., Cseri, 2002; Tóthová V., 2006), vagyis az egészségügyben dolgozók kifejezetten alacsony prezstízsú pályának tekintik a hivatásukat. A negatív értékelés azoknál jelentkezett fokozottabban, akik egyébként is elégedetlenebbek voltak az életükkel. A gyógyítás és ápolás egyébként valóban létező fizikai és pszichés terheit felerősíthetik a dolgozók hivatással kapcsolatos szubjektív értékítéletei. Alacsony szintű megbecsültség érzésük állandó konfliktusforrássá válik, végső soron magas fluktuációhoz, pályaelhagyáshoz vezethet. A kutatásunkban résztvevő személyek pályaelhagyási tervekre adott válaszai egyértelműen jelzik mindkét hivatás gyakorlóinak problémáit. A hivatásprezstízs részletesebb, magyarázó jellegű tanulmányozásához elengedhetetlenek tartjuk további kutatások készítését. Ezek között érdekes kutatási irány lehetne annak vizsgálata, hogy a mindössze 17 éves múltra visszatekintő diplomás

4. ábra: Hivatással, életúttal kapcsolatos változók közötti korrelációs összefüggések



ápolói pálya presztízsértékelése hogyan változott 1989 óta.

Kvantitatív felmérésünk lényeges különbségeket talált a diplomás ápolónők és orvosnők válaszai között. Általánosságban megállapítható, hogy az orvosnők nagyobb munkahelyi és családi terhekről számoltak be, sokkal borúlátóbbak jövőjüket tekintve, kevésbé érzik úgy, hogy képesek lennének az életük irányítására. Ezzel szemben a diplomás ápolónőknek valamivel rosszabb az egészségi állapota, s annak ellenére, hogy (1) alacsonyabb munkahelyi terhekről számoltak be, (2) közöttük kisebb arányban fordultak elő a családi és munkahelyi szerepek ellátásából adódó feszültségek, (3) magasabb számban voltak vezető beosztásúak, körükben gyakrabban vetődött fel a pályaelhagyás gondolata.

Kutatásunk eredményeiből következik, hogy a mintánkba felvett diplomás ápolónők és orvosnők hivatásukkal, saját életútjukkal, egészségi állapotukkal kapcsolatos értékelései egyértelműen összefüggnek a munkahelyi és családi életükben előforduló konfliktusaik számával. Ebből a szempontból a fiatal életkor a legveszélyeztetettebb időszak. Eredményeink szerint orvosnők és diplomás ápolónők a gyermekvállalás, valamint a kisgyermek gondozás és

nevelés szempontjából kitüntetett időszakban (22-40 életév között) látnak el legnagyobb arányban ügyeleti munkát, túlórákat, és vállalnak mellékállást. Ez állandó feszültségforrásként konfliktust okozhat, amely hosszú távon pszichés és szomatikus tünetek kialakulásához vezethet. Másfelől, a hivatás minőségi szintű gyakorlásához, az alapos szakmai felkészültségen túl, elengedhetetlen volna a hivatást gyakorlók jó fizikai és pszichés állapota.

Korábbi hallgatói kutatásunkra alapozva véleményünket (Feith, Kovácsné, Balázs, 2005) elengedhetetlennek tartjuk, hogy az egészségügyi felsőoktatási képzésben hangsúlyozottabb szerepet kapjanak a pályaszocializáció, az életvezetés, a konfliktuskezelés kérdései és megoldásai, hiszen ezek ismeretében a leendő egészségügyi dolgozók a pályára lépve felkészültebben szembesülnének a nemükből és választott hivatásukból adódó nehézségekkel.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk köszönetet mondani a felmérésben résztvevő kórházaknak és dolgozóiknak a kutatás támogatásáért.

Irodalomjegyzék

1. Bártlová S., Tóthová V. (2006). Az ápolói hivatás presztízse a Cseh Köztársaságban. *Nővér*, 19, 25-30.
2. Cseri L.-né (2002). Az ápolói rang elvesztése és visszaszerzése. *Nővér*, 15, 13-17.
3. Dr. Feith H.J., Kovácsné Tóth Á., Dr. Balázs P. (2005). EGÉSZSÉG - ÉRTÉK? Életmód és egészségmagatartás diplomás ápoló hallgatók körében. *Egészségfejlesztés*, 46, 1-15.
4. Dr. Feith H.J., Kovácsné Tóth Á., Dr. Balázs P. (2005). Női szerepek diplomás ápoló hallgatók jövőképében. *Nővér*, 18, 3-9.
5. Greenglass E.R., Burke R.J., Moore K.A. (2003). Reactions to Increased Workload: Effects on Professional Efficacy of Nurses International Association for Applied Psychology, 52, 580-597.
6. Hajagos O., Dr. Feith H.J., Kovácsné Tóth Á. (2006). Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügy szolgáltatásban. *Nővér*, 19, 31-38.
7. Hegedűs K., Mészáros E., Riskó Á. (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae*, 14, 786-793.
8. McGrath A., Reid N., Boore J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 555-565.
9. Molnár E. (2002). Ápolók egészségi állapota – 2001. *Nővér*, 14, 4-13.
10. Molnár L., Mezey M. (1991). Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. *Lege Artis Medicinae*, 2, 524-528, 640-644 966-970.
11. Dr. Nagy E. (2005). A lelki túlterheltség szociálpszichológiai megközelítése. *Lege Artis Medicinae*, 15, 160-163.
12. Pikó B. (1999). Korkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízsének megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37, 79-89.

13. Piko B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11, 318-325.
14. Piko B. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 311-318.
15. Vajda A. (2005) Menni vagy maradni? *Lege Artis Medicinae*, 15, 231-233.

JOB PRESTIGE AND SELF IMAGE

(Comparative analysis based on the opinions of female degree nurses and doctors)

Feith, H., Kovácsné Tóth, Á., Hajagos, O., Balázs, P.

The aim of the study:

To assess the level of prestige that female degree nurses and female doctors attribute to their profession, to ascertain the way they view their own career progress, state of health and conflicts that arise in the course of their everyday lives.

Methodology and sample:

Quantitative survey of female doctors and degree nurses working in inpatient care, based on a self-completion questionnaire distributed nationwide by mail. Of those invited to participate, 42.4% returned a usable response (N=409 persons).

Results

Some 97.4% of female degree nurses and 88% of female doctors regarded their profession as being of medium or low prestige. The negative answers given in respect of the prestige of their professional display a relationship with respondents' professional advancement, satisfaction with their individual career path, a pessimistic view of the future and plans to leave the profession. Among the respondents who indicated a worse state of health, a higher proportion reported conflicts at work and in the family, a pessimistic view of the future, low job prestige and problems at work and with their partner.

Conclusions

Based on our research we conclude that the way in which the female degree nurses and doctors in the sample view their profession and individual careers depends on their state of health and the number of conflicts arising at work and within their families.

A transzfúziós és infúziós tevékenység ápolói vonatkozásai a Közép-magyarországi Régió fekvőbeteg ellátásában

Dr. Berzéné Vági Andrea,

egyetemi okleveles ápoló, ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézete, Budapest

Rostásné Béres Tímea,

egyetemi okleveles ápoló, Budapest ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézete, Budapest

Dr. Mersányné Gömzsi Eleonóra,

szakfelügyelő ápoló, ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézete, Budapest

Összefoglaló

Az egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatók felől több ízben jelzés érkezett az Országos Tisztifőorvosi Hivatalba (továbbiakban: OTH) a transzfúziós és infúziós tevékenység kivitelezésével kapcsolatos problémákról. A probléma felvetése érintette a szabályozást, a technikai kivitelezés kérdéseit, valamint a személyi feltételeket és a szakmai kompetenciákat. A hiányos és nem egyértelmű szabályozás, a nem meghatározott kompetenciák a különböző szolgáltatók esetében lehetőséget nyújtanak arra, hogy nevezett tevékenységek szakdolgozói feladatait eltérő módon kezeljék. A jelenlegi egészségpolitika egyik markáns eleme az egészségügyi ellátás minőségének javítása, a beteg szükségleteinek, érdekeinek és biztonságának messzemenő figyelembevételével. Az ellátó személyzet tevékenységét jogi és szakmai szabályok irányítják, amelyeknek a hatékonyságra gyakorolt hatása függ a szabályozás tartalmától és/vagy annak betartásától.

Fogalmak

Célvizsgálat: Meghatározott területet és/vagy tevékenységet lefedő, egységes szempontrendszer alapján történő vizsgálat.

Közvetlen felhasználású keverékinfúzió: olyan, egy adagos formában, egy beteg részére készített infúzió keverék (injekció-injekció, injekció-infúzió, infúzió-infúzió) amely tárolás nélkül, azonnal felhasználásra kerül.

Nem közvetlen felhasználású keverékinfúzió: olyan, egy vagy több adagos formában készített infúzió keverék (injekció-injekció, injekció-infúzió, infúzió-infúzió, illetve minden parenterális tápláló oldat, valamint citosztatikum tartalmú keverékinfúzió), amely központi előállító helyen (intézeti gyógyszerár vagy osztályos aszeptikus blokk) kerül előállításra, tárolásra, majd elosztásra.

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja az volt, hogy feltárára kerüljön az infúziós és transzfúziós terápia kapcsán végzett ápolói tevékenység. Kiemelt figyelmet

fordítottunk az intézményi szabályozások meglétére, tartalmára, valamint az abban foglaltak betartására. Valós képet kívántunk szerezni arról, hogy a konkrét tevékenységek milyen módon kerültek szabályozásra, illetve a szabályozásban rögzítettek a gyakorlati munkában hogyan valósulnak meg.

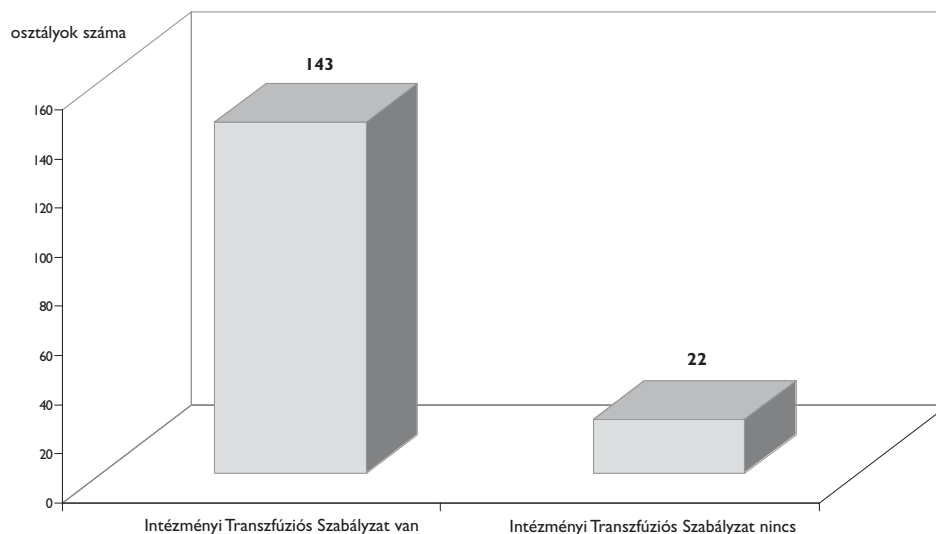
Vizsgálati módszerek és minta

Az OTH által elrendelt, egységes szempontrendszert tartalmazó jegyzőkönyv alapján, meghatározott szakmakód szerinti fekvőbeteg ellátó osztályok kerültek helyszíni ellenőrzésre országos szinten az alábbi csoportosításban:

Transzfúziós tevékenység keretében:

◆ Belgyógyászat	0100
◆ Haematológia	0102
◆ Sebészet	0200
◆ Traumatológia	0300
◆ Onkológia	1200
◆ Urológia	1100
◆ Sürgősségi betegellátás	4602, 4603, 4604,
Infúziós tevékenység körében:	
◆ Belgyógyászat	0100

I. ábra: Intézményi Transzfúziós Szabályzat



- ◆ Onkológia 1200
- ◆ Neurológia 0900, 0901,
- ◆ Hospice ellátás 7306
- ◆ Ápolási osztály, intézet

SZABÁLYOZÁS

- Vizsgálatunk során rákérdeztünk, hogy rendelkezik-e az intézmény Transzfúziós Szabályzattal és 5 intézményben (ami a vizsgált intézmények 19%-a) nemleges választ kaptunk. (I. ábra)
- A Transzfúziós Szabályzattal rendelkező intézmények ellenőrzött osztályai közül 54 osztályon nem történt oktatás annak tartalmáról.
- Transzfúzió kivitelezésére írásos megbízással 15 osztályon, 41 szakdolgozó rendelkezett, azonban 5 osztályon a megbízólevél tartalma nem volt megfelelő, valamint a tevékenység végzésével megbízott szakdolgozók közül 9 fő nem rendelkezett transzfúziós tanfolyammal, ami ellentmond az OVK által kiadott módszertani ajánlásban (1) foglaltaknak.
- A vizsgált intézmények 50%-ában nem működik Transzfúziós Bizottság, noha a módszertani ajánlás I.10. fejezete nevesíti annak működését és feladatkörét.

A vizsgálatot teljes körűen hajtottuk végre az adott szakterületeken, kivéve a Főváros területén, ahol a transzfúziós tevékenység esetében a belgyógyászat és sebészet, az infúziós tevékenység esetében a belgyógyászat vonatkozásában a működési engedéllyel rendelkező intézmények ezen osztályainak 50%-ában történt meg a szakfelügyeleti ellenőrzés.

Fentiek alapján a Közép-magyarországi Régióban (Budapest és Pest megye) transzfúziós tevékenység vonatkozásában 165 osztályon, infúziós terápia tekintetében 125 osztályon történt helyszíni vizsgálat a szakfelügyelő ápolók által.

Eredmények

Az alábbiakban a vér és vérkészítmény transzfúziós, illetve az infúziós tevékenység ellenőrzésének tapasztalatait külön-külön foglaljuk össze.

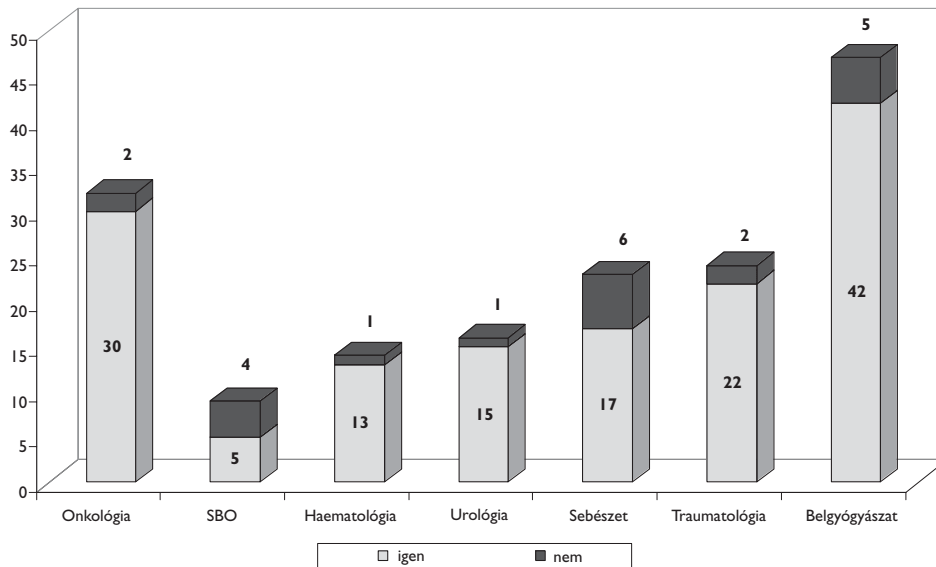
I. Vér és vérkészítmény transzfúziós tevékenység vizsgálati eredményei

A Közép-magyarországi Régióban összesen 26 fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény 165 osztályán történt vizsgálat.

TRANSZFÚZIÓ ELŐTTI FELADATOK

- Beteg beleegyező nyilatkozatot – a betegdokumentációk vizsgálata során – nem találtunk 21 osztályon, ennek szakmák szerinti megoszlását a 2. ábra tartalmazza. Megállapítható, hogy a legnagyobb hiányosság ezen a téren a sebészeti osztályokra jellemző. Igaz, hogy az SBO statisztikai adata is magas ezen a téren, ám ez a jogszabályok értelmében és szakmai okok miatt is

2. ábra: Beteg beleegyező nyilatkozat készül a transfúzióhoz



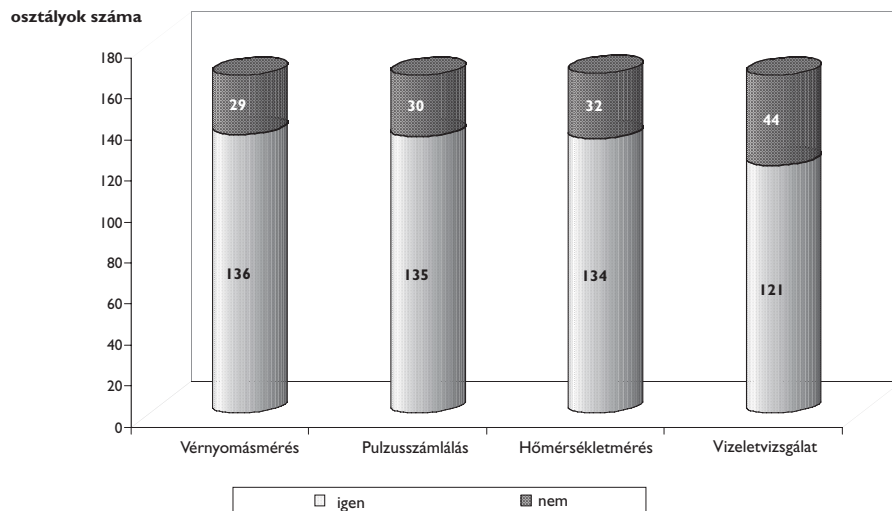
indokolt lehet. Említésre méltó adat, hogy a beleegyező nyilatkozatok 20%-a nem speciálisan a transfúzióra vonatkozó beleegyezést rögzít, hanem általános szempontokat tartalmaz.

– Arra a kérdésünkre, hogy ugyanaz a személy veszi-e le a vérmintát a betegtől, aki azt az azonosító adatokkal ellátja, az esetek mintegy 8%-ában nemleges választ kaptunk, ami azért probléma, mert a tévesztés lehetőségét hordozza magában. A módszertani ajánlás 3.5.2. fejezete leírja (1), hogy a vérvétel csak olyan körülmények között történhet, hogy a vér-

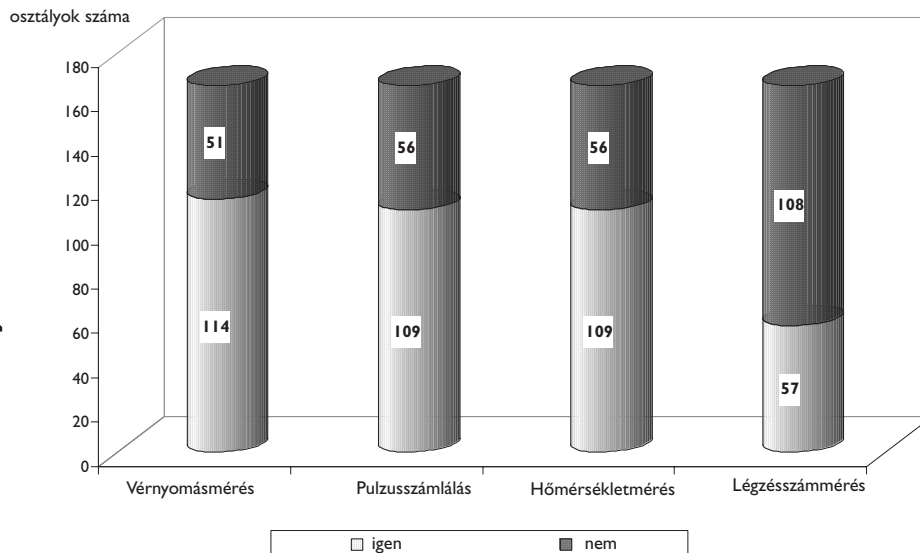
minták összecserélése kizárható legyen.

– A vérminta tárolásának módja a módszertani ajánlás (1) szerint (3.5.2. fejezet) +4°C-on, legalább 48 órán át szükséges, ezzel szemben 50 osztályon gyógyszeres hűtőszekrényben, de a gyógyszerektől nem elkülönített módon, illetve 11 osztályon szobahőmérsékleten kerül tárolásra. A tárolásra használt hűtőszekrények hőmérsékletének dokumentált ellenőrzése 14 osztályon nem valósul meg, és a vérminta tárolásának ideje 17 osztályon nem volt meghatározva.

3. ábra: Transzfúzió előtt egyes vizsgálatok elvégzése



4. ábra: A transfúzió alatt a vitális paraméterek ellenőrzése



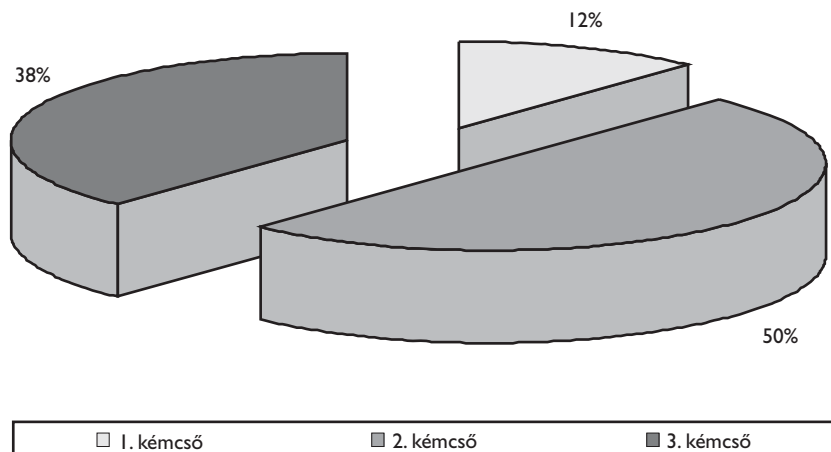
- A vér és vércsíztermények osztályra való szállítását 18 osztályon szabálytalanul, kézben végzik. A módszertani ajánlás (1) 3.3.2. fejezete egyértelműen megfogalmazza a szállítási feltételeket és a kórházon belüli szállításra hűtőelemekkel ellátott hűtőtáska használatát javasolja.
- Transzfúziós tálca 13 osztályon nem áll rendelkezésre, noha ennek meglétét és naprakészen való tartását a módszertani ajánlás (1) 3.5.3.4. fejezete előírja. Amely osztályokon elkészített tálca van, annak tartalma általában megfelelő volt.
- Az ápolói tevékenységet illetően, a transfúzió előtti vizsgálatok (vérnyomásmérés, pulzusszámlálás, hőmérsékletmérés) elvégzésében jelentős hiányosságok mutatkoztak (3. ábra). Vizeletvizsgálatot 44 osztályon nem végeztek, illetve a vizsgált dokumentációban erre vonatkozó bejegyzés nem volt található.
- A vizsgált osztályok 60%-ában (99 osztályon) a transfundálandó betegnek a transfúziót megelőzően infúziót kötnek be, amely az esetleges szövődmények esetén egyben a vénafenntartást is biztosíthatja, ugyanakkor 66 osztályon közvetlenül a transfúzióval lépnek be az érpályába.
- Arra a kérdésre, hogy ki biztosítja a vénát, 90 osztályon – ahol infúzió előzi meg a transfúziót – azt a választ kaptuk, hogy az ápoló. A tételes adatfeldolgozás során fény derült arra, hogy 3 osztályon közvetlenül a transfúzió

zió bekötésével az ápoló biztosítja a vénát úgy, hogy erre vonatkozó írásos megbízással nem rendelkezik.

TRANSZFÚZIÓ ALATTI FELADATOK

- A transfúzió alatti betegmegfigyelés objektív adatait a vitális paraméterek ellenőrzése biztosítja, amely ápolói feladat. A feldolgozott eredmények tükrében megállapítható, hogy a transfúzió alatti vérnyomásmérés, pulzusszámlálás és hőmérsékletmérés a vizsgált osztályok igen magas számában, dokumentáltan nem történik meg (4. ábra).
- A vitális paraméterek ellenőrzésének gyakorisága nagyon változó: az ellenőrzött osztályok egyharmadában 15, illetve 30 percenként, a fennmaradó kétharmadban azonban 60 percenként kerül kivitelezésre.
- A módszertani ajánlás (1) 4.3. fejezete szerint transfúziós szövődmény esetén friss vérmintát kell venni a betegtől, amelynek mennyisége legalább 3 kémcső. Az ellenőrzött osztályok 12%-a 1, 50%-a 2, és mindössze 37%-a vesz 3 kémcső vért (5. ábra). További problémaként merült fel, hogy 33 osztályon nem szabályozott a transfúziós szövődmény esetén végzendő ápolói tevékenység.
- Vizsgáltuk a készenléti (sürgősségi) táskák meglétét és annak minimális tárgyi felszereltségét. Összesen 4 eszközt vártunk el

5. ábra: Szövődmény esetén vett vérminta mennyisége



–minimálisan– , az ambu-ballont, maszkot, mayo-tubust, szívót és az alapvető sürgősségi gyógyszerek rendelkezésre állását, de sajnos 9 osztályon még ezeket sem tudták bemutatni.

TRANSZFÚZIÓ UTÁNI FELADATOK

- A transfúziót követő vitális paraméterek mérése – csakúgy mint előtte és alatta – számos osztályon nem kerül kivitelezésre, illetve dokumentálásra (6. ábra).
- Vizeletminta vételre 25 osztályon nem találtunk írásos bizonyítékot, ami szakmailag csak

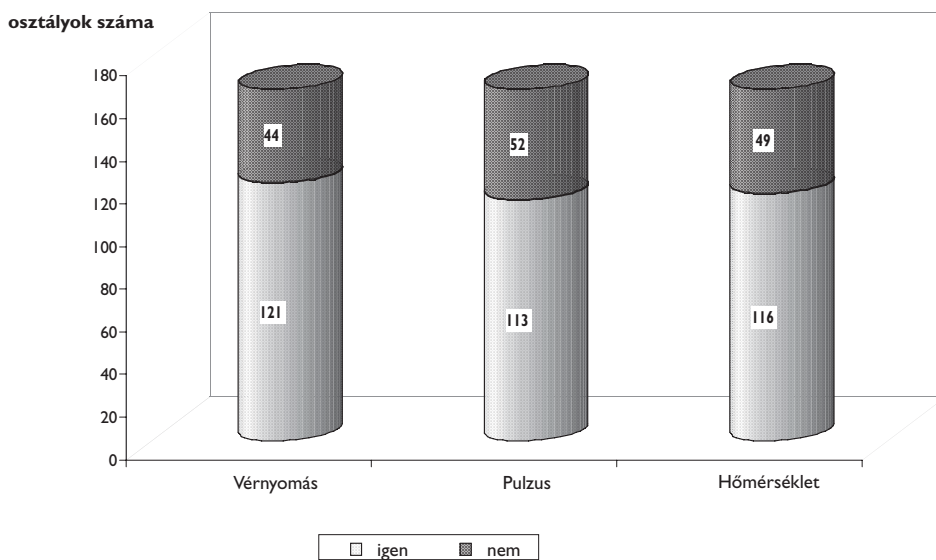
az urológiai osztályok esetében lehet indokolt.

- A transfúziós naplót 3 osztályon egyáltalán nem, 19 osztályon hiányosan vezetik. A módszertani ajánlás (1) 5.2.1. fejezete a transfúziós napló vezetését kötelezően előírja, mégpedig orvos által, ennek ellenére 12 osztályon ápolói feladatként valósul meg.

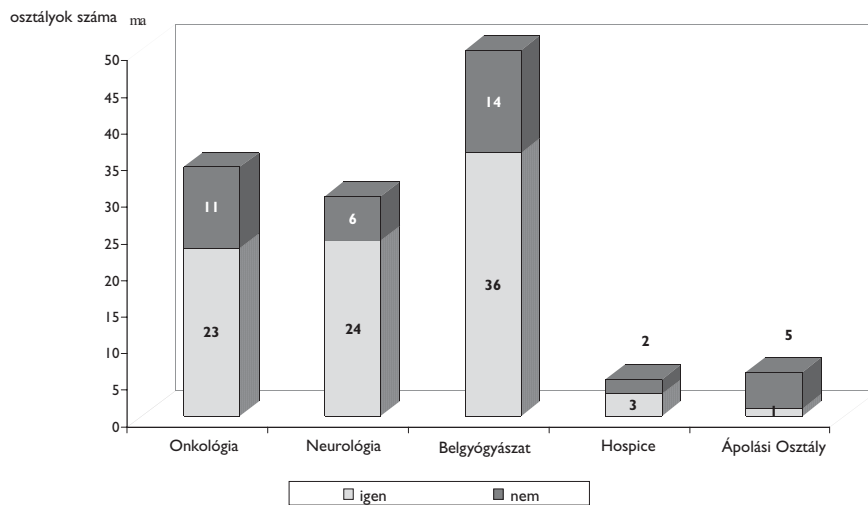
Összegezve:

A transfúziós terápia során az ápolói teendők kivitelezésében számos hiányosságot tapasztaltunk. Egyértelműen ok-okozati összefüggés

6. ábra: A transfúzió után a vitális paraméterek ellenőrzése



7. ábra: Egészségvédelmi rendszabályok a közvetlen felhasználású keverékinfúzió készítésének folyamatára



mutatható ki a szabályozások hiányosságai és a gyakorlati munka szabálytalan kivitelezése között. Számos esetben nem meghatározott a vérminta tárolásának ideje, vagy a vér és vérkészítmények szállításának módja, ami a nem megfelelő gyakorlatot vonja maga után. Gyakori hiba a transfúzió előtti, alatti és utáni vitális paraméterek ellenőrzésének elmaradása, ami a beteg biztonságos ellátását veszélyezteti. A mérések gyakorisága kevés osztályon került szabályozásra, így a szakmai kontroll sem lehet hatékony. A transfúziós szövődmények és az akkor szükséges ápolói teendők sok osztályon nem rögzítettek, illetve az érintett munkatársak nem ismerik a szabályozás tartalmát.

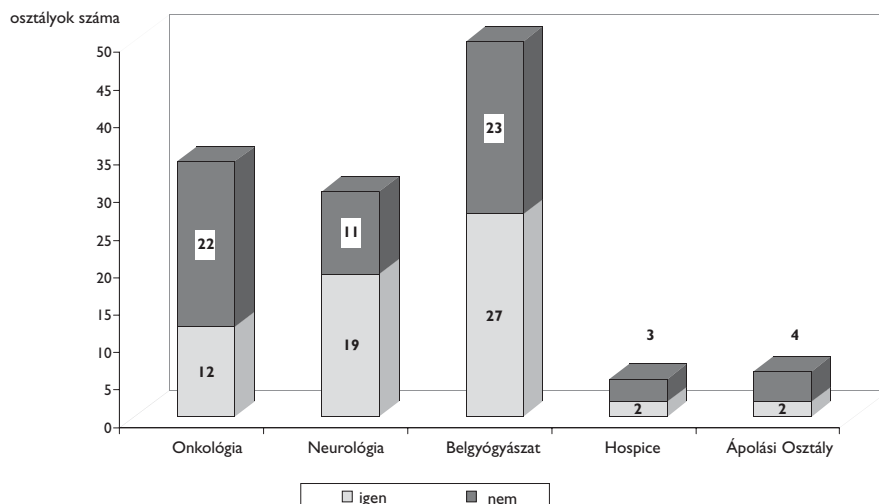
II. Az infúziós tevékenység vizsgálati eredményei:

A Közép-magyarországi Régióban összesen 49 fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmény 125 osztályán történt vizsgálat.

SZABÁLYOZÁS:

- Intézményi Gyógyszerkezelési Szabályzat 5 intézményben nem található, noha ez jogszabályi előírás (4) (43/2003. (VII.29.) ESZCSM rendelet). További eltérés, hogy a meglévő szabályzatok jelentős része nem veszi figyelembe az OGYI módszertani levelében foglaltakat.

8. ábra: Gyógyszerész által jóváhagyott, elegyek készítésére meghatározott „kompatibilitási lista”



- A közvetlen felhasználású keverékinfúziók készítésének folyamatára egészségvédelmi rendszabályok nem állnak rendelkezésre 38 osztályon (7. ábra).
- A közvetlen felhasználású keverékinfúziók elkészítéséhez szükséges, az intézeti főgyógyszerész által jóváhagyott kompatibilitási lista nem lelhető fel az osztályok 50%-ában (8. ábra).
- Nem közvetlen felhasználású keverékinfúziót 9 osztályon készítenek, azonban 3 osztályon a készítés folyamatára vonatkozó egészségvédelmi rendszabályok nem rögzítettek és a dolgozók kötelező oktatása sem történt meg.
- Az infúziós terápia szövődményeinek ápolói teendőire 28 osztályon nincs szabályozás.

INFÚZIÓ ÖSSZEÁLLÍTÁSA, BEADÁSÁNAK ELŐKÉSZÍTÉSE ÉS KIVITELEZÉSE

- A folyadékpótlásra alkalmazott, illetve a közvetlen felhasználású keverékinfúzió összeállítását csaknem 100%-ban szakápoló végzi. A nem közvetlen felhasználású keverékinfúziót 8 osztályon szakápoló, 1 osztályon szakképesítéssel nem, de írásos megbízással rendelkező ápoló állítja össze.
- A keverékinfúziók összeállítását és beadását végző szakdolgozók oktatása 32 osztályon nem történik meg, illetve 54 osztályon az oktatás tényét nem dokumentálják.
- Vizsgáltuk az infúziós terápia orvosi elrendelésének azonosíthatóságát, amelynek eredményeit az 1. táblázat tartalmazza.
- Az infúzió bekötése az ellenőrzött osztályok egyharmad részében orvos, kétharmad részében szakápolók által történik, de 3 osztályon szembesültünk azzal, hogy szakképesítés nélküli dolgozó is végzi.
- Az OGYI módszertani levele (2) (3) meghatározza a keverékinfúziók címkéjének adattartalmát, ami ellenőrzési szempontrendszerünk alapjául szolgált. A 2. táblázatban mutatjuk a vizsgálat során kapott adatokat a megadott szempontok szerint.
- Az ápolási dokumentációban az infúziót bekötő szakdolgozó neve 14 osztályon nem azonosítható.

1. táblázat: A keverékinfúzió orvosi elrendelésének hiányos adattartalma

Folyadékpótlásra alkalmazott infúzió esetében		
	Igen / osztály	Nem / osztály
Az oldat megnevezése	122	3
Az oldat mennyisége	118	7
Az adagolás áramlási sebessége	29	96
Közvetlen felhasználású keverékinfúzió esetében		
	Igen / osztály	Nem / osztály
Az oldat megnevezése	112	13
Az oldat mennyisége	111	14
Az adagolás áramlási sebessége	31	94
Gyógyszer neve	115	10
Gyógyszeradag	114	11
Nem közvetlen felhasználású keverékinfúzió esetében		
	Igen / osztály	Nem / osztály
Az oldat megnevezése	9	0
Az oldat mennyisége	9	0
Az adagolás áramlási sebessége	2	7
Gyógyszer neve	7	2
Gyógyszeradag	7	2

2. táblázat: A keverékinfúziók címkéjének adattartalma

Közvetlen felhasználású keverékinfúzió esetében		
	Igen / osztály	Nem / osztály
Az oldat összetétele	125	0
A beteg neve	118	7
A beteg születési dátuma	68	57
Kórházi azonosítója	62	63
A keverést végző személy neve	106	19
A bekötést végző személy neve	95	30
Nem közvetlen felhasználású keverékinfúzió esetében		
	Igen / osztály	Nem / osztály
A keverék gyártási száma	3	6
Az oldat összetétele	9	0
A készítés időpontja	5	4
A tárolás feltételei	5	4
A felhasználhatóság határideje	3	6
A keverést végző személy neve	8	1
A beteg neve	8	1
A kórházi azonosítója	2	7
A bekötést végző neve	4	5

Összegezve

Azt tapasztaltuk, hogy az infúziós terápia ápolói vonatkozásainak szabályozása szélesebb körben elterjedt, mint a transzfúziós terápiát illetően, ennek megfelelően kevesebb hiányosságot is találtunk *-ápolói vonatkozásban*. Gyakori probléma, hogy az osztályokon nem található kompatibilitási lista, ami a biztonságos gyógyszerelés alapja, különös tekintettel a generikumok használatára. Tekintettel arra, hogy az ápolónak nincs jogosultsága a hiányzó gyógyszer más gyógyszerrel való helyettesítésére, elengedhetetlenül szükséges a gyógyszerész által jóváhagyott és rendszeresen felülvizsgált kompatibilitási és helyettesíthetőségi lista alkalmazása. Veszélyforrásként említésre méltó a keverékinfúzió orvosi elrendelésének hiányos adattartalma (*1. táblázat*). Különös figyelmet fordítottunk a citosztatikus infúziók készítésének, beadásának szabályozására, illetve azok betartására. Megállapítható, hogy bizony ezen a téren is hiányosak az intézményi szabályozások, illetve rendszeresen előfordul az előírások be nem tartása. Az intézmények többségében a 2005. január hónapban megjelent OGYI módszertani levelében foglaltak alapján történő saját szabályzataik módosítását nem, vagy csak kevés intézményben végezték el, amelynek egyik bizonyítéka a citosztatikus infúziók összeállítását végző szakdolgozók oktatásának vagy az infúziók azonosításának (címkézés) hiányosságai. Sajnos az egészségvédelmi rendszabályok betartása kevés osztályon biztosított.

Következtetések, javaslatok

A vizsgálati eredmények alapvetően három dologra hívják fel a figyelmet:

1. Gyakori, hogy az intézményi szabályozások tartalmilag nem megfelelőek, vagy már az el-

készítés pillanatában hiányosak, mert az adott tevékenységre vonatkozó utasítások nem terjednek ki az ellátásban érintett minden résztvevőre, továbbá a megfelelő időszakos felülvizsgálat hiányában a külső szabályozások változásait nem követik.

2. A szabályzatokban rögzített előírások a gyakorlatban nem kerülnek maradéktalanul betartásra, ami arra enged következtetni, hogy:
 - a szabályzatok tartalmát a feladatok végrehajtásban érintett munkatársak nem ismerik, mert az arról szóló tájékoztatás, oktatás nem történt meg,
 - a szabályzatok tartalmát a végrehajtásban érintett munkatársak ismerik, de azok alkalmazásának rendszeres számonkérése és ellenőrzése nem valósul meg,
 - a szabályzatok tartalmát a végrehajtásban érintett munkatársak ismerik, de annak betartása személyi vagy tárgyi feltételek hiányában nem valósíthatók meg,

(ez utóbbi esetben a szabályzat módosítására van szükség az intézményi erőforrások tükrében, de a vonatkozó szakmai szabályok és a jogszabályok érvényesítésével)

3. A szolgáltatóknak szükségük van külső segítségre a megfelelő és egységes módszertan létrehozásával, valamint a külső szabályozások egyértelművé tételével. A transzfúziós és infúziós terápia kivitelezésében a szakdolgozói kompetenciák egyértelmű meghatározása elengedhetetlen, amelyre feltehetően sor kerül a tervezett un. licence vizsga lehetőségének megteremtésével.

A szerzők a lektorálásért ez úton mondanak köszönetet Dr. Csabafi Csaba főosztályvezető-tisztiorvosnak (ÁNTSZ Közép-magyarországi Regionális Intézete, Budapest)

Irodalomjegyzék

1. Transzfúziós Szabályzat, az OVK módszertani ajánlása . Országos Vérellátó Központ, Budapest 1998.
2. Az Országos Gyógyszerészeti Intézet módszertani levele a keverékinfúziók előállításáról. Egészségügyi Közlöny, LV. évf. I. szám, 2005. január 21.
3. Az Országos Gyógyszerészeti Intézet módszertani levele a citosztatikus keverékinfúziók előállításáról . Egészségügyi Közlöny, LV. évf. I. szám, 2005. január 21.
4. 43/2003. (VII.29.) ESZCSM rendelet a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről.

Nursing implications of transfusion and infusion Activities performed in the course of inpatient care at Central-Hungarian hospitals

Berzéné Vági, A., Rostásné Béres, T., Mersányné Gömzsik, E.

Aim of the study:

An assessment and analysis of the regulation and implementation of transfusion and infusion therapy at the inpatient institutions of the Central-Hungarian region.

Sample and methodology:

An on-site investigation of transfusion activity in 165 inpatient hospital departments, and infusion therapy at 125 inpatient hospital departments, was carried out by nurses from the professional supervisory body. The audit data was recorded in a report made out in accordance with the criteria specified by the National Health and Medical Officer Bureau. The authors processed the data using a spreadsheet program, and analysed it using descriptive statistical techniques. The study data reflect the situation as at the second half of 2006.

Results:

Based on the processing of the reports and evaluation of the results it can be established that in the course of performing both transfusion and infusion therapy, professional errors are committed, which can be attributed to deficient or flawed regulations, or in the case of adequate regulation, to a failure to comply with them in practice.

Conclusions:

In order to ensure the safety of patient care it is imperative to regularly review the regulations and update them in line with external changes, as well as to consistently check compliance with the regulations.

TÁJÉKOZTATÁS

Az Egészségügyi Szakdolgozók XXXVIII. Országos Kongresszusát a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum rendezi meg.

A kongresszus időpontja: 2007. augusztus 24-25.

Helyszíne: Debreceni Egyetem

A kongresszus témakörei

1. Az egészségügyi szakellátás aktuális kérdései egészségügyi szakdolgozói szemszögből
2. Új technikák és módszerek a szűrésben, diagnosztikában, terápiában és a rehabilitációban
3. Egészségügyi szakellátást támogató rendszerek és szerepük
4. Szabadon választott témakörök
5. Fenti témakörökhöz kapcsolódó poszter bemutató

A programmal és a tudományos előadásokkal kapcsolatos információk az alábbi helyeken érhetők el:

Simon Ilona OEC klinikai főnővér

Macsuka Tihamérné titkárnő

Telefon: 52/422-869, 52/ 411-717/54564, 55816

Fax: 52/422-869, 52/411-717/56816

E-mail cím: isimon@dote.hu

Az agyi érbetegségben szenvedő betegek koleszterinnel kapcsolatos ismeretei

Nagyné Agócs Kornélia

okleveles ápoló hallgató, Egyesített Szociális Intézet, Jászberény

Romvári Éva

okleveles ápoló hallgató, Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház, Gyula

Dér Mónika

okleveles ápoló hallgató, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba

Összefoglaló

A kutatás célja:

Annak elemzése, hogy a vizsgálati mintában szereplő betegek mennyire vannak tisztában az emelkedett koleszterinszint káros hatásaival, valamint az agyi érbetegségek kialakulásában játszott szerepével.

A kutatás módszere:

Kérdőíves felmérés a Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház Neurológia osztályán. A koleszterin és az érbetegségek kapcsolatáról való ismeretek felmérése, és az adatok statisztikai elemzése.

Eredmények:

A megkérdezett betegek többsége 40 – 50 év közötti volt, a nemi megoszlás közel azonos. A betegek 96%-a hallott a magas koleszterinszint káros hatásairól, és több mint felük tisztában volt az agyérbetegség kialakulásában játszott szerepével. Ennek ellenére közülük csaknem 20% nem ellenőrizteti, és további 24% több mint két évente kontrolláltatja azt. A betegek érdeklődést mutattak a téma iránt, csupán négyen választották azt, hogy nem kérnek bővebb felvilágosítást. Bár előzetesen azt gondoltuk, hogy agyonvitatt dologról van szó, mégis arra a következtetésre jutottunk, hogy nem elég hatékonyak a felvilágosító programok. A legaprólékosabb elemzések sem érnek semmit, ha a feltárt problémákra nem születnek megoldások, nem követi őket egészségnevelési, prevenciós, rehabilitációs tervek kidolgozása, bevezetése, és a változások ismételt felmérése.

A probléma leírása

Az elmúlt években jelentősen megnövekedett az agyi érbetegségek előfordulása, melynek háttérében különböző kockázati tényezők, rizikófaktorok állnak. Az emberek általában keveset tudnak ezekről a rizikótényezőkről, vagy nem tesznek lépéseket azok elhárítása érdekében.

Ezért választottuk célként a labordiagnosztika segítségével az emelkedett koleszterinszint, mint rizikótényező kiszűrését a 30-50 éves korosztályban, valamint a betegség kialakulásának megelőzése érdekében széleskörű információnyújtást az érintett populációban.

A koleszterin és élettani szerepe

A koleszterin a zsírok (lipidek) közé tartozó szteránvázas szerves vegyület, amelyet 1815-ben Eugene Chevreul francia vegyész fedezett fel, és 102 éves korában megírta, hogy Reinitzer megállapítsa a vegyület tapasztalati képletét. Szerkezetének pontos felfedezésében a német Windaus és Wieland jeleskedett.

A koleszterin a szervezet számára alapvetően fontos, nélkülözhetetlen alkotórész, minden sejt membránjának összetevője, feladata elsősorban a membrán rugalmasságának, képlékenységének megtartása. Ez a zsírszerű, csak az emberi és állati szervezetben megtalálható anyag többek között egyúttal bizonyos létfontosságú hormonjaink alapanyaga is (nemi hormonok, a mellékvesekéreg hormonjai). Mi sem bizonyítja ékebben, hogy szervezetünknek szüksége van a koleszterinre, mint hogy maga is előállítja: naponta közel 600 - 1000 mg koleszterin termelődik az epében, míg a táplálékunkkal átlagosan 250 - 500 mg koleszterint fogyasztunk el. A koleszterin nem ürül ki teljes egészében az emésztőrendszerből, a szervezet nem akar tőle „megszabadulni”, hanem újra felszívódik, ismételten hasznosul. Az emésztőrendszer alsóbb szakaszaiból a nyirokrendszer, majd a vérkeringés közvetítésével visszajut a májba, majd az epébe (enterohepatikus körfolyamat).

Egyes amerikai kutatások szerint sejtszinten van előnye is a magas koleszterinszintnek, még hozzá, hogy a rákhoz és a sejtosztódáshoz kapcsolt jeltovábbító „ösvényt” biztosít. (Karádi, 2005)

Hogyan válik a magas koleszterinszint rizikótényezővé?

A koleszterin a zsírsavcsere egyik kulcsszeplője. A magas koleszterinszint pontosan olyan rizikófaktor, mint a dohányzás, a magas vérnyomás, a magas vércukorszint, a helytelen étkezési szokások és a mozgáshiányos életmód.

A koleszterin csak akkor válik veszélyessé, ha a szervezet többet termel belőle, mint amennyire szüksége van, és a felesleges koleszterin a véráramba kerülve rögöket képezhet az erekben.

A koleszterinnek alapvetően két típusa van: LDL (low density lipoprotein) és HDL (high density lipoprotein) koleszterin.

A HDL az ún. „jó koleszterin” megszabadít a véráramban vándorló felesleges koleszterintől, oly módon, hogy a lerakódott koleszterint visszaszállítja a májba, ami ott lebomlik, és a bélbe kerül.

Az LDL koleszterin kis sűrűségű anyag, ez az ún. „rossz koleszterin”, mely éppen ellenkezőleg dolgozik, mint a HDL, elősegíti a zsíroknak az érfalba való beágyazódását. (Említést érdemel az ún. VLDL (very low density lipoprotein) is, amelynek zsírsavait energianyerés céljából égeti el a szervezet.)

Az elmúlt években bebizonyosodott, hogy az LDL szint emelkedésével arányosan emelkedik a cerebrovaszkuláris betegségek incidenciája, és a cerebrovaszkuláris halálozás. Tehát a cerebrovaszkuláris kórképek tekintetében nem az összkoleszterin szintje, hanem az LDL szint a független rizikófaktor.

A teljes koleszterin normál értéke 2,8 - 5,2 mmol/l, a HDL (a „jó koleszterin”) nőknél 1,2 - 2,0 mmol/l, férfiaknál 1,00 - 2,00 mmol/l tartomány tekinthető normálisnak. LDL (a „rossz koleszterin”) ideális tartománya 0,00 - 4,00 mmol/l, jelenlegi ajánlások szerint a kívánatos érték 3 mmol/l alatt van.

A koleszterin származékainak mennyiségét, egymáshoz viszonyított arányát mérik, kiszámítják az összkoleszterinszinthez viszonyított részarányukat. Az érfal kóros elváltozásai függenek a koleszterintartalmú molekulák méretétől (tömegétől), fajsúlyától (sűrűségétől).

Stressz hatására a nők esetében kevésbé emelkedik az LDL - koleszterin szint, ennek eredményeképpen megállapítható, hogy a nők számára kevésbé károsító hatású a stressz, mint férfiak körében (Nagy, 1996).

Az orvostudomány évtizedek óta kutatja a vér koleszterinszintje és az egyes érrendszeri betegségek közötti összefüggést.

A stroke

A WHO szerint az agyi érkatasztrófa (gutaütés, szélütés, stroke) az agyműködés globális vagy fokális zavarával jellemezhető, gyorsan kialakuló klinikai tünetegyüttes, mely több mint 24 órán keresztül áll fenn vagy halált okoz, s melynek bizonyíthatóan nincs más oka, mint az agyi érrendszerben kialakult elváltozás (Nagy, 1999).

A stroke incidenciája alatt az egységnyi időben (egy év) újonnan megbetegedett eseteket értjük, míg a stroke prevalencia az egységnyi időben előforduló valamennyi beteg számát jelenti (az új és a régi megbetegedések összességé).

Az epidemiológiai adatok igen érdekes eredményeket mutatnak. Az akut stroke miatt kórházba került betegek halálozási aránya az első hónapban az ellátó osztály típusától függően 12-18%, a történetét követő első évben pedig 25-30%, tehát egy éven belül 37-48%-uk meghal. A stroke után önálló életvitelében valamilyen formában segítségre szoruló betegek aránya 32-42% között mozog. Ezek az adatok elképesztően magasak, hiszen ha összeadjuk őket, látható hogy az összes új beteg 69-90%-ának gyökeresen megváltozik az élete (nagy százalékuk meghal).

Magyarországon a stroke betegek átlag életkora 5 - 10 évvel alacsonyabb, mint a fejlett ipari országokban, azokhoz képest rendkívül magas az 50 évesnél fiatalabb populációban a stroke megbetegedés és az agyi érkatasztrófa okozta halálozás. Az Európai Unió országaiban az akut stroke betegek mortalitása az 50 évesnél fiatalabb korcsoportban 100000 lakosra 8-10 beteg, ez a szám hazánkban nők esetében 40/100000, férfiaknál 60/100000 (Nagy, 2002).

Ezen adatok ismeretében érthető, hogy a Nemzeti Népegészségügyi Program stroke- alprogramjának céljai között az alábbiak szerepeltek:

- az akut stroke-halálozás csökkentése 30%-al 2010-ig,
- a stroke morbiditásának csökkentése, szintén 30%-al,
- a stroke-ot szenvedett betegek nagyobb arányban kapjanak ellátást profil osztályon,
- az érrendszer betegségeinek elsődleges és másodlagos megelőzése széles körben valósuljon meg,
- a magasvérnyomás-szűrés hatékonyságának növelése, a magasvérnyomás-betegség megfelelő kezelése,

- a rehabilitáció kereteinek megteremtése,
- a stroke osztályok központi akkreditációjának kidolgozása 2003-ig, majd ennek érvényesítése,
- epidemiológiai vizsgálatokra is alkalmas országos adatbank újbóli kiépítése.

Az agyérbetegségek osztályozása

Az agyérbetegségek osztályozása a neurológiai tünetek kialakulásának, progressziójának vagy visszafejlődésének, megszűnésének időbeli jellegzetességein alapul. A tünetek dinamikus változásán alapuló felosztás előnye a gyakorlati használhatósága, az egyes kategóriákra építhető diagnosztikai algoritmusok kialakításának lehetősége. Az újabb osztályozásban az a törekvés, hogy a patomechanizmus is felállítható legyen (Kornéth, 1989).

Transiens ischaemias attack (TIA)

A TIA olyan ischaemiás eredetű, átmeneti fókális neurológiai tünetekkel járó állapot, amelynek az agy meghatározott érellátási területeinek működészavara képezi az alapját, és egyéb betegség kizárható. Lényeges kritériuma a TIA-nak, hogy 24 óránál rövidebb ideig fennálló tünetek jellemzik. A tünetek kialakulása gyors és az esetek felénél kevesebb, mint 30 percig vannak jelen. Mivel a tünetek rövid ideig észlelhetőek, a diagnózis felállításában rendszerint a beteg elmondására kell hagyatkozni, így bizonyos tünetek elkülönítése, s ez által az érintett érterület tisztázása problémát jelenthet. Ha a körülmények nem tisztázhatók egyértelműen, „lehetséges TIA” kategória használata az ésszerű megoldás. A klinikailag TIA-ként ismert betegek 20%-ában a computer tomográf vizsgálat különböző méretű ischaemiás infarktust jelez, s ez az arány még nagyobb mágneses rezonancia vizsgálattal. A vizsgálatok révén megállapítható, hogy a tünetképző reverzibilis elváltozások mellett marandó károsodások is keletkezhetnek, vagy hogy az ismétlődő keringési zavarok egy része klinikai tünetek jelentkezése nélkül alakul ki. A TIA tüneteivel jelentkezhetnek állományvérzés és agydaganatok is, ezért a TIA elnevezés egyértelmű patomechanizmust és kórokat nem jelöl.

A cerebrovaszkuláris megbetegedések körülbelül 10 % - a TIA, incidenciája 30-36 eset/100000 lakos/év. A TIA-t követő évenkénti stroke előfordulás 2-8 %, és igen magas a myocardialis infarctus aránya

ezen betegek körében. Az évi mortalitás 86%-al magasabb, mint az átlaglakosság esetében, ezért fontos figyelmeztetőjelnek kell tekinteni a TIA-t. A halmozott TIA, azonos neurológiai tünetek ismétlődése fenyegető stroke állapot bevezető szindrómája. A crescendo TIA esetén azonos tünetek intenzitásukban fokozódnak. Sürgős intézeti ellátás, gyors diagnosztika és a szükséges terápia azonnali beindítása indokolt ilyen esetekben (Leel-Össy, 1989).

Reverzibilis ischaemias neurológiai deficit (RIND)

Az agy körülírt területének keringészavarát tükröző neurológiai tünetegyüttes, melynek feltételezett eredete ischaemiás, és reverzibilis. Több mint 24 óráig tart, de 21 napnál tovább nem mutat tüneteket. Amennyiben ezt meghaladja, akkor a prolongált reverzibilis ischaemiás neurológiai deficit elnevezés használatos.

Progressing stroke

Más néven stroke in evolutionnak nevezik, amely a stroke folyamatosan súlyosbodó formája. A kezdetben észlelt neurológiai deficit napokon keresztül romlik, egyre több a tünet, illetve a meglévő tünetek egyre súlyosbodnak. A progressing stroke a leggyorsabb neurológiai beavatkozást igénylő tünettípus, a kórok azonnali tisztázását, s az annak megfelelő terápiás beavatkozást igényli. Az ápoló szerepe az ilyen betegek ellátásában felbecsülhetetlen értékű. Az állapotromlások megfigyelése, a paraméterek ellenőrzése mellett a szükségletek kielégítése a fő feladat. Fontos információkkal szolgál az orvos számára a mindennapi ellátás során megfigyelt eltérésekkel. Kapcsolatot tart a beteggel és a hozzátartozókkal. Az ápoló nyújtja a beteg számára azt a lehetőséget, hogy érintkezzen a külvilággal.

Stroke stabil tünetekkel (completed stroke)

A stroke azon formája, ahol a vaszkuláris eredetű körülírt agyi funkciózavar tünetei stabilizálódtak, állandósultak, fennállásuk időtartama meghaladja a három hetet. Oka lehet ischaemiás infarctus, intracerebrális haemorrhagia, subarachnoidális vérzés vagy vénás thrombosis.

A kutatás célja

Annak elemzése, hogy a vizsgált mintában szereplő egyének

- mennyire vannak tisztában az emelkedett koleszterinszint káros hatásaival, valamint annak az agyi érbetegségekkel mutatkozó összefüggéseivel,
- milyenek a szűrővizsgálatokon való részvételi szokásaik,
- milyen a felvilágosítás iránti igényük.

Hipotézisek

Feltételezésünk, hogy az emberek ismerethiányuk miatt nem képesek egészségi állapotuk befolyásolására.

Feltételezésünk, hogy a veszélyeztetett korosztályban a szűrés hiánya fokozott kockázatot jelent.

A vizsgálat módszere és a vizsgálati minta

Önkitöltős kérdőíves felméréssel történt az adatok gyűjtése a koleszterin és az agyérbetegségek kapcsolatáról való ismeretek felméréséről, majd elvégeztük a kapott adatok statisztikai elemzését.

A kérdőíveket koponya CT-vel igazolt ischaemiás stroke-on átesett betegek között osztottuk ki a Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórházának Neurológiai osztályán. A válaszadó

102 fő életkor- és nem szerinti megoszlását az I. ábra szemlélteti.

Eredmények

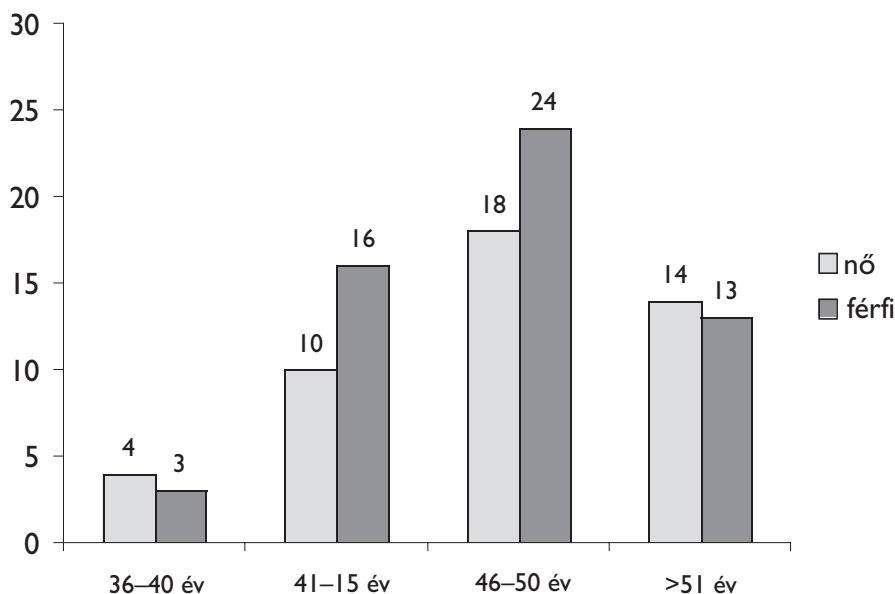
A vizsgálatban részt vevő személyek közül a koleszterinszint-emelkedés káros hatásáról 96% már hallott.

Arra a kérdésre, hogy a megkérdezett szerint van-e összefüggés a magas koleszterinszint és az agyérbetegségek kialakulása között, 65 fő válaszolt igennel, ez a megkérdezetteknek csupán 63%-a (az arány a nők között 71%, a férfiak között 57%).

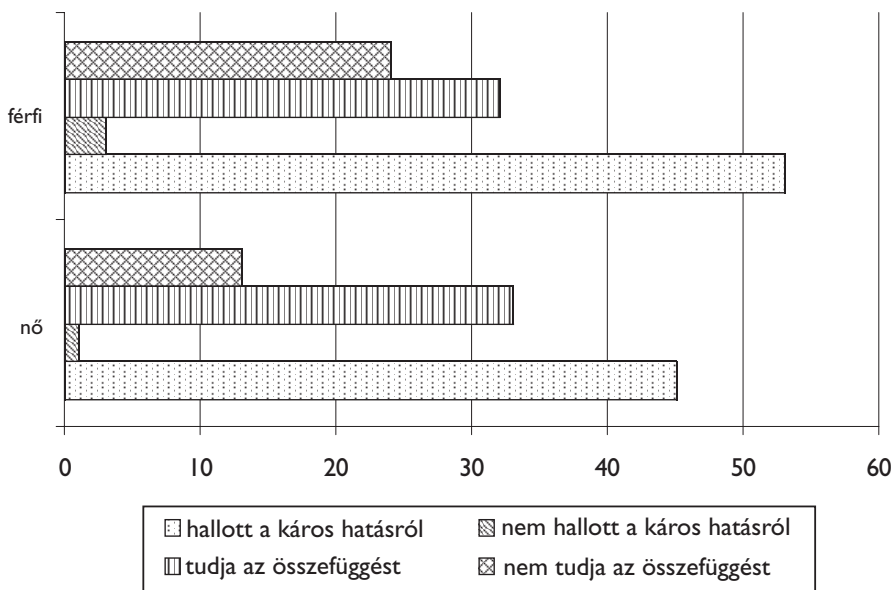
A fenti két kérdés vonatkozásában a vizsgálati minta megoszlását a 2. ábrán mutatjuk be.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy ezekben a válaszokban fontos információ rejlik. Bár a megkérdezettek igen magas arányban (96%) rendelkeznek információval arról, hogy a magas koleszterinszint problémákat okoz, de jóval kevesebben (mindössze a megkérdezettek 63%-a) tudták, hogy saját állapotuk és a magas koleszterinszint hogyan kapcsolódik össze. Ez arra utal, hogy van ugyan felvilágosítás a témában, de az csupán általános információkat hordoz. Még mindig nem elég hatékony a megelőzés egy olyan betegség esetében, amely fiatal emberek jelentős életminőség-romlását okozhatja, és viszonylag kis költséggel szűrhető, tehát a kockázat időben kimutatható, az eltérés gyógyszerrel egyszerűen kezelhető, a beteg állapota jól nyomon követhető.

I. ábra: A vizsgálati minta megoszlása életkor és nem szerint



2. ábra: A megkérdezettek ismerete a magas koleszterinszint káros hatásairól, és az agyérbetegségek kialakulásában játszott szerepéről

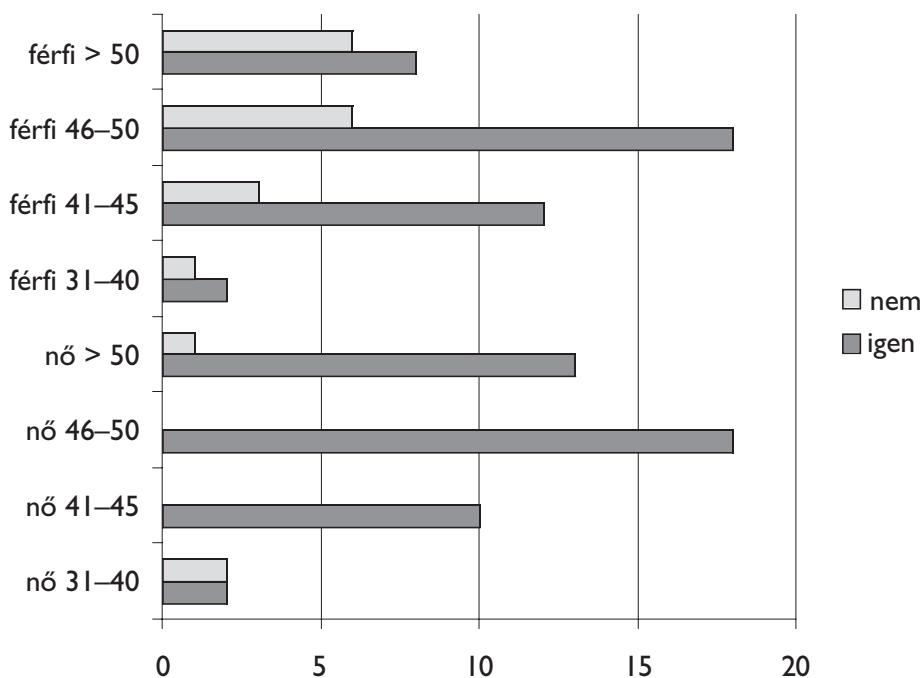


A megkérdezettek 18%-a nem szokta ellenőriztetni koleszterinszintjét. Ebben a kérdésben figyelemre méltó eltérés tapasztalható a nemek között: ez az arány a nők között 6%, a férfiak között 28%. A koleszterinszint ellenőrzési szokások tekintetében

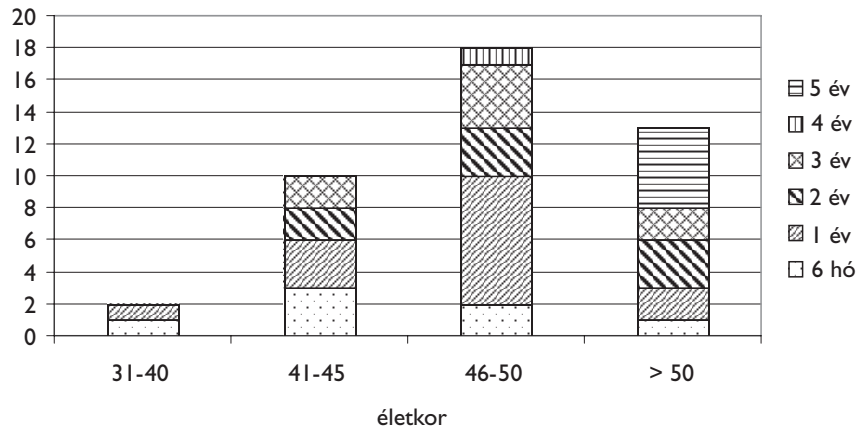
életkor és nem szerint szemlélteti a minta megoszlását a 3. ábra.

Azok között, akik ellenőriztetik koleszterinszintjüket, rákérdeztünk a gyakoriságra is, a válasz-

3. ábra: Koleszterin-szint ellenőrzés



4. ábra: A koleszterinszint ellenőrzésének gyakorisága nők esetében



adáshoz féléves időintervallumokat kínáltunk fel. A nők közül a fiatalabbak gyakrabban jártak, míg az 51 év feletti nők 78%-a két évente vagy annál ritkábban, illetve nem jártak ellenőrzésre. (4. ábra) A férfiak között is az 50 év alatti korosztályba tartozók jártak el inkább vérzsír-ellenőrzésre, az 51 év feletti férfibetegek egy része egyáltalán nem járt, a többiek két évente vagy annál ritkábban voltak. Ez a csoport a férfiak 39%-át teszi ki! (5. ábra)

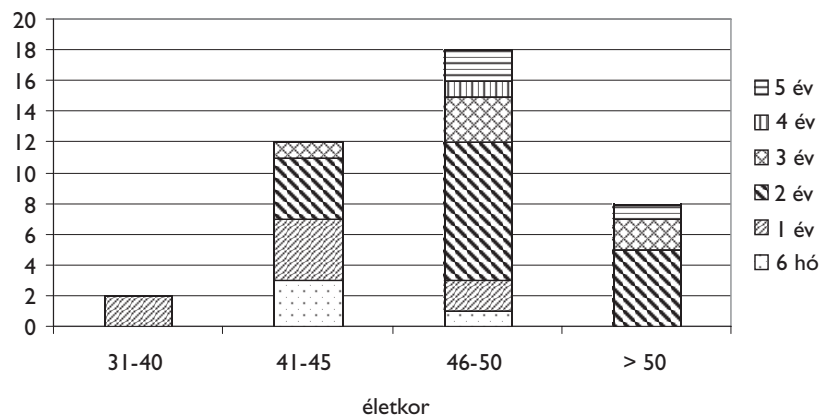
Arra a kérdésre, hogy szeretne-e bővebb felvilágosítást kapni, a megkérdezettek 96%-a igennel válaszolt, szám szerint 44 nő és 54 férfi. Ez egyrészt a betegoktatás, felvilágosítás hiányát illetve hiányosságát jelzi; másrészt esetleg azt, hogy a már elszenvedett egészségkárosodás világitott rá a betegeknek ismereteik hézagosságára.

De a legjobban megszerkesztett kérdőív, a legprofesszionálisabban feldolgozott válaszok, a legaprólókosabb elemzések sem érnek semmit, ha a feltárt problémákra nem születnek megoldások; nem követi őket egészségnevelési, prevenció, rehabilitációs tervek kidolgozása, bevezetése, és a változások ismételt felmérése.

Évente egyszer mindenkinek érdemes lenne részt vennie szűrővizsgálaton. A rizikófaktorokat ismerő, és azokat kezeltető, ellenőrzető beteg nagyban befolyásolhatja saját élete alakulását, sokat tehet a saját és családtagjai életét is megkeserítő, rettegett stroke elkerüléséért (Rácz, 2006).

Elhatároztuk, hogy a szűrővizsgálatokat követően betegoktatást szervezünk, és ehhez elkészítettük az egészségnevelő előadás tervezetét is.

5. ábra: A koleszterinszint ellenőrzésének gyakorisága férfiak esetében



Irodalomjegyzék

1. Kornéth Anikó (1989). Klinikai ismeretek a belgyógyászat köréből ápolónők részére
Medicina Könyvkiadó, Budapest
2. Leel- Óssy Lóránt (1989). Agyi érbetegségek
Medicina Könyvkiadó, Budapest
3. Magyar –Petrányi (1977). A belgyógyászat alapvonalai
Medicina Könyvkiadó, Budapest
4. Nagy Zoltán (1999). Stroke kézikönyv
Springer Orvosi Kiadó, Budapest
5. Nagy Zoltán (1996). 100 kérdés - felelet az agyérbetegségekről
Richter Gedeon RT
6. Agyérbetegségek,
A Magyar Stroke Társaság Negyedéves Kiadványa, 8. évfolyam, 2002. július, különszám
7. <http://www.diagnosticum.hu/hun/data/labor-diagnostika/diagnostikumok.html>
8. <http://www.diagnosticum.hu/data/labordiagnostica/hasznalati/diachem/470>
9. <http://www.euuzlet.hu/kalkulatorok/stroke.html>
10. <http://www.google.hu:Medical.Tribune,Egészséglap>
11. <http://www.mindentudas.hu/karadi/20050502karadi1.hatml?pldx=6>
12. <http://www.tgy-magazin.hu/index.phtml?id=293>
13. <http://www.tgy-magazin.hu/index.phtml?id=296>

Cholesterol-awareness of patients with cerebrovascular disease

Nagyné Agócs, K., Romvári, É., Dér, M.

Aim of the research: *To analyse the extent to which patients in the survey sample are aware of the harmful effects of a high cholesterol level, as well as the role it plays in the development of cerebrovascular disease.*

Methodology: *Questionnaire-based survey conducted at the Neurology department of the Pándy Kálmán Hospital in Békés County. Assessment of the patients' awareness of the link between cholesterol and vascular diseases, and statistical analysis of the data obtained.*

Results: *The majority of patients surveyed were from the 40-50 age bracket, with both sexes represented in approximately equal proportions. Some 96% of patients had heard of the harmful effects of high cholesterol, and more than half were aware of the role it plays in the development of cerebrovascular disease. Despite this almost 20% did not have their cholesterol level controlled, and a further 24% only went for check-ups every two years. The patients displayed an interest in the topic, with only four declining an offer of more detailed information. Although, prior to the survey, we believed that the issue had been over-discussed, we arrived at the conclusion that the awareness programs are not effective enough. Even the most detailed analyses are worthless if no solutions are found for the revealed problems, and if they are not followed by the formulation and implementation of health education, preventive and rehabilitation plans, and a follow-up survey of the results achieved.*

A mikrobiológiai mintavételtől a feldolgozásig

Németh Krisztina

laboratóriumvezető asszisztens, mikrobiológus technikus, élelmiszertechnológiai mérnök

Mikrobiológiai laboratórium, Semmelweis Egyetem II. Gyermekklinika

Bevezető

A klinikai bakteriológiai laboratórium feladata, hogy a baktériumok okozta fertőzéseknél megtalálja és meghatározza (lehetőleg a valódi) kórokozót, valamint vizsgálatot végezzen annak megállapítására, mely antibiotikumok hatékonyak ellene, s melyek nem. Mindezt a beteg érdekében a lehető legrövidebb idő alatt kell megtenni.

Ennek az írásnak nem az a célja, hogy részletekre kiterjedő információt adjon a bakteriológiai mintavételről, beküldésről (ezekre vannak nagyon pontosan, részletesen kidolgozott irányelvek, módszertani útmutatók, mint például a felhasznált irodalom is), sokkal inkább az, hogy a leggyakrabban előforduló minták ismertetésével felhívja a figyelmet azok megfelelő mintavételére, beküldésére, és rámutasson az esetleges hibaforrásokra.

Mintavételi eszközök

A bakteriológiai mintavételhez szükséges eszközök (a széklettartály kivételével) minden esetben steriliek, azokon eredendően baktérium nem lehet, hiszen ez által a vizsgálat során téves eredmény keletkezne. Mintavételi eszközök beszerzéséről vagy az osztály, rendelő, vagy maga a laboratórium gondoskodik.

Mintavételi eszköz például a steril cső vizelet gyűjtésére, folyékony mintáknak, a vatta végű pálcica orr-, torok-, sebváladék levételére, a hemokultúrás üveg, a transzport közeg arra az esetre, ha a laboratóriumba szállítás a mintavétel után nem rögtön történik, vagy akár egy üres petri csésze is köpet laboratóriumba küldésére.

Vannak egyszerűbb (pl. egy sima steril cső) és komplikáltabb mintavevők (pl. egy borsavas vizeletes tartály, ami megakadályozza a baktériumok szaporodását, míg a laboratóriumba nem kerül, vagy a „dip slide” vizeletes mintavevő, melyben már táptalaj is van). Ez utóbbiak drága eszközök és módszerek, leginkább olyankor ajánlottak, ha nincs helyben bakteriológiai laboratórium.

Vannak speciális mintavevők is, melyeket csak bizonyos kórokozóknál használnak.

Mintavétel, tárolás, szállítás

A vizsgálati minta vétele lehetőleg az antibiotikum-terápia megkezdése előtt történjen. Bőrön, nyálkahártyán keresztül vett mintáknál fontos a fertőtlenítés. Mintát minden esetben úgy kell venni, hogy a célterületről minél kevesebb kontamináció történjen.

A mintavevő eszköz, s néhány anyaghoz kenet készítése céljából tárgylemez is mindig legyen előre elkészítve. A mintát vevő személynél a gumikesztyű használata igen fontos, hisz feltételezhetően fertőző anyagot vesz.

A vizsgálatkérő dokumentációban minden kért információ megadása nagyon lényeges, az segítheti a kiértékelést és a korrekt eredményközlést is. A beteg adatain kívül fontos az anyag megnevezése, egy-egy mintánál (pl. sebváladék) a mintavétel helye, a mintavétel időpontja, a diagnózis, tünetek, az esetlegesen alkalmazott antibiotikum neve.

A mintát a lehető legrövidebb időn belül a laboratóriumba kell szállítani. A vizeletet a szállításig hűtőszekrényben kell tárolni, a transzport közegek általában 24 óráig biztosítják a megfelelő körülményeket.

A vizsgálati anyagot úgy kell szállítani, hogy az ne folyjon ki, ne kontaminálódjon szállítás közben.

Leggyakoribb minták

Hemokultúra

A hemokultúra levételéhez az Orvosi Mikrobiológiai Szakmai Kollégium protokollt adott ki, itt csak kiemelünk néhány szempontot:

- a mintavételhez kesztyű használata kötelező,
- a hemokultúrás palack gumidugóját le kell fertőtleníteni,
- a vérvétel helye fertőtlenítenendő,
- mintavételre lehetőség szerint antibiotikum terápia előtt kerüljön sor,

- 24 óra alatt lehetőleg 2-3 vérvétel szükséges,
- megfelelő hemokultúrák palackot kell választani (gyermek palack, anaerob palack, stb.),
- mintavétel után azonnal a laboratóriumba kell szállítani a palackot, semmi esetre sem szabad hűtőszekrénybe tenni! Ha a mintavétel után a palack sokáig áll az osztályon, a baktériumok szaporodása beindulhat, és egyes automaták nem tudják a pozitív palackot detektálni.

Liquor

- mintavétel az aszepszis szabályainak betartásával,
- minimum 1 ml minta szükséges, hogy abból a bakteriológiai laboratórium keneteket, s szükség szerint antigén vizsgálatot is tudjon készíteni,
- fontos a kémiai vizsgálat adatainak, és a sejt-számolás eredményének közlése a laboratóriummal, mert az meghatározhatja a további feldolgozást,
- a liquor mintát steril csőbe kell vennie.

Vizelet

A leggyakoribb bakteriológiai vizsgálati anyag. Mintát többféle módon lehet venni (ezeket a módokat az ápolók jól ismerik), de mindegyik esetben alapkérdés a megfelelően megtisztított és/vagy fertőtlenített mintavételi környezet, és a megfelelő tárolás (hűtőszekrényben, maximum 24 óra) a laborba szállításig, de az a helyes, ez a lehető leghamarabb megtörténik.

A mintavételi csövet nem szabad teletölteni, mert így kifolyhat, s ha kifolyhat, be is fertőződhet a minta.

A katéterek mikrobiológiai feldolgozásra nem alkalmasak.

Sebváladék

Nyílt sebeknél a felszín fertőtlenítése, az elhalt szövetek eltávolítása után a seb széli részéről kell mintát venni tamponnal, túaspirációval, esetleg kímetszéssel.

Mély sebeknél, tályogoknál, folyadékgyülemeknél a fertőtlenítés után túaspirációval vagy sebészi eljárással kell mintát venni úgy, hogy azt a lehető legkevesebb oxigén érje, mert esetenként anaerob feldolgozásra is szükség van.

Sebváladék esetében lehetőség szerint tárgylemezre készített kenetet is kell küldeni.

Felső légúti váladékok

- Orr, torok, hallójárat: a mintavételhez steril vattapálca szükséges. A kontamináció elkerülése érdekében ügyelni kell arra, hogy mintavételkor a vattapálca ne érintse a környező szöveteket.
- Belső fül, melléküreg: a mintavétel punkcióval történik, ha a váladék mennyisége engedi, akkor fecskendőbe véve, hogy abból kenetet, anaerob feldolgozást is lehessen készíteni.

Köpet

A mintát lehetőleg reggel, csapvizes szájöblítés után kell venni petri csészébe, amely alkalmas a köpet laboratóriumba küldésére is. Törekedni kell arra, hogy a vizsgálati minta valóban mélyről jövő váladék legyen, ezt 2-4 órán belül a laborba kell küldeni! A laboratóriumban a köpetet először mikroszkóposan vizsgálják meg, amiből kiderül, hogy alkalmas-e a tenyésztésre. Amennyiben nem, úgy ismételt mintavétel ajánlott.

Szemváladék

Leggyakoribb a conjunctiváról vett tamponos minta, melyhez mellékelni kell tárgylemezen kikent kenetet is. Ha lehetőség van rá, akkor a megfelelőbb eredmény elérése céljából célszerű a cornea-kaparékot venni.

Genitális váladékok

Sokféle speciális mintavételi módszer használatos a különböző kórokozók kimutatására, ezeket pontosan kell kivitelezni. Hüvely- és vulvaváladék tenyésztésekor mindig kell kenetet is mellékelni.

Szövetminta

Alkalmas aerob és anaerob feldolgozásra is. A laboratóriumba kerülésig steril fiziológias konyhasó oldatban kell a mintát tárolni.

Műanyag eszközök

Amennyiben elengedhetetlen vizsgálatuk, úgy sterilitás szabályainak megfelelő mintavétel után,

steril csőbe helyezve kell a laboratóriumba küldeni.

Környezeti minták

Ilyenek a felületek, a levegő, a víz, valamint az eszközök sterilítésének vizsgálata. Általában kórházhigiénikus végzi a mintavételt.

A vizsgálati minták átvétele

A laboratóriumba küldött vizsgálati mintát a labor csak akkor veheti át, ha az *megfelelő vizsgálatkérő dokumentációval, megfelelő edényben, megfelelő feliratozással, megfelelő időn belül lett beküldve, megfelelően kitöltött kísérő dokumentummal*. A kísérő dokumentum tartalmát általában a belső vagy külső (tanúsított) minőségügyi rendszer szabályozza, azonban nagyon fontosak a következők: a minta anyaga, a beteg neve, az átadó és az átvevő neve, valamint a minta laboratóriumi átvételének időpontja.

Egyes esetekben a vizsgálati minta átvételének, illetve a vizsgálat elvégzésének *visszaütésére* is sor kerülhet. Ennek oka lehet pl. a nem megfele-

lő tárolás (hűtve volt, amit nem szabadott volna), a sokáig osztályon tárolt, nem feldolgozott anyag, ha a mintavevőn észlelhető, hogy az anyag kifolyt, stb. Ha anaerob tenyésztésre nem alkalmas egy olyan vizsgálati anyag, amit ilyen módon is fel kellene dolgozni, akkor az anaerob tenyésztés visszaútasítható, csak az aerob végzendő el.

Ha a minta valamilyen oknál fogva nem megfelelő, de a mintavétel nem ismételtető meg, akkor a laboratórium a kért vizsgálatot ugyan elvégzi és kiértékeli, de ezt a körülményt a leleten közli.

Végül felhívjuk a figyelmet a következőkre: minden olyan esetben, amikor nem egyértelmű a vizsgálati mintát vevő személynek az, hogy milyen módon, milyen eszközbe, mikor kell levenni a bakteriológiai mintát, akkor azt *célszerű megbeszélni a laboratóriummal*, hisz egy nem megfelelően levett, tárolt, szállított anyag az egész vizsgálatot elvégezhetetlenné, értékelhetetlenné teszi.

Irodalomjegyzék

Czirók, É. (1999). Klinikai és járványügyi bakteriológia. Kézikönyv. Melania kiadó, Budapest, pp. 1-400.

A triage szerepe a sürgősségi ellátásban

Szakonyi Eszter

Egyetemi okleveles ápoló, intenzív terápiás szakápoló
Vas Megye És Szombathely MJV Markusovszky Kórháza Egyetemi Oktatókórház,
Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály

Összefoglaló

A sürgősségi ellátás lényege abban rejlik, hogy az ellátást igénylő betegeket állapotuknak megfelelő sorrendiséggel kezeljék, ezért az egyik legfontosabb funkció az osztályozó vagy triage, amely az egészségügyi ellátást igénylő egyének besorolása olyan csoportokba, amelyek más–más prioritást kapnak.

Az osztályozás 5 vitális paraméter alapján történik. Attól függően, hogy az intézmény milyen sürgősségi osztályozási szisztémát alkalmaz, a páciensek három, négy vagy öt csoportba oszthatók.

A beteg a mentőszolgálatok révén, vagy önálló kezdeményezésre kerül a sürgősségi centrum (osztály, egység) illetékességébe. A triage szakápoló a beteggel való találkozás és vizsgálat után besorolja a beteget az adott sürgősségi centrumban alkalmazott szisztéma megfelelő csoportjába, és ez alapján szervezi a munkafolyamatokat.

Amennyiben a beteg vitális funkcióiban veszélyeztetett, úgy közvetlenül a shocktalanító helységbe kerül. Itt minden feltétel adott ahhoz, hogy a kritikus állapotú beteg elsődleges ellátása megtörténjen: valamennyi vizsgálat „a beteghez jön”, lehetőség van a vitális paraméterek nyomon követésére, gépi lélegeztetés folytatására, szükség esetén az újraélesztés kivitelezésére is.

A nem életveszélyes állapotú betegek további vizsgálata, kezelése az erre a célra szolgáló vizsgáló helységeken történik.

A diagnózis megállapítása, az elsődleges ellátás és az állapot stabilizálása után a beteg útja tovább vezet a sürgősségi centrumból.

Bevezetés

A Sürgősségi Centrum feladata, hogy egy helyen fogadja a különböző szakmák –belgyógyászat, sebészet, traumatológia stb.– szerint sürgős ellátást igénylő betegeket a nap 24 órájában. Az esetek itt koncentrálnak, majd innen továbbítódnak a megfelelő helyre.

A sürgősségi ellátás lényege abban rejlik, hogy az ellátást igénylő betegeket állapotuknak megfelelő sorrendiséggel kezeljék. A beteg gyors, szakszerű ellátást kap, stabilizálják az állapotát, és megállapítják az iránydiagnózist, amely alapján a beteg további útja meghatározható.

„A kórházi sürgősségi ellátásban az egyik legfontosabb funkció az osztályozó vagy triage. Ez a szakmai diszpécserfunkció, melynek során nagy tömegből kell gyorsan kiemelni viszonylag kisebb számú valóban sürgős esetet, hogy ezek időben kerüljenek megfelelő ellátásra.

Az osztályozás 5 vitális paraméter alapján történik:

- Pulzus (+EKG);
- Vérnyomás (+ hőmérséklet, bőrszín);
- Mentális státusz (tudatállapot);

- Légzés (+ mellkasi fájdalom);
- Metabolikus állapot;” (Pápai, 2000)

Másként fogalmazva: **a triage nem más, mint az egészségügyi ellátást igénylő egyének besorolása olyan csoportokban, amelyek a kezelés tekintetében más–más prioritást kapnak.**

Osztályozás

Az osztályozás többféleképpen történhet. Attól függően, hogy az intézmény milyen sürgősségi osztályozási szisztémát alkalmaz, a páciensek három, négy vagy öt csoportba oszthatók.

A sürgősségi ellátást igénylő páciensek 3 csoportba történő osztályozása:

- I. „Azonnali ellátást igénylők: Az életet, végtagot vagy látást akután veszélyeztető állapotok, amelyek azonnali orvosi ellátást igényelnek, pl.:
 - a. Légzés és keringés-leállás
 - b. Légzésdepresszió
 - c. Shockos állapot
 - d. Súlyos trauma, égés

- e. Aktív görcsállapotok (neurológiai eredetű)
- f. Kóma
- g. Neurovaszkuláris depresszió
- h. Aktív vérzés
- i. Kardiális eredetű fájdalom

2. Sürgős állapotok: gyors kezelés 2 órán belül szükséges, amennyiben fennáll az a kritérium, hogy a vitális jelek stabilak, pl.:

- a. Szakított seb vérzés nélkül
- b. Nem diszlokált törések, neurovaszkuláris érintettség nélkül
- c. Lázgörcsök, de a gyermek éber
- d. Közepes égések
- e. Hasi fájdalom
- f. Nem kardiális eredetű mellkasi fájdalmak
- g. Láz
- h. Szignifikáns krónikus betegségben szenvedő betegek nem sürgősnek tűnő fő panasszal

3. Nem sürgős fokozat: enyhe betegség vagy sérülés tartozik ebbe a csoportba. Az ellátás fontos, de az időkorlát nem elsődleges.

- a. Torokfájás
- b. Kiseb rándulások, húzódasok
- c. Bőrkiütés
- d. Egyszerű felső légúti hurut, megfázás stb.” (Tipsord-Klinkhammer, Andreoni, 2000)

A sürgősségi ellátást igénylő páciensek 4 csoportba történő osztályozása:

1. Azonnali ellátási kategória, pl.:

- a. Életveszélyes instabil állapot
- b. Cianózis
- c. Lélegeztetett beteg
- d. Eszméletlen beteg

2. Sürgősségi ellátási kategória: 15 percen belül ellátást igényel, pl.:

- a. Eset-kocsi / Ro-Ko által ellátott beteg
- b. Mellkasi fájdalom
- c. Diszpnoe, tudatzavar
- d. Neurológiai történés
- e. Hipotermia
- f. Mérgezés
- g. Áthatoló vagy mély sérülés
- h. Tompa hasi vagy mellkasi sérülés
- i. Közúti baleset sérültje
- j. Kommocio gyanú
- k. Jelentős akut fájdalom

3. Akut ellátási kategória: 1 órán belül ellátást igényel, pl.:

- a. 48 órán belül kezdődő panasz
- b. Stabil állapot

- c. Felületes sérülése
- d. Rándulások
- e. Akut fájdalom

4. Krónikus ellátási kategória: 4 órán belül ellátást igényel, pl.:

- a. 48 óránál régebbi panasz
- b. Stabil állapot
- c. Szociális indok

A sürgősségi ellátást igénylő páciensek 5 csoportba történő osztályozása:

A Kanadai Sürgősségi Társaság 1998-ban megalakította ötfokozatú skáláját, melynek neve: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), ezt a szakemberek biztonságosabbnak tartják.

1. Resustative / azonnali ellátási kategória.

Az életet vagy végtagot veszélyeztető állapot (vagy rosszabbodás fennálló kockázata), amely megköveteli az agresszív beavatkozást.

→ Ápolói ellátás: azonnal

→ Orvosi ellátás: azonnal

Például:

- traumás shock,
- PTX,
- arc égése, légút érintettsége,
- AMI haemodinamikai instabilitással,
- status asthmaticus,
- status epilepticus

2. Emergent / kritikus ellátási kategória.

Annak a lehetősége, hogy az állapot az életet, végtagot vagy funkciót veszélyezteti.

→ Ápolói ellátás: azonnal

→ Orvosi ellátás: 15 perc

Például:

- fejsérülés,
- multitrauma, sorozat-bordatörés, nyaksérülés,
- marószert okozta szemsérülés,
- AMI, instabil angina,
- ismeretlen gyógyszer/ drog túladagolás,
- akut hasi kórképek,
- GIH hemodinamikai instabilitással,
- ectopiás terheesség,
- epiglottitis, meningitis, sepsis,
- diabéteses ketoacidosis,
- vesekőképzés,
- COPD, acut croup

3. Urgent / sürgős ellátási kategória.

Olyan állapotok, amelyeknél a rosszabbodás lehetősége fennáll, ezért sürgős beavatkozást igényel. Kapcsolatba hozható jelentős disz-

komfort érzéssel, vagy kihatással lehet a munkavégzésre, mindennapi életfunkciókra.

→ Ápolói ellátás: 30 perc

→ Orvosi ellátás: 30 perc

Például:

- fejsérülés,
- vállficam,
- tibia-, fibula-, boka törése,
- bronchitis, pneumónia,
- mellkasi fájdalom,
- görcsroham, migrén

4. *Less urgent / kevésbé sürgős kategória.*

Az állapot kapcsolatban lehet a páciens korával, helyzetével, a rosszabbodás és a komplikációk lehetősége fennáll.

→ Ápolói ellátás: 60 perc

→ Orvosi ellátás: 60perc

Például:

- fejsérülés,
- combnyaktörés, bokarándulás,
- otitis,
- nem specifikus mellkasi fájdalom,
- GERD,
- depresszió,
- urticaria,
- idegen test a szembe

5. *Non urgent / halasztható kategória.* Az

állapot lehet, hogy akut, de nem sürgető. Az állapot része lehet egy krónikus problémának, rosszabbodással vagy anélkül. A vizsgálat vagy a beavatkozás késleltethető egyes betegségek vagy sérülések esetén.

→ Ápolói ellátás: 120 perc

→ Orvosi ellátás: 120 perc

Például:

- ízületi húzóadás,
- felsőlégúti hurut,
- gastroenteritis,
- dismenorrhoea,
- kötés, gipszcsere.

Triage

„A sürgősségi centrum triage részlegén kerül a beteg felvételre vagy átvételre. A beutaló nélkül érkező beteg kórházi ellátásra csak a sürgősségi centrum szakmai diszpécserén keresztül juthat, azaz a triage szakápolón. A triage szakszemélyzet kezdeményezésére lehet a betegfelvétel szükségtelenségének kimondása vagy a betegnek nem sürgősségi szakellátás felé való irányítása is.” (www.kdrfu.hu)

A beteg érkezik önállóan vagy mentőszállítás útján. A mentő szakszemélyzete a Sürgősségi Betegellátó lapon rögzíti a mentőszállítás időtartama alatt észlelt paramétereket, illetve a sürgősségi centrumba érkezésig adott gyógyszereket, és a beteget ennek a dokumentumnak a kíséretében adja át a sürgősségi centrum ellátó teamjének.

A betegről a triage pultnál rögzítik a következő adatokat:

- személyi adatok,
- elsődleges panasz,
- anamnézis.

Ezt követően a triage szakápoló besorolja a páciens a Sürgősségi Centrumban alkalmazott szisztéma megfelelő kategóriájába, elsődlegesen arról történik döntés, hogy azonnali ellátás

- szükséges,
- nem szükséges.

Magának a triage-nak kompetencianövelő hatásköve van. A triage szakápoló megbízás alapján bizonyos vizsgálatokat előírhat és elrendelhet anélkül, hogy erre orvosi utasítást kapna. A beteggel való találkozás és vizsgálat után besorolja a beteget a sürgősségi centrumban alkalmazott szisztéma megfelelő csoportjába, és ez alapján szervezi a munkafolyamatokat.

A beteg adminisztratív felvétele csak gyors szakmai triage felmérés *után* történhet.

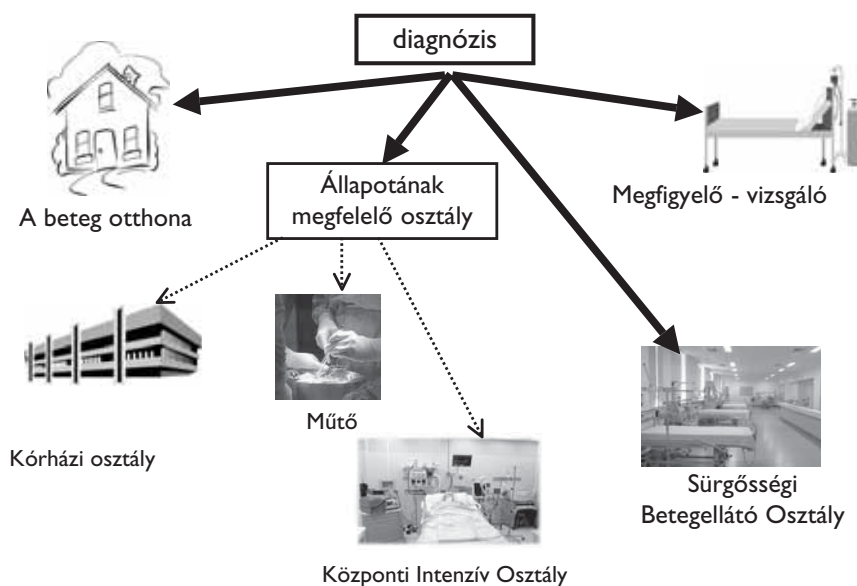
Minden adatot, észlelt vitális paramétert, beavatkozást és vizsgálatot az észlelő lapon rögzíti a szakápoló, hogy a további kezelés gördülékenységét és biztonságát szavatolja. Ugyanúgy, mint más osztályon, a sürgősségi centrumban is nagyon fontos a pontos és megbízható dokumentáció vezetése.

A szakápolói felmérés tartalmazza:

- vitális paraméterek,
- GSC,
- tudatállapot jellemzői,
- gyógyszerérzékenység,
- anamnézis.

Ezt követően a szakápoló kikérdezi a beteget a kórházba kerülésének okairól. A kórisme megállapításához szükséges elsődleges vizsgálatok a vizsgálatban fognak megtörténni. Ezek magukban foglalják a szükséges laboratóriumi, képpalkotó, valamint szakorvosi konzultációkat is, hogy a lehető leghamarabb körvonalazódjon a kezelendő betegség. Szükség esetén helyszíni konzíliumokkal a súlyos állapotú betegek megfelelő monitorizálása és felügyelete biztosítható. Amennyiben a beteg vitális funkcióiban veszélyeztetett, úgy a triage vagy a mentőszolgálat szakszemélyzetének döntése alap-

I. ábra: A beteg útja a diagnózist követően



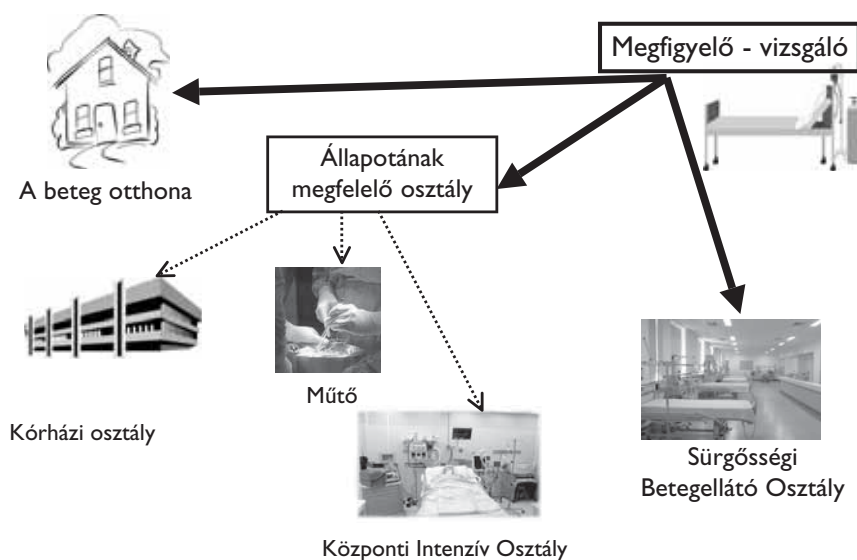
ján a beteg közvetlenül a shocktalanító helységbe kerül további ellátásra. Az adminisztratív (intézményi) felvétel itt fog megtörténni a szakmai felvételi követően. (www.kdrfu.hu)

A sürgősségi centrum shocktalanítójában megvannak a feltételek ahhoz, hogy a kritikus állapotú beteg elsődleges ellátása megtörténjen. Kisműtét feltételei adottak, ezért elvégezhető pl. a mellkas-csövezés is. Ilyen esetben minden vizsgálat a „beteghez jön”, a szükséges röntgenfelvételeket és

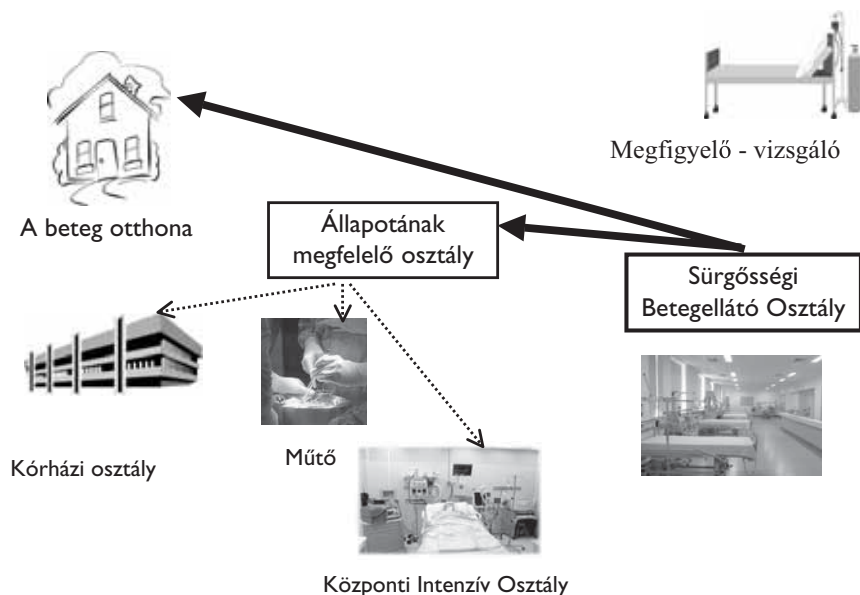
az UH vizsgálatot is elvégezhetik a shocktalanító helységben. Lehetőség van a beteg vitális paramétereinek nyomon követésére, gépi lélegeztetés folytatására, szükség esetén újraélesztés kivitelezésére.

A nem életveszélyes állapotú betegek további vizsgálata, kezelése az erre a célra szolgáló belgyógyászati, sebészeti (baleseti sebészeti) vizsgálo helyiségekben történik.

2. ábra: A beteg útja a megfigyelést követően



3. ábra: A beteg útja a sürgősségi osztályt követően



A beteg útja

A beteg útja diagnózisának megállapítása, elsődleges ellátása, állapotstabilizálása után a négyféle lehet (1. ábra):

- Az ellátás és további kezelési tanácsok adása után otthonába távozhat;
- 1 – 4 órás megfigyelésre a fektető részlegbe kerül elhelyezésre, ahol a kezelése is tovább folytatódik;
- Az állapotának megfelelő kórházi betegosztályra (ellátási helyszínre) továbbírnak;
- Ha várhatóan 4 órán belül nem oldható meg a beteg problémája, akkor a sürgősségi osztályra kerül felvételre, ahol maximum 24 órát tölthet el. Itt ez idő alatt megtörténik a diagnózis pontosítása, a terápia megkezdése, de a helyszín nem alkalmas tartós kezelésre és ápolásra.

A beteg útja megfigyelést (fektetés) követően a következő lehet (2. ábra):

- Hazabocsátható megfelelő útmutatásokkal ellátva;
- A sürgősségi osztályra kerül
- Az állapotának és diagnózisának megfelelő kórházi betegosztályra (ellátási helyszínre) továbbírnak.

A beteg útja a sürgősségi osztályt követően a következő lehet (3. ábra):

- Hazabocsátható megfelelő útmutatásokkal ellátva;
- Az állapotának és diagnózisának megfelelő kórházi betegosztályra (ellátási helyszínre) továbbírnak, ide értve azt is, hogy további intenzív ellátást igénylő esetben állapotstabilizálást követően a központi intenzív osztályra kerül.

Irodalomjegyzék

1. B. Tipsord – Klinkhammer és C. P. Andreoni (2000): Sürgősségi kórképek, Felismerés, ellátás, ápolás; Medicina Könyvkiadó, Budapest
2. Göbl Gábor (2001): Oxológia; Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest; p. 92 -97.
3. Vörösmarty Attila: Sürgősségi Betegellátó Osztály kialakítása az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézetben előadásjegyzet
4. Kaposi Mór Oktatókórház Sürgősségi Betegellátó Osztály betegfelvételi dokumentáció mintája
5. Pápai Tibor: Az ápoló szerepe a triage funkció ellátásában a sürgősségi osztályon Az Egészségügyi Szakdolgozók XXXVII. Országos Kongresszusa, Pécs, 93. old.
6. http://www.intenziv.sote.hu/surgosseg/Page_1x.html

7. <http://www.pandy.hu/gyogyoszt/sbo.htm>
8. <http://www.aks.sote.hu/article.php?sid=137>
9. <http://www.fmkorhaz.hu/index.php?al=alm6content=surgosegi>
10. http://www.mok.hu/index.php?pg=news_1_12646
11. <http://www.szalkakorhaz.hu/new.htm>
12. <http://florhosp.hu/surgossegi.html>
13. <http://www.kdrfu.hu/doc/eukoncepcio.doc>

The role of triage in emergency treatment

Szakonyi, E.

The key to providing effective emergency treatment is to treat patients in the order of severity of their condition, and therefore one of the most important functions is classification, or triage, which means the classification of individuals requiring treatment into groups that are accorded different levels of priority.

The classification is based on five vital parameters. Patients can be divided into three, four or five groups, depending on the triage system employed by the given institution.

The patient is checked into the emergency centre (department, unit) either by the ambulance service, or on his or her own initiative. The triage nurse, after meeting and examining the patient, classifies him or her into the appropriate group in accordance with the system used at the given emergency centre, and organises subsequent work processes accordingly.

If the patient's vital functions are endangered, then he or she is taken directly to the trauma room. Here, all the conditions are in place to provide the patient with critical emergency treatment: all tests are "taken to the patient," it is possible to monitor vital signs, ventilate, and – if necessary – resuscitate the patient.

The further examination and treatment of non-critical patients takes place in the examination rooms designated for this purpose.

After establishing the diagnosis, providing emergency treatment and stabilising the patient's condition, the patient leaves the emergency centre.

Szerzői útmutató

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 esettanulmányokat, elméleti közleményeket, olvasói hozzászólásokat is.

Formai szempontok

Kérjük, hogy

• A kéziratot

- elektronikus szövegszerkesztési eljárással, Microsoft Word *.doc vagy *.rtf kiterjesztésben (rich text formátum) készítse el,
- 12-es betűméretű Times New Roman betűvel,
- 2-es sortávolsággal,
- minden oldalon 1,5 cm széles margóval szerkesztve,
- sorkizárással,
- a bekezdéseket csak „enter” válassza el, és a sorok ne kezdődjenek beljebb,
- szövegstílusként csak „normál” szöveget használjon (a címeteket és alcímeteket is így írja),
- ha decimális számozást alkalmaz, akkor csak 3 szintet használjon,
- ne legyen a szövegben oldaltörés, szakasztörés.

• A kézirat **terjedelme** ne haladja meg a 15 gépelt oldalt (ez nem foglalja magába az összefoglalót, az irodalomjegyzéket, a függeléket, valamint az ábrákat és a táblázatokat).

• Ábrák és táblázatok

- Word, Excel illetve PowerPoint programok segítségével egyaránt készülhetnek, *.doc, *.rtf, *.xls vagy *.ppt kiterjesztéssel,
- csak fekete-fehér változatban készüljenek (tekintettel arra, hogy a folyóirat jelenleg fekete-fehér nyomással jelenik meg),
- az ábrákat és táblázatokat ne illessze be a szövegbe, csak utaljon rájuk a megfelelő helyen,
- minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban legyen elmentve,

- ügyeljen arra, hogy az ábrák és a táblázatok el legyenek nevezve, és a szövegben is legyen rájuk hivatkozás,
- a kézirathoz összesen legfeljebb 8 (nyolc) ábra és táblázat készüljön, ezek informatívak legyenek, és az adott téma szemléltetését, könnyebb megértését szolgálják.

• A kézirat (formai) szerkezete:

- Általában
 - címlap,
 - összefoglaló,
 - a cikk kézírata,
 - irodalomjegyzék,
 - függelék,
 - ábrák, táblázatok.
- Az **eredeti közlemény** az alábbi szerkezetet kövesse:
 - címlap,
 - összefoglaló
 - a probléma ismertetése,
 - elméleti háttér és felhasznált fogalmak,
 - a vizsgálat célja,
 - vizsgálati módszerek és minta,
 - eredmények, megbeszélés,
 - következtetések/javaslatok,
 - irodalomjegyzék,
 - függelék,
 - ábrák, táblázatok.

– **A címlapon** kérjük feltüntetni az írás címét, a szerző(k) nevét, beosztását, munkahelyét, valamint telefonszámát és e-mail elérhetőségét (az utóbbiakat azért, hogy a szerkesztőség kapcsolatba léphessen a szerzővel)

– **Az összefoglaló** külön oldalra készüljön, maximum 150 szó terjedelemben. *Eredeti közlemény estében az összefoglaló az alábbi szerkezetet kövesse: a vizsgálat célja, vizsgálati módszerek és minta, eredmények, következtetések.*

– **Az irodalomjegyzék** külön file-ban készüljön, alfabetikus sorrendben, számozva kérjük elrendezni.

– Az alábbi **hivatkozási formák** használandók az irodalomjegyzék elkészítésekor:

1. Hivatkozás folyóirat-közleményre:

[szerző] [kiadás éve]. [a közlés címe]. [folyóirat, ahol megjelent], [évfolyam], [szám] [oldal].

Például:

Marosvári, É. (2006). A lélegeztetett beteg gyermek ápolásának súlyponti kérdései. *Nővér*, 19, 4, 3-9.