

A klinikai ápolási gyakorlatok tantárgyelméleti megközelítése

Dr. Mészáros Judit - Csóka Mária¹ - Dr. Hollós Sándor²

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar

Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet¹, Egészségtudományi Klinikai Tanszék²

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán 1989-től folyik diplomás ápoló (jelenleg ápoló) képzés, melynek gerincét az ápolási gyakorlatok alkotják. Az eddig eltelt 14 év során számos tantervmódosítás történt annak érdekében, hogy a képzés végén olyan sokoldalúan képzett, felelősségteljes gyakorlati szakemberek kerüljenek az egészségügyi rendszerbe, akik nem csak szakmailag, hanem emberi tulajdonságaik alapján is alkalmasak az eredményes gyógyító-ápoló munka végzésére.

Az ápoló képzés tanterve elsősorban a klinikai ápolási gyakorlatok keretében teszi lehetővé az ismeretszerzéssel koordinált és megfelelő mennyiségű gyakorlatot, vagyis a szükséges jártasságok és készségek elérését.

A szerzők a szakmai gyakorlatok hatékonyságát tantárgyelméleti oldalról közelítik meg, és bemutatják azokat a didaktikai módszereket, amelyekkel a hallgató eljuthat a bemutatással demonstrált gyakorlati tevékenység szemléletes megismerésétől, az oktató által irányított gyakorláson át, az önállóan végzett tevékenységig.

Kulcsszavak: ismeret, készség, jártasság, tantervemélet, tantárgyi célkitűzés, a tantárgy feladata, a tantárgyi követelmény, képzési szintek, a készségkialakítás foka, blokkperiódus.

Az ápoló képzés (korábban diplomás ápoló képzés) tanterve elsősorban a klinikai ápolási gyakorlatok keretében teszi lehetővé az ismeretszerzéssel koordinált és megfelelő mennyiségű gyakorlatot, vagyis a szükséges jártasságok és készségek elérését.

A *szakmai gyakorlatok* legfőbb kérdése: hogyan, milyen módszerekkel lehet megoldani azt a feladatot, hogy az ápolási gyakorlatok valóban kifejlesszék azokat a jártasságokat, készségeket, amelyek alkalmassá teszik a hallgatót az egészségügy bármely területén a korszerű munkavégzésre. Továbbá kérdés az is, hogy ezzel párhuzamosan hogyan fejleszthetők ki azok az *emberi tulajdonságok*, amelyek az eredményes gyógyító-ápoló munkához feltétlenül szükségesek. Mindezek nagyon fontos tanterveméleti kérdések, amelyeknek megoldása az elkötelezett főiskolai oktatók, a gyakorlatvezetők és a hallgatók közös munkájában rejlik.

A korszerű betegellátás komplex tevékenység, amely sokoldalúan képzett, felelősségteljes ápoló közreműködését igényli az egészségügyi teamben. Az a hagyományos szemlélet – miszerint a jó ápoló az, aki az orvosi utasításokat pontosan végrehajtja –, ma már nem tartható. A feladatok egyre bővülő köre megköveteli az egészségügyi rendszertől, hogy az ellátás minden szintjén gondolkodó, kreatív, önállóan cselekvő ápolók tevékenykedjenek, akik képzettségüknek megfelelően vesznek részt a beteg ellátásában.

Mindehhez olyan elméleti és *gyakorlati* képzést kell biztosítanunk hallgatóinknak, amely alkalmassá teszi őket az új kihívásoknak történő megfelelésre, s egyben világossá teszi az egészségügyi team minden tagja számára az ápoló felelősségét, kompetenciáit az egyes beavatkozásoknál és eljárásoknál.

1. A klinikai ápolási gyakorlatok célkitűzése

Az általános és speciális ápolás körébe tartozó tantárgyak oktatásának célja olyan gyakorlati szakemberek képzése, akik mélyebb medicinális ismereteket szereznek a gyógyítás-ápolás szakterületén, alkalmazásképes tudás és gyakorlati készség birtokába jutnak.

Továbbá, hogy a képzés során készüljenek fel a hallgatók az ápolási műveletek gyakorlati oktatására, az egészségnevelői-szervezői feladatok ellátására és a team munkában való részvételre.

2. Az ápolási gyakorlatok feladata

Az ápolással foglalkozó különféle tantárgyak feladata, hogy tantervi anyaguk – elmélyítve az orvostudományi ismereteket – *ismertesse meg* a hallgatóval a klinikai orvostudományok köréből a betegségek etiológiáját, patogenezisét, a diagnosztikában alkalmazott vizsgáló módszereket és fontosabb gyógyeljárásokat.

Nyújtson kitékintést a nemzetközi tapasztalatokra, ismertesse meg az ápolási műveletek hatékonyságának elemző eljárásait, a nemzeti egészségmegőrző program feladatrendszerét.

Ismertesse meg a diagnosztikus és terápiás beavatkozásoknál szükséges közreműködését, önálló munkakörét, valamint az újabb eszközöket, műszereket, számítógépes eljárásokat.

Alakítsa ki a gyógyítás – ápolás - gondozás egységének szemléletét és készítse fel az életmentő eljárásokra.

Alakítsa ki az emberközpontú, empátiás készségen nyugvó, humanitárius ápolói magatartást, felelősségteljes szolgálatot és egészségvédő magatartást.

Mindezekkel tegye alkalmassá az ápolót a különböző ellátási területeken (alap-, szak- és kórházi ellátás) történő professzionális munkavégzésre.

3. A képzés követelményrendszere

A klinikai ápolási gyakorlatok követelményrendszerét úgy állítottuk össze, hogy azok mindig a különböző tantárgyak elméleti anyagához kapcsolódjanak, és a tevékenységek köre fokozatosan bővüljön.

A hallgatónak a készségek kialakítása során el kell jutniuk:

- *a bemutatással demonstrált gyakorlati tevékenység szemléletes megismerésétől,*
- *az oktató által irányított gyakorláson át,*
- *az önállóan végzett tevékenységig.*

Ennek megfelelően alakítható ki a gyakorlatok négy képzési szintje:

I. szint

A főiskola demonstrációs gyakorló termeiben végzett, közvetlenül az elméleti programhoz kapcsolódó, kontaktóra jellegű, tanóraszerűen végzett gyakorlat a főiskolai oktató vezetésével.

II. szint

A klinikákon (fekvőbeteg osztályokon) szervezett, tanóraszerű, kiscsoportos gyakorlat, amelynek során az orvos- és ápoló gyakorlatvezető a szemléltető demonstráció eszközeivel mutatja be az egyes diagnosztikus, terápiás eljárásokhoz tartozó tevékenységeket, valamint a betegségek tüneteit és a különböző technikák gyakorlati alkalmazását a betegbemutatók során.

III. szint

A klinikákon (fekvőbeteg osztályokon) és az alapellátás területén szervezett kiscsoportos gyakorlat, amely a betegellátás szakmai folyamatai, a csoportos együttműködő tevékenység és az interdiszciplináris döntéshozatal tényleges gyakorlására ad lehetőséget. Ezen a szinten a gyakorlatvezető a team vezetője.

IV. szint

Az önálló szakmai tevékenység gyakorlása hosszabb idejű, egybefüggő, egyéni gyakorlati munkavégzés során a betegellátás meghatározott területein.

A különböző szintek teljesítésével, a gyakorlati oktatás keretében nyílik lehetőség a legújabb diagnosztikus és terápiás eszközök, műszerek bemutatására, a számítógépes eljárások alkalmazására, valamint a készségszinthez szükséges gyakorlásra.

A gyakorlati készségek kialakításának lépései a gyakorlatokon

I. fok

Kezdetben a gyakorlótermi oktatást „kórtermi” felszerelés alkalmazásával, illetve audiovizuális szemléltetéssel tesszük „életközeli” és rendszerező jellegűvé.

Ezen a fokon történik az ápolási műveletek bemutatása a főiskolai oktató által, akinek munkáját felsőbb évfolyamból, pályázat útján választott demonstrátorhallgató segíti. Itt a hallgatók a tevékenység egészét minden egyes mozzanatát megfigyelhetik, melyet az oktató magyarázattal lát el és válaszol a felmerülő kérdésekre. A bonyolultabb részfeladatokat többször is bemutatja, hogy a hallgatók minél könnyebben elsajátíthassák a feladat egészét.

II. fok

A hallgató megfigyelő tevékenységét az ápolási műveletek önálló végrehajtása követi, melynek egyes fázisaihoz az oktató és a demonstrátor segítséget nyújt. Ezen a fokon történik a tevékenységek begyakorlása feladattól függően egyéni, páros, vagy csoportos munkában. Az oktató és a demonstrátor folyamatosan felügyelik a hallgatók munkáját, s ha szükséges tanácsot adnak, vagy segítik az ápolási művelet elvégzését.

III. fok

Ezen a fokon történik az ápolási műveletek begyakorlása a teljes önállóság szintjéig. A hallgatónak már nincs szüksége külső segítségre, képes az önálló feladatmegoldásra. Ismeri az egyes ápolási beavatkozások indikációit és kontraindikációit, a beavatkozáshoz szükséges eszközöket, a beteg szomatikus és pszichés előkészítését és a tevékenység végrehajtását. *Alkalmos a demonstrációs termi körülmények között rendezett gyakorlati vizsgára.*

IV. fok

Az irányított klinikai ápolási gyakorlatok során mód nyílik arra, hogy a hallgató az ápolási műveleteket valós élethelyzetekben megtanulja, gyakorolja, ellenőrizze, értékelje.

Ezen a fokon a gyakorlatvezető előbb feleleveníti a hallgató ismereteit az adott tevékenységgel kapcsolatban, majd bemutatja annak végrehajtását a tankórteremben fekvő betegnél. Ezt követi a hallgató önálló tevékenysége a gyakorlatvezető ellenőrzése és értékelése mellett. *Ezen a fokon még a hallgató minden tevékenységénél jelen van a gyakorlatvezető.*

V. fok

Ez az utolsó szint, amely a gyakorlati záróvizsgálathoz vezet. *Itt már a hallgató alkalmas az önálló munkavégzésre*, amely nem azt jelenti, hogy nincs szükség ellenőrzésre, értékelésre, hanem azt, hogy tankórtermi munkája során bebizonyította: átlátja a napi munkát, kellő ismeretekkel rendelkezik az adott ápolási műveletekről és beavatkozásokról. *Maximális begyakorlottság szintjén hajtja végre a tevékenységeket, tisztában van kompetenciáival és a lehetséges szövődmények elhárításának módjaival*, tehát a gyakorlatvezető megbízhatja a napi munkaszervezéssel és a tankórteremben történő betegellátás önálló végzésével.

A gyakorlatok egymásra épülése

Az első és második szintű kontakt-gyakorlatok után a második félév végén kezdődnek a betegágy melletti irányított klinikai ápolási gyakorlatok az általános ápolási gyakorlat beépítésével. Ezt követi a két alapszakterület: a belgyógyászati és a sebészeti ápolás, majd fokozatosan bővül a speciális gyakorlatok köre egészen az alapellátással bezáróan. (1. táblázat)

A félévek során az elméleti és a gyakorlati oktatási, valamint a számonkérési vizsgaperiódusok blokkos rendszerben váltják egymást. Ennek előnye kettős:

Lehetőséget teremt arra, hogy a hallgató megszerzett elméleti ismereteit a gyakorlatban is rögtön megtapasztalja és kipróbálja. Ez segíti az elméleti tudás elmélyülését és a tananyag jobb megértését.

A hallgató a blokkperióduson belül „folyamatosan jelen van”. Így módja van az ellátási, ápolási folyamat longitudinális gyakorlására is.

A klinikai ápolási gyakorlatok tantárgyelméleti megközelítésének helyességét a napi oktatási gyakorlat, s végzett ápoló hallgatóink munkaerő piaci érvényesülése igazolhatja csak vissza. Ennek elemzése azonban már egy másik dolgozat tárgya.

Évf.	Félév	Elmélet	Gyakorlat	Szint
I.	II.	12 hét	120 óra	III.
			3 hét általános ápolástan 120 óra	
II.	III.	12 hét	120 óra	III.

			3 hét belgyógyászati ápolás 120 óra	
	IV.	12 hét	120 óra	III.
			3 hét sebészeti ápolás 120 óra	
III.	V.	12 hét	120 óra	III.
			2 hét szülészeti-nőgyógyászati ápolás 80 óra	
			1 hét intenzív ápolás 40 óra	III.
	VI.	12 hét	140 óra	III.
			2 hét csecsemő – és gyermekgyógyászati ápolás 80 óra	
			1 hét neurológiai ápolás 60 óra	III.
IV.	VII.	8 hét	280 óra	III.
			1 hét aneszteziológiai ápolás 40 óra	
			1 hét pszichiátriai ápolás 40 óra	III.
			1 hét alapellátás 40 óra	III.
			1 hét szemészeti ápolás 40 óra	III.
			1 hét bőrgyógyászati ápolás 40 óra	III.
			1 hét urológiai ápolás 40 óra	III.
			1 hét fül-orr-gégészeti ápolás 40 óra	III.
	VIII.	–	15 hét összefüggő ápolási gyakorlat	600
			2 hét belgyógyászati ápolás 80 óra	IV.
			2 hét sebészeti ápolás 80 óra	IV.
			2 hét szülészeti-nőgyógyászati ápolás 80 óra	IV.
			2 hét csecsemő – és gyermekgyógyászati ápolás 80 óra	IV.
			1 hét Intenzív ápolás 40 óra	IV.
			1 hét aneszteziológiai ápolás 40 óra	IV.
			1 hét neurológiai ápolás 40 óra	IV.
			1 hét pszichiátriai ápolás 40 óra	IV.
			1 hét geriátriai ápolás 40 óra	IV.
			1 hét közösségi ápolás 40 óra	IV.
			1 hét rehabilitáció 40 óra	IV.
Gyakorlat Összesen		37 hét	1500 óra	50 kredit

*1. táblázat: Az irányított klinikai ápolási gyakorlatok egymásra épülése
(Részlet a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karának ápolóképzési tantervéből.)*

Irodalom

1. Julia Gonzales and Robert Wagewnar: Quality and European Program Degree in Higher Education in TUNING Educational Structure in Europe. Dokument 2. Athen 2004. március 10.
2. The framework for qualifications of Higher Education Institutions in Scotland – November 2000.
<http://www.qua.ac.uk/crntwork/nqf/fwork.htm>
3. Benchmark Statements: Health care programmes
<http://www.quaa.ac.uk/crntwork/benchmark/nhsbenchmarki/nursing.pdf>
4. Falus Iván (szerk.): Didaktika Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest 1998.
5. Csóka Mária: Módszertani kézikönyv az ápolási gyakorlatok vezetéséhez Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest 2003.

6. Csóka Mária: Irányított klinikai ápolási gyakorlatok kézikönyve Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest 2004.
7. Az ápolóképzés (diplomás ápoló) tanterve Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Budapest 2002.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az újraélesztés és oktatása diplomás ápolói szemmel

Hódosi Barbara

diplomás ápoló hallgató, PTE Egészségügyi Főiskola

A vizsgálat célja: *Felmérni az újraélesztés továbbképzésének gyakorlatát, illetve az ehhez kapcsolódó ápolói ismereteket és igényeket, amely időszerűségét és jelentőségét tekintve mindig aktuális, hiszen az egészségügyi ellátó rendszerben dolgozók részére az újraélesztés ismerete alapvető követelmény.*

Vizsgálati módszerek és minta: *A vizsgálat célcsoportját véletlenszerű mintaválasztással határoztam meg, a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Klinikáin a fekvőbeteg ellátást végző osztályokon dolgozó ápolók bevonásával. Az adatfelvétel egyéni önkitöltős kérdőív módszerével történt, melyek formailag 17 db zárt kérdést tartalmaztak, tartalmilag tényre, véleményre, ismeretre vonatkoztak.*

Eredmények: *A kutatás során megkérdezett ápolók 57%-a hiányosnak érzi ismereteit az újraélesztés vonatkozásában, míg 47%-uk képes aktívan részt venni a reszuszcitációs team munkájában. A vizsgált ápolók 88%-a úgy ítéli meg, hogy munkájukat segítik az ápolási protokollok; a kutatás helyszínéül választott egyetemi klinikák 71%-a rendelkezik az újraélesztési folyamatára kidolgozott protokollal. A megkérdezettek 22%-a még nem vett részt újraélesztéssel foglalkozó továbbképzésen, de 96%-a szükségesnek tartja a rendszeres részvételt.*

Következtetések: *A felmérés eredményei alapján megállapítható, hogy célirányos továbbképzések szervezése egy egységes szemléletű és speciális, a team munka elemeinek elsajátítását is preferáló oktatási tematika bevezetése elengedhetetlen. Ebben a törekvésben a diplomás ápolók a szakdolgozói igények felmérését és közvetítését végzik, valamint szervezőként és oktatóként is jelen vannak a továbbképzések lebonyolítása során.*

Bevezetés

A segítségnyújtás iránti vágy az ember egyik legősibb ösztönös tevékenysége. Hatásos, bárhol alkalmazható újraélesztési technikáról azonban csak az 1960-as évek óta beszélhetünk. Ekkorra már elterjedtek a defibrillátorok és bevezették a zárt mellkasú szívkompressziót, valamint a szájból-szájba való lélegeztetési módot. E három tényező jelenti ma is az alapját minden újraélesztési technikának.

Az újraélesztés új szemlélete a kardiopulmonális - cerebrális újraélesztés, amely az agyvédő irányába orientálódott, az elmúlt 30 év során fejlődött ki. Ekkorra fogalmazódik meg az újraélesztés valódi célja, miszerint értékes, cselekvő, gondolkodó embert adjunk vissza a társadalomnak. (4.)

A CPR (CPR=cardio-pulmonary resuscitation) a legnagyobb időfaktorú, összehangolt szervezést, team munkát igénylő tevékenység. Harc melyet bölcsességgel, a tudomány eszközeivel és művészet, melyet emberséggel, lélekkel kell végeznünk.

Az újraélesztés folyamatában a feladatok elvégzéséhez kapcsolódó szerepek fontossága egyenrangú, minden résztvevő tevékenysége egyaránt lényeges. A sürgősségi ellátás kulcsa, hogy a közös cél felé azonos koncepciókkal, közös nyelv használatával haladjunk. Ez a közös nyelv az újraélesztés algoritmusának nyelve, amely tévútra vihet a tudományos elméleti és gyakorlati alapok ismerete

nélkül. A tudás ugyanis megadja a lehetőséget, hogy megváltoztassuk azt, amit még meg lehet. A művészet abban rejlik, hogy elfogadjuk a megváltoztathatatlant. A CPR művészet, melyet tudomány alapoz meg.

Kutatásom során az intézményen belüli újraélesztés gyakorlatát egy lehetséges aspektusból, az ápolók ismereteinek tükrében vizsgáltam. Célom, hogy feltárjam az újraélesztés kapcsán felmerülő ismeretek hiányosságát, illetve azokat az elemeket melyek befolyásolják az újraélesztésre vonatkozó tájékozottságot. Továbbá arra kerestem a választ, hogy valós-e az igény az ápolók részéről a továbbképzéseken való részvételre. Hipotéziseimet az alábbiak szerint fogalmaztam meg:

1. Az ápolók hiányos ismeretekkel rendelkeznek az újraélesztés vonatkozásában
2. Az ápolási protokollok segítik a feladatok elvégzését, köztük az újraélesztés szakszerű végrehajtását is. Feltételezem, hogy a vizsgált fekvőbeteg osztályok nem mindegyike rendelkezik az újraélesztés folyamatát leíró eljárási renddel.

Módszerek és minta

A felhasznált módszer részben leíró, részben összefüggés feltáró, magyarázó jellegű. Az információszerzés egyéni kérdőívvel történt, 193 db önkitöltős kérdőívet osztottam ki ápolóknak, melyek közül 132 db érkezett vissza értékelhetőként, ez a kérdőívek 68%-a, melyet az ábrázolásnál a válaszadók 100%-ának tekintünk. A kérdőívek formailag 17 db zárt kérdést tartalmaztak. Tartalmilag tényre, véleményre, ismeretre vonatkoztak.

A kutatás a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Klinikáin, tetszőlegesen kiválasztott fekvőbeteg ellátást végző osztályokon történt (Szívgyógyászati Klinika, Szemészeti Klinika, Pszichiátriai Klinika, Belgyógyászati Klinika, Urológiai Klinika, Fül-Orr-Gége Klinika, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Idegsebészeti Klinika) 2002. november 1-től december 31-ig.

Eredmények

Az első kérdés a válaszadó nemére vonatkozott. A megkérdezettek közül 107 nő és 25 férfi volt. A nemek szerinti megoszlás és a válaszok tartalma között nem volt kimutatható összefüggés.

A második kérdés a munkahely megnevezésére vonatkozott. A vizsgálatba bevont ápolók 63%-a intenzív osztályon dolgozik, míg 37%-uk egyéb osztályokon.

A harmadik kérdés során a megkérdezettek legmagasabb szakmai végzettségére irányult.

A negyedik kérdés az egészségügyben eltöltött évek számára utalt. Érdeemes megfigyelni, hogy a legmagasabb számban a 7-10 éve az egészségügyben dolgozók vannak jelen a vizsgálati helyeken (22%), illetve a másik pólus – a több mint 20 éve az egészségügyben dolgozók – is jelentős számmal képviselve vannak (15%).

A szociodemográfiai adatok felvétele után, az ötödik kérdéstől kezdődően a kutatásom által felvetett hipotézisekre vonatkoztatva próbáltam lényegretörő, tartalmas kérdéseket feltenni.

Az ötödik kérdés arra vonatkozott, hogy rendelkezik-e az osztály, ahol a válaszadó dolgozik, készenléti illetve reanimációs kocsi/tálca/táskával. A kérdésre 122 fő „igen”-nel (a megkérdezettek 92%-a), 10 fő „nem”-mel (a megkérdezettek 8%-a) válaszolt. A „nem tudom” alternatívát senki sem jelölte meg.

A kérdésre „nem”-mel válaszolók közül 3 fő pszichiátriai osztályon, 7 fő szemészeti osztályon dolgozik. Véleményem szerint ez a hiányosság és felelőtlenség megengedhetetlen, hiszen a nem megfelelő időn belül elkezdett, és nem megfelelő eszközökkel végzett újraélesztés a betegek életét veszélyezteti.

Úgy gondolom, hogy nem elhanyagolható az a 10 fő, akik a „nem” választ jelölték meg, mert a halál nem válogat, pszichiátriai osztályon is leállhat egy betegnek a légzése, például nagy dózisu szedatívumtól, ugyanakkor a szemészeti osztályon kezelt betegnél is előfordulhat szívmegállás vágusztónus fokozódás miatt, vagy a páciens alapbetegsége következtében. Továbbá azzal, hogy az osztályokon nincs elérhető reanimációs felszerelés, ezeknek a betegeknek esélyt sem adunk a túlélésre. Egy amerikai felmérésben Brenner és Kauffman adatai szerint az orvosok 45%-a, a nővérek 80%-a nyilatkozott úgy, hogy eszközök nélkül nem végezne szájból-szájba lélegeztetést. (4.)

Mindezek mellett a 21/1988. (VI.3.) NM rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről is tartalmaz kritériumokat a reanimációs készenlét megszervezését illetően.

A hatodik kérdés arra vonatkozott, hogy van-e az osztályon megbízott személy, aki a készenléti kocsi/tálca/táska tartalmát, hiánytalanságát, működőképességét rendszeresen ellenőrzi. A válaszok összesítésénél figyelembe vettem, hogy az ötödik kérdésre 10 fő „nem”-mel válaszolt, tehát a reanimációs készenléti felszereléssel rendelkező válaszadókat (122 fő) vettem 100%-nak a hatodik kérdés válaszainak értékelésénél. Egyéb személyt 5 fő nevezett meg, egységesen aneszteziológus szakorvost jelöltek meg.

A reanimációs készenléti felszerelés ellenőrzésének tekintetében is nagyfokú hiányosságokat fedezhetünk fel. Mindössze az esetek 8%-ában találkozunk a kettős ellenőrzés gyakorlatával, amikor is a vezető beosztású ápoló és az a személy ellenőrzi a készenléti felszerelést, aki utoljára használta.

A hetedik kérdés során egy táblázatban kellett a megkérdezetteknek a CPR kapcsán az általuk feltétlenül szükségesnek, nem feltétlenül szükségesnek, illetve szükségtelennek ítélt eszközöket, gyógyszereket megjelölni.

A válaszok különbözősége sokszor megdöbbentő, olykor sokkoló az ismerethiány! Vegyük sorra a felsorolt eszközöket és gyógyszereket.

Az **endotracheális tubust** egyöntetűen feltétlenül szükségesnek tartja mindenki.

A **ragtapaszt**, amely elengedhetetlen kelléke akár a gyors tubusrögzítésnek, akár a perifériás vénabiztosításnak harminchárman nem tartják feltétlenül szükségesnek, ketten pedig szükségtelennek ítélik meg. (A két válaszadó intenzív osztályon dolgozik.)

A **gumikesztyű** használata, amely szinte minden ápolási és orvosi tevékenység alapvető eszközei között szerepel, nem mindenki számára fontos. 19 személy úgy gondolja, hogy nem feltétlenül szükséges, 2 fő pedig úgy, hogy szükségtelen. Érdekes, hogy egyikük több mint 20 éve intenzív osztályon dolgozó ápoló, aki valószínűleg egyéb invazív beavatkozásnál sem érzi szükségesnek a gumikesztyű használatát. A XXI. században ez óriási felelőtlenség, hiszen minden személyt potenciálisan fertőzöttnek kell tekintenünk. A kesztyű használatával nemcsak magunkat, hanem a betegeket is védjük.

A *Farkas fecskendő* szükségessége nagyon megosztotta a véleményeket. 17-en feltétlenül szükségesnek tartják, 91 személy szerint nem feltétlenül szükséges és csak 24 fő „merte felvállalni” a szükségtelen jelzőt. A 24-ből 20-an intenzív osztályon dolgoznak.

A *trachealeszívó* katétert 122 válaszadó feltétlenül szükségesnek tartja, 10-en nem tartják feltétlenül szükségesnek, holott az újraélesztés ABC-jének első lépése az átjárható légútbiztosítás egyik elengedhetetlen eszköze.

A CPR során a gyógyszerek bevitele többnyire intravénásan történik. A perifériás véna biztosítása során szükséges *strangulátort* használni. A kérdőív táblázatában 27 fő nem tartotta feltétlenül szükségesnek, ketten pedig szükségtelennek tartották a strangulátor jelenlétét a reanimációs kocsin. A két ápoló intenzív osztályon dolgozik!

A légútbiztosítás nem mindig megy zökkenőmentesen. A reanimáló orvos nemritkán „nehéz intubáció-val” találkozik. Ebben az esetben különböző speciálisan kifejlesztett eszközök állnak rendelkezésre, amelyek megkönnyítik az endotracheális tubus bevezetését.(3.) Ilyen eszköz a *Magill-fogó* is. Ezt 42 személy nem tartja feltétlenül szükségesnek, 2 fő pedig szükségtelennek ítéli meg.

A *defibrillátort* 128 válaszadó feltétlenül szükségesnek tartja, 4-en nem tartják feltétlenül szükségesnek. A 4 ápoló közül ketten pszichiátriai, ketten intenzív osztályon dolgoznak!

A *hólyagkatétert* 22 válaszadó feltétlenül szükségesnek, 91 fő nem feltétlenül szükségesnek, 19 fő pedig szükségtelennek ítélik meg. A gyakorlati munka során hólyagkatéter bevezetésére a CPR utáni intenzív terápia során kerülhet sor.

A *steril fecskendőt* 123 ápoló érzi feltétlenül szükségesnek, 7 fő nem feltétlenül szükségesnek, 2 fő szükségtelennek tartják. A két válaszadó intenzív osztályon dolgozik!

Az *Ambu-ballont* szinte minden ápoló (130 fő) feltétlenül szükségesnek tartotta, csupán ketten véleményezték úgy, hogy nem feltétlenül szükséges. Itt is érdemes megjegyezni, hogy az egyik válaszadó intenzív osztályon dolgozó ápoló!

Legnagyobb megdöbbenésemre 2 fő nem tartja feltétlenül szükségesnek a *laringoszkóp* jelenlétét a reanimációs készenléti felszerelésben. Be kell látnunk, ezek az eredmények alapján súlyos ismerethiányt feltételezhetünk az újraélesztés területén.

Az *infúziós szerelék*et 118 fő ítéli feltétlenül szükségesnek, 14 válaszadó nem tartja feltétlenül szükségesnek. (A 14-ből 9 ápoló intenzív osztályon dolgozik!)

A *nazogasztrikus szonda* szükségessége nagyon megosztotta a válaszadók véleményét. 87 személy feltétlenül szükségesnek tartja, 34 fő nem feltétlenül szükségesnek, tizenegyen szükségtelennek ítélik meg.

Az *Atropin* nevű gyógyszert csupán 2 ápoló sorolta a nem feltétlenül szükséges kategóriába, ami szintén súlyos hiba.

A *kábító fájdalomcsillapítók* alkalmazásának és tárolásának szigorú szabályai vannak. (6.) Ennek ellenére 42 fő úgy gondolják, hogy feltétlenül szükséges a készenléti felszerelésben, 46 fő nem tartja feltétlenül szükségesnek, 44 ápoló pedig szükségtelennek tartja.

A *Tonogén* nevű gyógyszerre adott 4 „nem feltétlenül szükséges” válasz szintén meglepett. És ami még inkább elgondolkodtat az az, hogy ketten intenzív osztályon dolgozó ápolók!

A *Calcimusc*-ot 19 fő nem tartja feltétlenül szükségesnek, 1 fő pedig szükségtelennek ítéli meg.

A *glükokortikoidokra* 72 személy szerint feltétlenül szükség van, 57 személy szerint nem feltétlenül szükséges, 3-an szükségtelennek ítélik meg.

Az *antiarritmiás gyógyszerek* jelenlétét 1 fő szükségtelennek érzi, 11 fő nem feltétlenül szükségesnek, míg 120 fő elengedhetetlennek tartja.

A *vízajtókra* 90 válaszadó szerint feltétlenül szükség van, 39 fő nem tartja feltétlenül szükségesnek, 3 ápoló szerint szükségtelen. (A 3-ból kettő intenzív osztályon dolgozó ápolók.)

A *40%-os Glükóz oldatot* csupán 1 személy tartja szükségtelennek (intenzív osztályon dolgozó ápoló), 23 nem tartják feltétlenül szükségesnek, 108 fő feltétlenül szükségesnek ítélik meg.

Úgy gondolom, hogy a válaszok alapján egyértelműen megállapítható, hogy az ápolók ismeretei hiányosak (még pedig alapjaiban) a CPR tekintetében, nem kivétel ez alól az intenzív osztályon dolgozó ápolók egy része sem.

A nyolcadik kérdés során arra voltam kíváncsi, hogy a megkérdezett ápolók mikor vettek részt utoljára újraélesztéssel foglalkozó továbbképzésen. A válaszokat a 6. ábra szemlélteti.

A kilencedik kérdésben a megkérdezettek véleményét kértem azzal kapcsolatban, hogy szükségesnek érzik-e az újraélesztés elméleti és gyakorlati ismereteinek „újratanulását”. 128 fő „igen”-nel válaszolt, 2 személy „nem”-mel, és szintén ketten gondolják úgy, hogy az elméleti ismeretek újratanulására szükség van, míg a gyakorlati ismeretek felfrissítésére nem.

A tizedik kérdés során arra kerestem választ, hogy az ápolók milyen időközönként érzik szükségesnek a részvételt reanimációs továbbképzésen.

Következtetésképpen megállapítható, hogy a megkérdezett egészségügyi dolgozók 61%-a évente szeretné ismereteit felfrissíteni az újraélesztéssel kapcsolatban. Ez az időszak megegyezik az Európai Reszuscitációs Társaság szakmai ajánlásával is. (5.)

A kérdőív tizenegyedik kérdése arra vonatkozott, hogy lehetővé teszi-e a válaszadó számára a munkahelye a továbbképzéseken való részvételt. 123 fő „igen”-nel, 9 fő „nem”-mel válaszolt. Ha csak ezt nézzük, ez jó aránynak számít. Viszont arra is kíváncsi voltam, hogy az igen válasz mögött milyen egyéb lehetőségek rejlenek. Így egyéb alternatívákat adtam a megkérdezetteknek arra vonatkozóan, hogy milyen feltételek mellett van biztosítva a továbbképzéseken való részvételük. A megkérdezettek 36 %-a vesz részt továbbképzésen a munkahely által biztosított szabadidő keretein belül, illetve a válaszadók 64%-a saját szabadidő terhére.

Jelenleg az ápolók körében tapasztalható az a tendencia, hogy túlmunkát vállalnak keresetük kiegészítésére, ezáltal szabadidejük jelentősen csökken. A munkaadók szempontjából tekintve az ápoló személyzet hiánya miatt problémát jelenthet az is, hogy akár egy rövidebb időre is elengedjék dolgozójukat valamely továbbképzésre, hiszen gyakran ezen múlik adott osztály vagy részleg működőképessége. Úgy gondolom, hogy az intézményeknek is érdekük, hogy jól képzett dolgozói legyenek, ehhez pedig meg kellene teremteni a legkedvezőbb feltételeket.

A megkérdezettek 55%-a (68 fő) saját költségére veszi igénybe a továbbképzéseket, míg 45%-uknak (55 fő) a munkahelye anyagi támogatást nyújt a továbbképzéseken való részvételhez. Az anyagi források sajnos korlátozottak a foglalkoztató intézmények és a munkavállalók részéről is.

A 12. kérdésben arra vártam a választ, hogy szerveznek-e rendszeresen továbbképzéseket a válaszadók munkahelyén. A megkérdezett ápolók 83%-ának munkahelyén szerveznek továbbképzést, ami mindenképpen jó aránynak felel meg.

A 13. kérdés során arra voltam kíváncsi, hogy a megkérdezett ápolók munkahelyén van-e protokoll az újraélesztésre vonatkozóan. 94 fő „igen”-nel válaszolt, 25 fő „nem”-mel, 13 személy pedig a „nem tudom”-ot jelölte meg.

A kórházakban a helyi viszonyokra alkalmazott protokollnak központi szerepe van az újraélesztés során, mivel kompetenciaszintjének megfelelően az összes dolgozó részletesen ismeri és alkalmazza azt, így a reszuscitáció koordináltan folyik. Ideális esetben itt a team egyes tagjaira lebontva megtalálható, hogy adott esetben ki, mikor, mit csinál. Az általam összeállított újraélesztési protokollt a 2. számú melléklet tartalmazza.

A 14. kérdés az ápolók véleményére volt kíváncsi abban a kérdésben, hogy vajon segítik-e az ápolási feladatok elvégzését a rendelkezésre álló protokollok. Örömmel vettem tudomásul, hogy a megkérdezettek 88%-a úgy ítéli meg, hogy szükség van az ápolási protokollokra.

A 15. kérdés arra vonatkozott, hogy érezte-e már ismereteit hiányosnak a válaszadó az újraélesztés kapcsán. Úgy érzem, őszinte válaszokat kaptam, miszerint 76 fő „igen”-nel, 42 fő „nem”-mel válaszolt, illetve 14 fő nem tudta ezt a kérdést megítélni, mivel még nem vettek részt újraélesztésben.

A 16. kérdés során arra voltam kíváncsi, hogy az ápolók szakmailag felkészültek érzik-e magukat arra, hogy részt vegyenek az újraélesztés team munkájában. A válaszok a következőképpen alakultak:

- teljes mértékben felkészültek érzik magát: 2 fő → 47%
- inkább elméleti ismeretekkel rendelkezik: 24 fő → 18%
- a rutin a meghatározó, az elméleti ismeretek hiányosak: 15 fő → 11%
- egyáltalán nem (elméleti és gyakorlati ismeretek hiánya miatt): 31 fő → 23%

Az a 62 fő válaszadó közül, akik teljes mértékben felkészültek érzik magukat az újraélesztésre 44-en (71%-uk) 3 éven belül részt vettek reanimációs továbbképzésen. Ezt a ténytet úgy gondolom figyelembe kell vennünk, miszerint azok az ápolók akik a közelmúltban vettek részt CPR továbbképzésen szakmai felkészültségükről magabiztosabban nyilatkoznak, mint azok akik régebben, illetve soha nem vettek részt ilyen jellegű továbbképzésen.

Az a 31 válaszadó közül, akik nem érzik magukat felkészültek arra, hogy részt vegyenek a reanimációban 14 fő (a „nem”-mel válaszolók 45%-a) több mint 6 éve vagy soha nem vettek részt reanimációs továbbképzésen. Mindemellett 15 intenzív osztályon dolgozó ápoló elméleti és gyakorlati ismereteik hiánya miatt nem érzik magukat felkészültek az újraélesztésben való részvételre!

Úgy érzem a válaszok magukért beszélnek, és egyértelműen megállapíthatjuk, hogy reanimációs továbbképzésre igény és szükség is van.

Az utolsó kérdés az újraélesztés oktatásának hatékonyabbá tételére várt javaslatokat, véleményeket. A válaszok a következők voltak:

- gyakorlás: 110 fő javasolta → 83%
- előadás: 90 fő javasolta → 68%
- bemutatás: 79 fő javasolta → 60 %
- továbbképző anyag írásos formában való közreadása: 65 fő javasolta → 49%
- eszközök fejlesztése: 59 fő javasolta → 45%
- esetismertetés: 48 fő javasolta → 36%
- egyéb: 1 fő tett javaslatot arra, hogy CPR után az eset kerüljön megbeszélésre.

Első helyre tehát a gyakorlás került, a második helyre az előadás, a harmadik helyre a bemutatás. A megkérdezettek válasza is arra engednek következtetni, hogy az újraélesztés oktatási módszerének alapelve: „*Amit olvasok, azt elfelejtem, amit látok, arra emlékszem, amit csinálok, azt tudom.*” (4.)

Megbeszélés

A felmérés során kapott eredmények jelentőségét abban látom, hogy megfogalmazhatók a problémák, hiányosságok, így aminek kijavítása megoldható ápolói szinten, azokra lehet és kell is megfelelő megoldásokat találni. Ebben látom a diplomás ápolók közreműködő, koordinátor és oktató szerepét.

A biztos szakmai felkészültséggel rendelkező ápolók – bár sem társadalmi, sem anyagi megbecsülésben nem részesülnek – eredményes tagjai az ápoló-gyógyító teamnek, ezáltal sikerélményük is több. Ez emelheti az ápolók szakmai önbecsülését, erősítheti az ápolás, az elvégzett és elvégzendő feladatok fontosságába, szükségességébe vetett hitüket.

Vizsgálatom eredményei a sürgősségi betegellátás, az ápolás minőségének emelése, javítása, illetve a szakdolgozók továbbképzéseinek szervezése és lebonyolítása során használhatók fel. Konklúzióként megfogalmazható, hogy az intézményi vezetésnek nagyobb gondot kell fordítani a dolgozók

ismereteinek szinten tartására, illetve bővítésére, hiszen ahogy haladunk a korrall, úgy fejlődnek, alakulnak ki új eljárások és elvárások az egészségügyben.

Az ismeretszerzés egy része sok esetben megoldható lenne írásos továbbképző anyag formájában is. Ezt főként a kórházakban dolgozó diplomás ápolóknak kellene kidolgozniuk és mindenki számára hozzáférhetővé tenniük.

A szóbeli és gyakorlati ismeretátadáshoz a szándékon és az ismereteken túl a szükséges feltételeket is biztosítani kell, elegendő szabadidőt, anyagi forrást, megfelelő demonstrációs eszközöket és alkalmas helyiséget.

Kiemelt szerepet tulajdonítok az intenzív osztályokon dolgozó diplomás ápolóknak, akik egy intézményen belül, osztályos továbbképzések keretei között előadással, módszerek ismertetésével, gyakorlással segíthetik az ápolókat abban, hogy a reanimáció területén jobban felkészültek legyenek, a szakmai elvárásoknak megfelelően teljesítsenek.

Javaslatok

Azon feltételezésem, hogy az ápolók nem rendelkeznek megfelelő szintű ismeretekkel az újraélesztés vonatkozásában igazolódott. E tekintetben a változás elindulását célirányos továbbképzések szervezésében, speciális oktatási tematika kialakításában látom. Ennek megvalósulására minden egészségügyi intézményben ki kell alakítani egy reanimációs teamet, amely e sokrétű feladatot magára vállalja és rendszeresen gyakorolja is.

A kutatásommal igazolódott azon hipotézisem is, hogy az egészségügyben dolgozók igényt tartanak a továbbképzéseken való rendszeres részvételre. Ennek indoka lehet a tudomány rohamos fejlődése, a gyógyszerek, kezelési módok, ápolási technikák korszerűsödése és az ismeretek állandó szinten tartása, amely az egész életen át tartó tanulás szükségessége az egészségügyi rendszerben résztvevők számára. (7.) A feltételek, anyagi eszközök, szükséges szabadidő megteremtése az egészségügyi vezetés, a menedzsment feladata. Diplomás ápolóként e területen a megvalósítandó feladat, hogy közvetítsük a szakdolgozók igényeit az egészségügyi vezetés felé, illetve tegyünk javaslatot továbbképzések szervezésére, melyben aktívan vegyünk is részt.

Törekednünk kell arra, hogy a minőségi betegápolás feltételeit megteremtsük, hiszen az ápolási tevékenységek minősége egyaránt fontos a betegnek, a hozzátartozónak, az ápolónak, a szakmai vezetőnek, az intézmény fenntartójának és a finanszírozónak. A fent említett minőséghez elengedhetetlenül szükséges a jól felkészült szakember team, amely naprakészen követi a változásokat, valamint tudatosan törekszik ismereteinek megújítására. Mindenkinek vannak elvárásai és van véleménye. Egy tevékenység minősége, a minőség szinten tartása, folyamatos biztosítása minden szolgáltatóval, szolgáltatással kapcsolatban egyre határozottabban megfogalmazott elvárás. (8.) Ezen elvárás teljesítésében, a feladatok elvégzésében is óriási szerepük van a diplomás ápolóknak. Például az ápolási standardok kidolgozásában és fejlesztésében, majd ezek rendszeres felülvizsgálatában, vagy a minőségi indikátorok képzésében, azaz egy ápolási tevékenység számszerűen mérhetővé alakíthatóságában, illetve képzettségükből adódóan kutatási programok kidolgozásában és végrehajtásában ápolási tevékenységek minőségének javítása érdekében, a munkatársak szakmai ismereteinek naprakészen tartásában oktatással.

A XXI. században nem hiányozhatnak az ápolás kelléktárából az ápolási protokollok. Az ápolási tevékenységek aktív szereplői az ápolók is felismerték, hogy egy jól kidolgozott, a helyi speciális viszonyokra alkalmazott protokollnak központi szerepe van. Vizsgálatom során kapott adatok alátámasztják második hipotézisemet, mely szerint az ápolási protokollok segítik a feladatok elvégzését, köztük az újraélesztés szakszerű végrehajtását is. Javaslatom, hogy minden osztályon elérhetőek legyenek az ápolási protokollok az ápolók számára, a feladatok könnyebb, gyorsabb, hatékonyabb tervezhetősége, szervezése és végrehajtása érdekében.

Mellékletek

1. melléklet

Kérdőív

Tisztelt Munkatársam!

Hódosai Barbara vagyok, a PTE Egészségügyi Főiskola végzős diplomás ápoló hallgatója. Szakdolgozatomat az újraélesztés továbbképzése témakörében kívánom elkészíteni. Az eredményes munka érdekében szeretném kérni az Ön közreműködését, hogy az alábbi kérdőív kitöltésével segítse kutatásomat. A kérdőív kitöltése név nélküli és önkéntes.

Kutatás célja: fekvőbeteg ellátó intézményekben felmérni az újraélesztés továbbképzésének gyakorlatát, illetve az ápolók ismereteit, igényeit e témára vonatkoztatva.

Közreműködését és fáradozását előre is köszönöm, munkájához sok sikert kívánok

1) Az Ön neme:

- Nő
- Férfi

2) Fekvőbeteg osztály/részleg megnevezése, ahol Ön dolgozik:

- Intenzív, szubintenzív, őrző
- Pszichiátria
- Szemészet
- Idegsebészet
- Egyéb:.....

3) Az Ön legmagasabb szakmai végzettsége:

- Ápolási asszisztens
- Általános ápoló és asszisztens
- Felnőtt szakápoló / HÍD
- Intenzív betegellátó ápoló / intenzív terápiás szakasszisztens
- Diplomás ápoló
- Egyéb:.....

4) Hány éve dolgozik Ön az egészségügyben?

- 0-3 év
- 4-6 év
- 7-10 év
- 11-13 év
- 14-16 év
- 17-20 év
- Több mint 20 éve

5) Rendelkezik-e az osztály, ahol Ön dolgozik készletli ill. reanimációs kocsi/tálca/ táskával?

- Igen
- Nem
- Nem tudom

6) Van-e az osztályon megbízott személy, aki a készletli kocsi/ tálca/ táska tartalmát, hiánytalanságát, működőképességét rendszeresen ellenőrzi?

- Igen, a főnővér ellenőrzi
- Igen, mindig az ellenőrzi, aki utoljára használta
- Nincs
- Nem tudom
- Egyéb:.....

7) Megítélése szerint mely eszközöket, gyógyszereket kell feltétlenül tartalmaznia a reanimációs készletli kocsit/táska/tálcának? Kérem X-szel jelölje az Ön által helyesnek ítélt felszerelést!

ESZKÖZÖK, GYÓGYSZEREK	FELTÉTLENÜL SZÜKSÉGES	NEM FELTÉTLENÜL SZÜKSÉGES	SZÜKSÉGTELEN
Endotracheális tubusok			
Ragtapasz			
Gumikesztyű			
Farkas-fecskendő			
Trachealeszívó katéterek			
Stragulátor			
Magill-fogó			
Defibrillátor			
Hólyagkatéter			
Steril fecskendők			
Ambu-ballon			
Laringoszkóp			
Infúziós szerelék			
Nazogasztrikus szonda			

Atropin			
Kábító fájdalomcsillapító			
Adrenalin (Tonogén)			
Calcimusc			
Glükokortikoidok			
Antiarritmiás gyógyszerek			
Vízajtók			
40%-os Glükóz oldat			

8) Mikor vett Ön részt utoljára újraélesztéssel foglalkozó továbbképzésen? Kérem, jelölje X-szel választát a megadott táblázatban!

IDŐPONT	ELMÉLETI ALAPOK/RÉGI ISMERETEK FELFRISÍTÉSE ELMÉLETI SÍKON	GYAKORLATI JELLEGŰ TOVÁBBKÉPZÉS GYAKORLÁSI LEHETŐSÉGGEL	ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI TOVÁBBKÉPZÉS
1 éven belül			
1-3 éven belül			
4-6 éven belül			
több mint 6 éve			
soha			

9) Mi a véleménye? Szükséges-e Ön szerint az újraélesztés elméleti és gyakorlati ismereteinek „újratanulása”? Kérem választát jelölje X-szel!

	Elmélet	Gyakorlat
Szükséges		
Nem szükséges		

10) Ha Ön az előző kérdésre igennel válaszolt, kérem jelölje véleményét, hogy milyen időszakonként érzi Ön szükségesnek az ilyen jellegű továbbképzéseken való részvételt?

- Félévente
- Évente
- Kétévente
- Háromévente
- Négyévente
- Ötévente
- Egyéb:.....

11) Lehetővé teszi-e az Ön munkahelye a továbbképzéseken való részvételt?

- Igen,
- szabadidőt is biztosít rá
- de saját szabadidő terhére
- anyagi támogatást nyújt
- saját költségre
- Nem

12) Szervez-e az intézményük rendszeresen továbbképzéseket szakdolgozók számára?

- Igen
- Nem
- Nem tudom

13) Van-e az Ön osztályán kidolgozott algoritmus (protokoll) az újraélesztésre vonatkoztatva?

- Van
- Nincs
- Nem tudom

14) Ön szerint segítik-e az ápolási protokollok a feladatok elvégzését?

- Igen
- Nem
- Nem tudom

15) Érezte-e már ismereteit hiányosnak a reanimáció kapcsán?

- Igen
- Nem
- Még nem vettem részt újraélesztésben

16) Szakmailag felkészültnek érzi magát arra, hogy aktívan részt vegyen az osztályán történő újraélesztés team munkájában?

- Igen, teljes mértékben
- Igen, de inkább elméleti ismeretekkel rendelkezem
- Igen, rutinból végzem, de az elméleti alapjaim hiányosak
- Nem, elméleti és gyakorlati ismereteim hiánya miatt

17) Véleménye szerint milyen módszerekkel, eszközökkel lehetne fejleszteni, eredményesebbé tenni az újraélesztés oktatásának hatékonyságát? Több választ is megjelölhet!

- Eszközök fejlesztésével
- Előadás keretei között történő továbbképzés
- Bemutatás
- Gyakorlás
- Esetismertetés
- Továbbképző anyag írásos formában való közreadása
- Egyéb:.....

2. melléklet

Ápolási protokoll - reanimáció

1. *Cél:* a megszünt vitális életműködések pótlása, helyreállítása, átjárható légutak, illetve a légzés és a keringés biztosítása eszközök segítségével.
2. *Érvényességi terület:* egészségügyi intézmények fekvőbeteg illetve járóbeteg ellátása kapcsán.
3. *Meghatározások:* nem szükséges
4. *Hivatkozások:* Dr. Pénzes István: Az újraélesztés tankönyve
5. *Az eljárás leírása:*
 - A beteg elhelyezése: a kórtermi ágyon/kemény alapon, háton fekve.
 - Átjárható légutak biztosítása:
 - • Légúti akadály eltávolítása, száj garat leszívása, protézis eltávolítása, Mayo tubus alkalmazása, 100%-os O₂-vel való preoxigenizálás, lélegeztetés Ambu-ballonnal maszkon keresztül.
 - • Intratracheális intubáció: eszközök előkészítése, ellenőrzése, asszisztálás az intubációnál, légutak steril leszívása, tubus helyzetének ellenőrzése, tubus rögzítése.
 - Befűjásos lélegeztetés:
 - • Kézi → Ambu-ballonnal
 - • Gépi → lélegeztető gép előkészítése, rendelt paraméterek beállítása, csatlakoztatás a beteggel.
 - Compressziós szívmasszázs:
 - • Előtte ellenőrizni kell a centrális pulzust (a. carotis ® gégétől laterálisan a fejbiccentő izom felső szélén)
 - • Autrotranszfúziós helyzetbe hozzuk a beteget ® lábrésznel az ágyvég megemelésével
 - • Szívmasszázs technikája: a beteg mellé állunk vagy térdelünk (földön fekvő betegnél). Egyik tenyerünket a szegycsont alsó harmadára helyezzük úgy, hogy kinyújtott ujjaink ne feküdjenek a mellkasra, a másik tenyerünket erre a kezünkre helyezzük. Nyújtott karral, felső testünk súlyával erőteljesen lenyomjuk a szternumot, 3-5 cm-nyire. Ezután a nyomást megszüntetjük, majd a kompressziót ismétljük, a ritmus legalább 100/perc legyen. A szívmasszázs folyamatosan végezzük, a lenyomás és a felengedés szaka körülbelül ugyanannyi ideig tartson. Kompresszió alatt ellenőrizzük a centrális pulzust, illetve ügyelünk a szövődmények elkerülésére (szternumtörés, bordatörés).

Vénabiztosítás: a perifériás és a centrális vénabiztosítás protokollja szerint.

Gyógyszerek beadása a betegnek orvosi rendeletre (intravénásan csak írásos megbízással rendelkező szakdolgozó adhat gyógyszert)

EKG monitorizálás: a beteg paramétereinek folyamatos megfigyelése, nyomon követése.

Fibrilláció megszüntetése: defibrillátor előkészítése, üzembe helyezése, asszisztálás az orvosnak. Figyelni kell, hogy az ágyhoz ne érjen senki!

Intenzív utókezelés: a beteg elhelyezése ITO-n, örkórteremben, állapotának folyamatos ellenőrzése szükséges.

A felhasznált eszközök tisztítása, áztatása, előkészítése sterilizálásra a megfelelő protokoll szerint. Az újraélesztési felszerelés feltöltése, készenléti állapotba helyezése.

Dokumentáció elkészítése.

Felelősségi szintek:

- • Reanimációs team vezetője (resuscitation officer)

- Osztályvezető ápoló
- Műszakvezető ápoló
- Beosztott ápoló

Ellenőrzésért felelős: az intézmény vezetője.

Irodalom

1. Dr. Buda, P. (1998). Elsősegélynyújtás (Bevezetés az oxyológiába) POTE Egészségügyi Főiskolai jegyzet, Pécs
2. Dr. Diószegi, Cs. és Dr. Péntes, I. (2003.) Aneszteziológia és intenzív terápia-2003. Újraélesztés-kihívás az új évezredben. Magyar Orvos, 21, 1, 37-38.
3. Dr. Péntes, I. (1998). Aneszteziológia és intenzív terápia. Medicina Könyvkiadó Rt: Budapest.
4. Dr. Péntes, I. (2000). Az újraélesztés tankönyve. Medicina Könyvkiadó Rt: Budapest.
5. Dr. Puskás, T. (2001.) Újraélesztés: Módszertani ajánlás. Magyar Mentésügy, 21, 3, 96-113
6. Dr. Varga, P. (1995). Jegyzet az intenzív betegellátó szakápolók számára. ETI: Budapest.
7. Hornyák, I. (2001.) Az elsősegélynyújtás, és oktatásának elektronikus feltérképezése. Nővér, 13, 4, 11-13.
8. Marr, H. és Giebing, H. (1996). A minőség biztosítása az ápolásban. Semmelweis Kiadó: Budapest.
9. Siket, A. (2000.) Az oktatás és képzés kutatása. Nővér, 12, 4, 13-17.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Alváslabor-alvásrendelés

Kovácsné Keszler Rozália és Szántó Erika

Madarász utcai Gyermekkorház, Koraszülött és Csecsemőosztály

A szerzők a Madarász utcai Gyermekkorházban működő Alváslaboratóriumban az Alvásrendelésen 1999 nov. és 2004. márc. 1 között ellátott 657 betegnél, illetve az 1998 januárjától polysomnographiás alvásvizsgálaton átesett 1470 betegnél szerzett tapasztalataikat ismertetik. A rendelésen ellátott gyermekek kisebb hányadánál találtunk kezelhető, megoldható, alvási problémákkal is kísért eltérést. (pl. tejallergia, GOR stb.) A megjelentek több mint felénél nem találtunk alvászavart magyarázó organikus vagy funkcionális betegséget. Ezen esetekben a csecsemők, gyermekek nem tanultak meg jól aludni. A helytelen altatási szokások megváltoztatásával a legtöbb esetben sikerül az alvászavart megszüntetni, vagy legalábbis nagymértékben csökkenteni.

1981 illetve 1993 óta dolgozunk a Madarász utcai Gyermekkorház Koraszülött és Csecsemő osztályán. Főként a koraszülött osztályon találkozhattunk gyakran valamilyen légzészavartól (is) szenvedő kis csecsemővel.

1993-ban osztályunk programot indított a „bölcsohalál” prevenció céljából. Kezdetben a hirtelen csecsemőhalál megelőzhetősége szempontjából vizsgáltuk a csecsemőket.

1997-ben lehetőség nyílt egy új részleg, az Alváslabor működésének kialakítására. Működésünk első éveiben érdeklődésünk elsősorban az alvás alatti légzészavarok kimutatására és kezelésére irányult, később kiderült, mennyi újdonság, kihívás rejlik még e területen.

Az alvásvizsgálat éjszaka zajlik. Lehetőségeinkhez képest biztosítanunk kell a nyugodt, jó alvás feltételeit, ennek hiányában ugyanis nehezen, vagy egyáltalán nem értékelhető a mérés. A polysomnographiás vizsgálat lényege technikai szempontból: a vizsgált személy élettani működéseinek folyamatos ellenőrzése érzékelőkkel és elektródákkal. A megfelelő pontokra kell ragasztani az

elektrodákat az arcon, homlokon, mellkason, fel kell helyezni a has és mellkasmozgás érzékelőt, az orrlégáramlás valamint az oxigénszaturáció-mérőt. Mindent körültekintően rögzíteni kell, hiszen a vizsgálat hat illetve nyolc órán át folyik. A szülő jelenléte általában segít a vizsgálónak, hiszen biztonságot nyújt egy olyan környezetben a gyermeknek, mely számára idegen.

Azt is tapasztaltuk, hogy egyre többen jelentkeztek különböző alvászavarok miatt, tehát sokszor nem légzéssel kapcsolatos, hanem inkább elalvási problémák, éjjeli felébredések és más alvászavarok nehezítik a családok életét. 4. ábránkon is jól látható az „alvászavar” görbe folyamatos emelkedése az évek során.

1999 őszén az éjszakai műszeres vizsgálatok (polysomnographia) mellett heti 2x2 órában indítottuk el Alvásrendelésünket azzal a céllal, hogy kiszűrjük, kivizsgáljuk és megfelelően kezeljük az alvászavarokat. Eleinte csupán azt kérdeztük, „miben segíthetünk?”, később hétről-hétre egyre tisztábban rajzolódott ki előttünk, melyek a leggyakoribb panaszok. Ezután már kérdőíveket készítettünk, célirányosan kérdeztünk rá a szülők és gyermekeik étkezési, elalvási és alvási szokásaira. A kapott adatokat már rendszerbe tudtuk foglalni, elkészítettük első statisztikáinkat.

Az érdeklődés igen nagyban bizonyult. Gyakran talákoztunk olyan családokkal, ahol a szülők már kimerültek, kétségbeesettek voltak a hónapok óta tartó alváshiánytól. Többen véletlenül kerültek hozzánk. Sokan az Internetről, különböző médiákból vagy ismerőstől hallottak az Alvásrendelésről. Egyelőre még kevés gyermekorvos irányítja alvászavarokra az ilyen panaszokkal orvoshoz forduló családokat.

Az acut eseteket kivéve, előjegyzett időpontban várjuk a családokat. Az első találkozás beszélgetésből és szokásfelmérésből áll, s a megfelelő információk birtokában történik meg a tanácsadás, szükség esetén vérvétel (tejjallergia?), esetleg más szakorvoshoz való irányítás (gégész, gasztroenterológus, pszichológus...) Amennyiben felmerül a kóros alvászavarok, vagy alvás alatti kóros történések lehetősége; időpontot kapnak egy éjszakai számítógépes vizsgálatra.

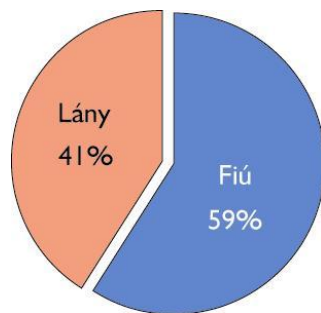
Sajnos találkozunk olyan esetekkel is, amikor a gyermek alvási problémája különböző iskolai vagy családi konfliktusok következménye. Ezekben az esetekben a megfelelő szakemberekhez irányítva próbálunk segíteni.

Előfordul, hogy a szülők egyedül nem birkóznak meg a helytelenül kialakított rendszerről való átszoktatással, ilyenkor mi magunk igyekszünk ezt megtenni, s pár napra felvesszük osztályunkra a csecsemőt.

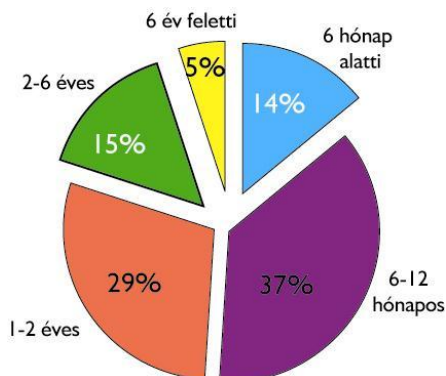
A szülők sokszor már annak is örültek, hogy valakinek kipanaszkodhatták magukat. Ekkor értettük meg igazán, hogy milyen fontos kérdés ez a családok életében. Ha a gyermek nem alszik, fáradt a dolgozni induló apa, nyugós az iskolás testvér, és álmos a gyakran szorongó, önmagát hibáztató, tanácstalan édesanya is. A nagy, többgenerációs családok megszűntével igen nagy teher hárul a fiatal anyukákra. Segítséget ritkán kapnak és sokszor egymásnak ellentmondó tanácsok szerint próbálják problémáikat kezelni.

Külföldön már régóta felismerték a gyermekkori alvászavarok gyakoriságát, ezáltal a probléma társadalmi fontosságát és az elméleti kérdések tisztázása után kidolgozták a segítségnyújtás gyakorlatát is. A magyarországi gyakoriság még nem ismert, de a nyugati statisztikák tanúsága szerint a családok mintegy egyharmada küzd ilyen jellegű gondokkal, amik az életminőséget súlyosan érinthetik.

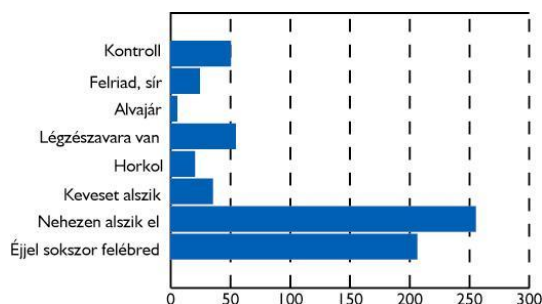
1999. november 1. és 2004. március 1. között 657 beteget láttunk el a rendelésen. Ábráinkon látható a nemek illetve korcsoportok, valamint a panaszok megoszlása. Az alvászavarok megjelenésében a fiúk-lányok arányában szignifikáns különbség nem volt. Alvással kapcsolatos panaszok leggyakrabban a 6 hónap - 2 év közötti korosztályban fordultak elő. Ezek között alvászavarok okozó alaptermésűt 12 esetben sikerült kimutatni. A beutalás illetve jelentkezés okai gyakorta nem különíthetők el élesen, csupán a szülők emelnek ki egy-egy vélt vagy valós problémát. Feltehetően azt, amely leginkább zavarja a család nyugalma, régebben megszokott életritmusát.



1. ábra – Nemek szerinti megoszlás az alvásrendelésre jelentkezők között



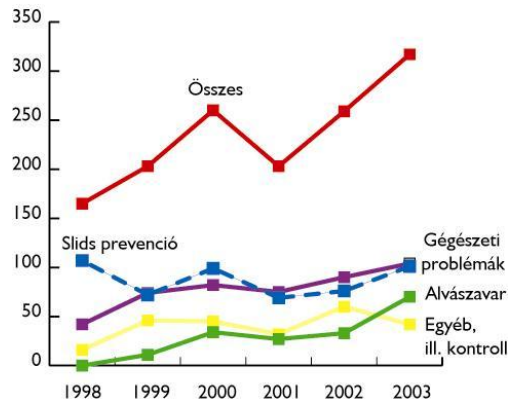
2. ábra – Korcsoportok szerinti az alvásrendelésre jelentkezők között



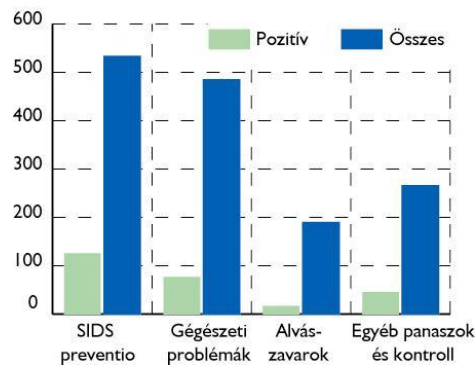
3. ábra – Az alvásrendelésre jelentkezés okai

Fontos megjegyezni, hogy alvás alatti légzészavar (horkolás, légzéskimaradás, stb.) illetve paraszomnia (alvajárás, éjszakai ágybavizelés, rémálmok, stb.) gyanúja esetén lehetőleg már a bejelentkezéskor polisomnographiás időpontot adunk, ezért ezek a gyermekek legtöbbször nem a rendelésre, hanem kórházi felvétellel kerültek, így nem szerepelnek rendelésünk anyagában.

Az alvászavarok miatt hozzánk küldött gyermekeknél is informatív lehet a polysomnographia, főként differenciál-diagnosztikai szempontból. Azoknál a gyermekeknél, akiknél nem sikerül egyértelműen betegséget vagy helytelen szokásokat megállapítani, mindenképpen elvégezzük a számítógépes vizsgálatot is. Fontos elkülöníteni, hogy az egyes zavarok, történések (felriadások, mozgásjelenségek, enuresis...) mely alvásfázisban, milyen paraméterek mellett következnek be. Például: Az igen gyakori hyperaktivitás vajon a kialvatlanság következménye-e, vagy maga a hyperaktivitás jár-e alvászavarral, esetleg a betegség gyógyszeres kezelése okozza-e?



4. ábra – Polysomnographiás vizsgálatok száma indikáció szerint



5. ábra – Polysomnographiás vizsgálatok során észlelt eltérések

1998. január 1. és 2004. március 31. között Alváslaborunkban (összesített anyag) 1470 polysomnographiás vizsgálatot végeztünk. A polysomnographia indikációit, az eredményeket valamint tapasztalatainkat a 4. és 5. ábra demonstrálja.

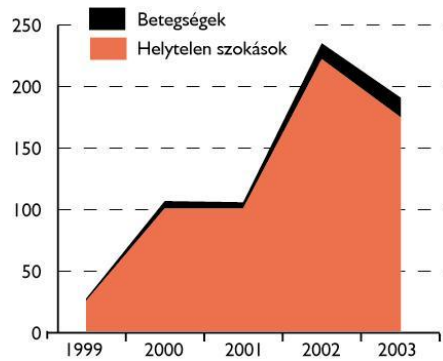
A panaszok háttérében gyakran kimutatható tejallergia. Az 1980-s években jelentek meg az első közlemények a tejallergia és az alvászavar között. Az alvásrendelésen diagnosztizált gyermekek esetében a jellegzetes tünetek közül csak az alvászavar jelentkezett, de a gondos anamnézis, az étrendi változás és a panaszok közötti összefüggés felvetette, és a szerológiai vizsgálat megerősítette a diagnózist. A tejmentes étrend beállításával a panaszok is megszűntek.

Már csecsemőkorban és kisdedkorban is előfordulnak savvisszáramlás következtében fellépő fájdalom okozta ébredések, nyugtalan alvás GOR betegségben.

Az osztályunkon kezelt refluxos kisdedeknél is jelentkezett alvás alatti légzészavar, amikor a rövidebb-hosszabb légzéskimaradások ébredéshez, töredezett alváshoz vezetnek.

Ezek jól körülírt, könnyen diagnosztizálható, és eredményesen kezelhető kórképek, melyekben az alapbetegségben alkalmazott terápia sikerét az alvászavar javulása is jelzi.

Az esetek döntő többségében azonban teljesen egészséges, jól fejlett, látszólag békés csecsemőkkel, kisdedekkel találkoztunk, akiknél a szülők fő panasza az esti nehéz elalvás és/vagy az éjszakai gyakori ébredés volt.



6. ábra – Az alvásrendelés tapasztalatai

Az elalvási és átalvási panaszok oka a legtöbb esetben a helytelen alvási asszociációk kialakulása. Az egyedül elalvás képessége ugyanis nem veleszületett, hanem tanult folyamat. A helyes alvási szokások kialakítása a szülők feladata, a rosszul kialakított alvási „szertartás” korrekciójában a gyermekorvosok és a védőnők segítsége, tanácsa nélkülözhetetlen lenne.

Meg kellene értetni a szülőkkel, hogy nem „elaltatni” kell a csecsemőt. Megfelelő napirend, étrend és lefektetési rend kialakításával megtanítható a csecsemő, kisedd arra, hogy maga tudjon elaludni, illetve, ha felébred, visszaaludni kis mackójával vagy kedvenc babájával.

Sajnálatos, hogy sem a nővérképzésben sem az Egészségügyi Főiskolákon nem szerepel tananyagként a gyermekkori alvás problémák ismertetése.

A védőnők és a családi gyermekorvosok megfelelő ismeretek birtokában hasznos tanácsaikkal tudnák segíteni a gyermekek alvászavaraival küszködő édesanyákat.

Tapasztalatunk szerint azonban leggyakrabban a „Majd kinövi, vagy hagyják egy kicsit sírni, majd abbahagyja” típusú tanácsokkal látják el a szülőket, esetleg felírva valami enyhe nyugtatót, altatót, homeopatiás szert, amikkel természetesen javulást nemigen lehet elérni, hiszen elsősorban nevelési, szoktatási kérdésekről van szó.

A gyermekek alvásszerkezetének és kor szerinti alvásiigényének megismerésével, a külföldi alváslaboratóriumok gyakorlata alapján ma már számunkra is lehetséges a problémák megfelelő kezelése.

Saját – hazai viszonyokra adaptált – módszereink és tapasztalataink alapján is állíthatjuk, hogy az amerikai és nyugat-európai szakemberek által kidolgozott elvek alapján a alvási problémák legtöbbször eredményesen orvosolhatók, mint ezt a nálunk megfordult családok visszajelzései is igazolják.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük Osztályunk vezető főorvosának, dr. Kemény Jánosnak és Alváslaborunk vezető főorvosának, dr. Gál Évának értékes segítségét.

Irodalom

1. Gál Éva: Gyermekkori alvászavarok. (in Novák Márta szerk: Az alvás- és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája) OKKER kiadó, 2000.
2. Gál Éva, Kemény János: Aludj velem. Nemzeti Tankönyvkiadó, 2004
3. Gál Éva. Alvászavarok gyermekkorban. Hypocrates, 2001
4. Halász Péter. Alvás és alvászavarok. Medicina kiadó, 1982.
5. Kemény J. Fekete F.: Polysomnographia. (in Szántó-Kemény Fekete: Hirtelen halál csecsemőkorban.) Springer Hungarica, Budapest, 1998.
6. Kovácsné Keszler Rozália: Az ápoló feladatai a polysomnographiás alvászvizsgálat és SIDS szűrővizsgálatok során. Nővér 1999. 12. 6. 15-16.
7. Köves P.: Az obstructív alvási szindróma klinikuma. (in Köves P szerk. Az obstructív alvási apnoe szindróma) Springer, Budapest, 1998, 38-70
8. Varga Bernadett: Alvászavarok gyermekkorban. Gyógyhírek, 2003. május 9.

9. Vikar A.: Gyermekkori primer alvászavarok a gyakorlatban. Medical Tribune VII. évf. 4. 2002. augusztus

[Vissza a tartalomhoz](#)

Nővérnek születtem

Nagy Erzsébet*

ápoló, Addiktológiai Osztály, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Pszichiátriai Szakkórháza, Nagykálló

Történetem akár sikersztóri is lehetne, de szerénynek született személyiségem, szeretnék is az maradni. A dolgozat megírását is csak többszöri nógatás hatására vállaltam.

Életem ugyanolyan, mint bármely más emberé. Tele buktatókkal, apró vagy nagyobb örömeikkel, azonban én így fogadtam és fogadom el. Sorsom, akárcsak bárkié, már születésemkor determinálódott. Hogy hova születtem, nem szólhattam bele, gyermekéveim alakulását szüleim kormányozták, de felnőtté válásommal kezembe vettem sorsom irányítását.

Andorka Rudolf így ír a roma kisebbség helyzetéről: „A mai magyar társadalom legnagyobb és diszkrimináció által leginkább veszélyeztetett csoportja a cigányság, vagy a romák”.

Igen nehéz a cigány etnikumhoz tartozókról adatokat gyűjteni, hogy ki cigány és ki nem. A népszámlálások alkalmával az anyanyelvre és nemzetiségre vonatkozó kérdést tesznek fel, a cigány etnikumhoz tartozóknak azonban csak egy töredéke mondja magáról azt, hogy cigány anyanyelvű. Ténylegesen a cigány etnikumhoz tartozók jelentős része magyar anyanyelvű.

Magyarországon az elmúlt évtizedekben két jelentős cigányvizsgálatra került sor: 1971-ben és 1993-1994-ben. Ezekben a vizsgálatokban azokat a személyeket tekintették cigánynak, akiket a környezetük annak mondott.

A vizsgálat azt állapította meg, hogy a cigány etnikumhoz tartozók az átlagnépességnél jóval hátrányosabb helyzetben vannak. A hátrányok növekedésének egyik fő oka az, hogy a romák közül sokkal kevesebben rendelkeznek kereső foglalkozással, sokkal többen veszítették el a munkahelyüket. A rendszeres munkával nem rendelkezők egy része munkanélküli, másik része munkahelye elvesztése után visszahúzódott a munkaerőpiacról, vagy korábban sem rendelkezett munkahellyel. Mivel a cigány etnikumhoz tartozó háztartásokban így az átlagosnál jóval kevesebb a rendszeres munkahelyi keresettel rendelkezők aránya és mivel a gyerekszám magasabb a roma családokban, az egy főre jutó etnikumnak sokkal nagyobb része él a különböző szegénységi küszöböknel alacsonyabb jövedelmű háztartásokban. Mind a munkanélküliség, mind a szegénység az átlagosnál jóval tartósabb a cigány etnikumhoz tartozók között. A romák súlyosan hátrányos helyzete már ma is a magyar társadalom egyik legsúlyosabb problémája, és a jövőben a probléma súlyossága tovább növekedhet.

Minden korábbi szociológiai elmélet szerint rosszabbodó gazdasági körülmények, növekvő munkanélküliség, elszegényedés körülményei között a kisebbségekkel szembeni előítéletek, sztereotípiák és diszkrimináció erősödnek.

A cigányoknál sokkal gyakrabban említették a rossz tulajdonságokat, mint jellemzőket, és sokkal ritkábban a jó tulajdonságokat, mint a magyaroknál.

Ilyen előzmények után engedjék meg nekem, hogy mindazt, amit a híres szociológus leírt, a saját élményeimmel alátámasszam.

1948. február másodikán, egy kemény téli napon születtem Apagyon. Ez a februári csillag azonban elkísért eddigi pályámon. Öten voltunk testvérek, 4 lány, 1 fiú, a sors furcsa fintora, hogy mind a négy lány az egészségügyben találta meg számítását, ebből ketten ápolónőként dolgoztunk.

Nagycsaládban nem volt könnyű gyermekkor az embernek. Am szüleim jó példát mutattak, a jóra biztattak, bár szegények voltunk, 15 évesen be kellett állnom dolgozni. Nem rendelkeztem akkor sem nagy fizikummal, mégis az építőiparban helyezkedtem el Budapesten és elvégeztem a könnyű- és nehézsépgépezői tanfolyamot. Fiatal lányként Budapesten is megálltam a helyemet, akkor – ma már

nem így tenném – úgy láttam jónak, ha 19 évesen férjhez megyek. Így tettem. Gyönyörű lány gyermekem született, akit aztán a válásom után egyedül neveltem fel. Ma már unokáimat tanítgatom.

1972 számomra meghatározta az azóta eltelt 32 évet. Ekkor helyezkedtem el ugyanis takarítónőként Nyíregyházán a Jósa András Megyei Kórházban, 3 évig dolgoztam így a terhespatológián. Munkám során azonban a nővérek áldozatos, ámde fáradtságos munkájába is betekinhettem. Ekkor határoztam el, hogy én is szeretném azt csinálni, történjen bármi, én nővér akarok lenni. Elhatározásomat tett követte! A kórház vezetőségéhez fordultam segítségért, akik szívesen támogatták elhatározásomat és megbíztak bennem származásom ellenére is. Azt hiszem ilyen indíttatás nélkül ma nem ölthetném magamra a fehér ruhát! Köszönetemet innen is tolmácsolom feléjük!

Az iskolát sikeresen elvégeztem – természetesen igyekeztem megfelelni mindenkől. A betegek közelsége már gyakorlónővéreként is mindig erőt adott elviselni a mindennapok nehézségeit. Gyakorlónővéreként is az idegosztályon dolgoztam 3 műszakban, egyedül neveltem lányomat és ágyban fekvő édesanyámat is el kellett látnom. Nem volt könnyű. Gyerekem neveléséhez rengeteg segítséget kaptam munkatársaimtól, illetve az osztály vezetőjétől.

Utam az iskolapad után – ekkor már 1976-ot írtunk – az idegosztályra vezetett. Sem az iskolapadban, sem a munkahelyemen hátrányos helyzetben nem voltam, nem éreztem megkülönböztetést, de valami belülről azt tanácsolta, hogy nekem többet kell nyújtanom ahhoz, hogy elismerjenek, megbecsüljenek, illetve bízzanak bennem, hiszen – talán Önök is észrevették rajtam, - cigány vagyok. Lehet, hogy hihetetlen, de szerencsésnek mondhatom magam, és ma is úgy érzem, soha nem kaptam bíráló kritikát amiatt, hogy én cigány vagyok. Munkámban és anyagiakban egyaránt sikeresnek érzem magam. Takarítónőként albérletben kezdtem, de beosztottam a keresetemet és ésszerű gazdálkodással kis lakást tudtam venni.

Az idegosztályon egyedül voltam cigány, de ahol jelenleg dolgozom – eddig még nem is említettem? – Nagykállóban, a Pszichiátriai Szakkórház Addiktológiai osztályán is egyedül vagyok származásommal. Új munkahelyemen való jelentkezésemkor eleinte lehet, hogy kétkedéssel fogadtak, bár nem éreztették velem, de a bemutatkozó beszélgetések után és a próbaidők leteltével nem okoztam csalódást. Számomra – bár bőröm színén nem tudok változtatni, nem is tenném, vállalom – mindig fontos a megjelenés, a testi ápoltság. Empátiám a betegek, és munkatársak felé ma is óriási. Úgy érzem, a sors kegyeltjeként, ha én sok segítséget kaptam, ebből vissza is kell juttatnom, ha jól sáfárok velem, még marad is. Igyekeztem munkámban mindig maximalista lenni, tudásom legjavát adni.

Higgyék el nekem, aki roma származása ellenére keres munkát, az talál is. Aki akar, sok mindent el tud érni. Én büszke vagyok magamra, hogy volt bennem kitartás és bár 1990-től „leszállékoltak”, ma is dolgozhatok, mert szükség van a munkámra. Ez hitet ad nekem, újabb erőt és kitartást! Kívánom ezt Önöknek is!

Engedjék meg, hogy Weörös Sándortól idézzek:
*„Az ember akkor lesz ember, ha átvilágítja önmagát
s a belső világosságából környezetére sugarat bocsát.”*

Köszönöm megtisztelő figyelmüket!

[Vissza a tartalomhoz](#)

Önkéntes ápolói nyilvántartás Németországban

Betlehem József¹⁾, Oláh András²⁾, Boncz Imre dr.³⁾

¹⁾főiskolai docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Klinikai és Ápolástudományi Intézet

²⁾főiskolai tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Klinikai és Ápolástudományi Intézet

³⁾főosztályvezető, Országos Egészségbiztosítási Pénztár Szakmapolitikai és Koordináló Főosztály

A tanulmány célja bemutatni az önkéntes ápolói nyilvántartási rendszer bevezetésének körülményeit és a továbbképzési rendszer megvalósulásának lehetőségeit Németországban. A minőségszemlélet előtérbe kerülésével fontos, hogy a német egészségügyi ellátórendszernek makro-szinten is álljanak rendelkezésre olyan adatok, amelyek megbízhatóan mutatják a szakképzettséggel rendelkező ápolók tartományi és országos megoszlását. Az Ápolói Kamara életre hívására, amely egy nyilvántartási rendszert kézben tarthatna más országokhoz hasonlóan, még nem teremtődtek meg a jogi feltételek. Az ápolásban a minőségirányítás és -fejlesztés törvényi bevezetése azonban megköveteli, hogy szakmai standardok alapján nyilvántartott ápolók dolgozzanak a rendszerben, akiknek a bizonyos időközönkénti szakmai továbbképzése egységes elvek alapján működik.

A német modellkísérlet még számos ponton szorult finomításra, azonban az elveiben megvalósuló szempontok igazodnak a világ fejlettebb országainak továbbképzési és nyilvántartási gyakorlatához.

Kulcsszavak: önkéntes ápolói nyilvántartás, továbbképzés, minőségfejlesztés, Németország

Bevezetés

Németország az utolsó évtizedben felgyorsult lépésekkel iramodott a fejlett ápolói képzéssel, menedzsmenttel, kutatással rendelkező országok nyomába. (1) A korábbi két Németország egyesülését követően az egészségügyi rendszer változtatása, az ápolóképzés és kutatás fejlesztése valamennyi tartomány számára kihívásokat jelentett és jelent jelenleg is. Mára egyre több ápolási tanszéken megteremtődnek a kutatás feltételei és a professzionalizálódás kezd akadémiái szintéren megvalósulni. Az egészségügy finanszírozásának átalakításával, a költség-hatékony egészségügyi ellátás megteremtésével, a kiterjedt egészségügyi szolgáltatások rendszerével az ápolással szemben a követelmények megnövekedtek. Az ápolók nagyon kis hányada rendelkezik csak felsőfokú végzettséggel, ami fejlett Nyugat-Európai, Észak-Amerikai országokhoz képest meglepő. Tanulmányok és az életből vett tapasztalatok bizonyítják, hogy az ellátórendszer egyre magasabb szakmai végzettséggel és kompetenciával rendelkező ápolókat kíván. A német ápolásbiztosításban, a betegbiztosítók szakmai szolgálataiban korántsem mindegy, hogy milyen végzettséggel és tapasztalatokkal rendelkező ápoló ítéli meg az ellátási jogosultságot. (2)

Az ápolók egységes nyilvántartásba foglalásának gondolata már régóta napirenden van Németországban, azonban egységes rendszer mind a mai napig nem került kialakításra. 2003. májusában indítottak útjára egy projektet „Önkéntes ápolói nyilvántartás” címmel. (3)

A regisztráció egységes bevezetésének szükségessége már a Német Ápolói Szakmai Szövetség írott ajánlásai közt is megjelenik, elsősorban a továbbképzések előmozdításának szándékával. A szervezet szerint évente 20 órányi továbbképzést minden tagnak szükséges bizonyíthatóan teljesíteni, ami megfelel 2 és fél napos továbbképzésnek, ahol napi 8 órányi oktatást végeznek. (Ez ugyan tartományonként különbözik, de a felét jelenti az évi 5 napos tanulmányi szabadságnak, amit a munkáltató köteles biztosítani továbbképzésekre.) Jóllehet az Ápolói Szakmai Szövetség ajánlásai már 1992 óta élnek és a tanulmányi szabadság is biztosítható, még sincsenek komoly következményei annak, ha valaki ezen követelményeknek nem tesz eleget. Ha valaki Németországban a szakmájában képesítést szerzett és az Ápolási Törvény hatálya alá eső módon nem szegte azt meg, az ápolói cím viselésére és ezzel összefüggő feladatok ellátására korlátozás nélkül jogosult, függetlenül attól, hogy életében részt vesz-e egyetlen továbbképzésen. A minőségbiztosítás követelményei azonban ezt hosszabb távon nem teszik lehetővé már Németországban sem. A Szociális Törvényben jelzett kötelező minőségirányítás bevezetésével, valamint az Ápolási Minőségbiztosítási Törvény rendelkezéseivel összhangban, mind a munkavállaló, mind a munkáltató érdeke a folyamatos továbbképzéseken való részvétel és annak a biztosítása a magasabb színvonalú betegellátás megvalósítása érdekében. (SGB §135a-137d, PQSG §112-120).

Számos külföldi országban a nyilvántartásba vételt és folyamatos ellenőrzését az Ápolói Kamara végzi, pl.: Egyesült Királyság, Ausztrália. Németországban még nem működik Ápolói Kamara, amely ezeket a feladatokat is képes lenne átvállalni és ennek a jogszabályi feltételei sem adóttak még. A tartományok illetve azok önkormányzatai nagy önállósággal rendelkeznek a szakma jogi hátterének befolyásolását illetően. Ezek a tények azt jelentik, hogy a nyilvántartás csak önkéntes alapon indulhat el, melyre Berlin-Brandenburg régióban tesznek jelenleg kísérletet.

Modell kísérlet lényege az önkéntes ápolói nyilvántartás bevezetésére

„Az önkéntes ápolói nyilvántartás” modell kísérlet elindítását támogatta: a Berlini Ápolásvezetők Munkaközössége (ALK), a Vezető Pszichiátriai Ápolók Berlin-Brandenburgi Tartományi Szakmai Egyesülete (BFLK), a Német Ápolói Szakmai Szövetség Berlin-Brandenburgi Tartományi Szervezete (DBfK), az Oktatóápolók Berlini Járási Munkaközösség (LAG), és az Oktatóápolók Brandenburgi Járási Munkaközössége (LAG). Ez a kezdeményezés azt a célt is szolgálja, hogy megbízható adatokat gyűjtsenek össze az ápolói szakmában dolgozók létszámáról. Ha valaki önkéntesen regisztrálódik, jogosult viselni a neve mellett a regisztrált ápolói címet, egy oklevelet és egy igazolványt kap. A jövőben szeretnének emellé egy kitűzött is adni, ami külsőségeiben is megjeleníteni a viselőjének szakmai kompetenciáját.

A regisztráció tárgyi feltételei

A nyilvántartás egy független szervezet végzi Potsdamban. A nyilvántartásba való felvétel alkalmával a következő dokumentumokat kell a jelentkezési laphoz csatolni másolatban:

- Születési anyakönyvi kivonat
- Iskolai bizonyítvány
- Szakképzettségről szóló bizonyítvány
- Továbbképzések tanúsítványai
- További végzettségek igazolása

Az első regisztráció díja, ami két évig érvényes, jelenleg 15 Euro, ezt követően két évente 60 Euro. Ezt a pénzösszeget kizárólag a nyilvántartással kapcsolatos adminisztratív feladatok ellátására használhatják fel. Annak érdekében, hogy az ápoló az elkövetkezendő periódus(ok)ra regisztrálódhasson, 60 továbbképzési pontot kell összegyűjteni. A 2003-ban életre hívott nyilvántartásba gerontológiai ápolók, gyermekápolók, ápolók kérhetik felvételüket.

A továbbképzési pontok megszerzésének rendszere

A továbbképzési pontrendszer bevezetéséhez meg kellett határozni azokat a képzési formákat, amelyek megfelelnek egy elvárható szakmai színvonalnak. A képzési területeket kompetencia területekre osztották fel az alábbiak szerint: (4)

- szakmai kompetenciák
 - szakspecifikus (pl. injekciózás),
 - szakterületen túlmutató (pl.: ápoláselméletek, minőségfejlesztés),
- szociális kompetenciák
 - kommunikáció, retorika
- eljárási kompetenciák
 - ápolási folyamat lépései, kivitelezése.

Az egyes kompetenciaterületek együttes fejlesztése elengedhetetlenül fontos a komplex ápolási gyakorlat színvonalának emeléséhez.

A továbbképzési rendszer gyakorlati megvalósításának egy lehetséges példáját mutatja be az 1. táblázat.

Javaslat a két éven belüli továbbképzési programokra Németországban (Berlin-Brandenburg régióban)	
Egynapos rendezvény	6 pont
Szeminárium (8 oktatási óra)	8 pont
Kétnapos konferencia (naponta 6 pont)	12 pont
Három előadás (összesen 90 perc=2 oktatási óra)	6 pont
Egy új készülék bemutatása (45 perc)	1 pont
Intézeti továbbképzés (8 oktatási óra)	8 pont
Havonta előfizetett szakfolyóirat áttekintése (egyéni tanulás)	20 pont
Ezek közül legalább 50% szűken a szakterülethez kapcsolódó továbbképzés kell, hogy legyen, míg a többi lehet átfogó ápolási jellegű továbbképzés. Ha valaki egy bizonyítottan ápoláshoz kötődő képzésen vesz részt, szemeszterenként 10 pontot szerezhethet. Ha valaki nem közvetlenül a szakmában dolgozik, akkor is látogathatja a továbbképzéseket és regisztrálódhat.	

További feladatok

A továbbképzési rendszer szakmai megalapozottságának további fejlesztése, a szerzett tapasztalatok alapján a rendszer javítása elengedhetetlen feltételei egy hosszan működőképes nyilvántartási rendszernek. A modellkísérlet haszna nemcsak az egészségügyi ellátórendszer számára hozhat kedvező változásokat, hanem a betegek számára is. A nyilvántartási rendszernek azonban még vannak kevésbé kidolgozott pontjai, pl.: ki jogosult felügyelni a nyilvántartás működését, ki jogosult értékelni az ápolói továbbképzési teljesítményeket és milyen kritériumok alapján. A teljes adatbázis kialakítása az önkéntesség alapján csak korlátozottan lehetséges, hol és hogy kerülnek nyilvántartásra az ellátórendszer többi szereplői (az orvosi kivételével) nem teljesen tisztázott.

Összegzés

A világ fejlett ápolással rendelkező országaiban már régóta működik ápolói vagy szakdolgozói nyilvántartás. Hazánkban 1998-ban jelent meg jogszabály a szakdolgozói nyilvántartás vezetésének szükségességéről (5), valamint a rendszeres szakmai továbbképzések szervezésének szabályairól. (6) Nyilvántartás már régebb óta rendelkezésre áll Magyarországon is a különböző egészségügyi szakmákban kiadott szakképesítésekről, azonban egységes rendszerben, a kor követelményeinek megfelelő digitalizált adatbázisban történő rögzítésre csak a jogszabály hatályba lépését követően került sor. (7)

A szakdolgozói nyilvántartás elindítása és működtetése nem csupán az egészségügyben szerepet játszó szakmák áttekinthetőbbé tételét szolgálja, hanem az egészségügy fontos minőségkritériumaként is használható szakképzettségi mutató alapját is megteremti. (8) Ennek kihasználása a munkaerő tervezésben még sok országban várat ugyan magára, azonban az mégis elmondható, hogy több-kevesebb sikerrel, de a rendszer már számos helyen működik. (9,10) Németország is elindult az ápolás professzionalizálódás területén, ledolgozva a felsőfokú képzés hiányából adódó hátrányokat. A szakma egységes megjelenítését kívánják az ápolói nyilvántartási rendszer bevezetésével előmozdítani és ezáltal a végzettséggel, szakképzettséggel párosítható minőség indikátorait megteremteni. A rendszer bevezetése csak önkéntes alapon lehetséges, mivel a tartományok viszonylag nagy önállósággal rendelkeznek a szakmai testületek létrehozását és működtetését illetően. Az önkéntes nyilvántartási rendszer kidolgozói bízhatnak abban, hogy próbálkozásuk mintaként szolgálhat egy későbbi országos regiszter felállításához.

Irodalom

1. Stöcker, G. (2003) Pflegeberufliche Bildung – qualifiziert für die Zukunft. 8. Studentische Pflegefachtagung, Würzburg. Nicht publizierte Präsentation.
2. Boncz I., Betlehem J., Sebestyén A. (2001) A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalainak ismertetése *Nővér*, 14;6:18-21.
3. Bachstein, E. (2003) Freiwillige Registrierung für berufliche Pflegenden. *Die Schwester, Der Pfleger* 42;12:960-4.
4. www.freiwillige-registrierung.de
5. Jogszabály: 27/1998. (VI.17.) NM rendelet az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakdolgozók működési nyilvántartásának szabályairól
6. Jogszabály: 28/1998. (VI.17.) NM rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól
7. Vízvári L. (2000) Nyilvántartások, regisztrációk és továbbképzések a szakdolgozók körében. *Egészségügyi Menedzsment*. 2;2:26-27.
8. Pappné Víg Á. (2002) Regisztráció és információ. *Mozgásterápia*. 11;4:36-8.
9. Betlehem, J. (2002) Registration of Health Care Workers in Hungary. *Sestra*. 10:5.
10. Betlehem, J. (2001) Nursing registration in Hungary. *Revue*. 4;8:5-6

Miért kellenek határozott vezetők az ápolásban?

Dr. Zrínyi Miklós, PhD

Egészségügyi Világszervezet, Emberi Erőforrás Tervezés Szervezeti Egység, Ápolás és Szülésznőség Iroda

Anakronizmus lenne azt állítani, hogy az egészségügy forrong. Az alkotmánybíróság hatályon kívül helyezi a kórház törvényt, az orvosi kamara az európai bérezéshez arányos fizetéseket követel tagjainak, a kormány az egészségügyi ellátás átszervezésének radikális reformját tervezi, mindeközben az ápolás hallgatásba burkolódik, mintha jelen sem lenne az egészségügy jövőjét meghatározó társadalmi-szakmai vitákban. Hogy mennyire hiányzik az ápolás markáns válasza ezekre a felettebb sorsdöntő kérdésekre, jól érzékelteti három kulcsfontosságú dokumentum: a 2004 januárjában közreadott *Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, jövőjéről, szerepükről az átalakuló egészségügyben*; a kormány által társadalmi vitára bocsátott *Háttéranyag az egészségügyi ellátás-szervezésről*; illetve a *Nemzeti népegészségügyi program 2004. évi cselekvési terve*. Ezek a dokumentumok részben azt mutatják, hangozzék bármilyen lesújtóan, hogy az ápolás erőtlenség, a töle megszokott szervilizmussal továbbra is követi azt a pályát, amit az orvoslás kijelöl számára.

Ha a gyanútlan látogató az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium honlapjára téved (http://www.eszcsm.hu/eszcsm/eszcsm.head.page?pid=DA_11029), hogy az egészségügyi dolgozók helyzetéről készült vitaanyagot böngéssze végig, azonnal az orvosok központi szerepével találja magát szembe (“Itthon is várólisták alakulhatnak ki az orvoshiány miatt”). A szakmai anyag egyik esszenciája, hogy rugalmasabb képzéssel, jobb munkakörülményekkel és bevándorló orvosokkal kellene enyhíteni a növekvő orvoshiányt. (Sajátos, hogy ugyanezeket a feltételeket nem említik az ápolással kapcsolatban.)

Ebben a vitaanyagban látszólag jelen van az ápolás képviselője, valójában a megállapítások mögött nincs széleskörű ápolásszakmai konszenzus. A tény maga, hogy az anyag az orvoshiányt tartja az egyik legfőbb emberi erőforrás-tervezést hátráltató tényezőnek, akár stratégiai hibának, vagy az ápolás némaságának is tekinthető. Különösen orvoscentrikus, és szinte kizárólagos, a “Létszámhiány hatása az intézmények működésére” fejezet, amely egyáltalán nem tesz említést arról, hogy az ápolás az orvosi hiányszakmákkal azonos vagy nagyobb arányban küzd létszámhiánnyal, egyes területeken kérdésessé téve magát az ellátást. Mindez egyértelműen arra figyelmeztet, hogy még mindig nem tudatosult az egészségügyi döntéshozatal szintjén az a szakmai specializáció, amely az ápolás és más társszakmák területén az elmúlt 10 évben végbement, és továbbra sem látszik fontosnak kiemelni azt a hozzáadott értéket, amit a szakképzett ápolók munkája jelent a szolgáltatások minőségének, megbízhatóságának, és hatékonyságának terén. Noha az orvostudomány létszáma és minősége egyik alappillére az egészségügy jövőjének, helytelen azt hinni, hogy az egészségügy problémáit “az orvostechnikai fejlődéstől való lemaradás fogja okozni” (Háttéranyag, 3. oldal). Ez a mentalitás ugyanis figyelmen kívül hagyja az Egészségügyi Világszervezet 2002-ben kiadott jelentését a jelenlegi és várható gondozási szükségletekről (WHO, 2002). A jelentés magyar vonatkozású előrejelzése szerint^[1], a három legsúlyosabb korlátozottságot okozó állapotot véve figyelembe, a 15 és 59 éves korosztályban a napi gondozást/ellátást igénylők aránya a 2000. évi 11,7%-ról 18,2%-ra fog emelkedni 2050-ig. 2000-ben a teljes lakosságot figyelembe véve 742 ezer olyan magyar állampolgár volt, aki valamilyen szintű napi gondoskodásra szorult; figyelembe véve, hogy az előrejelzés szerint a magyar lakosság létszáma 2050-re 7,5 millióra csökkenhet, a fenti 18,2%-os arány még mindig 673 ezer ember folyamatos gondozását fogja jelenteni. Magyarországon ezzel együtt a rászorulóak száma folyamatosan csökken, részben az alacsony születésszám és a korai halálozások miatt. Azonos időszakra kivetítve Franciaországban a napi ellátást igénylők számaránya 25%-kal fog növekedni!

Mindez két alapvető következtetéshez vezethet. Egyrészt, a jövő hazai egészségügyének meghatározó kihívása nem az orvosi ellátás kiszélesítése lesz; a krónikus, korlátozott betegek tartós

gondozása ugyanis klasszikusan ápolói feladat. Ehhez jelenleg sem az intézményi feltételrendszerek nem adottak (ápolási osztályok, otthonok száma, az otthoni szakápolás kiterjesztése, az ápolásbiztosítás és ápolásbiztosítási piac dinamikus bevezetése és beillesztése a finanszírozási rendszerbe), sem a képzés nem reagált még elég intenzíven a változó igényekre (továbbra is az akut ellátás kórházi paradigmáira épülő tantervek és ápolási modellek oktatása). A fokozódó létszámihiány és terhelés, valamint a kötött adminisztratív szabályozók miatt az otthonápolási szolgálatok sem tudnak olyan módon terjeszkedni, hogy a többszörös igényeket kielégítsék. Miután az alacsony pályaválasztás és magas pályaelhagyás motivációi ismertek az ápolásban, kérdéses, hogy az említett közel 700 ezer függőségben levő beteg napi gondozását ki fogja elvégezni 2050-ben.

Másrészt, az Európai Unió országaiban a francia példához hasonló robbanás várható. Miután a szabad munkaerő-vándorlás elve érvényes az ápolókra is, a növekedő igényeket a piac magasabb juttatásokkal fogja jutalmazni, amivel a hazai feltételek nem tudnak lépést tartani. Ez vélhetően nagyobb arányú magyar munkaerő-kiáramlást fog eredményezni, tovább mélyítve az emberi erőforrás válságot. Az egészségügyi dolgozók helyzetéről készült vitaanyag is említést tesz erről a tényről, azonban optimista módon nyilatkozik, nem várva lényeges migrációt. Ennek ellentmondani látszik a cseh kormány fellépése az angol egészségügyi tárcánál; a legújabb brit toborzó kampányok már az egészségpolitikai vezetésben is nyugtalanságot keltettek (McKee et al., 2004, 102. oldal). A lengyel helyzetről készült jelentés hasonló szellemben nyilatkozik, néhány éven belül ápolóhiányt prognosztizál Lengyelországban (McKee et al., 2004, 122 oldal). A csatlakozásunk óta eltelt pár hónap idehaza sem ad okot a bizakodásra; a hazai munkaerő-toborzó irodák figyelme most már koncentráltan fordul az egészségügyi szakemberek felé.

A fentiek csak ízelítőt jelentenek arra nézve, hogy az egészségügyi dolgozók helyzetéről készült vitaanyag hogyan is képzelel el az ápolás jövőjét. Ennél lesújtóbb képet mutat a Népegészségügyi Program (2004) cselekvési terve. A dohányzás megelőzése fejezet (3. old.) alatt a figyelem középpontjában az amúgy is túlterhelt, időhiánnyal küszködő házi- és házi gyermekorvosok továbbképzésének bővítése áll. A program célkitűzése elérni, hogy minden egyes orvos-beteg találkozás során kerüljön szóba a dohányzás, tájékoztató Internetes portálokat építése, telefonos tanácsadás két számon. (Talán azt sem árt megfontolni, hogy az amúgy aktívan dohányzó orvosok és más szakdolgozók is segítséget kapjanak, máskülönben kérdéses, hogy milyen modellt nyújtanak majd leszokni vágyó klienseiknek.) Az anyag egyetlen mondatával sem hivatkozik az ápolók szerepére. Annak ellenére, hogy nemzetközi példák bizonyítják, mennyire hatékony az ápolók leszoktatásban, megelőzésben kifejtett tevékenysége. A serdülőkori megelőzés és leszoktatás terén elért leghatékonyabb beavatkozások az iskolákban tanácsadást végző ápolókhoz kötődnek (Hamilton, O'Connell és Cross, 2004). Az ápolók által kidolgozott innovatív leszoktatási módszerek a serdülőkori és felnőtt teresség esetében is eredményeseknek bizonyultak (Albrecht et al., 1999; Gebauer et al., 1998). Bizonyítottan hatásosak voltak a kardiológiai betegek leszoktatására kidolgozott, ápolók által vezetett és végrehajtott, kórházi programok is (Bolman et al., 2002; Fonteyn, 2004; Johnson et al., 1999; Smith et al., 2002). A JAMA-ban megjelent tanulmány szerint a háziorvos és ápoló együttműködése még hatásosabb a dohányzás elleni küzdelemben. Az orvos konzultációját és a nikotin tapasz felhelyezését követő, ápoló által megerősített életmód tanácsadás sikeresen csökkentette a visszaesők számát (Hurt et al., 1994). Az ápolók rátermettségét és önállóságát legjobban azonban Andrews és munkatársainak (1999) vizsgálata illusztrálja. Ebben a tanulmányban ápolók tervezték, vezetik és működtetik a dohányzástól való leszokást segítő szakrendelőt, amelynek alapötlete, a szerzők szerint, tetszés szerinti egészségügyi intézménybe is átültethető. Kérdés, hogy ezek után miért nem jut szerephez az ápolás, azok a főiskolai, egyetemi képzettséggel rendelkező ápolók, akik a fejlett országokban praktizáló társaikhoz hasonlóan korszerű, interdiszciplináris képzésben részesülnek, és akikre Európa nyugati felében már többszörös az igény.

Az egészséges táplálkozási szokások kialakításában sem szán az előzőeknél több szerepet az ápolásnak a Népegészségügyi Program. Elsősorban tanárookra, védőnőkre, orvosokra, civil szervezetekre, illetve ételmezésvezetőkre és közétkeztetőkre építi fel a stratégiát. Emellett interaktív, internetes tanácsadó szolgálatot tart kívánatosnak, amely kérdőíves felmérés után testre szabja a diétát. Megemlítendő, hogy az anyagból teljesen kimaradtak a dietetikai szakemberek, akik speciális tudásuk révén a kulcsot jelentik bármilyen táplálkozástudományi program megvalósításához. Hogy az ápolókról se feledkezzünk meg, érdemes felidézni Best és Thomas (2001) tanulmányát, akik ápolókból szervezett táplálkozási team tagjainak hatékonyságát írták le. Megállapításaik szerint egy ilyen team a

dietetikus kiváló partnerének bizonyul; együttműködésük révén javult a táplálkozási hiányosságokban szenvedő betegek felismerése, és miután a betegek időben jutottak szakszerű dietetikai tanácshoz, a betegellátás minősége kiemelkedően javult. Goldstein és munkatársai (2000) még ennél is továbbmentek, arra kerestek választ, hogy milyen szakmai és anyagi következményekkel jár a táplálkozási tanácsadást végző szakápoló tevékenységének megszüntetése. Az eredmények egyértelműen bizonyították az ápolók szakértelmét és (költség-) hatékonyságát; az ápolók távozását követően a betegek egészségi állapota hanyatlott (a helytelen táplálás és a fellépő szepszis miatt), az ezzel összefüggő kezelési költségnövekedés pedig jelentős volt.

Mindezeket megfontolva, az internetes tanácsadás ötlete népszerű, és széles tömegek számára nyithat konzultációs felületet, de ismerve a magyar lakosság öngyógyításra való hajlamát és általános egészségi kultúráját, az ápolásban dolgozó szakemberek betegekkel való találkozásai kínálják az egyik leggyakoribb lehetőséget a dohányzás vagy akár táplálkozás terén történő szakszerű beavatkozásra. Modern szemléletű képzésük révén ehhez minden eszköz adottnak tűnik.

Ezek után felesleges azon eltűnődni, hogy az alkohol és drogprevenció fejezet alatt szorgalmazott szakmai kooperációban miért csak a pszichológusok, pszichiáterek, egészségfejlesztők, mentálhigiénés szakemberek, szociális munkások, lelkesek és kortárssegítők együttműködésére számítanak a szerzők.

Az ápolásra mért legnagyobb csapást azonban a *Háttéranyag* összegzésének 5. pontja alatt találjuk. E szerint: "Célunk, hogy az önkormányzatok, az orvosok és szakmai befektetők vehessenek részt tőkehiány miatt az ellátás-szervezés tulajdonlásában." Ebben az olvasatban a szöveg az ápolókat (és más szakdolgozókat is) meglehetősen diszkriminatívan kezeli, mintegy eleve kizárva ezeknek a szakembereknek az egészségügy megszervezésére irányuló tulajdoni lehetőségét. Kérdéses, vajon egyáltalán jogszerű-e ez az álláspont, nem beszélve egyéb társadalmi- és szakmapolitikai következményekről. Kérdéses, vajon miért nincs jelen az ápolásvezetés véleménye, tiltakozása, amikor ilyen létfontosságú, az ápolók jövőjét meghatározó kérdésekről döntenek.

Az említett három dokumentum hiányosságai azt mutatják, hogy az ápolás jelenléte a meghatározó egészségpolitikai gondolkodásban marginális vagy teljesen nélkülözött. Az ápolásnak, mint a legtöbb egészségügyi szakdolgozót tömörítő szakmának, nincs jelenleg összefogott és határozott stratégiája a problémák kezelésére, megelőzésére. Hasonlóan egyes más egészségügyi szereplőkhöz, inkább a változások passzív szemlélője, követője, mintsem aktív irányítója. Az újonnan szerveződött kamara még nem rendelkezik azzal a politikai tőkével és támogatottsággal (és/vagy vezetőkkel), amely az orvosi vagy gyógyszerészeti kamarával azonos tárgyalási pozícióba emelné. Annak ellenére, hogy az ápolásnak már parlamentáris szintű képviselője is létezik, országgyűlési képviselőnk személyében, a politikai alkuk és hangzavar sűrűjében az ápolás le-lecsúszik a prioritások listájáról.

Hiányzik a kontaktus, a párbeszéd az ápolás és a magyar társadalom között; a média és sajtó használata egyelőre éppolyan idegen, mint a politikai folyamatokban történő tudatos részvétel. Ennek gyökerei természetesen az ápolás történetiségében húzódnak meg, és az elnyomott státusz következményei (Davies, 2004; Keighley, 2004). Sieloff (2004) szerint a politikai klímaváltozás ellenére is megmaradt az ápolók tehetetlenség érzete, és az ebből fakadó alacsony szerepvállalás. Ahhoz, hogy ebből a kényszerhelyzetből az ápolás ki tudjon törni, szükség van a tudatos koalícióépítésre, a társadalommal és más szakmai szervezetekkel való szövetkezésre (Rafferty és Traynor, 2004). Mindeközben pedig egy olyan világos ápolói identitás kidolgozására kell törekedni, amely a társadalom és a politikai döntéshozók szemében is egyértelművé teszi a szakma értékeit, létfontosságát, nélkülözhetetlenségét és szervezettségében rejlő erejét. Ebben a folyamatban kulcsfontosságú megmutatni a társadalomnak, hogy az ápolás milyen jövőképet tart elfogadhatónak ahhoz, hogy a gondozására bízottaknak a legmegfelelőbb ellátást tudja nyújtani. Az ilyen előrelátó, rendszerezett gondolkodás hiányát tükrözik az *Ápolás Magyarországon* kiadvány (Fedineczné, 2003) *ápoláspolitikai és az ápolásügy jövője* fejezetei, amelyek meglehetősen összehangolatlan, töredezett képet festenek az elképzelésekről. Egyik fejezet sem tesz említést Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia létezéséről, holott a stratégiai anyag kidolgozását és használatát az 1990-es évek közepétől az Egészségügyi Világszervezet Európai Központja is szorgalmazta (Salvage és Heijnen, 1997; WHO, 1995); a javasolt módszerrel Finnország átfogó ápolásfejlesztési tervét alapozta meg. Ez a terv a finn országos főnövér útmutatásának alapján készült, széleskörű társadalmi- és szakmai vita után került elfogadásra. Ugyanő mutatta be idén májusban a finn parlamentnek, amelynek jóváhagyását követően, az egészségügyi miniszter kiemelt támogatásával (!) zajlik országos bevezetése (Vallimies-Patomäki,

2004). Kérdéses, vajon mi hiányzik a hazai közéletből ahhoz, hogy hasonlóan sikeres politikai képviseléssel, fellépéssel rendelkezzen az ápolás.

A stratégiai gondolkodás elősegítését szolgálta a NÖVÉR folyóirat különszámaként, 2003 áprilisában megjelent *Az ápolás és szülésznőség fejlesztésének stratégiai irányai 2002-2008* elnevezésű, eredetileg az Egészségügyi Világszervezet által kidolgozott dokumentum, amely a magyar valóság kezeléséhez is reális javaslatokat tartalmaz. Ez a dokumentum még időben látott napvilágot ahhoz, hogy a 2004 januárjában az ESZCSM által megjelentetett *Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, jövőjéről, szerepükről az átalakuló egészségügyben* dokumentum végkövetkeztetéseibe egyes ápolókról szóló kritikus célkitűzések bekerüljenek. Sajnos azonban az általánosságokon túl nem tartalmaz az anyag olyan utalásokat, amely az ápolók sajátos helyzetét figyelembe venné, és erre összehangolt cselekvést tartana elfogadhatónak. A béremelés a lehetséges beavatkozások mindössze egyik komponense, a képzés, vezetés, munkaerő-menedzselés és az ápolási gyakorlat terén azonban összehangolt beavatkozások egész sorára van szükség ahhoz, hogy jól szervezett, hatékony és megfelelő létszámú ápoló szolgálja a betegek felépülését.

A címben feltett kérdés tehát inkább költői volt. Határozott, stratégiai gondolkodású vezetőkre, éppen az említett példák miatt, az ápolásnak nagy szüksége van. Kérdés, vajon eljutnak-e valaha abba a helyzetbe, hogy képességeiket megmutassák. Mindannyiunk érdekében reméljük, hogy már nem kell sokáig várnunk.

Javaslatok

Átfogó, társadalmi és szakmai konszenzusra épülő nemzeti ápolásfejlesztési stratégia kidolgozása, megvitatása és elfogadása, amely javaslatot tesz az oktatás, munkaerő-menedzselés, ápolásvezetés és ápolási gyakorlat együttes kezelésére; ami újraértelmezi és kijelöli az ápolás helyét és szerepét a változó egészségügyi rendszerben és a kibővített Európai Unióban;

Az angol Royal College of Nursing politikai vezetőképző programjának mintájára hazai hasonló képzés meghonosítása, és/vagy nemzetközi partnerekkel való együttműködés kialakítása ápoláspolitikai vezetők tudatos kiképzésére, valamint olyan karrier struktúra kiépítése, amely lehetőséget ad ezeknek a vezetőknek a hatékony hazai és nemzetközi szerepvállalásra;

Az emberi erőforrás krízis megelőzésének érdekében az Európai Unió tagországaiban működő társszervezetekkel és képviselőkkel (kamarákkal) való együttműködés kialakítása, az ápolók „menedzselte elvándorlásának” megszervezése, amely úgy teszi lehetővé magyar ápolók külföldi képzését és munkavállalását, hogy az mindkét félnek a legnagyobb hasznot hozza, és a magyar egészségügyi tartalékait nem meríti ki^{2[2]}.

Megjegyzés: a fenti kézirat a szerző személyes véleménye, a benne foglaltak nem jelentik az Egészségügyi Világszervezet hivatalos álláspontját.

Irodalom

1. Albrecht, S., Cassidy, B., Salamie, D., Reynolds, M.D. (1999). A smoking cessation intervention for pregnant adolescents: implications for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract.*, 11(4):155-9.
2. Andrews, J.O., Tingen, M.S., Harper, R.J. (1999). A model nurse practitioner-managed smoking cessation clinic. *Oncol Nurs Forum*, 26(10):1603-10.
3. Best, C., Thomas, S. (2001). Improving practice with a nurse nutrition team. *Nurs Stand.*, 15(19): 41-4.
4. Bolman, C, de V.H., van Breukelen, G. (2002). Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Educ Res.*, 17(1):99-116.
5. Davies, C. (2004). Political leadership and the politics of nursing. *Journal of Nursing Management*, 12, 235-241.
6. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (2004). *Az egészségügyi ellátás-szervezés társadalmi vitájának háttéranyaga.* http://www.eszcsm.hu/eszcsm/eszcsm.news.page?pid=DA_23448

7. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (2004). *Nemzeti népegészségügyi program 2004. évi cselekvési terve*. http://www.eszcsm.hu/eszcsm/eszcsm.head.page?pid=DA_10902
8. Fedineczné, V. K. (szerk.) (2003). *Ápolás Magyarországon*. Budapest: Medinfo
9. Fifty-seventh World Health Assembly (2004). Resolution WHA57.19: *International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries*. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf
10. Fonteyn, M.E. (2003). A nurse led smoking cessation intervention increased cessation rates after hospital admission for coronary heart disease. *Evid Based Nurs.*, 7(2):46.
11. Gebauer, C., Kwo, C.Y., Haynes, E.F., Wewers, M.E. (1998). A nurse-managed smoking cessation intervention during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 27(1):47-53.
12. Goldstein, M., Braitman, LE., Levine, G.M. (2000). The medical and financial costs associated with termination of a nutrition support nurse. *JPEN, J Parenter Enteral Nutr.*, 24(6):323-7.
13. Hamilton, G., O'Connell, M., Cross, D. (2004). Adolescent smoking cessation: development of a school nurse intervention. *J Sch Nurs.*, 20(3):169-74.
14. Hurt, R.D., Dale, L.C., Fredrickson, P.A. et al. (1994). Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up. One-year outcome and percentage of nicotine replacement. *JAMA*, 271(8):595-600.
15. Johnson, J.L., Budz, B., Mackay, M., Miller, C. (1999). Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart Lung*, 28(1):55-64.
16. Keighley, T. (2004). Political leadership in Europe – an assessment of the impact of the 2004 EU Accession round on nursing in Europe. *Journal of Nursing Management*, 12, 279-285.
17. McKee, M., MacLehose, L., Nolte, E. (2004). *Health policy and European Union enlargement*. European observatory on health systems and policy series. Berkshire: Open University Press.
18. Rafferty, A. M., Traynor, M. (2004). Context, convergence and contingency: political leadership for nursing. *Journal of Nursing Management*, 12, 258-265.
19. Salvage, J., Heinjen, S. (1997). *Nursing in Europe: a resource for better health*. Copenhagen: World Health Organization.
20. Sieloff, C. L. (2004). Leadership behaviors that foster nursing group power. *Journal of Nursing Management*, 12, 246-251.
21. Smith, P.M., Reilly, K.R., Houston Miller, N., DeBusk, R.F., Taylor, C.B. (2002). Application of a nurse-managed inpatient smoking cessation program. *Nicotine Tob Res.*, 4(2):211-22.
22. Vallimies-Patomäki, M. (2004). *Előadás: tájékoztató országos vezető főnövéreknek a finn nemzeti ápolásfejlesztési stratégia szerepéről*. WHO Government Nurse Forum, World Health Organization, Geneva, 13-15, May, 2004.
23. Varga, P. (szerk.) (2004). *Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, szerepéről, jövőjéről az átalakuló egészségügyben*. http://www.eszcsm.hu/eszcsm/eszcsm.head.page?pid=DA_11029
24. World Health Organization (1995). *Developing a national action plan for nursing and midwifery for Estonia. Report of a workshop*. Copenhagen: WHO.
25. World Health Organization (2002). *Current and future long-term care needs*. Geneva: Switzerland. (http://www.who.int/chronic_conditions/en/ltc_needs.pdf)

[Vissza a tartalomhoz](#)

Tallózó

D-vitaminnal megelőzhető a sclerosis multiplex – A Harvard School of Public Health kutatói a közelmúltban jelentést tettek közzé arról, hogy az SM kapcsolatban lehet a D-vitamin hiányával, és hogy a D-vitamin adagolása segíthet megelőzni a betegség kialakulását. A sclerosis multiplex (SM) a legelterjedtebb demyelinizáló betegség. Károsodik a myelin hüvely (az egyes idegrostokat borító „szigetelés”) a központi vagy környéki idegrendszerben. Az SM által okozott laesiók az agyi MR-felvételen láthatók. Egyes megfigyelők megjegyezték, hogy a laesiók kiterjedése változik, a

kiterjedtebbek inkább a téli, mint a nyári hónapokban jelentkeznek. A kutatók az egyik alkalommal 92 253 ápoló végeztek felmérést, amelynek során a résztvevőket 1980-tól 2000-ig követték, a másik tanulmányban 95 310 ápoló vett részt 1991 és 2001 között. Ez alatt az idő alatt 173 SM- esetet diagnosztizáltak, az előfordulási arány így 100 ezer főre évente 7,4 volt. Az ápolók négyévente a táplálkozásukra vonatkozó kérdőíveket töltötték ki, továbbá beszámoltak a táplálék-kiegészítő szedési szokásaikról is. Az adatok elemzése során kiderült, hogy azoknál a nőknél, akik sok D-vitamint szedtek, 33 százalékkal alacsonyabb volt az SM előfordulása, mint azoknál, akiknek a szervezetébe csak kis mennyiségben került D-vitamin. További elemzés arra utalt, hogy az élelmiszerekből, elsősorban tejből és halból származó D-vitamin csak igen kis mértékben járult hozzá az általános D-vitaminfogyasztáshoz, és önmagában nem kapcsolható az SM kockázatának csökkenéséhez.

Azok, akik napi 400 IU D-vitamint szedtek táplálék-kiegészítőként, 40%-kal csökkentették az SM rizikóját, szemben azokkal, akik nem szedtek ilyen kiegészítőket. A legtöbb D-vitamin a multivitaminokból származott, így lehetséges, hogy ezeknek a többi komponensei is hozzájárulhattak a védő hatáshoz. A kutatók azonban meg vannak róla győződve, hogy a védő ágens a D-vitamin. Rámutatnak, hogy az SM előfordulása az egyenlítőtől való távolság növekedésével nő mindkét féltekén, ami arra utal, hogy a napfény az endogén D-vitamintermelés hatékony kiváltója, és igen fontos tényezője a megelőzésnek. Számos tanulmány arra az eredményre jutott, hogy az SM-betegek általában D-vitaminhiányosak. A D-vitaminhiány különösen gyakori a 42 szélességi fok fölött, ahol télen a vér D-vitaminszintje a nyári értéknek akár a felére is csökkenhet.

A kutatók azzal zárják tanulmányukat, hogy a D-vitamin véd az SM ellen, és további klinikai kísérletek lefolytatását javasolják annak megállapítására, hogy a D-vitamin kiegészítőként való adása lassítja-e a betegség progresszióját is.

*Larsen, H.R.: Vitamin D intake and incidence of multiple sclerosis. Neurology, Vol. 62, January 2004, pp. 60-65.
In: IHN magyar kiadás 2004;13(4) –International Health News*

A szerk. megj.: Egyre szélesebb körben terjed el, mint bizonyított tény, hogy a D-vitaminhiány fontos tényező, és sok betegség alapját képezi. A téli hónapokban napi 1000 IU elfogyasztása nem drága, és nagy valószínűséggel az egyik leghatékonyabb betegségmegelőző módszere, ami rendelkezésünkre áll, különösen azok számára fontos ez, akik a 42 szélességi fok fölött (vagy alatt) élnek.

A bizonyítékokon alapuló hipertónia irányelvek betartásával milliárdok takaríthatók meg – a klinikusok gyakran eltérnek ezen irányelvektől a magas vérnyomás kezelésében, jóllehet ha ezt nem tennék, akár 1,2 milliárd dollárt is meg lehetne spórolni receptköltésekben. Amerikai kutatók 100 ezer beteg esetében azt találták, hogy egy év alatt 2,05 milliónál több receptet kaptak magas vérnyomás elleni gyógyszereke, amelyeknek az éves költsége 48,5 millió dollárra rúgott. A felírt receptek 40%-ánál azonban a vizsgálatot végzők megállapították, hogy alternatív gyógymódok is alkalmazhatóak lettek volna, amelyek jobban megfeleltek a bizonyítékokon alapuló irányelveknek. Ha azokat betartották volna, 11,6 millió dolláros költségmegtakarítást lehetett volna elérni. A megtakarítás nagyobb része a kalcium-csatorna blokkolók más szerekekkel történő helyettesítéséből származnak. Ennél is nagyobb, akár 20 millió dolláros megtakarítást lehetett volna elérni, ha az árakra felső határt állapítottak volna meg.

JAMA 2004;291:1850-1856.