

Életminőség gégeeltávolítás után

Gliedné Tillmann Erzsébet

diplomás ápoló / műtőasszisztens

Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza Fül-orr-gégészeti osztály, Szekszárd

Gégeeltávolításon átesett betegek a gége elvesztését nehezen tudják feldolgozni. A gége eltávolításával elvesznek olyan funkciók, mint a verbális kommunikáció képessége, megváltozik a levegő útja, testséma zavar keletkezik, amelyek pszichésen a veszteségérzést fokozzák. A párkapcsolat terén is jelentkeznek változások, a megváltozott testkép következtében, a szexualitásban is történnek változások, emiatt önbecsülési probléma léphet fel. Régóta foglalkoztat a kérdés, hogy lehet ezzel együtt élni?

Bevezetés

A rosszindulatú gégedaganatok – a hazai statisztikai adatokat véve alapul – előkelő helyet foglalnak el a daganatok sorában. A malignus gége tumoroknak nagyobbik része gyógyítható, jelentős számban kényszerülünk azonban a gége teljes eltávolítására. Jelen dolgozat arra keresi a választ, hogyan változik meg az élet minősége a gége eltávolítása után.

Ha a szervezet homeostasisa felborul, az élet minősége is megváltozik. Súlyos betegségek kapcsán, mint amilyen a gége malignus megbetegedése, sokszor két nagy jelentőségű probléma kerül szembe egymással, “az élet minőségével szemben az élet hossza“ (7).

A betegség ténye, a műtéti beavatkozás és a műtét utáni maradandó elváltozás rendkívüli feszültséget teremt a beteg emberben. A beteg a betegség idején jelentős testi elváltozásokat, a kezelés miatt sajátos hatásokat, a kilátás és a jövőképe okozta emocionális feszültséget, szeparációt, hospitalizációt szenved el. (6) Még a közelmúltban is az az állásfoglalás volt érvényben hogy a betegséget próbáltuk meggyógyítani anélkül, hogy az egész embert gyógyítottuk volna. Ez szerencsére mára már megváltozott, ápolói munkánkban is megpróbáljuk az embert egészében nézni, amihez hozzátartozik nemcsak a szomatikus, de a pszichés és szociális ellátása is. Ma már felismertük annak jelentőségét, hogy mennyire fontos az emberek, betegek lelki ápolásával is foglalkoznunk, hiszen a testi és lelki folyamatok olyannyira összefonódnak, kölcsönösen hatnak egymásra, hogy ezt nem lehet figyelmen kívül hagyni.

Vizsgálati módszerek

Kutatásom strukturált mélyinterjú formájában történt, nyolc beteggel beszélgettem a gégeműtét előtti este, a műtét után egy héttel, a műtét után egy hónappal és a műtétet követően három hónappal. Interjúkérdéseim bizonyos témakörök köré épültek fel, nevezetesen a higiénével, a táplálkozással, a tájékoztatással kapcsolatos, valamint a kapcsolatrendszerre és a magasabb rendű szükségletekre vonatkozó kérdéscsoportok köré.

Gégeeltávolításon átesett beteg ápolása, gondozása egy eset ismertetésén keresztül

Az ápolási tervet nagyrészt meghatározza, hogy a sebészeti ellátás melyik szakaszánál tartunk. A beteg ellátási tervének, az ápoló céljainak és eredményeinek értékelése a műtét előtt elkezdődik, áttekintjük a műtét utáni időszakra és útmutatást ad a jövőbeni beavatkozásokhoz. (9)

A beteg statusa

N. L. 50 éves férfibeteg előzetes előjegyzés alapján került felvételre.

Dg: Tu. laryngis. St post tracheotómiam.

Hosszan tartó rekedtség, gombócérzés miatt jelentkezett orvosnál. Osztályunkon a gégetükri vizsgálat alapján direct laryngoscopia elvégzése látszott indokoltnak. Ez a beavatkozás és egyben a szövettani mintavétel megtörtént, mely igazolta rosszindulatú daganat jelenlétét a gégében. Ezt megelőzően fulladás miatt tracheostomiát kellett végezni.

1993 óta tud májbetegségéről – cirrhosis hepatis.

Szeszes italt rendszeresen fogyaszt, elmondása szerint módjával, 35 évig dohányzott, kávé nem iszik.

Ápolási anamnézis

Fiziológiai egészség

Pulzus: 84/ perc

Vérnyomás: 130/70 Hgmm

Légzés: A betegnek trachea sztómája van, fém tracheakanült visel. A sztómából bő váladék ürül, melyet bizonyos időközönként erőteljes köhögéssel a beteg önmaga el tud távolítani. Ilyenkor a légvétel kimarad, a beteg teljes figyelme a köhögésre és a váladék eltávolítására irányul. Ha sikerült úrrá lenni a rohamon, pár másodperc múlva a légzés visszaáll eredeti, normális ritmusába.

Fájdalom: A sztóma környékén érez helyi fájdalmat, a bőr enyhén piros, felázott.

Táplálkozás: A betegnek percutan gastrostómája van, melyen keresztül saját maga táplálja magát. A gastrostoma környéke nem lobos, a kötést a beteg cseréli. Súlyát tartja, nem fogyott. A szájüregből nyálcsorgás észlelhető, mivel a nyálát sem tudja lenyelni.

Kiválasztás: Jelenleg vizelete és széklete rendszerben van.

Mobilitás: Egyensúlyzavara nincs, mozgásában nem korlátozott, önálló.

Allergia: Allergiás megbetegedése nincs, gyógyszer, étel, és egyéb allergiáról nincs tudomása.

Alvás: A váladék kóros felszaporodása miatt erőteljes köhögés alakul ki, emiatt sokszor felébred éjszaka.

Személyi higiéné: Köhögéskor a nyaka elé textilkendőt tart, (a papírvatta, papír zsebkendő használata mellőzendő az adatpadás miatt) megpróbál félrefordulva köhögni. A kicsörgő váladékot azonnal letörli.

Pszichológiai és lelki egészség

Emocionális status: Amikor közölték vele a diagnózist, saját szavaival élve, úgy érezte magát, mint akit leforráztak. Előzőleg soha nem volt beteg, soha nem járt orvosnál. Úgy látom, szégyelli jelen állapotát, hogy folyik a nyála, és nem tud kellőképpen beszélni.

Kommunikáció: A beszélgetés nehezen ment, több időt vett igénybe, mert a köhögések sokszor megszakították. A verbális kommunikáció a beteg részéről egy-egy szóra, rövid mondatra korlátozódott. A feltett kérdésekre a fejével intett igent vagy nemet, a metakommunikatív jelek többnyire értékelhetők voltak. (4) A beszéd fárasztotta, egyes kérdésekre írásban adott választ.

Kórházra adott reakció: Jelen kórházi tartózkodása reménnyel tölti el. Bizik abban, hogy megszabadulhat a tracheakanültől, ami nagyon zavarja. Egyrészt törli a nyakát, másrészt a sok váladék miatt, gyakran kell tisztítani. Tudomása szerint a légeső ki lesz varrva a nyakához, és ezért nem kell kanült hordania. A másik reménye, hogy ha sikerül a műtét, talán újra szájon át tud táplálkozni, amit nagyon szeretne.

Lelki szükségletek: Fontos neki a család támogatása, a gyerekeire nagyon büszke. A felesége és a barátok mellette vannak. "Engem mindenki ismer és sajnál" – fogalmazott.

Szociális egészség (szociális és környezeti tényezők)

Ezek fő komponensei a betegségeknek, és szükséges, hogy ne csak mint a betegség okozóit vegyük figyelembe, hanem amikor a beteg elbocsátását tervezzük, akkor számoljunk velük, mivel a beteg ugyanabba a környezetbe fog visszatérni, mely jelentősen hozzájárult betegsége kialakulásához. (12)

Család, barátok: Nős, feleségével él rendezett körülmények között, egy társasházi lakásban. Egy fia, és egy lánya van, mindketten Pesten élnek, de gyakran látogatják őket.

Iskolai végzettsége: Régen villanyszerelőként dolgozott, jelenleg le van szálalékolva.

Szabadidő: Nagy szeretettel beszél a szőlőjéről, "kis szőlő, gyönyörű pince, gyümölcsfák, egy kis veteményes". Ott is van TV, rádió, az egész napját ott tölti, annyit dolgozik amennyit tud. Ha elfárad lepihen.

Postoperatív gondozás, életmódbeli változások szükségessége

A fej-, nyakdaganatok recidívái az első két-három évben jelennek meg. A kockázat ideje kb. 5 év. A betegeket az első évben havonta, a második évben kéthavonta, majd öt éven át három-hathavonta kell kontrollálni. A 10-12%-os gyakorisággal megjelenő második primer tumor korán történő észlelése végett, célszerű a betegeket öt-tíz év között fél évente, tíz év után legalább évente megvizsgálni. Minden vizsgálatnál hangsúlyozni kell a helyes életmódot, főként az alkohol és a dohányzás mellőzését.

Célok és lehetőségek a megelőzésben

Mivel bizonyos gégetumorkok sokáig nem okoznak panaszt, a betegség nem ritkán akkor kerül felismerésre, amikor már előrehaladott stádiumban van. A veszélyeztetett populáció szűrése ezért nehézkes, mert ezek az emberek általában addig nemigen törődnek az egészségükkel, amíg valami kézzelfogható problémájuk nincs. Fel kellene hívni a lakosság figyelmét, ha hosszan tartó (2-3 hét) rekedtség áll fenn, vagy diszkomfort érzés van a torokban feltétlenül forduljanak szakorvoshoz.

A rehabilitáció kérdése sem megoldott, hiszen az orvosi rehabilitáció megvalósítására hiányzik az anyagi és szakmai érdekltség. (10)

Ahogy más betegségek vonatkozásában találkozunk ún. sztóma nővérrel, úgy azt gondolom a trachea sztóma esetében is gondolkodhatnánk azon, hogy ilyen speciálisan kiképzett sztóma nővérek lássák el a gégeeltávolításon átesett vagy más miatt tracheotomizált betegek gondozását.

Az életminőség javításának lehetőségei

“Az életminőség olyan multidimenzionális (több tényező által befolyásolt) fogalom, amely alapvetően a cselekvőképesség szintje és az ebből fakadó elégedettség által befolyásolt. A cselekvés eredményeként elégedettséget a másoktól származó pozitív visszajelzések adnak.” (11) A kérdés az, vajon a mindennapi életben hogy tudjuk ezt megvalósítani a rendelkezésünkre álló lehetőségekkel, a betegek rehabilitációjával.

A rehabilitáció célja a gégeműtött betegek esetében:

Direkt:

- helyes légzéstechnika megtanulása,
- nyelés helyreállítása,
- beszéd megtanítása.

Indirekt:

- pszichés és szociális helyzet javítása.

A légzésrehabilitáció módszerei

– Gyógytorna, légzéstartorna.

Míg a légzőtorna a légzés hatékonyságának a növelésére, addig a gyógytorna a kondíció megtartására irányul. A légzőtorna legfontosabb feladata a helyes légzési technika megtanítása

– *Párologtatás.*

A levegő páratartalmának optimális szinten tartása nagyon fontos, mivel a levegő közvetlenül a légesőbe kerül, megkerülve az egyébként védőfunkcióval rendelkező orrot. Így a túl hideg levegő, a poros piszkos környezetből a kórokozók és egyéb porszemcsék közvetlenül a tracheába kerülnek és a légzőrendszer megbetegedéseit okozhatják.

A hangképzés rehabilitációjára jelenleg háromféle lehetőség van

– *A nyelőcső-hang képzésének oktatása, az ún. “nyelőcsőbeszéd”.*

A “nyelőcsőbeszéd” során a beteg az előzetesen lenyelt levegőt fokozatosan, lassan kibocsátva ajkával hanggá képezi. Sok beteg magától megtanulja a technikáját, többeket meg lehet erre tanítani, de vannak akik soha nem tudják megtanulni.

– *Elektrolarynx, más néven elektromos gége vagy Servox készülék.*

Ez egy mechanikus külső hangforrás, amely pótolja a gége hangképző funkcióját.

A Servox készülék használatát minden beteg könnyen megtanulja, még telefonálni is tud vele, a hang minősége viszont elég gyenge. Osztályunkon a hazamenetelkor minden beteg kap egy ilyen készüléket, kioktatva a használatáról. A betegek egy része idegenkedik tőle a furcsa, gépies hang miatt, és esetleg csak többszöri nógatasra próbálja meg használni.

– *Provox hangprotézis.*

Az utóbbi időben ezzel a kis “készülékkel” próbálják meg a hang visszaadását, amely megbízható és igen jó hangminőséget biztosító kis szelep. A hangprotézis működési elve, hogy a hangadáshoz szükséges levegő a tüdőből a trachea felől egy szelepen keresztül jut át a nyelőcsőbe, ahol a garatfűző izomzatból és nyálkahártya redőkből kialakult póthangszalag rezgése veszik át a kivett gége hangképző szerepét. (13)

A hangprotézis implantációját a műtéttel egy ülésben is lehet végezni, de osztályunkon a gyógyulás után történik. A közelmúltban négy betegnél történt protézis beültetés igen jó eredménnyel.

Pszichés helyzet javítása:

A gége elvesztése a beteg részére igen nagy trauma, ezért műtét előtt ajánlatos olyan betegek bemutatása a műtetre kerülő páciensnek, akik műtét után évek óta jól beszélnek. Ezek az esetek nagy segítséget jelentenek a műtét előtti pszichológiai előkészítéshez, és a műtét utáni rehabilitációhoz. A rehabilitációs program eredményessége attól is függ, hogy betegünk felkészítése mennyire volt sikeres.

Szociális helyzet javítása:

Betegeink közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkeznek. Ezzel az igazolvánnyal térítésmentesen jogosultak a gégekanülre, bizonyos tápszerekre, gyógyszerre, Servox készülékre.

Ápolási folyamat dokumentálása műtét előtt N.L. 50 éves férfibetegnél. Ápolási kategória: A 2 S 2

Ápolási folyamat dokumentálása N.L. 50 éves beteg esetében az első postoperatív napon. Ápolási kategória: A3 S3

Ápolási folyamat dokumentálása műtét után tíz nappal

Ápolási folyamat dokumentálása műtét után egy ill. három hónappal

Összefoglalás

A betegekkel történt beszélgetéseim kapcsán kiderült számomra, hogy elég zárkóztak ezek az emberek, akik a problémáikat nem akarják, vagy nem is tudják megfogalmazni. A betegségük előtt a nyolc páciensből hét hosszú időn át rendszeresen nagy mennyiségű alkoholt fogyasztott, ez arra enged következtetni, hogy az alkoholt használták fel feszültségeik oldására, tehát olyan feldolgozatlan lelki folyamatok zajlottak bennük, amit az alkohol felszabadító és mámorító hatásával igyekeztek leplezni. Ma már tudásunk van arról, hogy a feldolgozatlan feszültségek, a megoldatlan stresszhelyzetek, az életvitel igen nagy szerepet játszanak a betegségek létrejöttében. Ha az emberek megtanulnák érzéseiket kellőképpen kifejezni, azt hogy hogyan lehet csökkenteni a feszültségeket természetes módszerekkel, ha elfogadnák a lelki élettel történő foglalkozás létjogosultságát és gondolnák lelki egészségüket úgy, mint a testit, akkor számíthatnánk némi változásra a betegségeket illetően. (1)

Azonban amíg idáig nem jutunk el addig az egészségügyben dolgozóknak, és főként az ápolóknak kell ezt a szerepet felvállalni, hogy a páciensek lelki folyamataival foglalkozzanak, és minden tőlük telhetőt megtegyenek azért, hogy a lelki egészség ne romoljon tovább. Remélhetőleg ezt rövid időn belül átveszik olyan szakemberek, akik a lelki folyamatoknak tudója. Mivel kevés a pszichológus, ezért azt gondolom ezt a feladatot a mentálhigiénés és egészségfejlesztő szakemberek tudják majd vállalni, levéve az ápolók válláról egy olyan felelősséget és terhet, amely igen nyomasztó a számukra. A beteg embert pedig olyan szakszerű kezelésben tudják részesíteni, ami segít a feszültségek és szorongások feloldásában, a problémák feldolgozásában, ezzel egy új élet lehetőségét teremti meg. Ha megelőzni nem lehet a bajt, akkor legalább az operáció, gyógyulás után próbáljunk egy olyan utat mutatni, amely egy jobb életminőséggel kecsegtet.

Mivel jelenleg a megfelelő segítség elmarad, ezért az életvitel ott folytatódik, ahol a műtét előtt abbamaradt, tehát a beteg szervet kioperáltuk, de a beteg lelket nem gyógyítottuk meg.

“Te ismered a penge élet, vér izét,
a megfeszített percekét,
a szakadt légszó görcseit, s a fulladás
csatáját és rémületét.”

(Babits Mihály: Balázsolás)

Irodalom

1. Bagdy Emőke: Pszichofitness. Animula kiadó Budapest, 1997.
2. Bonnie Allbaugh-Kathy V. Gettrust: Sebészeti ápolástan. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1998.
3. Bonnie Allbaugh-Kathy V. Gettrust: Onkológiai ápolástan. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1998.
4. Császár Piroska: Kommunikáció. Egészségügyi főiskolai jegyzet. Pécs, 1994.
5. Christine Miakowski - Cathlen A. Cratton: A fej és nyak rosszindulatú daganatai. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1998.
6. Hárdi István: Pszichológia a betegágnál. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1980.
7. Illei György: Otthoni betegápolás a főiskolai diplomás ápoló képzésben. Nővér, 1999. 12. 3.
8. Illyésné Rajk Veronika: Adalékok a laryngectómia műtéten átesett betegek ápolásához. Nővér, 2000. 13.1.
9. Jean Smith-Temple: Gyakorlati ápolástan. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 1997.
10. Katona Ferenc és Siegler János: Orvosi rehabilitáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1999.
11. Kókai Károly: Az orvosi rehabilitáció során végzett ápolás, a kívánatos életminőség elérésének esélyei. Nővér, 2000. 13. 1.
12. N.H.Groenman-O.D.A.Slevin Ma Buchenham: Szociológia, szociálpszichológia és magatartástudomány ápolóknak. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1996.
13. Tamás László - Kiefer Gábor: Hangrehabilitáció teljes gégeeltávolítás után Provox hangprotézis implantációval. Fül-orr-gégegyógyászat, 49 évf. 1998. február.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Szakedolgozói attitűdök és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés

Dr. Zrínyi Miklós, Ph.D. (CWRU-USA), *ápoláskutató, szerkesztő (NŐVÉR)*
Balogh Zoltán, *főiskolai adjunktus, doktori hallgató, Semmelweis Egyetem*

A vizsgálat célja: 1.) az ápolószemélyzet hajléktalanokkal szembeni attitűdjének felmérése az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel összefüggésben; 2.) speciálisan az egészségügyi személyzet hajléktalanokkal szembeni attitűdjét mérő skála kifejlesztése, amely magába foglalja az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést is.

Minta és módszerek: A vizsgálat a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán tanuló 181 diplomás ápoló és 39 mentőtiszt hallgató beválasztásával készült. A vizsgálatához a szerzők által készített 58 kérdésből álló, önkitöltős kérdőívet használtunk.

Eredmények: A válaszadók attitűdje kismértékben, de kedvező volt. A mentőtisztek és férfiak kedvezőtlenebbül álltak a hajléktalanok ellátásához. A többség a hajléktalanságot inkább szociális problémának tekintette. Sokan tagadnak meg hajléktalan személy ellátását és zárkóznak el jogaik egészségügyön belüli képviselétől. A kérdőív megbízhatóságával szemben annak validitását nem sikerült egyértelműen alátámasztani.

Következtetések: Az elemzések során felmerültek olyan etikai problémák, amelyek további vizsgálatot érdemelnének. Javasolható, hogy a kérdőív validitásának megalapozására további méréseket végezzünk annak lerövidített változatával.

A probléma bemutatása

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) 2000 évben közzétett, az egész világot átfogó egészségügyi jelentése kulcsfontosságúnak találta a szegénység elleni küzdelmet és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés fejlesztését, különösen a hátrányos helyzetű csoportok esetében (WHO, 2000). Ezzel összhangban a dokumentum rámutatott az egészségügyi, szociális és gazdasági szféra területén dolgozók együttes felelősségére, valamint az egyes szakterületek közötti összefogás és együttműködés szükségességére. A dokumentum tényként utal a szegénység és a rossz egészségi állapot közötti egyértelmű összefüggésre. A probléma nagyságát és súlyosságát jelzi, hogy ugyanezen évben a Világbank szintén a szegénység elleni küzdelmet fogalmazta meg elsődleges célnak, amelynek segítségével egy komolyabb gazdasági világválság és egyes földrajzi régiók végleges leszakadása elkerülhető (World Bank, 2000).

Magyarország az EVSZ európai régiójához tartozik, társadalombiztosítási és egészségügyi ellátó rendszere állampolgári jogon garantálja az egészségüghöz történő hozzáférést. Elviekben tehát, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés problémája nem jellemző hazánkra. Ennek ugyanakkor ellentmondani látszik Gönczöl Katalin, az országgyűlési jogok volt biztosának ajánlása (Fővárosi Önkormányzat, 2001). A vizsgálat során a hajléktalanok egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatban jogsérelmeket tártak fel, amelyek korlátozták az állampolgári jogon járó hozzáférést alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz.

Tekintettel a fenti vizsgálat eredményeire valamint az EVSZ ajánlására, amely az egészségügyi személyzet – beleértve az ápolók – fokozott szerepére hívja fel a figyelmet az ellátáshoz való hozzáférés biztosításában, szükségesnek gondoltuk hazai vizsgálat elkészítését. Egészségügyi dolgozók, különösen az ápolószemélyzet attitűdjéről a hajléktalanság és ellátáshoz való hozzáférés vonatkozásában még nem készült hazai vizsgálat. A vizsgálat lefolytatásához azonban speciális mérőeszköz nem állt rendelkezésre. A vizsgálat egyik célja ezért egy olyan attitűd skála kifejlesztése volt, amivel mérhetővé válik az egészségügyi személyzet hajléktalanokhoz és a hajléktalanok ellátásához fűződő viszonya.

Irodalmi áttekintés

Az ápolói attitűdök, a hajléktalanság és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés tekintetében az irodalom korlátozott számú közlésre szorítkozik. Ugarriza és Fallon (1994) az ápolók hajléktalan nőekkel szemben mutatott attitűdjét vizsgálta. Megállapították, hogy a hajléktalan nők nagy része a hajléktalanság következtében fizikai és mentális problémák sokaságával rendelkezik. Ugyanakkor megfigyelték, hogy problémáik kezelésére egészségügyi ellátást csak igen alacsony arányban vettek igénybe, aminek részleges magyarázata az ápolók elutasító magatartása volt. Nem sokkal kedvezőbb a helyzet a közvélemény tekintetében. Link és mtsai (1995) által készített felmérés tanulságai szerint a hajléktalanságot nemkívánatos társadalmi problémának tekintik, és fokozódó intolerancia is megmutatkozik a hajléktalanok megítélésével kapcsolatban. A kedvezőtlen kép kialakításához, bizonyos értelemben, a médiák is hozzájárulnak, különösen a mentálisan hátrányos helyzetű személyek kiemelésével és portréjuk kihangsúlyozásával (Culhane, 1991). Mindezek, beleszámítva a közvetlen szerzett tapasztalatokat is, befolyásolják az ápolószemélyzet véleményét.

Minick és mtsai (1998) egyértelműen rámutattak arra, hogy az ápolókban is élnek előítéletek, amelyek akadályai lehetnek a hajléktalanok ellátásának. Ugyanakkor a vizsgálat rávilágított, hogy az előzetesen kialakult negatív ápolói véleményt érzékelhetően megváltoztatta, ha meghallgatták, megértették, átértékelték betegük személyes problémáit. Az is nyilvánvaló volt, hogy az ápolók frusztrálttá és ellenségessé váltak hajléktalan pácienseikkel szemben, ha azok nem hálálták meg, nem értékelték eléggé gondoskodásukat, vagy nem az ápolók elvárásaival összhangban viselkedtek.

Price, Desmond és Eoff (1989) kutatásából az derült ki, hogy az ápolók a hajléktalanságot önmagába visszatérő körnek látják, amiből alig lehet kitörni. Ebben a kutatásban meglehetősen sokan mutattak ellenérzést a hajléktalanokkal szemben. A 192 fős minta 58%-a állította, hogy a szegény vagy hajléktalan nők azért vállalnak terheket, hogy szert tehessenek állami támogatásra, segélyre. A minta 35%-a egyértelműen úgy gondolta, hogy a hajléktalanok a szociális segélyből jól élnek.

Murray (1996) 150 hajléktalan férfit kérdezett arról, mi a hajléktalanságban a legnehezebb. A négy legfontosabb probléma között ott szerepelt a szociális munkások, ápolók által mutatott elutasítás is. Ennek okára Malone (1996) tanulmányában is találhatunk magyarázatot. Az egészségügy területén a gyors megoldás a preferált, a hangsúly a testi problémák kezelésén található. Olyan emberekkel, akiknek szociális, mentális és fizikális panaszai együttes figyelmet kívánnának, az ápolók sem tudnak igazán mit kezdeni. Mivel kielégítő megoldást nem tudnak találni, figyelmüket rövid idő után elfordítják ezektől az emberektől.

A fenti vizsgálatok egyértelműen bizonyítják, hogy az ápolószemélyzet elutasítása akadályozhatja az egészségügyi ellátás igénybevételét, különösen a hátrányos helyzetű csoportok esetében. A vizsgálatokból az is kiderült, hogy az ápolószemélyzetben megfogalmazódnak ellenérzések a hátrányos helyzetű csoportok tagjaival szemben. Ezek egy része tapasztalati, más része kulturálisan kialakult stigmákra alapozott. Az idézett vizsgálatok mindegyike eltérő, legtöbbször kvalitatív módszerrel határozta meg a személyzet attitűdjét, olyan eszközt azonban, amely az ápolószemélyzet konkrét attitűdjét mérné hátrányos helyzetű csoportok tagjaival szemben, nem találtunk. A hajléktalanokkal szembeni attitűd lemerésére Lester és Pattison (2000) tett közzé egy saját fejlesztésű kérdőívet, amely több mint 200 orvostanhallgató bevonásával készült. A végül 20 kérdésre szűkített skála megbízhatósága nem lépte túl a 0,74-es értéket, ami elmarad a konvencionálisan elfogadott 0,8-es értékhatártól.

Az áttekintés részben magyarázatot nyújt az ápolás, a hajléktalanság és az ellátáshoz való hozzáférés összefüggésére. A bevezetőben jeleztük, hogy a kérdés a legnagyobb világszervezetek számára is elsődleges fontosságú. A megoldásban kritikus szerepet szánunk az ápolószemélyzet szabályozó magatartásának, amiről azonban külföldi kutatások kimutatták, hogy sok esetben kedvezőtlen. Erről azonban hazai vizsgálat során nem volt módunk meggyőződni.

Mindemellett csak olyan eszköz áll jelenleg rendelkezésre, amivel orvostanhallgatók/orvosok attitűdjét mérhetnénk. Ennek az eszköznek a megbízhatósága egészében nem felel meg a kívánatos mértéknek, és nem teljesen alkalmas más egészségügyi szakdolgozó magatartásának mérésére.

Az előzőekben ismertetett szempontok alapján a jelen vizsgálat kettős célt fogalmazott meg: 1.) megvizsgálni az ápolószemélyzet hajléktalanokkal szembeni attitűdjét az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel összefüggésben; 2.) speciálisan az egészségügyi személyzet hajléktalanokkal szembeni attitűdjét mérő skála kifejlesztése, amely magába foglalja az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést is.

Hipotézisek

1. A hajléktalanság és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés tekintetében a mentőtisztek és az ápolók között szignifikáns véleménykülönbség adódik: a mentőtisztek hozzáállása kedvezőtlenebben alakul.
2. Az eltérő nemek között a hajléktalanság és az egészségügyi ellátás megítélésében szignifikáns eltérést tapasztalunk: a férfiak hozzáállása kedvezőtlenebb.
3. Függetlenül a válaszadó végzettségétől, a hajléktalanságot inkább szociális, mint egészségügyi problémának tekintik.
4. Sem a mentőtisztek, sem az ápolók nem tagadnák meg hajléktalan személy ellátását.

Vizsgálati módszerek és minta

A vizsgálat önkitöltős, 58 kérdésből álló **kérdőív** segítségével történt. Az 58 kérdés összeállításában a fő hangsúlyt a hajléktalansággal összefüggő stigmákra és általános attitűdökre, jogszabályi hivatkozásokra, a materiális és immateriális segítségnyújtás elemeire, és az ellátáshoz való hozzáférésre, a kezelésbe történő bevonásra helyeztük.

A skálán adható válaszok tartományát "egyáltalán nem ért egyet" és "teljes mértékben egyet ért" (1-től 5 fokozatig terjedő Likert-féle skála típus) választási lehetőségek között határoztuk meg. A skálán egyaránt pozitív és negatív állításokat tartalmazó kérdéseket helyeztünk el. Utóbbi kérdéseket ellenkező előjelre kódoltuk át a megbízhatóság ellenőrzése során.

A skálán elérhető legalacsonyabb és legmagasabb pontszám 58 és 290. A válaszadó hozzáállása legkedvezőbb, ha 202 pontot ért el, legkedvezőtlenebb, ha 146 pontot szerzett.

A vizsgálatot demográfiai adattal egészítettük ki, amelyen a válaszadókat életkorukról, nemükről, végzettségükről, a szakról, ahova jelenleg jár, eddigi egészségügyi tapasztalatairól, és jelenlegi munkaviszonyáról kérdeztük.

A minta kiválasztása kényelmi mintavétellel történt, a mintát Semmelweis Egyetem Főiskolai Karán tanuló mentőtiszt és diplomás ápoló levelező tagozatos hallgatók alkották. A vizsgálatra való jelentkezés önkéntesen és névtelenül történt.

A megbízhatóság ellenőrzéséhez Cronbach-féle megbízhatósági együttható meghatározását végeztük el. A validitás kiértékeléséhez varimax elforgatású (90o-os szögben történő) főkomponensű faktor analízist hajtottunk végre. A minta tulajdonságait leíró statisztikai módszerekkel mutattuk be. A hipotézisek igazolásához szükséges statisztikai módszerek esetében előzetes normál eloszlás meghatározást végeztünk. Minden olyan esetben, ahol indokolt volt, nem paraméteres próbát alkalmaztunk a hagyományos eljárások helyett. Egyirányú hipotézisek igazolására egyoldali próbákat használtunk, minden más esetben kétoldali próbákat. Az elsőfajú hiba elkerüléséhez 5%-os hibahatárt határoztunk meg. Az elemzéseket az SPSS programcsalád 6.1 Windows verziójával készítettük.

Eredmények

A végleges minta 220 főből állt, a minta 17,7%-át mentőtiszt hallgatók alkották. Az ápoló hallgatók esetében a következő arányok alakultak ki: 19,5% (2. évfolyam), 28,6% (4. évfolyam) és 34,1% (3. évfolyam). A minta átlag életkora 31,8 (± 6) év volt, 19,4%-ban férfiakból állt. A főiskolát megelőzően 69,9% végzett egészségügyi szakközépiskolát, egészségügyben szerzett tapasztalata majdnem mindenkinek (98,6%) volt.

A kérdőív egészén elért átlag pontszám értéke 178,5-nek ($\pm 12,56$) adódott. A leggyakrabban használt érték (módusz) 175 volt. A legalacsonyabb érték 126, a legmagasabb 212 pont volt. A pontszámok normál eloszlásúnak bizonyultak (*kurtosis*: 1,13; *skewness*: -0,36; *egymintás Kolmogorov-Smirnov teszt*: $z = 0,68$, $p = 0,73$).

A kérdőív megbízhatóságát a Cronbach-féle alfa (α) együtthatóval jellemeztük. A teljes skálára kialakított érték 0,84 volt.

A kérdőív szerkezeti validitásának vizsgálatát Varimax elforgatással kiegészített főkomponensű faktor analízissel végeztük. (*Említett módszerek részletes leírását lásd: Virányi, I., Zrínyi, M., és Dr. Baráthné, K. Á. (2001). Ápolás és informatika: megbízhatóság és validitás két attitűd skála hazai adaptálása kapcsán. Nővér, 5 (szuppl.), www.medinfo.hu/weblap/nover/novindex.htm.*) Az így kapott faktor szerkezet és a faktor transzformációs mátrix alapján a kérdőív kérdései egy faktor alatt tömörültek (eigenvalue = 7,54). Ugyanakkor a kérdések mindössze 13%-ban nyújtottak magyarázatot a közös faktorra. Annak ellenére, hogy a KMO teszt (= 0,714) és Barthlett-próba ($c^2 = 4111,9$; $p < 0,001$) is szignifikánsak bizonyultak, a faktor mátrix instabilitását jelzi, hogy a végleges mátrix kialakítása a 25 lépést (iteráció) követően nem történt meg.

A hipotézisek vizsgálata

Az egyes számú hipotézis esetében független mintás t-próbát alkalmaztunk (1. táblázat). Ennek eredménye igazolta a feltevést, a mentőtisztek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el, ami kedvezőtlenebb hozzáállást jelez.

Az egyes számú hipotézis esetében független mintás t-próbát alkalmaztunk (1. táblázat). Ennek eredménye igazolta a feltevést, a mentőtisztek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el, ami kedvezőtlenebb hozzáállást jelez.

	N	átl.	SD	d	t	p
Mentőtisztek	39	172,87	9,77	- 6,79	- 3,13	0,002
Ápolók	181	179,66	12,79			

1. táblázat – Független mintás t-próba
(teljes pontszám különbség)

A második számú táblázat a nemek közti eltérést mutatja. Tekintettel arra, hogy a mentőtisztek között található a legtöbb férfi, az eredmények az egyes számú hipotézissel azonos módon alakultak. A férfiak hozzáállása kedvezőtlenebb volt a nőknél.

	N	átl.	SD	d	t	p
Férfiak	42	173,52	9,97	- 6,24	- 2,94	0,004
Nők	175	179,77	12,88			

2. táblázat – Független mintás t-próba
(teljes pontszám különbség)

A harmadik számú hipotézis esetében ún. Wilcoxon-Sign próbát alkalmaztunk, mivel a kérdéses változók nem mutattak normál eloszlást (ami alapfeltétele a t-próbáknak). Szignifikáns különbséget ($z = -10,25$; $p < 0,001$) találtunk aközött, hogy a válaszadók a hajléktalanságot inkább szociális vagy egészségügyi problémának tekintik. A válaszadók többségben szociális kérdésnek tekintették a hajléktalanságot és a vele összefüggésben álló problémákat (3. táblázat).

	N	átl.	SD	z	p
30. kérdés	220	4,1	0,99	-10,25	0,001
34. kérdés	220	0 03	1,1		

30. kérdés = a hajléktalanság szociális probléma
34. kérdés = a hajléktalanság egészségügyi probléma

3. táblázat – Wilcoxon-Sign próba

A teljes minta 60,9%-a teljesen egyet értett azzal az állítással, hogy nem tagadná meg hajléktalan személy ellátását. Ugyanakkor nem volt érdemi különbség a mentőtisztek és ápolók között az állítással egyet értők és nem értők tekintetében (4. táblázat).

	N	átl.	SD	d	t	p
Mentőtisztek	39	4,51	0,72	0,0045	0,04	0,972
Ápolók	181	0 05	0,72			

37. kérdés = Sosem utasítom vissza egy hajléktalan személy betegként való ellátását.

Jelmagyarázat:

átl. = átlag

SD = szórás

d = különbség

t = t-próba értéke

p = 2 oldali szignifikancia szint

4. táblázat – Független mintás t-próba
(37. állítás különbsége)

Megbeszélés

A jelen vizsgálat szerzői úgy értékelik, hogy az egészségügyi szakdolgozók attitűdjének mérésére létrehozott skála megfelelő megbízhatósággal rendelkezett már az első mérés során. A skála validitása ennek ellenére csak kis mértékben támasztható alá. Kedvező ugyan, hogy a kérdések egyetlen faktor alatt csoportosultak. Ugyanakkor a faktor és a kérdések között megosztott 13%-os magyarázat arra mutat, hogy a skála nyitva hagy számos, a hajléktalansággal, hozzáféréssel és attitűddel kapcsolatos kérdést. Ez mindenképpen óvatosságra int az eredmények magyarázatát illetően.

Figyelembe véve, hogy a skálán elérhető legkedvezőbb pontszám 202, a legkedvezőtlenebb pedig 146 pont volt, a mért 178,5 pontos átlag érték szerint a hajléktalansághoz való hozzáállás semlegesnek, vagy inkább enyhén kedvezőnek mondható. Ezt az eredményt erősíti meg, hogy a minta 39,1%-a értett teljesen egyet vagy értett egyet azzal az állítással, hogy a hajléktalansághoz való hozzáállása pozitív.

Az egyes számú hipotézis mellett érvelt, hogy a mentőtisztek lépnek először kapcsolatba hajléktalanokkal, így ők valószínűleg "kiegettebbek", mint kórházi kollégáik. Ez igazolódni látszik a két szakma közötti véleménykülönbségben, a mentőtisztek kevésbé támogatják a hajléktalan személyek ellátását. Természetesen e mögött az is meghúzódhat, hogy a mentőtisztek között többen vannak férfiak; a második számú hipotézis szerint a férfiak kevésbé látnak el olyan szívesen hajléktalan személyeket, mint a nők.

A harmadik számú hipotézis tanúsága szerint a hajléktalanság jóval inkább társadalmi, mint egészségügyi probléma. Elismerve, hogy a hajléktalanság szociális kérdés, az egészségügy számára ez kellő indokot szolgáltat a hátrító magatartáshoz olyankor is, amikor a betegség valós. A beteg ember egészségügytől való elutasítása ilyen esetben a hozzáférés megtagadását jelenti.

A szegénység és hajléktalanság problémájának visszautalása a szociális szférába arra enged következtetni, hogy a magyar ápolásban, eltérően például az Ápolók Nemzetközi Tanácsának állásfoglalásától (ICN, 2001a), a szegénység, hajléktalanság és a rossz egészségi állapot közötti összefüggés még nem került be a köztudatba és az oktatásba. Ez a tény cselekvésre szólít fel.

Az eredmények között vannak olyanok is, amelyek további elemzést érdemelnek. A minta 57,2%-a úgy vélekedett, hogy a hajléktalanoknak valószínűleg nincs egészségbiztosításuk, valamint ezzel összefüggően alapjuk az egészségügy igénybevételére. Érdekes ugyanakkor, hogy 93,8% szerint megérdemelnek egészségügyi ellátást. Azzal viszont, hogy hajléktalan személyeket kötelessége mind a mentőtiszteknek, mind az ápolóknak ellátni, 30,5% nem értett egyet, valamint 25,5% csak részben értett egyet.

Mindezek olyan visszajelzések, amelyeket fontos komolyan venni. A jelenleg hatályos jogszabályok értelmében bármely magyar állampolgárnak joga van megfelelő színvonalú egészségügyi ellátásra, ez alól a hajléktalan vagy hátrányos szociális helyzetben lévők sem képeznek kivételt. Így az egészségügy igénybevétele nem "megérdemelt" juttatás, hanem alkotmányosan deklarált elv. Ezzel az egészségügy minden résztvevőjének tisztában kell lennie. Ugyancsak meggondolandó, hogy milyen jogi szabályozás jogosíthat ápolókat hajléktalan személy ellátásának megtagadására. A jelenlegi jogszabályok erre közvetlen módon nem adnak lehetőséget, az ilyen magatartás nem csak a magyar szabályozásnak, de az Ápolók Nemzetközi Tanácsa által kiadott etikai alapelveknek is ellentmond (ICN, 2001b). Tekintettel a magas elutasító válaszarányra, a szerzők e tekintetben is cselekvést látnának megfelelőnek.

Az ápolás egyúttal szorosan összefügg a beteg érdekeinek a képviselésével. A minta 27,7%-a nem vagy részben értett egyet azzal, hogy a hajléktalanoknak a válaszadókkal azonos jogaik vannak. Azzal az állítással, hogy a hajléktalanokat a gondozás során jogaikról tájékoztatja, 13,2% nem vagy csak részben értett egyet. A legnagyobb mértékű visszautasítást az az állítás váltotta ki, mely szerint az egészségügyi szakembereknek fel kell lépniük a hajléktalanokat érő jogsértésekkel szemben. Ezzel 64,5% nem vagy csak részben értett egyet.

A szerzők újfent csak utalni tudnak az Ápolók Nemzetközi Tanácsa által kiadott dekrétumra, amely felszólít minden ápolót arra, hogy az egészségügyben és azon kívül is, tartsa tiszteletben és védje a beteg és egészséges személyek emberi és egészséges élethez való jogait, valamint minden eszközzel lépjen fel az esetleges jogsértések ellen (ICN, 2001b). A szerzők megengedhetetlennek tartják, hogy az ápolószemélyzet a betegeiket érő jogsértésekkel szemben ne mutasson határozott fellépést.

A fentiekből következően 23,2% nem értett egyet azzal, hogy a hajléktalanok is megkapnak minden olyan ellátást, amely másokat is megillet, és csak 57,3% értett teljesen egyet azzal, hogy a hajléktalanokat ugyanolyan bánásmódban részesíti, mint más betegeit. Nem értett egyet 42,7% azzal sem, hogy a hajléktalanok ugyanolyan minőségi ellátást kapnának, mint más betegek.

A válaszadók 86,4%-a azzal is részben vagy teljesen egyet értett, hogy a hajléktalanság az állam gondja (!), és 77,2%-uk szerint a hajléktalanságot legjobban az egyházak és karitatív szervezetek tudják kezelni (!). Mindkét vélemény megint csak azt mutatja, hogy az egészségügy próbálja hátrítani a hajléktalanságból, a szegénységből fakadó problémák kezelését, holott az előbb utaltunk a nemzetközi szervezetek által is megfogalmazott összefüggésre a szegénység és rossz egészségi állapot valamint ennek fordítottja között.

Említsünk meg talán néhány kedvező tendenciát is. Pozitív összefüggést ($r = 0,21$; $p < 0,001$) találtunk a között, hogy valaki azért választotta az egészségügyi pályát, mert segíteni kíván másokon és a között, hogy feltétel nélkül segítene egy hajléktalan személyen. Ugyancsak kedvező negatív összefüggés ($r = -0,28$; $p < 0,001$) mutattunk ki két állítás között: minél inkább érezte úgy a válaszadó, hogy a hajléktalanokhoz való hozzáállása pozitív, annál kevésbé értett egyet azzal, hogy elfordítaná a fejét, ha hajléktalan személyt látna. Ezek a kedvező attitűdök azonban nem elegendőek ahhoz, hogy a fenti komolyabb gondokat ellensúlyozzák.

A vizsgálat korlátai

A vizsgálat során alkalmazott mintavételi eljárás (kényelmi) nem biztosította a megfelelő reprezentativitást. A vizsgálat eredményei regionálisan is korlátozottak, így az eredmények általánosíthatósága adott területhez és intézménytípushoz kötött.

Az előállított kérdőív megbízhatósága megfelelt a konvencióknak, ugyanakkor a nem teljesen bizonyított validitás miatt a szerzők egyes eredmények esetében óvatos interpretációt javasolnak.

További javaslatok

Tekintettel arra, hogy nem sikerült a kérdőív validitását teljes mértékben megalapozni, javasoljuk további mérések lefolytatását egy csökkentett számú kérdéssorral. Egyúttal a szerzők úgy gondolják, hogy a vizsgálat során felmerült jogi-etikai kérdések tisztázása további kutatások tárgya.

Rendelet

Irodalom

1. Culhane, D. P. (1991). Images of the homeless. Hospital and Community Psychiatry, 42, 200.
2. Fővárosi Önkormányzat (2001). http://www.fph.hu/bp/kozgyules/intranet/kggy_jk/2001/010419.htm
3. International Council of Nurses (2001)a. ICN on poverty and health: breaking the link. http://www.icn.ch/matters_poverty.htm
4. International Council of Nurses (2001)b. ICN on health and human rights. http://www.icn.ch/matters_humanrights.htm
5. Lester, H. E., Pattison, H. M. (2000). Development and validation of the attitudes towards the homeless questionnaire. Medical Education, 34, 266-268.
6. Link, B. G., Schwartz, S., Moore, R. et al. (1995). Public knowledge, attitudes, and beliefs about homeless people: evidence for compassionate fatigue? American Journal of Community Psychology, 23, 533-546.
7. Malone, R. (1996). Almost "like family": emergency nurses and "frequent flyers". Journal of Emergency Nursing, 22, 176-183.
8. Minick, P., Kee, C. C., Borkat, L. et al. (1998). Nurses' perceptions of people who are homeless. Western Journal of Nursing Research, 20, 356-369.
9. Murray, R. (1996). Stressors and coping strategies of homeless men. Journal of Psychosocial Nursing, 34, 16-22.
10. Price, J., Desmond, S., Eoff, T. (1989). Nurses' perceptions regarding healthcare and the poor (part1). Psychological Reports, 65, 1043-1052.
11. Ugarizza, D. N., Fallon, T. (1994). Nurses' attitudes toward homeless women: a barrier to change. Nursing Outlook, 42, 26-29.
12. World Bank (2000). World Development Report 2000/2001: attacking poverty. <http://www.worldbank.org>
13. World Health Organization (2000). The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. <http://www.who.int/whr>

Vissza a tartalomhoz

Az ápolás humánerőforrás kérdései

Gyurisné Pethő Zsuzsanna

egészségügyi közgazdasági és menedzser szakokleveles diplomás ápoló

Az egészségügy egyik kulcsfontosságú területén, az ápolásban az emberi erőforrás tervezés egyensúlyban tartása napjainkra szinte lehetetlenné vált a szakdolgozói létszámihiány miatt. A körülbelül 30%-os ápoló hiányt súlyosbítja, hogy a motivációs rendszer elégtelensége miatt nem várható nagy számú ápoló munkaerő megjelenése a rendszerben, a külső befolyásoló tényezők pedig tovább nehezítik a jelenlegi helyzetet. Szakdolgozatom témájának feldolgozásával célom, hogy az egészségpolitikáért felelősök figyelmét ezúton is felhívjam az ápolói létszámihiány kritikus helyzetére. Hiszem, hogy van lehetőség a megoldásra, különösen akkor, ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy a hosszú távú megoldás nem csak gazdasági kérdés.

A szakképzett személyzet fluktuációja az Ápolási Egyesület felmérése alapján 17-20%-os. (9) A szakirodalom szerint, ha a fluktuáció aránya eléri, illetve meghaladja a 10%-ot, akkor az adott intézmény munkája igen nehézkesé válik, hiszen a dolgozók folyamatos cserélődése nagy feladatokat ró a menedzsment munkájára (új dolgozók betanítása, helyi szokások megismertetése stb.). (7)

Az egészségügyi szakdolgozók 75%-át az ápolók jelentik, akik jelentősen hozzájárulnak az egyének gyógyulásához, a betegségek megelőzéséhez. Ebből következik, hogy az ápolás társadalmi jelentősége nem becsülhető alá. Az ápolási terület létszámgondjai kihatnak az ellátás minőségére, amely a betegek elégedettségében vagy elégedetlenségében nyilvánul meg. A beteg az intézményben töltött idejéből a személyzettel való találkozások 70%-ban az ápolóval kerül kapcsolatba. Betegjogi képviselők elmondása szerint a betegek panaszai 50%-ban az ápolást érintik, közvetve vagy közvetlenül. A panaszok tárgya leggyakrabban az ápolás minősége, szakszerűsége, a betegápolási munka szervezettsége, a nővér-beteg kapcsolat. A betegápolás terhére róják fel az infra-struktúra korszerűtlensége miatti kényelmetlenségeket, diszkomfort érzetet és a nem

megfelelő ápolási eszközökkel okozott többletterhelést. (24)

Szakterületemben arra keresem a választ, hogy milyen okok vezettek a krónikussá váló ápolói hiányhoz, milyen trendek várhatók az ápolás humán erőforrás kérdéseiben.

Létszámhiány elsősorban a betegágy mellett, folyamatos munkarendben dolgozó ápolók körében jelentkezik. Az ápolói hiány bizonyítékeként szolgáló statisztikai adatok után kutatva arra a megállapításra jutottam, hogy az adatszolgáltatás ezen a téren hiányos, nem elég részletes, így pontos adatokat a betegágy mellett, folyamatos munkarendben dolgozó ápolói létszámhiánnyal kapcsolatban nem tudtam kimutatni.

Az EM Csoport Kht. munkatársaival végzett kutatásunkban 62 fekvőbeteg intézmény által megadott adatok alapján a folyamatos munkarendben dolgozó ápolók körében a létszámhiány **28%-os**. A Pest Megyei ÁNTSZ vezető ápolója szerint a megyében **45%**, az Ápolási Egyesület szerint pedig országosan **30%-a** hiányzik az ápolóknak, ami 10-15000 fő hiányát jelenti.

Az Egészségügyi Minisztérium helyzetelemzésében a következő megállapítás olvasható:

“Az egészségügy elhúzódó problémája a szakdolgozók hiánya, mely éveken keresztül átlagban 2000 üres állást jelent. Alapvető gondok az ápolási tevékenységet ellátóknál tapasztalhatók. A folyamatos munkavégzés, a fokozott fizikai és pszichikai terhek, valamint az alacsony kereseti lehetőségek miatt jelentős a pályaelhagyás.”

(6)

Közismert az egészségügyben az a tény, hogy a rendszeren kívül a munkaerőpiacon nincs szabad munkavállaló, a pályaelhagyók nem jönnek vissza, a rendszerben levők pedig elhagyják a pályát, ebből következik, hogy az ápolás munkaerő készlete tovább csökken.

A probléma eredete a következő területeken keresendő: képzés, ösztönzés menedzsment, társadalmi és szakmai megbecsülés hiánya, ápolói kompetencia kérdései.

Képzés: a munkaerőpiac fő utánpótlása minden évben, a szakképzésben nappali tagozaton frissen végzett munkavállalókból meríthető. Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy csak a nappali tagozaton végzett hallgatók száma vehető figyelembe, mert csak ők jelentenek mennyiségi változást a munkaerőpiacon. A levelező tagozaton végzett hallgatók már a rendszerben vannak, az ő új képesítésük minőségi változást jelent az ellátásban.

Tanév	Szakközép iskola	Szakiskola	OKJ képzés	Világbanki	Összesen
1994/95	3416	1121	-	-	4537
1995/96	3011	861	-	-	3872
1996/97	1647	347	2094	1187	5275
1997/98	1320	219	1889	1434	4862
1998/99	44	116	1960	0	2120
1999/00			* 265		
2000/01			* 147		

1. táblázat - Az ápolók alapképzésére felvétel nyert első éves hallgatók számának alakulása

Forrás: Statisztikai tájékoztató, Középfokú oktatás, Oktatási Minisztérium

(a *-gal jelölt nem a statisztikai tájékoztató adatai)

A táblázatból megállapítható, hogy az EU konform, érettségire épülő ápolói képzés bevezetése óta az első éves hallgatók számának nagyarányú csökkenése tapasztalható.

Az első éves hallgatói létszám csökkenésének okai: a hagyományos szakközép és szakiskolai képzés megszüntetése, az érettségire épülő szakképzés bevezetése, fiatalok nem választják a 3 éves képzést.

Tanév	Diplomás ápoló
1995/96	226
1996/97	253
1997/98	349

1998/99	340
1999/00	325
2000/01	237

2. táblázat - Egészségügyi Főiskolai Karok nappali tagozata első évfolyamos diplomás ápoló hallgatóinak létszáma

Forrás: Egészségügyi statisztikai évkönyv

A beiskolázott első éves diplomás ápoló főiskolai hallgatók 1994/95, 1995/96, 1996/97, 1997/98, 1998/99 tanévek létszám átlagának összehasonlításában a 2000/01 évben fel vett hallgatók számának 11%-os csökkenése tapasztalható. (Lásd 3. táblázatot.)

Azt a következtetést vonhatjuk le, hogy hat év alatt 90%-kal csökkent a végzett ápolók száma akkor, amikor kb. 30%-os létszámhiánnyal küzd a szakma.

Tanév	Érettségi-képesítő vizsgát tett szakközépiskolai tanulók száma	Szakiskolában képesítő vizsgát tett tanulók száma	OKJ vizsgázott tanulók száma	Összes
1994	3811	1401	-	5212
1995	3451	1292	-	4773
1996	2744	670	-	3414
1997	2361	356	889	3606
1998	1602	98	797	2594
1999	1133	36	-	1169
2000				*500

3. táblázat - Egészségügyi alacsonyabb fokú ápolói képzésben végzett tanulók száma

Forrás: Statisztikai tájékoztató, Középfokú oktatás, Oktatási Minisztérium

(a *-gal jelölt nem a statisztikai tájékoztató adatai)

Ösztönzés menedzsment nemcsak bérezést jelent, hanem annál tágabb fogalom. Beletartozik a külső, belső motiváció, a nem pénzbeli és pénzbeli ösztönzés minden fajtája. Az ösztönzési rendszerrel kapcsolatos elsőszámú követelmény, hogy a bér legyen összhangban az elvégzett munkával. Továbbá legyen méltányos a szervezetben végzett más munkákhoz, illetve versenyképes a más szervezetekben végzett hasonló munkákhoz viszonyítva. Amennyiben ez az összhang hiányzik, a dolgozó vagy elmegy a szervezettől, vagy kevesebb energiával dolgozik.

A bérek jelenlegi alakulása az egészségügyi szakdolgozók, ezen belül a folyamatos munkarendben dolgozó ápolók tömeges elvándorlásának egyik oka. A bérek nincsenek összhangban az elvégzett munka mennyiségével és minőségével. Az egészségügyi dolgozók csoportján belül az ápolók bére még a szakdolgozók átlagánál is alacsonyabb, jelezve a szakmán belüli megbecsülés hiányát.

Motivációról gyakorlatilag nem beszélhetünk az egészségügyben, ezen belül természetesen az ápolásban sem. Léteznek követendő pozitív helyi kezdeményezések a kórházakban, de ezek eseti jellegűek, nem érintik egyformán az egész ápolói társadalmat.

Az ápolóhiány kérdése nem egyszerűsíthető le csupán a bérek és a motiváció kérdésére, de a dolgozók anyagi biztonsága, a megfelelő érdekelté tétel terén mutató hiányosságok nagy szerepet játszanak a pályaelhagyásban.

Társadalmi megbecsülés: az ápolás, mint hivatás, a kezdetektől fogva a társadalom egészségügyi szükségleteinek kielégítését szolgálta. Ebből az emberi szükségletből ered, hogy az egészségesek egészségét megőrzi, a betegeknek pedig kényelmet és megnyugvást nyújt. Az ápoló igen változatos szervezeti keretek között, ezeken belül is számos szerepkörben és funkciókban, más ellátókkal együtt tevékenykedik. Az ápoló

tevékenységet jogi szempontból az állami, szakmai szempontból pedig a szakmai szervezetek által felállított követelményeknek kell szabályozni. Az ápolás legtöbb területén az ápoló több más egészségügyi szakemberrel együtt közösen tevékenykedik a betegek átfogó ellátása érdekében. Tekintve, hogy az egészségügyi munkacsoportban az ápolónak nyílik a legtöbb lehetősége a többi szakemberrel kifejtett együttműködésre, gyakran rá hárul az ellátás során történő szolgáltatások koordinálása és összefogása. Mindezen bonyolult társadalmi szerepekben az ápolás úgy vesz részt, és alkalmazkodik az új kihívásokhoz, hogy közben folyamatosan csökken a társadalmi presztízse.

Az ápolók kórházi hierarchiában elfoglalt helye: Mintzberg a professzionális-bürokrata szervezetek közé sorolja a kórházakat. Professzionális azért, mert a szervezetre jellemző munkát (gyógyítást) magasan képzett (professzionális) szakemberek (orvosok) végzik. Bürokratikus azért, mert a munkafolyamatok megtervezhetőek, kiszámíthatóak. Fontos kérdés, hogy az ápolók vajon a professzionális munkaerőt jelentik-e, vagy a kisegítő személyzet körébe sorolandók. Az ápolási folyamat során összetett és bonyolult tevékenységek sorozatát végző és döntéseket hozó ápolók olyan munkát végeznek, amit rajtuk kívül senki sem tud elvégezni (még az orvosok sem). Az ápolók képzésével ésmunkájuk jelentőségének elfogadtásával kell azt elérni, hogy a kórházak hierarchiájában két professzionális csoport legyen: orvosok és ápolók. (15)

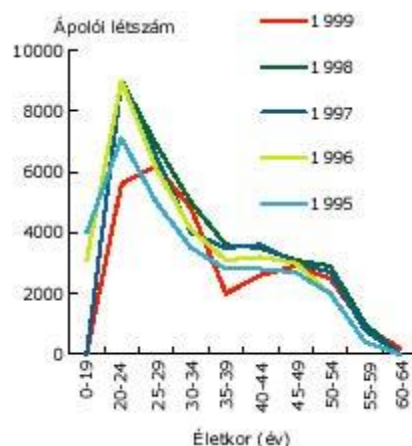
Az ápolás humán erőforrás összetételében megfigyelhető az a tendencia, hogy megjelent a sokoldalúan jól képzett professzionális ismereteket hordozó, ápolói szakmai elit. Ez a tendencia magába hordozza annak a lehetőségét, hogy az egészségügyi hierarchiában előre lépés történjen a szakma elismertségének irányába. Ennek ellenére szakmai elismertségük, megbecsülésük nem tükröződik a szakmán belül (orvosok). (4) Az ápoló státusza, a munkamegosztásban elfoglalt helye, szerepe, rangja még a főiskolai vagy egyetemi diploma megszerzésével sem változik lényegesen.

Az ápolói kompetencia kérdése nem csak szakmai kérdés, hanem súlyos jogi problémákat is felvet. Kidolgozásának halogatása a betegjogi törvény bevezetése és a minőség biztosítására való törekvések megjelenése óta beláthatatlan következményekkel járhat az ápolókra, az orvosokra és az intézményekre egyaránt. A felelősség kérdése a kompetencia határok meghúzása nélkül elképzelhetetlen. Mind szakmai, mind jogi szempontból elengedhetetlen a kompetencia körök kidolgozása és elfogadtatása az egészségügy társ szakmái által. A szakmai szabályok kérdéskörével addig, amíg nincs az ápolásnak köztestületi jogokkal felruházott szervezete, nincs értelme foglalkozni, hiszen betartására és betartatására más módon nem nyílik lehetőség. Ennek érdekében elengedhetetlen az ápolási kamara létrehozása. Ezek alapján egyértelmű, hogy a kompetencia kérdése fontos jogi kérdés, hiánya nagyfokú bizonytalanságban tartja a személyzetet.

Az ápolás munkaerő-készletének alakulását befolyásoló egyéb tényezők

Az ápolás munkaerő készletének alakulását befolyásoló tényezők az ápolók életkori megoszlása, demográfiai és politikai változások. Ezen hatások figyelembevétele a rövid és hosszú távú munkaerő tervezésben elengedhetetlen. (Lásd 1. ábrát.)

Az adatok jól tükrözik, hogy az ápolók több mint fele 30 évesnél fiatalabb, az 50 évesnél idősebb ápolók aránya a 10%-ot sem éri el. Az ábrából jól látszik, hogy az ápolók nagy része a 20-29 évesek közül kerül ki. Mivel a pályakezdők száma a következő években nagymértékben csökkenni fog vagy nem is lesz, ebből következik, hogy a húzóerőt adó 20-29 éves korosztály gyakorlatilag eltűnik a pályáról.



1. ábra - Ápolók életkori megoszlása

Demográfiai hatások közül kiemelném a lakosság előregedésének kérdését. A lakosság előregedése az ápolás területén minőségi munkaváltozást eredményez. Várhatóan az ápolási tevékenységben a fizikai munka szerepe

növekedni fog, gyarapítva az ápoló hivatás elriasztó tényezőit.

Világpolitikai változások: hazánk Európai Unióhoz való csatlakozásának várható időpontja 2004-2005. Az Európai Unió jogszabályai lehetővé teszik majd a tagállamokon belül történő szabad munkaerő vállalást. Az EU-tagállamok többsége hazánkhoz hasonlóan krónikus ápoló hiánnyal küzd, ezért számítani lehet rá, hogy keresni fogják a jól képzett magyar munkavállalót. Ilyen törekvések jelenleg is vannak, pedig nem könnyű a munkavállalás ügyintézése az EU tagállamokban.

A kormány családtámogató szociálpolitikája is befolyásolja a 20-29 éves korosztályú ápoló munkaerőt, abban a döntésében, hogy maradjon-e a pályán. A kormány szociálpolitikájának egyik lényeges eleme a több gyermekes családmodell támogatása. A célok elérése érdekében különböző támogatási rendszereket dolgoz és dolgozott ki. Ilyenek a visszaállított GYES, és az otthoneremtési támogatások programja.

Struktúraváltás hatására bekövetkezendő munkavállalói bizonytalanságok, a közalkalmazotti biztonságból a vállalkozói bizonytalanságba történő átlépés az egyébként is gazdátlan ápolást szétzilálhatja, a szakmai hierarchia peremére szoríthatja. Ennek első jelei az alapellátásban már észlelhetőek, ahol olyan anomáliák léptek fel, hogy a vállalkozó orvos az ápolót nem csak a végzettségének megfelelő feladatok ellátására alkalmazza (mos, mosogató, takarító). Miközben tudását a népegészségügyi program keretein belül az egészségnevelésben kamatoztathatná.

Az ápolói létszámhiány okai: a bérek és a megbecsülés hiánya, a kompetencia körök tisztázatlansága. Újabb kihívást jelent a munkaerő megtartásában a külföldi munkavállalás lehetősége, a demográfiai, szociálpolitikai és az ágazati struktúra-átalakítás hatásai.

Az ápolás humán erőforrás problémájának rendezése sürgős, halaszthatatlan egészségügyi kormányzati feladat. A krónikussá vált ápolóhiány beláthatatlan következményeket vonhat maga után a betegellátásban. A szakma jelzései és az Egészségügyi Minisztérium álláspontja nagyban eltér egymástól az ápolói létszámhiány kérdésében, ezért fontos a tisztán látás érdekében a pontos helyzetfelmérés és az informatikai alapokon nyugvó, átfogó és részletes adatszolgáltatás, mely kiinduló pontja lehetne a további humán erőforrás tervezésének. Halaszthatatlan a bérek emelése, a kritikussá vált létszámhiány kezelése rövid és hosszú távú terveinek kidolgozása, melybe elengedhetetlen a szakma széleskörű bevonása.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

Kedves Olvasók!

Bizonyára mindannyian értesültek már az egészségügyi kormányzat által meghirdetett népegészség-ügyi programról. A program kiemelt jelentősége és fontossága indokolja, hogy ebben az évben folyóiratunk is kiemelt helyet szentel a népegészségügy kérdésének. Ennek első lépéseként közöljük a programnak azon részét, amelyben felvázolja a magyar lakosság elszomorító egészségi állapotát az azt jellemző mutatókkal együtt, továbbá a nemzeti célokat, a nemzeti kiemelt feladatokat, és a célok elérését szolgáló 17 alprogramot. A program teljes terjedelmében olvasható az Egészségügyi Minisztérium honlapján (www.eum.hu), ahonnan mind a magyar változat, mind az angol fordítás elérhető.

Bár a programban nevesítve nem található meg az ápolás, az ápolóknak igen fontos szerepet kell betölteniük a program céljainak a megvalósításában, a lakosság egészségi állapota javításában. Ennek megkönnyítésére és ehhez hozzájárulásként ezévi számaink mindegyikében igyekszünk beszámolni olyan külföldi példáról, amelyek tudományos bizonyítékokkal alátámasztva mutatják be az ápolás hozzájárulását és hozzájárulási lehetőségeit a népegészségügyhöz, a nemzetközi ápolástudományi szakirodalomra támaszkodva. Célunk ezzel az, hogy megismertessük a magyar ápolókat azokkal a területekkel, módszerekkel, másol már bevált megközelítésekkel, amelyeket ők is fel tudnak használni a magyar népegészségügy területén.

*Dr. Fedineczné Vittay Katalin
főszerkesztő*

Egészséges nemzetért népegészségügyi program 2001-2010 **Célprogram a népegészségügyi problémák megelőzésére Magyarországon**

A lakosság egészségi állapota

Több mint három évtizede folyamatosan romlik a hazai lakosság egészségi állapota. 1999-ben a születéskor várható átlagos élettartam férfiak esetében 66,37 év, nőknél 75,24 év volt, messze elmaradva az Európai Unió átlagától (1997-ben: férfiak 74,84 év, nők 81,24 év), de alacsonyabb a környező közép-kelet-európai országok idevonatkozó adatainál is. Különösen magas – világviszonylatban is – a középkorú férfilakosság halandósága.

Bár az utóbbi években enyhe javulás jelei mutatkoznak, abban egyöntetű a vélemény, hogy az egész társadalmat érintő, összehangolt beavatkozás nélkül ez a nagyon lassan javuló trend nem vezet érdemi áttöréshez.

A 65 évnél fiatalabb korban bekövetkezett (ún. korai) halálozásban (hasonlóan az összhálalozáshoz) a halálokok között vezetnek a keringési rendszer betegségei, közülük is a szívkoszorúér-betegségek (jórészt szívinfarktus) és az agyérbetegségek (agyvérzés és egyéb agyi katasztrófák), döntően magasvér-nyomásos eredettel. A magyar lakosság körében a szívkoszorúér-betegségek miatti korai halálozás mintegy háromszorosa, az agyérbetegségek miatti halálozás pedig közel négyszerese az EU átlagnak. A rosszindulatú daganatok okozta korai halálozás is messze meghaladja az EU átlagot hazánkban (1,8-szerese annak). A férfiak daganatos halálozásában a leggyakoribb a tüdőrák, a nők esetében pedig az emlőrák és a méhnyakrák. Különösen kiugró az EU átlaggal szemben a férfiak tüdőrák és a nők méhnyakrák halálozása hazánkban: a tüdőrák halálozás 2,5-szer, a méhnyakrák okozta korai halálozás pedig 3,5-szer magasabb az EU átlagnál.

Ugyanakkor mindkét nemből emelkedik a vastagbél és a végbél rosszindulatú daganatai okozta korai halálozás. Különleges gondot jelent, hogy az elmúlt 30 évben 7-8-szorosára emelkedett a – jórészt alkoholos eredetű – krónikus májbetegségek és májzsugor okozta korai halálozás és az 1990-es évek közepére mintegy hétszerese (7-szerese!) volt az EU átlagnak is. Az erőszakos halálózást a felére kellene csökkenteni hazánkban ahhoz, hogy megfeleljen az EU átlagnak, az erőszakos okokon belül az öngyilkosságok miatti korai halálozás is – bár folyamatosan csökkent az utóbbi évtizedben – még ma is több mint kétszerese az EU népesség körében észlelhető átlagos szintnek.

Az okok hátterében éppúgy jelen van meghatározóan az egészségtelen életmód, a hiányos egészségkultúra és a környezetszennyezés, mint az ország gazdasági fejlettségének, teljesítőképességének hiányosságai, a társadalmon belüli egyenlőtlenségek, valamint az egészségügyi ellátás kifogásolható színvonala. Nagyon sokan és sokat dohányoznak, egészségtelenül táplálkoznak, keveset mozognak, mértéktelenül fogyasztanak alkoholt, önpusztító életmódot folytatnak, nem törődnek egészségükkel, nem veszik igénybe a szűrővizsgálatokat, de az egészségügyi ellátás más formáit sem. Az életmód lehetőségeit eleve differenciálják a társadalmi egyenlőtlenségek – a legszegényebb és a leggazdagabb rétegek egymástól való távolságának mértéke –, elsősorban az iskolázottság, a foglalkozás és a jövedelmi viszonyokon keresztül. A társadalom egyes leszakadt csoportjai, a rendszerváltozás vesztesei között halmozottan fordulnak elő egészségi problémák. Fellazultak a tradicionális kapcsolatok és megszakadtak az évszázados, generációs kötődések. A falun élők betegebbek, mint a városi lakosok.

A lakosság egészségi állapotának javítására történtek kezdeményezések. A legutóbb készült, népegészségügyi célprogram kormányhatározat formájában került kihirdetésre (1030/1994. Korm. hat.), megvalósítása azonban elmaradt.

Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program épít a korábbi átfogó népegészségügyi stratégiákra, egy-egy terület nemzeti programjaira, stratégiáira (Nemzeti Rákkontroll Program, Nemzeti Sztroke Program, Nemzeti Környezet-egészségügyi Program, Nemzeti Stratégia a kábítószer probléma visszaszorítására, Technológiai Előrettekintési Program stb.) és azok eredményeire. A program illeszkedik az Egészségügyi Világszervezet Health21 politikájához és olyan cselekvési terveket tartalmaz, melyek teljesítése elengedhetetlen Európai Unió csatlakozásunkhoz.

A program öt nemzeti célt tűz ki a 2010-ig tartó periódusra:

I. Az öt nemzeti cél 2010-ig

1. El kell érni, hogy a lakosság meghatározó többsége számára az egyik legfőbb emberi érték az egészség legyen s az egészségmegőrzéséért kész is legyen tenni a döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kiténtető jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának.
2. A felnövekvő generáció számára biztosítani kell az egészséges fejlődés feltételeit a fogantatástól a felnőttkorig.
3. Az egészségben eltöltött életevek számát mind férfiaknál, mind pedig nőknél ki kell kiterjeszteni.
4. A születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 70, nőknél legalább 78 esztendőre kell meghosszabbítani.
5. A társadalmi egyenlőtlenségeket, a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségeket csökkenteni kell.

II. Tíz kiemelt nemzeti feladat

1. Az egészséges életre nevelés, az oktatás és tudatformálás erősítése.
2. A célzott lakossági szűrővizsgálatok bevezetésével a nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek korai felismerése.
3. Az egészséges táplálkozás széleskörű elterjesztése.
4. Az egészséges élethez szükséges mozgáskultúra fejlesztése.
5. A káros szenvedélyek (túlzott szeszes ital fogyasztás, dohányzás, drog fogyasztás) elleni küzdelem.

6. Az egészséges élethez való egyenlő esély megteremtése és megtartása.
7. A járványügyi biztonság erősítése.
8. Az ételmiszerbiztonság feltételeinek javítása – felkészülés az új kihívásokra.
9. Az egészséget támogató környezet kialakítása, a külső okok miatti halálozás visszaszorítása.
10. Az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokat is figyelembe vevő fejlesztése.

Az öt nemzeti cél csak akkor teljesülhet, ha felvesszük a küzdelmet azok ellen a kóros állapotok és betegségek ellen, amelyek leginkább veszélyeztetik a fiatal generációk jóllétét és a legtöbb ember életminőségét rontják, a legtöbb halálesetet okozzák. A tíz kiemelt nemzeti feladat végrehajtásával elérhető a lakosság egészségi állapotának javulása, hiszen a feladatok mindegyike az egészséget befolyásoló különböző tényezőkre irányul, így a pozitív hatások erősítése, a negatív tényezők csökkentése, kiküszöbölése a megbetegedési és halálozási mutatók javulását eredményezi.

III. A célok elérését és a feladatok megvalósítását szolgáló 17 alprogram

A 17 alprogram között megtalálhatók az életminőség romlásában, a halálozásban legnagyobb szerepet játszó betegségek elleni specifikus programok (szív- és érrendszeri betegségek, daganatok, mentális betegségek, mozgásszervi betegségek) és az egészséget befolyásoló tényezőkre irányuló, nem specifikus cselekvési tervek, kulcsakciók (oktatás, nevelés, táplálkozás, mozgás, dohányzás, drog és alkohol-fogyasztás). Ezek végrehajtásával az egészség fejleszhető, és többféle betegség, kóros állapot kockázata csökkenthető.

1. Szívinfarktus okozta halálozás gyakoriságának csökkentése.
2. Agyérbetegségek okozta halálozás gyakoriságának csökkentése.
3. Daganatos megbetegedések számának csökkentése.
4. Mentális betegségek megelőzése.
5. Mozdulásszervi betegségek okozta egyéni és társadalmi teher csökkentése.
6. Egészséges életkezdet és gyermekkor biztosítása.
7. Halmozottan hátrányos helyzetű lakossági csoportok egészségi egyenlőtlenségeinek kezelése.
8. Egészséges környezet kialakítása.
9. Járványügyi biztonság fokozása.
10. Ételmiszerbiztonság javítása.
11. Külső okok miatti halálozás csökkentése.
12. Lakossági szűrővizsgálatok kiterjesztése.
13. Egészséges táplálkozás elterjesztése.
14. Dohányzás visszaszorítása.
15. Egészségfejlesztés az oktatásban és a nevelésben.
16. A mozgás-gazdag életmód támogatása.
17. Szeszes ital és drogfogyasztás visszaszorítása.

A program prioritásai 2001-2002-re

Noha szinte minden területen lenne javítani való, az erők szétforgácsolását elkerülendő prioritások kijelölése szükséges. A prioritások a legnagyobb gondot jelentő területeket ölelik fel és a problémák megoldására összkormányzati eszközökkel és széles társadalmi összefogással megvalósítandó programokat jelölnek meg. Ezek 2001-2002-re a következők:

1. Az egészséges életmód "divatba hozása", elterjedésének széleskörű támogatása; ezen belül:
 - a testmozgás fokozása,
 - az egészséges táplálkozás elősegítése és
 - a dohányzás és szeszes ital fogyasztás csökkentése.
2. Egészséges életkezdet, egészséges gyermekkor biztosítása.
3. A szűrővizsgálatok kiterjesztése.
4. Az esélyegyenlőség biztosítása.
5. Idő előtti halálozás csökkentése.

A program végrehajtását az Egészségügyi Minisztérium irányítja és koordinálja, a végrehajtás felelőse az országos tisztifőorvos. A végrehajtásban az ÁNTSZ kiemelt szerepet játszik. A program közvetlen irányítása a programigazgató feladata, akit munkájában a Népegészségügyi Programiroda segít. A Népegészségügyi Programiroda működési költségeit az Országos Tisztifőorvosi Hivatal biztosítja. A program megvalósulásának társadalmi támogatását és társadalmi ellenőrzését a Nemzeti Egészségügyi Tanács végzi, ez a civil szervezetek útján a program társadalmiasítását és nyilvános kontrollját, a szakemberek útján pedig a következetes megvalósítást garantálja. A Nemzeti Egészségügyi Tanács a program végrehajtását rendszeresen értékeli, a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság részére véleményezi. A Tárcaközi Bizottság, amelynek elnöke az

egészségügyi miniszter, évente legalább négy alkalommal ülésezik és a program megvalósításának menetéről a Kormányt negyedévente tájékoztatja.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Kórházak szerepe a lakosság egészségének javításában

(Az Egészségmegőrző Kórházak Egyesület konferenciáján elhangzott előadás szerkesztett változata.)

Jonathan Watson PhD.

az egészségpolitika tudomány professzora,

Nottingham Egyetem Népegészségügyi Iskola; a Yorki Egyetem Egészségpolitikai szak vendégprofesszora

Bevezetés

Európa-szerte az egészségügyi szolgáltatásoknak és a kórházaknak meg kell változniuk annak érdekében, hogy megfeleljenek az EU csatlakozással kapcsolatos kihívásoknak, a költségtakarékosságnak és az egészségpolitika előirányzatainak, amelyeket a Health 21 (Egészség 21) dokumentum: "Az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiója tagországainak egészséget mindenkinek politikája" tartalmaz.

Hasonlóan más szakemberekhez magam is azt hiszem, hogy a jövő kórházai nagyban hozzá fognak járulni ezen új feladatok elvégzéséhez. Arra a kérdésre, hogy a kórházak hogyan javíthatnák a magyar lakosság egészségét, természetesen hosszan tudnám sorolni angliai és nemzetközi tapasztalataimat és kutatásaimat, amelyek a magyar helyzetre is adaptálhatóak.

Most azonban csak három kérdést kívánok felvetni:

- Mi a kapcsolat a kórházak és a lakosság egészsége között?
- Melyek azok a fő kihívások, amelyekkel a kórházaknak szembe kell nézniük az EU csatlakozás kapcsán?
- Hogyan működhetnek közre cselekvően a kórházak a tágabb értelemben vett egészség érdekében?

Írásommal szeretnék Önökben új szemléletet kialakítani a kórházak szerepével kapcsolatban.

A korai halálozás általános okai

Köztudott tény, hogy a lakosság egészsége nem egyenesen arányos az egészségügyi szektorra fordított költségek nagyságával. Erre következtetésre jutott a Világbank és sok más, bizonyítékokon alapuló vizsgálat is. Az Amerikai Egyesült Államok országos tisztifőorvosa, A. May által 1996-ban közzétett adatok is ezt bizonyítják, százalékos arányban felsorolva a korai halálozás és megbetegedések és rokkantság általános okait (és azokat az egészségügyi költségeket, amelyek elkerülhetőek lettek volna):

- nem megfelelő hozzáférés az ellátáshoz 10%
- genetikai okok 20%
- környezeti tényezők 20%
- magatartás és életmód 50%

Ezeket a tényeket olyan látványos történelmi és napjainkbeli bizonyítékokkal lehet alátámasztani, amelyek igazolják azt, miszerint a lakosság egészségi állapotára sokkal inkább az egészségügyi szektoron kívüli, mint azon belüli intézkedések vannak befolyással.

• A történetileg igazolt, hogy a legnagyobb fejlődést az emberek egészségében nem az egészségügyi szektor hozta (fontos, hogy ez a szektor szerepet játszik az egészség javulás elősegítésében), hanem azok a szociális és gazdasági változások, amelyek az egyén életminőségét javították. Angliában például az 1841 és 1935 között hozott szociális intézkedések több eredménnyel jártak az egészség javításában, mint az orvostudomány fejlődése. Így, a lakáshelyzet javítása, a biztonságos tiszta vízellátás, a jobb táplálkozás, a jobb családtervezés és a nagyobb elérhető jövedelmek *kulcsszerepet játszottak a folyamatban.*

• Ma már köztudott tény, hogy a szociális viszonyok (munkahely, jövedelem, a szociális hálózat) determináló szereppel bír az egyén egészségre, illetve a megbetegedésre való esélyre vonatkozóan. Ez azt jelenti, hogy a legtöbb ember egészséges marad vagy megbetegszik a lakó vagy munka környezetében, jóval azelőtt, mielőtt az egészségügyi rendszerrel kapcsolatba kerülne.

A kórházak és a lakosság egészsége

Szemügyre véve a kórház és a lakosság egészsége közötti kapcsolatot, az első, ami mindenkinek eszébe jut, hogy a kórházak az emberek gyógyítására, rehabilitálására, illetve a halál előtti fájdalmaik enyhítésére szolgálnak.

Ezeket túl azonban figyelmet lehet fordítani a kockázati tényezők (rizikó faktorok) megelőzésére is, amelyek a legtöbb betegségért illetve egészségi állapot romlásáért felelősek, értem itt például a szív-és érrendszeri betegségeket, az agyvérzést, a daganatos megbetegedéseket, a baleseteket, illetve a lelki betegségeket okozó

kockázati tényezőket. Nemzetközi kutatások bizonyítják, mint tudjuk, hogy az orvosi esetek 70%-a megelőzhető lenne. A munka ezen területei inkább igényelnek speciális klinikai ellátást, mint más betegségek, mint pl. a cukorbetegség, a légúti, és a szív-, és érrendszeri betegségek.

A klinikai és a preventív medicinán kívül nem általános az a gondolkodás, miszerint a kórházaknak nagyobb befolyása lehetne az egészség környezeti, szociális illetve gazdasági meghatározóira.

Az egészségügyi szektor Magyarországon

Mindez azt jelentené, hogy az egészségügyi szektornak és a kórházaknak nincs szerepük a lakosság egészségének befolyásolásában? Nem, ezt nem mondanám. Nézzünk meg először is néhány magyar adatot az egészségügyi szektor méretét és költségeit illetően, s a következő megállapítást tehetjük:

- az egészségügyi ráfordítás a GDP 6,5 %-a
- Magyarországon 162 kórház, 5 orvosi egyetem és 18 országos intézet működik
- az orvosi és szociális alkalmazottak száma megközelíti a 130 000-et, s hány adminisztratív ellátó és karbantartó dolgozó van?
- nincs rá adat, hogy ezek a kórházak ilyen mennyiségű szemetet gyártanak?

Látva a magyar adatokat, amelyek hasonló képet mutatnak más európai országokban felmért helyzethez, az alábbi megjegyzéseket tehetjük:

- Az egészségügyi szektor sok alkalmazottat foglalkoztat. Valóban, Európa-szerte és a társadalom minden szektorát tekintve, itt a legmagasabb az alkalmazottak száma.
- A GDP igen magas százaléka fordítódik az egészségügyi kiadásokra, de az is igaz, hogy cserében a gazdagodáshoz nagymértékben hozzájárul a szolgáltatások és ellátások igénybe vételén, munkaalkalom teremtés és a kifizetett béreken keresztül.
- A kórházak, már csak létezésükkel fogva is, nagy hatással vannak a környezetre – mind a szemet termelésükkel, mind a közszolgáltatások használatával (víz, energia, kommunikáció).

EU csatlakozás: fő kihívások

Nos, milyen összefüggés van az előzőekben elmondottak és az EU csatlakozás között? Kezdjük azzal, hogy egyetértünk abban, hogy számos országban meglehetősen nagy nyomásnak van kitéve az egészségügyi szektor a reformok/változtatások és a hatékonyabb beruházás ügyében. Az 1999-ben megrendezett Egészségmegőrző Kórházak Nemzetközi Konferenciáján hallhattuk egy előadótól, hogy:

“... az a paradox, hogy az egészségügyre fordított összegek ésszerű visszafogása ellenére az egészségügyi költségvetések feltartóztathatatlanul emelkedtek az iparosodott államokban az elmúlt 20 éven keresztül. Mégis kevés bizonyíték van rá, hogy a népesség egészségi állapota ennek megfelelően javulna.” (Harrison, 1999)

Az újonnan megjelent európai és nemzetközi egészségügyi reformokkal foglalkozó tanulmányok megegyeznek abban, hogy legalább öt olyan terület van, amely befolyásolja az egészségpolitikát és irányítást rövid és középtávon egyaránt. (Gaál, Rékassy, Healy 1999; Világbank 1999; WHO 1997; Williams R. 1995): Ezek:

1. Egészségügyi beruházásokból eredő lakossági egészségi állapot javulás.
2. Az egészséges életre való esély tekintetében csökkenteni kell az egyenlőtlenségeket, illetve segíteni kell, hogy az EU csatlakozásra kijelölt országok gazdasági és társadalmi átalakulásának hatása legyen a legbizonytalanabb helyzetben élő csoportokra.
3. Tovább kell fejleszteni a egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségét – a szolidaritás, a bekapcsolódás és méltányosság értékeire alapul véve.
4. A célcsoportot és a helyi közösségeket be kell vonni a tervezésbe, a prioritások meghatározásába, a szolgáltatások értékelésébe és áttekintésébe.
5. És végül: tenni mindezt az egészségügyi szektorra fordítandó költségek ésszerűsítésével egyidőben.

Feltehetőleg ez az utolsó pont a reformok legfőbb hajtóereje. De amellet érvelnék, ahogy az egészségügyi szektor reformjának tervezése közben gondolnunk kell szélesebb népegészségügyi prioritások integrálásának hozzáadott értékére az 1-4 pont szerint, a hulladék ellenőrzés és az emberi erőforrások vonatkozásaira a kórházak üzemeltetése vonatkozásában.

Példa egy munkanélküliekkel kapcsolatos kórházi kezdeményezésről

Az alább leírt program egy, a jólétet és a szociális deprivációt, hátrányos helyzetet egyaránt jól példázó angol nagyvárosban, Leeds-ben folyik (Watson és Whitelaw 2001). E példában a városi önkormányzat vezetője és helyi kórházak egy csoportja különböző lehetőségeket keresett – szakképzettséget nem igénylő kórházi munkák elvégzéséhez – alkalmazottak verbuválására (a város hátrányos helyzetű és veszélyeztetett csoportjaiból). A program az egészségügyi szektor, a Leeds-i önkormányzat illetve más hivatalok és a helyi társadalom együttműködésén alapul. A város vezetősége például a program koordinátornak, aki a kórház alkalmazottja, pénzügyi támogatást nyújtott. A program vezető első dolga az volt, hogy beszélt a helyi társadalmi csoportokkal, azzal a céllal, hogy megtudja, mely alkalmazotti lehetőségek segítenék őket legeredményesebben. A helyi

társadalom kezdeményezésével indult tehát egy program, amely azóta a helyi egészségügyi szektor és városi vezetés legfontosabb humán segélyforrási stratégiájának részévé vált.

Néhány szó a projektről:

- A program három hetes ún. teszt programban való részvétel felkínálásával kezdődik a hátrányos helyzetűek csoportja számára, mely idő alatt különböző fajta munkákat próbálhatnak ki. A 3 hét elteltével szakmai jellemzést kapnak.
- Amennyiben úgy döntenek, hogy – rész vagy teljes munkaidőben – szeretnének állást vállalni, a programvezető feltérképezi milyen – az egyénnek megfelelő – megüresedett lehetőségek vannak. Amellett, hogy elkezdhetnek dolgozni, számíthatnak a program folyamatos támogatására, illetve lehetőségük van formális és informális képzésekben való részvételre is.
- A két éve futó project során eddig 196-an végezték el a háromhetes teszt programot, és ezek 90%-a vállalt munkát a helyi kórházakban.

Néhány főbb megállapítás a program kapcsán:

- A program eredményességéhez szükség volt arra, hogy e kórház szilárd meggyőződéssel higgye, hogy – egy gyakorlatban is megvalósított példával – valóban támogatólag tudja segíteni a helyi közösséget.
- Fontos volt, hogy a kórház felismerte nagyobb felelősségét a szociálisan hátrányos helyzetűek problémáinak tolmácsolásában, illetve érzekelte munkavállalási lehetőségeik korlátozottságát.
- A speciális alkalmazási időszak alatt felismerték, hogy a helyi társadalom és a kórház együttműködéséből kiépíthetik “saját személyzeti állományukat”.
- Végül pedig: kiderült, hogy a projekt “felébresztette” a kórházak üzleti érzékét. Azt tapasztalták ugyanis, hogy minél különbözőbb rétegből áll a kórházi személyzet, annál szélesebb a páciensek köre is, leképezve a helyi közösség felépítését. Munkaerő-gazdálkodási szempont szerint is kedvezőnek bizonyult a project, gondolunk itt a munkafelvételi hirdetések, a munkaerő megtartás és a képzések megtakarításának lehetőségeire.

Lehetséges cselekvési területek

Ha a kórházak számára megvalósítható cselekvések körét tekintjük, hogy döntjük el, hol és hogyan használjuk fel a korlátozott forrásokat. Támogatva az Egészségügyi Világszervezet Egészség 21 politikáját és megfelelően az EU csatlakozás kihívásainak, az egészségügyi rendszer például eredménnyel koncentrálhat a következőkre:

- a helyi vezetők, szakemberek és nem szakmai munkatársak önbizalmának és hozzáértésének növelése az új kezdeményezések helyi kialakításában, s a helyi körülményekre történő adaptációban, támogatva a helyi politikai vezetést és az irányítási rendszer teljesítményét,

- együttműködés kiépítésének támogatása a helyi közösség, hivatalok és a kórházak között

Végezetül összefoglalva, a kórházak feladatai a jövőben, hogy a betegség incidencia és prevalencia kapcsán megfelelő felelősséget érezzenek, tekintetbe vegyék az okokat és ugyanakkor a következményeket is, ezzel hozzájárulva az egészség javításához és a betegségek számának csökkenéséhez is az irányítás és a gyógyítás által. Ez egy perspektívaváltást kíván a tekintetben, mi is a kórházak feladata a jövőben.

Irodalom

1. Department of Health (1999) Saving Lives: Our Healthier Nation. The Stationery Office, London
2. Gaál, P., Rékassy, B., and Healy, J. (1999) Health Care Systems in Transition: Hungary. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen
3. May A. (1996) (Quoting Jo Ivey Boufford Principal Assistant secretary for Health in the US Department of Health and Human Services) in Forward Thinking. Health Service Journal, 4 July
4. Watson J., Whitelaw S. (2001) Public Health in Acute Hospitals: Does best Practice Open Doors. Final project report delivered to Health Development Agency
5. WHO (1997) European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies. Summary, Copenhagen, WHO
6. William R (1995) International Developments In Health Care: A Review of Health Care Systems in the 1990's, London: Royal College of Physicians
7. World Bank (1999) Hungary: On the road to the European Union. World Bank Country Study, World Bank, Washington DC.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Szülésznő hallgatók szakmai gyakorlata Svédországban

Katona Judit, Ámon Tímea
szülésznőhallgatók
Szigeti Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola, Kaposvár

Az Európai Unió Leonardo da Vinci mobilitási projektje keretében a svédországi Sundsvall-ban töltöttünk el kétszer 7 hetes szakmai gyakorlatot (2001. február 26. és június 2.) A nevelőtestület döntése alapján az a 12 tanuló vehetett részt a programban, akik jó szakmai felkészültséggel, rátermettséggel és megfelelő színvonalú angol nyelvtudással rendelkeztek. A kiutazást egy felkészítő program előzte meg, amely a szakmai nyelv gyakorlásából, valamint a fogadó ország kultúrájának megismeréséből állt.

Gyakorlatunk során a következő területekkel ismerkedtünk meg: szülészobába, gyermekágyas osztály, terhespatológia, nőgyógyászati osztály, ultrahang, nőgyógyászati szakambulancia és a koraszülött osztály, valamint olyan területek munkájába nyerhettünk betekintést, amelyek más formában, vagy egyáltalán nem léteznek még hazánkban – Anyaggyógyászati Központ (MVC), Gyermekgyógyászati Központ (BVC), Fiatalok Klinikája.

A szülésznők elmondták, hogy 20 évvel ezelőtt náluk is olyan volt a rendszer, mint ma Magyarországon. Az egyik legfontosabb különbség a két ország között a rétegződött ápolás – Svédországban a szülésznő csak és kizárólag a kismamával foglalkozik, minden egyebet, pl. vérnyomásmérés, hőmérőzés a segédnővér végez. A betegszobák 1 vagy maximum 2 ágyasak, derűsek, otthonosak, mintha nem is kórházban lennénk. A betegek igen rövid időt töltenek a kórházban. Szülés után hat órával akár már haza is mehetnek. Császármetszés esetén ez az idő 3-4 nap. A szülésznők nagyon jól képzettek, tudásuk az orvoséval vetekszik. Erre szükség is van, hiszen orvos csak akkor van jelen szülésnél, ha komplikáció lép fel, vagy műtetre kerül sor. A gátmetszést és a suturát is a szülésznő végzi.

Feltűnő a svéd nép családcentrikussága – az apa elkíséri az anyát a kórházba, így az egész vajúrást, illetve a tényleges szülést együtt töltik. Külön pihenőszoba áll a házaspár rendelkezésére, ha hosszúra nyúlik a szülés. Hazánktól eltérő szokás az is, hogy az apa a császármetszés alatt is a kismamával lehet, és beszélgethetnek - mivel a császármetszést spinális érzéstelenítésben végzik. Ezzel lehetőséget teremtenek minden házaspárnak, hogy együtt válhassanak "szülővé", valamint az újszülött és szülei közötti optimális pszichés kapcsolat kialakulását is elősegítik.

A terhesség során nagy gondot fordítanak a pszichés felkészítésre, sokat beszélgetnek a kismamával arról, ami történni fog vele. A terhesség alatt mindössze 1 UH szűrést végeznek – szintén a szülésznő – a 18. hét körül. A szülés sokkal szabadabban zajlik. A kismama maga választhatja meg a vajúrási és szülési pozitívumát is. A fájdalomcsillapításnak több módját alkalmazzák: népszerű az akupunktúra, az NO2 és az EDA is. A baba születése után végig az anyával marad, s az anya az, aki először ellátja, amikor szülés után 2 órával felkel. A szülészobában volt egy számunkra nagyon furcsa eset. Meghalt egy 32 hetes magzat. Ilyenkor az a szokás, hogy a halott babát odaadják a szülőknek, a babát felöltöztetik és lefényképezik. Az orvosok szerint így könnyebb elfogadni a veszteséget, pszichésen ez a megoldás jót tesz a szülőknek.

A koraszülött gyerekek először az intenzív szobába kerülnek. Ha lélegeztetésre van szükségük inkubátorban helyezik el őket, ha nem, melegíthető vízágyban töltik életük első pár óráját. Amikor az újszülöttek állapota megengedi, szülei gondozzák őket. Minden család számára külön szobát alakítottak ki, ahol akár hónapokat is eltölthetnek. A koraszülött osztály berendezése és dekorációja szintén az ember- és családcentrikus ápolás feltételeit teremti meg.

A nőgyógyászati ambulancián minden vizsgálathoz hozzátartozik a hüvelyi UH vizsgálat. Rákszűrést csak 3 évente végeznek. Az ambulanciához egy kisműtő is tartozik, a kisebb műtétek (pl. LEEP) elvégzésére.

A nőgyógyászati osztályon helyezik el a műtetre váró betegeket és az abortuszra jelentkezőket egyaránt. A terhesség-megszakítást tablettával végzik a 20. hétig, mivel így sokkal kíméletesebb. A beavatkozások száma jóval alacsonyabb, mert kiemelten foglalkoznak a megelőzéssel, már tinédzser kortól. A preventív ellátásra számos intézményt hoztak létre Svédországban.

A 7 hetes szakmai gyakorlat során egy egészen más világot, egy jól működő, magas színvonalú egészségügyi rendszert és ápolási kultúrát ismertünk meg. Nagyon sok tapasztalattal lettünk gazdagabbak, gyarapítottuk tudásunkat.

[Vissza a tartalomhoz](#)

VITAFÓRUM

Tisztelt Olvasóink!

Szerkesztőségünk örömmel üdvözi, hogy a Nővér oldalain hosszú idő után valódi szakmai vita alakult ki a

felsőfokú ápolóképzéssel kapcsolatban. A folyóirat küldetésnyilatkozatával összhangban a jelenben és a jövőben is helyt kívánunk adni olyan hozzászólásoknak, amelyek az ápolás fejlesztését elősegítik.

Szeretnénk azonban felhívni olvasóink és hozzászólóink figyelmét néhány normára, amelyet a hozzászólások közreadásában alkalmazni kívánunk. Terjedelmi okok miatt nem áll módunkban többoldalas kéziratokat hozzászólásként közreadni (ez alól csak a mostani számban tehetünk kivételt). Kérjük olvasóinkat, hogy hozzászólásaikat lehetőleg 2, maximum 3 A4-es oldal terjedelmi határon belül fogalmazzák meg. Ennél hosszabb szöveget csak különösen indokolt esetben hozunk le. Minden más esetben a szerkesztőség fenntartja magának a jogot, hogy a kéziratot rövidítve adja közre.

Egyúttal szeretnénk olvasóinkat és szerzőinket arra kérni, hogy a szakmai vita során is igyekezzenek tiszteletben tartani a másik személyét és munkáját, a kollegialitással együtt járó megbecsülést, és tartózkodjanak az olyan személyes hangvételtől és érveléstől, amely sértő lehet és nem a konszenzus irányába hat. Szerkesztőségünk szigorúan a szakmai vitát támogatja, bármilyen egyéb, személyes jellegű nézeteltérést nem kívánunk publikálni. Várjuk a fenti normák figyelembe vételével íródott véleményeket, hozzászólásokat.

A Szerkesztőség

... Könnyű neked, Te nem vagy ápoló”

Tizenévvvel ezelőtt, amikor keményen dolgoztam azon, hogy legyen és hogy jó ápolóképzés legyen Magyarországon, sok helyen a világban és itthon – segítőim és hátráltatóim – két megjegyzést mindig tettem nekem: “Könnyű neked, Te nem vagy ápoló és ezért meg tudod csinálni a képzést ...” és “És ki fogja oktatni őket?...”

Az Intézetemben szakmai napokon az aktuálisan megjelent – többek között – az ápolóképzéssel kapcsolatos sajtóanyagokról vitatkozunk.

A Nővérben megjelent cikk olyan élénk vitát váltott ki munkatársaim körében, hogy már-már a Karácsony alkalmával rendezett házi ünnepségünket is átjárta. Nem csodálom, sőt nagyon boldoggá tesz, hogy két kollegám is tollat ragadott és megírta hozzászólását.

Szeretném felajánlani az ország ápoló képzésével foglalkozó szakemberei (ápolók, orvosok, egészségügyi intézmények irányítói és mindenki, akit a téma izgat és lelkesít) számára – amennyiben az érdeklődés komoly – egy vitadélután megszervezését, melyen mindenki elmondhatná véleményét, gondjait, örömeit.

Talán kialakulna az az út, melyen együtt haladva – és ez a dolog lényege – közelítenénk ahhoz a célhoz, mely egyszerűen szólva a magyar ápolóképzés felemelkedését eredményezné és ezáltal az a rangjához méltó helyet foglalhatná el.

Érdeklődés esetén a vitafórumot 2002. április hónapban tervezzük. Részvételi szándékát a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézetében (1046 Budapest, Erkel Gyula u. 26, Tel.: 3-691-141)

kérjük jelezni.

*Dr. Mészáros Judit
főigazgató, intézetigazgató
Semmelweis Egyetem*

Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet

Hozzászólás a “Kik oktassák a diplomás ápolókat?” című cikkhez

Mindenek előtt szeretném megnyugtatni Irinyi Tamás ifjú kollégámat, hogy nekem is az a véleményem: a legjobb, ha az ápolókat ápolók oktatják. A kérdés azonban ennél összetettebb, ugyanis nem csak azt kell tisztázni, hogy ki, hanem azt is, hogy mit oktasson. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt sem, hogy ki oktathat felsőoktatási intézményben, továbbá pontosítanunk kell azt is, mit értünk szaktantárgy alatt. Cikkem indított arra, hogy tovább gondoljam ezeket a kérdéseket, és véleményem megosszam Önnel és a Tisztelt Olvasóval.

Tulajdonképpen a ki, és mit oktasson kérdéseket kollégám már megválaszolta értekezésében, de okfejtésében némi ellentmondást vélek felfedezni. Cikkét azzal kezdi, hogy 11 éves pályafutása alatt számos képzésen vett részt, ahol “... az ápolókhoz viszonyítva többségben voltak az orvosok, egyetemmet végzett szakemberek”, és tankönyveit “...szinte kizárólag orvosok vagy külföldi szakemberek írták, illetve sok esetben orvostanhallgatóknak írt könyvekből tanult”.

Véleményem szerint mindezt a negatívumot valamennyi ápoló és egészségügyi szakember átélte nem csak Magyarországon, hanem a világ minden táján. A különbség az, hogy a fejlett nyugati országokban korábban jutottak el arra a szintre, hogy az ápolók is egyetemi végzettséget szerezzenek, és tankönyveket írjanak.

Szeretnék visszautalni arra a történelmi tényre, hogy az első magyarországi kórpolói tanfolyamok indításánál is

neves professzorok bábáskodtak, és Kossuth Zsuzsanna (1817-1854) országos főápolónő munkáját szintén orvosok segítették. Így tudott kiemelkedő történelmi szerepet vállalni a tábori kórházak és a betegápoló egyesít meg szervezésében. Ezt a tényt figyelembe véve úgy gondolom, nem róható fel hibaként az orvosoknak, hogy segítették az ápolók képzését, és ők írták az első ápolástan könyveket is. Valahogyan el kellett kezdeni. Azóta hosszú utat tettünk meg az iskolarendszerű szakképzés eléréséig, de ennek részletezése nem célja jelen dolgozatomnak.

Egy másik fontos szempont viszont, hogy a mi társadalmi-gazdasági rendszerünk nem hasonlítható a nyugati országokéhoz, hiszen egészen mások a feltételeink. Tudásban nem, lehetőségekben viszont évtizedekkel lemaradtunk, amit csak lassan tudunk csökkenteni. Az első fontos döntés volt, hogy felismertük a változás szükségességét, és megtettük az első lépéseket is a fejlődés útján. Kutatásokkal bizonyított tény azonban, hogy minden új bevezetésének 15-20 év múlva lesz csak gyümölcse, vagyis ennyi idő kell a tényleges eredmény eléréséhez. Igaz ugyan, hogy a pozitív változások már a bevezetést követő néhány év múlva jelentkeznek – ez érezhető jelenleg –, de a valódi cél eléréséhez sokkal több időre van szükség. Magyarországon még csak 11 éve folyik az ápolók főiskolai szintű képzése, ami azt jelenti, hogy sok évnek kell eltelnie még ahhoz, hogy az ápolók valóban azért akarjanak diplomát szerezni, hogy a közvetlen betegágy mellett kamatoztathassák szak tudásukat, egyben jó előadókká váljanak, és képesek legyenek a publikálásra is.

Azt írja, hogy ezt a helyzetet Ön is sokáig természetesnek tartotta, és mikor öt évvel ezelőtt a szegedi Egészségügyi Főiskolán pszichiátriai szakápolást kezdett oktatni, mindinkább kezdett ráébredni, hogy ez a helyzet tarthatatlan. “Az orvosok nagy többsége nem ért az ápoláshoz, és emiatt nem is tudja, hogy mit oktasson, mire van szüksége leginkább egy ápolónak leendő munkájához” – írja. Ezt értsem úgy, hogy a főiskolán találkozott olyan orvosokkal, akik nem értettek az ápoláshoz? Vagy már korábbi tanulmányai során is, és ez volt az utolsó csepp a pohárban? Azt hiszem, ez utóbbiról lehet szó. Ennek ellenére feltételezem, hogy negatív tapasztalatai alapján kialakított véleményét nem az egész orvostársadalomra érti, hanem csak az Ön által megismert orvosokra vonatkoztatja. Akkor viszont nem korrekt az a kijelentése, hogy “Az orvosok többsége nem ért az ápoláshoz...”. Pontosabb, ha azt mondja, azoknak az orvosoknak a többsége, akikkel Ön pályafutása alatt kapcsolatba került. Nekem volt szerencsém olyan orvos kollégákkal együtt dolgozni, akik segítettek az ápolásban, még az ágytálat is a beteg alá tették vagy megittatták őt, mert én éppen infúziót állítottam össze, és ha tudomásukra jutott, hogy délben még nem reggeliztem, felváltottak az őrökben. Valószínűleg azért lehetnek ilyen tapasztalataim, mert már közel háromszor annyi ideje vagyok a pályán, mint Ön. Ezt nem azért mondom, mintha erény lenne, csupán ezzel szeretném érzékeltetni, hogy a 11 év oly kevés, bátran bizakodhat abban, Ön is találkozhat még olyan orvosokkal, akik egyenrangú félnek tekintik az ápolót, tisztelik munkáját, és tudják, hogy ápoló nélkül nem tudnának gyógyítani. A hosszú évek alatt számtalan olyan orvossal, professzorral hozott össze a sors, akik az ápolást tartják a legfontosabbnak, és tudják, mit kell oktatni az ápolóknak. Ez nem azt jelenti, hogy ugyanakkor ne találkoztam volna olyan orvossal is, aki nem tudta elképzelni, hogy lehet órákig mosdatni, miért nem tudjuk befejezni a betegek étkeztetését a vizit kezdetéig. Volt olyan is, aki azt mondta, “Tőlem ne várják, hogy az ápolásról beszéljek előadásomban, mert engem nem érdekel az ápolás, és nem is értek hozzá”. Nagy baj lenne, ha az orvost nem érdekelné az ápolás, mert az egyet jelentene a beteg gyógyulása iránti érdektelenséggel. Ez ugye képtelenség? Ellentmondana minden orvosi hitvallásnak, hiszen a beteg gyógyulása érdekében tesz mindent, azért rendel gyógyszereket, terápiás beavatkozásokat. A gyógyítási tervet viszont az ápoló nélkül nem tudná megvalósítani, mivel az ápoló észleli a beteget a nap 24 órájában. Igaz, hogy ő végzi az alapvető szükségletek kielégítését, de az ápolás nem szűkíthető le ezekre a feladatokra. Az ápoló készíti elő a vizsgálatokat is, gyógyszerel, beöntést ad, infúziót állít össze, és elvégzi mindazokat a feladatokat, amelyeket az orvos rendel. Jól néznék ki, ha az orvosoknak kellene saját rendeléseiket végrehajtani, és az ápoló csak a beteg szükségleteivel foglalkozna. Látni kell, hogy az ápolónak nem csak önálló funkciói vannak, hanem orvosi utasításra végzett nem önálló, és együttműködő funkciói is. Az lehetetlen, hogy ne tudná az orvos, mire utasítja az ápolót, milyen hatás, eredmény várható az egyes ápolási beavatkozásoktól. Ilyen megfontolásból beszélgetve munkájáról megkérdeztem, hogy mit vár el attól az ápolótól, akivel együtt dolgozik. Szép lassan kiderült, hogy tulajdonképpen nem az ápolás nem érdekli, hanem az ápolástan, mégpedig azért, mert az ápolási tevékenységeket ő nem tudja végrehajtani. Ebben a megközelítésben igaza van, mert amit az ember nem tud, és amiben nincs gyakorlati tapasztalata, azt nem is tudja megtanítani. Megtanulhatja a tankönyvekből, de az nem lesz érdekes, valóságghú előadás, inkább unalmas, tankönyv ízü. Gondolom, többen találkoztunk már ilyen előadóval, sőt olyannal is, aki kiváló szakember, de sajnos nem tud előadni. A beszélgetést folytatva megnyugtattam őt, hogy nem neki kell megtanítania az ápolástant, de előadásában ki kell hangsúlyoznia az ápoló tevékenységeit, hiszen amikor egy kórkép jellegzetes tüneteiről, vizsgáló eljárásairól, terápiás beavatkozásairól beszél, azt az ápoló fogja megfigyelni, illetve megvalósítani. Ez az összehangolt oktatásra való rávezetés hosszú időt vesz igénybe, de megéri. Főiskolánkon így indítottunk, és a képzési célok, követelmények ismeretében bevontuk az orvosokat is a tantárgyi programok kidolgozásába. Mára valamennyi képzésben részt vevő orvos ismeri az új ápolásfilozófiai fogalmakat, tudja, hogy mi az ápolási folyamat, ápolási diagnózis, ápolási terv, és a klinikumi vizsgákat is közösen tartják az ápolástan oktatókkal. Mindkét szakembernek el kell fogadnia azt a tényt, hogy nincs klinikum ápolás nélkül, és nincs ápolás klinikum nélkül. Az arányok viszont attól különböznek,

hogyan orvosok vagy ápolók képzéséről van-e szó. Azt az orvost pedig, aki végképp nem tud megfelelni ezeknek a kritériumoknak, – nem ismeri, és nem is akarja megismerni azokat, akiket oktat –, azt nem kell bevonni a képzésbe. Előbb azonban mindenképpen meg kell ismertetni az ápolástan tananyagtartalmával, hiszen ő ezt nem tanulta. Ezen viszont az orvosképzés tantervének módosításával lehet segíteni. Ezzel az eszmeifuttatással csak azt szerettem volna bemutatni, hogy mindkettőnek ismernie kell a másik munkáját, csak így valósulhat meg a valódi team-munka a betegellátás valamennyi szintjén.

A magyarországi diplomás ápoló képzés fiatal múltjára való tekintettel én nem lennék olyan szigorú azzal a professzorral szemben, aki a diplomás ápolókat “kis orvosoknak” aposztrofálta, ugyanis egy kis jó indulattal azt lehet érteni ezen, amit valószínűleg a professzor is szeretett volna kifejezni, vagyis azt, hogy a diplomás ápolónak sokkal mélyebb medicinális ismeretekre, és alkalmazás-képes tudásra van szüksége megváltozott szerepének betöltéséhez. Ez viszont igaz, mert ez szerepel a képzési célokban is. Ettől függetlenül véleményem szerint sem helyes “kis orvosoknak” nevezni a diplomás ápolókat, hiszen ez azt sugallja, mintha az orvosok feladatait szeretnénk elvenni az ápolók számára. Egyáltalán nem ez a célunk, nem szeretnénk tudalékos, főlorvosokat nevelni. Önálló, gondolkodó, kreatív szakemberek képzése a cél, akik felelősséget tudnak vállalni az egész ápolási folyamatért, képesek az individualizált ápolás tervezésére, megvalósítására. Ismerik kompetenciáikat, rendelkeznek problémamegoldó képességgel, és képesek az önálló ápoláskutatásra, amely az “evidence based nursing” megalapozását teszi lehetővé. Hogy mindehhez milyen tananyagot kell oktatni? Azt ma még senki sem tudhatja pontosan, nekünk is tanulnunk kell a hallgatókkal együtt, és figyelembe kell vennünk a felhasználók (egészségügyi intézmények), valamint hallgatóink visszajelzéseit. Nem vehetjük át a nyugati képző intézmények tantervét egy az egyben, és nem utánozhatjuk őket – mert mint említettem már –, mások a tradícióik, és eltérő feltételekkel rendelkeznek. A tantervfejlesztés irányait magunknak kell meghatároznunk, és a nyugati mintákból csak a jót kell átvinnünk természetesen a saját társadalmi-gazdasági rendszerünkhöz adaptálva.

A professzor valóban helytelenül nevezte “kis orvosoknak” a diplomás ápolókat, de úgy gondolom, hogy ez csupán terminológiai hiba volt részéről. Ez azonban még mindig jobb annál, mintha azt kérdezte volna, hogy miért kell az ágytárhordáshoz diploma. Ezt a kérdést egyébként még ma is sokan felteszik nekem orvosok, ápolók egyaránt. Kezdetben feldühített ez az elmaradott gondolkodás, később azonban beláttam, minden újjal szemben nagy az ellenállás, és még nem telt el annyi idő, hogy mindenkinek természetes legyen a diplomás ápolók jelenléte Magyarországon. Ezért inkább megpróbálom meggyőzni a kételkedőket, mert tudom, hogy rajtunk is múlik, hogyan tudjuk elfogadtatni őket a társadalommal. A legtöbbet azonban ők tehetnek önmagukért. Nem várhatják ugyanis, hogy csupán a diploma miatt azonnal, feltétel nélkül elfogadják őket. Csak kiváló szaktudásukkal, minőségi munkájukkal vívhatják ki kollégáik és a betegek tiszteletét. Ez nem csak az egészségügyi pályára, hanem valamennyi szakterületre igaz, és nagyon-nagyon sokáig kell jól dolgozni ahhoz, hogy kialakuljon egy bizalmi kapcsolat, amely a betegellátásban nélkülözhetetlen.

A fent említett professzor szerint “Egy diplomás ápolónak majdnem annyit kell tudnia, mint egy orvostanhallgatónak” Önnek pedig az a véleménye, hogy “nem majdnem annyit, hanem ugyanannyit, csak éppen nem azt”. És itt mondta ki a lényegét, hogy tudniillik addig, míg az orvostanhallgatónak az orvostudományt kell tudnia, addig a diplomás ápolónak az ápolástudományt, és ha ez igaz – márpedig igaz –, akkor azt a tényt alapul véve, hogy nincs klinikum ápolás nélkül, és nincs ápolás klinikum nélkül, az ápolónak csak olyan mélységig kell a klinikumi ismeretet tudnia, amennyi a szakszerű ápoláshoz szükséges. Valószínűleg erre a klinikumi ismeretre gondolt a professzor, amikor azt mondta, hogy “...majdnem annyit...”, de ez nem volt részéről pontos meghatározás. A majdnem annyi tudás nem azt jelenti, hogy valamilyen szempontrendszer alapján szelektálva kihagyunk bizonyos részeket a klinikum oktatásából, hiszen az egyes kórképek kialakulását, gyógyítását, szövődményeit, az életveszélyes állapotok elhárítását az ápolónak is ismernie kell. Egyébként is lehetetlen volna ilyen szempontrendszert kidolgozni, és nem is ez a helyes megközelítése ennek a problémának. A lényeg inkább az, hogy klinikumból nem olyan tudásszint elérésére kell törekednünk a diplomás ápoló hallgatóknál, mint az orvostanhallgatóknál. Ebből a szemszögből viszont már újabb kérdés merül fel, mégpedig az, hogy milyen tananyagtartalom szükséges ennek a tudásszintnek az eléréséhez. Ennek megválaszolása pedig már elvezet a pedagógia és didaktika világába. Mivel az orvos és az ápoló képzettsége alapján eltérő kompetenciákkal rendelkezik, tevékenységi körük is eszerint alakul. Bár az orvos gyógyít, az ápoló ápolva gyógyít, e két legfontosabb szakember csak egymás tudását kiegészítve, és a beteg bizalmát megnyerve, együtt képes eredményeket elérni. A gyógyítás valamennyi fázisát átszövi az ápolás, és nekünk a képzés által kell alkalmassá tennünk az ápolót ezeknek a feladatoknak az elvégzésére. A beteg eredményes gyógyulása nem képzelhető el egymás munkájának kölcsönös ismerete, és megbecsülése nélkül. A szakszerű ápoláshoz szükséges klinikum mennyiségének megítéléséhez az ápolástan oktató ért a legjobban, de rögtön hozzátésem, hogy csak az, aki rendelkezik betegágy melletti tapasztalattal, s emellett pedagógiai képzettséggel is. Egyébként nem tud tantervet készíteni, nem tudja meghatározni a tudásszinteket, és az ahhoz tartozó megfelelő tananyagtartalmat, oktatási módszereket sem. Ebből egyenesen következik, hogy külön kell választanunk a szakszerű ápolás megvalósításához szükséges klinikumi ismeret a teljes klinikum ismeretétől. Tudjuk, hogy hallgatóinknak valamennyi tantárgyból le kell vizsgáznunk, az egyik vizsgát szorosan követi a másik, ezért az agyban mindig

helyet kell felszabadítani a következő tananyagoknak. A végén már csak a fél tudásanyag marad meg abból, amit vizsgára megtanult. Tulajdonképpen az egész szaktantárgyról mélyült az ismerete, de csak az válik alkalmazásképes tudássá, amit a gyakorlatban nap, mint nap végez. Ennek a tudásnak a tovább adása nem okoz gondot az ápolónak, de ez nem jelenti azt, hogy azonos szinten tudja az adott szaktantárgy valamennyi területét. Ezért fontos tisztázni, hogy kollégám melyik klinikum oktatását bízna teljes egészében ápolókra. Az ápolástan megtanításához szükséges klinikumot vagy a szaktantárgyak önálló orvostudományi részét? Először ugyanis a klinikum oktatásáról, ezt követően az egész szaktantárgy oktatásáról beszél, mintha azonos lenne a kettő. Azt gondolom, hogy ebben a konstellációban keveredik a nyugati – főleg az amerikai – minta, ami nem hasonlítható a miénkhez. Magyarországon ugyanis szaktantárgyon az orvostudományi ismereteket, és az azokhoz tartozó szakápolástanat értjük együttesen. Ez a tantárgy elnevezéséből is kitűnik. Ha azt mondom belgyógyászat, az egyértelműen orvostudományi tantárgy, ha viszont azt mondom belgyógyászati szakápolástan vagy belgyógyászat és ápolástan, akkor beleértendő az orvostudomány és a szakápolástan egyaránt. Az oktatási kompetencia természetesen attól függ, hogy melyikről van szó. Az orvostudományi ismeretek oktatására az orvos kompetens, az ápolástudományi ismeret oktatására – amely bizonyos klinikumot is tartalmaz – az ápoló. Kollégám valószínűleg azokra az ápolástan professzorokra gondolt, akik Amerikában orvos nélkül oktatják a “klinikumot”, csak hogy ott szaktantárgyon az egyes szakápolástanokat értik a hozzájuk tartozó klinikumokkal együtt, s az orvostudományi ismeretekből csak annyit tanítanak meg, amennyire a diplomás ápolónak szüksége van az ápolás szakszerű megvalósításához. Ott azért lehet orvos nélkül oktatni, mert nem önállóan szerepel az orvostudományi ismeret, hanem a szakápolástanhoz kötötte. Amennyiben ott is önálló tantárgyként szerepelne az orvostudomány, ott sem taníthatná ápoló.

Kollégám a szaktantárgyakkal kapcsolatban kifogásolja, hogy az oktatásban az orvostudomány kapja a nagyobb hangsúlyt, ugyanakkor folyamatosan önálló orvostudományi tantárgyakról beszél, és ezeken a klinikumokon kéri számon az ápolást. “A szaktantárgyak, úgymint a belgyógyászat, a pszichiátria vagy a sebészet oktatásában az ápolásnak kell főszerepet kapnia, és az orvostudományi részt (klinikumot) ennek kell alárendelni, és nem fordítva, ahogyan a jelen helyzetben tapasztalom” – írja. Mondatának első felével egyetértek, valóban az ápolásnak kell mindig a főszerepet kapnia, de hogy ez úgy lenne elérhető, hogy a klinikumot alárendeljük az ápolásnak, azt vitatom. Amennyiben belgyógyászatról, pszichiátriáról vagy sebészetről beszélünk – mint Ön –, akkor a klinikumon van a hangsúly, az ápolást is megemlítve. Amennyiben belgyógyászati, pszichiátriai vagy sebészeti szakápolástanról, úgy az ápoláson van a hangsúly, a klinikum felidézésével. Valószínű, hogy a terminológiák folyamatos váltakozása okoz zavart értekezésének megértésében, hiszen egyszer alá akarja rendelni a klinikumot az ápolásnak, később pedig azt tartja a legfontosabbnak. Ön írja, hogy “Az ápoláshoz szükséges orvosi ismeretek átadásának egy olyan alapot kell adnia, amire később az ápolás épülhet”. Véleményem szerint, ha nem elég szilárd és széles az alap, ledől az építmény, vagyis széles medicinális ismeretekre van szükség a szakszerű ápolás megtanulásához. A diplomás ápolónak tudnia kell, hogy mit miért tesz, minek mi lesz a következménye, és hogyan lehet az életveszélyes helyzeteket elhárítani. Abban viszont szintén egyetértek Önnel, hogy nonszensz a 2:1 arány a klinikum javára. Az általánosítás azonban itt sem helyén való, mert a budapesti főiskolán kezdettől fogva a klinikum és az ápolástan elméleti órák aránya 1:1, a gyakorlatokat is beleszámítva 1:4 az ápolástan javára. Ebből következik, hogy az oktatás szempontjából a klinikumnak és az ápolástanak azonos a jelentősége, a gyakorlati tevékenység oldaláról viszont az ápolást kell jobban hangsúlyozni, hiszen az ápoló ápolni fog. Ezt a szemléletet támasztja alá az is, hogy a klinikumi tananyag feldolgozásának (etiológia, patomechanizmus, primer, szekunder, terciér prevenció, klinikai tünetek, panaszok, diagnosztikus eljárások, vizsgálati eredmények, gyógyítás, ápolás, gondozás, rehabilitáció) valamennyi fázisában jelen van az ápolás, és ha jól megnézzük, sokkal több benne az orvosi utasításra végzett beavatkozás, vagyis az ápolás nem önálló és együttműködő funkciója. Ez is azt mutatja, hogy mindkét szakembernek jól kell ismernie a másik szakterületét, csak a súlyozás más.

A továbbiakban azt írja, hogy “Ki tudja, mi szükséges az alapozáshoz? Természetesen az, aki a házat felépíti. A házat az ápoló építi, vagyis az az oktató, aki a szakápolástan tanítja”. Ön mondta az előbb, hogy “Az ápoláshoz szükséges orvosi ismeretek átadásának egy olyan alapot kell adnia, amire később az ápolás épülhet”. Akkor az alapozást és a házépítést miért szűkíti le a szakápolástan oktatására? Szakápolástan nem létezik önmagában, valamennyi alap, alapozó, szaktantárgy, és kiegészítő tantárgy azt célozza, hogy a centrálisan helyet foglaló ápolástan minden oldalról megalapozza, megerősítse. A házat tehát többen építik, és ebből az építkezésből az orvostudomány és az ápolástudomány veszi ki a legjobban a részét, de ugyanolyan jelentős a filozófia, szociológia, társadalom-egészségügy, pszichológia, pedagógia, beteg ember lélektana, idegen nyelv, számítástechnika, és így tovább. Nem fetisizálhatjuk önmagunkat, mint ápolástan oktatót, mindenkire szükség van a siker eléréséhez. A cikk olvasásakor folyamatosan az az érzésem, mintha szembe állítaná az orvosokat az ápolókkal, és a klinikumot az ápolással csupán azért, hogy bebizonyítsa azt a közismert tényt, hogy tudniillik az ápoló is képes klinikumot oktatni. Persze, hogy képes, hiszen ápolástan nem lehet klinikumi ismeretek nélkül oktatni, de klinikumot sem lehet ápolástan nélkül. Ennek ismeretében most már nem ez a legfontosabb kérdés, hanem az, hogy kollégám mit ért a klinikum oktatásán. Először azt írja ugyanis, hogy “Ma már Magyarországon is sokan vannak, akik rendelkeznek azzal a tudásanyaggal, ami képessé teszi őket a klinikum oktatására”, később

pedig azt, hogy "...célszerű lenne az oktatást átalakítani, és a szaktantárgyak oktatását teljes egészében ápolókra bízni". A klinikum oktatása nem azonos a szaktantárgy oktatásával. A szaktantárgy az orvostudományi ismeretekből és a szakápolástanból áll. Az orvostudományi ismeretek oktatására az orvos, a szakápolástani ismeretek oktatására az ápoló kompetens. Egyébként, ha már a tanterv átalakításról beszélt, számomra az is furcsa, hogy diplomás ápolóknak miért tartanak klinikumi gyakorlatot. Klinikumi gyakorlata az orvostanhallgatóknak van, a diplomás ápolóknak ápolástan gyakorlatra van szüksége, amelynek természetesen kell tartalmaznia bizonyos klinikumi ismereteket is esettanulmányok, betegbemutatók, diagnosztikus, és terápiás beavatkozások formájában. Ápolástanhoz tartozó klinikumi gyakorlatot valóban tarthatnak ápolók – mint ahogy Önök ezt sikeresen meg is tartották –, de a betegbemutatót azért mégis csak az orvos kompetenciájának tartom, ugyanis neki van több tapasztalata a klinikumban, ő vállalhat érte teljes felelősséget. Nem beszélve arról, hogy lehetnek a hallgatóknak olyan orvostudományi kérdései, amelyekre csak az orvos tud válaszolni. Az ápolóknak az ápolásban van gyakorlata, tehát ő csak azért a klinikumi ismeretért vállalhat felelősséget, amely a szakszerű ápoláshoz szükséges. Egyébként is azt hangoztatjuk, hogy nem "kisorvosokat" akarunk képezni, ennek megfelelően a végzett diplomás ápoló nem is kap olyan képzést, amely feljogosítja a klinikum teljes oktatására. Miután a szaktantárgyak köréből az orvostudományi tantárgy nem vehető ki, így nem kérdés, hogy annak oktatása kinek a feladata. Jogilag, és etikailag is szükség van a kompetenciák szerinti munkamegosztásra. Egyik felet sem lehet kiemelni a másik rovására, hiszen az egészségügyi team két legfontosabb tagjáról van szó, akik egymás munkájának kölcsönös megbecsülése, és ismerete nélkül nem lennének képesek a betegek ellátására. Én is – kollégáimhoz hasonlóan – nagyon sajnálom, hogy a végzett diplomás ápolók közül csak kevesen maradnak betegágy mellett, de ha az ápolók jelenlegi erkölcsi és anyagi megbecsültségét tekintjük, akkor nincs jogunk ítélkezni felettük csak azért, mert jobb társadalmi státuszra vágnak. Természetesen ezzel nem azt akarom mondani, hogy egyetérték a pályaelhagyással, hanem azt, hogy megértem pályaelhagyási motivációikat. Sokan egy jobb, könnyebb életért hagynak fel az ápolással, és meggyőződésem, hogy ezért a helyzetért nem az ápolók a felelősek. Szerencsére vannak, akik nem tudják elképzelni életüket ápolás nélkül, ők azok az elkötelezett, valódi hivatástudattal rendelkező ápolók, akik működtetik a rendszert.

Egy másik fontos tényező, hogy nem minden diplomás ápoló való közvetlen betegágy mellé. Van, aki sokkal rátermettebb a vezetésre, szervezésre, irányításra, vagy a kutatásra. Őket ezen a területen érdemes foglalkoztatni. A gyakorlatban azt tapasztalom, hogy nem mindig ismerik fel maguk az ápolók sem képességeiket, aminek sajnos a betegek látják kárát.

A változás egy másik problémát is felvet a diplomás ápolókkal kapcsolatban, mégpedig azt, hogy akik az egészségügyi pályát nem hagyják el, azok közül sem fognak sokan a betegágy mellett maradni, mivel előbb-utóbb vezetők lesznek, és ez jelenleg így természetes. De csak jelenleg, mivel világos, hogy először ők fogják betölteni a vezetői funkciókat, hiszen nonszensz, hogy egy diplomás szakembernek alacsonyabb képzettségű legyen a főnöke. Sajnos ma még ez a jelenség sem ritka, amely megrontja, egyes esetekben ellehetetleníti a diplomás ápolók és a szakdolgozók közötti munkakapcsolatot. Rendkívül sok rivalizálást, ellenségeskedést tapasztaltam a főiskolai hallgatókkal szemben már a tanulmányi időszak alatt, amely csak fokozódott a végzést követően. Ez a diszkrepancia – rendezés nélkül – áldatlan állapothoz vezetne, ezért fontos, hogy a diplomás ápolók minél előbb elfoglalhassák az őket megillető helyüket az egészségügyi rendszer hierarchiájában.

Természetes tehát, hogy a főiskola, egyetem elvégzését követően egyre nő az esélyük, hogy ápolási igazgatóvá, osztályvezető főápolóvá választják őket, vagy megbízást kapnak oktatói feladatok ellátására, netán az egész intézmény oktatásszervezői funkciójának betöltésére. Ez egyrészt jó, mert a főiskolai hallgatók szakszerű gyakorlatvezetése biztosítottá válik, másrészt viszont az a következménye, hogy egyre kevesebb idejük jut majd a közvetlen ápolásra, vagy azonnal elszakadnak a betegágytól. Ez a folyamat addig fog tartani, ameddig minden vezető pozíciót be nem töltenek diplomásokkal. Majd csak ezt követően válhat valóra a diplomás ápoló képzés valódi célja, hogy a diplomás ápolók az ágy mellett, ápolással foglalkozzanak. És ehhez kell az a bizonyos 15-20 év, amit korábban említettem.

Mivel a címben szereplő kérdést fontosnak tartottam kiegészíteni azzal, hogy kik oktathatják a diplomás ápolókat, ezért néhány szót ejtenék a főiskolai képzés kezdetéről. Köztudott tény, hogy a jelen, csak a múlt ismeretében értékelhető reálisan, ezért az egészségügyi szakképzés történeti fejlődésének ismerete teheti világossá, hogy az ápolók oktatásának tradíciói miért éppen így alakultak.

Az egészségügyi szakoktatók főiskolai képzésének kezdetétől 1975-től az egészségügyi szakközépiskolákban, szakiskolákban a klasszikus orvos-egészségügyi szakoktató páros volt a jellemző. Az ő képzésük, és kompetenciáik ismerete adhat választ arra a kérdésre, hogy kik oktathatják az ápolókat, ugyanis a szakoktató hallgatók kezdetől fogva a kórházakból, és az egészségügyi szakközépiskolákból érkező oktatással foglalkozó ápolók köréből kerültek felvételre, akiknek munkakörük további betöltéséhez vált szükségessé a főiskolai végzettség megszerzése. A kórházi szakoktatók továbbra is betegágy mellett dolgoztak, és vezették a tanulók területi ápolási gyakorlatait, az iskolai szakoktatók pedig az ápolástan elméleti és gyakorlati oktatását végezték az iskolákban. Ez napjainkban is így van, és az ápolóképzés főiskolai rangra emelésével vált alapvető követelménnyé az egyetemi végzettség a diplomás ápolók képzésében részt vevő főiskolai oktatók körében. Mivel 1989-ben – a magyarországi diplomás ápoló képzés kezdetén – még nem volt lehetőség szakirányú

egyetemi végzettség megszerzésére, ezért mindenki olyan egyetemi képzésben folytatta tanulmányait, amely oktatói munkásságát fejlesztette. 1993-tól bővült a gyakorlatvezetők köre az első végzett diplomás ápolókkal, akik mára a gyakorlatok meghatározó személyiségei. Ma már a szakoktatók mellett a diplomás ápolóknak is lehetőségük van az egyetemi végzettség megszerzésére, ezért a főiskolai oktatók körében is találunk egyetemi diplomával rendelkező diplomás ápolókat. A képzés tehát eljutott az egyetemi szintre – mert ma már csak ilyen képzettséggel lehet oktatni –, de az sosem volt kétséges, hogy az ápolók képzését ápolók végezzék. 28 éves pályafutásom során – 15 évet dolgoztam közvetlenül betegágy mellett, 13 éve vagyok főiskolai oktató, és a betegellátásban ma is aktívan részt veszek – számomra mindig az jelentette a problémát, hogy hiába oktat mindkét helyen ápoló, mégis a legtöbb helyen óriási különbséget tapasztalok a tanult ismeretek és az alkalmazás között. Az elmélet és a gyakorlat egységének megteremtése örök dilemma a szakemberek számára, de meggyőződésem, hogy a képzési követelmények gyakorlati megvalósításának is megteremtődnek a személyi és tárgyi feltételei, ha országosan kiépülnek a “Klinikai Oktatási és Demonstrációs Ápolási Egységek”, ahol megfelelő finanszírozásban részesülnek a gyakorlatvezetők. Kollégám szerencsés helyzetben van, hogy saját munkahelyén ilyen ideális feltételek között oktat. Országos szinten ez még nem így működik, sok helyen az is nehézséget okoz, hogy kit bizzanak meg az oktatással. Tulajdonképpen az lenne az ideális, ha ugyanaz a személy oktatna, aki a napi ápolást végzi, de ehhez két helyen kellene dolgoznia egy időben. Sajnos Magyarországon egyelőre nem létezik ilyen félállásos rendszer, ezért nehéz lenne megoldani, hogy egy oktató fél munkabérét a kórház fizesse, másik felét pedig a főiskola. De ha megoldható is lenne ez a kettős állapot, akkor sem lehetne teljes mértékben megfelelni mindkét munkakörnek, ugyanis ahhoz megfelelő létszám kell a kórházi osztályon, hogy az ápoló el tudjon menni órát tartani, és a főiskolán is külön főállású oktatókat kellene alkalmazni azért, hogy a hallgatók problémáival is foglalkozzon valaki, és szervezze a mindennapi munkát. Mindkét terület egész embert kíván, hiszen a főiskolai oktatóknak 6-7 szakon kell egy időben oktatniuk, ezen kívül az új képzési stratégiákat is ők dolgozzák ki, tanterveket, feladatlapokat készítenek, több száz dolgozatot javítanak ki minden tanítási félévben, és ugyan ennyi hallgatót vizsgáztatnak szóban is. Emellett felvételi bizottságokban dolgoznak, írásbeli, elméleti és gyakorlati záróvizsgákat tartanak, és a tudományos tevékenység minden idejüket felemészti. A cikkek, könyvek, jegyzetek írása már az éjszakákra, hétfélekre és az ünnepekre marad. A betegágy mellett dolgozó ápolónak szintén részt kell vennie a mindennapi munkában ahhoz, hogy ápoló maradhasson, így nem tölthet hetente 4 napot az oktatással, mert akkor őt is szinte állandóan helyettesíteni kellene valakinek. Egészen más gyakorlatot vezetni, és más elméleti előadást tartani. Ezt kollégám is bizonyára tapasztalja, hiszen őt éve tanít a szegedi egészségügyi főiskolán, és gondolom nem könnyű összeegyeztetnie az osztályvezetői funkciót a gyakorlatok megszervezésével, vezetésével, és az előadások megtartásával. Önt is helyettesíti valaki, ameddig a főiskolán van, és a gyakorlatokat sem egyedül kell megtartania, mint ahogyan cikkéből ez kiderül. A pszichiátriai klinikán egy kiváló team dolgozik, melynek kialakításában Önnek, mint vezetőnek oroszlán része van. Sajnos azonban nem lehet egy helyről következtetni az egész országra, sőt már az sem biztos, hogy egy intézményen belül valamennyi gyakorlóterület ilyen kiválóan működik. 12 évig voltam a diplomás ápoló képzés oktatósszerelője, és mindig a gyakorló bázis kiépítése, és a megfelelő gyakorlatvezetők kiválasztása volt a legnehezebb feladat. Kitaposatlan útra léptünk 1989-ben, amikor elsőként indítottuk el a diplomás ápolóképzést Magyarországon. A hallgatói létszám növekedésével egyre több intézménnyel kellett felvenni a kapcsolatot, ahol egyáltalán nem volt biztos, hogy szakoktató vagy diplomás ápoló fog foglalkozni hallgatóinkkal, hiszen az első 4 évben nem voltak még diplomás ápolók az osztályokon. Egy-egy félévben 30-90 gyakorlóterületen töltik ápolási gyakorlataikat hallgatóink, így a gyakorlatok előkészítése, a gyakorlatvezetők felkészítése, valamint a gyakorlatok értékelése sem egyszerű. Ha valamennyi gyakorlatvezetővel személyesen szeretnénk találkozni, ahhoz országos értekezletet kell összehívunk. Mára elmondhatjuk, hogy az ország valamennyi intézményével sikerült jó kapcsolatot kialakítanunk, módszertani anyagokkal, folyamatos továbbképzésekkel segítjük gyakorlatvezetőinket. Mindezek ellenére még a mai napig a gyakorló bázis és a megfelelő gyakorlatvezető kiválasztása jelenti a legnagyobb gondot. A jelenlegi helyzetben az lenne a legjobb megoldás, ha az oktató ápolókat valamennyi intézményben külön státuszra tudnák helyezni, így nem hiányoznának a napi létszámból, amikor oktatással kell foglalkozniuk. Sajnos napjainkban még sok intézményben ez sem megoldott. Az ápolói létszámhiány miatt, az oktató ápoló kénytelen az egész osztályt ellátni, ugyanakkor foglalkozni hallgatóinkkal is. Ezért gyakran előfordul az is, hogy nincs ideje az oktatásra, a hallgatók pedig vagy feltalálják magukat és tudnak ápolási tevékenységet folytatni, vagy nem. Hozzá teszem, hogy a hallgatók hozzáállásán is sok múlik, aki akar, az talál is munkát. Továbbá probléma az is, hogy az sem biztos, hogy a jó szaktudás, jó pedagógiai érzékkel párosul. Azzal, hogy valaki elvégzi az egyetemet, még nem biztos, hogy alkalmas lesz az oktatásra is, sőt az sem biztos, hogy egyáltalán kíván-e foglalkozni oktatással. Cikkében azt írja, hogy a megkérdezett hallgatók (n=29) 6 fő kivételével azt válaszolták, hogy diplomás ápolók tanítsák az orvosok helyett a klinikumot is. Mivel ez egy leíró jellegű, kérdőíves felmérés, és az elemszám is csekély (29 fő), ezért a kutatás eredményeiből messzemenő következtetések nem vonhatók le, a megállapítás csak a vizsgált mintára igaz. Természetesen hipotézisként feltehetjük, hogy valamennyi diplomás ápolónak ez a véleménye, de akkor több ezres mintán, matematikai statisztikai módszerekkel kell bizonyítani ezt a feltevést.

Remélem hozzászólásomból kiderült, hogy a diplomás ápolók képzése szívügyem, és természetesnek tartom,

hogy az ápolástanhoz tartozó klinikumot ők oktassák. Írásommal azokra a logikai ellentmondásokra, terminológiai pontatlanságokra szerettem volna ráirányítani figyelmét, amelyek olyan színezetet adtak cikkének, mintha az ápolók az orvosok kompetenciáinak megszerzésére törekednének, és e két szakember egymás nélkül létezhetne akár a képzésben, akár a mindennapi gyakorlati munkában. Egyébként ezúton gratulálok Önnek sikeres munkájához, és kívánom, hogy tantervfejlesztő tevékenysége eredményes legyen.

*Csóka Mária
főiskolai adjunktus
Semmelweis Egyetem
Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet*

Gondolatok a “Kik oktassák a diplomás ápolókat?” című íráshoz

Jelenleg hazánkban hat Egészségügyi Főiskolai Karon, a kihelyezett tagozatokkal együtt mindösszesen 12-13 városban folyik diplomás ápolóképzés. Csaknem valamennyi képzési helyszín bevonásával az 1999-2000. évben – a kanadai Vancouverben található Douglas College szakembereinek módszertani útmutatásával – áttekintettük egy országos program keretében az előzetes tanulmányok beszámíthatóságát a főiskolai képzésbe. Ennek a fejlesztőmunkának egy igen jelentős részét tette ki az akkori diplomás ápolóképzésekben fellelhető kurrikulumok egységes szempontrendszer szerinti összehasonlítása. Közel 25 hazai főiskolai oktató hat munkacsoportban azon dolgozott, hogy az összehasonlító és fejlesztő munka tényekre, reális alapokra épüljön. A különböző főiskolai tantervek összehasonlításakor megállapítható volt, hogy nagy szerkezetbeli különbségek (mint ahogy azt a kimenetel meg is kívánja) nincsenek. Ez azt jelenti, hogy közel azonosak az elméleti és gyakorlati képzésre fordított óraszámok, ezáltal a teljes összes óraszám is. Ugyanakkor feltűnő volt az egyes klinikumi területekhez tartozó szakápolási órák számának különböző – képzési helyenként változó – mértéke. Volt, illetve van olyan képzési hely, mint ahogy Irinyi Tamás főápoló úr is írta, ahol a szakápolás kisebb mértékben képviselteti magát, mint a hozzá tartozó klinikumi ismeretek. Ugyanakkor meg kell említenem, hogy akadt olyan intézmény (és ilyen a mi főiskolánk is), ahol a szakápolásra fordított képzési idő levelező tagozat esetén ugyanolyan, míg nappali képzési forma esetén jóval meghaladja a klinikumi ismeretekre fordítandó óraszámot.

Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a klinikum ismeret átadására a kilenc szakmai tárgy esetén, összesen 360 kontakt tanóra (47%), míg a szakápolási ismeretek feldolgozására 405 kontakt tanóra (53%) keretében kerül sor. Ez a különbség nem elhanyagolható, ezzel úgy gondolom sikerült megcáfolnom főápoló úr azon állítását, hogy “Az egészségügyi főiskolákon a klinikum és a szakápolástan elméleti órászámai kettő az egyhez aránylanak, a klinikum javára.”

A másik reagálásra okot adó kérdés a főiskolai oktatók tankönyv- és jegyzetírási kedvére vonatkozott. Véleményem szerint a diplomás ápolóképzés, elindulását összehasonlítva a jelenlegi más főiskolai szintű egészségügyi képzésekkel, máshol nem tapasztalt fejlődésen ment keresztül a főiskolai és egyéb kiadók – az ápolókat érintő – kiadói tevékenysége a viszonylag rövid múlt ellenére. Természetes volt a kiadók kezdeti reakciója, hogy először külföldről átvett, s adaptált könyveket jelentettek meg a fokozódó igény és a rövid határidő leküzdésére, hiszen ezzel látták biztosítva ezen probléma megoldását. Itt kell megemlíteni azt is, hogy ugyanezen kiadók szemlélete az elmúlt időszak tapasztalatai birtokában jelentősen megváltozott. Mindinkább hajlanak annak irányába, hogy hazai szakemberek közreműködésével, hazai szakemberek tollából szülessenek meg a hazai szakembereket oktató könyvek, jegyzetek. Ennek végrehajtása az oktató és gyakorlatban tevékenykedő ápolók időbeni leterheltsége miatt (sokszor anyagi ösztönzők híján is) nem egyszerű kivitelezhetetlen. A főápoló úr azon hazai szakemberek közé tartozik, akiknek már megjelent könyve neves hazai kiadó gondozásában. Megjegyzendő, hogy ezen könyvet kiválónak és példamutatónak tartom más szakmaterületekre kimunkálendő könyvek íróinak. Éppen ezért nem érthető a főápoló úr ezen irányú megjegyzése, hiszen átélte a könyvírás és megjelentetés minden örömét, bánatát, nehézségét. Ezt nem egyszerű felvállalni, ehhez idő és energia szükséges, de van rá már jó néhány hazai példa (pl. Rozsos Erzsébet: Ápolásetika stb.) Itt kell ugyanakkor megemlíteni, hogy a főiskolák tankönyvkiadói tevékenysége is megerősödött. Számos munka született, főiskolánkon szám szerint közel húsz főiskolai jegyzet, tanulási útmutató, szövegyűjtemény, melyek mind hazai főiskolát, egyetemet végzett ápolási szakemberek tollából önállóan, vagy szerzőtársak közreműködésével születtek. Ezek az ápolási segédletek korszerűnek és a hazai viszonyokat figyelembevevő munkáknak tekinthetők.

A következő reflexióra okot adó kérdés a területi klinikai gyakorlat vezetésének, oktatásának kérdése. Egyetemünkön a 2000. januártól kezdődő integrációnak köszönhetően a diplomás ápoló nappali tagozatos hallgatók területi gyakorlataikat csupán néhány kivétellel (részben gyermekgyógyászat, egészében alapellátás) a Semmelweis Egyetem Klinikáin töltik. Egy – az Intézetünk igazgatója (Dr. Mészáros Judit) által vezetett – tavalyi kutatásunkban volt nappali tagozatos hallgatókat kérdeztünk többek között arról, hogy a területi

gyakorlatokon tapasztaltak milyen hatással vannak a pályaválasztásra, munkahelyválasztásra. Megállapítható volt a közel 100 fő válaszadó véleménye alapján, hogy az első munkahely választását nagymértékben (54%) befolyásolták a területi gyakorlatok során észlelt pozitív és negatív tapasztalatok. A Főiskolai Karon szakmai tárgyakat oktató valamennyi szakember több éves törekvése, hogy a területi gyakorlatok minél színvonalasabban kerüljenek megszervezésre. Ezt az igényt a más egyetemekhez hasonlóan, nálunk is még jobban felerősítették a befejeződött integrációs folyamatok, s ugyanakkor olyan új lehetőséget is teremtettek, mellyel a területi gyakorlatok megszervezését és lebonyolítását még hatékonyabban, igényesebben lehet kivitelezni. Ennek eredményeképpen elmondhatjuk, hogy ezen hallgatónknak a 2-3 hetes összefüggő területi gyakorlatait 2-4 fős csoportokban, szakképzett (elsősorban diplomás ápoló vagy szakoktató) kolléga vezeti, irányítja, segíti a betegágy mellett. A tantermi kontakt szakápolási tanórákat is – kivétel nélkül –, ápolási szakemberek oktatják. A területi gyakorlatok oktatásában a mentorápoló kifejezés már hazánkban sem ismeretlen fogalom. Ennek hazai közvetítésében a Magyar Ápolási Egyesület, mint legtöbb ápolási szakembert tagjai között tudó paramedikális érdekképviseleti szervezet, tevékeny részt vállalt. Az 1996-97. évben hazánkban lehetősége adódott – a korábbi PHARE támogatások keretében – a hazai alapellátás átforgalmazására, szellemi és anyagi források igénybe vételével. Ennek keretében a középpontba került az alapellátási szakemberek oktatása, képzése, továbbképzése. Komoly kihívást jelentett az oktatási tapasztalatok, gyakorlatvezetési készségek hiánya, mind a családorvosok, mind pedig a körzeti ápolók körében. Ezen új kihívás megoldására született meg az a képzési program, – angol tapasztalatok alapján, az Exeter Egyetem Orvostovábbképző Intézetének munkatársai segítségével –, melynek során négy alkalommal mindösszesen 100 családorvos és 26 ápoló szerzett mentor végzettséget. A közös képzési programok sikeréhez hozzájárult a körzeti ápolók nyitottsága, az orvosok partneri kapcsolata, fogékonysága az új szemlélet iránt, valamint a kiváló tananyag. Főiskolai karunkon az első levelező (1989) és az első nappali (1990) ápolóképzés elindulása óta komoly gondot jelent a területi gyakorlatok közül az alapellátási, otthonápolási gyakorlatok szervezése, szakmai vezetése. A mentorápoló képzés pozitív tapasztalatait felhasználva többször próbálkoztunk hasonló továbbképzés szervezésének kidolgozásával. Az idei esztendőben vált lehetővé, hogy szervezett formában közel 80 ápoló bevonásával mentorápolókat képezhessünk, akik remélhetően hozzájárulnak ezen szakmaterület sikeres bemutatásához, a területi gyakorlatok színvonalának emeléséhez.

A másik jól felhasználható, a területi gyakorlatok során kiválóan alkalmazható példát kanadai tanulmányutam során ismerhettem meg. A módszer lényege, hogy minden alsóbb évfolyamos hallgatónak van egy felsőbb évfolyamos párja, akivel egy területen tölti le szakmai gyakorlatát. Ez azt jelenti, hogy az osztályos, klinikai környezetben egy területen, ugyanazon időpontban két különböző évfolyamról érkező ápoló hallgató teljesíti gyakorlatát. A felsőbb évfolyamos hallgató segíteni tudja hallgatótársa gyakorlatát. Ugyancsak megoldást jelenthetne a hazai viszonyok között, hogy egy adott osztályon a hivatalosan kijelölt és felkért oktatóápolón kívül – ha van erre mód –, a jelenleg főiskolára járó kolléga segíthetné a nappali tagozatos hallgatók munkáját. Ez nem csupán úgy képzelhető, hogy folyamatosan vele töltik a területi gyakorlatukat, hanem bármikor fordulhatnak hozzá szakmai segítségért, egyfajta tutori szerepet kapnának. Talán ez is erősítheti a képzés és az iskola területtel való kapcsolatát.

Utolsóként az ápolókat képviselő szakmai szervezet tevékenységére kívánok reflektálni. Az Ápolásügy – a Magyar Ápolási Egyesület hivatalos, háromhavonta megjelenő lapja – múlt évi számaiban többször adhattunk hírt Egyesületünk érdekérvényesítő, "lobbi" tevékenységéről (pl.: az ápolóképzés ösztöndíj rendszerének kidolgozása és elfogadtatása, klinikai szakápoló képzések ingyenessé tétele, továbbképzések támogatása, ápolói munka kitüntetéssel való elismerése). A jelenlegi hazai törvényi feltételek alapján a kamarává történő alakulás egy szakmaterületen dolgozók teljes tagságának biztosításával válik lehetővé. Ez azt jelenti, hogy minden egyes ápolónak egyesületi taggá kellene válni, ami azonban a jelenlegi helyzetben elképzelhetetlen. (Megjegyezni kívánom, hogy az Egyesület regisztrációs rendszerében a gondolatébresztő cikk szerzője sajnos nem szerepel, azaz nem tagja Egyesületünknek. Remélhető, hogy a közeljövőben tagságával ő is hozzá fog járulni a minél hatékonyabb és szélesebb érdekeket képviselő munkához.) Minden olyan ápolót, aki a fenti gondolatokkal azonosulni kíván és tud, várunk sorainkban.

Összegzésképpen elmondható, hogy az egyéni vélemények alapján, és az egy főiskolai karon, intézményben folyó képzésből teljesen általánosítani nem lehet és nem is szabad. A hazánkban folyó ápolóképzések heterogén volta miatt (ami persze nem biztos, hogy szerencsés) mindig csak körültekintő előtanulmányok ismertetésében lehet mélyebb következtetéseket levonni.

*Balogh Zoltán,
főiskolai adjunktus,
a Magyar Ápolási Egyesület alelnöke*

Két megjegyzés...

Magánemberként két megjegyzést szeretnék fűzni mindkét hozzászóláshoz. Nincs jogom elvitatni Balogh Zoltán kollégám és pályatársam hozzászólásában, hogy a Magyar Ápolási Egyesület (MÁE) az utóbbi esztendők során csatlakozni kíván azokhoz a szervezetekhez, amelyek értékrendbeli átalakuláson keresztül is megújulnak. Nem

tudok azonban azonosulni azzal a felvetéssel, hogy Irinyi Tamás szervezeti tagságának hiánya kevésbé progresszív gondolkodású, kevésbé haladó szellemű, az ápolásért kevésbé tenni akaró kollégává fokozza le. Több tízezer olyan ápoló van ma Magyarországon, akik bár nem tagjai a MÁE-nek, mégis minden lehetséges eszközzel az ápolás fejlesztésében kívánnak részt venni. Azt mindenképpen a MÁE (és tegyük hozzá a főiskolai és egyetemi szintű ápolóképzés) sok éve megoldatlan feladatának és felelősségének gondolom, hogy milyen módon lesz képes ebből a szellemi erőforrásból meríteni. Kiváló lehetőségnek érzem Irinyi Tamás kollégánkat is, hogy a magyar ápolás ne legyen rászorulva az Exeter-i Egyetem Orvostovábbképző Intézetének munkatársaira, ehelyett sokoldalúan képzett, a magyar hagyományokat is jól ismerő hazai szakemberekkel végezzük el a szerkezeti átalakítás döntő részét.

Azt a tényt, hogy a MÁE vezetésében a fiatalabb generáció képviselői is megjelenhettek, mindenképpen üdvözölni kell. Ez reményt jelenthet arra is, hogy a diplomás ápoló hallgatók fejlődését, fejlesztését a MÁE ismét felkarolja. Jómagam 1991-ben alapítója és 1993-ig elnöke voltam a MÁE keretein belül megalakult Diplomás Ápoló Hallgatói Szekciónak, amely az elnökség 1993-as lemondását követően megszűnt. Az érintett időszak alatt a MÁE sem anyagi, sem erkölcsi támogatásáról nem kívánta biztosítani az akkor még gyermekcipőben járó diplomás ápolói mozgalmat, az Európai Ápoló Hallgatók Szervezetéhez történt csatlakozásunk és működésünk feltételeit Mészáros Judit professzor asszony teremtette meg, a magyar hallgatók 1993-ban elsőként általunk szervezett norvégiai szakmai gyakorlatának feltételeit ugyancsak Dr. Mészáros Judit személyes hozzájárulásával és a Pro Renovanda Cultura Hungariae alapítvány támogatásával tudtuk biztosítani. Hosszú ideig nem volt alkalmam a MÁE diplomás ápoló hallgatókkal kapcsolatos álláspontját megismerni, bízom benne, hogy az azóta eltelt időszakban a helyzet megváltozott, és a MÁE a diplomás ápoló hallgatókat ma már egyenrangú partnereknek tekinti, fejlesztésükben, képzésükben is vezető szerephez kíván jutni. Csóka Mária adjunktusnő, egykori tanárom hozzászólásából egy mondatot szeretnék kiemelni: "Ott [az Egyesült Államokban] azért lehet orvos nélkül oktatni, mert nem önállóan szerepel az orvostudományi ismeret, hanem a szakápoláshoz kötötten." Úgy gondolom, ez a mondat találóan foglalja össze, mi az az út, amit a magyar ápolásnak a jelenlegi paradigmától (medicinális szemlélethez rendeljük az ápolást) meg kell tennie ennek az új paradigmának az eléréséhez (az ápoláshoz rendeljük a társ-egészségtudományokat). Azt hiszem, Irinyi Tamás megjegyzése is erre próbálta felhívni a figyelmünket, az ápolásközpontú gondolkodásra, amelyben ha lehet, elsősorban az ápoló jusson főszerephez, minden más egészségügyi szakember tudására és részvételére akkor tartunk igényt, ha már végképp nem kínálkozik más megoldás. Ha sarkítottan is, de ez a szemlélet vezetett el ahhoz a nagyfokú szakmai autonómiához, amely aztán az ápolás társadalmi és anyagi megbecsülésben is kifejeződik a tengeren túl.

Thomas Kuhn¹ (*Kuhn, T. (1970). The structure of scientific revolutions (2nd ed.) Chicago: The University of Chicago Press*) óta tudjuk, hogy a paradigmaváltás a tudományban, és az élet minden területén az egyik leggyötrelmesebb feladat. Ennek számos oka van, de legfőképp az, hogy a régi paradigma biztonságot nyújt, számos szakember évtizedes munkája épül rá, így egy régi meggyőződés elvetése, ahogy ezt a tudományozóciológia is bebizonyította, sokaknak törést jelenthet, többekből ellenkezést válthat ki. Ráadásul Kuhn arra is rámutatott, hogy az új paradigma legtöbbször "egy kívülállótól" származik, hiszen azok, akik a régi paradigmát tekintik referenciának, nem tudják egy kívülálló álláspontját is magukévá tenni.

Gondolom senki sem vitatja, hogy a **paradigmaváltásra az ápolásban égető szükség** van. Kuhn szerint ahhoz, hogy ez megtörténjen, előbb önmagunkat kell legyőznünk, hogy az újat befogadhassuk. Nyitottság nélkül ez nem fog menni.

Zrínyi Miklós