

# A lélegeztetett beteg gyermek ápolásának súlyponti kérdései

Marosvári Éva

diplomás ápoló, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház KAITO

## Összefoglaló

**Cél:** A vizsgálat célja annak bizonyítása, hogy a lélegeztetés során alkalmazott hő- és páracserélő filterek kevesebb szövődménnyel járnak, mint az aktív párástítás. Továbbá, hogy az ápolás ill. a beteg szempontjából a nazális intubáció előnyösebb, mert kevesebbszer következik be nem tervezett extubáció, és a tubus okozta decubitus is ritkább.

**Módszerek és minta:** A vizsgálat a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztályán 2001.01.01 és 2004.12.31. közötti időszakban ápolott lélegeztetett beteg gyermekekre terjedt ki. A vizsgált időszakban 259 páciens állapota tette szükségessé gépi lélegeztetést.

**Eredmények:** A filterek alkalmazásával felére csökkentek a pozitív bakteriológiai leletek, ugyanakkor számottevő különbség nem jelentkezett a tubusdugók kialakulása terén.

A nazálisan és az orálisan behelyezett tubus gondozását összehasonlítva az eredmények: az orális helyzetű tubus okozta felfekvések négyszer gyakrabban fordulnak elő, mint a nazális helyzetűeknél. A tubus kimozdulás kétszer olyan gyakran történik orális intubáció esetén, mint nazálisanál.

Másodlagosan kitűnt, hogy az általunk ápolott lélegeztetett gyermekeknél a vizsgált szövődmények arányaikban elhanyagolhatók.

**Következtetések:** A kutatás során teljes mértékben igazolást nyert a hő- és páracserélő filterek használatának létjogosultsága a szövődmények megelőzésében. A tubusgondozás során kevesebb szövődmény alakul ki, ha nazálisan történik az intubáció.

## A probléma ismertetése

A szakirodalmi adatok szerint a betegek 50%-át súlyos légzési elégtelenség miatt veszik fel gyermek intenzív osztályra, és nagy részük respirációs kezelésre szorul, ezen belül is gépi lélegeztetésre. (Hirsch et al., 2003)

Osztályunkon gyakran és sokszor hosszan lélegeztetjük a gyermekeket, ami azt jelenti, hogy minden harmadik beteg részesül gépi lélegeztetésben, és a lélegeztetési idő átlag hat nap. Az invazív lélegeztetéshez tartós, szabad légútbiztosítás szükséges, mely leggyakrabban endotracheális intubálással biztosítható. A leveztetés helyétől függően megkülönböztetünk nazális és orális intubációt. Az endotracheális tubus behelyezésével az orr és a felső légutak hőszabályzó, párástító és szűrő funkciója kiesik, ennek következtében:

- a légúti váladék besűrűsödik, pörkösödik,
- a csillósörök tisztító feladatukat nem tudják ellátni,
- a nyálkahártyán fekélyesedés keletkezik,
- a bronchiolusok összeesnek (Pénzes, 1997).

Így az invazív lélegeztetés ideje alatt fokozott problémát jelent a tracheaváladék felülfertőződése és a nozokomiális pneumónia kialakulásának a kockázata; valamint a tubusdugó létrejöttének a veszélye. Ezért minden lélegeztetett betegnél biztosítani kell a légutak párástítását. A párástítás történhet melegített vízü párástítóval vagy hő- és páracserélő filter alkalmazásával, mely egyúttal baktérium- és vírusszűrő is.

A lélegeztetett beteg gyermekek ápolása során további súlyos problémát okozhat a nem tervezett extubáció, és az endotracheális tubus okozta decubitus kialakulása a helytelen tubusrögzítés és gondozás következtében.

## Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a hő- és páracserélő filterekkel történő párástítás során ritkábban fordul elő a légutak felül fertőződése a lélegeztetett beteg gyermekeknél.
2. Feltételezem, hogy a hő- és páracserélő filter használata esetén gyakrabban alakul ki tubusdugó.
3. Feltételezem, hogy a nazális helyzetű tubusnál gyakrabban alakul ki decubitus.
4. Feltételezem, hogy a nazálisan intubált, lélegeztetett beteg gyermekeknél ritkábban fordul elő nem tervezett extubáció.

## A vizsgálat módszere

Retrospektív dokumentum-elemző vizsgálatom a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztályán 2001.01.01 és 2004.12.31. közötti időszakban ápolott lélegeztetett beteg gyermekekre terjedt ki.

A vizsgált időintervallumban lélegeztetett gyermekek dokumentációját (kórlap, lázlap, ápolási dokumentáció, labor eredmények, zárójelentés) egyéni elemző munkával dolgoztam fel és analizáltam.

A dokumentum-elemzésnél a következő szempontokat vettem figyelembe:

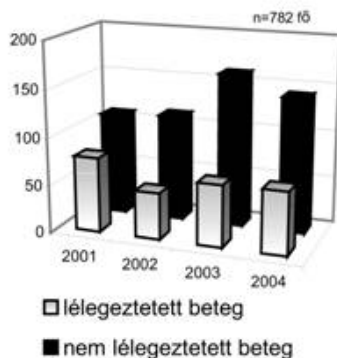
- A lélegeztetett és a nem lélegeztetett betegek számát,
- Életkort,
- Ápolási napok számát,
- Lélegeztetett napok szám szerinti megoszlását,
- Az intubálás módját,
- Az aktív párástítás és a hő- és páracserélő filterek alkalmazásának gyakoriságát,
- A tracheaváladékok bakteriológiai tenyésztésének eredményeit,
- A decubitus kialakulásának előfordulási arányát a tubus helye szerint,
- A nem tervezett extubáció számát a tubus behelyezés módjától függően.

## A vizsgálati minta bemutatása

2001-2004 közötti időszakban osztályunkon összesen 782 beteg került ápolásra, ebből 259 páciens szorult gépi lélegeztetésre, ennek a 259 ápoltnak a dokumentációját tanulmányoztam át. A vizsgált időszakban a betegek 33%-a szorult gépi lélegeztetésre, azaz minden 3. pácienszt lélegeztettünk. Ez a viszonylag nagy, 1/3-os arány indokolja ezzel a betegcsoporttal való foglalkozás fontosságát.

A lélegeztetett betegek számának évi megoszlásában nincs nagy ingadozás a vizsgált időszak alatt, évente átlagosan 65 lélegeztetett beteg gyermeket ápolunk.

**1. diagram: Az ápolott betegek szám szerinti megoszlása 2001-2004 között**

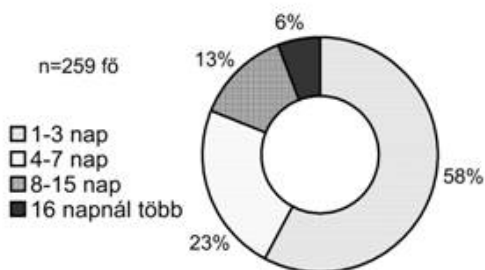


2002-ben látszik egy mérsékelt csökkenés a lélegeztetett betegek számában, ennek legfőbb magyarázata, hogy kórházunkban felújítási munkálatok folytak ebben az évben, és ez érintette osztályunkat is.

A vizsgált időszakban az össz ápolási napok száma 4786 nap a lélegeztetett betegeknél, melyből a lélegeztetési napok száma 1667 nap volt. A vizsgált négy év alatt az ápolási napok 35%-ában ápolunk lélegeztetett betegeket.

Az elemzés során feltűnt, hogy a lélegeztetés idejének hosszával egyenesen arányos csökkenést mutatott a lélegeztetett betegek száma.

**2. diagram: A lélegeztetett betegek száma és a lélegeztetési napok hosszának függvényében**



A legrövidebb lélegeztetési idő 24 óra, míg a leghosszabb 225 nap, az átlag pedig hét nap volt. A vizsgálatból kitűnik, hogy a legtöbb beteg, összesen 150 fő (58%) csak maximum három napig igényelt mesterséges lélegeztetést. Őket követik majdnem fele arányban azok az ápoltak, akik egy hétig szorultak gépi lélegeztetésre, ez 60 főt jelent. 13%-ban (34 fő) fordult elő, hogy a betegek kettő hétig voltak lélegeztetve, míg az ennél hosszabb ideig lélegeztettek száma összesen 15 volt a vizsgált időszakban.

## A vizsgált csoport jellemzői

Minden életkorban szinte hasonló százalékban fordult elő olyan megbetegedés, amely gépi lélegeztetést tett szükségessé. A vizsgált mintában a 3-7 évesek fordulnak elő legnagyobb számban (30%) (közösségbe kerülés – gyakori infekciók). Továbbá erre a korosztályra jellemző a környezet felfedezése, az ebből adódó balesetek izolált koponyasérülésekhez vezethetnek, melynek bekövetkezése teszi indokolttá a gépi lélegeztetést. Egy éves korig (15%) és a 2-3 évesek (20%) között szinte megegyező mértékben fordul elő a lélegeztetés, melynek oka az anatómiai és az élettani sajátosságokban rejlik.

## Eredmények

Az eredményeket a nem tervezett extubáció, és a tubus okozta decubitus tekintetében, valamint a párástíási módok összehasonlítása alapján részletezem.

Invazív szabad légút biztosításként osztályunkon lényegesen nagyobb arányban, 59%-ban, 154 esetben fordult elő orális intubáció, míg a tracheostoma felhelyezésén keresztül elenyészően kicsi százalékban (5%) történt (12 fő) légút biztosítás. A szájon át történő intubáció gyakoriságának oka, hogy sürgősségi ellátásánál elsődlegesen mindig az orális intubáció választandó. Nazális intubáció 93 betegnél történt, ami az esetek 1/3-át jelenti. A tracheakanül alkalmazásának alacsony előfordulási arányát az magyarázza, hogy a gyermek intenzív szemlélet különbözik a felnőtt intenzív ellátástól, vagyis ezt a fajta szabad légút biztosítási módot csak akkor választjuk, ha biztos, hogy tartós lélegeztetésre szorulnak a gyermekek. Vagy pedig olyan krónikus betegségük van, melyben szükséges a tartós mesterséges légút biztosítás.

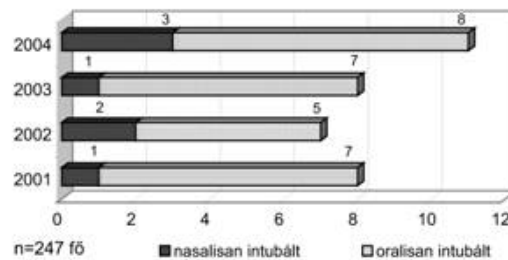
Osztályunkon a puha, hőre lágyuló endotracheális tubusokat használjuk, mert ezek kevésbé decubitalják a nyálkahártyát.

A nem megfelelő rögzítésnek és gondozásnak a következménye lehet a tubus kicsúszása (nem tervezett extubáció) és a tubus okozta decubitus. A következőkben az erre vonatkozó adatokat ismertetem.

A felmérés során kiderült, hogy nem tervezett extubáció kevés esetben fordult elő a vizsgált időszakban, a nazálisan és orálisan intubált 247 betegből összesen 34 főnél. A kis százalékban (13%) történt endotracheális tubus kicsúszás magyarázata nagyrészt az osztályunkon alkalmazott gondos és megfelelő rögzítési technikának (mód, ellenőrzés gyakorisága) köszönhető. A tubusrögzítés mellett fontos, hogy a lélegeztető kör szarát ne feszesen rögzítsük, hanem hagyjunk egy kevés mozgás- lehetőséget, (ha a beteg a fejét fordítja, ne húzódjon ki az endotracheális tubus). A jó eredményért a szinte folyamatos szülői jelenlétnek is hálásak lehetünk, hiszen a szülők minden apró változást észrevesznek a gyermekükönél és jelzik nekünk, pl. a tubusnak a „liftezését” (tubus pár milliméteres mozgását a rögzítés ellenére).

A nem tervezett extubációkat vizsgálva az is kiderült, hogy bár az esetszám valóban kevés, mégis orális intubáció során volt gyakoribb.

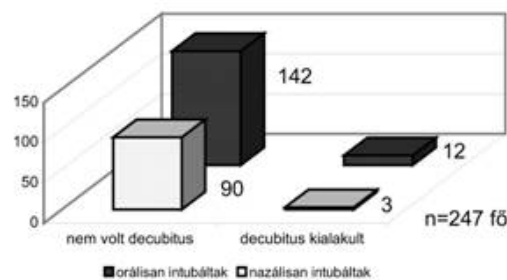
**3. diagram: Nem tervezett extubációk megoszlása**



A nem tervezett extubációk 80%-a orálisan intubált betegeknél fordult elő. Ennek az a magyarázata, hogy a gyermekeket jobban irritálja a szájban lévő tubus, gyakrabban vált ki náluk védekezési reflexeket (hányingert, köhögést), ugyanakkor a tubus és a harapásgátló jelenléte a szájban fokozott szekrétrum kiválasztást eredményez, ami feláztatja a tubusrögzítést.

A nem megfelelő tubusgondozásnak a másik következménye a tubus okozta decubitus. A 247 lélegeztetett, intubált beteg közül 15 esetben alakult ki decubitus

**4. diagram: Tubus okozta decubitusok**



Véleményem szerint ez az előfordulási szám a gondos és precíz ápolásnak (rögzítési technika) köszönhető. A lélegeztető kör rögzítése ugyanolyan jelentőséggel bír, mint a tubusrögzítés, hiszen pl. ha a gépszárat a beteg feje felett vezetjük el, akkor a decubitus kialakulásának nagyobb a valószínűsége. A 6%-os, vagyis a 15, tubus okozta decubitus megoszlását szemléltető diagramból egyértelműen látszik, hogy gyakrabban alakult ki decubitus orális intubáció esetén. Tehát az összes tubus okozta felfekvés 80%-a (12 eset) szájszagi decubitus, míg az orrszájyi decubitus 20%-ban (három esetben) fordult elő 2001-2004 között.

Az előzőekben ismertetett adatok alapján elmondható, hogy az osztályunkon használatos endotracheális tubus rögzítése és gondozása megfelelő. Ezért szeretném részletesen bemutatni ezeket a technikákat. A tubus gondozás menete a következő: rögzítés, felső légúti váladék eltávolítása, száj- és fogápolás, decubitus védelem.

## Endotracheális tubusgondozás

### Rögzítés

Sokféle mód terjedt el a tubus rögzítésére, de legfontosabb, hogy megfelelő és biztonságos legyen, így megelőzve a tubus kicsúszását ill. „liftezését”; vagy a nem megfelelő rögzítő eszközök alkalmazásánál tapasztalható hámszáj ill. decubitus kialakulását. A biztonságos rögzítés alapja, hogy a rögzítésnek legalább az egyik szára mindig a felső állcsontra kerüljön, hiszen ez a csont stabil, és így a száj mozgásakor sem tud a tubus kicsúszni. Lényeges a rögzítés 2-3 óránkénti ellenőrzése, hogy tapad-e még ill. hogy az endotracheális tubus megfelelő mélyen helyezkedik-e el, azaz mindkét tüdőfel felett egyforma hallgatózási hang hallható és hogy a szájszögben ill. az orrműnyílásnál a tubuson az intubálásnál dokumentált cm szám látható. A tubusvezetés hosszának kiszámítására létezik egy séma, amelynek részletes bemutatása meghaladja jelen írás kereteit.

A szájon át történt intubáció esetén külön figyelmet kell fordítani arra, hogy a beteg ne harapja el a tubust, hiszen akkor nem kap levegőt, ezért megfelelő méretű harapásgátló behelyezésére is szükség van.

### Felső légúti váladék eltávolítása

A garatban és buccában felgyülemelő szekrétrum eltávolítása mindig kis erősségű vakummal (~20Hgmm), síkosított végszívó katéterrel, egyszerhasználatos kesztyűben történik. Egy katéter csak egy szíváshoz használható, és a nyálkahártya kímélése miatt kisebb méretű legyen, mint a tubusoltethez. Az eltávolított váladék színét, konzisztenciáját, tapadosságát, mennyiségét dokumentálni kell.

### Száj- és fogápolás

Három-négyóránként fertőtlenítőszerrel szájoiteltet-t végzünk, így előzve meg a száj és az alsóbb légutak fertőződését. A szájban lévő fehér lepedékes lerakódás candida fertőzésre utalhat, ilyenkor 40%-os Borax Glicerinnel történő ecsetelés ajánlott. Ez az ápolói tevékenység nagyon kellemetlen (hányingert okoz), ezért ajánlott gyermekeknél előtte kevés bólus szedatívum adása.

### Decubitus védelem

Orális intubáció esetén fontos a napi 2x-i tubus áthelyezés egyik szájszögéből a másikba a felfekvés, nekrotizálás megelőzése céljából. Nasális intubációnál az orrműnyílás hámszáj állapotának megelőzésére a tubus rögzítése lefelé történik. Mindkét esetben ügyelni kell a gépszár rögzítésénél arra, hogy az ne legyen feszes, és ne húzza a tubust.

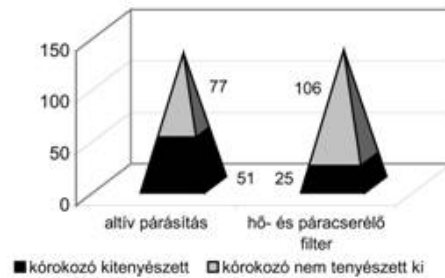
Ha a betegben ballonos tubus van, akkor legalább műszakonként ellenőrizzük nyomás-mérővel a cuff-ban uralkodó nyomást. Normálisan 15-25 Hgmm közötti a nyomás, 30 Hgmm felett megszűnik a keringés a tracheában, és szövetelhalás alakulhat ki. Ha viszont alacsony nyomás uralkodik a cuff-ban, akkor mikroaspiráció veszélye áll fenn.

Nazális intubációnál nagy a szinuszitisz kialakulásának veszélye. Megelőzőképpen a nazofaringeális szekrétrum higítását orrcseppek adásával végezzük, és gyakori orr-garat váladék eltávolítást alkalmazunk.

Kutatásomban a tracheaváladék felülfertőződését és az alkalmazott párasítási technika összefüggéseit is vizsgáltam, erre vonatkozó eredményeim a következők:

Az osztályos protokoll szerint hetente három alkalommal (hétfőn, szerdán, pénteken) veszünk tracheaváladék mintát bakteriológiai vizsgálatra. 2001 és 2004 között a tracheaváladék eltávolításának módja és így a mintavétel módja sem változott

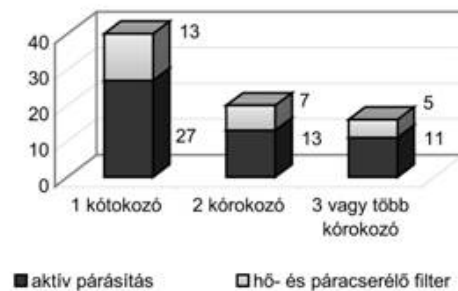
**5. diagram: Kórokozó jelenléte a tracheaváladékban a párasítási technika tükrében**



Aktív párasítást 2001 és 2002 között alkalmaztunk, míg hő- és páracserélő filtereket, melyek baktérium- és vírusszűrő funkcióval is rendelkeznek, 2003-tól. Aktív párasítást 128 betegnél, míg hő- és páracserélő filtert 131-nél használtunk a vizsgált időszakban. Ez azt jelenti, hogy a lélegeztetett betegek arányának a megoszlása az alkalmazott párasítási technika függvényében hasonló. Viszont a tracheaváladék mintavételi eredményeiből kitűnt, hogy 2001-2002 között a betegek 51%-ában, míg 2003-2004 között csak 25%-ában volt kórokozó kimutatható. Vagyis a hő- és páracserélő filterek alkalmazásával felére csökkent a kórokozók jelenléte a tracheaváladékban.

Miután megnéztem a pozitív leleteket a párasítási technika függvényében, azt is megfigyeltem, hogy hány kórokozó tenyészett ki ugyanazon váladékmintából

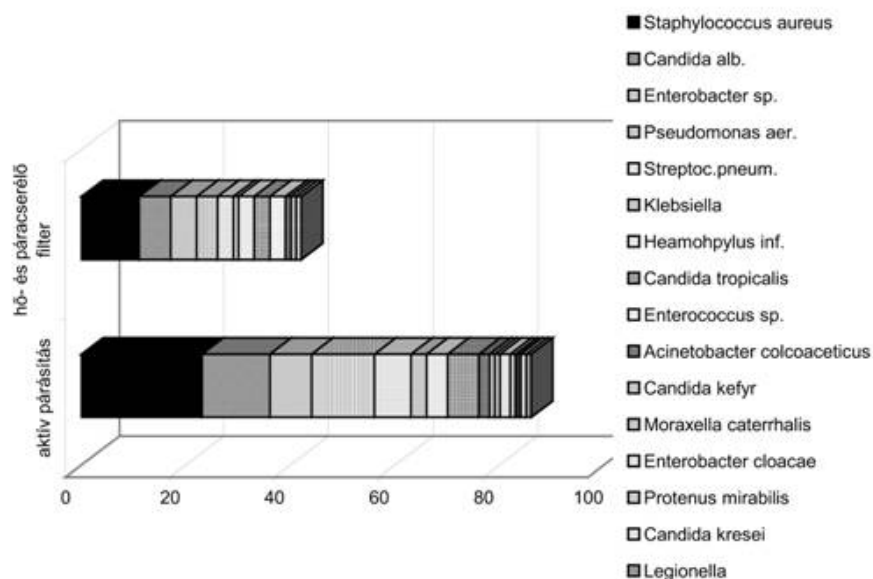
**6. sz. diagram: A kitenyészett kórokozók szám szerinti eloszlása a betegeken**



Leggyakrabban egy kórokozó jelenléte mutatható ki, de előfordult akár öt kórokozó is, egy és ugyanazon mintában. Ugyanakkor nagyon jól látszott az is, hogy nem csak a kórokozók előfordulása, hanem a kórokozók számának a gyakorisága is csökkent a párasítási mód változásával. Elmondható, hogy a hő- és páracserélő filterek használatával felére redukálódott a baktérium kolonizációk gyakorisága.

Összesen 128 alkalommal kórokozó volt kimutatható, melynek 67 %-a aktív párasítás során volt jelen a tracheaváladékban, míg 33 %-a a hő- és páracserélő filterek alkalmazásakor

**7. diagram: A leggyakrabban kitenyészett kórokozók eloszlása**



A dokumentumelemzés során összesen 16 fajta kórokozót tudtam összeszámolni, leggyakrabban előfordulók a következők voltak:

- Staphylococcus aureus,
- Candida albicans,
- Enterobacter sp.,

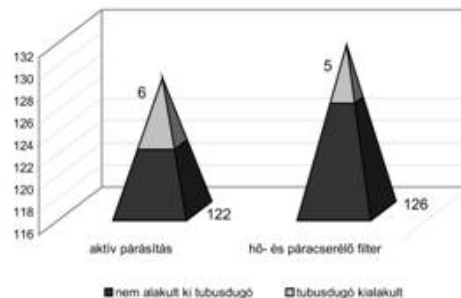
- Pseudomonas aer.

A 16 fajta kórokozóból 12 található meg aktív párasítás és hő- és páracserélő filter alkalmazása során is. A négy leggyakoribb kórokozó esetében 50%-os volt a redukció. Megfigyelhető volt az is, hogy a hő- és páracserélő filter alkalmazása során új kórokozók nem jelentek meg a tenyésztésekben, sőt a következő négy már elő sem fordul: Enterobacter cloacae, Proteus mirabilis, Candida kresei, Legionella.

Az alábbiakban a tubusdugók kialakulásának gyakoriságát és az alkalmazott párasítási technikák közötti összefüggést mutatom be. Mint azt már említettem 2003-tól tértünk át az aktív párasítási technikáról a hő- és páracserélő filterekre. Jelenleg osztályunkon csak ezt a párasítási módot alkalmazzuk.

A kutatási eredményekből látszik, hogy az aktív párasítás során hat, míg a hő- és páracserélő filterek alkalmazása során öt esetben alakult ki tubusdugó. Az is látható, hogy az aktív párasítóval lélegeztetett betegek száma és a hő- és páracserélő filterrel lélegeztetett betegek esetszáma között lényeges különbség nincs

**8. ábra: Tubusdugók kialakulása a párasítási technika módja szerint**



Tehát a tubusdugók kialakulása és az alkalmazott párasítási technika között nincs szignifikáns különbség. Ugyanakkor az is elmondható, hogy osztályunkon a lélegeztetett betegek 4 %-ánál fordult elő csak a tubus eltömeszelődése.

## Következtetések, javaslatok

Kutatásom során 259 páciens teljes dokumentációját vizsgáltam át, ez a négyévi betegforgalmunk 33%-át jelentette. Azt gondolom, hogy ilyen arányszám mellett a kapott eredmények a valóságot tükrözik.

Osztályunkon a lélegeztetett betegek ápolásában jelentős változás csak egy dologban történt a vizsgált időszakban, ez pedig a hő- és páracserélő filterek –melyek baktérium- és víruszűrővel is rendelkeznek- használata az aktív párasítás helyett.

Vizsgálatom elején azt feltételeztem, hogy a hő- és páracserélő filterek alkalmazásával csökken a tracheaváladék felülfertőződése.

Osztályos gyakorlatunkban hetente háromszor veszünk tracheaváladék mintát bakteriológiai vizsgálatra. A mintavétel és a tracheaváladék eltávolítás technikájának módjában változás nem történt ezen időszakban. Azt tapasztaltam, hogy a minták 29%-ából volt kimutatható kórokozó. Ugyanakkor a hő- és páracserélő filterek alkalmazása során a pozitív leletek a felére csökkentek, tehát a feltételezésem beigazolódott.

Második feltételezésemben a hő- és páracserélő filterek hatékonyságát és létjogosultságát vizsgáltam abból a szempontból, miszerint a filterek használatával növekszik a tubusdugók kialakulása. Ez a hipotézisem nem nyert igazolást, mert az aktív párasítás és a filterek használata során a tubus eltömeszelődés előfordulásában nem tapasztaltam számottevő különbséget.

Az intubáció módjának eldöntése az orvos kompetenciája, de a különböző intubálási módokból adódó ápolási problémákkal az ápolónak kell szembe néznie, erre vonatkozott a harmadik és a negyedik feltevésem.

A harmadik hipotézisemben azt feltételeztem, hogy az orron keresztül történt intubációnál gyakrabban alakul ki decubitus. A vizsgálati minta kis százalékában (6%) fordult elő decubitus. Ugyanakkor mégis jelentős különbség mutatkozott az orrszámyi és a szájszáj decubitusok kialakulásában. Az orális tubus okozta felfekvések négyszer gyakrabban fordultak elő, mint a nazális tubus okozta felfekvések. Tehát az a feltételezésem, mely szerint a decubitusok nazális intubációnál gyakrabban fordulnak elő, nem nyert igazolást.

Az negyedik hipotézisem az volt, hogy nazális intubáció során ritkábban fordul elő nem tervezett extubáció. Bár a vizsgálatból kitűnik, hogy az esetek nagy részében orális intubáció történik és nem tervezett extubáció is ritka, mégis az arányokat összehasonlítva a tubus kimozdulása kétszer olyan gyakran történik orális intubáció esetén, mint nazális intubációnál. Ezek alapján jól látszik, hogy az utolsó feltevésem, - miszerint az orron át levezetett tubusnál ritkább a nem tervezett extubáció -, beigazolódott.

Az aszeptizis és antiszeptizis szabályainak maximális betartásával a minimálisra csökkenthetők a nozokomiális fertőzések száma. A vizsgálat során teljes mértékben igazolást nyert a hő- és páracserélő filterek használatának létjogosultsága a szövődmények megelőzésének érdekében.

Felvetődik a kérdés, hogy vajon gazdasági szempontból is előnyösebb-e a használatuk, mint az aktív párasítóké. Az aktív párasítás során legalább hetente szükséges a pácienskor cseréje a lélegeztetés ideje alatt. Ugyanakkor a szuperinfekció következtében megnyúlik a lélegeztetési napok, és így az intenzív osztályos ápolási napok száma is.

A tubusok felülfertőződését vizsgálva azt tapasztaltam, előfordult, hogy már az első mintavételnek az eredménye is pozitív volt. Azt gondolom, az elkövetkezőkben érdemes lenne vizsgálni, hogy ilyen esetekben hol és milyen körülmények között történt a beteg intubálása.

A dokumentáció elemzése során feltűnt, hogy a nem tervezett extubációk nagy része az éjszakai órákban és az osztályátadás ideje alatt történik. Vajon ennek magyarázata abban keresendő, hogy nappal több az ápoló, és a szülők is szinte folyamatosan a gyermek mellett vannak, és így még időben észlelésre kerül a tubus „liftezése”, kisebb elmozdulása?

A vizsgálatomban másodlagosan igazolást nyert, hogy az általunk ápolott lélegeztetett gyermekeknél a vizsgált szövődmények, úgy, mint

- tubus kimozdulása (14%),
- tubus okozta decubitus (6%),
- tubusdugó kialakulása (4%),
- és tracheaváladék felülfertőződése (29%) kis arányban fordulnak elő.

Azt gondolom ez annak köszönhető, hogy az itt dolgozó ápolók szakmailag felkészültek, nagy gyakorlattal bírnak, tudatában vannak a minőségi ápolás fontosságának, és e szemlélet alapján végzik feladatukat.

Úgy vélem, még hatékonyabb lenne a lélegeztetett beteg ápolása, ha orvosaink jobban preferálnák a nazotracheális intubációt. Természetesen megértem, hogy óvakodnak az orron át behelyezett tubustól a szinusztisz kialakulásának fokozott kockázata miatt (melyet érdemes lenne vizsgálni).

Remélem az ápoláskutatások és az orvosi kutatások előrehaladtával a géppel lélegeztetett betegek ellátása a kockázatok és az ápolási napok tekintetében is egyre „egyszerűbb” lesz.

Úgy vélem, még hatékonyabb lenne a lélegeztetett beteg gyermek ápolása, ha létezne egy átfogó, egységes, a szakmai elvárásoknak megfelelő, bizonyítékokon alapuló és a szükségletek kielégítését szem előtt tartó ápolási útmutató.

1. Hirsch Tibor-Tekulics Péter-Újhelyi Enikő; (2003): *Gyermekegésztudomány és gyermekintenzív-terápia*  
White Golden Book Kft, Budapest, 366-378
2. Péntes István (1997): *Aneszteziológia és intenzív terápia*  
Medicina, Budapest, 630-668
3. Péntes István és Lörx András (2004): *A lélegeztetés elmélete és gyakorlata*  
Medicina, Budapest
4. Patricia A. Potter-Anne G. Perry (1996): *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai*  
Medicina, Budapest

[Vissza a tartalomhoz](#)

## EREDETI KÖZLEMÉNY

# Az elsősegélynyújtás iránti hajlandóság és motiváció

**Siklós Attila**

főiskolai hallgató, ápoló szak IV. évfolyam  
Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Szeged

## Összefoglaló

A szerző a főiskolai képzés folyamatában vizsgálta az elsősegélynyújtás iránti hajlandóságot és motivációt. Önkitöltős, nyitott, félig nyitott és zárt kérdéseket tartalmazó kérdőív segítségével a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar nappali tagozatos, ápoló szakos hallgatói (N=40 fő) körében végezte felmérését transzverzális vizsgálat keretében.

Eredményei szerint a megkérdezettek 28 %-a úgy véli, hogy szükség esetén biztonságosan tudna elsősegélyt nyújtani. A hallgatók közül többen tanúsítanak pozitív hozzáállást a segítségnyújtás iránt, azonban az ellátás elméletének korrekt ismerete ellenére vélekedésük szerint gyakran a gyakorlatlanságból fakadó bizonytalanság gátolja a tényleges cselekedetet.

A szerző következtetései szerint a főiskolai tanulmányok folyamán a hallgatók elsősegélynyújtási elméleti ismeretei jók, de hiányzik a tényleges gyakorlat és a tapasztalat. A képzés során háttérbe szoruló önállóan végzett feladatok és döntések mellett visszatartó motívumként kimutatható továbbá a tudásból fakadó bizonytalanság, „ártani nem akarás”.

## Bevezetés

Amikor az elsősegélynyújtásról beszélünk, legtöbbször arra gondolunk, hogy valakivel nagy baj történt és a mi segítségünk nélkül meghalhat, vagy súlyos egészségkárosodást szenvedhet el. Az elsősegélynyújtás ezért nagy felelősséget is jelent, amelynek vállalása az élet bármely helyzetében és idejében nélkülözhetetlenné válhat. Szükséges tehát, hogy helyesen tudjunk - és ilyen módon merjünk is - elsősegélyt nyújtani.

Esetenként elgondolkodtató tényként tapasztalhatjuk azt, hogy az egészségügyi szakdolgozók is bizonytalanságot tanúsítanak egyes baleseti vagy egészségkárosodási szituációkban. Ennek okát elsőként a gyökereknél célszerű keresni, ezért vizsgálatom során az ápoló hallgatók elsősegélynyújtás iránti készségének és motivációjának alakulását kívántam feltárni.

Az elsősegélynyújtás eredete egészen az őskorba vezethető vissza, de már akár az állati ösztönben megfigyelhető volt a saját fajtárs veszélyhelyzetből való kimentése, vagy a sérülések, fájdalmak csillapítása pl. nyalogatással. Ősapánk botokkal rögzítették a végtagtöréseket nyugalomba helyezés és fájdalomcsillapítás céljából, avagy gyógynövényekkel csillapították a kígyó okozta marásos sérülések tüneteit.

Kr. e.: 5000-ben a sumérok már alkalmazták a kezdetleges befúvásos lélegeztetést, tehát feltételezhető az alapfunkciók bizonyos fokú ismerete. A tudás fejlődése már a kínaiaknál Kr.e. 4000-ben Sin-Nung császár gyógyszerészeti könyvében fellelhető, és a hindu Védák elsősegélynyújtási könyvében is Kr.e. 2000-ben. Az egyiptomi síremlékek domborművein a vízből mentést hitelesen ábrázolták Kr.e. 1500-ban.

Érdekességgéppen megemlíteném a „sötét” középkor egyik tetszhalott élesztési technikáját, a rektális dohányfüst fújását. Ebben a korban a boszorkányok és sámánok feladat körébe sorolták a gyógynövényekkel való vérzéscsillapítást és sebgyógyítást, melyeknek a gyógyító hatását a tudomány napjainkban bizonyította.

Egy Császári és Királyi rendelet 1799-ben kimondta, hogy „mindenki tétovázás nélkül köteles élesztéskor a bajba jutottnak segítséget nyújtani, ha azt saját maga veszélyeztetése nélkül teheti. A segítség elmulasztása azonnal és szigorúan megbüntethető...” Az elsősegélynyújtás fontosságát tehát már a 18. század fordulóján olyan lényegesnek tartották, hogy rendeletbe is foglalták és elmulasztását súlyos vétségnek tekintették.

A segítségnyújtás szervezettsége azonban sokáig váratott magára. Több szerzetesrend foglalkozott betegápolással és gyógyítással, viszont az elsősegélynyújtással nagyon kevés. A szamaritánus szerzetesek a Bibliai „szamaritánusról szóló példabeszédre” építették elveiket, s ennek alapján nyújtottak önzetlen és ingyenes elsősegélyt. A történelem folyamán azonban sok rend eltűnt és velük együtt az ismeretek egy része is.

Hazánkban Mária Terézia (1740-80) vette gondozásba az elsősegélynyújtás rendezetlen helyzetét. Elrendelte a vármegyénkénti ingyenes szakszerű segítségnyújtást, mely akkoriban a tűzoltókkal egységes szervezetet alkotott. 1887-ben először a BÖME (Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület), majd a VVOME (Vármegyék és Városok Országos Mentő Egyesülete) alakult meg kezdetleges eszközökkel és mentőkocsikkal. (Göbl, 2001) Az Országos Mentőszolgálat megalapítása 1948. május 10-én került sor, mint az országban jól szervezett, ingyenes és egységes mentési hálózat. Az eszköz és gépkocsipark azóta is fokozatosan bővül. A XX. század végén pedig már számtalan magán mentőszervezet is támogatja a bajba jutott embereket. (Bencze, Gábor, 1974) Az elsősegélynyújtás ismerete a társadalom számára is fokozatosan kezdett fontossá válni, így pl. ma már része az iskoláskorúak oktatásának, de feltétele többek között a gépkocsivezetői engedély megszerzésének is.

Az elsősegélynyújtás elemi és erkölcsi szükségyszerűség, melyet tehát ősapáink is gyakoroltak. Ezt a modern kor is felismerte és jogszabályokkal is megerősítette.

- 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről II. fejezet A betegek jogai és kötelezettségei 6. §-a kimondja: „Minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez.”
- Az Egészségügyi Törvény 28.§-a szerint „Minden állampolgár köteles szükség esetében a tőle elvárható segítséget nyújtani sérült, balesetet szenvedett, vagy olyan személynek, aki életét, vagy testi épségét közvetlenül veszélyeztető helyzetbe jutott.”
- 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről VI. fejezet: Az egészségügyi dolgozó ellátási kötelezettségéről 125. § (1): „Sürgős szükség esetén az egészségügyi dolgozó – időponttól és helytől függetlenül – az adott körülmények között a tőle elvárható módon és a rendelkezésre álló eszközöktől függően az arra rászoruló személynek elsősegélyt nyújt, illetőleg a szükséges intézkedést haladéktalanul megteszi.”

Lendvai Rezső 1992-ben óvodások körében pszichológiai vizsgálatokat végzett baleseti képekkel, Praktoplast imitációs felszereléssel és imitált kimentési gyakorlattal. A baleseti képek kapcsán felmerült kérdések a következőkre irányultak: A baleset észlelésénél a jelenlévők több, mint fele elindult a bajba jutottak felé. Azok néhányan, akik távol maradtak az eseménytől, később mégis odamentek. Rájöttek rejtett sérülésekre, kötéseket helyeztek fel és a fektetési módokat jól alkalmazták. Feszültség vagy veszekedés az elsősegélynyújtók között nem volt, összhangban dolgoztak. Felnőtteket értesítettek a történetekről. A sérülteket a sebesültek gyűjtőhelyére szállították, ahol egymással versenyeztek, hogy ki tud jobban a betegek kedvében járni. Élményeikről szívesen meséltek, mert tetszett nekik a feladat.

Ez a kis példa szépen kirajzolja, hogy a gyermekeknél milyen érzékenyen működik a segítség szelleme. Nem csupán a maguk szintjén elsajátított elsősegélyt adták meg az imitált sérültnek, de a kedvükben is akartak járni. (Lendvai, 1992)

A szociálpszichológiai kutatásokból régóta jól ismert tény az, hogy az emberek egymásra várnak az elsősegélynyújtásban. Márai Sándor is megörökítette az esetet naplójában: „Egyik New York-i kerületben, a hajnali órákban, halálra késelték egy fiatal nőt. Az áldozat sikoltozására a szomszédok az ablakhoz siettek, de senki sem telefonált a rendőrségnek. A rendőrök kihallgatták a környék lakosait, akik megvallották, hogy – harminceten!- ablakból nézték, amint a gyilkos végzett a sikoltozó áldozattal, de nem telefonáltak, mert féltek belekeveredni.” Elmondásuk szerint az történt, hogy mindegyik tanú azt hitte, hogy majd a másik fogja értesíteni a rendőrséget. Hipotézist alkottak és kimutatták, hogy a segítségnyújtást paradox módon gátolja a sok jelenlévő.

Hankis Elemér a „hiányzó hős csapdája” elnevezéssel jellemzi az ilyen helyzetet, melynek lényege az, hogy félreértelmezik a helyzetet, vagy úgy vélik, hogy nem az ő dolguk a segítő beavatkozás. A csoportban megoszlik a felelősség és mindenki „elaltathatja” a lelkiismeretét azzal, hogy amit ő elmulasztott, azt úgyis megteszi más.... „Az elhárítás lélektanilag akkor a legkönnyebb, ha a potenciális segítségnyújtó eleve kizárja a helyzet meghatározásából a segítségre szorulás mozzanatát.” (Csepeli, 1997)

Magyarországon a felnőttek körében „a közúti balesetek alig 10 %-ában történik bármiféle segítségnyújtás, és akkor még nem beszéltünk annak minőségéről. Ezzel szemben Németországban néhány évvel ezelőtt az ottani 60 %-os aránnyal nagyon elégedetlenek voltak.” (Árki, 2002) Ezek a felmérések laikusok körében történtek. A két ország között hatalmas különbség látszik, melyben a hazai viszonyok egyértelmű javítása nem csupán célja kell, hogy legyen az egészségügyi dolgozónak, hanem küldetése is.

Az „Egészséges nemzetért” népegészségügyi prog-ram 2002-ben célul tűzte ki, hogy a munkahelyi és közúti balesetekből származó halálozás 20 ill. 10 %-ban csökkenjen 2010-ig, melyet az elsősegélynyújtás képzésének formálásával kívánt javítani. Nyílt szándéka volt, hogy az oktatásban részt vevő emberek jól képeztek legyenek és megfelelő elsősegélynyújtási tapasztalattal rendelkezzenek, ne pedig csak lexikális tudással. Külön hangsúlyt fektetett a háziorvosokra és más egészségügyi szakemberekre, akik a legtöbbet tehetik a társadalom alapszintű elsősegély oktatásában (Árki, 2002).

Munkám során arra voltam kíváncsi, hogy az elsősegélynyújtás iránti elkötelezettség és készség mikén írható le az ápoló hallgatók körében.

## Hipotézisek

A vizsgálatom során három hipotézist állítottam fel:

1. A családban lévő egészségügyi dolgozó hozzátartozók hatékonyabban befolyásolják az elsősegélynyújtás iránti készséget, mint a korábbi egészségügyi középiskolai tanulmányok.
2. A gépjárművezetői jogosítvánnyal (továbbiakban: jogosítvány) rendelkező hallgatók nagyobb aktivitást mutatnak baleset esetén, mint a jogosítvánnyal nem rendelkező társaik.
3. A hallgatók elsősegélynyújtási ismeretei megfelelőek, de a segítségnyújtás iránti készség nem éri el az állampolgároktól elvárható általános szintet.

## Vizsgálati módszer

Vizsgálatomat a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápoló Szakán végeztem. Az adatfelvétel nyitott, félig nyitott és zárt kérdések alapján önkitöltős anonim kérdőív formájában történt. A vizsgálat 40 főiskolai nappali tagozatos ápoló hallgatóra terjedt ki (évfolyamonként 10 fő). A vizsgálat alacsony elemszámának az oka az, hogy a III. és IV. évfolyamban a hallgatók száma csupán 14 fő volt. A felmérések kiválasztása véletlenszerűen történt.

Több fő kérdéskört érintettem kutatásom során:

- pályaszocializáció,
- gépjárművezetői és főiskolai oktatás hatékonysága,
- jogi szabályozás ismerete,
- segítségnyújtási készség foka,
- elsősegélynyújtás szakmai ismeretek szintje.

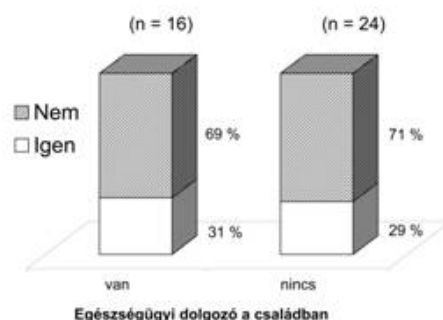
A kérdőívből nyert adatok elemzését alapstatisztika módszerével dolgoztam fel.

## Eredmények

A pályalektani vizsgálatok tanúsága szerint a pályaválasztást nagymértékben befolyásolja a családban megtalálható minta. Kérdéseim egyik csoportja ezért annak a feltárását célozta meg, hogy vajon az elsősegélynyújtási hajlandóságot baleset esetén befolyásolja-e ugyanez a hatás, azaz, hogy az „egészségügyi” szülők gyermekei érzékenyebben és aktívabb segítségnyújtási-cselekvési szándékkal fordulnak a balesetet vagy egészségkárosodást szenvedett embertársuk felé, mint azok a hallgatók, akiknek a szülei más területeken dolgoznak.

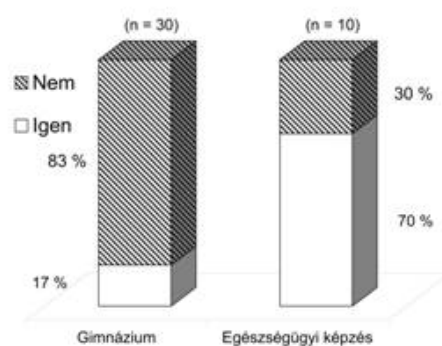
Vizsgálatomban mind a két mintában szinte azonos eredményt kaptam. Megközelítőleg 70%, aki vonakodik elsősegélyt adni a családi szocializációtól függetlenül. Ez az első hipotézissel nem egyezik meg. Tehát eredményeim azt mutatják, hogy az egészségügyi dolgozók gyermekei nem aktívabbak a cselekvő elsősegélynyújtás terén.

1. ábra: Baleset esetén kész segítséget nyújtani



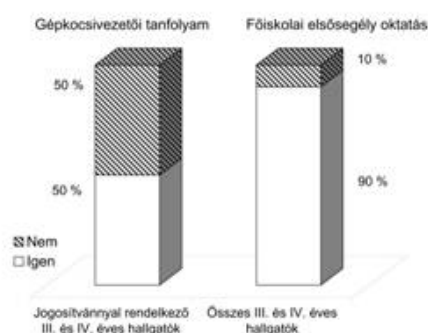
A középiskolai évek (14-18 év) igen nagy mértékben befolyásolják a személyiség fejlődését és így a segítségnyújtáshoz való viszonyulást. Ezt segíti elő a számtalan, középiskolásoknak rendezett elsősegély verseny is, melyen mindig szép számmal vesznek részt a tanulók. Megemlíthetjük az *IFELORE* (Ifjúsági Elsősegélynyújtók Országos Egyesülete) szervezetet, amelynek tagjai laikus elsősegély ügyeletet is vállalnak rendezvényeken vagy strandokon. Példamutató lehet igyekezetük és elkötelezettségük a szakma és a kortársaik számára. További vizsgálatomban ezért arra kerestem a választ, hogy az egészségügyi középiskolai tanulmányok hatása megjelenik-e az elsősegélynyújtási attitűd kedvezőbb alakulásában. Vizsgálatomban megfigyelhető, hogy a gimnáziumban, vagy az egyéb szakiskolában végzettek 83%-ának, míg az egészségügyben végzettek csupán 30%-ának nem megfelelő az elsősegélynyújtási készsége. Ez azt jelenti, hogy az egészségügyi szakiskolában végzettek jelentősen magasabb százalékos arányban mutatnak segítés iránti aktivitást, mint a gimnáziumban végzett társaik.

2. ábra: Segítségnyújtási hajlandóság és a pályaszocializáció összefüggései



Szerettem volna megtudni azt is, hogy milyennek ítélik meg az elsősegélynyújtás oktatásának hatékonyságát a hallgatók. Ezt a kérdést a jogosítvánnyal rendelkező, illetve a jogosítvánnyal nem rendelkező hallgatóknak tettem fel. Az eredmények azt mutatják, hogy a gépkocsivezető tanfolyam 50%-os, míg a főiskolai képzés 90%-os elégedettségi eredményt mutat. Ezt a kérdéscsoportot természetesen csak a III. és IV. évesek körében vizsgáltam, miután az ő képzésükben az elsősegélynyújtás oktatása már szerepelt.

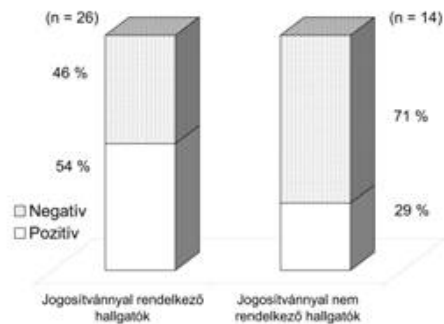
3. ábra: Az elsősegélynyújtás oktatásának hatékonysága



Miután bebizonyosodott az egészségügyi képzés fontossága, valamint a főiskolai tanulmányokra vonatkozó és a hallgatók által pozitívnak ítélt hatása, felmerült a kérdés, hogy vajon a jogosítvánnyal rendelkezők és a jogosítvánnyal nem rendelkezők elsősegélynyújtási attitűdje között van-e eltérés. (Ezt mind a négy évfolyamban vizsgáltam.) Az eredmény azt mutatja, hogy a jogosítvánnyal rendelkezők felének, míg a jogosítvánnyal nem rendelkezők csupán 29 %-ának bizonyult kedvezőnek az elsősegélynyújtási attitűdje. Ez alátámasztja a második hipotézisem helyes felvetését. Ennek háttérében valószínűsíthető a balesetek bekövetkezési lehetőségének a tudatosulása, valamint a segítségnyújtás elmulasztását szankcionáló jogi következmények ismerete.

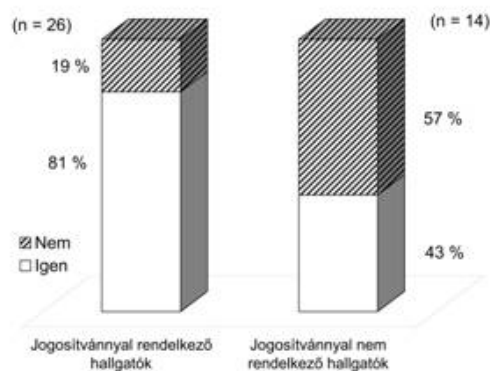
4. ábra: Pozitív elsősegélynyújtási attitűd jellemzői





A bevezetőben már megemlített jogszabály szerint az elsősegélynyújtás nem csupán erkölcsi, hanem állampolgári kötelesség is. Az egészségügyi szakembereknek büntetőjogi felelőssége mellett kötelessége is segítséget nyújtani a balesetet, vagy egészségkárosodást szenvedett embertársának. Feltételezésem szerint ennek ismerete időnként még a szakemberek között is hiányos, így kíváncsi voltam a hallgatótársaim tájékozottságára. Az eredmények azt mutatják, hogy a jogosítvánnyal rendelkezők 81% a ismeri az elsősegélynyújtás kötelezettségét, míg a jogosítvánnyal nem rendelkező társaiknak csak 43% a (5. ábra). A gépkocsivezetők realisabban ítélik meg a jogi következményeket, vagy tájékozottabbak a vonatkozó jogszabályokban. Megemlítendő azonban, hogy sok válaszbán a mentő kiérkezésétől teszik függővé az ellátást. Az igaz, hogy a mentőszervezet dolgozói a kiérkezéstől kezdve átvesszik a mentést és annak irányítását, de adott esetben szükség lehet az egészségügyi dolgozó segítségére is. (5. ábra)

5. ábra: Az elsősegélynyújtási kötelezettség ismerete

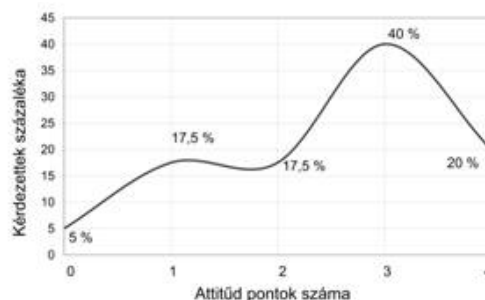


A harmadik feltevés igazolására a főiskolás ápoló hallgatók ismereteit 23 kérdés alapján mértem fel - jogosítványtól függetlenül. A szakmai irányú kérdések több témakört ölelnek fel: sebellátás, ficam ellátása, stabil oldalfektetés kontraindikációja, Rautek-féle kimentés, Heimlich-féle műfogás, égési sérülés, gyógyszer anaphylaxia, akut has, hypoglikémia, hisztériás kliens, OMSZ értesítése és elsősegély táskák felszerelése.

A kapott válaszokat SPSS programban átkódoltam. A pozitív attitűdöt mérő, általában kettőnél több választási lehetőséget tartalmazó változók válaszait úgy kódoltam át, hogy két választási lehetőség maradjon: inkább pozitívnak és inkább negatívnak tekinthető válaszok. Ugyanezt tettem az ismeretre vonatkozó kérdésekkel. Majd az SPSS programmal két új változót gyártottam attitűd és ismeret néven, melyben megszámoztam minden egyes kértett ügymond „attitűd” és „ismeret” pontjait. Ezek a pontszámok azt jelentik, hogy az adott személy hány ismeret ill. attitűd kérdésre adott pozitív választ. Tehát a maximálisan elérhető attitűd pontok száma 4 (4 kérdés), míg az ismeretpontok maximális száma 17 (17 kérdés). Az így keletkezett változók eredményeit statisztikailag vizsgáltam.

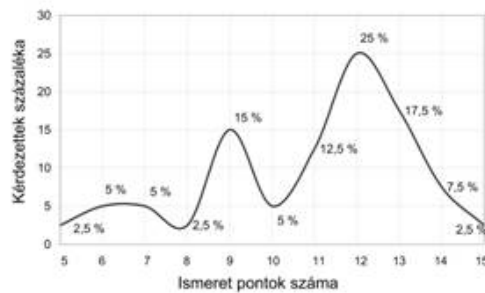
Először ezek gyakorisági eloszlását végeztem el. Ezekből megállapítható, hogy a kérdezettek közül 0-1 attitűd ponttal rendelkezik 22,5%, tehát minimális hajlandóságot mutat az elsősegélynyújtásra. A maximális pontot csak 20% érte el. Tekintve, hogy az attitűdöket felmérő kérdések a legalapvetőbb segítségnyújtási hajlandóságra kérdeztek rá, így ez az arány igen alacsonynak mondható (6/a ábra).

6/a ábra: Attitűd pontok



Az ismeretfelmérésben minden felmért személy legalább 5 pontot elért, azonban a maximum 17 pontot egyetlen hallgató sem. A kérdezettek közül 60 % legalább 12 pontot elért, ami jónak mondható, tehát a segítségnyújtási ismereteik megfelelőek.

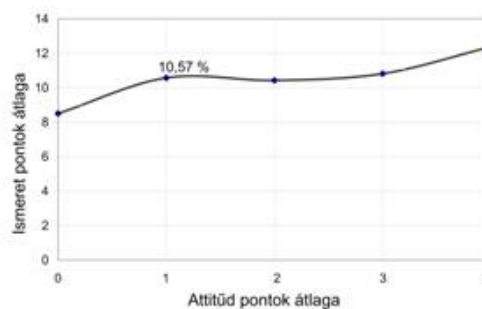
6/b ábra: Ismeret pontok



Az attitűd pontok és az ismeret pontok átlagának összehasonlító táblázata alapján összegző grafikont készítettem, melyből kirajzolódik, hogy a kezdeti meredek emelkedést az attitűd is követi, majd középen stagnálást és enyhe hanyatlást lehet felfedezni. Végül az ismeretek stabilizálódásánál az attitűd is egyre stabilabbnak mondható.

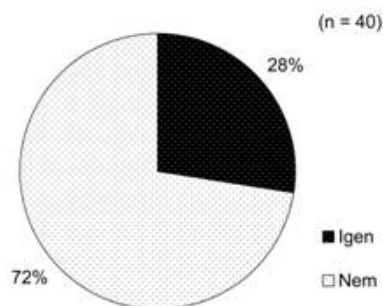
Megfigyelhető, hogy a segítségnyújtási hajlandóság nagysága megközelítőleg arányosan nő az ismeretekkel, azonban az egészet szemlélve elmarad az elvárt aktivitástól.

6/c ábra: Ismeret és attitűd pontok összevetése



A megkérdezettek közül 28 % úgy véli, hogy szükség esetén biztonságosan tudna elsősegélyt nyújtani. Pozitív hozzáállást többen tanúsítanak, de gyakran a bizonytalanság gátolja meg őket a cselekvésben, hiába ismerik megfelelően az ellátás módját.

7. ábra: Biztonságos elsősegélynyújtás megítélése



Ez igazolja azt a hipotézisemet, miszerint a hallgatók elsősegélynyújtási ismeretei megfelelőek, de a segítségnyújtás iránti hajlandóság nem éri el az állampolgároktól elvárható általános szintet.

Az eredmények alapján elmondható, hogy a hallgatók többsége lexikálisan elsajátította az elsősegélynyújtásra vonatkozó ismereteket, és vele együtt természetesen azt is, hogy az egyes segítő célú műveleteknek milyen egészségkárosító hatása lehet. A jelentkező bizonytalanság hátterében így feltárul a tudásból eredő bizonytalanság is.

## Következtetések, javaslatok

A segítségnyújtás elmaradás elméleti problémájának feltárt okai a következők:

- gyakorlat és tapasztalat hiánya,
- önállóan végzett feladatok, döntések kialakulásának háttérbe szorulása a képzés során,
- tudásból fakadó bizonytalanság, „ártani nem akarás”.

Mindezek alapján a következő **javaslatok** fogalmazódtak meg bennem:

- A tanulmányok során az alapos elméleti képzés mellett növelni kell a gyakorlatok számát, mivel az elsősegélynyújtás azonnali és gyakorlati tevékenységet igényel. *Azért fontos a gyakorlás, hogy az alapvető eljárási protokollok helyesen rögzüljenek.* Az egyéni foglalkozást is biztosító, csoportbontásban végzett gyakorlatok során az ismeretek mellett az önállóságnak és felelősségnek is előtérbe kell kerülnie annak érdekében, hogy egy esetleges elsősegélynyújtási helyzetben helyesen járjanak el a jövő egészségügyi szakemberei.
- A különböző esetek és ellátási formák területén szerzett tapasztalatok ugyancsak nagyban növelhetnék a hallgatók magabiztosságát. Erre kiváló lehetőséget nyújtana a területi kivonuló mentőgyakorlat bevezetése, amely fokozhatná a hallgatók biztonságérzetét a tudás alkalmazásában.
- Az évfolyamok közötti *elsősegélynyújtó verseny* is segíthet a tudás és a gyakorlat frissen tartásában. Az általam kezdeményezett és megvalósított kari rendezvény alapján elmondható, hogy a verseny nemes szelleme és az imitált esetfeladatok egyaránt megmozgatják a hallgatók kreativitását. További hozamnak tekinthetjük az elsősegély-nyújtás iránti motiváció növekedését és nem utolsósorban az elméleti ismeretek felfrissítését. Megítélésem szerint a versenyeket évente tanácsos és szükséges megrendezni a főiskolai hallgatók körében

valamennyi szak részvételi lehetőségével.

- Az ápolók továbbképzése mellett két évente javasolt az *elsősegélynyújtási vagy oxiológiai konferencia megrendezése is*. A tudomány gyors fejlődésének következtében gyakran változnak az ellátási protokollok, és ezek nyomon követése szükséges ahhoz, hogy mindenkor hatékonyan segíthessük a kliensek egészségének megőrzését, gyógyulásukat, és egyúttal gazdagítsuk az ápolás tudományát is.

## Irodalomjegyzék

1. Dr. Árki Ildikó (2002). *Egészséges Nemzetért” népegészségügyi program: beszélgetés Göbl Gáborral az Országos Mentőszolgálat főigazgatójával*  
Családorvosi Fórum, 7., 48-49.
2. Bencze Béla és Gábor Aurél (1974). *Mentőszakápolói ismeretek I.*  
Egészségügyi Minisztérium Középfokú Oktatási Osztálya, Budapest, 5-15.
3. Csepeli György (1997): *Szociál – pszichológia*  
Osiris Kiadó, Budapest 330-331.
4. Göbl Gábor (2001): *Oxiológia*  
Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 105-106.
5. Lendvai Rezső (1992): *Elsősegélynyújtási mentalitásra nevelés a szombathelyi óvodában*  
Magyar Mentésügy, 12. évf. 1. sz. 14-27.

[Vissza a tartalomhoz](#)

## AZ ÁPOLÁS JOGI KÖRNYEZETE

# Az egészségügyi dolgozók felelősségi viszonyai és kártérítési kötelezettsége

Ágoston István

főiskolai tanársegéd

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Diagnosztikai és Menedzsment Intézet, Egészségbiztosítási és Egészségpolitikai Tanszéki Csoport

## Összefoglaló

Az elmúlt években felerősödött az egészségügyre, az egészségügyi dolgozókra irányuló közfigyelem, és ez a fokozott társadalmi érdeklődés is hozzájárul ahhoz, hogy egyre gyakrabban hallani a médiában egészségügyi etikai, munkaügyi felelősségre vonásról, kártérítési perekről. A szerző tapasztalatai szerint nem minden egészségügyi dolgozó számára átlátható, hogy hivatásának gyakorlása közben milyen felelősségi jogviszony alanya lehet, milyen kártérítési kötelezettségek terhelik. Jelen cikk összefoglalja mindazon főbb területeket, ahol az egészségügyben dolgozók felelőssége fennállhat az etikai felelősségtől a büntetőjogi felelősségre vonás lehetőségéig, külön figyelmet szentelve a munkaviszonyból fakadó kártérítési kötelezettségek bemutatásának.

A felelősség a társadalom védekező mechanizmusa a társadalom által előírt és megkövetelt normákkal szembeni helyzetekkel és magatartásokkal. A társadalmi normák megsértése, legyenek azok erkölcsi vagy jogi normák, hátrányos következményeket von maga után. A jogi normák megsértése jogkövetkezményekkel (szankciókkal) jár, amelyet az állam szükség esetén a legitim erőszak eszközével is érvényre juttat. A társadalom által előírt normák az egészségügyben, az orvosi és más egészségügyi tevékenység írott és íratlan szabályain alapulnak, ezért megállapítható, hogy milyen felelősségi forma áll fenn az adott esetben. Az egészségügyi szakdolgozót etikai, fegyelmi, polgári jogi, szabálysértési és büntetőjogi felelősség terhelheti, ezen túlmenően a munkavégzésből fakadóan a (tág értelemben vett) munkajogi szabályok szerint is felelősséggel tartozik munkáltatójának. A különböző felelősségi formák nem külön-külön érvényesülnek, hiszen - például - a szakma szabályainak megszegése egyszerre etikai és szabálysértési eljárást is vonhat maga után.

## A polgári jogi kártérítési felelősség rendszere

A polgári jogi felelősség szabályait a Polgári Törvénykönyv (Ptk.) szabályozza, ebben a kárfelelősségi rendszerben megkülönböztetünk kontraktuális (szerződésből eredő) és deliktuális (vétkességi) felelősséget. Az egészségügyi dolgozó tevékenysége során harmadik személynek okozott károkért a szerződésen kívüli felelősség szabályait kell alkalmazni. Ptk. 339.§ (1) „Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentésül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.”

A Ptk. ezen bekezdése meghatározza a polgári jogi felelősség közös szabályait, amelyeknek valamennyi – általános és speciális – felelősségi alakzatnál fenn kell állniuk.

**a) A magatartás jogellenessége:** Jogellenes mindaz a károkozás, amelyet jogszabály kifejezetten meg nem enged, bizonyos esetekben azonban a károkozás nem jogellenes. Ilyenek: a jogos védelmi helyzet vagy a szükséghelyzet vagy a jogosultság rendeltetésszerű gyakorlása és az egészségügyben különösen a károsult beleegyezése zárja ki a jogellenességet, amikor pl. a beteg beleegyezik üszkösödő végtagjának amputálásába, hiszen ennek hiányában belehalhat az üszkösödésbe

**b) Kár:** A kár minden olyan hátrány, amely valakit valamely károsító esemény folytán személyében vagy vagyonában ér, ennek megfelelően különböztetünk vagyoni és nem vagyoni kárt. A polgári jogi felelősség eredményfelelősség, így kár hiányában felelősségre vonásról nem

beszélhetünk, önmagában tehát a károsodás veszélyének fennállása nem alapozza meg a kártérítést.

**c) Okozati összefüggés:** A károkozó magatartás és a kár között okozati összefüggésnek kell fennállnia. A károsodásnak nemcsak a közvetlen, hanem a közvetett okát is lehet a felelősség szempontjából oknak tekinteni. Az oksági kapcsolatban nemcsak aktív magatartások jelenhetnek meg, hanem mulasztás is.

**d) Felróhatóság:** Felróhatóság akkor állapítható meg, ha valaki nem úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható. Az elvárhatóság társadalmi elvárást fejez ki az adott magatartás vonatkozásában, tehát az elvárt magatartás a károkozóéhoz hasonló helyzetben lévő személyektől megkívánt magatartás, az egészségügyben ezt leggyakrabban az egészségügyi dokumentáció segítségével lehet igazolni.

A bizonyítási teher a polgárjogban megoszlik a károkozó és a károsult között. A károsultnak kell bizonyítania a kárt és az okozati összefüggés fennállását. A károkozónak pedig azt kell bizonyítania, hogy jogellenességet kizáró ok állt fenn, vagy azt, hogy magatartása jogellenes volt ugyan, de nem volt felróható. *A Ptk 340.§ (1) bekezdése értelmében „a károsult a kár elhárítása illetőleg csökkentése érdekében úgy köteles eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható”.* Nem kell megtéríteni a kárak azt a részét, amely abból származott, hogy a károsult e kötelezettségének nem tett eleget.

A polgári jogi kártérítés célja a teljes reparáció biztosítása, vagyis: a károsultat olyan helyzetbe kell hozni, amilyenben volna, ha a károkozás nem következett be. Ennek megfelelően a kártérítés módja elsősorban az eredeti állapot helyreállítása, ha pedig ez nem lehetséges, vagy ha ezt a károsult alapos okból nem kívánja, akkor a kár - vagyoni és nem vagyoni - megtérítése. Az egészségügyi ellátás során bekövetkező károk esetében az „in integrum restitutio” (az előző állapotba visszahelyezés) elve nem alkalmazható, ezért a kárt pénzben kell megtéríteni, kivéve, ha a körülmények a természetben való megtérítést indokolják.

A polgári jogban a kárért való helytállásra nem minden esetben az köteles, aki a kárt okozta, az állampolgárok jogainak fokozottabb védelmében bevetette a mögöttes felelősség intézményét (Polecák, 1999), amit a Ptk. 347.§-ban szabályozz „Ha alkalmazott a munkaviszonyával összefüggésben harmadik személynek kárt okoz, jogszabály eltérő rendelkezése hiányában a károsulttal szemben a munkáltató felelős. Az alkalmazotti, közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott helyett, amennyiben a harmadik személynek kárt okoz, a munkáltató (egészségügyi intézmény, kórház) felel a károsulttal szemben.” A munkáltató természetesen kárigényét érvényesítheti a közvetlen károkozóval szemben, azonban ezt csak a munkajogi szabályokban rögzítetteknek megfelelően teheti. Az egészségügyi intézmények, a kártérítések relatíve magas összegére tekintettel, felelősségbiztosítás megkötésével a biztosítóra terhelik a kártérítési összegért (vagy annak egy részéért) való helytállási kötelezettséget.

## Az etikai felelősség rendszere

Az egészségügyi dolgozó tevékenysége a hozzá forduló beteg életével, testi épségével és egészségével összefüggő, arra közvetlen kiható tevékenység, amelyben az általa elkövetett hiba súlyos, esetenként nem korrigálható következményekkel járhat. Az etikai felelősség ezen tevékenység során tanúsított magatartásra vonatkozik. Az etikai vétség az orvosi és egészségügyi szakdolgozói foglalkozás szakmai szabályainak, valamint az egészségügyi etikai szabályainak vétkes megszegését jelenti. Ezeket az etikai szabályokat etikai kódexekben, statútumokban foglalták össze a szakmai kamarák, így nyújtva segítséget az egészségügyben dolgozók számára etikai kérdésekben lévő döntéseikben.

Az állam, elismerve az orvosok és más egészségügyi szakdolgozók jogát a szakmai önkormányzathoz, törvényekben - különösen a Magyar Orvosi Kamara (MOK), a Magyar Gyógyszerész Kamara (MGYK) és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) esetében - biztosított lehetőséget a szakmai kamarák létrehozásához. Ezek a köztisztviselők bizonyos közhatalmi jogosultságokat gyakorolva szabályozzák az etikai vétségek esetén alkalmazható szankciókat és a követendő eljárási rendet.

Az etikai eljárást a dolgozó saját kérésére, hivatalból vagy az egészségügy szolgáltatások nyújtásának felügyeletét végző hatóságok kezdeményezésére kell elindítani. Az etikai eljárás összekapcsolódhat a fegyelmi eljárással, hiszen a kamarai szerv kezdeményezheti a munkáltatónál fegyelmi eljárás lefolytatását is.

A kiszabható büntetéseket a fenti törvények taxatív felsorolják. Ennek értelmében a legenyhébb büntetési nemek az etikai büntetések. Ellentétben a fegyelmi eljárással, az etikai eljárás lehetővé teszi a *figyelmeztetés* kiszabását, amely szankció nem más, mint *büntetés kilátásba helyezése*. Ezzel hatékonyabban és humánusabban lehet a dolgozók teljesítési hibáira hatni, mint az erkölcsileg elmarasztaló *megrovás* alkalmazásával. A középsúlyos büntetési tételek közé tartozik a *pénzbüntetés*, amelynek összegét a mindenkori minimálbérhez kötődően, annak három és tízszereséig terjedő mértékben lehet kiróni. A pénzbüntetés kiszabására a kamarák közhatalmi jogosultságai alapján van lehetőségük. A legsúlyosabb büntetési nemek közé a *tagsági viszony* 1-6 hónapig történő *felfüggesztése* és a *kamarából történő kizárás* tartoznak. Ennek büntetési többsége az, hogy a felfüggesztés ideje alatt és a kizárást követően az orvosi és az egészségügyi szakdolgozói végzettséghez kötődő hivatás nem gyakorolható.

Az objektív és szubjektív elévülési határidő tekintetében más-más határidőket fogalmaz meg a három fontos kamarai törvény. A MESZK hosszabb szubjektív, a vétségről való tudomásra jutástól számított 6 hónapos, és rövidebb objektív, az elévülési határidő a fegyelmi vétség elkövetésétől 1 éves határidőt határoz meg, szemben a MOK elévülési szabályaival. Az etikai eljárás szabályai a közigazgatási hatósági eljárás szabályaihoz hasonlóan alakulnak. Az első fokon eljáró helyi etikai bizottságok döntései ellen meghatározott eljárási határidők betartásával fellebbezést nyújthat be az országos etikai bizottsághoz. A másodfokú határozat ellen a jogbiztonság követelményeinek megfelelően, a közigazgatási perekre irányadó szabályok szerint kereset terjeszthető elő az illetékes bíróságnál.

## A fegyelmi felelősség rendszere

A fegyelmi felelősségi jogviszony a munkajoghoz kapcsolódó másodlagos jogviszony, amely a munkaszervezetben belül előforduló kisebb súlyú, enyhe gondatlanságból eredő kötelezettségzegés felelősségi rendszere (Polecák, 1999).

A hatályos Munka Törvénykönyve (Mt.) vétkes kötelezettségzegés címén engedi meg jogkövet-kezmények alkalmazását, de részben szerződéses alapúvá teszi azt, hiszen kollektív szerződésben, illetve annak önálló mellékletében, a fegyelmi szabályzatban biztosít lehetőséget a jogkövetkezmények kiszabására. *A fegyelmi büntetés kiszabási jog a munkáltatói jogkörhöz kapcsolódik*, amelyet természetes személy gyakorolhat, a fegyelmi felelősségi jogviszony másik alanya a fegyelmi vétség elkövetője. A fegyelmi felelősségi jogviszony tárgya a szervezeti rendet megzavaró munkavállalói magatartás (Román, 1997). A fegyelmi büntetés célja hátrány okozása, azonban ezt nem a megtorlásért, hanem a megelőzésért alkalmazza, így a büntetésnek csak abban az esetben célszerű teret engedni, ha az speciális vagy generális prevencióra alkalmas. Seneca-val szólva „Értelmesen senki nem azért büntet, mert bűnt követtek el, hanem azért, hogy a jövőben ne kövessenek el bűnt” (Földvári, 2003).

A fegyelmi büntetési nemek választéka szűkre szabott és súlyosság szerint csoportosítható. Az Mt. nem tartalmaz taxatív felsorolást ezekről, így a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1994. évi XXXIII. törvény (Kjt.) alapján tekintjük végig. A legenyhébb csoportját a fegyelmi büntetéseknek az *erkölcsi büntetések alkotják* Kjt. 45.§ (1)-(2) Az erkölcsi büntetések hatékonysága vitatható, ugyanis ezt a büntetést érzékenyebb személyiségű munkavállaló személyes sértésként értékeli, míg a szabadelvűbb szemléletű figyelmen kívül hagyja azt. A középső csoportba tartoznak a *vagyoni tartalmú és a státusbüntetések*. A Kjt. a vagyoni tartalmú büntetések közül egyet tart megengedhetőnek, és a 45.§ (2) b.) lehetővé teszi az előmeneteli rendszerben történő várakozási idő legfeljebb 1 évvel történő meghosszabbítását. A középsúlyos fegyelmi büntetések közé tartozik a jelenlegi munkajogunkban a vezetői megbízás visszavonása.

A címtől való megfosztás is státuszváltáson alapul, de nem tartalmaz vagyoni hátrányt, azonban bizonyos súlyos fegyelemsértésekkel nem fér össze, hogy a korábban elnyert kitüntető címek viselője maradjon. A Kjt. 45.§ (2) e) fegyelmi büntetésként szabályozza a büntetési nemek

legsúlyosabb csoportját az **elbocsátást**, amelynek büntetési többleteleme az azonnali hatály, amely fokozott létbizonytalanságot idézhet elő.

A fegyelmi eljárás megindításához a fegyelmi jogkör gyakorlójának határozatára van szükség, amely tartalmazza a fegyelmi vétség gyanújának leírását. A fegyelmi jogviszony elindítására csak meghatározott határidőn belül van lehetőség. Az objektív elévülési határidő a fegyelmi vétség elkövetésétől számítódik, a Kjt. 1 éves, míg a szubjektív határidőt a vétségről való tudomásra jutáshoz kapcsoljuk, erre 1 hónapos határidőt állapít meg. A fegyelmi eljárás tárgyilagosabbá és hatékonyabbá tétele érdekében hatályos jogunk a vizsgálóbiztosi rendszert vezette be. A vizsgálóbiztos a rendőrségi és ügyészségi felderítő, kvázi nyomozati feladatokhoz hasonlóan tevékenységet végez. A büntetés kiszabási jog gyakorlására egy fegyelmi tanács elnevezésű munkáltatói testület az illetékes. A fegyelmi eljárás határozattal fejeződik be, amely az elmarasztalt munkavállaló által a munkaügyi bíróság előtt megtámadható. Mivel a fegyelmi és etikai felelősség általában nem választható szét, a munkáltató köteles az illetékes kamarát értesíteni a fegyelmi eljárás lefolytatásáról (Román, 1997).

## A munkajogi kárfelelősség rendszere

A munkajogi kárfelelősségi jogviszony **a munkajogviszony melletti önálló, külön jogviszony**.

A munkavállalói kárfelelősség két ágra osztható, egyrészt az általános, vagyis vétkességi, másrészt a különös, vagyis vétkességre tekintet nélküli felelősségre, amely az olyan dolgokban bekövetkezett károkért áll fenn, amelyeket a munkavállaló visszaszolgáltatási vagy elszámolási kötelezettséggel vett át és állandó őrzetében tart, kizárólagosan használ, vagy kezel. A munkajogi kárfelelősségi jogviszonyokra vonatkozó szabályozás a polgári jog szabályaiából indul ki, azonban a munkavállalói kárfelelősség a kártérítés mértékét illetően korlátozott.

A munkajogi kárfelelősségi jogviszony keletkezésének **első eleme a kár**, ennek hiányában felelősségi jogviszonyról nem beszélhetünk. A kár tekintetében hatályos munkajogunk elismeri a nem vagyoni kár szerepét, de csak a munkáltatói kárfelelősség körében. A vagyoni kár körében a tényleges káron túl nem vehető számításba az elmaradt haszon, így például egy eladással foglalkozó munkáltatónál az árú megsemmisül, akkor csak a tényleges beszerzési árat kell a munkavállalónak megtéríteni és az árú eladási árába bekalkulált hasznot nem. A károkozási tényállás **második eleme az okozati összefüggés**, ami az oksági törvények követelményeinek érvényesülését jelenti az ok-okozati folyamatban. A **harmadik elem a károkozás jogellenessége** a polgári jogi kárfelelősség szabályaihoz hasonlóan a károkozás csak kivételes esetekben lehet jogszerű. A károkozás **negyedik eleme a felróhatóság**, más néven a vétkesség. A munkavállalói kártérítési felelősségről akkor beszélünk, ha a dolgozó munkaviszonyából eredő kötelezettségének vétkes megszegésével okozott kárt. Szemben a polgári joggal, a munkajog különbséget tesz a vétkesség két alakzata között annak alapján, hogy **a károkozást gondatlanul vagy szándékosan** követte el a munkavállaló. A vétkességen alapuló kárfelelősségre vonatkozó hatályos munkajogi rendelkezések alkalmazásának előfeltétele, hogy a dolgozó által okozott kár a munkaviszonyával legyen összefüggésben. Mindez lényegében azt jelenti, hogy **nem munkaviszonyból eredő kártérítés** szabályait kell alkalmazni akkor, ha **pl.: a munkavállaló okoz kárt a munkáltatótól bérelt lakásban, azt a polgári jogi szabályok szerint kell rendezni**.

A gondatlanul okozott károknál a gyakorlat a tényleges kárt tekinti megtérítendőnek, az elmaradt hasznot nem, kivételt jelent, amikor a dolog nincs meg, ez esetben a fogyasztói ár alapján kell meghatározni a kár összegét. A dolgozó kárfelelőssége csak akkor érvényesül, ha a kárt vétkesen okozta, nem felel tehát akkor, ha a károkozásban nem vétkes, illetve ha a vétkes károkozás a terhére nem nyer bizonyítást. A munkavállalói kárfelelősség esetén a kártérítés mértékének megállapításakor a munkavállaló átlagkeresete felső határként szolgál, így vétkesség esetén maximálisan az egy havi átlagkeresetének 50%-ig felel a munkavállaló az általa okozott kárért. Munkajogunk korrekciós lehetőséget is biztosít a felső határ megemelésére, figyelemmel a károkozó sajátos körülményeire ezért kollektív szerződésben 6 havi, míg munkaszerződésben 1,5 havi átlagkereset lehet a kártérítés maximuma. Szándékos károkozás esetén a munkavállaló a teljes kárt köteles megtéríteni.

A munkavállaló megőrzési felelőssége áll fenn akkor, ha a dolgozó munkaviszonyával összefüggésben dolgokat jegyzék vagy elismervény alapján, ill. visszaszolgáltatási vagy elszámolási kötelezettséggel vesz át, ill. azokat állandó őrzetében tartja, kizárólagosan használja vagy kezeli, az e dolgokban bekövetkezett hiányért vétkességére tekintet nélkül felel, ilyen, **pl.: mobiltelefon, laptop**.

A munkavállaló mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a hiányt elháríthatatlan külső ok idézte elő, vagy a munkáltató a biztonságos őrzés feltételeit nem biztosította. A megőrzési felelősség csak akkor alkalmazható, ha a megőrzésre átadott vagyontárgy hiányzik, amennyiben a megőrzésre átadott dolog megrongálódása folytán keletkezett a kár, a munkavállaló a vétkességi felelősség szabályai szerint felel, tehát, ha a mobiltelefon, laptop megrongálódik a munkavállaló az általános szabályok szerint tartozik felelősséggel.

Sajátos kárfelelősségi forma a leltárihiány, amely alatt olyan anyagban, áruban (leltári készletben) fennálló hiány értendő, amely normalizált hiányon felüli hiányt jelent, amelynek oka ismeretlen. Normalizált hiány (káló) a leltári tárgyak természetes mennyiségi csökkenése vagy a használatlalt, kezeléssel járó vesztesége (párolgás, kopás, fogyó eszközök), ilyen például a 43/2005. (X. 15.) EüM rendelet 14. § rendelkezése, amely szerint „A gyógyszerárakban az ellenőrzött szerek kezelésével járó anyagvesztesség címén [...] porok esetében legfeljebb 5%, folyadékok esetében legfeljebb 8% számolható el.”

A leltárfelelősség csak azzal a munkáltatóval szemben érvényesíthető, aki két egymást követő leltározás közötti időszakban legalább a felében a munkáltatónál dolgozott az adott munkahelyen. A munkáltatói leltárfelelősség az alábbi esetekben áll fenn:

- leltárfelelősségi megállapodás megkötése,
- leltári készlet szabályszerű átadása átvétele,
- leltárihiánynak a leltározási rend szerint lebonnyolított, teljes leltári készletet érintő leltárfelvétel alapján történő megállapítása,
- leltárelszámolás eredményét ismertetni és egyeztetni kell a dolgozóval,
- kártérítési igénynek érvényesítése a leltárfelvételt követő 60 napos határidőben.

A leltárfelelősségi megállapodásban meg kell határozni, a leltári készletnek azon körét, amelyért a dolgozó felelőssége fennáll valamint a leltári készlet kezelésével és a leltárihiánnyal kapcsolatos egyéb előírásokat, különösen a kezelési veszteség elszámolható mértékét. A hatályos munkajog a kár mértékét a teljes kártérítésben állapítja meg, amely alól az Mt. 170.§ (4) bekezdésében csupán a leltárihiány esetében a kollektív szerződésben biztosít elvi lehetőséget az eltérésre.

## A munkáltató kártérítési felelőssége

A munkáltató kártérítési felelőssége jelentős mértékben eltér a munkavállalókétól. A munkáltató ugyanis a munkavállalónak munkaviszonyával összefüggésben okozott kárért - ha az a munkaviszony keretében, a munkaviszonyból folyó kötelezettségek teljesítése során kifejtett tevékenységgel összefüggésben keletkezett - vétkességére tekintet nélkül, teljes mértékben felel. Kizárólag akkor mentesül a munkáltató a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a kárt működési körén kívül eső elháríthatatlan ok vagy kizárólag a károsult elháríthatatlan magatartása okozta. Nem kell továbbá megtéríteni a kámak azt a részét, amelyet a munkavállaló vétkes magatartása idézett elő.

A munkaviszonnyal összefüggésben okozott kár fogalma nem szűkül le kifejezetten a munkavállaló kötelezettségének teljesítésére. A MK. 29. számú állásfoglalása szerint ebben a körbe tartozik a munkaköri feladatokon túl az olyan tevékenység során elszenvedett kár, amely objektív megítélés szerint a munkáltató érdekében történik. Ilyen a munkáltatót fenyegető kár elhárításában való részvétel, vagy a munkáltató érdekében utasítás nélkül végzett tevékenység (Román, 1997). A munkaviszonnyal összefüggésben keletkezik az a kár is, amely nem kifejezetten a munkaviszony teljesítése során éri a munkavállalót, csupán azzal összefüggésben keletkezik, ilyen a munkába vagy hazafelé menet elszenvedett kár, munkaidő lejártával szokásos tisztálkodás, munkáltatói étkezőben érkezés során bekövetkezett kár. Kizárja viszont a munkáltató felelősségét az olyan kárért, amely a munkavállalót a munkáltató telephelyén - esetleg annak eszközeivel - saját maga részére történő munkavégzés során éri.

Mentesül a munkáltató a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a kárt működési körén kívül eső elháríthatatlan ok okozza, nem tartozik a működési körbe az, ami nincs a munkaviszonnyal összefüggésben. A működési körön belül még vis maior (előre nem látott elháríthatatlan akadály) esetén sem mentheti ki magát a munkáltató, csak abban az esetben, ha a kárt kizárólag a károsult elháríthatatlan magatartása okozta. Működési körön belülinek tekinthető például a *postai kézbesítő esetében, ha munkaköri feladatai teljesítése során a járdán elcsúszik, vagy szintén annak tekinthető, ha a munkavállalót munkavégzés közben a munkáltató telephelyén villámcsapás éri*. A munkáltató egyik esetben sem mentheti ki magát azzal, hogy elháríthatatlan volt a kár bekövetkezése.

A munkáltató kimentheti magát a munkavállaló kizárólagos okozásának bizonyításával, természetesen amennyiben működési körön belül következett be a kár. A munkavállalói önokozásnak nem kell vétkesnek lennie, ezért *pl.: a munkavállaló epilepsziás rohama folytán elszenvedett kárért a munkáltató nem felelős*.

A munkáltató a munkavállaló munkahelyre bevitt tárgyaiban bekövetkezett kárért a Mt. 176.§-ban foglaltak értelmében felelősséggel tartozik. A munkáltató *előírhatja a bevitt dolgoknak megőrzőbe való elhelyezését és megtilthatja a munkavégzéshez nem szükséges dolgok bevitelét*, így ezen szabályok megszegése esetén a munkáltató csak a szándékos károkozása esetén felel. A munkáltatói őrzési felelősségi szabályok között nincs egyértelmű rendelkezés arra nézve, hogy a munkába járáshoz nem szükséges, bevitt dolgokban esett kárért, ha ennek bevitelére vonatkozóan nem élt tiltási vagy megőrzési feltétel felállításának jogával. Ebben az esetben azonosan alakul a munkáltatói kárfelelősség, mint a munkavállaló mindennapos bevitt dolgaiban bekövetkezett kárért.

A *kármegosztás* szabályaira a MK. 31. tartalmaz iránymutatást, aminek értelmében a kárviselés arányát a munkavállaló vétkes közrehatásának mértéke dönti el (Bankó, 2004). A munkáltató vétkessége - tekintve, hogy vétkesség nélkül is felel - lényegesen csökkenti a munkavállaló közrehatását, azonban, ha a munkáltató nem vétkes, az egyensúlyban áll a vétkes okozással, például a bíróság egyenlő arányú kármegosztást ítélt a következő egyedi esetben, *egy a takarítónő az általa felmosott és nem elég szárazra törölt kövezeten megcsúszott és kartörést szenvedett*, a bíróság ítéletét a munkáltató ellenőrzési kötelezettségét elmulasztására alapozta.

## A szabálysértési felelősség rendszere

A szabálysértések olyan jogsértő magatartások, amelyek a bűncselekményekhez képest enyhébb fokban sértik vagy veszélyeztetik a társadalom együttélési normáit, akadályozzák vagy zavarják a közigazgatás működését, illetve meghatározott tevékenység vagy foglalkozás gyakorlására vonatkozó jogszabályokba ütköznek. Szabálysértés nem állapítható meg, ha a cselekmény bűncselekményt valósít meg. Az *egészségügyi tevékenység végzése során is előfordulhatnak szabálysértések*, amelyek tényállásait, szankcióit a 218/1999. (XII. 28.) kormányrendeletből kiragadott példákkal szemléltetem.

Az egészségügy „veszélyes üzem”, így kiemelt figyelmet kell fordítani a munkavédelmi szabályok betartására. Munkavédelmi szabálysértést követ el a 98. § (1) az a munkavállaló, *„aki a munka egészséges és biztonságos végzésére, illetőleg annak ellenőrzésére vonatkozó szabályokat megszegi, vagy feladatkörében e szabályok végrehajtásának mellőzését eltűri [...] százezer forintig terjedő pénzbírsággal sújtható”*. A gyógyszerárak működtetése az egészségügy egyik kiemelten fontos tevékenysége, gyógyszerrendészeti szabálysértést követ el, 105. § (1) e) rendelkezéseinek értelmében, *„aki a gyógyszerárak működésére vonatkozó szabályokat megszegi, ötvenezer forintig terjedő pénzbírsággal sújtható”*. A szabálysértési eljárásokat a külön törvényben meghatározottaknak megfelelően a rendőrség folytatja le.

## Büntetőjogi felelősség rendszere

Az *egészségügyi dolgozók felelősségi viszonyai közül a legsúlyosabb a büntetőjogi felelősség*, melyet a Büntető törvénykönyv (Btk.) szabályoz. Mindenkitől elvárható, hogy messzemenően figyeljen mások életére, testi épségére vagy egészségére, azonban hatályos büntetőjogunkban nincs általános életveszélyeztetési bűncselekményi tényállás, ezért *bűncselekményt csak a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés* jelenthet. Btk. 171.§ (1) *„Aki foglalkozása szabályainak megszegésével más vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz, vétséget követ el, és egy évig terjedő szabadságvesztéssel, közérdekű munkával vagy pénzbüntetéssel büntetendő.”*

A bűncselekmény tárgya az ember élete, testi épsége és egészsége, amely az egészségügyi dolgozó foglalkozásának, hivatásának tárgya. A bűncselekmény a foglalkozás szabályainak megszegésével követhető el. A bírói gyakorlat egységesen fogalmazza meg, hogy az orvosi foglalkozást bitorló személy nem lehet alanya a bűncselekménynek, ezért nem szegheti meg az orvosi foglalkozás gyakorlásának szabályait az a szakképzettséggel nem rendelkező személy, még akkor sem, ha az látszólag orvosi tevékenységet pl.: terhesség-megszakítást végez (Tóth, 2004). *Az egészségügyi dolgozó* (ápoló, gyógytornász, stb.) *saját tevékenységéért személyében felelős, ez alól kivételt képez a kórházi gyakorlaton lévő hallgató, tevékenységéért a felügyelő orvos vagy más egészségügyi szakdolgozó felel*.

Általánosságban elmondható, hogy míg a munkavédelmi vagy az építési szabályok pontosan meghatározhatóak, addig az orvosi, egészségügyi tevékenység szabályai nem ennyire jól körvonalazhatók. Az Eü. törvény értelmében az orvost megilleti a diagnosztikai és terápiás módszerek megválasztásának joga, amelyet csupán a beteg beleegyezése és az orvos és egészségtudomány mindenkori állásának korlátozza.

A foglalkozás szabályainak megszegése az alábbi módokon történhet meg:

- az elkövető felismeri a helyzetnek megfelelő magatartást, mégsem tanúsítja azt,
- az adott foglalkozási szabályt ismeri ugyan, de nem ismeri fel, hogy az adott helyzetben milyen magatartást kellene tanúsítani,
- gondatlan magatartása miatt nem ismeri fel az adott helyzetben alkalmazandó szabályt.

A *bűncselekmény* az élet, a testi épség vagy az egészség közvetlen veszélyeztetésével követhető el, ami olyan helyzet vagy állapot bekövetkezését jelentik, amely *a sérelem bekövetkeztének lehetőségét hordja magában és a szabálysértő magatartás és a konkrét veszélyhelyzet beállása között ok-okozati összefüggés áll fenn*. A fenti büntetőjogi tényállás a gondatlan bűnelkövetést értékeli, míg a Btk 171§ (3) bekezdésében *a szándékos elkövetést minősített esetként* szabályozza. A Btk. külön fejezetben szabályozza a sajátos, az egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó büntetőjogi tényállásokat, ilyenek például: beavatkozása az emberi génállományba, születendő gyermek nemének megváltoztatása, egészségügyi önrendelkezési jog megsértése.

## Összegzés

A hazai kártérítési felelősségi rendszer a polgárjogi alapokból kiindulva hatékonyan szabályozza az egészségügyben dolgozók felelősségi viszonyait, figyelemmel a munkavállalók és a munkáltatók gazdasági helyzetéből fakadó sajátosságokra, ezzel méltányossági szempontoknak is teret enged. A munkavállalók esetében speciális kárfelelősségi viszonyok alkalmazásával lehetőséget teremt az egészségügyi hivatás gyakorlásának sokszínűségéből eredő kártérítéssel kapcsolatos élethelyzetek kezelésére. A munkáltatók felelősségi jogviszonyai a veszélyes üzemi felelősség alapján meglehetősen szigorúak, és a mögöttes felelősség alapján az egészségügyi intézmények kötelesek a munkavállalók által harmadik személynek okozott kárért helyt állni, amelyet természetesen a kártelepítési szabályok alapján mérsékelheti felelősségbiztosítás megkötésével. A felelősségi jogviszonyok vonatkozásában az etikai felelősségrevonás intézményét az egészségügyben a szakmai kamarák gyakorolják, amely meglátásom szerint helyes jogalkotói döntés volt, hiszen ezzel fontos elemét adja a szakmai autonómiának. A fegyelmi felelősség vonatkozásában

célszerűnek látszik a közalkal-mazottak jogállásáról szóló törvény (Kjt.) fegyelmi felelősségre vonatkozó részeinek beemelése a munkaviszony keretei közé (MT), valamint az erkölcsi büntetések helyett megteremteni a figyelmeztetések kiszabásának lehetőségét. A hatályos hazai büntetőjogi szabályok korszerűek, hiszen új büntetőjogi szakaszok életbe léptetésével lépést tartanak az orvostudományi kutatások és a géntechnológia fejlődésével előforduló büntetőjogi tényállásokkal.

## Irodalomjegyzék

1. Bankó, Z. (2004) *Munkajog. Dialóg Campus Kiadó: Pécs*, pp. 126-140.
2. Polecsák, M. (1999) *A betegek jogai. Vince Kiadó: Budapest*, pp. 164-176.
3. Román, L. (1997) *A munkajog alapintézményei III. kötet. Institutiones juris: Pécs*, pp. 1-29.
4. Tóth, M. (2004) *Magyar büntetőjog Különös rész. Osiris Kiadó: Budapest*, pp. 106-112.

*Felhasznált jogszabályok és a közleményben alkalmazott rövidítések*

1. 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről (Ptk.)
2. 1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről (Btk.)
3. 1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről (Mt.)
4. 1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról (Kjt.)
5. 1994. évi XXVIII. törvény a Magyar Orvosi Kamaráról (Mok.)
6. 1994. évi LI. törvény a Magyar Gyógyszerész Kamaráról (Mgyk.)
7. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eü.)
8. 1999. évi LXIX. törvény a szabálysértésekről (Szt.)
9. 2003. évi LXXXIII. törvény a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaráról (Meszk.)
10. 218/1999. (XII. 28.) kormányrendelet az egyes szabálysértésekről
11. 43/2005. (X. 15.) EüM rendelet a fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek orvosi rendelésének, gyógyszerári forgalmazásának, egészségügyi szolgáltatóknál történő felhasználásának, nyilvántartásának és tárolásának rendjéről
12. Legfelsőbb Bíróság Munkaügyi Kollégiumának 29. és 31. számú állásfoglalása. (MK.)

[Vissza a tartalomhoz](#)

# Egészségügyi dolgozók lelki egészségvédelme

Kiegészítés megelőzés a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet szakdolgozói körében

Az emberekkel foglalkozó szakmákban, tehát az egészségügyben is egyre több szó esik a burn out, azaz a kiégés jelenségéről, s nem ok nélkül, hiszen egy kórházban számos kockázati tényező és ártalom érheti a szakdolgozókat: különböző fizikai ártalmak (mikroklíma, világítás, zajok, sugárzás), biológiai kockázatok (kórokozók), veszélyes anyagok és készítmények kockázata, illetve a pszichológiai stresszhatások (GOKI Kockázatelemzés, 2003.). Fontos tehát, hogy ezen ártalmakat lehetőségeink szerint csökkentjük, vagy kivédjük.

## Előzmények

Intézetünk 2005 júliusában úgy döntött, hogy megpályázza az **Országos Egészségfejlesztési Intézet Nemzeti Népegészségügyi Program keretében a „Munkahelyi Egészségfejlesztési Programok”** c. projektjét.

A programot megelőzte egy egészségterv létrehozása, valamint egy kérdőíves felmérés a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (a továbbiakban: GOKI) szakdolgozóinak általános lelki egészségi állapotáról. A kutatás eredményeiről, röviden: a kérdőívet 234 szakdolgozó töltötte ki, s közülük 28% alszik napi 6 órát, 68% napi 7-8 órát. A megkérdezettek 50%-a úgy érezte, nem elegendő neki az alvásidő. Kiegyensúlyozottnak a szakdolgozók 33%-a érezte magát. A negatív érzelmek közül a legtöbben (40%) a fáradtságot jelezték, míg a kimerültséget a szakdolgozók 36%-a. Alvási problémákkal a dolgozók 25 %-a küszködött.

A kapott adatok alapján sajnos jól látható, hogy a stressz, mint állapot, szakdolgozóink életében, mindennapjaiban erőteljesen jelen van.

## A program

Intézetünk célja a GOKI szakdolgozóinak munkájából adódó stresszhatások (túlterheltség, a halál kezelése és feldolgozása, a szerepek tisztázatlansága, gépies iramú munka) csökkentése és tompítása, illetve ezek kezelésére való felkészítés volt. Nyertes pályázatunk jóvoltából a **SOTE Magatartástudományi Intézetével** közösen megszerveztünk egy stresszcsökkentő tréninget, amely 2 csoportban zajlott. A tréningek kezdete előtt és lezárásakor a Magatartástudományi Intézet által szerkesztett kérdőíveket vettünk fel a szakdolgozók körében, amely többek között az észlelt stresszt, a depressziót, a szorongást, illetve az alvás minőségét vizsgálta.

A tréninggel igyekeztük azokat az ápolókat megcélózni, akik intenzív osztályon dolgoznak, tehát feltételezhető, hogy fokozott stressznek vannak kitéve. Az első csoportban 12 önkéntesen jelentkező főnővér, a második csoportban (főként intenzív osztályokról) 12 szintén önként jelentkező ápoló vett részt. A pályázat gerincét adó 20 órás tréningen a jelentkezők elsajátíthatták a különböző stresszoldó technikákat, kommunikációs és empátia, valamint asszertivitási gyakorlatokat. Minden foglalkozást követően gyakorolhatták az autogén tréninget, melynek célja egy olyan relaxációs technika ismerete, amelyet megfelelő mennyiségű gyakorlással később önállóan is alkalmazhatnak. Intézetünk részéről két szakember is kiegészítette a Magatartástudományi Intézet pszichológus-trénerének munkáját, két érdekes előadással. Vezető dietetikusunk tartott előadást a korszerű és helyes táplálkozásról, valamint foglalkozás-egészségügyi orvosunk beszélt az új stresszmérő rendszerekről. Programunk teljességéhez hozzátartozik a lelki egészségmegőrző technikák megismerése mellett a fizikai jólét megőrzésének hangsúlyozása is.



Ennek érdekében a tréning résztvevői sportbérletet kaptak egy közeli mozgásstúdióba.

A tréning kis csoportot érintett, tehát úgy gondoltuk, hogy a többi szakdolgozó is részesedjen valamilyen módon a program szellemiségéből, ezért vezető gyógytornászunk és dietetikusunk összeállított egy –egy tájékoztató füzetet a helyes életmódról, illetve mozgásról, amelyeket 300 ápoló körében terjesztettünk.

## Eredmények

A program minőségi indikátorai a tréningek előtt és után, a tréningen résztvevő főnővérek és nővérek által kitöltött kérdőívek eredményéből tevődött össze. A kérdőív szorongásra vonatkozó kérdései a különböző pszichés megterhelésre jelentkező szorongási reakciókat, illetve az alkati szorongást mérték. A kapott arányszámokból az a következtetés vonható le, hogy a stresszcsökkentő foglalkozások után a szorongás mértéke a felére csökkent. Az észlelt stressz arányai is hasonlóképpen javultak. A depresszió, amelynek kialakulásában nagy szerepet játszik többek között a munkahelyi stressz is (*Kopp M. /2005/ Munkahely és egészség. Magatartástudományi Intézet. Előadás.*), a másik fontos vizsgálati terület volt ebben a projektben. A Beck-féle depresszió skálán a dolgozók 1 ponttal jobb eredményt értek el a foglalkozások befejezése után. Arra a kérdésre, hogy „Milyen az alvása?”, az ápolók a tréning után pozitívabb válaszokat adtak. A dolgozók egészségi állapotukat a foglalkozások után szintén jobbnak érezték. Ezen adatokra az utólagosan felvett kérdőívekből, és a személyes beszélgetésekből következtettünk.

## Összegzés

A program, amely az Országos Egészségfejlesztési Intézet pályázati kiírásával jöhetett létre, úgy gondoljuk elérte a célját, s amellet, hogy a dolgozók egy része megismerhette a különböző stresszkezelő technikákat, az eredmények jó kiindulási pontot adtak további munkánkhoz. Célunk ezt a pályázatot továbbfejleszteni. A GOKI valamennyi szakdolgozóját kívánjuk a jövőben megszólítani nagyközösségi szinten, törekedve arra, hogy további mentálhigiénés programokkal segíteni tudjuk a mindennapi helytállást.

Szverle Viktória

Programkoordinátor, mentálhigiénés szakember

[Vissza a tartalomhoz](#)

## AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

# Ápolók – attitűdök - roma betegek

**Szakáll Zita**

*főiskolai hallgató, ápoló szak IV. évfolyam*

*Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Szeged*

## Összefoglaló

*A korszerű ápolási folyamat a segítséget kérő ember feltétel nélküli elfogadása nélkül nem valósulhat meg. A szerző egyrészt fel kívánta tárni a roma betegekkel szemben megfigyelhető ápolói attitűdöket, másrészt vizsgálta a roma származású betegek viszonyulását az ápolókhoz.*

*A vizsgálat önkitöltős, nyitott, félig nyitott és zárt kérdéseket tartalmazó kérdőív, továbbá interjú módszerével, a Szegedi Tudományegyetem egy klinikáján, több osztály ápolóinak és roma származású betegeinek bevonásával történt.*

*A kutatás eredményei szerint mindkét fél részéről megfigyelhető az előítéletes gondolkodás, amelyen változtatni szükséges.*

*A szocializáció során az ember számtalan attitűdjét mintegy „kulturálisan örökli”. Az emberi méltóságot tiszteletben tartó ápolás az előítéletek legyőzését és új attitűdök kialakítását követeli meg az ápolóktól. Ehhez pedig nélkülözhetetlen az interkulturális ápolás tananyagának, ezen belül például a roma kultúra és szokásrend ismereteinek bevezetése az alap- és a továbbképzésekbe.*

## Bevezetés

A roma etnikum kialakulását számtalan legenda övezi. Ezek egyike szerint az ördög féltékenyen utánozta Istent, azonban ügyetlen volt, így az általa teremtet „lénnyek” groteszké váltak. Míg a fehér ember Istenre, a cigány az ördögre hasonlít, mind tulajdonságaiban, mind kinézetben. Egy másik legenda szerint a romák pusztán a véletlen és a hanyagság eredményei. Amikor Isten megteremtette az embereket, egyet beleejtett a tűzhely hamujába. Ez az ember fekete lett, tőle származnak a cigányok. Ismét más legenda szerint a roma emberek a Bibliából ismert Káin leszármazottai, akik magukra vették az átkot, mert amikor Káin megölte testvérét Ábelt, Isten megátkozta őt. (Rostás-Farkas, Karsai, 1992) Napjainkban ez az átok az előítéleteink által „csap” le rájuk.

## Az előítélet



Előítéletről általában akkor beszélünk, amikor valaki ellenséges, visszautasító valakivel csak azért, mert az illető egy bizonyos csoport tagja. Az előítélet kifejeződhet szóban, másik csoport tagjaival való kapcsolat elkerülésében, erőszakban, hátrányos megkülönböztetésben, elkülönítésben és fizikai agresszióban. (Oláh, Bugán, 2000) Az előítéletek normál gondolkodási folyamatok melléktermékei is lehetnek: a minket körülvevő bonyolult világot csak úgy tudjuk felfogni, feldolgozni, ha valamilyen módon megpróbáljuk azt leegyszerűsíteni, rendszerezni. Ennek egyik módja az, hogy kategorizáljuk, csoportba soroljuk a tárgyakat, embereket. Az emberek csoportba sorolásával a világ egyszerűbbnek tűnik számunkra. Fontos megjegyezni, hogy az egy csoportba sorolt emberek, tárgyak hasonlóbbnak tűnnek, mint amennyire ténylegesen hasonlítanak egymáshoz (Oláh, Bugán, 2000).

A kisebbség tisztában van a vele szemben megfogalmazott, kimondott és elhallgatott előítéletekkel, értékrendjének semmibe vételével, a vele szemben támasztott elvárásokkal, amelyekhez az élet számtalan pontján látszólag vagy ténylegesen igazodni kell. Kényszerűségből is elfogadja az alá- fölérendeltségi viszonyban a számára juttatott pozíciót. E kettős értékrendben éppen az ehhez való igazodás nehézsége és követelménye okoz némi zavart. Ahhoz, hogy élni tudjanak, ahhoz, hogy élni hagyják őket, elfogadják a megfelelés követelményeit. Ahhoz azonban, hogy etnikai identitásukat, autonómiájukat és belső összetartozásukat megtartsák, továbbra is működtetniük kell egy érték-, és jelrendszert, amely csakis kizárólag róluk szól, egyútté tartozásukat erősíti és a többségtől való elhatárolódás titkos rendszerét alkotja. Az önértékelésen belül ők is rendelkeznek egy, az embercsoportok közti hierarchiával, amelyben magukat annak a csúcsára helyezik. Nyilvánvalóan önértékelésük, önbecsülésük és emberi méltóságuk érdekében van szükség a rájuk kényszerített hierarchikus viszony megfordítására (Szuhaý, 1999).

A kisebbség sztereotipikus, előítéletes szemlélete akkor vezet úgynevezett kisebbségi kérdéshez, ha a többség és kisebbsége közötti határ áthatolhatatlanná válik. A roma kisebbség és a magyar többség közötti viszony esetében jól kimutatható, hogyan jött létre a magyarok és romák között közös történelmünk évszázadai során ez a nehezen átvárható fal. Követhető, hogyan keletkezett ez a mára evidens helyzet, amelyben a társadalmi többséghez tartozóknak nem kell attól tartaniuk, hogy átkerülnek a lakóhelyük, kultúrájuk, életformájuk, valamint iskolai és munkavállalói karrierjük tekintetében szegregált és stigmatizált, valamint az előítéletek és sztereotípiák által pszichológiailag is közbezárt kisebbség soraiba.

A roma csoport Észak-Indiából származó, kumpániákban (= közösség) élő europid népcsoport. Vándorlásai során a XVI. századra elérték a Kárpátok ölelte térséget, ahol felcsillan az „édes otthon” reménye. A helyzet azonban a XVIII. században megváltozott, szokásrendjük és a társadalomba való betagozhatatlanságuk következtében. Szembekerültek az állammal, illetve a társadalommal. Ezután a jogi rendelkezés cigányellenes kampányba fordult.

A vándorlás lehetősége egyre csökkent, kénytelenek voltak letelepedni. Kezdeti időben a szakmával rendelkezők egy része tudott csak munkából megélni. Mind lejjebb és lejjebb süllyedtek, ki voltak szolgáltatva a nem cigány társadalomnak. Az egyre nehezebb életükhöz hozzájárult a megnövekedett lélekszám is.

A cigányság ötszáz éves üldöztetése alatt kinevelődött egy agyafűrt, élelmes, rafinált embertípus, amelyet az életösztön arra tanított évszázadok óta, hogyan tarthatja fenn önmagát és családját egyik napról a másikra. Mivel munkát nem kapott, lopásra kényszerült, mert élni akart. A letelepedés következtében még kevesebb lehetőségük volt, így újabb csoportok kerültek a létminimum alá. (Rostás-Farkas, Karsai, 1992)

Az 1950-es években a cigánynak nevezett csoportokat jobbra a szegénységgel és elmaradottsággal jellemezték. Feltűnően magas volt az iskolázatlanság és az analfabeták aránya. A népesség többsége a falu- és a városi nyomortelepeken élt, a foglalkoztatottsági arány pedig elképesztően alacsony volt. Az 1961-es párháztárazat újabb „törvényesített” fejezetet nyitott a cigányokról való gondoskodásban, sőt azok életmódjának megváltoztatásában. Eszerint iskolába kellett íratni a gyermekeket, s lehetőleg meg kellett tanítani legalább ími-olvasni a fiatal felnőtteket is. Erre azért volt szükség, mert nyilvánvalóvá vált, hogy a társadalmi felemelkedés egyik legfontosabb záloga az iskolázottság. (Szuhaý, 1999)

Az 1990-es évek elején a tanköteles roma gyerekek csekély százaléka fejezte be az általános iskolát. Napjainkra az iskolázottsági mutatók már jobbakk, mivel 77,7%-uk elvégzi a nyolc osztályt, igaz nem 14-15 éves korban, hanem jóval később (Kemény et al., 2004). Az 1999-ben elvégzett vizsgálat szerint a roma fiatalok 57%-át vették fel szakmunkásképzőbe és 19% volt a középiskolában továbbtanulók száma. A változás egyik oka az volt, hogy 1985 és 1996 között 40%-kal nőtt a gimnáziumi és 70%-kal a szakközépiskolai férőhelyek száma és így a több helyre természetesen könnyebb volt bejutni. A másik oka a demográfiai változásokban keresendő, mert a többségi társadalomban 1989-től folyamatosan csökkent az általános iskolai tanulmányait befejező korosztályok létszáma: 1989-ben 171. 000, 1999-ben már csak 114. 000 fő volt. A harmadik ok a közoktatás normatív finanszírozásának bevezetésében keresendő. Ez a középiskolai tanárokat érdekeltté tette abban, hogy minél több tanuló vegyenek fel és azokat meg is tartsák. Kellott az iskolába a gyerek és mivel nem volt elég „fehér” gyerek, kellett a cigánygyerek is.

A romák rossz szociális helyzetéből fakad az, hogy az iskolázottságuk alacsony fokú, mert a családok nem képesek az oktatás költségeit fedezni, a zsúfoltság, a kedvezőtlen lakásvizonyok miatt pedig szinte lehetetlenné válik az otthoni tanulás. A hiányos táplálkozás és egészségtelen életmód rontja a gyermekek egészségi állapotát és tanulási készségeit. A stabil jövedelemmel rendelkező, a szegénységi szintnél jobban élő családok arányát 15-20%-ra becsülik. A középiskola elvégzése is pénzbe kerül. Csak a szegénységi szint felett élők tudják előteremteni a szükséges költségeket. Ezek a családok általában vállalják is ezeket. Vállalják, mert már a 1990-es években nyilvánvaló lett, hogy nyolcosztályos végzettséggel nem lehet elhelyezkedni (Kemény et al., 2004)

Az aluliskolázottság mellett a rossz egészségmagatartás is jellemzi a romákat. Egységesen jellemző táplálkozási rendről nem beszélhetünk. Mély szakadék húzódik a szükségben szenvedők, a rossz szociális helyzetű és a stabil jövedelemmel rendelkező, gazdaságilag sikeres, vagyonosnak mondható rétegek között. Az előbbieknél táplálkozási rendjét a rendszertelenség, az egyoldalú étkezés jellemzi. E családok a hónap egyik részében egyik napról a másikra élnek. Amikor pénzhez (fizetéshez, segélyhez, szociális ellátáshoz) jutnak, nagyobb mennyiségű élelmiszert tartalékolnak. Az alapélelmiszereken kívül ilyenkor olcsóbb húsokat is vásárolnak, hiszen számukra a hús szimbolizálja a „jóletet”. A szegénység egyenes következménye az egyoldalú, zsírban és szénhidrátban gazdag ételek fogyasztása. Ünnepek alkalmával törekednek a bőségre, amelynek az ára hétköznapiakon a koplalás és a rendszertelen táplálkozás.

A jobb módon élők többfogatú húsos ételeket főznek, kialakul az étkezések rendszeressége és szabályozottsága. Az ételek itt is zsírosak és szénhidrát dúsak. A rendszeresen sokat és zsírosat fogyasztó ember hamar kövérré válik, de valójában ez is a cél. Aki kövér, annak pénze és hatalma van, ilyen formán az ember értékeit testének kövérsége is jelzi (Szuhaý, 1999).

Az egészségügy az egészséggel kapcsolatban bonyolult szabályrendszert állapít meg. Megmondja, hogy az embereknek hogyan kell élniük ahhoz, hogy egészségesek maradjanak Ennek érdekében megfogalmazza, hogyan kell táplálkozniuk, mozogni, sportolni és dolgozni. Hogyan kell küzdeni az emberi gyönyörök és szenvedélyek ellen, hogyan és miért kell leküzdeni az alkoholt, a dohányzást és a drogokat. Ha az ember megbetegszik, meghatározza a gyógyítás technikáit, tiltva más lehetséges gyógyító formákat. Meghatározza a beteg viselkedésmódját és az egészségügyi ellátásban lehetséges viselkedés szabály-rendszerét. Ha az egyes betegek vagy betegcsoportok ezeket a szabályokat, illetve elvárásokat megszegik vagy nem teljesítik, konfliktusba kerülhetnek az egészségügyi ellátó szolgálattal.

Különösen súlyos konfliktus lehetőséget hordozó betegcsoportnak tekintik a cigányokat. Azok az emberek, akik cigányok és velük szemben problémák fogalmazódnak meg, *nem azért viselkednek az egészségügyben másképp, mert cigányok, hanem mert objektív társadalmi státuszuk nem azonos a nem cigányokéval.* Nem minden roma viselkedik az egészségügy számára problémásan, bár megítélésük átszarmaztatódik és átvetődik más, nem szükségszerűen szegény helyzetben élő cigánycsoportokra, így létrejön egy súlyos általánosítás. Az egészségügy bennük nem a kooperáló beteget látja, a szegény csoportok számára pedig az egészségügy a közvetlen hatalmat testesíti meg. Ez az egymást kölcsönösen megkérdőjelező attitűd a valódi együttműködés legnagyobb problémája. Mindkét szereplőt kölcsönös féltelmek, hiedelmek és a hamis tudások vezérlik. Lehet, hogy bizonyos megfigyelések helytállóak, azonban annak magyarázata már lehet, hogy hamis, vagyis csupán egy egyszerű ítélet-redukció eredménye.

Vegyünk sorra néhány vélt/valós tény és azok magyarázatát:

- A cigányok nem szívesen járnak orvoshoz, ha betegek, inkább eltitkolják azt, vagy egymást gyógyítják kuruzslással.
- Más vélemények szerint már a legapróbb betegséggel is orvoshoz szaladnak, és bajukat teátrális módon túlértékelik. A rendelőbe a beteget szinte az egész család elkíséri, ahol gyakran türelmetlenek, nem várják ki a sorukat és más betegek elé furakodnak.
- Ha kórházba kerülnek, igyekeznek minél hamarabb szabadulni onnan, mert nem érzik jól magukat. Talán kevés olyan ember van, aki kedveli a kórházi környezetet, inkább szükségesnek tekinti. Feltehetően így van ez velük is. Nehéz azt is megmondani, hogy mi a kórházból való nagyfokú elvágyódás átlagos és időben tolerált mértéke, és mikor van az a pont, amely már túl van a megengedett tűréshatáron. Vannak emberek, akik azért nem érzik jól magukat a kórházban, mert életük során nem volt módjuk megismerni a kórház sajátos világát, illetve megtanulni az abban élés szabályait. Elutasított társadalmi helyzetük sem teszi lehetővé, hogy a kórházban az időszakos közösségek részesei lehessenek. Az otthon megszokott világtól távol kerültek és itt még magányosak is maradnak. Növelheti az idegenkedésüket a kibontakozó szégyenérzet, mert kevésbé tudnak megfelelni a kórház által megfogalmazott szabályoknak és a betegek által működtetett normáknak. Nincs szalonképes pizsamájuk, köntösük, papucsuk, tisztálkodó szerük, esetleg nem olvasnak könyvet és újságot és nincs a többiekkel közösen megvitatható beszédtemájuk. Ebből következően unatkoznak és szenvednek a kórházban. Ha családjuk a kórháztól távol lakik, és nem tud nap, mint nap látogatóba menni, akkor a benn töltött idő egyenesen elviselhetetlenné válik, és az ebből eredő feszültség már-már a gyógyulás rovására megy. Elképzelhető, hogy a beteg szökés gondolatával is foglalkozik. Ha azonban a családnak módjában áll a látogatás, akkor azt gyakorta teszi. A látogatások valódi célja az, hogy otthonos légkört teremtsenek a kórházban, öntudatlanul is ezzel segítik elő a gyógyulást. A betegeket így a magányból és a társadalmi elszigeteltségből emelik ki, eközben - lehet, hogy egyszerűen csak attól, hogy sokan vannak - hangosabbnak tűnnek. A többi beteget és az ápolókat is irritálhatja a sok látogató, akik számára pedig mi sem természetesebb, mint az együttlét, amely az otthont idézi fel.
- Mondják azt is, hogy a cigányok rossz betegek. Nem teljesítik az orvos utasításait, nem veszik be a gyógyszereket, a betegség ideje alatt isznak és dohányoznak, illetve emellett főlösképpen jajveszékelnak és sopánkodnak. Nem minden cigány rossz beteg, de valószínűleg néhány esetből kiindulva megtörténik az általánosítás. Legfőképpen pedig attól válhat „rossz beteggé” valaki, hogy nem felel meg a betegek általános elvárt szerep-viselkedésének. Az egyén a korábbi kedvezőtlen tapasztalatai miatt általában nem hisz az intézményesült egészségügyi ellátásnak. Nem tudott kialakítani az őt gyógyító szakemberekkel, vagy azok vele megfelelő és bizalomteljes kapcsolatot. Ha nem bízik a gyógyítóknak, és nem hiszi el, hogy valóban fontos számukra az ő gyógyulása, akkor hajlamos figyelmen kívül hagyni a rá vonatkozó instrukciókat. Ha az orvosban és az ellátásban ellenséget lát, és úgy véli, hogy diszkriminációnak van kitéve, akkor valóban rossz beteggé válhat. Ehhez természetesen nem kell, hogy az ellátásban dolgozók durván lekezeljék, vagy megbélyegezzék a beteget, elég egy véletlen szó vagy kifejezés, amelyről úgy érzi, hogy az méltóságában alázza meg. Könnyebb a helyzet, ha a beteg csak az orvosát vagy ápolóját hibáztatja és nem magát az ellátó rendszert, mert akkor még egy másik intézményben „jó beteggé” válhat. *A megoldás kulcsa ezért az ellátórendszerben dolgozók kezében van.* Ha a roma beteggel személyre szabottan, elmélyülten tudnak foglalkozni, beszélgetni, akkor sikeressé válik a kapcsolat. Azt a félelmet győzhetjük le, amely a cigány emberben működik a maga megbélyegzettnek hitt cigány mivolta miatt.

Ha a beteg haza kerül, otthon nem különítik el őt; általános, hogy még a fertőző beteg is egy térben alszik a többiekkel. Úgy érvelnek, hogy a beteg számára nem a magányos, csendes pihenés a gyógyír, hanem az, hogy még betegen is a természetes viszonyok részese. Azt is kézenfekvőnek tartják, hogy kiszolgálják a beteg legkülönbözőbb kívánságait. A kívánság lehet olyan is, ami a család teljesítőképességét meghaladja, ám ezt akkor is megpróbálják teljesíteni. Talán attól, hogy a különböző korosztályok nap, mint nap együtt élnek és nem különülnek el nemek és korcsoportok szerint, attól, hogy szépek és csúnyák, egészségesek és betegek, a kezdettől fogva és folyamatosan együtt élnek, nem válik számukra visszatartóvá a betegség vagy a betegség csúfsága. Nem irtóznak például a fekélyes családtag látványától, általában minden „nem normális” családtaggal szolidárisak, nem engedik elmeegógyintézetbe zární a veszélyes családtagot sem, együtt élnek a szellemi- és testi fogyatékosokkal. A haldokló beteget nem engedik kórházba, a magatehetetlen öregeket nem helyezik el szociális otthonokba. Mindenki, aki a közösségben született, élete végéig a közösség tagja kell, hogy legyen. (Szuhay, 1999)

## Hipotézisek

A cigányság gyökereit megismerve, illetve a kiválasztott és feldolgozott irodalmak alapján feltételezem, hogy:

- a roma csoporthoz tartozókkal szemben az ápolók körében napjainkban is fellelhető az előítélet,
  - de feltételezem azt is, hogy a roma kliensek szintén előítélettel fordulnak az ápolók felé.
- A hipotéziseimet három oldalról közelítettem meg: megvizsgáltam azt, hogy a roma betegek miként látják az ápolók viselkedését, önmaguk viselkedését, illetve az ápolók oldaláról azt, hogy maguk az ápolók miként ítélik meg saját viszonyulásukat a roma betegekhez.

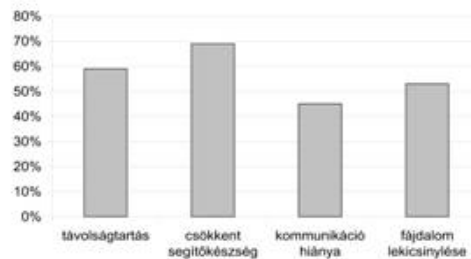
## Vizsgálati módszer

Kutatásomhoz a mintát egy szegedi klinika több osztályáról választottam. Vizsgálatomban 40 fő ápoló és 25 fő roma beteg vett részt, akik valamennyien részesei voltak már ápoló-roma interakciónak. A felméréshez a kérdőív, valamint az interjú- ezen belül az irányított beszélgetés-módszerét alkalmaztam. Mivel a problémát három oldalról közelítettem meg, három különböző kérdőívre volt szükség, melyek nyitott, félig nyitott, illetve zárt kérdéseket tartalmaztak. A felmérés eredményeit az alapstatisztikai eljárások alkalmazásával dolgoztam fel.

## Eredmények

Az első kérdőív kérdései arra irányultak, hogy miként látják a roma betegek az ápolók viselkedését. A feldolgozás alapján a megkérdezettek legnagyobb arányban a segítőkészség hiányát észlelték. Az irányított beszélgetés alkalmával lehetőségem nyílt rákérdezni arra, hogy szerintük mi állhat ennek hátterében. Szinte mind a 25 fő azt nyilatkozta, hogy a származásuk, illetve a bőrszínük miatt elítélik őket az ápolók. Kórházban tartózkodásuk ideje alatt megállapították, hogy a „magyar” betegek nagyobb odafigyelésben részesülnek. Továbbá úgy gondolták, hogy az ápolók távolságtartóak velük szemben és így a betegközpontú ápolás helyett a feladatközpontú ápolás kerül előtérbe. Panaszkodtak arra is, hogy az ápolók nem veszik komolyan a fájdalmaikat, lekicsinylik, illetve „hisztisnek” titulálják őket (1. ábra).

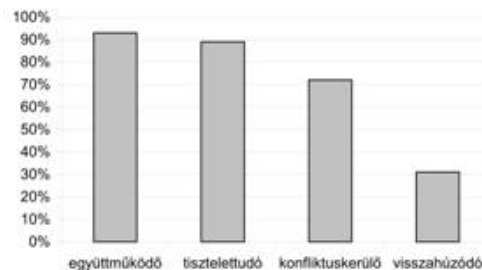
### 1. ábra: A roma betegek vélekedése az ápolók viselkedésének jellemzőiről



Jól ismert tény, hogy minden embernek más és más a fájdalomküszöb szintje. Egyesek a nagy fájdalmakat is csendesen tűrik, míg mások a kisebb fájdalmakat sem tudják elviselni. A fájdalomérzetet és annak kifejezését igen sok tényező befolyásolja, többek között az életkor, a nem és a kulturális szokások. Nem feledkezhetünk meg arról sem hogy minden embernek a saját fájdalma a legnagyobb, és ez nem azon múlik, hogy roma-e az illető, vagy sem.

Nem tartottam volna teljesnek a kutatásomat, ha nem vizsgálom meg azt, hogy hogyan is látják a romák saját viselkedésüket egy intézményesült ellátórendszerben. Az eredmények azt mutatják, hogy legtöbbjük saját magatartását együttműködőnek, konfliktus-kerülőnek, illetve visszahúzódnak ítélte meg (2. ábra).

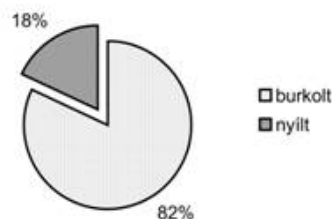
**2. ábra: A roma betegek vélekedése saját viselkedésük jellemzőiről**



Az interjúból kiderült, hogy tartanak az egészségügyben dolgozóktól, úgy látják, hogy származásuk miatt hátrányban vannak. Ebből következően inkább visszahúzódnak és elkerülik a konfliktusokat. Ha mégis probléma adódik, akkor azt a kórházi tartózkodást nehezítő tényezőkre vezetik vissza, mint például a házirend betartása, korábbi negatív tapasztalatok, családból való kiszakadás és elutasítottság. A 20 főből két beteg válaszolta csupán azt, hogy ha érzi az előítélet jelenlétét, illetve megkülönböztetve érzi magát, akkor hajlamos a konfliktus akaratlagos megteremtésére, viszont úgy gondolják, hogy ez ebben a helyzetben „jogos”.

Végül azt vizsgáltam meg, hogy az ápolók miként látják saját viselkedésüket roma betegekkel szemben (3. ábra).

**3. ábra: Az ápolói előítéletek megoszlása az ápolók válasza alapján**



Az eredmények alapján a vizsgált mintára általánosan elmondható, hogy valamennyi ápoló válaszaiban megjelent az előítélet, nyílt vagy burkolt formában. A megkérdezettek 18%-a nyílt előítéleteket vall, amelyek erősen gátolják a segítő interakciók hatékonyságát. Az interjúból kiderült, hogy az ápolók ezen 18%-a tart a roma betegektől. A miért kérdésre a következő válaszokat kaptam: „mert mind egyforma”, „kutyából nem lesz szalonna”. Feltettem azt a kérdést is, hogy mit tennének abban a szituációban, ha sími látnának egy roma beteget. A válaszok lényege az volt, hogy igyekeznének nem tudomást venni betegük lehangeltségéről, „az ellátáshoz szükséges feladatokat elvégzem, de ha nem muszáj, nem beszélgetek velük”. Az előítéletek következtében sérül a betegközpontú ápolás elve, amelyet a roma betegek távolságtartásnak jelöltek. A betegek a kommunikáció hiányát is igen nagy százalékban megjelölték, vagyis ezt jól érzékelték az ápolók viselkedésében. Az ápolók fennmaradó 82%-nak is vannak előítéletei, igaz burkolt formában. Ők próbálják nem éreztetni a beteggel véleményüket, gondolataikat, viszont egy-egy helyzetben kiütözik náluk is a hatékonyan működő előítélet. Az egyik ápoló azt mondta az interjú alkalmával, hogy roma klienssel való érintkezés esetén gumikesztyű használata nélkülözhetetlen, viszont „magyar” beteg esetén ez bizonyos helyzetekben elmaradhat. Ez a megnyilvánulás mi más lenne, ha nem előítélet?

## Következtetések, javaslatok

A kutatásom eredményei azt mutatják, hogy mindkét fél attitűdjében megfigyelhető az előítélet, így mind a két hipotézisem beigazolódott. Ennek ellenére biztató az a tény, hogy mind az ápolók, mind a romák ismerik az előítéletek befolyásoló szerepét, amelyen változtatni szeretnének. Szocializációnk és neveltetésünk során a gondolkodást kifejező számtalan nyelvi formulát, az azokhoz tartozó tartalmakat, viselkedéseket mintegy „kulturálisan örököljük”. Nyilvánvaló, hogy a világban való könnyebb eligazodás és „rendteremtés során” hajlunk a sztereotípiák és az ítéletredukciók alkalmazására, hiszen ezzel kevesebb energiát kell fordítanunk más csoportok és egyének tényleges megismerésére, a másokkal való kapcsolatok működtetésére. Esmélve, gondolkodó fejfel azonban mindenek előtt tudatosítani kell ezeket az előítéleteket, és ilyen módon sokszor szembesülni is lehet a belénk táplált rossz érzésekkel. Az előítéletekkel terhelt kész kulturális minták, tradíciók legyőzése új attitűdöt követel meg tőlünk. A változtatást elősegítené, ha a romák eltérő viselkedése megérthetővé válna a roma kultúra és szokásrend bemutatásán keresztül, továbbá, ha az alap- és továbbképzések közvetítenék az interkulturális ápolás területének ismereteit. Az országunk teljes lakosságából mintegy 570-600 ezerre tehető a roma emberek száma. Az egészségügy pedig a népesség egésze számára nyújt szolgáltatást.

## Köszönetnyilvánítás

Ezúton is kifejezem köszönetemet és elismerésemet mind a betegeknek, mind pedig az ápolóknak azért, hogy ebben a személyesen kezelt, „kényes” témát feszegető felmérésben részt vettek, és őszintén vállalták véleményüket a jobbítás érdekében.

### Irodalomjegyzék

1. Kemény I., Janky B., Lengyel G. (2004): *A magyarországi cigányság 1971-2003*  
Gondolat Kiadó, Budapest
2. Oláh A., Bugán A. (2000): *Fejezetek a pszichológia alapterületeiből*  
ELTE EÖTVÖS Kiadó, Budapest
3. Rostás - Farkas Gy., Karsai E. (1992): *A cigányok története – Le romengi historija*  
Cigány Tudományos és Művészeti Társaság, Budapest
4. Szuhay P. (1999): *A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája*  
Panoráma Kiadó, Budapest

[Vissza a tartalomhoz](#)



GRATULÁLUNK!

## Semmelweis Ignác születésének 188. évfordulója alkalmából az egészségügyi miniszter szakmai elismeréseket adományozott

**Batthyány-Strattmann László díjban** részesült, *több évtizeden keresztül végzett, kimagasló szakmai munkásságának elismeréseként:*

**Söményi Gáborné**, a Fővárosi Önkormányzat Szent István Kórház-Rendelőintézet I. sz. Belgyógyászati és Kardiológiai Osztály főnővére  
**Vinkler Lajosné**, a Veszprém Megyei Önkormányzat Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet ápolási igazgatója

**Pro Sanitate** elismerésben részesült, *kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként:*

**Dr. Horányi Jánosné**, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar I. sz. Sebészeti Klinika műtősnője

**Papp Lászlóné**, az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet ápolási igazgatója

**Rozsos Erzsébet**, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet főiskolai adjunktusa

**Sárvári Jánosné**, a kapuvári Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézet ápolási igazgatója

**Egészségügyi Miniszteri Dicséretben** részesült, *eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:*

**Andrássy Gyula Lászlóné**, Nagyvarsány Községi Önkormányzat védőnője

**Bajáki Istvánné**, a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház Sebészeti Osztály ápolási egységvezetője

**Buglya Ágnes**, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Neurológiai Klinika szakasszisztense

**Ernhéfer Ferencné**, Az ajkai Magyar Imre Kórház Belgyógyászati Osztály mb. osztályvezető ápolója

**Dr. Földi Istvánné**, Gyöngyöspata Községi Önkormányzat Védőnői Szolgálat védőnője

**Kárpáti Zsuzsanna**, a Magyar Köztársaság Országgyűlése Egészségügyi Bizottságának volt tagja

**Sebők Erzsébet**, Szigetújfalu Polgármesteri Hivatal védőnője

**Székely Dánielné**, Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat gyógytomásza

**Az Egészségügyi Miniszter Díszoklevele** elismerésben részesült, *több évtizedes kiváló szakmai munkája elismeréseként:*

**Bánföldi Ferencné**, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Tüdőgondozó Intézet egészségügyi szakasszisztense

**Figeczki Balázsné**, a Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház-Rendelőintézet asszisztense

**Dr. Gergely Győzőné**, Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza Radiológiai Osztály vezető asszisztense

**Héjjas Sándorné**, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Szülészeti-nőgyógyászati Osztály szülészsnője

**Kiss Mátyásné**, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Onkoradiológiai Központ vezető ápoló-helyettese

**Milávecz Lászlóné**, a nagykanizsai Pedi-prax Bt. VIII. sz. Gyermek Háziorvosi Szolgálat körzeti gyermekápolója

**Takács Sándorné**, a Zala Megyei Kórház Fizioterápiás Osztály gyógytomásza

**Az Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele** elismerésben részesültek, *együttesen végrehajtott kiemelkedő tevékenységükért:*

A Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Speciális Rehabilitációs Osztály ápolási munkacsoportja

A Jávorszky Ödön Városi Kórház Műtőszolgálat dolgozói

A Kátai Gábor Kórház Képzőképző Diagnosztikai Osztály szakdolgozói

A Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézet Angiológiai Rehabilitációs Osztály szakdolgozói munkacsoportja

A Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház, Egyetemi Oktatókórház Patológiai Osztály dolgozói

Sátorlajújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza Központi Sterilizáló Részleg dolgozói

A Vas megye és Szombathely Megyei Jogú Város Markusovszky Kórháza, Egyetemi Oktatókórház EEG Diagnosztikai és Epilepsziái Centrum kollektívája

[Vissza a tartalomhoz](#)

# A betegek és a szakmai gyakorlati képzésben részesülő hallgatók kapcsolata

(Tapasztalatok egy megyei kórházban)

**Szabó Péterné**

Diplomás ápoló, oszt. vez. ápoló

Vas Megye és Szombathely MJV Markusovszky Kórház Idegsebészeti osztálya

## Összefoglaló

Az egészségügyi szolgáltatóknál történő gyakorlati képzések előre meghatározott, pontosan szervezett, a curriculumnak megfelelő ütemezéssel és szakmaisággal történnek. A hallgatók egészségügyi intézményben történő megjelenése a törvény által is szabályozott formában történhet. A képzésnek számos, betegjogot is érintő vonatkozása van. A hallgatók a betegellátás folyamatában úgy vehetnek részt, hogy ne gátolják, hanem segítsék azt. Erre garanciát jelent, hogy a már elméleti képzésben részesült hallgatók gyakorlatvezető irányításával végzik feladatukat.

A szerző elemzi a kórházi szakmai gyakorlatot töltő hallgatók tevékenységét. Vizsgálatában sor került a betegek kérdőív általi megkérdezésére, amiben az általános és a kórházi ellátással információkra vonatkozó kérdéseken túl lehetőséget adott a hallgatók és az osztályos ápolók egyes tevékenységének összehasonlítására is.

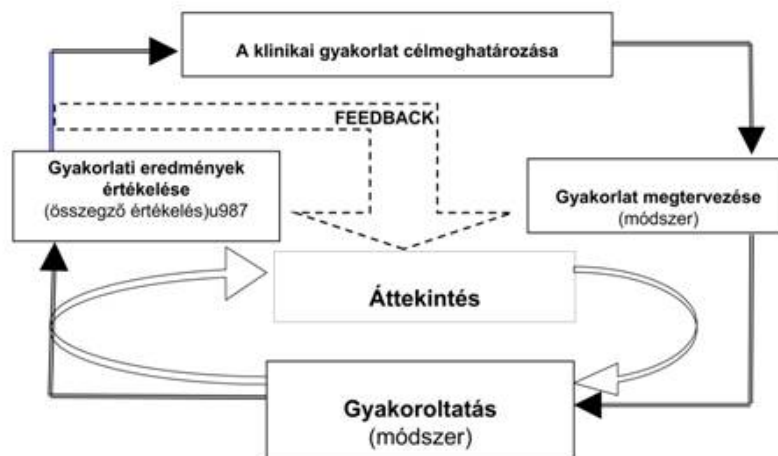
A szerző vizsgálta a hallgató és a beteg kapcsolatának egyes elemeit. Az adatfeldolgozás során megerősítést nyert, hogy a gyakorlati képzés pozitív hatást gyakorol az adott osztály szakmai tevékenységére, hangulatára, működésére. A betegek a szakmai gyakorlatokból segítséget, támogatást kapnak, jelentős hátrányát nem tapasztalják.

A vizsgálat egyik fontos üzenete, hogy a gyakorlatvezető szerepe valóban lényeges, képzést meghatározó, s a leendő egészségügyi dolgozó számára jövőt formáló.

## Bevezetés

A kórházak egyik fontos feladata a gyógyításon, betegellátáson túl a jól képzett szakemberek gyakorlati tudását megalapozni, mélyíteni, vagyis a szakképzés gyakorlati részét elvégezni. Ehhez szükséges a felkészült gyakorlatvezetői tevékenység, mely munka nélkülözhetetlen része a teljes folyamat ismerete, áttekintése. (1. ábra)

1. ábra: A klinikai gyakorlat szakaszai



A gyakorlati idő végére három fontos kérdésre kell választ kapni:

1. Mi az, amit a hallgatónak tudnia kell a gyakorlat végére?
2. Hogyan tud segíteni a gyakorlati tudás elmélyítésében?
3. Elérte-e a gyakorlat végére a kitűzött célt?

A Vas Megye és Szombathely Megyei Jogú Város Markusovszky Kórháza a Pécsi Orvostudományi Egyetem oktatókórháza, a törvényben előírásoknak megfelelően erről a betegek legkésőbb a kórházi felvétel az során tájékoztatva vannak. Az osztályok házirendje is tartalmaz arra vonatkozó felvilágosítást, hogy a betegek találkozhatnak egészségügyi szakképzésben részesülő hallgatókkal, akik szakmai gyakorlatukat végzik.

Nekem, mint gyakorlatvezetőnek, módomban áll megtapasztalni azokat a reakciókat, amelyeket a betegek a hallgatókkal szemben tanúsítanak. Vannak, akik próbálják maximálisan „kihasználni” ezt a helyzetet úgy, hogy olyan feladatot is szívesen elvégeztetnek a hallgatóval, amit saját maguk is el tudnának végezni. Ez egyfajta fokozott törődés utáni vágyként is felfogható, és úgy gondolják, a betegség az, ami erre felhatalmazza őket. Vannak azonban olyan betegek is, akiknél a fokozott törődés miatt pozitív visszajelzés érkezik, és ennek motiváló ereje lehet a tanuló részére. (Tóth, 1996)

Kérdőív segítségével igyekeztem tájékozódni arról, hogyan látják valójában a betegek a szakmai gyakorlat ideje alatt a hallgatók munkáját. A vizsgált időszakban a Pécsi Tudomány Egyetem Főiskolai Kar Diplomás Ápoló Szak hallgatói töltötték szakmai gyakorlati idejüket, így az általuk nyújtott ápolás eredményességét, tapasztalatait is elemeztem. Arra kerestem a választ, hogy minőségében többet vagy kevesebbet sikerült nyújtani a

betegeknek azáltal, hogy még úgymond tapasztalatlan, bár szakmailag már megalapozott elméleti ismeretekkel rendelkező hallgatók is részt vesznek az ellátásban. A hallgatókat két csoportra osztottam. Az egyik csoport tagjai már tanultak egészségügyi ismereteket előző tanulmányaik során, vagyis egészségügyi szakközépiskolában szereztek az érettségi oklevelüket, a másik csoport tagjai általános ismereteket adó gimnáziumi érettségivel rendelkeztek.

## Kutatási probléma megfogalmazása

1. A betegek mennyire fogadják el a hallgatók segítségét?
2. A betegek elfogadó magatartása mennyire motiválja a hallgatót a gyakorlat során?
3. A hallgatók ismeretanyaga elegendő-e ahhoz, hogy a kórházi gyakorlat során megfelelő ellátást biztosítsanak a betegek számára?

## Hipotézisek

1. A betegek többsége nem zárkózik el a hallgatók által végzett gyakorlati munkától.
2. A betegek támogató magatartása pozitívan motiválja a hallgatót a gyakorlat során.
3. A hallgatók kellő elméleti ismerettel rendelkeznek ahhoz, hogy a betegek ellátásában részt tudjanak venni.

## Módszer és vizsgálati minta

A felhasznált módszer részben leíró, részben összefüggés feltáró, magyarázó jellegű. A PTE Egészségügyi Főiskolai Kar Szombathelyi Diplomás Ápoló Szakának hallgatói körében, személyes megkereséssel 100 db kérdőívet osztottam ki. A hallgatók a gyakorlat kezdetén a tájékoztatást követően kapták kézhez a kérdőíveket, és jeleztem, hogy azokat a gyakorlat befejezésekor kérem vissza. A kiosztott kérdőívek 96%-át kaptam vissza.

A Markusovszky Kórház gyakorlati területként megjelölt osztályain (ahol a főiskolai hallgatók gyakorlatukat töltötték) az ellátott betegek hazabocsátása előtt személyesen 120 db kérdőívet osztottam ki. Ebből 105 érkezett vissza, ebből feldolgozásra került 100.

A kérdőívek formailag nyitott és zárt kérdéseket tartalmaztak. Tartalmilag tényre, véleményre, ismeretre vonatkoztak. A jelen módszer sok adat összegyűjtésére, rögzítésére adott lehetőséget, de a szubjektivitások megfogalmazására is kiváló módot biztosított. Mind a betegek, mind a hallgatók részére összeállított kérdőív 15 db kérdést tartalmazott.

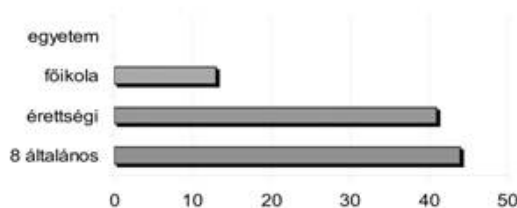
## A betegek válaszai

A kérdéseket öt csoportra bontottam.

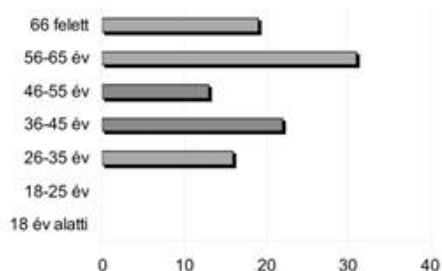
1. Általános információ
2. A kórházi ellátással kapcsolatos kérdések
3. A hallgatók munkájával kapcsolatos kérdések csoportja
4. A hallgatók és a gyakorlatvezető együttes véleményezése
5. Összehasonlító elemzés a tanuló és az osztályos ápoló munkájáról a beteg szemével

56 férfi beteg, és 44 nő válaszolt. Megfigyelhető, hogy az 56-65 év közöttiek álltak a legtöbben gyógykezelés alatt a kórházban, majd őket követik a 36-45 év közöttiek. Nem jelentéktelen az a tény, hogy a közvetlen nyugdíjas kor közeli, ill. az aktív életkor csúcán lévők részesültek ellátásban a válaszadók közül a vizsgált időszakban. Az iskolai végzettség szerint a 8 általánossal, és az érettségivel rendelkezők voltak többségben, túlnyomórészt fizikai dolgozók válaszoltak. (2. és 3. ábra)

2. ábra: A betegek iskolai végzettség szerinti megoszlása



3. ábra: A betegek életkor szerinti megoszlása

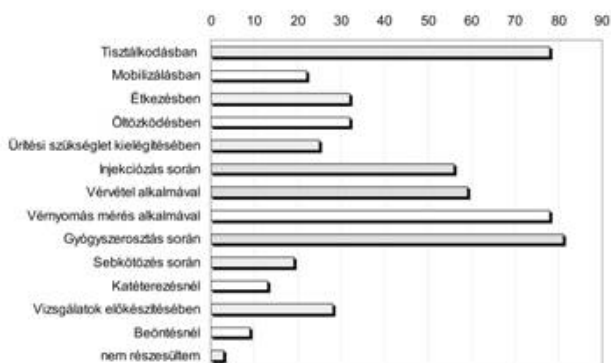


A betegek közül korábban 84 fő már feküdt kórházban. (Ezt az ellátás színvonalbeli különbségének megítélése, illetve az összehasonlítás miatt tartottam fontosnak megkérdezni.) A jelen ellátás során minden válaszadó találkozott tanuló ápolóval, ami az eredmények hitelessége szempontjából fontos. A felmérés szerint a betegeknek volt lehetőségük felkészülni arra, hogy nem csak hivatásos ápoló személyzettel találkoznak az ellátásuk idején.

A mindennapos ápolási beavatkozások közül felsoroltam néhányat, ami megítélésem szerint a leggyakrabban fordult elő. A főiskolai hallgatók által elvégzett ápolási beavatkozásban a gyógyszerosztást jelölték meg a legtöbben (81 fő). Ezt a vérnyommérés és a tisztálkodásban nyújtott segítség követi (78-78 fő). Vértvételt 59-en, injekciózást 56-an említettek. Étkezésben, öltözködésben történő segítséget 32-32 fő említett. Legkevesebben a vizsgálatok előkészítését (28 fő), az ürítési szükségletekhez segítségnyújtást (25 fő), és a beöntést (9 fő) jelölték meg. A kérdőívet kitöltő betegek közül 3 fő nem részesült semmilyen hallgatók általi ápolási beavatkozásban. Minden válaszoló beteg saját megítélése alapján írta le

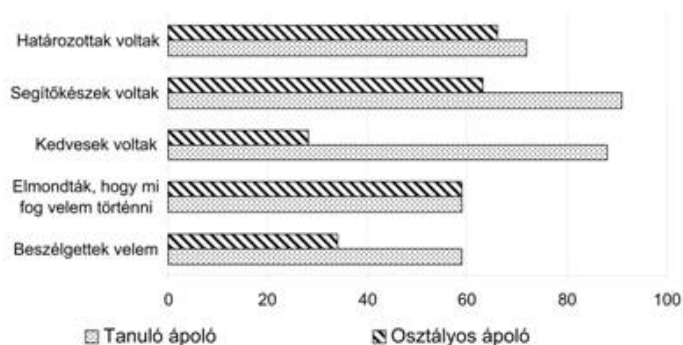
azt, amit akkor, abban a helyzetben fontosnak tartott. Az is kitűnik a válaszokból, hogy nagyobb számban szakápolási feladatok kerültek az első helyekre. (4. ábra)

4. ábra: Részesült-e főiskolai hallgatók által elvégzett ápolási beavatkozások valamelyikében?



Összehasonlító elemzés keretében különböző állításokat soroltam fel a tanuló ápolókra ill. az osztályos ápolókra, és erről kértem a betegek véleményét. Ezek a kommunikációra, tájékoztatásra, határozottságra utaltak. A válaszok összesítése alapján a hallgatók lényegesen több pozitív irányú megítélést kaptak, mint az adott osztály ápolói. (5. ábra)

5. ábra: Az osztályos ápoló és a tanulóápoló munkájának megítélése a betegek szerint (összehasonlítás)



A mai egészségügyi létszámhelyzetet tekintve különösen időszerű, hogy a beszélgetésre mennyivel több időt tudnak fordítani a hallgatók (59 fő) az ápolókéhoz képest. A megfelelő betegtájékoztatást 59-en említették mindkét csoportra vonatkozóan, de a kedvességet 88-an (osztályos ápolónál 28 fő!), segítőkészséget 91-en (osztályos ápolónál 63 fő!), a határozottságot 72-en (osztályos ápolónál 66 fő!) említették. A válaszokat látva további kutatások, elemzések jelenthetik a kérdések átfogó elemzését.

## A hallgatók válaszai

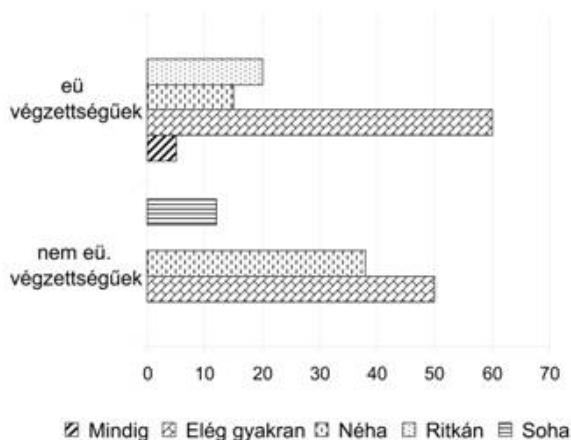
A feldolgozott kérdőíveket két csoportra bontottam. Arra voltam kíváncsi, hogy az egészségügyi szakközépiskolából érkezettek tapasztalatai előnyt jelentenek-e a gimnáziumi érettségivel, rendelkezőkkel szemben.

Vizsgálatom a következő problémakörre terjedt ki:

- A gyakorlóterület hatékonysága a gyakorlati tudás elmélyítésének segítségével.
- A hallgató és a beteg kapcsolata.
- A gyakorlatvezető szerepe a gyakorlat során.

A válaszok tükrében bebizonyosodott az a tény, mi szerint a gyakorlat során előfordul a tanultaktól eltérő feladatok végzése. 5% válaszolta azt, hogy mindig eltérő feladatokat kellett végeznie. (Ez némi túlzásnak tűnik, felvetődik a gondolat, hogy egy adott gyakorlóterület negatív tapasztalatai miatt alakult-e ki ez a vélemény. (6. ábra)

6. ábra: Milyen gyakran kellett a tanultaktól eltérő feladatokat végezni a gyakorlat során?



Közel azonos arányú választ kaptam arra a kérdésre is, hogy "A gyakorlat biztosított-e elég lehetőséget az ápolási beavatkozások



*begyakorlására?”* A többségnek kevés alkalma volt a gyakorlásra (25-40%), de voltak olyan, a gyakorlati naplóban szereplő feladatok, melyeknek gyakorlására nem láttak lehetőséget (25-35%). Míg az első csoport (nem egészségügyi végzettséggel rendelkezők) 50%-ban gyakoroltak, de ezt is kevésnek vélték, addig az egészségügyi szakközépiskolát végzettenek ezt csak 20%-ban jelölték meg válaszként. Az ő megítélésük szerint bizonyos beavatkozásokat egyáltalán nem tudtak gyakorolni (35%).

A válaszok alapján az időfaktor problémát okozott. *“Kellő időt tudott fordítani az egyes ápolási beavatkozásokra?”*

A válaszok elemzése során jól jelzett különbség mutatkozik az előzetesen egészségügyi képzésben (EEK) és a nem egészségügyi végzettségűek (NEV) válaszaiban. A NEV egynegyede jelölte meg, hogy elég idő állt rendelkezésre, ennél magasabb volt az EEK aránya. A beavatkozások elvégzésére vonatkozó válaszok mindkét csoportban magasak (75-70%). Senki sem válaszolta azt, hogy idő hiányában nem végezte el a beavatkozást.

A *“Sok új dolgot tanultam”* állítással az EEK 60%-a ért egyet. Ez azt is mutatja, hogy a hallgatók már korábban szerzett ismeretei jó gyakorlatvezetéssel hatásosan mobilizálhatók, a gyakorlatok alkalmával. Az osztályos ápolók szakmai felkészültségét a nem egészségügyi végzettségűek ítélték rosszabbnak. Vélhetően ez a vélemény nem a biztos szakmai felkészültségük okán született.

Örvendtes, hogy az egészségügyi törvény betegtájékoztatásra vonatkozó paragrafusa a gyakorlóterületeken a hallgatók szerint összességében jól megvalósul. Szinte teljes az egyetértés abban, hogy a beteg a beavatkozásokról, annak menetéről felvilágosítást kap. Arra a kérdésre, hogy *“Őn szerint elfogadta-e a beteg a segítséget, tudván azt, hogy gyakorlati feladatot végzett?”* a megkérdezettek több mint fele a *“teljesen elfogadta”* választ jelölte meg. Elenyészőnek tűnik, a *“nem fogadta el”* válaszok aránya. Ezekben, az eredményekben az adott osztály hivatásos ápolást gyakorló is szerepet játszanak azzal, hogy jól láthatóan és hallhatóan segítséget nyújtanak a hallgatók elfogadtatásában.

A tanulók számára fontosak a visszajelzések a gyakorlat során elvégzett feladatokról, azok betegre gyakorolt hatásáról. Előmeneteléhez, jövőbeni szerepvállalásához szükséges elsősorban a *“pozitív”* vélemény, de előbbre juttatja a jó szándékú kritikai észrevétel is. Az EEK 20%-a minden esetben kapott visszajelzést a betegektől. 25%-uk elegendőnek tartja a véleményezést. A csoport másik fele bizonytalan ezzel kapcsolatban. Ez az arány komoly feladatot jelent a gyakorlatvezetőnek is abban, hogy a beteggel való kommunikációban megjelenítse a visszajelzés fontos szerepét.

Az egészségügyi szakdolgozók képzésében fontos a gyakorlat és elmélet helyes arányának kialakítása. A jól megalapozott elméleti tudás váltható valódi értéké a gyakorlás során. A gyakorlatvezetőnek kulcsszerepe van a hallgatók jelen szakmai fejlődésére, egész jövőjének kimenetelére is. Vajon ennek hogyan tud megfelelni a gyakorlatvezető? A kérdésre, hogy *“Mennyire kapott támogatást a gyakorlat során a gyakorlatvezetőtől?”* megoszló válaszok születtek. Összességében a hallgatók fele válaszolta azt, hogy minden esetben kapott segítséget. A kérdőívet kitöltők másik fele szerint csak időnként számíthatott a gyakorlatvezető támogatására. Az viszont örvendtes, hogy senki sem válaszolt úgy, hogy magára hagyták, vagy nem kapott segítséget.

Etikai szempontból fontos kérdés volt az, hogy a beteg előtt figyelmeztette-e a gyakorlatvezető a hallgatót valamilyen hiányosságra? Közel 70%-uk tett említést a figyelmeztetésről, ami magas számnak minősül. Ez az etikai vonatkozásban számos kérdést felvető tény további vizsgálatot és tapasztalatszerzést igényel. (Széll, 1995) A helyzet azonban kétarcú, mert a betegeket megkérdezve ugyanerről, ők 88-an válaszoltak nem-mel. Ebből levonható az a következtetés, hogy a hallgatók gyakran a beteg előtt elhangzó jóindulatú, segítő véleménynyilvánítást kritikaként élték meg.

A szakmai fejlődés érdekében a gyakorlatvezetőnek időt és módot kell biztosítani a hallgatóban felmerülő kérdések, vélemények megvitatására. A megkérdezett hallgatók döntő többsége hiányolta ezt (főként a gyakorlat befejeztével történtek megbeszélések). A hallgatók válaszai felszínre hozták a gyakorlatvezető figyelemének megosztottságára utaló problémát is. A válaszadók negyede látta úgy, hogy a gyakorlatvezető nem csak velük foglalkozott, hanem figyelme kényszerűségből másra is terelődött. Ennek nyilván kárát látta a gyakorlati oktatás hatékonysága is. Sokan említik, nyilván csalódottan, hogy gyakorlatukra vezetőjüktől nem kaptak visszajelzést.

Igen nagy jelentősége van a gyakori véleménycseréknek, mert ezek által a tudás stabilizálható, elmélyíthető, az esetleges bizonytalanságok szinte azonnal orvosolhatók. Ennek fejlesztésére, elősegítésére a jövőben sokkal több időt kell fordítani.

## Irodalomjegyzék

1. 1993. évi LXXVI. törvény a szakképzésről
2. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
3. Blasszauer Béla Dr. (szerk.) (1996): Egészségügyi etika, Ápolásetika Kézikönyv
4. Buda Béla (1981): Az empátia, a beleélés lélektana Gondolat kiadó, Budapest
5. Csóka Mária (2001): Módszertani kézikönyv a klinikai ápolási gyakorlatok vezetéséhez. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
6. Dr. Fedineczné Vittay Katalin (szerk.) (1988): LEMON füzetek 9. Medinfo, Budapest
7. Elekes Attila (1999): Pedagógia. ETI, Budapest
8. Hárdi István Dr. (1995): Pszichológia a betegágnál. Medicina, Budapest
9. Helembai Komélia Dr. (1997): „A mi kis csapdánk”. Hibás sztereotípiák a betegvezetésben. Nővér, 10. évf. 5. 3-8
10. Karinyi Frigyes (1991): Utazás a koponyám körül. Editorg, Budapest
11. Kelemen L. (1981): Pedagógiai pszichológia. Tankönyvkiadó, Budapest
12. Nosza Magdolna - Csóka Mária (1995): Az ápolási folyamat, mint az ápolás oktatásának kerete. Nővér 8. évf. 1. 14-19
13. Rézmán Erzsébet (1996): A kommunikáció jelentősége az ápolás művészetében. Nővér 9. évf. 4. 19-20
14. Széll Kálmán Dr. (1995): Egészségügyi etika. POTE Egészségügyi Főiskolai Kar, Pécs
15. Siket Adrienn (2000): Az oktatás és képzés kutatása. Nővér 13 évf. 4. 15-23
16. Tóth Zsófia (1996): Tények, vélemények, következtetések a diplomás ápoló hallgatók első pszichiátriai gyakorlatáról. Nővér 9. évf. 3. 25-29
17. Zrínyi Miklós (2000): Az egészségügyi személyzet befolyása a betegek terápiás együttműködésére. Nővér 2000. 13. évf. 4. 3-13
18. Zrínyi Miklós (1996): Művészet és tudomány viszonya az ápolásban. Nővér 9. évf. 6. 3-7

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

# Hierarchia az ápolásban

-  
*Nádasdyné Fülep Nikolett*  
*SE-EFK Okleveles ápoló szakos hallgató*  
*Semmelweis Egészségügyi Szakképzőintézet, Gyula*

## Összefoglaló

*Az egészségügy fejlődésével az ápolók szakismerete, tudása folyamatosan bővül, a velük szemben támasztott követelmények fokozódnak. Az ápolói pálya ellenmondásának okai visszavezethetők egyfelől külső társadalmi okokra, másfelől a tisztázatlan kompetenciákból eredő okokra. Ez a két fő terület egymást szervesen áthatja, és meghatározza a mindennapi ápolási gyakorlatot. Az ápolóképzés az ápolás fejlődésével párhuzamosan folyamatosan fejlődik. Az ápolók azonban egyes vélemények szerint a magasabb iskolázottság ellenére sem képesek egyelőre a társadalmi és a foglalkozási státuszuk módosítására. A szerző kutatásával a gyulai Pándy Kálmán Kórház sebészeti és belgyógyászati jellegű osztályain dolgozó ápolók között tapasztalható kompetenciahatárok meglétét ill. hiányát kívánta feltárni. Eredményei alapján megállapítja, hogy a tevékenységi körök nagyfokú összemosódást mutatnak. A szerző szerint szükséges a kompetenciaszintek meghatározása. Egyik válaszadót idézi a következők szerint: „A kompetencia határok felállítása szükséges lenne, mert így nagyon le vagyunk terhelve. Nem helyes, hogy a névtáblákon nincs feltüntetve az ápoló végzettsége, pedig kemény munka van mögötte. Az, hogy „ápoló” nagyon kevés!”*

## Bevezetés

Mint tudjuk, az ápolás tudomány és művészet. Saját képzési rendszerrel, tantervvel és önálló kutatással rendelkezik, a megszerzett tudást speciálisan építi be sajátos rendszereibe, miközben a végrehajtás során ellátást nyújt az egyénnek, családoknak. Az ápolók fejlesztik „művészetté”, amikor gyakorlati munkájuk során az egyén szükségleteinek megfelelően a tudományokból vett ismereteket saját személyi-ségükkel is ötvözve integráltan alkalmazzák (Mucha, 2001).

Napjainkban az ápolók nemzetközi szervezetei † az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN), az európai Unió Állandó Nővérbizottsága (PCNEU) és a WHO ápolási szakterülete † fogalmazzák meg az ápolás új trendjeit, az ápolókkal szembeni elvárásokat, és folyamatosan alakítják, fejlesztik az ápolói hivatás imázsát.

Az ápolói hivatás imázsát alakítja:

- 1) Az ápolóképzés változásai.
- 2) Az ápolás elismertségének javítása.
- 3) Az elméleti képzés és a gyakorlati tevékenységek ellentmondásainak csökkentése.
- 4) Az ápolás szabályozása, „körmányzása”, kompetenciaszintek egyértelművé tétele (Mucha, 2001).

## Az ápolóképzés változásai

Az egészségügyi szakszemélyzet képzését 1945 előtt egyházi és társadalmi szervek, vagy egészségügyi intézmények végezték. Állami iskolákban csak a szülésznők és a védőnők képzése folyt.

A II. Világháború után a már meglévő iskolákban, illetve az újonnan létesített ápolónőképző iskolákban a kétéves, középfokú egészségügyi képzés mellett hat, illetve tíz hónapos képzési formák jöttek létre.

A tulajdonképpeni egészségügyi szakiskolai hálózat csak 1951-től kezdett kibontakozni, ide 17 éves életkorban lehetett jelentkezni.

Az 1963/1964-es tanévtől indult be az egészségügyi szakközépiskolai rendszer, ahol a 14. életévüket betöltött tanulók kérhették felvételüket. Ez a képzés az érettségi bizonyítvánnyal együtt egészségügyi szakképesítést is adott. Ez a képzési modell az 1975-ös tantervi reform alkalmával nyerte el végleges formáját (Kállayné, 2001).

Ezen képzési mód mind a szülőknek, mind pedig a tanulóknak előnyös volt, hiszen rövid idő alatt kaptak olyan szakképesítést, mellyel az életben megtalálhatták helyüket. Természetesen az érettségi megszerzése után érdeklődési körüknek megfelelően szakosodhattak az ápolók, és 1 éves képzéssel szerezhettek meg szakápolói végzettséget.

1993-ban, vállalva az Európai Unió és az Európa Tanács ápolóképzésre előírt direktíváit, a fenti modellt átalakították és létrejött az érettségire épülő hároméves, iskolarendszerű képzés. Sajnos ez a képzési rendszer kevésbé vonzó, melyet a képzésre jelentkezők számának csökkenése egyértelműen jelez (Halmos, 2002).

Céllá vált azonban a korábban végzettek „felzárkóztatása” az új képzési rendszerhez. Ezért elindultak az u.n. HÍD képzések, melyek a jelentkezők már meglévő végzettségétől függően, 1 ill. 2 éves képzés után adtak felsőfokú ápolói bizonyítványt.

1989-ben új képzési forma jelent meg országunkban, ez pedig a főiskolai szintű ápolóképzés. Ez a felsőoktatási rendszerek megfelelően érettségi utáni 4 éves képzés, mely államvizsgálattal zárul. A képzést sikeresen elvégzettek voltak a diplomás ápolók, akiknek elnevezése a 166/2003. (X. 21.) Kormányrendelet 4. § (1) bekezdésének értelmében „ápoló”-ra módosult.

2000. szeptemberétől vehetnek részt az érdeklődők az egyetemi szintű ápolóképzésben, jelenleg Pécsen és Budapesten van erre lehetőség. A képzési rendszer eltérő a két intézmény között. Míg Pécsen érettségire épülő nappali tagozatos 5 éves képzéssel ill. levelező tagozaton főiskolai végzettségre épülő 1,5 éves képzéssel lehet valaki okleveles ápoló, addig Budapesten egyelőre csak levelező tagozatosként főiskolai végzettségre épülő 1,5 éves képzésre nyílik lehetőség.

A Ph.D., azaz a doktori fokozat megszerzése jelenlegi képzési rendszerünk csúcsa, melyet az egyetemi oklevéllel rendelkezők szerezhetnek meg további 3 éves képzés után.

Szakképzési rendszerünk is folyamatosan fejlődik, megújul az igényeknek és a szabályozórendszerek által támasztott követelményeknek megfelelően. Éppen ezért a szakképző iskolákban ma már moduláris képzés keretén belül tanulhatnak a jelentkezők, ennek elsődleges célja az átjárhatóság biztosítása az egyes intézetek között (Vízvári, 2005).

A magyarországi felsőoktatási rendszer is korszerűsítés alatt áll, ugyanis hazánk aláírta az 1999-ben megalkotott Bolognai Nyilatkozatot, melynek legfontosabb célkitűzése a könnyen áttekinthető és összehasonlítható oklevelek rendszerének, ill. a kredit rendszerek bevezetése.

## Az ápolás elismertségének javítása

Ahol elismerik, hogy az ápolás önálló hivatás, mely feladatait a többi hivatással meghatározott keretek között működő és érvényesülő partneri viszonyban látja el, és ez megfelelő munkával, autonómiával párosul, ott az ellátás színvonalában anyagi többletbefektetés nélkül is jelentős minőségi fejlődés tapasztalható (Illei, 1998)

## Az elméleti képzés és a gyakorlati tevékenységek ellentmondásainak csökkentése

Saját tapasztalataim alapján ezzel a problémával tulajdonképpen azóta kell számolnunk, mióta az újabb képzési formák megjelentek, azaz 1990-től kezdődően. A korábbi képzési rendszemél az osztályos gyakorlatra kerülő tanulók ugyanis azon ápolók tevékenységei által szereztek jártasságot, akik pontosan ismerték a képzési követelményeket, hiszen korábban ők is ebben a képzési rendszerben vettek részt.

Gyulán a diplomás ápolói képzés elindulásakor (1993-ban), azonban az első diplomás ápoló hallgatók a gyakorlati képzésük keretében olyan "szakoktatókkal" kerültek szembe, akik végzettségüket tekintve velük egy szinten helyezkedtek el.

Ennek oka az volt, hogy az osztályokon nem voltak egészségügyi főiskolai végzettségű szakoktatók. A többnyire felnőtt szakápolói végzettségű „oktató-ápolók” osztályos szakoktatóvá kinevezése az újonnan beindított főiskolai képzés miatt vált szükségessé.

Az elmúlt 10 évben az intézet személyi és tárgyi feltételei nagymértékben javultak. Mára elértük azt, hogy a gyakorlóterületek többségén diplomás ápoló, mint osztályos szakoktató vezeti a tanulók munkáját, sőt vannak olyan osztályok, ahol okleveles ápolók vannak szakoktatói feladatokkal megbízva.

## Kompetenciaszintek

A kompetencia fogalmának meghatározása nem egyszerű feladat.

A WHO definíciója szerint:

„Az ápolói és szülésznői gyakorlatból származtatott átfogó, összetett megállapítás vagy megállapítások, amelyek az ismeretanyagot, tanult viselkedésformákat (attitűdöket, hozzáállást) és pszicho-motoros elemeket tükröző készségek keretrendszerét írják le (Tóth, 2001).”

Az Egyesült Királyság Központi Ápolói, Szülésznői és Védőnői Tanácsa szerint:

„A hivatás biztonságos és eredményes, közvetlen felügyelet szükségessége nélküli gyakorlásának készsége és képessége (Tóth, 2001).”

Az Egészségügyi Minisztérium által összehívott szakmai munkacsoport megfogalmazása szerint:

„Valamely hivatás vagy foglalkozás önálló gyakorlásához és az ahhoz tartozó szakmai tevékenység biztonságos, felelős és eredményes elvégzéséhez szükséges ismeretek, viselkedés, készségek és képességek kombinációja (Tóth, 2001).”

Bertalan Ildikó megfogalmazása szerint:

„Valamilyen viselkedésekkel, magatartásmódokkal leírható tulajdonság együttes, valamint képesség, tudás, beállítódás és alkalmasság egy cselekedet véghezviteléhez. Általában a kiemelkedő teljesítmény eléréséhez szükséges jellemzőkhöz kötik. Gyakorlatból származik, és a tudás, valamint a technológiák, tudományosan igazolt módszerek, eljárások, technikák, eszközök használatán alapulnak. Kiterjed folyamatra, eljárásra, eszköz használatra, minőségre, magatartásra és viselkedésre. Egy személy alapvető, meghatározó jellemzői, melyek okozati kapcsolatban állnak a kritériumszintnek megfelelő hatékony és/vagy kiváló teljesítménnyel (Bertalan, 2003).”

A Bajai Kórház ápolási igazgatásának megfogalmazása szerint:

„Kompetencia az a képesség illetve alkalmasság, amely eszköz az ápolói szerep betöltéséhez (Billoné, 2002).”

Az oktatási intézmények a tanrendben meghatározott követelmények szerint elméleti és gyakorlati információmennyiséget kínálnak fel a hallgatók számára. Optimális esetben a hallgató képessé válik az adott munkakör betöltésére. Azonban egy munkakör betöltéséhez önmagában a tudás nem elegendő, hanem egyéni képességgel, azaz készséggel is rendelkezni kell. Ez magában foglalja az alkalmazottól elvárt szellemi vagy fizikai tevékenység elvégzéséhez szükséges fiziológiai és pszichológiai feltételeket is, mely adott munkakörhöz társulhat.

### *A kompetenciák meghatározásával megvalósul:*

- 1) A munkaerő szaktudásának és képességeinek hatékony alkalmazása.
- 2) A munkavállalók számára az elvárások, kritériumok, minősítési folyamatok jól meghatározottá válnak.
- 3) A munkavégzés minőségének javulása az alkalmazott elégedettségének biztosítása által.
- 4) Képzési és továbbképzési ütemterv elkészítése.
- 5) Fejlesztési irányok meghatározása.

### *A kompetencia alapú munkakörök bevezetése elősegítheti:*

- 1) Az egyén kiteljesedését.
- 2) Pályaelhagyások csökkenését.
- 3) Minőségi, változatos, szélesebb autonómiával rendelkező, elégedett munkavállalók körét.
- 4) A társadalom elismerését, valamint a jogi védelem biztosítását (Bertalan, 2003).

A kompetenciák azonban nem végleges, statikus állapotok, ezért azokat rendszeresen felül kell őket vizsgálni és analizálni.

Ennek több oka is van:

- 1) Az értékrendek, elvárások, jogszabályok változásai.
- 2) A minőségügyi rendszerek működtetése.
- 3) Az oktatási rendszerek fejlődése, a képzettségi szintek emelkedése.
- 4) Új technológiák és technikák elterjedése.
- 5) A felelősség biztosítási perek egyre nagyobb számban történő előfordulása.

### *A felülvizsgálat módjai:*

- 1) Az aktuális kompetenciák gyakorlottságának mérése.
- 2) A munkateljesítmények elemzése.
- 3) Az ápolók klinikai döntéshozatalának rendszeres szintmérése (Salczerné, 2001).

Láthatjuk tehát, hogy a kompetencia alapját a képzőintézetek tanrendjében meghatározott ismeretek kell hogy képezzék, melyhez a gyakorlati munka során kialakult jártasságok társulnak. Azonban az osztályon dolgozó azonos végzettségű kollegák értelmezése között is nagyfokú eltérés feltételezhető.

Ezért kutatást végeztem a gyulai Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház sebészeti (általános és baleseti) és belgyógyászati (I-III. Bel.) osztályain dolgozó ápolók között, végzettségükre való tekintet nélkül.

Azért esett erre az intézményre választásom, mert tudom, hogy a városunkban működő közép- ill. felsőfokú képzőintézeteknek köszönhetően (Tessedik Sámuel Főiskola, Semmelweis Egészségügyi Szakképző Intézet és Göndöcs Benedek Középiskola) ebben a kórházban széles skálán mozog a dolgozók képzettsége, iskolai végzettsége.

### Fogalmak meghatározása:

- 1) Okleveles ápoló:  
Magas szintű szakmai és általános műveltséggel, ennek megfelelő emberi magatartással rendelkező egyén, aki a képzési idő során elsajátított ismeretanyag, készségek, ápolói szemlélet és magatartás alapján vesz részt a felsőfokú ápolói ismeretek oktatásában, az ápoláskutatásban, az ápolás közép- és felsőszintű szervezésében és irányításában, valamint az ápolásban.
- 2) Diplomás ápoló:  
„Olyan gyakorlati szakember, aki mélyebb medicinális és ápolástudományi ismereteket szerezve, a gyógyító-ápoló szakterületen átfogóbb, a nemzeti egészségmegőrző programot feldolgozó alkalmazás-képes tudás és gyakorlati készség birtokába jut. Képes az ápolási műveletek végzésére, gyakorlati oktatására, az egészségnevelői-szervezői feladatok ellátására és a team munkában való részvételre” (Csóka, 2002).
- 3) OKJ-ápoló:  
Az az ápoló, aki az Országos Képzési Jegyzékben meghatározott (OKJ 54501201 számú) emeltszintű ápolói szakképesítéssel rendelkezik.
- 4) Felnőtt szakápoló:  
Az az ápoló, aki az 1975 utáni alapképesítésre épülő úgymond elsőfokú 1 éves (10 hónapos) szakosító képzés keretében szerzett szakápolói bizonyítványt.
- 5) Általános ápoló:  
Az az ápoló, aki az 1975 utáni alapképesítés meglétét bizonyító okirattal rendelkezik.
- 6) Ápolási asszisztens:  
Az ápolói munkacsoport tagja, aki tevékenysége során elvégzi a rábízott betegek ápolásával kapcsolatos alapápolási feladatokat. Munkájával aktívan segíti az ellátó team hatékony munkavégzését. OKJ-ban meghatározott követelményeknek megfelelően ápolási asszisztensi bizonyítvánnyal rendelkezik.
- 7) Szakképzetlen segédápoló:  
Az, aki egészségügyi szakképesítés ill. bizonyítvány nélkül segíti a betegek ápolásával kapcsolatos alapápolási feladatok ellátása révén az ellátó team munkáját.

## A kutatás célja

Feltámi:

- 1) Milyen szakfeladatokat végezhetnek a betegség mellett dolgozó különböző végzettségű ápolók?
- 2) Valójában milyen szakfeladatokat végeznek az egyes ápolók?
- 3) Milyen eszközök állnak rendelkezésre a különböző végzettségű ápolók megkülönböztetésére?
- 4) Milyen hatással van az osztályvezető főápoló végzettsége az osztályon dolgozó ápolók kompetenciahatárának betartására?

## Hipotézisek

- 1) Az emeltszintű vagy annál magasabb végzettséggel rendelkező ill. azzal nem rendelkező ápolók által végzett szakfeladatok nagymértékű hasonlóságot mutatnak.
- 2) Azon betegellátó osztályokon, ahol a vezető ápoló magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik, a beosztott dolgozók a kompetenciakörüknek megfelelő feladatokat végzik.
- 3) A betegek nem tudják megkülönböztetni az ápolókat végzettségük alapján, külső jelölések hiánya miatt.

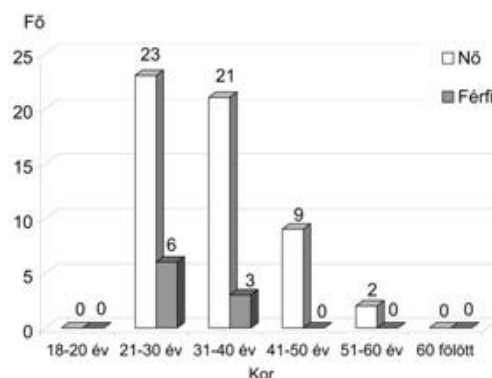
## Vizsgálati módszer és minta

Kutatásom módszerül leíró statisztikai megközelítésben a kérdőíves felmérést választottam. Kutatásom eszközeként önkitöltős kérdőívet osztottam szét a Békés megyei Pándy Kálmán Kórház általános sebészeti, traumatológiai, belgyógyászati osztályain dolgozó ápolók között. 90 kérdőív került kiosztásra, melyből 65 érkezett vissza, ezek közül 1 értékelhetetlen volt.

## Eredmények

A válaszadók nem és kor szerinti megoszlását mutatja az **1. ábra**, melynek eredménye összecseng az Egészségügyi Világszervezet által megfogalmazott jelentéssel: „Az ápolás művelői elsősorban nők és anyák, s csak kevés számban választják férfiak az ápolói munkát.” (Salczerné, 2001)

1. ábra: A vizsgált minta kor és nem szerinti megoszlása (n=64)

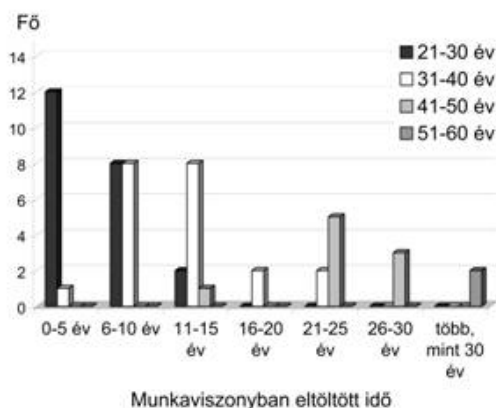


A kor megoszlás tekintetében elmondható, hogy a vizsgálatomban a fiatalabb, 21-40 éves korosztályt képviselők vettek részt túlnyomó

többségben. Ez a korosztály teszi ki ugyanis a válaszadók női tagjainak 80% -át, a férfi válaszadóknak pedig 100%-át.

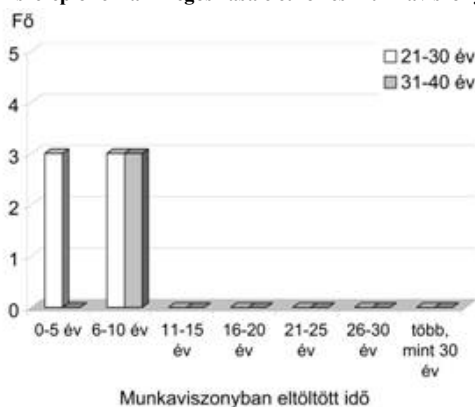
A **2. ábra** a női válaszadók kor és munkahelyen töltött évek száma szerinti megoszlását ábrázolja. A 30 éven aluliak többsége (91 %) még 10 éven belüli munkavégzést tudhat magáénak, míg a 40 éven felüli korcsoport túlnyomó része (88 %) 20 éven túli kitaró munkával büszkélkedhet. A középkorúaknál pedig széles a skála.

**2. ábra: A vizsgálati mintában szereplő nők megoszlása életkor és munkaviszonyban eltöltött idő szerint (n=55)**



A **3. ábra** a férfiak kor és munkahelyen töltött évek száma szerinti megoszlását ábrázolja, amely a nők körében tapasztaltakkal összecseng.

**3. ábra: A vizsgálati mintában szereplő férfiak megoszlása életkor és munkaviszonyban eltöltött idő szerint (n=9)**



A **4. ábra** az osztály jellege szerint csoportosítja a különböző végzettségű ápolókat.

**4. ábra: A vizsgálati mintában szereplő ápolók megoszlása végzettség és a munkahely jellege szerinti (n=64)**

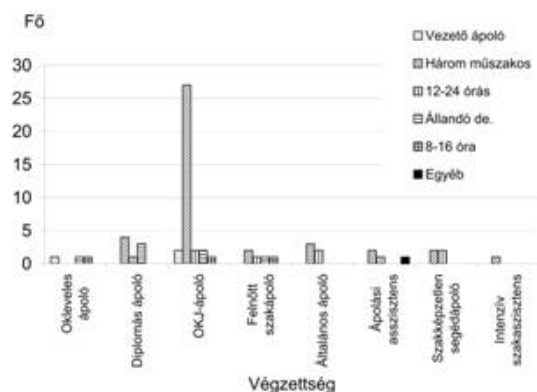


Az értékek kiegyenlítettnek mondhatók. Ez azonban érthető, hiszen minden intézményben ez a két ellátó jelleg dominál, valamint a gyakorlati képzésre fordított idő többségét is ezen osztályokon töltik a tanulók, azaz végzésük után szívesebben helyezkednek el a már megismert osztályok valamelyikén. Megjegyzendő még, hogy a vizsgálatba bevont osztályok közel azonos ágyszámmal működnek.

A kutatásban részt vett ápolók többsége (53 %) rendelkezik emeltszintű ápolói képesítéssel, amely örömdetes tény, hiszen a minőségi betegellátást szavatolja a jól képzett ellátó gárda. A diplomások a vizsgált minta 1/6-t képezik, mely a helyi főiskolának is köszönhető. A HÍD programból kimaradt felnőtt szakápolók és általános ápolók alacsony aránya (16 %) az igazgatóságot dicséri, melynek egyértelműen a minőségi betegellátás nyújtása a célja a képzett szakemberek által.

Az **5. ábra** azt mutatja, hogy az ápolók végzettségüket tekintve milyen beosztásban dolgoznak. Örömdeti látni, hogy a legújabb képzettségű okleveles ápolók a hierarchia legfelső szintjén állnak a beosztottság tekintetében is.

**5 sz. ábra: A megkérdezettek végzettség és beosztás szerinti megoszlása (n=64)**



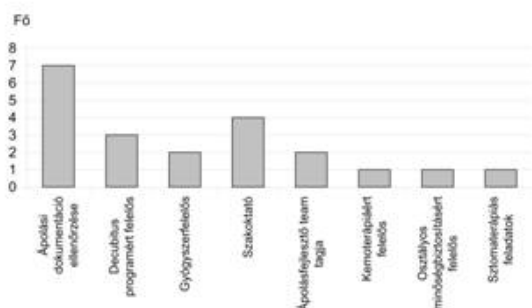
A diplomás ápolók fele három műszakos ápolóként dolgozik. Ennek természetesen több oka is van, ill. lehet. Korábban utaltam arra, hogy a képességek az azonos végzettségük körében sem egyenlők. Jelen esetben pedig ennek a jelenségnek a hátterében az is állhat, hogy a helyben lévő főiskolán végzetek a korábban gyakorlóterületként megismert és megszeretett osztályt választják munkahelyüknek. Az is felvetődik, hogy az intézet vezetői a dolgozók képességeinek ismeretében buzdították őket a magasabb végzettség megszerzésére.

Az ápolók törzsét képező OKJ-ápolók túlnyomó többsége (79 %) három műszakos beosztásban dolgozik.

Az ápolók motiválása a pályán maradás érdekében egyre nagyobb és fontosabb feladat az intézmények vezetői számára. Ma már nem várhatja egyetlen főiskolai diplomáját kezéhez vevő ápoló sem, hogy élete másnaptól vezetőként folytatódjék, azonban a diplomával rendelkező, ill. rátermettebb kollegák pályán tartása érdekében, fontosságuk hangsúlyozása mellett külön feladatok végzésével bízzák meg őket, ezzel is érzékelte megbecsülésünket, elismerésünket (pl. minőségbiztosítási team tag, ápolási dokumentáció fejlesztő team tag, decubitus monitorizáló team tag, osztályos szakoktató, stb.)

A **6. ábrán** azon tevékenységek láthatók, melyeket elismerésként végezhetnek az ápolók. A végzett feladatok többsége az ápolás gyakorlatának fejlődését szolgálja. Meg kell jegyezni, hogy egy személynek egyszerre több feladata is lehet.

6. ábra: A válaszadók által elismerésként végzett különleges feladatok (n=15)

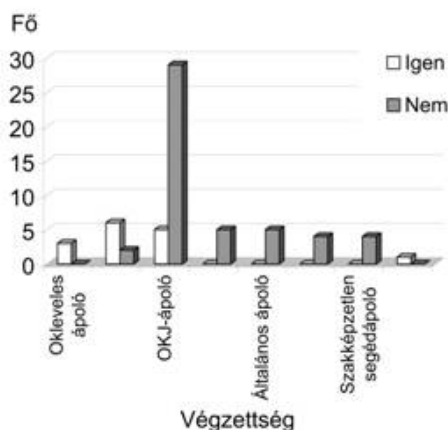


A megbízottak közel fele a folyamatosan fejlődő, és az ápolók munkájának legnagyobb jogi védelmét biztosító ápolási dokumentáció ellenőrzését végzi, mely nagyon jelentős feladat. Ezen kívül a kollegák tapasztalatai, javaslatai alapján történik a dokumentáció fejlesztése is, mellyel a racionalizált munkavégzést szolgálják.

A másik meghatározó feladatkör az osztályos szakoktatói feladatok ellátása (a megbízottak negyede végzi), mely az adott intézményben fontos feladat a városban jelenlévő szakirányú képzőintézetek jelenléte miatt.

A **7. ábra** azt tárja elénk, hogy van-e, ill. pontosan milyen végzettséggel rendelkező ápolóknak van különleges feladata munkája során, ahol képességeit kamatoztatni tudja. Öröndetes számomra, hogy a diplomával rendelkezők 75%-a aktívan részesedhet az ápolás fejlesztésében.

7. ábra: Különleges feladatokat ellátó ápolók megoszlása végzettség szerint (n=64)



Az ápolók egymás közötti megkülönböztetése akár névtábla, akár a munkaruha színével, formájával történne, mindenféleképpen hasznos lenne. A megkülönböztetés nemcsak az illetők felelősségét és öntudatát fokozná, hanem a társadalmi elismertségét is jelölhetné. Ezen túlmenően pedig a betegek tájékozódását is segíthetné, hogy egyes problémáikkal kihez fordulhatnak. Jelenleg az ápolók nincsenek külső jeggyel megkülönböztetve a végzettségük alapján. Minden ápolónak zöld színű névtáblája van, melyen nagy betűkkel szerepel a teljes neve, a keresztnéve külön kiemelve, kis betűkkel pedig a végzettsége és esetleg a beosztása (bár ez utóbbi nem minden esetben). Munkaruhájuk egységesen fehér, zöld ruhában csak a műtőben ill. az intenzív terápiás osztályon dolgoznak az ápolók.

Ebben a kórházban más színű névtáblája van az orvosoknak, ápolóknak, adminisztrátoroknak, gyógytornászoknak.

A vizsgálat során azt is felmértem, hogy az ápolók milyen tevékenységek végzésében látják/látnák magukat kompetensnek, és hogy valójában, azaz napi tevékenységük során mely feladatokat látnak el.

Úgy vélem, lehetnek olyan tevékenységek, melyeket

- 1) esetenként elvégeznének, mivel végzettségük alapján kompetensnek érzik magukat benne, azonban az ellátó osztály jellege miatt erre nincs mód (pl.: belgyógyászatban sebellátás, sebészetben kemoterápia alkalmazása).
- 2) végzettségük alapján akár elvégezhetnék az ápolók, azonban valamilyen körülmény miatt nem teszik (pl.: a vezető úgy látja, hogy nem teheti).
- 3) el kell végezzen különböző okok miatt (pl.: nővérhiány, szokásrend), holott tudja, hogy törvényesen nem végezhetné ezen tevékenységeket.

Mint tudjuk, az ápolói tevékenységek a funkció önállósága tekintetében három nagy csoportra oszthatók:

- 1) Az ápolás önálló funkciói: azok a tevékenységek, amelyeket az ápoló szakmai ismeretei alapján önállóan, saját felelősségére, saját hatáskörében képes és tud végezni.
- 2) Az ápolás nem önálló funkciói: azok az ápolási tevékenységek, amelyeket az ápoló orvosi utasításra, ugyanakkor önállóan, saját felelősségére végez.
- 3) Az ápolás együttműködő funkciói: azok a tevékenységek, amelyekben az ápolók segítik a beteget és az orvost a beavatkozások elvégzésében.

A gyakorlati életben ténykedő ápolók több olyan feladatot is ellátnak, mely a szabályozástól eltér. Pl. a jelenleg érvényben lévő 22/2002. (V. 3.) EüM. rendelet a férfitbeteg katéterezését ápolói feladatkörbe sorolta, azonban az iv. infúzió bekötését továbbra is az együttműködő tevékenységek körében hagyta. Ezt az ápolók csak az orvos megbízólevelére végezhetik. A vizsgálatban résztvevők túlnyomó többsége azonban ezen tevékenységet is önálló feladatként, megbízólevel nélkül végzi. Egyes tevékenységeket a megkérdezett ápolók töredéke végez, annak ellenére, hogy végzettsége alapján nem tehetné, pl.: beöntés kivitelezése, iv. infúzió bekötése, beteg oktatása. Ezzel szemben akadnak olyan tevékenységek is, melyeket nem végeznek a vizsgált ápolók, holott képzettségük erre feljogosítaná őket, pl.: védőeszközök használata, eszköz nélküli reanimáció.

Legmeglepőbb eredményem azonban az volt, hogy a műtét utáni varratszedést inkább végzik az alacsonyabb végzettségűek, mint az emeltszintű végzettségűek ill. diplomások.

## Hipotézisek értékelése

1) Az emeltszintű vagy annál magasabb végzettséggel rendelkező ill. azzal nem rendelkező ápolók által végzett szakfeladatok nagymértékű hasonlóságot mutatnak.

Ezen feltételezésemet kutatásom eredményei **alátámasztották**. A betegágy mellett dolgozó ápolók végzettségüktől függetlenül többnyire ugyanazon tevékenységeket végzik. Ezáltal mindaz az energia, melyet önképzésükbe fektetnek részben elvész. Örömteli, hogy egyesek megtisztelő külön feladatot is végezhetnek, azonban ez nem minden esetben elegendő.

2) Azon betegellátó osztályokon, ahol a vezető ápoló magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik, a beosztott dolgozók, a kompetenciakörüknek megfelelő feladatokat végzik.

Ezt a hipotézisemet **elvetem**, mivel a kompetenciahatárok összemosódása a vizsgálatba bevontak körében általánosnak mondható. Ez független az osztály ellátó jellegétől ill., a vezető ápoló végzettségétől.

3) A betegek nem tudják megkülönböztetni az ápolókat végzettségük alapján, külső jelölések hiánya miatt.

A feltételezésem **alátámasztást nyert**, hiszen az ápoló végzettségük csak a kórházban dolgozó más végzettségű szakemberektől vannak megkülönböztetve. Egymás között nincs erre lehetőség. A kollégák válaszaiból azonban kiderült, hogy a betegek is igényelnék ezt a megkülönböztető jelzést, és negatívan élik meg, ha problémájukkal nem a megoldásban kompetens nővérhez fordulnak. „Az egyébként is leterhelt nővéreket nem szívesen terhelik még jobban.

## Javaslatok

1. A végzettségnek megfelelő kompetencia-szintek meghatározása szükséges feladat mind országosan, mind pedig intézményenként.

Ezen lépésünkkel elérhetjük:

- Elismerjük az önképzést, a készséget, tehetséget.
- Amennyiben a megalkotott kompetenciahatárokat következetesen betartjuk elismerjük a pontos munkavégzés fáradalmait, ill. a kevésbé képzett munkatársak számára célt tűzünk ki. Hiszen ha a betegek, orvosok ill. szakszemélyzet által elismertebb feladatok végzését bizonyítvány meglátéához kötjük, valószínűleg az érintettek nagyobb hajlandóságot mutatnak a tanulásra.
- A diplomások leterheltségét csökkenthetjük. Ezáltal több időt fordíthatnak a betegek magasabb rendű szükségleteinek kielégítésére, ill. a rájuk bízott külön feladat ellátásával hatékonyabban fejleszthetik az ápolás tudományát és az ellátás minőségét.

1/a. Kompetenciakörök pontos, tételes meghatározása országosan:

- Az Egészségügyi Minisztérium által korábban összehívott szakmai munkacsoport ismételt megalakítása, melynek tagjai olyan neves szakemberek, akik az ápolás különböző területein szereztek elismerést (pl.: oktatók, intézetvezetők, minisztérium képviselői, betegágy mellett aktívan dolgozók).
- A megalakított bizottság feladata lenne a törvényi szabályozás figyelembe vételével a kompetencia fogalmának megalkotása, valamint az egyes ápolói tevékenységek besorolása a kompeten-ciaszinteknek megfelelően.
- Minisztérium által jóváhagyott, ajánlott kompetencialista kihelyezése az egyes intézményekbe.
- Rendszeres időközönként (minimum évente) a megalkotott kompetenciahatárok felülvizsgálata, sz. e. módosítása.

1/b. Kompetenciakörök pontos, tételes meghatározása intézményenként:

- Felmérést készíteni az ápolók körében, hogy mely feladatokat végzik a napi munkájuk során, ill. azt is, hogy mely tevékenységeket szeretnék végezni.
  - Törvényi szabályozás áttekintése.
  - Törvényes keretek és az adott réteg kívánalmainak ötvözéséből végzettségi szintenként általános kompetencialista megalkotása az adott intézményre vonatkoztatva.
  - Az általános kompetencialistából a két meghatározó ellátó jellegre specializált végzettségenkénti kompetencialista felállítása.
  - Az általános és a speciális kompetencialistákat validálást követően rögzíteni kell, és el kell juttatni minden betegellátó osztályra.
  - Osztályvezetők megbízása, a specializált kompetencialista alapján minden osztályos ápoló esetében a végzettségének/képzettségének megfelelő, személyre szabott kompetenciahatár felállítása.
  - A megalkotott kompetenciahatárok rögzítése a munkaköri leírásokban.
  - Rendszeres időközönként (minimum évente) a megalkotott kompetenciahatárok felülvizsgálata, sz. e. módosítása.
2. Az ápolók külső jegyekkel történő megkülönböztetése végzettség alapján:
- Segítené a betegeket abban, hogy milyen jellegű problémájukkal kihez fordulhatnak segítségért.
  - A diplomás kollégák számára egy bizonyos mértékű megbecsülést adna. Kitartó, fáradtságos munkájuk elismerését láthatnák ebben a

- gesztusban. Ezzel elejét lehetne venni a körükben esetlegesen jelentkező pályaelhagyásnak.
- Ösztönző erőként hathat az önképzés terén.

## Irodalomjegyzék

1. Bertalan, I. (2003): *A kompetencia új szempontok szerinti megközelítése. Egészségügyi Menedzsment*, 5.,1, 61-63.
2. Csóka, M. (2002): *Tizenegy éves a diplomás ápoló képzés Magyarországon. Nővér*, 15., 2, 11-19.
3. Dr. Billoné J. A. és Csordás Jné (2002): *Ápolók hatáskörének és jogkörének szabályozása az ápolói kompetencia meghatározásával Bajai Kórház minőségügyi rendszerében. Nővér*, 15., 5/melléklet
4. Dr. Illei, Gy. (1998): *Ápolás az ezredforduló küszöbén. Nővér*, 11.,6, 3-6.
5. Halmos, Mné (2002): *Az ápolók helye és szerepe. Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40.,3, 339-353.
6. Kállayné, Ó. Cs. (2001): *Az ápolóképzés és az ápolói kompetencia alakulása 1945-től napjainkig. ETInfo*, 4., 6, 10-11.
7. Mucha, Mné (2001): *Az ápolói hivatás imázsának fejlesztése. Egészségügyi Menedzsment*, 3., 36-37.
8. Salczerné, dr. H. M. (2001): *Gondolatok az ápolói kompetenciáról Magyarországon, 2001-ben. Egészségügyi Menedzsment*, 3., 2, 38-39.
9. Sasváriné B. A. (2003): *Az ápolás társadalmi és kulturális összefüggései. Nővér Praxis*, 6., 3, 7-14.
10. Tóth, Lné (2001): *Ismét a kompetenciákról. ETInfo*, 4., 9-11.
11. Vízvári, L. (2005): *Szakképzés-fejlesztési stratégia 2005-2013 ETInfo*, 7., 2-3.

[Vissza a tartalomhoz](#)

---