

Az idős emberek elvárásai a jövő gondozásával és szolgáltatásaival kapcsolatban

Papp Katalin, főiskolai docens, Debreceni Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar

Balogh Zoltán, főiskolai adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar

Összefoglaló

2003. tavaszán vizsgálat indult az 50-59 éves korosztályra alapozva négy európai országban. A vizsgálat célja megnézni ezen korcsoportba tartozók elvárásait és kilátásait az idős gondozásról és a szolgáltatásokról. A válaszadók többsége saját magát tekintette, mint a legjobb szervezőt saját gondozásáért. Véleményük alapján a gondozók legfontosabb tulajdonságai: barátságos személyiség, a szakmai végzettség, a vélemények meghallgatása, a gyakorlati tapasztalat. A válaszadók kevesebb, mint fele úgy véli, hogy a jövőben dolgozna, mint családgondozó. Az idősgondozás fejlődésének eredményeként a válaszadók hangsúlyozták az egészség, a működőképesség és a szociális és egészségügyi szolgáltatások fontosságát.

Bevezetés

Európa szociális és egészségügyi ellátásnak egy erősen fejlődő területe az idősgondozás. Az idős emberek relatív megoszlása, pontosabban a 60 évnél idősebb emberek száma a következő 20-50 évben is emelkedni fog Európa lakosai között. Így tehát ellátásuk fejlesztésének szükségessége fokozódik. A fejlett európai államok biztosítani akarják az idős emberek pozícióit, egyenlő jogait az adott társadalomban. Az idősgondozás szolgáltatásának mértéke és tartalma időszerű kérdés, amely egyúttal rávilágít a szakképzés fontosságára. Az idős emberek ellátásában dolgozók hiánya szignifikáns problémaként jelenik meg számos országban. Ez a kihívás emeli az idős emberek ápolására és gondozására való odafigyelés fontosságát. Az Egyesült Nemzetek Szervezetének II. konferenciája még 2002. áprilisában, Madridban került megrendezésre, melynek fő témája az idősellátás volt. Ezen az értekezleten hagyták jóvá azt a nemzetközi deklarációt, amely az idősellátás helyzetének vizsgálatát, javítását tűzte ki célul.

A Madridi Konferencia legfontosabb pontjai:

- Az idős emberek és a fejlődés
- Az idős ember, mint munkaerő
- Vidékfejlesztés, migráció és városiasodás
- A képzés lehetőségei és az információ használat
- Generációk közötti szolidaritás
- A szegénység felszámolása
- Szociális biztonság és a szegénység megelőzése
- Élet-hosszig tartó egészségfejlesztés és jóllét
- Átfogó és egyenlő egészség gondozás
- Idős emberek és a HIV/AIDS
- Egészségügyi dolgozók és családgondozók képzése
- Az idős emberek mentális egészsége
- Az idős emberek és a fogyatékosok
- Környezet adta lehetőségek és az idős emberek támogatása
- Lakás és környezet
- Erőszak, elhagyatottság és elégtelen ellátás az idős emberek esetében

A vizsgálat célja

A bevezetésben megfogalmazott alapvetések szolgáltattak kiindulópontként a „Toward Active Old Age”, azaz „Az aktív idős kor felé” címet viselő Leonardo da Vinci projektnek. A nemzetközi együttműködés keretében végzett vizsgálat célja volt annak feltárása és összevetése, hogy milyen ellátási formák és szervezetek biztosítják az idősellátást Hollandiában, Lengyelországban, Finnországban és Magyarországon. A vizsgálat célja volt annak megválaszolása, hogy mi a jövő idős embereinek elvárása a közeli és távoli jövő szolgáltatásaival kapcsolatban, így ezen korosztály véleményének megfogalmazása a szolgáltatásokkal szembeni szakmai, minőségi és finanszírozási elvárások tekintetében. A projekt további célja volt az idősgondozás fejlesztési kihívásainak definiálása az Európai Unió egyes tagországaiban. Ugyancsak fontos eleme volt a programnak, hogy feltárja a vizsgálatba bevont országokban az idős emberek gondozásában és az idős betegek ápolásában közreműködő szakemberek, laikusok, és segítők képzésének, továbbképzésének sajátosságait és az ezekben rejlő lehetőségeket is.

A kérdőív bemutatása

A kérdőív a résztvevő partnerek együttműködésével készült el a projekt-értekezletek során, 2002. január és 2002. október között. A Madridi Konferencia pontjait kulcsponként használtuk a kérdőív kidolgozásánál. Azonban bizonyos kérdésköröket nem, vagy csak érintőlegesen kapcsoltunk be a vizsgálatba, így nem foglalkoztunk például az idős munkaerő és az idős munkahelyzetével, vagy az idős emberek és a HIV/AIDS kapcsolata sem jelent meg markáns

vizsgálati területként.

A kérdőív angol nyelven készült és mind a négy ország képviselői lefordították a saját nemzeti nyelvükre. A próbavizsgálat 2002. decemberében készült, összesen 52 válaszadó véleménye alapján. A tesztvizsgálat eredményét 2003. márciusi értekezleten elemeztük. Összesen 44 kérdés került a végső kérdőívbe. Ebből voltak egyszerű választásos, többszöri választásos és nyitott kérdések is.

A vizsgálat bemutatása és az adatelemzés

2003. tavaszán kerültek kiosztásra a kérdőívek. Minden országban a partnerfőiskolák hallgatói és családtagjai válaszoltak a kérdésekre, akiknek életkora 50 és 59 év közötti. Országanként 300 kérdőívet kellett kitölteni. Feltételeztük, hogy az ápoló és a szociális munkás hallgatók szülei a teljes populáció keresztmetszetét képviselik. A demográfiai statisztika alapján ez egy randomizált minta volt.

A válaszok Finnországban 2003. nyarán kerültek elemzésre. Néhány kérdőív értékelhetetlen volt, mert a válaszadó nem tartozott a megadott korosztályba. Összesen 17 kérdőív volt értékelhetetlen, 8 holland, 2 lengyel, 2 magyar és 5 finn. 13 válaszadó (1,1%) nem tüntette fel az életkorát. A válaszok feldolgozása a számítógépes SSPS rendszerrel történt. A válaszok általában szignifikánsan különböztek az egyes országokban, a feldolgozás külön-külön is elkészült.

A válaszok értékelése

A visszakapott kérdőívek száma országanként: Hollandiából 269 darab (23,3%, Lengyelországból 297 darab (25,7%), Magyarországról 282 darab (24,4%), és Finnországból 306 darab (26,5%), összesen 1154 válasz érkezett. A válaszadók többsége nő volt. A nagyobb többség kis városban, és szűk családdal él együtt. Többségüknek két gyermeke van. A többségük szakképesítéssel rendelkezik és alkalmazott. Egészségi állapotuk jó vagy elég jó, és a jövőben is úgy ítélik meg, hogy elég jó lesz. A többség jelenleg saját lakásban él és az anyagi helyzetét jónak értékelte. Az értékelés alapján anyagi helyzetük biztosított a jövőben is.

Megállapítások

Az idősgondozás, betegápolás körülményei

A válaszok alapján a lakáskörülményeket illetően a legjobb a saját lakásban, önállóan élni (54,5%), a második legjobb lehetőség ápolást nyújtó otthonba költözni (35,2%). Különösen a magyarok (65,4%) és a finnek (63,2%) támogatják a független életformát. A válaszadók többsége vidéken és kisvárosban, önállóan a saját otthonában él. A válaszadók többsége önmagát önállóan szeretné ellátni (43,4%), a második helyen van a társ (24,8%) és gyermek (23,1%). A válaszadók meg sem említik a szomszédokat vagy az unokákat, mint lehetséges saját gondozójukat. Ki kell emelni a holland válaszadók véleményét, akik többségében (63%) saját maguk szeretnék ellátni magukat. Leggyakrabban a nők kívánják saját maguk megszervezni gondozásukat. A férfi válaszadók esetében a társ volna az ő gondozójuk, élettárs, feleség. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkező egyedül élők különösen önmaguk akarják szervezni ellátásukat. Akik szűk családban élnek, erősebben támaszkodnak a társukra.

A válaszadók többsége (60,8%), ha rövid ideig segítségre szorul, családtagjaitól várja a segítséget. Egyharmad részük (34%) kisebb segítséget vár a szakemberektől. Nagyon kevesen (5,2%) támaszkodnak csupán az önkéntes segítőkre. A magyar válaszadók esetében 83,2%, a lengyel mintában 73,6% kizárólag családtagjaira támaszkodik. A finn válaszadók többsége (54,3%) vár segítséget szakembertől, ha éppen szüksége van rá. A hollandok válasza megoszlik a családtagok (49,1%) és a szakemberek (44,2%) között. Végül is azok a válaszadók, akik szűk családban élnek, a rövid ideig tartó segítséget családjuktól várják.

A válaszadók többsége (56,3%) a hosszabb ideig tartó segítséget a szakemberektől várja. Családtagjától várja 38,3% és önkéntes segítőtől 5,4%. Különösen a hollandok (83,6 %) és a finnek (75,1 %) szakembertől várják a hosszabb ideig tartó gondozást. A lengyelek 64,7 %-a és a magyarok 58,8 %-a a családtagjától várja a hosszabb ideig tartó gondozást. Azok a válaszadók, akik kisvárosban élnek, leggyakrabban a szakembertől várják a hosszabb ideig tartó gondozást. Az ő anyagi helyzetük a jövőben biztosított, szűk családban élnek és jó egészségi állapotban. (1. táblázat)

1. táblázat: A válaszadók véleménye a hosszabb ideig tartó otthoni ellátás, gondozás esetén felmerülő segítségkérés formáiról

Válaszlehetőségek		finn	holland	lengyel	magyar	Összesen
Családtagtól	szám	51	34	189	164	438
	százalék	16,7	12,7	64,7	58,8	38,3
Szakembertől	szám	229	224	86	105	644
	százalék	75,1	83,6	29,5	37,6	56,3
Önkéntes vagy jótékonyági szervezettől	szám	25	10	17	10	62
	százalék	8,2	3,7	5,8	3,6	5,4
Összesen	szám	305	268	292	279	1144
	százalék	26,7	23,4	25,5	24,4	100,0

A válaszadók 47,2 %-a elegendőnek tartja a segítséget a jövőben, 41,7 %-a úgy gondolja, hogy nem lesz elegendő a segítség számára. Azoknak a válaszadóknak, akik úgy ítélik meg, hogy a jövőben elegendő segítséget kapnak relatíve magasabb a számuk Magyarországon (55,6 %) és Finnországban (51,3 %).

Jelenleg a válaszadók 16,7 %-a dolgozik, mint családgondozó. Ennek legmagasabb az aránya Hollandiában, 36,8 %. A családgondozók többsége nő. 57,6 % a jövőben nem kíván dolgozni, mint családgondozó. A lengyel válaszadók 65,9 %-a, a hollandok 58,1 %-a gondolja úgy, hogy a családgondozó szolgálatot erősíteni kell. A válaszadók közül a legtöbben Magyarországon (86 %) és Finnországban (67,5 %) gondolják úgy, hogy nem lesznek a jövőben családgondozók. Azok a válaszadók, akik jelenleg is családgondozók, a jövőben is azok maradnak. Ezek a válaszadók, főleg nők, magas iskolai végzettséggel, kisvárosban és szűk családban élnek, és elegendő támogatásban részesülnek. (2. táblázat)

2. táblázat: A válaszadók véleménye a jövőben végzendő családgondozói feladatokról

Válaszlehetőségek		finn	holland	lengyel	magyar	Összesen
Igen	szám	98	151	193	39	481
	százalék	32,5	58,1	65,9	14,0	42,4
Nem	szám	204	109	100	240	653
	százalék	67,5	41,9	34,1	86,0	57,6
Összesen	szám	302	260	293	279	1134
	százalék	26,6	22,9	25,3	24,6	100,0

A válaszadók többsége, 52,7 % nem tartja elegendőnek a hivatalos támogatást. Megoszlásuk 69,6 % finn és 60,5 % lengyel. A magyarok 54,1 %-a és a hollandok 42,7 %-a nem ismeri a támogatási lehetőségeket. A nők közül többen ismerik, mint a férfiak közül. A válaszadók három legfontosabb tulajdonság közül választhattak, hogy melyek jellemezzék azokat a szakdolgozókat, akik őket gondozzák. Fontossági sorrendet kellett felállítani. A legfontosabb a barátságos magatartás (27,4 %), és a szakképesítés (21,1 %). A válaszadók 19,2 %-a elvárja, hogy a páciens véleményét vegyék figyelembe és 16,3 %-a tartja fontosnak a szakmai gyakorlatot. A finn válaszadók véleménye alapján a legfontosabb a barátságos magatartás (42,3 %), a holland vélemények alapján az a legfontosabb tulajdonság, hogy hallgassák meg a páciens véleményét (32,5 %). A magyar válaszok alapján a legfontosabb a szakképesítés (32,1 %), a lengyelek szerint a szakmai tapasztalat (32 %). (3. táblázat)

3. táblázat: A válaszadók véleménye a jövőbeni ápoló-gondozó szakemberekkel szembeni elvárásokkal kapcsolatosan

Válaszlehetőségek		finn	holland	lengyel	magyar	Összesen
szakmai végzettség	szám	47	61	32	85	225
	százalék	16,0	28,8	10,8	32,6	21,1
jó, barátságos személyiség	szám	124	43	59	66	292
	százalék	42,3	20,3	19,9	24,9	27,4
gyakorlati tapasztalat	szám	20	14	95	45	174
	százalék	6,8	6,6	32,0	17,0	16,3
ne csak a beavatkozásokat végezze el, hanem legyen ideje beszélgetni	szám	9	8	38	23	78
	százalék	3,1	3,8	12,8	8,7	7,3
mindig ugyanaz az ember gondozzon	szám	13	8	11	14	46
	százalék	4,4	3,8	3,7	5,3	4,3
mindig konzultáljon szakértővel, ha állapotomban változás következik be	szám	9	9	22	7	47
	százalék	3,1	4,2	7,4	2,6	4,4
véleményemet fogadja el és vegye figyelembe az ellátásom során	szám	71	69	40	25	205
	százalék	24,2	32,5	13,5	9,4	19,2
Összesen	szám	293	212	297	265	1067
	százalék	27,5	19,9	27,8	24,8	100,0

Az idősgondozás pénzügyi alapja

A válaszadók többségének véleménye alapján (63,1 %) az idősgondozást részben a társadalomnak kellene finanszírozni, részben az igénybevevőknek. A magyar válaszok alapján a társadalmi finanszírozást hangsúlyozták legtöbben (42,3 %). Azok a válaszadók, akik jelenleg jó anyagi körülmények között élnek és ugyanez a jövőben is biztosított számukra, készek többet fizetni a szolgáltatásért. Ezek magasabb szakképesítéssel rendelkeznek, és saját maguk finanszírozzák a szolgáltatást. Azok a válaszadók, akik vidéken élnek, a társadalom segítségét fontosabbnak tartják.

A válaszadók több mint fele, 51,8 % hajlandó lenne magasabb adót fizetni az idősgondozási szolgálatért. A magasabb adó fizetésétől főleg a hollandok (75,8 %) és a lengyelek 37,1 %-a vonakodnak leginkább. Azok a válaszadók, akik magas iskolai végzettséggel rendelkeznek, munkavállalók és jó egészségi állapotban érzik magukat, hajlandók magasabb adó fizetésére. A nyugdíjasok és a munkanélküliek utasítják el nagyobb számban az adófizetést az idősgondozó szolgálatok fejlesztéséért.

Az idősgondozó szolgálatok fejlesztése

A válaszadókat megkérdeztük, hogy milyen területek fejlesztését tartják legfontosabbnak. A legmagasabb arányban a szociális és egészségügyi szolgáltatást és a működőképesség fejlesztését támogatnák. Az információs technológia fejlesztése kevésbé támogatott, mint a szociális és közösségi területek. A válaszadók véleménye alapján az alábbi sorrend alakult ki arról, hogy milyen tényezőkre fordítana pénzüsszeget az idősok ellátásának jövőbeni fejlesztése érdekében. (4. táblázat)

4. táblázat: A megkérdezettek véleménye az idősok ellátásának jövőbeni fejlesztésének lehetséges és anyagilag is támogatandó területeiről

Lehetőségek	Egyetértők aránya
Az egészségügyi ellátás elérhetőségének javítása	82,1%
Az idős embereket fenyegető betegségekre	75,0%
A szociális ellátás elérhetőségének javítására	71,8%
Az egészségügyi ellátás bővítésére	71,1%
Működési feltételekre	69,3%
A lelki egészség megőrzésére	65,7%
A szociális hálózat kiépítésének erősítésére	64,3%
Generációk közötti különbségek csökkentése	64,3%
Idős emberek társadalomban betöltött szerepének növelésére	60,7%
A szociális ellátás bővítésére	59,0%
Idősek tekintélyének növelésére	58,0%
A szabadidős tevékenységek elérhetőségének javítása	48,2%
A szabadidős tevékenységek bővítésére	44,2%
Új technikák elérésére	44,5%
A fiatalok értékének elismerése	37,9%

Azok a válaszadók, akik úgy értékelik, hogy az egészségi állapotuk a jövőben nem megfelelő, az egészségügyi szolgáltatás bővítését tartják legfontosabbnak. Válaszadók 47,3 %-a úgy ítélte meg, hogy az idősgondozás rosszabb lesz. A megkérdezettek 27 %-a nem lát változtatást és csupán 25,7 % gondolja, hogy a gondozás jobb lesz. Különösen a hollandok (57,7 %) és a lengyelek (57,1 %) válaszolták azt, hogy rosszabb ellátást várnak a jövőben. A jövőben jobb ellátást fűz válaszadók 36,2 %-a vár. Ők voltak ezzel a legmagasabb arányban. Akiknek az anyagi helyzete a jövőben bizonytalan, attól tartanak, hogy az idősgondozás is rosszabb lesz.

Összefoglalás

A vizsgálat bemutatta a résztvevők elvárásait és véleményét a jelenlegi helyzetükről és a jövőbeli elvárásaikról. A vizsgálat eredménye nagy kihívás a jelen helyzetnek. A kérdőíveket igen óvatosan kellett feldolgozni a nyelvi különbségek értelmezési eltérései miatt. A vizsgálat a jelenleg 50 és 59 éves korosztályra irányult, akik a jövő idős emberei. Az értékelés némi problémát jelentett, hiszen ezen korosztály nagy többsége jelenleg még aktív dolgozó, egészségi állapotuk és aktivitásuk teljében vannak. A válaszadóknak arra kellett figyelniük, hogy milyen elvárásaik lesznek az idősgondozással kapcsolatban 20-30 év múlva. A válaszaikat részben a jövő helyzetére kellett vetíteni, felhasználva a jelenlegi ismereteiket, tapasztalataikat az idősgondozásról. Érdekes válaszokat kaptunk azoktól, akik nyugdíjasok, hogy milyen gyakran fognak találkozni a jövőben gyermekeikkel. A nagy többség (71 %) napi kapcsolatban szeretne lenni, a többi legalább hetente egyszer találkozik majd gyerekeivel. A vizsgálat alapján elmondhatjuk, közös eredmény, hogy az idősgondozás fejlesztése nemzetközileg kell, hogy prioritást kapjon. Minden résztvevő partnerországnak tekintetbe kell venni a kutatás alapján kapott országra jellemző statisztikai adatokat. Rossz következtetés lenne a teljes adatokat egységesen kezelni, az egyes országok lakosságának egészségi, anyagi helyzetében, a nyugdíjrendszerében, a szociális és egészségügyi gondozási rendszerében különbségek vannak. Meg kell említeni a kulturális különbségeket, pl. a nők helyzetét, a nők munkáját távol az otthonuktól, a családok nagyságát, az iskolai végzettségeket, a családgondozói szolgáltatukat illetve ezeknek az együttes megjelenését a társadalomban. A vizsgálat pontjai és eredményei egy távoli jövő feladatait határozzák meg.

A vizsgálat által feltárt eredmények alapján a programban résztvevő partnerszervezetek ajánlások megfogalmazásával és közzétételével zárták a nemzetközi együttműködést. Az ajánlások népszerűsítése, és az idősellátás témakörének ismételt középpontba helyezése érdekében 2004. tavaszán nemzetközi konferencia keretében, közel húsz európai és tengeren túli ország részvételével szervezetek kétnapos tanácskozást a finnországi Pori városában. A nemzetközi együttműködés eredményei, előadásai a Magyar Ápolási Egyesület honlapján is megtekinthetők.

„Az aktív idős kor felé” Leonardo da Vinci projekt ajánlásai:

1. Az intézményesített ellátási formák helyett a lakosság közeli ellátási formák bővítése.
2. A különböző ellátási formákban fontos az ellátott személyes részvételének, bevonódásának csakúgy, mint a család szerepének erősítése.
3. Az elszakadások megelőzésére használjuk fel az ellátott élettörténetét, korábbi kapcsolatrendszerét.
4. Az ellátott meghatározott, sajátos életszakaszban lévő önálló, felnőtt individuumként való elfogadása.
5. Az ellátott támogatása abban, hogy saját életét szervezze.
6. Az ellátott lehetőségeire, ne pedig a korlátaira, fogyatékosságaira koncentráljunk.
7. Felszerelni az ellátottakat mindazzal, ami az önálló, független életvitel lehetőségét megeremthetik.
8. Társas támogatások segítése.
9. Az ellátott támogatása abban, hogy válassza ki és használja a szükségletének megfelelő ellátási formákat és technológiákat.
10. Szakemberek és nem szakemberek (segítők) közötti kapcsolat és együttműködés támogatása az ellátottak függetlensége és autonómiája érdekében.

Felhasznált irodalom

1. *International Plan of Action on Ageing 2002. United Nations, Economic and Social Council*
2. <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageipaa.htm>
3. *Regional Implementation Strategy for the European Region*
4. http://www.unece.org/ead/pau/age/berl/docs/berl_md.rev.e.doc
5. *Projekt Book: Elderly people's needs for care and service in the future. Recommendation for the professional qualifications of the elderly care.*
6. <http://www.taofa.fi>

[Vissza a tartalomhoz](#)

A rehabilitációs osztályokon dolgozó ápolók mozgásszervi degeneratív elváltozásai

Kovácsné Baranyi Judit, gyógytornász, Canberra
Sziráki Edina, gyógytornász, főiskolai adjunktus, Budapest

Összefoglaló

A vizsgálat célja: a rehabilitációs osztályokon dolgozó ápolók körében előforduló mozgásszervi degeneratív elváltozások eredetének feltárása.

Módszer: anonim kérdőíves felmérés. A kérdések a kórházakban dolgozó ápolók mozgásszervi degeneratív elváltozásaira vonatkoztak, valamint arra, hogy ezek hogyan kapcsolódnak az ápolói munka fizikai jellegéhez, a betegek hely- és helyzetváltoztatásának segítésére szolgáló segédeszközök és az ergonómikus testhelyzetek használatának gyakoriságához.

Eredmények: A felmérésben részt vett ápolóknak nagy arányban vannak degeneratív mozgásszervi elváltozásai, melyek főként a lumbális gerincszakaszra és a térdízületre lokalizálódnak. Az ergonómikus testhelyzetek ismeretének és alkalmazásának hiányosságára is fény derült. A betegek hely- és helyzetváltoztatására szolgáló eszközök száma és azok alkalmazásának gyakorisága elenyésző.

Következtetések: A vizsgálatok eredményeinek összegzésekor összfüggést találtam a degeneratív mozgásszervi elváltozások kialakulása, valamint a nem ergonómikus ápolói testhelyzetek, illetve a betegáthelyezést szolgáló eszközök hiánya között.

Bevezetés

A szakképzett egészségügyi dolgozók között az ápolók azok, akik a legjobban ki vannak téve a fizikai megterhelésnek munkájuk során. Vizsgálataimban választ kerestem ezen fizikai megterhelések eredetére, csökkentésének lehetőségeire, kézzelfogható következményeire.

Fogalmak:

Ergonómikus testhelyzet: gerinckímélő testhelyzet

Az izom maximális statikus terhelése: az izom egy bizonyos mértékű terhelésére adható maximális elektromos izomfeszültségű válasza.

EMG: Electromyograph.

L4, L5 : lumbális 4-es, lumbális 5-ös csigolyák.

A beteg pozicionálása: ülő vagy ágyban fekvő beteg megfelelő elhelyezése (pl.: ha lecsúszott az ágyban, széken felcsúsztatása, vagy ha oldalra került az ágyban, középre helyezése, stb.), valamint a beteg állapotának megfelelő testhelyzet biztosítása (pl. stabil oldalfekvésbe helyezés, vagy a nyomási fekély kialakulásának megelőzése céljából órarend szerint történő testhelyzet-változtatás, stb.)

TENS: transcután elektromos neurostimuláció.

Szakirodalmi áttekintés

Smedley és társai 1995-ben megjelent cikkükben azt közölték, hogy az egészségügyi tevékenységet folytatók derékfájásának magas aránya összefüggésben van magával az egészségügyi tevékenységgel. E mellett az is megállapítást nyert, hogy a derékfájás kialakulásában főként mechanikai tényezők játszanak szerepet, mint például az emelés, emelés aszimmetrikus pozícióban, hirtelen mozdulat vagy terhelés.

T. Bull Andersen és társai (2001) az ápolási feladatok és az egészségügyi ellátás során előforduló hirtelen gerincmozgások hatását vizsgálták. Azt találták, hogy az átlagos napi munka során előforduló hirtelen mozdulatok száma 5,3. Kimutatták, hogy az adott hirtelen mozdulat előtt az izom maximális statikus terhelése 30,7% volt, míg a hirtelen mozdulatot követően 87,2%-ra emelkedett. T. Bull és társai azért tartották fontosnak ezt a vizsgálatot, mert mindaddig a gerincre ható terhelést direkt munka közben nem vizsgálták, és mivel a panaszok kialakulásának hátterében gyakran hirtelen mozdulat, terhelés állt, ezért fontos volt kifejleszteni az ennek detektálására alkalmas módszert.

Scotté és társai tanulmányukban a leggyakoribb betegmobilizálási technikák lumbális gerincszakaszra gyakorolt terhelését vizsgálták ápolókon, akik olyan kórházi osztályon dolgoztak, ahol férfibetegeket láttak el akut agyi katasztrófa miatt. EMG-vel detektálták a musculus erector spinae-t, illetve a gerinc mozgásait háromdimenziós rendszerben, érzékelők, videokamerák és számítógépes elemzés segítségével.

Vizsgálataikból kiderült, hogy a mobilizálási technikák közül az emelést is igénylő helyzetekben kiemelkedően magas az L4-es, L5-ös szakaszra ható terhelés. A betegpozicionáló helyzetekben az előzőeknél ugyan kisebb a terhelés, de még az is jóval nagyobb a gerincre forgatás során ható terhelésnél. A felmérés eredményei alapján a beteggel kapcsolatos mobilizálási teendőket három nagy csoportra osztották: emelést, pozicionálást, forgatást igénylő helyzetek. A vizsgálatok során az is egyértelművé vált, hogy a terhelés mértéke nem a mobilizálási technikát végző személy alkatától függ, hanem az adott feladattól. E szerint az emelés magas, a pozicionálás közepes, a forgatás kis terhelést jelent az L4-es, L5-ös gerincszakasznak.

A vizsgálat célja, módszere

A vizsgálat módszere anonim kérdőíves felmérés volt, melyben 30 különféle rehabilitációs osztályon dolgozó ápoló vett részt (gerincvelő-sérültek rehabilitációs osztálya, neurológiai hemiplég-, paraplég rehabilitációs osztály, reumatológiai, traumatológiai rehabilitációs osztály, agy- és koponyasérültek rehabilitációs osztálya). Ezek a munkahelyeken a betegek helyzetváltoztatása (ágyban való pozicionálás, forgatás, felültetés) és helyváltoztatása (kiültetés székbe, fürdőbe szállítás) az ápolók számára komoly feladatot jelent, mivel a betegek nagy része erre önállóan nem képes.

A kérdőívekben olyan kérdéseket gyűjtöttem össze, amelyekre adott válaszok rávilágíthatnak az egészségügyi intézményekben dolgozó ápolók mozgásszervi degeneratív elváltozásaira, és arra, hogy ezek mennyire hozhatók összefüggésbe a munka fizikai jellegével. Azt is vizsgáltam, hogy az egyes szakterületek, valamint a munkában eltöltött idő milyen kapcsolatban állnak a kialakult ízületi bántalmakkal. Ezen túl célom volt annak meghatározása, hogy az ápolók mennyire vannak tudatában a preventív módszereknek, mennyire használják azokat, és mindennapi munkájuk során használják-e a betegek hely- és helyzetváltoztatásának segítésére szolgáló segédeszközöket, illetve ismerik-e ezeket.

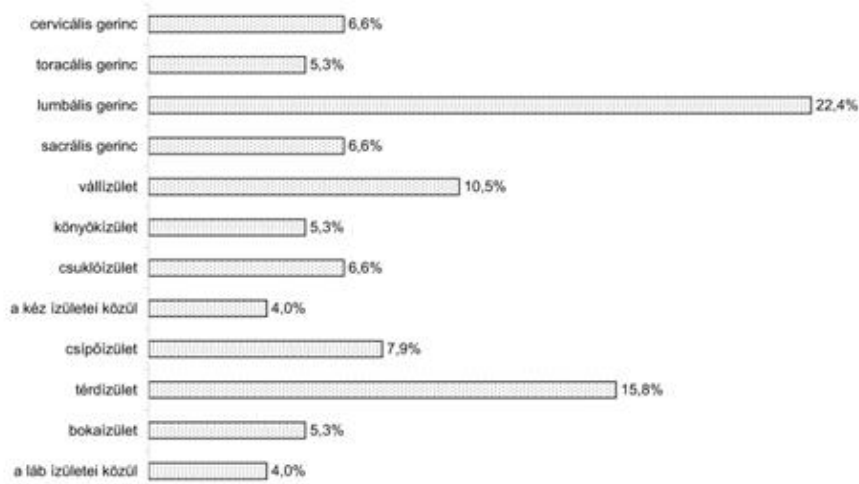
Eredmények

A megkérdezettek 83,3%-ának valamely ízületében degeneratív mozgásszervi elváltozás van, és erről 60%-nak van orvosi lelete.

Ahhoz, hogy a mozgásszervi degeneratív betegségek ízületenkénti megjelenési gyakoriságát vizsgálni tudjam, az emberi testet 12 régióra osztottam fel: a négy gerinc szakaszra (cervikális, thorakális, lumbális és szakrális gerinc szakasz), váll-, könyök-, csukló-, csípő-, térd-, bokaízületre, a kéz és láb ízületeinek régiójára.

Az első következtetésem az volt, hogy a megkérdezett ápolók 22,4%-ának a lumbális gerincszakaszban degeneratív elváltozása van, mely ezen gerincszakasz fokozott igénybevételére, terhelésére utal. Kiemelendő információ, hogy a 12 ízületi régió mindegyike érintett. A második legtöbb problémát a térdízület okozza (15,8%), emellett a térdízület (váll és csípőízület) érintettsége is gyakori. Az elváltozások megoszlását és gyakoriságát az 1. ábra szemlélteti.

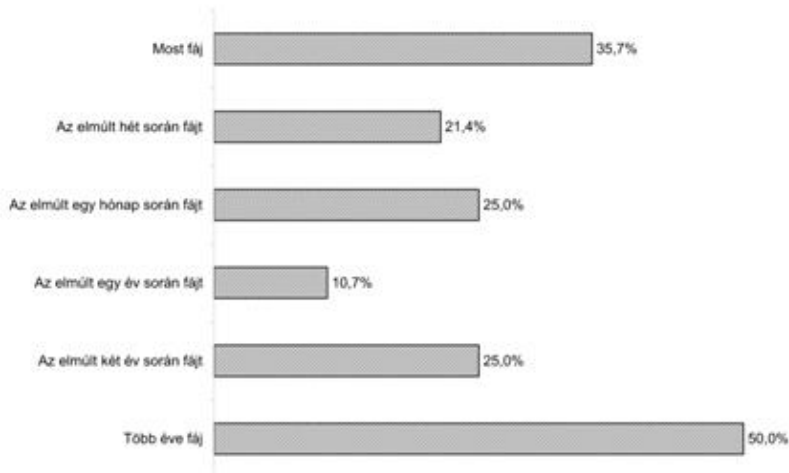
1. ábra: Ízületi degeneráció az ápolók körében



A degeneratív elváltozások gyakoriságának egyes szakterületek közötti megoszlásában érdemes kiemelni, hogy a vizsgált neurorehabilitációs osztályon dolgozók körében legmagasabb a lumbális érintettség, mely egyébiránt szinte minden vizsgált szakterületen jelen van. Az életkor előrehaladtával az elváltozások gyakorisága egyre növekszik, több ízületben jelennek meg panaszok. Megfigyelhető az is, hogy az életkor előrehaladtával a panaszok fennállásának időtartama egyre hosszabb lesz.

Arra is kíváncsi voltam, hogy a megkérdezettek fájdalmai milyen hosszú ideje vannak jelen, illetve milyen gyakran jelentkeznek. Ebben a kérdéskörben tehát arra szerettem volna választ kapni, hogy az ápolók az egész szervezetüket tekintve, attól függetlenül, hogy a fájdalom melyik testrészt, ízületet érinti, milyen gyakran küzdenek fájdalommal, illetve mennyi ideje. A megkérdezettek felének 10 éve van mozgásszervi fájdalma.(2. ábra).

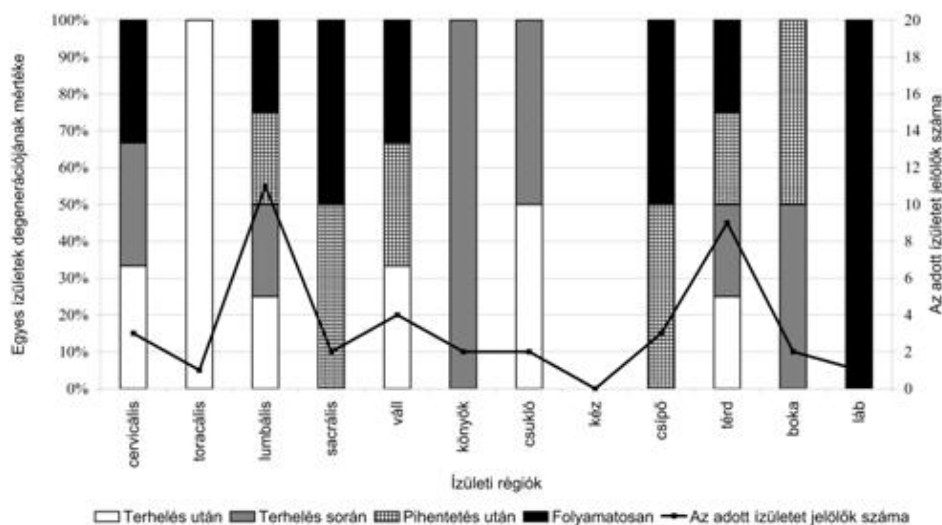
2. ábra: A mozgásszervi fájdalom időtartam szerinti megjelenése az ápolók körében



Vizsgáltam az ízületi degeneráció mértékét is. Lényegesnek tartottam, hogy az egyes régiók szerint legyen elkülönítve a degeneráció mértéke, mert így lehet képet kapni arról, hogy mely ízületek állapota a legkedvezőtlenebb. A 3. ábráról leolvasható a 12 ízületi régió degenerációjának átlagos mértéke, illetve megállapítható, hogy melyik ízületi régió okozza a legtöbb és legkevesebb problémát.

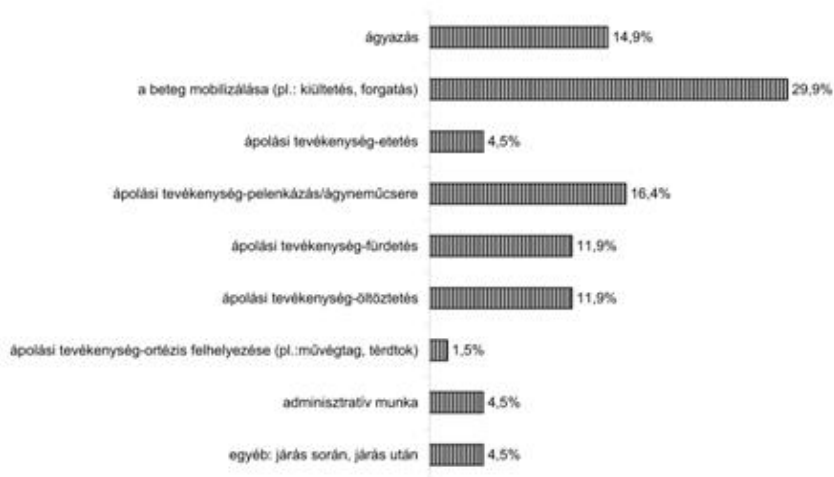
Az ábrán megfigyelhető, hogy a megkérdezettek kézízületeiben nincs degeneráció. Leggyakoribb a lumbális gerincszakasz érintettsége, és emellett a térdízületi érintettség magas aránya is feltűnik. Az is megállapítható, hogy az ízületi régiók közel 2/3-a érintett az ízületi degeneráció negyedik stádiumában.

3. ábra: Az ízületi degeneráció mértéke a fájdalom megjelenésének tükrében



Az ápolók fájdalmai leggyakrabban a betegek mobilizálása során jelentkeznek, a beteg ágyban való forgatása, kiültetése, felállítása és járatása közben. (4. ábra)

4. ábra: A fájdalom megjelenésének gyakorisága egyes tevékenységek szerint



Ezen ápolók 80%-ának van derékfájdalma, mely arra utal, hogy a betegek mobilizálása során a lumbális gerincszakasz nagy terhelésnek van kitéve. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a beteg mobilizálását végző ápolónak nincs elegendő ereje, izomzata az emelés hatására létrejövő terhelés kompenzálására. A vizsgálatok alatt fény derült arra is, hogy az érintett ápolók 95%-a munkája során általában nem használja az ergonómikus testhelyzeteket, pedig ez nélkülözhetetlen lenne a munkafolyamatok gerinckímélő, preventív kivitelezésében.

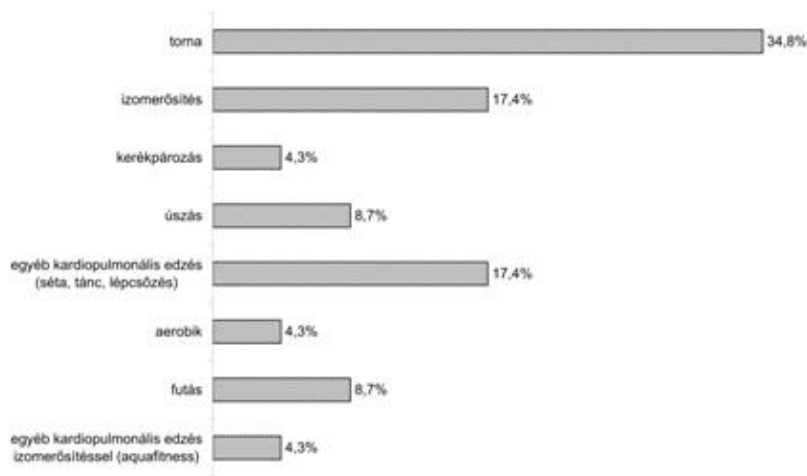
Fontos hangsúlyozni, hogy a legtöbb dolgozó úgy érzi, elváltozásai leginkább a munkájából fakadnak. Erre utal, hogy az ezt az összefüggést vizsgáló 10 fokozatú skálán (ahol a 0 jelentette azt, hogy nincs összefüggés a munka és a kialakult elváltozás között; és a 10 azt, hogy kizárólag a munkából ered a panasz) 6,3-as átlagértéket kaptam. Voltak olyan dolgozók is, akik teljes mértékben a munkát jelölték meg a problémák, fájdalmak kialakulásának okaként, ők a megkérdezettek 20%-át teszik ki. Emellett az is érdekelt, hogy összesen hányan jelölték 9-es és 10-es értéket. Ezek alapján az ápolók 42,3%-a mondja azt, hogy a mozgásszervi problémáik kialakulásának hátterében teljes, illetve nagymértékben a munkaköri fizikai megterhelés áll. Ez igen magas részarány!

A thorakális, lumbális, sacrális gerincszakaszok valamelyikében a megkérdezettek 2/3-ának van gerincfájdalma. Közülük 20%-a használ fűzőt, de mindegyikük kizárólag munkája során viseli azt, nem az egész nap folyamán. Más problémás, fájdalmas régió rögzítésére, támogatására semmilyen segédeszközt nem használnak (pl.: csuklórögzítő, térdtök, fásli).

A megkérdezettek 93,3%-ának van valamilyen ízületében fájdalom, és közülük 67,9% használ (többnyire ritkán) valamilyen fájdalomcsillapítót.

A megkérdezettek 60%-a mozog rendszeresen kondíciójának, ízületi állapotának megőrzése érdekében. Ez magas aránynak számít, bár az lenne a legjobb, ha mindannyian rendszeresen tornáznának. 46,7%-uk tornázik hetente legalább kétszer (ez a már meglévő izomzat és cardiopulmonális edzettség megtartásához, fenntartásához elegendő). Arra is kíváncsi voltam, hogy mely mozgásforma a legkedveltebb. Ennél a kérdéskörnél mindenki leírta azt az edzésformát, amelyet leggyakrabban alkalmaz, a későbbiek során ezekből alakítottam ki a kategóriákat. A mozgásformák megoszlását szemlélteti az 5. ábra.

5. ábra: Mozdásformák megoszlása az ápolók körében

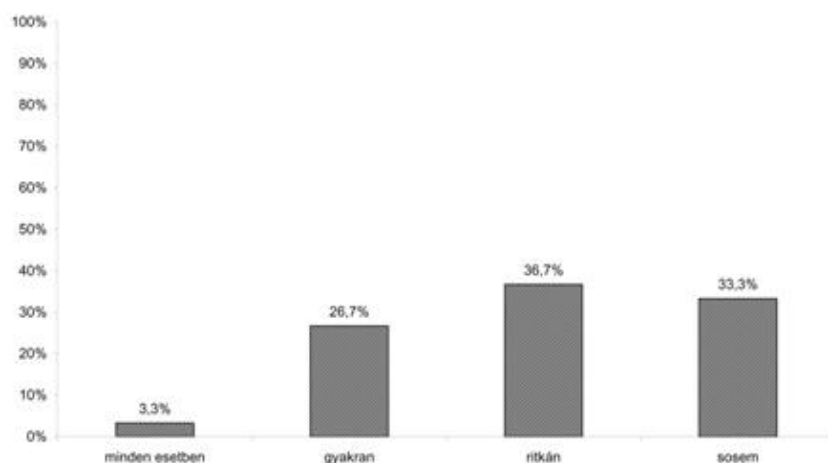


Az ábrán fentről lefelé haladva nehézségi sorrend szerint szerepelnek a különböző mozgásformák. Szembetűnő, hogy jelentős előnybe részesítik a legkönnyebbnek tekinthető tornát. A második leggyakrabban alkalmazott mozgásforma az izomerősítés, illetve az egyéb kardiopulmonális edzés. Emellett az ábráról az is leolvasható, hogy a nehezebb mozgásformákat kevesebben választják. A kor előrehaladtával az egy hét során tornával töltött alkalmak száma csökken.

A megkérdezettek 66,6%-ának munkahelyén van legalább egyféle eszköz, amely a betegek helyváltoztatásának segítésére alkalmas, de az ápolók fele nem használja ezeket. A megkérdezettek 33,3%-ánál van az osztályon betegemelő szerkezet, amit a megkérdezettek közül csupán 1 ember használ. Javáért nem használják ezeket az eszközöket, mert „nincs rá elég idő”, „túl sok időt vesz igénybe”, „a szerkezet nehezen mozgatható”, illetve van, aki „egyszerűbbnek találja saját erejéből megemlíni a beteget” (idézetek a kérdőív választható pontjai közül).

A megkérdezettek 70%-a ritkán vagy sosem használja az ergonómikus testhelyzeteket. Ez ráirányítja a figyelmet arra, hogy az egészségügyben mind a szakképzés során, mind pedig a betegellátó intézményekben szükség van a munkavégzés során alkalmazandó helyes testhelyzetek tanítására, bemutatására. (6. ábra)

6. ábra: Ergonómikus testhelyzetek alkalmazásának gyakorisága



Az ápolók 16,7%-a vett részt a betegek helyes áthelyezését oktató tanfolyamon. Aki eddig még nem vett részt ilyen tanfolyamon, azok közül 68%-a szeretne részt venni, legtöbbjük a bemutatással (gyakorlati oktatással) kiegészített előadást választaná.

Arra is rákérdeztem, hogy a dolgozók mennyire érzik magukat fáradtnak egy munkanap után. Ennek megválaszolásához egy 10-es skála állt a rendelkezésükre, ahol a 0 jelentette, hogy nem kimerült, és a 10-es, hogy nagyon kimerült a nap végére. 5,8-os átlagértéket kaptam. Emellett arra is kíváncsi voltam, hogy a megkérdezettek hány százaléka jelölt 8-as 9-es 10-es értéket, mert akik ezen értékeket jelölték, biztosan nagyon kimerültek a nap végére. A megkérdezettek 33,3% értékelte fáradtságát ilyen mértékűnek. Kerestem a választ arra is, hogy a dolgozók hány százaléka érzi magát fáradtnak, kimerültnek a nap végére azok közül, akik úgy gondolják, hogy nagymértékben, illetve teljes mértékben (azaz akik a 10-es skálán 8-as, 9-es vagy 10-es értéket jelöltek meg) a munkájukból ered a mozgásszervi fájdalmuk. Ezen ápolók 26,9%-a érzi úgy, hogy nagy mértékben kimerül a munkanap végére. Ezek az összefüggések utalhatnak arra a komplex problémára, amely az egészségügyben dolgozók nehéz helyzetéből, mindennapi fizikai és pszichés megterheléséből adódik.

Következtetések és javaslatok

Az ápolóknak nagy arányban vannak degeneratív mozgásszervi elváltozásai, melyek főként a lumbális gerincszakaszt és a térdízületeket érintik. Gyakoriak a vállízületi problémák is. *Jelentős, új információ, hogy munkavégzés közben minden harmadik ápolónak van valamelyik ízületében fájdalom.* Ezen fájdalmak csökkentésére a megkérdezettek 50%-a gyógyszert szed.

Az ergonómikus testhelyzetek ismerete és alkalmazása elégtelen, a megkérdezett ápolóknak csupán 1%-a használja minden esetben a gerincímélő ergonómikus testhelyzeteket. Ez nagyon rossz aránynak számít, hiszen az egészségügyi dolgozók fizikai munkája nagymértékben megterheli a mozgásszervrendszert, a helyes testhelyzetek alkalmazása pedig csökkentheti degeneratív panaszok kialakulását.

A betegek hely- és helyzetváltoztatására szolgáló eszközök terén nagy hiányosságok tapasztalhatók. A betegosztályok közül sok helyen nincs betegemelő szerkezet, illetve ahol van, ott ritkán veszik igénybe. Ez a helyzet tarthatatlan, feltétlenül ki kell javítani.

A jövőben nagy hangsúlyt kell fektetni arra, hogy az egészségügyi dolgozók a fenti információk ismeretében komolyabban vegyék a preventív technikák alkalmazásának fontosságát, hiszen a kiegyensúlyozott, fájdalommentes munkavégzés mindnyájunk közös érdeke. Célszerű már az egészségügyi szakképzés

során nyomtatékosítani az erre vonatkozó ismereteket.

A betegáthelyezést oktató továbbképzések, pontosabban az itt megszerzett ismeretek a dolgozók egészségének megőrzését szolgálják, tehát akik nem szívesen vesznek részt ilyen tanfolyamokon, azok feltehetően nincsenek tisztában a helytelen testhelyzetekben végzett munkájuk veszélyeivel.

Irodalomjegyzék

1. Bull Andersen, T., Schibye, B., Skotte, J. (2001) Sudden movements of the spinal column during health-care work. *International Journal of Industrial Ergonomics* 28, 47-53.
2. Barton, J. (szerk.) (1994). *Biomechanikai alapismeretek. Aesculart, Budapest*
3. Gömör, B. és Bálint, G. (szerk.) (1989) *Reumatológia. Medicina, Budapest*
4. Huszár, I., Kullmann, L., Tringer, L. (szerk.) (2000) *A rehabilitáció gyakorlata. Medicina, Budapest*
5. Schibye, B. et al. (2003) Biomechanical analysis of the effect of changing patient-handling technique. *Applied Ergonomics* 34, 115-123.
6. Scott, J.H., et al. (2002) A dynamic 3D biomechanical evaluation of the load on the low back during different patient-handling tasks. *Journal of Biomechanics* 35, 1357-1366.
7. Smedley, B. et al. (1995) Manual handling activities and risk of the back pain in nurses. *Occupational Environmental Medicine* 52, 160-165.

[Vissza a tartalomhoz](#)

ÁPOLÁSVEZETÉS

Milyen szakdolgozói létszámmal ápolják kórházainkban a betegeket?

Szloboda Imréné, ápolási igazgató, Markhot Ferenc Kórház, Eger

Dr. Kocsisné Pap Katalin, ápolási igazgató helyettes, Markhot Ferenc Kórház, Eger

Összefoglaló

A rendelkezésre álló szűkös források és a magas egészségügyi költségek valamennyi intézmény számára komoly pénzügyi problémát jelentenek. Mivel az intézeti kiadások legnagyobb részét a bérköltségek teszik ki, ezért a legtöbb kórházban a költségsökkentés elsővonalbeli eszközének az úgynevezett létszám-racionalizálást tekintik. Ezért a szerzők arra keresték a választ, hogy a szolgáltatók ilyen körülmények között milyen létszámmal látják el ápolási feladataikat. A vizsgálatban 37 fekvőbeteg ellátó intézet 8 szakmai területének 295 osztálya vett részt. Az adatokból megállapítást nyert, hogy az egy ápoló által ellátott betegszám két-háromszorosa a fejlett országok ezirányú adatainak, de közel sem olyan magas, mint az a köz tudatban él. Az egyes intézmények között azonban igen jelentős különbségek vannak a műszakonkénti szakdolgozói létszámokban, ami feltételezhetően az ápolás minőségében is tükröződik. Az egységes színvonal érdekében az intézményeknek szükséges bevezetniük valamilyen egzakt létszám megállapítási technikát, mert csak optimális létszám esetén fog az ápoló személyzet több örömet találni munkájában, ami egyben több motivációt és jobb munkateljesítményt is jelent.

Bevezetés

A rendelkezésre álló szűkös források és a magas egészségügyi költségek valamennyi intézmény számára komoly pénzügyi problémát jelentenek. Ma már kórházaink léte függ attól, mennyire képesek tudatosan csökkenteni költségeiket.

Mivel az intézeti kiadások legnagyobb részét a bérköltségek teszik ki, ezért a legtöbb kórházban a költségsökkentés elsővonalbeli eszközének az úgynevezett létszám-racionalizálást tekintik, mert a személyzeti költségek arányának kismértékű (néhány százalékos) csökkentése is jelentős megtakarításokat eredményez. Köztudott, hogy a kórházi dolgozói létszám 60-65%-át a szakdolgozók alkotják, ezért gyakran körükben kezdődnek ezen intézkedések.

Iránymutatást a minimális létszámmal ma már az úgynevezett minimumfeltételek sem igen adnak, hiszen a hatályos 60/2003. (X.20.) ESzCsM alaprendelet és módosításai a szakdolgozói létszámot kizárólag 15 ágyra határozzák meg.

Tehát ma az adott kórház dolgozói létszámát és összetételét elsődlegesen a kórház-menedzsment szemléletmódja és pénzügyi forrásai befolyásolják.

A vázolt pénzügyi és jogszabályi környezetben arra kerestük a választ, hogy a szolgáltatók ilyen körülmények között milyen létszámmal látják el ápolási feladataikat.

A vizsgálat módszere

A vizsgálatot 2005. januárjában végeztem leíró statisztikai módszerrel. Az alkalmazott kérdőív két részből állt, egyrészt a kórházra, másrészt az adott osztályra vonatkozó kérdéskörökből.

A vizsgálat során az ez irányú hagyományos vizsgálatoktól eltérően a korábban említett pénzügyi és minimumfeltételi anomáliák miatt nem az üres állások számát és/vagy arányát vizsgáltam az ágyszámokkal összefüggésben, hanem az adott műszakban ténylegesen dolgozó szakdolgozók létszámát (szabadság továbbképzés nélkül) viszonyítottam különböző aspektusokban az adott osztály 2005. évi átlagos egy napi beteglétszámához.

Minta

A kérdőívet 53 kórházba juttattam el, mégpedig minden megyei kórházba, minden megye legnagyobb ágyszámú városi kórházába, valamint véletlen

választási rendszerrel 15 fővárosi kórházba. A vizsgálat az egyetemi klinikákra és az országos intézetekre nem terjedt ki. A kérdőívet 37 kórházból kaptam vissza. (1. táblázat)

1. táblázat: A vizsgálatban szereplő intézmények

Az intézmény típusa	Kérdőívet kapott intézmények száma	Kérdőívet visszaküldő intézmények száma
Városi Kórház	19	16
Megyei Kórház	19	14
Fővárosi Kórház	15	7
Összesen	53	37

A vizsgálatban részt vett 31 traumatológiai, 36 sebészeti, 88 belgyógyászati, 35 intenzív, 35 szülészeti, 33 gyermekgyógyászati, 15 bőrgyógyászati és 22 krónikus belgyógyászati osztály. (2. táblázat)

2. táblázat: A vizsgálati minta összetétele intézmények és betegosztályok szerint

Az intézmény típusa	Traumatológia	Sebészet	Belgyógyászat	Intenzív osztály	Szülészet	Gyermekosztály	Bőrgyógyászat	Krónikus belgyógyászat
Városi Kórház	14	13	25	15	16	14	2	6
Megyei Kórház	13	6	41	13	13	18	11	6
Fővárosi Kórház	4	7	22	7	6	1	2	10
Összesen	31	36	88	35	35	33	15	22

Eredmények

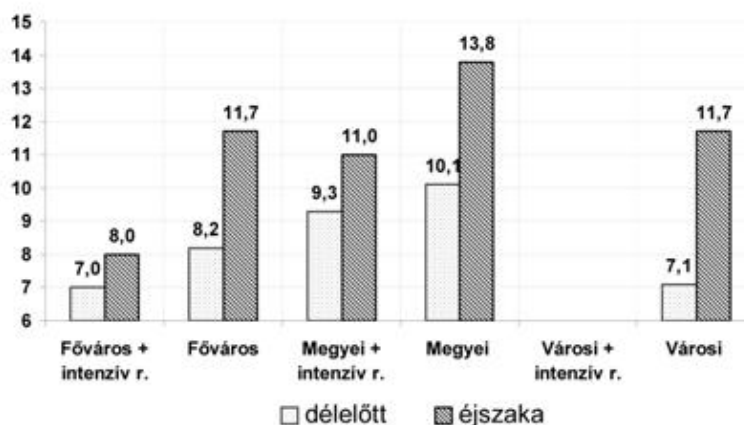
Nyolc szakmai területen az 1 ápolóra jutó beteglétszámot vizsgáltam délelőtti és éjszakai műszakok esetén, fővárosi, megyei, városi intézmények szerinti bontásban, külön választva az intenzív részleggel rendelkező osztályokat az ilyen ágyakkal nem rendelkezőktől.

Az adott műszakba átlagosan beosztott szakdolgozók számát (szakképesítéstől függetlenül) három nézőpont szerint is viszonyítottam az ellátandó beteglétszámhoz:

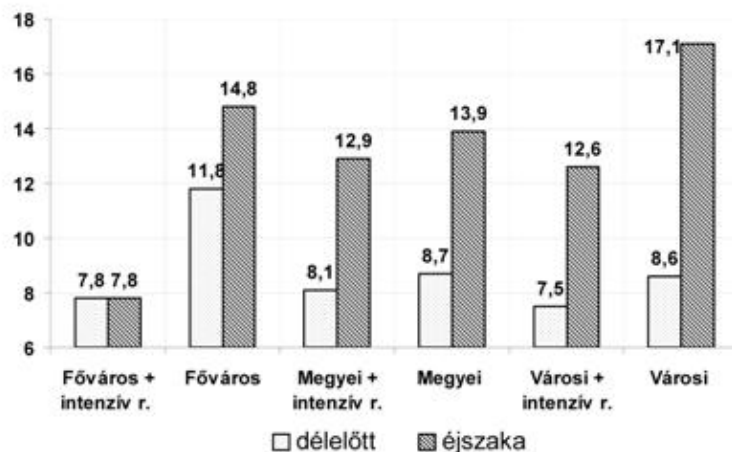
- egyrészt megnéztem, hogy kizárólag a közvetlen ágymelletti ápolási feladatot ellátó ápolók – ez a szám nem tartalmazza a főnővért, a részlegvezető ápolókat, a kötözőst, a gyógytornászt, valamint az egyéb, például járóbetegellátási feladatokban (pl. osztályos ambulancia, szakrendelés) résztvevő szakdolgozókat sem – műszakonként átlagosan hány beteg ápolását végzik;
- másrészt délelőtti műszakban a közvetlen ágymelletti ápolási feladatot ellátó ápolók, a főnővér és a részlegvezető ápolók együttes számához hasonlítottam az ellátandó betegszámot;
- harmadrészt az osztály átlagos egy napi teljes szakdolgozói létszámát – kivéve a járóbetegellátási feladatokban (pl. osztályos ambulancia, szakrendelés) résztvevő szakdolgozókat – viszonyítottam az adott osztály 2005. évi egy napi átlagos betegszámához (szintén délelőtti műszakban).

Az egy ápolóra jutó betegszám látható a 1. és 2. ábrán **traumatológiai és a sebészeti** osztályok vonatkozásában. A vizsgált kórházakban a két műtéti szakterület esetén délelőtti műszakban az 1 ápolóra jutó betegek száma 7 és 12 között van. Azokon az osztályokon, ahol intenzív részleg is működik, 0,6-2,4 fővel kevesebb az 1 ápolóra jutó betegszám, mint az ilyen részleggel nem rendelkezők esetén.

1. ábra: Traumatológia, 1 ápolóra jutó betegszám délelőtt és éjszaka



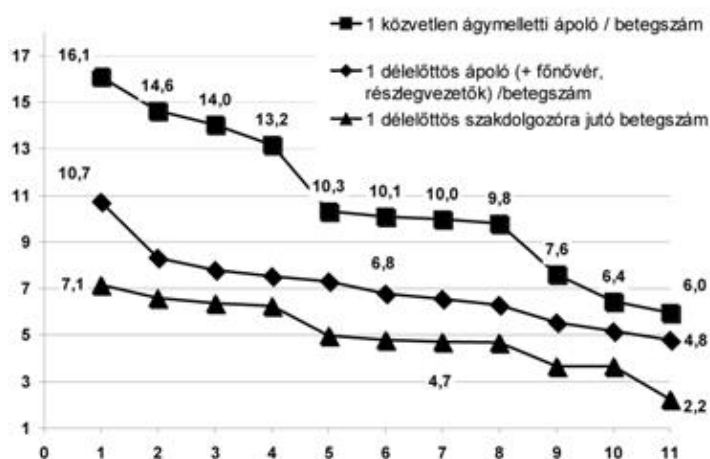
2. ábra: Sebészet, 1 ápolóra jutó betegszám délelőtt és éjszaka



Éjszakás műszakban kiegyensúlyozottabb a kép. Ekkor általában 1 nővér 13-17 beteg ápolásáért felelős. Itt is érzékelhető az intenzív részlegekkel rendelkező osztályok magasabb nővér ellátottsága, amit természetesen indokol az ellátás jellegéből adódó betegösszetétel.

Mielőtt ezekből az adatokból bármiféle következtetést levonnánk, két dolgot ne feledjünk: egyrészt ezek a számok két-, illetve háromszorosai a nyugat-európai hasonló összehasonlításban vizsgált átlagoknak, másrészt az átlag leegyszerűsítő, általánosító, elméleti jellegű. Ha az átlagot adó értékeket külön vizsgáljuk, már teljesen más képet kapunk. Például a vizsgált *intenzív részleggel nem rendelkező megyei traumatológiai osztályok* esetén délelőtti műszakban az 1 ápolóra jutó betegszám legkisebb (6 beteg/1 ápoló) és legnagyobb értéke (16,1 beteg/lápoló) között több mint két és félszeres a különbség. (3. ábra) Nem kell ahhoz ápolási szakembernek lenni, hogy elképzeljük, 16 beteg ápolási szükségleteit traumatológiai osztály esetén 1 ápoló vajon milyen színvonalon tudja kielégíteni.

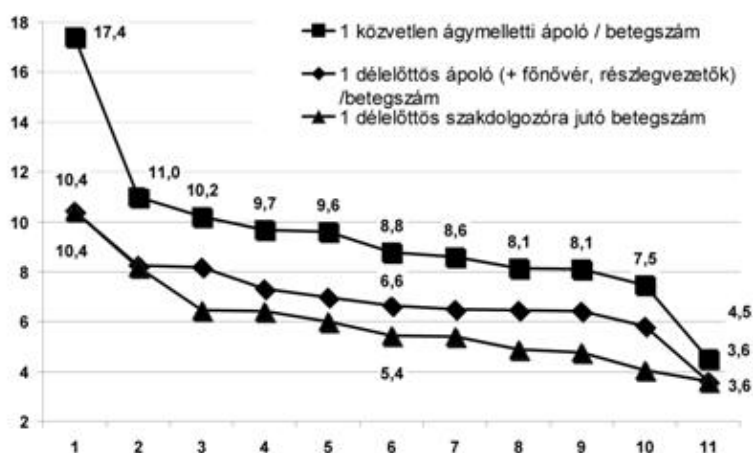
3. ábra: Megyei traumatológiai osztályok



A 4. ábrán látható másik két görbe közül az egyik a főnővérrel, részlegvezető ápolókkal növelt létszámhoz viszonyítja a betegszámot, a másik pedig az osztály a fentebb részletezett teljes szakdolgozói létszámához délelőtti műszakban. Az első esetben az 1 ápolóra jutó átlagos betegszám 6,8 fő, a másodikban pedig 4,7 fő. Megállapíthatjuk, hogy bármilyen összefüggésben vizsgáljuk az ápoló/beteg arányt az azonos intézménytípusok meghatározott osztályai között, igen nagy eltéréseket tapasztalhatunk.

Nézzünk egy példát a *városi kórházak* területéről is. Ha ezek *sebészeti osztályainak* adatait elemezzük hasonló módon, kissé eltérő görbét kapunk. (4. ábra)

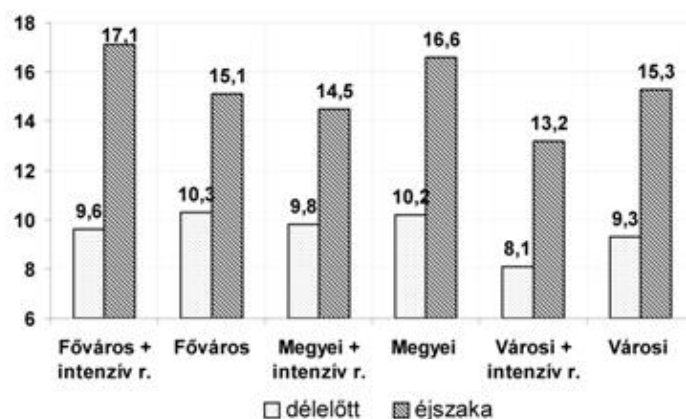
4. ábra: Városi sebészeti osztályok



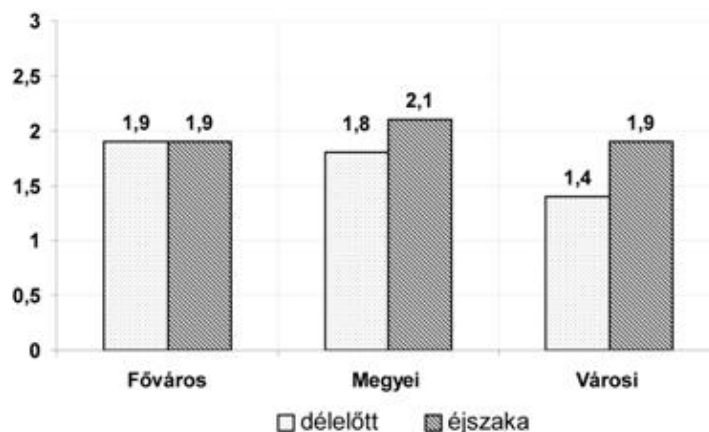
Délelőtti műszakban 1 fő – közvetlen ápolási feladatot ellátó – ápolóra jutó betegszám két szélső értéke között itt már közel négyszeres a különbség. A főnővérekkel, részlegvezető ápolókkal emelt létszámról illetve a teljes, egy napra átlagosan beosztott szakdolgozói létszámról eső betegszám is, bár az első görbénél kisebb, de jelentős szórást mutat.

Hasonló összefüggésben mutatja a vizsgálatban résztvevő **belgyógyászati és intenzív osztályok** létszámadatait az 5. és a 6. ábra. Belgyógyászati osztályoknál mind a délelőtti, mind az éjszakai műszakban egységesebb képet látunk. Délelőtti műszakban egy szakdolgozóra 8-10 beteg ápolása hárul, míg éjszaka ez a szám 14-17-re emelkedik. Az intenzív részleggel rendelkező belgyógyászati osztályok esetén az 1 ápolóra jutó betegszám 0,7-1,2 fővel kevesebb.

5. ábra: *Belgyógyászat, 1 ápolóra jutó betegszám délelőtt és éjszaka*



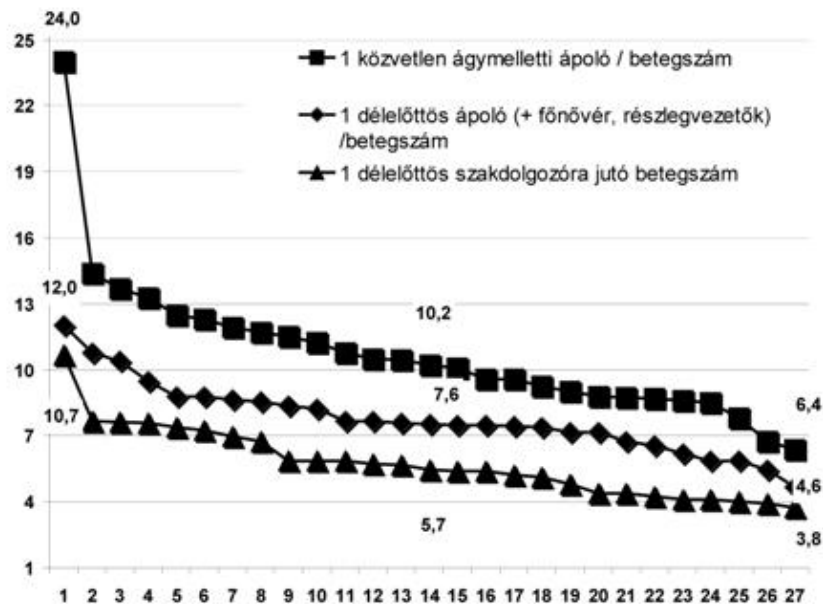
6. ábra: *Intenzív terápiás osztály, 1 ápolóra jutó betegszám délelőtt és éjszaka*



Intenzív osztályokon mind nappal, mind éjjel közel 2 fő az 1 ápoló által ellátott betegek száma. Tény, hogy e két szakterület esetén is városi kórházaknál a legkedvezőbb a kép. (5. ábra és 6. ábra)

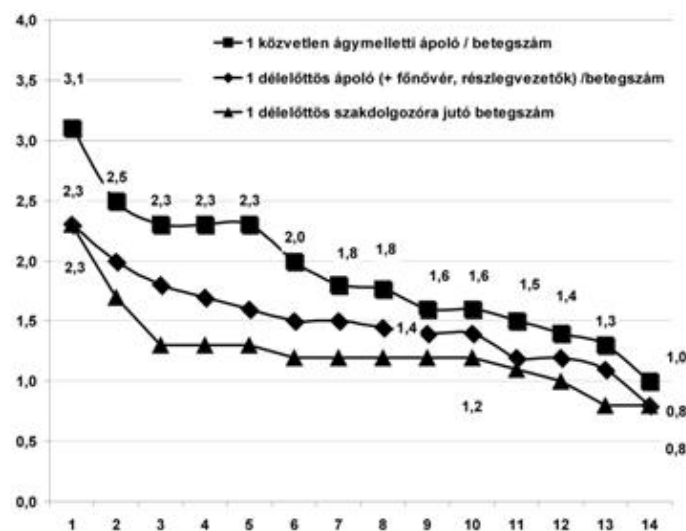
Ha osztályonként elemezzük a **megyei, intenzív részleggel nem rendelkező belgyógyászati osztályok** dolgozói és beteg adatait, láthatjuk, hogy délelőtti műszakban az 1 ápolóra jutó betegszám legkisebb és legnagyobb értékei között itt is majdnem négyszeres a különbség. Az biztos, hogy azon ápolók, akik műszakonként 24 beteg ápolását végzik, mind fizikailag, mind szellemileg hihetetlenül nehéznek érezhetik munkaterheiket, ezzel szemben azok, akik műszakonként 6 beteg ápolásáért felelősek, tényleges minőségi ápolást nyújthatnak. (7. ábra)

7. ábra: *Megyei belgyógyászati osztályok*



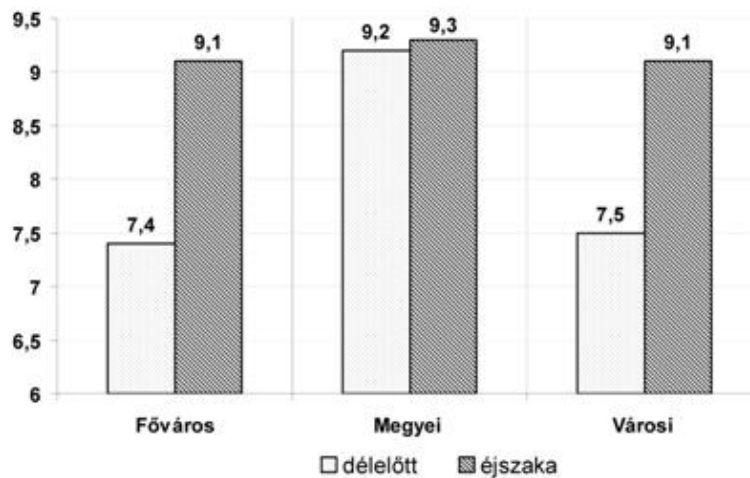
A **megyei kórházak intenzív osztályainak** délelőtti műszakban 1 ápolóra jutó betegszáma az egyes intézmények között mintegy háromszoros eltérést mutat (8. ábra) és az osztályok kétharmadánál felette van a hatályos minimumfeltételekben (16/2004. (III.23.) ESzCsM rendelet) meghatározott 1:1,6-os értéknek műszakonként. (8. ábra)

8. ábra: Megyei intenzív terápiás osztályok

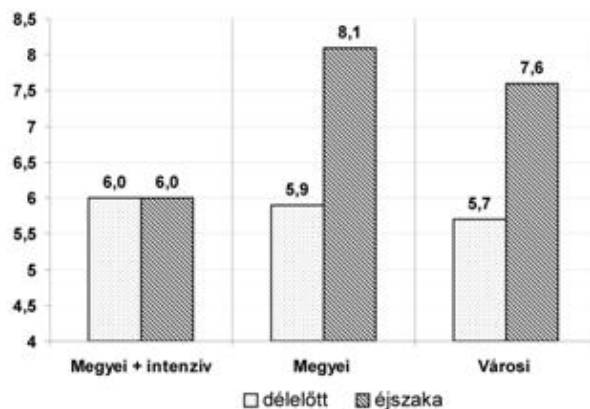


A vizsgálatban résztvevő kórházak **szülészeti és gyermekosztályainak** ápoló/beteg arányai láthatók a 9. és 10. ábrán. A szülészeti osztályok szakdolgozói létszáma magába foglalja a szülőszoba létszámszükségletét is, ez az oka az 1 ápolóra/szülésznőre jutó, az előzőekhez viszonyítottan alacsonyabbnak tűnő páciens létszámnak. Tény, ezen osztályok estében 1 ápoló/szülésznő délelőtti műszakban 7,4-9,2 fő, éjszakai műszakban 9,1-9,3 fő ellátását végzi.

9. ábra: Szülészeti, 1 ápolóra jutó betegszám délelőtt és éjszaka



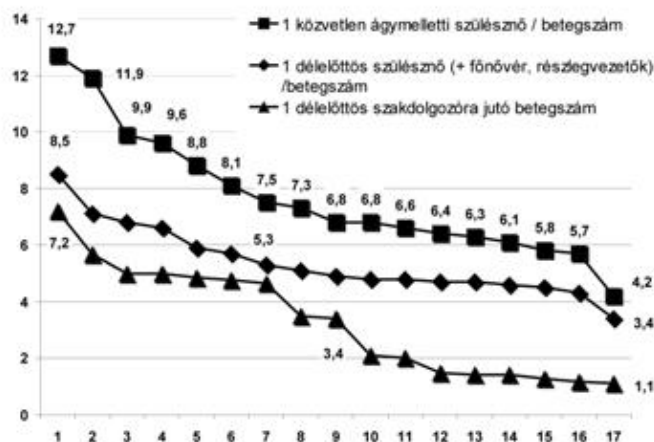
10. ábra: Gyermekosztály, 1 ápolóra jutó betegszám délelőtt és éjszaka



A gyermekellátás létszámgénye a korábbi időszakok létszám normatíváiban és a gyakorlatban is általában duplája volt a felnőtt ellátásának, amit a gyerekellátás speciális jellege indokol. Ezt a tényt jól tükrözik a vizsgálat adatai is.

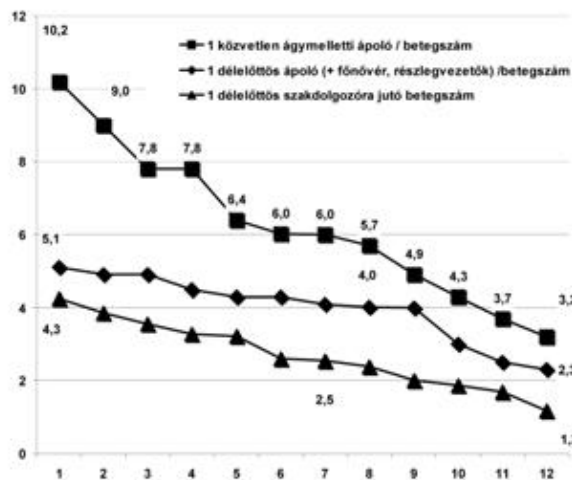
A vizsgálatba bevont **városi kórházak szülészeti osztályai** között délelőtti műszakban az 1 szülésznőre/ápolóra jutó beteglétszám legkisebb és legnagyobb értéke közötti háromszoros, míg a teljes osztályos szakdolgozói létszámra vetített paciens szám esetén majdnem hétszeres(!) eltérést tapasztalhatunk. (11. ábra)

11. ábra: Városi szülészeti osztályok



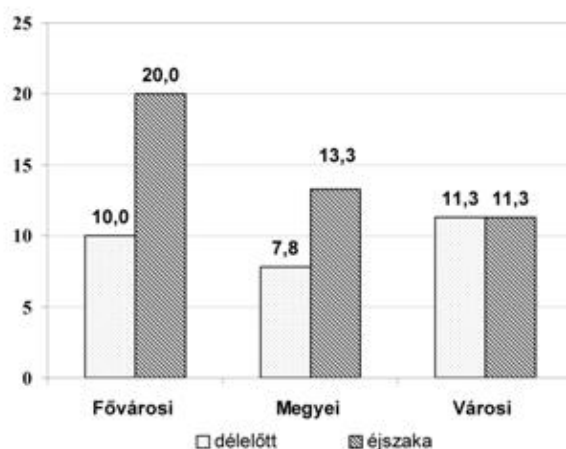
A **megyei kórházak intenzív részleggel rendelkező gyermekosztályain** az ápoló/beteg arányok szórásai az előzőekhez hasonló képet mutatnak. (12. ábra)

12. ábra: Megyei gyermekosztályok, intenzív terápiás részleggel

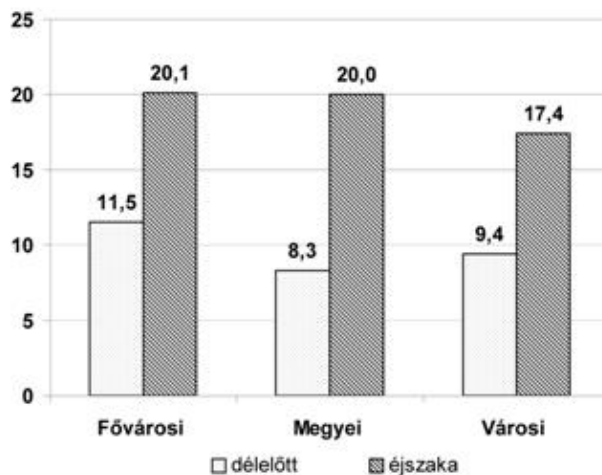


Végezetül pedig egy u.n. **kisklinikumi és a krónikus belgyógyászati osztályok** szakdolgozói létszámhelyzetét elemzem. A két osztálytípus mind szakmailag, mind a betegek ápolásigényessége szempontjából nehezen összehasonlítható, ugyanakkor érdekes, hogy mégis közel azonos ezen osztályok ápoló/beteg aránya. Ennek oka elsősorban a bőrgyógyászati osztályok többségének alacsony, 15-25-ös ágyszámában keresendő.
(13. ábra és 14. ábra)

13. ábra: *Bőrgyógyászat*, 1 ápolóra jutó betegszám délelőtt és éjszaka

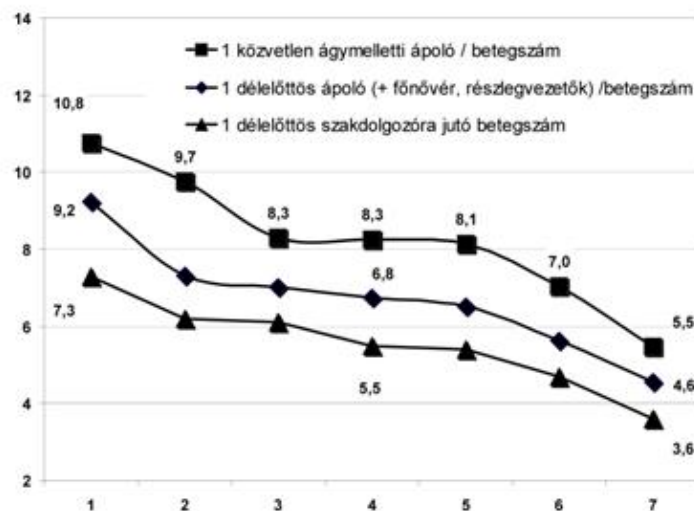


14. ábra: *Krónikus belgyógyászat*, 1 ápolóra jutó betegszám délelőtt és éjszaka



Ha a vizsgált **megyei kórházak krónikus osztályainak** délelőtti műszakokra vonatkozó szakdolgozói létszámadatait nézzük a korábbiaktól teljesen eltérő görbét kapunk. (15. ábra) Az 1 fő, közvetlen ápolási feladatot ellátó ápolóra jutó betegszám két szélső értéke között az eltérés itt a legalacsonyabb 1,9-szeres, és a napi betegszám – teljes szakdolgozói létszámához való viszonyítása esetén is „csak” kétszeres eltérést tapasztalunk az egyes osztályok között.

15. ábra: *Megyei krónikus belgyógyászati osztályok*



Összefoglalás

Összességében megállapítható, hogy:

- Kórház és osztálytípusoktól függetlenül az ápoló-beteg arányok átlagai igen csalóka képet mutatnak. Ténylegesen viszont az intézmények között igen jelentős különbségek vannak a műszakonkénti szakdolgozói létszámokban, ami feltételezhetően az ápolás minőségében is tükröződik, és így az eltérés jellegétől függően pozitív, illetve negatív irányba befolyásolhatja mind a betegek, mind a dolgozók elégedettségét.
- Kórházaink szakdolgozói létszámhelyzetében a nehéz gazdasági körülmények ellenére is érvényesülnek a szakmai szempontok (lásd: intenzív részlegekkel rendelkező osztályok, gyermekosztályok).
- Ápolóinkra műszakonként még mindig duplaannyi beteg ellátása hárul, mint a fejlett országokbeli társaikéra, ami a korai kiégés egyik legfőbb oka lehet.
- Az intézményeknek szükséges bevezetniük valamilyen egzakt létszám-megállapítási technikát, mert csak optimális (vagy ahhoz közeli) létszám esetén fog az ápolószemélyzet több örömet találni munkájában, ennek hatására a munkával való elégedettségük fokozódik, ami egyben erősebb motivációt és jobb munkateljesítményt is jelent.

Javaslatok

1. Az egészségügyi kormányzat felé:
 - Finanszírozható, dinamikus minimumfeltételek megfogalmazása, melyben besorolási tényezőként kell szerepelnie a betegek ápolási kategóriájának, a progresszív ellátási szintnek, a szakmai specifikációknak.
2. A kórházi menedzsment számára:
 - Mivel a bérköltségek mértéke a kórházakban szemben áll a mind szűkebb pénzügyi forrásokkal, csak a betegosztályozási rendszerekre épülő létszám meghatározási módszerekkel tudunk megfelelni a legfőbb kórházi alapelvnek, a betegek lehető legjobb ellátásának és a költséghatékony gazdálkodásnak.
 - A kórházi menedzsment felelős a betegellátáshoz szükséges, mennyiségi és minőségi szempontból is megfelelő személyzet biztosításáért, de felelős az alkalmazottakért is, akik viszont ésszerű munkaterhelést várnak el tőlünk. Tehát az adott gazdasági lehetőségek mellett a létszámot úgy kell biztosítani, hogy az egyúttal a dolgozói és a beteg igényeket is kielégítse, vagyis hogy gazdaságilag biztonságos és egyúttal szakmailag hatékony legyen. Ez azt is jelenti, hogy a szervezettel szembeni anyagi felelősség mellett nem szabad megfeledkeznünk a betegekkel és a dolgozókkal szembeni etikai felelősségünkről sem.

Előadasként elhangzott:

- Magyar Kórházszövetség XVIII. Kongresszusa (2006. március 8-10., Siófok)
- Hungaromed VII. Egészségügyi Tudományos Konferencia (2006. október 10-11., Budapest)

Irodalomjegyzék

1. Bessie L. Moarquis, Carol J. Huston (1999): *Vezetői szerepek és menedzsmentfunkciók az ápolásban* Medicina Könyvkiadó Rt. – Budapest
2. Janice R. Ellis, Celia L. Hartley (1997): *Az ápolás irányítása és összehangolása* Medicina Könyvkiadó Rt. – Budapest

[Vissza a tartalomhoz](#)

ÁPOLÁSVEZETÉS

Az osztályvezető ápolók kompetenciájának felmérése

Dr. Helembai Kornélia, Tulkán Ibolya, Dr. Gábor Katalin

Szegedi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Ápolási Tanszék

Összefoglaló

Az Egészségügyi Világszervezet ápolásfejlesztési stratégiája kiemelt hangsúlyt helyez a humán erőforrás tervezésére, kapacitásának bővítésére, valamint a bizonyítékokon alapuló gyakorlat területére. A munka célja volt hozzájárulni európai ajánlások megfogalmazásához az ápolásvezetők továbbképzése számára a kompetencia irányelvektől a folyamatos képzés megvalósításáig. A jelen tanulmány a Leonardo da Vinci Program segítségével végzett helyzetfeltárás magyarországi tapasztalatait mutatja be, melyet az osztályvezető ápolók (N= 6), ápoló felettesek (N= 6), valamint a közvetlen orvos felettesek (N= 6) körében végeztek a szerzők.

A program hét országra terjedt ki, a vizsgálat mindenütt azonos munkamódszerrel készült. Interjú, továbbá egy tipikus munkanap megfigyelése alapján végzett munkaidő elemzés, valamint az úgynevezett szituációelemzés segítségével végzett vizsgálatok eredményei feltárták az osztályvezető ápolók komplex feladatrendszerét, valamint a nélkülözhetetlen hozzájárulásukat az ápolás célkitűzéseinek eléréséhez. A szerzők megállapították, hogy az osztályvezető ápolók igen jelentős szerepet töltenek be a humánerőforrás működtetésében, továbbá azt is, hogy ennek során többnyire intuitív módon érnek el eredményeket.

A szerzők a tapasztalatok alapján szükségesnek tartják már az oktatás során a teljesítményértékelésre vonatkozó ismeretek elmélyítését.

Az Egészségügyi Világszervezet 2002-ben tette közzé az ápolás fejlesztésének stratégiai irányairól szóló dokumentumát, amely kiemelt hangsúlyt helyez többek között a humán erőforrás tervezésére, a kapacitás fejlesztésére, valamint a bizonyítékokon alapuló képzés és gyakorlat területére. A kitűzött célok eléréséhez az Európai Bizottság által támogatott projektek nyújtanak segítséget, amelyek hozzájárulnak ahhoz, hogy a különböző országok a transznacionális együttműködésük során feltárt eredményeiket kölcsönösen elismerjék, továbbá a tapasztalatok szintéziseként útmutatókat fogalmazzanak meg.

A Leonardo da Vinci Program szakképzésre, ezen belül is az ápolásvezetők továbbképzésével foglalkozó munkájának lezárásaként elkészült és annak magyar nyelven is megjelent szintézisét az olvasók már megismerhették (Nővér, 2005.június, Különszám). A teljes munka bemutatása CD-ROM-on francia és angol nyelven elérhető, amelyből a magyarországi tapasztalatokat összefoglaló részeket itt, e jelentős szakmai folyóirat hasábjain keresztül is szeretnénk közvetíteni az érdeklődőknek.

A felmérések elvégzésére a Leonardo da Vinci program második fázisában, 2002 novembere és 2004 decembere között került sor, amelynek keretében célirányosan folytatódott a kórházi betegellátás minőségének javítása érdekében megkezdett vizsgálatok az ápolásvezetők kompetenciájának és mobilitásának fejlesztése területén 7 európai ország 8 kísérleti helyszínén, 25 partner összefogásával.

A hazai „kísérleti helyszínek” Szeged nyújtott otthont, ahol a Szegedi Tudományegyetem Orvostudományi és Gyógyszerésztudományi Centrum Ápolási Igazgatásának és klinikáinak munkatársai, valamint a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolási Tanszékének oktatói és a szakminisztérium képviselője dolgoztak együtt a valamennyi partner által kialakított közös munkamódszerrel.

Kapcsolódásunkat a projekthez és részvételünket a referencia anyag kidolgozásában több cél is vezette. Ezek sorában megtalálható volt az Európai Unióhoz való csatlakozás és a harmonizáció elősegítése éppen úgy, mint az ápolásvezetők hatékonyságának növelése a magas szintű ápolás biztosítása érdekében. A téma felé fordulásunkat inspirálták az utóbbi években elvégzett nemzetközi elemző munkák eredményei is. Annak ellenére ugyanis, hogy az osztályvezető ápolók tevékenysége erőteljes hasonlóságot mutat a különböző országokban, az ápolásvezetők képzését mégis a sokszínűség jellemzi mind a kiválasztás módja, mind pedig a képzési programok és azok oktatási tartalma területén. Igen kevés a témával foglalkozó, könnyen hozzáférhető tanulmányok száma, ráadásul az esetlegesen létező referenciaanyagok többnyire belső használatra készültek, és csak keveset „validáltak”, azaz hitelesítették maguk a szakemberek. Tömör megfogalmazásban: az ápolói szakma még nem dolgozta ki az ápolásvezetői funkció európai szabványát.

Alapvetően fontos szempontként tekintettük így az osztályvezető ápoló pozíciót betöltő szakemberek munkájának definiálását, amelynek alapján felmérhetők a képzési szükségletek és növelhető az egyéni munkavégzés eredményessége.

Jelen tanulmányunkban az európai ajánlás megfogalmazásához hozzájáruló kutatásunk első munkafázisában elkészült helyzetelemzés tapasztalatait kívánjuk bemutatni.

A szakmai referenciaanyag kidolgozásához a résztvevő országokkal közösen elfogadott elméleti megfontolásokat, valamint vizsgálati eszközöket alkalmaztuk a jelen helyzet feltárása érdekében. Az adatgyűjtés során alkalmaztuk az interjú, továbbá egy tipikus munkanap megfigyelése alapján végzett munkaidő elemzés, és az úgynevezett szituációelemzés módszerét. Ez utóbbi egy, az osztályvezető ápolók által „szokványosnak” és egy „különlegesnek” ítélt munkaszituáció azonosításához szükséges szempontokat foglalta magába, amelyek segítségével számba vehettük az osztályvezető ápolók által elmondott történetben mozgósított, kulcsfontosságú készségek és ismeretek körét. Felméréseinket sebészeti, belgyógyászati, belgyógyászati intenzív, nőgyógyászati, gyermekgyógyászati és bőrgyógyászati osztályokon végeztük el (N= 6).

Az osztályvezetői munka területeinek összegzését az intézetvezető ápolókkal, valamint az osztályvezető ápolók közvetlen orvos feletteseivel, továbbá magukkal az osztályvezető ápolókkal készített és azonos szempontokat tartalmazó interjúk elemzése alapján készítettük el (N=18).

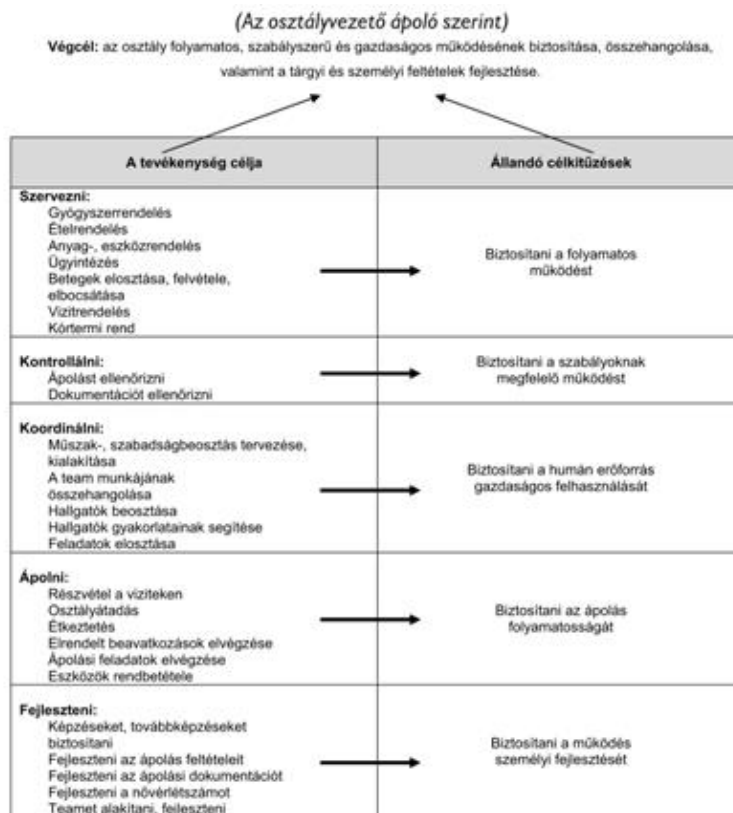
Az interjúkra és a megfigyelésekre 2002. július-szeptember között került sor, így az egyes eredmények esetenként tükrözik a nyári szabadságolás időszakára jellemző vonásokat is.

Elsőként azokat a tevékenységcsoportokat tártuk fel, amelyek a mindennapi szakmai munkában szerepelnek. Második lépésként azt vizsgáltuk meg, hogy ezek a tevékenységek milyen állandó célkitűzéseket szolgálnak. Végül megkíséreltük összegezni azt, hogy a megkérdezettek szerint „mire való” az osztályvezető ápoló, mi a tevékenységének a végcélja, mi a küldetése.

Az állandó tevékenységek és a végcélok rendszerbe foglalásához az osztályvezető ápolókkal készített interjúk alapján kirajzolódó kategóriákat és csoportosításokat használtuk fel. Ennek oka egyrészt az, hogy az általuk felsorolt tevékenységi listák voltak a leggazdagabbak, másrészt pedig az, hogy a megítélésüket, vélekedésüket különösen fontosnak ítéltük meg.

A fő célkitűzések köre ennek alapján –amely az orvosok és a felettes ápolóvezetők véleményét is átfogja– az ábrán bemutatottak szerint foglalható össze (1. ábra)

1. ábra: Az osztályvezető ápolóval szembeni elvárások
(Az osztályvezető ápoló szerint)

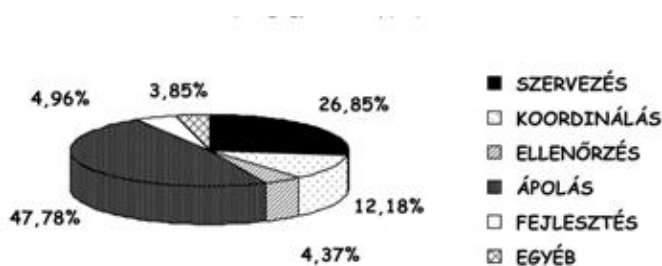


Az orvos felettesek elvárásaiban erőteljesen megjelent az osztályvezetők aktív részvétele iránti igény a tényleges ápolásban. Az ápoló felettesekkel készített interjúkban az elvárás elsődlegesen a kevesebb szakmai gyakorlattal rendelkező beosztott ápolók segítségét szolgáló fejlesztő munkához kapcsolódott. Az osztályvezető ápolók tevékenységét valamennyi megkérdezett nélkülözhetetlennek tartotta az egység működéséhez. Szavaikat idézve „az osztályvezető ápolók nélkül az osztályokon káosz lenne”.

Az interjúk után az osztályvezető ápolók egy tipikus munkanapjának megfigyelését végeztük el, amely módot nyújtott az általuk végzett tevékenységek tételes számba vételére. Az interjúk tapasztalatai mellett így már a megfigyelések eredményei is a rendelkezésünkre álltak az osztályvezető ápolók tevékenységének átfogó elemzéséhez. A megfigyelések és az interjúkban adott becslések között csak az ápolásra fordított idő megítélése terén tapasztaltunk jelentős eltérést. A megkérdezettek a szervezési feladatokat értékelték 45% körülnek az interjúk során, amely inkább a „kell”, mint a „van” helyzetet jeleníti meg.

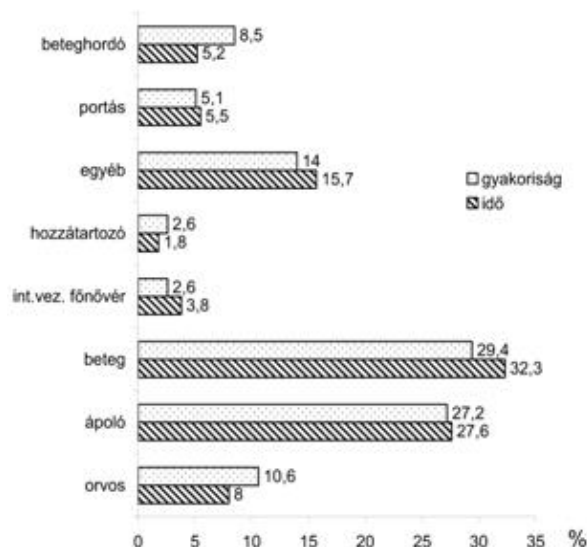
A leírható kategóriák mind a megfigyelések, mind pedig az interjúkban a következők voltak: szervezés, koordinálás, kontrollálás, ápolás, fejlesztés és az úgynevezett egyéb kategória, amelybe a személyes szükségletek kielégítésére szolgáló aktivitásokat soroltuk, pl. ebédszünet. Az egyes kategóriákat a 2. ábrán szemléltetjük.

2. ábra: Az osztályvezető ápolók tevékenységének fő területei
(Megfigyelés alapján)



A megfigyelések alapján készítettük a 3. ábrát az osztályvezető ápolók munkaidő alatti kapcsolatainak megoszlásáról és azok gyakoriságáról is. Az idő és a gyakoriság egymáshoz való viszonyánál jelentős eltéréseket nem találtunk.

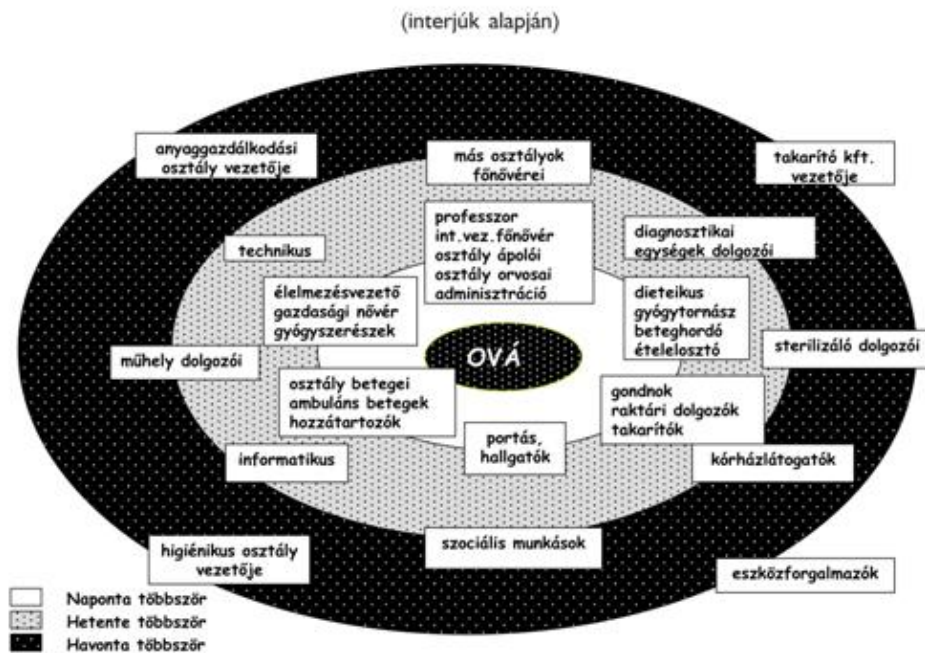
3. ábra: A kapcsolatokat százalékos megoszlása az idő és a gyakoriság alapján



A kapcsolatok sorrendjét a betegekkel és az ápolókkal eltöltött idő vezeti. Ezt az egyéb kategória követi, amelybe az osztály működéséhez szükséges személyes kapcsolatokat soroltuk. Valójában ebben a csoportban szerepelhetne a raktárossal és a beteghordókkal való kapcsolat is, azonban mértékük alapján külön tüntettük fel, mivel ezek gyakorlatilag csaknem azonosak voltak az ápolókkal eltöltött idővel és gyakorisággal. A sort az orvosokkal, valamint az intézetvezető főnővérrel és a hozzátartozókkal való kapcsolat gyakorisága zárja.

Munkánk során az osztályvezető ápolók szerepének fontosságát az interjúk és a megfigyelések egyértelműen bizonyították, és feltárult az osztályvezető ápolók kapcsolatrendszerének jelentősége is. Erre vonatkozóan azonban hazánkban még nem készült korábban felmérés. (4. ábra)

4. ábra: Az osztályvezető ápolók (OV Á) szakmai kapcsolatainak kartográfiája



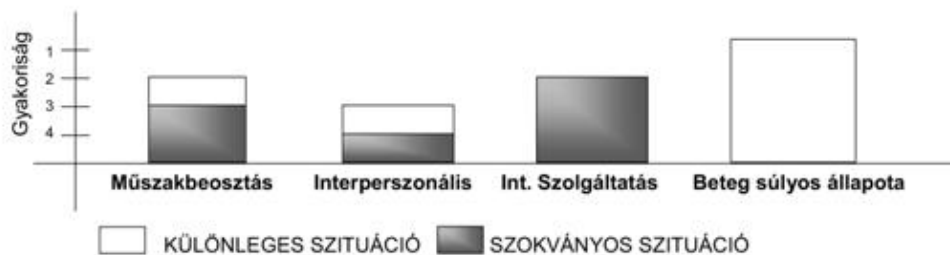
(interjúk alapján)

Az osztályvezető ápolók kapcsolatait az interjúk alapján a naponta többszöri (pl. dietetikus, ápolóhallgatók, betegek orvosok stb.), a hetente többszöri (pl. szociális munkások, technikusok, diagnosztikai egységek dolgozói stb.), valamint a havonta többszöri kapcsolatok (pl. takarító cég vezetője) gyakorisága segítségével rendszereztük el.

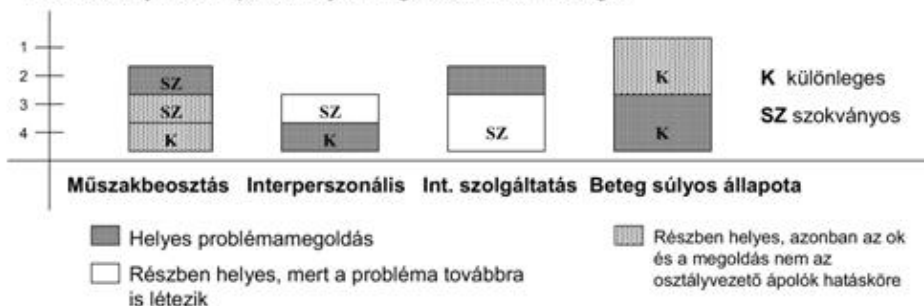
A szituációk azonosításához az osztályvezető ápolók által elmondott úgynevezett szokványos és különleges helyzetek elemzése szolgált. (5. ábra)

5. ábra: Az elemzett szituációk fő jellemzői

1. A szituációban feltáruló problémák:



2. Az osztályvezető ápolók helyzetmegoldásainak minősége:



A vizsgálatban résztvevő hat osztály mindegyikén azt kértük az osztályvezető ápolóktól, hogy ismertessenek a mindennapokból egy szokványosnak és egy különlegesnek ítélt helyzetet.

Elsőként azt gyűjtöttük össze és emeltük ki, hogy valójában milyen probléma esetén minősítik az osztályvezető ápolók szokványosnak, illetve különlegesnek az adott szituációkat. Valamennyi eset kapcsán összesen négy problémakategóriát találtunk:

1. A műszakbeosztás elkészítésével összefüggő gondokat, amely területen két szokványos és egy különleges szituációt szerepelt.
2. Az interperszonális problémák csoportjába egy szokványos és egy különleges szituáció volt sorolható.
3. Az ellátással kapcsolatos valamennyi probléma csak az úgynevezett szokványos, míg a betegek súlyos állapotával kapcsolatos problémák a különlegesnek ítélt szituációkban szerepeltek.
4. Ezt követően a problémahelyzet megoldásának eredményességét és minőségét vizsgáltuk meg.

Bár valamennyi helyzet megoldása eredményes volt, a továbbiakban mégis az alábbi kategóriákat alakítottunk ki:

1. A helyes problémamegoldás csoportjába az osztályvezetők azon eljárásait soroltuk a szituációk alapján, amelyek az adott problémát véglegesen megszüntették.

2. A részben helyes megoldás kategóriát két alcsoportra bontottuk:

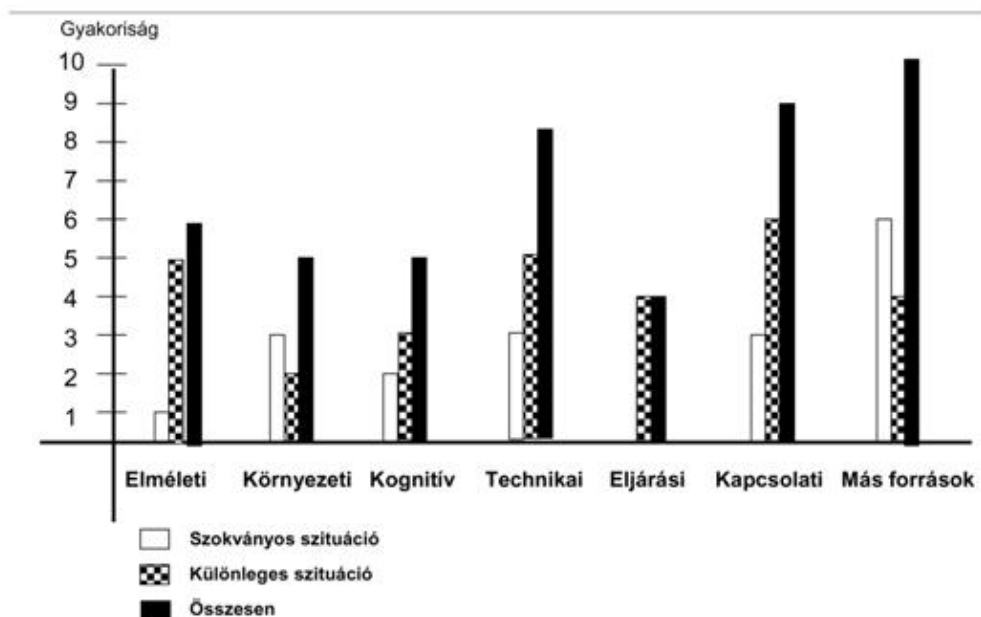
a) Az eljárás részben helyes, azonban a probléma továbbra is létezik (pl. feloldja pillanatnyilag az interperszonális problémát, de a következő nap ennek a mikéntjén ismét törheti a fejét).

b) A másik „részben helyes csoportba” azokat a megoldásokat soroltuk, amelyekben az osztályvezető ápolók megoldják ugyan a helyzetet, azonban a probléma tovább él, mivel a végleges megoldás meghaladja az osztályvezető ápoló hatáskörét (pl. súlyos létszámkhiány esetén találgatni lehet, de magasabb fizetést, társadalmi megbecsülést nem áll módjában biztosítani).

Az osztályvezető ápolók viselkedésének jellemzői egyébként a megfigyelések és az interjúk alapján is messzemenően megfeleltek az általánosan elfogadott, írott és íratlan társadalmi/professzionális normáknak. Szakmai szempontból a magatartási jellemzők a kiegyensúlyozottság, empátia és kongruencia csoportjába voltak sorolhatók.

További lépésként az osztályvezetői munkához kapcsolódó kompetenciák és ismeretek területéről készített összegzést készítettük el az osztályvezető ápolók által elmondott szokványos és a különleges szituációk elemzése alapján, mivel ezek jól tükrözik a megfigyelésekben megjelenő arányokat és a felettesek interjúiban megjelenő elvárt tudásokat is. Ezt mutatja be a 6. ábra.

6. ábra: A szituációkban mozgósított ismeretek

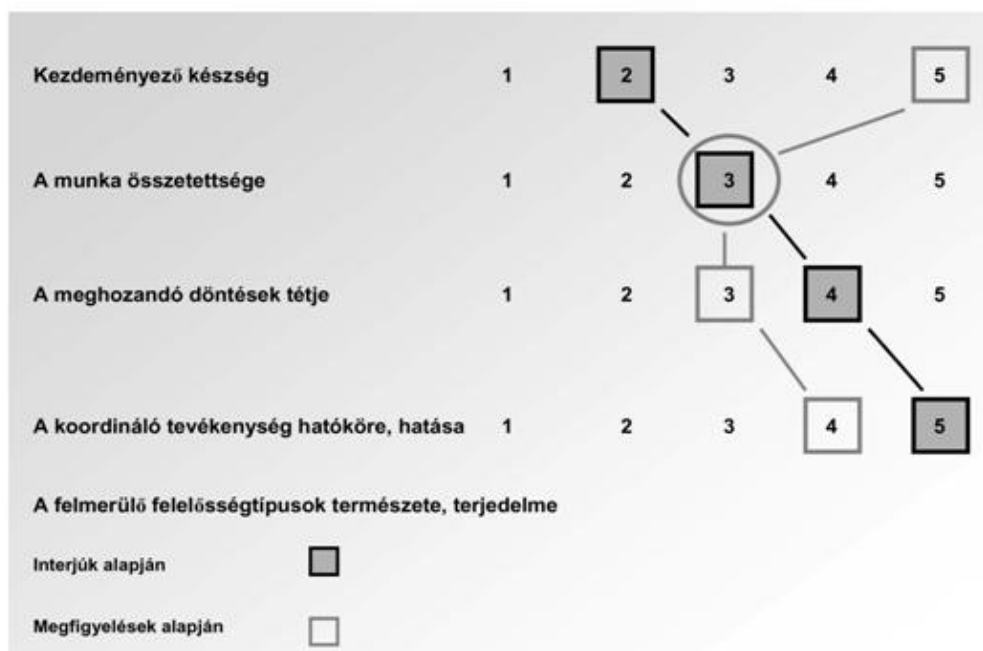


Az egyes tudásterületek összesítése alapján sorrendben az egyéb (interperszonális tudás), a kapcsolati (felelősök, alá/fölé rendeltség), technikai (eszközök, számítógép használata), valamint az elméleti ismeretek (általános szakmai tudás) csoportjai következnek. Azonos mértékben szerepel a környezeti (helyi sajátosságok, specialítások) és a kognitív tartalmak (elemző, szintetizáló, logikai és döntési képesség) területe, míg az utolsó helyen az eljárási ismeretek (protokollok használata, intézkedési rend) zárják a sort.

A különleges szituációkban az elméleti, kognitív és a technikai, valamint a kapcsolati ismeretek meghaladják a szokványos szituációkban használt tudásformák gyakoriságát. A szokványos helyzetekben viszont az egyéb és a környezet ismeretére vonatkozó tudásgyakoriságok magasabbak. Figyelemre méltó továbbá az is, hogy az eljárási ismeret kategória csak a különlegesnek minősített helyzetekben fordult elő.

Az osztályvezetők felelősségi szintjének elemzésekor mind az interjúk, mind pedig a megfigyelések tapasztalatait mérlegettük, az eredményt a 7. ábrával szemléltetjük.

7. ábra: A felelősség szintje



Az interjúk alapján a kezdeményezés szintje elégséges osztályzatot kapott. Ez a becslés valójában nem az osztályvezetők reális kezdeményezőkészség szintjét mutatja, hanem sokkal inkább azt, hogy ezt a valóságban kitűnően működő készségüket még nem tudatosították. Az interjúkban ez a vonásuk csak alig jelent meg, azonban a megfigyelések a kezdeményezőkészség állandó jelenlétét és jó működését mutatták. A meghozandó döntések tétjét és a koordináló tevékenység hatókörét a beszélgetés során magasabbra értékelték a megfigyeléshez képest. A felelősség szintje egyedül a munka összetettsége területén nyert azonos minősítést mind az interjúk, mind a megfigyelések tükrében.

Az elvégzett feladatok és a nyert tapasztalatok feltárták az osztályvezető ápolók komplex feladatrendszerét, valamint a nélkülözhetetlen hozzájárulásukat az ápolás célkitűzéseinek eléréséhez. Megállapíthattuk azt is, hogy a humánerőforrás működtetésében igen jelentős szerepet töltenek be, továbbá azt is, hogy ennek során többnyire intuitív módon érnek el eredményeket. A munka folytatásaként éppen ezért a továbbképzési program tárgyaként a teljesítményértékelés témakörét jelöltük meg, amelynek tartalmáról és módszereiről egy következő írásban számolunk be.

Irodalomjegyzék

1. C. Dechamps and Y. Dubois (Ed) (2004) Ford.: Fedinecné Vittay Katalin (2005): Ajánlások az európai ápolásvezetők képzésére. A kompetencia-

2. C. Dechamps and Y. Dubois (Ed.) (2004): *Recommendations pour la formation des cadres infirmiers en Europe. Recommendations regarding the training of nursing managers in Europe.* Assistance Publique, Hôpitaux de Paris. Paris, pp. 247. paper form
<http://formation.ap-hop-paris.fr/leonardo/index.html>
3. C. Dechamps and Y. Dubois (Ed.) (2004): *Recommendations pour la formation des cadres infirmiers en Europe. Recommendations regarding the training of nursing managers in Europe.* In.: *Local Reference Base.* Assistance Publique, Hôpitaux de Paris. Paris, pp. 94 - 100. paper form
<http://formation.ap-hop-paris.fr/leonardo/index.html>

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az egyetemi végzettségű ápolók lehetséges szerepe a magyar egészségügyben

Mészáros Judit, főigazgató, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
Balogh Zoltán, főiskolai adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
Dr. Zékányné Rimár Ilona, ápolási igazgató, Kenézy Gyula Kórház, Debrecen

Egyetemi okleveles ápoló kiegészítő alapképzés indult el a 2002/2003 tanév II. félévében a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán. A program részletes kimunkálása több éves előkészítő munka után valósult meg. Az egyetemi okleveles ápolóképzés tantervének összeállításakor felmértük a jelenlegi hallgatóságunk igényét és elvárásait egy egyetemi képzés tekintetében, illetve ezen tapasztalatokat összevetettük a Kormány 2000. évben kiadott rendeletével (85/2000. /VI. 15./), mely az egyetemi szintű ápoló alapképzési szak képesítési követelményeiről szól. Ezen túlmenően megbeszéléseket folytattunk azon ápolási szakemberekkel, akik a kórházi ellátás menedzsmentjében orvos- és ápolásvezetői, illetve oktatói szerepet töltenek be. Fejlesztésünk során a Magyar Ápolási Egyesület, mint az ápolók szakmai szervezetének javaslatait is figyelembe vettük. A hazai elvárásokon túl kitekintettünk a nagy ápolási múlttal rendelkező tengeren túli országok (USA, Kanada) hasonló képzéseinek tapasztalataira, ahol is a regisztrált ápolók majd 10 %-ának van egyetemi végzettsége. Tantervünket a hazai egészségügyi szakoktató és a diplomás ápoló képzésben már hosszú évek, vagy évtizedek óta dolgozó kollégák szakmai és pedagógiai tapasztalatait figyelembe véve alakítottuk ki.

Azt, hogy hova kerülnek az egyetemi ápolók a magyar egészségügy rendszerében, nehéz megjósolni, hiszen az elmúlt néhány év alatt még nem gyűlt kellő tapasztalat arról, hogy mi is az egyetemi fokozattal rendelkező ápolók valós szerepe, lehetősége. Ennek egyik lehetséges magyarázata lehet az, hogy az elmúlt esztendőknél viszonylag kevesen végeztek. A Pécsi Tudományegyetemen, mint a képzést elsőként elindító intézményben, és a Semmelweis Egyetemen összesen 331 fő végezte el ezen programot, akik közül középfokú nyelvvizsga híján nem egészen háromszázan kaptak diplomát. Tehát számuk a több tízezres ápolói létszámhoz képest még elenyésző. További magyarázat lehet az is, hogy egyetemi fokozattal rendelkező ápoló, mint bizonyos munkakör betöltésére alkalmas szakdolgozó még hiányzik a 2003-ban módosított szakmai minimumfeltételekből. Éppen ezért a cikk szerzői gondolataikat kettős megközelítésben, mind a képző intézmény, mind pedig a munkáltató oldaláról kívánják az olvasókkal megosztani a jövő egyetemi fokozattal rendelkező ápolóinak szerepével kapcsolatosan.

Az okleveles ápolót egy innovatív, kreatív, fejlesztési becsvágygal rendelkező szakembernek képzeljük el, aki remélhetőleg katalizátora lesz a hazai ápolásügy, s ez által az egészségügy megújulásának, erőre kapásának. Fontos, hogy az ápolási szakma pesztizse, tekintélye visszanyerje régi rangját az egészségügyi társadalom és a lakosság körében is. Ezt a csatát legelőször az egészségügyi team-en belül, az orvosok és más paramedikális szakemberek körében kell megvívni és megnyerni. A „háborút” pedig csak akkor nyerjük meg, ha a szemléletváltás a lakosságot, a hazai társadalmat is megérinti.

Hogyan tudjuk az egészségügyi szakemberekkel a csatát megvívni? Csakis úgy, hogy ezen új végzettséggel rendelkező ápolási szakembereknek olyan konkrét lehetőségeket, feladatokat delegálunk, illetve delegálnak a kórházak, intézmények vezetői, olyan új munkaköröket teremtünk, teremtenek, melyekben tanulmányaikat, szakmai tudásukat és gyakorlatukat során megszerzett tapasztalataikat a leghatékonyabban tudják kamatoztatni.

Melyek is lehetnek ezek az új területek? Abban mindannyian egyetérthetünk, hogy egy szakmaterület, egy tudományág rangját és presztízsét a kutatómunka alapján történő gyakorlati fejlesztések viszik előre. Ha az ápolástudományt, mint önálló diszciplínát tekintjük hazai és nemzetközi kitekintésben is, sajnos elmondhatjuk, hogy ezen a területen van a legnagyobb lemaradásunk. Kevés a hazai, megbízható kutatás, s ha van is, akkor az csak szórányosan jelenik meg, és sokszor nem válik országosan ismertté és követendővé. Tehát az *ápoláskutatás* az egyik terület, melyben a jövő egyetemi oklevéllel rendelkező ápolói kiemelkedő helyet és szerepet kaphatnak.

A kurrikulum összeállításakor kiemelkedő hangsúlyt szántunk a szakmai, klinikumi mind a kötelező, mind pedig a választható, orientációs ismeretek bővítésére és elmélyítésére. Ezzel a témakörrel szorosan összefüggő terület az új *szakmai irányelvek, protokollok fejlesztésében* és meghonosításában betöltendő szerep. Ahhoz, hogy a különböző szakterületeken végzett betegellátási, ápolási és rehabilitációs tevékenységek eredményességét szakmailag értékelni lehessen, feltétlenül szükség van jó klinikai irányelvekre. Az Egészségügyi Minisztérium az elmúlt évek során felvázolt koncepciója szerint – hasonlóan a fejlett európai országokhoz – Magyarországon is létre kíván hozni egy olyan szervezetet, amely koordinálja, módszertanilag támogatja az irányelvfejlesztést, képzéseket tart, elvárásokat támaszt és meghatározza a szakmai irányelvekkel kapcsolatos egységes tartalmi és formai állásfoglalásokat.

Az elmondottakból továbbá az is következik, hogy az egyetemi végzettségű szakembereket az *ápolóképzés* különböző területén, szintjén az oktatásba is be kell vonni. Ezt az állítást támasztotta alá az év elején, Főiskolai karunkon, diplomás ápoló hallgatók bevonásával készült felmérés is.

Az elmúlt esztendőknél törvényi változásainak ismeretében az egészségügyi ellátás szinterei a *minőségbiztosítást, minőségfejlesztést* nem mint választható alternatívát tekintik, hanem egy kötelező és követendő feladatot. A jól képzett, széles ismeretekkel rendelkező egyetemi végzettségű szakemberek fontos feladatot vállalhatnak a kórháztanúsítás kivitelezésében, az intézmények minőségfejlesztésében is.

Megfelelő szakmai gyakorlat birtokában – hasonlóan más európai és tengeren túli egészségügyi intézményekhez – az egyetemi végzettségű ápolók kiemelkedő szerepet vállalnak és kapnak a kórház, illetve *egészségügyi intézmények vezetésében, menedzsmentjében* is. Fontos lenne, hogy ezen elkötelezésünket is a jövőben szem előtt tartsuk, és tudatosan neveljük ki a jövő kórvázvezetését.

A korszerű ápolás során mind gyakrabban előtérbe kell helyezni az ápolási és rehabilitációs eszközök alkalmazását. Az ápolóknak a napi rutin feladatok

kivitelezése során, valamint a betegek hozzátartozóinak szóló tanácsadás során figyelemmel kell lenni maguk, a hozzátartozók és a betegek védelmére, a mind szakszerűbb ellátásra. Ápolási szakemberek révén jelentős feladatot kaphatnak a különböző *ápolási eszközök, segédeszközök kialakításában, fejlesztésében, kipróbálásában*. A Gyógyászati Segédeszköz Gyártók és Forgalmazók Országos Szövetségének törekvése, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ne csak a segédeszközöket, hanem az ápolási eszközöket is támogassa, illetve felírhatóvá tegye. Kíváncos lenne, mint ahogy ezt 2001-ben a Szegeden rendezett Menedzsment konferencián a Magyar Ápolási Egyesület elnöke is megfogalmazta, hogy az egyetemi végzettségű ápolók részt vállalhatnának és kapnának a rehabilitációs, illetve *ápolási eszközök, termékek felírásában* is. Ez valós kompetencia-növekedést jelenthetne a jól képzett ápolók körében.

A „tudós” ápolóvá válás folyamatának egyik kulcsállomása, hogy az egyetemi fokozat birtokában a további, tudományos előremenet is nyitva álljon az ápolók előtt. Ennek érdekében a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolája lehetőséget teremtett paramedikális szakembereknek az ápolás és egészségnevelés területén tudományos kutatómunka és Ph.D. fokozat megszerzésére. De örömmel lehet elmondani, hogy a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán már végeztek az első, okleveles ápoló végzettségű alapokra épített doktori fokozattal rendelkező kollégák is.

Az egyetemi okleveles ápolók helyét, szerepét az egészségügyi rendszerben a felhasználói oldalról is hasonlóan gondoljuk, mint a képzés szakemberei. Nem is lehet ez másképp, hiszen a szak indítása előtt e tekintetben kellő konzultáció történt az ápolásvezetőkkel, klinikai szakemberekkel. Tudomásunk szerint a szak indításának fő célja az volt, hogy olyan ápolókat képezzenek egyetemi szinten, akik korszerű ismereteik, hivatásuk iránti elkötelezettségük, pedagógiai készségük birtokában tanítják a jövő ápolóit. Abban is mindenki egyetértett, hogy ne legyen tömeges képzés, csak a reális igényeknek megfelelő számú szakember végezze el az egyetemet.

Az egyetemi okleveles ápolók foglalkoztatásáról nincs átfogó ismeretünk, de érdeklődésünkre, néhány fekvőbeteg intézményből az alábbi válaszokat kaptuk. Az egyetemi okleveles ápoló elhelyezkedése függ:

- A betölthető státuszok számától, bérfedezetétől,
- az ápolásvezető, ápolási igazgató szemléletétől,
- a jelentkező igénytől (van, aki csak vezetői munkakört akar ellátni),
- nappali tagozaton vagy kiegészítő képzés keretében tanult (a vezetők előnyben részesítik a már nagyobb ápolási gyakorlattal rendelkező szakembereket),
- ha kiegészítő képzés keretében tanult a dolgozó, a munkahelye támogatja-e (tanulmányi szerződést kötnek-e vele), vagy a dolgozót egyéni karriervágy motiválta a diploma megszerzésében.

Mivel az egyetemi okleveles ápolók lehetőségeit tanulmányozva az „ahány ház, annyi szokás” helyzetével találkoztunk, ezért nem tudunk egy általánosan bevált mintát felvázolni, így a Hajú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet gyakorlatán keresztül kívánunk egy lehetséges modellt bemutatni.

Intézményünkben 3 fő elvégezte az egyetemet, 1 fő jövőre, 2007-ben fog végezni. A három végzett kollégának (akik diplomás ápoló alapidplomával rendelkeznek) a kórház támogatta a tanulmányait és végzésük után a képzettségüknek megfelelő munkakört és bér-besorolást kaptak. A jelenleg tanuló munkatársunk önszorgalomból tanul, nincs tanulmányi szerződése, de a diplomás ápoló és egészségügyi menedzseri képzése alapján is számíthatunk a tudására. A Kenézy Gyula Kórházban tehát az egyetemi okleveles ápolók beosztása, feladatköre a következő:

- 1 fő minőségfejlesztési vezető. Ő kórházi szinten önállóan koordinálja a minőségfejlesztési tevékenységet, sőt mindezeket tanítja is,
- 1 fő ápolási igazgató helyettes. Ő osztályos vezető főnővér és előadóként részt vesz az ápolók képzésében, továbbképzésében is,
- 1 fő osztályos vezető főnővér, aki ápoláskutatási témavezető,
- 1 fő részlegvezető főnővér, aki az egynapos sebészet kidolgozásának felelős ápolója.

A felsoroltakon kívül delegált feladatokat is kapnak, például:

- közbeszerzési pályázatok szakértői feladatainak ellátása,
- ápolásszakmai rendezvények (nővénap, tudományos konferencia) megszervezése, továbbképzési programok pályázatának (igények felmérése, prioritások állítása) elő- és elkészítése,
- különböző szakmai fejlesztő team-ek, így például ápolási dokumentációfejlesztő, protokoll-fejlesztő, humán-erőforrás racionalizáló stb. vezetése.

További lehetőséget látunk még az egyetemi okleveles ápolók részvételére:

- a nemzetközi, ezen belül az Európai Unió szakmai együttműködésben,
- az ápoláskutatásban, elemző munkában,
- a regionális szintű pályázatok készítésében,
- az egészségfejlesztési tevékenységben,
- az egészségpolitika helyi alakításában is.

A csoportmunkákba természetesen a főiskolai végzettségű diplomás ápolókat is bevonjuk, számuk jelenleg 45 fő.

Összefoglalás

Véleményünk szerint az ápolási munka differenciáltsága miatt a betegellátás minden szintjén szükség van olyan ápolási szakemberekre, akik rendelkeznek azokkal a kulcskvalifikációs készségekkel, amelyek szükségesek az ápolásvezetési funkciókhoz, az innovatív munkához, az ápolásügy képviseléséhez. Reméljük, lesznek ilyen kvalitású egyetemi ápolók, és reméljük azt is, hogy vezetőiktől szakmai cselekvési szabadságot és inspirációt kapnak tudásuk, tehetségük kibontakoztatására. Csak azt is remélni tudjuk, hogy az egyetemi ápolóképzés és az ápolásügy gyakorlóinak közös törekvései néhány év múlva meghozzák a régen óhajtott gyümölcsöt a hazai ellátás rendszerében, azaz mindannyian olyan változásokat tapasztalhatunk, melyek okai között – természetesen a sok-sok pénz mellett – a kvalifikált ápolók is szerepet játszanak. S nem utolsósorban, ezeket a remélhető pozitív változásokat mind a betegek, mind pedig a hozzátartozók is bőrkön fogják érezni.

Irodalomjegyzék

1. Balogh Zoltán (2001): *Ápolóképzés Magyarországon Egészségügyi menedzsment*, 3(2), 36-37.
2. Betlehem J., Oláh A., Boncz I. dr. (2001): *Önkéntes ápolói nyilvántartás Németországban Nővér*, 15(2), 25-28
3. Betlehem József (2005): *Átalakuló egészségtudományi felsőoktatás Nővér*, 18(4), 27-31
4. Illei György (1998): *Ápolás az ezredforduló küszöbén Nővér*, 11(6), 3-7

5. Kárpáti Zoltán (1998): *Diplomás ápolók lehetőségei a fekvőbeteg ellátás területén a munkaköri leírások tükrében. Paradigmaváltás az ápolásban: Diplomás ápoló=ápolás(t) vezető?*
Nővér, 11(4), 3-6
6. Kovácsné Tóth Ágnes, Dr. Feith Helga, Dr. Balázs Péter (2004): *A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyása*
Nővér, 17(6), 9-13
7. Kökény Márta (2006): *Az ápolók munkája a háziorvosi praxisban. Helyzetkép és fejlesztési lehetőségek vizsgálata*
Semmelweis Egyetem, Okleveles Ápoló Szak, Szakdolgozat, 2-68
8. Körtvélyesiné S. Gy., Mari Ané dr. (2003): *Körzeti – közösségi ápolók szerepe az egészségpolitikai célkitűzések megvalósításában*
Nővér, 16(5), 2-6
9. Mészáros Judit, Várkonyi Ágnes, Tóth Timea (2001): *Érték és hivatás*
Ápolásügy, 13(4), 5-8
10. Mészáros Judit, Hollós Sándor, Csóka Mária (2004): *A klinikai ápolási gyakorlatok tantárgyelméleti megközelítése*
Nővér, 17(4), 3-7
11. Modly D.M. (1994): *Tantervfejlesztés a természettudomány és hivatás gyakorlása igényeinek kielégítésére*
Nővér, 7(5), 2-5
12. Mucha Márkné (2001): *Az ápolói hivatás imázsának fejlesztése*
Egészségügyi menedzsment, 3(2), 36-37
13. Papp Katalin (2002): *Az ápoló régi és új szerepei.*
Nővér Praxis, 5(11-12), 12-16
14. Perkó Magdolna (2000): *Az ápolóképzés helyzete*
Semmelweis Egyetem, 1.(6), 5
15. Sasváriné Bojtár Anna (2003): *Az ápolás társadalmi és kulturális összefüggései*
Nővér Praxis, 6(3), 7-14
16. Siket Adrienn (2004): *A diplomás ápoló szerepe a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában*
Nővér, 17(2),
17. 60/2003. ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
18. 15/2005. (V.2.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről

[Vissza a tartalomhoz](#)

KÉPZÉS- TOVÁBBKÉPZÉS

Újra, eséllyel

Kujalek Éva

minőségügyi vezető, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház

Összefoglaló

A Heim Pál Gyermekkorházban az idei évben egy újfajta képzési program indult, amely elnyerte az Európai Unió EQUAL pályázati támogatását. A képzés a tartós távollétről (GYES, GYED) visszatérők munkába állását segíti ismereteik naprakészé tételével. A program másik része a kisgyermekes munkavállalókat fogadó mentorok felkészítése. A szerző a program első három hónapjának tapasztalatait foglalja össze.

2006. tavaszán több fővárosi kórház együttműködésével egy új típusú képzési program indult a Heim Pál Gyermekkorházban. Célja a GYES-ről, GYED-ről visszatérő szakdolgozók – elsősorban ápolók - újbóli beilleszkedésének segítése a kórházi, rendelői munkába. Reményeink szerint a program elősegíti az esélyegyenlőséget a munkavállalás területén, erre utal a képzés címe is: „Újra Eséllyel”. A Heim Pál Gyermekkorház társalapítványokkal közösen indult az európai uniós EQUAL pályázaton, és támogatást nyert a program megvalósításához.

A programban együttműködő kórházak:

- Heim Pál Gyermekkorház
- Jahn Ferenc Kórház
- Péterfy Sándor utcai Kórház
- Szent Imre Kórház
- Szent István Kórház
- Szent László Kórház.

A program két részből áll, ezek közül az egyik az egészségügyi munkához visszatérők ismereteinek felfrissítése, a korábbi tanulmányaik kiegészítése, illetve naprakészé tétele. A kismamák oktatása két képzési szakaszból tevődik össze. A 40 órás alapmodul minden jelentkező számára kötelező, 6 nap alatt lehet teljesíteni. Az alapmodulban elsajátítható témakörök:

- egészségügyi jogszabályi,
- minőségügyi,

- informatikai,
- gazdasági,
- foglalkozásbiztonsági
alapismeretek.

Majd ezután három 44 órás modulból egyet kell választaniuk a hallgatóknak, itt a tanulmányi idő 7 napra van elosztva. Az alaptanfolyamon átadott ismeretekre épülő modulokból mindenki saját igényei szerint választhat, tekintetbe véve azt, hogy ki-k melyik területen érzi szükségét további tanulásnak. A választható modulok témakörei az 1. táblázatban láthatók.

1. táblázat

I. modul	II. modul	III. modul
Az ápolás gyakorlata	Az ápolás elmélete	Az ápolás gyakorlata
Minőségügy	Az ápolás gyakorlata	Minőségügy
Személyiségfejlesztés	Jog, etika, bioetika	Kockázatkezelés
Szövegszerkesztés	Személyiségfejlesztés	Személyiségfejlesztés
Táblázatkezelés	Prezentáció	Szövegszerkesztés
Internet használata	Internet és segédprogramok használata	Internet és segédprogramok használata

A képzés során egy csoportban a maximális létszám 15 fő. A tanfolyam idejére a kismamák gyermekeiket magukkal hozhatják, a kicsikre óvodapedagógusok vigyáznak, illetve foglalkoznak a nagyobbakkal, így mindenki nyugodtan figyelhet az előadásokon.

Mind az alap-, mind a választható modul írásbeli vizsgával zárul, melynek sikeres teljesítése esetén az ESZTB döntése alapján 40-40 továbbképzési pontot szerezhhetnek a hallgatók.

A munkába visszatérőket célszerű, ha valaki fogadja, segíti az adott munkahelyen. Ezért mind a hat résztvevő kórházban erre a feladatra mentorokat jelöltek ki. A program másik része a mentorok képzéséből áll, ők háromnapos, 20 órás tanfolyamon vettek részt. Ezért a tanfolyamért 10 továbbképzési pontot lehet kapni. A mentorok hallgattak előadást, például:

- a program céljáról, küldetéséről,
- a gyakorlatvezetés módszertanáról,
- az alap- és működési nyilvántartásról,
- minőségügyről,
- az emberi erőforrás fejlesztéséről,
- a motivációs folyamatról,
- változás-menedzsmentről,
- teljesítmény-értékelésről.

A mentorok nagy része külföldi tanulmányúton is részt vehetett, amikor is megismerhették a holland, német, francia képzési rendszert, valamint a kórházak szervezési és ápolási gyakorlatát.

A program indulásától számított első három hónapban a munkába visszatérők részére 6 alap- és 4 választható modul lett megtartva, valamint sor került a mentorok képzésére is. Mind a kismamák, mind a mentorok elégedettségi kérdőívet töltöttek ki a számukra tartott tanfolyamról, így ez idő alatt a kismamáktól 103, a mentoroktól 76 véleményt kaptunk.

A kismamák átlagosan 4,5 évet töltöttek távol a munkából. 78%-uk bír valamilyen szintű ápolói, szakápolói végzettséggel, a többiek más képzésekben vettek részt korábban: szakasszisztens, konduktor, gyógytornász, szociális gondozó, egészségügyi operátor stb. Iskolai tanulmányaikat átlagosan 10 éve fejezték be.

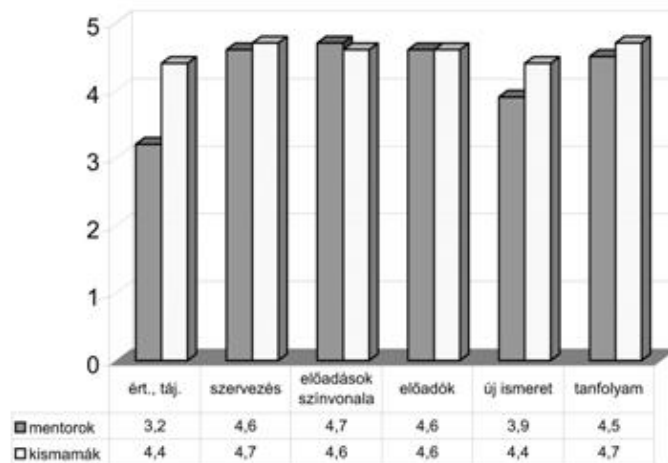
A mentorok átlagosan 19 éve dolgoznak az egészségügyben, tanulmányaikat, szintén átlagosan, 9 évvel ezelőtt fejezték be. 36%-uk főiskolai vagy egyetemi végzettségű, a többiek OKJ ápolók vagy szakápolók.

A tanfolyamok hallgatói 1-5-ig terjedő pontozással értékelhették:

- az előzetes értesítést, tájékoztatást a tanfolyamról,
- a szervezést a tanfolyam alatt,
- az előadások színvonalát,
- az előadókat,
- új ismeretek megszerzését a tanfolyam alatt,
- a tanfolyam egészét.

Az előzetes értesítéssel, tájékoztatással való elégedettség a kismamáknál 88 %-os volt, a mentoroknál 65 %-os. (A pontszámokban kifejezett értékeket ld. 1. ábrán)

1. ábra



Ezen a területen van még mit javulni a szervezőknek. Érdekes, hogy akik benne vannak a hétköznapi munkában, könnyen elérhetők a munkahelyeken, napi kapcsolatban állnak a helyi vezetőkkel, rosszabbul lettek tájékoztatva az előttük álló feladatról, mint az otthonlévő kismamák, de az is lehetséges, hogy nekik nagyobbak az igényeik ezen a területen. Itt mindenképp szükséges az értesítés folyamatának felülvizsgálata.

A tanfolyam alatti szervezés a gyermekek elhelyezését, a hallgatók tájékoztatását, a szünetekben elfogyasztható üdítőt, pogácsát, kávét, és az ebédet foglalta magába. Ez a szervezés az előzetes értesítésnél jobban sikerült, a kismamáknál 94 %-os, a mentoroknál 93 %-os elégedettséget lehet kimutatni.

Az előadások színvonalával való elégedettség a kismamáknál 91 %-os volt, a mentoroknál 94%-os. Az előadókkal való elégedettség 92 %-os volt a kismamáknál és a mentoroknál egyaránt. A programban összesen 20 előadó vett részt ebben az időszakban.

Új ismeretek megszerzésének mértéke a kismamáknál 88 %, a mentoroknál 79 % volt.

A tanfolyam egészével való elégedettség a kismamáknál 93 %-os, a mentoroknál 90 %-os volt. Ezek alapján, összességében elmondható, hogy egy jól sikerült képzési program állt össze, mellyel igen elégedettek voltak mind a két csoportbeli hallgatók.

A kérdőívben több kérdés is szerepelt, mint például, hogy melyik előadás nyújtotta a legtöbb hasznos információt vagy, hogy ki volt a legjobb előadó. Ezek feldolgozásához azonban majd egy-egy modulból több véleményre lesz szükség ahhoz, hogy az eredmények valóban értékelhetőek legyenek. Egy változtatási javaslat azonban több hallgatónál is előfordult, így arra már most is figyelniünk kell. A kismamák 10%-a, a mentorok 30%-a fogalmazta meg azt a kérését, hogy az előadásokról írásos jegyzetet, összefoglalót kaphasson.

Az „Újra Eséllyel” program valamennyi résztvevő számára ingyenes, hiszen a képzés teljes költségét az Európai Szociális Alap és a Magyar Kormány finanszírozza.

A tartós távollétről visszatérők számára hasznos a részvétel, mert új, naprakész ismeretekkel, magabiztosan térhetnek vissza a munkába, 80 továbbképzési pontot megszerezve. Nyugodtan foglalkozhatnak a tanulmányaikkal, mert gyermekük felügyelete is megoldott a tanfolyam idejére.

Előnyös a munkahelyeknek, hiszen felkészült munkatársakat kapnak vissza úgy, hogy ez a kórházaknak nem okoz kiadást, és a munkatársak a munkából sem hiányoznak képzésük alatt, hiszen még visszatérésük előtt elvégzik a tanfolyamot.

Hasznos a mentoroknak is, akiknek új feladatot, felelősséget jelenthet a megbízás. A képzés során ők is szerezhetnek új ismereteket, és továbbképzési pontot is gyűjtenek.

A kezdeti tapasztalatok, eredmények és a nyári szünet után a program szeptember óta folyamatosan tart, november hónapban már a 12. alapmodult tartottuk meg.

[Vissza a tartalomhoz](#)

KÉPZÉS- TOVÁBBKÉPZÉS

A problémaalapú tanulás hatása a tanári és a hallgatói attitűdökre

Müllerné Szögedi Ildikó,

főiskolai adjunktus, PTE Egészségtudományi Kar, Zalaegerszegi Képzési Központ

Összefoglaló

Az elmúlt évtizedben a biomedikai ismeretek gyors terjedése volt megfigyelhető. Ennek ellenére az egészségügyi felsőoktatási módszerek ugyanezen időszakban váltottak át a faktuális (didaktikus) oktatásról a kontextuális, más néven problémaalapú (PBL: Problem Based Learning) oktatásra. Ezt a

paradigmaváltást igazolják azok a tanulmányok, amelyek szerint a PBL fejleszti az érvelést és kommunikációt, miközben alig vagy egyáltalán nem jár kimutatható tudáshiánnyal. A szakirodalom elemzése azt mutatja, hogy a PBL jelenlegi gyors növekedése szoros párhuzamban áll az információs robbanás idejével. Az erre a célra irányuló új kezdeményezések lehetnek az integráltabb kognitív technikák fejlesztése a komplex adatok megértésének elősegítése; differenciált ápolói-orvosi curriculumnak kidolgozása és a legmagasabb készség együttesekkel rendelkező végzősök képzése; valamint a költséghatékonyabb iskolai oktatási tevékenység ösztönzése, középpontjukban az innovatív, eladható oktatási eszközök prototípusainak készítésével és tesztelésével (Bleakley, 2002).

Ezért az oktatás folyamatában újra kell értékelnünk, a felsőoktatás jelenét, és jövőképét, a hallgatók és az oktatók jelenleg betöltött szerepét.

A problémaalapú oktatás (PBL) alábbiakban ismertetendő módszere nagyon is gyakorlati okokból alakult ki, mégis úgy tekinthető, mint a neveléstudomány utóbbi évekbeli fejlődésének egyfajta szintézise. Felismerhető a konstruktivizmus tanulásmélete, a kooperatív és kollaboratív tanulás módszere, a motiváción alapuló tanulás és a segítő tanári / facilitatori szerepvállalás (Forgács, 2000).

Háttér

A problémaalapú oktatás (a továbbiakban **PBL**: Problem Based Learning) növekvő dominanciája különböző mechanizmusokon keresztül elmélyítheti az információ kezelésének problémáit az egészségügyi felsőoktatásban,

- először is, mikor azt a benyomást kelti, hogy egy meghatározott alapvető tárgyi tudásmennyiség elegendő a klinikai kompetenciákon az ismeretek a most lezajló terjedésének ellenére (minőségi költség – quality cost)
- másodsor, mivel „lebeszéli” a tanárokat a didaktikus módszerek oktatási felhasználásának finomításáról (fejlesztési költség – improvement cost)
- harmadsor, mivel csökkenti az újra felhasználható források fejlesztésére fordítható időt, amelyekkel pedig a tárgyi tudást lehetne hatékonyabban terjeszteni (lehetőség költsége – opportunity cost) (Phinney, Huger, 1998).

A PBL ezen költsége / ára magával hozza a XXI. század egészségügyi végzettségű ápolói-orvosi hallgatói tudásalapja megerősítésének szükségességét. Az erre a célra irányuló új kezdeményezések lehetnek

- az integráltabb kognitív technikák fejlesztése, a komplex adatok megértésének elősegítése;
- differenciált ápolói-orvosi curriculumnak kidolgozása a meghatározott, magas minőségű készség együttesekkel rendelkező végzősök képzése érdekében;
- valamint a költséghatékonyabb iskolai oktatási tevékenység ösztönzése, középpontjukban az innovatív, eladható oktatási eszközök prototípusainak készítésével és tesztelésével (Rolfé, Sanson, 2002).

Mit kell tudni a problémaalapú oktatásról?

A problémaalapú oktatás alábbiakban ismertetendő módszere nagyon is gyakorlati okokból alakult ki, mégis úgy tekinthető, mint a neveléstudomány utóbbi évekbeli fejlődésének egyfajta szintézise. Ebben a megközelítésben más a tanulás folyamata, a tudás jellege, a tanulók hozzáállása, a tanárok szerepe. A problémamegoldás jellegéből adódóan nincsenek eleve meghatározott és átadandó megoldások, a kutatás izgalma, a közös tudásépítés élménye megmarad a hallgatók számára. Felismerhető a konstruktivizmus tanulásmélete, a kooperatív és kollaboratív tanulás módszere, a motiváción alapuló tanulás és a segítő tanári szerepvállalás. A módszer alkalmazása lehet eseti, de a tantárgyi adottságok figyelembe vételével átfoghatja a tanterv/curriculum egészét is (Müllerné Szögedi, 2004).

Ha megkérdeznék, akkor a legtöbb tanár elismerné, hogy az információs társadalomba lépve az oktatás egyik legfontosabb célja a tanulók hatékony problémamegoldó képességének kifejlesztése. Ma már a tengerentúlon és Európában is a legtöbb iskola pedagógiai programjában szerepel a kritikus gondolkodás és a problémamegoldó képesség fejlesztése (Taylor, Chudley, 2001). A kutatások azt mutatják, hogy ezek nem éppen jellemzőek az osztálytermi tanulásban. A felmérések szerint (USA) a tanárok által feltett kérdések 85%-a tanultak egyszerű visszakérdezésre irányul. Az összegzést igénylő kérdések viszonylag ritkák (Rosenberg, Sackett, 1996).

A problémaalapú tanulási környezetben a tanulók szakértők, és a problémákkal abban a formában szembesülnek, ahogy azok felmerülnek – nehezen elhatárolhatóan, hiányos információkkal, és használható megoldást kell kidolgozniuk határidőre. Ez az a mód, ahogyan az ápolók, mérnökök, orvosok, jogászok – és persze a tanárok is – találkoznak a problémamegoldással, ellentétben azzal, ahogyan a tanár hagyományosan mint „bölcse előadó” vezeti a tanítványait egy leírt, elméleti megoldás felé (Tuner, Collinson, 2001).

A PBL történeti háttere

A problémaalapú tanulás három évtizede alakult ki, mint tanítási módszer és tantervi forma, elsőként észak-amerikai orvosi egyetemeken Kanadában, és Ausztráliában. A változás lényege az volt, hogy a tanítási folyamat, illetve a tanterv a tanár központúságtól a hallgató központú, interdiszciplináris megközelítések felé mozdult el (Marckmann, 2001).

A problémaalapú oktatás elterjedése abból a felismerésből táplálkozik, hogy a tanulóknak minimális ismeretük marad a hagyományos tanulási módszerekkel folyó tanulást követően, és azt is csak nehezen tudják más összefüggésekben alkalmazni. A PBL-módszer olyan tanulási környezetet kínál, amelyben a hallgatók feltárhatják az előzetes tudásukat, életközeli összefüggésekben tanulhatnak, és egyéni vagy kiscsoportos munkában fejleszthetik tudásukat (Müllerné Szögedi, 2004).

A PBL meghatározása

A projekt alapú tanulás *tantervet és folyamatot is jelent*. A tanterv (curriculum) gondosan válogatott és megtervezett problémákat tartalmaz, amelyek a hallgatóktól kritikus gondolkodást, problémamegoldó képességet, önirányított tanulási stratégiát és csoportmunka képességet követelnek.

A PBL tanulási folyamat *rendszereszerű megközelítéssel* válaszol a problémamegoldás és az élethelyzetek, karriervezetés kérdéseire.

Más értelmezések is léteznek, melyekben a kulcspontra a PBL módszerrel elérhető tanulói teljesítmények tervezése, megvalósítása és értékelése fókuszál.

Ezek a meghatározások az alábbi elemeket tartalmazzák:

- A PBL olyan tantervpépítő szemlélet, amely gyakorlati problémákkal állítja szembe a hallgatókat, ezzel tanulási késztetést ébresztve bennük.
- A PBL olyan oktatási módszer, amely kihívást jelent a hallgatók számára a tanulás megtanulására, a csoportban való munkavégzésre, a valós problémák megoldására.
- Ezek a problémák alkalmasak a hallgatók érdeklődésének felerősítésére és rávezetnek az adott témakör tanulására.
- Felkészíti a hallgatókat a kritikus és elemző gondolkodásra, az alkalmas tanulási források felkutatására.
- A PBL egy fejlesztési és tanulásvezetési módszer, amely olyan bonyolult problémák köré épül, amelyek természetüknél fogva többoldalúak és komplexek, kutatást, információszerezést, elemzést igényelnek, változó és kísérletező, és nem rendelkezik előre meghatározott, megformált, „helyes” megoldásokkal (Wallace, 1997).

PBL jellemzői

Bonyolult, komplex problémák adják a tanterv/curriculum fókuszpontjait és ösztönzik a tanítás, a tanterv, a program kialakítását.

- A tanulás hallgató-központú.
- A tanárok csapatkapitányi, segítői (facilitátor) szerepet játszanak.
- A tanulók kisebb csoportokban dolgoznak, a problémák többféle megoldását dolgozzák ki.
- A tanulói értékelés az ön- és társértékelést állítja előtérbe (Normann, Schmidt, 2000).

PBL célok

A PBL tudományterületre való tekintet nélkül fokozza a tanulók teljesítményét az alábbi területeken (Barrows, Tamblyn 1980, Engel 1997):

- Alkalmazkodás és részvétel a változásokban.
- A problémamegoldás alkalmazása új és jövőbeli helyzetekben.
- Kreatív és kritikus gondolkodás.
- A problémákra és helyzetekre irányuló holisztikus megközelítések elfogadása.
- A nézőpontok különbözőségének elismerése.
- Sikeres együttműködés a csoportban.
- A tanulási hiányosságok és erősségek felismerése.
- Az önirányító tanulás elősegítése.
- Hatékony kommunikációs készségek.
- Az alaptudás növekedése.
- Vezetői készségek.
- A különböző források kezelése: könyvtár, website, kutatói adatbázisok.

PBL gyakorlati háttere

Sok ápoló és orvos nyilatkozik úgy, hogy egészségügyi képzésük valójában akkor kezdődött meg, amikor valódi gyógyítónak beléptek a kórterembe. Az effajta megnyilatkozások azt a véleményt támasztják alá, hogy a szakmai képzés gyakornoki modellje – amely mindig is gerincét képezte a gyógyító foglalkozások oktatásának évezredekén át – az ápolói-orvosi pályán való előrehaladásban ma is ugyanolyan központi helyet foglal el, mint valaha (Minor, Poenaru, 2002). Örökösen visszatérő panasz az orvosi gyakornoki képzésben, hogy túl kevés a strukturált oktatási tevékenység a posztgraduális munka elfoglalt világában (Britto, 1995). Ez egy olyan aggodalom, amelyre sok intézmény reagált úgy, hogy formális továbbképzést kezdeményezett, amely emlékeztet az egészségügyi iskolai kurzusokra. Előre látható, hogy különböző panaszok jelennek meg a képzési spektrum engedélyezés előtti fázisában ((PRE LICENSURE), amikor a hallgatók gyakran érzik magukat inkább motiváltként, hogy a gyakorló ápoló - orvos (implicit) kompetenciáját megszerezzék, semmint hogy nagy mennyiségű (explicit) tudományos vagy humanisztikus elméletet sajátítsanak el (Marckmann, 2001).

Ilyen érzések állnak a szakmai fejlesztés faktuális („tanítás”, vagy tananyag alapú) és praktikus („képzés”, vagy teljesítmény alapú) alkotóelemei közötti optimális egyensúlyról szóló eldöntetlen vita hátterében, és mint ilyen, megmagyarázhatja a jelenlegi elmozdulást a régebbi biomedikai oktatási módszerek didaktikus hangsúlyáról, a kvázi tapasztalati, problémaalapú tanulás felé. Ez a hipotézis nem magyarázza meg teljesen az 1990-es évek egészségügyi oktatásának PBL vezette átalakulását, mivel nem vesz figyelembe egy erőteljes ellentétes trendet: a biomedikai ismeretek robbanásszerű terjedését.

Bár első látásra ellentmondásos, ez a reciprokális összefüggés az ismeretek növekedése és a didaktikus oktatás közt egységesítő magyarázatot kíván: azt tehát, hogy az oktatási filozófia átváltása a nem didaktikus módszerekre egy stratégiát jelent az oktatók és a hallgatók számára arra, hogy megbirkózzanak az expanzív információs környezettel. Sok olyan dolog van, amelyeket a kezdő ápoló és orvostanhallgató, akiről levették a tárgyi tudás terhét, elkezd megtanulni; néhány ezek közül: az alapvető ápolási, sebészeti eljárások, újraélesztési (resuscitációs) intervenciók, általános érvelési készségek, tanácsadó technikák.

A központi kérdés tehát nem az, vajon az ilyen kontextus – függő (de szekvencia – függő) tanulás hatékonynak bizonyul-e, hanem az, hogy vajon az oktatási filozófia ilyen reorientációja miért jelent meg egyáltalán, és miért ebben az időszakban. Avagy, hogy a kérdést máshogy vessük fel: mi az a megtámadhatatlan bizonyíték, amely jelzi, hogy az eredeti oktatási rendszer megroppant és hogy egy új rendszer fogja azt megjavítani?

Másodlagos kérdés, amely a PBL kritikusainak alapvető fontosságúvá vált, hogy vajon bizonyíthatóan lesz-e hosszú távú rejtett ára a nyilvánvaló rövid távú előnyöknek, amelyeket a PBL oktatási filozófia nyújt. Mivel nagy különbségek tapasztalhatók abban, ahogyan az egyes külföldi és hazai iskolák a PBL-t alkalmazzák, valószínűleg nem lehetséges az ilyen hipotézisek megerősítésére vagy cáfolására bizonyítékot felmutatni (<http://www.samford.edu/pbl/>). Ugyanakkor túlzott szimplifikáció úgy tekinteni a PBL-re, mint amely kis mennyiségű adatokon alapuló tartalommal rendelkezik; ugyanúgy ahogy a régebbi tanítási módszereket egyenlővé tenni a magolással. Azonban, mivel a PBL inkább tart az aktív (kontextuális), a didaktikus tanítás pedig a passzív (faktuális) irányhoz, vélhető, hogy az egyik hangsúly a másik rovására jelenik meg.

Mi a tudás? – Tudja valaki?

A hagyományos oktatási szekvencia (egység) az alkalmazást megelőző elméletből áll, egy felgyorsított modell, amelyről klinikai körökben régóta úgy ironizálnak, mint „nézz meg egyet, csinálj egyet, és tanítsd”. Ahogy azonban fentebb megjegyeztük, bizonyos alkalmazásokat meg lehet tanulni az elméleti ismeretek hiányában is, ugyanúgy, ahogy az elméleti tudás bizonyos alegységeihez sem mindig köthető nyilvánvaló alkalmazás (<http://www.score.rism.k12.ca.us/problearn.html/>). Tehát lehetséges-e meghatározni a biomedicinát tanuló hallgatók minimálisan alapvető törzsanyagát? És ha igen, kell-e, hogy ez a tudás növekedjen, párhuzamosan más biomedikális információkkal, vagy az ilyen bővítést korlátozni kell-e, aszerint, hogy toleráns-e a klinikai gyakorlat változásaival? Ez utóbbi esetben meddig lehet fenntartani az ápolói.- orvosi kompetenciát és hitelességet a tudományos törzsanyag növekvő megszorításai láttán?

Ha a törzsanyag viszont a nem törzsanyagi növekedéshez hasonló mértékben bővül, akkor egyrészt a szűkebb törzsanyag kijelölése, mint az ismeretek bővülése szélesebb problémájának megoldási stratégiája, csak átmeneti eszköz lehet. Másrészt, ha a törzsanyag mennyisége nem bővíthet arbitrálisan (meghatározott pl. azon tudásmennyiség kifejezése, amelyet úgy adnak meg, mint az átlagos diákba Y év alatt, heti X tanórán „betölthető”), akkor bármely nem törzsanyag bővülés a törzsanyag csökkenésével jár az összes tudásanyag mennyiségéhez képest.

A gyakorlatban a legtöbb curriculum megbirkózik a differenciált ismeretnövekedéssel, hogy új törzsanyag modulokat emel be, hogy a gyors növekedésű területeket lefedje. Ezzel az eljárással az a baj, hogy a „törzs” relatívvá válik, aláássa az eredeti koncepciót. Sőt, nehéz az időszertülné vált törzsanyagtól való megszabadulás abban az ütemben, ahogyan az új információ megjelenik, mivel az újabb információ hitelessége természete szerint gyengébb, mint a régebbi tartalomé.

A törzsanyag merev konzerválása a hallgatókat az új információs területeken szelektíve alkalmatlanná teszi, valamint kevésbé versenyképpé a munkaerőpiacon. Az összeütközések, amelyek megjelennek a tervezett (oktatott) és aktuális (tanult) egészségügyi curriculumok közt, tovább gyengítik a

törzsanyagra alapuló paradigmák alkalmazhatóságát (Richard, 2005).

A törzsanyag koncepció, mint az információk infláció egyetlen megoldása, ilyenképpen tévesnek tűnik. Bár bizonyos tudásanyag bármely időszakban tekinthető feleslegesnek, a tudás folyamatos bővülése magával kell hozza a szakmai kompetencia fenntartásához szükséges tudás hasonló mértékű bővülését. Sőt, a gyakorlatiasság nem lehet az egyetlen kritérium, amely alapján a törzsanyagot meghatározzák. Az egészségügyi képzési rendszer nem lehet sikeres pusztán az ellátásban dolgozó ápolók- orvosok továbbképzésében, hanem képeznie kell akadémikusokat, kutatókat, és olyan szakembereket, akik képesek tervezni, vezetni és az ellátó infrastruktúrát fejleszteni.

A nem szakértőkre gyakorolt vonzerő

A hagyományos, tekintélyelvű oktató, aki meg meri kérdőjelezni az információk robbanást, ugyanazzal a veszéllyel találja szemben magát, mint az a mozdulatlan tárgy, amely az ellenállhatatlan erő útjába áll. Ezek az egymással összeköttetésben álló trendek azt sugallják, hogy a XXI. század Internet által megerősített egészségügyi fogyasztója (legyen akár beteg, akár diák, akár oktató), aki manapság megkérdőjelezi a csupán egyének által terjesztett információt, veszélyezteti a klinikai és oktatási paradigmákat, amelyeket azelőtt megtámadhatatlannak tartottak (Taylor, Chudley, 2001).

Akkor ki az, aki profitál a PBL oktatásból?

Legközvetlenebb haszonélvezői valószínűleg az egészségügyi oktatók. A PBL az egyik vonzerő a tanárok számára, mivel az új PBL oktatók (szupervizorok) úgy találják, hogy oktatási tevékenységüket már nem tudják megkérdőjelezni a diákok. Továbbá annak felelőssége, hogy elégséges tudáslapot adjanak, áttehető a tanárról a diákra, a PBL „önirányító tanulás”-ának égisze alatt. Még egy előnye van a formális készülés hiányának a PBL-es foglalkozás indításánál, az, amely a hatékonyság növekedésével kecsegtet (Risdon, Braley & Gordon, 2002).

A dolgok megváltoznak

A *hatékonyság* kiszámítható egyszerű osztás útján (a termelékenységet elosztjuk az idővel és a ráfordított erőfeszítéssel). Mit értünk azonban „termelékenységen” az egészségügyi képzésben?

Fél évszázaddal ezelőtt egy egészségügyi iskola egyetlen felelőssége az volt, hogy ápolókat, klinikusokat képezzen a helyi közösség kiszolgálására. Manapság azonban az oktatási feladatok magukban foglalják a posztgraduális szakemberképzést, egészségügyi továbbképzést, szakmai és pálya karrier fejlesztését, a nagyközönség és a betegek felvilágosító programjait, az oktatáshoz kapcsolódó kutatást, konferenciák és workshop-ok szervezését, országos és nemzetközi együttműködési kezdeményezéseket, szakmai akkreditációs és audit tevékenységeket, az elektronikus oktatási források fejlesztését, stb.. Ennél fogva egy modern fakultásoktatási termelékenységet nem lehet vizsgálni kizárólag (vagy még inkább túlnyomórészt) az általa kibocsátott hallgatók számával és minőségével, hanem inkább hasznos az oktatás kimenete, teljes összege alapján kell megítélni.

Ez rövid- és hosszú távú kérdéseket vet fel a leghatékonyabb módszereket illetően arra, hogyan lehet hasznosítani a tanulásra fordított időt és erőfeszítéseket: a hagyományos oktatási szolgáltatási tevékenységeknek (pl. tanórák, mentori tevékenység) versenyezniük kell az ambiciózusabb fejlesztési tevékenységekkel (pl. szakkikkek, könyvek, szoftverek vagy web-források készítése). A kiscsoportos oktatás az idő által meghálált oktatási forma (hosszú idő alatt megtérülő), de a lehetőség ára magas. Még bizonyára kell maradnia helynek a személyre szabott oktatás számára, lehetségesnek tűnik, hogy a modern felsőoktatási rendszer tolerálni tudja egy felgyorsító trend luxusát ebben az irányban (Richard, 2005). Ezzel szemben a hagyományos ápolóképzés költség hatékonynak tűnik, mivel arra támaszkodik, hogy a tanuló asszisztál a szakembernek, amíg ő ellátja fizetett feladatait.

A szavaktól a tettekig

A megoldások a kompromisszumban rejlenek. Az ilyen változtatás fájdalmas, mivel együtt jár a korábban megvalósítható ideálok feladásával; az „egy méret mindenkinek” típusú egészségügyi iskola látomása már nem praktikus és még nehezebb döntésekre lesz szükség azzal kapcsolatban milyen stílusú végzősöket kell a legsürgősebben kibocsátania a fakultásoknak. A curriculumok differenciálásának ez a folyamata már megkezdődött, de a sebessége fel fog gyorsulni, mivel az egészségügyi piacok előretörnek és differenciálódnak, a fakultások túléléséért folytatott verseny pedig élesedik (Marckmann, 2001).

Kérdés azonban, hogy vajon milyen mértékben kell ezeket a megosztó oktatási döntéseket meghoznia a piacnak, fakultásoknak, hallgatóknak, betegeknek vagy a kormánynak?

A közvélekedéssel ellentétben marad egy erőteljes (és talán növekvő) igény bizonyos mennyiségű *magasan képzett* okleveles ápoló és orvos hallgatóra, akik a PBL tudás-intenzív oktatási környezetéből képesek elsajátítani a tudomány, informatika, humaninórák és logisztika komplexitásait, amelyek a modern medicinát alkotják. Mivel ezen ápolói hivatásra alkalmas egyének és fakultások aránya kritikusán csökkenő jelenleg Magyarországon, ezért nagyobb létszámnak kell elfogadnia az ugyanúgy ijesztő készség priorizáció kompromisszumát

A tanárok nem tudnak tanítani diákok nélkül, de a diákok sem tudnak tanulni tanárok nélkül. Ez a megkésett megállapítás átalakította a tanárok szerepét a tanulási facilitátorokéra, hasonlóan egy „gondolkodási inasság” kultúrájához. Paradox módon, egy olyan korban, amikor még a komplex készségeket (mint pl. a repülőgéppel való leszállást) is robot-szimulációval tanulják, az egészségügyi oktatás rendje visszaváltott az intenzív munkát kívánó kiscsoportos oktatásra a PBL álarcában. Ez annál is inkább érdekes, mert soha nem látott mértékben váltak elérhetővé a klinikai érvelés tanításának alternatív technológiái.

Növekszik a nyomás a fakultásokra, hogy a „legköltséghatékonyabb” (cost effective) módon használják fel a korlátozott anyagi forrásokat és az oktatási tevékenységek és termékek kereskedelmének újdonsült lehetőségeit a szoftverek és web-alapú források fejlesztésén keresztül.

A PBL növekvő népszerűsége az 1990-es években tehát egyfajta visszavonulást jelent a biomedikális információ-robbanás áradásától. Bár ez a válasz rövid távon elég racionálisnak tűnik mint alkalmazkodási módszer, nem tekinthető az ismeretek bővülése problémakör megoldásának. Ahogy a PBL eredetileg a hagyományos pedagógia önteltsége elleni reakcióként terjedt el, ugyanúgy kell a jelenlegi egészségügyi (ápolói és orvosi) iskoláknak visszautasítaniuk a megalkuvást, és konfrontálódniuk a XXI. századi egészségügyi (ápolói, orvosi) képzés megoldatlan információ-kezelési kihívásaival. A tárgyi tudás átadására szolgáló hatékonyabb technikák kidolgozása, a korlátozott anyagi források megfelelő felhasználása, a hajlandóság arra, hogy kísérletezzenek a differenciált egészségügyi (ápolói, orvosi) curriculumokkal, amelyek priorizálják a végzősök készség-együtteseit – ezek mind szerepet játszhatnak abban, hogy a jövőben a felsőoktatási reform pozitív és működő adaptációs folyamat legyen (Norman, Schmidt, 2000).

Összefoglalás

Az utóbbi két évtized információs robbanását a didaktikus oktatásba vetett bizalom csökkenése kísérte. Ez az oktatási paradigmaváltás a PBL széleskörű bevonásához vezetett, amelynek eredeti célja a hallgatók értékelési és kommunikációs készségének fejlesztése volt. Az utóbbi években azonban a PBL gyorsan fejlődött, nyilvánvaló válaszul az egészségügyi (ápoló, orvos) képző iskolák, egyetemek curriculumaiban tapasztalható információs túlterhelésre, így

felfogható, mint a biomedikális ismeretek elterjedése problémájának egyik kortünete.

Nem fog eltűnni az a kihívás, hogy meghatározzák a megfelelő egyensúlyt a között, amit tanítanak, amit megtanulnak és ami megtanulatlan marad. Ámbár kevés tudáshiányt mutattak ki a mai PBL-lel oktatott diákoknál (Richard J Epstein, 2005), a szakmai tudásalap adekvát voltával való kevesebb törődés mégis alááshatja az egészségügyi (ápoló, orvos) hivatás jövőbeni hitelességét. Ha továbbra is a népszerű PBL menekülési jelszavakra támaszkodnak, mint az „önirányító tanulás” (self-directed learning) és az „információ-kezelés” (information management), akkor a mai egészségügyi (ápolói, orvosi) oktatók azt kockáztatják, hogy szem elől tévesztik ezt a hosszú távú fenyegetést.

Új korszakban élünk annak új kihívásaival, amelyek egyike az exponenciálisan növekvő információterjedés. A PBL ad egyfajta utat a fakultásoknak és a diákoknak, hogy ezzel a kihívással megbirkózzanak. A PBL-t kiegészítő oktatási stratégiákat használó innovatív curriculum-kísérletek ezért időszerűen megjelennek a világon mindenütt, ahol egészségügyi szakembereket képeznek.

Jövőkép

A XXI. század küszöbén az emberek szakmai- és privátszférájában az egymástól való kölcsönös függés és a globalizáció fontos szerepet tölt be. A felsőoktatásnak új nemzetközi, és hazai kihívásokkal kell szembesülnie nemcsak a curriculum fejlesztésével kapcsolatosan, hanem a környező európai országok társadalmi mobilitását is figyelembe véve. A világméretű migráció és az utóbbi években megnövekedett hallgatói, és oktatói cserekapcsolatok a felsőoktatásban mind több flexibilis döntéshozatalt igényelnek, a képzési struktúrák, curriculum fejlesztés területén. Ehhez a hagyományos oktatási, oktatói szemléleten túlmutatóan olyan curriculumra van szükség, amely a társadalom jelenlegi, és jövőbeni igényeire épül és figyelembe veszi a kulturális különbségeket is, amit a gazdasági-politikai, és foglalkoztatással kapcsolatos vándorló populáció jelenít meg (Barakonyi, 2002., Betlehem, 2005). A jövőben a felsőoktatásban a bolognai folyamat kapcsán elindult európai egységesítési törekvések valamennyi felsőoktatási területen fogják éreztetni hatásukat.

[Vissza a tartalomhoz](#)
