

A hagyományos ápolástól az otthoni szakápolás kialakulásáig: nemzetközi és hazai ápolástörténeti áttekintés

Farkas Gabriella

ápolási igazgató helyettes, Budapest XIII. ker. Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat

Az írás rövid történeti áttekintés nyújt, a teljesség igénye nélkül, az ápolás és szociális gondoskodás fejlődéséről hazai és nemzetközi vonatkozásban. Az ápolás hagyományos formáitól indul, és a jelenleg területileg működő otthoni szakápolás és szociális gondoskodás formáival zárul. A nemzetközi kitekintés kiemeli a Nyugat-európai és amerikai mintáknak a hazai ápolásra és szociális gondoskodás fejlődésére gyakorolt hatását.

A XX. század legnagyobb részében az ápolás fogalma elsősorban a kórházakhoz kötődött. Ha visszatekintünk a történelemben, láthatjuk, hogy a betegellátás elsődleges helye régen az emberek otthona volt. Az első írott referencia a betegek otthoni ellátására az Új testamentum volt, amelyben említést tesznek a betegek otthoni látogatásáról és arról, hogy hogyan nyújtottak segítséget az ellátásukban a hozzátartozók.

Nemzetközi ápolástörténet

A látogató ápoló modern fogalmának megteremtője az 1850-es években William Rathbone volt az angliai Liverpoolban. Az Egyesült Államokban az egyházi rendek voltak az elsők, amelyek gondoskodtak a szegény, beteg emberekről. A XIX. század elején szervezték meg az úgynevezett „Visiting Nurse Association”-okat, a látogató ápoló társaságokat. Ezeket világi laikusok vezették. Az elsők között szerepelt a „Boston Dispensary”, amelyet 1796-ban alapítottak. Florence Nightingale alapelméletét tükrözte ezeknek a szervezeteknek a filozófiája, miszerint a beteg a családjától való elválás okozta fájdalom nélkül jobb gondozásban és ellátásban részesül a saját otthonában. Ezt az elméletet az amerikai látogató ápolók átvették, és Florence Nightingale „látogató ápolói” modellje szerinti szervezetben körzeti nővér elnevezéssel működtették. A látogató ápolói szervezeteknek az volt a feladatuk, hogy laikus gondozást és ápolást nyújtsanak az otthonukban fekvő betegeknek. Az először önkéntes szervezetek idővel látogató ápoló társulásokká fejlődtek, és országszerte elterjedtek. Az egyre növekvő gazdasági színvonal és az ugyancsak egyre növekvő szociális lelkiismereti felelősségérzet eredményezte a látogató ápoló társaságok fejlődését az egész ország területén. A társaságok többsége csak diplomás ápolót alkalmazott.

Történelmi jelentőségű otthoni ápolási szervezetek alakultak ki az Egyesült Államokban a XIX. század végén. A New York Városi Misszió Asszonyi Részlege (Woman's Branch of the New York City Mission) volt az első, amely diplomás ápolót alkalmazott a betegek otthoni gondozására. A Henry utcai települést (Henry Street Settlement) 1893-ban alapította Lilian Wald és Mary Brewster azzal a céllal, hogy az emigránsokat gondozzák. Ugyan ebben az időszakban, Kaliforniában, Los Angeles megyében az állam által támogatott otthoni szakápolási és egészségügyi programok jöttek létre.

A New York-i Metropolitan Biztosító Társaság 1909-ben kezdte anyagilag támogatni az otthoni szakápolást. A fejlődés magával hozta az előzetes beavatkozás, a prevenció fogalmát az ápolók részéről, amikor azok a biztosító társaság által finanszírozott betegeket otthonaikban gondozták és oktatták. Mary Breckenridge 1925-ben alapította meg az ún. „Frontier Nursing Service”-t. A szervezetnek a célja az volt, hogy ápolást biztosítson azon személyeknek, akik Kentucky állam elszigetelt hegyeiben éltek (3).

Lillian Wald és Mary Brewster indítottak programot látogató ápolók számára. Wald az egészségügyi ápolás megalapítója fogalmazta meg azokat a gondolatokat, amelyek összekötötték az ápolás, az anyaság, a társadalmi jólét és a közösség fogalmait. Munkájában célul tűzte ki a legnagyobb kockázatnak kitett populációk szükségleteinek kielégítését az otthoni betegellátás megszervezésével, illetve a betegségek előfordulásának csökkentését a megelőző intézkedések bevezetésével (8).

Az I. Világháború után a betegellátás iránya elmozdult a kórház felé. Ez a tendencia az 1980-as évek elejéig folytatódott, amikor az ellátási költségek növekedése változások bevezetését sürgette. Ahogy ritkultak az orvosok házi vizitjei a második világháborút követően, úgy erősödött és terjedt a betegek ápolók által végzett otthoni gondozása. A jótékony célú szervezetek minőségi ellátást biztosítottak a betegnek tekintet nélkül annak anyagi helyzetére.

1910-ben a betegápolás 90%-a a betegek otthonában történt (8). Az Egyesült Államokban egészen az 1960-as évekig az otthoni ápolásra úgy tekintettek, mint a közösségre háruló kötelezettségre, amelyet magánalapítványokból pénzeltek, bizonyos állami anyagi segítséggel. Az 1960-as évek közepén az idős korosztály számbeli gyarapodása, az orvostechnika fejlődése, alátámasztva a lakosság által megkövetelt általános hozzáférést az egészségügyi ellátáshoz, nagyban kihatott az otthoni ápolás fejlődésére és terjedésére. Miközben a szolgáltatás iránti igény egyre erősödött, annak anyagi támogatása csökkent. Ennek következményeként hozták létre 1965-ben a szövetségi kormányzat egészségbiztosítási programját a Medicare-t. Emellett minden tagállam bevezette a Medicaid programot, amely a szegények egészségügyi ellátását támogatja, és részben adókból finanszírozzák. A Medicare mind a mai napig a legnagyobb finanszírozója az otthoni szakápolásnak, de egyre több magánbiztosító társaság is elismeri és fedezi az otthoni ápolási szolgáltatást. (9)

A szociális ellátás fejlődése

Egészen a XVII. századig a szegénygondozás legfőbb szereplője az egyház volt. A keresztény vallási szeretet filozófiájának, a caritasnak a jegyében az egyházi szegénygondozás egyik formája az alamizsna osztása volt. Az alamizsna egyszerre volt a jótékonyosság és a közrend védelmének eszköze, mivel általa a szegényeket, koldusokat ellenőrizni és „kézben” lehetett tartani. Az egyházi szegénygondozás másik formája a kolostorokban, szerzetesrendekben végzett ápolói, gondozói munka, ami szinte kizárólagos módja volt a betegek, fogyatékosok, öregek ellátásának.

Először Angliában, az 1601-ben hozott első szegény törvényben a községek fennhatósága alá utalják a szegénység és az ellátatlanság kezelését. A községi – és tágabb értelemben az állami – ellátás csak a szegények „érdemes” részét betegeket, rokkantakat, időseket és a fogyatékosokat illette meg. Az ép egészséges munkátlan „érdemtelen szegények” továbbra is az egyházi és magánjótékonyosságra voltak utalva.

A marginális korszak másik törvénye az – 1834-es második szegénytörvény – a szegényeknek csak az élethez való jogát ismerte el, és ennek jegyében megvont minden pénz és élelmiszersegélyt. A szegénységgel kapcsolatos állásfoglalás az volt, hogy a szegények maguk felelősek a bajaikért. Létrehozták a dologházakat – mint a zárt szegénygondozás intézményeit –, amelyek egyszerre voltak büntető és szociális intézmények, csak munka ellenében kaptak ennivalót, szállást. A zárt szegénygondozás az egyik leghatékonyabb módja volt annak, hogy a társadalom szeme elől eltüntessék a „zavaró társadalmi elemeket”.

Mindezek ellenére voltak olyan felvilágosult, emberbaráti szervezetek, amelyeknek az volt a célja, hogy kiegészítsék az állami szabályozás, a szegénypolitika hiányosságait. Közel ötven év múlva, ezek a szervezetek váltak az önkéntes szociális munka megalapozóivá.

A XIX. században egyre hangsúlyosabban vetődött fel az állami, társadalmi felelősségvállalás kérdése. A változást befolyásoló erők között meg kell említeni a

felvilágosult emberbaráti szervezeteket és haladó gondolkodókat, akik egyre élesebben és hangosabban hívták fel a kapitalizmus árnyoldalaira a figyelmet. Erre az időre tehető a nyílt szegénygondozási forma bevezetése is – először a németországi Elberfeld községben – szakítva az angliai hagyományként őrzött zárt szegénygondozással. A nyílt szegénygondozásnak két alapelve volt. Az egyik a hatósági, közösségi szegénygondozás csak akkor vette kezdetét, ha minden más forrás – saját munkaerő, családi segítség – kiapadt. A másik alapelv az egyéniesítés volt. Ez annyit jelentett, hogy a gondozásra szorult egyéniségéhez mérten a legalkalmasabb segítőeszközt kellett megtalálni az „önsegítés segítése” érdekében. (2)

Hazai vonatkozások

Az ápolás fejlődése

A betegápolás a legősibb egészségügyi szolgáltatás, feltehetően egyidős az emberiséggel. Időnként az érdeklődés előterébe került az évszázadok során: többnyire járványok, katasztrófák, az emberiséget fenyegető veszélyhelyzetek hívták fel rá a figyelmet.

Az ősi közösségi ápolás, amelyet egykor csoport fennmaradása érdekében sérülések, szülés vagy betegség esetén egymásnak nyújtottak, ma védőápolás néven az egyén segítése érdekében a közvetlen környezetet mozgósítja és a hivatalos egészségügyi – szociális ellátás kiegészítését célozza. A fizikai szükségletek kielégítése mellett igyekeztek lelki támaszt is nyújtani a rászorulóknak. Ma azt mondanánk, hogy szomatikus, pszichés és szociális igények komplex kielégítésére törekedtek. (12)

A magyar ápolástörténetben számos bátor kezdeményezés, alkotói gondolat akad, amely ha megvalósul, korszakos jelentőségű lehetett volna. Bugát Pál mindenkinél hamarabb hirdette, hogy az ápolásnak az orvosi tevékenységgel azonos a jelentősége. Javasolta, hogy az egyetemeken ápolónőket is képezzenek.

Kossuth Lajos kormányzó Kossuth Zsuzsannát kinevezi a honvédség főápolónőjévé és megbízza az Országos Betegápolói Intézet vezetésével. Nővédképzést az Országos Nőegylet, a Magyar Vöröskereszt szervez. 1906-ban megalakul a Magyar Betegápolónők Országos Egylete.

Az ápolók jelentős részét a kórházak maguk képezték ki. 1927-ben a Magyar Királyi Közegészségügyi Intézet szervezetében hozták létre a Magyar Királyi Állami Ápolónő és Védőnőképző Intézetet, amelynek keretében végeztek egészen 1940-es évek végéig kettős – kezdetben ápoló és egészségügyi védőnő, majd betegápolási és egészségügyi védőnői – képesítést szereztek.

A betegek ellátását a betegbiztosító intézetek orvosai mellett az úgynevezett hatósági orvosi szolgálat, amelyek orvosai a kerületi orvosok, a szegénységi bizonyítvánnyal rendelkező betegeket ingyenes orvosi kezelésben részesítették. A betegek jobb ellátása érdekében a településeket körzetesítették. A felszabadulás után közvetlenül a körzeti betegellátás mai formájának szélesebb perspektívát nyújtó lehetőségeinek kialakulása még nem kezdődhetett el. Látványos előrelépést jelentett a körzeti orvosi munkahelyek létesítése. Budapest első körzeti rendelőjét a XIII. kerületben nyitották meg, egy a Papp Károly utcában levő kocsmát alakították át erre a célra (11).

A körzeti orvos beosztott munkatársai a körzeti ápolónő, a körzeti ápolónő, a körzeti asszisztens, vagy körzeti segédasszisztens (orvosírnok), a körzeti szülésznő és ott, ahol körzeti gyermekorvos nem működik, a körzeti védőnő (1). A körzeti nővér területi munkát látott el, az otthonukban fekvő betegeket ápolta, gondozta, a körzeti asszisztens a rendelésen szükséges adminisztrációs tevékenységben vett részt. (11)

Az otthoni szakápolás szakmai koncepciójának előkészítése az 1990-es évek elején kezdődött meg. Olyan kezdeményezés volt, amely a társadalom igényét szolgálja, és

szervesen illeszkedik a szakmai reform folyamatba. Az otthoni szakápolás kiépítése részben előfeltétele olyan új ellátási formák bevezetésének, amelyek rövid kórházi tartózkodást igényelnek.

Az otthoni szakápolás a fejlettebb egészségügyi kultúrával rendelkező államokban nemcsak anyagi okok, hanem a humánusabb jellege miatt is meghonosodott ellátási formának számít. A jól működtetett ápolási szolgáltató rendszer politikai kérdésként is felfogható, hiszen az általa nyújtott szolgáltatás nagymértékben hozzájárulhat a lakosság elégedettségi szintjének növeléséhez is.

1994-ben a Kormány egészségügyi cselekvési programjában megfogalmazta fő irányait, mely többek között tartalmazta, hogy „nagyobb súlyt kell helyezni a kórházon kívüli egészségügyi ellátásokra, ezen belül a háziorvosi rendszerre, a házápolásra..., az egészségügy működő képessége és finanszírozhatósága érdekében felül kell vizsgálni a jelenlegi kórházi kapacitásokat és a szociális ellátórendszer fejlesztésével összhangban – meg kell hozni a kapacitások szűkítésére és átalakítására vonatkozó döntéseket.”(10). Az Országgyűlés 1996. május 12-én hozott döntése értelmében a biztosított egészségügyi szolgáltatás keretében tehát az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által kezelt forrásból finanszírozottan – térítés nélkül jogosult a kórházi ápolást folytató, vagy kórházi beutalás helyett otthoni szakápolásra.

A szociális gondoskodás fejlődése

Kezdetben Magyarországon is az egyház volt a szegénygondozás első fő szereplője. Aktivitása és jelentősége később sem szorult háttérbe, ami főként a szegénygondozás ideológiájának meghatározásában és a gyakorlati szociális munka végzésében nyilvánult meg.

Az egyházi gondozás kiegészítőivé a XVII. századtól megjelenő, első világi, jótékonyági alapítványok váltak. Valójában, számottevő magán jótékonykodással csak a XIX. század elejétől találkozhatunk Magyarországon. Ennek oka az volt, hogy ekkorra szilárdult meg a polgári fejlődés, alakult ki egy olyan polgári réteg, amely hatékony szerepet akart és tudott vállalni a szegények támogatásában, az árvák, a fogyatékosok és az idősek ellátásában.

A szociális problémák a XIX. század végére azonban már csaknem elviselhetetlen terhet jelentett a korabeli társadalom számára. Ezek enyhítése pusztán egyházi és a magánjótékonyosság által teljesen lehetetlenné vált. Szükségszerű követelményként jelent meg a harmadik, domináns szereplő – az állam – belépése a szegénygondozásba. Az állami belépés az első szegénytörvény megalkotásában és a szegényügyi igazgatás kiépítésében nyilvánult meg. A törvények arról szóltak, hogy ki, mennyiben, hogyan és milyen kötelezettségek mellett viselje a szegénygondozás feladatait és költségeit.

Az 1871-es első magyar szegénytörvény a szegényügyet az illetőségi község teendői közé sorolta. Ez azt jelentette, hogy a szegény csak ahhoz a községhez fordulhatott segélyért, ahol született. Ennek eredménye az lett, hogy jobb megélhetés reményében a vándorló szegények továbbra is az egyházi és magánjótékonyosság intézményeire voltak utalva.

Az 1927-es társadalombiztosítási törvény rendelkezett az ipari munkások betegségi, baleseti, majd öregségi biztosításáról. A biztosítottágon túl a törvényi elv alapja a szegénység kereteinek szűkítése és a szociális konfliktusok kezelése volt.

A szegényügyi igazgatás fejlődésében az 1931-es második törvény hozott változást, amely új alapokra helyezte a segélyezés rendszerét. A kormány megszüntette az „illetőségi” község segélyezési kötelezettségét, és azt a lakóhelyi, tartózkodási községre ruházta át. A szegénygondozás és a koldus kérdés egyre hangsúlyozottabban városi problémává vált, ami arra kényszerítette a városi hatóságokat, hogy megkeressék azokat a megoldásokat, amelyek enyhítenek a feszültségeken. Az első ilyen kísérlet Egerben, 1927-ben indult meg, és mint „Egri Norma” vonult be a magyar szegénygondozás történetébe.

Az Egri Norma megalapítója P. Oslay Oswald, egri ferencrendi házfőnök volt. A szegénység problémájának kutatója lelkipásztorkodásának ideje alatt, 18 éven át

tanulmányozta a szegénykérdést. (7) Az Egri Norma állandó otthoni karitatív szegénygondozás. A transzlokális, szeretetházi gondozást csak a teljesen elaggott, állandó gondozásra, ápolásra szoruló szegényeknél valósítja meg. Az egészséges szegényt nem ítéli rabságra, hanem biztosítja a számára a szabad levegőt, a megszokott környezetet anélkül, hogy az életből kizökkentené, a szegényt gyötörné vagy megalázná. (7)

Az Egri Norma hármas felépítésű volt:

- A Szegénygondozói Hivatal képviselte a hatóságot és adminisztrációs feladatokat látott el.
- A Szegényügyi Bizottság összefogta a hatóságot, a civil társadalmat és a felekezeteiket. Feladata az általános irányelvek, programok kidolgozása és az adakozás megszervezése volt.
- A begyűjtött adományok szétosztását a szemérmes szegények felkutatását a Szegénygondozó Nővérek rendje látta el.

1936-ban bevezették az Egri Normát Magyar Norma címen. A Magyar Norma bevezetésével párhuzamosan indult meg a „szociális állam” jelszavára épülő produktív szociálpolitikai elvek kidolgozása. A szociálpolitika főként a „teljesítményre képes” családok támogatását tűzte ki célul. A belügyminiszter a szociális teendők elvégzésére – 1938-ban – a községi jegyzők mellé, a szellemi munkanélküliek közül, havi díjazással ún. szociális kisegítő munkaerőket fogadott fel. (7)

A kormány 1940-ben megalkotta az Országos Nép – és Családvédelmi Alapról szóló 1940. Évi XXIII. tc.-t. A törvény célkitűzésében a veszélyeztetett sokgyermekes családok anyagi és szellemi elesettségének támogatása mellett a család önerejének bevonására is támaszkodott. A törvény végrehajtását szolgáló 7000/1940. M.E. számú kormányrendelet már a munkához új szervezetet létesített. Az ONCSA központi szervei: Igazgató Bizottság és az Országos Szociális Felügyelőség. A szociális gondozói hálózatot a szociális felügyelőség munkatársai, a szociális titkárok, a szociális gondozónők és gondozók képezték.

Mint minden háború, úgy a II. Világháború is nagy pusztítást hagyott maga után. A késedelmet nem tűrő feladatok tömege megkívánta a szociálpolitikai szervezet létrehozását. Az Ideiglenes Nemzetgyűlés 1944. december 22-én újból életre hívta az 1932-ben megszüntetett Népjóléti Minisztériumot. A 90/1945. M.E. számú rendelet megszüntette az Országos Szociális Felügyelőséget és annak hatáskörét a Népjóléti Minisztériumra ruházta. (4)

Az új, intézményes szociálpolitika alapjait és szervezetét a 6300/1945. M.E. számú kormányrendelet és ennek végrehajtási utasításban kiadott 4700/1945. N.M. rendelet szabályozta. Egyik legjelentősebb intézkedésével a dolgozó néposztályok helyzetének javítását közfeladattá nyilvánította, vagyis állami feladattá tette. E nagy jelentőségű intézkedés gyakorlati megvalósítására építette ki a szociális igazgatás szervezetét a városokig bezáróan. A 6300/1945. M.E. számú rendelettel a népjóléti miniszter főfelügyelete alatt vármegyéenként létrehozott szociális felügyelők az állami szociálpolitikai igazgatás törvényhatósági szervei lettek. Az 1950-ben létrejött tanácsrendszer bevezetéséig közvetlenül a népjóléti miniszter gondoskodott kinevezésükről, felmentésükről. (4)

Ápolásbiztosítás Németországban

A német ápolásbiztosítás bevezetését, mintegy húszéves vita előzte meg. Az 1995 elején elért végeredményt ma már úgy könyvelik el, hogy sikerült betömni a társadalombiztosítási rendszerükön megvolt utolsó elementáris lyukat is, ezzel az ápolásra, gondozásra szoruló ember a gondoskodás középpontjába került, amit humanitárius értelemben jelentős innovációs előrelépésnek tekintenek. Ma már minden német állampolgár biztosítva van az ápolásra szorultság kockázatára.

A közelmúltban értékelték az ápolásbiztosítás eredményeit és megállapításra került, hogy az érintettek körében az ápolásbiztosítás nagy elismerésnek örvend, csökkent a szociális

segélyezéstől való függést, javul az ápolás infrastruktúrája, nagymértékben csökkent az ápolási otthonokban történő elhelyezés, hatékony segítséget kaptak a szellemi fogyatékosok, a pszichés betegek, a korlátozott képességűeket. Nem utolsó sorban az ápolásbiztosítás nagymértékben tehermentesíti a munkaerőpiacot.

Az ápolásbiztosítás bevezetésével együtt a szociális segélyezés, mint a legalsó szociális háló teljes terjedelmében megmaradt, ugyanis az ápolásbiztosítás bevezetése nem zárja ki a szociális segélyezés szükségességét.

Az ápolásbiztosítás rendszerében működik az „ápolási díj” intézménye is. Ezt a pénzbeli szolgáltatást azok kapják, akik maguk gondoskodnak az ápolóról, ilyen esetben a biztosító havonta ápolási fokozatonként meghatározott összeget fizet.

A német ápolásbiztosítási rendszer többszörösen komplex. Egyrészt felöleli a segítségnyújtást és az ápolást, másrészt magába foglalja mind az intézetben, mind az otthonokban történő ápolási, gondozási ellátásokat. Az ápolásra szoruló egyént az ápolásra szorultság mértékének függvényében három ápolási fokozat valamelyikébe sorolják be és azt, hogy ki melyik fokozatba tartozik a biztosító határozza meg. A vélemény kialakításába a kezelőorvost is bevonják.

A német ápolásbiztosítás komplex rendszerét, ha áttekintjük, és összehasonlítjuk a magyar meglévő rendszerekkel, megállapíthatjuk, hogy szinte minden egyes eleme megtalálható a hazai ellátások különböző rendszereiben, de ezek nem képeznek egységes rendszert, sem irányítás, sem finanszírozás, sem ellátás tekintetében.(6)

Hazai kezdeményezések

A jelen hazai viszonyokat ismerve a német típusú komplex ápolásbiztosítás kialakítása ma még távolinak tűnik. 1998-ban az Egészségügyi Minisztérium és a Szociális és Családügyi Minisztérium közös pályázatot hirdetett az egészségügyi és szociális területen működő szervezetek összehangolt munkáját megvalósító modellkísérletre. A pályázatot 1999-ben ismét meghirdették. Az Egészségügyi Minisztérium 40 millió Ft-tal, a Szociális és Családügyi Minisztérium 20 millió Ft-tal járult hozzá a program megvalósításához.

A pályázat célja olyan modellek kialakítása, amelyek a szakápolási, az ápolási és a gondozási feladatokat komplex módon valósítják meg a helyi sajátosságokat is figyelembe véve. A jelenlegi ellátásokból elsősorban az a típusú finanszírozott „őrzési funkciót”, felügyeletet is magába foglaló, időigényes ápolási szolgáltatás hiányzik, mind az idős, mind a beteg, mind a haldokló számára, amely egyébként intézményi keretek között nyújtott ápolási/gondozási ellátás természetes tényezője.

A központi forrásból támogatott eddigi modellkísérletek azt igazolják, hogy legalább funkcionális modellben együttműködő, különböző szolgáltatások koordinációja, esetmenedzseléssel funkcionáló együttműködése eredményeként az ellátást humanizálta, szervezettebbé tette és mindenkor a szükségletnek megfelelő szolgáltatást biztosította. Az otthoni szakápolás során, az egészségügyi és a szociális ellátás iránti igény is megtalálható, ezért a „home care” ellátás finanszírozását is indokolt többcsatornássá tenni, beleértve a családok bizonyos mértékű anyagi hozzájárulását. (5)

A helyzet megváltoztatására irányuló törekvések körülbelül az elmúlt öt-hat évben erősödtek meg. Lassan Magyarországon is megteremtődtek a feltételei az olyan – főként külföldi tapasztalatokon alapuló – kezdeményezések átvételének, mint a „home-care” gondozás és a „hospice” mozgalom.

A „home-care” gondozás lényege, hogy az idős, beteg, rászorult ember esetében a szociális problémákat együttesen kezelik a mentális és szomatikus problémákkal. A „home-care” típusú gondozásban „házhöz viszik” a szolgáltatást. Ennek az a célja, hogy az idős ember önellátó képessége a betegség után minél előbb helyreálljon, úgy, hogy ne szakadjon ki a megszokott környezetéből.

A „hospice” mozgalom alapelve a gyógyíthatatlan betegek ápolása, támogatása speciális munkatársak, támogatók segítségével. Ez szervezetileg három formában valósulhat meg: az úgynevezett „hospice otthonokban”, kórházi jellegű egységekben és a házi gondozás keretében. (13)

Az egészségügyi alapellátás biztosítása a települési önkormányzatok kötelezettsége. A forrás biztosítása – külön törvényben meghatározott ellátásokra és feladatokra vonatkozóan – az E-Alapból történik, a körzetben leadott biztosítási kártya alapján, míg az otthoni szakápolás esetében teljesített vizitszám alapján, degresszív szorzóval.

A fentiekben bemutatott változások összességében arra mutatnak, hogy az ápolás XXI. századi fejlődésében a kórházi ellátástól való fokozatos eltávolodás és a házi ápolás felé történő egyre erősödő elmozdulás kapnak hangsúlyt. Mindez nem csak az egészségügy hagyományos szerkezetét változtatja meg, hanem a szakemberek felkészítése iránti igényt is. Ahhoz, hogy az otthoni ápolás hazai fejlődése ugyanolyan sikeres lehessen, mint azt a nemzetközi példákban is láthattuk, egyaránt szükséges a szervezeti feltételek megteremtése és az ápolóképzés megváltozott igényekhez történő hozzáigazítása.

Irodalom

1. A körzeti egészségügyi szolgálat szervezete és működése. (1969). Az Eü.M. hivatalos kiadványa. (8-279).
2. Bartal, a. m. (1998). Szociálpolitikáról alapfokon. Intertecno–h Kft.
3. Modly, D.M. (1997). Otthoni ápolás az Amerikai Egyesült Államokban és világszerte. Nővér, 10, 1.
4. Gaál, I. (1999). Négy évtized szociálpolitika története életrajzok, pályaképek tükrében Szabolcs-Szatmár megyében 1938-1983. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Levéltár kiadványai III. Tanulmányok 7.
5. Lépes, P. (1995). Az egészségügy korszerűsítésének programja. Népjóléti Minisztérium, Október, 104-108.
6. Országgyűlési politikai vitanap a lakosság egészségi állapotáról. Budapest 1995. augusztus (5-11).
7. Pálos, K. (1997). Az Egri Norma Mozaikok a szociális gondoskodás hazai történetéből (II.) A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 17.
8. Hunt, R. Zurek, E. Z. (1999). Bevezetés a közösségi ápolás módszertanába. Budapest: Medicina.
9. Rice, R. (1998). A házi betegellátás ápolói kézikönyve. Budapest: Medicina (19-31, 566-568).
10. Sövényi, F. (1997). Az új rendszer lehetőségei. Konzílium, VI. évfolyam, 1-2, 23-24.
11. Tóth, K. - Szőnyi, A. (1984). Visszaemlékezés a körzeti orvosi munkára. A Fővárosi Tanács VB Róbert Károly körúti Kórház – Rendelőintézet Centenáris Évkönyve (166-174).
12. Ulbing, I. Betegápolás-gondozás aktuális kérdései. Orvosi Hetilap, 133. évfolyam 6., 353-356.
13. Urbanekné, L. J. (1994). Alternatívák az idősgondozásban. Szociális munka és egészségügy tanulmányok. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete (185-201).

[Vissza a tartalomhoz](#)

Nyitás az otthonápolás felé: szakápolási protokollok az otthonápolási gyakorlatban

Heiligermann Zsanett

diplomás ápoló, Vaszary Kolos Kórház Sürgősségi Ambulancia

Bevezetés

Az ápolás visszatér az otthonokba. A fejlett civilizációjú társadalmak egészségügyeinek sajátos fordulata, amikor a gyógyítás és az ápolás helyszínét igyekeznek visszahelyezni a beteg otthonába, mint ahogy az korábban általános volt. Hazánkban ez a folyamat napjainkban zajlik.

Az ezredforduló emberiségét három nagy robbanás „rázza meg”: a népesség, az információ és a magasabb életkor. Az „öszülő világ” globális problémát, kihívást jelent. Hatásai élesen jelennek meg a társadalmi szerepvállalásban (munkában, családban, státuszokban, a szociális és az egészségügyi ellátás terén). Az idős kor könnyen felismerhető jellegzetes változásaival, amelyek éppúgy hatással vannak az énkép alakulására, mint a világban való tájékozódásra. Napjainkban az időskor minőségi újraértékelése folyik, és előtérbe kerül az életmód és életminőség kérdése.

További problémát jelent a különleges ápolást igénylő haldokló, gyógyíthatatlan betegek csoportja. A hosszú ápolási idő, a betegek személyiségét gyakran háttérbe szorító ellátás, a nagy közös kórtermekben való elhelyezés kevésbé humánus körülményeket biztosít a haldokló betegek utolsó napjaiban. A mára kialakult új kórházi finanszírozási rendszer nyomására a fekvőbeteg gyógyintézetek igyekeznek a kórházi ellátásra nem, de otthoni ápolásra még rászoruló betegeket az ápolási idő lejártával mielőbb otthonukba bocsátani, ami ugyancsak sürgeti a karitatív, humánus körülmények között megvalósuló ápolás fejlesztését. A home care életre hívását a finanszírozási modellváltás mellett társadalmi szükséglet és igény is sürgeti. Már a 80-as évek Magyarországon végzett szociológiai kutatások is bizonyították: kevés a szociális illetve körzeti ápolónői rendszer tevékenysége, a társadalom ugyanis igényli az otthoni ápolási szolgáltatást. A fizetőképes kereslet megjelenése az otthoni ápolás mihamarabbi intézményes életre hívását szintén aktualizálja.

A társadalomban mindinkább megfigyelhető az a tendencia, hogy távolodni igyekszik az intézeti ellátástól. Ez, noha nem mindig gazdaságosabb, de biztos, hogy humánusabb, s így talán egy jobb irány. Robyn Rice szerint: „A házi ápolási 'iparág' megjelenése és fejlődése részben a minőségi egészségügyet elváró lakossági igény eredménye, részben társadalmi nyomás az orvosi szolgáltatások költségtartalma miatt. A házi ápolás a minőségi szakápolás eljuttatása a betegekhez, otthoni környezetükbe, melyet időszakosan vagy részidőben végeznek.” (1). A házi ápolás egységes rendszerbe integrálja az egészségügyi ellátó struktúra egyes szereplőinek tevékenységét a párhuzamosságokat felszámolva, és kielégíti a társadalmi igényt az ápolás humanizálására.

A házi ápolás, mint az alapellátás új eleme

Betegnek lenni mindenütt rossz, de legjobb otthon. A legtöbb ápolásra szoruló ember sokkal boldogabb, ha megszokott és kedvelt otthoni környezetében, családjá körében látják el. Otthon, szűkebb családi és lakókörnyezetben a beteg kooperációs készsége és aktivitása növekszik, csökken a kiszolgáltatottsága. Az egyénre „szabott” ápolás ilyen környezetben valóra váltható. Az egyénre szabott és nem uniformizált ápolási terv a beteg kooperációs készségét növeli a hospitalizációs ártalmak elkerülhetőek.

Az otthonápolás célja, hogy a betegségből való felgyógyuláshoz optimális feltételeket teremtsen, továbbá a krónikus betegségekben szenvedőknek, a lehetséges önállóságát elősegítse. Az otthonápolás praxisának középpontjában a beteg, a család és a kiválasztott

gondozó, illetve gondozó team áll. Az otthoni ápolási szolgálatok olyan team munkát feltételeznek, amelyben különböző szakképzettségű szakdolgozók vesznek részt. Így a rászoruló az otthoni ápolás során a szükségleteinek megfelelő szintű és minőségű ellátást kaphat. A team tagjai orvosi indikációra dolgoznak, miközben jelentős szerep jut a kompetenciájukba tartozó, önálló ápolásnak is.

Az egészséggondozásnak eme speciális formáját és igényeit mindig az egyén egészségkárosodásának mértéke, jellege és szüksége határozza meg, mint ahogy azt is, hogy milyen más szakterülettel, szakápolói és gondozási tevékenységgel, szolgáltatásokkal kell kiegészíteni. Az otthoni ápolás mindig az otthonában tartózkodó betegre, családjára, a környezetére együtt értendő. (2)

Az otthoni ápolás szakmai tevékenysége a gyógykezelésre, az ápolásra, a rehabilitációra a család támogatására, a beteg otthonában történő közvetlen ellátásra és a közösségi erőforrások koordinálására vonatkozik. A beteg ápolási eredményeinek észlelése, regisztrálása, illetve dokumentálása során nemcsak a szakavatott, precíz ápolást szükséges megtervezni, hanem, az erőforrások összehangolását valamint az ápolás gyakorlati irányítását is. Az ápolás eredményessége mindenkor a beteg teljes fizikai, pszichoszomatikus és környezeti állapotának szakszerű felmérésére épül. (3)

Alapfogalmak

Otthoni szakápolás/20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1 §(1.)

Az otthoni szakápolás a biztosított vagy tartózkodási helyén, kezelőorvosának rendelésére, szakképzett ápoló által végzett tevékenysége.

Szakápolási protokollok (folyamatstandardok)

A minőségi betegápoláshoz szükséges tevékenységeket, ismeretanyagot és szakképzettséget határozzák meg. Nagyon széles kiterjesztésben fedik az ápolási tevékenységeket és a betegápolást. Lépésről-lépésre ismertetik egy feladat során a kívánatos tevékenységek sorrendjét.

A vizsgálat célja

Bemutatni az otthoni szakápolást, mint az alapellátás napjainkban rohamosan fejlődő új elemét, a szakápolási protokollok illetve a betegelégedettség tükrében. A szakápolási protokollok vizsgálata során azt követjük nyomon, hogy a szakápolási protokollok mennyire segítik, illetve nehezítik az otthonápolási team munkáját, mennyire integrálhatóak a napi otthonápolásba, mennyire alkalmazzák őket. A betegek elégedettségének vizsgálata arra keres választ, hogy a betegek mennyire érzik szükségesnek, kórházi ápolást kiváltónak, személyre szabottnak ezt az ellátási formát.

A háziápolási viziteket a háziorvos rendeli el. A vizitek száma 56/év, azonos diagnózis esetén, amely 4X14-es rendelési ritmusban zajlik. 14 vizitenként háziorvosi kontroll szükséges. A napi vizit időtartama 30 perc-3 óra. A szakápolás ingyenes, az egészségbiztosítás (MEP) által finanszírozott szolgáltatás, amely legalább egy alkalommal meghosszabbítható. (4) A házi ápolás speciális felkészültséget és ismereteket kíván, az ápolók szorosan együtt dolgoznak a pácienssel és annak családjával.

Protokollok és minőség

Ahogy az otthoni ellátás mindinkább az üzleti vállalkozás felé halad, egyre erősödő törekvések mutatkoznak arra, hogy ez a minőség ellenőrzés alá kerüljön. (5) A gondos ápolási dokumentáció módszert ad az ápolás minőségének értékelésére, alapot ad a szolgáltatások

térítésére, és hatalmas adatbázisként szolgál az ápolási kutatások számára. A protokollok egyes elemeitől elképzelhető eltérés, ha a páciens egyedi szükségletei úgy kívánják meg.

Hipotézis

A házi betegellátás olyan ellátási forma, melyben a szakápolási protokollok alkalmazása segíti, egységessé és folyamatosan ellenőrizhetővé teszi az ápolók munkáját, biztosítva ezzel a minőséget.

Kutatási módszerek

A kutatás az esztergomi Grangenius Egészségügyi és Szociális Gondozó KFT Otthoni Szakápolási Szolgálatánál készült, 2001. év október-november és december hónapjában. A szolgálat Esztergom és Dorog város és vonzáskörzet betegei részére belgyógyászati, traumatológiai, sebészeti, neurológiai és reumatológiai szakápolást biztosít.

Kérdőív

A betegelégedettség méréséhez kérdőívet készítettem, amellyel arra a kérdésre kerestem választ, hogy mennyire érzik személyre szabottnak, kórházi ellátást kiváltónak az otthoni szakápolást, mennyire elégedettek a betegek a szolgálat működésével.

Megfigyelési jegyzőkönyv

A szakápolási protokollok alkalmazásának nyomon követésére megfigyelési jegyzőkönyvet szerkesztettem, amelynek segítségével a mindennapos betegellátás során figyelhettem meg, mennyire érvényesül a protokollok alkalmazása az otthoni környezetben, jelent-e nehézséget az alkalmazásuk. A jegyzőkönyvet három, a szolgálat által viszonylag gyakran végzett szakápolási tevékenységre készítettem el a szakápolási protokollok alapján. A három tevékenység: decubitus kezelése, női beteg állandó katéterezése illetve a tisztító beöntés alkalmazása volt.

Eredmények

A betegelégedettségi-kérdőív eredményei

A Grangenius Otthonápolási Szolgálat betegei között 110 db beteg-elégedettségi kérdőívet osztottam ki. Ebből 100 db kitöltött kérdőív érkezett vissza, a kérdőívek 90%-a. Mivel a kutatást végző személy nem volt a szolgálat dolgozója, feltételezhető, hogy a betegek őszintén válaszoltak. A kitöltők nem szerinti megoszlása: 72 fő női beteg, 28 fő férfi beteg. Az életkori megoszlást tekintve: nőknél az átlag életkor 63,5 év, (43-93 év), férfiaknál 59,5 év (43-85 év) volt.

1. Az első kérdésre, hogy honnan értesültek a szolgálat működéséről, a betegek nagy többsége (74%) a háziorvost jelölte meg. Tíz fő a családtagjától hallott a szolgálatról, ők tették ki a válaszadók 10%-át. Más betegtől hallott az otthonápolási szolgálatról 8 fő, illetve az egyéb kategóriában jelölték meg a betegek a kórházi kezelőorvosukat, 6 fő, és újságban olvasott róla 2 fő. Az eredmények reális képet adnak, hiszen a háziorvos az, aki a betegeket folyamatosan ellátja, gondozza, vele vannak a betegek mindennapi kapcsolatban, így ő ismeri leginkább egy család szociális helyzetét. Fontos feladatnak tartom a háziorvosi praxison belül az ilyen irányú felvilágosítást is, mert a beteg és családja általában megbízik orvosa véleményében.

2. A második kérdéssel arra kerestem választ, hogy mennyire vannak megelégedve a betegek az őket ellátó szakdolgozók magatartásával, szakmai felkészültségével, a betegellátással és az orvosi illetve gyógyászati eszközök szolgáltatásával. A szakdolgozók magatartásával 98 fő elégedett volt, és mindössze 2 fő fejezte ki elégedetlenségét. A szakmai

felkészültséggel és a betegellátással valamennyi beteg elégedett volt. Az orvosi illetve gyógyászati segédeszközök szolgáltatásával mindössze 4 fő nem volt megelégedve.

Összességében a betegek elégedettek voltak az otthonukban kapott ellátással, annak minőségével és szolgáltatásaival. Két beteg az ápolói magatartást nem találta számára megfelelőnek, ennek hátterében esetlegesen személyes ellentét, ellenszenv húzódnak meg. A betegek fontosnak tartják a „nagy hozzáértést” vagyis szakmai tudást. A szaktudás magában rejtje az elméleti ismereteket és az ahhoz szervesen kapcsolódó jártasságokat, készségeket. Ezek egy részét az ápoló megszerzi a képzés alatt, más részét pedig-s talán ez a jellemzőbb- az ápolás gyakorlatában. Ezek a jártasságok viszont csak önfejlesztéssel, szakmai önképzéssel együtt válnak professzionálissá. (6)

3. A harmadik kérdésre, miszerint jelentett-e a családnak nehézséget, hogy otthon történt az ápolás, valamennyi beteg nemmel válaszolt. Ez az eredmény némileg ellentmond a 6. kérdés eredményeinek, ahol egyes családoknak a beteg otthoni ellátásához bizonyos segédeszközöket kellett beszerezni, illetve lakás-átalakítást kellett végezni. Ezek plusz kiadást jelentettek a család számára. Nem elhanyagolható tény, még ha a család nem is érzi tehernek, hogy ők látják el a beteg egész napos felügyeletét, sok alapápolási tevékenységet, és jelentős pszichés megterhelést viselnek, különösen egy hosszú ápolási folyamat kapcsán. A családtagját hosszabb ideig ápolót időnként tehermentesíteni kell ahhoz, hogy feltöltődjön. Tehát az otthoni szakápolás mellett jelentős szerep jut az egészségügyi ellátás harmadik elemének, a szociális jellegű alapellátásnak. Hazánkban home care alatt az otthoni szakápolást értik csupán. Nyugaton a valódi home care felöleli a beteg minden testi, szociális és lelki szükségleteinek kielégítését. Ugyanaz a team végzi a házi segítségnyújtást, otthoni szakápolást, otthoni alapápolást, s a lelki segítségnyújtás egy részét.

A home care akkor teljes – holland tapasztalatok alapján –, ha „nursing home”, azaz ápolási otthon is társul hozzá. A beteget rövid időre elhelyezve az otthonban, a hozzátartozó, család mentesül a kötelezettségek alól, kipihenheti magát. Ez különösen fontos lenne hospice ellátást igénylő betegek családtagjai szempontjából. (7)

4. Az otthoni ellátás minőségét hasonlítva a kórházi ellátáshoz, az előbbi kérdéshez hasonlóan, nem osztotta meg jelentősen a betegeket. 92 fő szerint az otthonában is ugyanolyan minőségű ellátást kap, mint a kórházban, és 8 fő szerint pedig minőségileg jobb az otthonában kapott ellátás.

Arra kérdésre, hogy ez a jobb minőség érzésük szerint miben nyilvánul meg, a következőket válaszolták: az ápoló pontosságában, odafigyelésében, abban, hogy az ápoló mindig kikéri a véleményüket, tudnak beszélgetni az ápolóval, valamint a kedvességben és biztonság érzésében.

Ez nem mutat szignifikáns különbséget az otthonápolás javára, holott ez vártó volt. A betegek a különbséget nem az ápolástechnika, az alkalmazott eszközök terén érzékelték, hanem inkább az ellátás pszichés, etikai oldalán. Ez igen jelentős, hiszen az ápolástechnika, az eljárások és beavatkozások kivitelezési protokollok által szabályozottak, és közel azonosan zajlanak otthoni és intézeti környezetben. Éppen ezért a magasabb rendű szükségleteket figyelembevevő, humánusabb, holisztikus, a kiszolgáltatottságot csökkentő, a beteg önrendelkezését szem előtt tartó ellátás az, ami az otthoni szakápolást individuálisabbá, a beteg szempontjából aktívabbá teszi az intézeti ellátással szemben. Mivel több idő jut az egyes betegekhez, az ápoló jobban megismeri őket, az egészségnevelés, az egészség előremozdításában a betegek mobilizálásának határfoka is lényegesen jobb az otthoni környezetben. Az otthoni szakápolás a magyar egészségügy egyetlen olyan területe, ahol egy betegre egy szakember jut az egész terápiás idő alatt. Ennek eredménye nyilvánvaló.

Az odafigyelés az ápolás során az a lényeges érték, amiben megjelenik az ápoló egész személyisége, empátiás készsége. Jelentős értéként jelentkezett a biztonság, mely ugyancsak fontos minőségi mutató. Az ápoló jelenléte már önmagában biztonságot nyújt a beteg

száma. Ez egyben jelentheti a szomatikus értelemben vett biztonságot, pl. az eleséstől való félelem csökkenése, ami bátorítja az önellátásban való közreműködést, de jelenthet egyfajta szociális biztonságot is, amely elsősorban a hozzátartozókra nézve fontos. Ha adott a lehetőség az otthoni ápolásra, csökkenhet a munkahely elvesztésével, feladásával kapcsolatos aggodalom.

5. Az ötödik kérdésre, hogy elégségesnek érezték-e a betegek a gyógyulásuk elősegítésére az ápolást, vagy egyéb ellátási formára is szükségük lett volna, a válaszadók 94%-a igennel felelt. Hat fő hiányolt szociális jellegű ellátást, úgy, mint ebéd kihordása, gyógyszerek kiváltása, takarítás vagy bevásárlás.

Ezek a válaszok is alátámasztják, mennyire fontos lenne a betegek számára a jól kiépített, és az otthoni ápolással együttműködő szociális rendszer. Ez alatt értendő a települési önkormányzatok által biztosított, személyes gondoskodást nyújtó szociális jellegű ellátások harmonizálása az otthonápolással.

6. Jelentett-e plusz kiadásokat az otthoni ápolás? A betegek közül 90 főnek az otthoni ápolása nem jelentett jelentős plusz kiadásokat a család számára, míg 10 fő számára szükség volt lakókörnyezeti átalakításokra, a lakás biztonságosabbá tételére vagy gyógyászati segédeszközök beszerzésére.

7. A hetedik kérdés arra szeretett volna válaszolni, hogy a betegek érzése szerint mennyire kapott hangsúlyt saját véleményük a róluk szóló egészségügyi döntésekben. A válaszadók 100%-a érezte úgy, hogy mindig kikérték, meghallgatták, és figyelembe is vették véleményüket az ellátásuk során.

8. Ön szerint a jövőben, ha lehetséges, a beteg otthonában kapja meg szükséges szakápolást?

A megkérdezettek 98%-a érzi úgy, hogy a jövő egészségügyi ellátása az otthoni szakápolás felé mutat, csak két fő jelölte meg az intézeti ellátás elsőbbségét. Az otthonápolás bizonyára joggal pályázhat elsősége a jövő ellátási formái között, hiszen számos tényező alátámasztja fontosságát. A betegek egy részében talán még él a korábbi szemlélet, mely szerint a gyógyulás, gyógyítás valójában a kórházakban biztosított. Úgy gondolhatják, hogy ott vannak jelen a biztonságot nyújtó technikai felszerelések, az orvos, az ápolók bármikor elérhetőek, és a betegek részéről kisebb aktivitást is igényel. Mára ez a szemléletváltozóban van, hiszen a betegek nagy többsége azért az otthoni ápolás jelentőségének növekedését jósolja a jövőre nézve.

9. Az utolsó kérdésben arra kerestem a választ, hogy máskor is igénybe vennék-e az otthoni szakápolási szolgálat szolgáltatásait, vagy inkább kórházban kezeltetnék magukat a betegek.

A válaszadók 100%-a fordulna újra az otthonápolás felé, előnyben részesítve azt a kórházi ellátással szemben. Érdekesnek találtam, hogy az a két fő, aki az előző kérdésben a kórházi ellátás elsőbbségét jelölte meg a jövőre nézve, ha megbetegedne, újra az otthoni szakápolást választaná. Valószínűleg ezek a betegek is érzékelték a pozitív különbségeket, és elégedettek voltak az ellátással, de talán úgy gondolják, a konzervatív szemlélet hátráltatja a struktúraváltást.

A megfigyelési jegyzőkönyv eredményei

A kiválasztott három szakápolási tevékenység protokoll szerint való végrehajtásának megfigyelését tevékenységenként 15 betegen kívántam elvégezni. Mivel a szolgálat páciensei között nem volt a kiválasztott tevékenységeknek megfelelő számú beteg, így a női beteg katéterezését 12 főn sikerült megfigyelnem, a decubitus ellátását 14 főn, és a tisztító beöntés elvégzését 10 főn. A jegyzőkönyv minták egy-egy példányai a mellékletben találhatók. A jegyzőkönyveket a szakápolási protokollok alapján készítettem el, mindhárom tevékenységre, s ezektől a protokolloktól a tevőleges ápolás során csak minimális pontokban tértek el a szakápolók.

A beteg pszichés és szomatikus előkészítése a beavatkozásokhoz

Valamennyi jegyzőkönyv tartalmazta a beteg előkészítését pszichés és szomatikus szempontból. E lista szerint megadott pontok valamennyi esetben érvényesültek. Öröm volt látni és hallani, hogy ellentétben a kórházban tapasztaltakkal, itt az ápolók a beavatkozások alatt folyamatosan beszéltek a beteghez. A pszichés előkészítés nem csak a betegre terjedt ki, hanem amennyiben jelen volt, a hozzátartozókra is. A szomatikus előkészítés nagyon tapintatos, a beteg szeméremérzetét tiszteletben tartó volt. Ezt bizonyára az otthoni környezet is elősegítette. Az intim környezet, a megnyugtató légkör kialakítása így könnyebb volt, és ezt a betegek is nagyon pozitívnak ítélték meg.

A beteggel való kommunikáció jellemzői

Az ápoló kommunikációjának megfigyelése során arra összpontosítottam, hogyan történik az első találkozás alkalmával a bemutatkozás, megszólítás, a látogatások időpontjában való megegyezés, a beteg állapotának felmérése, véleményének kikérése.

A kommunikációt hasonlóan a beteg előkészítéséhez valamennyi jegyzőkönyv esetén, azonos szempontok alapján figyeltem meg. A legfontosabb megállapítások az alábbiak voltak: A betegekkel való első találkozáskor az ápolók a teljes nevükön kívül szakképezettségüket és foglalkozásukat is közölték, valamint fényképes igazolvánnyal igazolták magukat. Kölcsönösen megállapodtak a megszólításban.

Az ápolók 36 esetből 16 betegnél nem adtak felvilágosítást az első találkozás alkalmával a kompetenciájukba tartozó feladatokról. Ők elmondták, hogy nem az első alkalommal, hanem folyamatosan a beteg ellátása során szokták elmagyarázni a pácienseknek a megbízásukba tartozó tevékenységeket, feladatkört. A protokollokban leírtak alapján ezt az első találkozás alkalmával kellene elvégezni, de azok az ápolók is helyesen jártak el, akik mindezt a mindennapos ápolási tevékenységükbe építették be.

Az ápolók minden esetben elmondták, hogy a betegellátás során együttműködő gyógyító-ápoló közösség tagjaként, kikkel és milyen módon tartják a kapcsolatot (koordinátor, háziorvos, ápoló-ápoló, kórház).

A betegek aktivitásának, gondolatainak felmérése az ápolási lap alapján zajlott. Ez majdnem minden esetben kitért arra a kérdésre is, hogy mit gondol a beteg az ápolásban való saját maga aktív közreműködéséről.

A beteg véleményét, beleegyezését valamennyi beavatkozás előtt kikérték az ápolók. Beavatkozás után érdeklődtek érzéseikről, tapasztalataikról.

Az ápolók kommunikációja kiszámítható, világos és tapintatos volt, érdeklődő és figyelmes. Az ápolók szinte már családtagoknak számítottak a betegek számára, így nagyon közvetlenül tudtak beszélgetni.

A beavatkozások során a kommunikáció a hozzátartozókkal is folyamatosan zajlott. Korrekt tájékoztatást kaptak, az ápoló oktatta őket, hogy hogyan tehetik könnyebbé a napi betegellátást. Az otthonápolásban az oktatásnak különösen fontos szerep jut, hiszen nem az ápoló tölti a nap 24 óráját a beteg gondozásával, hanem a családtagok vállalnak tevékeny részt ebben a tevékenységben.

Női beteg katéterezése, protokoll alapján

Megfigyeléseim során 12 betegen követtem végig, a protokoll alapján meghatározott szempontok szerint, az állandó katéter bevezetését, otthoni körülmények között. Az alkalmazott eljárásokat "x-szel", a nem alkalmazott tevékenységet, eszközt "o-val" jelöltem meg a jegyzőkönyveken.

Az eszközös előkészítés során a jegyzőkönyv a protokoll lista alapján meghatározott eszközöket tartalmazta, 16 pontban összefoglalva. Ezekből összesen 3 pontban tértek el az

ápolók a tényleges ápolás során. Ilyen eltérés volt a védőfelszerelés alkalmazása (sapka, gumikötény, orr-szájmaszk), mely szükség esetére volt megjelölve.

Nyolc esetben nem használt az ápoló plusz megvilágítást a katéter bevezetéséhez. A zseblámpa használatának mellőzését maga a gyakorlat igazolja, hiszen az ápolónak nincs rá lehetősége, mert egy plusz kezét, vagy segítséget igényelne.

A protokollban feltüntetett steril csipesz használatára sem került sor. Ezen ponton a protokoll felülbírálnak, hiszen a Nelaton katéter bevezetéséhez nem szükséges steril csipesz, női beteg katéterezése során. Steril kesztyűvel minden esetleges iatrogén fertőzés kockázata nélkül felvezethető. A Foley katéter szintén alkalmas steril kesztyűvel való felvezetéshez, kettős csomagolásából adódóan.

A beavatkozás kivitelezését 16 pontban foglaltam össze. Ezen pontok közül mindössze 1 nem zajlott az előírásoknak megfelelően. Az eszközös előkészítés hiányosságaiból adódóan a steril csipesz használata és használat után iso-propil alkoholba vagy petri csészébe való helyezése.

Az ápoló elmondta a betegnek és hozzátartozójának, hogy milyen kóros jeleket, tüneteket lehet észlelni, pl.: fertőzés esetén. Megtanította a páciens és/vagy családtagját a vizelet makroszkópos vizsgálatára.

A beavatkozás dokumentálása megfelelő volt. Jelölték a napi ápolási lapon a beavatkozás időpontját, a katéter adatait, a tervezett csere várható időpontját, az esetleges észrevételeket a beteggel kapcsolatban, a vizelet makroszkópos vizsgálatának eredményeit.

Összességében, a katéterezés kivitelezésének szabályos leírásától a valódi ápolás során 7,3%-ban tértek el az ápolók. Ezek az eltérések sem a lényegi pontokban mutatkoztak, vagyis a sterilitás, az asepsis kritériumait nem sértették meg, nosocomialis fertőzés veszélye nem állt fenn, a beteg biztonságát maximálisan szem előtt tartották. A protokolltól való eltérés, kisszámú betegen történt megfigyelés ellenére sem tekinthető szignifikánsnak.

Tisztító beöntés kivitelezése, protokoll alapján

A megfigyelést 10 betegen vezettem végig. Az eszközös előkészítés során az előírt eszközöket 12 pontban foglaltam össze. Ezeket az eszközöket egy kivétellel mindig használták. A kivételt az infúziós állvány képezte. A 8. pontban meghatározott eszközöket a lehetőségek szerint alkalmazták. Tíz esetből kettőben volt elérhető WC a beteg számára, négy esetben szoba WC-vel rendelkezett a beteg, és ugyan csak négy esetben, ágytálat alkalmaztak.

A beöntés kivitelezése a protokoll alapján zajlott. A dokumentáció megfelelő volt. A tisztító beöntés kivitelezése során, az összes tevékenységi pontot tekintve 100%-nak, az eltérés a protokollaris menettől 6,9% volt. Ez az eltérés sem volt jelentős.

Decubitus (nyomási fekély) kezelése

A decubitus ellátását 14 betegen kísértem végig. A decubitus stádiumát tekintve tizennégyből nyolc betegnek III. stádiumú decubitus volt. Négy esetben II. stádiumú volt a decubitus és két esetben I. stádiumú.

A stádium meghatározását a Covatec cég által készített, decubitus stádium-meghatározó lap segítségével végezték az ápolók. Az ápolók steril egységcsomagot alkalmaztak, amely tartalmazta az ellátáshoz általánosan szükséges steril felszerelést. Az ellátás során alkalmazott eljárás minden esetben megfelelt az ellátandó fekély stádiumának. A kezelés során a decubitálódott terület nagysága, a sebalap fertőzöttsége és a váladékozás milyensége alapján használtak az ápolók speciális hydrocolloid lapokat, hámosító kenőcsöket. Figyelmet fordítottak a decubitus megelőzésére, illetve a folyamat előrehaladásának megállítására is. Alkalmazták a fektetés különböző formáit, kényelmi eszközöket és a tornáztatást.

A dokumentáció szabályos volt. Az ellátás adaptálódott a beteg aktuális állapotához, a protokoll előírásainak megfelelően.

Következtetések

Összegzésként megállapítható, hogy az otthoni szakápolás, mint humanizáltabb, személyre szóló ellátási forma, kivívta a megkérdozett betegek elismerését. Helye van az alapellátás rendszerében, emelve a betegellátás színvonalát.

A megfigyelési jegyzőkönyvek eredményei jobb eredményt mutattak az elvárthoz képest. Feltételezhető volt, hogy a protokollok betartása nehezebben valósítható meg otthoni körülmények között, ahol számos váratlan esemény, rögtönzést megkívánó helyzet előfordulhat, és struktúrájában, felszereltségében is más, mint egy standardizált kórházi környezet, betegszoba. Ennek ellenére a megfigyelések a protokollok adaptálhatóságát igazolták.

Az otthoni betegellátás során az ápoló olyan körülmények között dolgozik, mely merőben eltér az intézményi ápolás feltételeitől. Ez az ápolótól fokozott önállóságot és felelősségvállalást kíván. Fontos tehát az ápolók ilyen irányú képzése, folyamatos elméleti és gyakorlati továbbképzése, hogy képesek legyenek ezeknek a követelményeknek magas szinten megfelelni.

Fontosnak tartanám, hogy a szakdolgozók ne „csak” a jobb életszínvonaluk biztosítása érdekében, hanem valóban hivatásszeretből dolgozzanak a szolgálatoknál. Minél több lehetőséget kell adni a szakápolási szolgálatoknak a tevékenységük bemutatására, ismertségük fokozására.

Irodalom

1. Robyn, R. (1998). A házi betegellátás szerepe ápolói kézikönyve: fogalmak és gyakorlati alkalmazásuk. Budapest: Medicina.
2. Simon, J. szerk. A home care szerepe a család gondozásában. Medicus Universalis aktuális oldalak. 27. évf., Júl. 9-10.
3. Hastings, D. (1997). Házi betegápolás. Budapest: Magyar Könyvklub.
4. Schaffer, J. (1999). Az otthonápolás finanszírozásának elemzése. Mozgásterápia, 8., 1. 8-9.
5. Ellis, J.R. és Hartley, C.L. (szerk.) (1997). Az ápolás irányítása és összehangolása. Budapest: Medicina.
6. Sasváriné, B. A. (1997). Igények és remények. Nővér, 10., 1.
7. Boronkay, K.. Házi betegellátást segítő gondozási formák. Egészségügyi munka, 37, 9, 246-249.

*A tanulmányhoz kapcsolódó mellékletek megtalálhatók
a NŐVÉR, 2003. 16. évf. 3. szám 16-19. oldalain.*

[Vissza a tartalomhoz](#)

Körzeti - közösségi ápolók szerepe az egészségpolitikai célkitűzések megvalósításában

Körtvélyesiné Samu Gyöngyi vezető ápoló
Dr. Mari Albertné megyei vezető ápoló

A vizsgálat célja: Felmérni, hogy a háziorvosi praxisokban dolgozó körzeti - közösségi szakápolók milyen ismeretekkel rendelkeznek az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programról. Munkájuk során hogyan végzik az egészségnevelési tevékenységet, mennyi idő áll rendelkezésükre, valamint az elvégzett tevékenység dokumentálásra kerül -e. Véleményük szerint mit tehetnek ők a program sikeres végrehajtása érdekében.

Módszerek és minta: A felmérést Csongrád megyében végeztük 2002 májusában. A mintát az alapellátásban dolgozó körzeti - közösségi ápolók alkották. A minta kiválasztása célzottan történt. Az adatgyűjtést 20 kérdéses kérdőíves módszerrel végeztük, kitöltése anonim volt. A beérkezett kérdőívek közül összesen 90 db került feldolgozásra.

Eredmények: A körzeti - közösségi ápolók 40%-a nem ismeri a programot. Munkájuk során végeznek egészségnevelő tevékenységet, de jóval kevesebbet, mint amennyit a praxishoz tartozó közösség igényelne. Az ápolók által végzett egészségnevelő tevékenység szokásokon alapszik, általában egyéni elbeszélgetés formájában valósul meg, és az esetek jelentős részében nem kerül dokumentálásra. Az ápolók tevékenysége betegségközpontú, és sok esetben az orvosi utasítások végrehajtásában kimerül.

Következtetés: Fontosnak tartjuk, hogy a körzeti ápolók, akik átfogóan ismerik a praxishoz tartozó közösség szociális és egészségügyi helyzetét, az eddiginél jóval nagyobb szerepet kapjanak az egészségpolitikai célok megvalósításában. Érdemes újra gondolni kompetenciájukat, képezésüket és nem utolsósorban létszámukat a praxisokban ahhoz, hogy a lakosság (közösség) egészségi állapota továbbfejleszthető legyen.

Bevezetés

Magyarország lakosságának egészségi állapota európai viszonylatban a legrosszabbak közé tartozik. Az emberek születéskor várható átlagos élettartama csaknem egy évtizeddel alacsonyabb, mint a gazdaságilag fejlett államokban. A helyzetet súlyosbítja, hogy egyre több a közvetlenül halált nem okozó, de emberi életek százezreit terhelő krónikus megbetegedések aránya, és a társadalmi beilleszkedési zavarok is tömegessé váltak. A további romlás lassítását és a lakosság egészségének javítását szolgálja az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program, amelynek ismertetése törvényi keretek között is megtörtént. Igaz, a felmérés óta a cselekvési program „Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” nevet kapta, de a körzeti - közösségi ápolók körében végzett felmérés aktualitása változatlanul prioritást érdemel. Az alapellátás az első szint, amelyen keresztül az egyén, a család és a közösség kapcsolatba kerül az ország egészségügyi rendszerével. Az alapellátás fontosságát, valamint a közösségi ápolás jelentőségét korábban már több társadalom-egészségügyi program is hangsúlyozta. (Nemzetközi Alapellátási Konferencia – Alma-Ata 1978.) Az alapellátásban bekövetkező reformok, a magántulajdon szerepének a megerősödése, a valódi és funkcionális magánosítás az ápolást még inkább a gyógyító tevékenység befolyása alá vonta, így az egyébként is gazdátlan ápolást a szakmai hierarchia peremére szorította.

Hazánkban a közösségi ápolás fejlesztése az utóbbi években bekövetkező egészségügyi reformok során nem kapott kellő hangsúlyt, ugyanakkor nemzetközi tapasztalatok szerint az egészségügyi rendszerben nyújtott szolgáltatások mintegy 80%-át az ápolási szolgáltatáson keresztül ítéli meg az ellátásban részesülő lakosság. Az egészségpolitikai célkitűzések megvalósításában különösen fontos szerepet kell szánni az alapellátásban dolgozó körzeti-közösségi szakápolóknak, akik az egyik alapvető szolgáltatást nyújtják a társadalom számára. Mivel a körzeti ápolók otthonukban keresik fel a betegeket, lehetőségük van arra, hogy bizonyos idő után szoros kapcsolatot alakítsanak ki az adott közösséggel, ily módon a személyre szóló felvilágosító, egészségnevelő és tanácsadó munka nagyobb hatáskörrel valósulhat meg.

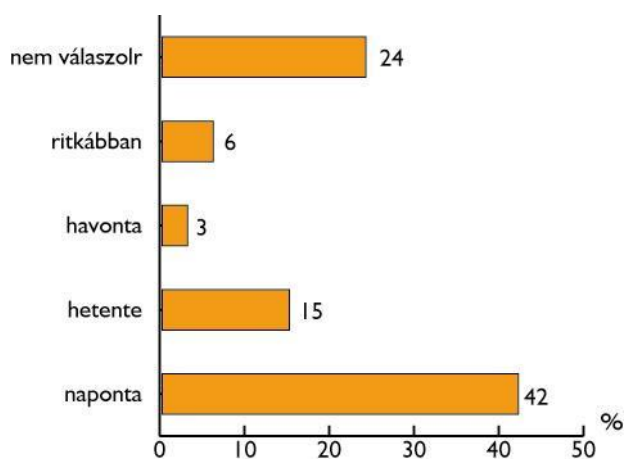
A háziiorvosi praxisokban dolgozó ápolók jelenlétével és aktív közreműködésével a praxishoz tartozó közösség egészségi állapotában pozitív irányú elmozdulás csak abban az esetben feltételezhető, ha az ápolókat felkészítjük, aktívan bevonjuk, és feladataikat konkrétan meghatározzuk a program végrehajtásában.

Az ÁNTSZ Csongrád Megyei Intézete 2002. év májusában kérdőíves felmérést végzett a körzeti - közösségi ápolók körében Csongrád megyében (a kérdőívet az Országos Tisztifőorvosi Hivatal állította össze). A kitöltött kérdőívek alapján az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programmal kapcsolatos ismeretekről, az ápolók életmódjáról, egészségmagatartásáról, valamint az általuk végzett egészségfejlesztési tevékenység lehetőségeiről és annak módjáról tájékozódhattunk. A beérkezett kérdőívek közül összesen 90 db volt és értékelhető került feldolgozásra.

Eredmények

A kérdőív első részében az ápolók egészségi állapotával kapcsolatos kérdésre, mely szerint vannak -e mozgásszervi panaszai, a megkérdezettek majdnem a felének igen (44%) volt a válasza. A feltűnően kedvezőtlen arány abból adódik, hogy az alapellátásban dolgozó ápolók az ápolói tevékenységük mellett jövedelem-kiegészítés céljából többletmunkára kényszerülnek, melyet többen, főleg kis településeken mezőgazdasági munkával pótolnak.

A rendszeres testmozgásra vonatkozó kérdés viszonylag jó arányt mutatott (1. ábra), bár sokan a kerékpározást írták le, ami arra enged következtetni, hogy az ápolók területi munkájához a kerékpár munkaeszköz és nem egy tudatos testmozgást feltételez.



1. ábra – Testmozgás gyakorisága

A dohányzás az ápolók körében kedvező képet mutat, csupán 9 fő dohányzott a válaszadók közül, ám arról, hogy hol kap segítséget a dohányzásról való leszoktatáshoz, sajnos nincs egységes ismeret. Az ápolók közül 23 fő nem tudja, néhányan a tüdőgondozót, háziiorvosi rendelőt, munkahelyet és a gyógyszerterát jelölték meg, sokan azonban nem válaszoltak a kérdésre, ami a „nem tudja” kategóriába illeszthető. A válaszokban némi ellentmondás fedezhető fel, mely szerint az ápolók közül csak néhányan írták a háziiorvosi rendelőt, (5 fő) mint segítségnyújtási lehetőséget, ugyanakkor prevenciós munkájuk során szinte mindannyian (82 fő) végeznek a dohányzás leszoktatására irányuló egészségnevelő tevékenységet.

A kérdőív további részében az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program ismeretére kérdeztünk rá. Jelentős volt azok száma, akik nem ismerték a programot (40%). Sokan ismerték a programot, vagy hallottak róla, esetleg olvasták valahol (többen az Interneten), és jelentős volt a nem válaszolók száma (26 fő). Feltételezhető, hogy ők nem rendelkeznek megfelelő ismeretekkel, melyből tanulságként levonható, hogy a jövőben sokkal nagyobb

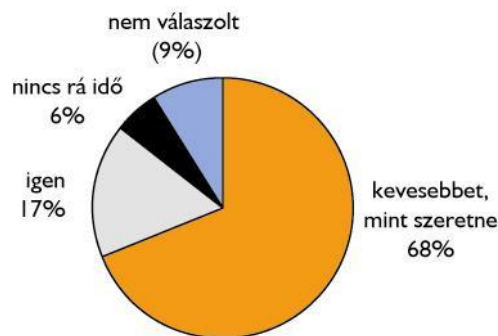
hangsúlyt kell szánni a program ismertetésére, és nevesíteni kell az ápolókat akik kulcsfontosságú szereplők kell hogy legyenek a cselekvési program végrehajtásában. A program végrehajtását irányító szervek esetében is tapasztalható némi tájékoztatatlanság az ápolók körében. A legtöbben az Egészségügyi Minisztériumot és az ÁNTSZ-t jelölték meg (43 fő), és sajnos 26 fő nem válaszolt a kérdésre, ennek alapján nincs információjuk arról, hogy melyik szerv irányítja a program végrehajtását. Arra a kérdésre, hogy kinek van kiemelt szerepe az ENNP program végrehajtásában, az esetek zömében az ÁNTSZ került említésre (49 fő), de ebben a kérdésben is jelentős azok száma, akik nem válaszoltak. A körzeti - közösségi ápolók az egészségnevelési, egészségfejlesztési tevékenységet az esetek legnagyobb részében önállóan végzik. (2. ábra)



2. ábra – Végez-e egészségfejlesztő tevékenységet?

Arra a kérdésre, hogy milyen témakörben végzi az egészségnevelési és egészségfejlesztési tevékenységet, a válaszok jól tükrözik, hogy elsősorban a népbetegségeket és a vezető halálokokat kiváltó kockázati tényezők elleni küzdelem, védekezés a domináns, az ápolók egészségnevelési tevékenysége során. Az ápolók válaszaiból egyértelműen kiderül, hogy jóval kevesebb időt tudnak fordítani az egészségnevelő tevékenységre, mint amennyit szeretnének (3. ábra). Az igény a praxishoz tartozó közösség részéről „óriási” lenne, de jelentős része szakemberhiány miatt kielégítetlen marad.

A háziorvosi ellátás jelenleg betegségi központú, nincs felkészülve egészségfejlesztő tevékenység végzésére. Az ápolók 80%-a az elvégzett egészségnevelő tevékenységet nem dokumentálja, jóllehet erre a célra egységes ápolási dokumentáció rendelkezésre áll. Egészségfejlesztő és egészségnevelő munka napi 1-1,5 órát tesz ki, ami a 8 órás munkaidő töredékét képezi, ennél jóval többre lenne igény. Az ápolók egészségfejlesztő programokon történő részvétel alatt különböző témájú továbbképzéseket írtak le. Az ÁNTSZ szervezésében történő szakmai programokat mindig nagy érdeklődés kíséri a körzeti ápolók részéről, mert az alapellátásban dolgozók leginkább a szakfelügyeleti látogatások alkalmával jutnak továbbképzéssel kapcsolatos információhoz. A körzeti - közösségi ápolók továbbképzési témák iránti igénye meglehetősen heterogén képet mutat. A legtöbben mentális betegségek, diabetes, szénvedélybetegségek, különböző tumorok, osteoporosis, valamint a dohányzás és alkoholfogyasztás elleni küzdelemmel kapcsolatban bővítenék ismereteiket. Ennél a kérdésnél szintén visszautalnék arra a felismerésre, hogy a vezető halálokokról és az azokat kiváltó kockázati tényezőkről szeretnének az ápolók többet tudni, hiszen munkájuk során ezekkel a megoldásra váró problémákkal szembesülnek. A kérdőív végén az ápolók 78%-a szerint lehet attitűdváltozást elérni a lakosság körében egészségnevelő és egészségfejlesztő tevékenységgel. Néhányan „nem”-mel válaszoltak és véleményük szerint a nem megfelelő gazdasági helyzet, az alacsony bérek, a munkanélküliség gátat szab az egészségesebb életforma alakításában. Többen a nem megfelelő egészségkultúrában és a tradíciókban látják az akadályt.



3. ábra – Elég időt fordít-e az egészségfejlesztő tevékenységre?

Az ápolók véleményük szerint a program sikerességéhez az alábbiakban járulhatnak hozzá:

- ismertetni a részletes programot a lakosokkal,
- szemléletváltás,
- jól képzett szakemberek,
- az ápolók továbbképzése,
- személyes példamutatás,
- több ápoló foglalkoztatása az alapellátásban,
- egészségnevelő programok tartása a lakosság körében,
- felmérések alapján cselekvési programok kidolgozása,
- egészségpolitikai célok kidolgozásában az ápolók részvétele,
- szűrések szervezése,
- videofilm vetítése, esetbemutatás,
- egészségnapok szervezése.

Következtetés, javaslat

Jelen felmérés azt vizsgálta, hogy az alapellátásban dolgozó körzeti – közösségi ápolók milyen ismeretekkel rendelkeznek az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programról. Az eredmények tanulságként szolgálnak, hiszen a megkérdezettek közel fele nem ismerte a programot, így sajnos nem valószínű, hogy a program végrehajtásában részt vesz. A motiváció hiánya részben abból eredhet, hogy az ápolás az alapellátásban az orvosi tevékenység befolyása alatt működik, kevés az önálló ápolói funkció, valamint az ápolók a cselekvési program végrehajtási szakaszában nincsenek nevesítve, következésképpen szerepük sem kapott kellő hangsúlyt. A praxisban dolgozó ápolók kulcsfontosságú szereplők a program végrehajtásában, a közösségi ápolás fejlesztésében, mert olyan fontos információkkal rendelkeznek a közösség pszichés és szociális helyzetéről, amely információk nélkülözhetetlenek a pontos közösségi (társadalmi) diagnózisok megfogalmazásához. A jelenlegi helyzetben minimális az esély a közösségi ápolás pozitív irányú, társadalmi igényekre reagáló elmozdulására, hiszen az ápolók minimális létszáma, sajátos jogviszonya és az önérvényesítéshez szükséges szellemi tőke hiánya nem teszi ezt lehetővé.

Az alapellátás fejlesztése nagy hangsúlyt kell, hogy kapjon a jövőben, hiszen az elmúlt évek tapasztalatai egyértelműen rámutattak arra, hogy az egyén, a csoport, a társadalom felvilágosítása, motiválása és támogatása az egészségesebb életvitel érdekében a legjobban úgy valósítható meg, ha célzottan azokra a helyekre összpontosítunk, ahol az emberek élnek és dolgoznak.

Irodalom

1. Buda, J. (1998). Közösségi egészségügyi ellátás elmélete és módszertana. POTE Egészségügyi Főiskolai Kar – jegyzet.
2. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program. Egészségügyi Közlöny, 2001. augusztus.
3. Mata, Zs. és Nagy, A. (2002). Egészségfejlesztés az ápolásban. Nővér, 15, 3-6.
4. Twinn, Sh., Roberts, B., Andrews, S. (1996). Közösségi ápolás és gondozás. Budapest: Melánia Kft.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A folyamatok javítása: statisztikai eszközök a folyamatos minőségfejlesztésben

Kárpáti Zoltán,

ápolási igazgató, Jávorszky Ödön Kórház, Vác

Az ápolás iránti igény egyetemes. Ez a felelősség diktálja, hogy a döntés, döntési folyamat bizonyos elemeit, szülessen az, az ápolási hierarchia bármely pontján, más-más mélységig, de mindenkinek ismernie kell. Ismernie kell a közvetlen betegellátásban dolgozóknak, hogy az általuk végzett pontos adtagyűjtés miképp segíti az ápolásvezetőt, mondjuk abban, hogy a betegellátás feltételei az optimális felé közeledjenek. Ismernie kell az ápolásvezetőnek döntéseinek megalapozottságához, a megfelelő érveléshez, például az menedzsment előtt az ápolási szolgálat, végső soron a beteg érdekében.

Bevezetés

Úgy vélem, mindazok, akik hisznek az ápolásban, felelősséggel viseltetnek iránta, jól tudják: számadással tartoznak. Kötelességüknek érzik, hogy többet adjanak át az utánuk következő generációnak, mint amennyit átvettek, messzebbre jussanak mind elődeik. Az ápolás hajóját, az ápolási gyakorlatot kell a Skylla-ák és Kharybdis-ok között kormányozniuk, továbbjuttatniuk. Miközben kormányozzák, továbbjuttatják, számos tényezőt szükséges – a szó szoros értelmében –, szem előtt tartani, hogy a cél érdekében erőfeszítéseik sikeresekké váljanak, vitorláikba fogják az ápolásra ható erőket. Miféle erőket, tényezőket kívánatos szem előtt tartani?

Az ápolási gyakorlatra a gazdasági erőforrásokon túl a demográfiai és epidemiológiai, környezeti, továbbá politikai, társadalmi és kulturális tényezők gyakorolnak széleskörű hatást. Ezek egyrészt magán az egészségügyi ellátó rendszeren (annak szervezésén, finanszírozásán és technológiáján) keresztül fejtik ki hatásukat, másrészt az egészségügy rendelkezésére álló emberi erőforrások (különösképpen a munkamegosztás!) révén. A felsoroltakon kívül az ápolói gyakorlatot befolyásolja még az oktatás, vezetés és menedzsment, a munkakörülmények, jogalkotás és szabályozás, és nem utolsósorban a kutatás. Az ápolás előrejutatása érdekében nem elég az említett tényezők figyelembevétele. Egyre több és változatosabb módszert, eszközt kell bevetni a cél érdekében. Egyik igen hatásos fegyver a kezünkben, a folyamatos minőségfejlesztés (*continuous quality improvement, CQI*). A folyamatos minőségfejlesztés, egy szisztematikus, széleskörű szervezeti megközelítés minden folyamat állandó fejlesztésére, hogy egyre jobb termékeket és szolgáltatásokat adjon. A CQI a teljes rendszer folyamatainak fejlesztésére, a hibák elkövetésének elkerülésére törekszik, nem

pedig a már elkövetett hibák keresésére. A CQI fenntartásában az alábbi négy alapelvre támaszkodhatunk:

- A fogyasztó/vásárló központba állítása;
- Minden folyamat állandó javítása;
- Alkalmazottak bevonása a minőségfejlesztésbe;
- Mind az adatok, mind a csoport tudásanyagának a mozgósítása a döntés-előkészítéséhez.

A folyamatokat az állandó javításhoz láthatóvá kell tenni, hogy adottságaik, tulajdonságaik nyilvánvalóvá váljanak. Ez a kulcsa a probléma meghatározásának, okok, majd a megoldás megtalálásának, egy jobb, „javított” folyamat eléréséhez. Ehhez számos technika, eszköz áll rendelkezésünkre. (1. ábra)

A folyamatos minőségfejlesztés eszközei	
Elképzelések, ötletek, elgondolások: Affinitás diagram Erőmező-elemzés Döntési folyamat Folyamatábra Fa-diagram Gantt-táblázat Kölcsönös kapcsolatok ábrája Mátrix diagram Nominális csoporttechnika Ok-okozati ábra / Halszálka diagram Ötlebtörze Radardiagram	Számok: Adatgyűjtőlap Adatok: Átlag, medián, módusz, Range, standard eltérés Ellenőrző grafikon Hisztogram Pareto diagram Szóródási diagram

1. ábra – A folyamatos minőségfejlesztés néhány eszköze

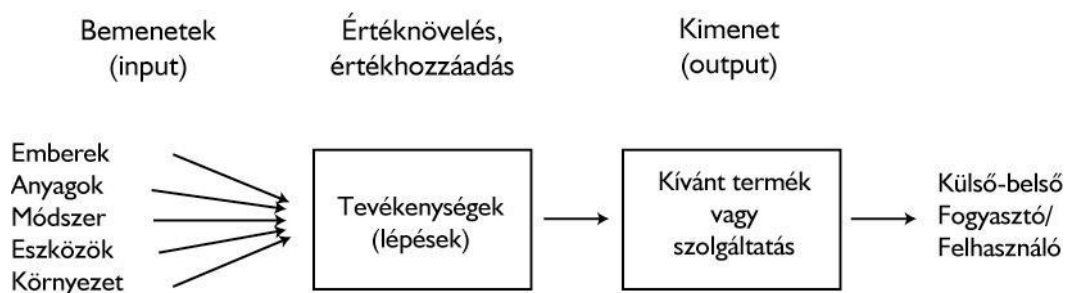
Az egyik „láthatóvá” tevő eszköz az **ellenőrző grafikon(ok)**. (2-3. ábrák megtalálhatók a *NŐVÉR*, 2003. 16. évf. 3. szám 30-31. oldalain!) Az ellenőrző grafikonok a lázlapokon grafikusán megjelenített hőmérséklet- pulzusgörbéhez hasonlóan mutatják meg a jelenségeket. S mint ahogy tájékozódási pontként piros vonalat húznak a lázlapon, mi is úgy húzunk tájékozódási, pontosabban alsó és felső beavatkozási határokat. Sőt! A tipikus lázmenetekhez hasonlóan mi is felismerhetünk tipikus mintákat a megfigyelt jellemző időbeliségében. Mielőtt rátérnénk, a sikeres alkalmazás érdekében, a részletesebb ismertetésre – az ápolás területén már használatos folyamat kifejezés miatt –, hasznosnak tűnik a folyamatról alkotott elképzeléseket áttekinteni.

Folyamat

Az ápolás eltérő területein zajló tevékenységek – legyenek azok önállóak, együttműködők vagy függők –, elemzésének több módszere van. Egyik megközelítési mód a *rendszersemlélet*. A rendszer az egymástól függő folyamatok hálózata, melyek mind egy közös cél érdekében dolgoznak. Közös cél lehet például az egészség elősegítése, a betegség megakadályozása, az egészség helyreállítása, a szenvedés enyhítése, de idetartozik a beteg és az ápoló által együtt kitűzött cél is. Az egymástól függő folyamatok hálózata egy struktúrában, szervezetben (pl. kórház, háziorvosi szolgálat, védőnői szolgálat stb.) ölt testet. Ebben a struktúrában, szervezetben, ahol több ezer folyamat van, mindenki a közös célért dolgozik. A szervezetben lévő folyamatokat (a rendszert) a vezetőség hozza létre és tartja fenn tudatosan vagy nem tudatosan. A beosztottak a vezetőség által létrehozott és fenntartott

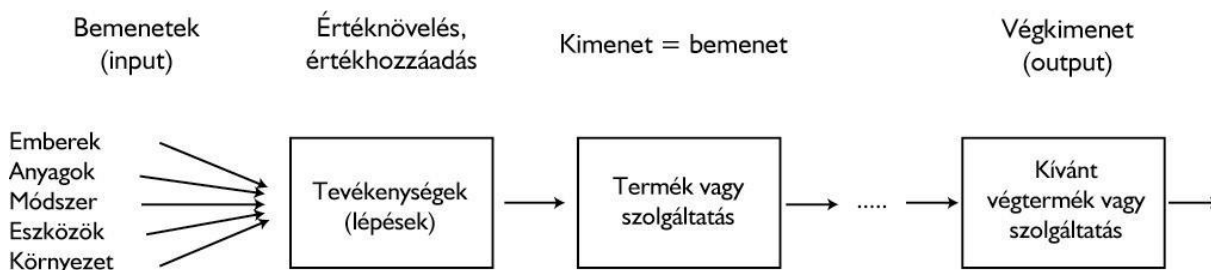
rendszeren belül dolgoznak. A folyamatokat a vezetőség változtathatja, akiknek – a siker érdekében –, együtt kell működniük a folyamatot legjobban ismerő beosztottakkal. Végül is mi a folyamat ?

Egy folyamat a tevékenységek sora, melyek újra és újra összeállnak, hogy „input”-ból (bemeneti tényezők) a kívánt „output”-ot (végeredmény) hozzanak létre. A létrejövő kívánt terméket vagy szolgáltatást külső és/vagy belső fogyasztó veszik igénybe. Külső fogyasztók pl. a kórház szolgáltatásait igénybevevő betegek, belső fogyasztók pedig a kórház munkatársai, akik munkájukhoz más munkatársak által nyújtott terméket és szolgáltatásait használják fel.



4. ábra

Általában a kívánt végtermék egyben egy másik folyamat „inputja”. Ha az emberek (szakács, konyhai munkások stb.), a nyersanyagokból a megfelelő módszerekkel és eszközökkel létrehozzák a saját folyamatuk végére a 250 gr szénhidrátot tartalmazó szénhidrátszegény étrendet, akkor ez az étrend - több más dologgal -, input-ként szolgál. Ugyanígy a műtési előkészítési folyamat végére a jól előkészített beteg „bemenetként” szolgál mind a sebész, mind az altatóorvos munkafolyamata számára. (5. ábra)

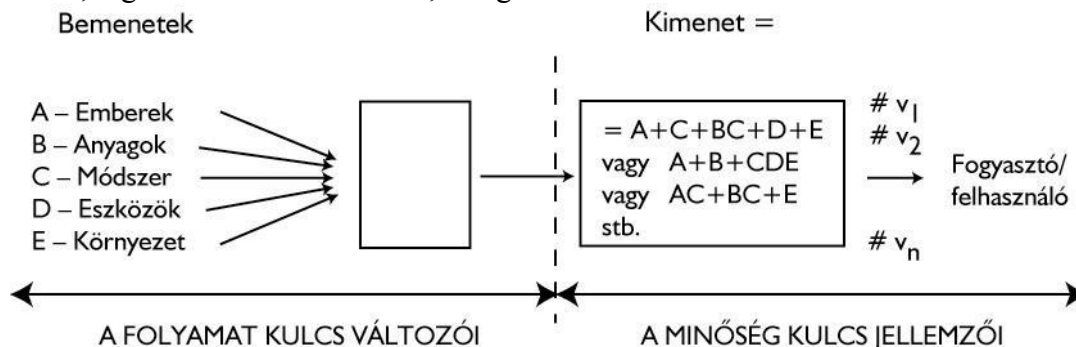


5. ábra

Minőségfejlesztésről lévén szó nem téveszthetjük szem elől, hogy mind a bementi tényezők, mind a folyamat lépései, mind a szolgáltatás és/vagy termék jellemezhetőek egy kiszámolható mutatóval, amelyek mérik és értékelik az ellátás minőségét. Ezt a kiszámolt mutatót nevezik minőségi indikátornak. A minőségi indikátorok mindig számlálóból és nevezőből állnak, általában gyakorisági vagy megoszlási viszonyszámok, de sok esetben alkalmaznak átlagértékeket is minőségi indikátorként. A minőségi indikátorok, a termék és/vagy szolgáltatás minőségi kulcsjellemzőjének meghatározása ideális esetben a fogyasztó segítségével kell, hogy történjen.

A bemeneti tényezők és a folyamat lépései a folyamat kulcsváltozói, mert ezeket kell elsősorban megváltoztatni a kívánt eredmény eléréséhez. A kívánt eredmény elérése ugyanis a bemeneti tényezők és azok kölcsönhatásainak eredménye. Az eredmények nem egyszerűen csak az egyes tényezők befolyásolásának hozzáadása, hanem a sok tényezőnek egymással

való kölcsönhatása. Így a folyamatban dolgozó egyének csak részlegesen járulnak hozzá a folyamat kimeneteléhez. Mi több, a különböző egyének hozzájárulása ugyanazon folyamathoz eltérő lesz nemcsak az egyének, hanem a többi kulcstényezővel való kölcsönhatás különbözőségének következtében is. Éppen ezért a szolgáltatások, illetve a termékek, teljesítmények nem tökéletesen egyformák, ingadozások, eltérések tapasztalhatók. Az eltéréseket, ingadozásokat a termékek, szolgáltatások *variációinak* nevezik.



6. ábra

Egy szolgáltatás – a műtéti előkészítés – minőségi kulcsjellemzője lehet, hogy a műtőbe jutásig az előírt 1500 ml infúzióból mennyit kapott a beteg. Variációk ($n=10$): v_1 1300 ml, v_2 280 ml, v_3 1200 ml, v_4 900 ml, v_5 1000 ml, v_6 1800 ml, v_7 1500 ml, v_8 1200ml, v_9 1500 ml, v_{10} 1200 ml.

Természetesen nemcsak a kimenetnek, hanem a bementi tényezőknek is vannak variációi. S itt érkezünk el mondanivalónk lényegéhez. Shewart és Deming és mások is azt tanítják, hogy a vezetés fő problémája a variáció jelentésének alaposabb megértése, a variációban rejlő információk kivonása, azaz a **variációk csökkentése**. A variációk csökkentéséhez ismernünk kell az eltérések, azaz variációk okait, hogy a probléma megoldásának első lépéseként a bajt felismerjük. Az ellenőrző grafikonok olyan módszerek, amelyek az eltérések két forrását különböztetik meg: speciális és általános okokat, egyúttal megmutatják, hogy egy folyamat stabil-e, statisztikai ellenőrzés alatt van-e (in statistical control) vagy instabil a folyamat, a statisztikai ellenőrzésen kívül esik (out of control). Magyarul és egyszerűsítve: az általános ok(ok) mindig jelen van(nak), míg a speciális(ak) időnként. A havi beosztást, az ápoló/beteg arányt befolyásolják a statisztikai értelemben jelen lévő véletlenek, azaz általános okok, pl. a GYES-en lévők száma, a lehetséges „kérések” a beosztást illetően, stb. A beosztásra hatással lehet, megjelenhet speciális ok is, egy influenza járvány, ami nem csak közvetve, hanem a gyermekeik révén (betegállomány) közvetve is hat az ápolókra.

Ellenőrző grafikon

Az ellenőrző grafikonoknak a vizsgált minőségi indikátor mintanagyságának, illetve milyenségének alapján, és az eloszlás jellegénél fogva az alábbi típusait különböztetjük meg. (7. ábra)

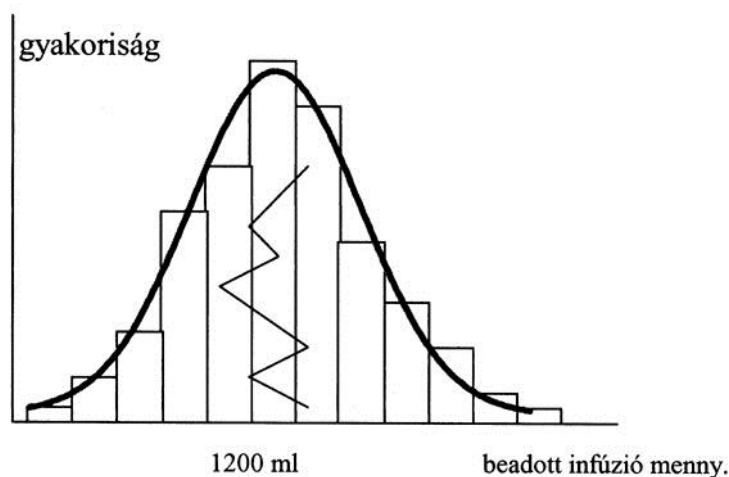
Ellenőrző grafikonok	Vizsgált jellemzők	Adattípus	Alkalmazás
----------------------	--------------------	-----------	------------

np p	A vizsgált jellemzők intervallum, vagy arányskálán mért egyedi értékei. minta: állandó minta = változó	Minősítéses	Akkor használják, amikor egy folyamat eredménye csak két kimenetelű lehet. Időszakonként mintát vesznek a folyamatok végeredményeinek összességéből. Pl. szülés: hüvelyi vagy császárr kórházi tartózkodás: nosocomiális infekció van vagy nosocomiális infekció nincs
c u	A vizsgált jellemző fajlagos előfordulási számossága minta: állandó minta = változó	Minősítéses	Akkor használják, amikor egy folyamat eredményét a hiányosságok, hibák száma miatt vizsgálják. A folyamat eredményének a hiányosságok, hibák lehetőségének állandó területével kell rendelkeznie. Pl: betegdokumentáción (terület) előforduló hibák, hiányosságok
$\bar{X}$ és R_m $\tilde{X}$ és Me $\bar{X}$ és s $\bar{X}$ és R	A vizsgált jellemzők intervallum, vagy arányskálán mért egyedi értékei, valamint a jellemzők számított statisztikai középértékei. Minta = 1 Változó mintanagyságok	Méréses, esetleg minősítéses	Akkor használják, amikor a folyamatból egyedi mérési adatok állnak rendelkezésre, valamint számítási adatok sokkal összetettebb ellenőrző grafikonja megfelelő helyettesítőjeként. Különböző formái akkor is jól alkalmazhatók, ha időnként kisebb minta vehető ki a folyamatból. Pl. egyes időtartamok amit a betegek áthelyezési vesz igénybe naponta felvett betegek száma

7. ábra

Folyamatok stabilitása és következményei

Egy folyamat akkor stabil vagy statisztikailag kézbentartottan stabil, ha a variáció megjelenése véletlenszerű, időben állandó, nincsenek jól felismerhető és megnevezhető okai. Ha a folyamat stabil, a múltbeli adatok alapján a kimenet eltérései - bizonyos határok között -, kiszámíthatók. Ez azt jelenti, hogy bármely folyamat esetére kiszámíthatjuk a kimenetnek átlagértékét és szóródását. Attól még, hogy a folyamat statisztikai értelemben stabil, nem biztos, hogy a szolgáltatás és/vagy termék a minőségi követelményeknek megfelel. A műtét előtt beadott infúzió mennyisége hiába mozog stabilan az 1200 ml körül, ha nem ennyit, hanem 1500 ml-t kell kapnia a betegnek. (8. ábra)



8. ábra – A beadott infúziómennyiség gyakorisági hisztogramja

Ad absurdum az is tapasztalhatjuk, hogy a minőségi jellemző csak véletlenszerű ingadozást mutat, de ez olyan mértékű, hogy a szolgáltatás és/vagy termék elfogadhatatlan. Ebben az esetben a stratégia a rendszer megváltoztatása oly módon, hogy lecsökkentse az eltéréseket.

Ismételten le kell szögezni, hogy az ellenőrző grafikonok használatakor nem az a kérdés, hogy a szolgáltatások és/vagy termékek minőségi mutatói megfelelnek az előírásoknak (standardok!), hanem hogy a vizsgált minőségi jellemzőjük ingadozásának természete milyen, hogy csak véletlen ingadozás van-e, tehát a folyamat stabil-e?

Továblépés előtt álljunk meg egy pillanatra. Sokan gondolhatják, hogy talán túlzottan elméleti gondolatok ezek a hétköznapi gyakorlat számára. A folyamatok minőségi ellenőrzésének bemutatásához csak annyira érintettük az elméletet, mint mondjuk az EKG tárgyalásánál érinti a szakma az Einthoven-háromszöget vagy a RTG diagnosztikánál az X sugarat. Azt pedig józan észnek, a gondolkodásnak kell meghatároznia, hogy egyáltalán használjuk-e, s ha igen, mire és milyen mértékig az ellenőrző grafikonokat.

Irodalom

1. Egészségügyi Világszervezet (1995). Ápolói gyakorlat. EVSZ technikai jelentések sorozat 860, Egészségügyi Világszervezet, Genf, Svájc.
2. Benjamin-Curtis. (szerk). Etika az ápolásban. Az Ápolónők Nemzetközi Tanácsa: Ápolói Kódex. Budapest: Népjóléti Minisztérium.
3. Boján, F. és Belicza, É. Minőségügyi fogalomtár.
4. Belicza, É. (1998). A minőségbiztosítás és indikátorai. Előadás. Budapest: OEP.
5. Betlehem, J. (1999). Mesterkurzus az ápolás minőségéről, avagy a minőségi ápolás Amerikai Egyesült Államokban megvalósuló trendje napjainkban. Nővér (12), 4.
6. Deming, W. E. (1986). Out of the Crisis: MIT Center for Advanced Engineering Studies Boston.
7. Kemény, S., Papp, L., és Deák, A. (1999). Statisztikai minőség- (megfelelőség-) szabályozás. Műszaki Könyvkiadó - Magyar Minőség Társaság.
8. Leitnaker, M. G., Sanders-Cheryl Hild, R. D. (1996). The Power of Statistical Thinking. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
9. Brassard, M. & Ritter, D. (1994). The Memory Jogger: A Pocket Guide of Tools for Continuous Improvement & Effective Planning. Massachusetts: GOAL/QPC Methuen.
10. Polgár Veres, Á. (1996). A statisztikai folyamatszabályozás, az SPC elmélete és gyakorlata. Budapest: UNIDO.
11. Shewhart, W.A. (1931). Economic control of quality of manufactured product. ASQC, Milwaukee, Wisconsin.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Időskorúak és ápolók gyászreakciói a Kiskunmajsai Szociális Otthonban

Bera Tamásné

mentálhigiénés munkatárs, egyetemi okleveles ápoló hallgató

Bevezetés

Sok ápoló naponta találkozik veszteséget elszenvedett beteggel és családjával. A veszteséggel kapcsolatos fogalmak és elméletek ismerete hasznos keretül szolgál az ápolásban. Ez segít abban, hogy az ápoló a beteggel és családjával való érintkezése és együttműködése során olyan légkört teremtsen, amelyben fájdalmukat nyíltan kifejezhetik az érintettek. Az ápolás kulcs szerepe ilyen esetekben a beteg és családjának támogatása, a meghallgatás és megértés, és a beteg értékrendszerének tiszteletben tartása, meggyőződésének, kívánságának figyelembe vétele. A bizalmon alapuló kapcsolat olyan terápiás légkört teremt, amely elősegíti a gyász feldolgozását, megerősíti a beteg méltóságát és fokozza önbecsülését. A gyászoló vagy haldokló beteg és családjának gondozása során az ápoló megértő magatartása hozzájárul a humánus átsegítéshez.

Veszteség, halál és gyász

A veszteség és a halál az emberi lét általános és mégis egyedi tapasztalata. A halált kultúránkban nem csak a haldokló dolgozza fel nehezen, de családja, barátai, betegtársai és az ápolószemélyzet is mélyen érintve lehet. Az ápolók többsége nap mint nap találkozik gyászt, veszteséget megélő emberekkel és családokkal. Az ápolók számára sokszor könnyebb a haldokló testi fájdalmainak oldása, mint bensőséges kapcsolatba kerülve lelki szenvedéseinek enyhítése. Személyes beállítottságát, érzéseit és értékrendjét feltáró önismeretre van szükség ahhoz, hogy figyelmes terápiás viszony jöjjön létre betegével. A gyászoló mellett állónak szüksége van a helyes énképre, önismereten alapuló belső erőre.

Elméletek a gyászreakciókra

A halál, a veszteség miatt érzett fájdalom és bánat megnyilvánulásait nevezzük gyászreakciónak, amit normál körülmények között a veszteség feldolgozása, a gyászmunka követ. Ez lassú megszabadulást jelent a veszteség okozta bánattól, gyásztól, olyan módon és eredménnyel, hogy az elvesztett nélkül tudjunk új kapcsolatok és lehetőségek felé fordulva teljes, nyitott életet élni. Ehhez szükséges a megfelelő gyászmunka, az életmód megváltozása, a közös cselekvések és helyek, tárgyak, érzelmek felszámolása, átalakítása, a megváltozott realitás elfogadása jelenti a gyászmunkát. Engel (1964) és Kübler-Ross (1969), illetve Martocchio (1985) klasszikus munkája a gyász fogalmának és dinamikájának értelmezési kereteit kínálja. A gyász megélésének és oldódásának folyamatát mindegyik szerző szakaszokra bontja.

<u>Engel (1964)</u>	<u>E. Kübler-Ross (1969)</u>	<u>Martocchio (1985)</u>
• lesújtottság és hitetlenség • tudatosulás • újrászerveződés és helyreállítás	• elutasítás • harag • alkudozás • depresszió • elfogadás	• lesújtottság és hitetlenség tiltakozás • elvágódás • gyötrődés • összeomlás • kétségbeesés • a gyással való azonosulás • újrászerveződés és helyreállítás

1. táblázat – Elméletek a gyász feldolgozására

A beteg és családjának kikérdezése során mérlegelni kell, a gyász melyik szakaszában vannak. Viselkedésük megfigyelésével az ápoló gondosan összegzi a veszteség egyéni,

családi és szituációs jellemzőit, pl.: a házastársak viszonyát vagy a veszteséghez vezető eseményeket. A gondos megfigyelés, az ápoló és a beteg közti párbeszéd alapján előre jelezhető a gyász oldódásának dinamikája. Nincs két ember, aki ugyanúgy gyászolna, a gyászreakciók azonban vizsgálhatók, dokumentálhatók és megfigyelhetők a veszteséget szenvedőkben. Engel beosztása értelmében vett lesújtottság fázisaira más magatartásformák jellemzők, mint a tudatosulás szakaszára. A beteg a gyász szakaszaiban előre is, visszafelé is haladhat, amíg a végső újraszerveződés végbe nem megy. A beteg az érzelmek széles körét éli meg, attól függően, hogy a haldoklás vagy a gyász Kübler-Ross modelljének melyik szakaszában van. Ismerje fel az ápoló, hogy az ilyen érzelmek a veszteséggel való megküzdést szolgálják. Az ápolónak nem szabad egyetlen érzésre leszűkítenie a figyelmét, illetve ezzel címkéznie az adott szakaszt, hanem a beteg viselkedéséhez szabja beavatkozásait. A beteg halála társas kapcsolatainak rendszerében zajlik le. A család (továbbiakban jelenti még az élettársakat is) már a haldoklás időszakában kezdik újraszervezni magát, hiszen a beteg már nem képes korábbi szerepeit betölteni. Az ápoló felméri a család gyászreakcióját, felismeri, hogy a családtagoknak a gyász esetleg mást jelent, mint a betegnek. Ha az ápoló a betegnek és családjának veszteségre adott reakcióját kívánja felmérni, célszerű a módszeres adatgyűjtést választania. Az összegyűjtött szubjektív adatok segítségével megállapíthatja a beteg és családja közti kapcsolatot, és hogy hogyan befolyásolhatja a veszteségre adott reakciókat. Figyelme forduljon az egyes családtagokra, a gyásszal és a gyászreakciókkal kapcsolatos tapasztalatukra, ismereteikre. Ugyanakkor objektív módon is megfigyeli a beteg és a családtagok közötti kommunikáció hatékonyságát. A harag, a büntudat és a gyász egyes szakaszait jellemző egyéb érzelmek megnyilvánulása alapján könnyebb megállapítani az egyéni szükségleteket. Az ápoló könnyebben veszi észre a gyászra utaló magatartást, pl. az alvászavart és az étvágytalanságot. Rossz emésztés, hányinger, hányás, a székletürítés zavarai és gyors fogyás szintén a gyász tünete lehet. A fáradékonyság és a csökkent testmozgás is árulkodó tünet. Az ápolási diagnózis kialakítását azonban nem szabad egyetlen tünetre alapozni.

Az ápoló gyásza

Az ápolót, kivált, ha haldoklókkal foglalkozik, gyakran éri gyász. Ez megzavarhatja a gyászolónak és hozzátartozóinak támogatást nyújtó ápoló szerepét. Az ápoló azonban nem terhelheti gyászával a betegeket és a hozzátartozóikat. Ez nem jelenti azt, hogy ne ossza meg a gyászolás során szerzett tapasztalatát, ha ez látszik helyesnek. Tisztában kell lennie a betegnek a családtagjaihoz fűződő viszonyával, és azzal, hogyan hat rájuk a saját gyásza. Ha az ápoló nincsen tisztában saját érzéseivel, gyászával, nehezen tudja egyéni személyiségként kezelni betegeit. A haldokló ellátásához más elengedhetetlen készségekre is szükség van, ilyen saját halandósága tudatának feldolgozása, a gyászfolyamat megértése, a hatékony odafigyelni tudás, saját korlátainak ismerete.

Kiégés, burn-out szindróma

Bár a más emberek életéért és jól-létéért viselt felelősség nagyon sok lehetőséget kínál a munkával kapcsolatos elégedettség érzésének kialakulására, mégsem szokatlan, hogy egy ápoló fásultnak és érzelmileg kimerültnek érzi magát. Ez megjelenhet stresszre utaló tünetek formájában, de tisztán testi tünetek is fellépnek, mint például gyomorfekély, magas vérnyomás vagy alvászavarok. Ezek a problémák az utóbbi években egyre inkább fokozódó érdeklődést keltettek, mivel különféle kutatások során kimutatták, hogy az ápolók elég erősen ki vannak téve a kiégés kockázatának, és olyan foglalkozási csoportot képeznek, amelyek körében a korai halálozás aránya magasabb az átlagosnál.

A folytonos stressz kiégéshez vezethet. A feszült és ingerlékeny ápoló nehezen tud megfelelni a beteg szükségleteinek és igényeknek. Alacsony motiváció mellett az ellátó

tevékenység csak egyfajta rutinmunkává válik, olyasvalamivé, ami a haldokló beteg és családja számára személytelenné teszi az eltávozás nehezen feldolgozható élményét.

A kiégés leküzdésének első stádiuma annak felismerése, hogy jelen van. A kiégésnek három fő összetevője van. Az első ezek közül a fizikai kimerülés. Az érintett azt tapasztalja, hogy energiája alacsony, krónikus fáradtságot és általános kimerültséget érez. A testi tünetek közé tartoznak a gyakori fejfájások, izomfeszülések a vállakban és a nyakon, hátfájások, az étkezési szokások és a testsúly megváltozása, valamint az alvással kapcsolatos különféle problémák.

A második összetevő az érzelmi kimerülés, amely depresszió, magára maradottság és reménytelenség formájában nyilvánul meg. A család és a barátok inkább csak nyűgnek számítanak, mintsem a támogatás forrásának. Szélsőséges esetekben az érintett egyén akár öngyilkossági gondolatokkal is foglalkozhat.

A harmadik összetevő a szellemi kimerülés. Az érintettben negatív attitűd alakul ki önmaga, munkája, más emberek és általában véve az egész élet irányában. Néhány ilyen tünet vagy a szóban forgó tünetek alkalomszerű megnyilvánulásai veszélyre utaló jelek. Ha ezeket a jeleket idejekorán azonosítják, a problémák leküzdése, néha szakember segítségével, de megoldható.

A kiégés több lépcsőn keresztül, fokozatosan fejlődik ki, amelyet riadalommal, ellenállással és kimerüléssel írnak le. A riadalom stádiumában az érintett személy különféle védekezési mechanizmusokat alkalmaz, hogy meg tudjon küzdeni a mindennapos stressz kiváltó tényezőkkel, és hogy megfelelő teljesítmény szintet tudjon fenntartani. Ahogy azonban kezd kialakulni a frusztráció, és nő a konfliktushelyzetek száma, az egyén belép az ellenállás stádiumába, és cinikussá, merevvé válik, illetve elszigetelődik a többi embertől. Amennyiben a helyzet leküzdésére szolgáló pozitív mechanizmusok alkalmazására nem kerül sor, a kiégett egyén bekerül a kimerülési szakaszba, és a kiégés szélsőséges tüneteit tapasztalhatja meg.

Munkahelyi környezetben a veszély jelei közé tartoznak a személyzet fokozott ütemű fluktuációja, a figyelmetlenség és hibák, az alacsony hatékonyság és munkahelyi morál. Egy olyan egységben vagy osztályon, ahol az ápolókat legyűrte a kiégés, a betegellátás gyakran mechanisztikussá és közönyössé válik.

A kutatás célja

A gyász folyamatának felmérése, annak pszichés és szomatikus megnyilvánulási formái időskorú gondozottak illetve az őket ápoló személyzet körében. További cél volt a kiégés szindróma megjelenésének vizsgálata ugyancsak a gondozást végző ápolószemélyzet körében.

Módszerek

A kutatás helyszíne a kiskunmajsai Városi „Barátság” Egyesített Szociális Intézmény volt. A vizsgálatban az intézmény lakói (97 fő), valamint az otthonban dolgozó ápolók (28 fő) vettek részt. A kutatás kivitelezésére 4 hónap, 2001.október 1-től 2002.január 31-ig tartó időszak állt rendelkezésre. A közvetlen megvalósítás előtt előkutatásra került sor, amely dokumentumelemzést jelentett. Ennek intervalluma a kutatást megelőző 5 év volt (1996. január 1-től 2001. szeptember 31-ig). Célja az intézményben elhunyt lakókról készített 5 éves statisztikai eredmények feldolgozása, melyek megismerése segítséget és alapot nyújt a fő kutatáshoz.

Az intézményi felméréshez kérdőíveket és interjúkat használtam. A kérdőív és az interjú összevonásával az adatok felvételét és regisztrálását személyesen, illetve ápolók segítségét kérve végeztem el. Ún. A és B típusú kérdőíveket készítettem, az első típus az ápoló személyzet, a második a bentlakók részére készült. A kérdőívek „nyitott” és „zárt” kérdéseket egyaránt tartalmaznak.

A gyászreakciókat és a kiégés fellépését időszakos megfigyeléssel végeztem. Ápolók esetében a halálesetet követően egyszer, a lakók/betegek esetében a halálesetet követően 1-3-6-12-24 óra múlva, valamint 3 nap múlva és 1 hét múlva történtek megfigyelések.

Kutatásom célja az idősök gyászreakcióinak feltárása, a szomatikus és pszichés változások összefüggéseinek felmérése. A gondozottakon túl az ápolószemélyzet gyászfolyamatának kialakulását, illetve a kiégés és fásultság fokának felmérését kívántam elvégezni.

Hipotézisek

1. A halálesetet követően a gyász index a nőknél magasabb értéket ér el, mint a férfiaknál.
2. A bekövetkezett halálesetek után gyakran fordul elő alvászavar a lakók körében.
3. Az elhunyt közvetlen környezetében lakók között gyakoribbak a szomatikus tünetek, mint a lakótársaknál.
4. A haláleset után megjelenő szomatikus tünetek rövidebb ideig tartanak, mint a pszichés tünetek.
5. Azoknál a dolgozóknál, akiknél a kiégés jelenséggel találkozunk, gyakoribb a gyászreakcióra jellemző tünetek megjelenése.

Eredmények

A vizsgált időszakban (2001. október 1-től 2002. január 31-ig) 15 fő hunyt el. A kutatás kezdetekor az intézmény lakóinak száma 97 fő volt, a lakók 53%-át a nők alkották. Lakóink kiemelkedő többségét a 71-80 év közötti személyek jelentették. A kutatási idő alatt az intézménybe 8 új személy került felvételre. A vizsgálati idő alatt elhunytak 67%-át a nők alkották, októberben 3 fő, novemberben 4 fő, decemberben 4 fő, és januárban szintén 4 fő elhunytát regisztráltuk.

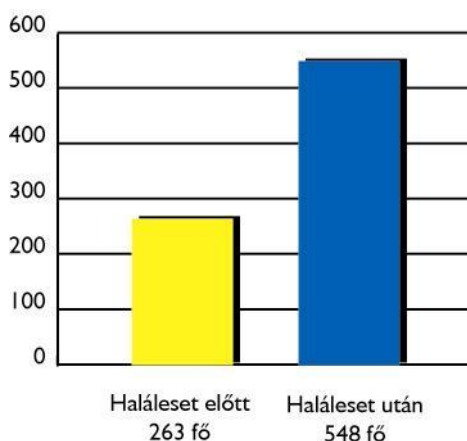
A halálesetet követően a gyász index a nőknél magasabb értéket ért el, mint a férfiaknál. A gyász felmérésére szolgáló kérdőív összeállításakor figyelembe vettem a gyászmunkában, illetve a gyászfolyamat különböző fázisaiban előforduló tüneteket. Az így létrehozott kérdőív kitöltése az egyes halálesetet követően közvetlenül, illetve 1 hét múlva történt. A 15 haláleset után minden alkalommal kitöltött kérdőívek összesen 2670 mérési pontot szolgáltattak. A válaszok eredménye egy pontérték, az ún. gyász index, mely megmutatja, hogy a kérdőívet kitöltő előfordul-e gyászra utaló jel, és ha igen, akkor a gyász melyik szakaszában van. A gyász index 1,5 feletti értékét tekintjük a gyászreakció vagy gyászfolyamat megjelenését jelző értékhatárnak.

A férfiak és a nők gyász indexét összehasonlítva az alábbi eredményt kapjuk (2. táblázat): 1,5-2,0 feletti pontértékhez a nők 54%-a, illetve a férfiak 46%-a tartozik. Ez önmagában nem jelentős eltérés, bár jelzi, hogy a nők esetében jellemzőbbek voltak a gyászreakciók. Az igazán jelentős eltérés a 2,0 feletti pontértékek között adódik, itt a magasabb pontszámot elérő nők aránya egyértelműen feltűnő.

Gyász index	Férfi	Nő	Összes
1-1,49	443	410	853
1,50	399	355	754
1,51-2,0	267	327	594
2-felett	173	296	469
	1282	1388	2670

2. táblázat – Férfiak és nők gyász indexének összehasonlítása

Az idősök körében az alvászavar jellemző élettani változás lehet, ez azonban elválasztható a haláleset miatti alvászavartól. A hipotézis szerint a haláleset bekövetkezte hatással van az éjszakai pihenésre, alvásra is. Az alvászavarra panaszkodók számának emelkedését mutatja az 1. ábra is. A haláleset előtt történt felmérés alapján megállapíthatjuk, hogy az összes lakóhoz viszonyítva a lakók 16%-a szenvedett alvászavarban. A haláleset utáni eredmények alapján megállapíthatjuk, hogy az összes lakóhoz viszonyítva a lakók 29%-a szenvedett alvászavarban. Az így mért 13%-os különbséget jelentős emelkedésnek tekinthetjük.



1. ábra – Az alvászavarok változása halálesetek előtt és után

Az elhunyt közvetlen környezetében lakó szobatársak egy-egy haláleset után gyakrabban keresik fel az ápolókat különböző jellegű panaszokkal, illetve tünetekkel. Ugyancsak feltételezhető, hogy a haláleset után megjelenő szomatikus tünetek alacsonyabb mértéket érnek el a pszichés tüneteknél, és rövidebb ideig tartanak, mint a pszichés tünetek. A szomatikus és pszichés tünetek elkülönítése azonban nem könnyű feladat. A vizsgálat szempontjából szomatikus tünetnek tekinttem a fejfájást, derékfájást, hátfájást, végtagfájdalmakat, gyomorfájdalmat, szív körüli fájdalmakat valamint egyéb testrészekre és szervekre kiterjedő fájdalmak megjelenését. A pszichés megnyilvánulási formák közé tartozó tünetek voltak: fájdalmak, alvászavar, étvágytalanság, nyugtalanság, gyengeség, fáradtság, sírás, szédülés, szomorúság, nehézlégzés, kipirult bőr, idegesség, félelem, fulladás, zavartság, csendesség, ingerültség, verejtékezés, merengés, erőtlenség, sóhajtozás, fekvés, magányosság, bűntudat, imádkozás, éneklés, érthetlenség, motyogás, fogyás és különböző pótcselekvések (ágyazás, pakolás, ruha tépés, járkálás). A szomatikus és pszichés tünetek felmérése a halálesetet követően közvetlenül, illetve a halálesetet követő 1 hét múlva történtek.

	Fő	1 hét múlva	Csökkenés (%)
Szomatikus tünet	170	84	30%
Pszichés tünet	268	243	4%
Összes	438	327	14%

3. táblázat – szomatikus és pszichés tünetek megoszlása

A 3. táblázatban követhető a haláleset utáni pszichés illetve szomatikus állapot változása. A szomatikus tünetek 30%-os csökkenésével szemben a pszichés tünetek 4%-os csökkenése

figyelhető meg, mely alapján kijelenthetjük, hogy a szomatikus tünetek rövidebb ideig tartanak, mint a pszichés tünetek. Ugyanakkor a szomatikus tünetek aránya alacsonyabb volt, mint a regisztrált pszichés panaszok mértéke.

A személyzet fásultsági pontértékének és a gyász index összevetése során érdekes eredményeket figyeltünk meg. A kutatásban résztvevő ápolók képesítése, életkora, az intézményben eltöltött idő, előző munkahely, a haláleset bekövetkeztekor való jelenlét mind hatással volt arra, hogy az ápolók hogyan élték meg a halálesetet. A 28 főből csupán 6 fő bevallása szerint nem érzett semmit a haláleset bekövetkezte után. Kóros szomatikus értéket mértek összesen 22 fő esetében (vérnyomás 5 fő, pulzus 12 fő, légzésszám 5 fő). A halálesetet követően 9 főnek volt konkrét szomatikus panasza, illetve tünete. A gyász felmérésére szolgáló kérdőív eredményeit tekintve 12 főnél jelentkezett gyászra, gyászfolyamatra utaló jel. A kiégés, fásultság felmérésére szolgáló kérdőív eredményei szerint 7 főnél jelentkezett fásultság, kiégés, illetve erre utaló jelek. Ennek ellenére a gyász index pontszámai és a kiégés szindróma értékek között nem sikerült egyértelmű összefüggést meghatározni ($r = 0,405$; $p = 0,16$). A kimutatott nem szignifikáns összefüggés nagysága és iránya azonban arra mutat, hogy nagyobb minta esetén valószínű, hogy a gyász és kiégés közötti összefüggés egyértelműen bizonyítható lenne.

Összefoglalás, további célkitűzések

A jelen kutatás arra törekedett, hogy feltárja ápolók és gondozottaik gyászreakcióit, illetve megfigyelje a kiégés fellépését és összefüggését a gyászreakciókkal. A vizsgálat megállapította, hogy a nők esetében magasabb volt a gyászreakciók mértéke. Ugyancsak megfigyelhető volt, hogy a szomatikus tünetek fellépése a halálozást követően emelkedett, különösen az alvászavarok számának növekedése mutatkozott magasnak a halálozásokat követően. A szomatikus tünetek száma ugyanakkor alacsonyabb volt a pszichés panaszoknál, jellemzően a szomatikus tünetek tartottak rövidebb ideig. Elképzelhető azonban, hogy egyes pszichés tünetek tartós fennállása esetén maradandó szomatikus károsodást is kimutathattunk volna, amennyiben a vizsgálat hosszabb megfigyelési időszakot választ.

Az ápolószemélyzet egy részében jelentkeztek a kiégés szindróma tünetei, ezeket azonban, feltételezhetően a kis elemszám miatt, nem tudtuk összefüggésbe hozni a gyász megélésével. Ugyanakkor okunk van feltételezni, hogy nagyobb minta esetén a gyász és kiégés közötti összefüggés egyértelműen kimutatható lenne.

Az eredmények arra utalnak, hogy a gyász index használata jól tájékoztat a gyász megélésének állapotáról akár a beteg és hozzátartozóiról, akár az ápolókról legyen szó. A kiégés és fásultság tüneteinek megjelenése az ápolóknál mentálhigiénés környezeti ártalomnak tekinthető, éppen ezért lenne lényeges az ilyen munkakörben dolgozók kiégésének folyamatos mérése és a megelőzés érdekében szükséges az öngondozás jelentőségének ismertetése, az oktató jellegű tájékoztatás, csoportos megbeszélés, közös programok szervezése. Az ápolószemélyzet kiemelt pszichés védelme hozzájárul a humánus, emberközpontú ápolási szolgáltatások fenntartásához.

Irodalom

1. Boncz, I., Buda, J. (1996). Kutatásmódszertani és egészségügyi statisztikai alapismeretek. Pécsi Orvostudományi Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar: Hotter-Minerva Kft..
2. Bula, Z. (2000). A házastárs elvesztése és a depressziós szindróma kapcsolata 70 évesek vagy idősebbek körében. Pszichiátria 4. évf. 2.: 101-112.
3. Dempsey, P. A. & Dempsey, A. D. (1999). Kutatómunka az ápolásban. Budapest: Medicina.
4. Dr. Fedineczné, V.K. LEMON 10. Füzet. Az ápolók munkahelyi egészsége és biztonsága. Budapest: MEDINFO.

5. Kübler-Ross, E. (1988). A halál és a hozzá vezető út. Budapest: Gondolat.
6. Magnusson, A. (1995). The nurse as a person: factors conditioning the psychosocial working, in Sweden.
7. Moss, V. A. (1989). Burnout: symptoms, causes, prevention. AORN Journal, 50, 5, 1071-1076.
8. Polcz, A (1989). A halál iskolája. Budapest: Magvető.
9. Potter, P. A. & Perry, A. G. (1999). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Budapest: Medicina.