

Egészségfejlesztés az ápolásban

Mata Zsuzsanna

diplomás ápoló, Kórházhygiénia, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza,
a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Oktató Kórháza

Dr. Nagy Andrásné

diplomás ápoló, Kórház-Rendelőintézet, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza,
a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Oktató Kórháza

A vizsgálat célja: A vizsgálat célja annak meghatározása volt, hogy milyen ismeretszinttel rendelkeznek az egészségügyi szakdolgozók az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programmal kapcsolatban. Továbbá cél volt annak eldöntése, hogy a program megvalósításában milyen szerepet vállalnak a szakdolgozók.

Kutatási módszerek és minta: A vizsgálat Kecskeméten, a Bács-Kiskun megyei Önkormányzat Kórházában kezdődött 2002 márciusában. A mintát a kórház fekvőbeteg osztályán, illetve a diagnosztikai területen tevékenykedő szakdolgozók alkották. A minta kiválasztása véletlenszerűen történt. Az adatgyűjtést kérdőíves módszerrel végeztük. A kérdőív önkitöltős technikára épült, 15 kérdést tartalmazott. A visszaérkezett és kiértékelhető kérdőívek száma 115 darab volt.

Eredmények: A többség (74%) a lakosság egészségi állapotát romlónak ítélte, 21% szerint stagnált, és 5% szerint javult. A válaszok megoszlásából kivehető volt, hogy jelentős azok száma, akik nem ismerik a Népegészségügyi Programot (54%). Kimagasló volt a környezetvédelem és a szűrővizsgálatok kiterjesztésének igénye, valamint az egészségkommunikáció és a folyamatos kontroll biztosítása.

Következtetések, javaslatok: Az eredmények azt mutatták, hogy a minta közel fele nem ismerte a Programot, értelemszerűen így a végrehajtásában sem vesz részt. Ahhoz, hogy a Program sikeres lehessen, nem csak a lakosság, de az egészségügyi szakemberek körében is hathatós felvilágosító kampányra van szükség. Fontos, hogy az egészségügyi szakdolgozók reális információkkal rendelkezzenek a lakosság egészségi állapotáról, hogy megalapozzunk egy a lakosság egészségi állapotát leíró kutatást, amely a későbbiekben összehasonlítási alapként szolgálhat.

Bevezető

Hazánk lakosságának egészségi állapota több mint három évtizede folyamatosan romlik. Az okok között meghatározó szerepet játszik az egészséges életmód, a hiányos egészségkultúra, a társadalmi egyenlőtlenségek, valamint az egészségügyi ellátás elérhetőségének és színvonalának változatossága. Sokan és sokat dohányoznak, hiányzik a rendszeres testmozgás, magas az alkoholfogyasztás. Jellemzően helytelenül táplálkozunk, sokan önpusztító életmódot folytatunk, egészségünkkel nem törődünk.

Az egészséges életmód lehetőségét befolyásolják a társadalmi egyenlőtlenségek, főként az iskolázottság, a foglalkozás és a jövedelembeli viszonyok. Ugyanakkor területi egyenlőtlenségek is felfedezhetők az egészséges életmód megvalósíthatóságában. Erre példa a mentális egészség mutatója, az öngyilkossági arány. Magyarországon szinte minden alföldi megyében magas ez a mutató.

A lakosság egészségi állapotának javítására átfogó kezdeményezések történtek. A nemrég kidolgozott népegészségügyi program kormányhatározat formájában is kihirdetésre került. A programban lefektetett nemzeti célok azonban csak akkor teljesülnek, ha az egészségügyi szakdolgozók is tevőlegesen vesznek részt a programban, hatékonyan hozzájárulva a kóros állapotok

és a betegségek megelőzéséhez. A szakdolgozók jelenléte és aktív közreműködése 10 kiemelt nemzeti feladat és az azokhoz tartozó 17 alprogram területén egyaránt fontos és meghatározó.

Az ápolás szerepe a legjobban a közösségi gondozás és családcentrikus ápolási modellekben nyilvánulhat meg. Sok múlik azon, hogy egy gyermek hogyan kezdi életét, milyen családi körülmények fogadják, illetve milyen ismereteket, tapasztalatokat szerez az iskolában. Az egészséges életkezdet biztosítása régóta komoly kihívást jelent minden fejlett és fejlődő ország számára. Globális tendencia: a család összetartó ereje évtizedek óta gyengül. Egyre kevesebben házasodnak és egyre többen válnak el. Ebben a légkörben igazán nem kap elég hangsúlyt az egészségmegőrzés. A védőnő szerepe központi és meghatározó a családgondozásban, a hagyományok miatt azonban erőteljesebb a csecsemő-gyermekgondozó tevékenysége. A családgondozás hangsúlya is tovább csökken, amikor a gyermekgondozás egyes feladatai az iskolaérettség elérével az oktatási rendszer keretében történnek. A fentiekből következően az egészségügyi szakdolgozóknak tevékenységüket nem csak családcentrikusan kell végezniük, hanem az oktatási rendszerhez is kapcsolódva.

A társszakmákkal való összefogás és együttműködés szükségességét hangsúlyozza az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program is, amely kiemelten kezeli az egészségmegőrzés és a betegségek megelőzésének kérdését. Ahhoz azonban, hogy a program végrehajtható és eredményes legyen, elengedhetetlen a program ismerete. Ez természetesen nem csak az egészségügyben dolgozókra vonatkozik, de számunkra mindenképpen kötelező.

A jelen vizsgálatban arra voltunk kíváncsiak, hogy a nemrég bevezetett Népegészségügyi Program milyen ismertséggel rendelkezik az ápolók körében, illetve milyen szerepet töltenek be az ápolók a program megvalósításában.

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja annak meghatározása volt, hogy milyen ismeretszinttel rendelkeznek az egészségügyi szakdolgozók az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programmal kapcsolatban. Továbbá cél volt annak eldöntése, hogy a program megvalósításában milyen szerepet vállalnak a szakdolgozók.

Kutatási módszerek és minta

A vizsgálat Kecskeméten, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórházában kezdődött 2002 márciusában. A vizsgálat folyamatos, a Népegészségügyi Program megvalósításával párhuzamosan zajlik. A jelen közlés az első lépcsőt mutatja be.

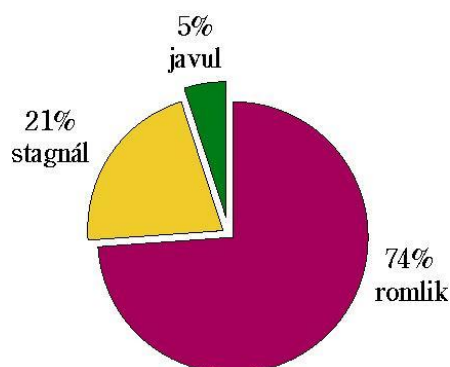
A mintát a kórház fekvőbeteg osztályán, illetve a diagnosztikai területen tevékenykedő szakdolgozók alkották. A minta kiválasztása véletlenszerűen történt. A minta további részét képezték azok a kollégák is, akik a kórház rendelőintézetéhez tartoztak.

Az adatgyűjtést kérdőíves módszerrel végeztük. A kérdőív önkitöltős technikára épült, 15 kérdést tartalmazott. A kérdésekből 12 zárt, 3 pedig nyitott típusú. A kérdőív kérdései két részre oszthatók: az első sorozat kifejezetten az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program ismeretét kutatja, míg a második kérdéscsoport az önálló javaslatokra helyezi a hangsúlyt.

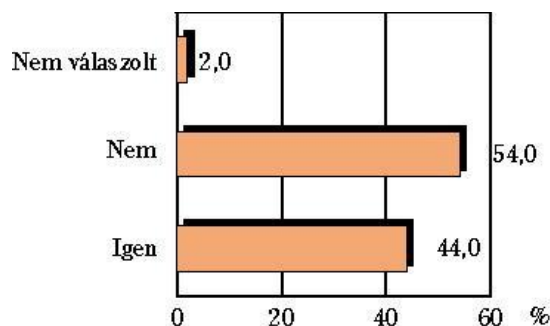
Az adatgyűjtés során a kérdőívek véletlenszerűen kerültek kiosztásra. A visszaérkezett és kiértékelhető kérdőívek száma 115 darab volt. A kérdőív kitöltésében résztvevő ápolókat az osztályok jellege szerint csoportosítottuk, a nagyobb kategóriák a fekvő- beteg osztályon dolgozó, illetve a diagnosztikai területen tevékenykedő ápolókat jelentik.

Eredmények

Az 1. ábrán látható megoszlás a lakosság egészségi állapotára vonatkozó adatokat dolgozza fel a rendelőintézetben, a fekvőbeteg osztályokon és a diagnosztika területén dolgozók válaszai alapján. Ennek alapján a többség (74%) a lakosság egészségi állapotát romlónak ítéli meg, 21% szerint stagnál, és 5% szerint javul. Ez a megítélés nagyjából egyezik más felmérések eredményeivel is.



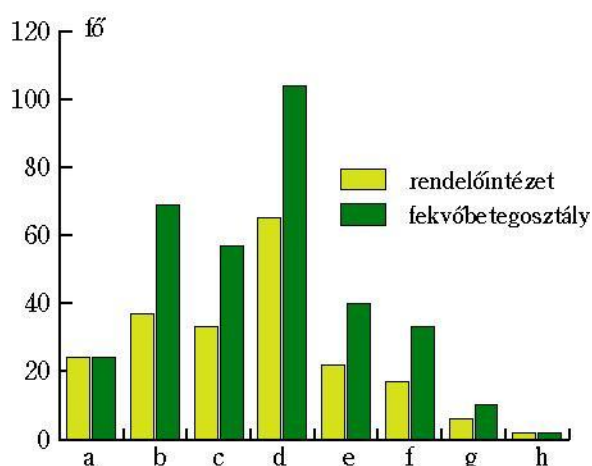
1. ábra – A lakosság egészségi állapotának jellemzői (n=115)



2. ábra – Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program ismerete

Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program ismeretével kapcsolatban a 2. ábra ad tájékoztatást. A válaszok megoszlásából kivehető, hogy jelentős azok száma, akik nem ismerik a Programot (54%).

A beavatkozási pontokkal kapcsolatos kérdéskörökben a rendelőintézet/diagnosztikai terület és az osztályos dolgozók között eltérés alakult ki, de mindkét csoport esetében kimagasló volt a környezetvédelem és a szűrővizsgálatok kiterjesztésének igénye (3. ábrán). Viszonylag azonos értéket képviselt az egészségkommunikáció és a folyamatos kontroll biztosítása. Az adatok közül kiemelkedő volt még az esélyegyenlőség biztosításának igénye is.



3. ábra – Beavatkozási pontok (rendelőintézet és diagnosztikus, illetve fekvőbeteg osztályok) (n=115)

Jelmagyarázat:

- a) egészségkommunikáció
- b) környezetünk védelme
- c) esélyegyenlőség biztosítása
- d) szűrővizsgálatok kiterjesztése
- e) folyamatos kontroll
- f) munkahelyi kontroll
- g) minden
- h) nem válaszolt

Következtetések, javaslatok

A jelen kutatás azt vizsgálta, hogy az egészségügyi szakdolgozók milyen ismeretekkel rendelkeznek az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Programmal kapcsolatban. Az eredmények azt mutatták, hogy a minta közel fele nem ismerte a Programot, értelemszerűen így a végrehajtásában sem vesz részt. Az arány mindenképpen magas, ahhoz, hogy a Program sikeres lehessen, nem csak a lakosság, de az egészségügyi szakemberek körében is hathatós felvilágosító kampányra van szükség.

Ugyancsak fontos, hogy az egészségügyi szakdolgozók reális információkkal rendelkezzenek a lakosság egészségi állapotáról. A jelen felmérésben a válaszadók többsége úgy gondolta, hogy a lakosság egészségi állapota globálisan romlik, ám ennek részleteivel nincsenek tisztában.

A lehetséges megoldások között kiemelkedő volt a környezetvédelemre és a szűrővizsgálatokra helyezett hangsúly. Ezek közelebb visznek a megelőzéshez, de az egészségmegőrzés további technikákat is igényel. Ebben élenjáró a megfelelő anyagi feltételek biztosítása, amely az egészséges életvitel kialakítását segíti elő. Szükséges az egyéni egészségmagatartás, a személyes képességek fejlesztése, amiben a szakdolgozók kiemelkedő szerephez juthatnak. Fontos, hogy megalapozzunk egy a lakosság egészségi állapotát leíró kutatást, amely a későbbiekben összehasonlítási alapként szolgálhat. Tudatosan kell átadnunk az „Egészséget Mindenkinnek” szellemét, a program megvalósításában aktív részvételünk szükséges. Ehhez azonban szükséges, hogy ismerjük azokat, akikhez a Program még nem jutott el. A jelen kutatás ehhez járult hozzá.

Irodalom

1. Csépe, P. és Lázár, I. (2001). A munkahelyi egészségnevelés és egészségmegőrzés. Egészségnevelés, 42, 65-69.
2. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program. Egészségügyi Közlöny, 2001. augusztus.
3. Előzmények és feltételrendszer. A magyar lakosság egészsége és az egészségfejlesztés jelenlegi intézményrendszere. Népegészségügy, 81, 4. (2000).
4. Légrádi, L. (2001). Az egészségmegőrzés nehézségei. Egészségnevelés, 42, 134-136.
5. Meleg, Cs. (2001). "EGESZ-SEG". Lelki egészségvédelem és iskolafejlesztés. Egészségnevelés, 42, 184-185.
6. Sarok, Zs. Miért kell orvosnak oktatni a mozgástant? <http://www.medicinfo.hu/mozgas.html>
7. Verger, F. (2001). Új partneri kapcsolat: szövetség (alliance) az egészségfejlesztésben. Egészségnevelés, 42, 145-148.

Vissza a tartalomhoz

Egészségügyi és szociális szakemberek közös felelőssége az első gyermeket váró szülők támogatásában

Soósné Kiss Zsuzsanna

Gyermekjóléti és Családsegítő Szolgálat, Zsámbék, Semmelweis Egyetem, Ph.D. hallgató

A méhen belül fejlődő magzat, a várandós anya, az újszülött egészségének óvása érdekében a család szakmai segítése és támogatása elsősorban az egészségügyi szakemberek kompetenciája. Ezen a területen dolgozó egészségügyi dolgozók team munkájára, odafigyelésére az első gyermeket váró szülők esetében még nagyobb szükség van. Az első gyermek fogadásával járó változások olyan helyzetet teremthetnek a családban, amelynek megoldásában az egészségügyi szakember csak a szociális terület szakemberével való együttes fellépéssel tud segíteni. A szakmán belüli és szakmák közötti közös munka mind a megszületendő gyermek és a család, mind a szakemberek szempontjából

indokolt. A sikeres együttműködés, jó munkakapcsolat, a családok elégedettsége, a közösen megfogalmazott célok elérése csak úgy lehetséges, ha az együtt dolgozó szakemberek ismerik, és tiszteletben tartják a velük együtt dolgozó társszakterületet képviselő szakember kompetenciáját, munkájának kereteit, lehetőségeit. A jelen írás az együttműködés fontosságára hívja fel a figyelmet, valamint ismerteti azokat a jogszabályokat, amelyek az együttműködés kereteit határozzák meg.

Bevezetés

Az első gyermek fogadásának segítésében és támogatásában egyidejűleg több egészségügyi szakember is kompetens. Ez a kompetencia nemcsak az egészségügyi szakmára terjed ki, a szociális szféra szakemberei is jogosultak egyes feladatok ellátására. Ugyanakkor az egyes szakmák folyamatos átalakulása, a szakmák felé megnyilvánuló újszerű szülői elvárások és igények indokoltá és szükségessé is teszik a két terület közötti összhang átgondolását.

A magzat fogantatása, növekedése és fejlődése, a terhes nő szervezetében zajló változások olyan helyzet elé állítják a leendő szülőket, amelynek megtapasztalásában ez idáig még nem volt részük, amellyel újonnan kell megbirkózniuk. Az új helyzet nemcsak a születendő gyermek, a szülők, a család szempontjából összetett, hanem a gyermeket váró, a családot támogatni szándékozó szakemberek számára is több szempontú. A folyamat komplexitása a segítő szakember részéről is összetett tudást igényel, különösen érvényes ez az első gyermeket fogadó család esetében. A család számára az új helyzet elfogadtatása, a születendő gyermek és családtagok új körülményekhez igazodó szükségleteinek felismertetése, az egészséges változás segítése a szakembertől saját szakterületének alapos ismerete mellett több szakterületre nyitott szemléletmódot követel meg.

Egészséges újszülött világra jötte több egészségügyi szakember sikeres együttműködésének az eredménye. Ennek a folyamatnak során a várandós anyával több egészségügyi szakma képviselője (körzeti védőnő, szülész-nőgyógyász szakorvos, háziorvos, körzeti ápoló, kötelező szűréseket végző egészségügyi szakemberek, kórházi védőnő, szülésznő) foglalkozik. Az egészséget veszélyeztető bármely állapot, tünet esetén a szakemberek száma emelkedhet, a várandós anya és a magzat egészsége érdekében még több egészségügyi szakembernek szükséges közvetlenül vagy közvetve együttműködni.

Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program

A 2001. július 12-én hatályba lépett „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010” is kiemelten foglalkozik a biztonságos terhesség és születés kérdésével. A 2010-ig elérendő öt nemzeti cél között külön pontban (2.) emeli ki a felnövekvő generáció egészséges fejlődéséhez szükséges feltételek biztosításának fontosságát a fogantatástól a felnőttkorig. A célok elérését és a feladatok megvalósítását szolgáló 17 alprogram közül az „Egészséges életkezdés és gyermekkor biztosítása” elnevezésű, 6. számú alprogram foglalkozik részletesen a kérdéskörrel. Az egyes témakörök, így a jelenlegi helyzet, a 2010-ig megvalósítandó célok, az indikátorok, az akciók és költségvetés mellett külön témakörként jelenik meg a feladatok megvalósításában résztvevő, felelős együttműködők köre. Ezt az alprogramot a legnagyobb gondot jelentő öt terület között nevesíti a program, és a 2001-2002 évre a prioritások közé emeli. Hangsúlyozza a megvalósításban a kormányzati eszközök és széles társadalmi összefogás jelentőségét. Az alprogram az első gyermek fogadása vonatkozásában nem foglalkozik külön az egészséges élethelyzet biztosításának kérdéskörével.

A szociális szféra szerepe

Az egészségügy terhesgondozással összefüggő területein napjainkban egyre több változást tapasztalhatunk. A hagyományos várandósgondozás mellett szülésre, szülésre felkészítő tanfolyamok, klubok működnek. Ezekben lehetőség nyílik az alternatív szülési pozíciók kipróbálására, a szülés résztvevője már nemcsak az anya, hanem igény szerint az apa, vagy az anya számára más fontos személy is lehet. Ezek a programok már több szakma képviselőinek együttműködésével valósulnak meg.

Bizonyos fogalmak a kor igényeinek megfelelően módosulnak, újra definiálódnak. Így például az ápolás modern definíciója – „Az ápolás felöleli a bármilyen életkorú egyének, családok, csoportok és

közösségek, betegek és egészségesek autonóm együttműködésére épülő gondozását valamennyi szinten. Az ápolás magába foglalja az egészség fejlesztését, a betegségek megelőzését, ...” – egyértelműen deklarálja az egyén mellett a családok gondozását, valamint a preventív szemlélet fontosságát.

Jóllehet az ápolás definícióját az egészségügyi szakma saját szakembereinek fogalmazta meg, érvényessége a szociális szférában is igaz, ahol hasonló megközelítéssel dolgoznak. Ugyanazon cél érdekében (egészséges gyermek születése) tevékenykedő, egymástól eltérő profilú szakemberek együttes munkája elképzelhetetlen a közösen használt fogalmak, definíciók tisztázása, a célok, feladatok, együttműködési keretek pontos megfogalmazása nélkül.

A várandósok gondozásával foglalkozó egészségügyi szolgáltatásokon kívül az utóbbi években a szociális (családsegítő központok, gyermekjóléti szolgálatok) és a civil szférához tartozó olyan intézmények és szolgáltatások is alakultak, amelyek célja és feladatköre között nevesítve szerepel a gyermeket váró szülők szakmai segítése. A gyermeket váró szülők, elsősorban a várandós anya gondozása a különféle szakmák esetén törvényileg szabályozott. Néhány törvényi példa a legfontosabbak közül:

- 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről;
- 5/1995. (II. 8.) rend. a körzeti védőnői szolgálatról;
- 14/2000.(V. 12.) EüM rend. a szülésznőképzés szakmai követelményeiről szóló 20/1994. (XI. 15.), NM rend. Módosításáról;
- 4/200.(II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről;
- 1993. évi III. tv. és módosításai a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról;
- 1997. évi XXXI. tv. a gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról.

A törvényi és szakmai szabályozás mellett a leendő szülőkkel való kapcsolatfelvételt, gondoskodást egyéb tényezők is befolyásolják. A szakmai támogatás kizárólagosan egészségügyi, vagy egészségügyi és szociális jellegét számos körülmény, többek között az első gyermeket váró család életkörülményei, életvitele, kulturáltsága, egészségkulturáltsága, struktúrája, hozzáállásuk, valamint egyéb tényezők, mint például a szakemberek felé irányuló elvárások és igények is befolyásolják. Ezeket az elvárásokat tiszteletben kell tartani, mindamelllett, hogy a törvényi elvárásoknak is meg kell felelni. Tisztázni szükséges, hogy a leendő szülőpár milyen igényeket támaszt az egészségügyi és szociális ellátó rendszerrel szemben, milyen elvárásokkal érkezik az adott intézménybe. Egészséggel kapcsolatos, egészségügyi jellegű információkat, konkrét tanácsokat, orvosi vizsgálatot-beavatkozást vár-e el. Esetleg a kialakult új családi helyzet jobb megértése, új szerepeiknek elsajátítása miatt fordul-e szakemberhez, külső támogatással, segítő beszélgetéssel, tanácsadással szeretne az anya és párja a szülőségben, a párkapcsolatban megerősödni, vagy éppen a megszületendő gyermek után járó juttatások, esetleg a családi kedvezmények érdeklik. A kimondottan nem egészségügyi, hanem szociális elvárásokat, igényeket a családsegítő szolgálatoknál dolgozó családgondozó szakemberek teljesíthetik.

Törvényi kötelezettségek

Az egészségügyi szakembereknek és szolgáltatóknak fontos tudniuk, hogy a család igényeinek tiszteletben tartásán túl adódhat olyan helyzet, amikor a megszületendő gyermek egészsége és érdekei nemcsak úgy kívánják, hanem meg is követelik, hogy jelzéssel éljenek a gyermek, illetve a gyermek megszületése előtt a várandós anya állandó lakóhelye, illetve tartózkodási helye szerint illetékes gyermekjóléti szolgálatnál, indokolt esetben hatósági eljárást kezdeményezzenek. Az egészségügyi és szociális szférában dolgozó szakemberek számára a Gyermekvédelmi törvény (Gyvt.) ilyen esetben együttműködési kötelezettséget ír elő.

A fenti törvény olyan részeket is magában foglal, amelyek ismerete a gyermeket váró szülőkkel foglalkozó egészségügyi szakemberek számára is indokolt. Ez az együttműködési kötelezettség szükség esetén kiterjed egyéb, a megszületendő gyermekkel illetve a várandós anyával és családjával foglalkozó egyéb szakemberekre is. A teljesség igénye nélkül a törvényhez kapcsolódó néhány fontos elem a következő:

- a veszélyeztetettség, a várandós anya szociális válsághelyzete fogalmak értelmezése (5.§);
- a gyermek családban történő nevelkedéséhez, egészséges fejlődéséhez való joga (6.§);

- szülői jog a gyermek családban történő gondozásához, tájékoztatás a gyermek nevelését segítő ellátásokról, segítség a gyermek neveléséhez, valamint a szülői kötelességek (12.§);
- a szociális illetékességű gyermekjóléti szolgáltatás feladataként nevesíti többek között (39.§) a családtervezési, a pszichológiai, a nevelési, az egészségügyi, a mentálhigiénés tanácsadást vagy az ezekhez való hozzájutás megszervezését, a szociális válsághelyzetben levő várandós anya támogatását, segítségét, tanácsokkal való ellátását;
- a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében az egészségügyi szolgáltatókkal együttműködést, koordinatív szerepkört;
- a gyermek veszélyeztetettségének megszüntetése érdekében a családban jelentkező működészavarok esetén családgondozást, családi konfliktusok megoldásának elősegítését, egészségügyi ellátás kezdeményezését.

A fentiekből kitűnik, hogy a szociális szféra szakemberei számára törvényileg is megajánlott, eseteként kötelezően előírt feladat a várandósgondozás, a gyermek veszélyeztetettségének esetén az egészségügyi szolgáltatókkal való együttműködés. Ez az együttműködési kötelezettség mindkét szféra illetékes, érdekelt szakembereire egyaránt érvényes.

Nemcsak a hazai dokumentumokban, hanem a gyermekek egészséges fejlődése érdekében megfogalmazott nemzetközi ajánlásokban is megjelenik a problémák közös kezelésének, és a családok, valamint az intézmények közös felelősségének gondolata. Az 1979-es Nemzetközi Gyermekév egyik kiemelt gondolata szerint a gyermekek helyzetét, a gyermekegészségügy, jólét, családi viszonyok problémáit nem egymástól elszigetelten, hanem komplex módon célszerű kezelni. Az ENSZ Közgyűlése 1989-ben megszavazta a gyermekek jogairól szóló konvenciót, amely a gyermekek gondoskodásában és védelmében a családok elsődleges felelőssége mellett az intézmények felelősségét is kiemeli.

A méhen belül fejlődő magzat, a várandós anya, az újszülött egészségének óvása érdekében a család szakmai segítése és támogatása elsősorban az egészségügyi szakemberek kompetenciája. Ezen a területen dolgozó egészségügyi dolgozók team munkájára, odafigyelésére az első gyermeket váró szülők esetében még nagyobb szükség van. Az első gyermek fogadásával járó változások olyan helyzetet teremthetnek a családban, amelynek megoldásában az egészségügyi szakember csak a szociális terület szakemberével való együttes fellépéssel tud segíteni. A szakmán belüli és szakmák közötti közös munka mind a megszületendő gyermek és a család, mind a szakemberek szempontjából indokolt. A sikeres együttműködés, jó munkakapcsolat, a családok elégedettsége, a közösen megfogalmazott célok elérése csak úgy lehetséges, ha az együtt dolgozó szakemberek ismerik, és tiszteletben tartják a velük együtt dolgozó társszakterületet képviselő szakember kompetenciáját, munkájának kereteit, lehetőségeit.

A jelen írás az együttműködés fontosságára kívánta felhívni a téma iránt érdeklődő szakemberek figyelmét, valamint azokra a jogszabályokra, amelyek az együttműködés kereteit határozzák meg. Ezek a szabályok egyúttal a számonkérés alapjául is szolgálnak.

Irodalom

1. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010. (2001). Egészségügyi Minisztérium: Budapest, 2001.
2. 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről Magyar Közlöny, (1997). 119, 9503-9557.
3. Magyar Közlöny, (1995). 5, 544-547.
4. 14/2000. (V. 12.) EüM rend. a szülésznőképzés szakmai követelményeiről szóló 20/1994. (XI. 15.) NM rend. módosításáról
5. Magyar Közlöny, (2000). 46, 2740-2746.
6. Magyar Közlöny, (2000). 16, 627-633.
7. 1993. évi III. tv. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
8. Magyar Közlöny, (1993). 8, 347-364.
9. 1997. évi XXXI. tv. a gyermekek védelméről (Gyvt.) és gyámügyi igazgatásról és a végrehajtásához kapcsolódó jogszabályok
10. Simai, M. (2002). Rendkívüli ENSZ közgyűlés a gyermekekért: előzmények és várakozások. Család, Gyermek, Ifjúság, 11, 4-6.
11. 5/1995. (II. 8.) rend. a körzeti védőnői szolgálatról
12. Népjóléti Közlöny különszám, 1998. május 5.

13. 4/2000. (II. 25.) EüM rend. a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről
14. (2002). Nővér, 15, 2, 34.

Függelék: fontosabb jogszabályok

Jogviszony az egészségügyi ellátást nyújtó és a beteg/gondozott között

1. 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről
2. 1959. évi IV. tv. a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről

Az egészségügyi jogviszony alanyai

1. 1990. évi LXV. tv. a helyi önkormányzatokról
2. 5/1995.(II. 8.) NM rend. a körzeti védőnői munkáról
3. 33/1992. (XII. 23.) NM rend. a terhesgondozás-ról
4. 26/1997.(IX. 3) NM rend. az iskola-egészségügyi ellátásról
5. 4/2000.(II. 25.) EüM rend. a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről
6. 14/2000. (V.12.) EüM rend. a szülönőképzés szakmai követelményeiről szóló 20/1994. (XI. 15.) NM rend. módosításáról
7. 1992. évi LXXIX. tv. a magzati élet védelméről
8. 1993. évi LV tv. a magyar állampolgárságról
9. 1997. évi CXXXIX tv. a menedékjogról
10. 1993. évi LXXXVI tv. a külföldiek beutazásáról, magyarországi tartózkodásáról és bevándorlásról

Gondozottaknak / betegeknek nyújtható ellátások

1. 1998. évi LXXXIV. tv. a családok támogatásáról, valamint a végrehajtására kiadott 223/1998.(XII. 28) kormányrendelet
2. A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. tv.
3. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló, módosított LXXXIII. tv.
4. 1997. évi LXXX. tv. a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint a szolgáltatások fedezetéről
5. 51/1997.(XII. 18) NM rend. a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi. szolgáltatásokról, valamint a szolgáltatások fedezetéről

Betegjogok és érvényesülésük, adatvédelem

1. 1992. évi LXIII. tv. a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
2. 18/1998.(VI. 3.) NM rend. a fertőző betegségek és járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről
3. 1997. évi XLVII. tv. az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről.
4. 56/2000. (XII. 19.) AB. határozat (szabad orvosválasztás) az 1972. évi II. tv. módosítása

Szülői felügyeletet gyakorló kötelezettségei, a kk. szociális biztonsága, bűncselekmények

1. 1952. évi IV. tv. a házasságról, a családról, a gyámságról
2. 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről
3. 1997. évi XXXI. tv. a gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról
4. 1978. évi IV. tv. a Magyar Köztársaság Büntető Törvénykönyvéből (Btk.)

Szociális szféra - egészségügy kapcsolata

1. 1997. évi XXXI. tv. a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
2. 28/1997. (XII. 17.) Korm. rend. a gyámhatóságok, a területi gyermekvédelmi szakszolgálatok, a gyermekjóléti szolgálatok és személyes gondoskodást nyújtó szervek és személyek által kezelt személyes adatokról
3. 15/1998. (IV. 30.) NM rend. a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
4. 1993. III. évi szociális tv.

5. 2/1994. (I. 30.) NM. rend. a személyes gondoskodást nyújtó intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
6. 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rend. a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről
7. 1/2000. (I. 7.) SzCsM rend. a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
8. 6/2000. (VII. 6.) SzCsM rend. a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7) SzCsM rend. módosításáról

Vissza a tartalomhoz

Az ápolói rang elvesztése és visszaszerzése

Cseri Lászlóné

egészségügyi menedzser, szakoktató

Bevezetés

A rendszerváltást követően, amikor az egészségügyi ellátórendszer reformja elkezdődött, joggal vártuk az ápolók, és az ápolás helyzetének jobbra fordulását. Az ápolóképzés elmélete az elmúlt időszakban sokban igazodott az európai normákhoz, a gyakorlatban sajnos továbbra is jelentős a lemaradás.

Egészen 1998-ig ápolásvezetői funkciót töltöttem be, ebben az időszakban foglalmaztam meg először az ápolás helyzetét befolyásoló tényezőket, amelyek a mai napig nem változtak. Még ugyanebben az évben kaptam felkérést egy szakértői bizottságtól, foglaljam össze az ápolást érintő legfontosabb kérdéseket, amelyek az ápolás helyzetét, problémáit bemutatják. A bizottság tagjait döntő többségben vezető főorvosok, főigazgatók alkották. Miután a felkérésnek örömmel tettem eleget az alábbi megjegyzéseket fűzték a beszámolóhoz:

- *nagyon érdekes, fontos megállapítások, ilyen részletesen még nem hallottak az ápolásról;*
- *ezekhez a kérdésekhez nem tudunk hozzászólni, ebben az ápolási igazgatók a kompetensek.*

Utóbbi megjegyzés világosan bizonyítja, hogy létezik az ápolás önállósága, amely egyes területeken egyenrangú az orvosi tevékenységgel. Az ápolás elismerten művészet és tudomány. Az ápoló művészete abban áll, hogy milyen kapcsolatot teremt betegével, hogyan ápolja betegét és használja fel azokat az emberi kapcsolatokat, amelyek révén terápiás környezetet teremt a beteg számára (Potter és Perry, 1999). Az ápolók meghatározó személyiségek az egészségügyi ellátórendszerben, ezt az EVSZ szakértői csoportjának a jelentése is megerősíti (Az Ápolás Akcióban Tervezet, 1996).

A problémák

A fenti megerősítő állásfoglalásokkal szemben az ápolók és az ápolás szakmai és társadalmi rangja jelentősen romlott. Egyre intenzívebb a szakmából történő elvándorlás, fokozatosan, de egyenletesen zuhan a képzésekre jelentkező új ápolók száma, és növekszik a külföldön munkát vállalók aránya is. A pályaelhagyás, módosítás mögötti okok sokrétűek lehetnek, de két tényező biztosan szerepet játszik, az anyagi megbecsülés évtizedek óta alacsony, majdhogynem a normális életvitelt is lehetetlenné tevő színvonala, és az erkölcsi megbecsülés hiánya. Bár kevés vizsgálat készült a valós okok feltárására (ami egyúttal mutatja a kérdés fontosságát is), az általunk végzett felmérés eredménye más tényezőket is megnevezett:

- nem a kompetenciának megfelelő munkavégzés;
- sok esetben lehetetlen munkakörülmények;
- az ápoláshoz szükséges eszközök hiánya (pl. korszerű betegágy, mozgatót könnyítő eszközök, alapvető felszerelések, stb.);
- az ápolás önállóságát el nem ismerő szemlélet;

- rugalmatlan munkabeosztás, munkaidő;
- az ápoló munkáját segítő személyzet, társszakemberek hiánya (ápolási asszisztens, dietetikus, gyógytornász, gyógyszerári asszisztens, betegkísérő);
- az egy ápolóra jutó betegszám (valamint annak súlyossági fok szerinti meghatározása);
- *nem megfelelő vezetés (képzettség, szemlélet, stílus, szakértelem).*

A kérdőív kérdéseire ápolói továbbképzésen részt vett, kórházban dolgozó ápolók (ápoló- OKJ, klinikai szakápoló, felnőtt szakápoló) válaszoltak. Ezek a kollégák ápolói munkakörben 10-30 éve dolgoztak. Személyes beszélgetés során arra kérdeztünk rá, hogy a munkahelyük mennyire felel meg az elvárásainak, amire egyértelmű „nem!” volt a válasz. Ennek okát a szervezetlenségben, a létszám- és eszközhiányban látták. Kifogásolták, hogy a munkaidejük és beosztásuk képtelen igazodni bármilyen külső körülményhez, munkakörülményeik pedig alapvető szolgáltatásokat sem képesek biztosítani (pihenőszoba, öltöző, stb.). A szakmai fejlődés, idegennyelv-tanulás nehezen vagy egyáltalán nem megoldható, részben a létszámhiány miatt, másrészt a bizonytalan anyagi támogatás miatt.

Azt is kifogásolták a kollégák, hogy nincs világos kompetencia meghatározás, ami a napi munkát sok esetben kérdésessé teszi. Nincsenek igazi ösztönzők, és nem érzik sem a munkahelyi, sem a társadalmi megbecsülést. A megkérdezettek jelentős része készült a pályát elhagyni. Az okok: az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, túlterheltség.

A huszonegyedik órában vagyunk ahhoz, hogy lépéseket tegyünk az ápolás és az ápolói hivatás megóvása érdekében, ahhoz, hogy az ápolás gyakorlása érték maradjon, és rang legyen. Ez év májusában a II. Ápolásmenedzsment konferencián az Ápolási Igazgatók Egyesületének elnöke szerint a bérrendezés megoldást jelenthet az ápolói létszám kérdésére. A bérrendezés küszöbén azonban szembesülnünk kell azzal a kényszerű ténnyel, hogy ma már többről van szó, mint egyszerű béremelésről. A válság mélyebb, és erről az ápolásvezetők nem beszélnek. Egy, az Egészségügyi Világszervezet által készített jelentés így fogalmazott: „Fontos figyelembe venni az ápolói munkakörrel járó kényszerítő körülményeket: a fizikai túlterhelés és fertőzési veszélyeztetettség, a folytonosság és a többműszakos munkarend jelentős terhet ró az ápolókra fizikai és pszichés értelemben egyaránt. Az ápolói hivatás művelői elsősorban nők és anyák, s csak kevés számban választják férfiak az ápolói munkát.”

Az 1997. évi CLIV. Egészségügyi törvény, amely szabályozza az egészségügyi ellátásban résztvevők jogait, kötelezettségeit, a működési feltételeket, kerettörvénynek készült. Ezt kellene számos helyen kiegészíteni végrehajtási utasításokkal, amelyek a törvényi szabályozást konkrét eljárási utasításokkal valósítják meg. Az ápolást, az ápolói kompetenciát szabályozó rendelet négy év elmúltával sem készült el. A törvény szövegében azonban az egészségügyi dolgozó: orvos, fogorvos, gyógyszerész és egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy továbbá a beteg ellátását végző vagy az abban közreműködő egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről). Annak ellenére, hogy konkrétan nem nevesíti a szövegezés, az egészségügyi szolgáltatás minden tevékenységében kulcsfontosságú az ápoló! Még akkor is, ha az ápoló csak „egyéb felsőfokú szakképesítéssel rendelkező személy”.

Ki tehát az ápoló és mi a feladata?

Az ápoló az ápolás hivatásos és független végrehajtója, aki közvetlen felelőséget vállal az egyén, a család és a közösség számára nyújtandó ápolás biztosításáért. Az ápoló az ápolás biztosítása során holisztikus betegellátást valósít meg, amelyben alkalmazza mindazon, az ápolás művészetére és tudományára jellemző speciális tudásanyagot és készségeket, amelyeket szakképzése során sajátított el. Az ápoló önálló döntéseket hoz, értékeli a rendelkezésére álló adatokat, és a beteg számára legjobb megoldást javasolja. Az ápoló betegének jogait védelmezi és képviseli, ügyel betegének biztonságára, tájékoztatására (kezelési mellékhatások, jogi érdekek és azok érvényesítése). Az ápoló irányít, más egészségügyi szakemberekre ruházza át a felelőséget, ellenőrzi munkájukat, ésszerűen használja fel az erőforrásokat, összehangolja a betegellátó tevékenységet. Rehabilitál, oktatómunkájával segít a betegség, vagy a fogyatékosság okozta változásokhoz való alkalmazkodásban. Ha szükséges, érzelmileg támogat, kommunikál a beteg-család-közösség között. Az ápoló egyúttal fejleszt is, kutat, oktat, értékeli az előrehaladást.

A felsoroltak gyakorlati érvényesülésére alig van valós lehetőség. A magyar ápolási gyakorlat nem alkalmaz olyan ápolási struktúrát, amely az ápolásban érzékelhető különbséget tenné az ápolók eltérő szintű, speciális tudásában. Ez közvetlenül nem csak a betegellátás minőségére hat ki, amely az utóbbi években romlott, hanem az ápolók sajátos kompetenciáira is, illetve a fent említett pályaelhagyás okai között is szerephez jut. Az Egészségügyi törvény 140.§-a kötelezi az ápolót szakmai ismereteinek folyamatos fejlesztésére, de keveset ér a kötelezettség, ha a feltételek nem adottak a tudás gyakorlati alkalmazására. Az ápolói hivatás presztízsét jelentős erodálja az a laikus felfogás, hogy az ápolók szakmai tudása értékelhetetlen, ez viszont tovább rontja a továbbképzésekkel kapcsolatos ápolói együttműködés értelmét. Ez különösen azért figyelemre méltó, mert a szakmai tudás birtokában sincs lehetősége az ápolóknak olyan területeken beavatkozni, amely a beteg állapotának javulását nagymértékben elősegítené, de a jogszabályok (vagy azok hiánya!) ezt lehetetlenné teszi. Sok esetben az ápolást és az ápolókat érő jogtalan vádak olyan elkeseredést okoznak, aminek eredménye az általános morál csökkenése, a szakmai önbecsülés torzulása.

Milyen okokra vezethető vissza az ápolás rangjának elvesztése?

A '70-es évek elején az akkori politikai vezetés kifejezetten az ipar támogatását, fejlesztését tartotta fő céljának, ehhez adott különféle kedvezményeket, hozzájárulást. A kedvező megélhetés miatt ebben az időszakban sok ápoló hagyta el a pályát, jobban alkalmazkodott életvitelükhöz az egy műszak és a szabad szombat. Fokozatosan csökkent az ápoló képzésre jelentkezők száma, 1975-ben ezért új képzési rendszert vezettek be. Így már 14 éves kortól lehetővé vált ápolók képzése, amely tovább rontotta az ápolói hivatás értékét, hiszen a képzésben résztvevők nem részesültek megfelelő általános műveltségben, ami a szakma egyik alapfeltétele lenne, és túl fiatalon kerültek olyan gyakorló helyekre, kórházakba, amelyek nem voltak felkészülve erre az oktatási formára. Hogy tovább súlyosbítsuk a helyzetet, az 1975-ben induló egészségügyi főiskolai képzésből kihagyták az ápolókat, ezzel elvágva őket minden karrier és továbbfejlődési lehetőség elől. Újabb 15 évet kellett várnia a szakmának arra, hogy megkezdődjék a diplomás ápolók képzése.

A politikai rendszerváltással párhuzamosan változott az egészségügyi ellátó rendszer is. Az egészségügyi szakemberek képzése ma már az EU normákhoz igazodik, mára azonban elértük, hogy nincs megfelelő létszámú jelentkező az ápolói szakok indításához. Az ápolás, mint szakma, elvesztette a társadalomban betöltött hivatás szerepét, az egészségügyben továbbra is uralkodó orvos-központú szemlélet nem ismeri el az ápolást, az ápolók elsősorban végrehajtó, de nem önálló tevékenységeket végeznek.

Az Egészségügyi törvény 98.§-a részletezi az ápolást, s rendelkezik arról, hogy az ápolási és gondozási tevékenységet ápolási és gondozási terv alapján kell végezni, melyet a kezelőorvos hagy jóvá. Amennyiben komolyan gondoljuk, hogy az ápolás önálló szakmai tevékenység, és az ápolási-gondozási terv elkészítése kizárólag ápolói kompetencia, érthetetlen, hogy milyen módon felügyeli az orvos azt a tevékenységet, amelyhez képzése során nem rendeltek elegendő tudást. Az ilyen és ehhez hasonló korlátozások teszik lehetetlenné, hogy az ápolás önálló szakmaként viselkedjék, és saját tevékenységéért teljes körű felelősséget vállaljon.

Az ápolási vezetők felelőssége legalább ilyen meghatározó az ápolás hanyatlásában és az ápolóhiány kialakulásában. Elmaradt a differenciált ápolási struktúra kialakítása, a szakembereket ugyan képezzük, de nem adunk karrier lehetőséget számukra, a fejlődés útjai korlátozottak, és a többséget nem elégítik ki. Nem tisztázottak a szerepkörök, nincs érdemi különbségtétel a különböző munkahelyeken és funkciókban dolgozó ápolók között, hiába léteznek valóságos tudás, tapasztalatbeli különbségek. Az ápolást értelemszerűen végezzük, de valójában nincs egységesen kidolgozott szabályzó rendszer az ápolásra. Arról, hogy milyen hatékonysággal működik az ápolói szakmai érdekképviselő, nem érdemes szót ejteni. Az egészségpolitikában nem kap kellő hangsúlyt az ápolás, ha szóba is kerül, alárendelt szerepet játszik más tényezőkhez képest. Az évtizedes bérpolitika oda vezetett, hogy a fizetések nem biztosítják a megélhetést. Ezzel szemben a hivatalos ápoláspolitikai türelemre int, és az ápolók társadalommal szembeni kötelezettségeit emlegeti. A társadalom ápolókkal szembeni kötelezettségei eddig még nem merültek fel.

Mi lenne a teendő?

Az egészségügyi törvény említett megfogalmazása egészüljön ki a felelős ápoló fogalmával. Az ápolói végzettségű szakembereket **ápoló** megnevezés illeti meg! A szakmai identitás alapköve, ha nem

szakdolgozónak, hanem ápolónak tekintenek bennünket. Ahogy más szakmák képviselői is, ne szégyelljük, ha ápolónak szólítanak, követeljük meg!

- Az ápolók ragaszkodjanak a jogszabályok betartásához! Ha az ápolás feltételei nem adóttak, ha a feltételek hiánya az egészségüket, vagy a betegek egészségét veszélyezteti, vagy olyan tevékenységet végeztenek velük, amely nem tartozik a kompetenciájukba, legyen joguk a munkavégzést felfüggeszteni vagy megtagadni.
- Az egy ápolóra jutó betegszám kövesse az európai normát!
- Az ápolás vezetőinek, irányítóinak ápolói végzettséggel és gyakorlattal kell rendelkezni (főiskolai ill. egyetemi végzettséggel). Bármennyire is jó szakember legyen az, aki ápolásvezetői feladatot tölt be, ha nem érti az ápolás sajátos problémáit, csak rontja az ápolás hatékonyságát, presztízsét.
- Az ápolás elméletét, gyakorlatát oktatók meghatározott időnként közvetlen a betegellátás területén gyakoroljanak! Kerüljenek az oktatásba olyan oktatók, akik felkészültsége és elhivatottsága a nemzetközi színvonalhoz mérhető, és képesek hagyományokat teremtő önálló iskolák létrehozására.
- Az ápolóképző intézményeket, tanszékeket ápolóknak kell vezetniük. Az Egészségügyi Minisztériumban az ápolásvezetés pozícióját olyan ápolónak kell betölteni, aki az egészségügyi ellátás tervezésének, szervezésének hazai és külföldi modelljeit is ismeri, és elég személyes elhivatottsággal rendelkezik az ápolás politikai szintű képviselésére.
- Az ápolási eszközök korszerűsítése történjen párhuzamosan a diagnosztikai egységek korszerűsítésével! Az ápolás is kapja meg az előírásnak megfelelően azokat a munkaeszközöket, amelyek nem csak a munkakörülmények javítását szolgálják, hanem a hosszú távú egészségvédelmet is.
- A bérezést olyan szinten kell megállapítani, amely tisztas megélhetést tesz lehetővé, kifejezi az ápolók iránti megbecsülést, arányban van a képesítéssel, a felelősséggel, a tapasztalattal, továbbá a foglalkozással járó veszélyekkel.

Miben látom a változás szükségességét?

- Szemléletváltóztatás! Ápoláspolitikai kérdésekben az ápolók döntsenek, a pártpolitika és az ápolásvezetők egyéni érdekei ne legyenek meghatározó tényezők, kizárólag a szakmaiság, a szakma képviselése legyen a cél.
- Az ápolásban érvényesüljön kiegyensúlyozott szakmai hierarchia, amely biztosítja a karrier lehetőséget.
- Legyen hangsúlyos az **ápoló** megnevezés, váljon el az egészségügyi szakdolgozó megnevezéstől.
- Szűnjenek meg azok a rendeletek, amelyek biztosítják, hogy ápolásvezetői pozíciót ápolói képesítés nélkül be lehessen tölteni (lásd: 13/2002 (III.28.) Eü. M. rendelet 3.§ 2. pont, 4.§.)
- Készüljön el és kerüljön szakmai vitára az ápolás átfogó, **nemzeti cselekvési terve** (amelyre az Egészségügyi Világszervezet több hivatalos dokumentuma is ajánlást tett).
- Létesüljön önálló Ápolási Kamara, amely jogosítványaiiban legyen egyenrangú más Kamarákkal.
- A Magyar Ápolási Egyesület Szakmai Szekciói valóban működő, felelős szakmai szervezetek legyenek. Az ápolási vezetőknek, különösen az Magyar Ápolási Egyesületnek legnagyobb a felelőssége, mert olyan hibás egészségpolitikát támogatott, amely az ápolást a jelenlegi kritikus helyzetbe hozta.
- Kapjon lehetőséget az ápolás tudományos tevékenységre, létesüljenek önálló ápoláskutatói programok.
- Az ápolók kulcsfontosságú szerepeire tartson igényt az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program! Valósuljon meg a közösségi ápolás, az önálló szakmai kompetencián alapuló gondozás.

A felsorolt feladatok sokasága láttán vannak, akik nem hisznek abban, hogy a szükséges változások elindíthatók, végigvihetők. Ahhoz, hogy a jövő generációinak ne kelljen a mai problémákkal szembesülni, szükség van a hitre, arra, ami a pályán tart minket, amiben az erőnk, a kitartásunk rejlik. És szükségünk van arra az egységes fellépésre, ami lehetetlenné teszi, hogy a problémáinkat az asztal alá söpörjék. Az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása szerint: „Az ápolók a legjobb helyzetben vannak ahhoz, hogy a változás ügynökei legyenek az egészségügyi rendszerben és a társadalom egészében.”

Legyünk hát helyzetben.

Irodalom

1. Potter, P. A. és Perry, A. G. (1999). Az ápolás elmélete és gyakorlati alapjai. Budapest: Medicina.
2. Az Ápolás Akcióban Tervezet (1996). EVSZ Európai Területi Iroda. Budapest: Medinfo.
3. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
4. Nővér, 1994. 4. sz. Ápolás a jövő évezredben.
5. Egészségügyi Közlöny (2001. augusztus 21.). Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program: 2001–2010.

Vissza a tartalomhoz

Aneszteziológus szakasszisztensek részvétele az ápolási folyamatban

Kuczkóné Illés Angéla

Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház

A vizsgálat célja: annak feltárása, hogy az aneszteziológus asszisztensek milyen módon tudnak részt venni a műtét előtt és után az ápolási folyamatban, valamint választ kapni arra, hogy a preoperatív ambulanciák hogyan befolyásolják az ápolók munkáját.

Módszerek: a vizsgálat önkitöltős kérdőíves technika segítségével készült a Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórházában, 2001. január 15.– január 31. között. Összesen 90 kérdőív került kiosztásra a kórház sebészeti beavatkozást végző osztályainak ápolói között.

Eredmények: az ápolók többsége igényelte az aneszteziológus szakasszisztensek segítségét a napi munkához. A preoperatív ambulancia működését kedvezően ítélték meg az ápolók, többségük szerint csökkentette a terhelésüket. A legtöbb segítséget a betegek felkészítésében, a tájékoztatásban és a posztoperatív megfigyelésben igényelték.

Következtetések, javaslatok: szükséges az aneszteziológus szakasszisztensek kompetenciájának átértékelése, az ápolásba való mélyebb bevonásuk. Javasolható még olyan, aneszteziológus asszisztensek vezetésével kialakított posztoperatív őrzőszobák bevezetése, amelyekben az ápolást is aneszteziológus asszisztensek végzik.

Bevezetés

Az utóbbi években az egészségügyi ellátásban jelentős szemléletváltás történt. A társadalmi és szakmai igény szükségessé tette, hogy a korábbi betegségorientált ellátás helyett az egyén szükségletei kerüljenek előtérbe, azaz individualizálni kell az ellátást. A preoperatív ambulanciák megalakulásával az aneszteziológusok számára is lehetőség nyílt, hogy ne csak a műtőben találkozzanak betegekkel, hanem a preoperatív időszak teljes tartama alatt figyelemmel kísérhessék az egyén állapotát. Ez az igény természetesen a páciensek részéről is megmutatkozott. A szemléletváltás következtében az aneszteziológus szakasszisztensek lehetőségei is kiszélesednek. A változás, amely szerint az asszisztens nem csak az orvos kiszolgálója lehet, igazi kihívást jelent a szakma számára. A korábbi gyakorlattal ellentétben, – amelynek során az asszisztens munkája kizárólag az érzéstelenítés kivitelezése alatti segédkezésre korlátozódott –, új elvárásoknak kell megfelelni. Az alábbi kutatás arra hívja fel a figyelmet, hogy egy jól képzett asszisztens több az orvos kiszolgálójánál,

tevékenységét nem szabad kizárólag a műtő területére korlátozni. Az asszisztensek részvételét a beteg felkészítésében és nyomon követésében a sebészeti osztályon dolgozó ápolók is igénylik.

Az aneszteziológus szakasszisztens feladatköre

Minden betegnek a sebészeti beavatkozás és a műtői érzéstelenítés fokozott fizikális és pszichés megterhelést jelent. Az ellátó team tagjainak feladata biztosítani, hogy a páciens állapota a beavatkozás alatt és után optimalizált maradjon. Ebben jelentős szerepe van az ápoló személyzetnek, amelyhez kötődik az aneszteziológus asszisztens munkája is.

Az aneszteziológus asszisztensnek több alkalommal van lehetősége találkozni betegével a műtét előtt. Ezek lehetnek: az aneszteziológiai ambulancia, a műtétet megelőző nap, vagy közvetlenül a műtét előtt. A találkozások bármelyike kiváló alkalmat teremt a személyes kapcsolat kialakítására. Az ambulancián nem csak arra van lehetőség, hogy a sebészeti beavatkozásra felkészítse a beteget, hanem az érzéstelenítésből illetve a műtétből adódó egyéb speciális problémákat is meg tudják beszélni. Amikor a beteg jelentkezik az aneszteziológiai ambulancián, az orvosi anamnézis készítése mellett az asszisztensnek lehetősége van saját ápolási anamnézisének elkészítésére, ápolási problémák megfogalmazására és az ápolás megtervezésére. Az ápolási folyamat első két lépcsője, az állapot- és szükségletfelmérés és az ápolástervezés már az aneszteziológiai ambulancián megtörténhet. Ez nagymértékben megkönnyíti az ápolók műtét előtti és utáni munkáját. A leggyakoribb preoperatív ápolási diagnózisokat az 1. táblázat foglalja össze.

Félelem a műtétől, az önkontroll elvesztésétől; Szorongás a pre- és posztoperatív eljárások miatt; Döntési konfliktus az ismerethiány miatt; Kiszolgáltatottság érzése a diagnosztikus beavatkozások miatt; Folyadékhiány a műtét előtti folyadékfogyasztási tilalom miatt; Mozgásképesség csökkenése az alapbetegség, valamint bizonyos előkészítési eljárások miatt.

1. táblázat – A leggyakoribb ápolási diagnózisok a műtét előtt

Forrás: Carpentino (1996)

Az aneszteziológus asszisztens egyik kiemelt feladata, hogy felkészítse a beteget a narkózis, vagy más érzéstelenítési forma várható következményeire, a műtét utáni fájdalomra és a posztoperatív tevékenységre. A felkészítés célja, hogy mozgósítsa a páciens tartalékerejét, oldja feszültségét, és segítse a szorongás leküzdését. A fájdalomtól való félelmet pozitívan befolyásolhatja, ha a beteg ismeri a műtét utáni állapot következményeit. A páciens felvilágosítása a preoperatív időszak egyik legfontosabb ápolói feladata (Milliken és Campbell, 1994).

A posztoperatív ápolás tervezése akkor kezdődik, amikor az aneszteziológus eldönti, hogy milyen érzéstelenítést fog alkalmazni a műtét alatt. Az érzéstelenítés típusa döntően befolyásolja az alkalmazott ápolási technikát. Az érzéstelenítés alapján, valamint a műtét jellegétől függően már előre meghatározhatjuk az ápolási problémákat. Ezek meghatározzák a műtét utáni teendőket. Gondos előkészítéssel, felkészítéssel, ha a fizikális problémákat nem is tudjuk teljes egészében kiküszöbölni, a páciens toleránsabb lesz a posztoperatív szak kellemetlenségeivel szemben. Az érzéstelenítés utáni ápolási diagnózisokat a 2. és 3. táblázat mutatja be.

Tudatállapot megváltozásának kockázata Vitális paraméterek megváltozásának veszélye Aspirációveszély a hányás miatt Légzés zavarának kockázata Garatfájdalom a tracheába vezetett tubus miatt Kiszolgáltatottság az alvás miatt
--

Műtét körüli testhelyzet okozta sérülés kockázata Fertőzés kialakulásának veszélye a vénába vezetett kanyarút miatt Lélegeztetésről való leszakítás nehézsége Szomjúság a folyadékháztartás felborulásának következtében, illetve a praemedikációban adott atropin hatására.

2. táblázat – Általános érzéstelenítés utáni ápolási diagnózisok és potenciális ápolási problémák
Forrás: Carpentino (1996)

Vitalis paraméterek megváltozásának veszélye Balesetveszély a békult alsó végtag miatt Folyadékháztartás zavarának kockázata a relatív volumenhiány miatt Fertőzésveszély az érzéstelenítés szűrési helyén Vizeletürítés zavarának veszélye Fejfájás kialakulása a liquor veszteség miatt A szigorú ágynyugalom miatt az önellátás teljes hiánya (3.)

3. táblázat – Regionális érzéstelenítés ápolási diagnózisai és potenciális ápolási problémái
Forrás: Carpentino (1996)

Az érzéstelenítésből adódó ápolási problémákon kívül a műtét is meghatározza az ápolási diagnózisokat. Általános műtét okozta diagnózisok az alábbiak (Carpentino, 1996):

- Fájdalom a műtét miatt.
- Vérzés kialakulásának veszélye a műtét miatt.
- Vizeletretenció kockázata.
- Folyadékháztartás felborulásának lehetősége.
- Átmeneti önellátási deficit a körülményekből adódóan.
- Sápadság, cianózis.

A fentiekből következik, hogy a választott érzéstelenítési mód meghatározza a potenciális és valós ápolási problémákat. Ha ezeket ismerjük, és előre felkészülünk elhárításukra, nagyobb hatékonysággal tudunk szövődeményeket megelőzni, gyorsabb műtét utáni javulást elérni, vagy szükség esetén megfelelően beavatkozni.

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy az aneszteziológus asszisztensek milyen módon tudnak részt venni a műtét előtt és után az ápolási folyamatban, valamint választ kapni arra, hogy a preoperatív ambulanciák hogyan befolyásolják az ápolók munkáját.

Hipotézisek

- A posztoperatív időszak első 24 óráját jelentősen meghatározza a választott érzéstelenítési mód, amely jelentősen befolyásolja a potenciális ápolási problémákat, valamint az ápolók munkáját.
- A preoperatív ambulancia segíti az ápolók munkáját a páciens felkészítésében, előkészítésében, kihat a posztoperatív időszak ápolási technikáira.
- Az aneszteziológus asszisztens biztonságot jelent a páciensnek és az ápoló személyzetnek az ápolási folyamatban való aktív közreműködéssel.

Vizsgálati módszerek

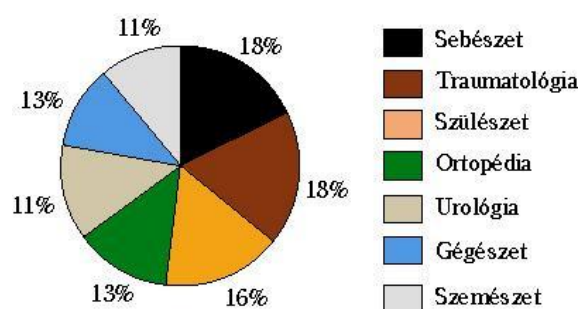
A vizsgálat kérdőíves módszerrel készült. (A kérdőív megtalálható a kiadvány 22. oldalán.) A kérdőív önkitöltős technikára épült, zárt és nyitott kérdéseket tartalmazott. A zárt kérdéseket számítógépes feldolgozással, a nyitott kérdéseket tartalomelemzéssel értékeltük. Az adatgyűjtés 2001.

január 15.– január 31. között történt. Összesen 90 db került kiosztásra, amelyből 75 érkezett vissza, értékelhető 55 db volt.

A kutatás a Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórházában készült. Hét műtéti beavatkozást végző osztály, sebészet, traumatológia, szülész-nőgyógyászat, orthopédia, szemészet, urológia és gégyészet ápolói kerültek beválasztásra.

Eredmények

Az első kérdésre adott válasz alapján látható, hogy a megkérdezettek osztályonkénti megoszlása nagyjából egyenletesen volt (1. ábra). A naponta műtetre kerülő betegek száma, a betegszámhoz tartozó ápolói létszám, valamint az osztály típusa egyértelműen befolyásolta, hogy igénylik-e az aneszteziológus asszisztens segítségét a műtéti előkészítésben az osztályos ápolók. Külön vizsgáltuk azokat az osztályokat, ahol átlagosan napi 5-10 vagy ennél több műtét készül (sebészet, traumatológia, szülész), ezeken az osztályokon a betegellátást 1-2 ápoló biztosítja műszakonként. A 3 osztály 29 ápolójából 26-an (89,6%) igényelték a szakasszisztensi segítséget. Az összes műtétes osztály esetében az ápolók 76%-a (42 fő) vár el segítséget (4. táblázat).

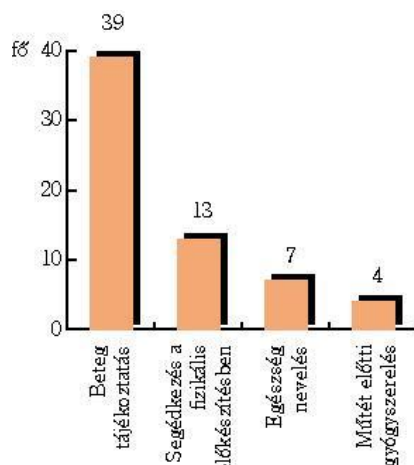


1. ábra – Az ápolók osztályonkénti megoszlása

Osztály	Műtétek száma naponta	Ápolók átlagos száma
Sebészet	5-10	1-2
Traumatológia	5-10	1-2
Szülész-nőgyógyászat	10 fölött	2-3
Urológia	1-5	2-3
Ortopédia	1-5	2-3
Fül-orr-gégyészet	1-5	2-3
Szemészet	1-5	2-3

4. táblázat – Műtétek és ápolók száma az egyes részlegeken

Az aneszteziológus asszisztensektől elvárt segítségnyújtás területén az ápolók 92%-a a betegtájékoztatót jelölte meg első helyen (2. ábra). A fizikális előkészítésben 30% igényelte a segítséget. Egészségneveléshez 16% igényelne segítséget. Viszonylag kevesebben igényeltek gyógyszerelési segítséget illetve vénabiztosításhoz támogatást.



2. ábra – Az elvárt feladatok megoszlása

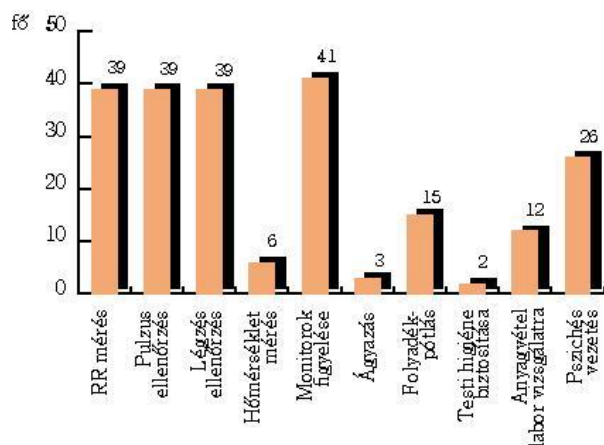
Arra a kérdésre, hogy befolyásolja-e az ápolók munkáját a preoperatív ambulancia tevékenysége 62% igenlő választ adott. Konkrétan, 72% szerint az ápolók beteg előkészítő munkája kevesebb lett az ambulanciának köszönhetően. Döntő többség szerint (100% és 80%) az átvállalt két lényeges feladat az EKG készítése és a felvilágosítás, betegtájékoztató.

A 3. ábra az ápolói tevékenység szempontjából ideálisnak gondolt érzéstelenítési módokat mutatja. A legtöbben (56%) a helyi érzéstelenítést választották. Kevesebben (13%) választották az általános érzéstelenítést, még kevesebben (9%) a gerinc közeli érzéstelenítést. Ezzel összefüggésben 90% (49 fő) szerint az általános érzéstelenítés jelent megterhelőbb ápolási feladatokat, 10% szerint ez a gerinc közeli érzéstelenítésnél igaz.



3. ábra – Ideálisnak tartott érzéstelenítési módok

Az osztály jellegétől függetlenül 45 fő (82%) igényelte a posztoperatív ápoláshoz az asszisztensek segítségét. A kért segítség azokra a feladatokra irányult, amelyek a vitális paraméterekhez és a monitorok ellenőrzéséhez kapcsolódik, néhányan egyéb alapápolási feladatokhoz is várnának segítséget (4. ábra).



4. ábra – Műtét utáni segítségnyújtás megoszlása

Megbeszélés, javaslatok

A fenti vizsgálatból egyértelműen kiderült, hogy az aneszteziológus szakasszisztensek számos ponton vehetnek részt az ápolási folyamatban. Látható volt, hogy az osztályos ápolók leterheltsége egyértelműen igényli a közreműködést. A napi 5-10 műtétet végző osztályokon az ápolási munka olyan mértékben lefoglalja az ápoló személyzetet, hogy nem marad idejük a további műtéti előkészítéseket maradéktalanul ellátni. Az esetek nagy részében így csak a fizikális előkészítésre korlátozódik a tevékenységük. Ez viszont nem csak a beteget érinti hátrányosan, hanem a műtétet követő időszakot is, amikor a nem megfelelő előkészítés miatt a beteg lábadozása, kooperációja elmaradt az elvárttól, még több problémát okozva az amúgy is terhelt ápoló személyzetnek. Az ápolók ugyanakkor fontosnak tartják a beteg pszichés felkészítését a műtetre, de nem marad rá idejük. A műtét előtti vénabiztosítás iránti igény viszont nem volt indokolt, mivel az esetek legnagyobb részében ezt az aneszteziológusok végzik.

A preoperatív ambulancia is kiegészítő segítséget jelent az ápolók számára. Érdekes volt megfigyelni, hogy még azok is, akik szerint munkájukat nem befolyásolta az ambulancia működése, megjelölték az EKG készítést és a betegtájékoztatót, mint átvállalt feladatokat. Az ápolók többsége kedvezően ítélte meg az ambulanciát, ami mindenképpen arra utal, hogy előnyös a preoperatív ambulancia működése, tevékenységükkel csökkentik az ápolók munkáját. Ez megerősíti a második számú hipotézist.

Az alkalmazott érzéstelenítés technikája befolyásolta az alkalmazott ápolási technikát. A lokális érzéstelenítést tartották az ápolók a legkedvezőbbnek, válaszukat mindannyian azzal indokolták, hogy egyszerűbb az ápolási technika a beteg körül, kevesebb előkészítést igényel, és könnyebb a posztoperatív ápolás. A gerinc közeli érzéstelenítést a folyamatos megfigyelés, valamint a potenciális ápolási problémák előfordulása miatt nehezebb az ápolási technikával kapcsolták össze. Az eredmények megerősítik az első számú hipotézist.

Az eredmények azt is megerősítették, hogy az ápolók számos területen várnak posztoperatív segítséget az aneszteziológus asszisztensektől. Legtöbbször a vitális paraméterek monitorozását emelték ki, ami arra utal, hogy műtétet követően fokozott biztonságot jelent az aneszteziológus asszisztensek közreműködése a megfigyelés és szükségesszerűt adekvát beavatkozás terén. Ez a tény egyben a harmadik számú hipotézis megerősítését is jelenti.

A fenti eredmények azt mutatják, hogy szükséges lenne az aneszteziológus szakasszisztensek kompetenciájának körét újraértékelni, azt kiszélesíteni tudásuknak, képzettségüknek megfelelően. Az asszisztensek a preoperatív ambulanciákon ne csak adminisztratív feladatokat lássanak el, vagy a beteg vitális paramétereit ellenőrizzék, hanem aktívan részt vehessenek a betegtájékoztatóban, egészségnevelésben, és ha szükséges, a fizikális előkészítésben is. Partnerként kísérv az orvost az előkészítéssel kapcsolatos vizitre, ahol lehetősége van ezeknek a feladatoknak elvégzésére.

Javasolható még olyan, aneszteziológus asszisztensek vezetésével kialakított posztoperatív őrzőszobák bevezetése, amelyekben az ápolást is aneszteziológus asszisztensek végzik, tekintettel arra, hogy ismerik az érzéstelenítésből adódó ápolási problémákat, az ébredéskor lejátszódó folyamatokat, a homeosztázis változásait, és azonnal képesek cselekedni akár önállóan, akár segítségkérés útján.

Irodalom

1. Adorján, K. (1991). Jegyzet az aneszteziológiai szakasszisztensek számára I-III. kötet. Budapest: Egészségügyi Szakdolgozók Központi Továbbképző Intézete.
2. Boncz, I. és Buda, J. (1996). Kutatómódszertani és egészségügyi statisztikai alapismeretek. Pécs: Hotter – Minerva Kft. Nyomdája.
3. Carpentino, J. L. (1996). Ápolási diagnózisok. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
4. Csomós, Á. (1992). Gazdaságossági számítások a regionális és az általános érzéstelenítés összehasonlításában. Aneszteziológia és Intenzív Terápia, 4, 205-212.
5. Gulyás, M. (1993). Klinikai ismeretek a sebészet köréből ápolónók részére. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
6. Hunt, M. J. és Marks-Maran, J. D. (1987). Az ápolási tervek: az ápolási folyamat működés közben. Budapest: Egészségügyi Minisztérium.
7. Janecskó, M. (1992). A műteti érzéstelenítés előtti betegvizsgálat és annak dokumentálása. Aneszteziológia és Intenzív Terápia, II. sz. szupplementum, 131-166.
8. Milliken, E. M. és Campbell, G. (1994). Mindennapos betegápolás I-II. kötet. Budapest: Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár.
9. Pearson, A. és Vaughan, B. (1995). Az ápolási gyakorlat modelljei. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
10. Péntes, I. és Lencz, L. (1998). Aneszteziológia és intenzív terápia. A beteg műteti előkészítése, premedikáció. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt. (97- 107. oldal)
11. Péntes, I. és Lencz, L. (1995). Aneszteziológia és intenzív terápia. A beteg vizsgálata és előkészítése műteti érzéstelenítéshez. Budapest: Semmelweis Kiadó. (17- 26. oldal)
12. Potter, P. A. és Perry, A. G. (1996). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
13. Uray, É. (1985). Az aneszteziológia alapjai. A beteg kivizsgálása és előkészítése az anesztéziára. Debreceni Orvostudományi Egyetem. (67- 73. oldal).
14. Wittek, L. és Adorján, K. (1981). Az aneszteziológia alapjai I. kötet aneszteziológus szakasszisztensek részére. ESZKTI.

Vissza a tartalomhoz

Kedves Olvasóink!

*Sebkezelés témával foglalkozó cikk megírására közölt felhívásunkra, legnagyobb örömeinkre, érkeztek be pályázatok. Ezek alapján a Szerkesztőbizottság az EPUAP Konferenciára szóló két belépőt **Mezőné Mizsei Tünde** diplomás ápolónak (Erzsébet Kórház, Jászberény) és **Tóth Lajos** diplomás ápolószakos hallgatónak (Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar) ítélte oda. Értesüléseink szerint a nyertes kollégák éltek a lehetőséggel és részt vettek az igen magas szakmai színvonalú és értékes friss információkat nyújtó konferencián. Köszönjük Dr. Gulácsi Lászlónak, lapunk szerkesztőbizottsági tagjának a felkínált lehetőséget.*

Az alábbiakban közöljük a két nyertes pályázat egyikét.

A lábszárfekélyek modern sebkezelése az otthonápolásban

Magyari Ildikó és Mezőné Mizsei Tünde
diplomás ápolók, Erzsébet Kórház, Jászberény

Bevezetés

Magyarországon a lakosság megközelítőleg 2%-a szenved lábszárfekélyben. Ennek a látszólag alacsony arálynak nem elhanyagolható része krónikus, nehezen gyógyuló seb. A krónikus sebek ellátása hosszú ideig tartó folyamat, az egészségügynek éppúgy megterhelést jelent, mint az egyénnek.

A társadalomban végbement gazdasági átalakulás, az egészségügyre fordítható támogatási keretek csökkenése mindinkább ráirányították a figyelmet a költséghatékony gyógyító eljárásokra. Ide tartozik a krónikus, nehezen gyógyuló sebek ellátása, kezelése is. Az intézmények és a betegek is egyre több költséghatékony megoldás alkalmazására kényszerülnek. A krónikus lábszárfekély kezelése igen költséges, állandó orvosi, ápolói kontrollt igényelnek a betegek, heteket, hónapokat töltenek kórházi osztályon. A betegség eredményeképpen lényegesen hamarabb kerülnek leszámolásra és ezzel nyugdíjba, mint az egészséges populáció.

Az otthonápolási szolgálatok, otthonápoló csoportok létrejöttével a lábszárfekélyes betegek kezelése ambuláns formában nagyrészt megoldható vált, így nem igényelnek hosszú ápolást kórházi osztályon, szoros érsebészeti kontroll mellett otthon, korszerű kötőzszerekkel kezelhetők. A súlyszámok változása arra kényszeríti a kórházakat, hogy a betegeket minél hamarabb hazabocsássák. Így sok beteg kerül krónikus betegséggel otthonába.

A krónikus sebek ápolása

A krónikus sebek kezelését három célkitűzés irányítja:

1. a további szövetkárosodás megelőzése a szöveti károsodásra hajlamosító okok csökkentésével és megelőzésével;
2. fertőzés megelőzése;
3. olyan kezelés tervezése, amely megfelel a krónikus seb típusának és a sebgyógyulásnak.

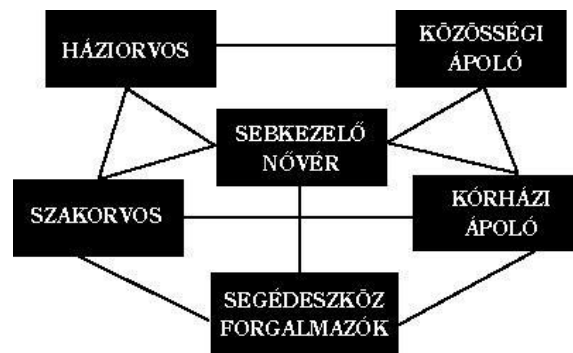
A lábszárfekély leggyakoribb kiváltó okai a vénás rendszer betegségei, a verőérszűkület és a neuropathia. Ahhoz, hogy megfelelő kezelési módot válasszunk, mindig tisztázni kell a lábszárfekély okát.

A vénás fekélyben szenvedő beteg anamnézisében mélyvénás thrombosis, súlyos alsóvégtagi trauma szerepel. A fekély általában felületes, szabálytalan szélű. A környező bőr pigmentált, indurált, a lábon varicositás látható, gyakori az ödéma. Az artériás fekélyes betegek anamnézisében gyakori a dohányzás, a hipertónia és a diabetes mellitus.

Az orvostudományban zajló technológiai fejlődés a sebkezelés területén is érezteti hatását, ennek megfelelően egyre újabb és újabb sebkezelő anyagok, gyógyszerek és korszerű kötszerek jelennek meg a piacon. Ezek jelentős előrelépést jelentenek a sebkezelés és sebgyógyulás területén. A sebkezelés otthoni alkalmazásában is szerepet játszottak a több funkcionak megfelelő, új típusú kötő anyagok. Tekintettel arra, hogy az ellátás a betegek otthonában történik, a kötő anyagoknak több feltételnek kell, hogy megfeleljenek, ezek

- a szakma szabályainak megfelelően a sterilitás biztosítása;
- traumatikus és fájdalommentes kötözés;
- a kötő anyagok egyszerű kezelhetősége;
- költséghatékonyság, gazdaságos kisserelés;
- méretválaszték;
- felírhatóság;
- gyógyszerári elérhetőség.

Az otthoni sebellátás az orvos és az ápoló közötti együttműködésre kiváló példa. Az orvos kötőcserére vonatkozó rendelkezéseinek ki kell térnie a kötéstípusra, a kötőcsere gyakoriságára, a használandó oldatokra és kenőcsökre. A szakápoló módosíthatja a kötő anyagát és vastagságát, ha a váladék jellege és mennyisége megváltozik. Megfigyeli a kötősen lévő váladék jellegét, mennyiségét és a seb küllemét. Ezeket az ápolási dokumentáción pontosan rögzíti, az esetleges változásokról értesíti a kezelőorvost. Az otthoni sebkezelés elősegíti a házi ápolóknak az önállóságát és felelősségét, és felruhazza őket azzal a koordinátori funkcióval, ami az egyes partnerek közötti kommunikációt és szervezési feladatokat foglalja magába (1. ábra).



1. ábra – Az otthonápolás kapcsolatrendszere

A hagyományos száraz sebkezelési eljárásokat felváltották a kutatók által fejlesztett nedves sebkezelési eljárások. A fekélyek kezelésére ma már többfajta kötéstípus alkalmazható, amelyeket eltérő tulajdonságok jellemeznek. A helyes kötéstípus megválasztása döntő szempont a költséghatékonyság és kezelés eredményességének érdekében. A különböző kötéstípusokat és jellemzőiket az 1. táblázat ismerteti.

A hatékonyabb sebgyógyulás elérése érdekében mindenképpen szükséges érsebészt bevonni a kezelésbe. A krónikus, nehezen gyógyuló lábszársebek műtéti kezelését jól kiegészíti a kompressziós pólya alkalmazása vénás eredetű fekélyeknél, artériás fekély esetén viszont csak rugalmatlan fászlival szabad kezelni.

Az általános kezelés része a rizikófaktorok csökkentése, így a dohányzás elhagyása, rendszeres testmozgás, szükség esetén a testsúly csökkentése, a szénhidrát háztartás egyensúlyban tartása. Mindezekben jelentős segítséget nyújthat a korszerű szemléletű ápolás is. A krónikus betegségben szenvedő egyének növekvő száma arra ösztönzi a diplomás ápolókat, hogy kiszélesítsék az ellátáshoz való hozzáférés esélyét. Az otthonápolásban végzett költséghatékonny és eredményes sebellátás egyre több alkalommal, és szélesedő körben ad a gyógyulásra esélyt olyan betegeknek, akiknek nemrég még súlyosabb krónikus szövődményekkel kellett szembenézniük a krónikus lábszárfekély kialakulását követően.

Típus	Előny	Hátrány	Indikációi
<i>Hidrogélek</i> (Necrosis rehidratálása, autolitikus debridement elősegítése)	Felszívják a sebváladékot, nem ragadnak a sebbe, nyugtatják a sebet	Másodlagos fedőkötést (géz) igényelhetnek, annak gyakori cseréjével.	Fájdalmas, sekély sebekre, száraz, kemény, fekete nekrozissal fedett sebekre
<i>Alginátok</i> Váladék felszívásra, haemostasis elősegítésére	Nedvszívó, nem tapad a sebbe, fájdalomtalan kötőcsere	Másodlagos fedőkötést (géz, vékony hidrogél) igényelnek, fertőzött sebeknél naponkénti kontrollra lehet szükség, odorózus	Erősen és közepesen váladékozó sebekre, nekrektómia után, illetve a fertisztulóban lévő esetekre
<i>Hidrokolloidok</i> Hidratálás, autolízis elősegítése, váladékfelszívásra	Fibrinolitikus, angigenesist serkentő, nedvszívó, fizikai és bakteriális barrier	Nem átlátszó, odorózus	Sekély és mély fekélyek, decubitusok
<i>Filmkötszerek</i> Alig vagy nem váladékozó sebek védelmére	Átlátszóak, nincs szükség másodlagos kötésre, barrier képeznek	Váladék gyűlhet meg alattuk, sebbe tapadhatnak	Felületes égésekre, alig váladékozó sebekre
<i>Impegnált hálókötszerek</i>	Nem ragad a sebbe, nem tépi le a frissen	Másodlagos fedőkötést igényel	Hámosodó sebek, felületes égések

	képződött, vékony hámot, egyes típusaik dezinficienssel is impegnáltak		
--	---	--	--

1. táblázat –ellátására alkalmazható korszerű kötszerek jellemzői

Vissza a tartalomhoz

A rendi ápolók történetéről* **Ápolórendekre és ápolóközösségekre emlékezve – 4. rész**

Kocsis Istvánné

Bethesda Otthonápolási Szolgálat, szolgálatvezető főnövér

Fébé evangélikus diakonissza egyesület

A F.E.B.E 1924-ben alakult meg, hogy tagjai Krisztus szeretetének, fényének hordozói legyenek. Dr. Farkas Mária orvosi rendelőjében a rend tagjain kívül civil betegeket is ellátott. 1926-ban 9 diakonissza kezdte meg diplomás nővéként kórházi betegápoló munkáját. A Fébé 1928-ban átvette a Szent Margit kórház valamennyi osztályát. Itt dolgoztak hazánkban elsőként állami betegápoló vizsgát tett diakonissza testvérek, hárman az ápolóközösségből szülésznői képesítést szereztek. A hadiállapotok 1942-ben megkívánták, hogy a diakonissza testvérek hadi kórházakban dolgozzanak. A Szent Margit kórházat Balatonboglárra, később Lengyeltótiiba menekítették, így a háború végéig a diakonissza ápolóknak a Dunántúl ezen két települése nyújtott kötelező munkahelyet. Hálás szívvel emlékszik a Fébé közösség Dr. Göttze Árpád és Dr. Fejér Árpád főorvosokra, akik a nehéz időkben gondoskodó szeretettel álltak a diakonissza testvérek mellett. 1946-tól az Országos Mentő Egyesületben is dolgozott diakonissza. 1947-ben a Dr. Szintár Miklós pszichiáter főorvos gyűjtötte maga köré a Szent János kórház Mentálhigiénés osztályán a Fébé ápolótestvéreket.

A diakonissza testvéreket az Anyaház látta el, fizetést kézhez soha nem kaptak, eltartásukról az Egyesület gondoskodott. Az Anyaházat, amely 1947-ben a főváros adománya volt, 1948-ban államosították. Szerteágazó missziós és diakoniai szolgálatuknak 1951-ben a kommunista államhatalom vetett véget: az Anyaházat felszámolták és elbocsátottak minden rendi ápolót. Ápoló munkájukat a diakonissza testvérek otthonápolás formájában családi otthonokban folytatták. Az államosítást követően 200 diakonissza testvér az állami egészségügyben szolgált tovább. A testvérek kórházakban helyezkedtek el és végezték magas szakmai színvonalon szeretetteljes, önzetlen munkájukat.

A Fébé Evangélikus Diakonissza Egyesület 1990-ben Budapest székhellyel újraalakult, és ma az idős diakonissza testvéreket ápolja, segíti. „Ragyogók lehetünk és csillagok!” (Róma 16.1.)

Részlet Túrmezei Erzsébet diakonissza testvér verséből:

*„Fébé! = Ragyogó! Jézus Krisztus
drága, alázatos szolgálóleánya,
nevek tűnnek el századok alatt,
milyen jó, hogy a tied ránk maradt!*

*Fébé! Neved biztatás, feladat.
Köszönjük, hogy reánk maradt,
Nem törölték el a tűnő századok,
S „Ragyogó” lehet ma is, akin Krisztus
Szeretete és fénye átragyog.”*



<![endif]>

Betegszoba 1928-ban, Fébé betegápolók

Márta betegápoló nővérek a Szent Rókus kórházban

Trugly Margit 1926-ban a betegellátás javítására megalapította a Kékkeresztes Márta Betegápoló Egyesületet. Betegen, kórházban fekvé tapasztalta a szerető gondoskodás hiányát. Ezért elhatározta, ha felgyógyul, maga köré gyűjti az embertársakon segíteni kész, a betegek nyomorúságát enyhíteni hivatott fiatal lányokat. Így alakult meg a Kékkeresztes Márta Betegápoló Egyesület, amely az első és második világháború között sok elhagyatott és szegény beteg fájdalmát, nyomorát enyhítette. Sajnos, amire talpra állt az egyesület, a történelem vihara elsöpörte. Az alapító gondolata azonban ma is időszerű.

Trugly Margitnak se pénze, se vagyona nem volt. Éjt nappallá téve dolgozott, míg 1926-ban megérkezett a belügyminiszteri engedély. A 20 főnyi csapat készen állt, s ekkor vonultak be a Szent Rókus Kórház történelmébe a Márta Betegápoló Egyesület (röviden a „Márták”) tagjai. Jelvényük a kék kereszt, jelszavuk: „a törvény teljessége a szeretet”.

A „Márták” nem riadtak vissza az akkor még 15-20 ágyas kórtermektől, öngyilkos, balesetet szenvedett betegektől. A munka mellett tanultak, mindenben segítettek, még a takarításban is. Három év múlva sikeres vizsgát tettek. Ekkor Johan Béla egészségügyi államtitkár így nyilatkozott: „Csak folytassák tovább, mert maguk ezt nagyon jól csinálják.” Szaporodott a „Márta” létszáma már a Bakáts téren levő Onkológiai Intézetet és az 1942-ben épült Kútvölgyi Kórházat is ők látták el. Vásárokat rendeztek a vakok által készített tárgyakkól, minden fillérüket a közös kasszába rakták, és bankkölcsonök segítségével 1938-ban a romos Pálffy-palota megszépült és homlokzatán már ott ragyogott a kék kereszt! A „Márták” 22 évig dolgoztak a Rókus Kórházban.

Ez idő alatt 350 nővér nemzetközileg is elismert betegápolói oklevelet szerzett. Elsősorban itt látták el áldozatos munkával a nővéri feladatokat. Feloszlításuk után is sokan itt maradtak. Akik a Szent Rókus Kórházban tovább dolgozhattak, munkájukat a „Márta-szellemben” tették. Ápolták a jó kapcsolatokat, nagyon sok közhasznú munkát végeztek, mert nagyon szerették a kórházat, ahol dolgoztak. A „Márták” közül néhányan, mint az „egészségügy kiváló dolgozója” mentek nyugdíjba. Sok év telt el azóta.

A következő sorokat érzelmi érintettség miatt első személyben idézzük: „Valahányszor elmegyünk a Szent Rókus Kórház mellett, csak szeretettel tudunk visszagondolni az itt eltöltött nehéz, viszontagságos és mégis oly szép napokra. Úgy kísért bennünket a múlt, mint a távoli harangszó, amelynek utolsó akkordjai a szívünkben csengenek, hogy hálával gondoljunk azokra, akik tanítottak, bátorítottak bennünket, köszönjük, hogy jó betegápolók, a társadalomnak *hűséges emberei lehettünk. Tartalmas és gazdag volt az élet így.*” (Poosné Heim Anna)



Márta nővérek munkaruhája és ünnepi viselete



Szent Rókus Kórház 1945 előtt

A szeretet misszionáriusai

Ki volt ez a törékeny, ám hihetetlen lelkieővel megáldott nő, akit sokan már életében szentként tiszteltek? Ő ezt mondta magáról: „Vér szerint albán vagyok. Állampolgárság szerint indiai. Hitem szerint katolikus nővér. Küldetésem által mindenkié, de szívem egyedül Jézusé.”



Teréz anya tizenkét évesen már édesanyjának és gyóntatójának arról beszélt, hogy ő is belép a szerzetesrendbe, és misszionárius lesz. Egy tányér, két szári, két rend alsónemű, egy pár saru, egy alvógyékény, egy szappan, egy ágynemű és egy vödör – ennyi lehetett az összes „vagyonuk”. Tíz év múlva már 1300 nővér dolgozott vele. Otthont nyitott a legszegényebbeknek mind az öt földrészen. Ez az apró, vézna, törékeny nő maga volt a szeretet. Minden ajtó, minden szív és minden pénztárca megnyílt előtte, mert a lényéből sugárzott, hogy a szeretetnek küldetése van a Földön.

Magyarországon 1989 óta Érden és Budapesten 5 - 5 nővér, 2001 óta Miskolcon is 5 nővér dolgozik. Teréz anya rendjének kb. 100 fő világi munkatársa van. Budapest a központ, de dolgoznak még Pécsen, Nagyatádon, Kaposváron, Pápán, Sopronban, Dúsnokon.

A Szeretet Misszionáriusainak napirendje:

- | | |
|-------------|--|
| 4.30 | Ébresztő, utána ima, szentmise, reggeli és házimunka |
| 7.30-12.30 | Munka az iskolában, elfekvőkben, árvaházakban |
| 12.30 | Közös ebéd, 3 pita (lepénykenyér) és gyümölcs |
| 13.00 | Lelkiismeret-vizsgálat, keresztút, imaóra |
| 14.30 | Pihenés |
| 15.00-18.30 | Kórházi munka |
| 18.30 | Az oltáriszentség imádása |
| 19.30 | Vacsora és a másnapi munka megbeszélése |
| 20.30 | Esti ima, pihenés |

Teréz anya a tevékeny szeretet képviselője

A Szeretet Misszionáriusainak napi imája:

Urunk, tégy méltóvá minket, hogy az egész világon szolgálhassuk azokat az embertársainkat, akik szegénységben és éhségben élnek és halnak meg. Add meg nekik, a mai napon a mi kezünk által mindennapi kenyerüket és a mi megértő szeretetünk által adj nekik békét és örömet.

Uram, tégy engem a Te békéd eszközévé, hogy ahol gyűlölet lakik, oda szeretetet vigyek, ahol sértés, oda a megbocsátás szellemét, ahol egyenlenség, oda egyetértést, ahol tévedés, oda igazságot, ahol kétely, oda hitet, ahol kétségbeesés, oda reményt, ahol árnyék, oda fényt, ahol szomorúság, oda örömet.

Uram, add, hogy inkább én igyekezzem vigasztalni, mint hogy vigaszra várjak, inkább én törekedjem megértésre, mint hogy megértést óhajtsak, inkább én szeressek, mint hogy szeretetet igényeljek, mert önmagunkat elfeledve találjuk meg magunkat, és ha megbocsátunk, nekünk is megbocsátanak, és ha meghalunk, azzal ébredünk örök életre. Ámen

Bár nem tartozik szorosan a rendi ápolás történetéhez, a magyar ápolástörténet nem lenne teljes, ha nem ejtenénk szót az első országos főápolóról.

Kossuth Zsuzsanna, az országos főápolónő

Kossuth Zsuzsanna életéről és munkásságáról meglepően kevesen és keveset tudunk. Nevét egy budapesti iskola és egy vidéki rendelőintézet viseli. Nincs utcája, nincs szobra sem a fővárosban, sem szülőhelyén.

Kossuth Zsuzsanna 1817-ben Sátoraljaújhelyen született Áldozatos munkáját 5 évvel a krími háború előtt kezdte. Bátyja révén fiatalon ismerte kora égető problémáit, és az 1848/49-es szabadságharc idején vállalta a nagy felelősséggel, sok gonddal járó feladatot, amit a tábori kórházak főápolónői megbízása jelentett. Kossuth Zsuzsanna felhívásai nyomán 1849 májusában megalakultak a Nőegyleteken belül a betegápoló egyletek, amelyek tagjai részt vettek a kórházak munkájában. A főápolónő szemléi során minden intézményt felkeresett, utasításokat adott, közben javaslatokat tett újabb kórházak létesítésére, pontosan megjelölte a szükség esetén használatba vehető épületeket. Közel 70 új tábori kórház felállításához nyújtott segítséget, biztosította a felszerelésüket, női személyzetüket és ételmezésük megszervezését.

A magyar szabadságharc betegápolása, az önkéntes ápolónői kar megszervezése, a hadifoglyokkal való humanus törődés mellette szóló történelmi értékű bizonyíték. A szemle során gondot és időt szentelt az egyenlő szintű ellátás és bánásmód kialakítására. A sebesültek szállítására és kórházi gyógyítására vonatkozó rendszabályok általános érvényűek voltak, melyeket a csatatéren maradt ellenséges katonákra is alkalmazni kellett.

1849. augusztus 13. délután 3 óra... Megkezdődött a fegyverletétel Világosnál. A szabadságharc véget ért... Rongyosan, éhesen, megromlott egészséggel és megtört lélekkel tér vissza a polgári életbe a szabadságharc száz meg száz orvosa, sebésze. Az országos főápolónő is menekülni kényszerült, nem jutott messzire, csak Nagyváradig, ott esett fogságba. Nagysokára hadbírószág elé került. Ügye rosszul állt, de az osztrák katonatisztek közbenjárása megmentette: tanúskodtak mellette, hogy egyformán gondos, gyengéd ápolásban részesített osztrákot és magyart egyaránt. A hadbírószág elfogadta, hogy csak ápolónő volt, így szabadon bocsátották. Amerikában halt meg 1854 nyarán, harmincnégy éves korában. Földi maradványai mai napig ott nyugszanak.

A Magyar Ápolási Egyesület 1998-ban Kossuth Zsuzsanna-tiszteletére emlékérmet és díszoklevelet létesített. Ezt minden évben az Ápolók Napján kapják azok az ápolók, akik az alapító elvárásainak megfelelnek munkálkodásuk alapján.



Kossuth Zsuzsanna országos főápoló korabeli viselet



A Magyar Ápolási Egyesület diszoklevele