

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2007. augusztus 20. évfolyam 4. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

- Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiegészi szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban
Pálfi Ferencné, Vranesicsé Horváth Ildikó, Németh Katalin, Dr. Betlehem József 3
- Elsősegélynyújtási készség és tudás kérdőíves vizsgálata laikusok körében
Hornyák István, Dr. Mészáros Judit 14
- Diabéteszes gondozottak testméreteinek változásai, 1943–2003
Dr. Tóth Gábor, Dr. Baranyai Marietta, Dr. Buda Botond 23
- ### KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS
- Akut betegápoló szakirányú továbbképzés a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán
Csóka Mária, Dr. Hollós Sándor, Dr. Mészáros Judit, Dr. Gondos Tamás 26
- Módszertan szoba, mint a „Nyitott Tanácsadó” rendszer működésének modellje
Csatornai Sarolta 32

KÜLDETÉS- NYILATKOZAT

A Nővér folyóirat az ápolás független szakmai orgánuma. Célja, hogy tudományos igényvel készítet írások megjelentetésével elméleti ismeretek átadása mellett a gyakorló szakember tevékenységét is elősegítse. A Nővér a folyamatos önképzés támogatásával hozzájárul a hatékonyabb betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelően képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Balogh Zoltán. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1458 Budapest, Pf. 74.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítótér, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 20. No.4. August 2007

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

- The state of nurses' mental health, and the incidence of factors provoking burnout syndrome in the studied population
F. Pálfi, I. Vranesicsné Horváth, K. Németh, Dr. J. Betlehem 3
- Questionnaire-based evaluation of the first aid skills of the general population
I. Hornyák, Dr. J. Mészáros 14
- Changed in the typical weight of diabetes patients, 1943–2003
Dr. G. Tóth, Dr. M. Baranyai, Dr. B. Buda 23
- TRAINING**
- Specialist further training in Acute Patient Care Nursing at the Healthcare College of Semmelweis University
M. Csóka, Dr. S. Hollós, Dr. J. Mészáros, Dr. T. Gondos 26
- The methodology room as a model for the operation of an "Open Consulting" system
S. Csatornai 32

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Betlehem József
*főiskolai docens*Kárpáti Zoltán
*ápolási igazgató*Oláh András
*adjunktus*Szloboda Imréné
*ápolási igazgató*Tóth Ibolya
*szakmai vezető főtanácsos*Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 74., H-1458 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
Markusovszky Kórház, SzombathelyBoldogné Csuri Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, SzegedDr. Kiss István, *leendő elnök*
Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, BudapestProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsDr. Körösi László, *főosztályvezető helyettes*
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, BudapestDr. Rácz Jenő, *elnök*
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, BudapestSomogyvári Zoltánné, *bizottsági elnök*
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Minőségügyi Bizottság, BudapestSövényi Ferencné, *szaktanácsadó*
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara,
Országos Működési Nyilvántartás, BudapestVízvári László *főigazgató*
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemléli Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

»OBSERVER«
BUDAPEST MÉDIAFIGYELŐ KFT.1084 Budapest, Aurórau. 11.
Tel.:303-4738, Fax: 303-4744
E-mail:marketing@observer.hu
http://observer.hu

Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiegészi szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban

Pálfi Ferencné

tudományos munkatárs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet

Vranesicsé Horváth Ildikó

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Biostatistikai és Egészségügyi Informatikai Tanszék

Németh Katalin

tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, tanszékvezető, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet, Sürgősségi Ellátási Tanszék

Összefoglaló

Célok: Adott ellátási szituációkban képet alkotni a megkérdezett ápolók helyzetéről, mentálhigiénés állapotáról, a kiegészi szindróma fokáról és mértékéről.

Vizsgálati módszer: Önkitöltés, anonim kérdőív, amely rákérdezett a szociodemográfiai adatokra, felhasznált három standardizált kérdőívet, amely a kiegészi mértékét, az ápolói munka során előforduló stressz-szituációkat, valamint a fizikai és pszichés kimerültséget mérte.

Eredmények: A kérdőíves felmérés kapcsán 481 kérdőív került kiértékelésre, melyben elemzésre kerültek a segítő kapcsolatok sajátos körülményei. Az ápolói stresszskála 7 alszállját értékeltük, melyek különböző szituációkban mérik az ápolói stressz-terheltséget. A legmagasabb stressz kategóriába a halál- haldoklás ténye érinti meg az ápolókat, ezt követi a fizikai munkaterhelés mértéke, majd a személyzeti támogatás hiánya.

A vizsgálat során közölt átlag jövedelmek a családok nem megfelelő anyagi helyzetére is felhívja a figyelmet.

Következtetések: A vizsgált mintában a szociodemográfiai faktorok nem befolyásolják a kiegészi kialakulását. Meghatározó tényező a betegek súlyossági foka, és az ápolók által elszenvedett állandó stressz mértéke.

Kulcsszavak: burnout, ápolók, stressz

Bevezetés

Az egészségügyben zajló változások évek óta az érdeklődés középpontjában állnak. A meglévő problémák nem új keletűek, évek, évtizedek óta fennállnak és megoldásra várnak.

A mai magyar egészségügy reformja szinte a szemünk előtt, napjainkban zajlik. A változások elindítása, kórházak létbizonytalansága, az ágazat anyagi nehézségei hozzájárulnak a kedvezőtlen munkahelyi környezet kialakulásához. Az egyén szintjén tovább fokozódnak a kedvezőtlen körülmények a munkahely elvesztésének lehetőségével, a túlterheltséggel, a munkahelyi kapcsolatok lazulásával és a versengés kialakulásával.

Társadalmunk a demokratizálódás útján halad, annak minden buktatójával és nehézségével, szükséges tehát, hogy az egészségügyre oly jellemző

paternalista irányító rendszer szövevényes háló-jában tevékenykedő segítő foglalkozású egyének, jelen esetben az ápolók élet- és munkakörülményeivel foglalkozzunk.

Hazánkban fokozatosan romlik az emberek érzelmi életének minősége. A társadalmi átalakulások a családi és az emberi kapcsolatok értékvesztésében csapódnak le, a létbizonytalanság, az egyre reménytelenebb túlélés megvalósítására korlátozza a pszichikai energiát. Az emberekben óriási az érzelmi vákuum, egyre gyakoribb a megoldatlan élethelyzetekkel való konfrontáció, frusztráció (Kopp & Berghammer, 2005)

Ezek a problémák leginkább az egészségügy területén érhetők tetten. Az emberek egészségi állapota romlik, lelki egészségük katasztrofális, szociális helyzetük kilátástalan. Az ápolók azok, akik szembesülnek nap, mint nap e temérdek problémával.

A munkahely egyik legmeghatározóbb pszichoszociális ismérve a fizikai megterhelő környezet mellett a munkahelyi stressz (Járomi & Betlehem, 2005). Az egészségügyben dolgozók kiemelten magas stresszhatásnak vannak kitéve mindennapi munkájuk során, sőt az egészségügy területén az ápolók tevékenysége az egyik legmagasabb stresszszinttel jellemezhető munkakör. Ez részben az ápolási tevékenység fizikai jellegzetességeiből adódik, mint például a több műszak, az ügyeleti rendszer, a megerőltető munka, de ehhez hozzájárulnak még a pszichoszociális stresszhatások is, amelyeknek hátterében a magas felelősségtudat, az érzelmi megterhelést jelentő helyzetek, és a beosztásból eredő szerepkonfliktusok állnak (Hegney és mtsai, 2006). Az ápolói pálya jellegzetességéből adódóan igen magas a fluktuáció, a pályaelhagyók aránya. A szakma társadalmi presztízsének el nem ismertsége miatt az ápolók munkaelégedettsége igen alacsony, társadalmi-anyagi helyzetüket sokan teljesen kilátástalannak ítélik meg (Pikó 2001; Pálfi 2003).

Maslach és mtsai (2001) a kilencvenes évek végén kezdték el kidolgozni elméletüket, amelynek alap gondolata az egyén és a munkakörnyezet minél jobb illeszkedése volt. A munkakörnyezet hat területét jelölték meg - munkaterhelés, kontroll, jutalom, értékek, közösség és a megfelelő bánásmód -, ahol kulcsszerepe lehet az összeillésnek (matching) vagy az össze nem illésnek (mismatching). Az elképzelés szerint az egyén és a munkakörülmények - akár egyik vagy valamennyi területen - tartós illeszkedési zavarai alakul ki a kiégés. Maslach tanulmányában különösen kiemeli a személyközi dinamikák jelentőségét, vagyis a dolgozó és a kollégák kapcsolatának jelentőségét, hiszen ezzel az elképzeléssel újabb stresszhatások azonosíthatók.

Az ápolók munkájuk során az emberekkel a legsérülékenyebb időszakokban találkoznak, az ápoló-beteg kapcsolat az ápolókra is hatással van, hiszen a beteg lelki vezetése stresszel járó folyamat (Gelsema és mtsai 2006).

A stressz testi és lelki tüneteket, betegséget okozhat, gyakori a krónikus fáradtság, fejfájás, az alvászavarok megjelenése (Sabo, 2006).

Egyes kutatások szerint az ápolók és a gyógyító team többi tagja közül sokan érzelmi és intellektuális kiégettséget mutatnak, s emiatt jórészt diagnosztizálatlan és kezeletlen pszichiátriai, pszichológiai, pszichoszomatikus és szomatikus tünetek

kel küzdenek (Shanefelt és mtsai, 2003; Szicsek, 2004).

Az ápolók körében a fel nem dolgozott feszültségek, szorongások egészségkockázati magatartás megjelenését eredményezik, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás, bizonyos gyógyszerek fokozott használata (Pikó, 2001).

Egészségtelen életmód jellemzi a szakdolgozói réteget, és egy 2006-ban végzett vizsgálat alapján az ápolók 41,9%-a negatívan ítéli meg saját egészségi állapotát (Markovic és mtsai, 2006).

Nemzetközi kutatásokból kiderült, hogy az ápolók rossz egészségi állapota más országokban is jelen van, és problémát okoz. Kanadában az ápolótanulók körében ez az arány 22%, amely jóval alacsonyabb, mint Magyarországon. A nem dohányzó ápolók véleménye szerint a többi ápolónak is le kellene szokni a dohányzásról, s ezzel példát mutatni a páciensek számára (Cahlmers és mtsai, 2003).

A segítő foglalkozást választóknak törődniük kell egyebek között saját lelki egészségükkel is. A kimerült, magát az emberekért feláldozó mártírnak érző segítő terápiás szempontból kevésbé hatékony, mint az, aki az emberek problémái iránti valódi érdeklődéssel hallgat meg másokat, aki nem érzi megterhelőnek azt, hogy segítsen. Ha a segítő nem kap megfelelő támogatást és pozitív visszajelzést, akkor az egyén számára egy idő után lehetetlen a stresszorok leküzdése, és előbb-utóbb bekövetkezik a kiégés szindróma kialakulása (Cubrlo-Turek és mtsai, 2006).

Az ápolók családi állapota rendezetlenebb, mint az átlag populációé, körükben sokkal több az egyedülálló személy, nehéz élethelyzetekben sem számíthatnak eléggé környezetük (a család, barátok) segítségére. Akik kevesebb társas támogatásban részesülnek, azok a munka előli „meneküléssel” próbálnak megküzdeni a stresszel, vagy éppen nagy munkaterhelés jellemzi őket (Hegedűs és mtsai, 2004).

Önkizsákmányolás is jellemző az ápolókra, e csoport nagy része két vagy több munkahelyen dolgozik, hogy meg tudjon élni. Ennek hátterében a rossz anyagi megbecsülés áll, és az, hogy sokan közülük családfenntartók, ezért pihenésre, regenerálódásra nem marad idő, s ez tovább súlyosbítja a tüneteket (Pálfi, 2003; Hegedűs és mtsai, 2004).

Egyes kutatók a munka-család konfliktus kapcsán számos, különböző területen végzett szerzetes kutatást vizsgáltak (pl. rendőrök, egészség-

ügyi dolgozók, mérnökök, stb.). A munka-család konfliktus úgy definiálható, mint egyfajta szerepkonfliktus, amely akkor lép fel, amikor a munka és a család iránti szükséglet bizonyos tekintetben kölcsönösen kizárja egymást (főként a karrier orientált ember esetében). A munka-család konfliktus modelljei azt sugallják, hogy a konfliktus akkor lép fel, amikor az igény arra, hogy az élet egy területén részt vegyen valaki, nem összeegyeztethető azzal, hogy az élet más területén is ugyanolyan hatásfokkal jelen legyen, és ez a konfliktus fontos hatással lehet mind a munka, mind a családi élet minőségére (Higgins, 1992).

Néhány példa a fentebb leírtakhoz:

- A normális élet-és munkaritmustól eltérő, esti és hétfégi munkavégzéssel járó foglalkozás gyakorlása az egyén szociális kapcsolatainak beszűküléséhez vagy elvesztéséhez, és az egyén izolálódásához vezethet.
- Az állandó professzionális empátia követelménye, és a folyamatos kapcsolatteremtés annyi energiát igényel, hogy a magánéletben már alig marad a segítőnek erő tartaléka.
- Munka közben elsősorban a krízisbe jutottakkal, szenvedőkkel dolgozók állandóan arra törekednek, hogy azokban fenntartsák a reményt.
- A segítő foglalkozást végző gyakran „hazaviszi” nemcsak el nem végzett munkáját, hanem a napi megterhelést is. Ha egy nehéz nap után valaki fizikailag és lelkileg is megterhelt, akkor nem tud a családjának maximális támogatást nyújtani. Életszükséglete viszont, hogy a családjától erősítést kapjon. Az adás-vétel dinamikája kiegyensúlyozatlanná válik. Sokszor így a többi családtag nem kaphatja meg a segítő foglalkozást üzőtől azt, amire önmaga fejlődéséhez szüksége lenne (a házastárs az aktív figyelmet, a gyermekek a szerető édesanyját) (Gottlieb és mtsai, 1996).

Pálfi (2003) vizsgálatából kiderült, hogy az ápolók a csoportmunkát sikeresnek vélték, de ugyanakkor számos, ezzel összefüggő stresszforrást is felsoroltak. Leginkább veszélyeztetőnek vélték a felelősségkör hiányos meghatározását, a sok időt elvevő adminisztratív munkát, a privát és munkahelyi követeléseket, az eszköz-és gyógyszerhiányt, valamint a halállal való mindennapi találkozást. Az ápolók stressz-veszélyeztetettsége erősen összefügg azzal, hogy milyen típusú osztályon dolgoz-

nak. Közismert tény, hogy az intenzív osztályon dolgozók a legveszélyeztetettebbek, majd a krónikus, illetve az aktív osztályon dolgozók következnek.

A stresszorokkal és a megküzdő mechanizmusokkal foglalkozik a Hays és munkatársai (2006) által végzett tanulmány is. Az intenzív osztályok munkájának tempóját, a magas szintű technikai környezetet, valamint a betegápolás komplexitását vizsgálja. A kutatás célja a stresszorok azonosítása. Az ápolók számára leggyakoribb stresszforrást a munkakörnyezetben jelölik meg.

Gladys és munkatársai (2002) által készített tanulmányban az volt a cél, hogy megvizsgálják a különbségeket a szervezeti és munka jellemzők területén, továbbá a lelki reakciókat, az emberi kapcsolatokat és ezek variációit az intenzív és nem intenzív osztály dolgozói között. Az intenzív osztályos ápolók munkájuk bonyolultságáról, nagyobb döntési hatalomról, nagyobb stabilitásról számoltak be, mint a nem intenzív ápolók.

Valószínű, hogy ezzel áll összefüggésben az is, hogy norvég ápolótanulók a körükben végzett vizsgálatok szerint tanulmányaik befejezése után szülészetben vagy a közegészségügy területén szeretnének inkább munkát vállalni, mint krónikus vagy geriatríai osztályokon (Rognstad és mtsai, 2004).

Kovács (2006) a pszichátriai-pszichoterápiás ellátás területén dolgozó szakemberek mentálhigiénés állapotát vizsgálta. A kiégés, különösen az érzelmi kimerülés számottevő probléma lehet ezen a területen. A minta 38%-a közepes, 33%-a magas érzelmi kimerültségről panaszkodott. Ez azért aggasztó, mert a pszichoterápiás gyógyító tevékenység fókuszában éppen az érzelmi munka áll. A vizsgálatban szereplők érzelmi kimerülése szempontjából nem mellékes, hogy hány órát dolgoznak hetente, míg hatékonyságérzetük szempontjából az a fontos, hogy hány emberrel foglalkoznak érzelmi kapcsolatban (Kovács, 2006).

Az utóbbi évek vizsgálatainak köszönhetően körvonalazódnak a különböző hatások, amelyek kétségtelenül érintik az egyén énképét, identitását, érték- és normarendszerét, munkakörnyezetét, ennél fogva kiégését (Perrewé és mtsai., 2002; Pines, Keinan., 2005).

Perrewé és mtsai (2002) a szerepkonfliktus, szerepbizonytalanság stresszortényezőket, az énhatékonyságot, valamint a kiégést mérték. Univerzális eredménynek bizonyult az énhatékonyság és

a kiégés között fellépő negatív kapcsolat, azonban az egyes változók tekintetében akadtak különbségek. Például a Franciaországban dolgozó ápolók kiégési mutatói alacsonyok voltak, míg a stresszorok tekintetében a legmagasabb értékeket jelezték. Ezt az érdekes eredményt azzal magyarázták, hogy Franciaországban a leghosszabb a szabadságolási idő, és fontos érték az élet minősége (Perrewé és mtsai, 2002).

A korábban jelzett széleskörű tanulmányok mellett azonban úgy gondoljuk, hogy a magyar ápolók körében is érdemes ezt a kérdést még néhány aspektusból vizsgálni, hisz egyre több jel mutat arra, hogy az egészségügyi rendszer jelen változásai ezt a területet sem hagyják érintetlenül.

A kutatás célja és szociológiai kiindulópontja

- Az ápolók és ápolóhallgatók körében (vizsgált populációban) feltárni a burnout szindróma előfordulásának gyakoriságát.
- Meghatározni, mely szociodemográfiai faktorok azok, amelyek befolyásolják a szindróma kialakulását.
- Feltérképezni, hogy milyen súlyú a megkérddezett ápolóra, gondozóra nehezedő teher az egészségügyben jelenlevő stresszes munkakörnyezetben, azonosítani a stressz gyakoriságát, a munkahely stressz forrásait.

Vizsgálati módszerek, minta

A keresztmetszeti felmérésben alkalmazott vizsgálati eszköz zárt, anonim, önkitöltős kérdőív volt. A vizsgálatba bevontuk egy egyetemi város kórházaiban és klinikáin dolgozó ápolókat, akik különböző ellátási típusú osztályokon dolgoztak, valamint a PTE Egészségtudományi Karán főiskolai szintű tanulóikat folytató, de főállásban aktívan dolgozó ápolókat is.

A minta kiválasztására egyszerű random módszer alkalmazásával került sor. Kérdőívet kaptak azok az ápolók, akik a vizsgálat időpontjában aktív munkaviszonyban voltak. Nem kerültek be a vizsgálatba azok az ápolók, akik tartós betegség, szülés, gyermekgondozási szabadság miatt távol voltak.

650 kérdőív került kiosztásra, (előzetesen tájékozódva az egyes intézmények létszám adatairól),

499 érkezett vissza, ebből 481 db volt értékelhető. Az eredményeket SPSS 10.0 statisztikai programmal elemeztük, az összefüggés-vizsgálatokat ANOVA teszttel végeztük.

A vizsgálatra 2005. februártól szeptemberig került sor.

Az alábbi mérőeszközöket alkalmaztuk önkitöltős kérdőív formájában:

A.) A kiégés megállapításához:

1. A Burnout kérdőívet használtuk (Herbert J. Freudenberger és Geraldine Richelson által 1980-ban szerkesztett kérdésekkel). Ezen kérdőívvel az emocionális szindrómát, a burnout fokozatát tudtuk megállapítani a vizsgált populációban. Meghatároztuk a kérdőív megbízhatóságát és érvényességét is.

2. A személyes burnout tüneti kérdőívet (Steven H. Appelbaum 1980) által szerkesztett kérdésekkel alkalmaztuk. Itt a burnout állapot testi és pszichológiai tüneteire kaptunk választ. A kérdőív megbízhatóságát és érvényességét itt is meghatároztuk.

B.) Az ápolói munkában előforduló stressz helyzetek méréséhez:

1. The Nursing Stress Scale (P. Gray-Toft és J.G. Anderson 1981 által szerkesztett) ápolói stressz skálát alkalmaztuk, amely 34 tételből áll. Ezek az ápolók napi teendője során a stresszt kiváltó helyzeteket írják le. A skála megadja az össz-stressz pontot, illetve a hét alskála részpontjait, amelyek a stressz frekvenciáját mérik. A szerzők a skála-egységeket faktoranalízisnek vetették alá. Az analízis során hét fő stresszforrást azonosítottak: egy faktor kapcsolódik a fizikai környezethez, négy faktor a pszichológiai- és két faktor a szociális környezethez.

2. Szociodemográfiai kérdések

Hipotézisek

Számos változó összefüggését kívántuk vizsgálni, azonban a meghatározó jelentőségű hipotézisek az alábbiak voltak:

1. A vizsgálatban résztvevő ápolók körében a szociodemográfiai faktorok, befolyásolják a burnout kialakulását.
2. A válaszadó ápolók nagy része szenved a munkahelyi stressz bizonyos faktoraitól.
3. A megkérddezett ápolók bizonyos hányada veszélyben van a kiégést illetően.

A minta sajátosságai:

A megkérdezett ápolók 94,59%-a (455 fő) nő, 5,41%-a (26 fő) férfi volt. A mintában szereplők átlagéletkora 36,6 év, 29 évesnél fiatalabb 104 fő (21,62%), 45 évnél idősebb 85 fő (17,67%).

A vizsgált populáció életkor szerinti megoszlása: 21,62% (104 fő) 29 év alatti, 35,55% (171 fő) 29-37 év közötti, 38-45 év közötti 25,16% (121 fő) és 45 évnél idősebb 85 fő (17,67%).

Az egészségügyben teljesített összmunkaviszony: 5 évnél kevesebb 28 fő (5, 82%), 5 és 10 év között 116 fő (24,1%), 11 és 20 év között 167 fő (34,7%), 21 és 30 év között 116 fő (24,1%), és 31 évnél több 54 fő (11,22%).

Szakmai végzettség és a betöltött munkakör aránya: szakképzetlen ápolók aránya 3,33% (16fő), általános ápoló 63,83 % (307 fő), asszisztens 7,27% (35 fő) és magasabban kvalifikált ápolók (intenzív terápiás szakasszisztens és dializáló ápolók) 10,18% (49 fő), felsőfokú diplomások aránya 15,39% (74 fő).

A főfoglalkozáson kívül további munkavállalás aránya a vizsgált populációban: 343 főnek nincs ilyen (71%), 52 főnek (11%) van, 39 fő (8%) másféle, be nem jelentett munkát végez, 47 főnek (10%) kétféle további munkavállalása is van az ápolói főálláson túl.

Megkérdeztük, hogy hányan folytatnak munkájuk mellett tanulmányokat, 168 fő (34,93%) tanul, 313 fő (65,07%) nem folytat tanulmányokat.

A műszakbeosztást illetően: a legtöbben két műszakban dolgoznak 185 fő (38,46%), ezt követi az állandó délelőtti dolgozó ápolók sora, 141 fő (29,31%), a három műszakosok aránya a vizsgált populációban 88 fő (18,30%), a fennmaradó 67 fő (13,92%) ettől eltérő, más beosztásban dolgozik.

A vizsgált válaszadók 37,84%-a (182fő) vallotta azt, hogy bérezése „egyáltalán nem megfelelő”, 43,45%-a (209fő) úgy érzi, hogy „nem megfelelő”, megfelelőnek érzi 18,72%-a (90fő). A vizsgált populáció felének nettó bére nem éri el a 100.000 forintot.

Az ápolók nettó bérének összegét kategóriákba soroltuk a következők szerint: 66.000 Ft alatt 37 fő

(7,69%), 66.001- 86.000 Ft között 243 fő (50,52%), 86.001 - 109.000 Ft között 146 fő (30,35%), és 109.001 Ft felett 55 fő (11,43%) szerepelt.

Felmértük az ápolók elégedettségét a háztartás összjövedelmével kapcsolatban. A kapott adatok szerint „szinte sehogy” nem jön ki a jövedelméből 43 fő (9%), „alig” jön ki a jövedelméből 168 fő (35%), „közepesen” jön ki a jövedelméből 217 fő (45%), „jól” kijön a jövedelméből 48 fő (10%), „nagyon jól” kijön a jövedelméből 5 fő (1%).

Összefoglaló táblázat szemlélteti a szocio-demográfiai adatokat (I. táblázat)

**I. (összesítő) táblázat:
Szociodemográfiai adatok (N=481)**

	Fő	%
Nem		
Nő	455	94,59
Férfi	26	5,41
Összesen	481	100
Életkor szerinti megoszlás		
29 év alatt	104	21,62
29-37 év között	171	35,55
38-45 év között	121	25,16
45 évnél idősebb	85	17,67
Összesen	481	100
Egészségügyben eltöltött munkaviszony		
5 évnél kevesebb	28	5,82
5 - 10 év között	116	24,1
11 - 20 év között	167	34,7
21 - 30 év között	116	24,1
31 évnél több	54	11,28
Összesen	481	100
Egészségügyi végzettség		
Segédápoló	16	3,33
Ápolási asszisztens	35	7,27
Általános ápoló	307	63,83
Intenzív szakápoló, dializáló ápoló	49	10,18
Diplomás ápoló	74	15,39
Összesen	481	100

	Fő	%
Állása mellett további munkaviszony		
1. Van további munkaviszonya	52	11
2. Nincs további munkaviszonya	343	71
3. Más be nem jelentett munkát végez	39	8
További munkaviszonya és más munkája is van (1+3)	47	10
Összesen	481	100
Műszakbeosztás		
Állandó délelőtt	141	29,31
Két műszak (délelőtt- délután)	185	38,46
Három műszak	88	18,30
Egyéb beosztás	67	13,92
Összesen	481	100
A mintában szereplő ápolók bérezése saját megítélésük szerint		
Egyáltalán nem megfelelő	182	37,84
Némiképp megfelelő	209	43,45
Eléggé megfelelő	73	15,18
Nagyon megfelelő	15	3,12
	2	0,42
Összesen	481	100
Az ápolók nettó bérének összege Ft-ban		
66.000 Ft alatt	37	7,69
66.001-86.000 Ft között	243	50,52
86.001-109.000 Ft között	146	30,35
109.001 Ft felett	55	11,43
Összesen	481	100
Elégedettség a háztartás összjövedelmével		
Szinte sehogy nem jön ki a jövedelméből	43	9
Alig jön ki a jövedelméből	168	35
Közepesen jön ki a jövedelméből	217	45
Jól jön ki a jövedelméből	48	10
Nagyon jól kijön a jövedelméből	5	1
Összesen	481	100

A kiégést mérő kérdőív eredményei

Az általunk használt kérdőív célzatosan a burnout szindrómában szenvedő egyén viselkedési mintáira kérdez rá, konkrét élethelyzetekben.

Az adatokat a II. táblázat szemlélteti.

II. táblázat: A burnout szindróma intenzitásának fokozatai a 2005. évben végzett vizsgálat alapján (N=481)

A burnout szindróma intenzitásának fokozatai	fő	%
Egészen jól van	155	32,22
Vannak dolgok, amire oda kell figyelni	125	25,99
Veszélyben van	146	30,35
A kiégettség állapotában van	53	11,02
Gyógyításra szorul	2	0,42
Összesen	481	100

Ha ezeket az adatokat összevetjük a 2002 évben (Pálfi, 2003) végzett vizsgálat eredményével, akkor a következő eltérést látjuk: mintegy kétszeresére emelkedett a kiégés állapotában lévő egészségügyi dolgozók aránya. Míg 2002 évben a kiégettség aránya a vizsgált populáció (N=805) esetében 5,5% volt (Pálfi 2003), addig ez a 2005 évben lefolytatott vizsgálat adatai szerint 481 fő esetében 11,02%-ra emelkedett. Mindkét esetben a felmérés egyszeri, keresztmetszeti vizsgálat volt, tehát nem egy követéses, longitudinális vizsgálat eredményeit hasonlítottuk össze. Mindemellett megjegyzendő az a feltétel is, hogy nem ugyanazon populációról van szó, tehát a mintavétel két különböző időpontban, és eltérő összetételű egészségügyi dolgozói csoportban készült. Ezen eltérő jegyek jelenthetik a vizsgálat korlátait, így ez a módszer pusztán logikai következtetéseket enged meg.

A burnout kérdőív összpontszámait összehasonlítottuk a szociodemográfiai adatok közül többel (kor, nem, családi állapot, egészségügyi végzettség, gyermekek száma, a háztartás átlagos havi jövedelme, mennyire elégedett a bérezéssel, folytat-e tanulmányokat, és hány év munkaviszonya van, van-e mellékállása), valamint a szociodemográfiai adatokat is egymással.

Az összehasonlításokból kitűnik, hogy a burnout kérdőív összpontszámával sem a kor, sem a

munkaviszony, sem a beosztás, a gyermekek száma, a családi állapot, az egészségügyi végzettség nem korrelál. Ugyanezt a képet mutatja egy előzetesen lefolytatott vizsgálat is (Pálfi, 2003). Az egyes hipotézis azon része, mely szerint a szociodemográfiai faktorok befolyásolják a kiégést, megdőlni látszik. Másrésről viszont a főálláson túl végzett munkavégzés sincs hatással az ápolók kiégésére, ellentétben Pálfi (2003) vizsgálatával, ahol a kiégés állapotára befolyásoló tényezőként szerepelt a további munkaviszony ténye.

Megvizsgáltuk a háztartás egy főre jutó nettó jövedelmét, amelyet összevetettük a kiégettség mértékével. A statisztikai elemzést ANOVA eljárással végeztük. Az ápolókat három fő csoportba soroltuk a jövedelmük alapján: *átlagos jövedelműek, átlag alattiak, és átlag felettiak*, aszerint, hogy mennyi a háztartásukban az egy főre jutó havi jövedelem összege, ezt szemlélteti a III. táblázat.

III. táblázat: Az egy főre jutó jövedelem szerinti csoportok

Az egy főre jutó átlagjövedelem	64.264 Ft
Az átlag alatti jövedelműek	0 - 37.852 Ft között
Átlagos jövedelműek	37.853 – 90.675 Ft között
Átlag feletti jövedelműek	90.676 Ft felett

A határvonalakat az átlagtól szórásnnyival eltérő helyeken húztuk meg.

Az eredmény 0,05 szignifikancia szinten szignifikáns. A jövedelemkategóriáknál az osztályon belüli és az osztályok közötti variancia különböző, így az eltérő jövedelműek között van olyan, ahol a kiégettség várható értéke különbözik a többi jövedelmi kategóriájú osztály várható értékétől. Hogy megtudjuk, melyek ezek, ahhoz páronként össze kellett hasonlítanunk az átlagokat. Erre a Tukey és Scheffe próbát alkalmaztuk. Eredményként azt kaptuk, hogy a magasabb jövedelműek kiégettségi aránya nagyban különbözött, vagyis alacsonyabb volt, mint az alacsony illetve átlagos jövedelműeké. Figyelembe kell vennünk továbbá, hogy a vizsgált csoportok elemszáma nagy eltérést mutat: átlagos jövedelemmel 370 ápoló rendelkezik, míg átlag alattival 54, átlag feletttel 57 fő. Ez utóbbi kis elemszámok miatt a közölt

adatokból messzemenő következtetéseket nem vonhatunk le. Ez a vizsgálat másik korlátja is lehet. A kutatás során közölt átlagjövedelmek inkább a családok anyagi helyzetére hívhatják fel a figyelmet.

A szociodemográfiai adatok közül az a tény, hogy valaki folytat főiskolai tanulmányokat vagy sem, meghatározó tényezőként szerepel a vizsgálatban. Az eredmény 0,05 alatti szignifikáns. A tanulmányokat folytató ápolók kevésbé mutatnak kiégettséget tanulmányokat nem folytató munkatársaikkal szemben. Ez a tény talán azzal magyarázható, hogy a konzultációs heteken a tanulmányokat folytatók „kiszakadnak” a stresszes munkahelyi környezetből, az állandó készenléti állapotból, és az oktatás során eltérő ingerek érik őket, mint a munkahelyen. Esetleges magyarázat lehet még az, hogy bizonyos tantárgyak elsajátítása után a tanulmányok segíthetnek a megküzdési mechanizmusok megfelelő alkalmazásában.

A mintában szereplő ápolók stressz-szintjét 3 kategóriára osztottuk a statisztikai elemzés során (alacsony, közepes, magas). Az összesített ápolói stresszskála alapján 76 főnek (15,73%) magas a stressz terheltsége, 317 főnek (65,63%) közepes, és 88 fő (18,22%) a saját megítélése szerint az alacsony kategóriába tartozik.

Ha az ápolói stresszskála 7 alsóskáláját értékeljük, melyek különböző szituációkban mérik az ápolói stressz-terheltséget, akkor azt állapíthatjuk meg, hogy a legmagasabb stressz kategóriába a halál-aldoklás ténye érinti meg az ápolókat (92 fő, 19,05%). Ezt követi a fizikai munkaterhelés mértéke (79 fő, 16,36%), majd a személyzeti támogatás hiánya (72 fő, 14,91%). Ezeket az eredményeket a IV. táblázatban foglaltuk össze.

Következtetések, összegzés

A vizsgálat eredményei szerint nem befolyásolta a kiégés mértékét az ápolók által a főállásukon túl végzett további munkaviszony ténye. Ha az ápolói stresszskála 7 alsóskáláját értékeljük, melyek különböző szituációkban mérik az ápolói stressz-terheltséget, akkor azt állapíthatjuk meg, hogy a legmagasabb stressz kategóriába a halál-aldoklás ténye érinti meg az ápolókat, ezt követi a fizikai munkaterhelés mértéke, majd a személyzeti támogatás hiánya.

IV. táblázat: Az ápolói stressz-skála és alskála fokozatai
(szórás, átlag és Cronbach Alpha értékek)

Összesített ápolói stressz-skála ponthatárai	fő	%	Átlag	Szórás	Cronbach Alpha
Alacsony: 34 - 59	88	18,22	74,64033	15,56122	0,907
Közepes: 60 - 89	317	65,63			
Magas: 90 - 128	76	15,73			
I. alskála					
Halál, haldoklás					
Alacsony: 7,00 - 13,47	89	18,43	18,07484	4,602378	0,872
Közepes: 13,48 - 22,66	302	62,53			
Magas: 22,67 - 28,00	92	19,05			
II. alskála					
Konfliktus az orvossal					
Alacsony: 5,00 - 7,96	47	9,73	11,11227	3,149053	0,744
Közepes: 7,97 - 14,25	366	75,78			
Magas: 14,26 - 20,00	70	14,49			
III. alskála					
Pszichés terhelés					
Alacsony: 3,00 - 3,74	81	16,77	5,569647	1,829115	0,878
Közepes: 3,75 - 7,39	342	70,81			
Magas: 7,4 - 12,00	60	12,42			
IV. alskála					
Személyzeti támogatás hiánya					
Alacsony: 3,00 - 3,71	89	18,43	5,879418	2,188028	0,866
Közepes: 3,72 - 8,04	322	66,67			
Magas: 8,05 - 12,00	72	14,91			
V. alskála					
Konfliktus más ápolókkal és a felettséssel					
Alacsony: 5,00 - 6,66	56	11,59	9,486486	2,82996	0,787
Közepes: 6,67 - 12,31	363	75,16			
Magas: 12,32 - 20,00	64	13,25			
VI. alskála					
Fizikai munkaterhelés					
Alacsony: 6,00 - 9,76	66	13,66	13,97089	4,210996	0,844
Közepes: 9,77 - 18,17	338	69,98			
Magas: 18,18 - 24,00	79	16,36			
VII. alskála					
Információ áramlás hiánya					
Alacsony: 5,00 - 7,01	92	19,05	10,54678	3,540009	0,757
Közepes: 7,02 - 14,08	326	67,49			
Magas: 14,09 - 20,00	65	13,46			

A kutatás során közölt ápolói, valamint családi átlag jövedelmek a családok nem megfelelő anyagi helyzetére is felhívják a figyelmet.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a vizsgált populációban a szociodemográfiai faktorok nem befolyásolják a kiégés kialakulását. Meghatá-

rozó tényezőként szerepel a munkahelyi faktorok közül, a betegek súlyossági foka és az ápolók által elszenvedett állandó stressz mértéke.

A kiégés szindróma napjainkra globális méretű problémává vált, annak ellenére, hogy időben való felismerése esetén a szükséges kezelési stratégiák

alkalmazásával vagy hathatós preventív intézkedésekkel a kiégési szindróma megelőzhető, és kezelhető lenne.

A kiégés nem statikus, egyszeri jelenség, hanem olyan folyamat, amely ciklikusan ismétlődik. Mivel kialakulásáért egyrészt az egyén jellemzői, másrészt a munkaszervezet jellemzői tehetőek felelőssé, a ciklus is két szinten módosítható. A megelőzés (prevenció) és a beavatkozás (intervenció) megjelenhet a személy és az intézmény szintjén is.

A kiégésnek lehetnek belső, a személyiségből fakadó okai, valamint külső okai is.

A burnout elleni leghatékonyabb megoldási mód a prevenció, amikor az önismeret révén egy kreatív, növekedni képes személyiséget megóvunk a fokozatos frusztrálódástól. A burnout szindróma prevenciójában igen nagy szerepe van a képzéseknek, továbbképzéseknek, tréningeknek, a támogató jellegű munkahelyi kapcsolati háló kialakításának.

Döntő a személyes motivációk, attitűdök tisztázása, az önmagunkról alkotott kép valóságga, a hivatás határainak tisztázása.

Törekednünk kell arra, hogy a felmerülő problémákkal a megfelelő módon meg tudjunk birkózni.

Ez lehet fizikai és pszichológiai pozitív erőfejlesztés, és azon tényezők elkerülésére, melyek stresszt okoznak

Ismertek azok a speciális területek, melyekre a fenti cél érdekében összpontosítani kell:

- Problémamegoldás- megfelelően mérlegelve a tényeket, a megoldásokat és a gondolatokat azokra a helyzetekre kell irányítani, amelyekkel a munkanap során szembekerül az ember.
- Hatékony időbeosztás- az élet az idő köré szerveződik, de az idő véges. Az időt nem lehet megspórolni, csak jól kihasználni. Az idő jobb kihasználásának taktikái: a tervezés, szervezés, valamint a rendezett és értelmes módon történő végrehajtás.
- Fontos az információk megosztása, ez segítheti a munkateher megosztását is.

- Csak annyit szabad vállalni, amennyi kényelmesen teljesíthető, és el kell fogadni, hogy van olyan eset, amikor nemet kell mondani.
- Az „önzetlen egoizmus” kialakítása. Ezt a fogalmat-Selye János vezette be, aki azt állította, hogy minden élőlény alapvetően önző. Ez azt jelenti, hogy gondoskodnunk kell saját érdekeink felől, mások nem teszik meg, ha mi nem tesszük meg magunkért.
- A napirend megváltoztatása- ha megpróbálunk változást bevezetni, az sokat segíthet. Semmit sem veszünk, ha megpróbáljuk.
- Mindezekhez nélkülözhetetlen a fizikai, lelki komfort és erőnlét erősítése egészséges életmóddal. Relaxációs technikákkal, a pozitív gondolkodásra való ráhangolódással, szeretetteljes kapcsolataink ápolásával segíthetjük pszichés és szociális egészségünk megtartását.

Vannak helyzetek, amiket nem tudunk kiiktatni az életünkéből, de próbálunk meg pozitív irányú változásokat eszközölni velük kapcsolatban. Keressünk társakat, próbáljuk megnyerni felettésüket a változások támogatásához.

Időt kell szakítanunk a számunkra fontos örömeink élvezetére, a pihenésre, a kikapcsolódásra.

Látható tehát, hogy igen komplex, összetett feladatról van szó, amelynek megoldásában az egyének mellett a kórház menedzsmentjének, és a kormányzatnak is van teendője. A kórházi vezetésnek szem előtt kell tartani, hogy dolgozók pszichés és szomatikus jóllétének megteremtéséhez nem csak az anyagi feltételeket kellene megteremteni, hanem fontos lehet a munkaszervezési feladatokkal, a munkatársi kapcsolatok minőségével, a munkahelyen előforduló stresszkeltő helyzetek minimalizálásával és a már meglévő feszültségeket hatékonyan csökkentő módszerek felkutatásával is foglalkozni.

Így nem hagyná el a pályát az ápolók egy része más, esetleg jobban megfizetett munkáért, talán nem küzdene annyi ápoló különböző egészségkárosító magatartással, és nem csökkenne a munkavégző képességük sem.

Irodalomjegyzék

1. Appelbaum, S.H. (1980) Management/Organizational Stress: identification of factors and symptoms. *Health Care Management Review*, 5,1,7-16.
2. Chalmers, K., Seguire, M. and Brown, J. (2003) Health promotion and tobacco control: Student nurses' perspectives. *Journal of Nursing Education*, 42,3,106-112.
3. Cubrilo-Turek, M., Urek, R., and Turek, S. (2006) Burn-out syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff. *Collegium Anthropologicum*, 30,131-135.
4. Fernandez Ruiz, M.L. and Sanchez Bayle, M. (2003). Evolution of the prevalence of smoking among female physicians and nurses in the Autonomous Community of Madrid, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 17,1,5-10.
5. Freudenberger, H.J. and G. Richelson (1980) *Burnout: The High Cost of High Achievement* Doubleday and Co. Garden City, New York.
6. Gelsema, T.I. et al. (2006) Longitudinal study of job stress in the nursing profession: Causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14, 288-299.
7. Tummers, G.E.R., van Merode, G.G. and Landeweerd, J.A. (2002) The diversity of work: differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organisation, the work and psychological work reaction in intensive care and non-intensive care nursing. *International Journal of Nursing Studies* 39, 8, 841-855.
8. Gottlieb, B.H., Kelloway, E.K., Martin-Matthews, A. (1996) Predictors of work-family conflict, stress, and job satisfaction among nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 28, 2, 99-117.
9. Gray-Toft, P. and Anderson, J.A. (1981) The Nursing Stress Scale development of an instrument. *Journal of Behavioural Assessment*, 3, 11-23.
10. Hays, M.A., All A.C., Mannahan, C., Cuadras, E., Wallace, D. (2006) Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25, 4,185-193.
11. Hegney, D., Plank, A. and Parker, V. (2006) Extrinsic and intrinsic work values: Their impact on job satisfaction in nursing. *Journal of Nursing Management*, 14, 271-281.
12. Hegedűs, K., Mészáros, E., Riskó, Á. (2004) A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinae*, 14,11,786-93.
13. Higgins, C.A., and Duxbury, L.E. (1992) Work-Family Conflict: A Comparison of Dual-Career and Traditional-Career Men. *Journal of Organizations Behaviour*, 13, 398-411.
14. Járomi, M., Betlehem, J. (2005) Az egészségügyi dolgozók fizikai egészségéért. *Nővér*, 18, 2, 21-24.
15. Kopp, M., Berghammer, R. (szerk) (2005) *Orvosi pszichológia*. Medicina Könyvkiadó RT., Budapest, pp. 531-535.
16. Kovács, M. (2006) A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 16,11, 981-987.
17. Markovic, M., Piko, B., Piczil, M., Kasza, B. (2006) Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán. *Nővér*, 19,3, 17-24.
18. Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001) Job burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422.
19. Pálfi, I. (2003) Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? - a kiégés veszélyei ápolók körében. *Nővér*, 16, 6, 3-9.
20. Pikó, B. (2001) A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11, 4, 318-325.
21. Pines, A.M., Keinan, G. (2005) Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39,3, 625-635.
22. Perrewé, P.L., et al. (2002) Are work stress relationships universal? A nine-region ex-

- mination of role stressors, general self efficacy, and burnout.
Journal of International Management, 8, 2, 163-87.
23. Rognstad, M.K., Aasland, O. and Granum, V. (2004) How do nursing students regard their future career? Career preferences in the post-modern society.
Nurse Education Today, 24, 7, 493-500.
24. Sabo, B.M. (2006) Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work?
International Journal of Nursing Practice, 12, 136-142.
25. Shanefelt, T.D., Sloan, J.A., Habermann, T.M. (2003) The well-being of physicians.
Amer. J. Med., 114, 6, 513-519.
26. Szicsek, M. (2004) A kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában.
Kharon, 8, 1-2, 88-131.

The state of nurses' mental health, and the incidence of factors provoking burnout syndrome in the studied population

Ferencné Pálfi – Ildikó Vranicsné Horváth – Katalin Németh – Dr. József Betlehem

Aims: *In given care situations, to gain a picture of the situation and state of mental health of the surveyed nurses, as well as the extent and degree of burnout.*

Method: *Self-completed anonymous questionnaire, containing questions regarding socio-demographic data, and three standardised questionnaires assessing the extent of burnout, the stress situations arising in the course of nursing work, and the level of physical and psychological exhaustion.*

Results: *A total of 481 questionnaires were processed, in which the particular circumstances of the care relationships were analysed. We evaluated 7 subscales of the nursing stress scale, in order to measure the stress-load of nurses in various situations. The highest stress category is related to death and the fact of dying. This is followed by the physical workload, and then the lack of personnel support.*

The average incomes disclosed by respondents also draw attention to the inadequate financial situation of the families.

Conclusions: *In the studied sample socio-demographic factors had no bearing on the likelihood of burnout. Decisive factors are the seriousness of the patients' illnesses, and the level of constant stress to which the nurses are subjected.*

Elsősegélynyújtási készség és tudás kérdőíves vizsgálata laikusok körében

Hornyák István

főiskolai adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Oxiológiai Tanszék

Dr. Mészáros Judit

főigazgató, főiskolai tanár, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A laikus személyek elsősegélynyújtói beállítódásának, tudásának feltérképezése.

Módszer: Önkéntes laikus személyek kérdőíves vizsgálata az elsősegélynyújtás irányába mutató attitűdre, a tanulási elvárásaira, célzott elsősegély ismereteikre. A szerzők az eredményeket a Pearson Chi négyzet, Kruskal-Wallis és Mann-Whitney teszt segítségével elemezték.

Eredmények: 18,5% korábban egyáltalán nem tanult elsősegélynyújtást. A magas, 88,1%-os elsősegélynyújtói hajlandóság mellett bizonytalanságot okozó tényezőként a tudás hiányát 70%, a hibázást 49,5% jelölte meg. A segítségnyújtás tanulására 65,4% az iskolát, ezen belül a nők inkább a szakkört, a férfiak a tanítási órát ($p=0,003$) tartják alkalmas helynek. A célzott elsősegélynyújtói kérdésekre két esetben az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők ($p=0,021$) és ($p=0,043$) válaszoltak rosszabbul. A vérzéscsillapítást az idősebb korcsoport ($p=0,001$), az orrvérző elsősegélyét a férfiak ($p=0,001$) végeznék jobban.

Következtetések: A felnőtt személyek elsősegélynyújtó motiváltsága magas, de tudásszintje alacsony, teljesítőképessége esetleges, továbbképzésre való hajlandóságuk alacsony. Az elsősegélynyújtás gyermekkorban történő oktatása a későbbi elfogadható tudás alapja lehet.

Kulcsszavak: elsősegélynyújtás, laikus, oktatás

Bevezetés

Az emberre mindennapi élete során számos veszélyforrás leselkedik, amely az egészségét károsíthatja. A sérüléssel járó balesetek mellett egyes megbetegedések, pillanatnyi elváltozások hirtelen kialakulásukkal, illetve egyes esetekben a gyors lefolyásukkal jelentenek fokozott veszélyt az emberre. (Egészségügyi Stat. Évkönyv 2003) A hirtelen keletkező, az életet veszélyeztető, vagy súlyos egészségkárosodást okozó sérülések, állapotok ellátására a világ legtöbb országában kiépült a sürgősségi betegellátás rendszere. A gyors, szakemberrel ellátott egészségügyi ellátás segíthet az életveszély elhárításában, a szervi károsodás megelőzésében vagy mértékének csökkentésében, illetve alkalmas a további szövődmények elhárítására (Góbl 2000). A jól működő egészségügyi rendszer nem törekszik arra, hogy ezt a feladatot önmagában, egyedül teljesítse, hiszen a hirtelen keletkező, általában gyors lefolyású események még annyi idővesztést sem engednek, ameddig a szaksegély megérkezik a helyszínre. Ilyen esetekben a szemtanú vagy az első észlelő laikus feladata az, hogy beavatkozásával az idővesztést csökkentse. A

korábbi években az oktatás elsősorban az egészséges emberben keletkező, többnyire külső hatásra jelentkező elváltozások kezelésére adott ellátási lépéseket. A morbiditási és mortalitási adatok alapján ma már a bonyolultnak tűnő, ám az első ellátást legjobban igénylő belgyógyászati események is az oktatás témái közé kerültek. A szakmai szervezetek által megfogalmazott ajánlások egyszerű lépéssorokkal igyekeznek a laikus számára érthető módon leírni a tennivalókat. (American Heart Association 2005)

Az 1990-es évek elején végzett kísérletes vizsgálat eredménye azt mutatta, hogy szimulált baleset helyszínén a szemtanúk mintegy 30% nyilvánított elsősegélynyújtási szándékot. Az elsősegélynyújtás elmulasztásának hátterében már ismert okok, pl. ijedtség, pánik, bizonytalanság, félelem mellett egyéb szociálpszichológiai összefüggéseket is keresnek a kutatók. (Glossert 2005)

Egy német kérdőíves vizsgálatban a megkérdezettek 28% érezte magát alkalmasnak arra, hogy baleseti helyzetben megfelelő segítséget nyújtson. (Scholl 2005) A laikusok nagyobb része élete folyamán egyszer, illetve egyszer sem

tanul elsősegélynyújtást, jóllehet az elsősegélynyújtására szükség esetén törvény kötelezi. (1997. évi CLIV. törv. 5. § e. pont) A lakosság jóval kisebb részét érintik a munkahelyfüggő ismétlődő elsősegély tanfolyamok. Európa számos országában, így Magyarországon is az életük folyamán egyszer, a gépjárművezető jogosítvány megszerzéséhez kötelező tanfolyamon tanulnak a legtöbben elsősegélynyújtást. (Magyar Vöröskereszt Stat. 2004) Egymástól merőben elkülönülő szakterületek szakirodalmában kiemelik az első ellátás szerepét, jelentőségét. A laikus elsősegély szerepét hangsúlyozzák többek között a hirtelen keringésmegállás (Eisenburger, 1999), az égési sérülés (Beer, 1996), gyermeksérülések (Conrad, 1996), az epilepsziások (Kankiratawata, 1999), és más esetek első ellátása során is. A keletkezett egészségkárosodás elleni beavatkozás az egészségfejlesztés része. A laikus személyek által nyújtható elsősegélynyújtó lépések megóvhatják az életet, csökkenthetik a károsodás mértékét, elősegíthetik a gyógyulást. A segélynyújtói ismeretek a leggyakoribb baleseti források megismerésével egyfajta prevenció hatást is jelentenek. Az életveszélyes, általában hirtelen fellépő betegségek tüneteinek megismerése segít a környezetben előforduló esetek azonosításában, a szaksegély időben történő értesítésében. Az elsősegélynyújtás oktatása ezzel bizonyos szintű népegészségtani hatást is kifejt. A laikus személyek ilyen irányú képzése, tudásának fejlesztése, gondozása fokozza a hatékony elhárító tevékenységet. A laikus elsősegélynyújtói tudás tartalmát többnyire a szakellátás területén működő szakemberek írják le, határozzák meg. Ennek számos példáját láthatjuk a hazai gyakorlatban is. A tartalmi meghatározásban újdonságot jelentett egy nemzetközi munkacsoport által az európai egységes tudás meghatározása. (The EFAC Requirements and guidelines 2004) A 2004-ben megfogalmazott irányelvek azonban eddig nem jelentek meg a hazai képzési gyakorlatban.

A magyarországi laikus elsősegélytudást, az elsősegélynyújtási motiváltságot egészségügyi körökben gyakran kritizálják. Ugyanakkor nem találtam olyan tanulmányt, amely elemezte volna a gyenge teljesítmény lehetséges okát. Egy szélesebb körű vizsgálat egyik elemeként vizsgálatra került a magyarországi laikus személyek elsősegélynyújtásról alkotott képe, motiváltsága és egyes helyzetre vetített tudása.

Módszer

A 21 zárt kérdés a téma feltárásához szükséges személyes adatokon túl, feltárta a korábbi elsősegély tanulmányokat [1-7], segélynyújtási motiváltságot, tanulási hajlandóságot [8-13], a tanulásra alkalmas célcsoportot [14-16], továbbá tartalmazott öt konkrét elsősegélynyújtási kérdést [17-21]. A kérdőíveket önkéntes segítők, főiskolai hallgatók közreműködésével osztottam ki, 2004 október és 2005 január között. A 300 kérdőívből 286 (95,3%) érkezett vissza. A vizsgálatban önkéntes, anonim, egészségügyi végzettséggel nem rendelkező, laikusnak számító személyek vettek részt. A vizsgálat Budapest, Pest Megye, Bács-Kiskun Megye és Hajdú-Bihar Megye területén zajlott. A vizsgálati populáció kiválasztásakor cél volt a nemek közel azonos arányban való kérdezése, valamint az iskolázott középkorú réteg megkérdezése, de senkit nem utasítottunk vissza, aki hajlandóságot mutatott a kérdőív kitöltésére.

Az adatok elemzése a Pearson Chi-négyzet próba, valamint a nonparametrikus Kruskal-Wallis és Mann-Whitney teszt (szignifikancia $p \leq 0,05$) segítségével, valamint a százalékos megoszlás számításával történt.

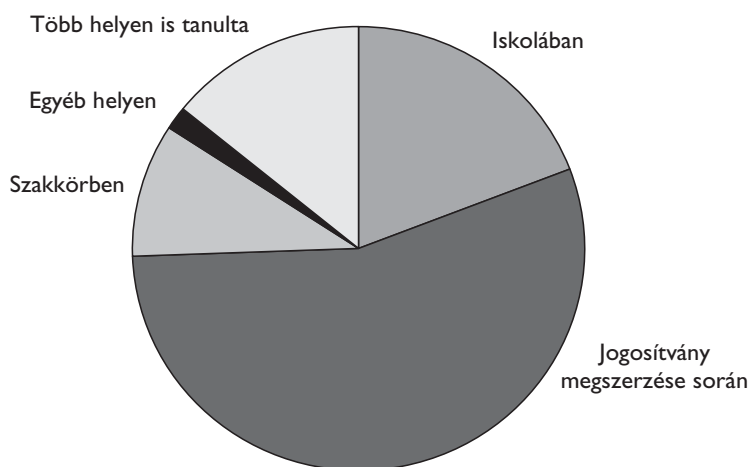
Az életkort csoportokba rendezve, a „fiatal” csoport 17-30, a „középkorú” 31-50, és az „idős” 51-70 év közé került.

Az elsősegélynyújtó kérdések [17-21] válaszainak rangsorolása jó, kevésbé jó, illetve kifejezetten káros minősítéssel történt. Minden kérdésben lehetősége volt a megkérdezettnek több választ is megjelölni. Ennek alapján lehetett összefüggést keresni az öt elsősegélynyújtási kérdés válaszai, és a kérdőívben szereplő más válaszok között, így az iskolai végzettség, életkor, nem, illetve a korábbi tanulmányok, valamint a tanulási hely is szerepelt az összehasonlítási szempontok között. A vizsgálatban résztvevők közül az egyes kérdésekre nem mindenki adott választ, így a különböző válaszok értékelésénél változhatnak az elemszámok.

Eredmények

A 286 feldolgozott kérdőívet 184 nő és 102 férfi töltötte ki. Az átlag életkor: $36,5 \pm 12,1$, a legfiatalabb 17, a legidősebb válaszoló 70 éves volt. A legtöbben, 128-an (44,8%) érettségivel rendelkeztek. 102 főiskolai végzettségű (35,7%), 41 általános iskolai (14,3%) és 13 egyetemi diplomás (4,5%) volt a válaszolók között. 181-en várost, ebből 41 Buda-

I. ábra: Az elsősegélynyújtást tanult személyek megoszlása az ismeretszerzés helye szerint, N=235



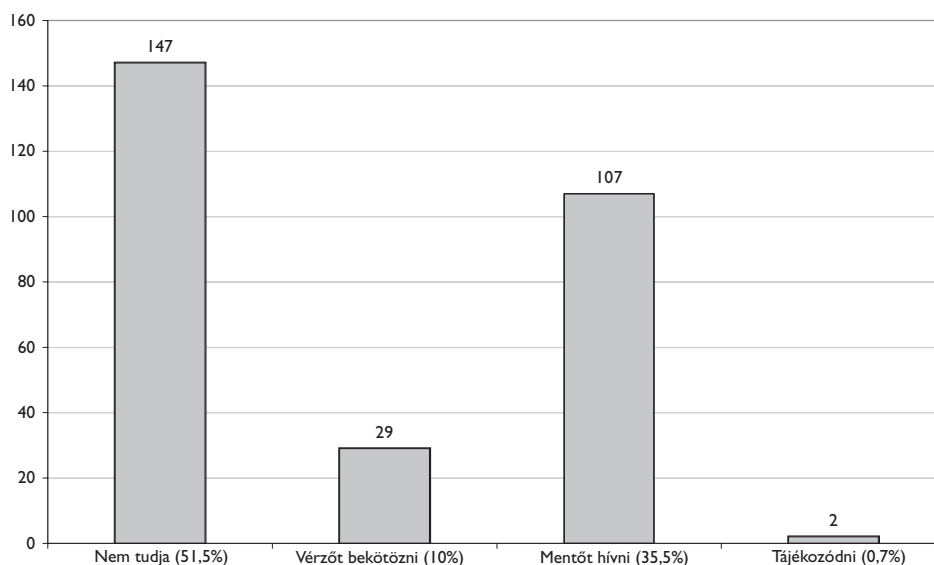
pestet, 47-en a községet, a többiek a falut jelölték meg lakhelyül.

53 válaszoló (18,5%) nem tanult korábban elsősegélynyújtást. Arányait tekintve az általános iskolát végzettek (24,4%), az „idős” korcsoportba tartozók (23,8%), és a falun élők (21,1%) körében jelentkezett a nem tanultak legnagyobb aránya. Jelenlegi elsősegély tudásával 221 válaszoló (77,3%) volt elégedetlen.

A korábban ismereteket szerzett 235 főből a legtöbben (58,3%) a gépjárművezetői jogosítvány megszerzése közben tanultak elsősegélynyújtást (I. ábra).

A szakmai kérdések között a 17. kérdésben a közlekedési baleset esetében elsőként választandó lépést kellett megjelölni (2. ábra). Kruskal-Wallis tesztel összehasonlítva a kérdésre adott válaszokat az életkorra, nemre, korábbi tanulmányokra és tanulási formákra vonatkozó válaszokkal, nem jelentkezett kimutatható eltérés. Szignifikáns eltérés jelentkezett azonban az iskolai végzettség alapján ($p=0,021$). Mann-Whitney próbával elvégzett csoporton belüli elemzés szerint az általános iskolát végzettek szignifikánsan rosszabb válaszokat adtak a magasabb iskolázottságúakhoz képest. (Általános iskola - érettségi: $p=0,013$; általános iskola – főiskola: $p=0,004$; által-

2. ábra: Közlekedési baleset elsősegélyére adott válaszok megoszlása, abszolút érték és százalékos arány (N=285)



3. ábra: Elájult személy elsősegélyére vonatkozó válaszok megoszlása, abszolút érték és százalékos arány (N=284)

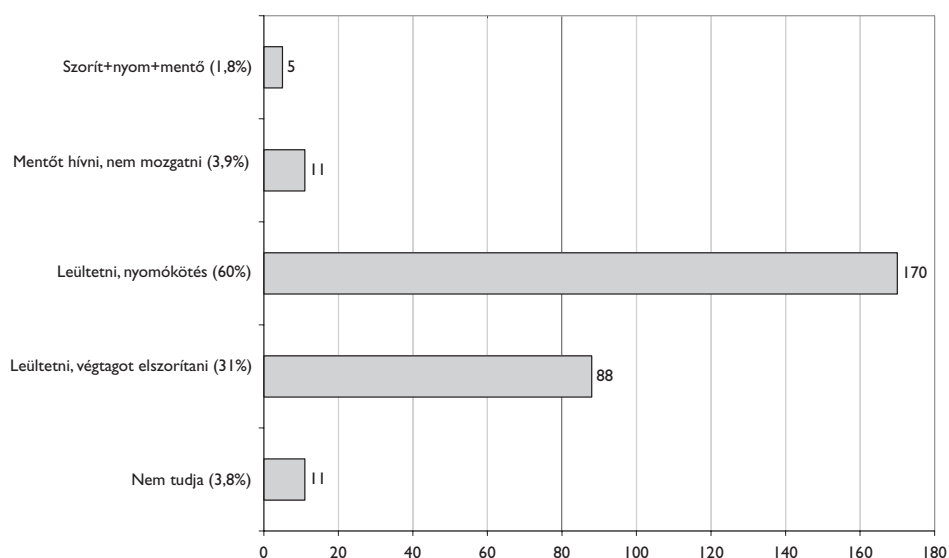


nos iskola – egyetem: $p = 0,037$) A többi iskolatípus között szignifikáns eltérés nem jelentkezett.

A 18. kérdésre adott válaszok alapján az elájult személyt legtöbbször lefektetnék, és a lábait felemelnék (3. ábra). Ugyanakkor közel 50%-os arányban valami egyéb, szakmailag kevésbé előnyös ellátást alkalmaznának (szabad levegőre vinnék, vagy -ami kifejezetten veszélyes- leültetnék). A válaszolóknak csak elenyésző hányada mutatott érdeklődést az alapvető életjelenségek vizsgálá-

ta iránt az ilyen helyzetben. Az életkort, nemet, korábbi tanulmányokat, tanulási helyet Kruskal-Wallis módszerrel vizsgálva, nem jelentkezett szignifikáns eltérés. Hasonló arányban válaszoltak azok is, akik az iskolában, gépjárművezetői tanfolyamon, vagy egyéb helyen tanultak. Szignifikáns eltérés mutatkozott azonban az iskolai végzettség tekintetében ($p = 0,043$). Az általános iskolát végzettek a többi tanultsági fokhoz képest rosszabb válaszokat adták, (általános iskola – érettségi: $p = 0,005$, általános iskola – főiskola: $p = 0,042$, álta-

4. ábra: Vérző sérült elsősegélyére adott válaszok megoszlása, abszolút érték és százalékos arány (N=285)



lános iskola – egyetem: $p=0,108$) még ott is, ahol nem volt szignifikáns az eltérés.

A 19. kérdésben, a vérző sérültnék a legtöbben nyomókötetést alkalmaznának (4. ábra). A válaszolók 30%-a végtagszorítást alkalmazna, amely ma már előnytelennek, esetenként kifejezetten károsnak minősül. A Kruskal-Wallis vizsgálattal egyedül az életkori csoportok között jelentkezett szignifikáns eltérés ($p=0,001$), minden esetben az „idős” csoport válaszolt jobban. A többi jellemzőnél, a nem, az iskolai végzettség, a korábbi tanulmányok, a tanulási hely tekintetében nem jelentkezett szignifikáns eltérés.

A 20. kérdésre adott válaszokban az egyszerűnek tekinthető orrvérző személy elsősegély ellátását 71% helyesen végezné (5. ábra). Negyedrészüket a fej hátrahajtását alkalmazná. A válaszokban a nemek szerint mutatkozott statisztikai különbség ($p=0,001$). A férfiak válaszai helyesebbek voltak. Szintén szignifikáns különbség mutatkozott a tanulási formát illetően ($p=0,013$). A csoportokon belül az iskolában elsősegélynyújtást tanultak szignifikánsan jobban válaszoltak, mint akik a gépjárművezetői jogosítvány megszerzése során tettek szert ismeretekre ($p=0,002$).

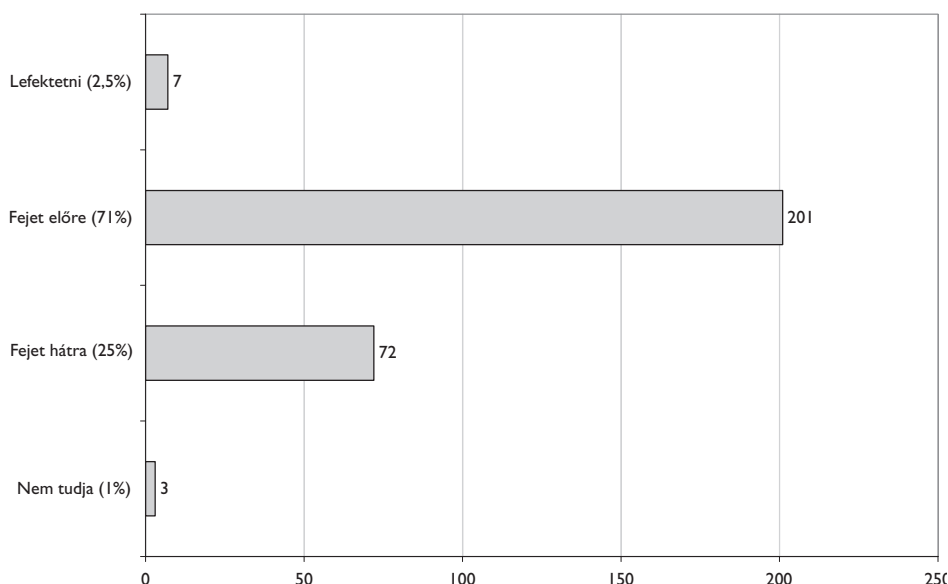
A 21. kérdésben a kulcscsont-törött ellátására a kívánatosnak mondható választ jelölték meg a

legtöbben, amit közel 20%-ban egészít ki azoknak a száma, akik nyugalmat is biztosítanának (6. ábra). Ennél a kérdésnél is megfigyelhető, hogy a válaszolók közel egynegyed arányban helytelen ellátást választanának. A kulcscsont-törött ellátására adott válaszok és az eddig minden esetben vizsgált kategóriák között egyik helyen sem jelentkezett szignifikáns eltérés.

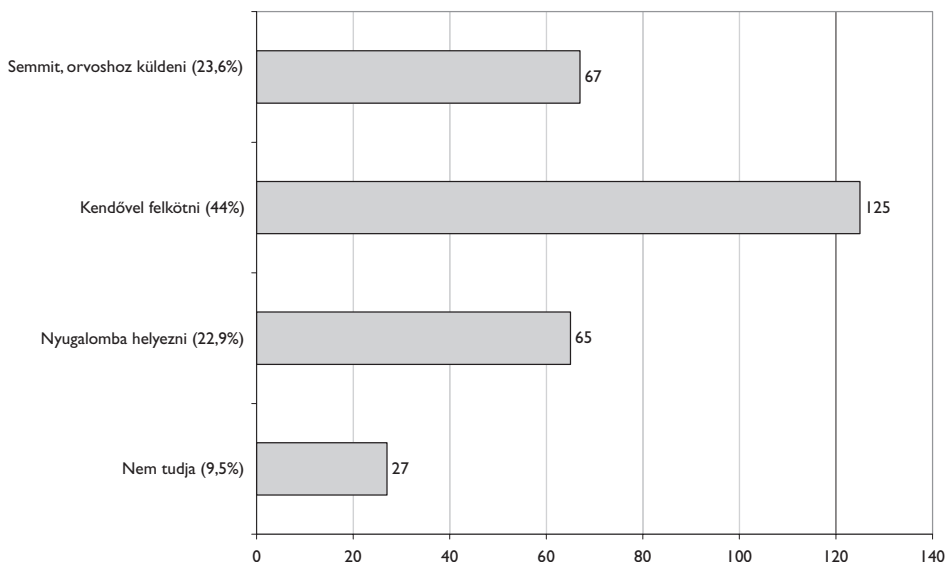
A kitöltő személy elsősegélynyújtási hajlandóságát, motiváltságát vizsgálva megállapítottuk, hogy a választ adók nagy többsége 255 fő (88,1%) „bármikinek” segítséget nyújtana. Szinte azonos arányban nyilatkoztak a különböző életkori csoportba tartozók (84,2 – 94,9%) és iskolai végzettségűek (76,9 – 90,6%), a nemek pedig teljesen azonos arányban válaszoltak erre a kérdésre (88,1 – 88,3%). Legtöbbjüket a tudás hiánya (70%) riasztaná el az elsősegély nyújtásától. Figyelembe véve az iskolai végzettséget, a nemet, illetve az életkort, hasonló arányban alakult a válaszok megoszlása, így 7% körül mozgott azok száma, akik úgy nyilatkoztak, hogy semmi nem riasztja el őket a segélynyújtástól. Legtöbb válaszoló (140 fő = 49,5%) attól tartott, hogy hibát vétene elsősegélynyújtás közben. Hasonlóan magas az aránya (38,5%), akik attól féltek, hogy beavatkozásuk következtében károkat okoznának a bajbajutottaknak.

Nem érte el a 10 %-ot (6,3%) azoknak az aránya, akik a fertőzéstől féltek. Mindez az iskolai

5. ábra: Az orrvérzés elsősegélyére adott válaszok megoszlása, abszolút érték és százalékos arány (N=283)



6. ábra: Kulcsont-törött elsősegélyre adott válaszok megoszlása, abszolút érték és százalékos arány (N=284)



végzettség, a nem vagy az életkor alapján is igaznak bizonyult.

A tanulási hajlandóságot a motiváltságra utaló jelzésnek kell felfogni. A válaszolók több mint fele, 154 fő (53,8%) a gyakorlati készség javulását várja az elsősegély tanfolyamoktól. A tanfolyami elvárás és az iskolai végzettség összefüggésében szignifikáns különbség mutatkozott ($p=0,04$) az általános iskolát, illetve az egyetemet végzettek körében. Az egyetemet végzettek 30%-a nem szívesen tanulna elsősegélynyújtást, szemben a többi végzettségi kategória 10%-ot alig elérő negatív válaszával. A legtöbben (30,1%), 8 órát fordítanak az elsősegélynyújtás tanulására. Kiemelkedően magas számban, 267-en tartották (93,4%) fontosnak, hogy mindenki tanuljon elsősegélynyújtást.

Az elsősegélynyújtás tanítás-tanulás legkedvezőbb életkori szakaszát a legtöbben (130 fő = 45,6%) az általános iskolai, míg 32%-ban a középiskolás tanulmányok idejére teszik. Az iskolai végzettség alapján szignifikáns eltérés mutatkozott a tanulás korcsoportjára adott válaszokban ($p=0,0002$). Az általános iskolát végzettek az alsóbb korcsoportokat (óvoda, általános iskola), az érettségizettek a középiskolát, az egyetemet végzettek többségükben pedig a több korcsoportban való tanítást jelölték meg. Életkori csoportok szerint vizsgálva is szignifikáns eltérés jelentkezett a tanulás idejéről (p=0,025), a „fiatal” csoport a középiskolát tartotta alkalmas helynek a tárgy oktatására. A nemek szerint nem volt statisztikai

különbség, de a nők az általános iskolát (50,3%), a férfiak a középiskolát (40,2%) jelölték nagyobb arányban alkalmas korcsoportnak.

A legtöbben (187 fő = 65,4%), az iskolát gondolják az elsősegélynyújtás tanulás legalkalmasabb helyének, azonban annak módját illetően a nemek véleményében szignifikáns különbség ($p=0,003$) mutatkozott. A nők a szakkört, a férfiak az iskolai órákat jelölték meg. A tárgy tanítására külső szakembert 213 fő (74,7%) gondolna igénybe venni, szemben a helyi pedagógussal, akit mindössze 7,3%-ban tartott alkalmasnak.

Megbeszélés

A nők nagyobb arányban töltötték ki a kérdőívet, ami arra enged következtetni, hogy fokozottabb affinitást mutatnak a téma iránt, illetve általában hajlandóbbak bármely kérdőív megválaszolására. Legtöbben a „középkorú” csoportba tartoztak, ugyanakkor figyelemre méltó, hogy ezen belüli részletesebb csoportosításban elsősorban a 20 és 30 év közöttiek válaszoltak. Az elvártak szerint alakult a vizsgálati populáció iskolai végzettsége, hiszen közel 45% érettségivel, és közel 36% főiskolai végzettséggel rendelkezett.

Az öt gyakorlati tudást vizsgáló kérdés tartalmát az előfordulás gyakorisága indokolta. Ugyancsak a kérdések mellett szólt, hogy mindegyik szerepel a laikus oktatásban. Noha egy kérdés

kivételével a többség a helyesnek tartott választ jelölte meg, még így is magasnak mondható a hibás válaszok aránya.

Nem okozott statisztikailag értékelhető különbséget a válaszok helyességében az, hogy a válaszolók részt vettek-e elsősegély oktatásban. Ez arra enged következtetni, hogy valójában esetleges a laikus személyek elsősegély tudása. Az viszont örvendetes, hogy az intézményesen nem tanulók között is sokan jelölték meg a szakmailag helyes választ. Nem szándékozott a vizsgálat feltárni azt, hogy tudásukat milyen információs csatornából szerezhették. A többi között elsősegélynyújtási oktatásunk hatékonyságáról is tükrözi az a tény, hogy akik ebbe a körbe tartoztak nem teljesítettek jobban a másik csoportnál. Az iskolázottság két kérdésnél jelentett szignifikáns különbséget. Mindkét esetben az alacsonyabb iskolázottsággal rendelkező személyek válaszoltak gyengébben. Ugyanakkor az is figyelemre méltó, hogy az általános iskolát végzetek 75,6% tanult korábban elsősegélynyújtást.

A 17. kérdésre adott válaszok tértek el legjobban a szakmailag kívánatos eredménytől, de megjegyzendő, hogy ez a kérdés jelentette a legnagyobb nehézséget. Erre utal, hogy 147 fő a „nem tudom” választ adta. Csupán 2 válaszoló tartotta fontosnak a tájékozódást elsőként egy közlekedési baleset helyszínén. Önmagában is kérdőjeleket vet fel a rendkívül alacsony szám, hiszen a válaszolók 81,5% tanult korábban elsősegélynyújtást, és ezen belül is kiugróan magas volt a gépjárművezetői jogosítvány megszerzéséhez szükséges tanfolyam elvégzése. A hivatalosnak tekinthető elsősegély tankönyv (Andics, 2004) és annak korábbi változata (Andics, 1994) az európai könyvekhez hasonlóan (Deutsches Rotes Kreuz, 1994) hangsúlyozza a baleset helyszínén való tájékozódás fontosságát. Felvethető az oktatás hiányossága, a feladat jelentőségének elégtelen ismertetése, de a válaszolók hibás felfogása is befolyást gyakorolhat. Szakmai kérdésekre adott válaszokban nem volt olyan tényező, amely mindes esetben meghatározó lett volna.

A kifejezetten magas arányú elsősegélynyújtói hajlandóság eltér a nemzetközi gyakorlati tapasztalatoktól. A „bárkinek” segélyt nyújtók magas száma keletkezhetett abban a biztos tudatban, hogy írásban kellett válaszolni. Kifejezhet a magas arány egy „elméleti” érzelmi beállítódást is, ami a gyakorlatban az irodalmi közlések alapján csekély számban jelentkezik tettek formájában. A tudás

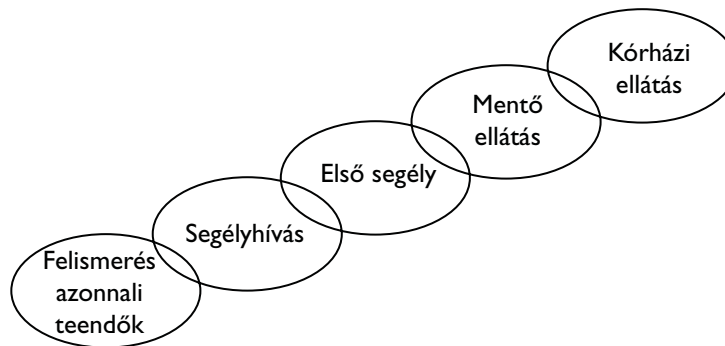
hiánya, mint a leggyakrabban választott segélynyújtástól visszatartó erő, a nemzetközi irodalomban is fellelhető (Hoffman, 2005). Kézenfekvő megoldás lenne az ismétlődő elsősegély tanfolyamok szervezése. A számok azt mutatják, hogy kevesen elégedettek jelenlegi tudásukkal, de ismétlődő tanfolyamra a többség 8 vagy annál kevesebb órát fordítana. Feltehető, hogy itt nyilvánul meg az a kettősség, ami a magas hazai hajlandóság és a nemzetközi vizsgálatok adatai között jelentkezett. A segítő szándék ellenére igen mérsékelt a lelkesedés a szükséges tudás megszerzéséért. Tekintettel arra, hogy kedvező a tanulási többlet fogadtatása, érdemes ezt is figyelembe venni a tanfolyamok későbbi szakmai anyagainak összeállításánál. Mindenképpen pozitív vonásnak értékelendő, hogy a többség a gyakorlati ismeretekben fejlődni kíván. Elgondolkodtató, hogy az egyetemi végzettséggel rendelkezők egészen nagy százalékban egyáltalán nem szívesen tanulnának elsősegélynyújtást.

A jobb és alkalmazhatóbb tudás megszerzése egyes vélemények szerint a gyermekek, fiatalok oktatásában érhető el (Lorenz, 2005). Erre a célra legtöbbször az általános iskolás kort tartották alkalmasnak, ezen belül a felső tagozat korcsoportját, amelyen belül már építeni lehet a megszerzett biológiai, egészségügyi ismeretekre. Ezekben a tárgyakban iskolatípustól függően különböző mértékben ugyan, de megjelenik az elsősegélynyújtás, azonban jellemzően csak egy-egy részterület vesznek fel az oktatási programba. Hatékonyabb tudást eredményezne a teljes elsősegélynyújtási tananyag általános és középiskolában történő elhelyezése. A válaszokból kiderült, hogy a többség nem a pedagógusra, hanem szakemberre bízna a tárgy oktatását. Érthető a törekvés, azonban számos nehézséggel járna, ha a gyakorlatba akarnánk átültetni. Megoldást jelenthetne például a védőnői munka ilyen irányú kiterjesztése, mivel a védőnő személyében, tevékenységében szorosabban kapcsolódik a területén működő iskola életéhez. Ez természetesen főiskolai képzésük során is változásokkal járna, amennyiben az elsősegélynyújtás is oktatási feladatként jelentkezne.

Összegzés

Az 1960-as évek kezdetén leírt rendszer kiemelt jelentőséget tulajdonított a laikusok segélynyújtó szerepének. Ennek a modellnek az a különös üzenete, hogy az elsősegély egy töretlen

7. ábra: Az elsősegélynyújtás láncolata



folyamat, a szükséghelyzet helyszínétől a végleges ellátó intézetig (Ahnefeld, 1966). Az elsősegélynyújtás folyamatnak ezt a jellegét a 7. ábra a láncszemek szoros kapcsolatával jelképezi.

Egyes szakemberek a láncszerűen ábrázolt rendszer leggyengébb pontjának mégis a laikusok tudását tekintik. Ma már az is nyilvánvaló, hogy a korábban egy láncszemként ábrázolt elsősegély is több összetevőre bontható. Minőségét a segélynyújtó tudása és tapasztalata befolyásolja. Az alapszintű laikus tudás mellett más-más tudás várható el az egészségügy különböző területein dolgozóktól, hiszen aki nem a sürgősségi ellátásban tevékenykedik, annak ebből a szempontból szükségyszerűen gyengébb a képessége. Tovább árnyalja a képet az elsősegélynyújtásban alkalmanként résztvevő „egyenruhások” (tűzoltók, rendőrök) segélynyújtói képessége. Országoként változó ezen szervezetek tagjainak a felkészítése. Hazai viszonylatban is többféle megoldás létezik. A fővárosi tűzoltói gyakorlatban például már megjelent a mentőorvosok foglalkoztatása.

Az elsősegélynyújtás teljesítése mindenkitől elvárt, alapvető cselekedet. Teljesítéséhez tudás és kellő elhatározás, motiváció szükséges. A kérdőívvel vizsgált laikus személyek tudásáról és motivált-ságáról meglehetősen összetett kép rajzolódott

ki. Jóllehet a vizsgált mintát csak megszorításokkal tekinthetjük reprezentatívnak, arányai és összetétele mégis alkalmassá teszik bizonyos következtetések levonására. Leginkább azon kell elgondolkodni, hogy a korábban szerzett ismeretek nem befolyásolták a kérdőívek kitöltését. A pillanatnyi elsősegélytudás adott esetben életet menthet, ezért az ilyen irányú képzés alapvető érdek, továbbá a laikus személyek egészségkultúrájának kialakításában, fejlesztésében is hasznos szerepet játszik. Az egységes, elvárható tudás meghatározásában a 2007. év elején megjelent európai ajánlás is szerepet kaphat (Stijn Van de Velde, 2007).

A kimagasló segélynyújtási hajlandóság csak jóval szerényebb tanulási szándékkal párosul, ami befolyásolhatja a tényleges elsősegélynyújtás minőségét. A kérdőívekből egységes vélemény rajzolódott ki a gyerekek, fiatalok számára általánosan szükséges elsősegélynyújtás tanításról. Ennek nincs különösebb akadálya, hiszen a közoktatásban adott a lehetőség az elsősegélynyújtás oktatására, azonban jelenleg a legfőbb gondot az egységes szakmai és oktatáspolitikai szemlélet hiánya jelenti. A jövő nagy és sürgető kihívása, hogy erre az oktatáspolitikai és az egészségpolitikai közösen megoldást találjon.

Irodalomjegyzék

1. Ahnefeld, FW. (1966) Die Vorbereitungen für den Katastrophenfall aus urzlicher Sicht. Med Hyg, 24, 1084-8.
2. American Heart Association, Inc. First Aid Circulation 2005;112:III-115 – III-125
3. Andics, L. (2004) Elsősegély közúton, otthon, munkahelyen, közterületen. Sophia Kiadó, Budapest. pp
4. Andics, L. (1994) Alapfokú és közúti elsősegély. SubRosa Kiadó, Budapest.
5. Beer, G.M, Kompatscher, P. (1996) Standardization of first aid treatment of burn injuries in Voralberg, Austria. Burns, 22, 2, 130-4
6. Conrad, R.P, Beattie, T.F. (1966) Knowledge of paediatric first aid in the general population. Accident and Emergency Nursing, 4, 68-72
7. Deutsches Rotes Kreuz (1994) Erste Hilfe Das unentberliche Nachschlagewerk für jedermann. Bonn
8. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv Központ Statisztikai Hivatal 2003
9. Eisenburger, P, Safar, P. (1999) Life supporting first aid training of the public-review and recommendations. Resuscitation, 41, 3-18
10. Gossert, G. (2005) Warum hilft denn keiner? Die Psychologie der Hilfeleistung als Kernproblem der Breitenausbildung. Rettungsdienst, 28, 554-9
11. Göbl G. szerk. 2000.: Oxiológia. Budapest: Medicina
12. Hoffman, R. (2005) Weiterbildungsarbeit im DRK: Strukturen für eine erfolgreiche Breitenausbildung. Rettungsdienst, 28, 564-8
13. Kankiratawatana, P. (1999) Epilepsy awareness Among school teachers in Thailand. Epilepsia, 40, 497-501
14. Lorenz, E. (2005) Neues Konzept des Bundes: Erste-Hilfe-Lehrgänge für Schüler mit Selbsthilfeinhalten. Rettungsdienst, 28, 562-3
15. Magyar Vöröskereszt statisztikai adatai 2004-ben
16. Stijn Van de Velde et al. (2007) European first aid guidelines. Resuscitation, 72, 240-251
17. Scholl, H. (2005) Erste Hilfe in Deutschland: Stand und Perspektiven der prähospitalen Versorgung durch Ersthelfer. Rettungsdienst, 28, 14-8
18. The European First Aid Certificate Requirements and guidelines. (2004) European Reference Center for First Aid Education, Paris
19. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 5. § e. pont

Questionnaire-based evaluation of the first aid skills of the general population

István Hornyák, Dr. Judit Mészáros

Aim of the study: To map the first aid awareness of the general population.

Method: A voluntary, questionnaire-based survey of persons who are not healthcare professions, regarding their attitude towards first aid, their learning expectations, and specific first aid skills. The authors analysed the results using Pearson Chi square, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests.

Results: 18.5% had never learned any first aid skills. While the percentage of persons willing to perform first aid was high (88.1%), a lack of skills (70%) and the possibility of making mistakes (49.5%) were indicated as factors giving rise to uncertainty. 64.5% of respondents consider the school to be the appropriate place for learning first aid. Within this figure, women favoured a first-aid club, while men regarded lessons ($p=0.003$) as the place for such learning. To the targeted questions related to the provision of first aid, in two cases those with lower formal educations ($p=0.021$) and ($p=0.043$) gave worse answers. In the question about stemming bleeding the older age group ($p=0.001$) performed better, while men ($p=0.001$) provide better first aid in the case of nosebleeds.

Conclusions: The motivation of adults to provide first aid is high, but their level of skills is low, their ability to perform is inconsistent, and their willingness to undertake further training is also low. First aid education in childhood could form the basis for acquiring an acceptable level of first aid awareness in later life.

Diabéteszes gondozottak testméreteinek változásai, 1943–2003

Dr. Tóth Gábor

főiskolai docens, Berzsényi Dániel Főiskola, Szombathely

Dr. Baranyai Marietta

főorvos, Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház, Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Dr. Buda Botond

szakorvos, Ideggyógyászati Magánszakrendelés, Szombathely

Összefoglaló

A kezelt cukorbetegség és a kóros elhízás fenyegető képe a közvéleményben összefonódik. Ez a kapcsolódás leginkább a II. típusú diabétesz esetében, nőbetegek körében jellemző.

Vizsgálatunkban arra a kérdésre keressük a választ, hogy az 1943-ban diabéteszes nőbetegeknél rögzített testméretekhez képest 60 évvel később megfigyelhető-e markáns különbség a korszerű gondozásban és gyógyszerelésben részesülő betegek esetében.

A 60 év alatt bekövetkezett változások összességében egy kedvező tendenciára utalnak. A testméretek -kiegészítve a BMI és a testzsírtartalom értékelésével- arra utalnak, hogy a cukorbetegségre korábban jellemző nagyfokú elhízás ma már nem tekinthető jellemzőnek. A hasi típusú elhízás az életkorral előrehaladva egyre gyakrabban jelentkezik, de az életmód, a megfelelő diéta, a mozgás és a korszerű terápia előnyös változásokat eredményezett a gondozott betegek körében; alkati jellemzőik gyakorlatilag megfelelnek az egészséges nők körében tapasztaltaknak.

Bevezetés

A kezelt cukorbetegség és a kóros elhízás fenyegető képe a közvéleményben összefonódik. Ez a kapcsolódás leginkább a II. típusú diabétesz esetében, nőbetegek körében jellemző. A II. típusú cukorbetegség gyakoriságának emelkedésével együtt jár az énképzavarok kialakulásának magas gyakorisága is (Lieberman et al. 2003).

Már az 1800-as évek végétől megfigyelhető a cukorbetegség számának állandó emelkedése (Petyényi, 1961). Az 1940-es évektől az átlagos életkor meghosszabbodása és az inzulinterápia térhódítása miatt Magyarországon is ugrásszerűen megszorodott a 45 évesnél idősebb cukorbetegség száma (Magyar & Petrányi, 1956). Ez a gyakoriság a továbbiakban – az életmódbeli változások miatt is – tovább emelkedett (Fövényi, 1996), a diabétesz a civilizációs betegségek körébe emelve.

A vizsgálat célja

A humánbiológiai vizsgálatok egyik részterületét jelentő alkattan, mint tudomány, az ókori gyö-

kerekre épülve a 20. század terméke. Ezen belül a klinikai alkattan egyrészt vizsgálja a testalkatot, mint morfológiai alkattan, amely hajlamosíthat egyes betegségek kialakulására, másrészt pedig a betegségek okozta alkatbeli változások, állapotok nyomon követését célozza meg. A kutatási problémákat a 20. század közepének alkalmazott vizsgálata fogalmazták meg elsőként (Kretschmer, 1929, Buday, 1943, Curtius, 1954), körük azonban napjainkra jelentősen megváltozott, kibővült (Tóth, 2001).

A megelőző vizsgálati eredmények és klinikai megfigyelések birtokában ma már több betegségcsoport esetében is lehetőség van a korszerű terápia, a gyógyszer(mellék)hatások és az eltérő életkörülményeknek köszönhető változások meghatározására (Tóth, 2001, Tóth & Baranyai, 1997, Tóth & Buda, 2006, Tóth et al., 2006).

Vizsgálatunkban arra a kérdésre keressük a választ, hogy az 1943-ban diabéteszes nőbetegek esetében rögzített morfológiai jellemzőkhöz (testméretekhez) képest 60 évvel később megfigyelhető-e markáns különbség a korszerű gondozásban és gyógyszerelésben részesülő betegek esetében.

Vizsgálati módszerek és minta

A vizsgálatokat 2003-ban Vas megyei gondozott diabéteszes betegeken a személyiségi- és betegjogok figyelembe vételével végeztük. A vizsgálatba 71 gondozott nőbeteget tudtunk bevonni. Életkoruk decimális átlaga 47,54 év (SD: 9,23 év, min.: 23,09 év, max.: 60,02 év). Közülük 16-an I. típusú, 55-en pedig II. típusú diabétesz miatt állnak gondozás alatt. 48-an inzulin, míg a többiek orális gyógyszeres kezelés alatt állnak. Az IBP/HA ajánlásai szerint (Weiner & Lourie, 1969) határoztuk meg a testmagasságot, testtömeget, mellkaskerületet, haskerületet és a tomporkerületet. A testzsírtartalmat bielektromos impedancia elemzés segítségével, OMRON BF 302-es típusú készülékkel végeztük.

Az összehasonlításokat Buday László 1943-ban megjelent „Orvosi alkattan” című összefoglaló munkájának adatsorai segítségével végeztük (229–230. oldal). Míg Buday 29 éves nők vizsgálata alapján határozta meg a cukorbeteg nők jellemző morfológiai értékeit, addig nálunk a 20-60 éves gondozottakra irányuló vizsgálatnál ennél magasabb átlagéletkort kaptunk, köszönhetően az életmódbeli és terápiás változásoknak.

Eredmények, megbeszélés

A testmagasság átlaga 160,61 cm (SD: 6,19), ez 4,41 cm-el meghaladja a 60 évvel korábbi vizsgálat eredményeit. Ez az eltérés megfelel a szekuláris trend (Eiben, 1988) felnőtt népességre vonatkozó tendenciájának, a felnőttkori testmagasság-növekedés értékének.

A testtömeg átlaga 76,48 kg (SD: 15,78), jelentősen elmarad az 1943-as értéktől (110,7 kg). Tehát a nagyobb testmagasság értékéhez alacsonyabb testtömeg társul. A számított BMI érték 29,33 (SD: 3,81), a kissé elhízott és a súlyosan elhízott határértéke. Az 1943-as eredmények alapján számított BMI értéke 45,5 – vészesen elhízott kategória. A testzsírszázalék értéke napjainkban a cukorbeteg esetében 35,73 % (SD: 10,68), kilogrammban kifejezve 28,29 kg (SD: 10,68). Ez az érték túlsúlyosságra utal, de százalékos értékben megfelel az egészséges nők jelenkori értékének: 35,1 % illetve 26,35 kg (Tóth & Buda, 2004).

Az egyes gondozottak egyéni adatait értékelve megállapítható, hogy a II. típusú cukorbetegek között gyakrabban fordul elő túlsúlyos, vagy elhízott személy. A fiatalabb, I. típusú betegek többsége nem túlsúlyos.

A mellkaskerület átlagos értéke 105,36 cm (SD:12,85), magas szórás érték mellett kissé elmarad a 60 évvel korábbi, 112,2 cm-es értéktől, de a jelentős különbséget inkább a testmagasság arányában feltételezhetjük. Ez az érték is alkati változásra utal.

A haskerület átlaga 99,11 cm (SD: 16,97). Ez az érték csaknem 25 cm-el elmarad az 1943-as értéktől, amikor a magasabb értékű haskerület a hasi típusú (alma típus) elhízással járt együtt. Ez az elhízási típus jelenleg is a gondozottak 66 %-ára jellemző, tehát az abszolút értékbeni csökkenés mellett a típus gyakorisága nem változott. Nemzetközi vizsgálatokból is ismert, hogy diabéteszben főként a felsőtestre kiterjedő elhízás a jellemző (Joos & Mueller, 1984). A körte típusú elhízás (comb régió) gyakrabban fordult elő a fiatal, illetve az I. típusú gondozottak körében.

A tomporkerület átlaga 109,85 cm (SD: 10,92), ez szintén elmarad a 60 évvel korábbi 129 cm-es átlagtól.

A menopauza átlaga 46,53 év (37,1-53,7 év, SD: 5,51 év). Nyugat-magyarországi vizsgálatban a menopauza átlaga 47,82 év volt (M: 48,00 év) (Tóth, 2006). A cukorbeteg nők alacsony elemszáma miatt az összehasonlító értékelés –hogyan van-e szignifikáns különbség a cukorbetegek több mint 1 évvel alacsonyabb átlagával kapcsolatban– nem végezhető el.

Következtetések

A 60 év alatt bekövetkezett változások összességében egy kedvező tendenciára utalnak. A testtömeg és a kerületi méretek, kiegészítve a BMI és a testzsírtartalom értékelésével arra utalnak, hogy a cukorbetegségekre korábban jellemző nagyfokú elhízás ma már nem tekinthető jellemzőnek. Az elhízás jellemző típusa (hasi típus) az életkorral előrehaladva egyre gyakrabban jelentkezik, de az életmód, a megfelelő diéta, a mozgás és a korszerű terápia előnyös változásokat eredményezett a gondozott betegek körében; alkati jellemzőik gyakorlatilag megfelelnek az egészséges nők körében tapasztaltaknak.

Irodalomjegyzék

1. Buday, L. (1943). Orvosi alkattan. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat Kiadása, Budapest, pp. 414.
2. Curtius, F. (1954). Klinische Konstitutionslehre. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, pp. 337.
3. Eiben, O. (1988). Szekuláris növekedésváltozások Magyarországon. Humanbiol. Budapest., Suppl. 6., pp. 133.
4. Fövényi, J. (1996). A cukorbetegségről mindenkinék. SubRosa, Budapest, pp. 82.
5. Joos, S. K., Mueller, W. H. (1984). Diabetes Alert Study: Weight History and Upper Body Obesity in Diabetic and Non-Diabetic Mexican American Adults. Annals of Hum. Biol., 11, 2, 167-171.
6. Krteschmer, E. (1929). Körperbau und Charakter. (7. und 8. Auflage). Springer, Berlin, pp. 233.
7. Lieberman, L. S., Probart, C. K., Schoenberg, N. E. (2003). Body Image Among Older, Rural, African-American Women with Type 2 Diabetes. Coll. Antropol., 27, 1, 79-86.
8. Magyar, I., Petrányi, Gy. (1956). A belgyógyászat alapvonalai. I. Művelt Nép, Budapest, pp. 457-458.
9. Petényi, G. (1961). Gyermekegyógyászat. Medicina, Budapest, pp. 208-216.
10. Tóth, G. (2001). A klinikai alkattan néhány új lehetősége. Humanbiol. Budapest., Suppl. 27., pp. 82.
11. Tóth, G. (2006). A menopauza a humánbiológus szemszögéből. Diss. Sav., 37, pp. 22-24.
12. Tóth, G., Baranyai, M. (1997). Study of Physique in Thyroid Patients. Acta Biol. Szeged., 42, 327-331.
13. Tóth, G., Buda, B. (2004). Adatok a méh- és méhfüggelék eltávolítás utáni nők szomatometriai jellemzőihez. Folia Anthrop., 2, 35-36.
14. Tóth, G., Buda, B. (2006). Hebefrén betegek testalkati jellemzőinek változása. Psych. Hung., 21, Suppl., 123.
15. Tóth, G., Buda, B., T. Bozi, E. (2006). Szki-zofrén nőbetegek testalkati változásai a 20. században. Orvostud. Ért., 79, 3, 405-408.
16. Weiner, J. S., Lourie, J. A. (Eds) (1969). Human Biology. IBP Handbook No. 9. Blackwell Sci. Publ., Oxford-Edinburgh, 1-76.

Changes in the typical weight of diabetes patients, 1943–2003

Dr. Gábor Tóth, Dr. Marietta Baranyai, Dr. Botond Buda

Treated diabetes is commonly associated with chronic obesity in the public mind. This is particularly true in the case of female patients with type 2 diabetes.

Our research aimed to reveal whether, in comparison to the physical dimensions of female diabetes patients recorded in 1943, any marked difference could be observed 60 years later in the case of patients who receive modern care and medication.

Overall, the changes that have occurred over the 60-year period point to a favourable tendency. The recorded physical dimensions, supplemented with BMI and body fat content analysis data, suggest that the high degree of obesity that was previously characteristic of diabetics can no longer be regarded as typical. Weight gain in the stomach area becomes more common with age, but a healthy lifestyle and the appropriate diet, as well as exercise and modern therapy, have resulted in beneficial changes among patients, whose physical attributes now essentially correspond to those observed in healthy women.

Akut betegápoló szakirányú továbbképzés a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán

Csóka Mária, Dr. Hollós Sándor, Dr. Mészáros Judit, Dr. Gondos Tamás
Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar

Összefoglaló

A szerzők bemutatják a több éves kutatómunkájuk alapján elkészült „Akut betegápoló szakirányú továbbképzés” professzionális, európai szintű programját, mely moduláris felépítésben a képzés tananyagtartalmának elsajátíthatósága céljából kompetencia alapú oktatásra épül.

Ez abban különbözik a korábbi képzésektől, hogy nem csupán a képzési követelményeket fogalmazták meg, hanem minden egyes tantárgynál meghatározták, hogy az adott tantárgy tananyagtartalmának elsajátításával milyen tevékenységek végrehajtására válik alkalmassá a hallgató, továbbá a szakirányú továbbképzés befejezésével milyen kompetenciákkal fog rendelkezni a már végzett akut betegápoló.

A szerzők szerint ebben a megközelítésben az elérendő kompetenciák találkoznak az ápolás funkcióival, valamint az ápolási folyamat, mint módszer, lépéseivel. A program kurrikulumban bemutatásával a szerzők szeretnék ráirányítani az ápolók és a mentőtisztek figyelmét erre a továbblépési lehetőségre, melynek elvégzésével olyan ismeret, tudás, készség, attitűd birtokába jutnak, amelyek alkalmassá teszik őket az akut betegellátás területén az önálló döntési kompetenciákkal rendelkező munkavégzésre.

Kulcsszavak: bolognai képzési rendszer, akut betegellátás, kompetencia-alapú oktatás

Bevezetés

Az Egészségügyi Főiskolai Kar képzési programja 2007. évtől kibővült egy évek óta tervezett szakirányú továbbképzési lehetőséggel, amely szakmai körökben régóta „fehér foltnak” számító területre irányul. A több éves kutatómunka alapján elkészült „Akut betegápoló szakirányú továbbképzés” programja európai szintű, és a hazai főiskolai képzések rendszerében egyedülálló: moduláris felépítésű, és emellett az egész képzés tananyagtartalmának elsajátíthatósága a kompetencia alapú oktatásra épül. Ez abban különbözik a korábbi képzésektől, hogy nem csupán a képzési követelményeket fogalmaztuk meg, hanem minden egyes tantárgynál meghatároztuk, hogy az adott tantárgy tananyagtartalmának elsajátításával milyen tevékenységek végrehajtására válik alkalmassá a hallgató, továbbá a szakirányú továbbképzés befejezésével milyen elért kompetenciákkal fog rendelkezni. Ebben a megközelítésben a kompetenciák találkoznak az ápolás funkcióival, valamint az ápolási folyamat -mint módszer- lépéseivel. Ez utóbbit 1979 óta tanítjuk, de oktatásunkban ez idáig

csupán az ápolástan tantárgy keretében tárgyaltuk, s a hallgatók, de olykor még az oktatók sem tudták igazán integrálni a szakmai tantárgyakhoz.

Ez az új képzés napjainkban az egészségügy kiemelten fontos területén, az akut betegellátásban nyújt integratív jellegű (oxológia, sürgősségi-, intenzív- és perioperatív betegellátás), magas szintű oktatást.

Az ápolóképzés történeti fejlődésére alapozva és a nemzetközi törekvéseket figyelembe véve főiskolánk 1989-ben elsőként vezette be a felsőfokú ápolóképzést Magyarországon. Azóta számtalan tanterv-fejlesztést végeztünk, s a 2006/2007 tanévben áttértünk a „Bolognai képzési rendszerre”, melynek megfelelően a Karon 3 alapképzési szak indult:

1. Ápoló-betegellátó alapszak (ápoló, gyógytornász, dietetikus, mentőtiszt, szülésznő kimenettel),
2. Gondozás-prevenció alapszak (védőnő, népegészségügyi felügyelő kimenettel),
3. Laboratóriumi és képkalkoló diagnosztikai analitikus alapszak (képkalkoló analitikus és optometrista kimenettel).

Jelenleg a magyarországi felsőoktatásban még két, egymástól eltérő képzési rendszer működik párhuzamosan. Mindezek figyelembe vételével olyan képzési követelményrendszert kellett kialakítanunk, amely mindkét rendszerből érkező jelentkezőnek megfelel. A tervezet megfelel az oxyológiai, sürgősségi, aneszteziológiai és intenzív terápiás ellátási területeknek, melyek ugyanannak a folyamatnak – akut betegellátás - a különböző részterületeit, állomásait jelentik. Ehhez az ellátási formához a szakorvosképzés már kezd igazodni - hiszen az egyes szakterületek közötti átjárhatóság érdekében a közös képzés és közös kompetenciák kialakítása ma már világszerte elfogadott -, a terület speciális szakápolói ellátottsága viszont még nem megoldott.

Az akut betegellátás megvalósításához olyan szakemberek képzésére van szükség, akik a sürgős betegellátás ápolói feladatait önállóan, ill. a team tagjaként képesek elvégezni. Ehhez elsőként meg kellett vizsgálnunk, hogy milyen azonosságok és különbségek vannak az intenzív és a sürgősségi osztály feladataiban, tevékenységi körében, ezt követően az akut betegellátó osztály feladatköréhez, speciális jellegéhez kellett igazítanunk az ott dolgozó szakápolók képzésének tartalmát.

Tanterveink összehasonlító elemzése, valamint külföldi tapasztalataink alapján két képzési formában végzett szakembert találtunk alkalmasnak erre a feladatkörre: az ápolót és a mentőtisztet. Az akut betegellátás és a két képzési tartalom tantárgypedagógiai vizsgálata alapján tehát az alábbi szakok valamelyikén szerzett oklevél jelenti a továbbképzésre történő felvétel feltételét:

1. Főiskolai szintű:

a. ápoló

b. mentőtiszt

2. Ápolás – betegellátás alapszak:

a. ápoló szakirány

b. mentőtiszt szakirány

3. Kiegészítő egyetemi alapképzés:

a. okleveles ápoló

b. egyetemi okleveles ápoló

A képzési idő 3 félév, melynek során az összegyűjtendő kreditek száma: 90 (2700 óra).

A tanterv kidolgozásánál azt is figyelembe kellett vennünk, hogy az ápolók és mentőtisztek jelenleg eltérő kompetenciákkal rendelkeznek: az OKJ-s és felsőfokú ápolói szakképzettségek az akut betegellátásban való ápolói közreműködésre készítenek fel, de ezek önálló döntési kompetenciákat nem adnak. A mentőtiszt képzési kompetenciák pedig csak

a helyszíni ellátásra és a szállításra vonatkoznak. Ennek következtében ezen szakemberek szakmai mobilitása jelenleg még korlátozott, és a szakképzett-ségüknek megfelelő kihasználtságuk is alacsony.

Az akut betegellátás progresszív fejlődése és fokozódó jelentősége a betegellátásban megköveteli a teamben hatékonyan közreműködni képes szakápolók szakképzésének a szükségletekhez igazodó megújítását. Meg kell teremtenünk:

- magas szintű szakmai képzettség nyújtását,
- rendszerszemléletű gondolkodási képesség kialakítását,
- valós döntési interprofesszionális kompetenciákra való felkészítést, és
- átjárhatóságot az akut betegellátás különböző szakterületei közötti.

Mindez azonban olyan általános és szakspecifikus kompetenciákat foglal magában, melyek csak egy magasabb képzési szinten valósíthatók meg, ezért terveztük a korábbi diplomás és egyetemi ápoló képzésre, valamint a most elindult ápoló-betegellátó alapszak ápoló és mentőtiszt szakirányára az akut betegápoló szakirányú továbbképzést, melynek megfelelő főiskolai, egyetemi professzionális jellegű képzés Magyarországon ez idáig nem volt.

A program bemutatása

A képzési program moduljait az akut betegápolóval szembeni elvárások alapján, azaz a képzési céloknak megfelelően állítottuk össze. Megvizsgáltuk, hogy melyek azok a tevékenységek, amelyeket szakképzettsége alapján teljesen önállóan, saját felelősségére (önálló ápolási funkciók), melyek azok, amelyeket orvosi utasításra, de önállóan, saját felelősségére (nem önálló ápolási funkciók), s melyek azok, amelyeket az orvossal együttműködve (együttműködő ápolási funkciók) kell majd végeznie a gyakorlatban. Az akut betegápoló tevékenységi körének funkciók szerinti osztályozását, valamint kompetenciáinak meghatározását követően olyan tantárgyakkal töltöttük meg az egyes modulokat, amelyek biztosíthatják e kompetenciák elérését. A modulokon belül elvégeztük a tantárgyi koncentrációt és integrációt, majd súlyozás alapján rendeltünk kreditet és vizsgatípust az egyes tantárgyakhoz (lásd: Melléklet). Tantervfejlesztő munkánk eredményeként született meg az akut betegápoló szakirányú továbbképzés kur-

rikuluma, melyet az alábbiakban a teljesség igénye nélkül mutatunk be.

A szakirányú továbbképzés célja

Olyan korszerű, az egészségtudomány tárgykörébe tartozó szakmai, technikai, társas kapcsolati ismeretekkel és gyakorlati készségekkel rendelkező szakápolók képzése, akik szakképzettségüknek megfelelően a sürgős betegellátással foglalkozó team egyenrangú tagjaként képesek a kritikus állapotú betegek önálló ápolására, és az orvossal együttműködve a betegek teljes körű ellátására.

A szakirányú továbbképzés feladata

A szakképzettség során elsajátítandó kompetenciáknak - ismeretek, tudáselemek, megszereshető személyes készségek, attitűdök - az alkalmazás konkrét környezetében, azaz az akut betegellátás komplex tevékenységrendszerében történő oktatása, amely a ma elvárható, alkalmazásképes tudás alapját képezi.

A szakirányú továbbképzés kimeneti kompetenciái

Ismeretek:

A szakirányú továbbképzés során a hallgatók korszerű ismereteket szereznek az akut betegellátás során előforduló kórképek patofiziológiájáról, gyógyszerteranáról, klinikai kórlefordulásáról, kezelési lehetőségeiről, valamint a társbetegségek jelentőségéről. Részletesen foglalkoznak a reszuscitációval, a súlyos betegek elsődleges kezelésével, az állapot stabilizálásával, a kritikus állapotú betegek ápolásával (triázs, betegosztályozás, traumás, égett és tömegsérült betegek klinikuma, ápolása). Megismerik a diagnosztikus tevékenységhez szükséges anamnézis speciális szempontjait, a klinikai vizsgálatok menetét, a laboratóriumi vizsgálatokat, a monitorozási lehetőségeket és rendszereket. Kiemelten foglalkoznak a perioperatív ellátással, és nagy hangsúlyt fektetünk a betegkomforttal kapcsolatos ismeretekre, az akut megbetegedések fizikai és pszichológiai következményeire, az inter-

perszonális kapcsolatok sajátosságaira, a fájdalom menedzsmentjére.

Külön tantárgy keretében foglalkozunk a betegek haldoklásával, a palliatív ellátással, a minimál terápiával, az agyhalállal, a szervdonációval, a gyermekellátással, a kritikus állapotú betegek transzportjának sajátos szempontjaival.

Tudáselemek, készségek:

Az akut betegápoló szakirányú továbbképzési szakon végzettek alkalmasak:

- a különböző akut megbetegedések rendszerezett és időbeli felismerésére, felmérésére és stabilizálására,
- triázs feladatok ellátására,
- a CPR kivitelezésére,
- a poszt-reszuscitációs beteg ápolására,
- a kritikus súlyos betegek speciális akut állapotainak ellátására az ápolás önálló, nem önálló és együttműködő funkcióinak megfelelően,
- az anamnézis felvételére, az alapvető klinikai vizsgálatok elvégzésére,
- az EKG elkészítésére, a kapott eredmény elsődleges értékelésére,
- a megfelelő mikrobiológiai mintavételezésre,
- a véggáz mintavételezésre, az eredmény elsődleges értékelésére,
- a különböző paraméterek trendjének monitorozására és értékelésére,
- a klinikai észlelések és a laboratóriumi adatok integrálására differenciál diagnosztikai szempontból,
- a krónikus ill. társbetegségek befolyásoló szerepének felismerésére akut betegségek esetén,
- a különböző szervrendszerek elégtelen működésének felismerésére, a kezelési módokat kivitelezésére.

A terápiás beavatkozások területén alkalmasak:

- a biztonságos gyógyszeradagolásra,
- az antimikrobális gyógyszeres terápia kivitelezésére,
- vér és vérkészítmények biztonságos alkalmazására,
- folyadék és vasoaktív/inotróp gyógyszerek alkalmazására a keringés támogatására,
- aktívan közreműködni a keringéstámogatás mechanikus eszközeinek alkalmazásában, és az önálló észlelésre,
- aktívan közreműködni az invazív és non-invazív légzési támogatás kivitelezésében, és az önálló észlelésre,

- aktívan közreműködni a vesepótló eljárások kivitelezésében, és az önálló észlelésre,
- az elektrolit, a glukóz és a sav-bázis háztartás zavarainak felismerésére és elsődleges ellátására,
- a tápláltság felmérésére és a táplálás kivitelezésére.

A gyakorlati beavatkozások területén alkalmasak a különböző diagnosztikus és terápiás beavatkozások (pl.: intubálás, tracheostomia készítése, mellkasi drainage, perifériás és centrális vénás katéterezés kivitelezése, artériás katéterezés, pacemaker terápia, Sengstaken vagy ezzel equivalentens szonda behelyezése stb.) kivitelezésére.

A betegbiztonság, egészségügyi rendszer területén alkalmasak a napi ápolói vizitek vezetésére, a helyi infekciókontroll szabályainak alkalmazására, a környezeti veszélyek felismerésére, a beteg és a személyzet biztonságának elősegítésére, a kritikus, nem várt események, szövődmények felismerésére, minimalizálására, esetmegbeszélések szervezésére, útmutatók, protokollok, ápolási csomagok, állapotjellemző pontrendszerek alkalmazására.

Professzionális kompetenciák:

A professzionalizmus területén alkalmasak a hatékony kommunikációra a beteggel, a rokonokkal, és az egészségügyi ellátó team tagjaival. A pontos és előírászerű dokumentáció vezetésére, az egyén magánéletének, méltóságának, bizalmasságának és a törvényi szabályozásoknak figyelembevételére, a team tagjaival való együttműködésre, a team-munka elősegítésére, a betegellátás folyamatosságának biztosítására az információk hatékony átadásával, a beosztott ápolók munkájának hatékony felügyeletére, felelősségvisselésre a biztonságos betegellátásért, az etikai és a törvényes lehetőségek mérlegelésére a döntéshozatalban, a

tanulási lehetőségek keresésére, új ismeretek alkalmazására az ápolási gyakorlatban.

Személyes kompetenciák:

A szakképzettség gyakorlásához szükséges személyes adottságok és készségek:

- problémafelismerő és -megoldó készség,
- rugalmasság, alkalmazkodóképesség a váratlan helyzetekhez,
- felelősségteljes munkavégzés, személyes felelősségvállalás,
- sikerorientáltság,
- igényesség, minőségi munkavégzés,
- elemző képesség és módszeresség,
- absztrakciós képesség,
- információk összegyűjtésének és feldolgozásának képessége,
- kritikus szemlélet,
- széles körű szakmai műveltség,
- etikus magatartás,
- pozitív szemlélet,
- együttműködési, team munkában való munkavégzés képessége,
- önművelés képessége, igény a szakmai fejlődésre.

A képzési követelményekben megfogalmazott kompetenciákat egyrészt az Európai Unió kompetencia-listájából, másrészt azon felmérések eredményei alapján készítettük el, amely a magyarországi egészségügyi munkavállalókkal szembeni elvárásokra vonatkoztak.

A szakirányú továbbképzés rövid bemutatásával nem titkolt célunk volt a diplomás ápolók, és mentősztek figyelmének ráirányítása erre az új lehetőségre, melynek elvégzésével valóban olyan tudást szerezhettek, amely alkalmassá teszi őket a korszerű akut betegellátás elvárásainak való megfelelésre annak valamennyi színterén.

Melléklet

TANTERV

Tantárgyak	Kontakt óraszám félévenként (elmélet+gyakorlat)			Kontakt óra összes elm gyak	egyéni óra	össz óra	Követelmény		kreditérték					
	I.	II.	III.				szig.	koll. gy.j.						
Szakirányú alapozó egészségügyi ismeretek modul														
SA01	Patofiziológia	15	0	15	0	150	150	II	5					
SA02	Gyógyszer-tan	15	0	15	0	150	150	II.	5					
Szakirányú alapozó társadalomtudományi ismeretek modul														
SA03	A sürgősségi ellátás jogi és szakmai környezete	12	0			60	60	I.	2					
SA04	Kommunikáció	0	6	0	6	60	60	I. II.	2					
SA05	Munkahelyi krízishelyzetek	0	6	0	6	60	60	I. II.	2					
Szakirányú klinikai ismeretek modul														
SA06	Reszuszcitáció, elsődleges betegellátás	12	0	12		12	12	12	96	120	120	I.		4
SA07	Diagnosztika	6	6	12	6	18	12	12	120	150	150	I.		5
SA08	Szervi elégtelenségek felismerése és kezelése	12	12	18	12	30	24	24	216	270	270	I.		9
SA09	Terápiás beavatkozások	12	4	12	2	24	6	6	120	150	150	I.		5
SA10	Manuális gyakorlati beavatkozások	4	12	2	12	6	24	24	120	150	150	I.		5
SA11	Betegtranszport	12	0			12	0	0	48	60	60	II.		2
SA12	Perioperatív ellátás			20	10	20	10	10	120	150	150	II.		5
SA13	Gyermekellátás			12	6	12	6	6	72	90	90	II.		3
SA14	Haldokló beteg	6	0			6	0	0	24	30	30	I.		1
SA15	Betegkomfort			6	0	6	0	0	24	30	30	II.		1
Szakkoloztat modul														
SA16	Szakkoloztat	6	6	6	6	12	12	12	96	120	120			4
Tanórán kívüli szakmai gyakorlat modul														
SA17	Baleseti ambulancia, Aneszteziológia, Intenzív, Gyermekintenzív, Sürgősségi osztály, OMSZ				0	450	0	450	450	900	900	III.		30
ÖSSZES KONTAKT ÓRA		112	52	118	78	0	450	230	580	2700	2700			90
ÖSSZES EGYÉNI ÓRA		164	196	450	810	1890								
ÖSSZES KREDIT		30	30	30	30									90

Irodalomjegyzék

1. www.cobatrice.org: CoBaTrICE Domains Letöltve: 2007. május 17.
2. David T. Huang, MD, MPH, Tiffany M. Osborn, MD, Kyle J. Gunnerson, MD, Scott R. Gunn, MD, Stephen Trzeciak, MD, Edward Kimball, MD, Mitchell P. Fink, MD, Derek C. Angus, MD, MPH, R. Phillip Dellinger, MD, Emanuel P. Rivers, MD, MPH for the Society of Critical Care Medicine, American College of Emergency Physicians, Society of Academic Emergency Medicine, Council of Emergency Medicine Residency Directors, and the Emergency Medicine Residents Association. (2005). Critical care medicine training and certification for emergency physicians *Critical Care Medicine* Vol. 33. No. 9.
3. Gavin D. Perkins, Hannah Barrett, Ian Bullock, David A. Gabbott, Jerry P. Nolan, Sarah Mitchell, Alasdair Short, Christopher M. Smith, Gary B. Smith, Susan Todd, Julian F. Bion. (2005). The Acute Care Undergraduate TEaching (ACUTE) Initiative: consensus development of core competencies in acute care for undergraduates in the United Kingdom *Intensive Care Med* 31: 1627-1633.
4. H. Barrett, J. F. Bion. (2005). An international survey of training in adult intensive care medicine *Intensive Care Med* 31: 553-561.
5. Halász, G., Lannert, J. (szerk) (2006). Jelentés a magyar közoktatásról 2006. Országos Közoktatási Intézet, Budapest.
6. S. Hollos, T. Gondos, J. Meszaros, M. Csoka. (2007). Education Program for Advanced Nursing on Acute Care Patients Poster, Cohehre Annual Meeting, Sarajevo, Bosnia-Hercegovina,
7. Kathy S. Magdic, MSN, RN, APRN, BC, Marilyn Hravnak, PhD, RN, APRN, BC, Sharon McCartney, RN, MSN. (2005). Credentialing for Nurse Practitioners An Update *AACN Clinical Issues* Volume 16, Number 1, pp. 16-22.
8. Nancy J. Girard, RN (2004). Perioperative Education-Perspective From the Think Tank *AORN Journal*, november 2004. Vol. 80, Number 5.
9. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápoló és Mentőtiszt képzés tantervei Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2006., 2007.
10. Susan P. Holmes, RN (2004). Implementing a Perioperative Nursing Elective in a Baccalaureate Curriculum *AORN Journal*, november 2004. Vol. 80, Number 5.
11. Tom Ahrens, DNS, RN, CS, FAAN (2005). Evidenced-based Practice Priorities and Implementation Strategies *AACN Clinical Issues* Volume 16, Number 1, pp. 36-42.

Specialist further training in Acute Patient Care Nursing at the Healthcare College of Semmelweis University

Mária Csóka, Dr. Sándor Hollós, Dr. Judit Mészáros, Dr. Tamás Gondos

The authors present their professional, European-standard "Specialist Further Training in Acute Patient Care Nursing" program, which is the fruit of several years of research. The course is a modular one, which employs a competence-based methodology to ensure impartment of the requisite skills.

It differs from previous training courses in that it not only defines the training requirements, but, in the case of every individual subject, it is also specified which tasks the student will be capable of performing upon completion of the given module, and, upon completion of the specialised training course, the specific competencies that the newly-qualified acute nurse will possess.

According to the authors, under this approach the competencies to be attained are matched to the nursing functions, as well as the steps in the nursing process. By presenting the curriculum of this new training program, the authors would like to draw the attention of nurses and ambulance officers to this advancement opportunity, as successful completion of the training course will qualify them to hold positions with independent decision-making competencies in the field of acute nursing care.

Módszertan szoba, mint a „Nyitott Tanácsadó” rendszer működésének modellje

Csatornai Sarolta

főiskolai adjunktus, Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Védőnő Szak

Összefoglaló

A Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán a 2004/05-ös tanévtől az országban egyedülálló lehetőségként teremtődtek meg a védőnő szakos hallgatók gyakorlati oktatásának minőségi fejlesztését szolgáló azon tárgyi és személyi feltételek, melyek lehetővé tették, hogy hallgatóink helyben, az intézmény falain belül kialakított tanácsadóban, valóságos élethelyzetben, várandós mamákkal találkozáskor tudják elsajátítani jövőbeni hivatásuk egyes módszereit. Kompetencia-alapú képzésünk kiindulópontja a védőnői pálya iránti motiváció, amely a pályaválasztási döntésben is szerepet játszik, s ezt egészíti ki a hivatás felelősségét, szépségeit, de ugyanakkor nehézségeit is megláttató elméleti és gyakorlati képzés.

Kulcsszavak: védőnői attitűd, módszertani szoba, Nyitott Tanácsadó

Bevezetés

A Bologna-szellemű felsőoktatás-megújítási munkálatok a védőnőképzésben is tartalmi-módszertani reformot igényelnek. Az Eu-kompatibilis megoldások mind az elméleti, mind a gyakorlati felkészítésben annak az elvárásnak tesznek eleget, hogy a végzett védőnők szakmai kompetenciáik tekintetében felvehessék a versenyt európai kollégáikkal. A képzési reform irányai a minőségkultúra fejlesztését célozzák, az elméletileg és gyakorlatilag megalapozott, hivatáscentrikus védőnői attitűd kialakulását segítik elő.

A Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán a 2004/05-ös tanévtől az országban egyedülálló lehetőségként teremtődtek meg a védőnő szakos hallgatók gyakorlati oktatásának minőségi fejlesztését szolgáló azon tárgyi és személyi feltételek, melyek lehetővé tették, hogy hallgatóink helyben, az intézmény falain belül kialakított tanácsadóban, valóságos élethelyzetben, várandós mamákkal találkozáskor tudják elsajátítani jövőbeni hivatásuk egyes módszereit. Kompetencia-alapú képzésünk kiindulópontja a védőnői pálya iránti motiváció, amely a pályaválasztási döntésben is szerepet játszik, s ezt egészíti ki a hivatás felelősségét, szépségeit, de ugyanakkor nehézségeit is megláttató elméleti és gyakorlati képzés.

Az oktatásnak a gyakorlathoz való közelítése prioritásnak tekintendő mind a képző intézmény, mind pedig a munkaerőpiac szempontjából. Feltétlenül szükségesnek tartjuk, hogy a

főiskola reális képet alakítson ki a hallgatókban a majdani munkakörnyezetük által rájuk váró feltételekről. Lényegesnek tűnik a praxisban dolgozók bevonása is a felkészítésbe, részint a képzés helyszíne és a gyakorló terület együttműködésének javítása érdekében, részint pedig azért, mert az oktatásban résztvevő szakemberek is felelősek /később haszonélvezők!/ a következő generáció elméleti és gyakorlati ismereteinek bővítéséért.

A következőkben a védőnőképzésben modell-értékűnek tekinthető „Nyitott tanácsadó rendszer” szerkezetéről, alapjairól és működtetéséről szólnunk, szem előtt tartva és kiemelve a védőnői hivatásra való felkészítést, a szakmai kompetenciák alapjainak elsajátítását.

A gyakorlati képzés célja

A védőnői szakmai kompetencia alakítására szolgáló gyakorlati képzés konkrét céljai az alábbiak:

- a 90 éves hagyományokkal rendelkező védőnőképzés megfeleltetése az új kihívásoknak, a korszerű egészségmegőrzés és prevenció tanításához hatékony bázis kialakítása;
- a gyakorlatorientált oktatás megvalósítása jegyében hallgatóink professzionális felkészítése, valamint a magas szakmai elvárásokat is kielégítő, pedagógiai és didaktikai módszerek változatos eszköztárát felvonultató „Nyitott Tanácsadó” rendszer működési modelljének kialakítása;

- a védőnői gyakorlatok még nem általánosan bevezetett gondozási metódusának -szakmai protokoll szerinti- megismertetése;
- a pedagógiai - módszertani kultúra korábban alkalmazott elemeinek megújítására irányuló, a hagyományos tanulási technikákon túlmutató megoldások és eljárások keresése;
- olyan magasan képzett szakember generáció képzése, akik tevékenységükkel a családok egészségének megőrzését, illetve a betegségek kialakulásának megelőzését segítik;
- nem utolsó sorban a védőnői hivatás presztízsének növekedéséért a lakosság mind nagyobb elégedettségének szolgálata.

Nyitott Tanácsadó

A „Nyitott Tanácsadó” a képzési struktúrának komplex felkészítést adó terepe. Az Egészségügyi Főiskolai Kar az előírásoknak mindenben megfelelő „Nyitott Tanácsadót” alakított ki (korszerű rendelő, váró, egészségfejlesztő előadások tartására is alkalmas szemináriumi szoba, vizes blokkok, mellékhelyiségek), és biztosította annak teljes felszerelését, a 49/2004. (V.21.) ESZCSM. rendelet mellékletében rögzítettekén túl további eszközökkel is (pl. ultrahang készülék kivetítővel, kardiogram). A Szegedi Rendelőintézet a centrális terhes tanácsadó kvalifikált szakembereit (vezető szülész szakorvos, mentálhigiénés szakvédőnő) bocsátja rendelkezésre.

A széleskörű elméleti alapokon nyugvó és gazdag módszertani eszköztárral dolgozó gyakorlati képzés egyszerre biztosítja a hallgatók számára szükséges ismeretek, valamint szociális készségek megszerzését, ugyanakkor reális élet- és munkatapasztalatokkal is szolgál. A szakmai gyakorlatok elsődleges és alapvető célja a hallgatók ismereteinek, jártasságainak, készségeinek, ill. attitűdjeinek fejlesztése annak érdekében, hogy a választott pályához szükséges kompetenciákat minél teljesebb körben elsajátíthassák. A gyakoroltatás a „cselekedtetve tanítás” módszerére épül. A hallgatók gyakorlatát vezető oktató védőnők egyben szerepmintát is jelentenek a jelöltek számára.

A modellértékű új oktatási forma bevezetésének legfőbb indoka: a magas szintű szakmai elvárások támasztotta követelményekhez csak korszerű, a mindennapok valóságára is felkészítő oktatási módszerek

nyújtanak lehetőséget. Az elméleti órákon (család gondozási módszertan) szerzett ismeretek jártasság és készség szintjére történő fejlesztésének meggyorsítása érdekében minta értékű „Módszertan kabinet” kialakítása látszott célszerűnek.

Tényként kell elfogadnunk, hogy a tanító körzetekben oktató védőnő mellett töltött évközi gyakorlatok helyszíneinek heterogén volta, amelyek olykor az alapellátás minimális tárgyi feltételeit sem biztosítják, nem teszik lehetővé fenti igények megvalósulását. Gyakran csak arra szolgálnak, hogy az önálló védőnői tanácsadást bemutassák, míg a komplex védőnői feladatkör megismerése elmarad.

Köztudott, hogy az egészségügyben zajló strukturális változások eseményei gyakran a munkatársak interperszonális kapcsolatát is előnytelenül befolyásolják. Nem csoda, ha a szegényes műszerezettség, az olykor diszharmonikus kollektív viszony folytán régiókban alig létezik ideális mintakörzet. Az is megállapítható, hogy az adott területen dolgozó szakemberek nem mindig rendelkeznek egyformán magas szintű elméleti és gyakorlati ismerettel, illetve oktatáselméleti tudással. A felsorolt kedvezőtlen objektív és szubjektív körülmények erősítették meg az igényt a védőnő hallgatók módszertan oktatásának megújítására, innovatív kezdeményezések bevezetésére.

Mi várható a módszertan szoba, mint „Nyitott Tanácsadó rendszer” működési modelljéről?

A Nyitott Tanácsadónak a képző intézményben való elhelyezése szupportálja a hallgatói munka értékelését, valamint annak meghatározását, hogy mely területen szükséges a további fejlődés támogatása. Az Egészségvédelmi Tanácsadót modelláló helyiség – felszereltsége révén – alkalmat biztosít egyrészt a szemináriumi foglalkozások megtartására, másrészt néhány Szeged környéki település várandósainak fogadására. Hallgatóink heti 4 órában, intézetben belül, többszörösen ellenőrzött körülmények között ismerkedhetnek meg a várandósgondozás minden részletével.

Ennek következményeként:

- Hallgatóink úgy kerülnek munkaszituációba, hogy közben gyarapítják az oktatás során eddig elért minőségi eredményeiket is.

- Magas színvonalú és sokszínű gyakorlati tapasztalatszerzésre nyílik lehetőség a hallgatók számára, kiváló tereptanárok irányításával (a főiskolai oktatók állandó jelenléte mellett), a képzési célkitűzéseknek megfelelően folyamatos fejlődési lehetőséget kínálva.
 - Használják az eszközöket, a rutin védőnői feladatok ellátását meghaladóan szívhangot hallgatnak, emlővizsgálatot végeznek.
 - Lehetőségük nyílik a gravidákkal történő kommunikációra.
 - Alkalom adódik a szituációs játékokban már kipróbált, majd a folyamatos gondozott-hallgató találkozások során továbbfejlesztett valódi élethelyzetek megismérésére, mely katalizálja az elméleti és gyakorlati tudás integrálódását, a képesítési követelményben vázolt szintek mielőbbi elérését.
- Szakmai kontrollt nyújt és ösztönzi a hallgatókat arra, hogy az adott problémát az ellátás teljes összefüggésében lássák, ne csak részfeladatként észleljék.
- Megtanulják a hallgatók a védőnői munka során használatos dokumentáció szakszerű vezetését.
- Segíti a kreatív gondolkodást, az ismeretek új helyzetben, változó körülmények között történő dinamikus alkalmazását.
- A hallgatók bekapcsolódhatnak a szélesebb populációnak szánt közösségi egészségfejlesztő programokba is. A tanácsadások tanévi megszakításoktól függetlenül folyamatosak. A klasszikus védőnői feladatok ellátása mellett a lakosság számára további lehetőségeket is ajánlunk, bővítve a főiskola és a felnőtt lakosság közötti kapcsolatok körét, erősítve a főiskola imázsát (pl.: a közeljövőben induló szülésre felkészítő foglalkozások, babamasszázs, terhestorna). Utóbbi feladatokban is mód nyílik a hallgatói közreműködésre.

Módszer

Az SZTE Főiskolai Karának Védőnő és Ápoló szakos hallgatói az első és második évfolyamon közös alapú képzésben vesznek részt. Reményeink szerint ez a típusú képzés előkészíti a későbbi team-munkát, javíthatja a szakmák közötti jobb megbecsülést. A harmadik és negyedik évfolyamban a szakági programok keretében kerül

sor a hivatás szakmaspecifikumainak megtanítására.

A várandós gondozás elméleti ismereteit 60 órában, míg gyakorlatát 30 órás blokkban sajátíthatják el a védőnő hallgatók. Az elméleti ismeretek során alkalmazott didaktikai módszerek az előadás, esetelemzés, önálló hallgatói feladatok bemutatása, míg a gyakorlati képzés keretében a valóságos élethelyzetre épülő „modell tanácsadókban” zajló, életközeli szituációk megoldására nyílik lehetőség. A negyedik évben a hallgatók 14 hetet töltenek el –szupervíziókkal- oktató védőnői körzetekben, falun és városban, ahol kipróbálhatják, elmélyíthetik eddig megszerzett készségeiket.

A képzés folyamán az oktatók konzekvensen törekednek az elméleti és gyakorlati ismeretek integratív átadására, melynek sikerességét az utolsó szemesztert követő komplex záróvizsga eredménye jelzi. Az elméleti záróvizsgán esettanulmányok adekvát értelmezését várjuk el a hallgatóktól, míg a gyakorlati megmértetésen a 33/1992.(XII.23.)NM. rendeletben rögzített terhestanácsadás feladatainak bemutatása képezi a képesítés elnyerésének feltételét. A gyakorlati és elméleti óraszámok optimális aránya, valamint a módszertani elemek változatossága a hallgatók választott pályájukra való harmonikus és zavartalan felkészülését célozza.

A meghatározott tematika szerint működő tanácsadó munkájának szervezése, a védőnő hallgatók tevékenységének felügyelete és támogatása központi tevékenységünk, az elvégzett feladatok közös értékelésének szempontjait a következőképpen rögzítettük:

- a szemléltető oktatás és a valódi élethelyzetek kipróbálása, az eredményesség mérése a hallgatók körében (aktivitás, helyzetfelismerés, problémamegoldás, gyakorlati készségek szintje, kommunikáció, esetelemző képesség, stb.);
- folyamatos oktató védőnői kontroll, szituációtól függő azonnali, vagy a feladatsor végén történő verbális utalás a korrekcióra, illetve a teljesítmény megítélésére vonatkozóan,
- az értéktudat változásának mérése és véleményezése (elő- és utóteszt); a hallgatók saját élmény szerzésével összefüggő szakmai biztonságérzetük növekedésének, a preventív szemlélet elmélyülésének, az egészség, mint érték védelmére irányuló megnyilvánu-

- lások kiépülésének követése a leendő védőnők személyiség összetevőiben,
- a szolgáltatást igénybevevők elégedettségi indexének mérése gondozási csoportonként.

A „Nyitott tanácsadó” működésének lehetőségei

A következőkben példaként ismertetjük a „Nyitott Tanácsadó” működéséhez kötött, várandós anyáknak szóló csoportfoglalkozási tematikáját, mint a működtetésben rejlő lehetőségek egyikét.

Felkészítés az anyaság átélésére

Az általunk előre megtervezett, szisztematikusan orientált csoportok olyan gravidákból állnak, akiknek kiválasztására a posztnatális depresszió előrejelzését szolgáló, speciális szorongást mérő kérdőív (Leverton teszt) 55 kérdésének önkéntes megválaszolása után kerül sor.

A foglalkozások témaköreinek kidolgozásánál a résztvevők természetes igényeire, érdeklődésére építettünk, kezdeti visszafogottságára, esetleges bizalmatlanságára is számítottunk. Fontosnak tartottuk a kellemes „munkalétkör” kialakítását, a résztvevők közös hullámhosszra kerülését, a találkozókon való tevékeny részvétel lehetőségének biztosítását.

A csoportfoglalkozások célja

1. A csoportfoglalkozások tárgykörének megbeszélése során a fiatal anyák elképzelései közelebb kerülnek a realitáshoz azért, hogy jobban megismerik a rájuk váró feladatokat, tisztázzák saját képességeiket, hajlamaikat, elvárásaikat, a házastárhoz, partnerükhöz fűződő viszonyukat.
2. Felkészítést kapnak ahhoz, hogy érettebben és kompetensebben kezdjenek életük egyik legszebb és talán legnehezebb feladatához, az anyasághoz.
3. Fórum teremődik a szüléssel, szülő szereppel kapcsolatos vélt vagy valós félelmek megfogalmazására, ahol adekvát válaszlehetőség oldható az ezzel kapcsolatos negatív érzelmek, szorongások, emóciós problémák.
4. A rendszeres csoportülések elmélyítik a gondozottak magasabb egészségkultúra irán-

ti igényét, fokozódhat a primer prevenciók szolgáltatások elfogadásának készsége.

5. Szorosabb szakmai együttműködés veheti kezdetét a védőnők és a társszakmák képviselői között. Hangsúlyosabbá válhat a jelzőrendszer működésének hatékonysága.
6. Ezen intervencióval megerősítést nyer a pozitív mentális egészségügyi támogatás szerepe a „laikus” anyák körében.

A csoportfoglalkozások tematikája

A témablokk 4 foglalkozásból áll. A foglalkozásokon az elméleti ismeretek éppúgy megjelennek, mint ahogy számítunk a várandós anyák tapasztalataira. Fontosnak tartjuk a komfort érzés kialakulását, a csoportlétkör facilitáló erőinek jelenlétét. Az első alkalommal elmondjuk, mit tervezünk a foglalkozás-sorozaton, és a résztvevők kéréseit, ötleteit figyelembe véve alakítjuk ki közösen a végleges programot.

Az első ülés az ismerkedés jegyében telik, de változatos módszereket használva sok ismeretet is szereznek a terhes anyák. A foglalkozás jellemzője a JÉ!-élmény, és a rácsodálkozás mellett az „ismeretbokrok” kezdő elemeinek megjelenése is.

A második foglalkozás a jelen pszichés státusz felvillantásával veszi kezdetét. Minden résztvevőnek lehetősége nyílik az esetleges problémákról, megosztandó negatív gondolatokról is szót ejteni. Fokozott várakozással tekintünk az előző alkalommal szerzett ismeretek reflexiói elé.

Részletes megtárgyalásra kitűzött tárgykör a szülés fiziológiája. Szisztematikusan összeállított, vetített képes előadás segítségével kerül sor az anatómiai és élettani sajátosságok megbeszélésére, kellő időt szentelve a terhesség alatti változásokra, a magzat fejlődésére, a szülésre és annak szakaszaira. Különös tekintettel a pozitív megerősítésre, a helytelen és szorongást, félelmet keltő gondolatok eloszlására. Irányított beszélgetés keretében érintjük a szülés alatti lehetséges fájdalomcsillapítás kérdéskörét. Hangsúlyozzuk a légző és relaxációs technikák szerepét, majd mód nyílik annak ismételt csoportos gyakorlására is.

Kiemelt jelentőséggel bír a szülővé válásra, az anyai és apai szerepekre való felkészülés, az apához fűződő elvárások számbavétele, nem kikerülve a kommunikációs magatartás, az interperszonális kapcsolatok tudatos alakításának lehetőségét. Végül a foglalkozás nyújtotta új ismeretek, előremutató pozitív momentumok áttekintése és felsorolása következik.

A harmadik foglalkozás az előző találkozás óta történtek vázolója jegyében zajlik, az anyatejes táplálás, a szoptatás jelentőségének kiemelt hangsúlyával. Videofilm megtekintése teszi szemléletesebbé a rooming-in ápolási rendszert, annak előnyeit. Szabad interakciók indulnak meg a csoporttagok között a látottak nyomán. Kitüntetett szerepet kap az első emlőre helyezés kérdésköre, a technikai részletek, az emocionális és intellektuális hatások kifejtettségének igényével. Fokozott érdeklődésre tart számot az anyatej összetétele, a szoptatás és kötődés kapcsolata. Kérdésként merül fel a „meddig szoptassunk” problematikája. Taglalásra kerülnek a nehézségek, valamint az ezzel kapcsolatos rendszerek anyát támogató lehetőségei. Ismeret szintjén tájékoztatunk a La Leche, a baba-mama klub mint szervezett közösség mozgalmáról, és a nagy népszerűségnek örvendő babamasszázsról.

A befejezést ezúttal is lazító gyakorlatok kísérik, majd a nap „kulcsszavai” kerülnek rögzítésre a vizuáltáblán.

A *negyedik, összefoglaló ülés* tematikája azokkal a körülményekkel ismerteti meg, melyek a gyermekágyas időszakban sokasodnak. Igény szerinti részletességgel szólnak az érintés fiziológiájáról, biológiai és érzelmi jelentőségéről. Videofilmet tekinthetnek meg az érdeklődő anyák a babamasszázsról. Mód nyílik a film indukálta gondolatok kicserélésére, a felvetődött kérdések megvitatására.

Beszélünk a nem verbális kommunikációs kultúra párkapcsolatban betöltött szerepéről, a nonverbális hatalmának gyermekkori jelentőségéről, annak különböző fejlesztési lehetőségeiről.

A *záró foglalkozás* nemcsak az adott nap szakmai programját, hanem a 12 óra közös élményeit, esetleges hiányosságait is értékeli. Személyenként fogalmazódnak meg az esetleges további kérdések, majd elhangzanak a csoportvezetők adekvát ajánlásai.

Összegezve elmondható, hogy az SZTE Egészségügyi Főiskolai Karának a „Modell Tanácsadó” kialakításával és felszerelésével egy régen tervezett, és hitünk szerint jó ügyet szolgáló, új utakat kereső, vállalkozó kedvű pedagógus team óhaja teljesült.

Az elméleti és gyakorlati ismeretek integrálásán, valamint a hivatásra jól felkészített, munkájukat értő és szerető védőnők képzésén túl lehetőség nyílt a szakmafejlesztés és menedzselés útjainak keresésére, a távlatok és lehetőségek felvillantására is.

A cikk elkészítésével tiszteletünket fejezzük ki néhai Dr. Szél Éva ny. főiskolai tanár, emeritus professzor emlékének, aki segítette, facilitálta az objektum létrehozását, és akinek utolsó kérdései között is szerepelt a Nyitott Tanácsadó működéséről való tájékozódás.

The methodology room as a model for the operation of an “Open Consulting” system

Sarolta Csatornai

At the Healthcare College of the Szeged University of Sciences, from the academic year 2004/05, a unique opportunity arose to improve the quality of practical teaching of Health Visitor students. It became possible for students to meet pregnant women, in real-life situations, in special consulting rooms within the premises of the university. This enabled them to acquire skills that will be indispensable to them in the course of practising their future profession. The basis for this competence-based training program is to strengthen motivation and commitment to the health visiting profession, and this is supplemented by practical training that highlights the responsibilities and rewards of this calling, but also its challenges and difficulties.

Szerzői útmutató

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak.

A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait.

A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

Az eredeti közlemények mellett a kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből esettanulmányokat, elméleti közleményeket, valamint olvasói hozzászólásokat is.

Formai szempontok

Kérjük, hogy

• A kéziratot

- elektronikus szövegszerkesztési eljárással, Microsoft Word *.doc vagy *.rtf kiterjesztésben (rich text formátum) készítse el,
- 12-es betűméretű Times New Roman betűvel,
- 2-es sortávolsággal,
- minden oldalon 1,5 cm széles margóval szerkesztve,
- sorkizárással,
- a bekezdéseket csak „enter” válassza el, és a sorok ne kezdődjenek beljebb,
- szövegstílusként csak „normál” szöveget használjon (a címeket és alcímeket is így írja),
- ha decimális számozást alkalmaz, akkor csak 3 szintet használjon,
- ne legyen a szövegben oldaltörés, szakasztörés.

• A kézirat **terjedelme** ne haladja meg a 15 gépelt oldalt (ez nem foglalja magába az összefoglalót, az irodalomjegyzéket, a függeléket, valamint az ábrákat és a táblázatokat).

• Ábrák és táblázatok

- Word, Excel illetve PowerPoint programok segítségével egyaránt készülhetnek, *.doc, *.rtf, *.xls vagy *.ppt kiterjesztéssel,
- csak fekete-fehér változatban készüljenek (tekintettel arra, hogy a folyóirat jelenleg fekete-fehér nyomással jelenik meg),
- az ábrákat és táblázatokat ne illessze be a szövegbe, csak utaljon rájuk a megfelelő helyen,

- minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban legyen elmentve,
- ügyeljen arra, hogy az ábrák és a táblázatok el legyenek nevezve, és a szövegben is legyen rájuk hivatkozás,
- a kézírathoz összesen legfeljebb 8 (nyolc) ábra és táblázat készüljön, ezek informatívak legyenek, és az adott téma szemléltetését, könnyebb megértését szolgálják.

• A kézirat (formai) szerkezete:

- Általában
 - címlap,
 - összefoglaló,
 - a cikk kézírata,
 - irodalomjegyzék,
 - függelék,
 - ábrák, táblázatok.
- Az **eredeti közlemény** az alábbi szerkezetet kövesse:
 - címlap,
 - összefoglaló
 - a probléma ismertetése,
 - elméleti háttér és felhasznált fogalmak,
 - a vizsgálat célja,
 - vizsgálati módszerek és minta,
 - eredmények, megbeszélés,
 - következtetések/javaslatok,
 - irodalomjegyzék,
 - függelék,
 - ábrák, táblázatok.
- **A címlapon** kérjük feltüntetni az írás címét, a szerző(k) nevét, beosztását, munkahelyét, valamint telefonszámát és e-mail elérhetőségét (az utóbbiakat azért, hogy a szerkesztőség kapcsolatba léphessen a szerzővel)
- **Az összefoglaló** külön oldalra készüljön, maximum 150 szó terjedelemben. *Eredeti közlemény estében az összefoglaló az alábbi szerkezetet kövesse: a vizsgálat célja, vizsgálati módszerek és minta, eredmények, következtetések.*
- **Az irodalomjegyzék** külön file-ban készüljön, alfabetikus sorrendben, számozva kérjük elrendezni.
- Az alábbi **hivatkozási formák** használandók az irodalomjegyzék elkészítésekor:

1. Hivatkozás folyóirat-közleményre:

[szerző] [kiadás éve]. [a közlés címe]. [folyóirat, ahol megjelent], [évfolyam], [szám] [oldal].

Például:

Marosvári, É. (2006). A lélegeztetett beteg gyermek ápolásának súlyponti kérdései. *Nővér*, 19, 4, 3-9.

2. Hivatkozás könyvből (-re):

[szerző] [a kiadás éve]. [a könyv címe]. [kiadó], [a kiadás helye], [a hivatkozás oldalszáma].

vagy

[a szerkesztő neve, utána „(szerk)” megjelölés] [a kiadás éve]. [a könyv címe]. [kiadó], [a kiadás helye], [a hivatkozás oldalszáma].

Például:

Kovács, J. (1999). A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 170-179.

vagy

Buda, B., Kopp, M. (szerk) (2001) Magatartás-tudományok. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 269-277.

- Általános szabály

- a szerző nevét az alábbiak szerint kell írni: vezetéknev után vessző, a keresztnév kezdőbetűje után kitett pont
- két vagy három szerző esetében a szerzők nevét vesszővel kell egymástól elválasztani
- háromnál több szerző esetében a neveket nem kell felsorolni, hanem az első szerző neve után az „et al.” (és mások) megjelölést kell alkalmazni.

- Irodalmi hivatkozásként maximum 25 tétel adható meg.

- Az egyes szerzőkre való hivatkozást a szövegben is fel kell tüntetni. Ha ugyanahhoz a hivatkozáshoz több szerző is tartozik, a szerzőket alfabetikus sorrendben kell felsorolni.

Hova küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe CD-n, 3,5"-es floppy lemezen (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa el a nover@meszk.hu címre.
- Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is. Ennek két változata van (egy szerzős kézirat és több szerzős kézirat), honlapunkon (www.meszk.hu) a NŐVÉR menüpont alatt mindkettő megtalálható és letölthető.

- A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a nover@meszk.hu címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Horváth Mónika szerkesztőségi titkártól.

Mi történik a kézirattal?

- A formai követelményeknek nem megfelelő írást (tartalmi értékelés nélkül) visszaküldjük a szerzőnek átdolgozásra.
- A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak vetjük alá.
- A kéziratról a bíráló(k) véleményének figyelembe vételével a Szerkesztőbizottság dönt az alábbiak szerint:
 - elfogadja közlésre,
 - javításokat, korrekciókat javasol, és ezek megtörténte esetén elfogadja közlésre,
 - a javítások, korrekciók után megismételi a bírálatási eljárást,
 - nem fogadja el közlésre.
- A szerzőt a szerkesztőség értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.
- Az elfogadott cikk felhasználója a NŐVÉR című folyóirat lesz.
- A NŐVÉR cikkei bekerülnek a CINAHL nemzetközi ápolástudományi adatbázisba.

Szerkesztőségi és kiadói kitételek

- A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.
- A cikkeken megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

Szerzői jog és másolás

- Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.
- A megjelent anyagnak - vagy részének - bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.
- A cikket más lapban leközölni, ismételt megjelentetni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet ("Megjelent a NŐVÉR ... év., ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.")

