

# NŐVÉR

## AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2007. december 20. évfolyam 6. szám

## TARTALOMJEGYZÉK

### EREDETI KÖZLEMÉNY

A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon az EU csatlakozáskor  
*Betlehem József dr., Tahin Tamás dr., Warne, Tony dr. prof., Oláh András, Kriszbacher Ildikó dr.,  
Boncz Imre dr. prof., Bódis József dr. prof.* 3

Az ápoló szerepe a krónikus sebek ellátásában  
*Raskovicsné Csernus Mariann, Papp László* 14

**GRATULÁLUNK** 22

### MINŐSÉGÜGY

Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok, III. rész 24

## KÜLDETÉS- NYILATKOZAT

A Nővér folyóirat az ápolás független szakmai orgánuma. Célja, hogy tudományos igényekkel készített írások megjelentetésével elméleti ismeretek átadása mellett a gyakorló szakember tevékenységét is elősegítse. A Nővér a folyamatos betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelően képes 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 (1450 Budapest, Pf. 214.) 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.6. December 2007

## CONTENTS

## ORIGINAL CONTRIBUTION

The impact of work on the well-being of hospital nurses in Hungary at the time of EU accession  
 Betlehem, J., Tahin, T., Warne, T., Oláh, A., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J. 3

Nurse's roles in chronic wounds care  
 Raskovics-Csernus, M., Papp, L. 14

CONGRATULATIONS 22

QUALITY ASSURANCE  
 Hungarian standars for healthcare provision 24

## Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

## Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

## Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József  
egyetemi docensKárpáti Zoltán  
ápolási menedzserOláh András  
adjunktusSzloboda Imréné  
ápolási igazgatóTóth Ibolya  
szakmai vezető főtanácsosDr. 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 214., H-1450 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

# A munka hatása a kórházi ápolók jóllétére Magyarországon az EU csatlakozáskor

**Betlehem József dr.**

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

**Tahin Tamás dr.**

főiskolai tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,  
Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet

**Warne, Tony dr. prof.**

egyetemi tanár, University of Salford, Manchester, United Kingdom

**Oláh András**

adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,  
Ápolás és Betegellátás Intézet Ápolástudományi Tanszék

**Kriszbacher Ildikó dr.**

egyetemi docens, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,  
Ápolás és Betegellátás Intézet Klinikai Tantárgy Koordinációs Tanszék

**Boncz Imre dr. prof.**

egyetemi docens, c. egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar,  
Diagnosztika és Menedzsment Intézet Egészség-gazdaságtani,  
Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék

**Bódis József dr. prof.**

egyetemi tanár, MTA doktora, dékán, intézetigazgató, Pécsi  
Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolás és Betegellátás Intézet

## Összefoglaló

Az ápolók jólléte egyre fontosabb szerepet játszik nemcsak személyes, mindennapi életvitelükben, hanem az egészségügyi ellátást megvalósító intézmények hatékony működése tekintetében is. A fizetett munka teszi ki a fejlett nyugati társadalmak polgárai ébren töltött idejének javarészét, így hát korántsem mindegy, hogy a munkaszervezet miként befolyásolja akár az ápolók jóllétét is. Az emberek egy része nem csak a munkahelyén lát el feladatszerű tevékenységeket, hanem az élet munkahelyen kívüli területein is, különösen a lakóhelyén vagy a családjában. Valamennyi társas helyzet nem kevés stressz forrása, mely mentális és fiziológiai történéseken alapulva alakítja az egyén jóllétét, egészségi állapotát. Célunk, hogy megvizsgáljuk a munkakörnyezet hatását az ápolók jólléti állapotára a fizetett és nem fizetett munkaszervezetben.

**Módszerek:** A mintában hat, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karával kapcsolatban álló oktató-kórházban közvetlen betegellátásban (ágy mellett) dolgozó 796 ápoló véleményét vizsgáltuk, egy nagyobb felmérés részeként. A keresztmetszeti vizsgálat önkitöltő kérdőíves módszerrel történt, mely során a munkával összefüggésbe hozható igénybevétel, kontroll és támogatás dimenzióknak az ápolók jóllétével való összefüggését vizsgáltuk. A statisztikai elemzéshez MS SPSS 11.0 szoftvert alkalmaztunk.

**Eredmények:** Az ápolók jóllétét (pozitív és negatív) a munkaszervezet egyértelműen befolyásolja. A vizsgált ápolók jóllétét jelentős mértékben pozitívan befolyásolja mind a munkahelyi, mind a munkahelyen kívüli támogatás mértéke. A magas munkahelyen kívüli (otthoni) támogatás nagyobb hatást fejt ki az ápolók jóllétére, mint a munkahelyi támogatás.

**Következtetések:** A munkahelyi vagy akár azon kívüli (otthoni) keretek között végzett munka során jelentkező negatív hatások (mentális és pszichés) kivédésében az otthoni támogatásnak jelentős szerepe van. A munkával összefüggő egészség-fejlesztésnek ki kell térni nemcsak a fizetett munkahelyekre, hanem a munkán kívüli társas dimenziókra is.

**Kulcsszavak:** fizetett és nem fizetett munka, kórházi ápolók, munka-stressz

## Bevezetés

A munka meghatározó szerepet játszik az emberek mindennapi életében. Nem csak a növekvő mértékű fizetett munka uralja egyre inkább az emberek életét, hanem a nem fizetett (otthoni, családi, stb.) munka is, ami nagyon sok társadalomban még „láthatatlan” jelenségnek számít (Lewis, 2001; 2003).

Az egészségügyi szektorban, különösen az ápolásban dolgozók számára a nem fizetett munka hatása még nagyobb jelentőségű. Az ápolóhiány és a nagyfokú pályaelhagyás az ápolók között a világ számos országának munkaerő-piacán jól ismert jelenség. Az ápolást, mint egy rendkívül stresszel teli, az ápolók életminőségére sok kockázatot hordozó szakmát tartják számon, különösen a betegágy mellett dolgozók körében (Hasselhorn et al, 2003).

Az ápolók munkajellemzőit vizsgáló tanulmányok sokasága foglalkozik az egészségügyi ellátás minőségével, a kórházi szervezet összetettségével, a menedzselésének nehézségével, valamint az ápolók elégedettségével. A kórházi szervezetek munkakörülményei a világ legtöbb fejlett országában elég megterhelők, ami feltehetőleg kihat az ápolók jólléti állapotára, a betegellátásra és az egészségügyi szervezetre. Számos közleményből ismerjük az ápolás munkaegészségügyi hatásait, melyek egy része fizikai egészségkárosodás valamely fokában, míg más része mentális következményekben jelentkezik. A munkahelyi stresszel foglalkozó irodalom bőségesen tárgyalja a fizikai és mentális hatásokat, azonban az ápolói munka világának hatását szervezetelméleti megközelítésből kevesen vizsgálták (Karasek, 1979; Seplaki et al, 2004; Marmott & Theorell, 2001; Cohen et al, 2007).

Ha kórházi ápolók között dolgozunk, gyakran halljuk tőlük, hogy nagy teher nehezedik rájuk a betegellátásban, kevés a lehetőségük a munkájuk önálló tervezésére és szervezésére, megerőltetőnek érzik a munkát, sokszor nagyon fáradtak a műszak végére. Ezen szubjektívnek ható gondolatok mögött azonban érdemes olyan munkajellegzetességeket keresni, melyek valamilyen mértékben képesek magyarázni a tényleges történéseket, illetve hozzásegítenek a megterhelő helyzet elviseléséhez, vagy megoldásához (Wiederszal-Bazyl et al, 2003).

Több kutató már felfedezett és leírt számos pszichológiai és szociológiai tényezőt, melyek hozzájárulhatnak általában a stressz-teli munkavégzéshez és a „veszélyes” környezethez. A pszichológiai és szociológiai tényezőknek fiziológiai szinten is köze lehet kedvezőtlen egészségi állapotok kialakulásához, végső soron a mortalitási mutatók romlásához (Cannon, 1914; Seligman, 1975; Selye, 1976, Lazarus & Folkmann, 1984). Ma már nyilvánvaló, hogy a magas vérnyomás, a kardiovaszkuláris betegségek, elhízás, depresszió, muszkulo-szkeletális elváltozások hátterében is megfigyelhető valamilyen fokban a stressz (Karasek & Theorell, 1990; Sauter & Murphy, 1995). A krónikus stressz populációméretű hatásainak vizsgálata a biomarkerek használatának bevezetésével, és szofisztikált statisztikai eljárások segítségével az elmúlt évtizedekben lehetségessé vált, melyekből a munkakörnyezet hatásairól kaphatunk lényeges információkat (de Jonge et al, 1999; Schnall et al, 2000).

Azok a tanulmányok, melyek a szervezet szintjén kezdték vizsgálni a problémát, új aspektusba helyezték az egyént érő stressz szerepét, hisz kimutatták a szervezeti jellemzők és a szervezetben dolgozók munkajellemzői közötti összefüggéseket (Karasek, 1979). A mindennapokban előforduló stressz csökkentése, valamint az egészség fejlesztése egyre fontosabb kell, hogy legyen az élet minden területén, a munkahelyen, a lakóhelyen, és a családban. Mégis a munkahelynek kitüntetett szerepe lehet a stressz és jólléti állapot szempontjából, mivel az időnk nagy részét itt töltjük el, a legtöbb környezeti és társas hatás itt ér bennünket. Kézenfekvő tehát, hogy a jólléti állapot valamint a stressz vizsgálatoknak is ez legyen az egyik meghatározó színtere (Petersen, 1999).

A munkahelyi szervezetekben a foglalkozások jellemzői jól vizsgálhatók, elemezhetők, a felelősségi körök, feladatok pontosan körülírhatók, gyűjthetők adatok a környezeti jellemzőkről és nem utolsósorban számos embert érintenek, így a köztük lévő viszony is tetten érhető (Karasek et al, 1982). Tudományos bizonyítékok támasztják alá, hogy a munkahelyi szervezet képes megváltoztatni a stresszre adott válaszokat, így formálni az egyén jóllétét (Siegrist, 2004).

A szervezetek tanulmányozása során Karasek és munkatársai előbb két, majd egy harmadik

munkaszervezeti jellemzőt figyeltek meg és írtak le, melyek képesek a szervezetekben dolgozók egészségét, jóllétét befolyásolni, és ezzel megalakítottak egy új modellt. Ez a modell nem más, mint az igénybevétel, kontroll és támogatás (demand-control-support; DCS) modell. A XX. század második felében alkotott modellek közül De Lange és munkatársai (2003) az ezredforduló legjobbjaként tartják számon ezt a munkahelyi feszültség modellt (job strain model), melyet Karasek dolgozott ki (1979) és „igénybevétel-kontroll” (demand-control) vagy DC modell néven vált ismertté és meghatározóvá a 80-as évek munkahelyi egészség pszichológiájában.

### Mit jelent az igénybevétel a munka fogalmában?

A modell megalkotásának első fázisában arra a jellegzetességre figyeltek fel a kutatók, hogy a munkából eredő igénybevétel meghatározó szereppel bír, amit mítikusan eddig is szoktak emlegetni. A gyárakban dolgozó munkásokat vizsgálva a megterhelés hatásait sikerült kimutatni egy sor stresszre jellemző biomarker emelkedésével, mint a megnövekedett katekolaminok és glükokortikoidok szintjével, vagy a szisztolés vérnyomás emelkedésével (Johansson et al, 1978; Johansson, 1991; Frankenhauser, 1991; Marmot et al, 1991). A hormonszintek emelkedése nem csupán néhány órán keresztül a munkaidő végéig tartott, hanem tartósan meg is maradt, bizonyítva ezzel a munkahelyi tényezők elhúzódó hatását élettani folyamatokon keresztül. A hosszan fennálló magas igénybevétel következtében a krónikusan fennálló stresszhelyzet eredményeként a normál élettani folyamatok csak elhúzódóan álltak helyre (Johansson et al, 1978). Például a kortizol szintje még a következő nap kezdésre sem állt vissza a normál szintre és a szokásos diurnális ritmusok hosszú időre megszűntek. Más tanulmányok arra világítanak rá, hogy ún. áthúzódozó effektus tapasztalható a munkahelyi problémák következtében, mint csökkent fizikai aktivitás a szabadidőben, élvezeti szerek megnövekedett használata, és csökkent közösségi aktivitás. (Karasek & Theorell, 1990; Sluiter et al, 2000; Seplaki, 2004; Schnall et al, 2000; Johnson 1991).

A tanulmányok olvasásakor azonban szembeűnik, hogy az igénybevétel fogalmában sokan a fizikai összetevőkre helyezik a hangsúlyt, míg mások

a pszichológiai összetevőknek tulajdonítanak nagyobb jelentőséget. Az a néhány kutató, aki megpróbálta a kettő közötti összefüggést tisztázni, arra jutott, hogy bizonyos esetekben a pszichológiai (mentális) igénybevétel a fizikai munka képes ellensúlyozni, azonban ennek a mértéke rendkívül egyénfüggő (Van der Doof et al, 1999).

### Mi a kontroll szerepe a munkában?

A kontroll hiányát stressz-kutatók régóta összefüggésbe hozták az egészségi állapottal (Kasl, 1989). Érdemes megjegyezni, hogy a Whitehall tanulmány is igazolta, hogy a munkában rejlő kontroll lehetősége a morbiditás és mortalitás egy szignifikáns előjelzője volt, meghatározóbb erővel rendelkezett, mint maga a jövedelem (Marmot et al, 1991). Ez a tanulmány, mely a 70-es években készült brit közszolgálati alkalmazottak körében, erőteljes növekedést mutatott minden halálloki mortalitás tekintetében, de különösen a kardiovaszkuláris halálozás esetén, a munkahelyi hierarchia csökkenésével. A gradiens megmutatta a szervezeti hierarchiában meglévő kontroll mennyiségét is, vagyis a szervezetben valaki minél magasabb pozíciót töltött be, annál kisebb volt az esélye az idő előtti halálozásra. Ez a tanulmány brit körökben is figyelemreméltónak számított és hiteles volt, kiküszöbölve más anyagi természetű közreható változókat, hisz a brit közszolgálati dolgozók már akkor is a szervezet minden szintjén jól fizetettnek számítottak és viszonylag kis munkaegészségügyi kockázatot hordozó irodákban dolgoztak, vagyis toxikus gázok, szegényes védőruházat, alultápláltság nem magyarázhatta az egészségi állapotuk, jóllétük változását.

A munkahelyi igénybevétel és a munka feletti kontroll tehát képes hatást gyakorolni az egészségi állapotra és a jóllétre, azonban a két munkahelyi szervezeti jellemző hatása sokszor keveredik és egymásra is jelentős hatást gyakorolnak. Néhány kutató inkonzisztenciát talált az előbbi jellemzők interakciói során, aminek részletesebb elemzésével kiderült, hogy fogalmi, értelmezési eltérések okozzák az esetleg ellentmondásos eredményeket, vagyis sokszor az igénybevételt túlterhelésként, a kontrollt pedig átlag alatti terhelésként tekintették, ami nem a helyes értelmezés. (Landsbergis, 1988)

További érdekes megközelítést jelentettek azon kutatók eredményei, akik a nagy igénybevételű és

alacsony kontrollt rejtő munka együttes hatását vizsgálták otthoni és munkahelyi tényezők tükrében (Wharton, 1995; Hall, 1992). Néhány tanulmány a rossz, megterhelő otthoni és munkahelyi tényezők együttes hatásának szinergista hatására hívta fel a figyelmet (Hochschild, 1989).

### **Hogy határozzák meg a támogatást a munka fogalomkörben?**

A munkahelyi szervezetek jellemzésében ma már, mint egy harmadik dimenzió, a társas támogatásnak is bizonyítottan jelentős szerepe van, ami képes bizonyos negatív szervezeti hatásokat ellensúlyozni (Bliese & Castro, 2000). A társas támogató rendszernek az egészségi állapotban betöltött jótékony szerepét is bizonyították (Hous et al, 1990). A társas támogatás egyértelműen összefügg az egyén jóllétével. A társas támogatás egyrészt érzelmi folyamatok révén ragadható meg: van valaki, akivel beszélhet; másrészt tényleges családi, baráti ismerősi segítséget jelent, pl.: valamilyen feladat elvégzésében segít. A munkahelyen a felettes és a munkatársak támogatása is az egészségi állapot jelentős meghatározója. Érdekes módon a felettes hozzáállása nagyobb stresszforrást jelent, mint a közvetlen munkatársé (Johnson, 1991; Wong et al, 2001). Az új háromdimenziós modell eredményei nagyon hasonlítanak a korábbi modell eredményeire.

## **Az ápolók jólléte**

A korábbi munkaegészséggel kapcsolatos kutatások javarészt a krónikus stressz és a krónikus megbetegedések (tünetegyüttesek), mint pl. a metabolikus szindrómák egyértelmű összefüggéseire mutattak rá, melyeket a hipotalamo-hipofizeális-adrenereg rendszer aktivációja tart fenn, amit számos markerrel lehet mérni, ilyenek például a hormonok és a gyulladáshoz kapcsolódó markerek. (Sluiter et al, 2000; Seplaki, 2004) Ez a gondolkodásmód igazolja a már korábban is ismert krónikus stressz és egészségi állapotváltozások közötti összefüggéseket: depresszió, élvezeti szerek túlzott használata, elhízás, magas vérnyomás, izom-vázrendszeri sérülések, fertőzések, karcinogenezis, vagy korai öregedés (Karasek & Theorell, 1990; Schnall et al, 2000; Johnson, 1991).

Az ápolók körében végzett eddigi tanulmányok jelentős részben azt vizsgálták, hogy miként hat a

fizetett munka környezet az egészségi állapotukra, elsősorban a fizikai ártalmak, pl. emelés, sérülések, gyógyszertervezések, pályaelhagyás. Néha a tanulmányokban szereplő minta mérete sem elégséges a komplex tanulmányozáshoz. A legtöbbet eddig az ápolók egészségi állapotáról a Nurses' Health Study-ból tudjuk meg.

Az ápolói munkaerő döntő részét a fekvőbeteg ellátó osztályokon női dolgozók teszik ki. A nők társadalomban betöltött szerepe még mindig hordoz olyan jegyeket, melyek elvárják a nőktől, hogy nagyobb mértékben vegyenek részt a nem fizetett, családi vagy otthoni tevékenységekben. Mostanáig a releváns szakirodalomban egyetlen tanulmány sem vizsgálta a kórházakban közvetlen betegellátásban dolgozó ápolók fizetett és nem fizetett (otthoni) munkájának kettős hatását és annak az ápolók jóllétére gyakorolt befolyását. Ezért az ápolók közérzete, életminősége (well-being) fontos tényező lehet abban, hogy az ápolók a közvetlen betegellátásban a pályán maradjanak.

A társadalom vagy a személyek szubjektív jólléte nemcsak azért fontos, mert boldogság és elégedettség szükséges a jóléti társadalomhoz, hanem mert a nyugati társadalmakban az emberek is meghatározónak tartják eme értékeket. Ugyanakkor kutatási eredmények azt is bizonyítják, hogy pozitív következményei lehetnek a magas szubjektív jóllétnek nemcsak az egészségre nézve (pl. az elégedettek és boldogok hosszabb ideig élnek), hanem a munka területén (több pénzt keresnek, jobb munkaerőt jelentenek) és a személyes kapcsolatok területén is (szociálisabbak, kreatívabbak) (Diener et al. 1997; Diener & Biswas-Diener, 2000). Az egyének, így az ápolók és a társadalom szubjektív jólléte nem független egymástól: az ápolók magas szubjektív jólléte hozzájárulhat az ellátottak és ezáltal az egész társadalom jóllétének növeléséhez. Természetesen ez visszahat az ápolókra is, és így növekedhet az ellátottak, a társadalom minden egyes tagjának boldogsága és elégedettsége.

A közhiedelemmel ellentétben a fizikai egészség csak nagyon kis pozitív hatással bír a szubjektív jóllétre, annál nagyobb a hatása a szubjektív egészségre, vagyis arra, ahogyan az emberek értékelik saját egészségüket (Diener, 1984; Veenhoven, 1996, 1997).

## Az ápolók jólléte Magyarországon

A munka fizikai egészségre gyakorolt hatásával ápolók körében Magyarországon viszonylag keveset foglalkoztak, jóllehet a munka és az egészségi állapot összefüggését számos munkahigiéne tárgyú tanulmány igazolja (Hegedűs, 1998; Pikó, 2000). Az ápolók munkája – különösen a betegágy mellett műszakban dolgozók esetében – gyakorlati tapasztalataink alapján sok tekintetben megerőltető, és az emberekkel való foglalkozás lelki aspektusai a mindennapok megélésében sem elhanyagolhatók. Célszerű lenne tehát olyan elméletet keresni, amely meg tudja mutatni, hogy a munka miként befolyásolja az ápolók mindennapjait, az ápolói hétköznapi jólétet.

### Minta és módszerek

Egy nagyobb tanulmány részeként kvantitatív kutatási eljárások alkalmazásával kialakítottuk a DCS modell tesztelésére szolgáló keresztmetszeti felmérést az ápolók jóllétének szempontjából. Az I. ábra szemlélteti a DCS modell lényegi mondanivalóját, vagyis a különböző munkahelyzetben lévő ápolói csoportokat.

A mintát 1305 fő, közvetlen betegellátásban dolgozó nő ápoló alkotta az ország hat, a Pécsi

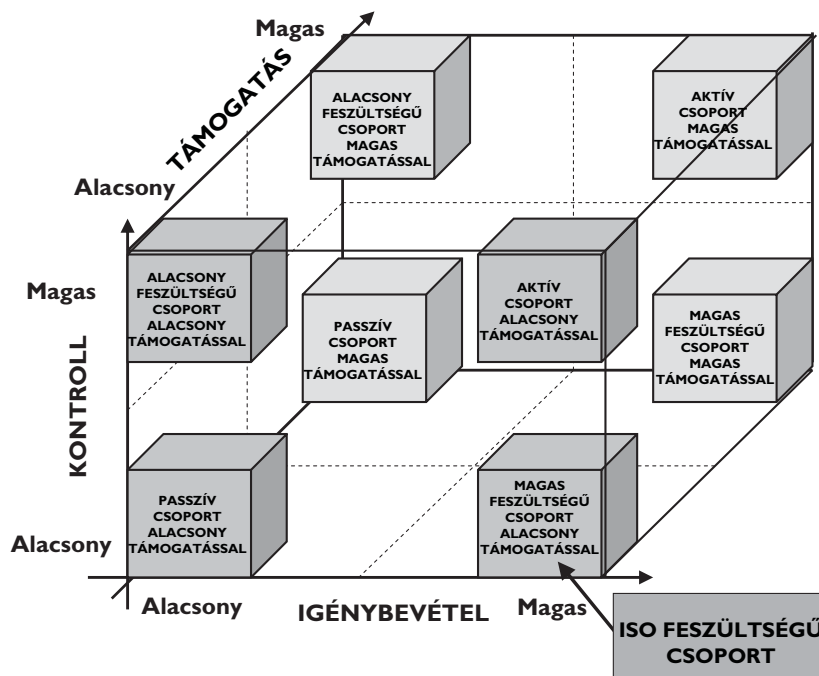
Tudományegyetem Egészségtudományi Karral kapcsolatban álló oktató kórházából. Kutatási asszisztensek segítettek a kérdőívek kiosztásában 2003-ban. A DCS modell igénybevételt, kontrollt és támogatást jelző dimenzióinak mérésre használt skálákat a kérdőív tételei alapján állítottuk össze faktor analízis segítségével.

A tételek faktorálhatóságát „principal component analysis”-sel ellenőriztük, mely két statisztikai eljárást foglalt magába: „Bartlett’s test of Sphericity” (Bartlett, 1954) (elfogadhatósága:  $p < 0.05$ ) és a „Kaiser-Meyer-Okin’s (KMO)” (Kaiser, 1970) (ahol az index elfogadhatósága kisebb volt, mint 0,06) (Pallant, 2001; Tabachnick & Fidell, 2001). A faktor súlyok meghatározására „Principal Axis Factoring” eljárást alkalmaztunk, legalább 3 tétel megléte esetén.

A jóllétet az Érzelmi Egyensúly Skála (Affect Balance Scale) (Bradburn, 1969) tételeivel mértük a magyar környezetre adaptálva, a korábban említett megbízhatósági statisztikai szempontok szem előtt tartásával. A tételekre a választ háromfokozatú skálán kértük, ahol a három a gyakran, az egy pedig a soha fogalmakat jelentette meg.

Mindkét változó csoport esetében a skálák megbízhatóságának tesztelésére a Cronbach alfa koefficienszt használtuk, ahol a 0,6 és afölötti értéket fogadtuk el.

I. ábra: Az iso-feszültség modell Johnson és mtsai (1991) alapján



A tesztelt modellben közreható változóként az életkort, családi állapotot, iskolázottsági hátteret, és a krónikus betegségek meglétét vagy hiányát vizsgáltuk.

Az adatokat lineáris regresszióval elemeztük és a munkakörnyezet ápolók jóllétére gyakorolt hatásának bemutatása érdekében a kapott eredményeket rendszerezetten közöltük (1. ábra).

### Főbb eredmények

Kevés tanulmány foglalkozik az ápolók egészségi állapotával a fizetett és nem fizetett munka kontextusában (Walters et al, 1996). Nemcsak a Nyugat-Európai országokban, hanem hazánkban is az ápolásról elmondható, hogy javarészt nők végzik (Forrás: ETI, 2004), amit az általunk választott minta is jól tükröz. Az ápolónőknek gyakran szembe kell nézni egy második, nem fizetett munkával, ami elsősorban olyan „nem látható” tevékenységeket takar, amelyek feleségi, anyai, házasársi, vagy a családtagot ellátó gondozói szerepekből fakadnak

**I. táblázat: A vizsgált kórházi ápolók főbb szociodemográfiai adatai (n=796)**

Átlag életkor (év) (SD)	35,36 (9,33)
Képzettség (fő)	
Egyetemi (Okleveles ápoló)	2
Főiskolai (Diplomás ápoló)	76
Középfokú (Ápoló)	718
Családi állapot (fő)	
Férjezett (partnerrel él)	489
Nem házas	307
Műszakos rend (fő)	
Mindig nappalos	127
Három műszakos	184
Két műszakos	485
Munkahely (osztály) (fő)	
Belgyógyászat	340
Sebészet	204
Intenzív	154
Gyermek	98
Krónikus betegségek megléte (fő)	
Igen	568
Nem	228

(Simon et al., 2004), amit saját vizsgálatunk is megerősített.

A fizetett és nem fizetett munkának az ápolói lét és az egyéni életminőség megélésére gyakorolt hatása jobb megértése érdekében a vizsgálat első fázisa 61%-os válaszadási arányt hozott. A vizsgálat eredményeként 796 olyan ápolót sikerült megkérdezni, akik közvetlen betegellátásban dolgoztak, több mint egy éve. (1. táblázat)

A jelen tanulmányban alkalmazott megközelítés túlmegy a korábbi Johnson és mtsai (1991) féle DCS modellen, kiterjesztve a vizsgálat fókuszát az otthoni nem fizetett környezetre is. Hasonló ápolói csoportok kerültek kialakításra, nem csak a fizetett, hanem a nem fizetett munkában is egy megközelítőleg homogén magyar ápolónői mintán.

Először az igénybevétel és a kontroll dimenziók mentén létrehozott négy ápolói csoporton futtattuk a lineáris regressziós modellt. Valamennyi csoportot a magas feszültséget hordozó csoporthoz viszonyítottuk, akiknél az igénybevétel magas és a kontroll alacsony. Ez a csoport tekinthető a legrosszabbnak, mivel ők vannak a legnagyobb egészségkárosító, életminőséget romboló hatásoknak kitéve (Wharton & Erickson, 1995; Hall, 1992). A korábban képezett négy csoportnál a szociális támogatás dimenzió beemelését követően keletkezett nyolc csoporton (igénybevétel-kontroll-támogatás) külön lineáris regressziós modell került kialakításra. Valamennyi csoportot az iso-feszültség csoporthoz hasonlítottunk, ahol a magas igénybevétel mellett, alacsony kontroll és társas támogatás volt a jellemző. (Johnson, 1991). (2. táblázat, 3. táblázat)

A kutatásban az első lineáris regressziós modell eredményeit elemeztük. Kiderült, hogy az ápolók alacsony feszültségű csoportjában (alacsony igénybevétel és magas kontroll) mind a fizetett és a nem fizetett munkakörnyezet szerepet játszik a jóllétükben a magas feszültségű (magas igénybevétel és alacsony kontroll) csoporthoz viszonyítva. Az aktív ápolói csoportban (magas igénybevétel és magas kontroll) valószínűleg csak a pozitív jóllétükben találunk szignifikáns hatást. A passzív csoportban lévő ápolóknál (alacsony igénybevétel és alacsony kontroll) inkább a negatív jóllétük megélésében találunk változást.

2. táblázat: Lineáris regressziós modell a fizetett munka és a jólléti állapot kapcsolatára

Munkafeszültség a fizetett munkában (N=796)	Pozitív jóllét		Negatív jóllét	
	(adj. R <sup>2</sup> =0.071)		(adj. R <sup>2</sup> =0.086)	
	Beta	Sig	Beta	Sig
<b>Modell 1</b>				
Passzív csoport	0.131	<b>0.001</b>	-0.142	<b>0.000</b>
Aktív csoport	0.082	<b>0.037</b>	-0.048	0.222
Kis feszültségű csoport	0.298	<b>0.000</b>	-0.211	<b>0.000</b>
<b>Modell 2</b>	(adj. R <sup>2</sup> =0.074)		(adj. R <sup>2</sup> =0.087)	
Passzív/kis támogatás	0.055	0.149	-0.89	<b>0.020</b>
Passzív/nagy támogatás	0.160	<b>0.000</b>	-0.137	<b>0.001</b>
Nagy feszült./nagy tám.	0.053	0.211	-0.028	0.503
Kis feszült./kis tám.	0.130	<b>0.001</b>	-0.056	0.142
Kis feszült./nagy tám.	0.324	<b>0.000</b>	-0.240	<b>0.000</b>
Aktív/kis támogatás	0.055	0.174	-0.039	0.338
Aktív/nagy támogatás	0.110	<b>0.010</b>	-0.056	0.184

<sup>a</sup> A modellek kontrollja: életkor, családi állapot, iskolai végzettség, krónikus betegségek megléte.

3. táblázat: Lineáris regressziós modell a nem fizetett munka és a jólléti állapot kapcsolatára

Munkafeszültség a nem fizetett munkában (N=796)	Pozitív jóllét		Negatív jóllét	
	(adj. R <sup>2</sup> =0.096)		(adj. R <sup>2</sup> =0.112)	
	Beta	Sig	Beta	Sig
<b>Modell 1</b>				
Passzív csoport	0.065	0.085	-0.137	<b>0.000</b>
Aktív csoport	0.201	<b>0.000</b>	-0.049	0.189
Kis feszültségű csoport	0.320	<b>0.000</b>	-0.282	<b>0.000</b>
<b>Modell 2</b>	(adj. R <sup>2</sup> =0.071)		(adj. R <sup>2</sup> =0.132)	
Passzív/ kis támogatás	0.058	0.144	-0.048	0.214
Passzív/ nagy támogatás	0.100	<b>0.014</b>	-0.226	<b>0.000</b>
Nagy feszült./nagy tám.	0.101	<b>0.026</b>	-0.120	<b>0.007</b>
Kis feszült./kis tám.	0.229	<b>0.000</b>	-0.192	<b>0.000</b>
Kis feszült./nagy tám.	0.342	<b>0.000</b>	-0.327	<b>0.000</b>
Aktív/kis támogatás	0.160	<b>0.000</b>	-0.010	0.781
Aktív/nagy támogatás	0.201	<b>0.000</b>	-0.129	<b>0.002</b>

<sup>a</sup> A modellek kontrollja: életkor, családi állapot, iskolai végzettség, krónikus betegségek megléte.

A társas támogatás dimenzió fontos szerepet játszik a tanulmányban, mind a fizetett, mind a nem fizetett munka vonatkozásában. Úgy tűnik, hogy a támogatás jelentős hatást gyakorol a jóllét megélésére mindegyik csoportban, függetlenül attól, hogy a támogatás magas vagy alacsony. A nem fizetett (otthoni) munkában a támogatásnak nagyobb hatása van az otthoni életben, mint a munkahelyen végzett munkában. Az interjúkból kiderült, hogy a „felettesi és kollegiális támogatás” és „a lehetőség az önfejlesztésre” a leggyakoribb formái a munkahelyen megélt támogatásnak, míg „az otthoni személyközi viszonyok” ugyancsak gyakran befolyásolják a jóllétet. Ez látszott különösen abban az esetben is, ha a nem fizetett otthoni munkában kapott támogatás magasabb, ami mind a pozitív, mind a negatív jóllét dimenziót képes befolyásolni. Ez valamennyi csoportban ugyancsak látható (passzív, aktív, alacsony és magas feszültségű csoportok).

Általában mindegyik csoportban a magas támogatás jelentős hatást gyakorol a jóllét mindkét dimenziójára. Az alacsony támogatás azonban nem mutat hasonló szabályszerűséget.

A munkahelyi magas támogatás a nagy feszültséget átélő csoportban (magas igénybevétel és alacsony kontroll) az ápolók körében a jóllétüket nem befolyásolta, de az otthoni magas támogatásnak mindkét jólléti dimenzióra hatása van.

A különböző fizetett és nem fizetett regressziós modellek együttes hatásainak vizsgálatára egy

közös lineáris regressziós modellt alkalmaztunk, mely megmutatja a munka legfontosabb és legerősebb dimenzióit. (4. táblázat)

A magas otthoni támogatás a jóllét mindkét dimenziójára gyakorolt hatását a legnagyobb feszültséget megélt ápolók körében tapasztalhatjuk.

A közös lineáris regressziós modellből az is kiderült, hogy az aktív (magas igénybevétel és magas kontroll) ápolói csoportban azok, akik magas támogatást kapnak mindkét munkakörnyezetben, az otthoni támogatást fontosabbnak érzik. Az otthoni támogatás kétszer olyan fontos számukra, mint a munkahelyi. Azok az ápolók, akik a magas feszültséget megélt csoporthoz tartoztak (magas igénybevétel, alacsony kontroll), és megfelelő otthoni támogatásban részesültek, kiegyensúlyozott-ságról számoltak be.

Azok az ápolók, akik az alacsony igénybevételű és alacsony kontrollú munkakörnyezetben (passzív csoport) dolgoztak, és alacsony támogatást kaptak a munkahelyen vagy otthon, a jóllétükben sem a pozitív, sem a negatív dimenzióban nem éltek meg változást. Azonban ugyanebben a csoportban, ha a támogatás elég erős volt az otthoni vagy a munkahelyi környezetben, a jóllétükben változást könyvelhettek el. Az otthoni támogatásnak a negatív jóllét megélés ellensúlyozásában, míg a munkahelyi támogatásnak a pozitív jóllétre van hatása.

Amint azt a szakirodalom is ismerteti, azok az ápolók akik, alacsony feszültségű környezetben

**4. táblázat: Közös lineáris regressziós modell a fizetett és nem fizetett munka, valamint a jólléti állapot összefüggésére**

Együttes lineáris regressziós modell	Pozitív jóllét				Negatív jóllét			
	Munkahely		Otthon		Munkahely		Otthon	
	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	Sig	Beta	Sig
Passzív/kis támogatás	0,031	0,399	0,041	0,299	-0,066	0,073	-0,038	0,332
Passzív/nagy támogatás	0,127	<b>0,002</b>	0,077	<b>0,054</b>	-0,086	<b>0,033</b>	-0,209	<b>0,000</b>
Nagy feszült./nagy tám.	0,054	0,191	0,104	<b>0,020</b>	-0,030	0,467	-0,118	<b>0,008</b>
Kis feszült./kis tám.	0,091	<b>0,017</b>	0,181	<b>0,000</b>	-0,019	0,609	-0,163	<b>0,000</b>
Kis feszült./nagy tám.	0,262	<b>0,000</b>	0,281	<b>0,000</b>	-0,169	<b>0,000</b>	-0,288	<b>0,000</b>
Aktív/ kis támogatás	0,026	0,513	0,158	<b>0,000</b>	-0,031	0,438	-0,006	0,871
Aktív/ nagy támogatás	0,090	<b>0,030</b>	0,200	<b>0,000</b>	-0,033	0,423	-0,125	<b>0,002</b>

dolgoznak (alacsony igénybevétel és magas kontroll) az életminőségük valamennyi vizsgált dimenziója meghatározó számukra.

### Következtetések

A munkának rendszerint a fizetett részével foglalkoztak az eddigi kutatások. Általánosan elfogadott azonban, hogy munkának tekintjük nem csak a fizetett munkát, hanem a nem fizetett rejtett munkát is, ami magába foglalja a háztartási és gyermekgondozási munkát, valamint az önkéntes munkát is. Applebaum (1992, p. 1) azt állítja, hogy „a munka olyan, mint egy gerincoszlop, ami rendszerezi az emberek életét, azt, hogy miként teremtenek kapcsolatot materiális és társadalmi valósággal, és miként érnek el státuszt és önértékelést”. Általában a fizetett munkát találták fontosnak az életminőség szempontjából. Azonban a fizetett munka csak egy aspektusa az életnek, és egy hegynyi bizonyíték áll rendelkezésre ahhoz, hogy belássuk, a sokszoros szerepek számos forrását szolgáltatják az életminőségnek. (Barnett, 1998; Edwards & Rothbard, 2000; Ruderman et al, 2002).

Az irodalmi áttekintés során kiderült, hogy a választott DCS modell nagy gyakorlati megvalósíthatósággal és munkahelyi alkalmazhatósággal rendelkezik (Theorell, 1998), és ehhez hasonlóan kutatásunk során mi is ezt tapasztaltuk. A modern munkában jelentkező igénybevételt tekintve a „passzív” és a „nyugodt” munkahelyek kiszorulnak, ami kétféle foglalkozás megjelenéséhez vezethet: a kontroll magas vagy alacsony, azonban mindkettőben nagy igénybevétel van jelen (Belkic et al, 2000).

Az iso-feszültség az ápolók jóllétére és ezen keresztül az egészségi állapotára komoly veszélyeket képes hordozni, amit a fizetett munka hatásairól az Egyesült Államokban 33698 fő munkában álló ápolónők körében végzett vizsgálat is bizonyított. A magas feszültségű csoportban a dolgozók kisebb vitalitásról és mentális egészségről, komolyabb fájdalomról, valamint megnövekedett fizikai és mentális akadályozottságról számoltak be, mint azok, akik az aktív csoportban voltak. (Amick et al, 1998).

Korábbi, foglalkozási stresszel kapcsolatos kutatások vizsgálták a fizetett munkát, főleg férfiakon,

megállapítva, hogy az otthon végzett munka kevésbé stresszteli, mint a fizetett munka. Újabb kutatások vizsgálták, hogy a különböző foglalkoztatási típusok és a családi szerepek (nem fizetett munka) miként hatnak a nők egészségi állapotára. (De Koninck, 1984).

A háztartási hosszú munkaórák fásultságot, depressziót és más betegségeket okozhatnak (Killien & Brown, 1987). Danna és Griffin (1999) fogalmi keretükben egy komplex képet festenek az egészségi állapot és a munkahelyi hatások összefüggéséről. Az otthoni élet számos aspektusát illesztették be az elméletükbe, utalva a nem munkából származó elégedettség fontosságára, azonban nem hangsúlyozták azt, hogy az otthoni környezetben végzett munka befolyásolja a munkavállalók egészségét és jóllétét.

Ez a kutatás különleges abban a tekintetben, hogy a magyarországi, közvetlen betegellátásban dolgozó ápolók között az eddig még nem vizsgált fizetett (otthoni) és nem fizetett (munkahelyi) munkakörnyezet együttes hatását kívánja vizsgálni. A vizsgálat rávilágít a munkaszervezetek számos olyan aspektusára, melyeket a jövőben az egészségügyi munkahelyeken figyelembe lehet venni.

További vizsgálatok szükségeltetnek az itt kapott eredmények longitudinális vizsgálattal történő megerősítésére, különösen a DCS modellnek a nem fizetett munkában és más szektorban történő alkalmazási lehetőségére. A jövőbeni kutatásoknak nagyobb hangsúlyt kell helyezniük a munkaszervezet okozta hatások kompenzálására annak érdekében, hogy az ápolókat a pályán tartsák.

A jövőben a korábban ismertetett eredmények alapján új munkahelyi irányelveket kellene kidolgozni és alkalmazni, figyelve a munkahelyi munka jellegére: igénybevétel, munka feletti kontroll és a társas támogatás tekintetében.

A felmérés eredményei olyan információt szolgáltatnak, melyek hozzájárulhatnak a bizonyítékokon alapuló egészséges munkahelyi stratégiák kialakításához, annak érdekében, hogy előmozdítsák az ápolók egészségét, életminőségét és szorgalmazzák a kormányzati irányelvek kidolgozását.

## Irodalomjegyzék

1. Amick BC, Kawachi I, Coakley HE, Lerner D, Levine S, Colditz AG. (1998) Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24;1:54-61.
2. Applebaum PD. (1992) *The concept of Work: Ancient, Medieval, and Modern*. Alabny, NY: State University of New York Press.
3. Barnett RC. (1998) Toward a review and reconceptualization of the work/family literature. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 124:125-182.
4. Bradburn NM. (1969) *The structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine.
5. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller EG. (2007) Psychological Stress and Disease. *Journal of the American Medical Association*, 298;14:1685-1687.
6. Danna K, Griffin RW. (1999) Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25;3:357-384.
7. De Lange AH, Taris TW, Kompier MAJ, Houtman IRD, Bongers PM. "The very best of the millennium": Longitudinal research and the demand-control-(support) model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8:282-305.
8. de Jonge J, van Breukelen G, Landerweerd J, Nijhouis F. (1999) Comparing group and individual level assessments of job characteristics in testing the job demand-control model: a multi-level approach. *Human Relations*, 52:95-122.
9. Diener E, Biswas-Diener R. (2000) New directions in subjective well-being research: The cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.
10. Edwards JR, Rothbard NP. (2000) Mechanisms linking work and family: clarifying the relationship between work and family constructs. *Academy of Management Review*, 25:178-199.
11. Hall E. (1992) Double exposure: the combined impact of home and work environments on psychosomatic strain in Swedish women and men. *International Journal of Health Services*, 22:239-58.
12. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH. (eds) *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. Stockholm: Elanders Gotab, 2003.
13. Johansson G, Aronsson G, Lindstrom B. (1978) Social psychological and neuroendocrine stress reactions in highly mechanized work. *Ergonomics*, 21:583-99.
14. Johansson G. Job demands and stress reactions in repetitive and uneventful monotony at work. In: Johnson J, Johansson G, eds. *The psychosocial work environment*. New York: Baywood, 1991.
15. Johnson J. Social support and job strain. In: Johnson J, Johansson G, eds. *Psychosocial work environment: work organization, democratization and health*. Amityville (NY): Baywood Publishing; 1991.
16. Karasek R, Theorell T. *Health work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
17. Karasek RA. (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24:285-308.
18. Kasl K. An epidemiological perspective on the role of control in health. In: Sauter SL, Hurrell J, Cooper C. (eds.) *Job control and worker health*. London: Wiley; 1989. p. 161-89.
19. Landsbergis P. (1988) Occupational stress among health care workers: a test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behaviour*, 9:217-39.
20. Lewis S. (2003) The integration of paid work and the rest of the life. Is post-industrial work the new leisure? *Leisure studies*, 22:343-355.
21. Pikó B. (2000) Job satisfaction and dissatisfaction in Hungary: nurses' opinion of their profession in a changing society. *Journal of Nursing Administration*, 30;10:452-473.
22. Schnall P, Belkic K, Landbergis P. (eds.) *The workplace and cardiovascular disease. State of the art reviews*. Philadelphia: Hanley and Belfus. 2000;15:1.
23. Simon M, Kummerling A, Hasselhorn HM. (2004) Work-home conflict in the European nursing profession. *International*

- Journal of Occupational Environmental Health, 10:384-91.
24. Van der Doef M, Maes S. (1999) The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work Stress*, 13:87-114.
25. Walters V, Lenton R, French S, Exles J, Mayr J, Newbold B. (1996) Paid and unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Social Science and Medicine*, 43:1627-36.

**The impact of work on the well-being of hospital nurses in Hungary at the time of EU accession**

Betlehem, J., Tahin, T., Warne, T., Oláh, A., Kriszbacher, I., Boncz, I., Bódis, J.

*The well-being of nurses is an increasingly important factor, not only in determining the quality their own, everyday lifestyle, but also with respect to the efficient operation of the healthcare institutions in which they work. Paid work accounts for most of the waking life of the citizens of developed western societies, and therefore the effect that this has on the well-being of employees, including nurses, is important. Some people perform task-like activities not only in their place of work, but also in areas of life that are unrelated to their jobs, especially in the home or with the family. All social situations are sources of considerable stress, which, based on the mental and physiological events that occur, determines the individual's state of well-being and health. Our aim is to examine the impact of the working environment on nurses' state of well-being, in the context of both paid and unpaid work.*

**Methods:** We examined the opinions of a sample consisting of 796 nurses working in direct (bedside) patient care at six teaching hospitals affiliated with the Health Sciences Faculty of Pécs University, as part of a broader survey. The cross-section study was performed using a self-completion questionnaire, through which we examined the correlation between the nurses' state of well-being and the job-related workload, control and support dimensions. For the statistical analysis we used MS SPSS 11.0 software.

**Results:** The well-being of nurses is clearly influenced (both positively and negatively) by the organisation in which they work. The well-being of the surveyed nurses was considerably improved by the level of support received both at work and outside of the workplace. A high level of support outside the workplace (at home) had a greater impact on the nurses' well-being than support provided at work.

**Conclusions:** The level of support received at home plays an important part in protecting against negative (mental and psychological) impacts arising at work or even outside the workplace (at home). Occupational health promotion measures should take into account not only the aspects related to the place of paid employment, but also to the social dimensions existing outside the workplace.

**Keywords:** paid and unpaid work, hospital nurses, work stress

## Tisztelt Olvasóink!

A 2008-as évi 3. számunkban a REHABILITÁCIÓ témakörével kívánunk foglalkozni. Ezért várjuk az ilyen témájú kutatásaikat, cikkeiket 2008. március 31-ig.  
(A kéziratok – hasonlóan a többi beküldöthöz – szakmai bírálaton esnek át.)

# Az ápoló szerepe a krónikus sebek ellátásában

**Raskovicsné Csernus Mariann**

osztályvezető főnővér, Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház, Általános Sebészet Gyula,  
PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

**Papp László**

tanársegéd, SZTE ETSZK Ápolási tanszék, Szeged  
PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

## Összefoglaló

A közleményben a szerzők az ápolás történetének és az ápolói szerep változásainak az áttekintésével próbálnak meg választ adni arra, hogy az ápolás milyen módon képes reagálni a kompetenciaszintek újragondolását jelentő kihívásra.

Az ápolás története szorosan kapcsolódik az orvoslás történetéhez. Célja minden időben a beteg ember egészségének visszaadása, gondozása volt. Fejlődésében az adott történelmi korszak társadalmi összefüggései befolyásoló hatással voltak.

A szerzők a sebellátás történetét, s ezzel együtt az ápoló szerepvállalását az egyes történelmi korszakok vázlatában mutatják be.

Röviden kitérnek az ápolás és az orvoslás etikai viszonyára is, melyben fel kívánják hívni a figyelmet, hogy a kompetenciaszintek módosításával az orvos-ápoló kapcsolat átértékelése válik szükségessé.

Végül a szerzők egy igen jelentős szakápolói problémán – a nyomási fekély prevenciója és ellátása – keresztül mutatják be ennek gyakorlati megvalósulási lehetőségét. Külföldi példákat követve decubitus nővérek, sebkezelő nővérek orvosi felügyelet mellett, koordináló funkcióban végezhetnék a krónikus sebek ellátását.

**Kulcsszavak:** ápolástörténet, otthonápolás, nyomási fekély, sebkezelés

## Bevezetés

„Múthet majd a nővér?” címmel jelent meg a közelmúltban egy cikk egy neves napilapban. A médiára jellemzően túlzások is hangot kaptak a cikkben, azonban a létrejöttét kiváltó ok elgondolkodtató. A kormány tíz éves programot dolgozott ki az egészségügyi dolgozók helyzetének javítására vonatkozóan, melyben egyik kulcsmomentum a kompetenciaszintek újragondolása. Ennek egyik folyamánként merül fel, hogy a szakdolgozók olyan feladatokat is elvégezhetnének ún. licenc vizsga teljesítését követően, melyek eddig orvosi feladatkörbe tartoztak.

A Magyar Orvosi Kamara honlapján Dr. Bálint András a következőt említi: „Angliában a körzeti ápolók, megfelelő képzettség és gyakorlat birtokában (nurse practitioners) önállóan rendelhetnek minden, a háziorvos által felírható gyógyszert – kivéve a kábítószer”.

A felvetett kérdések tükrözik az ápolás gyakorlatában meglévő zavart, mely kedvezőtlen hatással van az orvos-ápoló kapcsolatra.

## Történelmi előzmények

### 1. Kezdetleges kultúrák (Kr.e. 4000 előtt)

A korai történelem előtti időkből talált barlangrajzok, régészeti leletek tanúskodnak a sérülések, törések ellátásáról. Valószínűleg az ősemberek az állatoktól tapasztalták a sebek tisztításának módszereit. Megfigyelték például, hogy a csimpánzok folyóvízben mossák ki, a kutyák nyalogatják sebeiket, a gorillák füvet tömnek a sérüléseikbe (Mayer, 1999). Tapasztalataikat lassan gyűjtötték össze, a véletlen, a kísérlet, valamint az utánzás voltak a fejlődés mozgatói, megfigyeléseiket egymásnak adták át (Mayer, 1988). Az ápolást ösztönösen végezték.

### 2. Ókor, korai civilizációk (Kr.e. 4000 – Kr.u. 476)

Az egyiptomi ókori kultúrából származó Edwin-Smith papirusz (i.e. 1600) tartalmaz a sebkezeléssel kapcsolatos leírásokat. Ezek szerint a sebet borral mosták ki, majd zsírban és mézben

áztatott vászondarabokkal fedték. Alkalmazták a sebek drainálását, valamint gyógynövényeket alkalmaztak a sebek fertőtlenítéséhez (Mayer, 1999).

Mezopotámiában a nem gyógyuló betegségeket, nyomorúságokat, így a nehezen gyógyuló sebeket is a főisten büntetésének tekintették, melyre Hamurabbi törvénykönyvében is találhatunk utalást (Balázs, 2002).

A zsidó hagyományokban található gyógykultúrákban a betegséget isteni büntetésnek tekintették, (Balázs, 2002) így a krónikus, nem gyógyuló betegség nagy bünt jelentett. A fekélyek ellátására gyógyító növényeket (pl. fügepépet) használtak (Mayer, 1988).

A dél-amerikai maya és az azték, valamint az indiai kultúrákban igen fejlett volt a sebellátás. A sebeket alaposan tisztították, vatta és kaucsukkötésekkel, valamint kúszónövények levelével védtek, a gennyes, mérgezett sebeket drainálták.

A klasszikus görög kultúrában nem tekintették a betegségek kialakulását természetfelettinak, „racionális, naturalisztikus, sőt tudományos szempontok szerint vizsgálták őket” (Mayer, 1999). Hangsúlyozták a tisztaságot, a sebeket folyó-, lehetőleg forró vízzel vagy borral mosták ki. Előnyben részesítették a száraz sebkezelést, a gyógyszereket csak a seb környékére tették.

Az ókori Rómában orvostudományról csak Kr.e. II. századtól beszélhetünk. Addig a betegségek legfőbb orvoslói az istenségek voltak (Pl. Uterina, Scabies, Dea Febris stb.). A Kr.e. I. században a kisázsiai Asklepiades kedvelt sebtisztítószer volt a bor. Celsus (i.e. 20 - i.sz. 40) makacs fekélyek és fistulák esetén a kimetszést javasolta. A nyugalom fontosságát hangsúlyozta a sebkezelésben a De Medicina című művében. Galenus (131- ~210) a rendszeres sebellenőrzést, a sebtisztítást és a kötőscserék fontosságát emelte ki.

A kora ókori kultúrákban sebzés főként sérülés következménye volt. A sebek ellátását férfiak végezték. Az ápolási folyamatra utalnak a papiruszok, agyagtáblák feliratai, valamint a Védák sebész könyve (Susruta Samitha) is (Buda, 1994). Az otthoni környezetben lévő betegekről a családtagok vagy az „ápolók” gondoskodtak.

Az ókori görögöknél és rómaiaknál voltak kórházszerű intézmények, melyek egyrészt vallási, kultikus szemlélettel bírtak, másrészt pedig betegek ápolására is szolgáltak.

A korai kereszténységgel a könyörületesség, jótekonyság jelent meg az ápolás gyakorlatában. A keresztény szegénygondozás és betegellátás a di-

akonisszák intézményeiben, szerzetesrendekben, kolostorokban történtek. Ide hajléktalanok, elhagyott idős emberek, leprások kerültek. Az ápolás önként vállalt tevékenység volt. A család ápolást, gondoskodást végző tevékenysége továbbra is megmaradt. Nagy hangsúlyt fektettek a betegek tisztaságára (fürdők), valamint kényelmük biztosítására.

Az ápolás fejlődése nagyban függött attól az igénytől, hogy az orvosnak milyen segítségre volt szüksége, és feladataiból mennyit volt hajlandó átruházni az ápolóra. Erre utal Hippokratész (Kr.e. 460-377) Illem könyvének részlete is:

„Bízd meg egyik tanítványodat, olyat, aki képes az instrukciókat nehézség nélkül végrehajtani, és képes a kezelést megfelelőképpen végezni. Válassz ki olyan valakit, aki már megkapta a bevezetést a szakma rejtelseibe, hogy minden olyan dolgot el tudjon végezni amire szükség van, és hogy a kezelést biztonsággal megtudja adni, ő azért van ott, hogy megakadályozza, hogy olyan dolgok, melyek a vizitek között történnek, elsikkadjanak.” (Buda, 1994)

### 3. Középkor (476-1492)

A Krisztus utáni évszázadokat az orvostudomány hanyatlása jellemezte. A gyógyítás központjai a kolostorok lettek, s tevékenységüket az egyházi befolyás határozta meg. A szerzetesi medicina korában (az 1150-es clermonti zsinatig) a papi orvosok, valamint a laikusok többnyire a koproterápia hívei voltak, a fekélyeket földigilisztával, a friss sebeket pókháló, égetett ruha hamuja és tehénürülék keverékével kezelték (Mayer, 2000).

A sebészet és sebkezelés fejlődésében a keresztény középkorban az arab orvoslásnak nagy szerepe volt, akik a fistulák, phlegmonék és a carbunculusok kezelésével részletesen foglalkoztak.

Az 1170-es években Frugardi sebtisztításra bort és aromatikusan anyagokat használt. Borgognoni (1205-1298) alkoholos borogatásokat alkalmazott a sebgyógyulás elősegítésére.

A diakonissza intézmény a középkor folyamán fokozatosan visszafejlődött, azonban újabb egyházi férfi és női szerzetesrendek (pl. Bencések, Szent Erzsébet Nővérek) alakultak, melyek betegellátással is foglalkoztak. A kor jellegzetessége volt a hadi ápoló rendek alakulása (pl. János-lovagok, Német lovagrend, Templárius lovagrend, Szent Lázár rend). A világi ápolók kórházakban teljesítettek szolgálatot.

Az ápolás fő tevékenységi köre a szegények és

betegek ellátása, árvák felügyelete volt. A kor jellegzetessége volt a leprások, majd pestises betegek ellátása, gondozása, mely teljes odaadást, az ápolót sem kímélő gondozói munkát igényelt.

#### 4. Újkor (1492 után)

A XV. század második felében elindult anatómiai gondolkodás térhódításával (da Vinci, Vesalius) a sebészet új korszaka kezdődött. A modern sebészet atyjaként említik a francia Ambroise Paret (1571-1590), aki bevezette a sebkezelés emberséges és helyes módszerét: az addig használt forró olaj helyett a rózsavízzel, terpentinnel, kútvízzel történő sebtisztítást alkalmazott.

A XVIII. században a sebészeti szakma jelentősen felértékelődött, megnőtt a sebészet színvonala és ezáltal társadalmi megbecsültsége. Bekerült az egyetemi szintű oktatás tananyagába.

A sebészet fejlődésében igen nagy jelentősége volt a skót John Hunternek (1728-1793), aki különbséget tett elsődleges és másodlagos sebgyógyulás között, és vizsgálta a granulációs szövet szerepét a sebek gyógyulásában (Mayer, 2001).

A XIX. századig a sebészet kezdetleges gyógy mód maradt, mivel a műtét okozta fájdalom és a sebfertőzések a betegek életét veszélyeztették (Dlustus, 1976).

Az 1840-es években Wells, Morton, Simpson neveihez kapcsolódik az altatás felfedezése.

Semmelweis Ignác (1818-1865) elrendelte a szülészeti beavatkozások előtti klórvizes kézmosást, mellyel jelentősen hozzájárult a sebkezelés fejlődéséhez. Lister (1827-1912) a sebeket 2,53%-os karbolsavoldattal öblítette, Friedrich (1789-1846) Rivanol-oldatot, 12%-os chloramint és 3%-os hyperolt használt sebtisztításra. Az 1800-as évek második felében Reverdin és Thiersch a kialakult fekélyek kimetszését és a friss seb transzplantátummal történő fedését javasolták.

A XX. század elején több irányzat alakult ki a gennyes sebek kezelésére vonatkozóan. Wagner illóolajokat, jód-, cink- és higanytartalmú készítményeket használt. Löwen a beteg saját vérével, Löhr A-vitaminnal gazdag csukamájolajjal, Klapp Rivanol-oldattal, Carrel Na-hyperchlorid oldattal öblítették a gennyes sebet. Nagy népszerűségnek örvendett Bier hyperaemizáló kezelése, melyben a sebek környezetében leszorításokkal, vagy kémiai ingerekkel vérbőséget idézett elő.

A korabeli kimutatások alapján a sebgyógyulási zavarok kezelése már a század elején is komoly kiadásokkal járt, s ezért az 1940-es évektől egyre

nagyobb hangsúlyt fektettek a krónikus, nehezen gyógyuló sebek ellátására. Előzetes kutatásokon alapulva különböző módszereket alkalmaztak sebkezelésre. Így 1936-ban Robison nagy allantoin-tartalmú emberi vizeletet, Ladányi-Pongrácz-féle terápiaként penicillinnel és a beteg vérével átítított gézlapot használt. Az elhalt szövetek eltávolítása már a gyakorlat alapját képezte, azonban enzimaktivitású készítményeket (pl. kollagén) ekkor kezdtek el alkalmazni. (Mayer, 2001)

Kutatásokon, megfigyeléseken alapuló új terápiás eljárások, módszerek és készítmények jelentek meg a sebek, krónikus sebek kezelésével kapcsolatosan, melyek az orvostudományon kívül más természettudományi ágazatokra is épültek.

Az újkorban az ápolás még a középkorhoz hasonlóan alakult, a legfőbb ellátásra szoruló kör a szegényekből tevődött össze. Mai értelemben véve a szociális ellátáson alapuló egészségügyi ellátás jellemezte ezen évszázadokat, melyben a szegényügy központi kérdésként, az ellátottak szervezett formában történő gondoskodását helyezte előtérbe.

1629-ben Szt. Louise de Marillac kidolgozta az első nővérképző programot, melyben a hallgatóknak kórházi, és az otthoni ápolásban, illetve betegellátásban egyaránt gyakorlatot kellett szerezni. A kórházi betegellátásban és a sebesültek ellátásában a Páli Szent Vince Szeretetleányai, az Irgalmas Nővérek emelhetők ki. Korabeli tudósítás szerint: „Nehéz ezt az önmegtagadást elképzelni, amit a Quebec-i és a Montreal-i kórházi apácák tanúsítanak. A majdnem teljes orvoshiány miatt ők viselték az egész terhét a betegápolástól a sebesültellátásig. Ők voltak a jótékonyág mintaképei, amelyből a római egyházban sok más példa is van.” (Buda, 1994)

A XIX. század elején a kórházi ápolók fő tevékenysége a sebek tisztítása, kötözése, a betegek ellátása (etetés, itatás, fürdetés, haj-, körömvágás), gyógyszerek megadása és a halottellátás mellett a szennyes ruha mosása, tiszta ruhák javítása, takarítás volt. Az ápolási rutinműveleteket az ápolók az idősebbektől tanulták meg.

Az orvostudomány fejlődése mind inkább felkeltette az igényt a jobb ápolás, illetve az ápolóképzés iránt. Bécsben 1812-ben, Berlinben 1832-ben létesült nővériskolák tanfolyamai már vizsgával záródtak. (Mészáros, 1998)

Az ápolás, mint hivatás ébredése Florence Nightingale (1820-1910) nevéhez fűződik. A „Jegyzetek a hadseregről”, „Jegyzetek az ápolásról” és a

„Jegyzetek a kórházakról” című műveiben tapasztalatait írta meg, a rend és a higiéné, az ésszerűség és a rendszer elemzésein kívül erkölcsi tanítást is adott. A Nightingale-iskolákban az elmélet és a gyakorlat szoros kapcsolatát hangsúlyozták.

Nightingale munkássága túlnőtt a kórházak falain. „Látogató ápolói” modelljén alapulva szervezettek alakultak, melyek az otthonukban fekvő betegeknek nyújtottak segítséget. (Farkas, 2003)

Az ápolás fogalma kibővült. Már nemcsak az orvosi utasítások végrehajtását és a beteg testi és pszichés szükségleteinek kielégítését jelentette, hanem mindazon körülmények megteremtését, amelyek az egészség helyreállításához szükségesek.

Az ápoló „kórházi háztartási alkalmazottból” lassanként az orvos nélkülözhetetlen munkatársa lett, aki nemcsak végrehajtja az orvos utasításait, hanem a beteg szaksterű, folyamatos megfigyelésével kiegészíti az orvos tevékenységét.

Az egészséges oktatás érdekében 1899-ben, Londonban megalakult az Ápolónők Nemzetközi Tanácsa (International Council of Nurses).

Az USA-ban 1920-ban megindultak az első főiskolai diplomás szülésznő és ápolóképző programok, 1969-től pedig az egyetemi végzettséget adó ápolóképzés.

Magyarországon 1989 óta működik főiskolai, 2000 óta egyetemi szintű ápolóképzés.

## Etikai kérdések az ápoló-orvos kapcsolatban

Az ápolás történetének korai időszakában az ápolás és az orvostudomány egymástól függetlenül fejlődött. A XVIII-XIX. század fordulóján kialakult modern kórházakban már szükség volt képzett ápolókra, ami indukálta az ápolás képzésének intézményrendszerét. Az ápolói személyzet helyzete nagymértékben különbözött az orvosi személyzet helyzetétől. Az ápolás az orvosok és a kórházi adminisztráció kettős irányítása alatt fejlődött. Feladatkörében az orvosi utasítások teljesítése is tartozott/tartozik, melyek teljesítésének felelőssége az orvost terhelte. Ennek folyamán alakult ki az orvosokban az a szemlélet, mellyel az ápolóra alárendelt munkatársként tekintenek. Ez az alárendeltségi tudat, valamint az oktatás ilyen irányú tendenciája megtanította az ápolókat, hogy alkalmazkodók

legyenek. Az ápoló-orvos kapcsolatban ez az alá-fölérendeltségi tudat korlátozza a két szakma közötti együttműködést.

Az orvos és az ápoló munkakapcsolatában alapvető morális érték az együttműködés, de a teammunka nem csökkenti az ápoló önálló felelősségét.

Napjainkban átértékelésre kerülnek az ápolói tevékenységek határai. Ezek szükségessé teszik az ápolói gyakorlat újragondolását, mely próbatétel elé állítja az orvos – ápoló kapcsolatot.

## Ápolói kompetencia a nyomási fekély prevenció és terápia területén

Londonban, 1996-ban alakult meg a decubitus prevenciójával és terápiájával foglalkozó európai szintű tudományos szervezet, az EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). A szervezet célul tűzte ki maga elé az európai együttműködés és konszenzus kialakítását a decubitus megelőzése és gyógyítása területén, a rizikófelmérés módszereinek fejlesztését és standardizálását, valamint európai ápolási standard javaslatok kidolgozását és terjesztését.

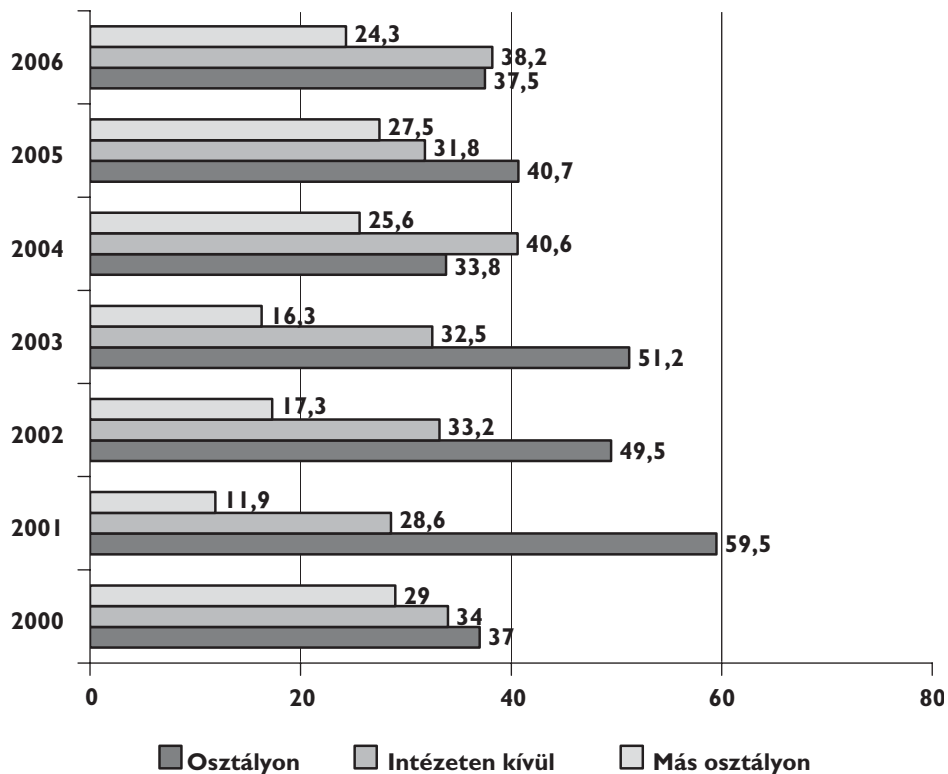
Az EPUAP irányelveit alapul véve hazánkban konszenzus, majd szakmai protokoll született arról, hogy a decubitus prevenció területén a rizikófelmérés végzése és dokumentálása ápolói, a mozgásállapot felmérése gyógytornászi, a tápláltsági állapot felmérése pedig dietetikus kompetencia körébe tartoznak.

Diagnosztikai, klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok orvosi indikációra történő végzése szakdolgozói kompetencia. A decubitus prevenció tervezése és kivitelezése önálló ápoló kompetenciaként került meghatározásra.

A felfekvés kezelésében a gyógytorna, fizioterápiás kezelési terv végzése gyógytornászi és ápolói kompetencia, szövődményes esetben orvosi konzultációt igényel, míg táplálásterápiás terv készítése kezelőorvossal konzultált dietetikus kompetencia. A decubitus fokozatának meghatározása orvosi feladatként megjelölt, ellátása az orvosi rendelés vagy az általa jóváhagyott kezelési terv szerint történhet.

A fenti kompetenciaszint ismertetésből látható, hogy a multidiszciplináris együttműködésnek

I. ábra: A felfekvések kialakulásának megoszlása 2000–2006 években (%)



kifejezett szerepe van a nyomási fekély megelőzésében és kezelésében egyaránt. Ezen együttműködés koordinálását a gyakorlatban már tevékenykedő „decubitus nővérek” végzik, akik a prevenció eszközök igény szerinti elosztását, a felfekvés mindegyik stádiumában történő ellátását irányítják, továbbképzéseket szerveznek az adott intézményben, s ezeken kívül incidencia és prevalencia tanulmányokat végezve tájékoztatják a menedzsmenetet a megelőzés és kezelés hatékonyságáról. (Gulácsi, 2000)

A gyulai Pándy Kálmán Kórházban évek óta végzett decubitus monitorizálás adatait vizsgálva látható, hogy a kezelt felfekvések egyharmada intézetben kívülről érkezett (I. ábra). Hasonló adat, 32 % található Friesz T. – Farkas A. (2004) felmérése szerint a decubitus a beteg otthonában történő kialakulására vonatkozóan.

A nyomási fekély ellátása azonban épp a sebgyógyulásának jellege (hosszú időt vesz igénybe), valamint a költségigényessége miatt túlnő a kórházi intézmény keretein. A betegek otthonukba, vagy szociális otthonba kerülnek. (2. ábra)

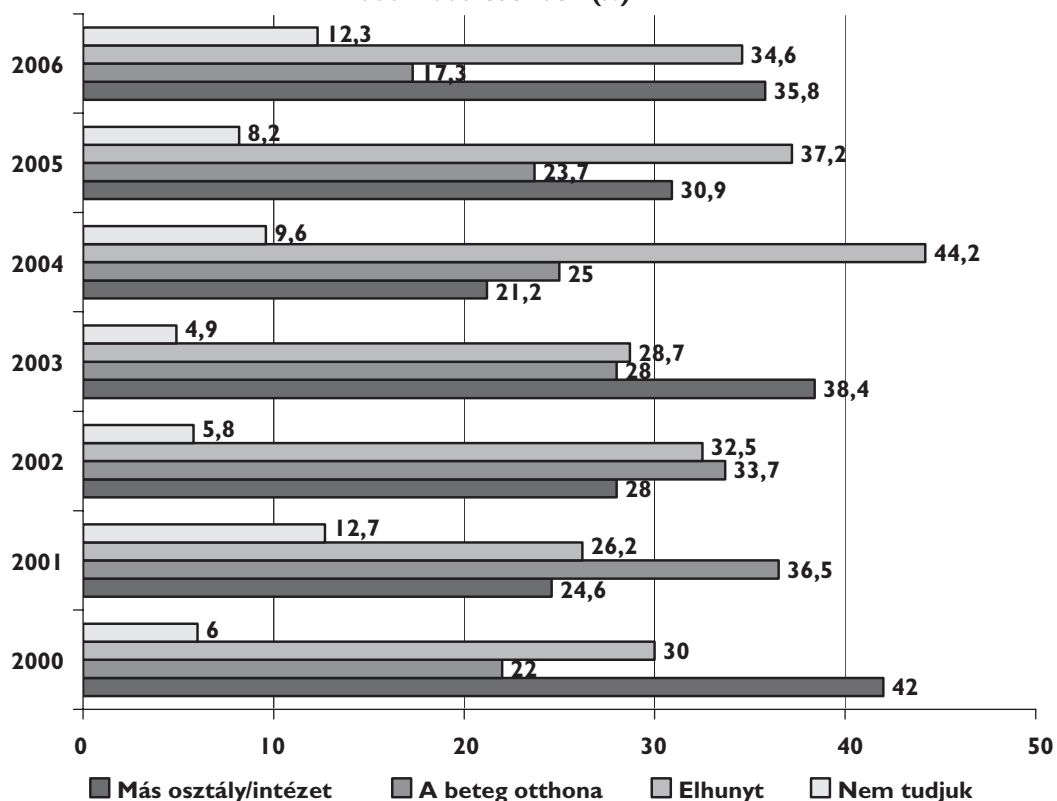
Az otthoni szakápolási tevékenység végzésének meghatározásában előírt szakmai végzettséghez, de nem meghatározott gyakorlati időhöz kötött (kivéve: főiskolai végzettségű ápoló esetén) a tevékenység végzése, mely kiterjed a „dekubitáló-dott területek, fekélyek szakápolási feladatai”-ra. (15/1999. EüM rendelet)

A gyulai Pándy Kálmán Kórház Otthonápolási Szolgálatát által ellátott beteg-, illetve esetszámot vizsgálva látható (3. ábra), hogy a betegek egynekgyede igényel szakápolási tevékenységet. Felfekvés és lábszárfekély szakápolási feladatai miatt végzett vizitek aránya növekvő tendenciát mutat (4. ábra). Megállapítható az is, hogy a betegek általános állapotára vonatkozó kimutatás a teljes ápolásra szoruló betegek túlsúlyát mutatja.

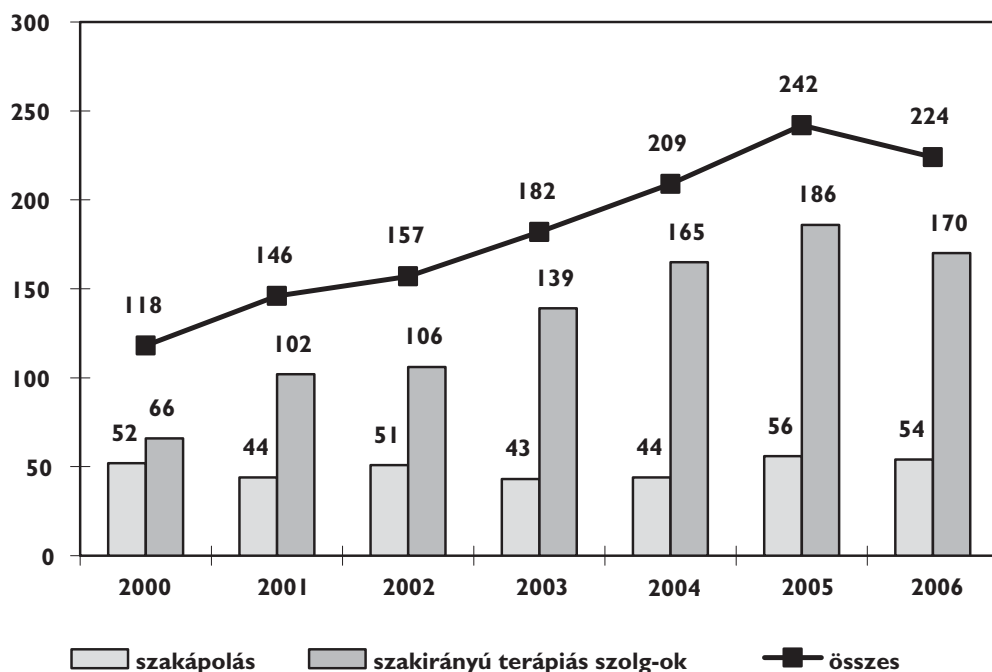
A nyomási fekély prevenciója és kezelése orvosi utasítás/elrendelés alapján ápolói kompetenciaként került meghatározásra.

Az otthonápolási környezetben ajánlat született egy sebkezelő nővéri státusz létrehozására, aki kapcsolatot tartana fent a háziorvossal, közösségi ápolóval, szakorvossal, kórházi ápolóval és a segédeszköz forgalmazókkal (Sastinné, 2001).

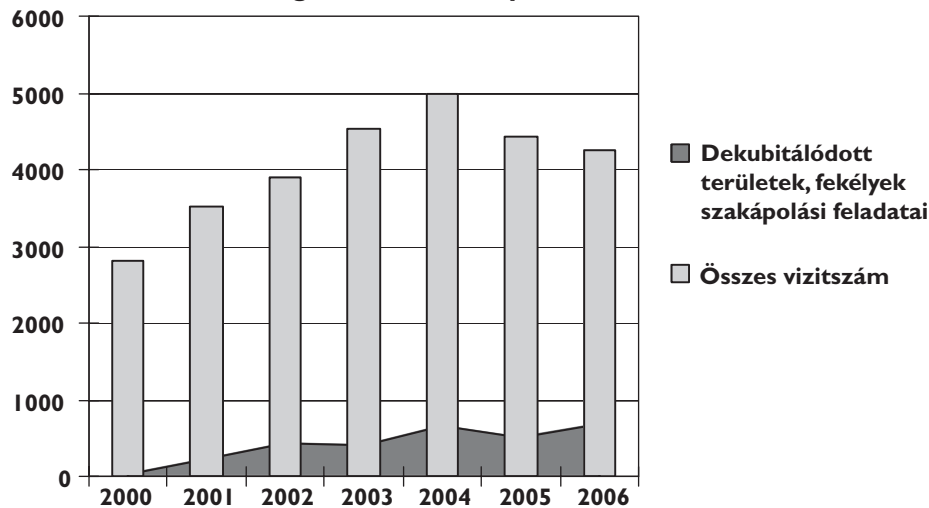
2. ábra: A betegek további sorsára vonatkozó adatok megoszlása 2000–2006 években (%)



3. ábra: Betegek száma az otthoni szakápolásban, ellátási típusonként a 2000–2006 években (fő)



4. ábra: Dekubitálódott területek, fekélyek szakápolási feladatai miatt végzett vizitek aránya, 2000–2006 évek



### Megbeszélés

Az egyes történelmi korokat áttekintve észlelhető, hogy gennyes sebek ellátásával találkozhatunk ugyan, de az igazán krónikus sebek ellátása a XX. század közepétől jelentkezett. Ennek okai között szerepelt minden bizonnyal az, hogy az átlagéletkor alacsonyabb volt. Az ún. civilizációs betegségek (pl. keringési rendszer megbetegedései, cukorbetegség gyakoribbá válása) jórészt a XX. század „eredményei”, melyek vezető rizikó-tényezőként jelentkeznek a krónikus sebek tekintetében.

Korunkban a nem fertőző betegségek epidémiás előfordulása figyelhető meg a fejlett országok-

ban, melyek a lakosság egészségi állapotát, valamint a halandóságot határozzák meg. Ehhez társul még a társadalom elöregedésének folyamata. A betegeknél jelentkező polymorbiditás jelentősen hozzájárul a nyomási fekély előfordulásának gyakoriságához.

A nyomási fekély egyre nagyobb népegészségügyi problémaként jelentkezik, mely kihívást jelent a lakosság, az egészségügyi-szociális ellátórendszerek és a finanszírozók számára egyaránt.

Az ápolói identitás kérdései napjainkban is aktívan jelen vannak. A hivatás imázsa javítható azáltal, hogy az ápoló növeli szakmai énképét, teljesítményének fokozására, valamint minőségi betegellátásra törekszik.

### Irodalomjegyzék

- Balázs, P. (2002). Orvoslás pénzért és hivatástudatból, Melánia Kiadó, Budapest
- Bálint, A.: Egyedül nehéz, <http://www.mok.hu>
- Buda, J. (1994) A betegápolás története, Pécs
- Csernus, M., Rózsa, M. (1997) A decubitus terápiája – Gazdaságosság az ápolásban, Konzílium, VI. évfolyam, 3-4. szám, 27-30. oldal
- Dlustus, B. (1976),: Sebészet – Sebészeti szakápolástan, Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Farkas, G. (2003) A hagyományos ápolástól az otthoni szakápolás kialakulásáig: nemzetközi és hazai ápolástörténeti áttekintés, Nővér, 16. évfolyam 3. szám, 3-8. oldal
- Friesz, T., Farkas, A. (2004) Nehezen gyógyuló vagy krónikus sebek ellátása, kötözése, SEBINKO, 13-22. oldal

8. Gulácsi, L. (2000) Minőségfejlesztés az egészségügyben, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 463-496. o.
9. Losonczi, G.: Múthet majd a nővér?, <http://www.nepszava.hu>
10. Mayer, Á. (1999) A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése, I. rész: Sebkezelés az őskorban és az ókorban, Sebkezelés - Sebgyógyulás, II. évfolyam, I. sz., 2-7. oldal
11. Mayer, Á. (2000) A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése, 2. rész: A középkori, a reneszánsz és a barokk medicina sebkezelése, Sebkezelés - Sebgyógyulás, III. évfolyam, I. sz., 3-6. oldal
12. Mayer, Á. (2001) A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése, 3. rész: Sebgyógyítás a XVIII. századtól napjainkig, Sebkezelés - Sebgyógyulás, IV. évfolyam, I. sz., 27-33. oldal
13. Mayer, F. K. (1988) Az orvostudomány története, Téka Könyvkiadó, Budapest
14. Mészáros, G. (1998) A betegápolás rövid története az őskortól napjainkig, Sebkezelés - Sebgyógyulás, I. évfolyam, I. sz., 4-6. oldal
15. Raskovicsné Csernus M., és Rózsa, M. (2001) A decubitusos betegek monitorizálásának jelentősége, Egészségügyi Menedzsment, III. évfolyam, 3. szám, 29-34. oldal
16. Raskovicsné Csernus M. (2002) Decubitus monitorizálás jelentősége a menedzsment számára, SEBINKO, 6-7. oldal
17. Rózsa M., Csernus, M. (1998) Minőség és gazdaságosság a decubitus prevenciójában és terápiájában, SEBINKO, június, 9-10. oldal
18. Sastinné Arany, I. (2001) A szakmákat átfogó együttműködés jelentősége a krónikus sebek gondozásánál és ellátásánál, Sebkezelés - Sebgyógyulás, IV. évfolyam, I. sz., 22-26. oldal

### **Nurse's roles in chronic wounds care**

Raskovics-Csernus, M., Papp, L.

*In the article, the authors are surveying the history of nursing and the changes of nurse's roles attempting to get an answer on how the nursing is able to react to the challenge of rethought competency levels.*

*The history of nursing is closely connected to the history of medicine. The aim of nursing was always to restore the health of sick people and to treat them properly. In the course of its development, the social conditions of a given historical era had an important influence on nursing.*

*The authors present the history of wound care and accompanying role taken by nurses through description of every single historical age.*

*The ethical relationship of nursing and medication are briefly mentioned, in which they would like to call attention to the fact that by modifying the level of competency, the doctor-nurse relationship should also be reviewed.*

*Finally, the authors present a possibility of practical realisation of a very meaningful nursing problem, through which the prevention and therapy of pressure sore is demonstrated. Following foreign examples, the decubitus or wound-care nurses may attend chronic wounds under medical control and in coordinated function.*

**Keywords:** history of nursing, home care, pressure sore, wound care

## Gratulálunk!

Batthyány-Strattmann László születésének 137. évfordulója alkalmából az egészségügyi miniszter 2007. október 28-án szakmai elismeréseket adományozott.

**Több évtizeden keresztül végzett, kimagasló szakmai munkásságának elismeréseként**

**Batthyány-Strattmann László díj-ban részesült:**

**Demarcsek Ferencné,** Tiszaszalka Község Önkormányzatának védőnője,

**Kiss Ernőné,** a Budapest, XV. kerületi önkormányzat Egészségügyi Intézménye csoportvezető asszisztense,

**Nyuliné Vatai Piroska,** a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Csecsemő és Gyermekek Aneszteziológia részlegvezető asszisztense.

**Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként Pro Sanitate díjban részesült:**

**Lóth Erika,** a Pécsi Tudományegyetem Szívgyógyászati Klinika klinikavezető főnövére,

**Molnár Mihályné,** a miskolci Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskola szakmai igazgatóhelyettese,

**Péntek Attiláné,** a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Csecsemő és Gyermekek Kardiológia részlegvezető főnövére,

**Sokáczné Lovász Gabriella,** Kozármisleny Nagyközség Önkormányzatának védőnője,

**Dr. Szőnyiné Sánta Zsuzsa,** a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Gasztroenterológiai és Nefrológiai Osztály ápolás-szakmai vezetője.

**Az Egészségügyi Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült több évtizeden át végzett kimagasló, példaértékű tevékenységéért, életműve elismeréseként:**

**Bodor Andrásné,** Abádszalók Város Önkormányzatának Polgármesteri Hivatala Védőnői Szolgálat védőnője,

**Czibula Mária,** az esztergomi Vaszary Kolos Kórház nyugalmazott aneszteziológiai szakasszisztense,

**Farkasné Varga Margit,** Sajóhidvég Polgármesteri Hivatalának védőnője,

**Földi Józsefné,** a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Felvételi Iroda vezetője,

**Gál Józsefné,** a békéscsabai Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet vezető aneszteziológus szakasszisztense,

**Horváth Lászlóné,** az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet főnövére,

**Dr. Krasznai Lászlóné,** Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet ápolási igazgatója,

**László Lászlóné,** a móri Városi Kórház-Rendelőintézet Intézeti Gyógyszertárának gyógyszer-tári asszisztense,

**Schwiegelhofer Ferencné,** a szombathelyi Markusovszky Lajos Általános, Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház, Egyetemi Oktatókórház, Általános Fizioterápiás Szakrendelés Nappali Kórháza fizioterápiás asszisztense,

**Zrinyi Istvánné,** a Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház osztályvezető főnövére.

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

**Fazekasné Nagy Mária,** a Jakabszállás község Hársfa Gyógyszertár gyógyszer-tári asszisztense,

**Frankó Lászlóné**, a sátoraljaújhelyi Városi Önkormányzat Erzsébet Kórháza Sürgősségi Befogadó általános ápolója,

**Hódi Lajosné**, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar II. számú Gyermekklinikai ápolója,

**Kajsi Péterné**, az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet műtős szakasszisztense,

**Kiss Lajosné**, a gyöngyösi Bugát Pál Kórház Kht. ápolója,

**Kokavec Mátýásné**, a békéscsabai Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet Fizioterápia vezető gyógytornásza,

**Kovács Józsefné**, a Nagykőrös Városi Önkormányzat Rehabilitációs Szakkórháza és Rendelőintézete főnövére,

**Nagy Zoltánné**, a Tiszaújváros Városi Rendelőintézet Fiziko- és Balneoterápiás Részleg vezető gyógytornásza,

**Vad Zsuzsa**, az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet vezető asszisztense.

**Az Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele** elismerésben részesültek felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként

**A Vas Megyei Alkoholelles és Alkoholmentes Klubok Tagjainak Egyesületének munkatársai,**

**a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Koronária Őrző munkatársai.**

**Az Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele** elismerésben részesültek a **Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet műtési team tagjai, akik Magyarországon először hajtottak végre gyermekén sikeres szívátültetést:**

**Prof. Dr. Bodor Elek**

**Dr. Szatmári András, a gyermek-szívközpont szakmai igazgatója**

**Dr. Hartyánszki István, főorvos**

**Dr. Sági Erzsébet, főorvos**

**Dr. Héthársi Balázs, főorvos**

**Dr. Ablonczy László, adjunktus**

**Dr. Bodor Gábor, adjunktus**

**Varga Istvánné, főmútóső**

**Jánosi Magda, aneszteziológiai asszisztens**

**Veres Erzsébet, főnővér**

**Utasi Mónika, ápolónő**

## Tisztelt Előfizetőink!

A NŐVÉR kiadója minden kedves előfizetőnkét személyre szóló levélben fog értesíteni a 2008. évi előfizetés tárgyában.

Tájékoztatásul közöljük, hogy az előfizetés díja nem fog változni, és –mint eddig- a postaköltségeket is magába foglalja.

*Szíves figyelmükbe ajánljuk, hogy az előfizetéssel, és az új előfizetőkre vonatkozó kedvezménnyel kapcsolatban bővebb információ a MESZK honlapján ([www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)) a NŐVÉR oldalon található!*

# Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok

## III. rész

### **Tisztelt Olvasók!**

Az Egészségügyi Közlöny LVII. évfolyam 4. számában (2007. február 21.) megjelent az Egészségügyi Minisztérium közleménye a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv (MEES) (1.0 változat) közzétételéről.

Ebből a dokumentumból készült az az összeállítás, mely a MEES egyes elemeit (részleteit) tartalmazza, és amelynek I. részét folyóiratunk ez évi 3. számában, II. részét az 5. számban közreadtunk.

Javasoljuk, hogy ha elfoglaltságuk lehetővé teszi, ezeket ismételten tekintsék át.

Terjedelmi korlátaink miatt le kell mondanunk a teljes szöveg kiadásáról, de az általunk közölt részletek a közlemény szövegének hű idézetei.

Az egyes ellátási standardok kiválasztásával és közreadásával az a célunk, hogy az egészségügyi ellátás rendszerén belül a magunk eszközeivel támogassuk az ápolási szolgáltatások megvalósítására, ellenőrzésére, nyomon követésére, értékelésére irányuló tevékenységeket.

Jelen számunkban az egészségügyi ellátási standardok gyűjteményének III. részeként a standardok három csoportját adjuk közre, egyik **a betegbejelentkezés**, másik **az áthelyezés, továbbutalás, elbocsátás, halálozás**, harmadik pedig **a betegjogok, tájékoztatás, adatkezelés standardjainak csoportja**.

Terveink szerint a későbbiekben meg fogunk jelentetni néhány további standardot, valamint a standardok alkalmazásával kapcsolatos szakértői írásokat is, hogy ezekkel segítsük az ápolói tevékenység fejlesztésére vonatkozó szakmai műhelymunkákat, valamint a helyes ápolói gyakorlatot.

A Főszerkesztő

## I./5.1. BETEGBEJELENTKEZÉS, BETEGFELVÉTEL (F.BEF)

Az egészségügyi szolgáltató szervezet fő feladata az ellátásra szoruló betegek mielőbbi hatásos, hatékony és szakszerű, valamint a helyi szakmai lehetőségek szerinti eredményes definitív szakellátása. Az ellátás célja a beteg meggyógyítása vagy inkurábilis, illetve krónikus betegség esetén a panaszok, tünetek maximális enyhítése mellett a beteg állapotának stabilizálása.

Az egészségügyi szolgáltató szervezet közzéteszi az általa nyújtott egészségügyi szolgáltatások körét, a beutalás és előjegyzés rendjét, és az egyes szolgáltatások rendelkezésre állási idejét.

Az egészségügyi szolgáltató szervezetben a betegellátás folyamata a beteg személyes bejelentkezésével indul, amely során a beteg az egészségügyi szolgáltató szervezetet programozott formában beutalóval, vagy sürgősségi ellátás érdekében, illetve saját kezdeményezésre keresi fel. A bejelentkezés során a beteg az erre felkészített munka-

társtól kap tájékoztatást a regisztráció, a felvétel rendjéről, a szakorvos(ok)/ kijelöléséről ill. a kiválasztás lehetőségéről.

A betegellátás folyamatának az egészségügyi dokumentációban történő rögzítését, nyomon követését, visszakereshetőségét dokumentált eljárásban szabályozza az egészségügyi szolgáltató szervezet, figyelembe véve az adatvédelmi, adatkezelési előírásokat.

### **F.BEF.I. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezet rendelkezik szolgáltatási tájékoztatóval.**

### **F.BEF.I.I. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek van beteg bejelentkezést, előjegyzést,**

**regisztrációt, betegfelvételt és tájékoztatást szabályozó dokumentált eljárása.**

## **F.BEF.1.-1.1. standardok magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató szervezet ellátásairól, szolgáltatásairól, a hozzáférésről, az előjegyzés, a felvétel, – az ellátások igénybevételének módjáról, a rendelkezésre állásról tájékoztatja az érdekelt feleket az egészségügyi szolgáltatáshoz való optimális hozzáférés elősegítése érdekében.

A beteg megjelenésekor adategyeztetést követően a regisztrációt/központi regisztrációt végző személy általános tájékoztatást nyújt a megjelent személy részére.

A betegbejelentkezést és betegfelvételt, ennek folyamatát az egészségügyi szolgáltató szervezet írásban rögzíti és valamennyi résztvevő számára – annak megismerése után – azt kötelezővé teszi.

### **F.BEF.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A tájékoztató információt ad a szolgáltatási körökről, az igénybevétel és hozzáférhetőség módjáról.
2. Az egészségügyi szolgáltató szervezet tájékoztatója nyilvános.
3. A beutalást kezdeményezők és az egészségügyi civil szervezetek részére a tájékoztatót megküldik.
4. A változásokról az érintettek értesítést kapnak.

### **F.BEF.1.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az eljárás tartalmazza:
  - 1.1. a beteg bejelentkezés és az igénybe vétel módját,
  - 1.2. az egyedi betegazonosítás és a regisztráció rendjét,
  - 1.3. a felvételkor nyújtandó általános tájékoztatói kötelezettséget és kompetenciát,
  - 1.4. a soron kívüli ellátási kötelezettséget,
  - 1.5. a szabad orvosválasztás lehetőségét.
2. A munkatársak ismerik és alkalmazzák az eljárást.

## **F.BEF.2. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezet minden vizsgált vagy kezelt betegről a ha-**

**tályos jogszabályok, szakmai előírások alapján dokumentációt hoz létre és vezet. Az egészségügyi szolgáltató szervezet gondoskodik a kitöltés teljességéről.**

### **F.BEF.2.1. standard**

**A betegdokumentáció kezelése a hatályos jogszabályok, szakmai előírások figyelembe vételével történik.**

### **F.BEF.2.2. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató minden ellátott beteget a beteghez rendelt egyértelmű egyedi azonosító alapján azonosít.**

### **F.BEF. 2.3. standard**

**Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.**

### **F.BEF.2.4. standard**

**A betegdokumentáció tartalma rendezett és hitelesített.**

### **F.BEF.2.-2.4. standardok magyarázata**

Minden betegnek, aki az egészségügyi szolgáltató szervezetben megjelent, van dokumentációja. A betegdokumentáció vezetéséhez és kezeléséhez a hatályos jogi és szakmai követelmények figyelembevételével az egészségügyi szolgáltató helyi szabállyal rendelkezik, melyet a betegdokumentáció vezetésének meghatározott időnkénti ellenőrzése kapcsán rendszeresen felülvizsgálják. A betegdokumentáció tartalmazza a beteg azonosításra alkalmas személyi adatait. Az egészségügyi szolgáltató munkatársának minden egyes beavatkozás előtt azonosítania kell a beteget.

Minden beteg egyedi azonosítóval van ellátva, mely biztosítja a beteg és saját dokumentációjának egyértelmű kapcsolatát. A betegdokumentációhoz tartozó azonosító lehetővé teszi, hogy az egészségügyi szolgáltató szervezet könnyen azonosítsa a dokumentumot, és rögzítse a beteg folyamatos és koordinált ellátását, valamint megkönnyíti az ellátásban részt vevő személyek számára a betegdokumentációhoz

tartozó valamennyi feljegyzéshez való hozzáférést az adatkezelési előírások szerint.

Ahhoz, hogy a betegdokumentáció a betegellátás számára hasznos legyen, az információkat időrendben kell rögzíteni. Miután a jogi, szakmai és teljesítményjavító folyamatokban a betegdokumentáció érdemi szerepet játszik, ezért elengedhetetlen, hogy a betegellátás folyamatát a valóságnak megfelelően rendezetten és hitelesítetten tükrözze. A betegellátási folyamat befejezését, illetve a beteg elbocsátását követően a betegdokumentációt valamennyi hozzátartozó feljegyzéssel együtt kompletté kell tenni.

#### **F.BEF.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegdokumentáció vezetésének rendjét dokumentált eljárás szabályozza.
2. A betegdokumentáció szakma specifikus tartalmát a szervezeti egységek vezetői határozzák meg.
3. A betegdokumentációban az ellátás teljes folyamata nyomon követhetően dokumentált.
4. A dokumentáció megfelelő információt tartalmaz:
  - 4.1. a betegfelvételkor, és az ellátás alatti egyedi azonosításról, a beteg és a dokumentáció egyértelmű összerendeléséről,
  - 4.2. az állapotfelmérések eredményéről, diagnózisokról,
  - 4.3. a tervezett ellátásról,
  - 4.4. a beteg állapotáról, állapotváltozásáról, panaszáról,
  - 4.5. a kezelési eljárásokról, annak eredményéről,
  - 4.6. az egyes szolgáltatók által végzett vizsgálatokról, beavatkozásokról, azok eredményéről,
  - 4.7. az ellátási folyamat összefoglalásáról.
5. A betegdokumentáció elősegíti az ellátás koordinációját az egyes szervezeti egységek között.
6. A bejegyzést tevő személy és a bejegyzés időpontja dokumentált és visszakereshető.
7. A munkatársak ismerik és alkalmazzák az eljárást.

#### **F.BEF.2.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A dokumentáció a beteg ellátásában részt vevő személyek részére valamennyi hozzátartozó feljegyzéssel együtt hozzáférhető.
2. A beteg valamennyi, az ellátási folyamat során

keletkező dokumentációja a beteget ellátó szervezeti egységben összesítve rendelkezésre áll.

3. A betegdokumentáció kezelése, tárolása során biztosítottak az adatkezelési, adatvédelmi előírások.
4. Az egészségügyi szolgáltató szervezet dokumentáltan szabályozza a hatályos jogszabályok és szakmai előírások figyelembe vételével a betegdokumentáció specifikus tartalmát és hozzáféréseinek rendjét.

#### **F.BEF.2.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A beteghez rendelt egyedi azonosítót a beteg valamennyi egészségügyi dokumentációján feltüntetik.
2. Az azonosító alapján a beteg azonosítása minden vizsgálat, kezelés, beavatkozás előtt megtörténik, kiemelten:
  - gyógyszerbeadás előtt
  - vér- és vérvérvétel bevétele előtt
  - műtéti beavatkozások előtt
  - műtéti beavatkozás esetén a műtéti oldal egyértelmű azonosítása is megtörténik.
3. Kommunikáció képes beteg esetében az azonosítás a beteg közreműködésével történik.

#### **F.BEF.2.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegdokumentációnak tartalmaznia kell:
  - személyazonosító adatok,
  - értesítendő személy/törvényes képviselő neve elérhetősége,
  - kórelőzmény, kórtörténet,
  - első vizsgálat eredménye,
  - diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredmények, vizsgálatok elvégzésének időpontja,
  - ellátást indokoló betegség megnevezése, kialakulásának alapjául szolgáló betegség, kísérőbetegség, szövődmények,
  - az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, kockázati tényezők,
  - elvégzett beavatkozások ideje/eredménye,
  - gyógyszeres terápia/egyéb terápia és eredménye,
  - gyógyszer túl-érzékenység (+ és -),
  - bejegyzéseket tevők neve/bejegyzés időpontja,
  - betegnek/más személynek nyújtott tájékoztatás tartalma,

- beleegyezés/visszautasítás ténye, időpontja,
  - minden olyan adatot és tényt, ami a beteg gyógyulására befolyással lehet.
2. A betegdokumentáció részekét meg kell őrizni:
    - vizsgálati leleteket,
    - gyógykezelés és konzílium iratait,
    - ápolási dokumentációt,
    - képközlő diagnosztika felvételeit,
    - szövetmintákat.
  3. A betegdokumentáció minden bejegyzése – függetlenül az információhordozó típusától - el van látva dátummal, a bejegyző azonosítójával és – amennyiben szükséges – a hitelesítéssel.

4. A betegdokumentációba csak az arra jogosultak tekinthetnek be.

#### **F.BEF.2.4. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegdokumentáció adatai és információi időrendben kerülnek rögzítésre.
2. A betegdokumentációt a betegellátási folyamat befejezését illetve a beteg elbocsátását követően - a betegdokumentáció kezelési szabályzatban meghatározott időn belül - valamennyi tartozékkal együtt az arra felhatalmazott személyek kompletté tesznek

### **I./5.4. ÁTHELYEZÉS, TOVÁBBUTALÁS, ELBOCSÁTÁS, HALÁLOZÁS (F.ÁTE)**

A beteg elbocsátása, áthelyezése vagy más ellátóhoz történő továbbutalása esetén biztosítani kell a folyamatos ellátás iránti szükségleteit. A betegellátás folyamatosságát biztosító kritériumok megkövetelik, hogy a beteghez tartozó fontos információk a beteget az intézményből történő elbocsátása, más ellátó helyre történő továbbutalása, vagy intézményen belüli áthelyezése során egyidejűleg kövessék. Ez teszi lehetővé, hogy a gyógykezelés megszakítás nélkül folytatható, és a beteg állapota megfelelő módon, folyamatosan megfigyelhető legyen. Az információátadás megvalósulása érdekében a betegdokumentációt, vagy a betegdokumentáció összegzéséből származó információ együttest a beteggel együtt át kell adni.

#### **F.ÁTE.I. standard**

**A beteg egészségügyi szolgáltató szervezetből történő elbocsátása, áthelyezése az egészségügyi szolgáltató szervezeten belül, illetve továbbutalása egy másik egészségügyi szolgáltató szervezetbe a hatályos jogszabályi előírások és dokumentált eljárások szerint történik.**

#### **F.ÁTE.I. standard magyarázata**

A beteg elbocsátása, intézeten belüli áthelyezése vagy továbbutalása egy másik egészségügyi ellátóhoz függ a beteg egészségi állapotától és a folyamatos ellátás vagy szolgáltatások iránti szükségletétől.

A betegeket releváns vizsgálati eredmények ismerete nélkül nem helyezik át.

A beteg áthelyezését egészségügyi szolgáltató szervezeten belül minden esetben szakkonzílium előzi meg.

A beteg elbocsátását, vagy áthelyezését más ellátó helyre az ellátás megfelelő szakaszában az ellátásért felelős személynek terveznie kell, a beteg, a hozzátartozó illetve a nyilatkozattételre jogosult személy beleegyezésével, együttműködésével. A tervezésnél figyelembe kell venni a beteg szociális körülményeit. A betegnek, elbocsátását követően, orvosi- ápolási-gondozási ellátásra és támogató szolgáltatásokra (pl.: ápolási, szociális, anyagi, táplálkozási, pszichés, stb.) lehet szüksége. Az elbocsátás körülményeit (saját gépjármű, mentőszolgálat, stb.) és idejét a kezelőorvos valamennyi érdekelt féllel egyezteti.

#### **F.ÁTE.I. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az áthelyezés, továbbutalás és/vagy elbocsátás a beteg folyamatos ellátás iránti szükségletein alapul.
2. A beteg egészségügyi szolgáltató szervezeten belüli áthelyezése szakkonzílium alapján történik.
3. Amennyiben indokolt, az áthelyezés, továbbutalás és/vagy elbocsátás tervezése az ellátási folyamat korai szakaszában kezdődik és szükség esetén a hozzátartozók, illetve a nyilatkozattételre jogosult személy bevonásával történik.

4. Az áthelyezés, továbbutalás, elbocsátás dokumentált eljárás alapján történik.
5. A személyzet ismeri és alkalmazza a szabályozásokat.

#### **F.ÁTE.1.1. standard**

**A betegek áthelyezésének, továbbutalásának, illetve elbocsátásának folyamata dokumentált.**

#### **F.ÁTE.1.1. standard magyarázata**

Fontos követelmény, hogy a beteg áthelyezése, továbbutalása, elbocsátása szabályozott módon történjen. Ennek keretében dokumentáltan meg kell határozni a felelős személyeket az elbocsátó és a fogadó oldalon. A dokumentumnak tartalmaznia kell a beteg azonosításának tényét, a beteg fogadásáért felelős személlyel történő egyeztetés tényét, a beteg állapotát, a nyújtott ellátás összefoglalását, a beteg reagálását a kezelésre, a továbbiakban javasolt terápiát.

#### **F.ÁTE.1.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az áthelyezés, továbbutalás egyes ellátó helyek között előzetes egyeztetés alapján történik.
2. Az áthelyezésért, továbbutalásért, elbocsátásért felelős személyek dokumentáltan meghatározottak.
3. Kompetens személyek elvégzik a beteg azonosítását áthelyezéskor, továbbutaláskor és elbocsátáskor.
4. Az áthelyezés, továbbutalás, elbocsátás alkalmával készült dokumentáció tartalmazza:
  - 4.1. a beteg fogadásáért felelős személlyel történő egyeztetés tényét;
  - 4.2. a beteg állapotát;
  - 4.3. a nyújtott ellátás összefoglalását;
  - 4.4. a beteg reagálását a kezelésre;
  - 4.5. a továbbiakban javasolt terápiát.
5. A beteg áthelyezésének, továbbutalásának, elbocsátásának időpontja dokumentált.

#### **F.ÁTE.2. standard**

**Az áthelyezés, továbbutalás, elbocsátás a beteg, hozzátartozója, illetve a nyilatkozattételre jogosult személy tájékoztatásával és beleegyezésével történik.**

#### **F.ÁTE.2. standard magyarázata**

Az áthelyezési, továbbutalási, elbocsátási folyamat az egészségügyi szolgáltató szervezet szabályozása (előírása) szerint, a beteg, hozzátartozója, illetve a nyilatkozattételre jogosult személy tájékoztatásával és beleegyezésével történik.

#### **F.ÁTE.2. standard felülvizsgálati szempontja**

1. A beteget, hozzátartozóját, illetve törvényes képviselőjét tájékoztatják az áthelyezésről, továbbutalásról, elbocsátásról.

#### **F.ÁTE.3. standard**

**Elbocsátáskor, áthelyezéskor, továbbutaláskor a beteg, szükség esetén a törvényes képviselő, vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személy, érthető és követhető tájékoztatásokat, utasításokat kap.**

#### **F.ÁTE.3. standard magyarázata**

A folyamatos ellátás helyére és módjára vonatkozó egyértelmű utasítások alapvetően az ellátás optimális eredményéhez és valamennyi ellátási szükséglet kielégítéséhez igazodnak. Az utasítások tartalmazzák a folyamatos ellátást nyújtók megnevezését, minden követési célú visszarendelést, és amikor sürgős ellátásra lehet szükség. Amennyiben a beteg állapota vagy képességei akadályozzák a követési utasítások megértését, a törvényes képviselőt, vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személyt bevonják a folyamatba.

A tájékoztatás kiterjed az ellátást, ápolást (otthonápolás) folytató nevére, elérhetőségére, a visszarendelés idejére.

A beteg és hozzátartozója, vagy törvényes képviselője számára a tájékoztatás világos, érthető és követhető.

#### **F.ÁTE.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A tájékoztatás érthető formában és nyelvezettel, megfelelő tartalommal történik.
2. A tájékoztatás tartalmazza az otthoni ellátás, ápolás folytatását biztosító személy(ek) megnevezését.

3. A tájékoztatás tartalmazza a követési célú viszárendelést.
4. A tájékoztatás tartalmazza, mikor válhat szükségessé sürgősségi ellátás.
5. Amennyiben a beteg állapota indokolja, a törvényes képviselőt, vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személyt is tájékoztatják.
6. A tájékoztatás tartalmazza a folyamatos további ellátást nyújtó intézmény megnevezését, az ellátó osztály vagy szolgáltatás nevét és címét.

#### F.ÁTE.4. standard

**A beteg áthelyezése, továbbutalása, elbocsátása megfelelően dokumentált.**

##### F.ÁTE.4.1. standard

**A több résztvevőből álló, összefüggő ellátási folyamat végén, illetve a fekvőbeteg szolgáltató szervezetből történő elbocsátást követően részletes, minden információra kiterjedő orvosi és - amennyiben indokolt - ápolási összefoglaló (zárójelentés) készül.**

##### F.ÁTE.4.2. standard

**A fekvőbeteg szolgáltató szervezet a hatályos jogszabályi előírások figyelembe vételével helyi szabályozásban határozza meg azokat az eseteket, amelyek során zárójelentést kell készíteni.**

##### F.ÁTE.4.3. standard

**A beteg áthelyezésével, továbbutalásával, elbocsátásával kapcsolatban készülő összefoglaló (zárójelentés) tartalmi, formai és kezelési követelményeit a fekvőbeteg szolgáltató szervezet a vonatkozó jogszabályi előírások figyelembe vételével a helyi szabályozásában határozza meg.**

#### F.ÁTE.4.-4.3. standardok magyarázata

Az egészségügyi szolgáltató szervezet a beteg elbocsátásakor orvosi és – ha a beteg állapota indokoltá teszi - ápolási zárójelentést készít. A zárójelentések tartalmát a hatályos törvényi

előírásokat is figyelembe vevő helyi szabályozás határozza meg.

A kórházi betegdokumentációban a zárójelentésekből másolatot helyeznek el.

A zárójelentésen szerepelnek az ellátást biztosító intézmény azonosító adatai, elérhetősége, az ellátásért felelős kezelőorvos megnevezése, aláírása, valamint hitelesítése (pl. orvosi pecsét, digitális aláírás).

A beteg, a hozzátartozó, illetve a törvényes képviselő a zárójelentésből két példányt kap.

#### F.ÁTE.4.-4.3. standardok felülvizsgálati szempontjai

1. A több résztvevőből álló, összefüggő ellátási folyamat végén illetve a beteg áthelyezésekor, továbbutalásakor, elbocsátásakor összefoglaló (zárójelentés) készül, melynek másolata a beteg dokumentációjában megtalálható.
2. A zárójelentés tartalmazza:
  - 2.1. a felvétel indokát és módját,
  - 2.2. a szignifikáns észleléseket,
  - 2.3. az elvégzett vagy tervezett vizsgálatokat és azok eredményeit,
  - 2.4. diagnózisokat,
  - 2.5. alkalmazott eljárásokat, kezeléseket,
  - 2.6. alkalmazott gyógyszeres terápiát,
  - 2.7. a beteg állapotát az elbocsátásakor, áthelyezéskor, továbbutalásakor,
  - 2.8. áthelyezéskor, továbbutalásakor az áthelyezés és továbbutalás okát,
  - 2.9. elbocsátás utáni gyógyszerelési javaslatokat és egyéb instrukciókat a hatályos jogszabályi előírások figyelembe vételével,
  - 2.10. ápolási javaslatokat (ha szükséges) az otthoni szakápolás, illetve házi ápolás felé,
  - 2.11. a tervezett kontrollvizsgálatokat és időpontjukat,
  - 2.12. sürgős ellátást indokoló tüneteket, állapotot, és a sürgősségi ellátást biztosító intézmény megnevezését.
3. Az ápolási zárójelentés – ha indokolt - tartalmazza az egészségügyi szolgáltató szervezetben végzett és az otthoni környezetben javasolt ápolási-gondozási teendőket.
4. A zárójelentések (orvosi, ápolási) másolatai 1-1 példányban a betegdokumentációban elhelyezésre kerülnek.
5. A beteg, a hozzátartozó, illetve a törvényes képviselő a zárójelentésből a betegdokumentáció

kezelésére vonatkozó szabályzatban meghatározott módon és számban kap példányt, melynek ténye igazolható.

#### **F.ÁTE.5. standard**

**A beteg dokumentációjában áthelyezéskor, továbbutaláskor, elbocsátáskor elhelyezésre kerül a társadalombiztosítási finanszírozás alapbizonylatául szolgáló, szabályszerűen kitöltött adatlap.**

#### **F.ÁTE.5. standard magyarázata**

A társadalombiztosítási finanszírozás alapjául szolgáló adatlap a betegdokumentáció részét képezi. A feltüntetett személyi és ellátási adatoknak meg kell egyezniük a zárójelentésen szereplő adatokkal. Az adatlapot a beteg ellátásért felelős kezelőorvosnak alá kell írnia és orvosi pecsétjével ellátnia.

#### **F.ÁTE.5. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A finanszírozási adatlap a betegdokumentációban megtalálható.
2. A feltüntetett adatok megegyeznek a zárójelentésen szereplő adatokkal.
3. A kezelőorvos az adatlapot aláírta és lepecsételte.

#### **F.ÁTE.6. standard**

**Áthelyezés során a beteg szükségletei szerinti kvalifikált munkatárs felügyeli a beteg állapotát.**

#### **F.ÁTE.6. standard magyarázata**

A beteg áthelyezése tudatánál lévő és kommunikáló beteg esetében lehet rövid folyamat, de jelentheti egy folyamatos orvosi vagy ápolói felügyeletet igénylő beteg szállítását is. A beteget mindkét esetben folyamatosan figyelni kell, de az ennek elvégzéséhez szükséges személyek képzettsége jelentősen eltérhet. Így az áthelyezéskor a beteg állapota és státusza határozza meg a megfigyelést végző személyzet tagjainak felkészültségét.

#### **F.ÁTE.6. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Áthelyezés alatt minden beteget állapotának megfelelően folyamatosan megfigyelnek.
2. A megfigyelést végző személyzet felkészültségi szintjét a beteg ellátásért felelős kezelőorvos határozza meg.

#### **F. ÁTE.7. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezetben a betegek mozgatása (belső betegszállítás) a beteg ellátási igényeinek megfelelő időben és módon, felügyelten, a biztonságosság és az intimitás figyelembe vételével történik.**

#### **F. ÁTE.7. I. standard**

**Amennyiben a fekvőbeteg ellátó szolgáltató szervezet a hatályos jogszabályi besorolás alapján külső betegszállítási tevékenységet is végez, abban az esetben a szolgáltató érvényes működési engedéllyel rendelkezik. A betegszállítást ebben az esetben oly módon szervezett és szabályozott, hogy a személyi és tárgyi feltételei megfelelnek a vonatkozó jogszabályi előírásoknak.**

#### **F.ÁTE.7.-7.I. standardok magyarázata**

Egészségügyi szolgáltató szervezetben sor kerülhet a beteg szállítására áthelyezés, valamint belső vagy külső vizsgálatra történő szállítás esetében. A beteg szállítási módjának, mobilizációjának meghatározásáért kezelőorvosa felelős. A betegek passzív mozgatása, szállítása határozottságot, fizikai erőt igényel. A szállítás során figyelembe kell venni a beteg állapotát, viselkedését. A szállítást úgy kell végezni, hogy a beteg mindvégig biztonságban érezze magát.

#### **F.ÁTE.7.-7.I. standardok felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegszállítás biztonságos eszközökkel és módon történik.
2. A betegek szállítása az időjárásnak megfelelő módon, az intimitás figyelembe vételével történik.

3. A beteggel együtt egészségügyi dokumentációja azonosítva átadásra kerül.
4. Az egészségügyi szolgáltató szervezet betegszállítási tevékenysége szervezett.
5. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a beteg más egészségügyi szolgáltatóhoz, illetve az egészségügyi szolgáltatótól otthonába történő szállítását is végzi, abban az esetben a szolgáltató a betegszállításhoz érvényes működési engedéllyel rendelkezik.

#### **F.ÁTE.8. standard**

**Egészségügyi szolgáltató szervezeten belüli elhalálozás esetén a teendőket dokumentált eljárás szabályozza.**

#### **F.ÁTE.8.1. standard**

**Egészségügyi szolgáltató szervezeten belüli elhalálozás körülményei és a halott ellátásával kapcsolatos tevékenységek a helyi szabályozásnak megfelelően rögzítésre kerülnek a betegdokumentációban.**

#### **F.ÁTE.8.-8.1. standardok magyarázata**

Egészségügyi szolgáltató szervezetben bekövetkezett elhalálozás során a feladatok elvégzésének folyamatát, a felelősség meghatározását dokumentáltan szabályozzák.

A dokumentum tartalmazza az orvosi, ápolói feladatokat és a halott elszállításával kapcsolatos teendőket. Tartalmazza továbbá a családtagok, hozzátartozók tájékoztatását a teendőkkel kapcsolatban.

#### **F.ÁTE.8. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Van dokumentált eljárás a halott ellátására vonatkozóan.
2. Az elhalálozás tényét csak orvos állapíthatja meg, és a hatályos jogszabályoknak megfelelően dokumentálja.
3. Az intézményben van kijelölt kegyeleti helyiség.
4. A családtagok és hozzátartozók tájékoztatást kapnak a halálzással kapcsolatos további teendőkről.
5. A halott-ellátás és szállítás során a felelősség egyértelműen meghatározott.
6. Van dokumentált szabályozás a halott tárolásának körülményeire, a boncolás elvégzésére, illetve a hatályos jogszabályok alapján a boncolás mellőzésére vonatkozóan.

#### **F.ÁTE.8.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az elhalálozás tényét csak orvos állapíthatja meg, és a hatályos jogszabályoknak megfelelően dokumentálja.
2. A halott ellátásával, szállításával, a kórboncolással, a halott kiadással kapcsolatos tevékenységeket elvégző arra felhatalmazott személyek rögzítik a betegdokumentációban.
3. A boncolásért felelős patológus által hitelesíteni kórbonctani jegyzőkönyvet a betegdokumentáció részeként kell kezelni és megőrizni.
4. A boncolás mellőzését a hatályos jogszabályoknak megfelelően kell dokumentálni.
5. Az egészségügyi szolgáltató betegdokumentáció kezelési szabályzatában a halott ellátáshoz (beleértve a kórboncolást is) kapcsolódó betegdokumentáció tartalmi és formai követelménye a vonatkozó hatályos jogi és szakmai előírások alapján meghatározott.

## **III./I. BETEGJOGOK, TÁJÉKOZTATÁS, ADATKEZELÉS (BTA)**

Az egészségügyi szolgáltató szervezet a hatályos jogszabályoknak megfelelően közzéteszi a betegek jogait, és ismerteti a betegjogok gyakorlásának módját.

A tájékoztatás magában foglalja a teljes ellátási folyamat során a beteg számára szükséges ismeretek nyújtását, a beteg számára érthető formában. A beteg tájékoztatása kiterjed a betegek kötelezettségeire is.

A jogszabály által meghatározott esetekben az egészségügyi szolgáltató szervezet alkalmazza a tájékozott beleegyezés elnyerését.

A betegek ellátásában résztvevő személyzet megfelelő képzésben részesül a betegjogokról, a betegtájékoztatás kompetenciáiról. Fontos, hogy a személyzet tagjai megértsék, és tiszteletben tartásuk a betegek hitét és értékrendjét és emberi méltóságát.

**BTA.1. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató felelős az ellátás során a betegjogok érvényesítéséért.**

**BTA.1. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtja az ellátást, és az etikai normákat írásban rögzíti. Az egészségügyi szolgáltató vezetői felelősek a beteg-ellátás során a hatályos jogszabályi előírások betartásáért, és betartatásáért. Az egészségügyi szolgáltató vezetőinek ismerniük kell a beteg, a törvényes képviselő, vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személy hatályos jogszabályokban rögzített jogait, felelősségét és ismertté kell tenniük azokat a munkatársak számára.

A betegjogok eredményes védelme érdekében a vezetők együttműködnek az ellátási területen működő civil, közösségi és egyéb szervezetekkel.

**BTA.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az egészségügyi szolgáltató vezetői és munkatársai ismerik és alkalmazzák a betegjogokkal kapcsolatos előírásokat.
2. A vezetők a beteg és hozzátartozói jogok védelme, biztosítása érdekében együttműködnek az ellátási területen működő civil, közösségi és egyéb szervezetekkel.
3. Az etikai normák érvényesülnek a betegek ellátása során.

**BTA.2. standard**

**A betegek, illetve törvényes képviselőik tájékoztatását és beleegyezését a szolgáltató által meghatározott folyamattal, dokumentált eljárással és képzett munkatársakkal érik el.**

**BTA.2. standard magyarázata**

Az ellátással kapcsolatos döntések meghozatalában való részvétel egyik módja a tájékoztatott beleegyezés megszerzése. A beleegyezéshez a betegnek tájékozottnak kell lennie a tervezett ellátással kapcsolatos minden olyan tényezőről, amely a tájékozott döntéshozatal

feltétele. A tájékoztatás módja és nyelvezete érthető a betegek illetve törvényes képviselőik számára.

A beleegyezési folyamatot a szolgáltató szabályozó dokumentumokban és dokumentált eljárásokban egyértelműen rögzíti. A vonatkozó jogszabályokat és szabályozókat beépítik az eljárásokba. A betegek, törvényes képviselőik tájékozottak arról, hogy mely vizsgálatokhoz, beavatkozásokhoz és kezelésekhöz szükséges a beleegyezés, és azt hogyan adhatják meg (pl. szóban, beleegyezési formula aláírásával, vagy egyéb módon). A betegek, illetve törvényes képviselőik jogosultak a tervezett vizsgálatok, beavatkozások, kezelések elutasítására. Ebben az esetben a tájékoztatás, elutasítás, illetve megszakítás tényét, a betegek, illetve törvényes képviselőik írásos rendelkezését, a nyilatkozattétel jogosultságát, aláírását a betegdokumentációban írásban rögzíteni kell.

Vannak kijelölt munkatársak, akik képzettek és jogosultak a betegek tájékoztatására, a betegek beleegyezésének elnyerésére és annak dokumentálására.

**BTA.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A szolgáltatónak dokumentált eljárása van a betegek, illetve törvényes képviselőik tájékoztatására és beleegyezésének elnyerésére.
2. Vannak kijelölt munkatársak, akik képzettek az eljárások megvalósítására.
3. A betegek, illetve törvényes képviselőik az eljárásoknak megfelelően adják tájékozott beleegyezésüket.
4. A tájékoztatást világosan, érthetően és megfelelő módon nyújtják a betegnek, illetve törvényes képviselőjének.
5. Az ellátás elutasításáról készült dokumentumok, a betegek, illetve hozzátartozóik írásos rendelkezései a betegdokumentációban megtalálhatóak.
6. A beteg helyett nyilatkozó törvényes képviselő személye azonosított, a törvényes képviselő nyilatkozattételi jogosultságának alapja írásban rögzített a fenti adatok a betegdokumentációban megtalálhatóak.

**BTA.3. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató a hatályos jogszabályoknak megfelelően írásos tájé-**

**koztatót készíti a betegek, illetve törvényes képviselőik jogairól, amelyet közzétesz.**

## **BTA.3.1. standard**

**Az ellátás a betegek intimitásának és személyes jogainak tekintetében elfogadó.**

### **BTA.3.-3.1. standardok magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtja az ellátást és etikai normákat írásban rögzíti. A betegeket – a hatályos jogszabályi előírásoknak megfelelően – tájékoztatják a betegjogi képviselő ada-  
taival, elérhetőségével kapcsolatban.

Igény esetén a szolgáltató által kijelölt személy a betegjogokkal kapcsolatban szóbeli tájékoztatást is ad.

A vezetők szabályozó dokumentumokat készítenek a szolgáltató etikai felelősségével kapcsolatos tevékenységek végrehajtásához. A betegek és az ellátó személyzet közötti érintkezés során a betegjogoknak és az etikai előírásoknak mindig érvényesülniük kell. A betegjogok érvényesítése érdekében a vezetők együttműködnek az ellátási területen működő civil, közösségi és egyéb szervezetekkel.

A betegek személyiségjogainak tiszteletben tartása - különösen a kezeléseik és vizsgálatok alatt – fontos. A betegek elvárhatják az intimitásuk tiszteletben tartását az egészségügyi dolgozóktól, betegtársaiktól, és a hozzátartozóktól is.

### **BTA.3.-3.1. standardok felülvizsgálati szempontjai**

1. A szolgáltató vezetői a jogszabályi előírásoknak megfelelő etikai normákat állapítanak meg, és szabályozó dokumentum formájában rögzítik ezeket.
2. Az etikai normák érvényesülnek a betegek ellátása során.
3. A vezetők a beteg és hozzátartozói jogok védelme, biztosítása érdekében együttműködnek az ellátási területen működő civil, közösségi és egyéb szervezetekkel.
4. A betegjogokról szóló írásos tájékoztató és a betegjogi képviselőre vonatkozó információ közzétett.

5. Minden vizsgálat, eljárás és kezelés során tiszteletben tartják a beteg személyiségi jogait, szeméremérzetét, illetve szükségletét az intimitáshoz.

## **BTA.4. standard**

**A szolgáltató tájékoztatja a betegeket, illetve törvényes képviselőiket a nyújtott egészségügyi ellátásokról és szolgáltatásokról, illetve azok elérhetőségéről és hozzáférhetőségéről rendelési időn belül és kívül**

### **BTA.4. standard magyarázata**

A betegeknek, illetve törvényes képviselőiknek teljes körű információra van szükségük a szolgáltató által nyújtott ellátással és szolgáltatásokkal, illetve azok elérhetőségével és hozzáférhetőségével kapcsolatban. Ez alapvető feltétele az érintettek közötti nyitott és bizalmas kommunikációnak.

Ezek az információk segítik a betegek elvárásai és a szolgáltató lehetőségeinek egyeztetését. Ha a beteg egészségügyi állapota által indokolt ellátás a szolgáltatónál nem áll rendelkezésre, akkor a szolgáltató tájékoztatja a beteget, illetve törvényes képviselőjét az alternatív ellátás módjáról, elérhetőségéről és a továbbutalást kezdeményezi.

### **BTA.4. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegek széleskörű információt kapnak a szolgáltató által nyújtott ellátásról és szolgáltatásokról.
2. A betegek információt kapnak arról, hogyan, hol és mikor férnek hozzá a szolgáltatásokhoz.
3. Az információt, ha szükséges, a törvényes képviselők is megkapják.
4. Ha a szolgáltatónál nem áll rendelkezésre a beteg egészségügyi állapota által indokolt ellátás, akkor a szolgáltató tájékoztatást ad a betegnek az alternatív ellátás módjáról és elérhetőségéről és kezdeményezi a beteg továbbutalását.

## **BTA.4.1. standard**

**A betegek, illetve törvényes képviselő-**

ik a betegségről, a javasolt vizsgálatokról, kezelésekről megfelelő tájékoztatásban részesülnek érthető nyelvezeten az ellátásával kapcsolatos döntések meghozatalához.

#### **BTA.4.1. standard magyarázata**

A kijelölt munkatársak a beteg számára érthető módon elmagyaráznak minden javasolt vizsgálatot, kezelést vagy beavatkozást a betegnek, illetve szükség esetén törvényes képviselőiknek. Az információ többek között tartalmazza:

- a beteg állapotát,
- a javasolt vizsgálatot,
- a javasolt kezelést,
- a lehetséges előnyöket és hátrányokat,
- a szóba jöhető alternatívákat,
- a siker valószínűségét,
- a gyógyuláshoz kapcsolódó lehetséges problémákat,
- a vizsgálat vagy kezelés elmulasztásának lehetséges következményeit.

#### **BTA.4.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegek, illetve törvényes képviselőik tájékozottak
  - 1.1. a beteg állapotáról,
  - 1.2. a javasolt vizsgálatokról,
  - 1.3. a javasolt kezelésekről,
  - 1.4. a javasolt vizsgálatok és kezelések lehetséges előnyeiről és hátrányairól,
  - 1.5. a javasolt vizsgálatok és kezelések lehetséges alternatíváiról,
  - 1.6. a kezelések sikerességének valószínűségéről,
  - 1.7. a gyógyuláshoz kapcsolódó lehetséges problémákról,
  - 1.8. a vizsgálatok és/vagy kezelések elmulasztásának lehetséges következményeiről.
2. A betegek, illetve törvényes képviselőik be tudják azonosítani azt az orvost vagy más ellátót, aki elsődlegesen felelős az ellátásáért.
3. Ha a kezelések vagy beavatkozások tervezettek, a betegek, illetve törvényes képviselőik tudják, hogy ki az, aki jogosult a kezelés vagy beavatkozás elvégzésére.

#### **BTA.4.2. standard**

**A beteg, illetve törvényes képviselője**

a végleges diagnózis megállapítását és a kezelési terv meghatározását követően nyilatkozik a kezelési terv elfogadásáról. A kezelési terv elutasítása esetén írásos nyilatkozattétel szükséges. A beteg, illetve törvényes képviselőjének írásos nyilatkozata, vagy bármilyen típusú, egészségügyi ellátására vonatkozó rendelkezése, a betegdokumentáció részét képezi.

#### **BTA.4.2 standard magyarázata**

A beteg végleges diagnózisának felállítását és a kezelési terv elkészítését követően a betegek tájékoztatásának eljárását az zárja le, hogy a beteg, illetve törvényes képviselője az ellátásra, annak megértésére és elfogadására vonatkozó írásos nyilatkozatot tesz. A nyilatkozat bekerül a betegdokumentációba. A beteg, illetve törvényes képviselője nyilatkozik arról, hogy betegségével, a tervezett kezelésekkal, gyógyszereléssel, diétás és egyéb terápiával kapcsolatos felvilágosítást, számára érthető formában megkapta. A beteg, illetve törvényes képviselője nyilatkozik továbbá arról, hogy a kezelés folyamán együttműködik kezelő orvosával, illetve házi orvosával.

#### **BTA.4.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A beteg, illetve törvényes képviselő a végleges diagnózis és a kezelési terv megállapítását követően írásos nyilatkozatot tesznek.
2. A beteg, illetve törvényes képviselő írásos nyilatkozata, illetve az ellátásra vonatkozó rendelkezése a betegdokumentációban megtalálható.
3. A beteg, illetve törvényes képviselő írásos nyilatkozatai a betegdokumentáció részét képezik.

#### **BTA.5. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató a hatályos jogszabályi környezet előírásainak megfelelően tájékoztatja a betegeket, illetve törvényes képviselőiket, a klinikai kísérletekben, vizsgálatokban vagy tanulmányokban való részvétel lehetőségeiről és a résztvevőket megillető védelemről. A szolgáltatónál, ha klinikai kutatásokat, kísérleteket, illetve humán személyekre kiterjedő tanulmányokat végeznek, akkor a hatályos jogszabályok**

által előírt testületek működnek. A fenti testületek felügyelet gyakorolnak a klinikai kutatások, kísérletek, illetve humánalanyokra is kiterjedő tanulmányok felett.

#### **BTA.5. standard magyarázata**

A szolgáltató, amely humán egyedekre is kiterjedő vizsgálatokat, kísérleteket vagy klinikai tanulmányokat végez, tájékoztatja a betegeket, illetve törvényes képviselőiket arról, hogyan vehetnek részt ezekben a tevékenységekben, ha azok a beteg kezelési szükségletei szempontjából relevánsak. Amennyiben a beteget felkéri a részvételre, a döntéshozatalhoz információra van szükségük. Ez az információ tartalmazza:

- a várható előnyöket,
- a lehetséges kellemetlenségeket és kockázatokat,
- olyan alternatívákat, amelyek ugyancsak segíthetik őket,
- a követendő eljárásokat.

A betegeket tájékoztatják arról, hogy visszautasíthatják a részvételt, vagy visszavonhatják a részvételi szándékot, és hogy a visszavonás vagy visszautasítás nem gátolja hozzáférésüket az egészségügyi szolgáltató egyéb szolgáltatásaihoz.

Az egészségügyi szolgáltató szabályozó dokumentumokat, illetve dokumentált eljárásokat alakít ki, vezet be és működtet a betegek és hozzátartozóik tájékoztatására a kísérleti vizsgálatokban való részvételre vonatkozóan.

#### **BTA.5. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A szolgáltatónál van bizottság vagy más testület az egészségügyi szolgáltatónál folyó összes kutatás felügyeletére.
2. A betegek, illetve törvényes képviselői tájékozottak arról, hogyan vehetnek részt a kezelési szükségletek szempontjából releváns kutatásokban, klinikai tanulmányokban és kísérletekben.
3. A részvételre felkért betegek tájékozottak a várható előnyökről, a lehetséges kellemetlenségekről és kockázatokról, azon egyéb lehetőségekről, amelyek ugyancsak megfelelőek állapotuk javítására.

4. A részvételre felkért betegek tájékozottak a követendő eljárásokról.
5. A betegeket biztosítják arról, hogy ha visszautasítják a részvételt, vagy visszavonják a részvételi szándékot, a visszavonás vagy visszautasítás nem gátolja hozzáférésüket az egészségügyi szolgáltatót egyéb szolgáltatásaihoz.
6. Szabályozó dokumentumok, illetve dokumentált eljárások irányítják a vizsgálatokkal, kísérletekkel vagy klinikai tanulmányokkal kapcsolatos információs és döntéshozatali folyamatot.
7. A betegek, illetve hozzátartozóik döntéshozatali folyamathoz kapcsolódó írásos nyilatkozatai a betegdokumentációban megtalálhatóak.
8. Az információt nyújtó és a beleegyezést elnyerő személyek a betegdokumentációban azonosítottak.

#### **BTA.6. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató meghatározza azokat a kezelés- és beavatkozás-típusokat, amelyek a tájékozott beleegyezés valamely speciális formáját igénylik.**

**Minden invazív beavatkozás, analgéziával, vagy aneszteziológiával járó, illetve minden magas kockázatú kezelés vagy beavatkozás a tájékozott beleegyezés speciális formáját igényli.**

#### **BTA.6. standard magyarázata**

Nem minden kezelés és beavatkozás igényel a kezelés, vagy beavatkozás végrehajtása előtt külön, írásos beleegyezést. Minden szakma megállapítja és írásban rögzíti azokat a beavatkozásokat és kezeléseket, amelyekhez a tájékozott beleegyezést, a beavatkozás, illetve kezelés megkezdése előtt meg kell szerezni. Az invazív, analgéziával, vagy aneszteziológiával járó, illetve magas kockázatú beavatkozások és kezeléseket szerepelnek ezen a listán. A beavatkozásokat és a kezeléseket tartalmazó listát az érintett szakmák együttműködve állítják össze.

Az érintett munkatársak erről oktatásban részesülnek.

A betegek, illetve törvényes képviselőik tájékozott írásos beleegyezést adnak minden invazív beavatkozás, analgéziával, vagy aneszteziológiával járó, illetve az egészségügyi szolgáltató által meghatározott minden magas kockázatú kezelés vagy beavatkozás elvégzése előtt.

**BTA.6. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az egészségügyi szolgáltató szakma-specifikusan írásban rögzíti azokat a beavatkozásokat és kezeléseket, amelyek speciális, külön beleegyezést igényelnek.
2. A beavatkozásokat és kezeléseket végző szakmák képviselői együttműködnek a lista kialakítása során.
3. Az invazív, analgéziával, vagy aneszteziológiával járó, illetve magas kockázatú beavatkozások és kezelések szerepelnek ezen a listán.
4. Az érintett munkatársak dokumentáltan oktatásban részesülnek a speciális beleegyezést igénylő beavatkozások és kezelések köréről.
5. Az írásos beleegyezést a meghatározott magas kockázatú beavatkozások előtt elnyerik, a beleegyezés pontos időpontja rögzítésre kerül, a tájékoztatást adó személy azonosított.
6. Az írásos beleegyezés a betegdokumentációban megtalálható.

**BTA.7. standard**

**A betegek egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatait a hatályos jogszabályi előírásoknak megfelelően bizalmasan kezelik és elvesztés vagy illetéktelen használat ellen védenek.**

**BTA.7. standard magyarázata**

A szolgáltató bizalmasnak ismeri el a betegek egészségügyi és hozzá kapcsolódó személyes adatait. Szabályozó dokumentumokat, illetve dokumentált eljárásokat dolgoz ki, amelyek alkalmazásával megakadályozza az adatok megsemmisülését, illetéktelen személyek hozzáférését és az adatok illetéktelen személy által történő módosítását.

Adatok megsemmisülése történhet áramszünet, tűz, eláradás vagy lopás, illetve egyéb előre nem várt váratlan esemény, katasztrófa helyzet során.

Az ilyen esetekre a szolgáltató szabályozó dokumentumot, illetve dokumentált eljárást dolgoz ki.

A betegek egészségi állapotára vonatkozó adatok és dokumentációk csak olyan mértékben kerülnek összegyűjtésre, amennyire ez a beteg egészségügyi állapotának és ebből

fakadó és szükségleteinek megértéséhez és az ellátás illetve szolgáltatások nyújtásához indokolt.

A betegek ellátásában résztvevő egészségügyi személyzet tagjai tiszteletben tartják a betegek jogait azzal is, hogy nem helyeznek el illetéktelenek által elérhető helyen és módon a betegek ellátásával és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokkal kapcsolatos információt.

A betegek ellátásában résztvevő személyzet tagjai nem folytatnak a betegek ellátásához köthető bizalmas beszélgetést illetéktelen személlyel, illetve nyilvános helyen.

**BTA.7. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A szolgáltató bizalmasnak ismeri el a beteg egészségügyi és hozzá kapcsolódó személyes adatait.
2. Szabályozó dokumentumok, illetve dokumentált eljárások határozzák meg a hatályos jogszabályi környezet előírásainak megfelelően a betegek, illetve az egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevők egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatainak kezelését és védelmét.
3. Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelmét szolgáló szabályok, illetve eljárások megalósulnak.
4. Az egészségügyi szolgáltató személyzete tudatában van a betegek egészségügyi és személyes adatainak kezelésével és védelmével kapcsolatos feladatainak és felelősségének.

**BTA.8. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató meghatározza azoknak az ellátásoknak a körét, amelyek esetében a betegeket illetve törvényes képviselőiket oktatni kell. Az egészségügyi szolgáltató a betegek, illetve törvényes képviselőik oktatása során olyan nyelvezetet és kifejezéseket használ, amelyeket azok megértenek.**

**BTA.8. standard magyarázata**

Egyes betegségek ellátása során, a tájékoztatáson túlmenően szükséges lehet a betegek, illetve törvényes képviselőik oktatása, betanítása.

Ezeknek a betegségeknek, illetve ellátásoknak a körét a szolgáltatónak írásban rögzíteni kell.

Az egészségügyi szolgáltató biztosítja a betegek oktatásához a szükséges feltételeket: helyiséget, szakképzett személyzetet, tájékoztató anyagokat, eszközöket.

Különös figyelmet igényel a betegek, illetve törvényes képviselőik oktatásakor használt forma és nyelvezet. A betegek különbözőképpen reagálnak a szóbeli utasításokra, nyomtatott anyagokra, videóra, stb. Fontos az oktatáshoz választott nyelv megértése is. Alkalmanként a családtagokra vagy tolmácsokra lehet szükség, hogy segítsék a tájékoztatást.

## **BTA.8. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az egészségügyi szolgáltató írásban meghatározta azoknak az ellátásoknak a körét, amelyek esetében a tájékoztatáson túlmenően a betegeket, illetve hozzátartozóikat oktatni kell.
2. Az egészségügyi szolgáltató biztosítja a betegek oktatásához szükséges feltételeket.
3. Meghatározott esetekben a betegek, illetve törvényes képviselőik képzésben részesülnek a gyógyszerek biztonságos és eredményes alkalmazásáról, a lehetséges gyógyszer-mellékhatásokról.
4. Meghatározott esetekben a betegek, illetve törvényes képviselőik képzésben részesülnek a gyógyászati segédeszközök biztonságos és eredményes használatáról.
5. Meghatározott esetekben a betegek, illetve törvényes képviselőik képzésben részesülnek a gyógyszerek és ételek közötti interakciók megelőzéséről, megfelelő diétáról és táplálásról.
6. Meghatározott esetekben a betegek, illetve törvényes képviselőik képzésben részesülnek a beteg által követendő életmódról és a rehabilitációs technikákról.
7. A betegek, illetve törvényes képviselőik oktatása számukra érthető formában történik.
8. A betegek, illetve törvényes képviselőik oktatása számukra érthető nyelvezeten történik.

## **BTA.9. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató meghatározza az ellátással kapcsolatos általános**

**beleegyező nyilatkozat tartalmi követelményeit.**

## **BTA.9. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató meghatározza azokat a szempontokat, amelyekről általános tájékoztatást ad a beteg számára. Az egészségügyi szolgáltató a hatályos jogi és szakmai követelmények figyelembe vételével helyi eljárásban (dokumentációkezelési szabályzat) szabályozza a beleegyező nyilatkozatok formai, tartalmi és kezelési követelményeit. Az általános beleegyező nyilatkozatot a beteg felvételekor nyerik el.

## **BTA.9. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Minden beteg felvételekor készül általános beleegyező nyilatkozat.
2. Az általános beleegyező nyilatkozat a betegdokumentáció részét képezi.

## **BTA.10. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató tájékoztatja a betegeket és szükség esetén a törvényes képviselőt, vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személyt a szervek és szövetek adományozásának lehetőségeiről.**

## **BTA.10. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató támogatja a betegeket, illetve a törvényes képviselőt, vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személyt transzplantációs vagy kutatási célú szerv- és szövetadományozással kapcsolatos választását. Információt adnak az adományozási eljárásról, és arról, ha az egészségügyi szolgáltató kivételi helyszín. Ez esetben szabályokat és eljárásokat fejlesztenek ki a kivételi és adományozási eljárás irányítására. A szabályok megfelelnek a jogszabályi elvárásoknak, és tekintettel vannak az adományozó kulturális és vallásos értékrendjére. Az egészségügyi szolgáltató személyzete képzett a szabályok és eljárások alkalmazására a betegek vagy a törvényes képviselő, vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személy választásának támogatásához. Az egészségügyi szolgáltató szervezet együttműködik

azon egészségügyi szolgáltató szervezetekkel, amelyek részben vagy egészében felelősek a felajánlás, tárolás, szállítás és transzplantáció folyamatáért.

#### **BTA.10. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az egészségügyi szolgáltató támogatja a betegek, illetve a törvényes képviselő, vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személy szerv- és szövetadományozással kapcsolatos választását.
2. Az egészségügyi szolgáltató információt nyújt a választás támogatásához.
3. Szabályok és eljárások irányítják a kivételi és az adományozási folyamatot.
4. A személyzet képzett a szabályok és eljárások alkalmazására.
5. Az egészségügyi szolgáltató együttműködik a transzplantációs centrumokkal, hogy figyelembe vegyék és megvalósítsák az adományozó szándékát.

#### **BTA.11. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek vannak eljárásai a fájdalom felismerésére, értékelésére és kezelésére.**

#### **BTA.11. standard magyarázata**

A csillapítatlan fájdalom negatív fizikai és pszichés hatásokkal jár. A betegnek joga van a szükségletnek megfelelő mértékű fájdalomcsillapításhoz. Az egészségügyi szolgáltató szervezet dokumentált eljárást alkalmaz a fájdalom kezelésére. Az eljárás tartalmazza:

- a fájdalomtól szenvedő betegek azonosítását a kezdeti és a további állapotfelmérések során,
- a betegekkel és hozzátartozóikkal való kommunikációt és tájékoztatást a fájdalomcsillapítás lehetőségeiről,
- az egészségügyi ellátók oktatását a fájdalom felismerésére, értékelésére, kezelésére és dokumentálására vonatkozóan.

#### **BTA.11. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az ellátás során a munkatársak:
  - 1.1. Elismerik és támogatják a beteg jogát a szükségletnek megfelelő mértékű fájdalomcsillapításhoz.

- 1.2. Felmérik és dokumentálják a betegek fájdalmát a kezdeti és további állapotfelmérések során.

- 1.3. Kommunikálnak a betegekkel és hozzátartozóikkal, és tájékoztatást adnak a fájdalomcsillapítás módjairól.

- 1.4. Képzésben részesülnek a fájdalom észlelésére, értékelésére és ellátására.

#### **BTA.12. standard**

**A haldokló ellátása kegyelet teljes.**

#### **BTA.12. standard magyarázata**

A haldokló betegeknek joguk van a kegyelet teljes, az emberi méltóságot figyelembe vevő ellátásra. A beteg kényelmének és méltóságának figyelembe vétele irányítja az ellátás minden fázisát az élet végső stádiumában. Ezek az igények magukban foglalják a szükségletnek megfelelő tüneti kezelést, ellátást, a fájdalom csillapítását, a beteg és hozzátartozói pszichés, érzelmi, vallási és kulturális szükségleteire való reagálást, és az ellátási döntésekbe való bevonást.

#### **BTA.12. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A haldokló beteg ellátásában részt vevő munkatársak ismerik és méltányolják a haldokló beteg szükségleteit.
2. A munkatársak a szükségletnek megfelelő, tiszteletteljes ellátást nyújtanak a haldokló betegnek.
3. A haldokló beteg ellátásában részt vevő munkatársak pszichés támogatást nyújtanak a családtagoknak, hozzátartozóknak.

#### **BTA.13. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató eljárást alkalmaz a betegek tulajdonát képező tárgyak ellopásának vagy eltűnésének megakadályozására.**

#### **BTA.13. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató eljárásban szabályozza a beteg értéktárgyainak kezelését. Az eljárás figyelembe veszi a sürgősségi ellátásban részesülő, és a döntésképtelen betegek értéktárgyainak

kezelését. A beteget ellátó munkatársak ismeretik a betegekkel és hozzátartozókkal, hogy értéktárgyaik megőrzésével kapcsolatban milyen esetben és mértékben vállalnak felelősséget. A tájékoztatás kiterjed az értéktárgyak megőrzésének lehetőségére és módjára, és esetenként az értékleltár felvételére.

### **BTA.13. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az egészségügyi szolgáltató eljárást alkalmaz a betegek értéktárgyainak kezelésére.
2. A betegek tájékoztatást kapnak az egészségügyi szolgáltató értéktárgyak kezelésére vonatkozó felelősségéről.
3. Az értéktárgyak kezelése a szabályozott eljárás szerint megvalósul.

### **BTA.14. standard**

**A betegeket fizikai inzultusoktól megvédik.**

### **BTA.14. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató az ellátás során védi a betegeket a fizikai inzultusoktól, különös tekintettel a magas kockázatú betegcsoportokra. Különösen kiszolgáltatottak a gyermekek, a fizikailag vagy szellemileg korlátozottan cselekvőképes egyének, az idősek, a fogyatékos, zavart tudatú vagy érzelmileg sérült, és az eszméletlen betegek.

### **BTA.14. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az egészségügyi szolgáltató biztonsági intézkedéseket alkalmaz, hogy megvédje a betegeket a fizikai inzultusoktól.
2. Az intézkedések kiemelten kezelik a magas kockázatú betegcsoportokat.
3. A munkatársak ismerik a feladatukat a biztonsági intézkedések megvalósításában.

## **HUNGARIAN STANDARDS FOR HEALTHCARE PROVISION**

### **PART III**

*In a notice published in issue 4, year LVII (21 February 2007) of the Health Sector Gazette the Ministry of Health has announced the publication of the Hungarian Standards for Healthcare Provision handbook (version 1.0).*

*Drawing on this document, we have prepared a summary of certain key elements (details) of the HSHP, the first part of which was published in issue 3, and the second part in issue 5 of our journal this year.*

*If you have time, we recommend that you read through these again.*

*Owing to limitations of space, we are unable to print the full wording, but the parts that we have included are quoted verbatim from the text of the official publication.*

*The sections that we have included were selected with the aim of providing the best support we can for activities related to the controlling, monitoring and appraisal of nursing services provided within the health system.*

*In this issue, as the third part in our series on healthcare standards, we describe the three groups of standards. The first group is related to **patient admissions**, the second to **transferring, referral, discharging and mortality**, while the third group of standards concerns **patient rights**, the **provision of information and data handling**. In future issues we will devote column space to more of the standards, as well as to essays by specialists regarding the practical application of the HSHP, suitable for use in workshops held with the aim of improving the quality of nursing, as well as in promoting the use of best nursing practices.*

## Tájékoztató szerzőink számára

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

Itt is felhívjuk szíves figyelmüket arra, hogy folyóiratunk filozófiájának megfelelően az „ápolás” kifejezést a WHO definíció, illetve az 1997. évi CLIV törvényben foglaltak szerint használjuk:

98. § (1) Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

(2) Az ápolás

a) a beteg azon tevékenységének segítésére irányul, amely elvégzésére a beteg egészségi állapota miatt önállóan képtelen vagy elvégzése jelentős nehézséggel, illetve állapotromlással járna, valamint amelynek elvégzése speciális felkészültséget igényel,

b) a beteg önellátó képességének helyreállítására, a betegség okozta fájdalom csökkentésére és a szenvedés enyhítésére irányul,

c) a tényleges vagy lehetséges egészségi problémákra bekövetkező reakciók, szükségletek felismerését szolgálja,

d) a kezelőorvos által elrendelt terápiás tervben előírt beavatkozások végrehajtását szolgálja,

e) egészségnevelési és tanácsadási feladatokat lát el.

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

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

**Kérjük jelenlegi és jövőbeni szerzőinket, hogy kézírataik elkészítésekor feltétlenül vegyék figyelembe azt a szempont-rendszert, amelyet a „Szerzői útmutató” tartalmaz, és amely a MESZK honlapján (www.meszk.hu) a NÖVÉR menüpont alatt található.**

Az alábbiakban ismertetjük a „Szerzői Útmutató” rövid tartalmát.

- **Formai szempontok** a kézirat szövegének elkészítéséhez (formátum, szövegstílus, szintek, tördelés, terjedelem)
- **Ábrák és táblázatok** készítésének szabályai
- A kézirat **szervezete**
- Az **eredeti közleményekre** vonatkozó szabályok
- Az **összefoglaló** szabályai (Gyakori probléma, hogy a szerzők túllépik a maximum 150 szó terjedelmet, és ezt korrigálni kell. Megjegyezzük, hogy az angol nyelvű összefoglaló hű fordítása a magyar szövegnek.)
- Az **irodalomjegyzék** elkészítésének szabályai. Ezek közül itt is közöljük a hivatkozási formákat, mert ez általában gondot okoz szerzőinknek

– 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.

### Hová küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe CD-n, 3,5"-es floppy lemezen (NÖVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 214.) vagy e-mail útján juttassa el a [nover@meszk.hu](mailto: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](http://www.meszk.hu)) a NÖVÉR menüpont alatt mindkettő megtalálható és letölthető.
- A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Horváth Mónika szerkesztőségi titkártól.

A „Szerzői Útmutató” további tartalma:

- Mi történik a kézirattal
- Szerkesztőségi és kiadói kitételek
- Szerzői jog és másolás

A Szerkesztőség