

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Traumán átesett gyermekekkel való munka hatása
a gyermekápolókra

A nagykállói romák egészségi állapota

Az ápolási dokumentáció, a vezetésére fordított idő és
az adminisztratív tevékenységgel
kapcsolatos ápolói attitűd függvényében



2013. 26. ÉVFOLYAM 5. SZÁM
www.meszk.hu

Ingyen beszélne telefonon (T-Com, Vodafone) családtagjaival?
Szereti az Operettet, Musicalt?
Kisgyermek van és szeretne kedvezményesen vásárolni?
Autóalkatrészre van szüksége? Nézze meg az ECD kedvezményeket!



Szeretnénk ha hasznosnak érezné kamara igazolványát, és élne a kedvezményekkel!

Bővebben megtekintheti: www.meszk.hu/szolgáltatások/kedvezmények

A kedvezményeket csak érvényes kamara igazolvánnyal veheti igénybe.

Tájékoztatom a tagdíjbefizetés módjairól:

Befizetési határidők:

Havonta fizetendő 637 Ft/hó:

- munkabérből munkáltató általi levonás esetén: az esedékes hónap 10. napjáig átutalva
- átutalással havonta minden hónap 15-ig

Félévente (3822 Ft/félév):

- átutalással vagy csekken félévente: a tárgyév március 15-ig és szeptember 15-ig

Évente (7644 Ft/év):

- átutalással vagy csekken évente: egy összegben, a tárgyév május 15-ig.

MESZK számlaszám: 72900604-10503346

Kérjük a közlemény rovatban tüntesse fel Kamara igazolvány számát!!!

Bővebb felvilágosítás a tagdíjakkal kapcsolatban a +36-1/3232074-es telefonszámon!

Kérjük tagjainkat, hogy a nyilvántartott adataikat ellenőrizzék, és az idejétmúlt vagy hibás adataikat javítsák a www.meszk.hu oldalon keresztül!



„ÚJRAÉLESZTÉS KORHATÁR NÉLKÜL” című

Országos Konferencia

Időpontja: 2013. november 22. (péntek) 9.30 óra

Helyszín: Lurdy Ház I. emelet 6-os Konferencia terem
(Budapest IX kerület, Könyves Kálmán krt. 12-14.)



Célcsoportok: felnőtt ápolás és gondozás, gyermek ápolás és gondozás, sürgősségi ellátás, laboratóriumi diagnosztika, képi diagnosztika, általános és elektrofiziológiai asszisztencia, fogászati ellátás, gyógyszerterápiás ellátás, mozgásterápia és fizioterápia, műtéti ellátás, szülészeti ellátás, védőnői ellátás, rehabilitációs és életvezetést támogató, közegészségügy és népegészségügy, diétetika

Az előadásokat követően gyakorlati foglalkozások, bemutatók lesznek. Szituációs feladatok zajlanak az „ABCD” elv alapján, és xBLS gyakorlatok babákon.

A továbbképzés pontértéke: 20 pont

Regisztrációs díj:

Kamarai tagoknak: ingyenes

Nem tagoknak: 5.000.-Ft (A regisztrációs díjról átutalási számlát küldünk!)

A jelentkezések beküldési határideje: 2013. november 18 vagy 400 fő regisztrálását követően.

Jelentkezés kizárólag online formátumban a www.meszk.hu honlapon!!!

Bővebb információ: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaránál Tel.: 1/323-2070,
e-mail: meszk@meszk.hu

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/
A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2013, 26 (5), 1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Traumán átesett gyermekekkel való munka hatása a gyermekápolókra
Páll Nikolettta, Fülöp Emőke

3

A nagykállói romák egészségi állapota
Arató Miklósné

12

Az ápolási dokumentáció, a vezetésére fordított idő és az adminisztratív tevékenységgel kapcsolatos ápolói attitűd függvényében
Oláh Mónika

24

OLVASÓI LEVÉL

Vitaindító gondolatok a fájdalom csillapításának ápolói kompetenciájáról
Iryni Tamás

31

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Krónikus veseelégtelenségben kialakuló lábproblémák okai és megelőzésének lehetőségei
Krimmer-S. Tünde

33

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

The effects of caring for children who have suffered trauma on pediatric nurses.
Nikoletta Páll, Emőke Fülöp

3

The state of health of Roma in Nagykálló
Miklósné Arató

12

Nursing documentation related to attitudes and the management of time spent on administrative activities
Mónika Oláh

24

READER'S LETTER

Keynote thoughts on nurses' competence in pain management
Tamás Iryni

31

REVIEW

Causes of leg problems in chronic kidney failure, and opportunities for prevention
Tünde Krimmer-S.

33

A *Nővérben* megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A *NŐVÉR* folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű írással készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A *NŐVÉR* a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
KIADÓ KFT.

Nyomdai munka: Komáromi Nyomda, Komárom.
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.

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Dr. Csernus Mariann (PhD)

Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial BoardDr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*Pápai Tibor, *centrumvezető ápoló*Szloboda Imréné, *igazgató***Szakértők/Experts**Arany Ida, *megyei vezető ápoló*Jakab Judit, *osztályvezető főnővér*Dr. Papp Katalin (PhD), *főiskolai docens*Dr. Papp László (PhD), *főiskolai docens*Tóth Andrea, *osztályvezető*Dr. Tulkán Ibolya (PhD), *főiskolai docens***Tanácsadó testület/Advisory Board**Bagosi Gabriella, *országos vezető ápoló*, GYEMSZI-ETFBoldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*,

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Prof. Dr. Poór Gyula, *elnök*,Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége,
BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Ápolási Tanszék, SzegedMészáros Magdolna, *elnök*, Egészségügyi Szakmai
Kollégium Ápolás Szakmai TagozatProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár*,
a MTA rendes tagja, mb. posztgraduális képzési
igazgató, intézetigazgató, tudományos és innovációs
rektorhelyettes, PTE orvostudományi és
Egészségtudományi Koordinációs Központi
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsRauh Edit, *mb. főigazgató-helyettes*, GYEMSZI-ETTDr. Rác Jenő, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Tóth Ibolya, *főtanácsos*,

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhD. Valérie Tóthova PhD, *dékán*,Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,
Cseh Köztársaság**NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyából eredeti közleményeket (összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket), előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatának vetjük alá, melyet független szakértők végeznek. A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészletet.

A cikkeken megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

A megjelent anyagnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus PhD. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Zita Wohlfarth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
<http://observer.hu>

Traumán átesett gyermekekkel való munka hatása a gyermekápolókra

PÁLL Nikoletta, FÜLÖP Emőke

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A traumán átesett gyermekeknel a pszichológiai szempontok figyelembe vétele az ápolás során alapvető fontosságú. Az ilyen esetekkel való találkozás az ápolóknál fokozott lelki megterhelést okozhat, aminek a feldolgozására gyakran nem kapnak szakmai segítséget, így jelentkezhetnek a másodlagos traumatizáció tünetei, amely egy idő után kiégéshez vezethet.

A vizsgálat módszere: A szerzők öt kórház gyermeksebészeti (N=90) és kontrollcsoportként belgyógyászati osztályán (N=90) végeztek kérdőíves felmérést, gyermekápolók körében.

Eredmények: Szignifikáns különbségeket találtak a két csoport között, miszerint a gyermektraumatológián dolgozó ápolók lelkiileg megterhelőbbnek érzik munkájukat, fontosnak tartják a gyermekek lelkigondozását, és szeretnék egy állandó pszichológust az osztályra. Emellett magasabb számban találtak olyan esettel, amikor nem tudtak reagálni a gyermek lelki reakciójára, amely kihat a családi kapcsolataikra, emellett igényelnének továbbképzéseket és segítséget az esetek feldolgozásában. A másodlagos traumatizációt mérő skála értékeinél is szignifikáns eltérés volt kimutatható.

Következtetések: A gyermektraumatológiai osztályokon érdemes nagyobb hangsúlyt fektetni az ápolók érzelmi feldolgozására, a másodlagos traumatizáció tüneteinek felismerésére, és a megfelelő oktatásra.

Kulcsszavak: empátia, másodlagos traumatizáció, pszichológiai szempontú ápolás, érzelmi munka

The effects of caring for children who have suffered trauma on pediatric nurses.

Nikoletta PÁLL, Emőke FÜLÖP

Summary

Aim of the study: In case of children suffering trauma immediate care taking psychological aspects into consideration is very important. However, for the caregivers going through these cases cause secondary traumatization and increased mental burden, and they are not provided with professional help to process these, which ultimately may lead to burn-out.

Sample and method: The authors have carried out a questionnaire survey among pediatric nurses at Pediatric Surgery Departments (N=90) and as a control group at Internal Medicine Departments (N=90) of five hospitals.

Results: Significant differences were found between the two groups, as the nurses working at pediatric trauma departments consider their work as mentally more burdensome, they think the children's mental care is important and would like to have a full-time psychologist at the ward. Besides they have encountered significantly higher number of cases in which they were unable to respond properly to the children's psychological reactions. This have ultimately affected their family relations, and they also need trainings and help to mentally process these cases. Significant difference was found in the Secondary Traumatic Stress Scale scores too.

Conclusions: In pediatric traumatology departments it would worth greater emphasis on helping nurses with their emotional processing of traumas, on recognizing symptoms of secondary traumatization and on adequate training.

Key words: empathy, secondary traumatization, psychological aspects of care, emotion work

Érkezett: 2013. április 4. Elfogadva: 2013. május 6.

Bevezetés

Rengeteg gyermek szenved balesetet évente, beleértve a halálos és a halált nem okozókat is. Ezekben az esetekben a pszichés terhelés is nagy problémát jelent, ezért a sé-

rülések ellátása mellett nagyon fontos a lelki támogatás már a kórházba kerülés első pillanatától. A pszichológusok és a lelkigondozók nem állnak rendelkezésre a nap 24 órájában, ezért egy-egy szituációban az ápolóknak kell segíteniük, hiszen ők töltik a legtöbb időt a betegekkel, és élik át velük

PÁLL Nikoletta Ápolás MSc hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest
diplomás ápoló, Péterfy Sándor utcai Kórház rendelőintézet és Baleseti Központ Gyermektraumatológia, Budapest
FÜLÖP Emőke Adjunktus, Semmelweis Egyetem, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, Budapest
Levelező szerző (correspondent): PÁLL Nikoletta, elérhetőség: 1113. Budapest, Bartók Béla út 72.,
Tel.: +36/30-3800-188, e-mail: nikol.p@freemail.hu

mindazt, amit a gyógyító team többi tagja nem is tapasztal.

Ezekben az esetekben a pszichológiai szempontok figyelembe vétele az ápolás során nagyon fontos lenne, hiszen a gyermekek testi egészségének helyreállítását elősegítené. Továbbá sok esetben a testi sérülésnél maradandóbb nyomokat hagyhat 1-1 trauma lelki hatása. A lelki utóhatások hegeit nagyban befolyásolhatja, hogy a traumát követően jelentkező pszichés tüneteket hogyan fogadja, kezeli a környezet.

Az ápolók azonban sok esetben nincsenek erre szakmailag felkészítve, másrészt ezeknek az eseteknek az átélése nekik is lelki megterhelést okozhat, aminek a feldolgozására nem kapnak szakmai segítséget, ez azonban kiégéshez is vezethet.

Elméleti háttér

Magyarországon, a gyermektraumatológián dolgozó ápolók érzelmi munkája és másodlagos traumatizáció tüneteinek gyakorisága kevésbé vizsgált terület. Pedig a traumán dolgozó ápolók más, fokozott mértékű érzelmi munkát végeznek, hiszen olyan komoly traumát átélt gyermekekkel kell dolgozniuk, mint a bántalmazott, tragikus balesetben súlyosan sérült gyermek, itt kiemelve az amputációt. Minden átélt trauma egyik súlyos következménye lehet a poszttraumás stressz zavar (PTSD), amely a gyermekeknél is megfigyelhető. Schreier és munkatársai 2000-ben történt kutatásukban traumán átesett gyermekeknél vizsgálták a poszttraumás stressz zavar tüneteit. 69%-ánál találtak legalább enyhe PTSD tüneteket a kezdetekkor. (Schreier, Ladakakos, Morabito, Chapman, & Knudson, 2005)

A segítő foglalkozásoknál, így az ápolók esetében is, a munkájuk során elengedhetetlen az érzelmi munka. Egyesek jobban viselik az érzelmi munkából fakadó terheket, míg másoknál később ez érzelmi kimerülést okozhat. Leginkább azokra a munkakörökre jellemző ez, ahol traumán átesett emberekkel foglalkoznak, vagy olyan osztályokon, ahol hosszas munkájuk után sem látják a betegek javulását. Az érzelmi kimerülést befolyásolhatja az ápoló munkával való elégedettségét,

érzelmi és fizikai egészségét, és munkájának minőségét is. Az érzelmszabályozás zavara pedig kiemelt tényező lehet a kiégés későbbi kialakulásában. (Fülöp, Devecsery, & Csabai, 2012; Lombardo & Eyre, 2011; Sabo, 2011; Szluha, Lazányi, & Molnár, 2007)

Az empátiának nagy szerepe van az érzelmi munkában. Az empátia sokak által kutatott fogalom, melynek lényege Buda Béla szerint, hogy az ember sajátos képességével bele tudja élni magát a vele közvetlen kapcsolatban levő másik ember lelkiállapotába, amely sajátos pszichés folyamatokat indít meg, amelyek révén fel tudja idézni magában az ember a másikban zajló indulatok, érzelmek és gondolatok tartalmát és azok összefüggéseit, és e felidézés révén jutunk el a másik ember megértésére. Rogers (1957) szerint az empátia a másik fél által megélt jelentéstartalmakra való folyamatos érzékenység. Davis (1996) a felszíni és mély érzelmi munkával állította párhuzamba az empatikus folyamatokat, amelyek kognitív és pszichés elemekből épülnek fel. (Lazányi et al., 2009; Holecz, 2012)

A legújabb kutatásokban vizsgálják a jelenség neurobiológiai hátterét. Az agy azon területeit tanulmányozzák, melyekben megtalálhatóak az ún. tükroneuronok, amelyek aktivitást mutatnak egy adott cselekvés megfigyelésénél vagy végrehajtásánál. Vagyis amikor valakire figyelünk, a másik arc kifejezésének a látványa összekapcsolódik saját hasonló motoros élményeinkkel, kiváltva ugyanazokat az érzelmi és vegetatív állapotokat. (Fülöp et al., 2012) Az empátiát azonban nem lehet egységes fogalomként tekinteni, meg kell különböztetnünk ún. párhuzamos empátiát és reaktív empátiás folyamatokat. A párhuzamos empátia esetében átvesszük a másik érzelmi állapotát, és olyan mértékű distresszt élhetünk át, ami akadályozhatja az empátiás törődés alapját képező kognitív folyamatnak, nézőpontváltásnak. A reaktív empátia esetén kis távolságot tudunk tartani a másik érzelmi állapotától, ami segíti az empátiás törődés megjelenését (Fülöp et al 2012).

Az empátia mellett azt a tényt is alapul kell venni, hogy az ápolók nagy része nőnemű, akikben könnyebben támadnak anyai érzések, jobban beleélik magukat, rávetít-

hetik saját gyermekükre, egy traumatológiai ápoló esetében ez túlféltéshez vezethet. Kutatások szerint (James 1989, 1992) a nők nagyobb érzelmi munkára való hajlama a családban betöltött gondoskodó szerepükkel és gyerekkori szocializációjukkal állítható párhuzamba. A családi kapcsolatokra is kihathat, ha az ápoló hazaviszi problémáit, feszült, vagy otthon is a betege miatt aggódik. (Lazányi et al., 2009)

Kovács és munkatársai (2012) kutatásukban az egészségügyi ellátásban dolgozó hazai szakemberek kiegészét, az általuk végzett érzelmi munkát, a megküzdést és a társas támogatást vizsgálták, amelyben lényeges különbségeket találtak az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás tekintetében. Az érzelmi disszonancia jelentős stressz tényező, amely az onkológiai területen dolgozóknál gyakrabban fordult elő: úgy érezték, hogy munkájuk során ritkábban szükséges, sőt nem szabad a negatív érzéseiket kifejezni, ugyanakkor gyakrabban kell együttérzést kifejezniük. (Kovács, Kovács, & Hegedűs, 2012)

Szluha és Lazányi által a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum 50 onkológiai szakdolgozójával végzett vizsgálatában is láthatjuk, hogy az ápolók több mint 90%-a energiát fektet abba, hogy aktuális lelki állapotát eltitkolja, kitéve magát a lehetséges negatív következményeknek. (Szluha, Lazányi, & Molnár, 2007)

A gyermekhalállal a traumatológián is találkozunk egy-egy akut esetnél, csak itt nem nézik végig a haldoklás hosszú folyamatát, hanem gyorsabb ütemben élik át a gyermekhalált a szakdolgozók.

2000-ben elvégzett felmérés (Hegedűs, 2002) szerint az orvosképzés curriculumában és az ápolóképzésben kevés a halállal, haldoklással, gyásszal kapcsolatos képzés, vagyis a szakemberek nem kapnak megfelelő ismereteket. (Hegedűs et al., 2012)

A traumás betegekkel való munka során előfordulhat, hogy az ápoló maga is traumatizálódhat, vagyis másodlagos traumatizációs stressz (STS) alakulhat ki, amely érzelmi és viselkedéses zavart jelent, amit egy szignifikáns másik által megtapasztalt traumatikus élmény megismerése okoz. Ennek elméleti magyarázata az áttételi

folyamatok, az empátia, érzelmi áttérjedés. Ezek az ápolók a vikariáló trauma tüneteit mutatják. Chrestman (1999) rámutatott az elsődleges és másodlagos traumatizáció tünetei közötti hasonlóságokra: emlékép betörések, fiziológiai arousal, elkerülés. Emellett igazolható, az is hogy egy tragikus eseményről hallott verbális beszámoló vizuális emlékbetöréseket okozhat. (Bairda & Kracemb, 2006; Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004; Beck, 2011) Amerikai kutatásban (Maytum et al., 2004), 20 gyermekgyógyászati ápolóval végzett felmérésében gyakran tapasztalták az ápolóknál a lelki kimerülés tüneteit. 67 sürgősségi ápoló közül 33%-ban teljesült minden STS tünet (Dominquez-Gomez Rutledge, 2009). 110 főből 25% tapasztalt traumás tüneteket. (Beck et al., 2011)

Az elmúlt időben rendkívül sok tanulmány foglalkozik az egészségügyi dolgozók lelki egészségvédelmével, és nagyon sok kutatásban láthatjuk az érzelmi munka és a kiegészés közötti kapcsolat vizsgálatát is. (Kovács & Hegedűs, 2009; Lazányi, 2009) Zaph szerint a kiegészés arra utal, hogy a dolgozó nem képes többé menedzselni az érzelmeit annak érdekében, hogy betartsa az érzelemkifejezéssel kapcsolatos munkahelyi előírásokat, követelményeket. (Kovács et al., 2009)

A folyamatos vész helyzetben dolgozó szakemberek egyre kevesebb empátiával rendelkeznek, amellyel tudat alatt önmagukat védik, viszont ez lassan kiegészéshez vezethet. A burn-out szindróma a fizikai és érzelmi kimerülés állapotát írja le. A szakmai kiegészés jelei közé tartoznak az érzelmi távolságtartás, közöny a munkával és a betegekkel szemben; alkalmatlanság-érzet, szomatikus tünetek pedig a krónikus fáradtságérzés, fejfájás, alvászavar. (Herman, Kuszling & Kulcsár, 2011; Sáfár & Hornyacsek, 2011)

Pikó Bettina nővérek körében folytatott kutatásából kiderült, hogy a magas stresszhatású osztályokon dolgozó ápolók gyakrabban számoltak be fejfájásról, alvászavarról, gyomor-fájásról, szapora szívdobogásérzésről. (Pikó, 2002)

Hegedűs és munkatársai a magyar lakosság egészségi állapotát országos, reprezentatív mintán vizsgáló Hungaro-study 2002-es

és 2006-os adatait elemezték, mely szerint az egészségügyi dolgozók a nem egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva bizonyos mutatókban rosszabb testi és lelki állapotot jeleznek. (Kovács & Dr. Hegedűs, 2009)

A vizsgálat célja

- A vizsgálat célkitűzései a következők:
- ⇒ Bizonyítani a traumán átesett gyermekkel foglalkozó ápolók lelki megterhelését és rávilágítani ennek fontosságára.
 - ⇒ Bizonyítani a gyermektraumatológiai osztályokon előforduló esetek súlyosságát, és a pszichológiai szempontok fokozott figyelembe vételét ezekben az esetekben.
 - ⇒ Felhívni a figyelmet a továbbképzések szerepére ebben a témában, és az ápolók számára nyújtott segítségnyújtásra, ezzel megelőzve a kiégést.

Vizsgálati módszer és minta

Kutatásunkban az adatfelvétel módszerének a kérdőíves felmérést használtunk. A kérdőív két részből áll. Az első rész egy önállóan összeállított kérdéssor, amely az érzelmi munkára, a szakmai segítségnyújtásra, és az érzelmi megterhelések feldolgozására kérdeznek rá.

A kérdőív második részében a Bride és munkatársai (2004) által kifejlesztett másodlagos traumatizációt mérő kérdőívet használtuk (Secondary Traumatic Stress Scale- STSS), amelynek magyar változatát Fülöp Emőke és munkatársai használták először magyarországi kutatásokban. (Fülöp, Devecsery, Hausz, Kovács, & Csabai, 2011). A kérdőív a súlyos traumán átesett páciensekkel való munka élményét vizsgálja. A kérdőív 17 állítást tartalmaz, és a válaszadónak el kell döntenie egy Likert skálán (5 fokú), hogy milyen mértékben volt jellemző rá az elmúlt időszakban az adott kijelentés. A válaszadó alapján megjelölt pontszámokból totál pontszámot lehet számolni, amely mutatja a másodlagos traumatizáció tüneteinek súlyosságát az (<28: nincs, 28–37: enyhe, 38–43: közepes szintű, 44–48: magas, >49: nagyon magas). (Elwood, Mott, Lohr,

Galovski, & Bakacsi, 2011) Mivel a teszt magyar mintán történő reliabilitásának és validitásának vizsgálata még nem történt meg, ezért ez a besorolás csak irányadó lehet, a vizsgálatunkban kapott STSS értékek a vizsgálati csoportok összehasonlításában nyer értelmezést. Másrészt vizsgálhatjuk az egyes skálákat, mint a gondolat és érzelem betörés, az elkerülés és az arousal tüneteknek gyakoriságát. (Fülöp, Devecsery, Hausz, Kovács, & Csabai, 2011)

Az adatfelvétel 2012-ben történt. Öt kórház gyermeksebészeti (N=90) és kontrollcsoportként általános osztályokon (belgyógyászat, ápolási osztály) (N=90) kérdőíves felmérést végeztünk, traumán átesett gyermekekkel foglalkozó ápolók körében.

Mintánk nagy része 31-40 év közötti nő, akik párkapcsolatban vagy családban élnek. Nagyon részben 1-10 éve az adott osztályon dolgozó szakápoló végzettségűek. A két csoport szociodemográfiai adatait az **I. táblázat** mutatja.

Az adatok feldolgozásához és elemzéséhez az SPSS 20.0 programcsomagot használtuk. Az egyes változók jellemzésére leíró statisztikát alkalmaztunk átlag, gyakoriság meghatározásával. Az adatok statisztikai értékelését Chi²-próbaival, one-way ANOVA és Kruskal-Wallis próbaival végeztük. A szignifikanciaszintet minden esetben p=0,05-nél állapítottuk meg. A változók normál eloszlását Levene-tesztel (L), homogenitását pedig F-próbaival (F) vizsgáltuk.

Eredmények

Az osztályon folyó érzelmi munka és a szakmai segítségnyújtásra vonatkozó eredmények bemutatása

Kutatásunk demográfiai adatait tekintve, a kevés számú férfi (3,3%) miatt nem tudunk nemek közötti összehasonlításokat végezni, pedig kutatások szerint (James 1989, 1992) a nők nagyobb érzelmi munkára való hajlama miatt jobban beleélik magukat egyes esetekbe, amelyek a családi kapcsolataikra is hatással lehetnek. A kutatásunkban a saját mintánkon ezt nem tudtuk vizsgálni.

Megvizsgáltuk, hogy az ápolók meny-

I. táblázat: Szociodemográfiai adatok

		Traumatológia		Általános gyermekosztály	
		N	(%)	N	(%)
Nem	férfi	3	3,3	3	3,3
	nő	87	96,7	87	96,7
Életkor	18-30 év	25	27,8	23	25,6
	31-40 év	31	34,4	41	45,6
	41-50 év	25	27,8	21	23,3
	50 év felett	9	10,0	4	4,4
Családi állapot	egyedül	21	23,3	23	25,6
	párkapcsolat/házasság	37	41,1	32	35,6
	család (gyermek)	31	34,4	35	38,9
Végzettség	segédápoló	5	5,6	11	12,2
	szakápoló	71	78,9	67	74,4
	diplomás ápoló	12	13,3	12	13,3
Osztályon töltött idő	1-5 éve	27	30,0	25	27,8
	6-10 éve	21	23,3	24	26,7
	11-15 éve	16	17,8	16	17,8
	16-20 éve	10	11,1	9	10,0
	>20 éve	16	17,8	14	15,6

nyire érzik megterhelőnek munkájukat. Szignifikáns eltérést találtunk ($L=0,108$, $F=7,796$, $p=0,006$) a két vizsgált osztály között, vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolók lelkileg megterhelőbbnek érzik a munkájukat, mint más osztályokon dolgozó nővérek. Lazányi (2009) munkájából tudjuk, hogy egyesek jobban viselik az érzelmi munkából fakadó terheket, míg ez másoknál érzelmi kimerülést okozhat. Leginkább ez azokra a munkakörökre jellemző, akik traumán átesett emberekkel foglalkoznak. A szignifikáns különbség kutatásunkban ezt alátámasztja.

Összefüggést találtunk ($p<0,05$) abban, hogy mennyire érzik megterhelőnek a munkájukat, és tudják-e, hogy milyen lelki reakciók fordulhatnak elő a gyermekeknél. Mindkét csoport esetében nagyobb számot jelöltek, akik tudják milyen lelki reakciók várhatók a gyermekeknél. Vagyis mindkét csoport esetében láthatjuk, hogy a gyerme-

kek lelki reakciói okozhatnak az ápolóknál érzelmi megterhelést.

A traumatológiai osztályon dolgozó ápolók 82,2%-a, míg az általános gyermekosztályon dolgozó ápolók 75,6%-a szerint befolyásolja a gyermekek lelki állapota a velük való ápolói munkát. Itt a traumán dolgozó ápolók nagyobb számban említettek olyan okokat, mint például: megnehezíti az ápolói munkát, hogy a gyermekek félnek, lelkileg sérülékenyek, nehéz velük együttműködni, bizalmatlanok, nehéz a kommunikáció és több odafigyelést igényelnek.

A gyermektraumatológián dolgozó ápolók 95,6%-a, míg az általános osztályon dolgozók közül 86,7% tartja fontosnak a gyermekek lelkigondozását, amely szerintük szakemberek segítségével (pszichológus, lelkigondozó), megfelelő ápolói munkával és empátiával, kommunikációval és a figyelem elterelésével valósul meg az osztályukon.

Abban, hogy befolyásolja-e gyermekek lelkiállapota a velük való munkát és fontosnak tartják-e az ápolók a gyermekek lelkigondozását találtunk összefüggést a traumatológia osztály esetében ($p=0,017$), vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolók nagy része fontosnak tartaná a traumán átesett gyermekek lelki gondozását, mert a gyermek lelki állapota nagyban befolyásolja a velük való munkát.

A traumatológiai osztályon az ápolók 60,0%-a, míg az általános osztályon dolgozó ápolók 42,2%-a jelölte meg, hogy van az osztályukon pszichológus. Ez azért volt érdekes, mert minden osztályon van pszichológus, de csak szükség esetén. A nemleges válaszok esetében kérdeztünk rá, hogy szeretnének-e az osztályra pszichológust, erre a kérdésre azoktól is kaptunk választ, akik igennel válaszoltak (véleményünk szerint az előzőleg megmagyarázott ok miatt), itt szignifikáns különbséget tudtunk kimutatni ($p=0,020$), vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolók nagyobb része fontosnak tartana egy állandó pszichológust az osztályra, mint az általános osztályokon.

Szignifikáns különbséget lehetett kimutatni ($L=0,146$, $p=0,011$) a traumán dolgozó ápolók (56,7%), és az általános osztály között (37,8%) abban a kérdésben, hogy találtak-e olyan esettel, amikor nem tudtak

reagálni a gyermek lelki reakciójára. Vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolók esetében nagyobb számban fordul elő olyan eset, amelyben nem tudott mit reagálni a gyermek lelki reakciójára, mint az általános osztályokon.

Lényeges különbségeket találunk, a legemlékezetesebb eset leírásakor, amelyet a válaszadók csak kevés százaléka töltött ki, és itt a traumatológia esetében láthatunk kiugróbb eredményeket. A legtöbben tragikus balesetben sérült gyermek esetében nem tudtak reagálni, aki kereste a meghalt szülőt.

Az ápolók pszichológiai ismereteire vonatkozó eredmények bemutatása

Szignifikáns különbséget lehetett kimutatni ($p=0,01$), miszerint szeretnék-e továbbképzéseket, a gyermektraumatológián dolgozó ápolók (88,9%-a) nagyobb része szeretne továbbképzéseket, a pszichológiai szempontokat figyelembe vevő ápolással kapcsolatban, mint az általános osztályokon dolgozó ápolók (64,4%). Az ápolók a leghasznosabbnak az előadást, kommunikációs tréninget és a szituációs gyakorlatokat tartották.

Az ápolók érzelmi megterheléseinek feldolgozására vonatkozó eredmények bemutatása

A két osztály között szignifikáns eltérést láthatunk ($p=0,018$), abban a kérdésben, hogy igényelnének-e segítséget az esetek feldolgozására, mégis fontos kitérni arra, hogy a traumán dolgozó ápolók csupán 48,9%-a kérne segítséget az esetek feldolgozására. Az elméleti részben bemutatott Szluha és Lazányi által a végzett vizsgálatában is láthatjuk, hogy az ápolók energiát fektetnek abba, hogy aktuális lelkiállapotukat eltitkolják. Kutatásunkban is lehet ez az oka, annak, hogy az ápolók nagy része nem akar segítséget kérni, hiszen a nyitott kérdésekben is néhányan pontosan leírták, hogy nem szeretnének az osztályon belül segítséget pl.: szupervízió, és ezt azzal indokolták, hogy nehéz egymás előtt megnyílniuk érzéseikről.

Csak a traumatológia osztály esetében összefüggés látható ($p=0,26$), hogy azok az

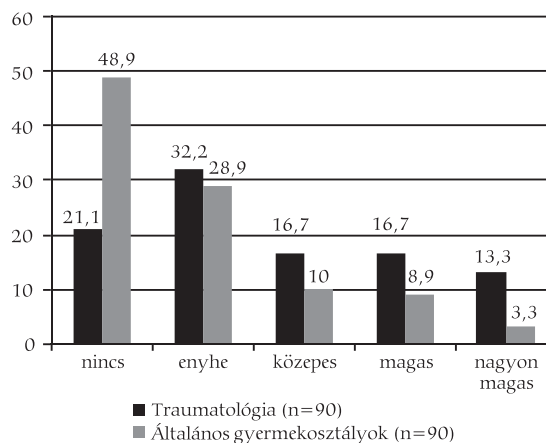
ápolók, akik találkoztak már olyan esettel, amikor nem tudtak reagálni a gyermek lelki reakciójára, azok nagyobb számban igényelnének segítséget az esetek feldolgozására.

Összefüggést találtunk, mindkét csoportban ($p<0,05$), miszerint azok az ápolók, akik találkoztak már ilyen esettel, amikor nem tudtak reagálni a gyermek lelki reakciójára, azoknál hatással van a munkahelyi történések a családi kapcsolataikra. Mindemellett szignifikáns különbség volt kimutatható ($L=0,141$, $p=0,004$), hogy a traumatológián dolgozó ápolók munkahelyi eseményei jobban kihatnak a családi kapcsolataikra, mint az általános osztályon dolgozóké. Az ápolók véleménye szerint ingerlékenység, feszültség, fáradtság, figyelmetlenség, türelmetlenség, zaklatottság, és családi túlfeltés formájában hatnak a munkahelyi történések a családi kapcsolataikra.

STSS kérdőív eredménye

Az STSS totál értékeiket vizsgáltuk, ahol a traumatológián dolgozó ápolóknál ($L=0,711$, $p=0,00$) szignifikánsabban magasabb eredmények voltak kimutathatók. (I. ábra)

1. ábra: Másodlagos traumatizációs tünetek előfordulása, (%)



Az STSS skáláinak: elkerülés ($L=0,835$, $p=0,00$), arousal ($L=0,541$, $p=0,02$), gondolat és érzélem betörés (Chi-Sq.: 36,677, $p=0,000$) vizsgálatában is szintén, szignifikánsabban nagyobb értékeket kaptunk. (II. táblázat) Vagyis a gyermektraumatológián dolgozó ápolóknál nagyobb számban for-

II. táblázat: STSS skáláinak értékei

	Gondolat és érzélem betörés		Elkerülés		Arousal	
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás
Traumatólógia	12,02	3,61	14,74	4,49	11,06	3,57
Általános gyermekosztály	8,68	2,91	11,85	4,36	9,34	3,88

dulnak elő másodlagos traumatizációs tünetek, mint az általános osztályokon dolgozó ápolóknál.

Dominquez- Gomez kutatásában 67 sürgősségi ápoló közül 33%-ban teljesült minden STSS tünet. Kutatásunkban a traumán dolgozó ápolók között vizsgáltuk ugyanezt, amelyben 16,66%-nál teljesült minden tünet (érték: min.:2, max.:5).

Pikó ápolók körében folytatott kutatásából kiderült, hogy a magas stressz hatású osztályokon dolgozó ápolók gyakrabban számoltak be fejfájásról, alvászavarról, szapora szívdobogásérzésről, kutatásunkban is láthatjuk, hogy a traumán dolgozó ápolóknál szignifikánsabban magasabb arousal skála jellemző (átlag=11,06; 9,34).

Mindkét osztály esetében összefüggés volt kimutatható ($p < 0,05$) a STS tüneteinek megoszlása és a között, hogy az ápolók tudják-e milyen lelki reakciói lehetnek, vagyis beigazolódott, akik nincsenek tisztában a trauma lehetséges pszichológiai következményeivel veszélyeztetettebbek a STS-re.

Következtetések, javaslatok

A teljes kérdőív eredményeinek összegzéséből levonható, hogy a gyermektraumatológiai osztályokon az érzelmi munka hangsúlyosabb, mint az általános gyermekosztályokon, hiszen hirtelen bekövetkező nem várt esemény áldozataival kell foglalkoznia az ápolónak.

A megterhelő munka alapját képezheti, hogy az ápolók tudják, milyen lelki reakciók lehetnek a gyermekeknél, vagyis nehezen élik meg ezeket a helyzeteket, és tudják, hogy egy-egy helyzet számukra is nehéz lehet.

Ezek az esetek az ápolók családi kapcsolataira is hatással vannak, ezért nagyon fontos lenne, hogy segítő szakember foglalkozzon az ápolókkal, hogy egy-egy nehéz nap vagy eset után hátra tudják hagyni a munkát, és a családjaikra tudjanak koncentrálni, amely akár önsegítő módszerekkel, megfelelő stresszkezelési technikákkal is elérhető lenne.

Az ápolók nagy része munkatársaikkal beszél meg a munkahelyi történéseit, mégis kevesebb, mint 50%-a kérne segítséget, mert nem szeretnék egymás előtt kifejezni érzésüket. Amely azt jelenti, hogy egymás között eszmegbeszélést tartanak, de nem tárják fel érzéseiket egymás előtt, illetve előnyben részesítik az esetleges négy szemközti, informális ventillációra módot adó helyzeteket, mint formális lehetőségeket. Vagyis az egyéni támogatások, terápiák, az önsegítő módszerek lehetnek megfelelőek, valamint az intézményen kívüli heterogén (más-más kórházakból jött tagokból álló) csoportok.

Azokon a helyeken, ahol csak szükség esetén van pszichológus, ott az oktatásokra kellene nagy hangsúlyt fektetni, hiszen így az ápolók egy-egy esetre tudnák a megfelelő reakciókat, kompetenciájukon belül, amely mind az ápolók, mind a betegek számára segítség lehetne. Itt megoldás lehetne, még ha osztályonként egy felelős ápoló lenne, aki figyelemmel kísérné a kollégái lelki állapotát, és nehezebb esetek után, vagy amikor megfelelő tüneteket észlel, szakember segítségét hívná, hogy elkerüljük a magas szintű másodlagos traumatizációt vagy a kiégést.

Az oktatások esetében az ápolók nagy százaléka szeretne továbbképzéseket leginkább előadások formájában, a traumán dolgozó ápolók a szituációs tréningeket is jelölték, amely azt mutatja, hogy találkozhatnak nehéz szituációkkal, amelyben tudni szeretnék a megoldási lehetőségeket, másrészt ezek megismerése magabiztosságot ad, ami szintén segít egy-egy eseten átlendülni. Nyilván az esetek mások lehetnek, amelyeket nem lehet begyakorolni, de így is meg lehet ismerni a különböző szituációkra való reagálást. Kutatásunk eredményeiben láthatjuk, hogy aki ismeri a PTSD-t, az tudja, milyen lelki reakciói lehetnek a gyermeknek, vagyis már akár az elméleti oktatásoknak is nagy szerepe lehetne. A továbbképzéseket megfelelő

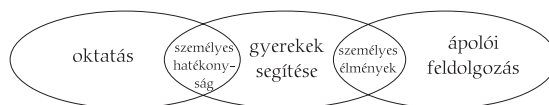
időn belül ismételni kellene, vagy az iskolai oktatásban kellene beépíteni olyan órákat, amely hasznos lehet ezekben az esetekben.

A STS kérdőív segítségével felmérhettük az ápolók között a másodlagos trauma mértékét. A bemutatott eredmények alapján láthatjuk, hogy az általános osztályon, valamint a traumatológián dolgozó ápolók között igen nagy eltérések vannak. Bár az általános osztályon is láthattunk nagyon magas pontszámokat, ami azt jelenti, hogy ott is előfordul olyan eset, amely megterhelő az ápolók számára.

A pszichológiai szempontokat figyelembe vevő ápolás (2. számú ábra) nagyon fontos lenne a gyermektraumatológiai osztályokon folyó munkában, amelynek három fontos összetevője van: az ápolók oktatása, ebből adódóan a gyermekek megfelelő segítése, és az esetek megfelelő feldolgozása az ápolók körében. (2. ábra)

A kutatásunk eredményei alátámasztják, hogy az általunk felállított folyamat megfelelő, hiszen láthattuk, hogy az oktatásnak nagyon nagy helye lenne, amely növelné az

2. ábra: A pszichológiai szempontokat figyelembe vevő ápolás



ápolók személyes hatékonyságát, amely a gyermekek megfelelőbb ellátásához is vezethet. Mindemellett a gyermekkel való megfelelő segítő munka személyes pozitív élményekhez vezetne, amely segítené az ápolói feldolgozást. Emellett nagyon fontos persze a lelki szaksegítség, amely elengedhetetlen része ennek a folyamatnak.

Kutatásunkban nem vizsgáltuk, hogy ez a folyamat hogyan hat a gyermekekre, hogy tényleg segítheti a lelki folyamataikat, gyógyulásukat, ezt egy következő kutatásban szeretnénk vizsgálni.

Mindemellett egy későbbi kutatásban véleményünk szerint értékes adatokat láthatnánk, ha a traumatológiai osztályokon dolgozó ápolók eredményeit, gyermek onkológiai osztályon dolgozó ápolók adataival vetnénk össze.

Irodalomjegyzék

- Bairda, K., & Kracemb, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19.(2.), 181-188. doi: 10.1080/09515070600811899
- Bakó, T. (2004). *Verem mélyén: könyv a krízisről* (3. kiad. ed.). Psycho Art, Budapest.
- Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25.(1.), 1-10.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14.(1), 27-35. doi: 10.1177/1049731503254106
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). Helping Traumatized Children to Recover. *Death Studies*, 33.(5.), 487-493. doi: 10.1080/07481180902805764.
- Collins S., & A., L. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10.(1.), 17-27.
- Csürke, J. (2009). *Mindennapi kríziseink: a lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*, Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., E.Galovski, T. & Bakacsi, G. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31., 25-36. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.004
- Fülöp, E., Devecsery, Á., Hausz, K., Kovács, Z. & Csabai, M. (2011). Relationship between empathy and burnout among psychiatric residents. *New Medicine*, 4., 98-102.
- Hegedűs, K. (2012). A legsúlyosabb betegeket ellátó egészségügyi dolgozók egészségvédelme.

- Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13.(2.), 220-243. doi: 10.1556/Mental.13.2012.2.00
11. Herman, J. L., Kuszting, G., Kulcsár, Z. & Nők a Nőkért Együtt az Erőszak, E. (2011). Trauma és gyógyulás: az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig (2. kiad. ed.). Budapest: Háttér : NANE Egyes.
 12. Kim, H., Carol, S., Sally, P. & Sue, G. (2008). Adults traumatized by child abuse: What survivors need from community-based mental health professionals. *Journal of Mental Health*, 17.(4.), 361-374.
 13. Kovács, M., & Hegedűs, K. (2009). Érzelmi munka, érzelmi disszonancia és a kiégés összefüggései az egészségügyi dolgozók körében. *Nóvér*, 5. (23), 3-12.
 14. Kovács, M., Kovács, E. & Hegedűs, K. (2012). Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13.(2.), 202-219. doi: 10.1556/Mental.13.2012.2.00
 15. Lazányi, K. R. (2009). Az érzelmi munkát befolyásoló tényezők. *Érzelmi munka az onkológiában*. Doktori (Ph.D.) értekezés. Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola.
 16. Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16., doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man03
 17. Ranschburg, J. (2006). *Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban* (4. kiad. ed.). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
 18. Sabo, B. (2011). Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16. doi:10.3912/OJIN.Vol16No01Man01
 19. Sáfár, B., & Hornyacsek, J. (2011.). A pszichoszociális segítségnyújtás gyakorlati szerepe – az EURESTE program. *Műszaki Katonai Közlöny* 21. (Különszám).
 20. Schreier H., Ladakakos C., Morabito D., Chapman L., & Knudson. (2005). Posttraumatic Stress Symptoms in Children after Mild to Moderate Pediatric Trauma: A Longitudinal Examination of Symptom Prevalence, Correlates, and Parent-Child Symptom Reporting. *The Journal of Trauma*, 58.(2.), 353-363.
 21. Szluha, K., Lazányi, K., & Molnár, P. (2007). Az érzelmi munka szerepe az onkológiában. *Magyar Onkológia*, 51. évfolyam (1. szám), 47-51.
 22. Tandari-Kovács, M. (2011). *Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest
 23. Terr, L. (1996). Help for the traumatized child-expert speaks from firsthand experience. *Health Facts*, 21.(206.), 2.



Mi Gondolunk Önre az élet legszebb és legfájdalmasabb pillanatában is!

Tudta Ön, hogy minden tagtársunkra baleset- és életbiztosítási szerződést kötöttünk?



Tudta hogy minden Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagnak, akinek gyermeke születik, az MKB Életbiztosító Zrt. csoportos baleset- és életbiztosítást nyújt, és ezáltal Gyermekszületés esetén 20.000 Ft-ot fizet a Biztosító?!

Információ, formanyomtatványok letöltése: www.meszk.hu oldalon (Szolgáltatások/Biztosítás menüpontban) vagy a Biztosítónál!

MKB Életbiztosító Zrt.

e-mail: csoportoselet@mkbb.hu

Telefon: 06-1-886-69-00

Fontos! Kérjük, hogy mind az e-mailen, mind a telefonban jelezzék, hogy a MESZK által kötött csoportos szerződéssel kapcsolatos a kérdésük.

Figyelem! 15 napon belül jelezni kell az eseményt a biztosítónak!

A nagykállói romák egészségi állapota

ARATÓ Miklósné

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A zárt közösségben élő roma kisebbség életmódbeli sajátosságainak és egészségi állapotának a felmérése. A szerző feltételezte, hogy a romák más attitűddel rendelkeznek a saját egészségükkel, és az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatosan.

Anyag és módszer: A Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórházban, 2012 májusában egyedülálló Véradási nap került megszervezésre a romák számára. A program keretében az orvosi vizsgálatok mellett kérdőíves felmérés történt. (N=100.) A szerző az adatok feldolgozását Microsoft Excel programmal, bemutatását leíró statisztika módszereivel végezte.

Eredmények: A több mint 100 jelentkező közül 38-an adhattak vért. A válaszadók közül a nők körében a legnagyobb számban a 41-50 év közöttiek voltak (39%), a férfiak többsége 31-40 éves korosztály volt (28%). Alkoholt több mint a megkérdezettek fele (57%) fogyaszt rendszeresen vagy alkalmasszerűen, és 47%-uk dohányzik. A megkérdezettek 39%-a minősíti rossznak saját egészségi állapotát, 35%-a megfelelőnek, 24%-a jónak tartja, és csupán 2%-a érzi kiválónak. A megkérdezettek 56%-a elégedett az egészségügyi ellátással annak ellenére, hogy majdnem felét már érte valamilyen megkülönböztetés ellátásuk alatt.

Következtetés: A romák rossz egészségi állapota összefügg az alacsonyabb színvonalú életminőséggel, az alacsony iskolázottsággal, az alkoholfogyasztással, és a dohányzással. A romák ismerik a szűrővizsgálatokat, és fontosnak is tartják, sőt rendszeres véradók is vannak közöttük, de az irányukba történő felhívás nem hatásos. Többször éri a roma lakosságot hátrányos megkülönböztetés, mint a társadalom többi tagját. Az egészségügyi képzésekbe mindenképpen be kell emelni a romák iránti toleranciára való nevelést. Továbbá szükséges az egészségügyhöz fűződő szupportív viszony javítása, melynek az egyik lehetséges eszköze a romáknak az egészségügy törekvéseibe való bevonása.

Kulcsszavak: egészségi állapot, elégedettség, roma

The state of health of Roma in Nagykovács

Miklósné ARATÓ

Summary

Aim of the study: To assess the unique lifestyle characteristics and state of health of the Roma minority living in a closed community. The author assumed that the Roma have a different attitude towards their own health and to the healthcare supply system.

Sample and method: At the Sántha Kálmán Mental Health Centre and Specialist Hospital, in May 2012 a unique blood donation day was organised for the Roma population. As a part of the program, besides the medical tests, a questionnaire-based survey was conducted. (N=100) The author processed the data using Microsoft Excel, and presented the results with descriptive statistical methods.

Results: Of the more than 100 who volunteered, 38 were able to give blood. Among the respondents the majority of women were aged 41-50 years (39%), and most of the men were in the 31-40 age bracket. More than half of the respondents (57%) consume alcohol regularly or occasionally, while 47% of them smoke. Some 39% of those surveyed consider their own state of health to be bad. Some 56% of the respondents are satisfied with the provision of healthcare, despite the fact that almost half of them have experienced some kind of discrimination during their care.

Conclusions: The bad state of health of the Roma is related to the lower quality of life, the low level of education, alcohol consumption and smoking. The Roma are aware of the screening tests and consider them important; indeed, some of them also regularly give blood, but the communication targeting them is not effective. The Roma population experience discrimination more frequently than the other members of society. It is imperative that training in tolerance towards the Roma be incorporated into healthcare education. It is also necessary to improve the supportive relationship with healthcare. One means of achieving this could be the inclusion of Roma in healthcare efforts.

Key words: state of health, satisfaction, Roma

Érkezett: 2013. március 12. Elfogadva: 2013. május 8.

ARATÓ Miklósné Osztályvezető Ápoló, Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Sántha Kálmán Szakkórház, Gerontopszichiátriai Osztály
Levelező szerző (correspondent): ARATÓ Miklósné, elérhetőség: 4320 Nagykovács, Rózsa út 6.
Tel.: +36/20-498-3645, e-mail: aratone@citromail.hu

Bevezetés

A magyarországi cigány, roma népesség természetesen szociális helyzete szempontjából nem tekinthető homogén társadalmi csoportnak. Tagjait megtaláljuk társadalmunk valamennyi rétegében, akár a társadalmi szerep, akár az iskolázottság, akár a lakóhely szempontjából vizsgálódunk. A magasabb társadalmi pozíciókban azonban arányuk igen alacsony, az alacsony státuszú csoportokban, a társadalom margóján viszont egyre magasabb. Amikor az ezzel kapcsolatos kérdéseket vizsgáljuk, akkor nem tekinthetünk el ettől a rétegzettségétől, nem egyszerűsíthetjük a kérdést arra, hogy a szegénység az egyetlen „betegítő” komponens.

Wilkinson (1996) arra a következtetésre jutott, hogy a társadalmi egyenlőtlenségnek minden egyéb tényezőnél nagyobb szerepe van a kisebbségek kedvezőtlen megbetegedési és halálozási arányaiban. Minél nagyobb egy országon belül a gazdagok és a szegények közötti távolság, annál rosszabbak a leszakadó rétegek egészségügyi mutatói, életkilátásai. Úgy vélem, ez a növekvő – társadalmi távolság is szerepet játszik a cigány, roma lakosság egészségi helyzetében.

A Magyarországon élő roma lakosság életkörülményei a rendszerváltás következtében a korábbiakhoz képest is tovább romlottak a kilencvenes években. A cigányság többségének szociális helyzete és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférhetősége is rosszabb, mint más társadalmi csoportoké, és feltételezhető, hogy mindez kedvezőtlen irányba befolyásolja egészségi állapotukat. Ha az utolsó évtizedek magyarországi romákkal foglalkozó, gazdag szakirodalmát áttekinthetjük, azt tapasztalhatjuk, hogy az egészségügy területén viszonylag kevés kutatást végeztek, s reprezentatív vagy országos kutatásról alig beszélhetünk. Ezért csak igen korlátozottan fogalmazható meg még a kérdés is: vannak-e olyan egészségi jellemzők, amelyek specifikusan cigányoké, amelyek tehát akár a genetikai, akár a kulturális örökséggel hozhatók összefüggésbe. Viszont több országos helyzetjelentés készült. (Forrai, 2007) A mindenkor kormányzatot a kilencvenes évek óta foglalkoztatja a cigányság helyzete, a többi között egészségi állapota. (Demeter,

2000, Prónai, 2000) Különösen 2004, az Európai Unióba való csatlakozásunk óta szaporodtak meg azok a helyzetértékelések, amelyek kisebb-nagyobb volumenű empirikus kutatásra támaszkodnak.

Szirtesi Zoltán (1994-1999), kiskundorozsmai háziorvos – aki maga is roma származású –, publikációiban körzeti orvosi tapasztalatai alapján mutatja be körzete cigány lakosságában talált olyan betegségeket, amelyek praxisában inkább érintették a cigány, mint a nem cigány embereket. A megfigyelt betegségek többségéről azt állítja meg, hogy a rossz lakásviszonyok, az elégtelen táplálkozás, a túlzásfoltosság okozza és terjeszti ezeket esetenként robbanásszerűen.

Az erre irányuló kutatások hozzájárulnak és elősegítik a roma betegek és az egészségügyi szakemberek hatékonyabb együttműködését a betegek életminőségének javítása, gyógyulása érdekében. Az egészségnevelési ismeretek életkornak megfelelő terjedelmű és tartalmú átadása, valamint annak tudatosítása, hogy képesek vagyunk egészségünk befolyásolására, egészségtudatos magatartás kialakítására, elősegítheti a hazai cigányság egészségügyi állapotának javulását.

A kialakult helyzet gyors, összehangolt és hatékony beavatkozást igényel, hiszen a romák egészségi állapotának és tágabb értelemben vett társadalmi helyzetének javítása mindannyiunk közös érdeke.

Elméleti háttér

A romák

Londonban, 1971. április 8-12. között megtartott Első Roma Világkongresszuson az ott jelenlévő, különböző cigány népcsoportokhoz tartozó küldöttek konszenzussal elfogadták, hogy a világ összes cigány származású emberének közös és hivatalos elnevezése attól kezdve a rom többes számú alakja, azaz a roma legyen. Így a romák elnevezés a cigány népcsoportokhoz tartozó emberek közösségét jelenti.

Ki számít romának?

Ezt a kérdést nem kerülheti meg egyetlen romákkal foglalkozó írás sem, különö-

sen, ha reprezentativitásra törekvő adatokra támaszkodik. A legegyszerűbb definíció az, ha azt tartjuk romának, aki annak vallja magát. Diósi Ágnes szerint elnyomott nép. (Diósi, 1998) Rác Sándornak testvér, a közvéleménynek, pedig kellemetlen, bűnözésre hajlamos nép. Véleményét úgy tűnik mindenki meggyőzően képes alátámasztani. (Farkas, 1994) Csongor Anna szerint viszont a cigányságot szokás etnikumnak, nemzetiségnek, önálló kulturális identitással rendelkező etnoszociális társadalmi alakzatnak, peremhelyzetbe szorult, kultúrával nem rendelkező rétegnek tekinteni. A Ladányi-Szelényi szerzőpáros ugyanakkor megállapítja, hogy lehetetlen eldönteni melyik definíció a legjobb. (Babusik, 1994)

A romák eredete

A cigány megnevezéshez kapcsolódó pejoratív tartalmak miatt a politika és média szóhasználatában elterjedtebb a roma megnevezés. (Fona et al.2006)

Kevés olyan nép létezik, amelynek nem-hogy az eredete, de még a helyes elnevezése is parázs vitákat szül. A hagyományos cigány elnevezés ugyanis ma már a legtöbb országban negatív jelentéstartalmat hordoz, ezért ma már mind a közéletben, mind az egyes médiumokban kerülnek ennek használatát. (Farkas, 1994) Az őshazától Európáig többféle elmélet létezik a romák eredetével és vándorlási útvonalával kapcsolatban, azonban kevés írásos emlékünkből van. Az összehasonlító nyelvészeti kutatások eredményei szerint a cigányok/romák őshazája Észak-India nyugati területe. A legtöbb cigány beszéli az Észak-India mai indoeurópai nyelveivel rokon roma nyelvet, valamint annak az országnak a nyelvét, amelyben él. (Kristó, 2003)

A magyarországi romáknak nyelvi és történeti szempontból, valamint önmaguk meghatározása szerint hat nagy csoportja különböztethető meg. A hat csoport közül három, a magyar cigányok, az oláh cigányok és a beások, amelyek nagyobb számban élnek Magyarországon, míg a másik három kisebb csoport, a kárpáti cigányok, a szintók és a román cigányok csupán néhány száz, illetve egy-két ezer tagot számlálnak. (Kristó,2003)

A házassági szokások merevsége valamennyi csoportra jellemző volt és marad is, az alcsoportokon belül is átjárhatatlanok a falak. Az oláh cigányok csoportjába tartozó lovárik nem házasodnak csurárokkal, akik szerint az oláh cigányok fajtái közé sorolhatók. Az oláh cigányok többsége megveti azt a romnyit (oláh cigányasszonyt), vagy romészt (oláh cigány férfit) aki párjául magyar cigányt választ, azonban sokkal elfogadóbbak, ha magyarral köt házasságot. Ez fordítva is igaz, nehezen képzelhető el, hogy egy muzsikus fiú oláh lányt vegyen el feleségül. A fiatalok férjhez adás bizonyos értelemben kulturális kényszer is: a cigánylány csak szüzén házasodhat. Azonban, ha az esküvő után kiderül, hogy a lány már nem volt „érintetlen”, a fiús szülők visszakérhetik a lakodalom teljes költségét. (Wittner, 2007; Babusik & Papp, 2002)

A cigányság történelmében akkor következett be a negatív fordulat, amikor cigányellenes törvénykezés lépett érvénybe Magyarországon is. I. Lipót 1701-ben törvényen kívül helyezte a cigányokat. Megszüntették a vajdák önálló, belső jogérvényesítését, a cigányok közötti ügyekben, az állami igazságszolgáltatás hatálya alá helyezte őket. Megtiltották a cigány nyelv és öltözet használatát. Megtiltották a cigányságon belüli házasságot, a nem cigányokkal való házasság esetén a cigány félnek bizonyítania kellett alkalmasságát és katolikus-ságát. Az 5. évüket betöltött gyerekeket elvették a szüleiktől, és nem-cigány családokhoz helyezték. Mária Terézia 1749-ben kiutasított az országból minden cigányt, aki nem telepedett le, további rendeleteivel, pedig teljes asszimilációt szorgalmazott. II. József is folytatta az erőszakos asszimiláló politikát, illetve kiterjesztette azok érvényességét Erdélyre is. Egy 1938-as rendelet szerint minden cigányt gyanús egyénnek kell tekinteni, e rendelet, valamint Endre László későbbi államtitkár 1934-es követelése a cigányok koncentrációs táborba való zárásáról és a férfiak sterilizálásáról a közvetlen előzményeit és alapját képezik a magyarországi romák holokausztjának. A II. világháború után, 1957-ig a cigányokkal a minisztériumok foglalkoztak, a problémát számtalan módon próbálták orvosolni, de mindig

hasztalanul. Az 1961-ben megállapították, hogy a cigányok 70-80%-a társadalomtól elkülönülten, telepeken élt, ott erőszakos mosdatások, fertőtlenítések folytak, ha bűncselekményt követett el valaki, rendőrség sora vette a telep lakóit, akik védelem nélkül álltak a hivatalos szervvel szemben. 1965-től Kádár vezetésével szociális válságkezelési stratégia indult meg, a cigánytelepek felszámolására, kedvezményes hiteleket adtak állandó keresettel rendelkezőknek új lakások, házak építésére, illetve régi parasztházak felújítására. A teletszerű elrendezkedés továbbra sem változott meg, de a korábbiakhoz képest azonban ez is nagy javulásnak volt tekinthető a lakhatási viszonyok területén. (Oláh, 2007)

A rendszerváltás igazi vesztesei az alacsonyan iskolázott réteg volt, közülük, megfelelő lehetőségek, esélyek hiányában, és természetesen a nem megfelelő hozzáállás miatt nincs esélyük helyreállítani azon életszínt, amit korábban, még 1989-ben elértek. Biztató folyamat, hogy létrejöttek a kisebbségi önkormányzatok, kialakulófélben van, de még elég kis létszámú a cigány értelmiségi réteg. Jelentősen növekedőfélben van a cigányokkal foglalkozó publikációk, illetve a cigány nyelvű kiadványok száma, ezek jó része már cigány szerzőktől származik. Ha a cigányok a szó legszorosabb értelmében cigányok akarnak maradni, akkor abban az esetben, figyelembe véve a történelemben tapasztalt életmódjukat, elég erőteljes kihívásnak vagyunk kitéve.

Demográfiai jellemzők

A magyar állampolgárok közül a szegények és a roma nemzetiségűek halmaza jelentős átfedést mutat, vagyis a szegények között a romák jelentősen felülreprezentáltak.

Az évszázadok során elrendelt cigány öszszeírások, népszámlálási eredmények és a becslött, vélt létszámok között mindig nagyságrendbeli különbségek voltak. A cigányság legújabb kori történetét tekintve létszám kérdésében Kemény István szociológus és társai 1971, 1993 és 2003 években végzett kutatásaira, illetve néhány KSH számlálási eredményre, s ezekből becslött számokra tudunk támaszkodni. (Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség)

Keményék 2003-as kutatásuk alapján 520650 ezer fő közé becsülték a cigányság létszámát. Az erre alapozott népesség előjelzések szerint 2010-ben 650–700 ezer fő volt a legnagyobb kisebbség lélekszáma. Mai becslések szerint a cigányság létszáma 700 ezernél több, de egymilliónál kevesebb. (Kemény, 2004)

Demográfiai mutatóit tekintve a cigányság fiatalos népesség, magas termékenységi arányszámmal rendelkezik; két-háromszor több gyermek születik a roma/cigány népcsoportban, mint a többségi társadalomban.

Egyrészt meglehetősen közismert, de adat szinten úgyszólván ismeretlen tény a roma és a nem roma társadalom demográfiai szerkezetének eltérése, illetve az ebből fakadó következmények. A roma népesség a demográfiai fejlődés más szakaszában van, mint a nem roma többség. Az első demográfiai átmenet elmélete szerint a roma népesség még az ún. átmeneti fázis jegyeit mutatja. Fiatal a korösszetétele, magas a termékenysége, viszonylag magas a halandósága. A roma népesség várható élettartama átlagosan tíz évvel rövidebb, mint a nem roma népességé. (Babusik, 2004)

A cigányság körében azonban még ma is a nagycsalád jellemző, magas a három és annál több gyermeket szülő nők. Magyarországon élő roma népesség életminősége és egészségi állapota nem kielégítő, egészségi egyenlőtlenségeiknek csökkentése szükséges ahhoz, hogy számukra is garantálhatóak legyenek az európai állampolgárokat megillető jogok.

A cigányok többségének életét elsősorban a hiány jellemzi, a megfelelő kereset és jövedelem, a jó lakás, a kielégítő ruházatkódás és étkezés, az egészséges ivóvíz, az iskolázottság és a nem cigányokkal való versenyképesség hiánya. Alig van az életnek, az anyagi világnak olyan területe, ami ne kerülhetett volna be a felsorolásba, így az egészség, az egészségügyi ellátás is.

A nagykállói romák helyzete

Nagykálló Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei, nyírségi település. A város a megye délkeleti részén, Magyarország északkeleti részén található. A román határ 47 km-re, az ukrán határ pedig 70 km-re található a várostól. Nagykálló a megyeszékhelytől,

Nyíregyházától mindössze 14 km-re fekszik.

2001-ben a város lakosságának 97%-a magyar, 3%-a cigány nemzetiségűnek vallotta magát. 2005-ben a lakosság szám 10483 fő, a cigány lakosok száma: 1100 fő. (nagykállói Polgármesteri Hivatal)

Az itt élő cigányokról korábbi adatok nem állnak rendelkezésre. Nagykállói romák nagy része szociális segélyből és családi pótlékból él. A munkanélküliségből adódik a szegénység, mely nemcsak a helyi romákat sújtja. Naponta találkozhatunk cigány asszonyokkal, akik arról számolnak be, hogy nem tudja, mit adjon enni a gyermekének. A tartós munkanélküliség a mély szegénységet idézi elő, mely során az alacsony élet-színvonal következtében emberek, családok, embercsoportok kerülnek a társadalom perifériájára. A szegénység nem csupán jövedelemhiányt jelent, hanem jogfosztottságot, kizártságot és kirekesztést, valamint az emberi méltóság lassú elvesztését is.

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

Az egészségről alkotott nézetek nagyon változatosak, az egészség többféleképpen is definiálható: az egyszerűbb megközelítések mellett léteznek átfogó filozofikus vagy morális felfogások is. Másképp gondolkodnak az egészségről, például a laikusok és másképp az egészségügyben dolgozók, de a különböző kultúrákban, társadalmakban ugyancsak eltérő módon vélekednek és beszélnek róla.

Tökéletes, minden szemléletet kielégítő definíciót eddig még nem sikerült alkotni. Az *Egészségügyi Világszervezet* által megfogalmazott definíció az egészséget a társadalmi és az egyéni teljesítmény felől közelíti meg, és hangsúlyozza az egészség dinamikus és pozitív természetét. Az egészséget alapvető emberi jognak, „az élethez szükséges erőforrásnak” tekintik, mely egyben társadalmi befektetés is.

A romák egészségügyi ellátásával foglalkozó meglehetősen szegényes szakirodalmi anyagból két – ugyan egymásnak ellentmondó, de a kutatás során fontossá váló – szempont emelhető ki. Az első megközelítés szerint az egészségügyi ellátást igénybe

vevő romák mások, mint a többi páciens. A kórházban fekvő hozzátartozók látogatása mindig problémát jelentett az egészségügyi dolgozóknak. A közeli hozzátartozók mindig szép számmal állják körül a hozzátartozó ágyát. A hivatalos látogatási időben a betegágy körül kirajzolódik a roma közösség ünnepi képe, ami leginkább a férfiaknak és a nőknek a szoba két oldalán való felsorakozásában, a csoport érkezésekor és távozásakor váltott legünnepélyesebb köszöntésében, valamint a magukkal hozott italban nyilvánul meg. A romák ugyan jól tudják, hogy az ital és a gyógyszer kizárják egymást, de azt is tudják, milyen erős jelképe az ital a romák testvériségének, és emellett mennyire tisztítja a testet is. (Kristó, 2003)

A romák zárt közösséget alkotnak, sajátos normákkal és szokásokkal, amelyek fenntartásához erősen ragaszkodnak. Ennél fogva az egészségügyi ellátás során a problémát a roma betegek kulturális különbsége okozza. A fő kérdés ebben az esetben az, hogy az egészségügyi személyzet mihez tud kezdeni ebben a situációban. Például a beteget rá tudják-e venni valamilyen módon arra, hogy semmilyen körülmények között, még a közösségi összejövetelek alkalmával se fogyasszon alkoholt.

A kulturális különbségek hangsúlyozásával óvatosan kell bánni, ugyanis az urbanizálódott cigány népesség körében például félrevezető lehet, ha az egészségügyi intézményrendszer alacsony igénybevételét a cigányságnak a kórházaktól való „öszönös” félelmével magyarázzuk. Amely ennek az „egzotikus” kultúrának a sajátja, holott csupán arról van szó, hogy a cigányok rossz szociális körülményeik miatt egy piaci típusú egészségügyi rendszerben csak az alacsony színvonalú ellátási formákat tudják igénybe venni, ezért nem szívesen mennek kórházba. (Oláh, 2007)

A cigányság körében az egészséget kedvezőtlenül befolyásoló tényezők halmozottan jelentkeznek, s ebből adódóan a cigányság egészségi állapotára vonatkozó adatok az országos átlagnál kedvezőtlenebb képet mutatnak. (Demeter, 2000)

Ehhez hasonlóan egy másik tanulmány szerint a romák 10 évvel rövidebb ideig élnek, mint a nem cigányok. (Doncsev, 2000)

Mindezek oka egyfelől abban keresendő, hogy korábban sok roma egészségtelen környezetben dolgozott, és nehéz fizikai munkát végzett: „ezért van az, hogy a romák nagyobb százalékban munkaképtelenek és leszázalékoltak”. A magyarországi cigányság egészségügyi helyzetét az 1980-as évektől folyamatos és elmélyülő válság jellemzi, e kihívásokat kezelni képtelen egészségügyi rendszer mellett nyilvánvaló, hogy egy népcsoport egészségi állapota szoros összefüggésben áll annak társadalmi helyzetével is.

Általánosan elfogadott nézet, hogy egy ország, egy közösség egészségét nem elsősorban az egészségügyi ellátás színvonala határozza meg, hanem az életminőség: az iskolázottság, a foglalkoztatási és lakhatási körülmények, a civilizációs és kulturális színvonal, a közösségi normák. A rossz körülmények között élő embereknek az egészségi állapota is rosszabb. A szociológiai tények ismeretében fenntartások nélkül állítható, hogy a magyarországi cigányság egészségi állapota a teljes népességnél sokkal kedvezőtlenebb. (Puporka & Zádori, 1998)

Egészségmagatartás, hozzáférés az ellátáshoz

Egy kutatás alapján egyértelműen csak a (leginkább kibírhatatlan) fájdalom és a láz az a két tünet, amely orvoshoz fordulásra készíteti a romákat, és minden más tünet ezeknek rendelődik alá. Ennek alapján elmondható, hogy a romák a betegségmegelőzési és egészség megóvási technikákat csak elvétve alkalmazzák. (Gyukits, 2002) Izgalmas kérdés, mennyire tartanak a romák az egészségügyi intézményektől. Egyes kutatások szerint az egészségügy és a romák világa olyannyira különbözik, hogy sikeres, zavarmentes kommunikációra köztük jelenleg nincs esély. A zömükben aprófalvakban élő romáknál az egymásrautaltság miatt a háziorvossal általában kialakul egy kooperatív viszony, de a kórházi vagy szakellátásban mindennaposak az orvos-beteg konfliktusok.

Rendkívül hátrányosan érinti a romákat a közgyógyellátás fokozatos szűkítése, az önkormányzati támogatások forrásainak csökkenése, így igen nagy megterhelést jelent számukra a gyógyszerek kifizetése,

ezért egyre gyakoribb jelenség az „öngyógyítás”. Ráadásul az orvosi hálapénz egészségügyünk szerves részévé vált, így a rossz anyagi helyzetben lévő cigányok nem tudják megvásárolni a gyógyuláshoz szükséges kedvezőbb körülményeket.

A terület jó ismerői állítják, hogy a romákkal szembeni nyílt és tudatos diszkriminációtól sem mentes az egészségügy. Az egészségügyi hatóság és a romák közti kliens viszony egyik meghatározó eleme az előítéletesség. Általános nézet az egészségügyben, hogy a romák többet panaszkodnak orvosokra, sokszor terelik jogi mederbe sérelmük orvoslását. A kutatások azonban ennek ellenkezőjét bizonyítják: a cigányok alig vállalkoznak az ellátás során szerzett sérelmeik orvoslásának jogi útra terelésére. (Neményi, 1998)

A többségi társadalom megfogalmazott félelme, hogy a romáknál tapasztalható magas születésszám - szaporaság, felelőtlen gyermekvállalás, családtervezés hiánya, szabados nemi élet miatt „elcigányosodik” az ország. A valós tényekhez azonban jóval több előítélet, mint valóságos tudás tapad. A szakemberek a legsúlyosabb problémának a roma lakosság körében tapasztalható magas csecsemőhalandóságot tekintik, ennél a populációnál különösen magasak a perinatális halandóság mutatói. A morbiditási adatok elemzése kapcsán Neményi Mária (2000) arra a következtetésre jut, hogy „a cigány lakosság körében magas a látens morbiditás”, ugyanakkor „az össztársadalminál magasabb volt a fertőző, az emésztőszervi betegségek aránya, és kiugróan magas a perinatális halandóság”. Utóbbival kapcsolatban a kutatók egyetértenek abban, hogy ez túlnyomórészt a terhesek életkörülményeire (lakhatási és egyéb feltételeikre, az egészségtelen, olcsó élelmiszerek fogyasztására) és gondozására vezethetők vissza. A drámai mutatókhoz hozzájárul az is, hogy a cigányok jelentős része környezet-egészségügyi szempontból veszélyeztetett területeken él, és a túlnyomó többségüknek a rendszerváltást megelőzően munkát adó nehézipar is halmozottan veszélyeztette egészségüket. Az életkörülmények javítása nem az egészségügy feladata, de az intézményrendszer mindeddig adós egy olyan, gondozási forma kialakításával, mely

a magyarországi szülő nők egyre nagyobb hányadát adó cigány nők speciális igényeire tekintettel lévő, jelenlegi áldatlan helyzetet változtatna. (Neményi, 1998)

Egyenlőtlen esélyek

Oktatás

Az évezred fordulóján hétszáz elkülönített „cigány osztály” van ma Magyarországon. Az elkülönítés három legtipikusabb formája a „cigány iskolák” kialakulása és kialakítása, a normál iskolában a cigány osztályok létrehozása valamint a roma gyerekek tömeges speciális iskolába irányítása. A „cigány iskolák” kialakulásában a spontán belső migráció és a romák zöme által lakott kis-falvak és régiók leszakadásán túl jelentős mértékben közrejátszik az is, hogy a többségi szülők elviszik gyermekeiket a cigányok által látogatott iskolákból. (Havas, Liskó, Kemény, 2001)

A vizsgálat célja

A főiskola kezdete óta foglalkoztatott a cigányság egészségi állapotának, jellemzőinek mélyebb megismerése. A dolgozatom témáját adó felmérés célja is az volt, hogy jobban megismerjem a zárt közösségekben élő roma kisebbség életmódbeli sajátosságait és egészségi állapotát. Érdeklődésemet tovább élénkítette az ápolónői munkám során az egyik kolléganőmtől hallott mondat. A hölgy transzfúziót készített elő egy roma beteg részére közben pedig arról panaszkodott, hogy milyen kevés roma ad vért. Ez az élmény tovább erősítette meggyőződésemet, hogy a romáknak a többséghez képest más attitűdje van saját egészségükkel és általában az egészségügyi ellátórendszerrel.

A romák egészségi állapotának kutatása számomra azért is különösen fontos, mert én is roma származású vagyok.

A mindennapokban is érezhető, hogy a magyarországi romák életminősége és egészségi állapota nem kielégítő, ezáltal sebezhetőbbé válnak azokra a betegségekre, melyek nem roma lakosságot kevésbé éri el életmódjuknak és egészséges életmódra való törekvésüknek köszönhetően.

Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a romák rossz egészségi állapota összefügg az alacsonyabb színvonalú életminőséggel, az alacsony iskolázottsággal, az alkoholfogyasztással és a dohányzással.
2. A romák nem ismerik a szűrővizsgálatokat és a véradást, és annak jelentőségét ennek következtében nem is járnak a szervezett szűrésekre, véradásokra.
3. Jelentős részük elégedetlen az egészségügyi ellátással, mivel már érte őket valamilyen megkülönböztetés az ellátás során.

Anyag és módszer

A kutatás helye, ideje és megnevezése

A kutatás helyszíne: Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház.

A kutatás időpontja: 2012. május 05.

A kutatás megnevezése: Roma véradás napja.

Elhatároztam, hogy az országban egyedülálló véradást fogok szervezni. A Vöröskereszt helyi képviselőjével közösen a Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórházban (ahol ápolóként dolgozom) roma véradást szerveztünk. (1. kép)

Több mint 100 roma származású nagykállói ember jelent meg. Ezen a rendkívüli eseményen osztottam szét a kérdőíveket. Ennyi roma tudomásom szerint egyszerre még nem vett részt véradáson, mindemellát az egészségügyi szűrés szempontjából is komoly jelentősége volt.

Kutatási módszer, kutatás kivitelezése

Az összetett kutatás a véradást és a kérdőívek kitöltését foglalta magába.

Általában mindenki adhat vért, aki egészséges, betöltötte a 18. életévét, és még nincs 65 éves.

Néhány feltétele: 50 kg-nál kisebb testű súlyú egyéntől nem vesznek vért, mert minimum 4,5 dl levehető mennyiséghez képest nincs elegendő vértartaléka. Ugyancsak nem adhatnak vért terhes és szoptató anyák.

1. kép: Véraláson



A kérdőív kitöltése és a véradás menete

A helyszínen biztosított kérdőív kitöltése az egészségi állapotáról saját kérdőív felhasználásával történt, mely 15 kérdést tartalmazott. A kérdőívek kitöltésénél jelen voltam, a kiosztott 110 kérdőívből 100 db (n=100) volt értékelhető. A kapott adatokat táblázatban foglaltam össze. Az eredmények szemléletes megjelenítésére ábrákat és grafikonokat készítettem.

A véradáshoz kapcsolódó vizsgálatok:

- ⇒ Labor-vizsgálat: Pár csepp ujjbegyből vett vérből meghatározzák a véradók vércsoportját, és minden véradás előtt hemoglobinszintet néznek a vérszegénység kizárása céljából.
- ⇒ Orvosi vizsgálat: anamnézis felvétele, vérnyomás- és pulzusz mérés, fizikális vizsgálat.

Meghívás / látogatás a véradásra

A nagy nap előtt két héttel hétfőn a férjemmel elindultam a romákat meghívni a fent említett eseményre. Férjem kíséretére azért volt szükség, mert a cigány nőknek nem il-

lik látogatásba menni egyedül. Nem tapasztaltam ellenállást sehol. Szívesen fogadtak és biztosítottak arról, hogy „ők” ott lesznek. Megdöbbentő volt számomra látni a nagyon rossz életkörülményeiket. Nagykállóban a temető környékén lakó romák cigánytelep-szerű sorházakban élnek. Az 1-2 gyermekes fiatalabb generációt a „nagy-ház” mögötti több, apró és kezdetleges kunyhókban találtam meg. A kisgyermekeket látszólag koruknak megfelelően fejlettnak ítélt meg.

A helyi romák nagy része szétszórtan él a városban. Életkörülményeik igen rossz-szak. Jövedelem tekintetében jóval a minimálbér alatt élnek. Állandó munkalehetőségük nincs. Az itt élő romákból alig 3-4 embernek van évek óta tartós munkaviszonya. Többségük szezonális munkát tud csak vállalni, ami leginkább az alul iskolázottsággal magyarázható. Romának munkát találni nagyon nehéz, a diszkriminációt sajnos mindnyájunk megtapasztalja élete során.

Köztudott, hogy még napjainkban is van olyan roma Magyarországon, aki kora ellenére (gyerektől-felnőttig) nem tud kommunikálni, csak cigány nyelven. A véradásra eljövő cigányoknak megígértem, amennyiben problémájuk lenne a kommunikációt illetően tolmácsként közvetítek.

A véradás és szűrés kivitelezése

A megjelent romáknak a regisztrálást és a vér levételét követően kollégáimmal vérnyomás és vércukor értéket mértünk, majd kiszámoltuk a BMI-indexet. A több mint 100 jelentkező közül 38-an adhattak vért. Számos jelentkezőnek sajnos magas volt a vérnyomása, a vércukorszintje, illetve alacsony értékű volt a hemoglobinja. Testtömeg index (BMI) átlagosan 21-29,9 értékek között voltak, ami a túlsúlyos kategóriát jelenti. Megjegyzem, személyes tapasztalataim alapján az egyoldalú táplálkozás jellemző a romákra, ami nagyrészt szénhidrát tartalmú élelmiszereket jelent.

A kapott eredmények megdöbbentőek voltak, ugyanis azoknak a romáknak, akiknek magas értékeket mértünk nem is volt róla tudomásuk, hogy betegek. Kérdéseimre, miszerint: „Tudta-e, hogy ilyen tünetei vannak?” Azt válaszolták: „Magszoktuk a fej-fájást, ha rosszul érezzük, magunkat lepihe-

nünk. Orvshoz minnek menjek nincs pénzem gyógyszerre.”

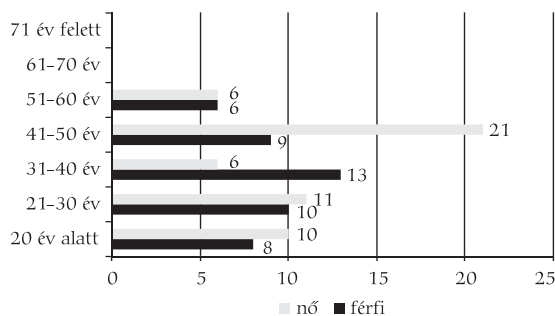
Eredmények

A kutatásban szereplő (100 fő) válaszadók nemek szerinti alakulása a következő volt: 54%-uk nő és 46%-uk férfi.

A legnagyobb számban a közép korosztály képviseltette magát a véradáson. A válaszadók közül a nők körében a legnagyobb számban a 41-50 év közöttiek voltak (39%), majd 20%-kal követte őket a 21-30 éves korosztály. Harmadik helyen 19%-kal a 20 év alattiak szerepeltek, 11%-kal a 31-40 és 51-60-os éveikben járók következtek.

A férfiak között legnagyobb számban 31-40 éves korosztály volt 28%. Őket a 21-30 éves korosztály követte, 41-50 éves korú volt a férfiak 19%-a, 20 év alatti 17% és 51-60 év közötti a 13%-a. 61-70 év közöttiek és 71 év felettiek nem jelentek meg a véradáson, így ilyen korú személy nem töltött ki kérdőívet. (1. ábra)

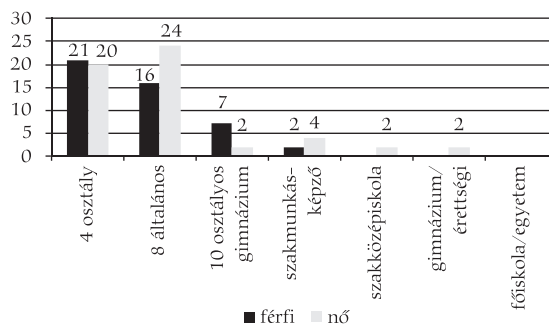
1. ábra: A válaszadók számának alakulása nem és korcsoport szerinti bontásban, fő (n=100)



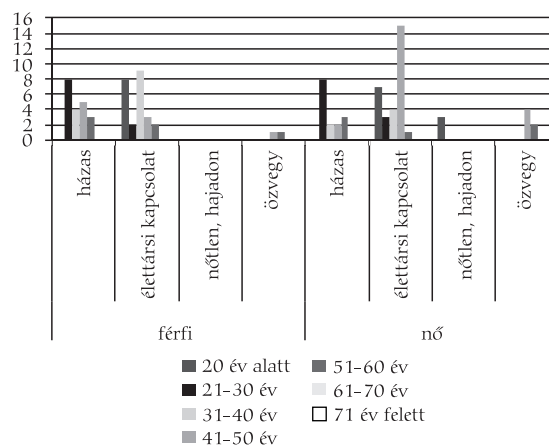
A kutatásban szereplő nők magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, mint a férfiak. A válaszok alapján felsőfokú képesítéssel nem rendelkezett senki. Legtöbben 8 általános és 4 osztályt végeztek. Középfokú képesítése 2 nőnek volt, 10 osztályost végzett 2 nő és 7 férfi, szakmunkásképzőben végzett 4 nő és 2 férfi. (2. ábra)

Mind a nők, mind a férfiak körében magas vezet az élettársi kapcsolat. Ezt követi mindkét nem tekintetében a házasság intézménye. Nőknél 3 fő hajadon volt. Nők körében 6 fő özvegy, férfiaknál 2 fő. (3. ábra)

2. ábra: A válaszadók számának nem és iskolai végzettség szerinti csoportosítása, fő (n=100)



3. ábra: A vizsgálatban szereplők családi állapotra vonatkozó adatai nem és korcsoport szerint, fő (n=100)

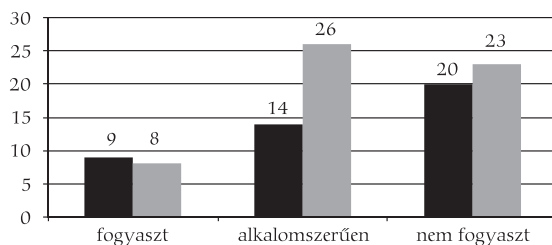


A megkérdezettek közül meglepően kevesen fogyasztanak rendszeresen alkoholt, alig 20%-uk. Közel azonos arányban vannak az alkalmoszerűen fogyasztók és azok, akik egyáltalán nem fogyasztanak szeszes italt. Magas arányt képviselnek az alkalmoszerű alkoholfogyasztók, és a nem fogyasztók közül azok, akik emellett nem dohányoznak. A válaszadók közül 23 fő mentes mindkét káros szenvedélytől. (4. ábra)

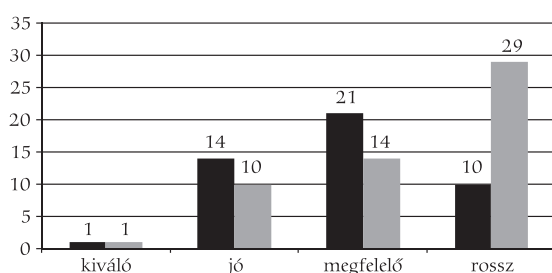
A megkérdezettek 39%-a minősíti rossznak saját egészségi állapotát, 35%-a megfelelőnek, 24%-a jónak tartja. Csúpan 2%-a érzi kiválóan. (5. ábra)

Az egészségügyi ellátással való megelégedettség és megkülönböztetés együttes vizsgálata a következő eredményeket hozta. Meglepő volt, hogy a válaszadók 40%-a nem elégedett az egészségügyi ellátással, holt nem szenvedtek még semmilyen hát-

4. ábra: A megkérdezettek számának alakulása alkoholfogyasztás és dohányzás szempontjából, fő (n=100)



5. ábra: A vizsgálatban résztvevők egészségi állapotára vonatkozó adatok, fő (n=100)



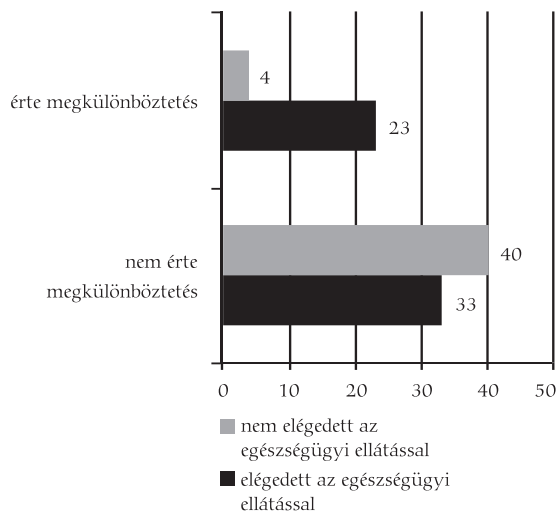
rányos megkülönböztetést az egészségügyi ellátás igénybevétele során. A megkérdezettek 56%-a elégedett az egészségügyi ellátással annak ellenére, hogy majdnem felét már érte valamilyen megkülönböztetés ellátásuk alatt. (6. ábra)

Végül, de nem utolsó sorban a véradásról is megkérdeztem az eseményen megjelenteket. A válaszadók több mint fele fontosnak tartja a véradást és szokott is vért adni, ha lehetősége van rá. Kevesen voltak azok, akik nem is tartják fontosnak és nem is szoktak véradáson részt venni, csupán 12%. (7. ábra)

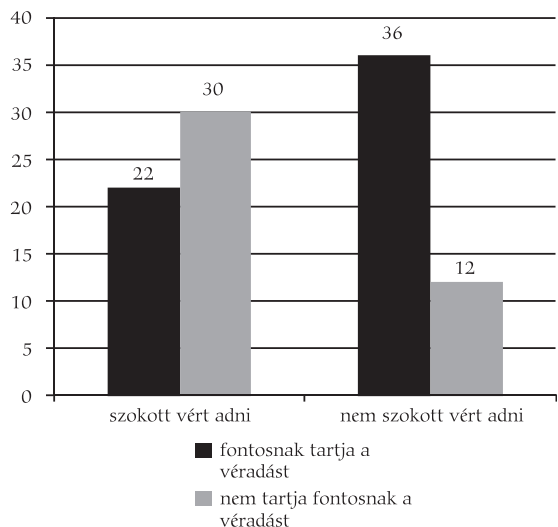
Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők egészségi állapota rosszabb, mint az iskolázottabbaké. Alkoholt több mint a megkérdezettek fele, 57% fogyaszt rendszeresen vagy alkalomszerűen, viszont dohányzás tekintetében ez az arány éppen fordítva van 47%-uk dohányzik.

A romák többsége ismeri a szűrőprogramokat, de ennek ellenére nem járnak rendszeresen az éves szűrésekre. A válaszadók (58%) úgy nyilatkozott, hogy igen is fontos a véradás, megjelenésükkel is bizonyítva ezt a véleményüket. A válaszadók közül 16-an rendszeres véradónak számítanak.

6. ábra: Egészségügyi ellátással való elégedettség a megkülönböztetés előfordulása szerint, fő (n=100)



7. ábra: A véradásra vonatkozó adatok, fő (n=100)



Következtetések

Első hipotézisem, miszerint feltételezem, hogy a romák rossz egészségi állapota összefügg az alacsonyabb színvonalú életminőséggel, az alacsony iskolázottsággal, az alkoholfogyasztással és a dohányzással a kérdőív eredménye alátámasztotta. A véradással egybekötött szűrésből kiderült, hogy a nagykállói romák egészségi állapota igen rossz. Sok ember itt szembesült azzal, hogy

a vérnyomása és a vércukor szintje magas. Megdöbbentően sokan 36-an voltak anémiásak, 14 embernek volt magasabb a vércukorszintje (7,7 - 17,5 mmol/l). Magas vérnyomása 12 embernek volt (160–200 Hgmm). A véradást követően 6 roma férfinál diagnosztizáltak hepatitis-A vírust. Köztudott és statisztikák is bizonyítják, hogy a romák egészségi állapota rosszabb, mint a társadalom nem roma származású tagjainak. Közülük mégis csak kevesen keresik fel az orvosokat, hiszen a szegénységből fakadóan az egészségük a legutolsó, amire figyelmet fordítanak.

Második hipotézisem szerint a romák nem ismerik a szűrővizsgálatokat és a véradást, ennek következtében nem is járnak a szervezett szűrésekre, véradásokra. Bebizonyosodott, hogy ismerik a szűrővizsgálatokat, és fontosnak is tartják, sőt rendszeres véradók is vannak közöttük, de az irányukba történő felhívás nem elég hatásos, hiszen egy roma ápoló felhívására, nyelvükön történő megszólításuk és szokásaik ismeretében történő fogadásuk esetén nagy létszámban jelentek meg.

Véleményem szerint sokkal több preventív munkára volna szükség az egészségügyben kifejezetten a roma közösségek irányába. Az egészségügyi képzésekbe mindenképpen be kell emelni a romák iránti toleranciára való nevelést.

Harmadik hipotézisem, hogy a romák jelentős része elégedetlen az egészségügyi ellátással, mivel már érte őket valamilyen megkülönböztetés az ellátás során. Sajnos a kérdőív eredménye is alátámasztja, hogy többször éri a roma lakosságot hátrányos megkülönböztetés, mint a társadalom többi tagját. Saját tapasztalataim, és élményeim is ezt igazolják.

Javaslatok

Az egészségügyi ellátórendszerből hiányolom a roma kliensekre vonatkozó Ápolás Szakmai Protokollokat. Jelentős előrelépést jelentene az egészségügyi dolgozók innovációja, individuális tréningek szervezése, transzkulturális ápolás oktatása.

Az egészségügyhöz fűződő szupportív viszony javításának egyik lehetséges eszköze a

romáknak az egészségügy törekvéseibe való bevonása. Az adottságok ismeretében még csak távlatinak ítélt lehetőség a roma lakosság képzésének emelkedésével az egészségügy szereplői között roma származású személyek megjelenése; védőnői, ápolói, szülésznői, vagy akár orvosi munkakörben. A roma kliensek önképének, önbecsülésének megerősödésén túl az „ismerősség” révén bizalmasabb, otthonosabb kapcsolat alakítható ki a „saját” csoportból érkező személlyel szemben, mint a többségi társadalmat képviselő egészségügyi dolgozóval való kapcsolat során. Ápolói munkám során azt tapasztaltam, hogy a roma beteg, bizalmasabb a roma ápolóval, őszintén feltárja betegségét, problémáit. Többször láttam, hogy az egészségügyi dolgozó nem értette, mit akar kifejezésre juttatni a beteg, mivel az nem tudott magyarul beszélni. Tapasztaltam ennek az ellenkezőjét is, mivel a roma kliens nem minden esetben rendelkezik egészségügyi kulturális tőkével, nem érti az egészségügyben használt a többségi társadalom számára evidens szakkifejezéseket. Ilyen és ehhez hasonló esetekben lenne szükség a roma ápolóra, aki anyanyelvén elmagyarázná, a beavatkozásokat illetve mi miért történik, miért is kapja az adott kezelést és gyógyszert. Ezzel nagymértékben hozzájárulna a beteg gyógyulásához.

Összegzés

Az eseményen megjelenő romák megmutatták, hogy igen is a vérüket adják a rászoruló emberekért. Szívet melengető volt látni, hogy mennyire önzetlenül, fegyelmetlenül, ünneplőbe öltözve jöttek, hogy megmutassák ők is tudnak segíteni, ha kell.

A helyi cigányság egészségtelenül táplálkozik. Amíg lehet, nem fordulnak orvoshoz, nem használnak preventív eljárásokat egészségük védelmének érdekében. A latens gyógyíthatatlan betegségek késő fázisban kerülnek felismerésre. A romák egészségi állapotának kedvező irányú befolyásolása nehéz és rendkívül összetett feladat, amely átgondolt, összehangolt objektív cselekvéssel valósítható meg.

Igyekeztem e néhány oldalon világossá

tenni, hogy milyen nehézségekkel küzdenek e bizonyos habitussal, szubkultúrával rendelkező emberek. Fontosnak tartom a romák egészségi állapotának javítását, egészségfejlesztését, melyre egy teljesen más kontextus alkalmazása szükséges. Bizonyos vitákban többször elhangzik, hogy a romák tehetnek egészségi állapotuk romlásáért, cigányként ezt a feltételezést vitatom. Élnének, élénk egészségesen, ha több megfelelő szociális, felvilágosító, egészségnevelési, egészségfejlesztési programokat szerveznének az erre kompetens személyek.

Magyarországon cigánynak lenni hátrány. Az egészségügyi ellátás nem kielégítő a romák számára. Sajnos az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalataim alapján funkcionálisan a romákat sok esetben éri negatív diszkrimináció. Szükség van nem roma elhivatott megfelelő attitűddel rendelkező szakemberekre, akik felvállalják a romák problémáit, de ez csak akkor lehetséges, ha mi romák egészségesek akarunk lenni, ha tenni igyekszünk ezért. Fontosnak tartanám, hogy minél több roma diplomás ápoló dolgozzon az egészségügyi intézményekben.

Szükségszerű egészségnevelési tanácsokkal ellátni a roma populációt, hogy egészségtudatosabb magatartás kialakítására törekedjenek. Mindez segítséget nyújthat számukra, hogy időben felismerjék a szűrések jelentőségét. A halmozottan hátrányos helyzetű, elsősorban roma lakosság körében olyan egészségmagatartás megvalósítására volna szükség, amelynek következtében többen mennek el szűrő vizsgálatokra.

Az egészség minden ember életében az egyik legnagyobb érték. Mi romák szeretnénk a rólunk alkotott negatív sztereotípiákat megcáfolni. Ez csak akkor valósulhat meg, ha a társadalom polgárai etnikai hovatartozás nélkül egyenlő bánásmódban részesülnek az egészségügyi ellátás során.

A tradíciók tartják össze, tartják fenn a roma közösséget. Léteznek kulturális különbségek, azonban az eltérő emberi törvényszerűségek, gondolkodásmódok a kultúrák közötti egyenrangúságot erősítik. Egy roma egészségügyi szakdolgozónak nem jelenthet nehézséget az egészséges életmód, a prevenció menedzselése a saját kultúrájában.

Irodalomjegyzék

1. Babusik F., Papp G. (2002). A cigányság egészségi állapota. www.delphoi.hu/download-pdf/kotet_L'Harmattan.pdf
2. Babusik F. (1994). Aromák esélyei Magyarországon. Kávé Kiadó-Delphoi-Consulting, Budapest.
3. Demeter Z.M. (1999). Kisebbségek Magyarországon. Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal, Budapest.
4. Diósi Á. (1998). Cigány út. Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest.
5. Doncev T. (2000). Measures taken by the state to promote the social integration of Roma living in Hungary. Budapest.
6. Farkas E. (1994). Gyerek cigány. Internes kiadó, Budapest.
7. Fona M., Péntes M., Vitál A. (2006). Etnikai szegénység, Etnikai egészségi állapot? Fónai M – Péntes M – Vitál A (szerk.): Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népség élethelyzete és kitérési lehetőségei Északkelet-Magyarországon. Nyíregyháza: Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, 2006. 291 p. (ISBN 978 963 87319 4 4)
8. Gidáné Orsós E. (2007). Útkeresés: a cigányok múltja, jelene, jövője. Comenius Kft., Pécs.
9. Gyukits Gy. (2002). A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In: Cigánynak születni. Aktív Társadalom Alapítvány.
10. Kristó Gy. (2003). Nem magyar népek a középkori Magyarországon. Lucidus Kiadó, Budapest, 245.
11. Neményi M. (1998). Cigány anyák az egészségügyben. Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal.
12. Nagykállói Roma kisebbségi Önkormányzat 2010.
13. Oláh A. (2007). A cigányság rövid története, kiemelten ennek hazai vonatkozásai – Khetanipe Egyesület. Romák a munkaerőpiacon Konferencia. Pécs.
14. Puporka L., Zádori Zs. (1998). A magyarországi romák egészségi állapota. Roma Sajtóközpont, Budapest.
15. Wittner N. (2007). Roma házasság, Hozzáférhető: <http://www.albamag.hu/node/> (Letöltve: 2012. 10.01.)

Az ápolási dokumentáció, a vezetésére fordított idő és az adminisztratív tevékenységgel kapcsolatos ápolói attitűd függvényében

OLÁH Mónika

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A kutatás célja annak vizsgálata volt, hogy az ápolási dokumentációval kapcsolatos törvényi szabályozás bevezetése óta az ezzel kapcsolatos előírásokat sikerült-e a gyakorlatba átültetni. További cél volt feltárni az ápolási dokumentáció hatékony alkalmazásának feltételrendszerét.

A vizsgálat módszere: Kvantitatív, keresztmetszeti kutatás keretein belül 150 ápoló bevonásával kérdőíves felmérésre került sor, valamint áttekintésre került 200 lezárt ápolási dokumentáció. Az adatok feldolgozása az SPSS 17.0 statisztikai szoftver segítségével történt, a szerző a szignifikancia határ $p < 0,05$ -nél állapította meg.

Eredmények: Az ápolási dokumentáció nem személyre szabottan készül ($p < 0,01$) és az információ tartalma nem elegendő ahhoz, hogy következtetni lehessen belőle a beteg felvételtől állapotára és az állapotváltozásra az ápolás hatására. Az ápolási dokumentáció információ tartalma, illetve egyénre szabottsága nagymértékben függ az adminisztrációval kapcsolatos ápolói attitűdtől, az iskolai végzettségtől és az egészségügyben eltöltött időtől.

Következtetések: Az eredmények az ápolási dokumentációval kapcsolatos alapelvek konkrétabb meghatározásának, valamint a jelenlegi dokumentációs anyagok felülvizsgálatának és átalakításának szükségességét támasztják alá.

Kulcsszavak: ápolási dokumentáció, ápolási folyamat, minőség, attitűd

Nursing documentation related to attitudes and the management of time spent on administrative activities

Mónika OLÁH

Summary

Aims of the study: The aim of the study was to explore how did the institutes manage to achieve the legal requirements related to nursing documentation since the introduction of the law. The other aim was to determine the conditions of effective application of the nursing documentation.

Sample and methods: Qualitative and quantitative methods were applied as well. In a quantitative, cross-sectional study a questionnaire survey was performed involving 150 nurses. By the means of retrospective data analysis 200 closed nursing documentation were examined. The data analysis was carried out with SPSS 17.0 statistical software. The level of significance was set to $p < 0.05$.

Results: The nursing documentation is not personalized ($p < 0.01$) and its information content is not sufficient to learn about the patient's condition at the time of admission and to evaluate the effects of nursing on the state of the patient. The personalization and information content strongly depends on the nurses' attitude towards the administration process.

Conclusions: As the theory and practice of the nursing documentation are not in accordance, it is necessary to define the principles more precisely and to survey and reorganize the existing documentations.

Key words: nursing documentation, nursing process, quality, attitudes

Érkezett: 2013. március 4. Elfogadva: 2013. május 21.

OLÁH Mónika okleveles ápoló (MSc), Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika
Levelező szerző (correspondent): OLÁH Mónika, elérhetőség: Tel.: +36/70-913-5038,
e-mail: olah.monika@med.u-szeged.hu

Bevezetés

Az elmúlt évtizedekben az ápolás szemlélete jelentős mértékben átforgalmódott.

Míg korábban a feladatok rutinszerű el látásán volt a hangsúly, napjainkban a minőségügyi törekvések személyközpontú gondolkodást követelnek meg a betegellátás minden szintjén, melynek értelmében a betegeket az ápolási folyamat lépésein keresztül személyre szabott ápolásban kell részesíteni.

Az ápolási folyamat lépései az ápolási dokumentációban kerülnek rögzítésre, melynek vezetését az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről tette kötelezővé. Az ápolási dokumentációk elengedhetetlenül szükségesek a minőségügyi törekvések hatékony megvalósításához, mivel tartalmazniuk kell minden olyan adatot, ami a beteg ápolásával és gyógykezelésével összefügg. (Botos et al., 2000)

A 2009. évi egészségügyi minisztériumi rendelet értelmében az ápolási dokumentációban fel kell tüntetni a beteg azonosítását szolgáló adatokat, az egészségügyi ellátás helyszínére, időpontjára vonatkozó adatokat, a betegek jogaival összefüggő adatokat, az ápolási helyzetfelmérés adatait, a beteg ápolási szükségleteinek megállapítását, az ápolás tervezését, valamint az ápolási beavatkozások megvalósítására, kivitelezésére vonatkozó adatokat.

A jól összeállított ápolási dokumentáció nélkülözhetetlen alapját képezi a jogszabályoknak való megfelelés bizonyításának és a szakmai felelősség megállapításának, továbbá lehetővé teszi az elvégzett tevékenységek értékelését, ellenőrzését, valamint tudományos kutatások, statisztikai elemzések alapját is képezi. (Mekes, 2002)

A jelenleg alkalmazott ápolási dokumentációs rendszerek kialakulásához hosszú út vezetett.

Az orvosi utasítások rögzítését már az ókorban is fontosnak tartották, azonban az ápolási tevékenységek ekkor még nem kerültek rögzítésre, mivel az ápolást nagyon sokáig írástudatlan asszonyok végezték.

Az elvégzett ápolói beavatkozásokról elsőként Florence Nightingale készített feljegyzéseket, aki úttörőnek számított az adatok vizuális bemutatásában. A statisztikai ana-

lízist bevezetette a gyógyítás és a közegészségügy területére is, továbbá az ő nevéhez köthető az első ápolói kézikönyv, a Nursing on Notes összeállítása. (Dobó, 2011)

Az ápolási dokumentáció igazi jelentőségét a minőségi ápolás fogalmának kialakulásakor érte el az ápolás minőségének retrospektív vizsgálata kapcsán, melyet 1957-ben Fisher tervezett meg, és amelyet Mária Phaneuf (USA, 1964) is kiemelten fontosnak tart. Törekvéseiket az ápolási dokumentáció vezetésével kapcsolatos alapvető szabályokra építették, melyek a következők: az ápolásról készült dokumentumok legyenek egyértelműek, rendszeresen legyenek benne feljegyezve az ápolási események, és minden ápoló egyformán használja és értelmezze ezeket. (Billóné, 2007)

Az ápolással kapcsolatos szemléletbeli változások, melyek Hall nevéhez fűződnek is alátámasztották az ápolási folyamat dokumentálásának szükségességét különféle adatgyűjtési és regisztráló módszerekkel.

Az első ápolói adatbázist (Nursing Minimum Dataset) 1977-ben az Amerikai Egyesült Államokban fejlesztették ki.

A NANDA ápolási diagnózis gyűjteményt követte 1991-ben az International Council of Nurses által kifejlesztett Ápolási Tevékenységek Nemzetközi Osztályozása (ICNP), melyet Európa számos országában napjainkban is alkalmaznak. (Kállayné, 2003)

Ezzel egy időben Schroder felhívja arra a figyelmet, hogy ha az ápolók tudják, hogy a feljegyzéseiket a munkájuk megítélésére fogják felhasználni, akkor erőfeszítéseket fognak tenni és törekednek majd arra, hogy a bejegyzéseik informatívabbak legyenek. (Billóné, 2007)

A papír alapú ápolási dokumentáció elterjedése számos követőt és ellenzót vont maga után. Az ellenzők elsősorban abban látják a papír alapú forma hátrányát, hogy a vezetése időigényes és elveszi az időt betegellátástól. Egy jól megtervezett ápolási dokumentációs rendszer azonban tehermentesíti az ápolókat, ily módon jobban tudnak összpontosítani a szakmai feladatok elvégzésére, így szükségessé vált a számítógép használaton alapuló rendszerek kifejlesztése.

1998-ban a Howard Young Medical

Center munkatársai megállapították, hogy az elektronikus dokumentáció bevezetését követően jelentősen csökkent a dokumentálásra fordított idő, ami nemcsak minőségbeli javulást eredményezett az ápolásban, de az ápolók elégedettségének növekedéséhez is hozzájárult. Programjuk lehetővé teszi sablonok alkalmazásával a folyamat automatikus megjelenítését és rögzítését, így az egyedi különbségek megfogalmazása már nem jelent nagymértékű megterhelést. (Kállayné, 2003)

A vizsgálat célja

A szakirodalmi áttekintések alapján elmondható, hogy annak ellenére, hogy nemzetközi és hazai szinten egyaránt léteznek irányelvek az ápolási dokumentáció vezetésével kapcsolatosan a törvényi előírásokat nem sikerült a gyakorlatba átültetni. A kutatás célja volt feltárni, hogy a vizsgált intézetekben hogyan valósul meg az ápolási dokumentáció vezetése (mennyire személyre szabott, valamint követhető-e benne az el-látás folyamata), továbbá fel kívántam tárni a hatékony alkalmazás feltételrendszerét is kiváltképp az ápolói hozzáállás, az iskolai végzettség szintje, az egészségügyben eltöltött idő és a dokumentáció vezetésére fordított idő vonatkozásában.

A kutatás hipotézisei a következők voltak:

1. Az ápolási dokumentáció nem személyre szabottan készül, hanem sablonok alkalmazásával, emiatt az információ-tartalma elégtelen.
2. Az ápolási dokumentáció információ-tartalma illetve egyénre szabottsága nagymértékben függ az adminisztrációval kapcsolatos ápolói attitűdtől, és az iskolai végzettség szintjétől.
3. Az ápolási dokumentációban vannak olyan elemek, melyek az ápolói kompetencián kívül esnek.
4. Az ápolási dokumentáció vezetését feleslegesnek és értelmetlennek tartják az ápolók.
5. Az ápolók munkaidejüknek legalább 20%-át töltik az ápolási dokumentáció vezetésével.
6. Az ápolási dokumentáció kitöltése csak

öncélú és a gyógyítási folyamatot nem segíti elő. (Az orvosi dokumentáció és az ápolási dokumentáció nincs összhangban, az orvosok semmilyen információt nem hasznosítanak az ápolási dokumentációból.)

Anyag és módszer

A vizsgálatot 150 ápoló bevonásával végeztem el és 200 ápolási dokumentációt tekintettem át 4 intézetben, előre meghatározott kritériumok alapján. A vizsgálat során kizárásra kerültek nem lezárt ápolási dokumentációk.

Az adatgyűjtési módszer az írásbeli kikérdezés volt egy saját szerkesztésű kérdőív segítségével, továbbá retrospektív dokumentáció elemzést végeztem.

Független változóként az ápolási dokumentáció vezetésével kapcsolatos ápolói attitűdöt, az iskolai végzettséget, az egészségügyben eltöltött időt, az ápolói kompetenciát és a szakterületet határoztam meg. A függő változók pedig az ápolási dokumentáció információ tartalma és minősége voltak.

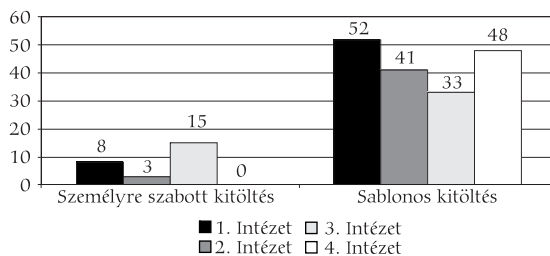
Az adatok feldolgozása az SPSS statisztikai szoftver segítségével történt, a leíró statisztikán túl keresztábra elemzéseket végeztem khi négyzet statisztikai próbákkal, egymin-tás t-próbát, kétmintás t-próbát és varianciaanalízist. A szignifikanciátart $p < 0,05$ -nél állapítottam meg.

Eredmények

A dokumentációk retrospektív elemzése azt az eredményt adta, hogy a vizsgálatba bevont intézetekben elenyészően kevés a személyre szabottan kitöltött ápolási dokumentáció száma. Az ápolási anamnézis felvétele döntően sablonok alkalmazásával történik, így az információ tartalma nem elegendő ahhoz, hogy következtetni lehessen belőle a beteg felvételtől állapotára. Mindemellett hiányzott az áttekintett ápolási dokumentációkból a szükségletek összefoglaló értékelése is, ami a személyre szabott ápolási terv készítésének elengedhetetlen feltétele. (**1. ábra**)

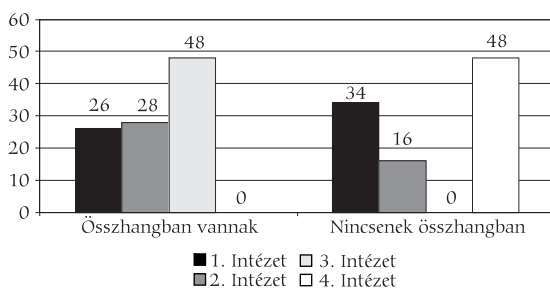
Bár az intézetek többségében készülnek

1. ábra: Ápolási dokumentáció a személyre szabottság vonatkozásában, db (N=200)



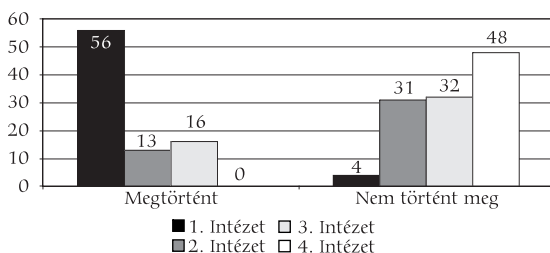
ápolási tervek, ezek sem személyre szabot-
tak, legtöbbször pontatlanok, a megfogal-
mazásuk nem szabatos és nincsenek össz-
hangban az ápolási diagnózissal és a célkitű-
zésekkel. (2. ábra)

2. ábra: Összhang az ápolási diagnózis, a célok és a terv között, db (N=200)



Amellett, hogy az ápolási folyamat egyes lépési nem voltak összhangban egymással, az intézetek többségében hiányzott az áttekinthető ápolási dokumentációból az ápolási folyamat értékelése is. (3. ábra)

3. ábra: Az ápolási folyamat értékelése, db (N=200)



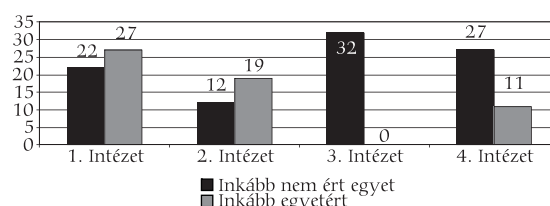
Az ápolási dokumentáció részei közül a legjobban az ápolási dekurzus funkcionált mind a négy vizsgált intézetben.

A dokumentációelemzés kitért arra is, hogy a kiválasztott ápolási dokumentációk tartalmaznak-e ápolói kompetencián kívül eső bejegyzéseket. Bár elvértve készültek

ilyen bejegyzések is (transzfúzió bekötése, férfi beteg katéterezése, varratszedés, intravénás injekció beadása), döntően egyik intézetben sem ez volt jellemző, így az erre vonatkozó hipotézist elvettem.

Az ápolói attitűdök vonatkozásában azt az eredményt kaptam, hogy annak ellenére, hogy számos előnye van az ápolási dokumentációnak (mint pl. a jogi védetség biztosítása az egészségügyi dolgozók számára), vannak olyan intézetek, ahol ennek nem érzik a jelentőségét és haszontalannak tartják az ápolási dokumentációt ($p < 0,01$). (4. ábra)

4. ábra: Attitűd az ápolási dokumentáció vezetésével kapcsolatban, fő (n=150) („Az ápolási dokumentáció felesleges és értelmetlen, mivel nem ezen múlik a beteg gyógyulása.” állítás vizsgálata)



Megállapításra került az is, hogy a felsőfokú iskolai végzettség ($p < 0,01$) és a fiatal életkor ($p = 0,009$) kedvezően befolyásolja az ápolási dokumentációhoz való hozzáállást ($p < 0,01$).

Az ápolási dokumentációval kapcsolatos ellenállás oka leggyakrabban az volt, hogy az ápolók időigényesnek tartják a vezetését és úgy gondolják, hogy elveszi az időt a betegellátástól.

Annak megállapítására, hogy az ápolási dokumentáció vezetése mennyire időigényes, arra kértem az ápolókat, hogy becsüeljék meg, munkaidejük hány százalékát töltik az ápolási dokumentáció vezetésével. Feltételeztem azt, hogy azok, akik felesleges és értelmetlen dolognak tartják az ápolási dokumentációt, többnek érzik a dokumentáció vezetésére fordított időt. A szubjektív megítélésen túl azonban objektív mérések-re is sor került. Minden szakterület egy-egy képviselőjével öt műszakon keresztül stopper segítségével megmértük, hogy mennyi időt töltünk a munkaidő alatt a dokumentációval, ennek eredménye volt a hipotézisben

megfogalmazott 20 %-os határérték. Ennek 69 %-át fordítottuk ténylegesen az ápolási dokumentáció vezetésére, 31 %-ot pedig az egyéb adminisztrációs feladatok elvégzésére.

Az egymintás t-próba eredményei szerint az ápolók átlagosan 35,38 %-ra becsülték az ápolási dokumentáció vezetésére fordított időt, ami a 20 %-os határhoz képest szignifikánsnak bizonyult. A t-próba p értéke $p < 0,01$.

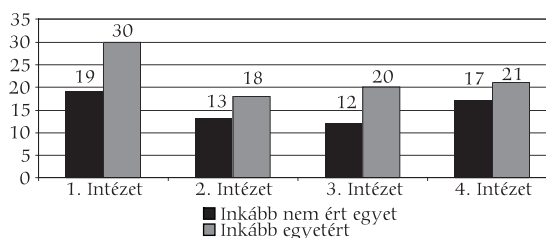
Az ápolói hozzáállás és a dokumentáció vezetésére fordított idő kapcsolatára vonatkozó eredmények értelmében pedig azok az ápolók, akik negatívabban állnak az ápolási dokumentációhoz, még az átlagos 35,38%-nál is többnek érzik a dokumentáció vezetésére fordított időt. (I. táblázat)

I. táblázat: Az ápolási dokumentáció vezetésére fordított idő subjektív megítélése az ápolói attitűd függvényében (n=150)

Attitűd jellege	Az ápolók száma (fő)	Az ápolási dokumentáció vezetésére fordított idő subjektív megítélése (átlag, %)
Pozitív attitűd	93	29,83 %
Negatív attitűd	57	44,43 %

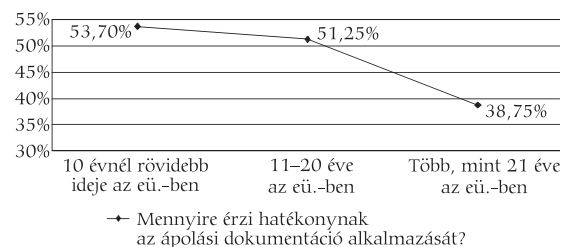
Az ápolási dokumentáció gyógyítási folyamatban betöltött szerepével kapcsolatosan azt az eredményt kaptam, hogy az ápolási és az orvosi dokumentáció nincsenek összhangban egymással és az orvosok csak abban az esetben használják az ápolási dokumentációt, hogyha feltétlenül szükséges, ami nem kedvez az ápolói hozzáállásnak. (5. ábra)

5. ábra: Az ápolási és az orvosi dokumentáció összhangja, fő (n=150) („Az ápolási és az orvosi dokumentáció nincsenek összhangban egymással.” állítás vizsgálata)



Megállapításra került továbbá, hogy az ápolási dokumentáció gyógyítási folyamatban való szerepével kapcsolatosan is szignifikánsan pozitívabb attitűddel rendelkeztek a felsőfokú végzettséggel rendelkezők, valamint szoros összefüggés mutatkozott az egészségügyben eltöltött idővel is ($p < 0,01$). Az egészségügyben 10 évnél rövidebb ideje dolgozók azok, akik jelentős szerepet tulajdonítanak az ápolási dokumentációnak és hasznosnak, értékesnek tartják vezetését. (6. ábra)

6. ábra: Az ápolási dokumentáció értéke az egészségügyben eltöltött idő vonatkozásában (n=150)



Megbeszélés

Kutatási eredményeim összhangban vannak a megelőző hazai és nemzetközi kutatók eredményeivel.

Eredményeim szerint sem az anamnézis felvétele, sem pedig az ápolási folyamat dokumentálása nem felel meg a törvényi előírásoknak. Amellett, hogy az áttekintett dokumentációk sablonosak voltak, sok esetben az ápolási folyamat alapvető mozzanatait sem jelenítették meg bennük. Hiányzott például az anamnézis felvételt követően a szükségletek összefoglaló értékelése, de volt olyan intézet is, ahol egyáltalán nem állítanak fel az ápolók ápolási tervet. Hasonló eredményeket kaptak Cheevakasemsook és munkatársai is, akik megállapították, hogy az ápolási dokumentációk hiányosak és nem az ápolási folyamat alapelveinek megfelelően történik vezetésük (66%). (Cheevakasemsook et al., 2006)

Paans és munkatársai az összhang vonatkozásában azt az eredményt kapták, hogy az ápolási dokumentációkban legtöbbször nem kapcsolódik egymáshoz az ápolási di-

agnózi, a cél, a terv és az értékelés, amely eredmény úgyszintén alátámasztja eredményeimet. (Paans et al., 2010)

Megállapítottam továbbá, hogy az ápolók maguk sem tartják hasznosnak és értékesnek az ápolási dokumentációt – Raskovicsné Cs. M. (2002) is hasonló viszonyulást tapasztalt kutatásában – és, hogy az ápolási dokumentáció vezetésével kapcsolatos attitűdöt nagymértékben befolyásolja az iskolai végzettség szintje valamint a fiatal életkor. ($p < 0,01$).

Az ápolási dokumentáció személyre szabottságával és informatív jellegével kapcsolatosan pedig azt az eredményt kaptam, hogy a pozitívabb attitűd jobb minőséget, követhetőbb dokumentációt eredményez ($p < 0,01$).

Az ápolói attitűdöket vizsgáló nemzetközi kutatások főként az elektronikus dokumentációs rendszerre és a számítógép használatra irányultak. (Moody et al., 2004; Ammenwerth et al. 2001)

Igazolást nyert azon feltételezésem is, mely szerint azok, akik feleslegesnek és értelmetlennek tartják az ápolási dokumentáció vezetését, azok többnek érzik az erre fordított időt, mint amennyit valójában erre fordítanak.

Korst és munkatársai azt vizsgálták, hogy egy elektronikus dokumentációs rendszer bevezetése során mennyi időt töltenek az ápolók a dokumentáció vezetésével. Megállapításaik szerint annak ellenére, hogy egyidejűleg papír alapon és elektronikus formában is történt az adatok rögzítése, a dokumentáció vezetésére fordított idő nem volt túlságosan magas. A nappali műszak átlagosan 19,2%-át, az éjszakai műszaknak pedig 12,4%-át töltötték az ápolók dokumentációs tevékenységgel. Megállapították továbbá azt is, hogy az ápolók munkaidejük 34%-át olyan tevékenységek végzésével töltik, amelyek nem kapcsolódnak a betegellátás folyamatához. (Korst et al., 2003)

Vizsgálatom utolsó hipotézise szerint az ápolási dokumentáció kitöltése csak öncélú és a gyógyítási folyamatot nem segíti elő. Eredményeim azt mutatták, hogy az ápolási dokumentáció gyógyítási folyamatban való szerepével kapcsolatos attitűdöt tekintve

szignifikáns különbségek figyelhetők meg az egyes intézetek között ($p = 0,04$), az iskolai végzettség szintje ($p < 0,01$), valamint egészségügyben eltöltött idő ($p = 0,007$) vonatkozásában. A felsőfokú iskolai végzettség pozitívabb, az egészségügyben eltöltött hosszú idő negatívabb attitűdöt jelentett.

Az orvosi és az ápolási dokumentáció összhangjára vonatkozóan azt az eredményt kaptam, hogy döntően nincs szignifikáns különbség az egyes intézetek között, az ápolók többsége minden intézetben egyetértett azzal, hogy az orvosi és az ápolási dokumentáció nincsenek összhangban egymással ($p = 0,922$), amellyel az intézetek súlyosan megszegik a törvényi előírásokat.

Eredményeim rávilágítottak arra is, hogy az egyes szakterületeken az orvosok csak akkor alkalmazzák az ápolási dokumentációt, ha az feltétlenül szükséges, egyébként pedig nem.

Raskovicsné is hasonló eredményt kapott erre vonatkozóan. Eredményei szerint az orvosoknak mindössze 24%-a alkalmazza rendszeresen az ápolási dokumentációt és kiemeli azt, hogy ahhoz, hogy az ápolási dokumentáció megbízható információforrás lehessen, szükséges annak precíz vezetése és tartalmi, szerkezeti átdolgozása a szakmai szabályoknak megfelelően. (Raskovicsné, 2002)

Következtetések

A fenti eredmények rávilágítanak arra, hogy nincs összhangban egymással az ápolási dokumentációval kapcsolatos elmélet és gyakorlat, ami új intézkedések bevezetésének szükségességét támasztja alá a betegellátó intézményekben. A követelmények pontosabb meghatározására és az irányelvek egységesítésére volna szükség amellett, hogy az ellátó intézmények által meghatározott belső szabályokat illeszteni kellene a külső szabályozáshoz.

Emellett osztály-specifikus dokumentáció kialakítása, rendszeres felmérésekre és továbbképzések szervezésére volna szükség.

A nézetbeli akadályok is leküzdhetők, amennyiben olyan dokumentációkat ve-

zetnek be az intézetek, amellyel elkerülhető ugyanazon adatnak több helyre történő rögzítése. Erre lehet megoldás az elektronikus dokumentáció, továbbá elengedhetetlen az ápolói munka átszervezése és a kompetenciakörök meghatározása is.

Kutatásom korlátaiként a következő tényezőket említeném: mindössze négy intézetben végeztem adatgyűjtést és munkám

során nagy ellenállásba ütköztem a téma jellege miatt.

További korlátot jelent a kényelmi mintavétel, amely miatt korlátozott az eredmények általánosíthatósága. Bár az adatok értelmezhetőek voltak az alacsony elemszám mellett is, a mintanagyság növelése pontosabb eredményeket adhat a további kutatások során.

Irodalomjegyzék

1. Ammenwerth E., Eichstadter R., Haux R., Pohl U., Rebel S., Ziegler S. (2001). A randomized evaluation of a computer-based nursing documentation system. *Methods of Information in Medicine*, 40: 61-68.
2. Billóné JA. (2007). Az ápolási folyamat informatikai támogatásának elemzése. *IME*, 6(7): 43-46.
3. Botos K., Lukács VE. (2000). Az ápolási folyamat visszatükröződése az ápolási dokumentációban: egy minőségbiztosítási rendszer felhasználása a dokumentáció ellenőrzéséhez. *Nővér*, 13(3): 23-29.
4. Cheevakasemsoc A., Chapman Y., Francis K., Davies C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12: 366-374.
5. Dobó É. Florence-Nightingale – A lámpás hölgy, Új Akropolisz. Hozzáférhető: <http://www.ujakropolisz.hu/cikk/florence-nightingale-lampas-holgy> (Letöltve: 2011.12.20.)
6. Kállayné ÖCs. (2003). Ápolási dokumentáció, hol tartunk ma?. *ETInfo*, 2003. 6(4): 5-6.
7. Korst LM., Eusebio-angeja AC., Chamorro F., Aydin CA., Gregory KD. (2003). Nursing documentation time during implementation of an electronic medical record. *Journal of Nursing Administration*, 33(1): 24-30.
8. Mekes M. (2002). Az ápolási dokumentáció vezetése: hol tartunk 2002-ben?. *Nővér*, 15(3): 3-7.
9. Moody LE., Slocumb E., Berg B., Jackson D. (2004). Electronic Health Records documentation in nursing: nurses' perception, attitudes and preferences. *Computers, Informatics, Nursing*, 22(6): 337-344.
10. Paans W., Sermeus W., Nielbeg RM., van der Schans CP. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient record. *Journal of Advance Nursing*, 66(11): 2481-2489.
11. Raskovicsné CsM. (2002). Az ápolók elégedettsége az ápolási dokumentációval. *Nővér*, 15(3): 9-14.

HELYREIGAZÍTÁS

A *Nővér* folyóirat előző számában (2013, 26. évfolyam 4. szám) Babarci Ágnes „Az ápolók szerepe a szepszis korai felismerésében és kezelésében” című közleményének „Anyag és módszer” alcím alatti szövegrész 14. oldalán található folytatásából két mondat kimaradt. Helyreigazításként ezért közöljük.

„A szepszis súlyossági fok szerinti elkülönítését a leíró statisztikák közül gyakoriság táblázat segítségével mutattam be. A diszkrét (jelen esetben bináris) változó jellemzésére gyakorisági táblázatot és a kördiagramot használtam.”

A szerkesztőség elnézést kér a szerzőtől és az olvasóktól.

Vitaindító gondolatok a fájdalom csillapításának ápolói kompetenciájáról

IRINYI Tamás
egyetemi okleveles ápoló

Bármely szintű ápoló képzést megnézve mindig megjelenik, hogy az ápolási terv része a fájdalom menedzselése. Vajon a fájdalom csillapítása tényleg része az ápolási tervnek, vagy ez csak egy teljesen felesleges és értelmetlen pontja a tervnek?

A beteg fájdalmának csillapítása elsődleges feladata az egészségügyi teamnek. Ez egy evidencia. Ebből elvben levezethető, hogy mikor az ápoló észleli a páciensénél jelentkező fájdalmat, akkor az ápolási dokumentáció terv részében megjelenti és eltervezi, hogy mi módon csökkentse betegének fájdalmát.

Pl.: Ha a betegnek fáj a foga (mert lyukas), torka (mert tüszős mandulagyulladás van), dereka (mert gerincsérve van), feje (mert migrénje van), keze (mert el van törve), akkor a cél leírásánál megfogalmazódik: „A beteg fájdalmának csökkentése a 10-es skálán 8-as erősségről 3-as erősségre 1 órán belül.” Ez eddig rendben is lenne, csak számomra ott kezdődik a probléma, hogy a kivitelezés leírásánál első helyen megjelenik: „Az orvos utasításának megfelelően az elrendelt fájdalomcsillapító adása a beteg számára.” Általában az is megjelenik mozgásszervi fájdalmak esetén: „A gyógytornász bevonása, a fájdalom csillapításba”.

Felteszem a kérdést, hogy ennek az ápolási diagnózisnak van bármi értelme? Amikor észleli az ápoló a fájdalmat, és leírja ezen diagnózist feltételezi, hogy majd az orvos elrendel valamilyen fájdalomcsillapítót, melyet az elrendelésnek megfelelően majd bead. Kinek a kompetenciája elrendelni bárminemű gyógyszert a fájdalomra? A válasz: az orvosnak. Akkor minek is kell ezt megtervezni, hiszen az ápolónak nincs ráhatása, kompetenciája gyógyszer elrendeléséhez. Ez a jelen helyzet érdekes abból a szempontból is, hogy mondjuk egy 6 általános iskolai végzettséggel rendelkező anyuka vagy nagymama, minden gond nélkül adhat különböző fájdalomkra gyerekének, unokájának fájdalomcsillapítót. Azon ápoló, aki érettségi után 3-4-5... évet tanult, még a legegyszerűbb, nem vényköteles gyógyszert (fájdalomcsillapítót) se rendelheti el betegének!

Ha nem lenne benne az ápolási tervben, hogy az orvos által elrendelt gyógyszer beadása a betegnek, akkor nem lehetne beadni ezen gyógyszert? A válasz: az orvos által elrendelt gyógyszert a betegnek meg kell kapnia, akár előzetesen megterveztük, akár nem! Ugyancsak problémás számomra, hogy társszakmák képviselőit bevonjuk a beteg ellátásába az ápolási tervben, mint jelen esetünkben a gyógytornászt. Kinek a kompetenciája, hogy szóljon a gyógytornásznak, hogy XY beteget lássa el, kezelje. Az ápolónak? A válasz: az orvosnak és nem az ápolónak. Akkor meg miért is kerül be az ápolás megtervezésébe? Ha Magyarországon valóban team munka folya az egészségügyi ellátás területén, akkor a team tagok egymást bevonhatnák a beteg ellátásában. Mivel ma hazánkban hierarchikus az ellátás és nyomaiban sem fedezhető fel az egyenrangúság, emiatt az ápolási tervben teljesen felesleges leírni egy ápolónak, hogy bármely társ szakmai képviselőjét be kell vonni az ellátásba!

Honnan adódik, hogy az iskolák erre tanítják a tanulókat, hallgatókat. Mechanikusan átvették a főleg angolszász területekről az ápolás elméletét. Ez éppen nem lenne rossz, csak az a probléma, hogy a kompetenciákat és a feltételrendszert, melyben ezen elméleteket lehet alkalmazni nem vette át a magyar egészségügyi rendszer. Ez olyasmi, mintha egy Trabant gyárba úgy kéne

Porschét előállítani, hogy a gépsorokat és az autó alkatrészeket nem cserélnék le. Tovább megyek: Amikor kötelezően bevezetésre került, hogy ápolási terveket kell készíteni a beteg osztályos ellátása során, semmilyen feltételrendszerrel nem adtak hozzá, hogy ezen elvárás kivitelezhetővé váljon. Rendeletben kötelezhetik az ápolókat, hogy üljenek be egy Trabantba és induljanak el egy Forma 1-es futamon és elsőként érjenek célba. Csak sajnálatos módon ez a realitásoktól igen csak távol áll! Az elmúlt több mint 20 év alatt nem sikerült elérni azt a személyi és tárgyi kritériumot, mely megléte elengedhetetlen az ápolási terv alapján kivitelezett ápoláshoz.

Visszatérve a fájdalom menedzselésével kapcsolatos ápolói feladatokhoz. Véleményem szerint az ápoló ezzel kapcsolatos teendője: Észlelje a fájdalom meglétét, dokumentálja a megfigyelő lapra, orvost értesítse, majd az esetlegesen elrendelt gyógyszert adja be és dokumentálja a megfigyelő lapon. A gyógyszer hatásosságát is figyelje meg, illetve dokumentálja. Ápolási tervben a fájdalommal kapcsolatban csak olyan diagnózisokat és célokat állítson fel, mely a saját kompetenciáján belül maradván megoldható. Pl.: ha a fájdalom miatt a beteg valamilyen szükségletét nem tudja kielégíteni, akkor a cél, hogy ezen szükséglet kerüljön kielégítésre. A fájdalom miatti félelmeket, szorongásokat is tudja csökkenteni. Ez is ápolói kompetencia! Saját döntési körben tett intézkedések (nem gyógyszeres) is ide tartozhatnak, amennyiben e tevékenységek ténylegesen képesek önmagukban csökkenteni a fájdalmat, a tervben megfogalmazott szintre (pl. kényelmi eszközök használata). Az ápolók ilyen jellegű tevékenységi köre szerintem igencsak behatárolt és a fájdalmakat ténylegesen nem tudják befolyásolni.

Összegzőként elmondhatom, hogy a hazai viszonyokhoz nem adaptált tananyagot tanítanak az iskolákban. A törvényalkotók olyan rendelkezéseket hoznak, melyeket nem lehet betartani, mivel nem teremtik meg hozzá a feltételrendszerrel. Lehet ápolási terveket készíteni a jelen körülmények között is, de ezek értelmetlenek, használhatatlanok, az ápolási terv lényegét és célját nem teljesítik és felesleges időt von el az ápolástól.

Jogosult Ön tagdíjkedvezményre?



Csökkentett mértékű tagdíjat fizetnek, a mindenkori tagdíj 50%-át:

- nyugdíjasok, GYÁS-on, GYES-en, GYED-en lévők, amennyiben más kereső tevékenységet nem folytatnak,
- a főállás 50%-át meg nem haladó részmunkaidős foglalkoztatottak, valamint
- munkanélküli szakdolgozó a munkanélküli státuszát igazolva 3 hónapig.

Tagdíj mentességben részesül az a szakdolgozó:

- aki betöltötte a 65. életévét,
- a pályakezdő szakdolgozó az első szakképesítés megszerzésének évében. Ebben az esetben a tagdíjfizetési kötelessége következő év január 1-től lesz hatályos.

Figyelem! Minden kamarai tagot BEJELENTÉSI KÖTELEZETTSÉG terhel – az illetékes területi szervezetnél – a jogosultság keletkezésével és megszűnésével kapcsolatban egyaránt.

A szükséges nyomtatvány a <http://www.meszk.hu/> oldalról tölthető le!

A tagdíjkedvezmények akkor vehetők igénybe, ha a tagnak – nem új belépő esetén – nincs két hónapot meghaladó tagdíjtartozása a kedvezmény felhasználásakor.

Utólag a kedvezmény nem érvényesíthető!

A tagsági viszony megszűnésekor, valamint a kedvezmények hatályba lépésekor a már befizetett tagdíj nem követelhető vissza.

Krónikus veseelégtelenségben kialakuló lábproblémák okai és megelőzésének lehetőségei

KRIMMER-S. Tünde

Összefoglalás

Krónikus veseelégtelen és főleg diabeteses hemodializált betegeknél a neuropathia miatt nő az alsóvégtagi szövődmények kockázata. A lábélváltások korai felismerésével, a kockázati tényezők meghatározásával, és időben történő beavatkozással csökkenthető a fekélyek és amputációk prevalenciája. A szerző célja, hogy a szakirodalom áttekintésével ismeretet nyújtson a krónikus vesebetegeknél előforduló alsóvégtagi problémák felismerésében, és összefoglalja az amputációhoz vezető leggyakoribb tényezőket, a prevenció lehetőségeit. Irányt mutat a kockázati faktorok meghatározásában, röviden ismerteti a lábállapot felmérést, a betegedukáció alapelveit és lehetőségeit.

Kulcsszavak: neuropathia, diabeteses-láb, prevenció, betegedukáció

Causes of leg problems in chronic kidney failure, and opportunities for prevention

Tünde KRIMMER-S.

Summary

In patients with chronic kidney failure, especially diabetic haemodialysis patients, the risk of lower-limb complications increases. Through the early recognition of changes in the leg, the definition of risk factors and timely intervention, the prevalence of ulcers and amputations can be reduced. The author aims, through a review of the specialist literature, to provide skills for the recognition of lower-limb complications occurring in chronic kidney patients, and to summarise the most common factors leading to amputation, and the opportunities for prevention. It gives guidance for the definition of risk factors, briefly describes the procedure for assessing the condition of the leg, and the basic principles and options relating to patient education.

Key words: neuropathy, diabetic leg problems, prevention, patient education

Érkezett: 2013. április 12. Elfogadva: 2013. május 21.

Bevezetés

A diabetes „olyan csendes járvány, amelynek felbecsülhetetlen mértékű emberi, társadalmi és gazdasági következményei vannak”. (Laoura Lazouras, ENSZ 2003.)

A cukorbetegség talaján kialakuló alsóvégtagi elváltozások veseelégtelenségben, de leginkább a hemodialízis kezelésben részesülő betegeknél a vezető halálokok egyike. (Hinchliffe, Jeffcoate, & Game, 2006) Az elmúlt években a fejlett nyugati országokhoz hasonlóan Magyarországon is rohamosan nőtt a dializált betegek között a diabeteses betegek aránya. Az USA-ban a vesepót-

ló kezelésben részesülő betegek 35-40%-a, Nyugat-Európában 20-30%-a, hazánkban több, mint 20%-a cukorbeteg, melynek oka részben a diabeteses betegek számának növekedése, másrészt az, hogy az életkor kitoldásával a szűrővizsgálatok, a gondozás javulásával, a terápiás lehetőségek bővülésével egyre több diabeteses beteg „éri meg” a veseelégtelenség kialakulását. (Molnár, 2009)

A lábfekélyek kialakulásához vezető leggyakoribb okok a neuropathia, lábdeformitások és a nem megfelelő lábbeli viselése. A cukorbetegek 15%-a szenved valamilyen alsóvégtagi elváltozástól, fekélytől. A lábfekélyek és amputációk mindamelllett,

KRIMMER-S. Tünde okleveles ápoló, Szent Margit kórház, Taraba István Művese Állomás
 Levelező szerző (correspondent): KRIMMER-S. Tünde, elérhetőség: Tel: +36-70231348,
 e-mail: schoblocher.tunde@freemail.hu

hogy jelentős gazdasági költséggel bírnak, az egyénre is rettenetes lelki és életmódbeli terhet rónak. Éppen ezért vált megelőzésük számos országban nemzetgazdasági kérdéssé. (Clear, 2011) Magyarországon évente 13 milliárd forintot fordítanak a diabeteses betegek kezelésére, ebből legalább 2,6 milliárd forintot tesz ki a diabeteses-láb ellátása. A diabeteses-láb nemzetközi irányelv szerinti ellátása (megelőzés+kezelés) növeli a túlélést, csökkenti a szövődményeket, költséghatékony és költségcsökkentő a standard kezeléshez képest (10% preventív lábelátás is jelentős költségcsökkentést eredményezhet). (Rédling, 2011)

Alsóvégtagi fekélyek és amputációk veseelégtelenségben

A veseelégtelenség a cukorbeteg populációban a lábelváltozásokért felelős független kockázati faktorrá válik. (Freeman, May, Frescos, & Wraight, 2008) Eltekintve a lábsérülésekhez vezető klasszikus járulékos tényezőktől, – mint a perifériás artériás érbetegség, fertőzés, neuropathia – az urémia miatt csökkent sebgyógyulási hajlam, a jellegzetes bőrelváltozások és pszichoszociális problémák további súlyosbító tényezők. Ezért, a magas fekélyképződési és amputációs ráta szoros összefüggést mutat a megnövekedett mortalitási és morbiditási rátával. (Lewis, Raj, & Guzman, 2012; Jones, Chess, Cawley, Phillips, & Riley, 2012) Sokkal kevesebbet tudunk azonban a dializált, nem diabeteses urémiás betegek lábfekély képződés és alsóvégtagi amputációk kockázati tényezőiről. Ebben a populációban is magas a lábfekélyek kockázata. A perifériás artériás érbántalom és a polyneuropathia jelenléte életkortól függetlenül mortalitás előjelező. Megelőző stratégiákra van szükség a magas kockázatú betegcsoportban a lábfekélyekkel összefüggő magas mortalitás és morbiditás csökkentésére. (Jones, et al., 2012) Bár az urémiás neuropathiának az igazi gyógyító terápiája a veseátültetés, a vesetranszplantációra nem alkalmas betegek számára a hatékony dialízis a kezelés fontos részét képezi. (Deger, Reis, Guz, Bali, & Erten, 2011)

Krónikus veseelégtelenségben szenvedő cukorbetegnél több mint kétszerese a lábkomplikációk száma és 6,5-10-szer magasabb arányban fordul elő amputáció, mint az átlag diabeteses populációban. Lábkomplikációk előfordulása láthatóan szorosan összefügg a magas mortalitási rátával. Multifaktoriális okok – ideértve az anémiát, a veseelégtelenség metabolikus tényezőit – vezetnek gyorsan kialakuló perifériás artériás elégtelenséghez. (Hinchliffe, et al., 2006) A veseelégtelenség és a diabeteses-láb kialakulása között tehát igen sokrétű az ok-okozati összefüggés. Kiemelendő a három legfőbb patológiai tényező a neuropathia, ischaemia és a fertőzések. (Papanas, Liakopoulos, Maltezos, & Stefanidis, 2007) Mivel a szöveti perfúzió a betegek akár 50%-ánál már csökkent lehet, fokozott figyelmet kell fordítani ezekre a tényezőkre. (Bakker, Apelqvist, & Schaper, 2012) A kezelés lehetséges alternatívái a revaszkularizáció, nyomáscsökkentés, tehermentesítés, és a fertőzések agresszív kezelése. Ugyanilyen fontos, az együttműködés más egészségügyi szolgáltatókkal (podiátriai szakember, ortopédus, stb.) és a multidiszciplináris alapokon nyugvó láb-gondozás. Nagy fontosságú a beteg oktatása, együttműködése az intézkedések végrehajtásában, és az elsődleges és másodlagos megelőzésben. (Papanas, et al., 2007) Sajnos a tapasztalat az, hogy a cukorbeteg gyakran alábecsüli a lábápolás fontosságát. A betegek részéről sokszor hiányzik a megértés, a tudás és a tudatosság. Hemodializált betegek esetében létfontosságú a korai felismerés, a lábak ellenőrzése, a komplikációk elkerülése a betegek függetlenségének és egészségének megőrzése érdekében. (Atkins, 2010)

Önmagában a dialízis is romló szöveti hipoxiával jár. Az alsóvégtagi revaszkularizációs beavatkozások eredményei azonban csekélyek. További részletes vizsgálatokra van szükség az összefüggések megértése és a hatékony beavatkozás tekintetében. Előzetes érbeavatkozást kell alkalmazni és közben a küszöbön álló, vagy már kialakult veseelégtelenséget a lábszövődmények ismeretében, a preventív láb-gondozás oktatás bevezetésével kell felelősségteljesen kezelni. (Hinchliffe, et al., 2006)

Az alsóvégtagi fekélyek és amputációk előfordulását számos kutatás hozza összefüggésbe a krónikus végstádiumú veseelégtelenséggel. Ugyanakkor a fekélyek háttérében rejlő kockázati tényezők kevés figyelmet kapnak ebben a populációban. Kaminski és kollégái vizsgálták a kockázati faktorok előfordulását és típusát lábfekélyes, nem diabeteses krónikus hemodialízis programban lévő veseelégtelen betegeknél. 190 beteget 6 héten át figyeltek meg. Három csoportba osztották a résztvevőket: nem diabeteses krónikus vesebeteg, nem veseelégtelen cukorbeteg és veseelégtelen cukorbeteg. Vizsgálatuk során szignifikáns különbséget találtak, a veseelégtelen cukorbeteg és a nem veseelégtelen cukorbeteg fekélyképződési kockázati tényezőinek jelenléte között, az előbbi javára. Így például a perifériás neuropathia ($p=0,033$), a láb keringésének elégtelensége ($p=0,001$), a cipőviselet ($p=0,037$) tekintetében. Az urémiás hemodializált populációban sokkal magasabb volt a fekélyképződés rizikófaktorainak előfordulása, mint a cukorbeteg populációban. Veseelégtelen cukorbeteg betegeknél pedig a fekély kialakulásának és az alsóvégtag elvesztésének még nagyobb kockázatával kell számolni. Ezek az eredmények is alátámasztják a preventív beavatkozások, a betegdukáció és rendszeres láb-szűrések fontosságát. (Kaminski, Frescos, & Tucker, 2012)

Alsóvégtagi amputációk rizikófaktorai

A dialízisnek, mint független rizikófaktornak kiemelkedő szerepe van a lábfekélyek kialakulásában. (Meaney, 2012) Számos egyéb komorbiditási tényező is felelőssé tehető az alsóvégtagi amputációk magas prevalenciájáért. Locking-Cusolito és munkatársai kutatásában a leggyakoribb társbetegségek a hipertenzió (75%), szívkoszorúér-betegség (50%), a cukorbetegség (42,2%), hyperlipidémia (34,9%), és a perifériás érbetegség (27,2%) voltak, amelyek mind kockázati tényezői a perifériás artériás elzáródási érbetegségnek. (Locking-Cusolito et al., 2005) Ndip és munkatársai a veseelégtelenség 4. és 5. stádiumában lévő

diabeteses betegek vizsgálata során azt találták, hogy a hemodializáltak között a lábfekélyek előfordulása ötször gyakoribb volt, mint predializáltak esetében. Az alsóvégtagi komplikációk gyakorisága pedig – amputációk, perifériás artériás érbántalom, elsődleges fekély, neuropathia – kétszerese volt a dializáltak között. Kutatásukban inkább a lábfekélyek kockázati faktoraira fókuszáltak, mint az amputációkra és megállapították, hogy romló vesefunkció mellett maga a dialízis kezelés is a lábfekélyek kockázati faktora. Nagyon valószínű tehát, hogy a fekélyképződés több tényezővel függ össze: a testi-lelki egészség, a mozgásképesség, a manualitás, a látásélesség, a tápláltság, a hypoalbuminaemia, az adekvát dialízis, a perifériás artériás érbántalom, a szöveti oxigenizáció, a neuropathia, anémia, lábödéma, fertőzések és a lábak tartása dialízis kezelés alatt. (Ndip et al., 2010) A lábfekély kialakulásának oka lehet még a dializáló kezelésként heti háromszor eltöltött 3-4 óra, kiváltképp, ha az érzéketlen sarkak, vagy lábujjak a lábtámlába ütköznek. (Papanas, et al., 2007) A dialízissel összefüggő hemodinamikai változások, a nagy folyadékmozgás kezelés után ájulásra, elérésre és lábsérülésekre hajlamosít. Dialízis alatt csökken a bőr mikrocirkulációja és szöveti oxigenizációja, melyek szintén hozzájárulnak diabeteses betegnél lábfekélyek kialakulásához. (Beckert, Sundermann, Wolf, Konigsrainer, & Coerper, 2009) További kutatásra van szükség, hogy felmérjék a dialízis modalitás és a dialízis hatékonyságának szerepét. A dialízisre került betegek lábait alig ellenőrzik rendszeresen, és nem járnak podiátriai szakrendelésre sem. Sőt, nagyobb valószínűséggel viselkednek felelőtlenül és nem kerülnek el a potenciális lábsérüléseket, pl.: meztláb járkálnak. Éppen ezért megfelelő önellenőrző/ápoló betegoktatásra van szükség és ki kell deríteni azt is, hogy a beteg attitűd változtatásával csökkenthető-e dializáltaknál a lábfekélyek száma. (Lincoln, Radford, Game, & Jeffcoate, 2008) Ennek a nem megfelelő viselkedésnek lehet az oka, hogy keresztmetszeti vizsgálat idején a dializáltak között nagyobb hányadban fordul elő aktív lábfekély. Az is elképzelhető, hogy a betegek előnyben részesítenek bizo-

nyos elvárt viselkedést egy másikkal szemben, – pl.: előírt méretre szabott cipőt hordani kevesebb erőfeszítésbe telik részükről, mint a podiátriai szakrendeléseken rendszeresen megjelenni, vagy naponta a cipő belsejét ellenőrizni – mert a krónikus vesebetegek depresszióra hajlamosabbak és viselkedésszabályozásuk is kikapcsol. (Young et al., 2010) A preventív lábvédelem hatékonyságát és költséghatékonyságát gondosan megtervezett intervenciók tanulmányokkal kell értékelni. Addig is, amíg az ilyen tanulmányok eredményei még váratnak magukra a jelenlegi lábápolási irányelveknek is hangsúlyozniuk kellene annak fontosságát, hogy a dialízis kezelés a lábfekélyek kockázati tényezője. (Ndip, et al., 2010)

Alsóvégtagi fekélyek és amputációk megelőzésének lehetőségei

A hemodialízisben tevékenykedő minden egészségügyi személyzetnek, aki kapcsolatba kerül a diabéteses vesebeteggel megfelelő ismeretekkel kell rendelkeznie, ahhoz, hogy hatékony segítséget tudjon nyújtani. Meg kell érteniük a fertőzés kialakulásáért felelős cukorbetegség fiziológiáját. (Valabhji, 2012) Minden hemodializált cukorbetegnek rendelkeznie kellene egy állapotfelmérő adatlappal, amelyen rendszeresen nyomon követhető a lábak állapota, a változások, beavatkozások és javaslatok. Az egészségügyi személyzet felelőssége tájékoztatni a betegeket a lábuk otthoni ellenőrzésének fontosságáról. Támogatni kell a beteget az önellenőrzésben, a megfelelő cipő viselésében és a rendszeres podiátriai szakrendelésen való részvételben. A betegek lábvédelme érdekében olyan olcsó és egyszerűen kivitelezhető preventív stratégiákat lehet alkalmazni, amelyekkel csökkenthető az amputációk száma. (Mayfield, Reiber, Nelson, & Greene, 2000) Egy hatékony egészségügyi csapat képes a beteg minden szempontból gondozni, kötnözi a sebet, antibiotikumot adni, menedzselni a vérellátási zavart és javítani a glikémiás kontrollt a sebészeti beavatkozás előtt. A betegnek szóbeli tájékoztatást kell adni megfelelő időben és helyen. Jól olvasható és jól érthető írásos

ismertetővel is el kell látni. Elkészítésénél tekintettel kell lenni a diabéteses betegek látásromlására is. (Ormandy, 2008) A betegnek tisztában kell lennie azzal, hogy milyen elváltozást kell keresnie önellenőrzéskor a lábán és meg kell értenie annak a fontosságát, hogy minden változást jelentenie kell az egészségügyi személyzetnek. A beteg tájékoztatást rendszeresen meg kell ismételni és megértően válaszolni a felmerülő kérdésekre. (Meaney, 2012) Nem zárható ki annak a lehetősége, hogy az amputációk számát még tovább lehetne csökkenteni, ha minden érintett beteg minél korábban kerül egy multidiszciplináris lábgondozói team keze alá. A 2001–2006 között végzett svéd tanulmányból kiderül, hogy a betegeknek csak a 30%-a jutott el ehhez a teamhez amputációjuk előtt. (Alvarsson, Sandgren, Wendel, Alvarsson, & Brismar, 2012)

A szakszerű lábgondozás, kezelés bevezetésével a nyugati országokban sikereket értek el az amputációk számának csökkentésében. Az USA-ban, Angliában, Hollandiában, Németországban és Nyugat-Európa más államaiban Diabétesz-láb Poliklinikák működnek, ahol az összes cukorbeteg rendszeresen ellenőrzik, a kezdődő lábproblémákat időben felderítik, kezelik és a súlyos komplikációk kialakulását megelőzik, vagy legalábbis késleltetik. Németországban például a diabéteses-láb szakambulancia megszervezése után két évvel, az ellátási területen az amputációk száma kb. felére csökkent. Ez a biztosítóknak hatalmas költségmegtakarítást jelentett, nem beszélve az egyéni sorok kedvező alakulásáról. Hazai viszonylatban sajnos nem állunk ilyen jól. A diabéteses lábpanaszokban szenvedő betegek gyakran különböző szakrendelések között kallódnak. Mivel a panaszok összetettek, igazából senki sem érzi magát illetékesnek az ilyen betegek kezelésére, s a fellépő súlyos szövődmények csak későn kerülnek felismerésre és megfelelő gyógyításra. (Major, 2012)

Hemodialízisben a heti háromszori (4–5 óra) alkalom potenciális lehetőséget kínál az ápolók számára a beteg lábának egyszerű vizsgálatára, a korai felismerésre, kockázatok felmérésére, a beteg oktatására és a további beavatkozásokra. A lábak vizsgálata gyorsan és könnyen kivitelezhető a székben

ülő, fekvő betegnél, nem von el jelentős időt és energiát más egyéb ápolási tevékenységtől, ugyanakkor primer prevenciók jelentősége meghatározó.

Kórtörténet

Bár a kórtörténet a kockázat értékelés egyik fontos eleme, nem lehet csupán erre alapozva teljes mértékben értékelni a beteg lábfejkély rizikó státuszát. A gondos lábvizsgálat fontos része ennek a folyamatnak. (Boulton et al., 2008) A kórtörténetben szereplő korábbi fekélyek, alsóvégtagi amputációk, jelenlegi fekélyek, vagy neuropathiás törések növelik az újabb amputációhoz vezető fekélyek kialakulásának kockázatát. (Wu, Driver, Wrobel, & Armstrong, 2007) A neuropathia, vagy perifériás értünetek, csökkent látás, vagy veseptlő terápiák a kórtörténetben, szintén fontos tényezők. (American Diabetes, 2003; Boulton, Malik, Arezzo, & Sosenko, 2004) Végül, de nem utolsó sorban a dohányzás, nem csak az érrendszerre ható, hanem a neuropathia kialakulásáért felelős kockázati tényezőjével is számolnunk kell. (Boulton, et al., 2008) **(I. táblázat)**

2009) Legfontosabb preventív tényező, a betegek részéről a lábak mindennapi ellenőrzése. Az egészségbe vetett hit jelentős szerepet játszik a betegeoktatási programok hatékonyságában és így a fekély gyógyulási folyamatában is. (Chin, Huang, & Hsu, 2012)

Érzékelés vizsgálata

A védekező érzés elvesztése miatt a beteg által nem észlelt sérülések a legfőbb okai a diabeteses lábfejkélynek. A következményes fizikai és termikus traumák hétszeresére növelik a lábfejkélyek kockázatát. (Reiber et al., 1999; Singh, Armstrong, & Lipsky, 2005) Minden diabeteses betegnél el kell végezni ezt a vizsgálatot és kiszűrni a lábfejkély kockázatát. (Olaleye, Perkins, & Bril, 2001) Az érzékelési képesség elvesztését 128Hz-es kalibrált hangvillával, a Semmes-Weinstein 5.07/10 gramm monofilament nylon fonállal és átfogó fizikális vizsgálattal lehet megvizsgálni. (Abbott et al., 2002) Monofilament-tesztnél, amennyiben 10 vizsgált területből 4 alkalommal nem érez semmit a beteg, akkor az 97%-os érzékenységet jelent, 83%-nál viszont már szenzoros neuropathiáról (elvesztett ér-

I. táblázat: A kórtörténet alapvető jellemzői

A múltban:	Neuropathiás tünetek:	Érbetegségek tünetei:	Cukorbetegség szövődményei:
<ul style="list-style-type: none"> - amputációk - Charcot-láb - érműtétek - angioplasztika - dohányzás 	<ul style="list-style-type: none"> - pozitív: égő, éles, vagy áramütés szerű fájdalomérzet - negatív: zsibbadás, halottláb érzés 	<ul style="list-style-type: none"> - claudicatio - nyugalmi fájdalom - nem gyógyuló fekélyek 	<ul style="list-style-type: none"> - vese: dialízis, transzplantáció - retina:látásromlás

Lábak vizsgálata

Éves általános lábvizsgálattal azonosítani lehet a magas kockázatú lábat, a perifériás artériás elégtelenséget, lábdeformitást és csökkent érzékelési képességet. Az egyszerűen kivitelezhető és költségkímélő rendszeres ellenőrzéskor felfedezett bármilyen változás esetén azonnali beavatkozásra van szükség, pl.; elsődleges sebellenlét lehet nyújtani, amikor a beteg épp hemodialízis kezelésben van. Amennyiben fekély jelenlétét észleljük, a multidiszciplináris teamnek – diabetológiai szakápoló, endokrinológus, érsebész, podiátriai szakember, mikrobiológus – kell értékelni és ellátni. (NICE Guidelines,

zékészletről) beszélünk. (Armstrong, Lavery, Vela, Quebedeaux, & Fleischli, 1998)

A kanadai Sibbald professzor kifejlesztett egy alig egy perc alatt elvégezhető szűrővizsgálati módszert. A 60 másodperces módszer alkalmas arra, hogy kiszűrje a magas kockázatú betegeket és útmutatást adjon a megfelelő – szakmák közötti – ellátásra. Az emelkedett HgA_{1c} és vérnyomás kontrollt kiegészítve a 60 másodperces vizsgálattal, lehetséges a magas kockázatú diabeteses-láb felismerése és a komplikációk megelőzése. (Sibbald et al., 2012)

A vibrációs küszöb vizsgálattal megjósolható lábfejkély kockázata számos betegnél sokkal magasabb, mint a Semmes-Weinstein

monofilamenttel. Ennek az ellentmondásnak hatása lehet a költségvetési és prevenciók eljárásokra is. (Boulton, et al., 2008; Richard, Reilhes, Buvry, Goletto, & Faillie, 2012)

Idős diabeteses és prediabeteses betegek körében végzett tanulmányok, az alsóvégtagi polyneuropathia diagnosztizálására alkalmas Neuropad (**1. ábra**) hatékonyságát és diagnosztikus jelentőségét vizsgálták. (Ziegler et al., 2012) A Neuropad egyszerű vizuális non-invazív indikátor teszt, amely az izzadás és ennél fogva a diabeteses-láb szimpatikus cholinerg beidegződésének meghatározására szolgál. A Neuropad diagnosztikus képessége a színváltozáson alapul, (kékről rózsaszínre változik, 10 perc alatt). Kiváló reprodukálhatósága alkalmassá teszi arra, hogy a beteg otthonában használja önvizsgálatra. A teszt érzékenysége (65,1-100%) és negatív prediktív értéke (63-100%) igen nagy, mérsékelt azonban a specifitása (32-78,5%) és a pozitív prediktív értéke (23.3-93.2%) a diabeteses perifériás neuropathia diagnosztizálását illetően. A vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy a Neuropad képes felismerni a korai diabeteses neuropathiát, és a magas kockázatú betegek azonosításával megjósolni a fekélyt és az amputációkat. (Papanas et al., 2012)

1. ábra: Neuropad használata



A Neuropad szudomotoros működészavar, fekély kockázata esetén nem színeződik át teljesen kékről rózsaszínre, hanem vagy nyomokban vagy teljesen kék marad

Forrás: <http://www.neuropad.com/neuropad-test.html>

Lábdeformitások és biomechanizmus

A lábdeformitások és beszűkült ízületi mozgás túlzott nyomást rónak a lábfej talpi részére. Ez az ízületi mozgáskorlátozottság vezet a lágy szövetekben másodlagos, nem-enzimatis glikációhoz és csökkenti a láb alkalmazkodó képességét a földről a lábfejre nehezedő nyomással szemben. (Van Damme & Limet, 2005) A túlzott nyomás kombiná-

lódva az ismétlődő és folyamatos mindennapi járással járó stresszel neuropathiához, és végül a bőr integritásának sérüléséhez, fekélyhez vezet. Laveri és mtsai. számoltak be arról, hogy azoknál a neuropathiás betegeknél, akiknél nem volt lábdeformitás, korábban fekély, vagy amputáció, 1,7 –szer nagyobb volt a fekély kockázata, mint a nem neuropathiás betegek esetében. (Lavery, Armstrong, Vela, Quebedeaux, & Fleischli, 1998)

Betegedukáció

Számos diabeteses beteg nem rendelkezik megfelelő lábellenőrzési és gondozási ismeretekkel. Pedig a betegedukáció kulcs szerepet játszik az amputációk megelőzésében. A betegeknek tisztában kell lenniük a kockázati tényezőkkel és a kezelésükkel. (pl.: ha megfelelő cipőt vásárolnak rövid idejű hordással be kell törni őket, hogy ne okozzanak hólyagot) Ha a beteg, pl. elhízás miatt nem képes lábait ellenőrizni, akkor meg kell tanítani őt arra, hogyan végezheti ezt egy tükör segítségével, vagy kérjen segítséget. (Clair, 2011) Az a preventív lábápolási program, amely a lábállapot felmérést, a beteg edukációval társítja a neuropathia és az amputációk prevalenciájának csökkenését és a megfelelő lábbeli viselését eredményezi krónikus veseelégtelen diabeteses betegnél. (Calle-Pascual et al., 2002; Valk, Kriegsman, & Assendelft, 2002; Reda et al., 2012)

Lábbeli viselet

A diabetes-láb sérülésének elsődleges oka a nem megfelelő lábbeli. Meg kell vizsgálni a kóros lábdeformitásokat és fel kell mérni a használatban lévő cipő állapotát – hol van belül kikopva, elhasználódva, ami miatt nyomhatja a lábat. A cipő belső részének elég szélesnek és mélynek kell lennie ahhoz, hogy sehol se nyomja a lábat. (Clear, 2011)

Vérellátás vizsgálata

A szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozási arány kétszer magasabb a diabeteses betegek, mint a nem diabeteses betegek között. (Preis et al., 2009) A perifé-

riás verőérbetegség (PAD) kétszer olyan gyakori cukorbetegéknél, mint nem cukorbeteg esetében és az alsóvégtagi amputáció legnagyobb rizikó faktora. (Mayfield, et al., 2000) A sebgyógyulás szempontjából a megfelelő vaszkuláris perfúzió rendkívül fontos. (Dang & Boulton, 2003) Amennyiben nincs a lábon tapintható pulzus akkor, további non-invazív vizsgálatok szükségesek, mint Doppler ultrahang, boka-kar index, mely többször is megismételhető, vagy szegmentális nyomásmérés, pulzustérfogat meghatározás, és transzkután szöveti oxigén nyomás mérés szükségesek. (Hobizal & Wukich, 2012) Sürgősen konzultálni kell érsebéssel a szöveti perfúziót helyreállító beavatkozások, mint az angioplasztika, sztent, vagy femorodiszztális bypass-műtét kiválasztása végett. (Cavanagh, Lipsky, Bradbury, & Botek, 2005)

Infekciókontroll

Mivel a fertőzés eredete nem mindig jól meghatározható, a diagnózis felállításához és a terápiához segítségünkre lehet a vér és sebszövet tenyésztés, a labor eredmények és a szubjektív tünetek egyaránt. Sebkezeléssel kitenyészthetők a kiváltó kórokozók. A sebszövetből vett minták erre a célra sokkal előnyösebbek a tamponnal vett sebváladék mintáknál. Sajnos aligha kétséges, hogy az alsóvégtagi megbetegedések fő oka a fertőzés, amely gyakran nedvedző gangrénához, és azt követő amputációhoz vezet. A tenyésztési eredménynek megfelelő antimikrobiális terápia elsődlegesen inkább a fertőzés megszüntetésére koncentrálódjon, mint a sebgyógyulására. (Cavanagh, et al., 2005)

Nyomás enyhítése, tehermentesítés

A megfelelő vérellátás és sebkezelés, nedves sebkörnyezet és infekciókontroll biztosításával a neuropathiás diabeteses lábfelek elsődleges gyógyítási módja a nyomás eloszlása. Ennek számos módja ismert, mint az ágynyugalom, kerekesszék, mankók, teljes érintkezésszerű öntvények, félcipők, terápiás cipők, egyedi sínék, nemezelt többretegű habbetét, cserélhető öntött járóbetét, teljes érintkezésszerű öntvény. (Wu, et al., 2007) A lábnyo-

más mérést analitikai módszerként hatékonyan lehet alkalmazni a megfelelő lábbeli pontosabb meghatározására. (Waaijman et al., 2012) A vizsgálat eredménye alapján elkészített egyénre szabott cipő viselésével a diabeteses neuropathiás betegnél a lábra eső nyomás hatékonyan tud eloszlni. (Bus, Haspels, & Busch-Westbroek, 2011) A testtartási tréningek, mint tehermentesítő stratégiák eredményeiről számos szerző számolt be. York és Pataky tanulmányának hasonló korlátai voltak: rövid tréning periódus és rövid megfigyelési időszak. A képzés csupán a séta gyakorlatra korlátozódott, nem koncentrált a láb és boka izomzatának erősítésére, tehermentesítésre és az ízület mozgástartományának növelésére. Beavatkozásuk sikere összefüggött a testtartás gyakorlatok fentebb említett szempontjaival. (York, Perell-Gerson, Barr, Durham, & Roper, 2009; Pataky et al., 2010) Sartor és mtsai. randomizált kontrollált kísérletben a diabeteses neuropathiában szenvedő betegeken alkalmaztak speciális, kombinált erősítő-nyújtó gyakorlatokat és vizsgálták a testtartás biomechanikájára és a lábak működésére kifejtett hatását. 12 héten át, heti kétszer 40-60 perces gyakorlatokat végeztek a betegekkel és 24 héten keresztül követték nyomon. A gyakorlatok célja, a beszűkült ízület átmozgatása és erősítése, a lábak járás közbeni stabilizációjának biztosítása, és ebből kifolyólag az elesések, sérülések és fekélyek kockázatának csökkentése volt. (Sartor et al., 2012) A fizikai aktivitás, a mozgás elősegítése, és a lábgyakorlatok jótékony hatásúak a fekélyek kiújulásának megelőzésében is. (Brown, 2012)

Pszichoszociális tényezők

A másodlagos fekélyek megjelenésében a pszichoszociális tényezőket sokáig nem tekintették rizikó tényezőnek. Cukorbetegéknél a lábfelek újabb kialakulásának legnagyobb kockázatát a beteg kórtörténetében korábban szereplő fekélyes folyamatok jelentik. Vedhera és mtsai. vizsgálták milyen pszichoszociális tényezők vezetnek ehhez a folyamathoz. Felmérték a viselkedést, az ismereteket, az érzelmi és szociális faktorokat. A reulceralizáció kockázatának csök-

kentésére pszichoszociális intervenciókat terveztek ki. Randomizált kontrollált vizsgálatukba kiválasztott tíz személy közül ötöt a kutatók által kifejlesztett speciális pszichoszociális intervenciók ellátásában, a másik öt páciens hagyományos ellátásban részesítették. Az intervenciók után 10 héttel, majd a kísérlet legvégén mindkét csoportot mélyinterjúknak vették alá, melyből kiderült, hogy a páciensek elfogadták a terápiás modellben alkalmazott pszichoszociális rizikófaktorokban történő beavatkozásokat. (Vedhara et al., 2012)

Lábfekélyes betegek életmódjában, az ápolói beavatkozások hatására bekövetkező változásokat belga ápolók is vizsgálták. Beavatkozásuk hatására a lábfekélyek iránti ismeret nőtt, és a betegek egyre tudatosabban igyekeztek követni az ápolói tanácsokat. Több beteg a vizsgált időszak (3 hónap) után is végezte az előírt gyakorlatokat és számos beteg szemlélete pozitív irányba változott az életminőség javulását, de még a gyógyulásba vetett hitét tekintve is. (Van Hecke, Grypdonck, Beele, Vanderwee, & Defloor, 2011)

Kockázatbesorolás

A beteg alapos vizsgálata után el kell végezni a kockázatbesorolást. (Boulton, et al., 2008) **(II. táblázat)** Ennek célja, hogy a beteg megfelelő időben, megfelelő terápiában részesüljön, és állapota folyamatosan nyomon követhető legyen. (Lavery, et al., 1998; Lavery et al., 2008) A magasabb kockázati

kategóriába sorolás egyértelműen összefügg a fekélyképződés, a hospitalizáció és az amputáció fokozott kockázatával. (Boulton, et al., 2008). Sajnos azoknak a diabeteses betegeknek, akiknek már előzőleg volt lábfekélyük nagy az esélyük arra, hogy újra kialakul egy másik. Ide tartoznak azok a betegek, akiknek a fekélyük már meggyógyult, vagy átestek már valamilyen kisebb, vagy nagyobb amputáción. A várható átlagos élettartam is alacsonyabb azoknál, akiknek már volt fekélyük éppen ezért ezek a betegek speciális gondozást igényelnek.

A betegoktatás alapelvei

Minden predializált és már dialízisen lévő betegnek olyan intenzív lábvédelmi oktatásba kell részesülnie, mely során megtanulja lábai gondos ellenőrzését és ápolását. Az oktatás legyen a képességeknek és szükségleteknek megfelelően fokozatos, egyénre szabott és interaktív. Épüljön és fókuszáljon a beteg alapismereteire. A csoportos oktatás és a hosszantartó nyomonkövetés elmélyíti az ismereteket és pozitív ápolási eredményekhez vezet. Meg kell találni azokat a motivációs hajtóerőket, amelyek a pácienseket tanulásra és együttműködésre motiválják.

Motivációs hajtóerők:

⇒ Siker: Sikeres tanulóvá akar válni.

⇒ Akarat: Érezni és tudni akarja, hogy van választása és beleszólása a tanulás folyamatába.

II. táblázat: Átfogó lábvizsgálat alapján történő kockázatbesorolás

kockázati kategória	Meghatározás	Ajánlott kezelés	Javasolt nyomonkövetés
0	Nincs csökkent érzékettség (LOPS) Nincs perifériás verőér betegség (PAD) Nincs deformitás	Betegedukáció és cipőviselési tanácsadás.	Évente (házi orvos és/vagy lábspecialista)
1	LOPS ± deformitás	Javasoljon speciális, kényelmi lábbeli viselését. Vegye fontolóra a láb rekonstrukciós műtétjét, ha a deformitás miatt már nem biztonságos és kényelmes a lábbeli. Folytassa a beteg edukációját.	3-6 havonta (házi orvos és/vagy lábspecialista)
2	PAD ± LOPS	Javasoljon speciális, kényelmi lábbeli viselését. Konzultáljon érsebészettel és alkalmazzon szorosabb megfigyelést.	2-3 havonta (lábspecialista)
3	Fekély és amputáció a kórtörténetben	Ugyan az, mint az 1. kategóriánál. Konzultáljon érsebészettel és alkalmazzon szorosabb megfigyelést, ha PAD is jelen van.	1-2 havonta (lábspecialista)

⇒Érték: Valami olyat akar tanulni, amit értékelhet.

⇒Élvezet: A tanulás megtapasztalása élvezetet jelent számára. (Knowles, Holton, & Swanson, 2011)

A cél az, hogy betegünk mindennap ellenőrizze lábait és probléma esetén azonnal segítséghez forduljon, így az időben megkezdett kezeléssel megelőzhető a visszafordíthatatlan károsodások.

Az önápolás, önellenőrzés oktatás alapelemei:

⇒lábak napi ellenőrzése – szükség esetén tükörből a talp vizsgálata,

⇒soha ne távolítsa el saját maga a bőrkeményedéseket és a tyúkszemeket,

⇒hordjon jó minőségű zoknikat, vastag varrások, ráncok és feszes gumik nélkül,

⇒ne járjon mezítláb még a lakásban sem és hordjon jól illeszkedő, kényelmes lábbelit,

⇒a vérkeringés élénkítése érdekében mozgassa eleget a lábait,

⇒rendszeresen ellenőrizze cipőinek belső részét – vannak-e benne apró kövek vagy, kemény varratok,

⇒lábujja körmeit egyenesen vágja le, de ne túl rövidre, hogy elkerülje a benövéseket,

⇒rendszeres lábhygiéna betartása – a lábait törölje teljesen szárazra,

⇒száraz lábat kenje be ápoló krémmel,

⇒ne rakjon forró vizes melegítő palackot lábaira. (Rathur & Rajbhandari, 2003)

A hatékony betegoktatáshoz szükséges az értékelés és dokumentáció. Dokumentáljuk a következőket: Információk és készségek, amelyeket már megtanítottunk, az oktatás módszerét – brosúrák, modellek, videó, bemutató, a beteg és családjának viszonya az oktatáshoz, a tanulás eredményének kiértékelését. A tanuláson keresztül bátorítsuk betegeinket arra, hogy képesek legyenek betegségeiket menedzselni és ezáltal jobb életminőséget elérni. (Ward, 2011)

Ápolási dokumentáció

A hazai és nemzetközi trendeknek megfelelően olyan bizonyítékokon alapuló (Evidence Based Nursing) alsóvégtag gondozási proto-

collt kell készíteni, amely hatékony segítséget nyújt a korai felismeréshez, a rizikó faktorok mihamarabbi kezeléséhez, és alkalmas a beteg individuális gondozására.

A következőket kell dokumentálni és a beteg ápolási dokumentációjában elhelyezni:

⇒Az éves állapotfelmérést a kockázatértékeléssel együtt – Az alsóvégtagi elváltozásokhoz vezető rizikó faktorok meghatározását a beteg lábának vizuális vizsgálatával kell kezdeni. Meg kell állapítani a hámhiányokat és egyéb bőrelváltozásokat, csontdeformitásokat, ízületi és kötőszöveti károsodásokat, amelyek későbbi szövődmények rizikóját képezik. A lábfej pulzus tapintásával ellenőrizni kell a lábfej vérkeringését. Fel kell mérni a beteg önápolási ismereteit, képességét és együttműködését. Az egyéb rizikó faktorokat és az alsóvégtagi komplikációk összefüggését is meg kell vizsgálni, így például a dohányzás mértékét, az életkort és a dialízisben eltöltött időt.

⇒A havi lábellenőrzések eredményeit.

⇒A beteg oktatásának idejét, folyamatát, módszerét.

⇒Műszeres vizsgálatok eredményeit.

⇒Egyéb ambuláns vizsgálati eredményeket.

A hosszútávú ápolási tervbe és nyomonkövetésbe minden érintett egészségügyi szakembert, a kórházi szakszemélyzetet kívül a házi orvost, a házi betegápolókat, és a beteg egyéni igényeinek megfelelően más szakembereket is be kell vonni. Támogatnunk kell a betegetek önápolási képességük fejlődésében és ennek érdekében a családtaggal is vegyük fel a kapcsolatot. Az alsóvégtagi állapotfelmérés, a lábak vizsgálata egyszerűen, gyorsan elvégezhető és könnyen adminisztrálható, ugyanakkor hosszútávú jelentősége meghatározó. Az egyedi igények és képesség felmérése után olyan, a krónikus vesebeteg holisztikus ápolásának részét képező, intenzívebb és hatékonyabb megelőző stratégiát és oktatást kell kidolgozni, mellyel túl azon, hogy képessé, motiválttá és igényessé tesszük saját teste ápolására és ellenőrzésére, egyben életkilátásait, életminőségét és az életbe vetett hitét is pozitívan tudjuk befolyásolni.

Irodalomjegyzék

1. Abbott, C. A., Carrington, A. L., Ashe, H., Bath, S., Every, L. C., Griffiths, J., . . . Boulton, A. J. (2002). The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabetic Medicine*, 19(5), 377-384.
2. Alvarsson, A., Sandgren, B., Wendel, C., Alvarsson, M., & Brismar, K. (2012). A retrospective analysis of amputation rates in diabetic patients: can lower extremity amputations be further prevented? *Cardiovascular Diabetology*, 11, 18. doi: 10.1186/1475-2840-11-18
3. American Diabetes, A. (2003). Peripheral arterial disease in people with diabetes. *Diabetes Care*, 26(12), 3333-3341.
4. Armstrong, D. G., Lavery, L. A., Vela, S. A., Quebedeaux, T. L., & Fleischli, J. G. (1998). Choosing a practical screening instrument to identify patients at risk for diabetic foot ulceration. *Archives of Internal Medicine*, 158(3), 289-292.
5. Atkins, C. (2010). Evidence-based foot care in patients with diabetes Retrieved August 2010, 2011, from <http://lowerextremityreview.com/article/evidence-based-foot-care-in-patients-with-diabetes>
6. Bakker, K., Apelqvist, J., & Schaper, N. C. (2012). Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. [10.1002/dmrr.2253]. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 28, 225-231.
7. Beckert, S., Sundermann, K., Wolf, S., Konigsrainer, A., & Coerper, S. (2009). Haemodialysis is associated with changes in cutaneous microcirculation in diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 26(1), 89-92. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02610.x
8. Boulton, A., Armstrong, D., Albert, S., Frykberg, R., Hellman, R., Kirkman, M., . . . Wukich, D. (2008). Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care*, 31(8), 1679-1685. doi: D - NLM: PMC2494620 EDAT- 2008/07/30 09:00 MHDA-2008/08/21 09:00 CRDT- 2008/07/30 09:00 AID - 31/8/1679 [pii] AID - 10.2337/dc08-9021 [doi] PST - ppublish
9. Boulton, A., Malik, R. A., Arezzo, J. C., & Sosenko, J. M. (2004). Diabetic somatic neuropathies. *Diabetes Care*, 27(6), 1458-1486.
10. Brown, A. (2012). Life-style advice and self-care strategies for venous leg ulcer patients: what is the evidence? *Journal of Wound Care*, 21(7), 342-344, 346, 348-350.
11. Bus, S. A., Haspels, R., & Busch-Westbroek, T. E. (2011). Evaluation and optimization of therapeutic footwear for neuropathic diabetic foot patients using in-shoe plantar pressure analysis. *Diabetes Care*, 34(7), 1595-1600. doi: 10.2337/dc10-2206
12. Calle-Pascual, A. L., Duran, A., Benedi, A., Calvo, M. I., Charro, A., Diaz, J. A., . . . Cabezas-Cerrato, J. (2002). A preventative foot care programme for people with diabetes with different stages of neuropathy. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 57(2), 111-117.
13. Cavanagh, P. R., Lipsky, B. A., Bradbury, A. W., & Botek, G. (2005). Treatment for diabetic foot ulcers. *Lancet*, 366(9498), 1725-1735. doi: 10.1016/s0140-6736(05)67699-4
14. Chin, Y. F., Huang, T. T., & Hsu, B. R. (2012). Impact of action cues, self-efficacy and perceived barriers on daily foot exam practice in type 2 diabetes mellitus patients with peripheral neuropathy. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04291.x
15. Clair, D. (2011). Diabetic foot ulcers: Assessment and education. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional*, 60(2), 20-22.
16. Dang, C. N., & Boulton, A. J. (2003). Changing perspectives in diabetic foot ulcer management. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 2(1), 4-12. doi: 10.1177/1534734603002001002
17. Deger, S. M., Reis, K. A., Guz, G., Bali, M., & Erten, Y. (2011). A case of an accelerated uremic neuropathy. *Renal Failure*, 33(3), 371-372. doi: 10.3109/0886022x.2011.559677
18. Freeman, A., May, K., Frescos, N., & Wraight, P. R. (2008). Frequency of risk factors for foot ulceration in individuals with chronic kidney disease. *Internal Medicine Journal*, 38(5), 314-320. doi: 10.1111/j.1445-5994.2007.01528.x
19. Hinchliffe, R. J., Jeffcoate, W. J., & Game, F. L. (2006). Diabetes, established renal failure and the risk to the lower limb. [10.1002/pdi.886]. *Practical Diabetes International*, 23(1), 28-32.
20. Hobizal, K. B., & Wukich, D. K. (2012). Diabetic foot infections: current concept review. *Diabetic Foot & Ankle*, 3. doi: 10.3402/dfa.v3i0.18409
21. Jones, N. J., Chess, J., Cawley, S., Phillips, A. O., & Riley, S. G. (2012). Prevalence of risk factors for foot ulceration in a general haemodialysis population. *International Wound Journal*. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.01044.x
22. Kaminski, M., Frescos, N., & Tucker, S. (2012). Prevalence of risk factors for foot ulceration in patients with end-stage renal disease on haemodialysis. *Internal Medicine Journal*, 42(6), e120-128. doi: 10.1111/j.1445-5994.2011.02605.x
23. Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2011). The adult learner. The definitive classic in adult education and human resource development.
24. Lavery, Armstrong, Vela, Quebedeaux, & Fleischli. (1998). Practical criteria for screening patients at high risk for diabetic foot ulceration. *Archives of Internal Medicine*, 158(2), 157-162. doi: 10-1001/pubs.Arch Intern
25. Lavery, Peters, Williams, Murdoch, Hudson, & Lavery. (2008). Reevaluating the way we classify the diabetic foot: restructuring the diabetic foot risk classification system of the International Working Group on the Diabetic Foot. *Diabetes Care*, 31(1), 154-156. doi: 10.2337/dc07-1302

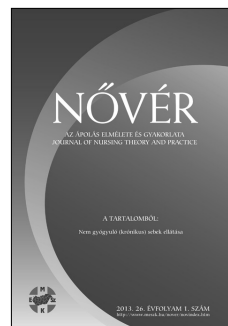
26. Lewis, S., Raj, D., & Guzman, N. J. (2012). Renal failure: implications of chronic kidney disease in the management of the diabetic foot. *Seminars in Vascular Surgery*, 25(2), 82-88. doi: 10.1053/j.semvasc.2012.04.007
27. Lincoln, N. B., Radford, K. A., Game, F. L., & Jeffcoate, W. J. (2008). Education for secondary prevention of foot ulcers in people with diabetes: a randomised controlled trial. *Diabetologia*, 51(11), 1954-1961. doi: 10.1007/s00125-008-1110-0
28. Locking-Cusolito, H., Harwood, L., Wilson, B., Burgess, K., Elliot, M., Gallo, K., . . . Tigert, J. (2005). Prevalence of risk factors predisposing to foot problems in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 32(4), 373-384.
29. Major, A. (2012). A cukorbetegség szövődményei, 2012, from <http://www.oxivit.hu/cukorbetegeknek>
30. Mayfield, J. A., Reiber, G. E., Nelson, R. G., & Greene, T. (2000). Do foot examinations reduce the risk of diabetic amputation? *The Journal of Family Practice*, 49(6), 499-504.
31. Meaney, B. (2012). Diabetic foot care: prevention is better than cure. *Journal of Renal Care*, 38 Suppl 1, 90-98. doi: 10.1111/j.1755-6686.2012.00276.x
32. Molnár, M. (2009). A diabeteses nephropathia, a veseelégtelenség leggyakoribb oka. In A. Karátson, B. Csiky & E. Ladányi (Eds.), *A dialízis kezelése alapjai* (pp. 25-31). Pécs: Fresenius Medical Care Budapest és a „Vesebetegek ellátásának Fejlesztéséért” alapítvány.
33. Ndip, A., Rutter, M. K., Vileikyte, L., Vardhan, A., Asari, A., Jameel, M., . . . Boulton, A. J. (2010). Dialysis treatment is an independent risk factor for foot ulceration in patients with diabetes and stage 4 or 5 chronic kidney disease. *Diabetes Care*, 33(8), 1811-1816. doi: 10.2337/dc10-0255
34. NICE Guidelines, T. d. (2009). Prevention and management of foot problems. Retrieved 07.2009, 2009, from http://www.eguidelines.co.uk/eguidelinesmain/guidelines/summaries/endocrine/nice_type_2_diabetes.php
35. Olaleye, D., Perkins, B. A., & Bril, V. (2001). Evaluation of three screening tests and a risk assessment model for diagnosing peripheral neuropathy in the diabetes clinic. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 54(2), 115-128.
36. Ormandy, P. (2008). Information topics important to chronic kidney disease patients: a systematic review. *Journal of Renal Care*, 34(1), 19-27. doi: 10.1111/j.1755-6686.2008.00006.x
37. Papanas, N., Boulton, A. J., Malik, R. A., Manes, C., Schnell, O., Spallone, V., . . . Kempler, P. (2012). Neuropad(R) : A simple new non-invasive sweat indicator test for the diagnosis of diabetic neuropathy. *Diabetic Medicine*. doi: 10.1111/dme.12000
38. Papanas, N., Liakopoulos, V., Maltezos, E., & Stefanidis, I. (2007). The diabetic foot in end stage renal disease. *Renal Failure*, 29(5), 519-528. doi: 10.1080/08860220701391662
39. Pataky, Z., de Leon Rodriguez, D., Allet, L., Golay, A., Assal, M., Assal, J. P., & Hauert, C. A. (2010). Biofeedback for foot offloading in diabetic patients with peripheral neuropathy. *Diabetic Medicine*, 27(1), 61-64. doi: 10.1111/j.1464-5491.2009.02875.x
40. Preis, S. R., Hwang, S. J., Coady, S., Pencina, M. J., D'Agostino, R. B., Sr., Savage, P. J., . . . Fox, C. S. (2009). Trends in all-cause and cardiovascular disease mortality among women and men with and without diabetes mellitus in the Framingham Heart Study, 1950 to 2005. *Circulation - Journal of the American Heart Association*, 119(13), 1728-1735. doi: 10.1161/circulationaha.108.829176
41. Rathur, H., & Rajbhandari, S. (2003). Prevention of diabetic foot ulcers: Holy grail of foot clinics. [Review]. *International Journal of Diabetes and Metabolism*, 11(3).
42. Reda, A., Hurton, S., Embil, J. M., Smallwood, S., Thomson, L., Zacharias, J., . . . Koulack, J. (2012). Effect of a preventive foot care program on lower extremity complications in diabetic patients with end-stage renal disease. *Journal of Foot and Ankle Surgery*, 18(4), 283-286. doi: 10.1016/j.fas.2012.05.002
43. Rédling, M. (2011). Az ellátási szintek helyes megválasztása a diabeteses borsebek kezelésében. Paper presented at the Aesculap Akadémia, Budapest.
44. Reiber, G. E., Vileikyte, L., Boyko, E. J., del Aguila, M., Smith, D. G., Lavery, L. A., & Boulton, A. J. (1999). Causal pathways for incident lower-extremity ulcers in patients with diabetes from two settings. *Diabetes Care*, 22(1), 157-162.
45. Richard, J. L., Reilhes, L., Buvry, S., Goletto, M., & Faillie, J. L. (2012). Screening patients at risk for diabetic foot ulceration. A comparison between measurement of vibration perception threshold and 10-g monofilament test. *International Wound Journal*. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.01051.x
46. Sartor, C. D., Watari, R., Passaro, A. C., Picon, A. P., Hasue, R. H., & Sacco, I. C. (2012). Effects of a combined strengthening, stretching and functional training program versus usual-care on gait biomechanics and foot function for diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13, 36. doi: 10.1186/1471-2474-13-36
47. Sibbald, R. G., Ayello, E. A., Alavi, A., Ostrow, B., Lowe, J., Botros, M., . . . Smart, H. (2012). Screening for the high-risk diabetic foot: a 60-second tool (2012). *Advances in Skin & Wound Care*, 25(10), 465-476; quiz 477-468. doi: 10.1097/01.ASW.0000421460.21773.7b
48. Singh, N., Armstrong, D. G., & Lipsky, B. A. (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *Journal of the American Medical Association*, 293(2), 217-228. doi: 10.1001/jama.293.2.217
49. Valabhji, J. (2012). Foot problems in patients with diabetes and chronic kidney disease. *Journal of Renal Care*, 38 Suppl 1, 99-108. doi: 10.1111/j.1755-6686.2012.00284.x
50. Valk, G. D., Kriegsman, D. M., & Assendelft, W. J. (2002). Patient education for preventing diabetic foot ulceration. A systematic review. *Endocrinology Metabolism Clinics of North America*, 31(3), 633-658.
51. Van Damme, H., & Limet, R. (2005). The diabetic foot. *Revue Medicale de Liege*, 60(5-6), 516-525.
52. Van Hecke, A., Grypdonck, M., Beele, H.,

- Vanderwee, K., & Defloor, T. (2011). Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 429-443. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03546.x
53. Vedhara, K., Beattie, A., Metcalfe, C., Roche, S., Weinman, J., Cullum, N., . . . Chalder, T. (2012). Development and preliminary evaluation of a psychosocial intervention for modifying psychosocial risk factors associated with foot re-ulceration in diabetes. *Behaviour Research and Therapy*, 50(5), 323-332. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.013
54. Waaijman, R., Arts, M. L., Haspels, R., Busch-Westbroek, T. E., Nollet, F., & Bus, S. A. (2012). Pressure-reduction and preservation in custom-made footwear of patients with diabetes and a history of plantar ulceration. *Diabetic Medicine*, 29(12), 1542-1549. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03700.x
55. Ward, J. (2011). How to educate patients Retrieved 25 May 2011, 2011, from <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-specialisms/educators/how-to-educate-patients/5030180.article>
56. Wu, C. S., Driver, R. V., Wrobel, S. J., & Armstrong, G. D. (2007). Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and treatment. *Vascular Health and Risk Management*, 3(1), 65-76.
57. York, R. M., Perell-Gerson, K. L., Barr, M., Durham, J., & Roper, J. M. (2009). Motor learning of a gait pattern to reduce forefoot plantar pressures in individuals with diabetic peripheral neuropathy. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1(5), 434-441. doi: 10.1016/j.pmrj.2009.03.001
58. Young, B. A., Von Korff, M., Heckbert, S. R., Ludman, E. J., Rutter, C., Lin, E. H., . . . Katon, W. J. (2010). Association of major depression and mortality in Stage 5 diabetic chronic kidney disease. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 119-124. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2009.11.018
59. Ziegler, D., Papanas, N., Rathmann, W., Heier, M., Scheer, M., & Meisinger, C. (2012). Evaluation of the Neuropad sudomotor function test as a screening tool for polyneuropathy in the elderly population with diabetes and pre-diabetes: the KORA F4 survey. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 28(8), 692-697. doi: 10.1002/dmrr.2340

**Hasznos és egyben kellemes időtöltést ajándékozna
önmagának vagy kollégáinak?
Nem tudja, milyen ajándékkal lepje meg Munkatársait
Karácsonyra?**

MOST ÉLJEN ELLENÁLLHATATLAN AJÁNLATUNKKAL!

**Amennyiben 2013. december 31-ig leadja a 2014. évre
vonatkozó megrendelését,
idei áron kapja meg a Nővér folyóirat lapszámait!**



További Kedvezmények:

10-19 db közötti vásárlása esetén: 5%

20-30 db közötti vásárlása esetén: 10 %

30 db feletti vásárlás esetén: 15 %

Papír alapú előfizetés: 4.300.-Ft/éves díj (amely tartalmazza az évi 6 lapszámot postaköltséggel együtt)

Online előfizetés: 3.300.-Ft/éves díj/belépési kód

A Nővér folyóiratot megrendelheti a www.meszk.hu oldalon a Kiadványaink menüpont alatt, vagy írjon a nover@meszk.hu e-mail címre, és mellékelten megküldjük a 2014. évi megrendelőlapot. A megrendeléséről hivatalos számlát küldünk, melynek a kiegyenlítését követően áll módunkban a 2014. évi első lapszámokat postázni.

További felmerülő kérdés(ek) esetén, Wohlfarth Zita szerkesztőségi titkár készséggel áll az Ön rendelkezésére a (1)323-2070-es telefonszámon.

**Bízunk abban, hogy a következő esztendőben Önt és/vagy Kollégáit is
az olvasóink között köszönhetjük!**



MESZK
Országos Felnőtt Ápolás
Szakmai Tagozat szervezésében az
ÁPOLÁSMENEDZSMENT
I. ORSZÁGOS KÖZÉPVEZETŐI KONFERENCIA

Időpont: 2013. november 30. (szombat) Helyszín: Lurdy-Ház
(1097 Budapest, Könyves Kálmán körút 12-14)

Célcsoportok: felnőtt ápolás és gondozás, gyermek ápolás és gondozás, sürgősségi ellátás, laboratóriumi diagnosztika, képi diagnosztika, gyógyszerelési ellátás, mozgásterápia és fizioterápia, műtéti ellátás, szülészeti ellátás, rehabilitációs és életvezetést támogató, diétetika, természetgyógyászat, egészségügyi menedzsment

Regisztrációs díj: Kamarai tagoknak: ingyenes Nem tagoknak: 5.000.-Ft
A regisztrációs díjról átutalási számlát küldünk!

A jelentkezések beküldési határideje: 2013. november 25. vagy 300 fő regisztrálását követően.
Jelentkezés kizárólag online formátumban a www.meszk.hu honlapon!!!

A rendezvény minősítése szabadon választott továbbképzésként az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Tanácsnál folyamatban van.

Bővebb információ: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaránál Tel.: 1/323-2070, e-mail: meszk@meszk.hu

Adventi vásár Bécsben
kedvezményesen!
Bécs legszebb terei varázslatos
karácsonyi vásárrá alakulnak át.
Élje át ezt az élményt kollégáival,
barátaival!
A MESZK Országos Szervezete
kedvezményes utazást szervez.
Részletek és jelentkezés a
www.meszk.hu oldalon

