

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

## A TARTALOMBÓL:

Korszerű, bizonyítékokon alapuló ápolás –  
Lélegeztetett beteg ápolása

Szürkehályog műtéten átesett betegek  
ismereteinek felmérése

Ápolók romló egészségi állapota



2014. 27. ÉVFOLYAM 3. SZÁM  
<http://www.meszk.hu/nover>

# 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*, 2014, 27 (3), 1–44.

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA</b> Korszerű, bizonyítékokon alapuló ápolás – Lélegeztetett beteg ápolása <i>Fullér Noémi, Dr. Oláh András</i>	3
<b>EREDETI KÖZLEMÉNY</b> Sziürkehályog műtéten átesett betegek ismereteinek felmérése <i>Meleg Tiborné, Dr. Bíró Gyöngyi, Dr. Németh Anikó</i>	10
<b>Ápolók romló egészségi állapota</b> <i>Dr. Németh Anikó, Dr. Betlehem József, Dr. Lampek Kinga</i>	18
<b>KITEKINTÉS</b> A történelem ápolása – az ápolás történelme <i>Bezerédi Gábor</i>	23
<b>OLVASÓI LEVÉL</b> A körzeti ápoló viszontagságai a történelmi időktől napjainkig <i>Bakonyi Zoltánné</i>	31
<b>ÁPOLÁSETIKA</b> A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe	37

## CONTENTS

<b>COLUMN OF THE HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING</b> Advanced, evidence-based care – The care of the mechanically ventilated patient <i>Noémi Fullér, Andás Oláh</i>	3
<b>ORIGINAL CONTRIBUTION</b> Assessing the knowledge of patients after cataract surgery <i>Tiborné Meleg, Gyöngyi Bíró, Anikó Németh</i>	10
<b>The decaying health status of nurses</b> <i>Anikó Németh, József Betlehem, Kinga Lampek</i>	18
<b>OUTLOOK</b> The nursing of history – the history of nursing <i>Gábor Bezerédi</i>	23
<b>READERS LETTER</b> The trials and tribulations of district nurses past and present <i>Zoltánné Bakonyi</i>	31
<b>NURSING ETHICS</b> Code of Ethics – Council of the Hungarian Health Care Professionals	37

A *Nővér*ben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja.

## KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A *NŐVÉR* folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű 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:** Pauker Nyomda, Budapest.  
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 Board**Dr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*Dr. Pápai Tibor (PhD), *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

Dr. 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*, MTA  
doktora, a MTA rendes tagja, Pécsi Tudományegyetem  
Szentágotthai János KutatóközpontRauh Edit, *mb. főigazgató-helyettes*, GYEMSZI-ETTDr. Velkey György, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

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

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhDr. 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, 1450 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak 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 érintettek-re 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 cikkekből 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. Mónika Mátésné Horváth. 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](mailto:marketing@observer.hu)  
<http://observer.hu>

# Korszerű, bizonyítékokon alapuló ápolás – Lélegeztetett beteg ápolása

FULLÉR Noémi, Dr. OLÁH András

## Összefoglalás

*A lélegeztetett betegek ellátása komplex ápolói feladat, mely széleskörű ismereteket követel a dolgozóktól. A megfelelő, bizonyítékokon alapuló ellátással csökkenthető a nosokómialis eredetű kórképek kialakulása, következményesen az ápolás és ellátás költségei, továbbá az ápolási napok száma. Nemzetközi viszonylatban számos kutatás és irányelv foglalkozik a lélegeztetett betegek ápolásának kérdéskörével, hazai viszonylatban a megalapozott ápolásszakmai ismeretek hiányoznak mind a tanügyi, mind a tudományos közlemények terén.*

*A közlemény szeretné felhívni a figyelmet az alapvető ápolói beavatkozások kivitelezésére, melyek az evidenciákon alapuló ellátás gyakorlatát erősítik és egy jól képzett, legújabb ismereteket alkalmazni kívánó ápoló ismereteit kell képezzék.*

**Kulcsszavak:** lélegeztetés, lélegeztetéssel összefüggő pneumonia, VAP

**Advanced, evidence-based care – The care of the mechanically ventilated patient**

Noémi FULLÉR, Andás OLÁH

### Summary

*The care of the mechanically ventilated patient is a complex nursing duty what requires comprehensive knowledges from the professionals. The appearance of the nosocomial conditions, costs of the care and days of the care can be decreased by the proper evidence based nursing practice. Many research papers and guidelines were developed at the international literature regarding the mechanically ventilated patients but the well-founded books or studies are missing in Hungary. With this paper the aim is to emphasize the importance of the evidence based nursing practice part of the critically ill patients what is necessary for the eligible care and should be a part of a well-trained health care professional's knowledge.*

**Keywords:** mechanical ventilation, ventilator-associated pneumonia, VAP

Érkezett: 2014. március 8. Elfogadva: 2014. március 15.

## Bevezetés

Az intenzív osztályon ápolott betegek legnagyobb részét érinti a mesterséges lélegeztetés, mely rövid-, vagy hosszútávon biztosítja a megfelelő légzési paramétereket, valamint időt nyerhetünk az alapbetegség kezelésének időtartamára. A lélegeztetett betegek ellátása mind fizikailag, mind pszichésen megerőltető az ápolók számára, a mesterséges lélegeztetés együtt jár az immobilitás szindrómával, mely tovább nehezítheti a szakdolgozók munkáját, illetve a páciens szempontjából is veszélyeket hordoz magában, mint pl. decubitus, vagy a pneumonia

kialakulása. Előbbiekből adódóan a lélegeztetett betegek ellátása komplex ápolói feladat és széleskörű tudást igényel, mely magában foglalja az anatómiai, élettani, gyógyszer-tani ismereteket is. A nemzetközi szakirodalom széleskörben foglalkozik a lélegeztetett betegek ápolásának irányelveivel, számos kutatási eredményt közölnek mind az ápolási, mind az orvosi szakfolyóiratok. Közleményünk célja az, hogy a nemzetközi szakirodalom áttekintését követően korszerű ismereteket közöljünk az ápolás területén, kiemelt szempontként tartottuk számon, hogy azon ismeretek, melyek ajánlásait közlésre érdemesnek tartottuk erősítsék

FULLÉR Noémi tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

Dr. OLÁH András egyetemi docens, mb. intézetvezető, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet

Levelező szerző (correspondent): FULLÉR Noémi, elérhetőség: 7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.

Tel.: +36-72/513-670; e-mail: noemi.fuller@etk.pte.hu

a bizonyítékokon alapuló ápolás gyakorlata, mellyel biztosítható az ápolás minőségének állandósága következményesen pedig az ápolási napok és a szövődmények előfordulásának csökkenése. (Betlehem, 2002; Pakai & Kívés, 2013; Váradyné, 1999)

A lélegeztetett betegek ellátása számos tényezőt foglal magába, ám közös pont, hogy a terápiás törekvések mindegyikének célja a szövődmények megelőzése és a beteg lélegeztetőgépről történő leszoktatásának elősegítése. Az ellátás főbb tényezői a következők: a betegbiztonság, beteg komfortérzetének fokozása, lélegeztetéssel összefüggő pneumonia megelőzése (ventilator associated pneumonia – VAP), higiénés szükségletek kiértékelése, megfelelő táplálás, szedáció, fájdalomcsillapítás és pihenés biztosítása.

## Betegbiztonság

A betegbiztonság tágabb értelemben használandó fogalom, fontos, hogy ne csak a fizikai-, hanem pszichés- és szociális dimenziókban is értékeljük azt. A páciensek fizikai biztonságát szolgálja az, hogy a lélegeztetett beteg közvetlen környezetében megtalálhatók életmentő gyógyszerek és felszerelések, mint öntelődő lélegeztető ballon, oxigén csatlakozás, légúti váladék eltávolításához szükséges eszközök, mint leszívó berendezés, vagy központi szívó, leszívó katéter és az intubálás, extubálás eszközei. Szintén fontos ellenőrizni, hogy az alkalmazott gépek, műszerek megfelelően működjenek, az akkumulátoraik töltöttsége megfelelő legyen. (Couschman, Wetzig, Coyer & Wheeler, 2007) Lélegeztetett beteg esetén rendszeresen, műszakonként többször ellenőrizni kell, hogy a páciens állapotának követését szolgáló betegmegfigyelő monitorok elvezetései megfelelően csatlakozzanak, illetve, hogy a mesterséges légút átjárható legyen, ne mozduljon ki, ez endotrachealis tubus esetén a szokványos tubusméllység ellenőrzésével, vagy a tüdőfelek fölötti hallgatózószállal is megtehető. Mivel a lélegeztetett betegek ellátása összetett feladat, így az ideális ápoló:beteg arány a nemzetközi szakirodalom alapján 1:1. (Boncz, Donkáné, Oberfrank & Kásler, 2010a, Boncz, Donkáné,

Oberfrank & Kásler, 2010b) Szintén a fizikai biztonsághoz tartozik a páciens állapotfelmérése. Ez többféle módon is megtörténhet, gyakori az „ABCDE” szerinti állapotfelmérés, vagy a szervrendszerenkénti állapotfelmérés. (Marton, Nagy, Deutch & Betlehem 2010)

A páciensek pszichés biztonsága érdekében lényeges a folyamatos tájékoztatás a terápiával, szorosabb értelemben véve pedig a mesterséges lélegeztetéssel és légútbiztosítással kapcsolatosan. A légútbiztosítást megelőző beteg tájékoztatás által fokozható a betegcompliance, így kevésbé valószínű, hogy a kiszolgáltatott és ismeretlen állapot miatt fizikai korlátozás válik szükségessé a lélegeztetés időtartama alatt. Amennyiben mégis fizikai korlátozás szükséges a terápia kivitelezésének érdekében, figyelemmel kell lenni arra, hogy a végtagok ízületeinek mozgástartományja elegendő legyen a kontraktúrák kialakulásának a megelőzéséhez és a kommunikációhoz, de a beteg ne tudja esetlegesen leválasztani magát a lélegeztető gépről, vagy önextubálást végrehajtani. (Ács, Stocker & Oláh 2013) A betegek együttműködésének hiányát nem lehet kizárólag kémiai – gyógyszeres – korlátozásokkal kontrollálni, nagy hangsúlyt kell helyezni a kommunikációra, amennyiben ez lehetséges. Az ápolónak tisztában kell lennie azal, hogy a fizikai korlátozás is csak addig tartható fent, amíg az azt indikáló állapot (pl. zavartság) is fennáll.

## Beteg komfortérzete

Lélegeztetett betegek esetében ápolási szempontból kiemelt jelentőségű az immobilitás megjelenése és ennek megfelelően a prevenciós szemléletben végzett ápolói tevékenység, mely magában foglalja a beteg komfortérzetét, a decubitus profilaxist, a kommunikációt, szociális biztonságot és a környezetből adódó zavaró tényezők kiküszöbölését. (Váradyné, Varga, Vass, & Mezey, 2008) A beteg komfortérzetének fokozása többféle módon megtörténhet, egyszerűbb az optimális ágyhelyzet megválasztása, mely kutatások alapján a fejrészen 30-45°-ban megemelt ágy. Ez az ágy-

helyzet több szempontból is ideális, egyrészt csökkenti a szociális izolálódás érzését azzal, hogy a beteg átlátja környezetét, másrészt fokozza az oxigenizációt azzal, hogy a hasúri szervek rekeszre gyakorolt nyomása csökken, így a tüdő tágulása is fokozódhat, csökken az aspiráció és a VAP kialakulásának kockázata. Természetesen nem minden beteg esetén alkalmazható ez az ágyhelyzet (pl. gerincsérülés, súlyos haemodinamikai instabilitás, súlyos tüdőszérülések, stb.), így – mint minden mobilizálási tevékenység előtt – a beteg fizikális állapotának felmérése meg kell hogy történjen.

A decubitus kialakulásának megelőzéseként alapvető ápolói feladat a kockázatfelmérés, mely hazánkban szinte kizárólagosan a Norton skálával történik meg, ám kimutatták, hogy az intenzív osztályon kezelt, vagy lélegeztetett betegek esetében a Waterlow-skála megfelelőbben jelzi a kockázatot. A prevenció részeként nemzetközi viszonylatban is elfogadott a betegek 2–4 óránkénti forgatása nyomáscsökkentő (pl. antidecubitor matrac), vagy tehermentesítő (pl. alacsony légvesztéses ágy) eszközök alkalmazása mellett. Kiemelendő az ápolók szerepe a mindennapos mobilizációs tevékenységekben, mint a passzív osteokinetikus mozgatás, vagyis a betegek ízületeinek ki-mozgatása a kontraktúrák kialakulását megelőzendő.

A már korábbiakban említett kommunikáció elősegítése érdekében manapság már az írotáblán kívül sok családnál elérhetőek a táblagépek, hordozható számítógépek, vagy okostelefonok, ezeket érdemes használni a kommunikáció elősegítése érdekében. Megjegyzendő, hogy az adekvát kommunikáció fontos előfeltétele, hogy a beteg szedálása csak olyan mértékben történjen meg, mely nem zavarja az érzékelés kontrollját. A kommunikáció akadályoztatottságából adódóan jelentős distresszel kell számolni, melynek megnyilvánulása lehet magányosság, sebezhetőség, szerepteljesítési zavarok, tehetetlenség érzése, szorongás és depresszió is, melyek meg-híúsíthatják a lélegeztetőgépről történő le-szoktatást is. Az izoláció és elmagányosodás érzés megelőzésében szintén a megfelelő, nem csak a beavatkozásokhoz kapcsol-

ódó kommunikációnak van nagy szerepe, valamint a napi ritmus megtartására érdemes a beteg számára jól látható helyre egy órát helyezni. Kutatások alapján a megfelelő mennyiségű és minőségű kommunikációt akadályozó főbb tényezők közé tartozik a munkaterhelés emelkedése, a szájról olvasás nehézsége, túlzott szedáció, valamint, ha az ápoló munkája során az ellátás technikai és szomatikus komponenseire fókuszál inkább. A beteg részéről fontos, hogy biztosítva legyen a megfelelő megvilágítás, kemény felület az íráshoz, segédeszközök, mint szemüveg megléte, valamint a megfelelő ágyhelyzet, pl. fél-Fowler, vagy Fowler helyzet.

Az egyes műszerek és terápiás eszközök (pl. lélegeztetőgép, betegágy melletti monitor, infúziós pumpák, stb.) nem megfelelő beállításából adódóan a beteg számára rendkívül zavaró riasztási hangok jelentős distresszt okozhatnak, valamint a beteg pihenését is jelentősen zavarhatják. Ezen tényezők a pszichés állapotát tovább rontják a pácienseknek, így érdemes időt szakítani kiemelten a betegmegfigyelő monitorok riasztásainak beállítására, hogy azok a beteg aktuális állapotának megfelelőek legyenek (pl. magasabb vérnyomásértéket, vagy szívfrekvenciát is toleráljanak, ha azok a beteg aktuális állapotában elfogadhatók).

## Lélegeztetéssel összefüggő tüdőgyulladás (Ventilator Associated Pneumonia – VAP) megelőzése

A VAP diagnózisa felállítható, ha a lélegeztetés megkezdését követően alakul ki a pneumonia és az a korábbiakban nem volt kimutatható. A diagnózis felállításához a jellegzetes klinikai képen túl képalkotó és labor-diagnosztikai eredmények is hozzájárulnak. (Koenig & Truwit, 2006; Wagh & Acharya, 2009) A VAP megelőzés szempontjából számos ápolói beavatkozást említhetünk, mint a légzőkör cseréje, a levegő párasítása és a légúti váladék eltávolítása. A légzőkör cseréjére vonatkozóan nem javasolt annak ru-

tinszerű megtétele, ugyanis a légzőkör megbontásával fokozódik a VAP kialakulásának kockázata. (Fink, Krause, Barrett, Schaaff & Alex, 1998; Hess, Kallstrom, Mottram, Myers, Sorenson & Vines, 2003; Kollef et al. 1995) Mindezek mellett nincsenek egyértelmű ajánlások a csere idejére vonatkozóan, készültek vizsgálatok, melyekben 29 napig nem történt légzőkör csere és nem alakult ki szövődmény. A CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ajánlása alapján csere szükséges, amennyiben a légzőkörben látható szennyeződés jelenik meg.

Mesterséges légútbiztosítás esetén a felső légutak nem képesek ellátni azon feladatukat, hogy a belélegzett levegőt felmelegítsék és párasítsák, ezért ezt a funkciót a lélegeztetés során kell pótolnunk aktív, vagy passzív módon. A passzív eljárások közé tartozik a hő- és páraicszerelő filterek alkalmazása (HME filter – heat and moisture exchanger), ám tudni kell, hogy ezek alkalmazása sűrű, tapadós, véres váladék és hypotermia esetén kontraindikált. A lélegeztetőgéphez integráltan alkalmazzák a fűtött aktív párasított köröket, melyek esetén közvetlenül szabályozható a levegő hőmérséklete és páratartalma. A szakirodalomban nincs egységes álláspont abban a tekintetben, hogy a VAP kialakulásának megelőzésében az aktív, vagy a passzív módszerek a hatékonyabbak. (Lacherade & Brochard, 2005)

A légúti váladék eltávolítása elengedhetetlen a lélegeztetett betegek ellátása során, ugyanis a zárt légzőkörön keresztül erre önmagától a páciens nem képes, mely helyzetet tovább rontják az immobilitási szindróma kapcsán fellépő légúti szövődmények. A váladék eltávolítása nyílt, vagy zárt rendszerű leszívókatéttel történhet meg, bizonyított tény, hogy a zárt rendszerű szívók használata csökkenti a VAP kialakulásának kockázatát. (Branson, 2007) Az intenzív osztályon kezelt páciensek esetében előfordulhat, hogy betegtranszport válik szükségessé például képkötő vizsgálat kivitelezése, vagy a műtőbe szállítás miatt, ekkor mobilrespirátorok alkalmazása, esetleg manuális lélegeztetés történhet, ám ezen beavatkozások is mind a légzőkör megszakításával járnak, így a VAP kialakulás szempontjából rizikót jelentenek.

## Higiénés szükségletek

A lélegeztetett betegek a mesterséges légútbiztosításból, a lélegeztetésből, szedálásból és az immobilitásból adódóan képtelenek kielégíteni alapvető szükségleteiket, így a higiénés szükségleteiket, ezért azt az ápolóknak kell megtenni. A betegek aktuális állapotától függően több lehetőség is van a részleges, vagy a teljes mosdatásra, ám hazai viszonylatban még mindig egyeduralkodónak számít a lavór és szivacs használatával történő betegmosdatás a beteg ágyában, de érdemes figyelembe venni, hogy pl. súlyos traumás sérülést elszenvedett beteg, mozgatási tilalom, vagy intracranialis nyomásemelkedés esetén is olyan alternatívák terjedtek el nemzetközi viszonylatban, mint a fürdetőkendős-, vagy a törülközős fürdetési technikák.

A szemápolásnak kiemelt jelentőséget kell tulajdonítani annak érdekében, hogy a maradandó károsodások megelőzhetőek legyenek, ugyanis a szedáció, izomrelaxánsok, eszméletlenség következtében a pislogás, mint védekező mechanizmus megszűnik, így a cornea kiszárad, majd kezelés hiányában keratopathia, keratitis, conjunctivitis is kialakulhat. A szemápolásnak fókuszálni kell a szem higiénéjére, a szem kiszáradásának megelőzésére és a szemhéjak lezárására. (Best Practice, 2002) Szemcseppek, műkönyvek, vagy antibiotikus kenőcsök alkalmazása esetén azok kétóránkénti alkalmazása javasolt a szövődmények megelőzése érdekében.

A szemápolás mellett a szájápolás is a mindennapos higiénés szükségletek közé tartozik. Lélegeztetett betegek esetében a mesterséges légútbiztosítás következtében problémát okozhat a subglotticus váladék felgyülemkedése az endotrachealis tubus cuffja fölött, mely elégtelen cuffnyomás mellett lecsoroghat az alsó légutakba, alveolusokba és elősegítő tényezője lehet a pneumoniának. Emellett az ajkak szárazsága, valamint a száj nyálkahártyáján, fogakon megjelenő plakkok is problémát okoznak. A nemzetközi gyakorlatban elterjedt a puha sörtéjű fogkefék alkalmazása, valamint a szájüreg öblítése folyamatos leszívás mellett, de ebben

az esetben fokozottan kell ügyelni a vákuum erősségére, hogy ne okozzunk nyálkahártya sérülést. A szájápolást két-négyóránként javasolt kivitelezni a szövődmények megelőzése érdekében. A szájüreg öblítése megtörténhet klórhexidin tartalmú készítményekkel, illetve a plakkok eltávolításához és a fogak tisztításához kevés fogkrém is használhatunk. A száj- és az ajkak kiszáradása tracheostomával rendelkező betegek esetén fokozottabb és ezt a problémát a beteg negatív folyadékegyenlege, dehidrációja csak tovább rontja, valamint a szájüregi fertőzések kialakulása, vagy szájpenész kialakulása gyakoribb lehet főként immunszuppresszált betegek esetén. (Parker, 2012; Newmarch, 2006b)

## Táplálkozás

A lélegeztetett betegek táplálása mesterséges úton történik meg enterális, vagy parenterális úton. Ápolói szempontból is fontos tisztában lenni azzal, hogy még teljes parenterális táplálás esetén is szükséges minimális szondatáplálás a bélbolyhok integritásának megőrzése érdekében a gyomorfekély kialakulásának megelőzésére. A mesterséges enterális táplálás történhet folyamatosan, vagy intermittálisan, ám mind-egyik esetben figyelembe kell venni azt, hogy kritikus állapotú betegek esetén napi többszöri táplálási szünet javasolt annak érdekében, hogy a gyomor ph-ja rendeződni tudjon. A VAP kialakulását elősegíti a gyomor tápszerrel történő túltöltése.

## Alvás

Még szedált betegek esetén is meghatározó jelentőségű az állapot kimenetelével kapcsolatban, hogy a beteg pihenése, alvása milyen minőségű. A kialvatlanság rontja az immunrendszer működését, a beteg közérzetét és meghiúsíthatja a lélegeztetőgépről történő leszoktatást. Emellett komoly pszichés hatásként felmerülhetnek a hallucinációk és a delírium megjelenése. A környezeti zajok mérséklésének fontos eleme a monitorrendszerek helyes alkalmazása és azok riasztási

paramétereinek a beteg aktuális állapotához igazítása.

## Szedáció

Szedáció szinte minden lélegeztetett beteg esetén szükséges annak érdekében, hogy a mesterséges légútbiztosítást és lélegeztetést jobban tolerálják. A szedáció fenntartására használt gyógyszereket folyamatosan adagolják fecskendő infúziós pumpa segítségével. A betegmegfigyelés részeként kell értékelni a beteg szedálásának mélységét, melyre több validitált eszköz is a rendelkezésünkre áll, hazai viszonylatban a Ramsey skála elterjedt, a kritikus állapotú betegek-re validitált skála a Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) és a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). A szedáció tekintetében azonban lehetőség szerint törekedni kell arra, hogy a betegnél meghagyják az érzékelés kontrollját, így pl. az immobilitásból adódó szövődmények is megelőzhetők, mint pl. a kontraktúrák kialakulása.

## Fájdalom kezelése

A lélegeztetett betegek jelentős részét érinti a fájdalom problémája, mely adódhat az alapbetegségből és az immobilitásból is. Az ápolási folyamat a fájdalom felmérésével kezdődik, ám intubált lélegeztetett betegek esetén ez nehézséget okoz, így gyakran a megfigyelhető objektív paraméterekre kell hagyatkozni, melyek leginkább a vegetatív idegrendszer szimpatikus idegrendszeri hatásait nyilvánulnak meg (pl. szívfrekvencia emelkedése). Ám kiemelendő, hogy még a verbális kommunikáció nehézségei esetén is alkalmazhatók jó objektív fájdalomfelmérő skálák, mint a vizuál analóg skála, vagy a Wong-Baker skála.

## Összegzés

A releváns szakirodalom áttekintése után elmondható, hogy a lélegeztetéssel összefüggő szövődmények kialakulásának megelőzésében kiemelkedő szerep jut az ápolóknak. A

megelőzés tekintetében fontos hangsúlyozni, hogy azok legnagyobb része nem jár addicionális költségekkel, hanem szemléletbeli változást igényelnek az alapképzések szintjén is. A komfortérzet fokozásában már az is nagy szerepet játszhat, ha megfelelő ágyhelyzetet biztosítunk a páciensünknek, valamint lehetőséget biztosítunk a folyamatos kommunikációra, non-verbális kommunikációra. A VAP kialakulásának megelőzésében szem előtt kell tartani azt, hogy a légzőkörök megbontásával fokozódik a kockázat, ám a zárt rendszerű leszívókatéterek alkalmazása bizonyítottan hatásos. A higiénés szükségletek kielégítése kapcsán javasolt átgondolni a hazai viszonylatban elterjedt lavórral és szivaccsal történő teljes ágyfürdő kivitelezését, ugyanis az eszközfertőtlenít-

tés hatásossága, a keresztfertőzések kialakulása, valamint a betegek komfortérzetének csökkenésével összefüggésben jelentős kétségek merülnek fel. Mind a szemápolás, mind a szájápolás során fontos, hogy ne csupán a reggeli alapápolási teendőkhöz kapcsolódjanak, hanem a nap folyamán rendszeres időközönként hajtsák végre azokat. A mesterseges légútbiztosítás és lélegeztetés okozta diszkomfortérzet csökkentésében a megfelelő mélységű szedálás és fájdalomcsillapítás elengedhetetlen, de az ápolói beavatkozások fizikai megterhelésének csökkentésében is jelentősége van annak, hogy a betegnél megmaradjon az érzékelés kontrollja, amennyiben erre lehetőség van, így az immobilitással összefüggő egyéb szövődmények is hatékonyabban megelőzhetők.

## Irodalomjegyzék

1. Ács, P., Stocker, M., Oláh, A. (2013) The determination of economic and public health benefits achievable by increasing regular physical exercise, *Applied Studies in Agribusiness and Commerce*, 8:(1) pp. 5-14.
2. Betlehem, J., (2002) Bizonyítékokon alapuló ápolás fogalomrendszerének helye az ápolásban. *Nővér*, 15; 6:11-17.
3. Boncz, I., Donkáné Verebes, É., Oberfrank, F., Kásler, M. (2010a) Az onkológiai ellátás egészség-gazdaságtani vonatkozásai: kórházi ágykapacitások változása. *Magyar Onkológia*. 54:(1) pp. 29-33.
4. Boncz, I., Donkáné Verebes, É., Oberfrank, F., Kásler, M. (2010b) Az onkológiai ellátás egészség-gazdaságtani vonatkozásai: a teljesítményvolumen-korlát (TVK) finanszírozási hatása. *Magyar Onkológia*. 54:(1) pp. 35-39.
5. Branson, RD. (2005) The Ventilator Circuit and Ventilator-Associated Pneumonia, *Respiratory Care*, 50, 6, 774-787
6. Branson, RD. (2007) Secretion management in the mechanically ventilated patient, *Respiratory Care*, 52, 10, 1328-1347
7. CDC Guidelines for Preventing Health-Care--Associated Pneumonia (2003) Hozzáférhető: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>. (Letöltve: 2012. 10. 13.)
8. CDC Guidelines for Prevention of Nosocomial Pneumonia (1997) Hozzáférhető: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00045365.htm>. (Letöltve: 2012. 10. 13.)
9. Couschman, BA., Wetzig, SM., Coyer, FM., Wheeler, MK. (2007) Nursing care of the mechanically ventilated patient: What does the evidence say? Part one, *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 4-14
10. Coyer, FM., Wheeler, MK., Wetzig, SM., Couschman, BA. (2007) Nursing care of the mechanically ventilated patient: What does the evidence say? Part two, *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 71-80
11. Eye Care for Intensive Care Patients (2002) *Best Practice*, 6, 1, 1-6, ISSN: 1329-1874
12. Fink, JB., Krause, SA., Barrett, L., Schaaff, D., Alex, CG. (1998) Extending ventilator circuit change interval beyond 2 days reduces the likelihood of ventilator-associated pneumonia, *Chest*, 113, 2, 405-411
13. Han, J., Liu, Y. (2010) Effect of Ventilator Circuit Changes on Ventilator-Associated Pneumonia: A Systematic Review and Meta-analysis, *Respiratory Care*, 55, 4, 467-474
14. Hess, D., Kallstrom, T.J., Mottram, CD., Myers, TR., Sorenson, HM., Vines, DL. (2003) Care of the Ventilator Circuit and Its Relation to Ventilator-Associated Pneumonia, *Respiratory Care*, 48, 9, 869-879
15. Koenig, SM., Truweit, JD. (2006) Ventilator-Associated Pneumonia: Diagnosis, Treatment, and Prevention, *Clinical Microbiology Reviews*, 19, 4, 637-657
16. Kollef, MH., Shapiro, SD., Fraser, VJ., Silver, P., Murphy, DM., Trovillion, E., ... Hossin, L. (1995) Mechanical ventilation with or without 7-day

- circuit changes. A randomized controlled trial, *Ann. Intern. Med.* 123, 3, 168-174
17. Lacherade, J.C., Brochard, L. (2005) Impact of Humidification Systems on Ventilator-associated Pneumonia: A Randomized Multicenter Trial, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 172, 10, 1276-1282
  18. Marton, J., Nagy, G., Deutch, K., Betlehem, J. (2010) Pulzoximéter szimulátor használata mentőtiszt hallgatók újraélesztés vizsgája során, *Nővér*, 23, 4, 31-40
  19. Newmarch, C. (2006a) Caring for the mechanically ventilated patient: part one, *Nursing Standard*, 20, 17, 55-64
  20. Newmarch, C. (2006b) Caring for the mechanically ventilated patient: part two, *Nursing Standard*, 20, 18, 55-64
  21. Pakai, A., Kívés, Zs. (2013) Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészség-tudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20-43.
  22. Parker, L.C. (2012) Top 10 care essentials for ventilator patients, *American Nurse Today*, 7, 3, 13-16
  23. Váradyné Horváth, Á. (1999) Gondolatok az ápolásvezetők értékváltásáról *ETINFO* 2:(6) p. 5.
  24. Váradyné Horváth, Á., Varga, N., Vass, E., Mezey, B. (2008) Az artériás vérnyomás alakulása fizikai tréning során, *Rehabilitáció*, 18:(1) pp. 30-33.
  25. Wagh, H., Acharya, D. (2009) Ventilator Associated Pneumonia – an Overview, *British Journal of Medical Practitioners*, 2, 2, 16-19.



## F E L H Í V Á S



### Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók XI. Országos Találkozója

Budapest, 2014. október 2-4.  
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar  
1088 Budapest, Vas u. 17.

*A Nővér folyóirat a rendezvény szakmai támogatója.*

A jelentkezés részleteiről szóló információk miatt kérjük, kövesse figyelemmel a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara honlapján ([www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)) az Eseménynaptárt.

Szervezők

# Szürkehályog műtéten átesett betegek ismereteinek felmérése

MELEG Tiborné, Dr. BÍRÓ Gyöngyi, Dr. NÉMETH Anikó

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** Feltárni a szürkehályog műtéten átesett betegek ismereteit a szemészeti szűrővizsgálatokkal, betegségük lényegével, a szemcseppentés helyes módjával, illetve a szükséges életmódbeli változtatásokkal kapcsolatban.

**Anyag és módszer:** A keresztmetszeti vizsgálat saját szerkesztésű önkitöltős kérdőívvel történt, melyet a kecskeméti kórház szemészeti osztályán fekvő betegeknek került kiosztásra 2013. június-szeptember hónapokban.

**Eredmények:** A megkérdezett betegek ismerik a szemészeti szűrővizsgálatok jelentőségét, viszont téves információval rendelkeznek a szemcseppentés helyes módjával, a szürkehályog betegség és műtét lényegével kapcsolatban. Annak ellenére, hogy a megkérdezettek túlnyomó többsége szakembertől kapott tájékoztatást, felvilágosítást, sok a téves információ a szükséges életmódbeli változtatásokkal kapcsolatban.

**Következtetések:** A szemészeti osztályokon dolgozó ápolók egyik legfontosabb feladata a betegek téves elképzelésinek kiigazítása és helyes, érthető információkkal való ellátása, különös tekintettel a betegség lényegére és az életmódbeli változtatásokra.

**Kulcsszavak:** szürkehályog, betegoktatás, ápolók

### Assessing the knowledge of patients after cataract surgery

Tiborné MELEG, Gyöngyi BÍRÓ, Anikó NÉMETH

#### Summary

**Aim of study:** Examining the knowledge of patients about ophthalmic screenings, their disorder, the necessary lifestyle changes and on how to use eye drops properly.

**Sample and methods:** This cross-sectional study was conducted at the ophthalmology department of the hospital in Kecskemét using a self-developed questionnaire. Inpatients were involved during the period from June to September in 2013.

**Results:** The studied patient population knew the importance of ophthalmic screenings, but they had inappropriate information about the right way to use eye drops and about the nature of cataract and the operation. Although the majority of the responders were informed by an expert, they had much false information about the necessary lifestyle changes.

**Conclusions:** One of the most important task of nurses working at ophthalmology departments is to correct the false beliefs of patients and to replace them with correct and clear information, especially about their disorder and lifestyle changes.

**Key words:** cataract, patient education, nurse

Érkezett: 2014. február 26. Elfogadva: április 8.

## Bevezetés

A szürkehályog fájdalommentes, fokozatos látásromlással járó, nem feltétlenül egy időben, de általában mindkét szemet érintő betegség. Népeiségünk 65-75 év közötti korosztályának kb. fele szenved tőle, ennek a gyakorisága 75 év felett további közel 20

százalékkal növekszik. Nagymértékben befolyásolja kialakulását például a diabetes, a mellékpajzsmirigy elégtelen működése. Okok lehetnek még a különböző sugárzások, mint például a rádiumsugárzás, a hősugárzás (kohászok, üvegfúvók), vegyi anyag okozta mérgezések. Az igen gyakori reumatológiai betegségekben, a hosszantartó szte-

MELEG Tiborné vezető ápoló, Kecskemét, Megyei Kórház Szemészeti Osztály

Dr. BÍRÓ Gyöngyi adjunktus, Kecskemét, Megyei Kórház Szemészeti Osztály

Dr. NÉMETH Anikó egyetemi adjunktus, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

Levelező szerző (correspondent): MELEG Tiborné, elérhetőség: 6000 Kecskemét Lóverseny u. 9. 8/24.

Tel.: +36-70/276-9998; e-mail: freierika64@gmail.com

roid kezelések mellékhatásaként is jelentkezhet a betegség. Keletkezhet szürkehályog a szemgolyót ért áthatoló sérülés vagy tompa ütés, illetve szemgyulladások következtében is. (Süveges, 2010)

Látásunk az egyik legértékesebb érzékünk. Nélküle nem élhetnénk meg mindennapi életünk legszebb pillanatait, családjunk, a természet, környezetünk látványát. Látás nélkül olyan hétköznapi dolgokat sem tudnánk ellátni, mint például az olvasás vagy az írás, illetve az alapvető szükségleteink kielégítése is akadályokba ütközne. Sokat hallani manapság a szűrővizsgálatok fontosságáról. Ez a szemészet területén sincs másképpen. Bizonyos kórképek korai felismerése a látás megőrzése szempontjából nagyon fontos, de szemészeti vizsgálat fedhet fel bizonyos belgyógyászati betegségeket is (magas vérnyomás, cukorbetegség, vesebetegség, érszűkület). A szűrővizsgálatok célja tehát a panaszt még nem okozó kóros állapotok lehető legkorábbi felismerése és kezelése. Ma már a kisgyermekek körében nagy hangsúlyt fektetnek a prevencióra, az egészségtudatos életmódra. A középkorosztály és az a fölöttiek már kevésbé tartják ezt szem előtt, illetve már a betegség tüneteinek megjelenésekor fordulnak orvoshoz segítséget kérni. Az utolsó két évtizedben a szürkehályogos betegek száma jelentősen megemelkedett. A szemészeti osztályok forgalma megnőtt, melynek nagy hányadát ezen betegek ellátása teszi ki. Korábban a szürkehályog betegség elsősorban az idősebb populációt érintette, de manapság sok új, illetve nagy adagban használt gyógyszerek (például a szteroidok) használata miatt a fiatalabb betegek körében is egyre elterjedtebb ez a kórkép.

A betegeknek bármilyen műtéti beavatkozás műtéti stresszel jár, ezt csökkenthetjük a megfelelő tájékoztatással, és megkönnyíthetjük a műtét utáni felépülésüket, rehabilitációjukat. Az ápoló részéről a betegek és a hozzátartozók tájékoztatása kizárólag a kompetencia határok betartásával történhet. Ma az ápoló szaktudása és a szakmai jártassága összetett. Feladata az alapápolás, a betegség megelőzés, az egészségnevelés és az egyén egészéről való gondoskodás egyaránt. Az oktatás az ápoló munkájában fontos és

meghatározó. Az ápoló feladata, hogy az elméleti háttérrel érthetővé tegye a beteg számára, tanulásra buzdítsa és értékelje az előrehaladását. (Cseri, 2006)

## A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt feltárni, hogy mennyire tájékozottak a betegek a szürkehályog szűrési, kezelési lehetőségeivel, illetve az állapotromlás megakadályozásának eszközeivel kapcsolatban. Vizsgálni kívántuk továbbá, hogy honnan szerzik ismereteiket a szemészeti betegségekről; tudják-e, hogy a betegoktatás révén megszerzett információk birtokában a műtét utáni időszakban az önállóságukat megtarthatják; hogy a műtétet követően van-e az életmódra vonatkozóan bármilyen korlátozásra, változtatásra szükség, és hogy mekkora szerepe van a családnak a szemészeti beteg életmódjának kialakításában.

## Hipotézisek

1. Feltételezzük, hogy a megkérdezettek többsége nem ismeri a szemészeti szűrővizsgálatok jelentőségét.
2. Azt gondoljuk, hogy a betegek többsége nem ismeri a szemcseppentés helyes módját.
3. Véleményünk szerint a betegek nagy része nem ismeri a betegsége lényegét.
4. Feltételezzük, hogy a szürkehályog műtéten átesett betegek nem minden esetben rendelkeznek megfelelő ismerettel a műtét után szükséges életmódbeli változtatásokkal kapcsolatban.
5. Feltételezzük, hogy a műtéten átesett betegeknek a család vagy a szociális hálózat dolgozói is bevonásra kerülnek az otthoni szemkezeléssel kapcsolatban.

## Anyag és módszer

Keresztmetszeti vizsgálatunkat saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel végeztük, mely 31 kérdést tartalmazott a beteg szociodemográfiai tényezőire, szemészeti szűrő-

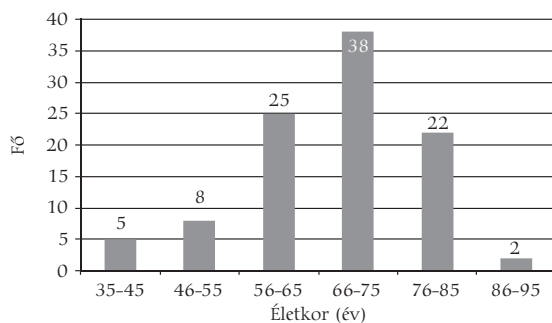
vizsgálatokra, a szemcseppek helyes alkalmazására, a szürkehályog betegséggel kapcsolatos ismeretekre, a műtét utáni életmódra vonatkozóan.

Kutatásunkat a Bács-Kiskun Megyei Kórház Szemészeti osztályán végeztük 2013. június 24-től 2013. szeptember 16-ig, ahol a betegek túlnyomó többsége szürkehályog betegségben szenved, aminek az egyetlen gyógyítási módszere a műtét, s ennek elvégzése miatt állnak kórházi kezelés alatt. A vizsgálat során 115 db kérdőív került kiosztásra szürkehályog műtéten átesett betegek körében, ebből 100 db volt értékelhető. 15 db kérdőívet értékelhetetlennek nyilvánítottunk hiányos kitöltés miatt. Az adatfeldolgozást Microsoft Excel programmal, az adatelemzést egyszerű leíró statisztikával végeztük.

## Eredmények

A megkérdezettek 58%-a (58 fő) nő, míg a férfiak aránya 42% (42 fő). Az életkor szerinti megoszlást az 1. ábra szemlélteti. Jól látható, hogy a válaszadók többsége 56-85 év közötti, de szerepel 13 fő az 55 éves kor alattiak köréből is. (1. ábra) A válaszadók közül 48 fő házas, 28 fő özvegy, 16 fő egyedülálló, 8 fő élettársal él vagy elvált. 29%-nál jelent meg válaszként, hogy egyedül él, a többi válaszadó esetében vagy házastárs, vagy egyéb családtag került megjelölésre.

1. ábra: A válaszadók életkor szerinti megoszlása (N=100)



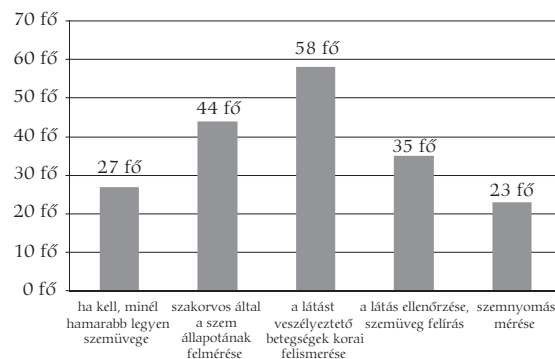
### Szemészeti szűrővizsgálattal kapcsolatos ismeretek felmérése

A megkérdezettek 80%-a a jelen szemészeti betegségét megelőzően már járt szemészeti

vizsgálaton, 20%-a azonban nem. A kérdőívet kitöltők közül 56 fő a szemüvegfelírást, 46 fő a homályos látást, 15 fő a zöldhályogot, 11 fő pedig a szemfenéki meszesedés szűrését jelölte meg, amiért felkereste a szemész orvost. A kötőhártya gyulladást 3 fő, az idegentest érzést 5 fő megkérdezett választotta. Az egyéb válaszlehetőségben megjelent a diabétesz gondozással összefüggő szemészeti vizsgálat, a trombózis, és a hegesztés miatti szemfájdalom (összesen 9 főnél).

A kérdésre, hogy miért fontos a szűrővizsgálat több válaszlehetőség is megjelölhető volt. A 2. ábrán jól látható, hogy 58 főnek a betegségek korai felismerése, 44 főnek pedig a szem állapotának felmérése az, amit fontosnak tartanak. A látás ellenőrzését és a szemüveg felírás fontosságát 35 fő illetve 27 fő jelezte. A zöldhályog betegség gondozásának részeként a rendszeres szemnyomás mérést 23 fő jelölte csak meg. (2. ábra)

2. ábra: A szűrővizsgálat fontosságát megítélő kérdések (N=100)



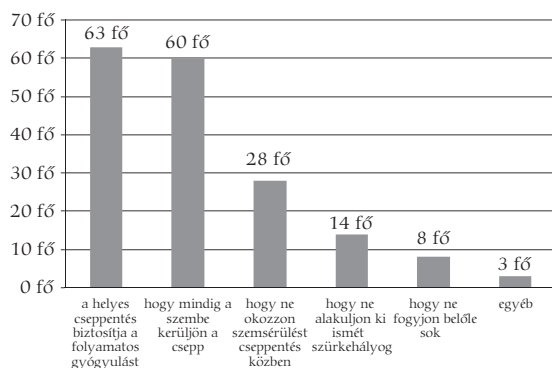
Fontosnak tartottuk megkérdezni azt is, hogy milyen betegséget, szemészeti elváltozásokat lehet felismerni a szűrővizsgálatok adta lehetőségekkel. 95%-nak van információja arról, hogy a szürkehályog betegség szűrővizsgálat során felismerhető. Más szemészeti megbetegedést is jelentős számban megjelölték, így például a zöldhályog betegséget 68 fő, a szemfenéki meszesedést 44 fő, az érelzáródást 17 fő, a rövidlátást és a távollátást 52 illetve 46 fő jelölte meg, viszont az egyéb válaszlehetőségekre korunk egyik népbetegségét a magas vérnyomást csak 7 fő írta le, amit a válaszukban megfogalmaztak.

**Szemcseppentéssel kapcsolatos ismeretek felmérése**

A megkérdezettek 51%-a használt már szemcseppet élete során, 24% jelenleg is használ, és 25% még soha nem használt ilyen gyógyszerbeviteli formát élete folyamán. A legtöbben, 48% (48 fő) az ápolótól, asszisztentstól, 31% (31 fő) a háziorvosától kapott információt a szemcseppentés helyes módjáról. Csupán négy fő (4%) jelölte meg a szomszédot vagy rokont információ forrásként. Egyéb esetekben 17% (17 fő) pedig a műtétet végző orvostól, optikustól, barátától, gyógyszerésztől vagy a szemcseppes dobozban lévő betegtájékoztatóból ismerte meg a szemcseppentés módját.

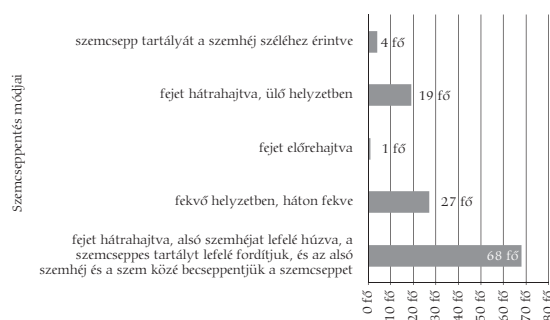
Arra a kérdésre, hogy miért fontos a helyes cseppentés, 63 fő válasza az, hogy biztosítja a folyamatos gyógyulást, 60 fő szerint pedig mindig a szembe kell kerülnie a cseppnek. Kevesek szerint (28 fő) a szemsérülés elkerülése fontos. 14 fő információja az, hogy ne alakuljon ki ismét szürkehályog, 8 fő válaszolta, „hogyan fogjon belőle sok”, egyéb esetben (3 fő) nincs ismerete a megkérdezetteknek a helyes szemcseppentés fontosságáról. (3. ábra) A megkérdezettek 60%-a igényli a szemcseppentés helyes módjának megtanítását, míg 40% nem. A 4. ábrán jól látható, hogy a több válaszlehetőség közül 68 fő az egyik helyes cseppentési módot jelölte meg, mely szerint a „fejet hátrahajtva, alsó szemhéjat lefelé húzva, a szemcseppes tartályt lefelé fordítjuk, és az alsó szemhéj és a szem közé becseppentjük a szemcseppet”. A második helyes választ,

**3. ábra: A helyes szemcseppentés fontosságának megítélése (N=100)**



miszerint fekvő helyzetben, háton fekve lehet cseppenteni 27 fő jelölte meg, míg a harmadik, megfelelő válaszlehetőséget 19 fő választotta, mely szerint szemcseppentést lehet fejet hátrahajtva, ülő helyzetben végezni. A balesetveszélyt, és a fertőzésveszélyt magába rejtő módszert, azaz a cseppentős tartályt a szemhéj széléhez érintve 4 fő jelölte meg, egy fő pedig előre hajtott fejjel próbálna a cseppentéssel (4. ábra). A válaszadók 83%-a egy, 7%-a kettő, 6%-a három helyes szemcseppentési módot jelölt meg a kérdőívben (egy fő volt, aki egy helyes és egy helytelen módot jelölt meg egyszerre), csupán 4% volt, aki helytelen választ jelölt meg.

**4. ábra: A szemcseppentés módjainak ismerete a válaszadók körében (N=100)**



**A szürkehályog betegséggel kapcsolatos ismeretek felmérése**

A megkérdezettek közül 15% azt gondolja, hogy felnőttkorban (25-65 év) alakul ki a szürkehályog, 70% véleménye szerint időskorban (65 év felett), míg 15% szerint nem függ össze az életkorral a betegség megjelenése. 47% úgy gondolja, nem függ össze más szerv betegségével a szem kialakult szürkehályog, 43% viszont összefüggésbe hozza például a vese, a szív, az agy, az ízületek és az érrendszer megbetegedéseivel, a cukorbetegséggel és a magas vérnyomással.

A szürkehályog betegség lényegét felmérő kérdésre 20% jelölte meg azt, hogy „elszűrűl a szemlencse”. A „fájdalommentes, fokozatos látásromlással járó betegséget” 46%, a „hirtelen megjelenő függőnszerű sötét homályt” 4%, a „hályog van a szemem” válaszlehetőséget a megkérdezettek 30%-a választotta.

Megkértük a vizsgálatban résztvevőket arra is, hogy a felsorolt tünetek közül jelöljék be azokat, amelyek szerintük a szürkehályog-betegség tünetei. Több választ is megjelölhettek. Az I. táblázat alapján megfigyelhető, hogy csaknem minden válaszadó (93 fő) a több válaszlehetőség közül - valószínűleg saját tapasztalat alapján - a szürkehályog betegség egyik legfőbb tüneteinek a homályos látást jelölte meg. A további helyes válaszok közül 36 fő a szürkületben tapasztalt rossz látást jelölte meg. 12 fő szerint a pupilla szürkévé válhat, 24 fő a „fakó színlátást”, 23 fő „fényérzékenységet”, 14 fő a „kettős látást” említette, mint a szürkehályog betegség jellemző tünete. A más, szemészeti kórképekkel összefüggő tünetek közül 11 fő a „szem viszketését” jelölte meg, néhányan, azaz 4 fő az ébredés utáni duzzadt szemhéjakat, 5 fő pedig a szemfájdalmat is említette. **(I. táblázat)** A szürkehályog kialakulásában szerepet játszó tényezők közül a válaszadók 65%-a a cukorbetegséggel, 15%-a a szteroid kezeléssel, 16%-a a szem sérülésével, 9%-a hormonzavarral, a dohányzással pedig 24% hozta kapcsolatba a betegség kialakulását. Az egyéb válaszlehetőséget 20 fő jelölte meg, és a felsoroltak mindegyike helytálló hajlamosító tényezőként. E szerint összefügg például az idős korról, az UV-sugárzással, az alkoholfogyasztással, a kemoterápiás kezeléssel, és a rossz vérkeringéssel. Téves infor-

mációként ugyan, de így is sokan megjelölték a Tv-nézést, az olvasást 27 fő, és a szem dörzsölését, megnyomását 4 fő. Arra a kérdésre, hogy mi a szürkehályog műtét lényege, a megkérdezettek 47%-nak volt megfelelő információja, vagyis „a szemlencsét eltávolítják, és műanyagból készült lencsét ültetnek be”. 13% szerint számítógép vezérelt lézer segítségével operálnak, 40% pedig egyszerűen úgy gondolja, hogy „hályogot távolítanak el a szemről”.

### A műtét utáni életmód vizsgálata

A vizsgálatban megkérdezett betegek 66%-a úgy látja, hogy szükséges életmódbeli változtatás szürkehályog műtét után, 34% szerint nincs semmiféle változtatásra szükség az életmódjában, mert „csak a szemét operálták. Négy lehetséges válasz közül kellett megjelölni a betegeknek azt az egyetlen helyeset, mely a szürkehályog műtét utáni életmódbeli változtatást mutatja. A kapott válaszok alapján 60 fő (60%) gondolja helyesen, hogy műtétet követően könnyebb házimunka elvégezhető. 27 fő (27%) azonban nem gondol életmódbeli változtatásra, és 5 fő (5%) szerint 5 napig felkelni sem szabad. Az egyéb válaszlehetőségre 6 fő (6%) írta le a véleményét az életmóddal kapcsolatban. Ezek a következők voltak: „a napi rutinba be kell iktatni a szemcseppentést”, „fontos a helyes táplálkozás”, „körülbelül két hétig kerülni kell a nehéz fizikai munkát”, „nem érheti víz a szemét”, fontos a megfelelő higiéné betartása a szem kezelésénél”. A műtétet követő időszakról, a változtatásokról, és a teendőkről 91 fő az orvostól kapott tájékoztatást, az ápolóktól 41 fő, 9 esetben a betegárs, 5 esetben pedig a hozzátartozó lett megjelölve. Egyéb válaszlehetőségként 3 fő azt válaszolta, hogy nem kaptak senkitől tájékoztatást, 1 fő valamilyen ismertetőt jelölt meg, azonban az ismertető formája a válaszból nem derült ki, és 1 fő azt felelte, hogy a műtétet követő napra kapott ígéretet a tájékoztatással kapcsolatban. Megkértük a válaszadókat, hogy jelöljék be, szerintük melyek azok a tevékenységek, amelyeket műtét után nem szabad végezni. Több válasz is megjelölhető volt. A válaszokat a **II. táblázat** szemléltet-

**I. táblázat: A betegség tünetei a válaszadók szerint (N=100)**

Tünetek megnevezése	Válaszok száma
homályos látás, mintha piszkos üvegen nézne keresztül	93
szem kivörösödés	3
nehezen mozgatható szemhéjak	0
a pupilla területe elvesztheti feketés csillogását, és szürkévé válhat	12
szem viszkétsé	11
rossz látás szürkületben	36
ébredés után duzzadt szemhéjak	4
fakó színlátás	24
szemfájdalom	5
fényérzékenység	23
ritkán kettős látás alakul ki	14

## II. táblázat: Tiltás alá eső tevékenységek műtét után (N=100)

Nem végezhető tevékenységek megnevezése	Válaszok száma
olvasni	7
tv-t nézni	17
néhány kg-ot emelni (pl.: napi bevásárlás)	50
a szem dörzsölése, megnyomása	74
utazni járművön	0
nehéz sportolás,	56
uszodai úszás	44
tiszta kézzel, vízzel szemet leöblíteni, (megnyomás nélkül)	16
szemcseppet elhagyni	43
smink használata	35
szabadban tartózkodni	4

ti. Tévesen a megkérdezettek 7%-a gondolta azt, hogy nem szabad olvasni, 17%-a szerint nem lehet Tv-t nézni, 50% véleménye az, hogy nem lehet néhány kg-ot emelni (napi bevásárlás), 4% szerint nem lehet a szabadban tartózkodni. Ez azt a feltevést támasztja alá, hogy nem rendelkeznek kellő ismerettel a páciensek. A válaszadók nagyobb része azonban tudja, hogy a szem dörzsölése, megnyomása (74 fő), a nehézsportolás (56 fő), az úszás (44 fő), a szemcsepp önkényes elhagyása (43 fő), és a smink használata (35 fő) a műtétet követően károsan befolyásolhatja a gyógyulást.

### A műtét utáni, otthoni segítség vizsgálata

A válaszadók felének (50%) vannak ismeretei arról, hogy a lakóhelyén van kiépített szociális hálózat (házi segítségnyújtási rendszer, mely alapvető gondozási, ápolási feladatokban nyújt segítséget a beteg otthonában), míg másik fele azt állítja, hogy nincs (20%), vagy nem tud ilyen hálózatról (30%). 36 fő egyedül van otthon napközben, illetve 32 válaszadónak a családtagjai dolgoznak. 29 főnek vannak otthon napközben is a hozzátartozói. Arra kérdésre, hogy műtétet követően lesz-e segítsége cseppentésnél a válaszadók 66%-a azt állítja igen, lesz segít-

sege. Azonban 34% egyedül lesz napközben, vagyis nem lesz senki, aki segítene a betegnek. A műtét utáni időszakban lehetséges segítők közül a szociális hálózat dolgozóit senki nem jelölte meg, azonban a megkérdezettek legnagyobb része a családtagokat említi (93 esetben). 8% a szomszédja segítségére támaszkodhat, 11% pedig az egyéb válaszlehetőséget jelölte meg (barátnő, vagy aki éppen ráér). A válaszolók 77%-ának segítőtje ismeri a szemcseppentést, és nincs rá igénye, hogy szakember megtanítsa rá. 23% azonban nem ismeri, és szeretné megtanulni ezt a feladatot.

Kérdőív utolsó kérdése egy nyitott kérdés volt, ahol megkértük a válaszadókat, hogy a szürkehályog betegséggel, a műtéttel és az azt követő életmóddal kapcsolatban, ha bármilyen kérdésük lenne, írják le. Több alkalommal szerepel a feltett kérdések között az, hogy műtét után kiújulhat-e a szürkehályog betegség? Esetleg újra műthető lesz-e? Arra is választ várnak, hogy mennyi ideig kell kezelni szemcseppel az operált szemet. Szükséges-e a fényvédelem, kell-e napszemüveget viselni műtét után? Nézhet-e TV-t, ha igen kell-e napszemüveget használni ez idő alatt? Néhányan bővebb felvilágosítást, tájékoztatást várnának műtét előtt a későbbi időszakra vonatkozóan. Egy válaszadó felveti a kérdést, miszerint miért nincs vagy nem elérhető például szórólapp a műtéttel illetve a műtét utáni időszakokkal kapcsolatban? A kérdések között szerepelt az is, hogy műtét után mikor lehet új olvasó szemüveget felírni? De többen válaszolták azt is, hogy amennyiben kérdésük lenne, inkább megkérdezik az operáló orvost vagy szakorvost. A feltett kérdések alapján kitűnik, hogy nem minden esetben kaptak a megkérdezettek teljes körű tájékoztatást a betegségükkkel, a műtétel és a műtét utáni időszakkal kapcsolatban.

### Következtetések, javaslatok

A kérdőívre kapott válaszok alapján az első hipotézis nem nyert bizonyítást. Miután a kérdőív kitöltésének egyik kritériuma az volt, hogy szürkehályog műtétet frissen átesett betegek tölthetik ki, ez lehet az oka annak, hogy a szűrővizsgálat során felismer-

hető betegségek közül 95 fő a szürkehályog betegséget jelölte meg, ugyanis ezzel kapcsolatban van saját tapasztalatuk, de más szemészeti megbetegedést is jelentős számban megjelöltek (zöldhályog betegséget, szemfenéki meszesedést, érelzáródást, rövidlátást, távollátást). A betegségek korai felismerését a megkérdezettek több mint a fele (58%), a szem állapotának felmérését csaknem a fele, vagyis 44% tartotta fontosnak. Elmondható tehát, hogy a megkérdezettek többsége ismeri a szemészeti szűrővizsgálatok jelentőségét.

A szemcseppentéssel kapcsolatos kérdésekre kapott válaszok szerint a megkérdezettek fele használt már cseppet élete folyamán. A felmérés alapján ehhez az információikat általában szakemberektől kapták, de még így is vannak téves ismereteik a szemcseppentés fontosságával kapcsolatban. A műtét utáni cseppentésről 14 fő azt gondolja, hogy a szemcsepp használata azért fontos, hogy ne alakuljon ki ismét szürkehályog betegség, az egyéb választ adóknak pedig a lényeg az, hogy ne fogyjon a szemcseppből sok. A megkérdezettek 96%-a ismer egy vagy több helyes szemcseppentési módot, mely nem várt eredménynek bizonyult. A válaszadók 60%-a igényli a helyes szemcseppentési módszer megtanítását saját maga vagy hozzátartozója számára. Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a többnyire idős betegek vagy segítők ismeretei nem biztosak, mely tény alátámasztja a betegoktatás szükségességét. Ezek alapján a második hipotézis nem nyert bizonyítást.

A harmadik hipotézis kapcsán szerettünk volna választ kapni arra, hogy mennyire tájékozottak a megkérdezettek a betegségükről. A kapott válaszok alapján 47 fő úgy gondolja, nem függ össze más szerv betegségével. Feltűnően kevesen hozták összefüggésbe a szemen jelentkező elváltozást korunk egyik leggyakoribb népbetegségeivel, a cukorbetegséggel (19 fő), ami egyes esetekben oka lehet a szürkehályog kialakulásának. A kérdésre, miszerint mik a szürkehályog betegség tünetei, a megkérdezettek közül 93 fő az egyik legjellemzőbb tünetet jelölte meg, a homályos látást. Azonban a kórképpel nem összefüggő tüneteket is megjelöltek, összesében 20 fő, amiből kitűnik, hogy jelentős

számú személy téves információ birtokában van. A betegség lényegére megjelölt válaszok szerint csak 20 főnek van helyes információja arról, hogy elszűrjük a szemlencse. A szürkehályog műtét lényegével kapcsolatban összességében 40 fő gondolja úgy, hogy hályogot távolítanak el a szemről, 13 fő szerint pedig számítógép vezérelte lézer segítségével operálnak. Tehát a harmadik hipotézis bizonyítást nyert, mert valóban kevés betegnek helyesek az információi a betegségük lényegét tekintve.

Bár a válaszadók nagyobb része tudja, hogy a szem dörzsölése, megnyomása, a nehézsportolás, az úszás, a szemcsepp önkényes elhagyása, és a smink használata a műtétet követően károsan befolyásolhatja a gyógyulást, de még így is vannak téves információk néhány mindennapi tevékenységgel kapcsolatban: 7% azt gondolja nem szabad olvasni, 17% szerint TV-t nézni. 50% véleménye az, hogy nem lehet néhány kg-ot emelni (napi bevásárlás), 4% szerint nem lehet a szabadban tartózkodni. Ezeknek a tevékenységeknek az elvégzése azonban nem befolyásolja a műtétet követő gyógyulást. A kapott válaszok alapján a negyedik hipotézis bizonyítást nyert, miszerint valóban nem minden esetben rendelkeznek a megkérdezettek megfelelő információval a műtétet követő életmódbeli változásokat illetően.

A vizsgálat során kiderült, hogy a válaszadók 20%-a szerint nincs, és 30% nem tudja van-e kiépített szociális hálózat a lakóhelyükön. A családtagokra vonatkozó kérdésekre kapott válaszokból kitűnik, hogy 36 fő egyedül van, 32 főnek dolgoznak a családtagjai napközben. Ebből az a következtetés vonható le, miszerint ha a beteg nem tudja a cseppentést megtanulni biztonságosan, nem lesz segítsége napközben a cseppentésnél. A lehetséges segítőknel a közvetlen családtagokat jelölték meg, vagyis a szociális hálózat tagjainak segítségét nem veszik igénybe, tehát az ötödik hipotézis nem nyert bizonyítást.

Véleményünk szerint legfontosabb teendő a szélesebb körű információ nyújtása a szűrővizsgálatok jelentőségével kapcsolatban. Ha lehet, már az iskolások körében, akár egy egészségnevelő program keretén belül, az életkornak megfelelő tájékoztatást, informá-

ciót kapjanak a gyerekek arról, hogy mennyire fontos a szembetegségek megelőzése, szűrése, hisz a látás az egyik legfontosabb ahhoz, hogy teljes életet tudjunk élni.

Lehetőség szerint már műtétet megelőzően kezdődjön el, és műtét után folytatódjon a betegoktatás az ápolók részéről, ami foglalja magába az információval való ellátást, a téves információk helyre igazítását, az ellenőrzést és számonkérést. Ennek a folyamatnak a része az oktatási terv, amit a beteg ismereteinek előzetes felmérése alapján, az addigi tudására kell építeni. Ha a beteg képességei megfelelőek arra, hogy a szemkezelést egyedül végezze, meg kell tanítani, gyakoroltatni kell azt, ez által megmarad a beteg önállósága. A hatékony betegoktatás elérésének érdekében az operáló osztályon szükségesnek tartunk kijelölni egy vagy két ápolót, akik a beteg felvételétől kezdve egészen a távozásáig folyamatosan tudják végezni a beteg tájékoztatását a kompetencia határok betartásával, és a beteg oktatását. Ehhez azonban megfelelő létszámú szakdolgozóra lenne szükség a szemészeti osztályokon. Célszerű lenne, ha betegek az új információt a szemcseppentéssel és az életmóddal kapcsolatosan írásos formában is megkap-

nák távozáskor. A betegoktatást végző ápoló feladata legyen az is, hogy a műtét utáni időszakot illetően mindenre kiterjedő széleskörű tájékoztatást nyújtson az otthoni időszakra vonatkozóan. Nagyon fontos, hogy az orvos által előírt szemcseppentés, a javasolt gyakorisággal ne maradjon el, mert az késleltetné a gyógyulását. Szükséges, hogy kapjon a beteg információt arról, miért fontos a higiéniai rendszabályok maradéktalan betartása, amivel műtét után a fertőzés elkerülhető, így az esetleges szövődmények sem alakulhatnak ki. Hozzá tartozók bevonása is szükséges a műtét utáni időszakra vonatkozóan. Kapjanak ők is megfelelő tájékoztatást a szemkezelést illetően, hogy ne alakuljon ki adott esetben műtét utáni szövődmény a betegnél. Szükségesnek tartjuk továbbá feltérképezni a szociális hálózat kiépítettségét, szorosabb kapcsolat kialakítása szükséges a hálózatok és a kórház között. A beteg zárójelentésében kerüljön rögzítésre, amennyiben a szemcseppentésben vagy önellátásban segítségre szorul, ami pontos információt adhat a szociális gondozóhálózat dolgozóinak is arról, hogy a beteg mennyire volt képes elsajátítani ezt, a gyógyulását elősegítő tevékenységeket.

## Irodalomjegyzék

1. Cseri, L. (2006). Az ápoló oktató funkciója a gyakorlatban. *Nővér Praxis*, 6 (2). 15-16.
2. Süveges, I. (2010). *Szemészet*. Budapest: Medicina Kiadó.

# Ápolók romló egészségi állapota

Dr. Németh Anikó, Dr. Betlehem József PhD, habil., Dr. Lampek Kinga PhD, habil.

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** Feltárni az ápolók egészségi állapotának, gyógyszereszedési-, és táppénz igénybevételi szokásainak változását.

**Anyag és módszer:** A két keresztmetszeti vizsgálat saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel történt, mely az ország hat oktatókórházában, fekvőbeteg ellátásban, teljes munkaidőben dolgozó ápolókat vizsgálta 2003 és 2010-ben.

**Eredmények:** Az ápolók saját egészségi állapotának megítélése romlott az első vizsgálat óta. Jelentősen több ápoló szenved krónikus betegségben, és többen szednek rendszeresen gyógyszert, mint 2003-ban. Legnagyobb mértékben az emésztő- és mozgásrendszeri betegek, az allergiások, a visszér betegek és a migrénben szenvedők aránya emelkedett. Szignifikáns mértékben csökkent a táppénzes napok száma, és emelkedett azok aránya, akik betegség esetén nem vesznek igénybe táppénzt. Alvási problémák, hát- és fejfájás is gyakrabban jelentkeznek.

**Következtetések:** A vizsgálat rávilágított arra, hogy az ápolói társadalom előregedőben van, és jelentős többségük számos krónikus betegséggel küzd.

**Kulcsszavak:** ápolók, egészség, táppénz, krónikus betegségek

### The decaying health status of nurses

Anikó NÉMETH, József BETLEHEM, Kinga LAMPEK

### Summary

**Aim of the study:** Investigating the changes in health status, medicine usage and frequency of taking sick-leaves among nurses.

**Sample and methods:** Two cross-sectional studies were conducted in six Hungarian teaching hospitals in 2003 and in 2010 involving full time worker inpatient care nurses who were asked to complete a questionnaire developed by the researchers.

**Results:** The self evaluated health status of nurses worsened since the first survey. Significantly more nurses suffered from chronic diseases and more of them are taking medicines regularly than in 2003. The biggest increment was measured in the rate of people with digestive and musculoskeletal disorders, with allergies, varicose veins and migraine. The number of days on sick-leave decreased significantly and there are more nurses who do not take sick-days when they are sick. Sleep disturbances, head and back aches also occur more often.

**Conclusions:** Based on our data the nurse population is getting older and nurses suffer from numerous chronic diseases.

**Key words:** nurses, health, sick-leave, chronic diseases

Érkezett: 2014. február 14. Elfogadva: 2014. március 16.

## Bevezetés

A testi egészség minden ember számára a legnagyobb érték, hiánya kihat az ember életére. Az egészségügyi dolgozók, közöttük az ápolók, jelentős fizikai megterhelésnek vannak kitéve nap mint nap a betegágy mellett. Adódik ez a három műszakos munkavégzésből, és a betegmozgatásból egyaránt. A hát- és derékfájás, gyengeség- és fáradtságérzés,

fejfájás, alvási problémák, gyomorpanaszok gyakran előfordulnak tünetként. (Arafa et al., 2003; Nolan & Smojkis, 2003; Smith et al., 2004; Feith et al., 2008; Németh & Irinyi, 2009a) Gyakori az ápolók saját egészségi állapotának rossz megítélése is. (Piczil et al., 2005)

Évről-évre egyre több ápoló szenved krónikus megbetegedésekben is. Egy 2001-ben, Gyulán végzett felmérésben a megkérdezett-

Dr. Németh Anikó okleveles ápoló, egyetemi adjunktus, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport  
Dr. Betlehem József PhD, habil. egyetemi docens, tanszékvezető, intézetigazgató, dékán, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Dr. Lampek Kinga PhD, habil. szociológus, közgazdász, főiskolai tanár, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Levelező szerző (correspondent): NÉMETH Anikó, elérhetőség: 6724 Szeged, Rókus krt. 21. II/11.  
Tel.: +36-30/341-7040; e-mail: nemethaniko79@gmail.com

tek 23%-a számolt be valamilyen krónikus betegség fennállásáról. Leggyakrabban szív- és érrendszeri betegség, krónikus gerinctáji fájdalom, és endokrin probléma fordult elő. (Molnár, 2002) A 2006-os Hungarostudy vizsgálathoz kapcsolódóan összehasonlították az egészségügyi dolgozók egészségi állapotát más, nem egészségügyi dolgozókéval, és azt találták, hogy az egészségügyi dolgozók körében magasabb volt az allergiás betegségek és a magas vérnyomás előfordulása. (Hegedűs et al., 2008) 2008-ban már 50,6%-nak volt orvos által kezelt krónikus megbetegedése, mely leggyakrabban a mozgás, a keringési, az emésztő és az endokrin szervrendszert érintette, és gyakran több szervrendszer együttes megbetegedése is előfordult. (Németh & Irinyi, 2009a)

Nem jellemző betegség esetén a táppénz igénybevétele sem. Az egészségügyi dolgozók közel  $\frac{3}{4}$ -e nem vesz igénybe táppénzt betegség esetén. (Pásztor, 2006) Egy 2008-as felmérésben a válaszadók 71,5%-a nem volt táppénzen, és mindössze 5,5%-uk volt távol a munkától több mint két hetet betegség miatt. (Németh & Irinyi, 2009b) Összehasonlításképpen, Kanadában az ápolók átlagban 14,5 napot voltak táppénzen betegség esetén, 14%-uk pedig több, mint 20 napot hiányzott a munkából egy évben betegség miatt. (National Survey, 2005) Angliában az ápolók egy évben átlag 12 napot töltöttek táppénzen. (Thomsen, 1999)

## A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt feltárni a fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolók egészségi állapotának, gyógyszereszedési- és táppénz igénybevételi szokásainak változását a 2003 és 2010 között eltelt időszakban. Feltételeztük, hogy nagymértékű romlás következett be a vizsgált paraméterekben az első vizsgálat óta eltelt időben.

## Anyag és módszer

Keresztmetszeti vizsgálatainkat saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívvel végeztük, mely az egészségi állapotra, gyógyszereszedé-

si szokásokra vonatkozó kérdéseken túl tartalmazta a munkaelégedettséget és a munkahelyi változásokat vizsgáló kérdéseket is. A kérdőíveket a bajai, gyulai, kecskeméti, nyíregyházi, székesfehérvári és szombathelyi kórházakban osztottuk ki 2003 és 2010-ben a legalább egy éve az adott kórházban, teljes munkaidőben, fekvőbeteg ellátásban dolgozó beosztott ápolónők körében. Baján egyszerű véletlen, a többi kórházban szisztematikus mintavételi eljárást alkalmaztunk. 2003-ban 1305, 2010-ben 1587 darab kérdőívet osztottunk ki. A visszaérkezett és értékelhető kérdőívek száma a 2003-as felmérés során 916 (70,2%), 2010-ben pedig 1048 (66,03%). Az adatelemzést SPSS 18.0 statisztikai programmal, Khí-négyzet-próbával, független kétmintás T-tesztel végeztük. Öt százalékos szignifikancia szinttel dolgoztunk.

## Eredmények

A két vizsgálati minta főbb jellemzőinek összehasonlítása során elmondható, hogy a 2010-es válaszadók átlag életkora jelentősen ( $p < 0,001$ ) emelkedett 35,19 évről 38,47 évre. Duplájára emelkedett az érettségizettek aránya (35,2%-ról 70,6%-ra), viszont a diplomások aránya jelentősen csökkent a válaszadók között. Szignifikáns mértékben emelkedett a hosszú idejű ellátási területen, valamint a 12 órás műszakbeosztásban dolgozók aránya. (**I. táblázat**)

Az egészségi állapot önértékelését egy négyfokozatú (1=kiváló, 2=jó, 3=megfelelő, 4=rossz) skálán vizsgálva elmondható, hogy a második felmérés során szignifikánsan rosszabbnak ( $p = 0,019$ ) ítélték meg egészségi állapotukat a válaszadók. Míg a 2003-as vizsgálatban a leggyakoribb válasz a „jó” volt (52,7%), addig a 2010-es vizsgálatban a „jó”, illetve a „megfelelő” válaszok fordultak elő a leggyakrabban (43,9%, illetve 46,3%-os arányban). A válaszadók 2,3%-a jelölte egészségi állapotát rossznak 2003-ban, míg 2,6%-a 2010-ben.

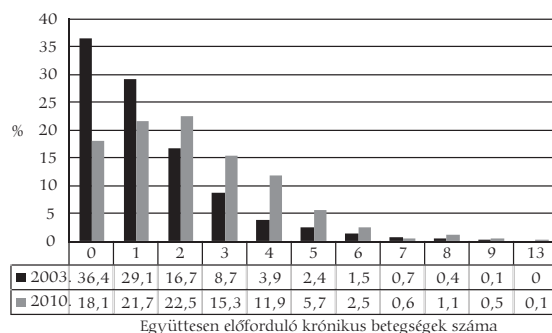
A krónikus betegségek előfordulásának vizsgálata során szignifikáns ( $p < 0,001$ ) eltérés volt kimutatható a két minta között. 2003-hoz képest jelentősen alacsonyabb

I. táblázat: A válaszadók főbb jellemzőinek összehasonlítása a két vizsgálati évben

	2003	2010	p
Résztvevők (fő)	916	1048	
Átlag életkor (év)	35,19	38,47	p<0,001
	Fő (%)	Fő (%)	
Iskolai végzettség			p<0,001
Nincs érettségi	209 (22,8)	142 (13,5)	
Érettségizett	322 (35,2)	740 (70,6)	
Főiskolai, egyetemi végzettség	385 (42)	161 (15,5)	
Ellátási típusok	(N=915)	(N=1043)	p<0001
Intenzív	79 (8,6)	54 (5,2)	
Belgyógyászat	364 (39,8)	341 (32,7)	
Sebészet	208 (22,7)	250 (24)	
Gyermekgyógyászat	175 (19,1)	163 (15,6)	
Pszichiátria	34 (3,7)	81 (7,8)	
Hosszú idejű (krónikus) ellátás	55 (6)	154 (14,8)	
Műszakbeosztás			p<0,001
Állandó délelőtt	133 (14,5)	112 (10,7)	
Három műszak (8 órás műszakbeosztás)	216 (23,6)	108 (10,3)	
Három műszak (12 órás műszakbeosztás)	567 (61,9)	828 (79)	

azoknak az aránya, akik semmilyen krónikus betegségben sem szenvednek. Az első felmérésben résztvevők 36,4%-a jelezte, hogy nincs semmilyen krónikus betegsége, a második felmérésben résztvevők körében ez az arány 18,1%-ra csökkent. Emelkedett azoknak az aránya, akik 2-6, 8-9 szervrendszert érintő krónikus betegségről számoltak be. (1. ábra)

1. ábra: Krónikus betegségek halmozódása a két mintában (%)



Az egyes betegségek vizsgálata során 12 betegségi csoportnál találtunk szignifikáns eltérést a két minta között (p<0,001-0,024). Szembetűnő az allergiások (több mint 2,5-szeresére), a migréntől szenvedők (2,5-szeresére), az emésztőrendszeri betegséggel küzdők (háromszorosára), a mozgásszervi megbetegedésben szenvedők (majd-

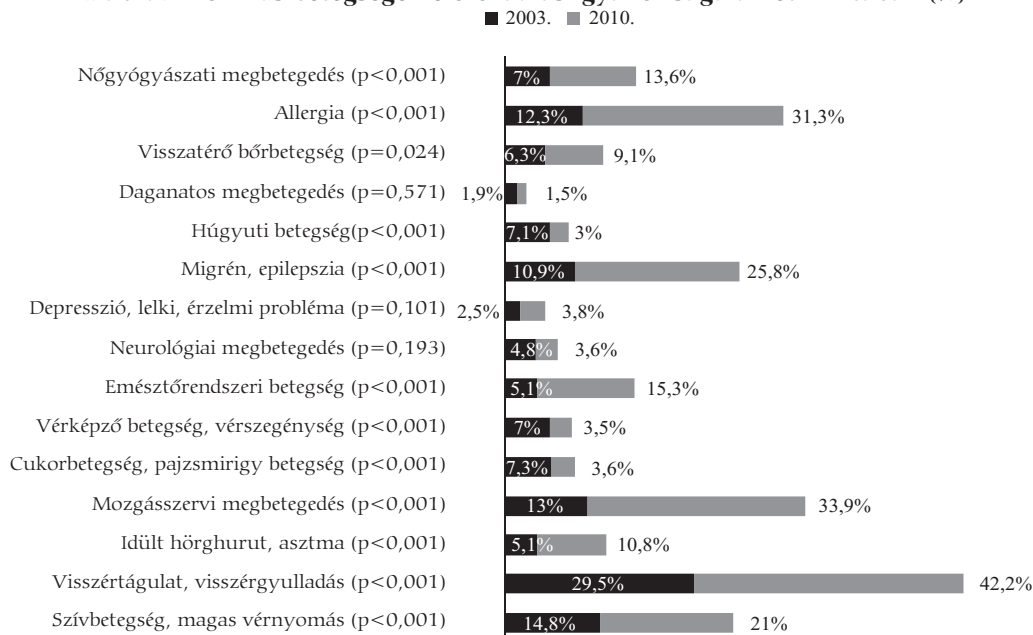
nem háromszorosára), és a visszérbetegek százalékos arányának emelkedése. A neurológiai, lelki és daganatos megbetegedéseknél nincs jelentős eltérés a két minta között, az azonban elmondható, hogy a lelki betegségben szenvedők aránya magasabb lett, 2,5%-ról 3,8%-ra emelkedett. (2. ábra)

Jelentősen (p<0,001) emelkedett a rendszeresen gyógyszert szedők aránya is. Míg az első vizsgálat idején a válaszadók 23,9%-a szedett rendszeresen átlagosan két fajta gyógyszert idült betegségeire, addig 2010-ben ez az arány 35,5% (átlagosan két gyógyszer/fő). A nyugtató szedése nem változott jelentősen az első vizsgálatához képest (p=0,725), mindkét felmérésben a válaszadók csupán 1,3%-a jelezte rendszeres szedését. Az altató szedésben sem mutatkozott jelentős eltérés (p=0,298), bár a 2003-as 0,1%-ról 0,5%-ra emelkedett a rendszeres szedést megelőzők aránya.

A korábbi vizsgálatához képest jelentősen (p=0,004) csökkent a táppénzes napok száma átlag 5,1 napról 3,25 napra. 2003-ban a válaszadók 71%-a, 2010-ben 79,1%-a nem volt táppénzen egyetlen napot sem.

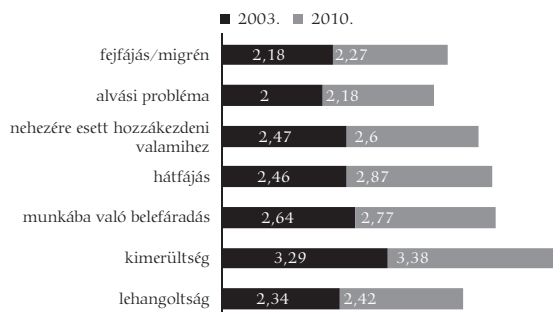
A kérdőív kitöltése előtti egy hónapra vonatkozó állapotot egy hat kérdést tartalmazó, ötfokozatú skálával vizsgáltuk, ahol 1=soha; 5=szinte minden nap jelentéssel bírt. A második vizsgálatban szignifikánsan

2. ábra: Krónikus betegségek előfordulási gyakorisága a két mintában (%)



gyakrabban jeleztek a válaszadók fejfájást vagy migrént (p=0,039), alvási problémákat (p<0,001), hogy nehezükre esett hozzázékedni valamihez (p=0,001), hátfájást (p<0,001), és a munkába való belefáradást (p=0,004). A kimerültségben (p=0,056) és a lehangoltságban (p=0,073) nem mutatkozott jelentős eltérés. (3. ábra)

3. ábra: Kérdőív kitöltése előtti állapot átlag pontjai a két mintában



## Következtetések, javaslatok

Vizsgálatunkból levonható az a következtetés, hogy a fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolónők egészségi állapota romlott az első, 2003-as felmérés óta, valamint romlott a saját egészség megítélése is, mely más felmérésben is megfigyelhető.

(Németh & Irinyi, 2012) Tovább emelkedik a krónikus betegségben szenvedő ápolók aránya. 2003-ban a válaszadók 63,6%-a, 2010-ben 81,9%-a számolt be átlagosan két-három szervrendszert érintő krónikus betegség meglétéről, melyre átlagosan két fajta gyógyszert szednek. Tovább emelkedett az allergiások, mozgásszervi- és emésztőrendszeri betegséggel küzdők, a migréntől szenvedők és a visszérbetegek aránya. Más felmérések is ezen szervrendszereket érintő megbetegedésekről számoltak be leggyakrabban. (Hegedűs et al., 2008; Németh & Irinyi, 2009a) Emelkedett a rendszeresen gyógyszert szedők aránya is. Elmondható, hogy betegség esetén az ápolók nem mennek táppénzre, ugyanis jelentősen csökkent a táppénzes napok száma 2010-re, és emelkedett azon válaszadók aránya, akik egyetlen napot sem voltak táppénzen a felmérések megelőző egy évben, mely megegyezik más vizsgálatok eredményeivel. (Pásztor, 2006; Németh & Irinyi, 2009b) A pszichoszomatikus tünetek közül a fej- és hátfájás, valamint az alvási problémák fordultak elő gyakrabban 2010-ben, mely szintén hasonlóságot mutat más felmérések eredményeivel. (Arafa et al., 2003; Nolan & Smojkis, 2003; Smith et al., 2004; Feith et al., 2008; Németh & Irinyi, 2009a)

A felmérésből kiderült, hogy az ápolók testi és lelki egészsége romlott az elmúlt években, több krónikus betegség meglétéről számoltak be a válaszadók. Az egészségfejlesztés nagyon fontos az ápolók számára, hiszen a laikusok, a betegek előtt ők jelennek meg példaként. Minden munkahelyen nagy hangsúlyt kellene fektetni az egészségfejlesztő programokra, melynek magába kellene foglalni nemcsak a helyes táplálkozás elemeit, hanem a dohányzásról való leszoktatást, valamint a helyes testtartás, betegemelés oktatását is, hiszen így az olyan gyakori gerinc- és ízületi bántalmak is megelőzhetőek lennének. Gerincvédő mozgásformák gyógytornász általi betanítása után napi 30 perces, önállóan is elvégezhető feladatok segítségével sokat tehet az ápoló saját egészségéért. (Járomi & Betlehem, 2005)

A lelki egészségvédelem mindegyik vizsgált kórházban működik, ennek ellenére a dolgozók lelkiállapota nem jelentős mértékben tovább romlott az elmúlt időszakban.

Ezen program kiszélesítése, fejlesztése hosszú távon hatékony lehetne. Központilag kellene minden megyében létrehozni több, megfelelő szakemberből (pszichológus, pszichiáter, pszichoterapeuta, mentálhigiénés szakember) álló csoportot, akik az adott megyében folytathatnák lelki egészségvédő programjukat, és minden ápolónak részt kellene venni ilyen programban, mellyel bizonyítottan csökkenthető lenne a kiégettség szintje. (Iryni & Németh, 2011) A kollégákkal közösen végzett szabadidős tevékenységeknek szintén jó hatása lenne az ápolók egészségére. A munkahelyi közösségek számára összeállított mozgásprogram növelhetné a közösség összetartását is. (Járomi & Betlehem, 2005) Vannak osztályok, ahol különösen figyelnek arra, hogy a dolgozók szervezzenek közös szabadidős programokat, melyeknek csapatépítő hatása is van a pihenésen túl. Érdemes lenne minden munkahelyen ezt a szemléletet bevezetni.

## Irodalomjegyzék

1. A Summary of Highlights from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses Canada 2005. Hozzáférhető: [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NURSING\\_NSWHN\\_SUMMARY2005\\_EN](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NURSING_NSWHN_SUMMARY2005_EN) (Letöltve: 2008. 06. 21)
2. Arafa, M.A., Wagdy, M., Nazel, A., Ibrahim, N.K., Attia, A. (2003). Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt. *International Journal of Nursing Practice*, 9 (5), 313–320. doi:10.1046/j.1440-172X.2003.00437.x
3. Feith, H., Kovácsné, T.Á., Balázs, P. (2008). Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9 (4), 289–304.
4. Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G., Kopp, M. (2008). Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók? Összehasonlító vizsgálat (2002–2006). *Nővér*, 21 (1), 3–9.
5. Iryni, T., Németh, A. (2011). Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei. *IME-Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 10 (1), 25–28.
6. Járomi, M., Betlehem, J. (2005). Az egészségügyi dolgozók fizikai egészségéért... *Nővér*, 18 (2), 21–23.
7. Molnár, E. (2002). Ápolók egészségi állapota-2001. *Nővér*, 15 (4), 4–10.
8. Németh, A., Iryni, T. (2009a). Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében-egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22 (3), 33–38.
9. Németh, A., Iryni, T. (2009b). Egészségügyi szakdolgozók egészség-magatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében. *Nővér*, 22 (4), 32–38.
10. Németh, A., Iryni, T. (2012). Egészségügyi szakdolgozók testi és lelki egészségének összehasonlítása Csongrád megyében: 2008–2012. *Nővér*, 25 (4), 28–35.
11. Nolan, P., Smojkis, M. (2003). The mental health of nurses in the UK. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 374–379. doi:10.1192/apt.9.5.374
12. Pásztor, K. (2006). Az egészségügyi dolgozók orvoshoz-fordulási szokásai. *Nővér*, 19 (3), 3–9.
13. Piczil, M., Kasza, B., Markovic, M., Pikó, B. (2005). Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei. *Nővér*, 18 (2), 3–10.
14. Smith, D.R., Wei, N., Zhao, L., Wang, R-S. (2004). Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses. *Occupational Medicine*, 54 (8), 579–582. doi:10.1093/occmed/kqh117
15. Thomsen, S., Arnetz, B., Nolan, P., Soares, J., Dallneder, J. (1999). Individual and organizational well-being in psychiatric nursing: a cross-cultural study. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), 749–757. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01141.x

# A történelem ápolása – az ápolás történelme

BEZERÉDI Gábor

## Összefoglalás

*Az ápolás célja minden időben ugyanaz: a beteg ember egészségének visszaadása, segítség a betegség ideje alatt. Leletek bizonyítják, hogy már Krisztus előtt több ezer évvel is fontos szerepe volt az ápolásnak. Csonttörések, gyógyult koponya trepanáció és gyógyult ízületi betegségek fedezhetők fel a korai leleteken. Az állatvilágban a sérült fajtársak irányában mutatott segítő szándék csak az elefántoknál és a delfineknél nyilvánul meg annyiban, hogy körülveszik a szenvedőt. A többi állat hagyja elpusztulni sérült társait.*

*A szerző ezen nemes tevékenység történetét taglalja és mutatja be a kezdeti időktől napjainkig, különös tekintettel a hazai történésekre.*

**Kulcsszavak:** ápoló, ápolástörténet

### The nursing of history – the history of nursing

Gábor BEZERÉDI

#### Summary

*The purpose of nursing is always the same: to restore a patient's health, and provide help during his or her illness. Findings demonstrate that nursing already had an important role thousands of years before Christ. Broken bones, healed skull trepanations and joint diseases can be discovered in early findings. Caring for injured members of the same species cannot be seen, but in the case of elephants and dolphins, who provide company to the suffering member. The rest of the animals simply let the injured die.*

*The author reviews the history of this remarkable activity, and introducing it from the beginning to our days, with particular regard to the milestones in Hungary.*

**Key words:** nurse, history of nursing

Érkezett: 2014. május 11. Elfogadva: 2014. június 1.

## Bevezetés

Az ápolás az ápoló egyedülálló tevékenysége, mely arra irányul, hogy segítse kliensét mindazon tevékenységek elvégzésében, amelyeket saját maga tenne meg, ha meglenne ahhoz a kellő akarata, ereje vagy tudása. Az ápolást az ápoló olyan módon nyújtja, hogy segítse a gondjaira bízott vagy hozzá forduló személyt teljes önállóságának mielőbbi visszanyerésében vagy függőségének csökkentésében. (Potter & Perry, 1999)

A betegápolás az emberiség létezésével egyidős tevékenység. Az ápolás célja minden időben ugyanaz: a beteg ember egészségének visszaadása, segítségnyújtás a betegség ideje alatt. (1. kép)

Bár a máig ható legjelentősebb, a modern szakma alapjait befolyásoló történések az

### 1. kép: Az ápoló a segítő kéz (forrás: [hitek-erdekesssegek.blogspot.hu](http://hitek-erdekesssegek.blogspot.hu))



BEZERÉDI Gábor MSc ápoló

Levelező szerző (correspondent): BEZERÉDI Gábor, elérhetőség: [bezeredigabor@yahoo.com](mailto:bezeredigabor@yahoo.com)

újkorra vezethetők vissza, az ápolási szakmacsoport (szülészet, ápolás, gondozás) fejlődésének főbb állomásai a korai történelmi korokban is tetten érhetők. A korábbi időszakban is létezett gyógyítás, amelyben természetesen az ápolás, mint vele járó jelenőség is megfigyelhető volt. (Urbánné Reisz & Urbán, 2006) Remélem, hogy ezzel a kezdeti időktől napjainkig terjedő leírással segíték átfogó képet alkotni az ápolásról.

## Őskor

Ebből az időből írásos emlékeink nincsenek. Az ősi leletanyag tanulmányozása adhat információkat a korai emberek életmódjáról, betegségeiről. A homo erectus idejéből nagyon kevés csontlelet maradt fenn. Egy gibraltári és egy rhodéziai neandervölgyi típusú ember koponyamaradványán például szuvas fogakat találtak. A csonttörés és ízületi kopás gyakran kimutatható a kőkor emberénél. Az újkőkorszakból már több csontvázlelet ismeretes. Ebből a korból több csonton végzett vizsgálatból a tudósok hiánybetegségekre, fertőzésekre, gyulladásokra, daganatos megbetegedésekre következtetnek. A nedves barlangok reumatikus bántalmakat okoztak (barlangi köszvény). A betegápolást eleinte főleg a nők, saját közösségükben, ösztönös késztetéstől indítva végezték. Gondoskodtak az élelemmel való ellátásról, a szálláshelyről, gyógyításban pedig a természet adta lehetőségeket hasznosították. Valószínűleg az állatok viselkedését figyelve jöttek rá, hogy egyes növények gyógyító hatásúak. A tapasztalatokat felhalmozva ősanyáink türelmesen gyűjtögették a virágokat, füveket, hogy azokkal az arra rászorultakat gyógyíthassák, ápolhassák. Lassan gyűjtötték a tapasztalatokat, a sebkezelések, csonttörések, ficamok, sérülések ellátásáról. Így bontakozott ki a gyógyító ápoló tevékenység. (Buda, 2004) (2. kép)

## Ókor

Az ókorban, az egyes ősi kultúrák kialakulásával egyre konkrétan kezdték meghatározni a betegápolással foglalkozók te-

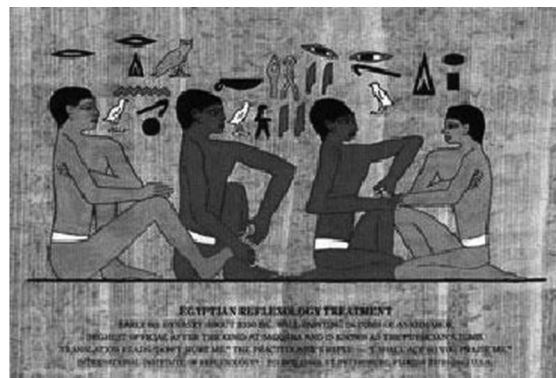
2. kép: Az őskorban a nők végezték az ápolást (forrás: szocialis-gondozo.lapunk.hu)



vékenységét, feladatait. Az ókori kultúrák mindennapjait a vallás határozta meg, így a betegség kérdését is a hit oldaláról közelítették meg. Az ókorban végzett ápolási tevékenységről alig maradt ránk írásos emlék, de az jól ismert, hogy ebben az időszakban igen jelentős fejlődés jellemezte a hétköznapi emberek mindennapi életét, hangsúlyt fektettek a higiénéjára, magas színvonalon művelték az oktatást és az orvoslást is.

Egyiptomban a gyógyítás istene Serapis volt. Templomai a serapeionok, itt végezték a gyógykezeléseket. Az ókori egyiptomi leleteken is található ápolásra történő utalások. Az orvosi papiruszok tartalmazznak olyan leírásokat, melyek ápolási folyamatra utalnak. (3. kép)

3. kép: Egyiptomi orvosi papirusz (forrás: aranykezmasszor.5mp.eu)



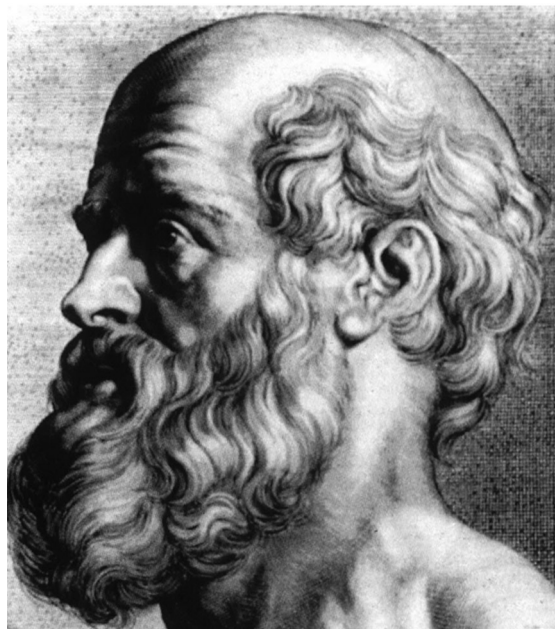
Babilonban a papi belgyógyász és a világi sebészekén kívül volt még egy harmadik, ápoló-kezelőrend is, amely elkészítette a gyógyszereket, a fürdőket és az ellátás során közreműködött, majd gondozta a betegeket.

A kereszténység előtti Indiában már kiépített kórházi szervezet működött, valószínűleg elsőként a világon. Itt olyan, férfiakból álló kórházi személyzet dolgozott, akikhez az orvosok küldték betegeiket, ápolás céljából. A Charaka Samhita című orvosi kéziratban is fontos szerepet kap az ápolás: „Biztosítani kell egy olyan, jó magaviseletű személyekből álló gondozói testületet, akik szokásaikban megkülönböztetett módon érvényesítik a tisztaságot. ... Akik szolgálatban állnak ... Akiknek kedvesnek és ügyesnek kell lenniük és képesnek minden olyan szolgálat elvégzésére, melyekre a betegnek szüksége lehet, beleértve a beteg mosdatását, fürösztését is. Nem kevésbé olyannak, hogy rendelkezésre álljanak azoknak, akik betegeskednek, soha nem vonakodva attól, hogy bármi olyan dolgot megtegyenek, amit nekik megparancsolnak.” Az ápolás ókori történetének szemléléséskor Kínát sem hagyhatjuk figyelmen kívül. Shen-Nung császár idejében, a Kr. e. 2700-as években kezdték alkalmazni a különféle gyógyszeres terápiákat, és az akupunktúras kezeléseket. Kórházakról kevés említést tesznek, mivel Kínában erős hagyománya volt a betegek otthoni környezetben való gondozásának, ápolásának.

Az ókori görög illetve római kultúrában már kezdtek megjelenni a különféle kórházszerű épületek, amelyek gyógyforrásokra telepített fürdők, tornatermek, kezelő helyiségek voltak. A rómaiak sebesült vagy beteg katonáikra is nagy figyelmet fordítottak. Az ő ellátásukra mozgó kórházakat, úgynevezett „gyengélkedő táborokat” hoztak létre, amelyek kórtermekből, fürdőkből, gyógyszerházakból valamint a gondozó személyek szálláshelyeiből álltak. Az ápolásban itt is a férfiak kapták a nagyobb szerepet. A nők csak otthonaikban végezhetek ápolást, illetve mint bábák vehettek csak részt az egészségügyi ellátásban. Hippokratész, Illemkönyvében (Kr.e. 460.) a következőképpen fogalmazta meg az ápolásban résztvevő személyekre vonatkozó elvárásait: „Bízd meg egyik tanítványodat, olyat, aki képes az inst-

rukciókat nehézség nélkül végrehajtani és képes a kezelést megfelelőképpen végezni. Válassz olyan valakit, aki már megkapta a bevezetést a szakma rejtelseibe, hogy minden olyan dolgot el tudjon végezni, amire szükség van és hogy a kezelést, biztonsággal megtudja adni. Ő azért van ott, hogy megakadályozza, hogy olyan dolgok, melyek a vizitek között történnek, elsikkadjanak. Soha ne bízz meg laikust semmivel, mert ha balszerencsés dolog történik, a felelősség téged fog terhelni, de az eredmény dicsőséget fog neked szerezni.” (Buda, 2004) (4. kép)

4. kép: Hippokratész (forrás: pro-qaly.hu)



## A kereszténység első százada

A mindennapi életet és a betegápolást egyaránt a hit központi gondolatai – mint a szeretet, a másokhoz való odafordulás, mások segítése – jellemezték. Az ápolásban, gondozásban két alapelv érvényesült: egyrészt minden embernek gondot kellett viselnie magáról, háza népéről, másrészt a dolgozni képes embereknek javaik egy részét fel kellett ajánlani munkaképtelen társaiknak. A gyógyítást a keresztényi értékek előtérben tartásával a papok végezték. A diakónia intézménye a betegek ellátására is kiterjed, a gondozásban diakónusok, illetve diakonisszák

is részt vettek. Ez az időszak a rendek alakulásának ideje. Sorra alakultak a különféle férfi és női szerzetesrendek. Nagy Konstantin (I. Constantinus 272–337) uralkodása után már minden püspöki városban találunk kórházat. A kezelés azonban sokszor felületes volt, a szakszerű ellátáshoz a megfelelő higiéniés viszonyok hiányoztak. A szakmai szabályok alkalmazásának hiánya nem egyszer járványok kitöréséhez vezetett. (Buda, 2004)

## Középkor

Az ápolás történetét szemlélve a középkorra a korábban említett diakónia intézménye teljesen megszűnt. Helyette a kolostori betegápolás került előtérbe, az ápolás tevékenységét a szerzetesrendek végezték. Ebben az időszakban mintegy 1800 rend jött létre (Nursiai Szent Benedek rendje, Irgalmas Nővérek Rendje, stb.), köztük hadi ápolórendek, kórházi lovagrendek (János lovagok, Német lovagrend, Templárius lovagrend, Szt. Lázár rendje, Szentháromság rendje, A Szentlélek rendje, stb.), de alakultak világi ápolórendek is. A kolostorok mellett egyre több kórház jött létre, ahogy a városi élet is egyre népszerűbb lett. A kórházak élére kórházigazgatók kerültek, ők feleltek az anyagi javakért, és az ápolószemélyzet munkájáért. (Buda, 2004) (5–6. kép)

5. kép: Ápolás a középkorban (forrás: pro-qaly.hu)



## Újkor

Az újkorban különféle kezdeményezések indultak az ápolás minőségének javítására,

6. kép: Középkori kórház (forrás: euuzlet.hu)



ezért néhány kórház szigorú követelményeket állított fel az ápolókkal szemben, amely fizikai és mentális alkalmassági vizsgálatot jelentett. Ezzel együtt elindult az ápolás terén a hierarchikus tagozódás, megjelentek az első segédápolók is. Bécsben megjelent az első ápolási tankönyv és Szt. Louise de Marillac kidolgozta az első nővérképző programot. Az ápolást, gondozást nagy részben az idősebbek végezték, és fő céljuk az alapszükségletek kielégítése volt. Az ápolás nem volt elfogadott szakma, csak akkor, ha azt valaki egy vallási felekezeti tagjaként végezte. (McCarron, 1982)

A XIX. század közepén érkezett el az idő az ápolóképzés megreformálására, mely végül is **Florence Nightingale** (1820–1910) tevékenysége során valósult meg olyan mértékben, hogy befolyást gyakorolt a világ ápolására. (7. kép) A korszerű ápolás, az ápolásoktatás és az ápoláskutatás terén igen jelentős lépéseket tett. 25 évesen határozta el, hogy ápoló lesz. Theodor Flidner diakonisszaképzőjében tanult. 1853-tól aktívan részt vett a krími háború sérült kato-

7. kép: Florence Nightingale (forrás: proqaly.hu)



náinak ellátásában, és kevesebb mint 2 hónap alatt oly mértékben átszervezte a betegellátás rendszerét, hogy a 40%-os halálozás 2%-ra csökkent a katonák körében. 1860-tól a Szent Tamás (St. Thomas) Kórházban tevékenykedett, ahol elindította az első, tanterv alapján végzett ápolóképzést is, de szervezett 2-3 hónapos tanfolyamokat is. (Osváth, 1959) (8. kép)

8. kép: Ápolók a fronton (forrás: hedifarkas.blogspot.hu)



Az ápolást az utolsó évszázadban rohamos fejlődés jellemezte. Az USA-ban Mary Adelaide Nutting lett az ápolástan első egye-

temi tanára. Szükségszerűvé vált az elméletek, ápolási modellek kidolgozása. Jean Watson szerint az ápolás filozófia és tudomány. Az ápolás célja az egészségnevelés, a beteg egészségének helyreállítása, a betegség megelőzése.

## Ezalatt Magyarországon ...

Az ápolás, mint szakma Európában előbb nyert teret, mint hazánkban. A hazai ápolás szervezett kereteinek kialakulása részben a hazai kórházügy fejlődéséhez köthető, részben a népességszám gyarapodása által kiváltott igényekhez. Magyarország területén 1848-ig 92 kórház működött, közülük 53-at 1800 után alapítottak. (Grósz, 1869)

A XIX. század elejéig a magyar ápolásügy és ápolóképzés központjainak a szerzetesrendek kórházait, valamint a helyőrségi kórházakat kell tekintenünk. Mária Terézia (1740-1780) adta ki 1777-ben az első egészségügyi rendeletet. Azonban csak II. József (1780-1790) idején jelent meg az első olyan rendelet, mely a betegápolás kérdéseivel is foglalkozott. A betegápolásra jelentkezett polgári személyektől mindössze annyit követelt meg az írni, olvasni tudáson kívül, hogy egészségesek, tiszta erkölcsűek legyenek. (Fedineczné, 1997) Az 1700-as évek végén és az 1800-as évek elején nyomokban már létezett hazai ápolás, azonban nyugodtan kijelenthető, hogy a szervezett iskolázás jelei hiányoztak. Az orvosképzés fejlődésével párhuzamosan hazai orvosok is kezdték felismerni, hogy szükség van a segédszemélyzet képzésére. Az ápolók tanfolyamszerű kiképzése a későbbiekben csak a Rókus Kórházban maradt fenn, itt Bene Ferenc indított képzést az ápolást végzők számára. 1835-ben Bugát Pál nevéhez kötik azt a javaslatot, amely szorgalmazta az orvosi egyetem mellett ápolói iskola felállítását, azonban ennek komoly hatása nem volt. Néhány orvos egyes kórházakban fél évnél rövidebb tanfolyamokat szervezett, elsősorban saját munkájának segítése céljából. Az egyházi ápolók ez idő tájt is működtek, azonban 1854-ig világi kórházakban és szanatóriumokban az Osztrák-Magyar Monarchia területén nem tevékenykedhet-

tek. (Antall & Kapronczay, 1989) A protestáns egyház diakonisszái Magyarországon a Bethesda Kórházban jelentek meg először. Az első ápolók Theodor Fliedner diakonisszaiskolájából kerültek Magyarországra, amely Kaiserswertben 1836-ban hozta az első szemléleti és gyakorlati áttörést az ápolóképzésben. Az 1848/49-es forradalom és szabadságharc alatt 1849-ben Balassa János és Gaál Gusztáv vetette fel ismét az egyéves ápolói képzést nyújtó intézet felállításának gondolatát. A szabadságharcban betöltött szerepük miatti azonban ez nem válhatott valóra. (Kapronczay, 2002) A betegápolás ügyén az 1848-as forradalom és szabadságharc mégis nagyot lendítette előre. Florence Nightingale kortársa volt hazánk kiemelkedő ápolója, Kossuth Zsuzsanna, akit bátyja, Kossuth Lajos nevezett ki 1849. április 16-án országos főápolónővé, és egyben az Országos Betegápoló Intézet vezetőjévé is. (9. kép) Az

9. kép: Kossuth Zsuzsanna (forrás: kzsgyo.axelero.net)



Ő nevéhez fűződnek az Országos Nőegyleten belül létrejövő Betegápolónői Egyletek, amelyek tagjai aktívan részt vettek a kórházak munkájában. Munkássága eredményeképpen mintegy 70, teljesen felszerelt, élelemmel és dolgozókkal ellátott táborigényű alakult Magyarországon. Mindezek ellenére az Osztrák-Magyar Monarchiában az ápolói tevékenység gyakorlását nem kötötték semmiféle előképzettséghez, a közegészségügyről szóló 1876. évi törvény sem fogalmaz meg ezzel kapcsolatban kitétel. 1879-ben megalakult a Magyar Országos Segélyező Nőegylet. Elfogadva a vöröskeresztes feladatokat és szempontokat, célul tűzte ki az ápolónőképzés megvalósítását, képző intézmények felállítását.

1885-ben létrehozták a Betegápolónői Intézetet, mint oktató és módszertani központot. (Sassy, 1891) Az ápolásügy egységesítése és jelentőségének elismerése szempontjából fontos mozzanat, hogy az 1898. évi XXI. törvénycikk alapján a betegápolással járó költségeket az Országos Betegápolási Alap finanszírozta, melynek szabályait Chyzer Kornél dolgozta ki. (Fedineczné, 1997)

Mihalicza József 1902-ben szakmai érdekvédelmi egyesületet alapított Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete névvel, védnőkének az ápolóképzés előmozdításában hírnevet szerzett Babarczi Schwartzert Ottót kérték fel. Az egyesület céljai között az ápolók megfelelő társadalmi elismeréséért való küzdelem állt amellet, hogy a képzés egységes rendezésének ügyét is fontosnak tartották. Rendszeres ápolói tanfolyamokat szerveztek, felvállalták az ápolók rossz szociális helyzetének és társadalmi megítélésének javítását. (Balázs, 1932) 1906-ban megalakult a Magyarországi Betegápolók Országos Egyesülete. A kórházépítési programot mégsem követte, megfelelő tempóban, az ápolóképzés és az intézmények fejlesztése. 1918-ban a Stefánia Szövetség megindította az anya- és csecsemővédő női tanfolyamait. 1920-ban a Debreceni Egyetem Orvosi Kara mellett felállították az Ápoló- és Védnőképző Intézetet, ahol 2 éves képzés után elsősorban ápolónőket képeztek, állami oklevéllel elismerten. 1922-től a Magyar

Vöröskereszt tanfolyamait újraindította. Megalakult a Márta Ápolónő Egyesület, a Diakonissza Ápolónőképző Intézet, és a Pesti Izraelita Nőegylet Ápolónő Otthona. A Kékkeresztes Márta Ápolónő Egyesületet Trugly Margit alapította 1926-ban, mint magyar betegápoló kongregációt. Célja ápolónők képzése, számukra otthon és érdekvédelem biztosítása volt. A rendbe 18-36 év közötti leányokat és gyermektelen özvegyasszonyokat vettek fel 2 év próbaidő után. A képzés 2 évig tartott, majd 3 év gyakorlat után vehették át az oklevelüket. Fő tevékenységüket a Szent Rókus Kórházban végezték. A rendet 1948-ban feloszlatták. 1927-ben az Országos Közegészségügyi Intézet kidolgozta az egységes ápolónő- és védőnőképzés alapelveit. 1950 után az egészségügyi szakiskolákban képeztek évtizedekig ápolókat 2 éves ápolói, gyermekápolói és szülésznői alapképzésben. A 12/1962. számú egészségügyi miniszteri utasítással megalakult az Egészségügyi Szaktanfolyamok Irodája. (<http://mediatar.eti.hu/upload/j/1962-12.pdf>)

A középiskolai szakképzés 1963-ban indult, 1965-től egészségügyi szakközépiskolák és szakiskolák nappali képzési formái kezdték meg működésüket. Az általános egészségügyi alapképzést nyújtó középiskolai rendszer 1968-ban indult, egyszerre adva érettségit és szakmai képesítést. Az egészségügyi miniszter 7/1976. (Eü. K. 3) számú EüM utasításával megalakult az Egészségügyi Központi Továbbképző és Szakosító Intézet. (<http://mediatar.eti.hu/upload/j/1976-7.pdf>) Az egészségügyi szakoktató és intézetvezető képzettség 1975-ben főiskolai szintre került, azonban maga az ápolóképzés még másfél évtizedig nem. 1989-ben indult az első főiskolai (felsőfokú) ápolóképzés diplomás ápoló szakképzettség megjelöléssel a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán (HIETE-EFK), amelyet 1993-ban a debreceni, a szege-di és a pécsi orvos képző helyekhez kapcsolódóan újabb képzőhelyek követtek. Az első egyetemi szintű ápolóképzés indítására Pécsen került sor a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán 2000-ben, és ma már PhD fokozat megszerzésére is van

lehetőség. (Balogh et al., 2009) Mindemellett az ápolói szakképzés középfokú szinten is folyt:

- ⇒ 1946-1978: általános betegápoló, általános ápoló, ápolónő
- ⇒ 1972-1977: általános rendelőintézeti asszisztens, csecsemő-és gyermekgondozó
- ⇒ 1975-1996: általános ápoló és általános asszisztens
- ⇒ 1975-1999: felnőtt szakápoló (elsőfokú szakosító)
- ⇒ 1992-1996: felnőtt szakápoló technikus bizonyítvány
- ⇒ 1976-1996: másodfokú szakosítók.

A Magyar Ápolási Egyesület megalapítására 1989-ben került sor, hivatalos lapja az Ápolásügy. A Magyar Ápolástudományi Társaság (MÁT) 1995-ben kezdte meg működését. A Nővér című szakmai folyóirat a MÁT szakmai együttműködésével kerül kiadásra. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara 2004-ben alakult meg, mint szakmai érdekképviseleti köztestület.

Az ápolásügy fontosságának felismerését tükrözi az is, hogy 2002-es megszüntetése után, 2013 májusától ismét van országos vezető ápoló, Bagosi Gabriella személyében, javaslattevői és együttműködési hatáskörrel. A GYEMSZI (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet) szervezetén belül, az Egészség-szervezési, Tervezési és Finanszírozási Igazgatósághoz tartozó, főosztályi minőségben. Legfontosabb feladata az országos ápolásügyi stratégia kialakítása.

Ez a rövid kitekintés az óskori ápolásjellegről, elsősorban a nők által végzett tevékenységgel, majd az ókori, már írásos leletekkel is alátámasztott, ténylegesen betegápolásnak nevezhető tevékenység áttekintő bemutatását tűzte ki célul. Foglalkozott a kereszténység első századaiban, a középkorban és még az újkor elején is jellemző, az egyház, főleg szerzetesrendek, által végzett ápoló, gyógyító tevékenységgel. Végül a XIX. század közepétől bekövetkezett, óriási lendülettel megkezdődött fejlődést próbálta összefoglalni napjainkig, kiemelt figyelmet szentelve a hazánkban történeteknek.

A cikknek kell, hogy legyen, de a történetnek koránt sincs vége...

## Irodalomjegyzék

1. Antall J., Kapronczay K. (1989). A magyar egészségügy az abszolutizmus és a dualizmus korában. *Magyar Tudomány*. 34(10-11): 903-915.
2. Az egészségügyi miniszter 12/1962. (Eü. K. 7.) Eü. M. sz. utasítása a középfokú egészségügyi szaktanfolyamokkal kapcsolatos feladatok ellátásáról. Hozzáférhető: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1962-12.pdf> (Letöltve: 2014. 06. 16.)
3. Az egészségügyi miniszter 7/1976. (Eü. K. 3.) számú utasítása az Egészségügyi Szakdolgozók Központi Továbbképző Intézetéről. Hozzáférhető: <http://mediatar.eti.hu/upload/j/1976-7.pdf> (Letöltve: 2014.06.16.)
4. Balázs F. (1932). Rövid visszapillantás a Magyarországi Betégápolók és Ápolónők Országos Egyesületének három évtizedes működésére (1902-1932). *Betegápolásügy*. 12(9): 8-13.
5. Balogh Z., Betlehem J., Papp K. Tulkán I., Kovácsné Tóth Á. (2009). Az elmúlt két évtized ápolóképzése a hazai felsőoktatásban. *Nővér*. 22(1): 3-12.
6. Buda J. (2004). *A betegápolás története, és szemelvény gyűjtemény a betegápolás történetének irodalmából*, PTE-EFK, Pécs
7. Fedineczné Vittay K. (szerk.) (1997). *Ápolás Magyarországon*, Medinfo, Budapest
8. Grósz L. (szerk.) (1869). *Emlékirat a hazai betegápolásügy keletkezése, fejlődése s jelenlegi állásáról*. Buda, 4-7.
9. Kapronczay, K. (2002). *Balassa János és a pesti orvosi iskola*. Országos Pedagógiai Intézet és Könyvtár, Budapest
10. McCarron J.F., Kruse R., Creticos AP (1982). The developing role of nurses in marceting of health care, *Med. Inform.* (Lond), 7(3): 213-219.
11. Osváth Zs. (1959). *Florence Nightingale*, Medicina Kiadó, Budapest
12. Potter P., Perry A.G. (1999). *Az ápolás elméleti alapjai*, Medicina Kiadó, Budapest
13. Sassy J. (1891). A vidéki közkórházak működése. *Gyógyászat*. 6.
14. Urbánné Reisz P., Urbán Zs. (2006). *Evidenciákon alapuló ápolás*, RUAH Bt., Budapest

## Képek forrásai:

15. <http://aranykezmasszor.5mp.eu/web.php?a=aranykezmasszor&o=BRwa8uU8KI> (Letöltve: 2014.05.28.)
16. <http://hedifarkas.blogspot.hu/2013/05/a-lampas-holgy-florence-nightingale.html> (Letöltve: 2014.05.28.)
17. [http://hirek-erdekessegek.blogspot.hu/2013\\_10\\_28\\_archive.html](http://hirek-erdekessegek.blogspot.hu/2013_10_28_archive.html) (Letöltve: 2013.09.12.)
18. <http://szocialis-gondozo.lapunk.hu/?modul=oldal&tartalom=778603> (Letöltve: 2014.05.28.)
19. [http://www.euuzlet.hu/galeria/2008\\_3\\_negyedev.html](http://www.euuzlet.hu/galeria/2008_3_negyedev.html) (Letöltve: 2014.05.28.)
20. <http://www.kzsgyo.axelero.net/TAMOP/Projektrol.html> (Letöltve: 2014.05.28.)
21. <http://www.pro-qaly.hu/minoseg-tortenete-az-egeszsegugyben-106.html> (Letöltve: 2014.05.28.)

## Felhívás

Meggyőződésünk, hogy a magyar sebkezelés területén megérett az idő az összefogásra, paradigmaváltásra.

Találkozzunk a [www.sebkezeles.hu](http://www.sebkezeles.hu) weboldalon!



# A körzeti ápoló viszontagságai a történelmi időktől napjainkig

BAKONYI Zoltánné

## Összefoglalás

A szerző az egészségügyi vezetés figyelmét a területen dolgozók munkájára akarja irányítani. Rámutat arra a tartalékra, ami az egészségügyi személyzet szaktudásában még kiaknázására vár. Javaslatot tesz egy módszerre, mellyel a jelenlegi rendkívül kiszolgáltatott ápolói munka nagyobb megbecsülést kaphat a munkavállalás feltételei és a szakmai munkavégzés tekintetében is. Az ápoló így hatékonyabb és magasabb szintű ellátást nyújthat a praxisba bejelentkezett betegek számára, akut és krónikus betegség esetén. Célja továbbá, hogy az általa elképzelt nővérpraxisok kialakításának, működési formájának a bemutatása.

**Kulcsszavak:** ápoló, alapellátás

### The trials and tribulations of district nurses past and present

Zoltánné BAKONYI

#### Summary

The author wishes to highlight, for healthcare management, the work of paramedical professionals active in this field. She draws attention to the still largely untapped reserves of specialist knowledge possessed by these health workers. She suggests a method by which the currently underrated field of nursing could receive greater recognition, both in terms of working conditions and professional status. In this way nurses could more effectively provide a higher standard of care to patients registered with their practice, in the case of both acute and chronic diseases. A further aim of the paper is to present the structure and operation of the nursing practices that she envisions.

**Key words:** nurse, primary care

Érkezett: 2013. december 7. Elfogadva: 2014. február 12.

„Ha sikeres akarsz lenni, a dolog nagyon egyszerű. Érts ahhoz, amit csinálsz! Szeresd, amit csinálsz! És higgy abban, amit csinálsz! Igen, ilyen egyszerű ez.”  
(Will Rogers)

## Történelmi áttekintés

Ahhoz, hogy jobban megismerjük ezen az alapellátás területén dolgozó ápolói munkát és a képzések fejlődését, vázlatos történelmi áttekintést készítettem.

A XIII. század végéig a világon a különböző szerzetes betegápoló rendek és betegápoló közösségek gyakorlati úton képezték ki az ápolókat. A rendekben dolgozóknak feladatuk volt a beteglátáson kívül a beteg-

ápolás irányítása és szervezése, emellett végeztek házi ápolást is. Megtanították a beteget és családját az alapvető tisztaságra, a háziápolási technikákra, saját maguk pedig gyakorlati ápolást végeztek. A betegápolók egyházi parancsra látogatták a betegeiket. Mary Aikenhead (1878-1958) az Ír Jótékony Nővérek társaságát alapította. A nővérek a betegeket otthonaikban látogatták és önként vállalták az ápolási feladatokat amennyiben a család veszélyhelyzetbe került. Korlátozott mértékű ápolói képzésben részesültek. Az Anglikán Irgalmas Nővérek társaságát az Anglikán Egyház égisze alatt szervezték meg 1850-ben. A nővérek csekély, vagy egyáltalán semmilyen kiképzést nem kaptak, de otthoni ápolóként a kolerajárvány idején áldozatos munkát végeztek. East Grinstead-i Szt.

BAKONYI Zoltánné

Levelező szerző (correspondent): BAKONYI Zoltánné, elérhetőség: Ajka Ifjúság u.23. III/ 16. Tel.: +36-70/5796415

Margaret anglikán női ápolórendet egy orvos, Dr. Neale alapította 1854-ben. A nővérek csak a betegek otthonaiban ápolták a rászorultakat, kórházi ápolást nem végeztek. Az első világi látogató ápolókat Amerikában területi ápolóknak hívták. Az elnevezést Florence Nightingale (1820-1910) alkotta azon ápolók elnevezésére, akik a betegükkel az otthonukban törődtek. A közösségi ápolás 1893-tól vette kezdetét New York városában. A szolgálatokat Lilian Wald és Mary Brewster alakította a szegények, emigránsok és bérkaszárnnyákban lakók ellátására. Létrehozták a Henry Street Telepet. A telepen dolgozó nővérek felelőssége a betegekért nagyobb volt, mint a kórháziaké, mert gyakran orvosi felügyelet nélkül kellett dolgozniuk. 1898-ban, Los Angelesben a Country Health Department okleveles ápolókat szerződtetett, ez volt az első egészségügyi hivatal, amely ilyen szolgálatot hozott létre. 1886-ban Bostonban és Philadelphióban önkéntes szolgálatok alakultak hasonló feladatok ellátására. Ezekből a csoportokból alakul később a Visiting Nurse Association (VNA, Látogató Ápolók Társasága). A látogató ápolói szervezeteknek az volt a feladatuk, hogy laikus gondozást és ápolást nyújtsanak az otthonukban fekvő betegeknek. A gondozás főleg oktatásból állt, és az otthoni ápolási módokra és tisztaságra vonatkozott. 1890-ben már huszonegy VNA működött az Egyesült Államokban. 1900-ban megalakulnak a Határvidéki Ápolói Szolgálatok. Céljuk a hegyvidéken élő emberek házi ápolásának megoldása volt. A későbbi időszakban ez a szervezet oldotta meg a városi ellátást is. A New York-i Metropolitan Biztosító Társaság 1909-ben kezdte anyagilag támogatni az otthoni ápolást. Ez a fejlődés magával hozza az előzetes beavatkozást, a prevenció fogalmát az ápolók részéről, amikor azok a biztosító társaság által finanszírozott betegeiket otthonaikban gondozták és oktatták. Mary Brekendrind 1925-ben alapította meg az ún. Frontier Nursing Service-t. A szervezet célja az volt, hogy ápolást biztosítson azon személyeknek, akik Kentucky állam elszigetelt hegyeiben éltek. Martha Elizabeth Rogers, aki 1914-ben született. 1937-ben szerezte diplomáját közösségi ápolásból a George Peabody Főiskolán Nashville-ben, majd kö-

zösségi ápolóként tevékenykedett Michigan vidékén két évet. Később közösségi ápolóként dolgozott Hartfordban, majd főnővérből igazgatóvá léptették elő. Majd igazgató lett a phoenixi otthonápolói szolgálatnál.

### Ápolóképzés fejlődése

Európában az ápolóképzés eszméjét elsőként Henry Dunant (1828-1910) a Nemzetközi Vöröskereszt megalakítója karolta fel. A Nemzetközi Vöröskereszt megfelelő keretet biztosított a szervezett ápolóképzésnek, közvetítésével valósult meg az orvosi irányítás és követelmény rendszer. A Vöröskereszt által szervezett ápolónőképzés ismertette el Európában és más kontinensen a nők jelentőségét a betegellátás területén.

Magyarországon 1879-ben megalakult a Magyar Országos Segélyező Nőegylet. Elfogadva a vöröskeresztes feladatokat és szempontokat, célul tűzte ki az ápolónőképzés megvalósítását, képző intézmények felállítását. 1885-ben létrehozták a Betegápolónői Intézetet, mint oktató és módszertani központot. 1906-ban megalakult a Magyarországi Betegápolók Országos Egyesülete. A szervezett hazai ápolóképzés kezdetén a magyar azonos szinten volt az európai követelményekkel. A képzés és szak tudás a századfordulóra azonban már jelentős lemaradást mutatott.

A kórházépítési programot nem követte az ápolóképzés és intézményeinek fejlesztése. 1918-ban a Stefánia Szövetség megindította az anya- és csecsemővédőnői tanfolyamait. 1920-ban a Debreceni Egyetem Orvosi Kara mellett felállították az Ápoló-és Védőnőképző Intézetet, ahol 2 éves képzés után elsősorban ápolónőket bocsátottak ki, állami oklevéllel elismerten. 1922-től a Magyar Vöröskereszt tanfolyamait újraindította. A felvételi követelményt érettségéhez kötötte. Megalakult a Mártha Ápolónő Egyesület, a Diakonissa Ápolónőképző Intézet, és a Pesti Izraelita Nőegylet Ápolónő Otthona. 1927-ben az Országos Közegészségügyi Intézet kidolgozta az egyseges ápolónő- és védőnőképzés alapelveit. 1950 után az egészségügyi szakiskolákban képeztek évtizedekig ápolókat. A 12/1962.

sz. rendelettel megalakult az Egészségügyi Szaktanfolyamok Irodája. 1965-től egészségügyi szakközépiskolák és szakiskolák nappali képzési formái kezdik meg működésüket. A 44/1970. sz. rendelettel megalakult az Egészségügyi Központi Továbbképző és Szakosító Intézet.

### Közegészségügy fejlődése

Hazánkban, az 1920-as években indul fejlődésnek a közegészségügyi munka, ami jelentős eredményeket hozott. Ezekben az években tevékenykedik Johan Béla, aki munkásságával hozzájárult a körzeti ellátás szervezéséhez és jogi szabályozásához. Ő hívja fel a kormány figyelmét a falvak súlyos egészségügyi helyzetére a fennálló állapotok javításának haladéktalan szükségességeire. Létrehozza az Országos Közegészségügyi Intézetet és ennek 20 fiókállomását, beindítja a fertőző betegek figyelőrendszerét, megreformálja a tisztiorvos képzést.

### Társadalombiztosítás és a körzeti egészségügyi szolgálatok kapcsolata

1927-ben az Országos Közegészségügyi Intézet felügyelete alá helyezi az ápolónők képzést, amelynek szakmai és gyakorlati központja az Állami Ápoló és Védőnőképző Intézet lesz. Létrehozza a tisztiorvosi szolgálatot, később közegészségügyi és körorvosi védőnői szolgálat államosítását. A fejlett népegészségügyi rendszer mellett az 1927. évi XXI. tv. megújította a kötelező betegbiztosítási rendelkezéseket, megalkotta balesetbiztosítási szabályokat és állami felügyelet alá vonta a társadalombiztosítást. A két háború között a területi munkában, háromféle alkalmazásban dolgoztak orvosok. Az elsőként az úgynevezett társadalombiztosítási orvosi körzet működött, ez csak a körzeti elv passzív alkalmazását jelentette, egy kijelölt földrajzi terület biztosítottjai csak ama terület orvosához fordulhattak, de ez az orvos nem volt semmiféle formában felelős a körzet területén lakó biztosítottak egészségügyi állapotáért. A társadalombiztosítás körzeti orvosain kívül működtek még a városokban és falvakban hatósági orvosok, akik a hatósági orvosi teendők keretében az úgynevezett szegénybeteg ellátást is végezték.

A zöldkeresztes egészségügyi szolgálatoknál, ahol megelőző munka és tanácsadás folyt egészségvédelmi szolgálatok orvosai dolgoztak. A megelőzésen alapuló népegészségügyi munka alapjainak lerakásáról csak az 1940/1941-es évtől kezdődően beszélhetünk. A jogi és pénzügyi alapot a 730/1940 sz. BM rendelet teremti meg, amely 1941. január 01-től hatályos.

### Körzeti ápoló és írnök megjelenése a körzeti szolgálatoknál

1952. november 01-től a három területen dolgozó orvosokból összevonással alakították ki a körzeti orvosi szolgálatokat, egyesítették a megelőző és gyógyító tevékenységeket. 1953-ban a körzeti orvos gyakorlatilag egyedül állt a rendelőjében, sehol sem volt körzeti ápoló és orvos írnök, a védőnő és a szülésznő pedig az orvostól függetlenül tevékenykedett. A körzeti ápolót és az orvos írnokot lassan a növekvő feladatok miatt alkalmazták a körzeti munkavégzésben. Feladatukat a körzeti orvos határozta meg. A körzeti munkavégzés jogi szabályozását a 20/1969 EüM rendelete szabályozta. Ez a rendelet tartalmazta a körzetek általános rendelkezéseit és a személyzet feladatait. Ezen általános rendelkezések az alábbi kérdésekre vonatkoztak:

- ⇒ Ki gondoskodik a működésről?
- ⇒ Hol helyezkedik el a körzeti ellátás az ellátó rendszerben?
- ⇒ Milyen a működési rendje?
- ⇒ Hogyan kell alapítani új körzetet?
- ⇒ Milyen képzettséggel lehet valaki körzeti orvos?
- ⇒ Milyen végzettséggel kell rendelkezniük a beosztottaknak?

Meghatározásra kerültek továbbá a munkaviszonyra vonatkozó rendelkezések, valamint a továbbképzések rendje.

Speciális rendelkezései a körzeti orvos feladatait tartalmazták, itt kerültek szabályozásra a körzeti ápoló és az orvos írnök feladatai is. A háziorvosi rendtartás biztosító alaprendelet évtizedekig nem változott, kisebb módosításokkal egészült csak ki.

A körzetek, mint szervezeti egységek a

falvakban az önkormányzatok által működtetett egységek. Szakmai felügyeletet és beszámoltatást, ellenőrzést, a közeli szakorvosi rendelők, rendelőintézeti egységek igazgatójához csatolja. A városi körzeteknél az önkormányzat delegálja a működtetést, gyakran munkáltatói jogokat is a szakorvosi rendelő igazgatójához, illetve a kórház, rendelőintézet egység igazgatójához. Az ápoló feladatait és alkalmazásának feltételeit a működtetésért felelős munkáltatók határozzák meg. Jogviszonya a szakdolgozóknak közalkalmazotti, 8 órás főfoglalkozású, melyből 4 órát a területen, 4 órát a rendelőben tölt. Az ápolók képzettségét az általános ápolói végzettségre ráépülő körzeti nővéri tanfolyam biztosítja. Szinte minden körzetben van orvos írnök, aki gyakran egészségügyi végzettséggel nem rendelkezik. A végzettség megszerzését a későbbi időszakban alapképesítési szinten várják el a munkáltatók.

### **Nemzetközi hatások az alapellátás fejlődésére**

A körzeti munka fejlődésére és feladatainak módosítására a dolgozók szemléletének változtatására nagymértékben hatással volt az Egészségügyi Világszervezet által 1977-ben meghirdetett Egészséget mindenkinek 2000-re programja. Az Alma-Atai Dekrétum (1978), melyen 134 ország vesz részt, köztük Magyarország is, célokat tűz ki négy területre, ahol alapvető változást kell elérni. Ezek az egészséget befolyásoló életmód, az egészségre ható rizikófaktorok és környezet, az ellátó rendszer felépítése és működése, az egészségpolitika és a finanszírozás olyan irányú megváltoztatása, amely elősegíti az első három terület jó irányú megváltozását. Mindehhez az szükséges, hogy az egészségpolitikában egyértelmű prioritást kapjon a megelőzés, az egészségvédelem multiszektorális feladat legyen, hogy az egyén a család és a közösség is aktívan részt vegyen az egészségvédelemben, és mindez zömében az alapellátás keretei között valósuljon meg. Az Egészségügyi Világszervezet közgyűlése az Alma-Atai Dekrétumban megerősítve, 1979-ben hirdette meg a program általános stratégiáját. A regionális stratégia elfogadása 1984 szeptemberében a regioná-

lis iroda koppenhágai értekezletén történt meg. Az Egészséget mindenkinek 2000-re programja 38 alpontból áll, ebből több pontban meghatározza az alapellátás fogalmát, céljait, és kutatási irányait, finanszírozásának lehetséges útjait, és a minőség mutatóit. „Az egészségügyi alapellátás az a nélkülözhetetlen egészségügyi gondoskodás, amely gyakorlati, tudományosan megalapozott és társadalmilag elfogadható módszereken és technológián alapul, amely hozzáférhető teljes mértékben az egyén és családok számára a közösségben, teljes részvételükkel és olyan költség kihatással, amelyeket a közösség és az ország megengedhet magának és fenn is tud tartani fejlődésének minden szakaszában az önerőre támaszkodás és az önálló döntés szellemébe. Integráns része minden ország egészségügyi rendszerének. Első szint, melyen keresztül az egyén, család és közösség kapcsolatba kerül az egészségügyi rendszerrel. Hozzáférhető mindenki számára. Az egészségügyi ellátást közel viszi ahhoz a helyhez, ahol az emberek élnek és dolgoznak Egy folyamatos egészségügyi ellátás első elemét, alkotja.” (Alma Atai Deklaráció VI.)

A dekrétum aláírása és elfogadása után hazánkban is felülvizsgálták a körzeti orvosi szolgálatok munkáját, és a 6/1992 (IV.15.) NM rendeletben vezették be az új szellemben működő háziiorvosi ellátást. A rendelet lényegét tekintve a körzeti egészségügyi szolgálatra épült, de tartalmában és fogalmaiban is változáson ment át. Megváltoznak a pénzügyi feltételek: a bázisfinanszírozás átalakul és teljesítményfinanszírozássá válik.

### **Háziiorvosi rendszer indulásától a vállalkozások indulásáig**

Az 1992 év közepétől a beteg a szabad orvosválasztási jogot kapott és a háziiorvos az aláírt biztosítási kártyával és a törzskarton kitöltésével vállalja a bölcsőtől a sírig való ellátást.

1993 júliusáig, bázispénzt és kártyapénzt is kap a praxis. A közalkalmazott háziiorvosok a munkáltatók között létrejött megállapodások alapján kerül kifizetésre a kártyapénz. A szakdolgozók bizonyos százalékban

részesülnek a közalkalmazotti bérek mellett a kártyapénzből. Így fizetésük gyakran magasabb, mint a három műszakban dolgozó kollégáiké. 1993 júliusától a bázisfinanszírozás megszűnik, a kártyapénz szintén. Rendeletileg meghatározott mutatók alapján kialakításra kerül a praxisfinanszírozás. Az ápolói munka teljesítménye és annak pénzügyi vonatkozása nem szerepel a tételként a finanszírozásban. 1993 júliusa után több háziiorvosi vállalkozás indul. Az ápolókból ezen a területen túlkínálat van, a plusz kártyapénz miatt. A vállalkozások indulásakor az önkormányzatok a feladat átvállalási szerződésekben azt rögzíti, hogy az ápolót a közalkalmazotti béren az adott időben, a vállalkozásban alkalmazni kell.

### **Ápolók alkalmazása az egészségügyi vállalkozásokban**

A közalkalmazotti státusz az esetek többségében végkielégítés nélkül alkalmazottivá vált. Megszűntek a munkavégzés feltételét védő szakszervezetek, a közalkalmazotti tanács. A kamara a szétszórt praxisokban dolgozókat igyekszik elérni több-kevesebb sikerrel. A szakdolgozó a helyettesek hiánya miatt továbbképzésre, szakmai programra nehezen vagy egyáltalán nem jutott el. Nem vett részt és nem kapott meghívót a szakmai köszöntést biztosító Ápolók Nemzetközi Napján és a Semmelweis napon. Senki sem tett javaslatot kitüntetésre, nyugdíjba vonulót sem búcsúztatta senki. A közalkalmazotti törzsgárda jutalom és egyéb jutalom elvesztett, a MÁV ötven százalékos igazolványával együtt, nincs bérkövető mechanizmus és közalkalmazotti bértábla. Gyakori az alkalmazotti minimálbéren való foglalkoztatás. Sokszor a Munka Törvénykönyve szerint járó szabadság is elveszik. Az új munkaszerződésekbe a bérkövető mechanizmusok, a helyettesítések rendje, az ügyeleti idő és egyéb juttatások nem kerültek be. Az ápoló szerepe megváltozik, kevesebb létszám kerül alkalmazásra több feladattal. Gyakran egyedül látja el a szakdolgozói feladatokat a körzetben. Amennyiben a háziiorvos foglalkozás-egészségügyi tevékenységet folytat, akkor az üzemi feladatokat is ellátja. Mindkét feladat adminisztrációs, látogatá-

si gondozási tevékenységét végzi el egy bérrért, ami gyakran alkalmazotti minimálbér. A 2000. évi II. törvény és a 18/2000 (II. 25.) Kormányrendelet a háziiorvosi működtetési jog megszerzéséről, visszavonásáról, valamint a háziiorvosi tevékenységhez szükséges ingó, ingatlan vagyon és működtetési jog megszerzésének hitelfeltételeiről szól, az ápolót a praxishoz tartozó tárgynak vagy eszköznek degradálta, eladhatóvá és örökölhetővé tette. Sok vállalkozó orvos nincs tisztában a munkáltató felelősségével (pl. eladásnál végkielégítés illeti meg az ápolót), a haláleset kapcsán, pedig az örökösök nem hajlandók tudomást venni a szakdolgozóról. Gyakran előfordul, hogy az ápoló utcára kerül valamilyen szabálytalan munkaviszony megszüntetés alapján, vagy munkaviszony per alapján tudja csak státuszát, illetve járandóságát megszerezni.

### **Otthoni Szakápolási Szolgálatok alkalmazotti ápolóinak státusza**

20/1996 (VII.26.) NM rendelet létrehozza az Otthoni Szakápolási Szolgálatokat, melynek célja a kórházi ágyak kiváltása az ápolási idő lerövidítése. A szolgálatok vezetői általában kórházban dolgoznak főállásban, csak ritkán a háziiorvosi rendszerben. A vizitszámot a szerződésben lefedett területen élő lakosok után kapják, de a megállapított vizitszám csak a földrajzilag közeli településeken kerül felhasználásra. A körzeti szakdolgozók a vizitekben csak ritkán vesznek részt, eseti megbízási szerződéssel.

### **Néhány javaslat a jövőről**

A körzetben dolgozó ápolók jelenleg jól felkészültek, de a jövő ápolóinak, akik önálló praxist láthat el, még felkészültebbnek kell lenniük. A képzettségüket OKJ körzeti közösségi ápolói vagy diplomás ápoló végzettséghez kell kötni. Az ápolói feladatokat szigorú követelményrendszer határozza meg, az ápolási gondozási és preventív tevékenységét protokollok szerint végzi. Elvégzett munkájáról a beszámoltatást az új rendnek megfelelően kell kialakítani. Vegyen részt a 16 vagy 18 év feletti lakosság egészséges

életmódjának kialakításában, szervezzen életmód klubokat, mozgósítson a káros szokások leküzdésében. Szervezze, és személyre vetítve kövesse a szűrővizsgálatok menetét, győzze meg környezetét a megelőzés fontosságáról. A krónikus betegségek ellátását pedig a meghatározott gondozási csoportnak megfelelően kövesse. Koordinálja és nevelje az egészséges vagy gondozott klienst

mind a rendelőben, mind a lakáson. Tartsa a kapcsolatot azokkal a társszervezetekkel, akik a praxis betegeinek életminőségét jobbá és könnyebbé teszik. Terminális állapotú betegeknek és családjainak nyújtson segítséget igény esetén. **Tevékenységet önálló kompetencia alapján külön finanszírozás szerint végezze, alkalmazotti vagy vállalkozói jogviszonyban.**

## Irodalomjegyzék

1. Belső L., Bihari Zs., Frank K., Kovács J. (1992). *A népegészségtan alapjai*. Orvostovábbképző Egyetem, Budapest
2. Balogh Z., Dénes M. (szerk.) (2002). *Alapellátás Szöveggyűjtemény*, Semmelweis Egyetem, Budapest
3. Arnold Cs. (1999). *Családorvoslás*, Medicina, Budapest
4. Buda J. (1994). *A betegellátás története és szemelvénygyűjtemény a betegellátás történetének irodalmából*, POTE-EFK Diplomás Ápolói Szak hallgatói számára jegyzet, Pécs
5. Fülöp T. (1969). *Egészségügyi szervezéstan (társadalom orvostani) gyakorlati alapismeretek*. Medicina Könyvkiadó, Budapest



## Tanulj Hagyományos Kínai Orvoslást a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán!

A Heilongjiang Hagyományos Kínai Orvostudományi Egyetem kihelyezett tagozata egyedülálló alapképzési programmal, magas szakmai színvonallal, neves hazai és kínai oktatókkal várja a jelentkezőket.

Végzettségi szint: BSc

Képzési idő: 5 év (4 év Magyarországon, 1 év Kínában)  
(orvos/fogorvos diplomával rendelkezők részére a képzési idő 2+1 év)

Jelentkezési határidő: 2014. augusztus 28.

A képzés indításának várható időpontja: 2014. szeptember 15.

A képzést megfelelő létszámú jelentkező esetében indítjuk.

**Részletes információ és jelentkezés:**

[www.se-etk.hu](http://www.se-etk.hu)

e-mail: [hko@se-etk.hu](mailto:hko@se-etk.hu), telefon: 36-1-486-5817



# A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe

## Alapelvek

1. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (továbbiakban: MESZK) Etikai Kódexe az alapvető hivatásbéli erkölcsi követelmények megfogalmazásával iránymutatásul szolgál az egészségügyi szakdolgozók számára a betegekkel és a társadalommal kapcsolatos, illetve az egészségügyi szakdolgozók egymás közötti, valamint más egészségügyi és más egészségügyben dolgozóval szemben követendő etikus magatartás szabályairól, továbbá az etikai vétségnek minősülő cselekményekről.

2. Az Etikai Kódex elő kívánja segíteni az egészségügyi szakdolgozókat övező közbizalom erősítését, az egészségügyi szakdolgozók megbecsülését.

3. Az Etikai Kódex segíti továbbá az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő egyén, valamint az egészségügyi szakdolgozó emberi méltóságának és jogainak tiszteletét **és védelmét**.

4. Az Etikai Kódex célja, hogy az egészségügyi szakdolgozói tevékenység, mint hivatás erkölcsi tisztasága felett őrkdjék, védelmezze a hivatásukat megfelelően gyakorló egészségügyi szakdolgozókat. Ugyanakkor elmarasztalja azokat, akik szakmájuk erkölcsi szabályait megszegik.

5. Az Etikai Kódex célja továbbá az, hogy a benne foglaltak vétkes megszegése esetén alapul szolgáljon etikai eljárás lefolytatásához, az erre vonatkozó egyéb szabályok keretei között.

6. Az Etikai Kódexben foglalt szabályok vétkes megszegése etikai vétség.

A MESZK alapszabályában, illetőleg a kamara más belső szabályzatában foglalt, vagy a választott tisztségből eredő kötelezettség vétkes megszegése etikai vétség.

## Az egészségügyi szakdolgozókra vonatkozó etikai szabályok

### **I. Az etikus magatartás általános elvei**

I.1. A legfőbb erkölcsi törvény a beteg érdeke. Ezt az érdeket kell képviselni az egészségügyi szakdolgozónak a társadalmi nyomás, az adminisztrációs kötelezettségek és a kereskedelmi érdekek ellenében is, függetlenül a tevékenység végzésének kereteit biztosító jogviszonytól, valamint az egészségügyi szolgáltató működési vagy tulajdoni formájától, illetve fenntartásának módjától.

I.2. Az egészségügyi szakdolgozó munkáját hivatásként, önkéntes, saját belső meggyőződés alapján, felelősségtudattal végezze. A hivatása gyakorlásával összefüggő egyéni, közösségi, továbbá társadalmi igényeket és szükségleteket a hatályos jogszabályok, a szakma szabályai, rendeletei, tudományosan megalapozott eljárásai, és ezeken alapuló ismeretei alapján elgítse ki.

I.3. Az egészségügyi szakdolgozó soha nem vehet részt kínzásban, bármiféle kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmódban. Ilyen cselekményeket nem végezhet, ezekhez semmiféle segítséget nem nyújthat, tekintet nélkül arra, hogy ki ezen cselekmények alanya, illetve hogy ezeket a cselekményeket milyen céllal, milyen körülmények között követik el; ide értve a hatósági- és büntetőeljárást, továbbá a háborút és az egyéb fegyveres konfliktusokat is.

I.4. Az egészségügyi szakdolgozó köteles bármilyen elrendelés végrehajtását megtagadni, ha az bűncselekményt valósítana meg, vagy hozzájárulna ahhoz. Amennyiben az elrendelés végrehajtása – az egészségügyi szakdolgozó szakmai ismeretei szerint – a beteg állapotának rosszabbodásához vezetne, vagy állapotának javulását nem idézné elő köteles figyelmeztetni az elrendelést adót.

I.5. A beteg autonómiáját, vallási hovatartozását az egészségügyi szakdolgozónak tiszteletben kell tartania, mind annak személyes vonatkozásában, mind pedig az egészségügyi ellátás során.

I.6. Az egészségügyi szakdolgozó személyes véleményét, különösen pedig világnézetét, vallási, filozófiai, politikai nézetét nem kényszerítheti a betegre, az egészségügyi ellátást nem teheti semmilyen értelemben sem ezektől, sem pedig a beteg világnézetétől, vallási, filozófiai, politikai nézetétől függővé. Ez a rendelkezés nem érinti a II /2. és II /3. pontokban foglaltakat.

I.7. Az egészségügyi szakdolgozónak az egészségügyi ellátás nyújtása során az igazságosság, az egyenlő elbánás és a méltányosság elvét kell követnie, ide értve a rendelkezésre álló eszközök, anyagok és terápiás lehetőségek tisztességes, a hozzáférés egyenlő esélyén alapuló elosztását is.

I.8. Az egészségügyi szakdolgozónak el kell kerülnie a hátrányos megkülönböztetés minden formáját a betegek ellátása, valamint a munkatársakkal való kapcsolata során egyaránt.

I.9. A tanulmányok lelkiismeretes folytatása, a rendszeres ön- és továbbképzés az egészségügyi szakdolgozó számára nem csupán szakmai és jogi, hanem erkölcsi követelmény is.

I.10. Az egészségügyi szakdolgozónak erkölcsi kötelessége szakmai tudását megosztani az egészségügyi ellátásban részt vevőkkel.

I.11. Az egészségügyi ellátás nyújtása során a tájékoztatáson alapuló beleegyezés elvének – a formális, jogszabályi kötelezettségek betartásán túl – úgy kell érvényesülnie, hogy az ellátást igénybe vevők vagy képviselőik szakmailag megalapozott, tárgyyszerű és megértett információk birtokában hozhassák meg döntéseiket.

I.12. A titoktartás elvének érvényesítése során – a formális, jogszabályi kötelezettségek betartásán túl – az egészségügyi szakdolgozónak tiszteletben kell tartania a betegek magánéletéről nyert információt is.

I.13. A titoktartás elvének folyamatosan érvényesülnie kell. Az egészségügyi szakdolgozónak alkalmazkodnia szükséges a tudomány és a technika fejlődése nyomán fellépő új követelményekhez, különös tekintettel az elektronikus információs rendszerek használatára. Szakmai tevékenységéről, munkahelyéről nyilvános kommunikációs rendszerek használatával nem közölhet, nem oszthat meg nem nyilvános információkat.

I.14. Az egészségügyi szakdolgozó nem használhatja fel sem szaktudását, sem helyzetét arra, hogy az általa egészségügyi ellátásban részesített beteggel való kapcsolatából személyes előnyt szerezzen.

I.15. Az egészségügyi szakdolgozónak szakmai tevékenysége során meg kell őriznie szakmai függetlenségét, egyéni haszon vagy bármely személyes előnyszerzés nem ütközhet a szakmai függetlenséggel, az elfogulatlan működéssel. Az esetleges összeférhetlenség tényét a beteggel közölnie kell, illetve nyilvánosságra kell hoznia, vagy ki kell azt küszöbölnie.

I.16. Az egészségügyi szakdolgozó egészségügyi ellátással kapcsolatos erkölcsi kötelessége és felelőssége elsősorban a segítségre, gyógyításra, ellátásra, gondozásra, ápolásra, kísérésre és védelemre szoruló beteg, család és közösség tagjai felé irányul.

I.17. A egészségügyi szakdolgozónak mind szakmai tevékenységében, mind magánéletében olyan etikus magatartást kell tanúsítania, amely a hivatásába vetett közbizalmat, valamint az egészségügyi szakdolgozók megbecsülését erősíti.

I.18. Az egészségügyi szakdolgozó nem folytathat olyan tevékenységet, amely összeegyeztethetetlen hivatásának etikai normáival, szakmai szabályaival, vagy amely veszélyezteti az egészségügyi ellátást igénybe vevő személy iránti kötelezettségét, vagy az egészségügyi ellátásba, illetőleg az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézménybe vetett bizalmat.

I.19. Az egészségügyi szakdolgozó kompetenciáján belül köteles a beteget más egészségügyi szolgáltatóhoz, ellátóhoz irányítani, ha a tudomására jutott információk ezt indokolják.

I.20. Az egészségügyi szakdolgozó választás vagy kinevezés útján elért társadalmi funkcióját, tisztségét nem használhatja föl annak érdekében, hogy annak révén önmaga, közeli hozzátartozója, vállalkozása, illetve munkahelye jogosulatlan előnyökhöz jusson.

I.21. Az egészségügyi szakdolgozó etikus magatartásának általános elvei között kiemelt jelentőségű a szabálykövető magatartás, ezért az egészségügyi szakdolgozó tevékenységével kapcsolatos bármely jogszabály vagy szakmai szabály vétkes megszegése egyben etikai vétségnek is minősül.

I.22. Az egészségügyi szakdolgozó erkölcsi kötelezettségei közé tartozik a magyar és más nemzetek egészségügyi szakdolgozóinak hagyományainak, tárgyi emlékeinek tiszteletben tartása és megővése.

I.23. Az egészségügyi szakdolgozó erkölcsi kötelezettsége kiterjed az egészségügyi ellátás biztonságára is, ezért a szolgálati út betartásával jeleznie kell minden olyan körülményt, amely ezt veszélyezteti,

ide értve az egészségügyi szolgáltatás személyi és tárgyi feltételeinek hiányosságait, munkatársai kritikus munkaterhelését, a munkaalkalmasság és munkabiztonság problémáit, valamint a környezetvédelmi szempontokat is.

I.24. Az Etikai Kódex csak lényeges szakmai etikai elveket és szabályokat rögzít, nem foglalja írásba az egészségügyi szakdolgozóktól elvárható valamennyi erkölcsös magatartási formát. Ebből következik, hogy az egészségügyi szakdolgozónak nem csupán az Etikai Kódex előírásait kell betartania, hanem az általános erkölcsi alapelvekből levezethető követelményeknek is meg kell felelnie.

I.25. A vezető beosztásban, az oktatás és képzés területein dolgozóakra kiemelten vonatkoznak az etikus magatartás követelményei, mivel szerepük irányadó, és példamutató kell legyen a többi egészségügyi szakdolgozó számára.

I.26. MESZK tagjai közül etikai eljárás során ki kell zárni azt,

- a) akit jogerősen egy évet meghaladó szabadságvesztésre ítélték,
- b) akit a kamarai tagság alapjául szolgáló foglalkozástól végleges hatállyal eltiltottak,
- c) akit a betegekkel kapcsolatos cselekedete vagy mulasztása miatt büntetőeljárásban jogerősen elítéltek.

## II. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata a betegekkel

II.1. Az egészségügyi szakdolgozónak tiszteletben kell tartania a beteg szabad orvosválasztását, és gondoskodnia kell arról, hogy ezt mások is tiszteletben tartsák.

II.2. Az egészségügyi szakdolgozó a hatályos jogszabályok rendelkezéseire figyelemmel vállalhatja el, illetve tagadhatja meg az adott beteg ellátását. Az ellátás megtagadása kizárólag valós okon alapulhat. Az ellátás megtagadásával egyidejűleg az egészségügyi szakdolgozónak segíteni kell a beteget abban, hogy más egészségügyi szolgáltató által megfelelő egészségügyi ellátásban részesülhessen, és az ellátás megtörténtéről meg is kell győződnie.

II.3. Ha az egészségügyi szakdolgozó azért nem vállalja valamely beavatkozás, művelet, szolgáltatás elvégzését, mert az saját erkölcsi felfogásával, lelkiismereti vagy vallási meggyőződésével ellenkezik, akkor

- a) lehetősége szerint kerülnie kell olyan munkakör betöltésére, ahol ilyen beavatkozások, műveletek, szolgáltatások a rendszeresen ellátandó feladatok között szerepelnek,
- b) alkalmazását megelőző tárgyalásai során ezt a tényt közölnie kell leendő munkáltatójával,
- c) erről megfelelő időben tájékoztatnia kell a hozzá forduló beteget, és más, az adott beavatkozás, művelet, szolgáltatás elvégzését vállaló egészségügyi szakdolgozóhoz kell irányítania őt.

II.4. Az ellátás nyújtásának az egészségügyi szakdolgozó által történő elutasítása nem alapulhat a beteg vallási, világnézeti, politikai vagy erkölcsi alapú elítélésén.

II.5. Az egészségügyi szakdolgozónak kiemelt figyelmet kell fordítania arra, hogy a bármely szempontból hátrányos helyzetű betegek, különösen az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, egészségi állapotuk, társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott, és/vagy csökkent érdekérvényesítő képességű (és/vagy fertőző betegségben szenvedő) személyek ugyanolyan minőségű egészségügyi ellátást kapjanak, mint mások.

II.6. Az egészségügyi szakdolgozónak a szakmailag lehetséges mértékben figyelembe kell vennie, ha a betegnek sajátos vallási, etnikai, világnézeti vagy erkölcsi alapú kérései vannak az egészségügyi ellátással kapcsolatban.

II.7. A halál bekövetkezte után elvégzendő szakdolgozói beavatkozások és műveletek során a jogi és szakmai szabályok betartásán túl a halott ember méltóságának tiszteletben tartása alapvető erkölcsi követelmény.

II.8. A betegnek és családjának világnézeti, vallási, etnikai, erkölcsi meggyőződése jelentős mértékben befolyásolhatja a halottak ellátásával kapcsolatos elvárásait, ezért az egészségügyi szakdolgozónak megfelelő időben és megfelelő módon informálódnia kell ezekről annak érdekében, hogy az adott lehetőségek között segítse ezen személyiséghez fűződő jogok érvényesülését.

II.9. A fogvatartott vagy hatósági intézkedés hatálya alatt álló személyek, valamint a kényszer- illetve kötelező gyógykezelés hatálya alatt álló betegek ugyanolyan egészségügyi ellátási lehetőségekre és ugyanolyan minőségű ellátásra jogosultak, mint bárki más. Az egészségügyi szakdolgozó soha nem működhet

közre a hatósági kényszerintézkedések végrehajtásában, vagy az intézkedés hatálya alatt álló személy ellenállásának leküzdésében, megtörésében, azonban joga van a saját védelmét biztosító megfelelő óvintézkedésekhez.

II.10. Az egészségügyi szakdolgozó egészségére állapotuknál fogva veszélyt jelentő betegek, így különösen a fertőző és közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsító személyek egészségügyi ellátása során csak a megfelelő óvintézkedések alkalmazásának lehet indoka, az ellátás elutasításának nem.

II.11. Az egészségügyi szakdolgozó egészségére, az állapotuknál fogva veszélyt jelentő betegek magatartásának értékelésekor mindenféle ítélezéstől mentesnek kell lennie, továbbá az egészségügyi szakdolgozónak figyelembe kell vennie a betegség természetét, és a szenvedések okozta ingerlékenyebb lelkiállapotot is.

II.12. Az egészségügyi szakdolgozónak törekednie kell arra, hogy az általa végzett beavatkozások és műveletek során a betegnek a lehető legkevesebb fájdalmat okozza.

II.13. A betegnek joga van az egészségügyi ellátás folyamatosságához. Amíg az egészségügyi ellátás egészségi szempontból indokolt, az egészségügyi szakdolgozó nem szakíthatja meg a beteg ellátását anélkül, hogy megfelelő időben kellő segítséget nyújtana a beteg számára annak érdekében, hogy ellátása más egészségügyi szakdolgozó által biztosítható legyen.

II.14. Az egészségügyi szakdolgozó nem állíthatja magáról, és nem keltheti annak látszatát, hogy olyan szakismeretek, egészségügyi ellátási lehetőségek birtokában van, amelyekkel valójában nem rendelkezik, vagy annak elvégzésére nem jogosult.

II.15. A betegnek joga van arra, hogy betegségéről, illetve az egészségügyi ellátási lehetőségekről további véleményt, véleményeket kérjen. Az egészségügyi szakdolgozónak ezt akkor is lehetővé kell tennie és a beteg kérésére elő is kell segítenie a megfelelő szakemberek elérhetőségéről szóló felvilágosítás nyújtásával, ha nem ért egyet a beteggel. A további vélemény segíti a felelősséggel végzett szakmai döntést, azonban figyelembe vétele az ellátást addig nyújtó egészségügyi szakdolgozó számára nem kötelező, de döntéséről a beteget tájékoztatnia kell. A további véleményt adó egészségügyi szakdolgozó azonban nem törekedhet arra, hogy a beteg ellátását átvegye.

II.16. Ha a beteg és az egészségügyi szakdolgozó között feloldhatatlan az egészségügyi ellátással kapcsolatos véleménykülönbség, akkor az egészségügyi szakdolgozónak segítenie kell a beteget abban, hogy eljusson más olyan egészségügyi szakdolgozóhoz, akivel vélhetően megfelelő együttműködést tud kialakítani.

II.17. Az egészségügyi szakdolgozó nem használhatja fel a beteggel való kapcsolatát, vagy szakmai pozícióját arra, hogy ő vagy közeli hozzátartozója személyes, vagy üzleti kapcsolatot létesítsen a betegével, vagy annak közeli hozzátartozójával.

II.18. Azzal a személlyel, akinek egészségügyi ellátásában részt vesz, az egészségügyi szakdolgozó vagy közeli hozzátartozója nem köthet tartási, öröklési, életjáradéki, ajándékozási szerződést, valamint haszonélvezetre irányuló, illetve kölcsönszerződést. E rendelkezés természetesen nem zárja ki azt, hogy a vele szerződésben álló személy egészségügyi ellátásában az egészségügyi szakdolgozó részt vegyen.

II.19. Az egészségügyi szakdolgozó nem létesíthet szexuális kapcsolatot azzal a személlyel, akinek az egészségügyi ellátásában részt vesz. E rendelkezés nem vonatkozik az egészségügyi ellátás igénybevétele előtt már fennálló kapcsolatra, és nem tiltja az egészségügyi ellátás befejezése után ilyen kapcsolat kialakítását.

II.20. Az egészségügyi szakdolgozónak olyan magatartást kell tanúsítania, amely mind a beteget, mind a hozzátartozóját arról győzi meg, hogy a beteg állapota szerint szükséges, megfelelő minőségű egészségügyi ellátásért nem vár el a betegtől semmiféle külön juttatást.

II.21. Az egészségügyi szakdolgozó hálapénzt nem kérhet, és nem tanúsíthat olyan ráutaló magatartást, amely hálapénz iránti igényt fejez ki.

II.22. Az etikai normák különösen súlyos megsértésének minősül, ha az egészségügyi szakdolgozó bármilyen anyagi vagy nem anyagi eredetű juttatást kér, vagy erre utaló magatartást tanúsít a sürgősségi betegellátás során, haldokló beteg ellátása során, egészségügyi dolgozó ellátása során, és minden olyan esetben, amikor az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés korlátozott.

II.23. Az egészségügyi szakdolgozók egymástól nem fogadhatnak el hálapénzt.

### III. Az egészségügyi szakdolgozó tájékoztatási kötelezettsége

III.1. Tájékoztatást csak olyan szakember adhat, illetve a beleegyezést csak olyan szakember fogadhat el, aki kellő képzettséggel, tapasztalattal és illetékességgel rendelkezik ahhoz, hogy a beteg sajátos szempontjainak és érdekeinek megfelelő módon felvilágosítást adjon az egészségügyi ellátás lényegét, a beavatkozásokkal és műveletekkel elérhető előnyöket, a lehetséges hátrányokat, a felmerülő kockázatokat és az esetleges alternatívákat illetően.

III.2. Az érintetteket az adott beavatkozásba és műveletbe történő beleegyezés előtt, az ellátás alatt, továbbá a beavatkozás és művelet után is tájékoztatni kell. Ez utóbbi tájékoztatáshoz hozzátartozik az előre nem látott következményekről, a nem kívánatos- illetve mellékhatásokról, valamint az ellátás során bekövetkezett tévedésekről és elkövetett hibákról szóló tájékoztatás is.

III.3. Abban az esetben, ha az egészségügyi szakdolgozóban felmerül annak gyanúja, hogy az érintett a körületekintően végzett tájékoztatás ellenére sem értette meg azt, kérnie kell a beteg hozzájárulását ahhoz, hogy erre jogosult más személyt is tájékoztathasson, amennyiben erre lehetőség van. Ez az eljárás különösen ajánlott a komoly kockázatokat rejtő, illetve a beteg állapotát jelentősen befolyásoló beavatkozások és műveletek esetén.

III.4. Az egészségügyi szakdolgozónak ki kell kérnie a beteg hozzájárulását fizikális vizsgálat végzése előtt. A betegnek kortól és nemtől függetlenül fel kell ajánlani, hogy az általa megjelölt kísérő is jelen lehet a vizsgálaton.

III.5. Az egészségügyi szakdolgozónak kiemelt figyelmet kell fordítani arra, hogy a valamely szempontból hátrányos helyzetű betegek, különösen az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékságuk, korlátozott belátási képességük, egészségi állapotuk miatt fenyegető magatartású, illetve társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők a számukra egyéniesített módon kapják meg a tájékoztatást.

III.6. A tájékoztatás során az egészségügyi szakdolgozó a valóságnál súlyosabbnak nem tüntetheti fel a betegséget, de nem ígérhet olyan eredményt sem, amelyre a tudomány adott állása szerint nem lehet számítani.

### IV. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata a nem-konvencionális eljárásokkal

IV.1. A nem-konvencionális eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletén, a konvencionális, természettudományosan megalapozott eljárásoktól eltérő megközelítésből eredő módszereken alapulnak, amelyek - a külön jogszabályban foglaltak szerint - a konvencionális gyógyítási módszereket kiegészítő, helyettesítő, továbbá életmódjavító eljárások.

IV.2. Nem-konvencionális eljárás helyettesítő eljárásként csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.

IV.3. Egészségügyi szakdolgozó nem-konvencionális eljárásokat kizárólag a mindenkor hatályos jogszabályok szerint végezhet.

IV.4. Az egészségügyi szakdolgozónak a nem-konvencionális eljárások során is alkalmaznia kell az e rendeletbe foglalt etikai magatartási szabályokat.

IV.5. A konvencionális betegellátási módszereket alkalmazó egészségügyi szakdolgozó köteles a hozzá forduló, addig nem-konvencionális eljárásokkal, vagy azokkal is kezelt beteget mindennemű hátrányos megkülönböztetés nélkül ellátni.

### V. Az egészségügyi szakdolgozók egymással való kapcsolata

V.1. Súlyosan etikátlan az olyan magatartás, amely a beteg egészségügyi ellátásában, – akár az adott szolgáltató keretében, akár azon kívül – részt vevők véleményének, javaslatainak kinyilvánítását akadályozza, ide értve a kisebbségi véleményt képviselő egészségügyi szakdolgozóval szembeni bármilyen retorziót is. A szakmai vitákban kizárólag tárgyyszerű érvelésnek van helye, súlyosan etikátlan a kioktató, megalázó, személyeskedő hangnem különösen akkor, ha mások előtt történik.

V.2. Az egészségügyi szakdolgozó a beteg érdekében szükség esetén köteles konzultálni és együttműködni más egészségügyi szakdolgozóval. A konzultációt kezdeményező egészségügyi szakdolgozónak

megalapozott ismerettel kell rendelkeznie a konzultációra felkért személy, illetve szolgáltató alkalmasságáról.

V.3. Ha a felkért konzulens nem tartja magát kompetensnek, vagy a felkérésben megjelölt tevékenységet a tárgyi vagy személyi feltételek hiánya miatt nem, vagy csak jelentős késedelemmel tudja elvégezni; erről haladéktalanul értesítenie kell az őt felkérő egészségügyi szakdolgozót.

V.4. A konzultáció kérésének valós, lényeges szakmai indokon kell alapulnia. Súlyosan etikátlan, ha a konzultációt személyes, vagy anyagi előny érdekében kérik, különösen akkor, ha ezzel a beteget felesleges kockázatnak teszik ki, vagy bármilyen egyéb hátrányt okoznak neki.

V.5. Ha az egészségügyi szakdolgozó a beteghez ugyanazon kérdést illetően ismételt konzultációt kér ugyanazon szakma más képviselőjétől, akkor ezt a tényt mind a korábban, mind az újonnan felkért egészségügyi szakdolgozóval az ismételt konzílium előtt közölni és indokolni kell.

V.6. Az egészségügyi szakdolgozót helyettesítő más egészségügyi szakdolgozó, illetve a konziliárius nem törekedhet arra, hogy a betegek egészségügyi ellátását a helyettesítés, illetve a konzílium utáni időszakra is átvegye. Ez alól kivételt képeznek a szakmailag indokolt, megfelelően egyeztetett esetek.

V.7. Ha az egészségügyi szakdolgozótól egy másik egészségügyi szakdolgozóról referenciát kérnek, a tájékoztatásnak tárgyilagosságnak, elfogultságtól mentesnek kell lennie, és kizárólag a másik egészségügyi szakdolgozó szaktudásával kapcsolatos információkra szorítkozhat.

V.8. Súlyosan etikátlan bármely kommunikációs csatornán megtett, minden olyan alaptalan és bizonyíthatatlan információ, kifogásoló, lekicsinylő, elmarasztaló vagy hitelrontó kijelentés, amely alkalmas arra, hogy közvetlenül vagy közvetve rontsa a másik egészségügyi szakdolgozó jó hírnevét, megingassa a belé vetett bizalmat.

V.9. Ha az egészségügyi szakdolgozó bármely más egészségügyi szakdolgozó tevékenységében szakmai hibát észlel, köteles erre az érintett egészségügyi szakdolgozó figyelmét felhívni.

V.10. Amennyiben bármely utasítás végrehatása során el kellene térnie a szakmai szabályoktól, az egészségügyi szakdolgozó köteles e tényre az utasítást adó figyelmét felhívni.

V.11. Az egészségügyi szakdolgozó kollégáival vagy feletteseivel szemben felmerült problémáit elsősorban a szolgálati út betartásával tisztázza, és különös figyelmet fordítson arra, hogy az egészségügyi ellátást igénybe vevőktől és hozzátartozóiktól az ilyen problémákat távol tartsa.

V.12. Az egészségügyi szakdolgozónak erkölcsi felelősséget kell vállalnia a különböző képzési rendszerekben hallgatók gyakorlati oktatásában, melynek különös tekintettel a példamutató magatartásban, a tudásának, kompetenciájába tartozó megfelelő ismeretek átadásában, illetve a hallgatókkal való partneri bánásmódban szükséges megnyilvánulnia.

V.13. Súlyos etikai vétségnek minősül, ha az egészségügyi szakdolgozó önmaga előtérbe helyezése érdekében munkatársát negatív színben tünteti fel mind a kollégái (szakdolgozó, orvos), mind a felettese, mind a betegek előtt.

V.14. Vezető beosztású szakdolgozó hatalmával nem élhet vissza. Döntései meghozatalánál az ésszerűség, a gazdaságosság, az igazságosság, valamint az egyenlő bánásmód elve kell, hogy érvényesüljön. Súlyosan etikátlanak minősül, ha beosztottját és/vagy saját magát jogtalan előnyhöz juttatja, vagy beosztottjának kárt okoz.

V.15. A szakdolgozói presztízs (szakmai és társadalmi, erkölcsi megbecsülés, jó hírnév) védelme minden egészségügyi szakdolgozónak erkölcsi kötelessége, amelyet a tőle elvárható legnagyobb gondossággal és körültekintéssel köteles ellátni.

## **VI. Az egészségügyi szakdolgozó betegsége, alkalmatlansága, tevékenységének korlátai**

VI.1. Az egészségügyi tevékenység végzésére alkalmasnak minősített egészségügyi szakdolgozó sem végezhet egészségügyi tevékenységet, amennyiben pillanatnyi állapota következtében a beteg számára nagyobb kockázatot jelentene a tevékenységével, mint amelyet annak elmaradásával okozna; ide értve az egészségügyi szakdolgozó fertőző betegségét is.

VI.2. Az egészségügyi szakdolgozó erkölcsi kötelessége, hogy elismerje tudásának és szakértelmének bármilyen korlátját, teljesítménye hanyatlását.

VI.3. Ha az egészségügyi szakdolgozó saját egészségi alkalmasságát érintő bármely rendellenesség

fennállását észleli, köteles a megfelelő egészségügyi szakember segítségét igénybe venni, és követni az ennek során kapott utasításokat, illetve javaslatokat.

VI.4. Ha az egészségügyi szakdolgozó azt észleli, hogy munkatársa aktuálisan alkalmatlan állapotban vesz részt a betegek ellátásában, köteles munkatársának a tőle elvárható, megfelelő segítséget megadni, egyúttal pedig felszólítani az egészségügyi tevékenység felfüggesztésére. Amennyiben a munkatárs a felszólításnak nem tesz eleget, az észlelő egészségügyi szakdolgozó köteles ezt a tényt haladéktalanul az illetékes munkahelyi vezetőnek, ennek hiányában más intézkedésre jogosult személynek jelezni.

VI.5. Alkohol vagy kábítószer / kábító hatású szer hatása alatt álló egészségügyi szakdolgozó nem vehet részt a betegek ellátásában. Ha az egészségügyi szakdolgozó azt észleli, hogy munkatársa alkohol vagy kábítószer / kábító hatású szer hatása alatt vesz részt a betegek ellátásában, e fejezet 4. pontjában foglaltak megfelelő alkalmazásával köteles eljárni.

VI.6. Ha az egészségügyi szakdolgozó azt észleli, hogy munkatársa egészségileg bármely okból alkalmatlanná vált feladatai ellátására, e fejezet 4. pontjában foglaltak megfelelő alkalmazásával köteles eljárni.

## VII. A tudományos közlések etikai szabályai

VII.1. Az egészségügyi szakdolgozónak új tudományos eredményeit, következtetéseit a tömegtájékoztatást megelőzően először szakmai lapokban kell közzétennie.

VII.2. A tudományos közlések szerzőit a megjelenés helye – így tudományos folyóiratok és más közlési fórumok – által a szerzőkhöz intézett felhívásban megjelölt szerzőségi kritériumoknak megfelelően kell a közlésen megjelölni. Az ettől való minden eltérés, különösen szerzőnek tekinthető személy nevének mellőzése a szerzők felsorolásából, illetve szerzőnek nem tekinthető személy nevének szerzőként való feltüntetése etikai vétségnek minősül. Ezt a rendelkezést a szabadalmi és egyéb iparjogvédelmi ügyekben az ott érvényes szabályoknak megfelelően alkalmazni kell.

VII.3. A nem független, anyagilag vagy egyéb módon támogatott kutatások esetén a támogatással kapcsolatos információknak a tudományos közlésen történő feltüntetésével kapcsolatosan követni kell a megjelenés helye által előírt szabályokat. Ennek elmulasztása, illetve a valóságnak nem megfelelő információk közlése etikai vétségnek minősül. A támogatással kapcsolatos információkat a saját kiadásban megjelenő közléseken is fel kell tüntetni, ide értve a saját honlapon közzétetteket is.

VII.4. Tudományos célú közlés csak olyan módon történhet, hogy a közlésben a beteg jogai, különösen személyiségi jogai maradéktalanul érvényesüljenek, a beteg ne legyen fölismerhető / azonosítható. Ettől eltérő esetben a beteg előzetes írásos beleegyezését kell kérni.

VII.5. Etikai vétségnek minősül a tudományos célú kutatás és közlés végzésekor más szerző anyagainak hivatkozás nélküli felhasználása.

## VIII. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata a tömegtájékoztatással, a nyilvánossággal

VIII.1. Az egészségügyi szakdolgozónak a tömegtájékoztatásban történő véleménynyilvánításkor törekednie kell arra, hogy fellépése tükrözze az egészségügyért és a segítségre szoruló emberekért érzett elkötelezettségét.

VIII.2. A nyilvánosságnak szánt bármely információnak világosnak, tényszerűnek, elfogulatlannak és (tudományos) bizonyítékon alapulónak kell lennie. Az információk nem kelhetnek sem alaptalan félelmet, sem alaptalan nyugtalanságot a társadalomban, vagy egyes csoportokban, személyekben, és nem okozhatnak, nem ébreszthetnek megalapozatlan elvárásokat, reményeket.

VIII.3. Súlyosan etikátlan más egészségügyi dolgozó, vagy szolgáltató szakmai, vagy személyes jó hírnevének alaptalan rontására alkalmas bármilyen közlés. Amennyiben más egészségügyi dolgozó magatartásáról, tevékenységéről, hibáiról kérnek véleményt, a nyilatkozó egészségügyi szakdolgozó nem minősítheti a feltételezett szakmai hibát vagy etikai vétséget az azt vizsgáló eljárás befejezése előtt. Egyebekben a más egészségügyi dolgozóról tett nyilatkozatra az etikai kódex egyéb rendelkezéseit is megfelelően alkalmazni kell.

VIII.4. A tömegtájékoztatásban (ide értve a hirdetést is) csak az aktuális cím, rang és beosztás használható. Nyugdíjas egészségügyi szakdolgozók a megszerzett cím és rang mellett utolsó beosztásukat a „nyugdíjas” vagy „nyugalmozott” jelzővel használhatják

VIII.5. Az e fejezetbe foglalt rendelkezéseket az egészségügyi szakdolgozó, illetve az egészségügyi szolgáltató saját, a nyilvánosságnak szánt kiadványaira és internetes honlapjára is megfelelően alkalmazni kell.

### **IX. Az egészségügyi szakdolgozó érdekeltsége, és a reklám**

IX.1. Ha az egészségügyi szakdolgozónak anyagi, vagy személyes érdekeltsége van olyan egészségügyi és/vagy nem-konvencionális gyógyító eljárást nyújtó szolgáltatásban, gyógyszerárban, vagy bármilyen egyéb szervezetben (továbbiakban együtt: szervezet) ahová betegeket utal, vagy javasol egészségügyi ellátásra, egészségügyi vagy egyéb szolgáltatások igénybevételére, köteles érdekeltségéről tájékoztatni a beteget, valamint saját munkahelyi vezetőjét.

IX.2. Az egészségügyi szakdolgozó nem fogadhat el közvetítési díjat, vagy bármilyen más anyagi vagy személyes előnyt másik egészségügyi szakdolgozótól, más személytől vagy szervezettől, a beteg konzultációra vagy egészségügyi ellátásra utalása, vagy annak javaslata fejében.

IX.3. Az egészségügyi szakdolgozó nem ajánlhat fel vagy fizethet közvetítési díjat, nem nyújthat bármilyen más anyagi vagy személyes előnyt másik egészségügyi szakdolgozónak, más személynek vagy szervezetnek annak fejében, hogy hozzá küldjenek beteget egészségügyi szolgáltatás igénybevételére.

IX.4. Ha az egészségügyi szakdolgozót olyan feladat ellátásával bíznak meg, melynek kapcsán valószínűsíthető, hogy személyes érdekei befolyásolhatják annak végrehajtásában, köteles ezt a megbízónak, valamint munkahelyi vezetőjének bejelenteni.

IX.5. Az egészségügyi etikával összeegyeztethetetlen, ha az egészségügyi szakdolgozó betegével olyan közvetlen vagy közvetett kereskedelmi kapcsolatot létesít, ami a beteget kiszolgáltatott helyzetbe hozza, és/vagy az egészségügyi szakdolgozó szakmai elfogulatlanságát befolyásolhatja, vagy csökkenti az egészségügyi szakdolgozók tekintélyét és társadalmi megbecsülését.

IX.6. Az egészségügyi szakdolgozó csak tájékoztatási célú, minősítés nélküli, tárgyyszerű hirdetést tehet közzé. Ez vonatkozik valamennyi lehetséges módon közzétett hirdetésre, beleértve az elektronikus adathordozókat is. Az egészségügyi szakdolgozók számára tilos az olyan reklám, amely

a) a betegeket megtévesztően befolyásolja, a szolgáltatást igénybe vevők hiszékenységre, vagy kiszolgáltatottságára épít,

b) más egészségügyi szakdolgozók becsülete és tekintélye ellen irányul, törvényellenes és/vagy hátrányos megkülönböztetést alkalmaz.

IX.7. Tilos a burkolt reklám, ez vonatkozik gyógyító eljárások, ki nem próbált vagy el nem fogadott gyógymódok ismertetésére, és burkoltan betegtoborzási célú közlésre is.

IX.8. Etikátlan a hirdetés, ha az egészségügyi szakdolgozó saját tevékenységét máséval összehasonlítja, ha azt a látszatot kelti, hogy más egészségügyi szakdolgozónál kedvezőbb eredményt tud elérni, ha másnál kedvezőbb anyagi feltételeket kínál.

IX.9. Az egészségügyi szakdolgozónak kerülnie kell minden olyan reklám- vagy marketingtevékenységet, amely megkérdőjelezheti szakmai függetlenségét. Ez a bekezdés nem vonatkozik azokra, akik főtevékenységüket az egészségügyi vagy az egészségüggyel kapcsolatos termékek forgalmazásában fejtik ki.

### **Záró rendelkezések**

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexét a vonatkozó jogszabályok megváltozásakor, illetve tervezett módon évente, az első rendes Országos Küldöttközgyűlés előtt 60 nappal felül kell vizsgálni.

A következő tervezett felülvizsgálat időpontja: 2015. első félév (az előző pont szerint).

A MESZK Etikai Kódexe nyilvános dokumentum, azt bárki megismerheti.

A MESZK Etikai Kódexének megismerése, elveinek, szabályainak betartása a tagok számára kötelező érvényű.

*A MESZK Etikai Kódexe 2014. április 16-án lépett hatályba, a MESZK Országos Küldöttközgyűlése 2014. április 16-án fogadta el.*