

NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

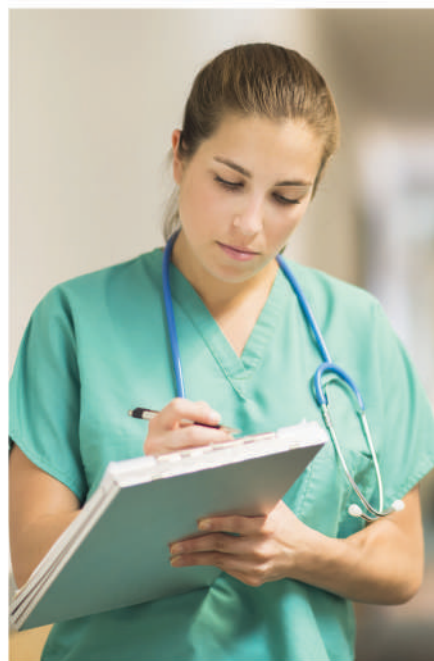
Scientific and educational journal
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

37. ÉVFOLYAM 6. SZÁM • 2024. december 15.

A TARTALOMBÓL

A hazai nyomási fekély prevenció és ellátás felmérések
eredményei az új szakmai irányelv ajánlásai szemszögéből

Az akut kardiovaszkuláris kórfolyamatok kapcsán
jelentkező betegoldali prehospitális késés



<http://www.meszk.hu/nover>



Kötszereink bizonyítottan csökkentik a nyomási sérülések előfordulását¹.

Miért elégedne meg kevesebbrel?



A Mepilex® Border Heel kötszereket úgy tervezték, hogy illeszkedjenek a sarok összetett anatómiájához, és megvédjék a betegeket a külső tényezőktől, amelyek fájdalmas és költséges nyomássérülésekhez vezethetnek. Egy közelmúltban végzett randomizált, kontrollált vizsgálatban nem jelentettek saroktáji nyomási fekélyeket intenzív osztályon a Mepilex® Border Heel kötszer használatával².

www.molnlycke.hu

Molnlycke Health Care Kft. 1134 Budapest, Dévai u. 26-28. Telefon: +1 477 3080
A Molnlycke és a Mepilex védjegyek, nevek és logók globálisan be vannak jegyezve egy vagy több Molnlycke-nél.
Egészségügyi cégcsoport. ©2020 Molnlycke Health Care AB. Minden jog fenntartva. HQIM001997

Referencia: 1. Santamaria, N., Gerditz, M., Liu, W., Rakis, S., Sage, S., Ng, A.W., Tudor, H., McCann, J., Vassiliou, T., Morrow, F., Smith, K., Knott, J., Liew, D. Clinical effectiveness of a silicone foam dressing for the prevention of heel pressure ulcers in critically ill patients: Border II Trial. Journal of Wound Care 2015;24:340-345. 2. Hahnel, E., El Genedy, M., Tomova-Simitchieva, T., Hauss, A., Stroux, A., Lechner, A., Richter, C., Akdeniz, M., Blume-Peytavi, U., Löber, N., Kottner, J. The effectiveness of two silicone dressings for sacral and heel pressure ulcer prevention in high risk intensive care unit patients compared to no dressings: a randomized controlled parallel-group trial. British Journal of Dermatology 2019 doi: 10.1111/bjd.18621. [Epub ahead of print]



<https://www.molnlycke.hu/termek-megoldasok/mepilex-border-sacrum/>


Molnlycke®

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, 2024;37(6):1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A hazai nyomási fekély prevenció és ellátás felmérések eredményei az új szakmai irányelv ajánlásai szemszögéből	4
<i>Dr. Cseh Borbála PhD, Dr. Dózsa Csaba László Habil. PhD, Dr. Ujváriné Siket Adrienn Habil. PhD, Dr. Balogh Zoltán PhD</i>	
Látássérült személyek közúti közlekedési integrációja Budapesten.	12
<i>Márton Dávid</i>	
Munkahelyi támogatás és pszichoszociális tényezők specifikumai a pályakezdő ápolók körében	20
<i>Dr. Németh Anikó PhD, Tóth Renáta</i>	
Az akut cardiovascularis kórfolyamatok kapcsán jelentkező betegoldali prehospitális késés	31
<i>Máté-Póhr Kitti, Veres Zoltán, Dr. Haness János, Kócse Tamás, Dr. Pandur Attila PhD</i>	
A Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet stroke-ellátásának vizsgálata	35
<i>Ojtózi Beáta</i>	

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

The Results of the Domestic Pressure Injury Prevention and Treatment Surveys from the Perspective of the New Guideline Recommendations.	4
<i>Borbála Cseh PhD, Csaba László Dózsa Habil. PhD, Adrienn Ujváriné Siket Habil. PhD, Zoltán Balogh PhD</i>	
Integration of Visually Impaired Individuals into the road Transportation System in Budapest.	12
<i>David Marton</i>	
Job Support and Specificities of Psychosocial Factors among Early Career Nurses	20
<i>Anikó Németh PhD, Renáta Tóth</i>	
The Patient-Side Pre-Hospital Delay Associated with Acute Cardiovascular Disorders.	31
<i>Kitti Máté-Póhr, Zoltán Veres, János Haness Md, Tamás Kócse, Pandur Attila PhD</i>	
Investigation of Stroke care at the Jahn Ferenc Dél-pest Hospital and Outpatient Clinic in Budapest.	35
<i>Beáta Ojtózi</i>	

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az MTA-MTMT, a MTA-REAL-J, valamint az EBSCO Discovery Service nemzetközi adatbázis indexeli.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.
Felelős kiadó: Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1438 Budapest, Pf. 350.)
Telefon: 323-2070

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA MEDICA
ANNO 1990

LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Nyomdai munka: Varg Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton ügyvezető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003
Előfizetésben kézbesíti a Magyar Posta Zrt. (1900 Budapest).
Kézbesítéssel kapcsolatos információk: 06-1-767-8262.
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. Hirdi Henriett Éva (PhD)

Szerkesztők/editors

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

Szerkesztőbizottság/editorial board

Arany Ida

Dr. Balogh Zoltán (PhD)

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Jakab Judit

Dr. habil. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Papp László (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Sövényi Ferencné

Szobota Livia

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

Nemzetközi szerkesztőbizottság/ international editorial board

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

A folyóirat szakmai támogatója



Helps. Cares. Protects.

Lapunkat rendszeresen
szemléli a megújult



www.observer.hu

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 tárgyköréből 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 e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1438 Budapest, Pf. 350. címre) „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 érintetteknek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejét, 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 kéziratrészt.

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közzési 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: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 350., H-1438 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

MINDEN KEDVES OLVASÓNKNAK ÁLDOTT, BÉKÉS ÜNNEPEKET ÉS BOLDOG ÚJ ESZTENDŐT KÍVÁNUNK!

A NŐVÉR SZERKESZTŐSÉGE ÉS KIADÓJA

A NŐVÉR tudományos és továbbképző szakfolyóirat 2024. évi karácsonyi rajzpályázatára összesen 17 pályamű érkezett be az ország különböző intézményeiből. A résztvevők lelkesedése és kreativitása idén is megmutatkozott, hiszen rendkívül igényes alkotások kerültek a zsűri elé.

A korábbi évek során kialakított gyakorlatnak megfelelően, a zsűri a pályaművek elbírálásánál a rajzkészség mellett a művek mondanivalóját és üzenetét is figyelembe vette. Az előzetesen névtelenül benyújtott rajzokat az azonosító kódok alapján értékelték, és a titkos szavazás során a legtöbb szavazatot elnyerő művek kerültek a nyertesek közé. A pályázatra beérkezett művek valódi ünnepi hangulatot teremtettek a

Szerkesztőségben, és megerősítettek bennünket abban, hogy a művészet és a kreativitás fontos szerepet játszik az egészségügyi szakterületen tanulók életében is.

A díjazottak és a képzőintézményeik éves Nővér folyóirat előfizetést nyertek, amely reméljük, hogy segíti őket a további szakmai fejlődésben. Gratulálunk a nyerteseknek, valamint köszönjük minden résztvevőnek a fantasztikus alkotásokat, továbbá az iskoláknak és támogató tanároknak az aktív részvételt és hozzájárulást! Bízunk benne, hogy jövőre még többen csatlakoznak hozzánk, és újra izgalmas pályaművekkel örvendeztetnek meg bennünket! Kellemes ünnepeket kívánunk mindenkinek!



I. helyezett

Mohai Naomi, 9/A évfolyam,
Szent László ÁMK (Baja)



II. helyezett

Presits Nóra,
11. évfolyam,
Padányi Katolikus Iskola (Veszprém)



III. helyezett

Deák Enikő Viktória, 9. évfolyam
Szolnok SZC Vásárhelyi Pál Két Tanítási Nyelvű Technikum
(Szolnok)

EREDETI KÖZLEMÉNY

A hazai nyomási fekély prevenció és ellátás felmérések eredményei az új szakmai irányelv ajánlásai szemszögéből

DR. CSEH Borbála PhD, DR. DÓZSA Csaba László habil. PhD,
DR. UJVÁRINÉ SIKET Adrienn habil. PhD, DR. BALOGH Zoltán PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A hazai állami kórházak nyomási fekély prevenciójára és ellátására irányuló gyakorlatát a közelmúltban két kutatás részeként (2022-ben és 2024-ben) is felmérték a szerzők. A dolgozat célja a kutatások eredményeinek összevetése annak fényében, hogy 2024. január 30-án megjelent a nyomási fekély rizikófelméréséről, prevenciójáról és kezeléséről szóló szakmai irányelv.

Vizsgálat módszere: Összehasonlító elemzés, amelynek alapjai a 2019. és a 2023. bázisú adatok voltak. Az első felmérés teljes körű volt (N=86), a második (N=33) válaszadási hajlandósága 37%-os volt.

Eredmények: A kórházak 70,9%-ában, illetőleg 60,6%-ában működik decubitusteam. Profilaktikus kötszerhasználatot az intézmények 64,7%-a és 63,6%-a jelzett. A nyomási fekélyrel kapcsolatos adatok tekintetében a magas kockázattal rendelkező betegek számát 2019-ben az intézmények 19,7%-a vezette, 2023-ban 39,4%-uk. Stádium szerinti beosztás szerint 45,3%, illetve 78,8% dokumentál.

Következtetések: Az új irányelv ajánlásai segítséget nyújtanak az intézményeknek a prevenció eszközök beszerzése és használata tekintetében, emellett levezethetők belőle az ellátás minőségét mérő mutatók is, amelyek alapot képeznek az intézményen belüli és intézményközi benchmarknak.

Kulcsszavak: nyomási fekélyek megelőzése, kórházi hatékonyság, nemzeti irányelv, minőségi mutató

The Results of the Domestic Pressure Injury Prevention and Treatment Surveys from the Perspective of the New Guideline Recommendations

Borbála CSEH PhD, Csaba László DÓZSA habil. PhD, Adrienn UJVÁRINÉ SIKET habil. PhD, Zoltán BALOGH PhD

SUMMARY

Purpose: The practice of domestic public hospitals for the prevention and treatment of pressure ulcers was recently assessed by the authors as part of two studies (in 2022 and 2024). The aim of this research is to compare the results of the research in the light of the fact that on January 30, 2024, the professional Guideline on „pressure ulcer risk assessment, prevention and treatment” was published.

Methods: Comparative analysis was based on 2019 and 2023 clinical data. The participation in the first survey was complete (N=86) while the second only had (N=33) 37.0%.

Results: 70.9% and 60.6% of the hospitals operates decubitus team. Information was provided by 64.7% and 63.6% of the institutions regarding the usage of prophylactic bandages. In terms of pressure ulcer-related data, the number of high-risk patients was recorded by 19.7% of institutions in 2019, and 39.4% in 2023. The stage classification of pressure ulcers was being documented by 45.3% and 78.8% of the medical insitutions.

Conclusions: The recommendations of the new Guideline provides guidelines to the institutions in terms of the acquisition and usage of prevention tools. In addition, indicators measuring the quality of care can be derived from it, which form the basis of the intra-institution and inter-institution benchmarks.

Keywords: preventing pressure ulcers, national survey, hospital effectiveness, national guideline, quality indicator

DR. CSEH Borbála PhD
mestertanár, Miskolci Egyetem
Egészségtudományi Kar,
Miskolc; ügyvezető, Med-Econ
Humán Szolgáltató Kft.
Budapest, ORCID-azonosító:
0009-0007-2793-9228

DR. DÓZSA Csaba László habil.
PhD egyetemi docens, Miskolci
Egyetem Egészségtudományi
Kar, Miskolc
ORCID-azonosító:
0000-0003-4884-7537

DR. UJVÁRINÉ SIKET Adrienn
habil. PhD egyetemi docens,
mesterszakfelelős, Debreceni
Egyetem Egészségtudományi
Kar; elnök, Egészségügyi
Szakmai Kollégium, Ápolási,
Szakdolgozói és Szülésznő
Tagozat
ORCID-azonosító:
0000-0002-1346-8046

DR. BALOGH Zoltán PhD
főiskolai tanár, tanszékvezető,
Simmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar; elnök,
Magyar Egészségügyi Szakdol-
gozói Kamara
ORCID-azonosító:
0000-0002-1202-1111

Levelező szerző
(corresponding author):
Dr. CSEH Borbála
E-mail:
csehborika@gmail.com

Beérkezett: 2024. november 18.
Elfogadva: 2024. november 22.



| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0024> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A nosocomialis ártalomként is definiálható nyomási fekély megelőzése és a már kialakult seb ellátása a segédápolótól a diplomás, egyetemi ápolói kompetenciaszinteket érinti önálló, illetve III–IV. stádiumban együttműködő kompetenciaként. Kialakulását tekintve nem szögezhetjük le, hogy egyértelműen a tartós fekvőbeteg-ellátást nyújtó ellátási formákban, hosszan tartó immobilizációt követően az idős, ön-ellátásra képtelen betegeket érinti, mert a nyomási fekély kialakulását elősegítő tényezők meglete esetén egészen a koraszülött korosztályig nyúlnak vissza (Cseh et al., 2023).

A nyomási fekélyben szenvedő betegek csökkenő életminősége és az előfordulás gyakorisága miatt népegészségügyi problémaként is megjelenik (URL1).

A nyomási sérülések (pressure injury – PI) súlyos globális egészségügyi problémát jelentenek, amelyek növelhetik a halálozást, meghosszabbíthatják a kórházi tartózkodást, csökkenthetik a betegek életminőségét (Amir et al., 2017), növelhetik az ápolók munkaterhét (Peterson et al., 2013) és az egészségügyi ellátás költségeit (Porter-Armstrong et al., 2018).

A nyomási fekély/sérülés megelőzéséről és ellátásáról szóló nemzetközi irányelvet a EPUAP/NPIAP/PPPIA szervezetek deklarálták és adták ki legutóbb 2019-ben (URL2). Hazánkban „*A decubitus rizikófelmérése, prevenciója és kezelése*” című Egészségügyi Minisztérium által deklarált szakmai irányelv (URL3) érvényessége 2013. június 30-án lejárt. Több mint egy évtizedig tartó hiátust követően jelent meg a 2019. évi nemzetközi irányelv hazai adaptációja „*A nyomási fekély rizikófelmérése, prevenciója és kezelése*” címmel 2024. január 30-án (URL4). Az Ápolási, Szakdolgozói és Szülésznő Tagozat által készített egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerültek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. A hazai irányelv összesen 107 ajánlást fogalmaz meg, és kiterjed a nyomási fekélyek megelőzésére (A), kezelésére (B) és az oktatásra (C). A megfogalmazott ajánlások szerkezeti tagoltságát az I. táblázat tartalmazza.

Rövidítések jegyzéke

EPUAP = (European Pressure Ulcer Advisory Panel) Európai Nyomási Fekély Tanácsadó Testület

EMMI = Emberi Erőforrások Minisztériuma

HAPI/HAPU = (hospital acquired pressure injury/ulcer) kórházban szerzett nyomási sérülések/fekélyek

NPIAP = (National Pressure Injury Advisory Panel) Nemzetközi Nyomási Sérülés Tanácsadó Testület

OKFŐ = Országos Kórházi Főigazgatóság

PI = (pressure injury) nyomási sérülés

PU = (pressure ulcer) nyomási fekély

PPPIA = Pan Pacific Pressure Injury Alliance

Az irányelv ajánlásainak számszerűségét tekintve kiemelten hangsúlyozza a prevenció jelentőségét és fontosságát.

1. táblázat: A hazai szakmai irányelv szerkezeti felépítése

Fejezetek		Ajánlások száma (db)
A. A nyomási fekély megelőzése		62
A.1. Kockázati tényezők (rizikó) felmérése	Ajánlás 1–2	2
A.2. Bőrápolás	Ajánlás 3–9	7
A.3. Táplálás	Ajánlás 10–23	14
A.4. Pozicionálás és korai mobilizálás	Ajánlás 24–36	13
A.5. Sarkon kialakuló nyomási fekély	Ajánlás 37–40	4
A.6. Felületek védelme	Ajánlás 41–55	15
A.7. Orvostechnikai eszközök okozta nyomási fekély megelőzése	Ajánlás 56–62	7
B. A nyomási fekély kezelése		41
B.1. A nyomási fekély felmérése és a gyógyulás követése	Ajánlás 63–69	7
B.2. Fájdalom felmérése és kezelés	Ajánlás 70–75	6
B.3. Sebellátás: tisztítás és debridement	Ajánlás 76–80	5
B.4. Fertőzések, a biofilm felmérése és kezelése	Ajánlás 81–89	9
B.5. Kötszerek a nyomási fekély kezelésében	Ajánlás 90–96	7
B.6. A nyomási fekély sebészete	Ajánlás 97–103	7
C. A nyomási fekély előfordulása		4
C.1. A nyomási fekély előfordulása	Ajánlás 104–105	2
C.2. Quality of life, önellátás, oktatás	Ajánlás 106–107	2

(Forrás: Saját szerkesztés)

A hazai állami fenntartású fekvőbeteg-szakellátó intézmények nyomási fekély prevenciójának és ellátásának feltérképezése az új hazai szakmai irányelv megjelenése előtt, illetve megjelenését követő pár hónapon belül a közelmúltban két alkalommal is megtörtént.

Célkitűzés

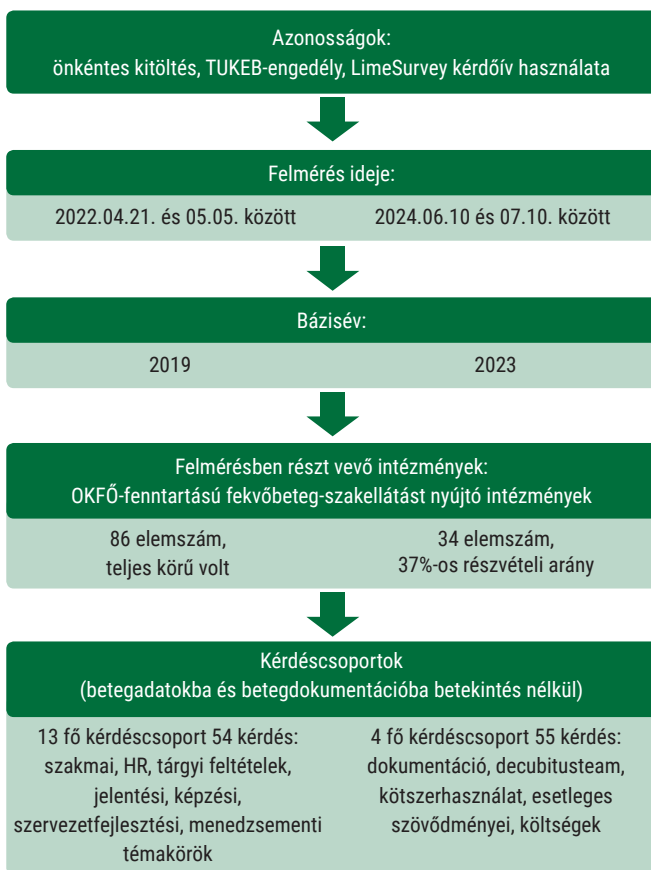
A 2022-ben megvalósult felmérés célja a hazai állami fekvőbeteg-szakellátás nyomási fekély prevenciójának és ellátásának feltérképezése és nemzetközi jó gyakorlatok beépülésének vizsgálata volt. Az intézményi gyakorlatok és körülmények felmérése arra irányult, hogy a szervezeti-menedzsmenti döntésen alapuló decubitusteam jelenléte, valamint a prevenció eszközhasználat milyen mértékben terjedt el a magyarországi közfinanszírozott kórházakban, és ezeknek van-e hatásuk az intézményben szerzett nyomási fekélyek előfordulási gyakoriságára. A felmérésről doktori disszertáció készült „*A kórházi menedzsment döntései és szervezeti tényezők a nyomási fekélyek prevenciójában és ellátásában*” címmel, amely az Országos Doktori Tanács és a Semmelweis Egyetem hivatalos honlapjáról teljes terjedelmében letölthető.

A 2024 nyarán készült felmérés célja az volt, hogy az akkor fél éve megjelenő új hazai szakmai irányelv ajánlásaira hivatkozva célirányosan mérje fel a prevenció gyakorlatát és a prevenció eszközellátottságát. Ezen túlmenően a felmérés másik kiemelt céljaként említendő, hogy az első felmérés konklúzióit levonva a szerzők kifejlesztettek egy úgynevezett decubituskalkulátort, amely kalkulátor alkalmas arra, hogy az intézmény által alkalmazott egyedi prevenció gyakorlatát főbb elemeire bontva modellezze az intézmény adottságainak megfelelő potenciális költségmegtakarítást, hatékonyságjavulást és humánerőforrás-racionalizálás lehetőségét.

Anyag és módszer

Anyag és módszertan tekintetében a két felmérés jellemzőit, azonosságait és különbségeit az **1. ábra** szemlélteti.

1. ábra: A 2022-es és 2024-es kórházi felmérés főbb jellemzői. (Forrás: Saját szerkesztés)



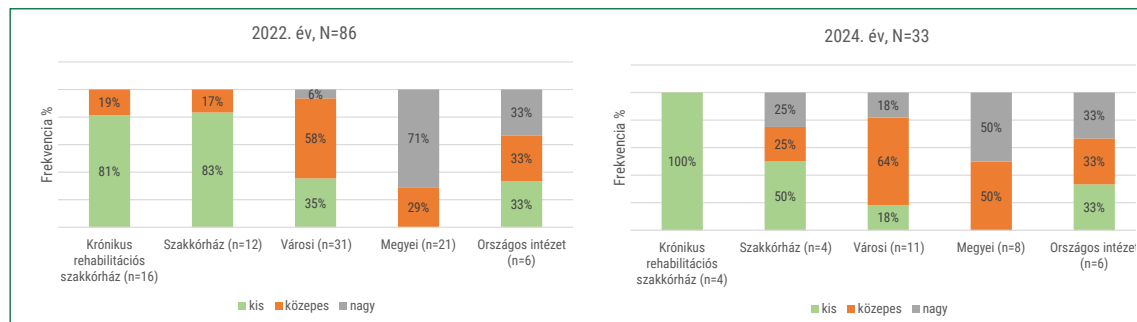
Felmérésekben elemzett adatok:

- kórház mérete* (350 ágy alatt kis, 351–850 ágy között közepes, 851 ágy felett nagyméretű);
- kórházak típusa (országos intézet, megyei kórház, városi kórház, szakkórház és krónikus rehabilitációs szakkórház);
- intézményi PU/PI monitoring;
- decubitusteam megléte (igen/nem);
- antidecubitor matracok száma;
- profilaktikus kötszer használata (igen/nem).

A 2024-es felméréshez kapcsolható decubituskalkulátor működési elve

A decubituskalkulátor fejlesztői a modellszámítások során a szakirodalmi evidenciákat vették alapul, amelyet az intézményektől bekért adatok révén a hazai gyakorlattal kívántak validálni. A nyomási fekély

* Tekintettel arra, hogy a 2024-ben készült felmérés fő célja a decubituskalkulátor adatainak validálása volt, a válaszadási hajlandóság elősegítése érdekében a kitöltésnél lehetőséget adtunk az intézményeknek arra, hogy szűkítetten (bizonyos osztályokra, szervezeti egységeire vonatkozóan) töltsék ki a kérdőívet. Ezzel a lehetőséggel 8 intézmény élt. A többi 25 kórház az egész intézményére vonatkoztatva küldte meg adatait. A modellszámításokat az ágyszámokhoz (és nem az intézmény egészéhez) arányosítottuk, így az osztályokra, szervezeti egységekre lebontott válaszok érdemben nem befolyásolták az eredményeket.

2. ábra: Elemzett kórházak típusai méret szerinti százalékos megoszlásban. (Forrás: Saját szerkesztés)

költségeit, illetve a prevenciók gyakorlat költséghatékonyágát modellező úgynevezett kalkulátor akkor használható optimálisan, ha a vizsgált egészségügyi intézményben minimálisan dokumentálják a magas rizikóval rendelkező betegek számát, illetőleg minimum éves összesítésben meg tudják adni, hogy az alkalmazott prevenciók gyakorlat mellett hány esetben alakul ki nyomási fekély, és végül az milyen súlyosági stádiumba kerül a benttartózkodás alatt. Ezen minimális adatok megléte mentén már értékelhető és összehasonlítható eredményeket kapunk.

A modell egyrészt az egyes kórházak által megadott, a saját ellátási gyakorlatukból származó úgynevezett input adatokra épül (magas decubitusrizikóval felvett betegek száma, kialakult sebek száma, sebek stádium szerinti megoszlása stb.), másrészt a kalkulátorban használt (szövődmények kialakulásának) valószínűségértékei, átlagos anyag-, orvosi és szakápolói bérköltségek, ápolási, sebkezelési percidók a korábbi hazai felmérésekből, iparágban gyűjtött adatokból és a tudományos szakirodalomból adaptált értékekből származnak. A modell döntési fa algoritmust használ, amely alapverziójában három scenáriót különböztet meg: teljes prevenciók csomagot alkalmazó intézmény (best case scenárió: A), opportunisztikusan prevenciót alig alkalmazó intézmény (worst case scenárió: C), és a felmérésben részt vevő kórház saját adatai (scenárió: B).

A kérdőívben szereplő és a kórházak szakemberei által kitöltött adatok közül a decubituskalkulátorban – főleg a valószínűségi számok validálásához – az alábbi adatokat használtuk fel:

- magas kockázatú (magas rizikójú) betegek száma;
- magas rizikójú betegek száma, akiknél felfekvés alakult ki;
- hozott nyomási fekélyek száma – lehetőség szerint stádium szerinti besorolási bontásban;
- a sebek számán belül külön a teljes vastagságú HAPI-k (stádium III. és IV.) száma és az összes nyomási fekély stádiumon belüli aránya;

- a felhasznált kötszerek, prevenciók kötszerek darabszáma és éves költségvetési kerete;
- közvetett mutató, amely a fajlagos értékek kiszámításához szükséges: a decubitusteammel, illetve a decubitusprevenciók tevékenységgel ellátott ágyszám.

A kalkulátor számításaihoz ezekből a mutatókból, változókból számos további fajlagos mutatók állíthatók elő, például:

- az egy ágyon egy év alatt előforduló magas kockázatú betegek száma;
- az összes sebből hány százalékban alakult ki teljes vastagságú (III. és IV. stádiumú) HAPI;
- nyomási fekély (decubitus)teamek létszáma, összetétele;
- javasolt átlagos matracellátottság és javasolt éves prevenciók költszermennyiség.

Eredmények

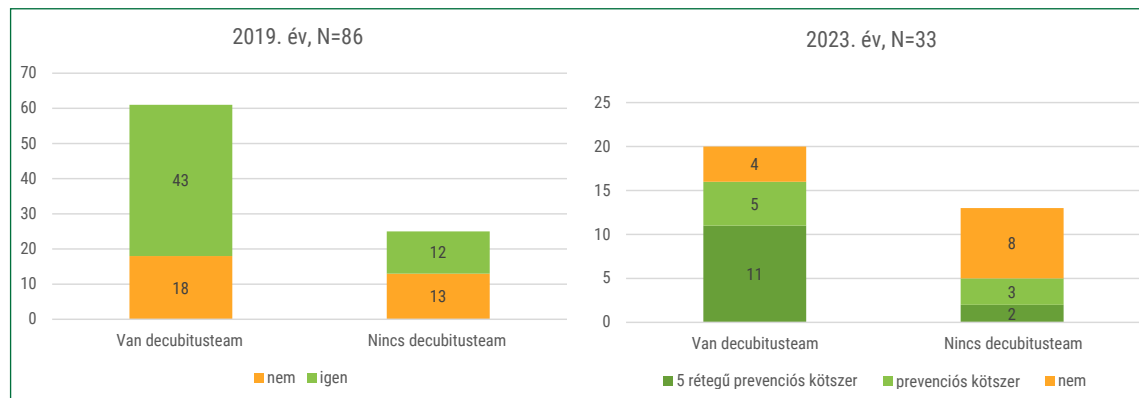
A kitöltők jellemzői

A kórházakat ágyszámuk, méretük és típusuk alapján csoportosítottuk, amelyet a **2. ábrán** tüntettünk fel.

A krónikus rehabilitációs szakkórházak és a szakkórházak főképp kisméretű intézmények voltak, a városi kórházak nagyobb része közepes méretű volt. A 2022-es felmérésben a nagyobb méretű megyei kórházak domináltak, 2024-ben fele-fele arányban a közepes és a nagyméretű vármegyei intézmények válaszoltak. Az országos intézmények mindkét felmérésben azonos méretarányban szerepeltek.

A nyomási fekély prevenciója és ellátási gyakorlata

A 2022-es felmérésben részt vevő 86 kórház közül 61-ben (70,9%) működik a decubitusteam, míg a 2024-es felmérésben a válaszadó 33 intézmény közül 20-ban (60,6%).

3. ábra: Prevenció kötszerhasználat, 2019 és 2023. (Forrás: Saját szerkesztés)

A nemzetközi irányelv ajánlása alapján (URL1) a prevenció eszközök vizsgálatába a profilaktikus kötszerhasználatot, valamint az antidecubitor matracra való ellátottságot vontuk be.

A 2022. évi felmérésben a 85 intézmény 64,7%-a (n=55) használt profilaktikus kötszert, egy nem közölt adatot. 2024-ben készült felmérésben 33 intézmény közül 63,6% (n=21).

A **3. ábrán** a prevenció kötszerhasználati hajlandóságot prezentáljuk a decubitusteamet működtető és nem működtető intézmények szerinti csoportosításban. A 2024-ben készült felmérésben a prevenció kötszereken belül rákérdeztünk a korszerű ötrétegű kötszerek használatára is.

A 2022-es felmérésben a támasztófelületek nyomáscsökkentő hatását *McInnes* és szerzőtársaihoz hasonlóan (*McInnes* 2015) nem vizsgáltuk és nem tettünk különbséget a forgalomban levő, korszerű, különböző anyagokból készült nyomási fekélyek megelőzésére specializálódott támasztófelületek vonatkozásában. A kérdőívben a hagyományos kórházi ágymatracoktól eltérő nyomáscsökkentő hatással rendelkező antidecubitor matrac ellátottságára fókuszáltunk. Az antidecubitor matracsámot a jelentett (reported) működő ágyak száma arányaiban vizsgáltuk. Ezt a számot az intézmények 88,4%-a adta meg (n=76), ezekben az intézményekben az átlagos arányuk 26,0% volt. A két 100%-os antidecubitor matracsámot jelentő outlier intézményt kizárva (n=74)

ismételt lefuttatást végeztünk, ebben az esetben az átlagos arány 24,0%-ra csökkent. A 2024-es kérdőívben a kórházakat arra kértük, hogy az antidecubitor matracsámukat irányelv által definiált (A.6.) „*low-tech*”, illetve „*high-tech*” típus szerint adják meg. A 33 intézmény közül egy városi közepes méretű szak-kórházban nincs az irányelv szerinti „*low-tech*”, illetve „*high-tech*” típusú matrac. Ellenben 3 intézmény az elemzésbe bevont részlegén 100%-os ellátottságot jelzett, az antidecubitor matracok átlagos aránya 35,5%, az outlierok nélkül 30,1%.

Intézményi monitoring

A nyomási fekélyvel kapcsolatos dokumentációs gyakorlatot is felmértük. Ezek közül jelen dolgozatban (**II. táblázat**) három olyan elemet emeltünk ki, amelyeket alapvető információknak tekinthetünk az intézményi nyomási fekély ellátási stratégiájának megfogalmazásához azzal a kiegészítéssel, hogy a második felmérésben pontosítottuk a kérdésfeltevéseket az intézményi monitoringgal kapcsolatosan, és a testtájék szerinti felmérés kérdést az első felmérésben nem ebben a kontextusban tettük fel.

Az első felmérésben bár 43 intézmény válaszolt úgy, hogy rendelkezik a nyomási fekélyek számát illetően stádium- (I., II., III., IV.) beosztás szerint adatokkal, azonban konkrét adatot csupán 39 intézmény tudott megadni.

II. táblázat: Intézmények nyomási fekélyvel kapcsolatos adatgyűjtési gyakorlata

Bázisév	Elemsszám	Magas kockázatú betegek száma		Testtájék szerinti elkülönítés		Stádiumok szerinti nyilvántartás	
		db	%	db	%	db	%
2019	N=86	17	19,7	–	–	igennel válaszolt: 43 adatot adó intézmények: 39	50,0 45,3
2023	N=33	13	39,4	29	87,8	26	78,8

(Forrás: Saját szerkesztés)

Megbeszélés, következtetések

A két felmérés célrendszere és technikai kivitelezése közel azonos volt, azonban a két felmérés között eltelt két év alatt a decubituskalkulátor kifejlesztése és a hazai irányelv megjelenése kapcsán a kérdésfeltevések módszertanilag pontosításra kerültek.

A fenntartó OKFŐ segítő szándéka megkérdőjelezhetetlen volt mindkét esetben azzal a különbséggel, hogy a 2024-es felmérés a nyári hónapokban realizálódott, és vélhetően ez is hozzájárult ahhoz, hogy a válaszadási hajlandóság 37%-os volt, szemben a 2022. évi teljes körű felméréssel. A kitöltési hajlandóságot elősegítve a második felmérés esetében lehetővé tettük az intézmények számára, hogy meghatározott szakmai egységeire (osztályokra és részlegekre) vonatkoztatva is kitölthették a kérdőívet és nem kértünk összintézményre vonatkozó adatokat. Ezzel a lehetőséggel a 33 intézmény közül 8 intézmény élt, ezért az antidecubitor matracszám arányszámításánál kismértékben befolyásolhatta az eredményeket. A kutatás további korlátozó tényezőjeként szükséges megemlíteni, hogy mindkét felmérésben a kérdésekre adott válaszok az intézmény retrospektív önbevallásán alapultak.

A második felmérés trendjéből arra következtünk, hogy úgy tűnik, a válaszadó intézmények nem preferálják kifejezetten a decubitusteamek működtetését (2019-ben az intézmények 70,9%-a, majd 2023-ban 60,6%-a), annak ellenére, hogy a hazai irányelv a „VII. Javaslatok az ajánlások alkalmazásához” fejezetben hangsúlyozza szükségességét az alkalmazás feltételeinél (1.1. pont).

A prevenció kötszerhasználat az állami kórházak körében 2019 és 2023 bázisú vonatkozásában lényegében nem változott (2019: 64,7, n=55; 2023: 63,6%, n=21). Ez a helyzet akkor fog javulni, ha a hazai irányelv egyértelmű prevenció kötszerre vonatkozó ajánlásait az intézményi beszerzéseknél alapul veszik az intézményi menedzsmentek.

A decubitusteamet működtető intézmények esetében viszont egyértelműen nagyobb hajlandóságot találtunk a prevenció kötszerek használatára, illetve láthatóan ezen belül is a korszerűbb ötrétegű kötszerek alkalmazására (3. ábra).

Az antidecubitor matracok tekintetében mindkét felmérés esetében rendkívüli nagy szórást tapasztaltunk (minimum 0%, maximum 100%). Átlagos arányt tekintve emelkedő tendenciát találtunk (2019: 24,0%, 2023: 30,1%), ugyanakkor ezt befolyásolhatta, hogy a második, 2024-ben készült felmérésben 8 intézmény nem összintézményi szinten adta meg az antidecubitor matrac arányát, illetőleg, hogy az első felmérésben a válaszadók 88,4%-a adta meg ezt a számot.

Jelen dolgozatban a magas kockázattal rendelkező betegek (19,7% és 39,4%) és a nyomási fekélyek stádiumbeosztás szerinti nyilvántartását (45,3%, 78,8%) emeltük ki, amelyeket láthatóan sporadikusan rögzítenek és tartanak számon az intézmények, bár a stádiumok szerinti elkülönült nyilvántartást 2023-ban már az intézmények háromnegyed része vezette. A két felmérés alapján leszögezhető, hogy a nyomási fekély prevenció-ellátás intézményi monitoringja országos szinten változatlanul elégtelen és inhomogén. Ez amellett, hogy akadályozza a nyomási fekély témakör kutatását, gátat szab az intézményen belüli és az országos benchmark vonatkozásokban is, amelyek alapul szolgálhatnak a felelős intézményi menedzsmenti döntéshozatalnak is.

A felmérések alapján szeretnénk kiemelni, hogy a költség- és teljesítménymérés szempontjait monitorozni szükséges, mert ezáltal lehetővé válik az intézményi és szervezeti egységek szintjén történő összehasonlítás és a későbbi kiértékelés.

A közvetlen betegellátás során rögzítésre ajánlott adatok intézményi és szervezeti egységek összesítése alapján kinyerhetők az ellátás alapvető minőségi mutatói.

A rögzítésre ajánlott és blokkokba csoportosított adatok közvetlenül a betegellátás során a nyomási fekély kontextusában különösen az alábbiak:

Felvételi státusz:

- kórházi felvétel ideje, osztály, kor, nem, alapdiagnózis, beteg érkezése: szociális bentlakásos otthonból, saját otthonából;
- magas rizikóval rendelkezik, pontszáma: (Irányelv Ajánlás 1);
- kockázatalapú megelőző terv készül/nem készül (Irányelv Ajánlás 2);
- felvételi státusznál a beteg nyomási fekélyrel rendelkezik: igen/nem (hozott és az intézményben szerzett nyomási fekélyek elkülönítése céljából) (Irányelv Ajánlás 3);
- felvételi státusznál észlelhető (hozott) sebek státusza:
 - száma,
 - predikciós helyei,
 - stádium szerinti besorolása sebenként.

Ellátás folyamata:

- sebellenőrzés megtörténte – dátum (Irányelv Ajánlás 5);
- sebellenőrzés eszközhasználatával – dátum (Irányelv Ajánlás 69);
- prevenció kötszer alkalmazása a kockázatnak kitett predikciós helyeken (Irányelv Ajánlás 9) és a sarkakon (Irányelv Ajánlás 40 és Ajánlás 91);

- nyomáscsökkentő felület használata (Írányelv Ajánlás 40 A.6 Felületek védelme alapján) – Low-tech típus – High tech típust elkülönítve);
- sebellátás megtörténte: kötszercsere vagy sebellátás eszközhasználat (Írányelv Ajánlás 76 B.3. Sebellátás, tisztítás és debridement);
- dietetikus vizit (alkalmak) megtörténte – dátum (Írányelv Ajánlás 10-23 A.3 Táplálás);
- gyógytornászi vizit megtörténte – dátum;
- gyógymasszőri vizit megtörténte – dátum.

Szövődmények monitoringja az ellátási folyamatban:

- sebészeti konzílium (alkalom) megtörténte – dátum (Írányelv Ajánlás 97);
- sebleoltás (alkalom) megtörténte – dátum, eredménye (Írányelv Ajánlás 91);
- sebészeti kimetszés (alkalom) – dátum (Írányelv Ajánlás 100);
- nyomási fekély indukálta antibiotikum-használat – alkalmazott antibiotikum (Írányelv Ajánlás 89).

Elbocsátási státusz:

- dátum, osztály;
- nyomási fekély kialakult-e a betegnél: igen/nem;
- kialakult nyomási fekély predikciós hely(ei);
- fekélyek stádiumbeosztás szerinti száma;
- hozott nyomási fekély stádium szerinti besorolás szerint.

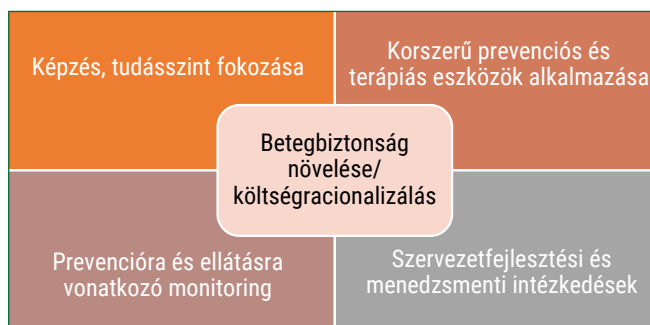
Gyakorlati megvalósításban mindenképpen törekedni kellene arra, hogy az adatok rögzítése, migrálása és nyilvántartása plusz adminisztrációs terhet ne jelentsenek az ellátók számára. Olyan elektronikus ápolási nyilvántartási rendszert kell kialakítani, amely duplikált, vagy többletidő-ráfordítás nélkül képes automatikusan feldolgozni a digitalizált ápolási és ellátási adatokat, információkat.

Összegzés

Az új hazai irányelv konkrét ajánlásai alapul szolgálnak az egységes intézményi nyomási fekély prevenció-ellátási gyakorlat monitoringjának kialakításához. Ezen egységes minimális monitoringrendszer ajánlott lenne módszertani levelekbe és intézményi ellátási protokollokba beépíteni, illetőleg a későbbiekben irányelvi szinten is beépíteni a konkrét ajánlások közé.

A betegbiztonság témaköréhez kapcsolódó, nosocomialis ártalomként is definiálható, népegészség-

4. ábra: Nyomási fekély prevenció stratégia főbb elemei (Forrás: Cseh 2024)



ügyi problémaként jelen lévő nyomási fekély prevenciója és ellátása tárgykörében

- a korszerű prevenció és terápiás eszközök biztosítása;
- a szükséges szervezeti változások: a decubitus-teamek létrehozása és folyamatos működtetése és/vagy minimálisan az intézményi decubitus-koordinátor nevesítése;
- a jól működő monitoring, valamint
- a PU-prevencióban és -kezelésben részt vevő szakemberek rendszeres képzése, tudásának és gyakorlatának naprakészen tartása, intézményi nyomási fekély koordinátori, krónikus sebkezelői licencek/mikrotanúsítványok, kompetenciafejlesztő továbbképzések szervezése

biztos stratégia a hatékony megelőzés és kezelés eléréséhez (4. ábra).

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük a nyomási fekély prevenciójában elkötelezett ápoló kollégáknak a kérdőív önkéntes kitöltését és a kutatásban való részvételt.

Szerzői munkamegosztás: Cs. B., B. Z., D. Cs: Az összefoglaló koncepciójának megtervezése, részvétel a kézirat összeállításában, felmérések kivitelezésében. Cs. B.: A kézirat végleges formájának kialakítása, módszertani alapok lebonyolítása. D. Cs, Cs. B.: Részvétel a szakirodalmi adatok áttekintésében. U. S. A.: A kézirat koncepciója, irányelvvel kapcsolatos összefüggéseinek elkészítése, részvétel a javaslatok megfogalmazásában. B. Z.: Szakértés, statisztikai feldolgozás, táblák, ábrák adattartalma. D. Cs: A kézirat egészséggazdasági vonatkozásainak kidolgozása.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalomjegyzék

- Amir, Y., Lohrmann, C., Halfens, R.J., Schols, J.M. (2017). Pressure ulcers in four Indonesian hospitals: prevalence, patient characteristics, ulcer characteristics, prevention and treatment. *Int Wound J* 14(1): 184–193. <https://doi.org/10.1111/iwj.12580>
- Cseh, B., Kincses, Gy., Balogh, Z., Dózsa, Cs. (2023) A felfekvés (decubitus) ellátásának és megelőzésének szakmapolitikai megközelítése. *Orvosi Hetilap* 164(21): 821–830. <https://doi.org/10.1556/650.2023.32761>
- Cseh, B., Balogh, Z., Takács, J., Türi, G., Dózsa, Cs. L. (2024). Organizational development and management factors involved in the prevention and effective therapy of pressure ulcers: The results of the national survey conducted among Hungarian public hospitals, *Int Wound J* 21(1): e14655. <https://doi.org/10.1111/iwj.14655>
- McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S. E., Dumville, J. C., Middleton, V., Cullum, N. (2015) Support surfaces for pressure ulcer prevention (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 3(9): CD001735. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001735.pub5>
- Peterson, M. J., Gravenstein, N., Schwab, W. K., van Oostrom, J. H., Caruso, L. J. (2013) Patient repositioning and pressure ulcer risk – monitoring interface pressures of at-risk patients. *J Rehabil Res Dev* 50(4): 477–488. DOI: 10.1682/jrrd.2012.03.0040
- Porter-Armstrong, A. P., Moore, Z. E., Bradbury, I., McDonough, S. (2018) Education of healthcare professionals for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 25(5): CD011620. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011620.pub2>
- URL1: Raskovicsné, Csernus, M. Assessment of pressure ulcer care according to quality patient care criteria, Doctoral thesis. (2012) https://repo.lib.szemmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/265/raskovicsnecsernusmariann.t%C3%A9zis_magyar.pdf?sequence=1 (Letöltve: 2023. 07. 10.)
- URL2: European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of injuries/pressure ulcers. Quick reference guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: International Guideline 2019. <https://www.epuap.org/pe-guidelines/> (Letöltve: 2023. 07. 11.)
- URL3: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. A decubitus rizikófelmérese, prevenciója és kezelése. Készítette: Az Ápolási Szakmai Kollégium <https://kollegium.aek.hu/Iranyelvek/Index> (Letöltve: 2024. 11. 15.)
- URL4: Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság. Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv. A nyomási fekély rizikófelmérese, prevenciója és kezelése <https://kollegium.aek.hu/Iranyelvek/Index> (Letöltve: 2024. 11. 15.)

SZABADON VÁLASZTHATÓ ELMÉLETI TOVÁBBKÉPZÉSI PONT SZERZÉSI LEHETŐSÉG

Kedves Olvasóink!

Örömmel értesítjük Önöket, hogy a NŐVÉR szakfolyóirat 2024. évi lapszámaiban a tanulmányok és kutatási beszámolók mellett a továbbképző cikkek is megtalálhatóak voltak!

Felhívjuk figyelmüket, hogy folyamatosan biztosítjuk az e-továbbképzésekre történő jelentkezés lehetőségét a MESZK honlapján keresztül. Jelenleg négy e-továbbképzési anyag érhető el a korábbi lapszámokból. Ne hagyják ki ezt a lehetőséget, és fejlesszék tudásukat a szakmai fejlődés érdekében!

Az e-továbbképzéseket az alábbi oldalon tudják elvégezni: oktatas.meszk.hu

Üdvözlettel: A NŐVÉR Szerkesztősége

EREDETI KÖZLEMÉNY

Látássérült személyek közúti közlekedési integrációja Budapesten

MÁRTON Dávid

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A látássérült személyek közúti közlekedése Budapesten komoly kihívásokkal jár, a közlekedési infrastruktúra fejlesztése elengedhetetlen a látássérültek biztonságos és autonóm mobilitásának érdekében. A kutatás célja feltérképezni az akadálymentesítés jelenlegi helyzetét, különös tekintettel a hangos jelzőlámpák és Fővárosi Utastájékoztató Rendszer (Futár) eloszlására.

Módszer: A kutatás retrospektív jellegű, amely a 2015 és 2023 között megjelent releváns szakirodalmi forrásokra, valamint a Budapesti Közlekedési Központ által szolgáltatott infrastruktúra-adatokra épül. A hangos gyalogátkelők és a Futár-kijelzők elhelyezkedéséről térképek készültek és a kapott adatok eloszlásvizsgálattal kerültek kiértékelésre, továbbá mélyinterjúk segítettek a téma alapos feltárásában.

Eredmények: A kutatás során kiderült, hogy a hangos gyalogátkelők és a Futár-kijelzők eloszlása egyenlőtlen, mivel a belső kerületekben magas a lefedettség, a külvárosi részekben pedig jelentős hiányosságok tapasztalhatók. A mélyinterjúk rávilágítottak a látássérültek közlekedési nehézségeire.

Következtetés: A közlekedési infrastruktúra fejlesztése mellett elengedhetetlen a hangos gyalogátkelők és Futár-kijelzők telepítésének intenzifikálása, különös tekintettel a külvárosi területekre, ahol az eszközök száma alacsonyabb. A kutatás feltárja az akadálymentesítés hiányosságait, és iránymutatást nyújt a területi egyenlőtlenségek csökkentéséhez szükséges fejlesztésekhez.

Kulcsszavak: látássérült személyek, vakság, akadálymentesítés, hangos jelzőrendszerek, érzékenyítés

Integration of Visually Impaired Individuals into the road Transportation System in Budapest

David MARTON

SUMMARY

Purpose: The mobility of visually impaired individuals in Budapest, especially in its crowded environments, is a major challenge. The improvement of transportation infrastructure and orientation aids is essential for ensuring the safe and independent mobility of the visually impaired. The aim of the research is to map the current state of accessibility, with a particular focus on the distribution of audible pedestrian crossings and the real-time traffic management system (Futár).

Methods: The study is retrospective, relying on relevant literature published between 2015 and 2023, as well as infrastructure data provided by the BKK Centre for Budapest Transport. Additionally, maps were created to illustrate the locations of audible pedestrian crossings and real-time traffic management system (Futár) displays. The collected data underwent distribution analysis, and in-depth interviews were conducted to thoroughly explore the topic and highlight the specific challenges faced by visually impaired individuals in the urban environment.

Results: The research has revealed that the distribution of audible pedestrian crossings and Futár displays is uneven: while coverage is high in the central districts, there are significant gaps in the suburban areas. The in-depth interviews have shed light on the difficulties faced by visually impaired individuals in their daily commutes.

Conclusion: In addition to infrastructure improvements, increasing the number of audible pedestrian crossings and Futár displays, with particular attention to suburban areas, is crucial in Budapest. The research identifies the existing barriers in accessibility and provides recommendations for improvements to reduce spatial disparities.

Keywords: visually impaired persons, blindness, accessibility, audible traffic signals, awareness

MÁRTON Dávid optometrista, kontaktológus, GrandVision Hungary Kft.

Levelező szerző

(corresponding author):

MÁRTON Dávid

E-mail: davidmarton993@gmail.com

Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0025> | www.eLitMed.hu

Beérkezett: 2024. augusztus 16.

Elfogadva: 2024. november 16.

Bevezetés

A látás, mint elsődleges érzékszerv, meghatározó szerepet tölt be mindennapi életünkben, hiszen a környezeti információk mintegy 80%-át vizuális úton nyerjük. Ez alapvetően befolyásolja a környezetünk értelmezését, a térbeli tájékozódást és a kognitív folyamatokat. A szem mindössze 24 milliméter átmérőjű, gömb alakú szervként az emberi test egyik legösszetettebb szerkezeti egysége, amely kifinomult optikai rendszerként funkcionál (Süveges, 2015). Látássérülés a szem, a nervus opticus vagy a vizuális információkat feldolgozó agykérgi központ strukturális vagy funkcionális károsodásának következményeként alakul ki, amely lehet veleszületett vagy szerzett etiológiai tényezők eredménye. A fogalom orvosi, jogi (kedvezmények igénybevétele), munkaügyi (pályaalkalmasság) és pedagógiai szempontból is értelmezhető (Horváthné Mészáros, 2006). A látássérült emberek többsége rendelkezik valamilyen minimális mértékű látással, az amerikai és nyugat-európai szakirodalom nagyjából 20%-ra teszi a teljesen vak személyek arányát – ezért is ajánlja a modern terminológia a „látássérült” elnevezés használatát (Pajor, 2023).

A látássérültek különböző stratégiákat alkalmaznak a közlekedési környezet biztonságos értelmezésére (Lloyd-Esenkaya et al., 2020). A látássérülés fokának meghatározására használt nemzetközi kategóriarendszer a World Health Organization (későbbiekben WHO) által kidolgozott International Classification of Diseases (ICD–11, magyarul: Betegségek Nemzetközi Osztályozása – BNO–11), amely különbséget tesz a távoli és közeli látási funkciók károsodása között, figyelembe véve a funkcionalitás szempontjait is (WHO, n. d.) (**I. táblázat**).

Vitale, Cotch és Sperduto az Egyesült Államokban készített 2006-os tanulmányából kiderül, hogy a teljes vakság viszonylag ritka és előfordulása a különböző demográfiai csoportok között eltérő, azonban a látáskárosodás jelentős közegészségügyi problémát jelent. A látássérült népesség nagyságát leginkább becsülni lehet a variábilis definíciós kritériumok mi-

I. táblázat: A látássérülés osztályozása a BNO–11 alapján. (Forrás: A táblázatot a szerző készítette)

Típus	Mérték	Visusérték
Távoli látássérülés	enyhe	<0,5
	mérsékelt	<0,3
	súlyos	<0,1
	vakság	<0,02
Közeli látássérülés		<0,5 maximális korrekcióval

Rövidítések jegyzéke

BKK = Budapesti Közlekedési Központ

Futár = Fővárosi Utasforgalmi Tájékoztató Rendszer

KSH = Központi Statisztikai Hivatal

MVGYSZ = Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége

WHO = World Health Organization

att, sok ország nem szolgáltat adatot, vagy az adatok nem fedik a valóságot. A tanulmány hangsúlyozza, hogy a vakság leggyakoribb okai között szerepel a maculadegeneráció, a diabeteses retinopathia, a nem korrigált fénytörési hibák (myopia, hypermetropia, astigmatismus), a meg nem operált cataracta és a glaucoma. Ezek elsősorban az idősebb felnőtteknél fordulnak elő, ami a vakság magasabb előfordulási arányát magyarázza ebben a csoportban (Vitale et al., 2006). Steinmetz és munkatársai (2021) tanulmánya szerint 2020-ban a cataracta a vakság eseteinek körülbelül 33%-áért volt felelős, a glaucoma a 66%-át, a diabeteses retinopathia pedig 19%-át okozta (Steinmetz et al., 2021). A WHO 2022-es jelentése szerint globálisan több mint 2,2 milliárd ember él különböző mértékű látássérüléssel, amelybe beletartoznak a különböző fokú látáskárosodások, beleértve a vakságot is. Ebből a számból legalább 1 milliárd ember olyan látássérüléssel küzd, amely megelőzhető vagy kezelhető lett volna megfelelő és hozzáférhető egészségügyi ellátással. A jelentés célja, hogy felhívja a figyelmet a globális egészségügyi rendszerek megerősítésének fontosságára, különösen a szemészeti ellátás területén (WHO, 2022).

Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban KSH) tízévente tart népszámlálást, amelynek során a fogyatékkal élők, így a látássérüléssel élők demográfiai adatait is rögzítik. A 2022-es népszámlálás adatai alapján országosan 8738 főt regisztráltak vakként, míg 34 247 főt gyengénlátó vagy aliglátó kategóriába soroltak. Ebből a Budapesten élő vakok száma 1304 fő, a gyengénlátóké és aliglátóké pedig 4587 fő (**II. táblázat**). A 2011-es országos népszámlálási adatokat tekintve a vakok 57%-a, a gyengénlátók és aliglátók 46%-a minősítette magát közlekedéileg akadályozottnak (KSH, 2021). Az Eurostats és a KSH adatai szerint a látássérült populáció jelentős része nem Budapesten, hanem a fővároson kívüli községekben él (Eurostat, 2023). Ez a demográfiai tény különösen releváns a közúti

II. táblázat: A budapesti látássérültekre vonatkozó 2022-es népszámlálási adatok. (Forrás: A táblázatot a szerző készítette a KSH 2022-es népszámlálási adatai alapján)

Korcsoport	Vakok száma		Gyengénlátók, aliglátók száma	
5–14 éves	15		130	
15–24 éves	51		183	
25–34 éves	92		233	
35–44 éves	163		356	
45–54 éves	146		509	
55–64 éves	155		542	
65–74 éves	268		809	
75–84 éves	267		964	
85 éves vagy idősebb	147		861	
	573 férfi	731 nő	1862 férfi	2725 nő
Összesítve:	1304		4587	

közlekedés vonatkozásában, mivel a vidéki területeken élő látássérült személyek fokozottabb kihívásokkal nézhetnek szembe a biztonságos és akadálymentes közlekedés biztosítása terén. A vidéki úthálózatok gyakran elmaradnak a városi területek fejlettségétől, hiányosak lehetnek a látássérültek számára szükséges olyan gyalogos-infrastruktúrák, mint a vezetősávok, hangjelzéssel ellátott gyalogátkelők és megfelelő járdák, továbbá a tömegközlekedési lehetőségek is korlátozottak, ami tovább nehezíti a látássérültek mindennapi mobilitását és önállóságát. Ennélfogva kulcsfontosságú a közúti közlekedés fejlesztése és akadálymentesítése a vidéki területeken is. Ez magában foglalhatja a megfelelő útburkolati jelzések kialakítását, a közlekedési csomópontok akadálymentesítését, valamint a közösségi közlekedéshez való jobb hozzáférés biztosítását speciális szolgáltatások és eszközök révén. Jelen célzott irodalmi kutatás célja, hogy felhívja a figyelmet a látássérültek helyzetének fontosságára, és átfogó képet adjon a jelenlegi akadálymentesítési helyzetről. A kutatás rávilágít a közlekedési infrastruktúra hiányosságaira is.

A látássérültek akadálymentes közlekedésének jogszabályi háttere

A látássérüléssel élő személyek jogait és akadálymentes közlekedésüket Magyarországon több törvény is szabályozza. Az 1998. évi XXVI. törvény előírja, hogy a közszolgáltatások, beleértve a közlekedést is, egyenlő módon hozzáférhetőek legyenek a fogyatékkal élő személyek számára. Az 1/1975. (II. 5.) KPM-BM rendelet (KRESZ) biztosítja a fe-

hér bottal közlekedő látássérültek elsőbbségét a gyalogátkelőknel. Az 1/2018. (I. 12.) EMMI-rendelet kimondja, hogy látássérült személyek nem vezethetnek gépjárművet. Az Országos Településrendezési és Építési Követelmények (OTÉK) pedig előírják a közlekedési infrastruktúra, például megállók és csomópontok akadálymentesítését a biztonságos közlekedés érdekében (253/1997. [XII. 20.] kormányrendelet).

A látássérültekre vonatkozó helyi kedvezmények és támogató szolgáltatások

A budapesti helyi közlekedésben a látássérült személyek számára biztosított ingyenes utazás a metró, HÉV, villamos, trolibusz és környéki autóbuszok (1–99, 101–299, 900–999 járatszámú), valamint a fogaskerekű esetében. A kedvezmény igénybevételéhez a Magyar Államkincstár által kiállított hatósági igazolvány és személyazonosságot igazoló okmány vagy a Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetségének érvényes arcképes igazolványa szükséges. A vakvezető kutyák a Budapesti Közlekedési Központ (későbbiekben BKK) járatain díjmentesen és szájkosár használatával utazhatnak. A BudapestGO alkalmazás okostelefonon elérhető felolvasóprogramja további segítséget nyújt a látássérült utasoknak a közlekedésben (Budapesti Közlekedési Központ, n. d.).

Módszer

Retrospektív jellegű kutatásomban a látássérültek budapesti közúti közlekedési integrációját vizsgáltam átfogóan. A kutatás során több módszert alkalmaztam, köztük célzott irodalomkutatást, amely elsősorban a 2015–2023 között megjelent szakirodalmi publikációkra és irányelvekre épült. A BKK Zrt. által szolgáltatott adatok felhasználásával térképeket készítettem a hangos gyalogátkelők és a Fővárosi Utasforgalmi Tájékoztató Rendszer (későbbiekben Futár) tábláinak elhelyezkedéséről. A kapott adatokat térképen ábrázoltam és eloszlásvizsgálattal elemeztem. A vizualizáció során a Google Maps platform eszközeit alkalmaztam, amelyekkel ábrázoltam a hangos gyalogátkelők és a Futár-táblák elhelyezkedését. Ez lehetőséget nyújtott a hangos jelzőlámpák földrajzi eloszlásának vizuális elemzésére, valamint a mintázatok azonosítására Budapest különböző városrészeiben. A BKK által biztosított adatok alapján összesítettem az egyes kerületekben található eszközök számát. Ezek arányát úgy számítottam ki, hogy

az adott kerületben lévő eszközök számát elosztottam az összes budapesti eszköz számával, és az eredményt százalékos formában fejeztem ki.

A gyakorlati szempontokat mélyinterjúk is gazdagították, beszélgetést folytattam Kovács Margittal, a Láthatatlan kiállítás tárlatvezetőjével, valamint Németh Orsolyával, a Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetségének (későbbiekben MVGYOSZ) szakmai vezetőjével. Ezen túlmenően tanulmányoztam a BKK „Vilamos- és autóbusszmegállók tervezési útmutatóját”, amely a látássérültek közlekedési igényeit figyelembe vevő infrastruktúra tervezési alapelveit részletezi. A budapesti közúti közlekedési infrastruktúra elemzése átfogó képet adott a jelenlegi helyzetről, feltárva a látássérültek számára nyújtott lehetőségeket és a fennálló akadályokat.

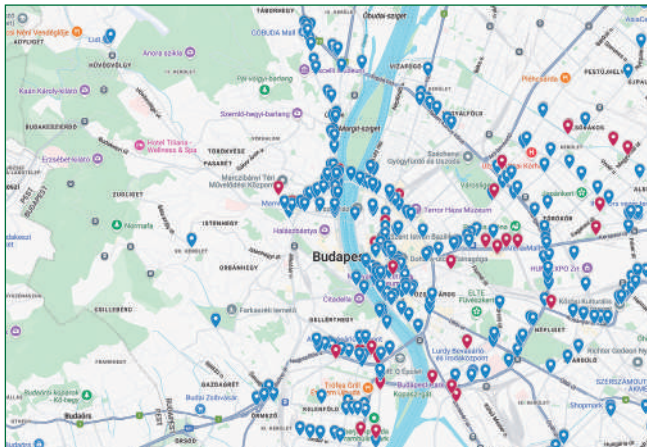
Eredmények

A hangos gyalogátkelők területi eloszlása

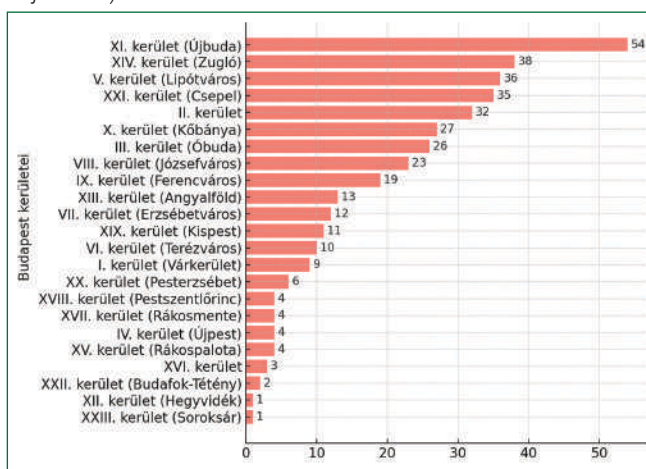
A hangos gyalogátkelők földrajzi eloszlását és típusát tartalmazó adatokat a BKK Zrt. biztosította a kutatásomhoz (BKK Zrt., 2020). A kutatás célja az adatok elemzése, számszerűsítése és térképi megjelenítése volt, különös tekintettel a látássérült személyek közlekedésének megkönnyítésére ezen közlekedési infrastruktúra vonatkozásában.

Az adatok elemzése és az elkészített térkép (1. ábra) alapján Budapesten jelenleg 374 gyalogos-átkelőhely rendelkezik hangos jelzőlámpával, és ezen átkelőhelyek száma folyamatosan növekszik. Ha megvizsgáljuk a gyalogátkelők eloszlását kerületenként (2. ábra), megállapítható, hogy többségük a pesti oldalon helyezkedik el. A legtöbb hangos jelzőlámpa a XI. kerületben (Újbuda) található, ahol 54 ilyen lámpa segíti a látássérültek közlekedését, ez az összes lámpa 14,4%-át teszi ki. Ezt követi a XIV. kerület (Zugló) 38 lámpával, ami 10,2%-os aránynak felel meg, míg az V. kerületben (Lipótváros) 36 jelzőlámpa található, ez 9,6%-ot jelent. A II. kerület (Buda) 32 lámpával rendelkezik, ami a lámpák 8,6%-a. Ezek az adatok rámutatnak arra, hogy a belvárosi területek lefedettsége magasabb, mint a külvárosi régióké. A koncentráció a forgalmas közlekedési csomópontok és a látássérültek számára nyújtott szolgáltató intézmények elhelyezkedésével magyarázható.

1. ábra: A hangos gyalogátkelők területi eloszlása Budapesten. (Forrás: saját ábra)

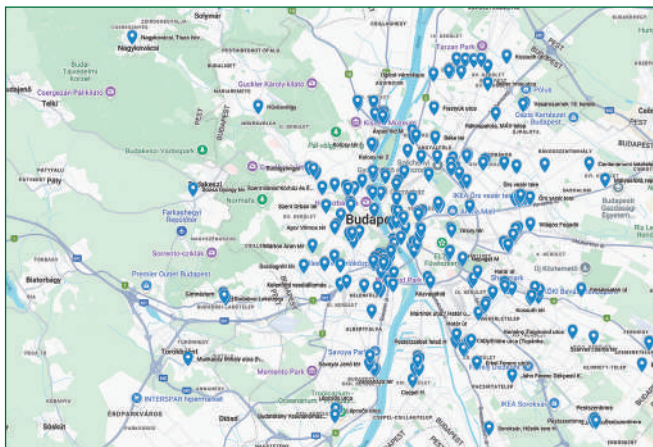


2. ábra: Hangos gyalogátkelők száma kerületenként. (Forrás: saját ábra)

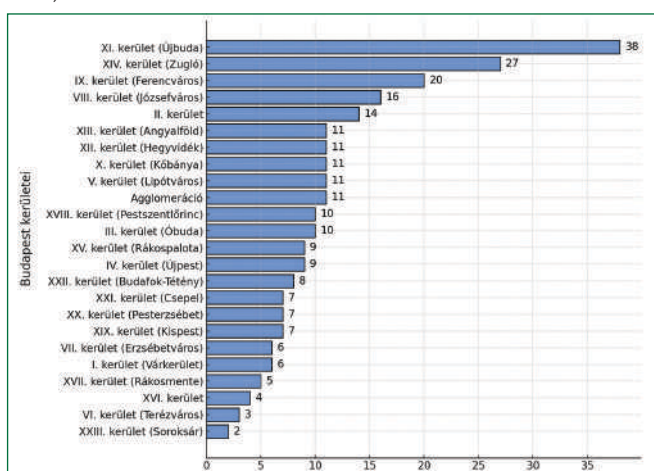


A jelzőlámpák földrajzi eloszlásának és sűrűségének vizsgálata azt mutatja, hogy a telepítések során a legnagyobb prioritást a tágabb belvárosi régió kapta. A térképes elemzés alapján megfigyelhető, hogy a belvárosból kifelé haladva a telepítések leggyezyőszőrezen koncentrálnak a főbb körutak mentén, mint a Kis- és Nagykörút, a Könyves Kálmán és Hungária körút, valamint a Kőrösi Csoma Sándor, Fehér út és Nagy Lajos király út tengelye mentén. A sugárutak közül a Rákóczi úton található a legtöbb telepített eszköz. A budai oldalon a legtöbb hangos jelzőlámpa a II. kerületben található, összesen 32 darab. Ezenkívül néhány jelzőlámpa elhelyezkedése jellemzően a városrészeket összekötő hidak budai oldalára korlátozódik, valamint a Margit körút Széll Kálmán térig tartó szakaszára és a Bocskai út Kosztolányi Dezső téri részére. A külvárosi területeken – Kispest és Csepel kivételével – szóróványosan található hangos jelzőlámpák.

3. ábra: A Futár-kijelzők területi eloszlása Budapesten. (Forrás: saját ábra)



4. ábra: Futár-kijelzők száma kerületenként. (Forrás: saját ábra)



A hangos jelzőlámpák két fő típusba sorolhatók: beszélő és sípoló hangjelzéseket adók. Az összesített adatok alapján a jelzőlámpák 89%-a beszélő típusú, míg 11%-a sípoló jelzéseket közvetít. A térképen kék színnel jelöltem a beszélő és piros színnel a sípoló jelzőlámpákat, hogy a különböző típusok arányai könnyen értelmezhetők legyenek. A beszélő jelzőlámpák tisztán érthető, emberi hangon nyújtanak tájékoztatást, amely kizárólag a jelzőlámpa aktuális állapotára (szabad/tilos) és az útszakasz megnevezésére összpontosít. Ezen információk célja a téves értelmezés lehetőségének minimalizálása, ezáltal növelve a látássérültek biztonságát. A jelzőlámpák hangerőszintjének beállítása különösen fontos: a közlekedési zaj mellett olyan hangosság szükséges, amely biztosítja, hogy a jelzések könnyen hallhatók legyenek. Emellett a célcsoport hallási sajátosságainak figyelembevételével biztosítható, hogy a jelzések

hatékony segítséget nyújtsanak a látássérült közlekedőknek, beleértve a halláscsökkenéssel élőket is.

A Futár-kijelzők területi eloszlása

A Futár-kijelzők számát és földrajzi eloszlását tartalmazó adatokat a BKK Zrt. biztosította a kutatás számára, amelyeket az eszközök területi megoszlásának elemzésére, számszerűsítésére és térképes ábrázolására használtam fel (BKK Zrt., 2020).

Az adatok elemzése és a készített térkép (3. ábra) alapján megállapítható, hogy a Budapest-szerte elhelyezett utastájékoztató kijelzőkből jelenleg 263 működik, és számuk folyamatosan növekszik. A kijelzők kerületi eloszlásának vizsgálata (4. ábra) azt mutatja, hogy a kijelzők többsége a pesti oldalon található. A legnagyobb kijelzősűrűség a XI. kerületben (Újbuda) figyelhető meg, ahol 38 kijelző található, amely az összes Futár-kijelző 14,4%-át jelenti. A XIV. kerületben (Zugló), ahol több látássérültekkel foglalkozó intézmény is működik, 27 kijelző működik, ami a kijelzők 10,3%-át teszi ki. A IX. kerületben, Ferencvárosban 20 kijelző működik, amely az összes kijelző 7,6%-a, míg a VIII. kerületben, Józsefvárosban 16 kijelző található, ami 6,1%-os arányt képvisel. A térképes elemzés alapján a belvárosban kevesebb kijelző található, míg a körutak és a forgalmas közlekedési csomópontok mentén nagyobb számban telepítettek kijelzőket. A külvárosi területek

közt Pestszentlőrinc (XVIII. kerület) és Rákospalota (XV. kerület) rendelkezik a legtöbb telepített kijelzővel. Az ábrák azt mutatják, hogy a Futár-kijelzők nagyobb számban találhatók ott, ahol a közösségi közlekedés intenzívebb és a látássérült lakosok aránya magasabb. A kijelzők elhelyezkedése szoros korrelációt mutat a közlekedési csomópontok sűrűségével és a lakosság igényeivel, különös tekintettel a látássérült lakosok számára nyújtott támogatásra.

Interjúalanyok személyes tapasztalatai és kihívásai

A kutatás gyakorlati vonatkozásait mélyinterjúk segítségével vizsgáltam, amelyek alanyait célzottan, releváns szakmai tapasztalataik és szakértelmük alapján választottam ki. Kovács Margit maga is látássérült

személy, így közvetlen tapasztalatokkal rendelkezik a közlekedés mindennapi nehézségeiről, *Németh Orsolya* pedig olyan szakember, aki széles körű ismeretekkel bír a látássérültek közlekedését érintő infrastrukturális és jogi kérdésekben.

Az első interjú során Margit arról számolt be, hogy vidéken született, de jelenleg Budapesten él. Vele született látássérült, a nervus opticus fejlődése magzati korban nem volt megfelelő. A visusa binokulárisan 0,1, ami fény- és alaklátást jelent. Margit számára a Budapest utcáin való közlekedés már nem okoz különösebb kihívást, mivel magabiztosan használja a fehér botot. Ugyanakkor a közlekedést továbbra sem tartja kikapcsolódásnak, mivel állandóan figyelnie kell a környezeti zajokra és a vizuális, valamint akusztikus jelekre. Az utcai közlekedés legnagyobb nehézségeit Margit számára a kihelyezett Demszky-karók és az utcára elhelyezett bútorok jelentik. Az alacsony padlós buszok használata számára előnyös és kényelmesebb alternatívát jelent a régebbi típusú járművekkel szemben. A villamosokon való közlekedése szintén zökkenőmentes, főként az integrált utastájékoztató rendszereknek köszönhetően. Margit tapasztalatai alapján a tömegközlekedésben részt vevő utazóközönség jellemzően együttműködő és készséges segítséget nyújt, amennyiben erre szükség van (személyes kommunikáció: Kovács Margit, 2020. március 14.).

A második interjúban *Németh Orsolya*, aki vele született látássérült és az MVGYOSZ szakmai vezetője, elmondta, hogy bár magabiztosan közlekedik, rendszeresen szembesül kihívásokkal a városi közlekedés során. Az utcai közlekedés során számára a legnagyobb kihívásokat az időjárás viszonyai, valamint az olyan váratlan környezeti változások jelentik, mint az építkezések vagy ideiglenes útakadályok. Elmondta, hogy Magyarországon a hangos gyalogátkelőket már a '80-as évektől telepítik. Kezdetben minden átkelésnél hangjelzést adtak, ami jól működött, de a folyamatos hangjelzések jelentős zajterhelést okoztak a környéken élők számára. A 2000-es évek elején vezették be a távirányítóval történő vezérlést, amely lehetővé teszi a látássérült személyek számára, hogy aktiválják a jelzőlámpákat. Orsolya továbbá megemlítette, hogy a Futár-rendszer bevezetésekor még nem voltak elterjedve az okostelefonok a látássérültek körében, így a táblák rendkívül hasznosak voltak, bár ma már több alternatíva is létezik. Aktiválás után a tábla hangosan bemondja az aktuális menetrendet, azonban a hangereje nem mindig igazodik a forgalom zajához, és előfordul, hogy a táblákat nem megfelelően helyezik el (Személyes kommunikáció: Németh Orsolya, 2020. március 23.).

Megbeszélés

A kutatás eredményei rámutattak arra, hogy a Futár-kijelzők és a hangos jelzőlámpák elhelyezése szoros összefüggésben áll a közlekedési csomópontok formájával és a látássérült lakosok igényeivel. Fontos kiemelni, hogy a hangos gyalogátkelők és Futár-kijelzők száma folyamatosan növekszik, ami jelentős előrelépést jelent az akadálymentesítés terén. Az összesített adatok és térképes elemzések azt mutatják, hogy a sűrűn lakott központi területeken, ahol intenzívebb a közösségi közlekedés, több ilyen eszköz található, míg a külvárosi területeken ezek száma jelentősen alacsonyabb. Ez a megoszlás világosan jelzi a közlekedési infrastruktúra és az akadálymentesítés további fejlesztésének szükségességét, különösen a peremkerületekben, ahol a jelenlegi eszközök száma nem elegendő. Az ilyen fejlesztések új jelzőrendszerek telepítését és a meglévő rendszerek karbantartását igénylik.

A villamosmegállók többsége alacsony padlós járműveket használ, amelyek megkönnyítik a látássérült utasok közlekedését. A Futár-kijelzők hangos utastájékoztató rendszerei valós idejű információkat nyújtanak, ami különösen fontos a látássérült utasok számára. Az autóbusz-megállókban hasonló taktilis jeleket alkalmaznak, és alacsony padlós járműveket használnak, amelyek biztosítják a látássérültek számára a biztonságos közlekedést. A vezetősávok a látássérült személyek haladási irányát jelölik, és a kijelölt gyalogos-átkelőhelyekkel párhuzamosan helyezkednek el. Ezek 20×20 cm-es csíkos térkélelemekből készülnek, míg a figyelmeztető jelek a veszélyes helyzetekre, például süllyesztett szegélyek vagy lépcsők előtt figyelmeztetnek. A zónahatárkövek a biztonsági sáv belső szegélyét jelölik, biztosítva a biztonságos tartózkodási zónát. A BKK villamos- és autóbusz-megállók tervezési útmutatója szerint a látássérültek igényeinek figyelembevétele kulcsfontosságú a közösségi közlekedési infrastruktúra tervezésében. Az útmutató részletesen tárgyalja a taktilis jelek és a vezetősávok szerepét, amelyek biztosítják a látássérült utasok biztonságos és önálló közlekedését (BKK Zrt., 2015). Bár számos megállóban és közlekedési csomópontban már elérhetők taktilis jelzések, további telepítésük és fejlesztésük szükséges annak érdekében, hogy a a hallássérüléssel is élő személyek biztonságos közlekedése is biztosított legyen auditív támogatás nélkül.

Az összesített adatok és a térképes elemzések alapján megállapítható, hogy Budapest belső területein nagyobb figyelmet fordítanak az akadálymentesítésre, míg a külvárosi részeken a Futár-kijelzők és hangos jelzőlámpák jelenléte korlátozott.

Ez a helyzet rámutat arra, hogy további fejlesztésekre van szükség ahhoz, hogy a látássérültek számára szükséges infrastruktúra a külvárosi területeken is megfelelően biztosított legyen.

A mélyinterjúk rávilágítottak arra, hogy a látássérült személyek számára a városi közlekedés számos kihívást rejt, különösen a nem megfelelően elhelyezett közterületi berendezések képeznek jelentős akadályt és nehezítik meg nagymértékben a látássérültek közlekedését.

Az Echo távirányító, a Futár-rendszer és a BudapestGO alkalmazás bevezetése jelentősen javította a látássérültek közlekedésének biztonságát és önállóságát. Az Echo távirányító lehetővé teszi a közlekedési információkhoz való könnyű hozzáférést, különösen a jelzőlámpás kereszteződéseknel és a Futár-kijelzők aktiválásánál. A Futár-rendszer műholdas járműkövetési technológiája valós időben biztosítja a pontos menetrendi információkat, amelyek elengedhetetlenek a látássérült utasok számára (Budapesti Közlekedési Központ, 2024). Az eredmények arra utalnak, hogy a technológiai újítások fontos szerepet játszhatnak a közlekedési infrastruktúra akadálymentesítésében, és további fejlesztési lehetőségeket is kínálhatnak, mint például egy dinamikusabb, jobban alkalmazkodó jelzőrendszer bevezetése.

Következtetések, javaslatok

A budapesti hangos gyalogátkelőről és Futár-tábláról készített térképek nemcsak a jelenlegi helyzet felmérésére szolgálnak, hanem iránymutatást is adnak a további fejlesztések szükségességéről is, hozzájárulva a budapesti infrastruktúra teljes körű akadálymentesítéséhez.

A kutatás rávilágított, hogy míg a belvárosi területeken és a kiemelt közlekedési csomópontoknál nagy figyelmet fordítanak a látássérült személyek közlekedésének támogatására, a külvárosi régiókban a hangos jelzőlámpák és Futár-kijelzők száma továbbra is alacsonyabb az elvártnál. A jövőbeni fejlesztések során kiemelt figyelmet kell fordítani ezekre a területekre, és növelni kell az eszközök számát, biztosítva a látássérültek számára megfelelő feltételeket a város minden részén. Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a látássérült személyek önálló és biztonságos közlekedésének elősegítése érdekében érdemes figyelmet fordítani a különféle rehabilitációs technikák bevezetésére és támogatására is. Ezek közé tartozik a hosszú fehér bottal való közlekedés technikája, valamint a BAAR- (Blind-Aligned Ambulatory Rehabilitation) technika alkalmazása is, amely speciális gyakorlatokkal segíti a látássérültek biztonságos térérzékelését és koordinációját. Emellett javasolt olyan fő közlekedési

útvonalak kialakítása, amelyek összekötik a látássérültek által gyakran látogatott helyszíneket a tömegközlekedési csomópontokkal. Szükséges továbbá dinamikus, adaptív jelzőrendszerek bevezetése, amelyek hatékonyan alkalmazkodnak a forgalmi zajhoz és környezeti feltételekhez.

A fejlesztések során nem csupán a hangos jelzőrendszerek további bővítése szükséges, hanem az egyetemes tervezés elvének alkalmazása is, amely biztosítja, hogy minden fogyatékkal élő csoport, beleértve a siket-vak személyeket, egyenlő mértékben részesülhessen az akadálymentes közlekedési infrastruktúrából. A hangalapú megoldások mellett ajánlott alternatív jelzési módszerek alkalmazása is. A közlekedési infrastruktúra fejlesztése nemcsak a mindennapi mobilitás, hanem az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés szempontjából is kulcsfontosságú. A beszélő típusú jelzőlámpák elterjedése különösen fontos előrelépést jelent a látássérültek számára, segítve őket a biztonságos és önálló közlekedésben. Emellett elengedhetetlenek az olyan közösségi kezdeményezések és oktatási programok, amelyek érzékenyítik a társadalmat a látássérültek speciális igényeire, valamint elősegítik az együttműködést a közlekedés minden résztvevője között.

Fontos hangsúlyozni, hogy a látássérült személyek nem csupán segítségre szorulóként jelennek meg a közlekedési rendszerben, hanem egyenlő jogokkal rendelkező, felelős közlekedők, akik saját biztonságuk érdekében is megteszik a szükséges lépéseket. A biztonságos közlekedés alapjainak elsajátításában az elemi rehabilitációs szolgáltatások nyújtanak kiindulópontot, amelyeket a támogató technológiák tovább erősíthetnek, így egyéni szinten is növelve a közlekedés biztonságát. Az akadálymentes közlekedési infrastruktúra fejlesztése ezért nemcsak a fizikai akadályok felszámolására irányul, hanem a társadalmi szemlélet formálására is, amely hosszú távon hozzájárulhat egy inkluzívabb, befogadóbb városi közlekedési rendszer kialakításához Budapesten.

Köszönetnyilvánítás

Öszinte köszönetemet szeretném kifejezni Kovács Sára Máriának a kutatásom témavezetéséért és szakmai mentorálásáért, valamint Kovács Margitnak, Németh Orsolyának és Joszt Lászlónak az értékes segítségért.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Irodalomjegyzék

1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.tv>
- 253/1997. (XII. 20.) kormányrendelet az Országos Településrendezési és Építési Követelményekről (OTÉK). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700253.kor>
- 1/1975. (II. 5.) KPM-BM együttes rendelet a közúti közlekedés szabályairól (KRESZ). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=97500001.kpm>
- 1/2018. (I. 12.) EMMI-rendelet a közúti közlekedésről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1800001.emm>
- Budapesti Közlekedési Központ. (n. d.). *Vakok és látássérültek – Akadálymentesen*. BKK. <https://bkk.hu/utazasi-informaciok/kozsosegi-kozlekedes/akadalymentesen/vakok-es-latasserultek/>
- BKK Zrt. (2015). *Villamos- és autóbusszmegállók tervezési útmutatója* (pp. 29-32, 45-68, 60-63). Letöltve 2024. szeptember 3., https://bkk.hu/apps/docs/bkk_villamos_es_autobusz_megallok_tervezesi_utmutatoja.pdf
- BKK Zrt. (2020). *Hangos gyalogátkelők és FUTÁR kijelzők listája*. Letöltve 2024. szeptember 3., <https://bkk.hu/utazasi-informaciok/kozsosegi-kozlekedes/akadalymentesen/vakok-es-latasserultek/>
- Budapesti Közlekedési Központ. (2024). *Akadálymentes környezet tervezési útmutatója*. Letöltve 2024. szeptember 3., <https://bkk.hu/rolunk/strategiank/tervezesi-utmutatok/>
- Eurostat. (2023). *Urban-rural Europe – quality of life in rural areas*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Urban-rural_Europe_-_quality_of_life_in_rural_
- Horváthné Mészáros, M. (2006). *Inkluzív nevelés – Ajánlások* gyengénlátó és aliglátó gyermekek, tanulók kompetenciaalapú fejlesztéséhez. Budapest: Sulinova.
- Központi Statisztikai Hivatal (2021). *A fogyatékossgal élők helyzete – népszámlálás 2011 táblák*. https://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_fogyatekossgal_elok_helyzete
- Lloyd-Esenkaya, T., Lloyd-Esenkaya, V., O'Neill, E., & Proulx, M. J. (2020). Multisensory inclusive design with sensory substitution. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 5(37). <https://doi.org/10.1186/s41235-020-00240-7>
- Pajor, E. (2023). *Látássérülés – sérült látás?* (2. átdolg. kiad.). Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Steinmetz, J. D., Bourne, R. R. A., Briant, P. S., Flaxman, S. R., Taylor, H. R., Jonas, J. B., & Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study (2021). Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence in 2020: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet Global Health*, 9(2), e144-e160. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30489-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30489-7)
- Süveges, I. (2015). *Szemészet* (4. kiadás). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Vitale, S., Cotch, M. F., & Sperduto, R. D. (2006). Prevalence of visual impairment in the United States. *Archives of Ophthalmology*, 124(3), 471-478. <https://doi.org/10.1001/archophth.124.3.471>
- World Health Organization (n. d.). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/dev11/l-opthal/en#/http://id.who.int/icd/entity/1103667651>
- World Health Organization. (2022). *World report on vision*. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/blindness-and-visual-impairment/9789241516570-eng.pdf?sfvrsn=dd15adbb_3

WHO JELENTÉS AZ ELLÁTÁS MINŐSÉGÉRŐL ÉS A BETEGBIZTONSÁGRÓL AZ EURÓPAI RÉGIÓBAN



A WHO „Az ellátás minősége és a betegbiztonság állapotfelmérése az Európai Régióban: multidimenziós elemzés és jövőbeli kilátások” (Taking the pulse of quality of care and patient safety in the WHO European Region: multidimensional analysis and future prospects) címmel jelentést tett közzé.

A közlemény nemzetközi forrásokból származó makroszintű adatokra és a Világszervezet által 53 tagállamban elvégzett felmérés eredményeire alapozva mutatja be az egészségügyi ellátás és a betegbiztonság első keresztmetszeti elemzését a WHO Európai Régiójában. Rávilágít azokra a konkrét területekre, amelyek figyelmet és befektetést igényelnek, és áttekintést nyújt a meglévő ellátási minőségi és betegbiztonsági hiányosságok kezelésére vonatkozó, bizonyítékokon alapuló és cselekvésre ösztönző politikai lehetőségekről. A jelentéshez országonkénti profilok is tartoznak, amelyek azonos dimenziók mentén értékelik a régió minden országát.

(Forrás: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061568>)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Munkahelyi támogatás és pszichoszociális tényezők specifikumai a pályakezdő ápolók körében

DR. NÉMETH Anikó PhD, TÓTH Renáta

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A kutatás célja felmérni a pályakezdő ápolók munkahelyi társas támogatottságának, valamint igénybevételének mértékét, és az eredményeiket összehasonlítani a már régebb óta dolgozó ápolók eredményeivel.

Vizsgálat módszere: A keresztmetszeti kvantitatív kutatás saját szerkesztésű online kérdőívvel történt 2024. május 13-tól június 23-ig. (ETT TUKEB-engedély száma: BM/12275-1/2024). Az adat-elemzés IBM SPSS 26.0 statisztikai szoftverrel, leíró statisztikai módszerekkel, Kruskal-Wallis-tesztel, valamint χ^2 -próbával készült. A szignifikanciaszint kritériumhatára 5% ($p < 0,05$).

Eredmények: A 994 fő válaszadó 9,6%-a számít pályakezdő ápolónak. A pályakezdők ítélték meg a legkevésbé támogatónak a munkatársaikat, a legalacsonyabbnak a fizikai igénybevételt, és a legkevésbé stresszesnek és érzelmileg megterhelőnek a munkájukat. Ugyancsak ők ítélték meg a legtámogatóbbnak a közvetlen felettesüket, és a legmagasabbnak a munkahelyi elismerést. A betanulásnál nem jellemző a mentor jelenléte, azonban a próbaidő előírása és a munkahelyi ismeretető adása gyakori.

Következtetések: A pályakezdő ápolók mentorálására és betanulási időszakának növelésére nagy szükség van, illetve figyelmet kell fordítani a régebb óta dolgozó ápolókra is, mert sok esetben az ő eredményeik lettek a legkirívóbbak.

Kulcsszavak: pályakezdő ápolók, igénybevétel, támogatás, demand-control-support (D-C-S) modell

Job Support and Specificities of Psychosocial Factors among Early Career Nurses

Anikó NÉMETH PhD, Renáta TÓTH

SUMMARY

Purpose: The purpose of the study is to assess the level of peer support and use of early-care nurses in the workplace and to compare their results with those of older nurses.

Material and methods: Cross-sectional quantitative research was carried out with a self-designed online questionnaire from 13 May to 23 June 2024 (ETT TUKEB licence number: BM/12275-1/2024). Data analysis was performed using IBM SPSS 26.0 statistical software, descriptive statistical methods, Kruskal-Wallis test, and Chi-square test. The limit of the significance level criterion is 5% ($p < 0.05$).

Results: Of the 994 respondents, 9.6% are considered early career nurses. Early career nurses rated their coworkers as the least supportive, the least physically demanding, and the least stressful and emotionally demanding. They also rated their immediate supervisors as the most supportive and their job recognition as the highest. The presence of a mentor at induction is not common, but the provision of a probationary period and a job description is common.

Conclusions: There is a strong need to mentor and increase the induction period for early-career nurses and to pay attention to older nurses, as in many cases their results are the most outstanding.

Keywords: novice nurses, recruitment, support, DCS model

DR. NÉMETH Anikó PhD
főiskolai docens, Szegedi
Tudományegyetem Egészség-
tudományi és Szociális Képzési
Kar Egészségmagatartás
és -fejlesztés Szakcsoport
ORCID-azonosító:
0000-0002-9329-1809

TÓTH Renáta mesteroktató,
Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar Egész-
ségmagatartás és -fejlesztés
Szakcsoport
ORCID-azonosító:
0000-0003-1076-1949

Levelező szerző

(corresponding author):

DR. NÉMETH Anikó

E-mail:

nemeth.aniko.02@szte.hu

Beérkezett: 2024. szeptember 10.**Elfogadva:** 2024. szeptember 22.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0026> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Az egészségügyben dolgozók fokozott munkahelyi stresszt élnek át munkájuk során. A stresszorok között leginkább a magas munkahelyi elvárások, az

alacsony munkahelyi kontroll és hatáskör, a támadó magatartásformák, az alacsony megbecsülésből és jutalmazásból fakadó munkahelyi elégedetlenség és a bizonytalan munkakörnyezet szerepelnek. Ezeket együttesen pszichoszociális tényezőknek nevezzük.

A munkahelyen átélt krónikus stressz következtében fokozódhatnak a pszichés és szomatikus tünetek, amelyek munkahelyi elégedetlenséghez, teljesítménycsökkenéshez és pályaelhagyáshoz vezethetnek (Nistor et al., 2021).

Nemcsak Magyarországon, hanem világszerte ápolóhiánnyal küzd az egészségügyi ágazat. Amerikában például 2030-ra 1 000 000 ápoló hiányát jósolják a szakirodalmak (Azizi-Qadikolaee et al., 2023). Ennek oka az előregedő ápolói szakmában keresendő, egyre kevesebb fiatal választja hivatásául az ápolást.

Több szakirodalom az iskola elvégzése és az ápolói munka megkezdése utáni első két évet tekinti a pályakezdés időszakának (Ketelaar et al., 2015; Han et al., 2019). A frissen végzett ápolók pályakezdése nem mindig zökkenőmentes. Meg kell küzdeniük a szakma olykor nehéz kihívásaival, valamint alkalmazkodniuk kell a betegekhez, hozzátartozókhoz és a kollégákhoz is. Elvárják tőlük, hogy az akut helyzetekre ugyanúgy reagáljanak, mint a már többéves munkatapasztalattal rendelkező kollégáik. Ez a számtalan kihívás stresszessé teszi a pályakezdés éveit, és amennyiben a fiatal pályakezdő ápoló nem tud megküzdeni ezekkel a helyzetekkel, a megnövekedett stresszel, úgy a pálya elhagyása marad az egyetlen lehetősége megszabadulni ettől a helyzettől, amely tovább súlyosbítja az ápolóhiányt (Nantsupawat et al., 2017). Felmérések szerint a pályakezdés első évében az ápolók körülbelül egyharmada (32,8%) vált munkahelyet (Baskin et al., 2023). Ez a nagymértékű fluktuáció bizonyítja, hogy a pályakezdés igen nehéz, ezért olyan munkahelyi tényezők megteremtésére van szükség, amelyek elősegítik az új dolgozók megtartását.

Ahhoz, hogy a régebb óta a pályán tevékenykedő ápolók kellőképpen tudják segíteni a pályakezdő fiatalok beilleszkedését, betanulását, szükség van annak megismerésére, hogy mi is zajlik egy pályakezdő ápolóban, milyen szinteken halad végig, mire teljes értékű ápolóvá válik. Benner tanulmányában említést tesz a Dreyfus-modellről, amely általánosítható az ápolásra is. E modell szerint a pályakezdő ápolók a következő szakaszokon mennek keresztül, amíg gyakorlott szakemberré válnak: kezdő (novice), haladó kezdő (advanced beginner), kompetens (competent), gyakorlott (proficient), szakértő (expert). A kezdő ápolóknak még nincs tapasztalatuk azokkal a helyzetekkel kapcsolatban, amelyekben feladatokat kell végrehajtaniuk. A haladó kezdők már fel tudnak mutatni minimálisan elfogadható teljesítményt. Már elég valós helyzetet éltek át ahhoz, hogy észrevegyék az egyes dolgok közötti összefüggéseket, de szükségük van még támogatásra a klinikai környezetben.

Nem tudják például megállapítani, hogy mi élvez prioritást az adott beteg ellátása során. A *kompetencia* (harmadik szakasz) a már két-három éve dolgozó ápolóknál alakul ki, amikor már elkezdik látni cselekedeteik értelmét a hosszú távú célok megvalósulása érdekében. Képesek tervezni és prioritásokat felállítani a betegellátás során, azonban még hiányzik a gyorsaság és a rugalmasság. Az ápolók gyakran „beleragadnak” ebbe a szintbe, és nem képesek továbblépni. A folyamatos gyakorlás hatására kialakul a profi szint. Ilyenkor már az adott helyzetet egészként érzékelik, és nem részekre bontva próbálják megoldani a problémát. A tapasztalat megtanítja a gyakorlott ápolókat (negyedik szakasz) arra, hogy egy adott szituációban milyen tevékenységeket kell végrehajtani, és hogyan kell módosítani a tervet a váratlan eseményekre reagálva. Már felismerik a normálistól eltérő jelenségeket, és képesek arra megfelelően reagálni. A döntéshozatal már kevésbé nehézkes. A *szakértő* ápolók (ötödik szakasz) már hatalmas tapasztalati háttérrel rendelkeznek, képesek a problémára fókuszálni, és nem pazarolják az idejüket felesleges cselekedetekre (Benner, 1982).

Duchscher (2008) megfogalmazta az átmeneti *szakaszok elméletét* (*stages of transition theory*), amely a pályakezdés első 12 hónapját öleli fel. Szerinte ez a folyamat három szakaszból áll. Az első a *cselekvés* (doing) *szakasza*, amely körülbelül az első három-négy hónap, amelyet átmeneti sokk jellemez. Ekkor a kezdő ápolók megpróbálnak alkalmazkodni az új környezethez, és felismerik a különbséget az ápolóhallgatói lét és a munka világa között. Ilyenkor stresszt, túlterheltséget éreznek és félnek a hibázástól. Nehéz beilleszkedni az új szerepkörbe, és gyakran meg is kérdőjelezzik az ápolók saját szakmai felkészültségüket. Ilyenkor gyakori a pályaelhagyás is. A második a *„létezés”* (being) *szakasza*, amikor a pályakezdő ápolók a tudás megszerzésére koncentrálnak. Ez a szakasz a következő négy-öt hónap, amikor a kezdeti izgalmak már csökkennek. Eleinte még jelen lehet elveszettség, frusztráltság érzése, de ahogy nő a megszerzett tudás, úgy lesznek egyre magabiztosabbak a pályakezdő ápolók, és már önálló döntéseket is hoznak a betegellátás során. Az utolsó, a *„tudás”* (knowing) *szakaszában* az önbizalom és a kompetencia érzése tovább növekszik, a munkakezdés okozta stressz pedig csökken, helyette az egészségügyi szervezettel kapcsolatos frusztráció kerül előtérbe. Ebben az utolsó szakaszban a kezdők változásokat ismernek fel magukban, és azonosítani tudják, hogy honnan indultak és hol tartanak az első év végére (Duchscher, 2008).

Ezekből az elméletekből jól látható, hogy egy iskolapadból kikerülő ápolótól nem várható el, hogy

azonnal egyedül dolgozzon, szüksége van betanulásra, segítségre.

A munkahelyi támogatás minden pályakezdő fiatal számára nagy jelentőséggel bír. A megfelelő kollegiális és felettesi támogatás segíti a dolgozó beilleszkedését. Egy dél-dunántúli, pályakezdő fiatalok körében végzett felmérés során vizsgálták többek között azt is, hogy pályakezdőként kitől kaptak segítséget a munkahelyükön. Az eredmények szerint a legtöbbször próbaidőt és betanulási időszakot, illetve munkahelyi segítőt biztosítottak, és 7% nem kapott senkitől segítséget a beilleszkedéshez (Szelő, 2014).

Munkahelyi támogatás szempontjából a felettesnek és a munkatársaknak is igen fontos szerep jut. Az ápolásvezető egyik fontos feladata a beosztottak motiválása, ösztönzése. A vezetőnek olyan kapcsolatot kell kialakítani a beosztottakkal, amely pozitívan befolyásolja viselkedésüket, munkateljesítményüket (Kemenesiné et al., 2017). Azok az ápolók, akik ápolásvezetőjükre mentorként tekintenek, sokkal elégedettebbek a munkájukkal, és kevésbé valószínű, hogy elhagyják munkahelyüket, mint azok, akik nem jó kapcsolatot ápolnak a feletteseikkel (Baskin et al., 2023). A pozitív munkahelyi támogatás szervezeti elkötelezettséghez, termelékenységhez és magas önbecsüléshez vezet, valamint növeli a munkával való elégedettséget, és pozitív hatással van a betegek kezelésére is (Ghawadra et al., 2019). A támogató és bátorító munkahelyi légkör erősítheti a kezdő ápolók kreativitását és szervezeti elkötelezettségét (Tastan et al., 2013). *Philips* és munkatársai kutatásukban azt találták (fókuszcsoporthozos interjúkat és kérdőíves kutatást is végeztek), hogy a kezdő ápolók munkahelyi támogatása csökkentheti munkahelyi problémáikat, megakadályozhatja munkahelyük elhagyását, és csökkentheti a munkájuk kezdetén jelentkező stresszt (Phillips et al., 2014). Egy másik felmérés is alátámasztotta, hogy a támogató munkahelyi környezet – amikor a tapasztalt ápolók baráti kapcsolatot ápolnak a kezdő ápolókkal, szívesen fogadják őket – növeli a kezdő ápolók munkahelyi motivációját és javítja hangulatukat. Az egészségügyi csapat tagjaként való részvételük arra ösztönzi a pályakezdő ápolókat, hogy aktívan részt vegyenek a betegek ellátásában (Najafi & Nasiri, 2023). *DeGrande* és munkatársai felnőtt-intenzív osztályon pályájukat megkezdő ápolókat vizsgáltak, és arra a következtetésre jutottak, hogy az új ápolók sikeres beilleszkedésének és megtartásának egyik alapköve a csapatmunka és a mentorálás. Ez a két tényező nagyban hozzájárul ahhoz, hogy egy pályakezdő ápoló hosszabb távon az osztály dolgozója maradjon (DeGrande et al., 2018).

A munkahelyi pszichoszociális tényezők igen összetettek, pozitív és negatív irányban is befolyásolhatják a munkavállaló szervezetben eltöltött munkaidejének időtartamát.

A pozitív munkahelyi légkör legfontosabb összetevői a megfelelő kommunikáció, az együttműködés, valamint az egymás közötti konfliktusok hatékony kezelése. Ezek a tényezők hozzájárulnak a betegellátás sikerességéhez, a hibák csökkentéséhez, az ellátás hatékonyságához, és nem mellesleg az ellátás költségeinek csökkentéséhez. Ezeken túlmenően a dolgozókra nézve is pozitív hatással bírnak, hiszen csökkentik a kiégést, a pályaelhagyást (Paradis & Whitehead, 2015).

A pozitív munkahelyi környezethez tartozik még a tapasztalt ápolók által a pályakezdő ápolók felé tanúsított empátia. A tapasztalt ápolók általi empátikus viselkedés bátorítja a pályakezdő ápolókat, és javítja munkateljesítményüket. Csökkenti a pályakezdés okozta stresszt, növeli az önbizalmat és a rugalmasságot a munka során (Coventry & Russell, 2021). A kezdő ápolók és a tapasztalt kollégák közötti jó kapcsolat érzelmi összetartozás érzését váltja ki a pályakezdő ápolókban. A kezdő ápolók felügyelete a beteggondozási folyamatok során érzelmi támaszt nyújt számukra, így minimálisra csökkennek a munkahelyi környezettel kapcsolatos kellemetlen érzések (Najafi & Nasiri, 2023). A munkakörnyezetbe való beilleszkedés segíti a kezdő ápolókat abban, hogy önbizalmat szerezzenek és hogy megbecsültnék érezzék magukat. Amennyiben megfelelő a kommunikáció a kezdő ápolók és a kollégáik között, úgy növekszik az önbizalom és a munkavégzés hatékonysága is. A kezdő ápolók munkája során fontos a bátorítás és a munkájukról való visszajelzés is, mivel ezek hozzájárulnak a fejlődéshez és a magabiztosabbá váláshoz (Hampton et al., 2021).

A szakirodalom több negatív pszichoszociális körülményt is felsorol, ezek közül több kifejezetten igaz az egészségügyben végzett munkára. Ilyen a tartós munkavégzés a családtól távol, a váltott műszakos munkarend, a munkahelyi hierarchia konfliktusai, amelyek tartós fennállás esetén pszichoszociális megbetegedéseket okozhatnak, például: fejfájás, feletlen és szakaszos alvás, reggeli fáradtság, szorongás, tremor, türelmetlenség, rossz hangulat, kimerülés, gyomorfájás (Hódos, 2000).

Pályakezdő ápolók esetében gyakori probléma az idősebb, régebb óta az osztályon dolgozó ápolók felől érkező türelmetlen bánásmód. A gondozási helyzetekben tapasztalható munkaterhelés és nagy stressz arra készítheti az idősebb ápolókat, hogy rosszul bánjanak más, adott esetben a fiatalabb, pályakezdő kollégákkal (Logan, 2016). A helytelen munkahelyi

bánásmód magában foglalja a zaklatás, az udvariatlanság, a bántalmazás, az agresszió, a konfliktus, a mobbing különféle típusait (Moffa & Longo, 2016). A kollégák udvariatlansága romboló hatású, az elszigeteltség és az elutasítás érzéséhez vezet. A kollégák vagy vezetők munkahelyi bizalmatlansága befolyásolhatja az egyén érzéseit és hozzáállását a szervezethez (Azizi-Qadikolaee et al., 2023). Egy ilyen közegben a pályakezdő dolgozó nem tud fejlődni, kudarcként éli meg a munkakezdést, ami előbb vagy utóbb a munkahely elhagyásához vezet, és nem utolsósorban az egészségre is káros hatással van (Read & Laschinger, 2013). Negatív pszichoszociális tényezőkhez tartozik még a munkahelyi konfliktus és a munkahelyi stressz is. A pályakezdő ápolók fokozottan ki vannak téve a munkahelyi stressznek, amely gyakran a saját bizonytalanságukból, váratlan helyzetekből adódik. A stressz betegellátási hibákat, késedelmes kezelést és a betegek gyógyulásának kedvezőtlen kimenetelét eredményezheti, ezért fontos, hogy a kezdő ápolóknak meg kell adni a stressz megfelelő és hatékony kezeléséhez szükséges eszközöket és támogatást (Hampton et al., 2021).

Fentiekből következően vizsgálatunk célja felmérni a pályakezdő ápolók munkahelyi társas támogatottságának, valamint igénybevételének mértékét, és az eredményeket összehasonlítani a már régebb óta dolgozó ápolók eredményeivel. Jelen közlemény egy komplex kutatás részeredményeit mutatja be.

Anyag és módszer

Keresztmetszeti kvantitatív kutatásunkat egy saját szerkesztésű online kérdőívvel végeztük 2024. május 13-tól június 23-ig. A kutatást a Tudományos Kutatásértékelési Bizottság (ETT TUKEB) BM/12275-1/2024 ügyiratszámmal engedélyezte. Az online kérdőívet a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) elnökének hozzájárulása után az országos szervezet osztotta meg hírlevélben az iskolai végzettség szempontjából releváns tagokkal (46 136 fő), illetve közösségi platformon is terjesztésre került, valamint a MESZK Csongrád-Csanád Vármegyei Területi Szervezet közösségi oldalán is megosztottuk. 1370 fő válasza érkezett be, azonban az alapos adatbázis-tisztítás után 994 fő válaszait vontuk be az elemzésbe. A kutatásból kizártuk az ápolói végzettséggel nem rendelkező, nem teljes munkaidőben dolgozó válaszadókat, a gyesen, gyeden lévőket, a vezető beosztásban dolgozókat és a nyugdíjasokat, valamint a kérdőívet duplán vagy hiányosan kitöltőket, és azokat, akik a belegegyező nyilatkozatban nem egyeztek bele a kutatásban való részvételbe.

Az adatokat az IBM SPSS 26.0 statisztikai programjával elemeztük. A leíró statisztikai módszereken belül az intervallumskálán mért változók esetében átlagot, szórást, mediánt, minimumot és maximumot számoltunk; nominális változók esetében pedig abszolút és relatív gyakoriságot. Az intervallumskálán mért változók esetében (életkor, egészségügyben eltöltött évek száma, munkahelyi igénybevétel és támogatás skálák) először normalitásvizsgálatot végeztünk. Mindegyik változó esetében a Kolmogorov-Smirnov- és Shapiro-Wilk-tesztek egyaránt szignifikánsnak bizonyultak ($p < 0,000$), így ezekre a változókra nem normáloszlásúként tekintettünk, amely a nemparaméteres statisztikai próbák alkalmazását kívánta meg. Az adatok jellegéből adódóan a matematikai statisztikai módszerek közül a Kruskal-Wallis-tesztet és a χ^2 -próbát alkalmaztuk. Minden esetben 5%-os szignifikanciaszinttel dolgoztunk ($p < 0,05$).

A kérdőív a saját készítésű kérdéseken túl tartalmazta a Karasek és Johnson nevéhez fűződő kérdőívcsomagot is. A szerzőpáros modellje demand-control-support (D-C-S) modell néven vált ismertté. A munkahelyi igénybevétel, ellenőrzés és támogatás dimenzióin keresztül méri a dolgozók munkahelyi körülményeit. Jelen felmérésben csak az igénybevétel (demand) és a támogatás (support) alskálákat használtuk fel.

A munkahelyi igénybevétel skála (Job demand scale) három alskálából tevődik össze. Az első alskála hat ötfokozatú kérdést tartalmaz, amelyek a munkahelyi fizikai igénybevétellel kapcsolatosak (például túl sok munkafeladat, túl gyors munkatempó). Hat darab ötfokozatú item (1=semmit, 2=keveset, 3=valamennyit, 4=sokat, 5=rendkívül sokat) összegeként jelenik meg a modellben, ebből fakadóan az alskálán mért érték 6 és 30 közötti. A második alskála három ötfokozatú kérdést tartalmaz (1=egáltalán nem, 2=kissé, 3=valamennyire, 4=elég, 5=nagyon), amelyek a munkahelyi elismeréssel kapcsolatosak (például: a munka megbecsülése). Ezen az alskálán mért érték 3 és 15 közötti lehet. A harmadik alskála a pszichológiai igénybevételt méri nyolc ötfokozatú kérdéssel (például: halál, haldoklás előfordulása a munkahelyen, felkészületlenség érzése, támogatás hiánya, vagy éppen a kollégákkal való konfliktus), a mért érték 8 és 40 közötti lehet. A munkahelyi támogatás (Job support scale) skála, két, négy-négy kérdést tartalmazó ötfokozatú alskálából áll. Az első a munkaközösségre vonatkozik, a második a közvetlen ápoló felettel kapcsolatos kérdéseket tartalmazza. Az egyes szempontokat ötfokozatú skálán (1=egáltalán nem, 2=kissé, 3=valamennyire, 4=elég, 5=nagyon) lehet értékelni, így az alskálakon mért értékek 4 és 20 közöttiek (Karasek, 1979; Johnson, 1991).

Eredmények

Vizsgálati minta bemutatása

A kérdőívet kitöltők átlagéletkora 44,87 év (szórás=11,204; medián=48; minimum=18; maximum=35). A válaszadók 7%-a férfi (70 fő), 92,8%-a nő (922 fő), és 0,2%-a (2 fő) nem szeretett volna válaszolni erre a kérdésre.

A családi állapot megoszlását az **1. ábra** szemlélteti. A többség, 49,8% házas, elenyésző az özvegyek és az elváltak aránya.

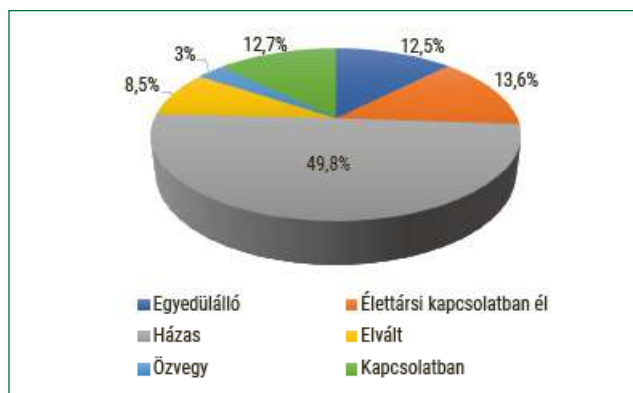
A kérdőívet kitöltők jelentős többsége Budapesten (18,3%) és Csongrád-Csanád vármegyében (11,5%) dolgozik. A legkevesebb kitöltés Tolna (1,3%) és Vas (1,5%) vármegyékből érkezett.

Az ápolói végzettség típusának és szintjének kiderítésére három kérdést alkalmaztunk, ez alapján tudtuk kizárni az ápolói végzettséggel nem rendelkező válaszadókat, vagy éppen azokat a személyeket, akik rendelkeznek ugyan középfokú ápolói végzettséggel, de tanulmányaikat nem ápolóként folytatták, és például védőnői vagy egyéb képesítést szereztek, és abban dolgoznak jelenleg is. Az ilyen módon megtisztított adatbázisban olyan ápolók szerepelnek, akik jelenleg is ápolóként dolgoznak. A válaszadók 76,7%-a nem rendelkezik diplomával, és 23,3%-nak van BSc vagy MSc/APN ápolói képesítése.

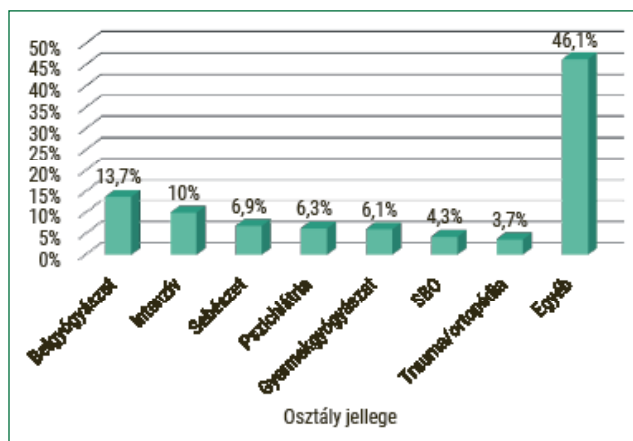
A munkavégzés helyéül szolgáló osztály jellegét vizsgáló kérdésnél hét válaszlehetőséget adtunk meg, és egyéb lehetőségként pedig szabadon adhattak meg válaszokat a felmérésben részt vevők. Az általunk megjelölt hét kategóriát a válaszadók 53,9%-a jelölte meg, legnagyobb arányban belgyógyászaton és intenzív osztályon dolgoznak. Az egyéb válaszlehetőséget megjelölő 46,1% rendkívül sokféle munkahelyet adott meg, szinte mindenféle ellátási osztályról és az alapellátásból, foglalkozás-egészségügyből is érkeztek válaszok (**2. ábra**).

Átlag 21,62 éve dolgoznak ápolóként (szórás=13,33; medián=25; minimum=0,16; maximum=48). A hónapokban megadott munkaidőt átszámoltuk évvé a következő módon: 1 hónap értéke 0,083 (1:12), majd ezt szoroztuk meg a válaszadó által megadott munkahónapok számával. Az ápolói munkában eltöltött évek alapján kategóriákat alakítottunk ki, amelyek a hipotézisvizsgálatok alapjául szolgáltak. A szakirodalomban a munkába állás időpontjától számított első két évet

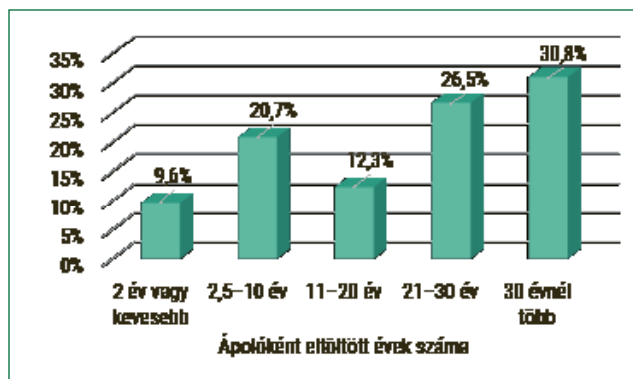
1. ábra: Családi állapot megoszlása (N=994)



2. ábra: Munkavégzés helye (N=994)



3. ábra: Ápolói munkavégzés időtartama (N=994)



tekintik a pályakezdés időszakának az ápolók körében (Ketelaar et al., 2015; Han et al., 2019), ezért mi is ezt vettük alapul a kategóriák kialakításánál. Ezt megerősíti Benner (1982) megállapítása is, miszerint a munkában eltöltött első két-három év során alakul ki a kompetencia is. Az így létrehozott kategóriák a **3. ábrán** láthatók. Szembetűnő a pályakezdő ápolók

igen alacsony aránya (9,6%), illetve azt is fontos megjegyezni, hogy a 11–20 évbe tartozó válaszadók aránya is alacsonynak mondható. Legnagyobb arányban a 30 évnél régebb óta dolgozó ápolók képviseltetik magukat a mintában.

A munkahelyi támogatás és igénybevétel vizsgálata

Ezen hipotézis vizsgálatához *Karasek* (1979) és *Johnson* (1991) kérdéseit vettük alapul. Ezek a skálák a D-C-S-modell munkahelyi támogatás (Job support scale) skáláját jelentik, amely két, négy-négy kérdést tartalmazó ötfokozatú alskálából áll. Az egyik a munkaközösségre, a másik a közvetlen ápoló felettesre vonatkozik. Ezeket vetettük össze az ápolóként eltöltött munkaévek kategorizált változójával. Az elvégzett Kruskal–Wallis-teszt a rangpontszámátlagokat hasonlítja össze. Mivel a Likert-skálákon a magasabb pontszám jelenti a magasabb támogatást, így a rangpontszámátlag értékelése is hasonlóképpen alakul. A munkaközösség általi társas támogatásban a pályakezdő ápolók érték el a legalacsonyabb (481,48) rangpontszámátlagot, ami azt feltételezi, hogy ők ítélték meg a legkevesbé támogatónak a munkatársaikat, azonban a statisztikai próba nem mutatott szignifikáns különbséget a többi munkaévcsoporthoz képest ($p=0,931$; $H=0,856$; $df=4$).

A közvetlen ápoló felettes általi támogatottságot pedig pont fordítva, a pályakezdő ápolók ítélték meg a legjobbnak ($MR=565,48$), azonban a statisztikai próba itt sem bizonyult szignifikánsnak ($p=0,181$; $H=6,249$; $df=4$) (**I. táblázat**).

Ezen két alskála kérdései közül kettő szignifikáns eltérést jelzett a vizsgált csoportok között: a pályakezdő ápolók ítélik meg úgy, hogy az ápoló felettes törődik beosztottjai boldogulásával ($p=0,029$) és segíti a szakmai fejlődésüket ($p=0,047$).

A munkahelyi igénybevétel (Job demand scale) skála szintén *Karasek* (1979) és *Johnson* (1991) nevéhez fűződik, és ugyancsak három alskálából áll.

I. táblázat: Munkahelyi társas támogatás megléte ($N=994$)

Munkahelyi támogatás alskálák	Ápolói év kategóriák	N	Rangpontszámátlag
Munkaközösség	2 év vagy kevesebb	95	481,48
	2,5–10 év	206	493,07
	11–20 év	122	489,35
	21–30 év	264	508,66
	30 évnél több	307	499,07
Közvetlen ápoló felettes	2 év vagy kevesebb	95	565,48
	2,5–10 év	206	487,66
	11–20 év	122	494,75
	21–30 év	264	483,49
	30 évnél több	307	496,21

Az első alskála a munkahelyi *fizikai igénybevétellel* kapcsolatos, és az elért magasabb pontszám magasabb fizikai igénybevételt jelent. Az elvégzett statisztikai próba a feltételezéseinkkel ellentétes szignifikáns eredményt hozott ($p=0,032$; $H=10,573$; $df=4$). Mint ahogy a **II. táblázat** is mutatja, a legnagyobb fizikai igénybevételről a 2,5–10 éve, valamint a 11–20 éve dolgozó ápolók számoltak be, a legalacsonyabbról pedig a pályakezdők.

Megvizsgáltuk ezen alskála hat kérdését is külön, és azt találtuk, hogy a túl sok feladat és a „munkája fizikailag túlzottan igénybe veszi” kérdéseknél mutatkozott szignifikáns különbség ($p=0,013$) a csoportok között, vagyis a 2,5–10, valamint 11–20 éve dolgozó csoportjaiban jelentenek ezek túl nagy gondot, a pályakezdők munkájában a legkevesebbet. A kezdő nyilván kevesebb feladatot kap, valamint életkorából adódóan nem érzi/érezheti fizikailag megterhelőnek ezt az eleve kevesebb feladatot.

A második alskála a *munkahelyi elismerésre* vonatkozik, amelynél szintén szignifikáns különbséget találtunk a vizsgált csoportok között ($p=0,006$; $H=14,404$; $df=4$). Ezen alskálánál a magasabb rangpontszámátlag a magasabb elismerést jelenti, és a pályakezdő ápolók esetében egyértelműen kirajzoló-

II. táblázat: A munkahelyi igénybevétel alskáláinak eredményei ($N=994$)

Ápolói év kategóriák	N	Fizikai igénybevétel alskála rangpontszámátlaga	Munkahelyi elismerés alskála rangpontszámátlaga	Pszichológiai igénybevétel alskála rangpontszámátlaga
2 év vagy kevesebb	95	426,21	566,52	483,97
2,5–10 év	206	521,29	485,08	563,64
11–20 év	122	535,93	426,10	519,68
21–30 év	264	504,98	497,90	496,80
30 évnél több	307	481,90	512,51	449,09

III. táblázat: Pályakezdés körülményei (N=994)

Válaszlehetőségek	Ápolói pályán eltöltött évek száma									
	2 év vagy kevesebb		2,5–10 év		11–20 év		21–30 év		30 évnél több	
	Jelölte	Nem jelölte	Jelölte	Nem jelölte	Jelölte	Nem jelölte	Jelölte	Nem jelölte	Jelölte	Nem jelölte
Nem kapott segítséget a beilleszkedéshez	12,6%	87,4%	16%	84%	23%	77%	12,1%	87,9%	9,1%	90,9%
Munkahelyi segítőt biztosítottak	12,6%	87,4%	18,4%	81,6%	15,6%	84,4%	15,2%	84,8%	18,9%	83,1%
Betanulási időszakot biztosítottak	53,7%	46,3%	56,3%	43,7%	58,2%	41,8%	62,5%	37,5%	59,9%	40,1%
Próbaidőt írtak elő	58,9%	41,1%	55,3%	44,7%	47,5%	52,5%	47%	53%	34,2%	65,8%
Munkahelyi ismertetőt adtak	25,3%	74,7%	17,5%	82,5%	11,5%	88,5%	12,9%	87,1%	10,1%	89,9%
Ösztönözték a jó munkavégzésre	35,8%	64,2%	32%	68%	30,3%	69,7%	37,5%	62,5%	42%	58%
Időszakosan értékelték	11,6%	88,4%	12,6%	87,4%	13,1%	86,9%	10,2%	89,8%	14,7%	85,3%

dott, hogy magasnak ítélik meg a munkahelyi elismerésüket a régebb óta dolgozó ápolókhöz képest.

Ezen alskála mindhárom kérdésének rangpontszámátlagja szignifikánsan magasabb a pályakezdő ápolóknál, vagyis leginkább ők gondolják azt, hogy elismerik a munkájukat ($p=0,031$); megbecsülik őket ($p=0,005$) és jól megfizetik a munkájukat ($p=0,018$). Legkevésbé a 11–20 éve dolgozó ápolók gondolják ugyanezt.

A harmadik alskála a *pszichológiai igénybevétel* méri. A magasabb pontszám magasabb pszichológiai igénybevételt jelent. Az elvégzett statisztikai próba szintén a várakozásokkal ellentétes szignifikáns eredményt hozott ($p<0,000$; $H=20,675$; $df=4$), mivel a legmagasabb pszichológiai igénybevételről szintén a 2,5–10 és a 11–20 éve dolgozó ápolók számoltak be, a legalacsonyabbról pedig a 30 évnél régebb óta dolgozók.

Ezen alskála kérdéseit részletesebben megvizsgálva azt találtuk, hogy a halál és a haldoklás ($p=0,001$), a betegekkel való kapcsolatteremtés problémái ($p=0,021$), az oktan számonkérés ($p<0,000$) és a munka egészséget veszélyeztető jellege ($p=0,007$) leginkább a 2,5–10, valamint a 11–20 éve dolgozókat viseli meg, legkevésbé a pályakezdő ápolókat.

Az igénybevétel dimenziójában fontosnak tartottuk külön megkérdezni a stresszes helyzetek és az érzelmi megterhelést jelentő helyzetek előfordulásának gyakoriságát is. Mind a két kérdés esetében a várakozásainkkal ellentétes szignifikáns különbséget kaptunk a vizsgált csoportok között, mivel a pályakezdők csoportjában fordulnak elő legkevésbé ezek a helyzetek (stressz: $p=0,001$; $H=18,738$; $df=4$; érzelmi megterhelés: $p<0,000$; $H=28,745$; $df=4$). A munkahelyi stresszes helyzetek előfordulását a leggyakoribbnak a 2,5–10 éve dolgozó válaszadók jelezték ($MR=533,83$), míg az érzelmileg megterhelő helyzetek leggyakrabban a 30 évnél régebb óta dolgozó kollégák esetében fordulnak elő ($MR=521,15$).

Pályakezdés körülményeinek vizsgálata

Felmértük azt is, hogy az ápolók hogyan emlékeznek pályakezdésük körülményeire. A kérdéseket *Szellő* tanulmányából (2014) emeltük át változatlan formában. Hét válaszlehetőségből lehetett tetszőleges számút bejelölni, illetve az egyéb válaszlehetőségnél saját választ megadni. Az eredmények értékelésénél azt figyelembe kell venni, hogy a régebb óta dolgozó ápolók emlékei már megfakultak az évek során, de feltételezhetően az esetlegesen előforduló rossz élmények nem koptak meg, és hitelesen tudtak válaszolni.

χ^2 -próbával elemeztük, hogy az egyes válaszlehetőségek bejelölésében van-e különbség a vizsgált csoportok között. A **III. táblázat** az egyes válaszokat bejelölők arányát mutatja. Látható, hogy a legnagyobb arányban (23%) a 11–20 éve dolgozók jelölték be, hogy *nem kaptak segítséget* pályakezdésük során a beilleszkedéshez. A legkisebb arányban a 30 évnél régebb óta dolgozók jelölték, hogy nem kaptak segítséget. A különbség szignifikáns a csoportok között ($p=0,003$).

A saját szöveges válaszokból is egyértelműen kiderült, hogy több évtizeddel ezelőtt az ápolók segítettek a pályakezdőknek, átadták a tudásukat. 41 éve dolgozó ápoló válasza: „*Sok segítséget kaptam. Kezdetől fogva a csapat tagja voltam. Elismerték a munkámat, és elmarasztaltak, ha hibáztam. Határozott, szigorú szabályok voltak, amiket mindenkinek be kellett tartani.*” 39 éve dolgozó ápoló: „*Az idősebb kolléganők átadták tudásukat, és egy kollektíva tagjának tekintettek az első naptól.*” 22 éve dolgozó ápoló: „*A nehéz és feszített munkatempó ellenére a főnövér és helyettese mindig bízott bennem és beosztottak egy-egy nővér mellé, aki mindent mutatott, segített, olyan biztonságban érezhettem magam, hogy »ott ragadtam«, és ennek már 22 éve. Hálás vagyok nekik és mai napig ezt a szellemiséget követem az új kollégákkal. Nálunk soha nem hang-*

zott el az a mondat, hogy »teljesítette a gyakorlatokat, így tudnod kell«, vagy »ugyanúgy megkapod a fizetésed ezért... « – sajnos magasan iskolázott kollégáktól már hallottam. Ez a hozzáállás elszomorít és úgy gondolom, ez sokat ront az ápolók közötti kapcsolaton és bizalmon is, pedig ez csapatmunka.”

A munkahelyi segítőt (aki „a saját munkaköre ellátása mellett segíti a pályakezdő fiatalot” – Szellő, 2014) biztosítottak válaszlehetőségénél nem találtunk szignifikáns különbséget a munkaévek alapján kialakított csoportok között ($p=0,730$). Jól látszik, hogy nem igazán jellemző a munkahelyi segítő jelenléte a pályakezdésnél, hiszen mindegyik csoportban 10–20% közötti jelölés érkezett erre a válaszlehetőségre.

A betanulási időszak biztosításának bejelölésében sem mutatkozott jelentős különbség ($p=0,524$), hiszen mindegyik csoport tagjai 50% feletti arányban jelölték be ezt a válaszlehetőséget, bár az feltűnik, hogy a pályakezdők közül jelölték meg a legkevesebben (53,7%).

A próbaidő előírásában szignifikáns ($p<0,000$) különbség figyelhető meg az egyes munkaévcsoportok között. Az látszik, hogy a pályakezdők esetében a legmagasabb (58,9%) a próbaidő előírását megjelölők aránya, míg a 30 évnél régebb óta dolgozók számoltak be legkisebb (34,2%) arányban a próbaidő előírásáról (vagy csak nem emlékeznek már olyan jól rá).

A munkahelyi ismertető adása a pályakezdők esetében fordult elő szignifikánsan gyakrabban ($p=0,002$), közülük 25,3% jelölte be, hogy kapott ilyen jellegű segítséget a munkakezdés során.

Az „ösztönöztek a jó munkavégzésre” válaszlehetőségénél nem mutatkozott szignifikáns különbség az egyes csoportok között ($p=0,095$). A **III. táblázatban** látható, hogy a jó munkavégzésre való ösztönzés nem igazán jellemző, és a három évtizednél régebb óta dolgozók esetében fordult elő a legmagasabb arányban (42%) ennek a válaszlehetőségnek a bejelölése.

Erre a kérdésre 46 fő egyéb válaszlehetőséget is bejelölt, amelyek között túlnyomó többségben szerepeltek az olyan tartalmú beszámolók, amelyek a régebb óta dolgozók segítségnyújtását, támogatását tartalmazzák. Volt olyan, aki a beiskolázást, más az anyagi jutalmat említette a betanulási időszakban.

Érkezett néhány negatív töltetű válasz is még az első válaszlehetőségénél ismertetteken kívül, amelyek tartalmából arra lehet következtetni, hogy a kollégák nagyon megnehezítették a pályakezdő beilleszkedését: *„Bedobtak a mélyvízbe.”*, *„Teher alatt nő a pálma.”*, *„Akkoriban teljesen elfogadott volt a megalázás, verbális bántalmazás.”*, *„Az elméletileg három hó próbaidő alatt nem dolgozhatna egyedül az ápoló, de eddig minden munkahelyemen egy hónap után egyedül kellett*

a kevés szakdolgozó miatt.”, *„Már az első nap egyedül maradtam üzemi rendelőben, mert a kolléganő egy hó szabira ment.”*, *„Nem kaptam segítséget. Általában azt hallom a kollégáktól, mikor jön egy új, hogy úgymint kiképzitem ... Nem tudom, mi ebben a jó nekik. Általában le-dolgozzuk a 13 órát és minimálisat beszélgetünk.”*, *„Kö-zölték, hogy egy férfi sohasem lesz olyan jó nővér, mint egy nő.”*, *„Mindenbe belekötöttek, nyírtak! Azért se ad-tam fel.”* Volt, aki hátráltatónak ítélte meg a pályakezdés időszakában a már dolgozó kollégák viselkedését.

Megbeszélés

Vizsgálatunkban a pályakezdő ápolókra fókuszáltunk, vagyis azokra, akik kettő vagy annál kevesebb éve dolgoznak ápolóként. Felmértük a munkahelyi társas támogatottság, valamint az igénybevétel mértékét, és az eredményeiket összehasonlítottuk a már régebb óta dolgozó ápolók eredményeivel.

Sajnálatos módon a pályakezdők aránya a mintában elég alacsonynak bizonyult (9,6%), így eredményeinket semmiképpen sem lehet általánosítani. Nem jelentős mértékben a pályakezdő ápolók ítélték meg a legkevésbé támogatónak a munkatársaikat a munkahelyi támogatást vizsgáló alskálán. A kollégáktól kapott támogatás nagyon fontos az első munkaévekben, hiszen növeli az önbecsülést, a munkával való elégedettséget (Ghawadra et al., 2019), csökkentheti munkahelyi problémáikat, megakadályozhatja munkahelyük elhagyását, és csökkentheti a munkájuk kezdetén jelentkező stresszt (Phillips et al., 2014).

Szintén nem volt jelentős az eltérés a többi csoporthoz képest, de a közvetlen ápoló felettes általi támogatottságot a pályakezdő ápolók ítélték meg a legjobbnak. Részletesebben megvizsgálva az ápoló felettesre vonatkozó alskála kérdéseit, azt kaptuk, hogy a pályakezdő ápolók szignifikánsan gyakrabban ítélik meg úgy, hogy az ápoló felettes törődik beosztottjai boldogulásával és segíti a szakmai fejlődésüket. Ez az eredmény azt sejteti, hogy többnyire a közvetlen felettes az, aki a pályakezdő ápolókkal foglalkozik a betanulási időszakban. Ez az eredmény azért is nagyon fontos, mert az ápolásvezető személye kitüntetett helyen szerepel a pályakezdők életében. Vizsgálatok is bizonyították, hogy az ápolásvezetőjükre mentorként tekintő ápolók munkaelégedettsége magasabb, és kevésbé tervezik elhagyni a pályát (Baskin et al., 2023; Kemenesiné et al., 2017).

A szignifikanciák alapján nem jelenthetjük ki, hogy a munkahelyi társas támogatás kevésbé van jelen a pályakezdő ápolóknál. Az igaz, hogy a Job support scale munkaközösségre vonatkozó kérdései esetében a pályakezdők ítélték meg a legrosszabbnak

a támogatás mértékét, azonban nem szignifikáns a különbség a többi csoporthoz képest. Véleményünk szerint a pályakezdő ápolók magasabb válaszadási aránya módosíthatja volna a statisztikai próbák eredményét.

A munkahelyi idénybevétel fizikai igénybevétel alsóskálájának vizsgálata során azt kaptuk, hogy szignifikánsan nagyobb fizikai igénybevételről a 2,5–10 éve, valamint a 11–20 éve dolgozó ápolók számoltak be, a legalacsonyabbról pedig a pályakezdők. A pályakezdőknek szignifikánsan kevesebb gondot okoz a „túl sok feladat” és a munka fizikai megterhelése, mint a 2,5–10, valamint 11–20 éve dolgozók körében, vagyis ebből arra a következtetésre jutunk, hogy a pályakezdés első két évében még nincsenek annyira leterhelve a felmérésünkben részt vevő ápolók. Eredményeinkkel ellentétes megállapításra jutottak Ketelaar és munkatársai 2015-ben, hiszen ők a pályakezdő ápolók magas igénybevételéről számoltak be (Ketelaar et al., 2015). A pályakezdők szignifikánsan jobbnak ítélik meg a munkahelyi elismertségüket a régebb óta dolgozó ápolókhoz képest. Ebben beletartozik a fizetéssel való elégedettség is, hiszen jelentős adókedvezményben részesülnek. Szignifikánsan a legmagasabb pszichológiai igénybevételről szintén a 2,5–10 és a 11–20 éve dolgozó ápolók számoltak be, a legalacsonyabbról pedig a 30 évnél régebb óta dolgozók. Ezen alsóskálán belül a pályakezdők csoportjában fordulnak elő szignifikánsan legkevésbé a stressz és az érzelmi megterhelés. A munkahelyi stresszes helyzetek leggyakrabban a 2,5–10 éve dolgozó válaszadóknál jelentkeznek, míg az érzelmileg megterhelő helyzetek a 30 évnél régebb óta dolgozó kollégáknál fordulnak elő. Megállapíthatjuk, hogy a pályakezdő ápolók számoltak be a legalacsonyabb munkahelyi igénybevételről, valamint a legkevésbé stresszes és érzelmi megterhelést jelentő helyzetről a munkahelyükön. Mindennek az lehet a magyarázata, hogy a felmérésünkben részt vevő pályakezdőkre még kevesebb súlyos beteget bízunk, így többnyire kimaradhatnak a megterhelő helyzetekből.

A pályakezdés körülményeit vizsgálva látható, hogy több évtizeddel ezelőtt még jobban segítették a pályakezdők munkába állását a kollégáik. Sajnos a válaszokból egyértelműen kitűnik, hogy a munkahelyi segítő, vagyis a mentor jelenléte csak ritkán fordul elő. Vizsgálatok bizonyítják, hogy a pályakezdők számára biztosított mentor növeli a sikeres beilleszkedés és a pályán maradás esélyét (DeGrande et al., 2018; Innes & Calleja, 2018). A betanulási időszak mindegyik ápolói munkaév csoportban a válaszadók több mint 50%-ának biztosítva volt, de a pályakezdők jelezték a legalacsonyabb arányban, amiből arra lehet következtetni, hogy a létszámhiány miatt gyorsan teljes joggal felruházott ápolókká váltak, holott

lehet, hogy szükségük lett volna még betanulási időre. A pályakezdők esetében szignifikánsan a legmagasabb (58,9%) a próbaidő előírását megjelölők aránya, míg a 30 évnél régebb óta dolgozók számoltak be legkisebb arányban a próbaidő előírásáról (vagy csak nem emlékeznek már olyan jól rá). A próbaidőt nem feltétlenül pozitívan kell megítélni, mivel a pályakezdő fenyegetve is érezheti magát, hiszen az időtartama alatt (általában három hónap) a munkáltató indoklás nélkül akár fel is mondhat (Szellő, 2014). A pályakezdők kaptak szignifikánsan gyakrabban munkahelyi ismertetőt, 25,3%-uk jelölte be ezt a válaszlehetőséget. Még ez az arány is igen kevésnek bizonyul, hiszen egy rövid szóbeli vagy írásbeli ismertető az adott munkahely (klinika, klinikatömb, kórház, osztály) jellemzőiről biztosan segítségére lenne az újonnan munkába állóknak. A jó munkavégzésre való ösztönzés alig jellemző a mintában, de az látszik az eredményekből, hogy több évtizeddel ezelőtt ez a fajta támogatási forma sokkal inkább jelen volt az ápolók pályakezdésekor, mint mostanság.

Felmérésünkben az látszik, hogy a pályakezdő ápolók veszélyeztetettsége elenyésző, inkább a 2,5–10 és a 11–20 éve dolgozó ápolók esetében mutatkoztak kirívóbb eredmények. Ennek valószínűleg az lehet az oka, hogy ők már túl vannak a betanulás időszakán, és rájuk hárul jelentős munkateher a mindennapi betegellátás során.

Szakmai javaslatok

Évek óta folynak kutatások a pályakezdő ápolók beilleszkedésével kapcsolatban, mivel világszerte hiányszakmáról van szó. Nagyon sok kutató próbált elméleteket kidolgozni és javaslatokat tenni, amelyekkel megkönnyíthető lenne a pályakezdő ápolók beilleszkedése és pályán tartása.

A felmérésünk válaszaiból kiindulva a mentorálás lehet az egyik megoldás az új ápolók munkahelyi beilleszkedésének elősegítésére. Vagy az ápolásvezető, vagy idősebb, tapasztaltabb ápolók vállalják fel a mentor szerepét, és így segíthetik az új dolgozók munkakezdését (Baskin et al., 2023). A mentorálást tanulni kell, erre fel lehetne készíteni az ezt a tevékenységet vállaló ápolókat, ápolásvezetőket. Ebben fontos szerepe lehet az egészségügyi menedzsernek is.

Philips és munkatársai szerint a frissen végzett ápolókat olyan klinikai környezetbe kell helyezni, amely kevésbé összetett döntéshozatali igényel a munkába állás évének első felében, így lehetővé téve számukra, hogy zökkenőmentesen beilleszkedjenek egy új környezetbe. Miután a végzett ápolók szakmai gyakorlata megalapozódik, utána javasolják a szakterület kiválasztását, ahol a továbbiakban dolgozni kívánnak. Az ellátandó beteg súlyossági szintjének

meg kell egyeznie egy új kezdő ápoló szakmai tudásszintjével. Pozitív visszajelzést kell adni az új dolgozóknak a szocializáció és a munkahelyi elkötelezettség megkönnyítése érdekében (Philips et al., 2014).

Benner elmélete szerint, ha egy tapasztalt ápoló is új osztályra kerül, támogatásra, képzésre van szüksége, ezért a pályakezdő ápolóknak már a munkába állásuk elején képzésben kell részesülniük, és ismerniük kell a munkakörnyezetet, így elkerülhető lenne, hogy szakmailag nem megfelelő döntéseket hozzanak (Benner, 2021). Erre lehet egy megoldási forma, ha a pályakezdő ápolónak bemutatják az egész intézményt, hogy legyen helyismerete, illetve a munkavégzés helyéül szolgáló osztály részletes körbejárására van szükség, hogy tudja, mit hol talál. Tudjuk, hogy a jelenlegi létszámhelyzetben nehezen megvalósíthatók ezek a törekvések, de ha meg sem próbálják az osztály dolgozói, akkor még nagyobb lesz a fluktuáció, mert a pályakezdő olyan helyre fog továbbmenni, ahol segítik a betanulását, beilleszkedését. Ne feledjük el a már betanult, tapasztalt ápolókat sem, hiszen a felmérésből kiderült, hogy sokszor a 2,5–10 éve dolgozók mutatták a legkirívóbb eredményeket. Rájuk is kellene fókuszálni különböző esetmegbeszélő szupervíziós lehetőségekkel, lelki segítségnyújtással, hiszen még fiatalok, és nagy a valószínűsége, hogy idő előtt el-

hagyják a pályát, ha a megterhelésük tovább fokozódik.

A kutatás korlátai között meg kell említeni a pályakezdő ápolók alacsony válaszadási arányát. Feltételezhetően ennek az lehet az oka, hogy még nem regisztráltak különböző ápolásszakmai, kamarai platformokon, illetve hírlevelekre, és ezért csak alacsony számban értesültek a kutatásról. Érdemes lenne őket jobban megvizsgálni, mert feltételezzük, hogy nagyobb arányú részvételük esetén más eredmények születtek volna.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk köszönetünket kifejezni azoknak az ápolóknak, akik kérdőívünk kitöltésével hozzájárultak a kutatás megvalósulásához.

Szerzői munkamegosztás: N. A.: szakirodalmak gyűjtése, kutatás megtervezése és kivitelezése, adatelemzés elvégzése, közlemény megírása. T. R.: szakmai lektorálás. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalomjegyzék

- Azizi-Qadikolaee, A., Chehrzad, M., Kazemnejad, L. E., & Jafaraghaee, F. (2023). Bullying, incivility, and intention to leave the job among novice nurses: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Nursing Reports in Clinical Practice*, 1(2), 1–9. <https://doi.org/10.32598/JNRC.P.23.51>
- Baskin, R., Biazus-Dalcin, C., & Bartlett, R. (2023). The time for mentoring is now. *Journal of Psychosocial Nursing*, 61(8), 3–4. <https://doi.org/10.3928/02793695-20230705-01>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.
- Benner, P. (2021). Novice to mastery: Teaching and Learning for Adult Skill Acquisition: Applying the Dreyfus and Dreyfus Model in Different Fields, 215. In: Najafi, B., & Nasiri, A. (2023). Support Experiences for Novice Nurses in the Workplace: A Qualitative Analysis. *SAGE Open Nursing*, 9, 1–7. <https://doi.org/10.1177/23779608231169212>
- Coventry, T. H., & Russell, K. P. (2021). Clinical sympathy – A mixed method study of the relationship between the clinical nurse educator and the graduate nurse. *Nurse Education in Practice*, 55, 103150. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103150>
- DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J. A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.005>
- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441–450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Ghawadra, S. F., Abdullah, K. L., Choo, W. Y., & Phang, C. K. (2019). Psychological distress and its association with job satisfaction among nurses in a teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21–22), 4087–4097. <https://doi.org/10.1111/jocn.14993>
- Hampton, K. B., Smeltzer, S. C., & Ross, J. G. (2021). The transition from nursing student to practicing nurse: An integrative review of transition to practice program. *Nurse Education in Practice*, 52, 103031 <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103031>
- Han, K., Kim, Y.-H., Lee, H. J., Cho, H., & Jung, Y. S. (2019). Changes in health behaviours and health status of novice nurses during the first 2 years of work. *Journal of Advanced Nursing*, 75(8), 1648–1656. <https://doi.org/10.1111/jan.13947>
- Hódos, T. (2000). Pszichoszociális kóroki tényezők, pszichoszociális eredetű megbetegedések és prevenciójuk a munkahelyen. *Hippocrates*, 2(2), 108–111.
- Innes, T., & Calleja, P. (2018). Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 30, 62–72. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.03.001>

- Johnson, J. (1991). Social support and job strain. In: Johnson J, & Johansson G, (1991): Psychosocial work environment: work organization, democratization and health. Amityville (NY): Baywood Publishing
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <http://dx.doi.org/10.2307/2392498>
- Kemenesiné, L. E., Velkey, Gy., & Kivés, Zs. (2017). Mit tehet az ápolásvezető a szakdolgozói létszám biztosításáért? *IME – Interdiszplináris Magyar Egészségügy*, 16(7), 18–22.
- Ketelaar, S. M., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H., & Sluiter, J. K. (2015). Exploring novice nurses' needs regarding their work-related health: a qualitative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(7), 953–962. <https://doi.org/10.1007%2Fs00420-015-1022-5>
- Logan, T. R. (2016). Influence of teamwork behaviors on workplace incivility as it applies to nurses. *Creighton Journal of Interdisciplinary Leadership*, 2(1), 47–53. <http://dx.doi.org/10.17062/CJIL.v2i1.28>
- Moffa, C., & Longo, J. (2016). Social Justice as a Lens for Understanding Workplace Mistreatment. *Advanced Nursing Sciences*, 39(3), 216–223. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000124>
- Najafi, B., & Nasiri, A. (2023). Support Experiences for Novice Nurses in the Workplace: A Qualitative Analysis. *SAGE Open Nursing*, 9, 1–7. <https://doi.org/10.1177/23779608231169212>
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaihum, O. A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *Intensive Nursing Review*, 64(1), 91–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12342>
- Nistor, K., Tóth, G., & Szócska M. (2021). Munkahelyi pszichoszociális tényezők specifikumai a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazatban dolgozók körében. Komparatív vizsgálat. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*. 20(3), 3–10.
- Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2015). Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013. *Medical Education*, 49(4), 399–407. <https://doi.org/10.1111%2Fmedu.12668>
- Phillips, C., Kenny, A., Esterman, A., & Smith, C. (2014). A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Education in Practice*, 14(2), 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.07.007>
- Read, E., & Laschinger, H. K. (2013). Correlates of new graduate nurses' experiences of workplace mistreatment. *Journal of Nursing Administrative*, 43(4), 221–228. <https://doi.org/10.1097/nnn.0b013e3182895a90>
- Szellő, J. (szerk.) (2014). Pályakezdő fiatalok munkaerő-piaci esélyei a Dél-dunántúli régióban 2025-ig. Pécsi Tudományegyetem (2023.10.08) <https://oszkdk.oszk.hu/storage/00/01/29/38/dd/1/Palyakezdozarotanulmany.pdf>
- Tastan, S., Unver, V., & Hatipoglu, S. (2013). An analysis of the factors affecting the transition period to professional roles for newly graduated nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 60(3), 405–412. <https://doi.org/10.1111/inr.12026>

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezete
közreműködve a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karral
és az Európai Transzkulturális Ápolási Egyesülettel
(European Transcultural Nursing Association, ETNA)

2025. június 23-24-én, Budapesten
szervezi meg a **X. Nemzetközi Konferenciát.**

A konferencia részletes felhívása
2025. év elejétől lesz elérhető a **www.meszk.hu** oldalon.

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az akut cardiovascularis kórfolyamatok kapcsán jelentkező betegoldali prehospitális késés

MÁTÉ-PÓHR Kitti, VERES Zoltán, DR. HANESS János, KÖCSE Tamás,
DR. PANDUR Attila PhD

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: Az akut coronariaszindróma (ACS) előfordulása jelentős, potenciálisan életet veszélyeztető betegség. Kutatásunk célja az volt, hogy felmérjük, mennyire van jelen a prehospitális késés az akut cardiovascularis kórfolyamatokban, illetve felmérni az akut coronariaszindróma jellemzőit. **Vizsgálat módszere:** Kutatásunk kvantitatív, prospektív kérdőíves vizsgálat. Vizsgálatunk 2019. december és 2020. február között zajlott. Mintacsoportunk az akut ACS-n átesett páciensekből állt (n=71).

Eredmények: Az ACS-re jellemző klinikai tünetegyüttesek jelentkeztek, mint a nyomó, szorító mellkasi fájdalom, dyspnoéval. A fájdalom értékelésénél a betegek a PSS, valamint VAS-skálákon relatív magas fájdalomértékelési értéket jelöltek. A fájdalom napszaki megoszlása tekintetében kiemelő, hogy a vizsgált betegek döntő többségénél a nappali órákban indultak a tünetek. A prehospitális késés átlaga több volt, mint négy óra.

Következtetés: Az ACS egy magas időfaktorú kórkép, ahol a betegnek a legnagyobb segítség a mihamarabbi definitív ellátóhelyre való szállítás, így a betegbiztonság növelése és a mortalitás csökkentése céljából fontos a késési idő minimalizálása.

Kulcsszavak: prehospitális késés, akut coronariaszindróma, VAS-skála

The patient-side pre-hospital delay associated with acute cardiovascular disorders

Kitti MÁTÉ-PÓHR, Zoltán VERES, János HANESS MD, Tamás KÖCSE, PANDUR Attila PhD

SUMMARY

Purpose: The occurrence of acute coronary syndrome (ACS) is a significant, potentially life-threatening disease. The aim of our research was to assess the extent to which prehospital delay is present in acute cardiovascular disease processes, and to assess the characteristics of ACS.

Methods: Our research is a quantitative, prospective questionnaire study. The time of our investigation: December 2019 and February 2020. Our sample group consisted of patients with ACS (n=71).

Results: Clinical symptom clusters characteristic of ACS appeared, such as pressing, tight chest pain and dyspnoea. When assessing pain, the patients indicated a relatively high pain assessment value on the PSS and VAS scales. The average prehospital delay was more than 4 hours.

Conclusion: ACS is a disease with a high time factor, where the greatest help for the patient is to be transported to a definitive care facility as soon as possible, so it is important to minimize the delay time in order to increase patient safety.

Keywords: pre-hospital delay, acute coronary syndrome, VAS scale

MÁTÉ-PÓHR Kitti szakoktató,
Pécsi Tudományegyetem,
Egészségtudományi Kar,
Sürgősségi, Egészségpedagógiai és Ápolástudományi
Intézet, Oxiológiai, Sürgősségi
Ellátási Tanszék; mentőtiszt,
Országos Mentőszolgálat,
Nyugat-dunántúli Régió;
PhD-hallgató, Pécsi Tudomány-
egyetem, Egészségtudományi
Doktori Iskola,
ORCID-azonosító:
0009-0003-0368-0144

VERES Zoltán szakoktató, Pécsi
Tudományegyetem, Egészség-
tudományi Kar, Sürgősség-
tudományi Kar, Sürgősségi és
Egészségpedagógiai és
Ápolástudományi Intézet,
Oxiológiai, Sürgősségi Ellátási
Tanszék; mentőtiszt, Országos
Mentőszolgálat, Nyugat-
dunántúli Régió

DR. HANESS János
regionális orvosigazgató,
Országos Mentőszolgálat,
Nyugat-dunántúli Régió;
Magyar Légimentő Nonprofit Kft.

KÖCSE Tamás vezető
mentőtiszt, Országos
Mentőszolgálat, Nyugat-
dunántúli Régió

DR. PANDUR Attila PhD
tanszékvezető, Pécsi Tudomány-
egyetem, Egészségtudományi
Kar, Sürgősségi, Egészségped-
agógiai és Ápolástudományi
Intézet, Oxiológiai, Sürgősségi
Ellátási Tanszék; mentőtiszt,
Országos Mentőszolgálat,
Dél-dunántúli Régió

Levelező szerző

(corresponding author):

MÁTÉ-PÓHR Kitti

E-mail: pohr.kitti@mentok.hu,

kitti.pohr@etk.pte.hu

Beérkezett: 2024. október 27.

Elfogadva: 2024. november 17.



Bevezetés

Hazánk lakossága egészségügyi állapota alapján a világ országai között a középmezőnyben foglal helyet, azonban Európát tekintve egyike a legkedvezőtlenebb helyzetű országoknak. Az összes halálozás 54%-át teszik ki a szív- és érrendszeri betegségek (Jánosi, 2016). A cardiovascularis események megjelenését tekintve kiemelendő az akut coronariaszindróma (ACS), a stroke és a pulmonalis embolia (PE). A sürgősségi osztályon mellkasi fájdalommal jelentkező betegcsoportban az akut cardiovascularis kórképek előfordulása a következő: 5-10% STEMI, 15-20% NSTEMI, 10% instabil angina, 15% egyéb szívbetegség és 50% nem szíveredetű betegség (Puelacher, 2019). A 2020-as évben 13 701 akut myocardialis infarctusos beteget regisztráltak a Nemzeti Szívinfarktus Regiszterben. Ezen eseteknek az 54,1%-a kapott NSTEMI diagnózist (Jánosi, 2016). Ebből a számadatból is látszik, hogy különösen fontos lenne a korai diagnosztika a teljes ischaemiás idő csökkentése érdekében.

Az ACS prevalenciája az életkor előrehaladtával nő, de jelentős számban fordul elő a 30 év körüliek esetében is. A szívizominfarktus két formája közül az ST-elevációval járó myocardialis infarctus (STEMI) gyakorisága az elmúlt években folyamatosan csökkent (ennek az oka nem ismert), viszont az ST-elevációval nem járó (NSTEMI) infarktus gyakorisága emelkedett. A korai diagnózis és az adekvát terápia nélkülözhetetlen ACS-ben. A korai percutan coronariaintervenció (PCI) kezelésben részesült betegek lényegesen jobb életkilátásokkal rendelkeznek.

A PE és ACS esetén is a leggyakoribb prezentációs panasz a mellkasi fájdalom. A mellkasi fájdalom differenciáldiagnosztikája komoly feladat elé állítja a sürgősségi ellátókat. Különösen fontos lenne már a prehospitális szakban a megfelelő elkülönítő kórisme az ACS és a PE között annak érdekében, hogy a szállítás irányát és adott esetben az oki terápiát is időben meg lehessen kezdeni. A tünetek megjelenése és PCI között eltelt időablak kritikus meghatározója a prehospitális kérésnek. Ez a kérés több részből áll: a beteg elhatározási ideje, a mentő értesítése, a mentő helyszínre érkezése, majd a helyszínről történő indulás, valamint a beteg megérkezése a célintézménybe. A betegség tüneteinek megjelenése továbbra is a beavatkozásig eltelt idő fő tényezője. Magának a prehospitális kérésnek betegoldali részről két fő tényezője lehet. Egyik az infarktusra tipikus tünetek figyelmen kívül hagyása vagy a késői orvoshoz fordulás, míg várja a beteg, hogy a panaszai mérséklődjenek. A másik oka pedig magának a tüneteknek a fel nem ismerése. A pontos diagnózis felállítására az esetek nagy részében lassan vagy csak

későn kerül sor, ennek köszönhetően a betegek életminősége romlik, valamint túlélési esélyük csökken. A mielőbb elvégzett PCI növelheti a túlélés arányát, illetve az ejekciós frakció normáltartományban való maradását. Számos olyan score-rendszert ismerünk, amely segít rizikót becsülni, nem megfelelkezve arról, hogy a klinikai diagnózis valószínűségi változó. Mivel egy magas időfaktorú kórképpel állunk szemben, ennek leküzdésére két lehetőségünk van. Az egyik az időfaktor diktálta sebességet leküzdhetjük helyzetváltoztatással, azaz a beteg rapid kórházi elhelyezésével, a másik lehetőségünk a gyógyintézet helyszínhez közelítése. A helyszínen nem tudjuk a beteget definitív terápiában részesíteni, mert nincs lehetőség prehospitális koronarográfiára.

Anyag és módszer

Vizsgálatunk célja volt, hogy megvizsgáljuk a betegoldali prehospitális kérés jelenségét és információt nyerjünk azokról az esetleges faktorokról, amik hosszabbítják azt az időt, míg a beteg a definitív ellátóhelyre kerül.

Retrospektív, kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunkat a Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház és a Zala Vármegyei Szent Rafael Kórház kardiológiai osztályán végeztük. Saját szerkesztésű kérdőíves vizsgálatunk során összesen 71 beteget kérdeztünk ki (n=71). Egyszeri, nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel során célcsoportunkat az akut ACS-n átesett betegek alkották, akiknél az oxiológiai kórképekre jellemző akutitás, progresszivitás, illetve processzivitás jelen volt. Kizárásra kerültek az elektív PCI miatt hospitalizált páciensek, valamint a stabil vagy instabil angina pectoris miatt az osztályon tartózkodó betegek.

A kapott adatokat SPSS 26.0 program segítségével, leíró statisztikai (abszolút és relatív gyakoriság, átlag, szórás, minimum- és maximumértékek) és matematikai számításokkal (χ^2 -próba) elemeztük. A folytonos változók átlag±standard deviáció, a kategorikus változók pedig relatív gyakoriság formájában kerültek bemutatásra. Az eredményeket gyakoriság és átlag megbízhatósági tartománnyal prezentáltuk, a szignifikanciaszintet $p \leq 0,05$ értéknél határoztuk meg (Pakai & Kívés, 2013).

Eredmények

Az összes megkérdezett beteg 61,9%-a (44 fő) férfi, 38,1%-a (27 fő) pedig nő. Átlagéletkoruk $63,16 \pm 13,22$ év volt. A kérdőívet kitöltők közül 76% (54 fő) anamnézisében szerepelt hypertonia, 30,9%-ban pedig diabetes mellitus. A prezentációs panaszok összességében jól korrelálnak az ACS-re

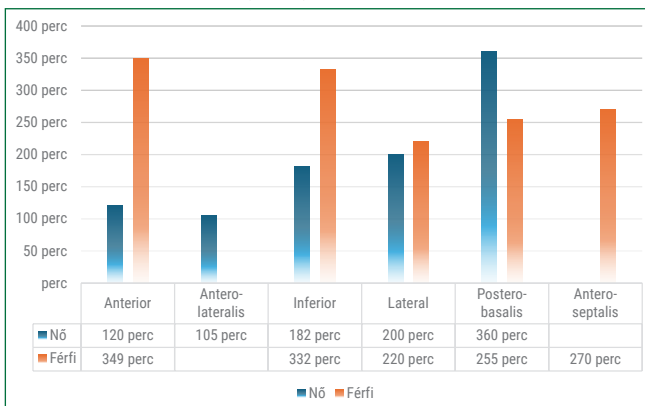
megszokott tünetekkel. A vezető panaszok közé tartozott mindkét nem esetében az epigastriális fájdalom, a valamely oldali végtagba sugárzó fájdalom, a thoracalis diszkomfortérzés, az erőteljes hátba sugárzó fájdalom, dyspnoe. A mellkasi fájdalom differenciáldiagnosztikája komoly feladat elé állítja a sürgősségi ellátókat. Különösen fontos lenne már a prehospitalis szakban a megfelelő elkülönítő kórisme az ACS és a pulmonalis embolia között annak érdekében, hogy a szállítás irányát meg lehessen határozni, és adott esetben az oki terápiát meg lehessen kezdeni. Kutatásunkban két fájdalomértékelési skálát használtunk, a PSS-t és a VAS (vizuális analóg skála) skálát. Az egész minta tekintetében a PSS-en (perceived stress scale) a leggyengébb fájdalommegélési érték 3-as volt, maximális pontot 10 beteg adott. A VAS-skálán 1 beteg adta a legkevesebb pontot, amelynek értéke 2 volt, a legmagasabb pontszámot 4 fő jelölte. Vizsgálatunkban azon betegek, akik a VAS-skálán 3-as szintet jelöltek meg, a PSS-en 4-es vagy 5-ös szintet. Ha a beteg a VAS-skálán 4-es pontot adott, akkor a PSS-en ezek 6-os és 7-es pontszámmal jelentek meg. A VAS-skálán 5 pontnál azonban csak 8-as számú PSS jelent meg. Mindkét skála legmagasabb pontjai egyeztek egymással. Az is megállapítható, hogy a diabeteses betegek fájdalomérzékelései az ACS kórfolyamata során ebben a kutatásban nem volt relevánsan eltérő a többi beteg fájdalomértékeléséhez képest. Az ACS típusai (STEMI-NSTEMI) és a fájdalom intenzitása között nem találtunk szignifikáns eltérést ($p=0,673$).

Betegoldali prehospitalis késés

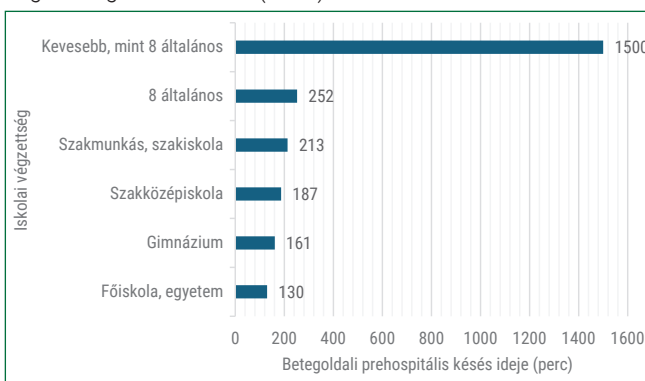
Mintánkából összesen 33 beteg esetében álltak rendelkezésre pontos időpontok a betegoldali prehospitalis késés jelenségéről. A legkevesebb késés 30 perc volt, a legtöbb pedig több mint 25 óra. Az átlag késési ideje 4:26 perc. Az átlagkilométer a betegek feltalálási helye és a definitív ellátóhely között 23,5 kilométer. A férfiak aspektusából a prehospitalis késés átlaga 5:18 perc, nők esetében pedig 3:05 perc (**1. ábra**). Településtípusokat tekintve a városi prehospitalis késés átlagideje 299 perc, községben élő betegek esetében 279 perc.

Megvizsgáltuk, hogy az iskolai végzettség hatással van-e a betegoldali prehospitalis késésre. Mintánkban egy olyan beteg volt, aki kevesebb, mint 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezett, az ő késési

1. ábra: A prehospitalis késés átlaga a lokalizáció és a nemek szerinti megoszlásban ($n=33$)



2. ábra: Betegoldali prehospitalis késés ideje az iskolai végzettség tekintetében ($n=33$)



ideje volt a legtöbb, 25 óra. 11 főnek, akiknek 8 általános iskolai végzettsége volt, a prehospitalis késési idejük átlagosan 252 perc. Gimnáziumi érettségije 4 betegnek volt, 161 perc az átlagos késési idejük. 2 fő a legmagasabb iskolai végzettséggel (egyetem) került be a kutatásba, 130 perces prehospitalis késési idővel rendelkeztek. Jelen kutatásban kevesebb volt azoknak a betegeknek a prehospitalis késése, akik magasabb iskolai végzettséggel rendelkeztek (**2. ábra**).

Az 50 év alatti életkori csoportban a késési idő átlaga 181 perc, míg az 50 év feletti csoportban átlag 285 perc.

A prehospitalis késési idő jelenségét vizsgáltuk a definitív ellátóhelytől való távolság függvényében is. Két csoportot határoztunk meg, az egyik csoportba azokat a betegeket soroltuk, akiknek a lakóhelyéhez a kórház közelebb van, mint 25 km, a másik csoportba pedig azokat, akik több mint 25 km-re laknak a kórháztól. Az első csoportnál átlag 258 percet kaptunk, míg a másikonál átlag 266 percet. A különbség 8 perc, így szignifikáns különbség nincsen a definitív ellátóhelytől való távolság és a késési idő között ($p > 0,05$).

A napszaki megoszlást is megvizsgáltuk, a nap-

palt (6–18 óra) és az éjszakát (18–6 óra) különítettük el. Nappal a késési idő átlagosan 256 perc, míg éjszaka 295 perc. Ez 39 perc különbséget jelent, ami magas időfaktorú kórkép esetén sokat számít a myocardium, illetve az ejekciós frakció tekintetében is.

Megbeszélés

A sürgősségi ellátásban fontos prediktorként jellemezzük az időt. A cardiovascularis kórképek gyors diagnóziskutatásának szükségessége tény. A pre- és intrahospitális késésnek a lehető legrövidebbnek kell lennie a szövődmények és a halálozás csökkentése érdekében. Számos kutatás foglalkozik a cardiovascularis kórképek időtényezőinek vizsgálatával, a késés csökkentésének lehetőségeivel (Khraim, 2009). A kulcs az időben történő kezelés biztosításához, túlterhelés csökkentéséhez a prehospitális szakban megkezdett betegosztályozás a cardiovascularis kórképek esetén is. A magas időfaktorú kórfolyamatok esetén a panaszok kezdete és az adekvát kezelés közötti idő csökkentése a kulcs a mortalitási és morbiditási mutatók javítása céljából. Annak ellenére, hogy az ACS kezelésében jelentős előrelépések történtek, továbbra is magas a halálozás kockázata (Granger et al., 2003; Pandur, 2023). A prehospitális idő legnagyobb részét – akár 75%-át is – a beteg saját döntési

ideje alkotja, a betegség kialakulásának szubjektív eleme továbbra is a kezelés bevezetéséig eltelt idő fő tényezője. A STEMI diagnózissal ellátott betegek esetében 51,8%-ban az Országos Mentőszolgálat az első szakellátó. A panasz kezdete és a PCI-laborba érkezés között eltelt idő átlagosan 233 perc, amennyiben az OMSZ a primer ellátó, ez az idő 195 perc, egyéb esetekben pedig 265 perc (Jánosi et al., 2016). A prevenciós programok mellett a már meglévő rizikótényezőkkel bíró és krónikus betegségben szenvedők részére, a korai észlelés és riasztás elősegítése céljából az okoseszközök fejlesztése lehetőséget biztosíthat az otthoni monitorozásra a prehospitális késés betegoldali idejének csökkentésére (Bayoumy et al., 2021).

Szerzői munkamegosztás: M. P. K., H. J., P. A.: Irodalomkutatás, a kézirat megszövegezése. P. A., V. Z.: Vizsgálat megtervezése. V. Z.: Adatok gyűjtése. M. P. K., V. Z., K. T., P. A., H. J.: Statisztikai elemzés. P. A., H. J.: A kézirat véleményezése. A közlemény más folyóiratban korábban nem jelent meg és nem került beküldésre. A szerzői útmutatót valamilyen szerző elolvasta. A cikk végleges változatát valamilyen szerző elolvasta és jóváhagyta.

Anyagi támogatás: A kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekkeltségeik.

Irodalomjegyzék

- Bayoumy, K., Gaber, M., Elshafeey, A., Mhaimeed, O., Dineen, E. H., Marvel, F. A., Martin, S. S., Muse, E. D., Turakhia, M. P., Tarakji, K. G., & Elshazly, M. B. (2021). Smart wearable devices in cardiovascular care: where we are and how to move forward. *Nature reviews. Cardiology*, 18(8), 581–599. <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00522-7>
- van Dongen, D. N., Tolsma, R. T., Folkert, M. J., Badings, E. A., van der Sluis, A., Slingerland, R. J., van 't Hof, A. W., & Ottervanger, J. P. (2020). Pre-hospital risk assessment in suspected non-ST-elevation acute coronary syndrome: A prospective observational study. *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, 9(1_suppl), 5–12. <https://doi.org/10.1177/2048872618813846>
- Granger, C. B., Goldberg, R. J., Dabbous, O., Pieper, K. S., Eagle, K. A., Cannon, C. P., Van De Werf, F., Avezum, A., Goodman, S. G., Flather, M. D., Fox, K. A., & Global Registry of Acute Coronary Events Investigators (2003). Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Archives of Internal Medicine*, 163(19), 2345–2353. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.19.2345>
- Jánosi, A. (2016). The most important elements of the care and prognosis of patients treated for myocardial infarction-National Myocardial Infarction Register 2015. *Cardiologia Hungarica*, 46(2): 70–75.
- Khraim, F. M., & Carey, M. G. (2009). Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.019>
- Pakai, A., Kívés, Zs. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3): 20–43.
- Pandur, A. (2023). Betegútmenedzsment az akut kardiovaszkuláris kórfolyamatok esetén, különös tekintettel a pulmonális embólia és az NSTEMI kórképekre a sürgősségi ellátásban, Doktori (PhD) értekezés.
- Puelacher, C., Gugala, M., Adamson, P. D., Shah, A., Chapman, A. R., Anand, A., Sabti, Z., Boeddinghaus, J., Nestelberger, T., Twerenbold, R., Wildi, K., Badertscher, P., Rubini Gimenez, M., Shrestha, S., Szagary, L., Mueller, D., Schumacher, L., Kozuharov, N., Flores, D., du Fay de Lavallaz, J., ... Mueller, C. (2019). Incidence and outcomes of unstable angina compared with non-ST-elevation myocardial infarction. *Heart (British Cardiac Society)*, 105(18), 1423–1431. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-314305>

A Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet stroke-ellátásának vizsgálata

OJTÓZI Beáta

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A kutatás a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet stroke-ellátási időfaktorait kívánja ismertetni, továbbá azt, hogy ezen idők hogyan befolyásolták a betegek gyógyulását. Célja a figyelemfelhívás az időveszteségek csökkentésére, a betegek gyógyulási esélyének növelésére.

Anyag és módszer: A kutatás papíralapú és elektronikus dokumentáció áttekintése alapján került elvégzésre, önellenőrzésként pedig interjúk is készültek. A vizsgálatba 2023.01.01–2023.06.30. közötti időszakban ischaemiás stroke-on átesett, 18 év feletti betegek adatai kerültek beválasztásra.

Eredmények: A beérkezéstől számított maximum 10 percen belül 95%-ban megtörtént a triázs és 83%-ban 15 percen belül az első orvosi vizsgálat is. A vérrögoldó kezelésre a betegek 19%-a volt alkalmas. A Magyar Stroke Társaság STT, DTT, OTT, DIT ajánlott időit 76-95%-ban sikerült tartani.

Következtetések: Az intézményben zajló akut betegellátást összességében jó ellátási idők, összehangolt teammunka és a dokumentációs fegyelem betartása jellemezte.

Kulcsszavak: stroke, időfaktorok, sürgősségi supervisor, betegeducáció, ápolásfejlesztés

Investigation of Stroke care at the Jahn Ferenc Dél-pest Hospital and Outpatient Clinic in Budapest
Beáta OJTÓZI

SUMMARY

Purpose: The research intends to describe the stroke care time factors of the Budapest Jahn Ferenc Dél-pest Hospital and Clinic. how these times affected the recovery of patients. Its purpose is to draw attention to the reduction of time losses and to increase the chances of patients' recovery.

Methods: The research was carried out based on a review of paper-based and electronic documentation, and interviews were also conducted as a self-check. The investigation is from 01.01.2023 to 06.30.2023. data of patients over 18 years of age who had an ischemic stroke in the period between

Results and conclusion: 95% of the triage took place within 10 minutes of arrival and 83% of the first medical examination took place within 15 minutes. 19% of patients were suitable for hemostatic treatment. The recommended times of STT, DTT, OTT, DIT of the Hungarian Stroke Association were kept in 76-95%.

Conclusions: Overall, the acute patient care in the institution was characterized by good care times, coordinated team work and adherence to documentation discipline.

Keywords: stroke, time factors, emergency supervisor, patient education, nursing development

OJTÓZI Beáta mentőtiszt, ápoló BSc, ápolástámogató koordinátor, Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet

Levelező szerző
(corresponding author):
OJTÓZI Beáta
E-mail: ojtzibeata@gmail.com

Beérkezett: 2024. szeptember 13.
Elfogadva: 2024. december 8.

| Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.37.0028> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

Magyarországon a stroke hosszú évek óta a harmadik leggyakoribb halálok (KSH, 2022). Évente 40-50 000 ember kerül be stroke-központba, amely szintén igen magas esetszámnak számít (Gránási & Papp, 2021). Bár a halálozások száma az elmúlt 25 évben csökkent mindkét nemből, még akkor is, ha

számításba vesszük a módosító faktorok fennállását, helyzetünk az európai országok között, sajnos, alig változott. Az elmúlt évtizedek mindenhol jelentős javulást eredményeztek a népbetegségek megelőzésében és ellátásában (Nagy et al., 2019). Habár a stroke mortalitási adatai enyhén csökkenni kezdtek hazánkban, még mindig több mint egy évtizeddel elmaradunk Nyugat-Európa országainak adataihoz

képe. A kezelési és kimeneteli adatok szegényessége arra utalnak, hogy szükség lenne egy standardizált módszereken alapuló, hazai adatbázis létrehozására, amelynek segítségével feltárhatnánk az említett különbségek okait (Szócs et al., 2016). A pandémia időszakában és annak hozadékaként a fentebb említett területeken az ellátás jelentősen romlott. A European Stroke Organisation és a World Stroke Organisation felmérései azt mutatták, hogy a világjárvány idején nemzetközi szinten az OTT-idők jelentősen meghosszabbodtak és a stroke-betegek intézményben történő ellátása pedig csökkent (Markus & Brainin, 2020). Ugyanezen időszakban Magyarországon viszont a neurológiai osztályos ellátások száma emelkedő tendenciát mutatott (NEAK, 2021). A Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinikájának kutatásai alapján az ischaemiás stroke-os betegek a tünetek kezdetétől az intravénás kezelés megkezdéséig eltelt ideje megnövekedett, átlagosan mintegy 20 perccel (Böjti et al., 2020). Ez az idővesztés abból a szempontból is jelentős, hogy a diagnosztizált ischaemiás stroke-os betegek esetében valódi sikert az időablakon belül megkezdett thrombolysis hozhat. Ez az arra alkalmas betegeknél 4,5 óra. Egy hamburgi tanulmány szerint Németországban is tartják ezt az időintervallumot (Barow & Thomalla, 2019).

2017-ben a Magyar Stroke Társaság és az Egészségügyi Szakmai Kollégium Neurológiai Tagozata kiadta az akut ischaemiás stroke diagnosztikájáról és kezeléséről szakmai irányelvét. Céljuk a mortalitás csökkentésén túl a hazai ellátás egységesítése volt (Az akut ischaemiás stroke diagnosztikájáról és kezeléséről, 2017). A pozitív szakmai törekvések mellett viszont nem szabad elfelejtenünk, hogy a laikus hozzátartozóknak és potenciális betegeknek is hatalmas szerepe van a tünetek felismerésében és az ellátórendszer mihamarabbi felkeresésében.

Az agyi érktasztrófák jelentős részét (körülbelül 80-85%-át) az ischaemiás eredetű teszi ki, amelynek sikeres kezelésében elengedhetetlen feltételként jelenik meg a thrombolysis fogalma. A rekanalizációs kezelésnek több abszolút és relatív kritériuma van, amelyek miatt nem minden beteg lesz alkalmas a kezelés elvégzésére, de ennek egyik általunk leginkább befolyásolható szempontja még mindig az időfaktor.

A kutatás helyszínéül szolgáló Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház több mint 400 000 lakos ellátásáért felel. Az intézmény sürgősségi betegellátó osztálya naponta 80-90, de gyakran előfordul, hogy 100-120 beteget is ellát. Megszakítás nélküli, folyamatos munkarendben nyújtanak segítséget a hozzájuk fordulók számára. 2004 októberétől mű-

Rövidítések jegyzéke

AVGA = artériás vérgáz analízis

Covid-teszt = Ag-gyorsteszt

CT = computer tomographia, a képalkotó diagnosztika egyik eszköze

DIT = „door to imaging time”, azaz a kórházba érkezéstől a CT-ig eltelt idő

DTT = „door-to-needle time” vagy „door to treatment time”, azaz a kórházba érkezéstől a kezelés megkezdéséig eltelt idő

EKG = elektrokardiográfia, azaz 12 elvezetési standard EKG

NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

OMSZ = Országos Mentőszolgálat

OTT = „onset to treatment time”, azaz a stroke kezdetétől a terápiás beavatkozás megkezdéséig eltelt idő

PVB = perifériás vénabiztosítás

STT = „stroke to door time”, azaz a stroke bekövetkeztétől a kórházig eltelt idő

T1, T2, T3, T4 = triázs 1, 2, 3, 4 kategóriák, osztályozás a beteg állapotának súlyossága szerint, 1-4 fokozatba

ködik teljes kapacitással az osztály, a NEAK által SO2-ként befogadott minősítéssel. Munkájuk során a Magyar Sürgősségi Triázs Rendszert alkalmazzák (Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, 2019).

Anyag és módszer

A kutatást az intézet sürgősségi betegellátó osztályának és neurológiai osztályának elektronikus és papíralapú dokumentációiból végeztem. 2023.01.01–2023.06.30. közötti időszakban ischaemiás stroke-on átesett, 18 év feletti betegek adatait tekintettem át. Részletesebb vizsgálathoz a thrombolyticummal kezelt betegeket emeltem ki. Önellőrként egy sürgősségi osztályon dolgozó kollégával szóbeli, egy kontrolling osztályon tevékenykedő kollégával írásbeli és szóbeli rövid interjúkat készítettem 2023.09.27–2024.03.13. között. Ennek szempontjai a kutatási adataim helyes értelmezése és az eredmények háttérében álló okok átbeszélése volt.

A Magyar Stroke Társaság 2024.08.12-én feltüntetett honlapján egy kiegészítést a korábbi stroke-ellátási irányelveire vonatkozóan, viszont a vizsgált időszakban a 2017-es ajánlás volt érvényben, így a továbbiakban azt szeretném viszonyításként alkalmazni.

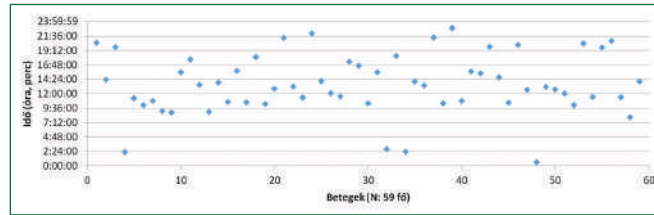
Eredmények

A vizsgált időszakban a sürgősségi osztály betegforgalma 16 188 fő volt. A havi betegforgalom 2500–2800 fő közé esett. 412 fő kapott a sürgősségi osztályon ischaemiás stroke diagnózist. A 412 főből 408 fő esetében a megállapított végleges diagnózis is ischaemiás stroke volt a neurológiai osztályon. A 408 betegből 59 fő részesült thromboliticus kezelésben, ami 15%-os részvételt jelentett a vérrögoldó kezelésben. Havi lebontásban is a betegek 19%-a volt alkalmas a thrombolysisre. A kollégáimmal készített önellenőrző interjúk szerint javarészt a betegek kezeletlen, elhanyagolt krónikus betegségei okozták a thrombolysisekből való kimaradást.

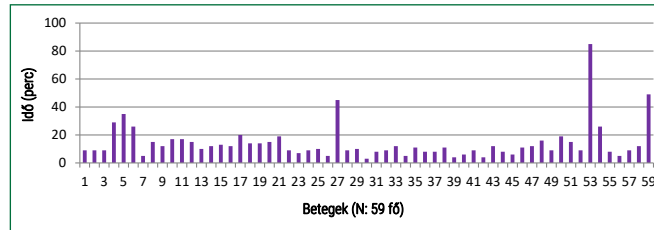
Vizsgáltam a stroke időszakos előfordulását is. A téli hónapokból a tavaszi, nyári hónapokra fokozatosan csökkenő tendenciát mutat a betegség előfordulási gyakorisága. A hideg időjárás, illetve frontok a hypertoniás betegek körében gyakrabban okozhatnak vérnyomáskiugrást, ami jó táptalaja lehet egy thrombus leszakadásának és a Willis-körben való elakadásának. *William Cole* angol orvos ugyanezt az időszakos előfordulást figyelte meg az 1600-as évek végén, 400 évvel megelőzve a kutatásomat (Bereczki, 2021).

Tanulmányoztam a stroke napszakos előfordulását is, 9–19 h közé esett a legtöbb beérkezés az intézménybe. 23 és 3 h között csak 5 betegnek jelentkeztek tünetei. Mindannyian szerencsésnek mondhatók, ugyanis nem álmukban érte őket a szélütés. Éjszakai ébrenlétüknek köszönhetően alkalmassá váltak az adekvát terápiára is (**1. ábra**). A betegek átlagosan egy-másfél órával a tünetek megjelenése után érkeztek meg a sürgősségi osztályra (STT), 97%-ukat mentőegység szállította be, 3%-uk „saját lábon” érkezett. A triázslapokból kigyűjtöttem a mentőszolgálat helyszínen végzett beavatkozásait, de az adatok nem pontosak, hiszen nem kötelező feladata az ápolónak a mentőszolgálat információit írásban rögzíteni. Az 59-ből 20 esetről mégis találtam berögzítve mentőegység által végzett tevékenységet, ezek a perifériás vénabiztosítás, 12 elvezetési EKG voltak. Ugyan a sürgősségi osztályon a mentőegység által elvégzett beavatkozást nem ismételték meg, azonban szignifikánsan nem csökkentették az ott eltöltött időt. Három esetben találtam 5 perc vagy az alatti ellátási időt. 10 perc vagy az alatti sürgősségi osztályos ellátási időt pedig 7 főnél számoltam (**2. ábra**). A kórházba történő felvétel és a triázs közötti idő 95%-ban 10 percnél hosszabb volt, csak három esetben lépte túl a 10 percet. Két eset nagyjából ugyanabban

1. ábra: Érkezési idő



2. ábra: Sürgősségi betegellátó osztályon eltöltött idő



az időintervallumban történő felvétel volt (11:45–12:23 h között). A harmadik esetben extrém időt (208 percet) számoltam, de ennek oka egyértelműen le lett dokumentálva. A 46-os számú beteg nem akut stroke-kal került be intézményünkbe és a tünetek megjelenésekor retriázs alkalmával vették ki a sorból és kezdték meg az ellátását. Mivel azonban a dokumentációban nem találtam meg a tünetek pontos időpontját (valószínűsíthető a retriázs időpontja az), így ebben az esetben a felvételtől számítottam ki minden időt.

A triázskategóriákat is megvizsgáltam, hogy a felvételtől a vizsgálatig eltelt időt miként befolyásolta az osztályozás. Az osztályozást tekintve 27 beteg lett T2-be sorolva, 26 fő T3-ba került, T4-es kategóriát 1 fő kapott. 5 főnél nem volt feltüntetve erre vonatkozó adat. A dolgozói interjú során megtudtam, hogy a triázs és orvosi vizsgálat gyakran egyazon időpontban történik, így a kategória nem befolyásolja a részletes orvosi vizsgálat megkezdésének idejét. A mentőszolgálat rádiós értesítése során szabaddá tesznek egy üres vizsgálóhelyiséget a beteg fogadására és egyből ide kerül a beteg, ahol már várja a teljes ellátóteam (a neurológus szakorvossal egyetemben). Tehát a vizsgálóhelyiségben egyszerre vizsgálja a sürgősségi szakorvos és neurológus szakorvos a beteget, dokumentál (CT-kérést is) és eközben párhuzamosan az ápolói beavatkozások folynak. Ezt alátámasztja az a mérhető adat, amelyet a **3. ábrán** a triázsidők oszlopdiagramjában is megfigyelhetünk. A 2, 7, 12, 19, 25, 31, 34, 35, 38, 42, 50, 53, 55, 56-os számú betegnél látható, hogy előbb történik meg a triázs és orvosi vizsgálat, mint a medikai rendszerbe történő betegfelvétel, ezeket mínusz perccel tudtam felvezetni. Nullával jelöltem akkor, ha egyazon időpontban (párhuzamosan) történ-

tek az ellátás körüli teendők (betegfelvétel és -vizsgálat). A felvételi időnek a kórház medikai rendszerébe való felvételt számoltam. A vizsgálat időpontját a triázslapokból gyűjtöttem ki. A felvételtől a vizsgálatig eltelt időt a korábban említett Magyar Stroke Társaság 10 percen belülinek ajánlja (Az akut ischaemiás stroke diagnosztikájáról és kezeléséről, 2017). A thrombolysisen átesett betegek 83%-ánál teljesült a kritérium, amelyet a **4. ábrában** betegekre bontva is igyekeztem szemléltetni.

Az orvosi elrendelés szerint végzett ápolói beavatkozások egy standard sémára húzhatók fel:

- vénás vérvétel (minden esetben tör-tént),
- perifériás vénabiztosítás (25 főnél 18 G perifériás vénakanül, 5 főnél 20 G kanüllel, 11 betegnél OMSZ végezte),
- 12 elvezetési EKG (43 fő esetében, OMSZ 12 főnél kivitelezte),
- értékleltár (30 főnél, zavart tudatállapotú betegnél kötelezően),
- Covid-gyorsteszt,
- ritka esetekben AVGA-vizsgálat (például: kritikus állapotú beteg; más panasszal érkező, majd SBO-n stroke-ot kapó beteg).

2023 első felében még az intézet belső eljárása az volt, hogy a betegbiztonság fenntartása érdekében koronavírus-gyorsteszt elvégzésére is kerüljön sor minden betegnél (a kórházba történő felvételkor). Ekkor már nem tombolt a pandémia, jól mutatja ezt az is, hogy mind az 59 fő negatív tesztet produkált.

A sürgősségi osztálytól a CT-ig eltelt időnél 89%-ban sikerült tartani az ajánlást, sőt 66%-ban még az ajánlott idő felét is tudták teljesíteni a kollégák (tehát 12 perc vagy az alatti időt produkáltak).

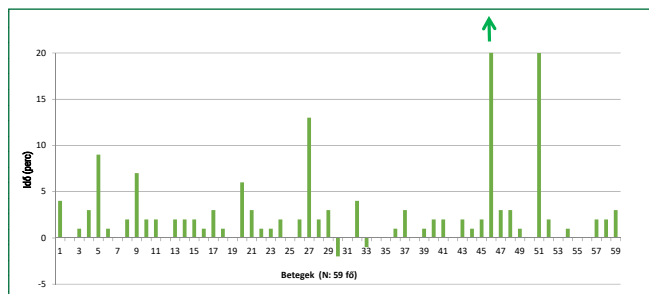
DTT-időnek az ajánlás 60 percen belüli időt alapított meg. Ezt a következőképpen tudtuk teljesíteni:

- Az arra alkalmas betegek 53%-a egy órán belül megkapta a kezelést.
- Extrém hosszú idő (100 percet meghaladó) a betegek 10%-ában volt (a korábban említett vérnyomásrendezés vagy fluktuáló tünetek miatt).
- Extrém rövid (30 percen belüli terápiamegindítás) pedig a betegek szintén 10%-ában volt jelen.

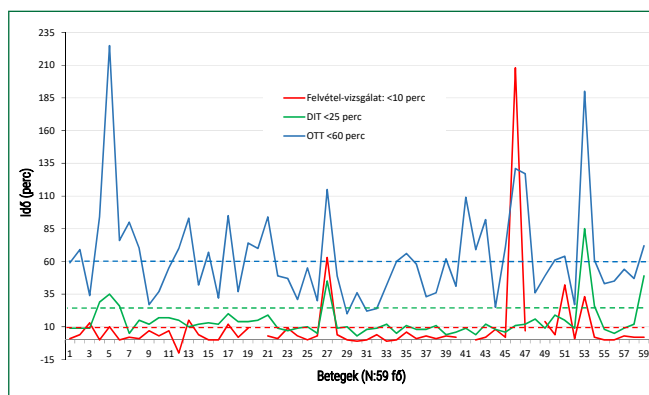
A Neurológiai Klinika ugyanezen időt 2019-ben átlagosan 55 percre, 2020-ban 59 percre teljesítette (Böjti et al., 2020).

A tünetektől a thrombolysisig eltelt időkről ejtenék néhány szót. Ezt az időt nevezi a szakma OTT-időnek. Az ajánlás erre vonatkozólag nem fogalma-

3. ábra: Triázsidők



4. ábra: Ellátási idők az irányelv ajánlásának tükrében



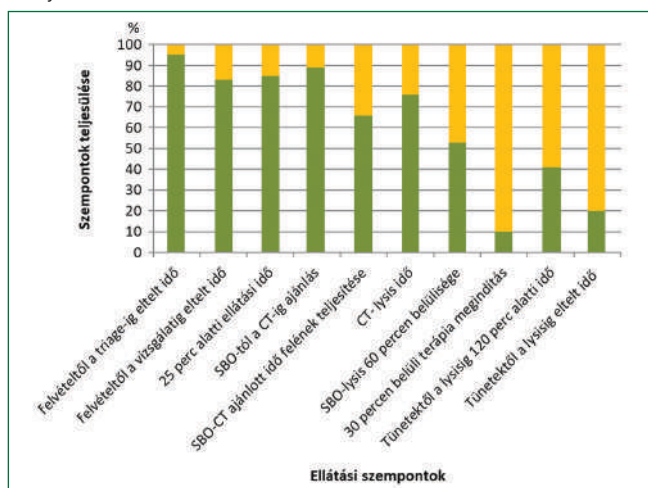
zott meg ideális időintervallumot, de célunk a beteg mihamarabbi adekvát kezelése. A késlekedés okaira, sajnos, a kutatásom során azonban nem tudtam releváns adatot nyerni. A sürgősségi osztályon kialakult stroke esetében is csak egy főnél tudtuk 60 perc alá vinni az idejét. 120 perc alatti időt az esetek 41%-ában sikerült teljesíteni. Ugyanezen időket a neurológiai klinika 2019-ben 190 percben, 2020-ban 210 percben tudta teljesíteni (Böjti et al., 2020). A németországi Saar vidéken végzett kutatásnál a mentőszolgálat riasztásától a thrombolysisig eltelt idő legfeljebb 85 perc volt, míg egy speciális mobil stroke-egységgel 50 percre is redukálni tudták az OTT-t (Brand, 2020).

A CT-vizsgálathoz kötődő idővizsgálataimat a vizsgálatkérő lap megírásának időpontjára kalibráltam be, ugyanis az teljes pontossággal megállapítható volt az informatikai rendszerből. Létrehoztam egy CT-thrombolysis idővizsgálatot is, hogy össze tudjam vetni az előbb említett OTT-időszak megnyúlásával. Az 59 esetből 45 esetben 60 perc vagy az alatti időt mértem. A 61–100 perc közé eső DTT-időnél 20 betegből 10-nél egyértelműen olvasható volt a neurológiai osztály dokumentációjában a késlekedés oka. Többnyire fluktuáló tünetek és vérnyomáscsökkentés elvégzése állt a háttérben. A 100 perc feletti idő 6 esetben fordult elő, ebből 3-nál találtam meg az okot (kettő tensio-csökkentés miatt, egy fő novum pitvarfibrilláció miatt kerül be a kórházba, az ellátás végén megtagadja a befekvést és a váróban stroke-ot

kap). Összességében ennél a 26 betegnél igyekeztem fényt deríteni arra is, hogy a megnövekedett időintervallum hogyan befolyásolta a thrombolysis sikerességét. Akinél elérhető volt a hosszú távú utánkövetés, annál feljegyeztem azt is. De nemcsak ennél a 26 betegnél próbáltam egy fél éves utánkövetést elvégezni, hanem az összes thrombolyticumot kapó betegnél. Sajnos ennél a pontnál több akadályba is ütköztem. Hozzáférést csak a kórház medikai rendszeréhez és dokumentációjához kaptam, az EESZT-hez nem. Így csak azon betegek sorsát tudtam nyomon követni, akik megjelentek a kontrollokon vagy egyéb szolgáltatásokat vettek igénybe intézményünkben (például más osztályos vagy ambuláns megjelenés). A kontrolling osztály is megerősített ebben a felismerésben. 22 beteg a vérrögoldó kezelés után átkerült az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézetbe (thrombectomiára), és ezek a betegek vélhetően oda jártak vissza ambuláns gondozásra. 21 betegnél nem tudtam utánkövetést végezni, viszont 38 főnél sikerült valamilyen adatot nyernem. Valószínűleg a 21 fő nagyobbik hányada a lakcím szerinti területileg illetékes szakrendelőbe járt gondozásra, de felmerül bennem az is, hogy egyáltalán nem igényelték a kórház szakambulanciáján levő neurológiai kontrollálásokat (saját döntésük vagy remélhetőleg teljes gyógyulásuk miatt). Végül a vérrögoldás hatékonyságát is vizsgáltam. Berögzítettem a betegek beérkezési és thrombolysis utáni tüneteit. Meglepő volt számomra, hogy teljes gyógyulás csak négy esetben történt, ez sajnos az egy százalékot sem érte el sem az összes stroke-esetszámhoz (408 fő), sem a thrombolysisen átesett betegekhez képest. Jó hír azonban, hogy az 59 főből 50 főnél enyhe maradványtünetek maradtak vagy részleges javulás azért bekövetkezett. Öt beteg állapota progrediált közvetlenül a kezelés után (ez 0,085%-ot jelent). A stroke tüneteit tekintve a vérrögoldás utáni 24 órában a betegek 91%-ánál javulás volt észlelhető, ami szép eredmény, viszont a teljesen gyógyultak száma igen alacsony (0,068%).

A kontrolling osztály tájékoztatása szerint érdemes annak is tudatában lenni, hogy pontos halálozási statisztikát az akut stroke utáni fél évben nem tudok végezni, ugyanis azok az egyének, akik más intézményben vagy otthonukban hunytak el, nem látszódnak a kórház informatikai rendszerében. Ez alól csak egy kivétel adódik, ha az elhunytnál boncolás történik és e célból a mi intézményünk patológiai osztályára történik a szállításuk. (5 fő tartozott ebbe a csoportba, akik a stroke kezdetétől 6 hónapon belül hunytak el, illetve 7 fő 1 hónapon belül vesztette életét.)

5. ábra: A Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet stroke ellátásának vizsgálata a 2017-es stroke irányelv tükrében



Megbeszélés

Kutatásom összefoglalását a **4. és 5. ábra** szemlélteti. A kórházunkban zajló akut betegellátás neurológiai területén a kutatási eredmények alapján, véleményem szerint, jó ellátási időket produkáltunk, összehangolt teammunkában és a dokumentációs fegyelmet betartva. Az esetek igen nagy százalékában tartottuk az akkoriban hatályban levő szakmai ajánlásokat is. Sajnálatos számomra azonban, hogy az ischaemiás stroke-os betegek csupán 19%-a részesül vérrögoldó kezelésben, és teljes gyógyulás csak a betegek 0,068%-ánál történt. Releváns adatot a mortalitásról nem tudok közölni, de 7 fő egy hónapon belül, a betegek egyharmada pedig bizonyítottan fél éven belül életét vesztette.

2024.08.12-én keletkezett a Magyar Stroke Társaság szakmai ajánlásának kiegészítése, a kiterjesztett időablakos szisztémás thrombolysisról és mechanikus thrombectomiáról, amelyet a weboldalukon megjelentettek, de még nincs nyilvánossá téve az olvasók számára. Két bibliográfiai kereső sem adta ki a kiegészítéseket, de érdemes követni az oldalt ezen a területen tevékenykedő kollégáknak az újdonságok megismerése céljából (A Magyar Stroke Társaság szakmai ajánlásának kiegészítése a kiterjesztett időablakos szisztémás thrombolysisról és mechanikus thrombectomiáról, 2024).

Fontosnak találnám a kutatást továbbvinni a jövőben a mortalitási számok csökkentése érdekében. Az STT csökkentésére érdemes lenne a mentőszolgálat kivonulási, helyszíni és transzportidejét megvizsgálni, erre sajnos nem terjedt ki a kutatásom. A laikusok tudásfelmérését is célszerű lenne elvégezni a stroke tüneteinek felismerésében, primer

I. táblázat: Supervisor checklista

Supervisor neve: Dátum:

Stroke-ellátási checklista		
Időpont	Teendők	✓
	OMSZ-rádióhívás fogadása	
	Orvosi riasztások, ápolók kijelölése az ellátáshoz	
	Helyiség előkészítése a fogadáshoz	
	SBO-ra érkezés ideje (saját lábon/OMSZ)	
	Tünetek kezdete	
	Vitális paraméterezés kivitelezése (kijelölt ápoló monogramja)	
	PVB, laborlevétel kivitelezése (kijelölt ápoló monogramja)	
	EKG-készítés (kijelölt ápoló monogramja)	
	CT-vizsgálatkérő lap feladása a medikai rendszerben	
	Triázs ideje	
	Orvosi vizsgálat ideje	
	CT-be indulás ideje	
	CT-vizsgálat vége	
	Betegátadás a neurológiai osztályon	
	Egyéb beavatkozás	
	Összegzés	

prevenció és edukáció keretében. Itt célszerű lenne kitérni a beteg compliance-ére és az ellátók, valamint a rizikócsoportba tartozó betegek együttműködésének vizsgálatára is. Ezenkívül szükséges lenne az ellátási idők csökkentése érdekében az ápolók kompetenciáját átgondolni. Hosszú távon pedig a kórházi és rehabilitációs színtereken való ápolás hatékonyságának felméréseért és az ehhez szükséges fejlesztésekért tevékenykedni. A következő néhány sorban ismertetem saját, ápolásgyakorlatba átültethető ötleteimet, illetve szeretném felhívni a BSc- és MSc-ápolókban rejlő talentumok kamatoztatására is a figyelmet.

Következtetések, a kutatás kiterjesztésének megvalósítható ötletei az ápolásgyakorlatban

Mivel a szakmai irányelv egy országosan is kiterjesztett ajánlás, egységes ellátási algoritmuson alapul. Ezt végiggondolva talán már nem is lenne „ördögtől való” a BSc- és MSc-ápolók kompetenciáját a stroke-os betegek laborvizsgálat-kérésével bővíteni. Jó célt szolgálna, hiszen további időt lehetne nyerni hospitális körülmények között. Ezenkívül minden műszakban egy supervisor kijelölésével egy kézben összefogható az akut neurológiai deficittel kezelt beteg menedzselése. Ő jelölné ki a beteg megérkezését az ellátó személyzetet és helyiséget, riasztási

elvet követve dokumentálná a teljes ellátást, a gyorsan elvégzendő beavatkozásokra kijelölné a stroke-team tagjait, dokumentálná a tevékenységeket, kísérné a beteget és átadná az őrzőhelyiségben. A laborvizsgálat kérelmének feladásán kívül gyakorlatilag minden felsorolt tevékenység a kompetenciába beletartozik, akár a betegmegfigyelésre gondolunk, akár az orvosi/ápolói értesítésekre stb. Segítségükre lennének azok a checklisták, amelyek magukban foglalják az ellátás körüli teendőket és menedzselési folyamatokat. Javaslatként elkészítettem egy kiindulási listát (**I. táblázat**), amely a különböző helyi betegutakhoz adaptálható lenne. 14 pontban foglaltam össze a legsarcalatosabb teendőket, betegmenedzselési szempontokat. Azt gondolom, amennyiben a kijelölt BSc/MSc ápoló ezt a lapot pontosan kitölti, könnyen és gyorsan tudnánk információt szerezni az adott intézmény stroke-ellátási időfaktorairól. További előnye, hogy a beteg dokumentációján kívül helyezve és tárolva, tartva a beteg anonimitását, összegyűjthetők. Havi vagy félévenként való áttekintéssel az adatok összegez-

hetők, lehetőség nyílik a csökkentésre szoruló idők áttekintésére és fejlesztési ötletek megfogalmazására és kivitelezésére. Egy stroke-munkacsoport megalakulásával és abba önkéntes bekapcsolódási lehetőséget nyújtva a BSc/MSc ápolók lehetőséget kaphatnak hospitális körülmények között is a tudományos munkára, publikálásra. Növelné az önbizalmukat, a megbecsülésüket. A munkában arra érdemes ápolók kiemelését is szolgálná, egyéni kibontakozási lehetőséget biztosítva. A munkacsoportba nemcsak a sürgősségi osztályos kollégák, hanem a neurológiai osztályon dolgozók is becsatlakozhatnak, ezzel a társosztályok közötti kapcsolatok pozitív irányban tovább erősödhetnek. Egyebekben olyan segítség lehet ez az ápolásfejlesztők, ápolási igazgatók kezében, amelyeket megvizsgálva gyakorlati szemléletben született lépéseket tudnak tenni az ellátás javítására.

Vizsgálatom és munkám során is szembesültem azzal, hogy a dél-pesti régió betegei sokkal rosszabb egészségi állapotban vannak, mint a területileg fejlettebb kerületekben. Jellemző rájuk a polimorbiditás, nehezebben vonhatók be alapbetegségeik kezelésébe, kevésbé informáltak ezekről. Az ischaemiás stroke-os betegek alacsony (mindössze 15-19%-os) thrombolysisben való részvétele is mutatja, mennyire kevesen felelnek meg a vérrögoldó terápia indikációinak. Kutatásomat egy könnyen kivitelezhető betegedukációt segítő lap kidolgozásában is továbbvinném. Az alapellátás várótermeiben

6. ábra: Betegedukációs lap

Hogyan csökkenthetem a betegemnél a stroke rizikóját?

Életmódváltás	Szűrővizsgálatokon való részvétel	Alapbetegségek kezelése
Súlytöbblet leadására szükség van? ☐ igen ☐ nem	Vérnyomásmérés értéke: Laborvizsgálat megtörtént? ☐ igen ☐ nem	Kontrollvizsgálatokon való részvétel megtörtént? ☐ igen ☐ nem
Rendszeres testmozgást végez? ☐ igen ☐ nem	Alapbetegség/ek függvényében ultrahang- vizsgálatok háziorvosi/ szakorvosi beutalás szerint megtörténtek? ☐ igen ☐ nem	Rendszeres állapotellenőrzés otthon és a rendelőben (például vérnyomásmérés, pulzusmérés, vércukor-ellenőrzés) megtörtént? ☐ igen ☐ nem
Sóbevitel csökkentésére figyelemfelhívás megtörtént? ☐ igen ☐ nem	Készült EKG? ☐ igen ☐ nem	Gyógyszereit rendszeresen, előírás szerint szedi a beteg? ☐ igen ☐ nem
Koleszterindús és zsíros ételek kerülésére biztattam? ☐ igen ☐ nem		
Dohányzás elhagyására megadtam a megfelelő segítséget? ☐ igen ☐ nem		
Stresszkezelési technikákat ajánlottam neki? ☐ igen ☐ nem		

Magyar Stroke Társaság
www.stroketars.hu

www.strokenekeslekedj.hu

Hiteles tájékoztatások

www.okostanyer.hu

Személyesen szakemberektől:
orvoshoz, dietetikushoz, gyógytornászhoz,
pszichológushoz, EFI-s kollégákhoz irányítás

Tünetfelismerés oktatása:
féloldali zsibbadás, végtaggyengeség, féloldali arc- és végtagbénulás, beszédzavar stb.

Segítség hívószáma
Mentőszolgálat: 112

Végszükség esetén alternatíva:
központi ágynyilvántartó
(tel.: 06-1-311-6000) megkérdezése
a legközelebbi stroke-centrumról.
A beteg tájékoztatása a lakóim szerinti ellátóhelyről.

gyakran találkozunk betegtájékoztatókkal, ám én ezt a módszert megfordítva, most az egészségügyi dolgozóknak készítettem egy edukációs lépéseket tartalmazó listát (6. ábra). Az edukációs lap első része a rizikófelmérezen és szűrésen alapul. A prevenció/ edukációs beszélgetés főbb témaköreit igyekeztem listázni, a betegek menedzselésének és nyomon követésének céljából. Elgondolásom szerint alkalmazhatják a háziorvosi rendeléseken, a neurológiai szakrendeléseken dolgozó ápoló/asszisztens kollégá-

im. A beteg kartonjába/dokumentációjába helyezve, a megjelenések alkalmával vissza lehet ellenőrizni, mely edukációs pontoknál tartottak az előző beszélgetés alkalmával. A visszaellenőrzésen túl a beteg is érzékelheti, milyen fontos szerepe van saját magáért (az egészségéért) tenni. A pontok átbeszélésekor alapos, hatékony és minőségi oktatásra szükséges törekedni. Érdemes átgondolni a lista ezen részét abból a szempontból, hogy a jövőben kiegészüljenek a személyre szabott és átadott rövid információkkal

is. A második része a hiteles tájékoztató forrásokról informál. Mai modern világunkban már mindenki él az internet adta lehetőségekkel. Sokszor tapasztaljuk, hogy invalid információk tömkelege éri a betegeket, akik laikusként nem tudják szűrni ezeket. A stroke prevenciójára létrehoztam egy olyan sablont, amely összeszedi a hazai hiteles tájékoztató platformokat, amelyeket ajánlani tudunk betegeinknek vagy akár mi magunk is tájékozódhatunk. A lap alján pedig a szélütés tüneteinek átbeszélését, a legoptimálisabb útvonalak kijelölését, a segítségül hívható telefonszámokról való tájékoztatást tűztem ki célul. Kiemelném az ellátó egységek/helyek megnevezését, hogy a betegek tudják, területileg melyik kórházhoz tartoznak, melyik sürgősségi osztályon tudnak segítséget kérni, hol található stroke-ellátásra alkalmas centrum. Ezen kérdések megválaszolása számunkra is fontosak a többi beteg menedzselése szempontjából.

Szándékosan három fő alappillérré koncentráltam a lap szerkesztésekor, a könnyű és gyors kitöltés, valamint átláthatóság miatt.

A betegek oktatása, egészségszemléletének formálása rövid idő alatt nem alakítható ki és nem is elégedhetünk meg vele. Javaslom az edukációs lap évenkénti kitöltését, pontjainak frissítését, a benne

foglaltak megvalósítását. A bevezetéstől számítva, véleményem szerint, hosszú távon lehetne kontrollálni a stroke előfordulásának gyakoriságát. Amennyiben a területen továbbra is magas esetszámban fordul elő agyi érkatasztrófa, felülbírálandók a lista egyes pontjai, az általunk végzett tevékenység.

Köszönetnyilvánítás

Hálásan köszönöm dr. Pápai Tibor PhD-nak a szakmai iránymutatást és a publikálásra való biztatást. Köszönöm a Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet főigazgatójának és ápolási igazgatójának az adatok közzétételében nyújtott támogatását és nem utolsósorban valamennyi, stroke-ellátásban részt vevő kollégámnak a szakmai irányelvek mentén végzett áldozatos munkáját.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Irodalomjegyzék

- A Magyar Stroke Társaság szakmai ajánlásának kiegészítése a kiterjesztett időablakos szisztémás thrombolysisról és mechanikus thrombectomiáról (2024). Magyar Stroke Társaság On-Line: Hazai És Nemzetközi Stroke Irányelv Gyűjtemény. https://stroketaars.hu/info.aspx?sp=568&web_id=
- Az akut ischaemiás stroke diagnosztikájáról és kezeléséről. (2017). *Ideggyógyászati Szemle Proceedings*, 2(2), 58–103.
- Barow, E., & Thomalla, G. (2019). Akutbehandlung des ischämischen Schlaganfalls: Aktuelle Standards. *Der Nervenarzt*, 90(10), 979–986. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0776-5>
- Bereczki, D. (2021). Az akut stroke-ellátás története Magyarországon. *Lege Artis Medicinae*, 31(11), 495–501. <https://doi.org/10.33616/lam.31.036>
- Böjti, P. P., Stang, R., Gunda, B., Sipos, I., & Bereczki, D. (2020). A Covid-19-pandémia hatása az akut ischaemiás stroke ellátásra. A járulékos egészségügyi veszteségek retrospektív, egycentrumos felmérése (A Covid-19-pandémia orvosi szakmai kérdései). *Orvosi Hetilap*, 161(34), 1395–1399. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31936>
- Brand, J. (2020). Präklinische Diagnostik und Therapie in einer Mobilen Stroke Unit zur Verkürzung der Zeit bis zur intravenösen Thrombolysen beim akuten ischämischen Schlaganfall. <https://doi.org/10.22028/D291-31811>
- Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet. (2019). Osztályos Működési Rend.
- Gránási, B., & Papp, L. (2021). A dysphagia hatásainak felmérése stroke-betegek körében, akut ellátásban. *Nővér*, 34(3), 17–23.
- KSH (2022). Halálozások a gyakoribb halálokok és nem szerint (1990–2022). https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html
- Markus, H. S., & Brainin, M. (2020). Covid-19 and stroke – A global World Stroke Organization perspective. *International Journal of Stroke*, 15(4), 361–364. <https://doi.org/10.1177/1747493020923472>
- Nagy, Z., Vassányi, I., Óváry, C., Szikora, I., Kovács, T., & Surján, G. (2019). Léptünk-e előre a hazai stroke-beteg ellátásban? Áttekintés az elmúlt 25 év törekvéseiről. *IME Interdisziplináris Magyar Egészségügy Tudományos Folyóirat*, 18(6), 49–53.
- NEAK (2021). A fekvőbeteg-szakellátás teljesítményadatai 1995. évtől. http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/fekvobeteg_szakellatas_stat/fekvobeteg_teljesitmeny-adatok
- Szűcs I., Bereczki D., & Belicza É. (2016). A stroke-ellátás hazai eredményei a nemzetközi adatok tükrében. *Orvosi Hetilap*, 157(41), 1635–1641. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30558>

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS 2025

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara gondozásában megjelenő NŐVÉR szakfolyóirat **Transzkulturális Ápolás** címmel pályázatot hirdet az egészségügyi közép fokú szakképzésbe és **az egészségtudományi felsőoktatásba járó tanulók/hallgatók, valamint egészségügyi szakdolgozók körében.**

A pályázat célja a transzkulturális ápolás innovatív megközelítéseinek és gyakorlati tapasztalatainak bemutatása, a tudományos diskurzus előmozdítása. A transzkulturális ápolás egyre nagyobb szerepet játszik a modern egészségügyi ellátásban, és fontos, hogy szakmai közösségünk tapasztalatait, kutatásait és esettanulmányait megosszuk egymással.

A pályázat formája lehet: összefoglaló közlemény, kutatási eredményt bemutató eredeti közlemény, vagy esettanulmány.

A tartalmi és formai megkötések az alábbiak:

- A kézirat terjedelme: max. 10 szabványos gépelt oldal, max 15000 karakter (rövid összefoglalóval (absztrakttal), hivatkozásokkal együtt), Times New Roman betűtípus, 12-es betűméret, 1,5-es sortávolság, sorkizárt, 2,5 cm margó.
- A rövid összefoglaló (absztrakt) max. 150 szó, ill. 1500 karakter szóközzel.
- A dolgozatban maximum 8 db ábra vagy kép jeleníthető meg.
- A dolgozat tartalmazzon forrásmegjelölést. A dolgozat végén, felhasznált irodalomként legalább 3 szakirodalom pontosan jelölendő meg. A forrásoknak hivatkozás formájában meg kell jelenniük a szövegben is.

Egy szerző maximum egy esszével nevezhet, és egy esszének maximum két szerzője lehet.

A pályázatokat e-mailben, csatolt mellékletként (doc vagy docx formátumban) várjuk. A pályázatokat a nover@meszk.hu e-mail-címen elektronikus formában kell benyújtani.

Beküldési/beérkezési határidő: 2025. április 20.

A beérkezett pályaműveket a NŐVÉR folyóirat szerkesztőségének tagjaiból álló, szakértő zsűri értékeli, figyelembe véve a tudományos alaposságot, az újdonságot, a gyakorlati alkalmazhatóságot és a publikáció minőségét. A legjobban sikerült pályázatokat a NŐVÉR folyóirat 2025. júniusi lapszámban közöljük. Ebben az esetben a szerkesztőség fenntartja a jogot a kéziratok nyelvi-stiláris javítására, a szerkezeti elemek egységesítésére, illetve a tipográfia kialakítására. A zsűri fenntartja magának a jogot, hogy amennyiben nem érkeznek be megfelelő minőségű pályaművek, díjat nem oszt ki.

A pályázók a pályamű beküldésével elfogadják, hogy a díjazott pályaművek kiadásának, bemutatásának, közzétételének jogáról, beküldött személyes adataik feltüntetése mellett, a kiíró javára lemondanak.

Eredményhirdetés: A pályázat eredményét a MESZK a honlapján (www.meszk.hu) teszi közzé. A díjazottak a díjak átadásának részleteiről külön tájékoztatást is kapnak majd.

Dr. Balogh Zoltán PhD
felelős kiadó

Dr. Hirdi Henriett Éva PhD
főszerkesztő

Modern Sebkezelési Tudás Ingyenesen – Fedezd fel a LINK a Sebgyógyulásért Platformot!

A LINK a Sebgyógyulásért weboldal a sebkezelés területén dolgozó szakemberek nemzetközi képzési és együttműködési hálózata, ezzel együtt egy átfogó és ingyenes e-learning platform. A LINK célja, hogy naprakész oktatási forrásokat biztosítson, elősegítve a betegellátás színvonalának növelését és a legújabb tudományos eredmények, valamint a legjobb gyakorlati megoldások terjesztését. A platform sokoldalú tartalommal támogatja a szakmai fejlődést: az e-learning modulokon kívül tudományos tanulmányok és webináriumok is elérhetők, amelyek közvetlenül alkalmazható tudást kínálnak.

A LINK e-learning moduljai lefedik a sebkezelés számos kulcsfontosságú területét, lehetőséget adva az egészségügyi szakembereknek arra, hogy elmélyítsék tudásukat és új, hatékony terápiás megközelítéseket ismerjenek meg. A modulok közé tartozik például az „Egyensúly a sebkezelésben (Wound Balance)” témaköre, amely egy többszörös megközelítést mutat be és hangsúlyoz kiemelve a seb mikroklimájának egyensúlyban tartásának fontosságát, és gyakorlati stratégiákat biztosít az optimális sebgyógyulás eléréséhez.

A LINK által kínált számos e-learning modul CPD (Continuing Professional Development) nemzetközi akkreditációval rendelkezik, lehetővé téve az egészségügyi szakemberek számára, hogy továbbképzési kreditpontokat szerezzenek. Így a LINK nemcsak tudásbővítésre, hanem karrierépítésre is lehetőséget kínál.

A LINK webináriumai lehetőséget adnak arra, hogy a szakemberek közvetlenül az egészségügyi vezetőktől és tudományos kutatóktól tanulhassanak. Az előadások gyakorlati esettanulmányokat és legújabb kutatási eredményeket mutatnak be, amelyek fontosak a mindennapi klinikai gyakorlat szempontjából. A webináriumok rugalmas formában, bármikor visszanézhetők, így a szak-

emberek a saját tempójukban mélyülhetnek el a tananyagban.

A LINK a Sebgyógyulásért weboldalhoz való hozzáférés teljesen ingyenes és regisztrációhoz kötött. Az egészségügyi szakemberek az LMS (Learning Management System) rendszerbe való belépés után széleskörű oktatási anyagokat érhetnek el, bármikor és bárhol, ami különösen előnyös az elfoglalt szakemberek számára. A platform úgy lett kialakítva, hogy a felhasználók egyszerűen, intuitív módon találjanak meg minden szükséges információt, ezáltal a tanulási élmény is kiemelkedően kényelmes.

Összességében a LINK egy ideális forrás azok számára, akik elkötelezettek a sebkezelés színvonalának fejlesztése mellett. Az elérhető modulok, tudományos tanulmányok és webináriumok révén a szakemberek olyan naprakész tudást szerezhetnek, amely közvetlen hatással van a betegellátás minőségére és az egészségügyi eredmények javítására. A LINK nemcsak a legújabb kutatásokhoz és klinikai gyakorlatokhoz nyújt hozzáférést, hanem lehetőséget ad a szakembereknek arra is, hogy folyamatosan bővítsék tudásukat és karrierjüket.

Ha további részletekre kíváncsiak, az érdeklődők meglátogathatják a LINK a Sebgyógyulásért platformját, és könnyedén regisztrálhatnak az oldalon.

A weboldal elérhető: [LINK a sebgyógyulásért](#)



LINK

a Sebgyógyulásért

A LINK a sebkezelés területén dolgozó szakemberek nemzetközi képzési és együttműködési hálózata.

LEARN

Bővítse szaktudását és tapasztalatát.

INFORM

Ossza meg legsikeresebb eseteit és legjobb eredményeit.

NETWORK

Építsen kapcsolatokat és ismerjen meg új terápiás megoldásokat.

KNOWLEDGE

Használja és bővítse a sebkezeléssel kapcsolatos globális tudásbázist.



Események



Webinárok



E-Learning



Tudományos
tartalom



Látogasson el a weboldalra, ahol regisztrációt követően a szolgáltatások teljes körét élvezheti. Legyen Ön is része sebkezelési közösségünknek, építsük együtt tovább a LINK platformot.

Támogatja a

HARTMANN



LINK

Learn. Inform. Network. Knowledge.



