

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

A betegfogadás és osztályozás folyamata, az ellátás sorrendjének meghatározása és ápolói kompetenciái a Sürgősségi osztályon

Az idősellátás aktualitásai az ápolás aspektusainak tükrében a sárvári Önkormányzati Kórház egyes betegosztályain

Új ápolási feladatok a Gyermekszív Központban



2012. 25. ÉVFOLYAM 1. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover/novindex.htm>

NÉLKÜLÜNK NEM FOG MENNI!

ÖSSZEFOGÁS A SZAKDOLGOZÓKÉRT, AZ EGÉSZSÉGÜGY JÖVŐJÉÉRT



A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KAMARA

NAGYGYŰLÉST

SZERVEZ 2012. MÁRCIUS 3-AN, 10 ÓRAI KEZDETTEL,
MELYRE VÁRJUK AZ
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓKAT!

Helyszín: SYMA Rendezvény és Kongresszusi Központ
„A” csarnok,
1146 Budapest, Dózsa György út 1.
Megközelítés: 2-es METRÓ Stadionok megálló



Jelentkezni a Területi Szervezeteknél lehet!
További információ: www.meszk.hu

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2012, 25 (1), 1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
EREDETI KÖZLEMÉNY	
A betegfogadás és osztályozás folyamata, az ellátás sorrendjének meghatározása és ápolói kompetenciái a Sürgősségi osztályon	
Pápai Tibor	5
Az idősellátás aktualitásai az ápolás aspektusainak tükrében a sárvári Önkormányzati Kórház egyes betegosztályain	
Barta Katalin, Rajki Veronika	17
ÁPOLÁSVEZETÉS	
Új ápolási feladatok a Gyermekszív Központban	
Vincze Beatrix	29
ÁPOLÁSETIKA	33
SZERZŐI ÚTMUTATÓ	43

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
ORIGINAL CONTRIBUTION	
The process of patient admission and triage, and nursing competencies in the Emergency department	
Tibor Pápai	5
Current issues in geriatric care from a nursing perspective at certain patient wards of Sárvár Municipal Hospital	
Katalin Barta, Veronika Rajki	17
NURSING MANAGEMENT	
New nursing tasks in the Children's Heart Centre	
Beatrix Vincze	29
NURSING ETHICS	33
INSTRUCTIONS FOR AUTHORS	43

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

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
KIADÓ KFT.

Nyomdai munka: Komáromi Nyomda, Komárom.
ISSN szám: 0864-7003

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

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett Éva

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

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Prof. Dr. Ertl Tibor, *elnök,*Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége,
BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Ápolási Tanszék, SzegedHalmosné Mészáros Magdolna Egészségügyi Szakmai
Kollégium Ápolás Szakmai TagozatProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár,*a MTA rendes tagja, mb. posztgraduális képzési
igazgató, intézetigazgató, tudományos és innovációs
rektorhelyettes, PTE orvostudományi és
Egészségtudományi Koordinációs Központi
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsDr. Rác Jenő, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

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

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhDr. Valérie Tóthova PhD, *dékán,*Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,
Cseh Köztársaság

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://observer.hu**NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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

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

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

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

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak vetjük alá, melyet független szakértő(k) végez(nek). A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

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

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

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

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

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

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

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

Tisztelt Olvasó!

A Nővér folyóirat 25 éve közvetíti az Olvasói felé a szakma képviselői által fontosnak tartott, az ápolás aktuális kérdéseiről szóló közleményeket. Ez az évforduló visszatekintésre ad okot.

A folyóiratban megjelent kéziratok az ápolás negyed évszázadnyi leképeződései. Átlapozva a korábbi lapszámokat feltűnnek az ápolást érintő aktuális témakörök, egy-egy időszak kiemelkedő fontosságú témái, nyomon követhetők az ápolói elmélet és gyakorlat sarokkövei, ezáltal az ápolói szerepvállalás változásai is.

Az első évfolyam megjelenése - 1988-ban - egyetlen lapszámot jelentett csupán. Ez és a következő - immár negyedévente megjelenő - három évfolyam az Országos Orvostudományi Intézet és Könyvtár külföldi közleményekből készített magyar nyelvű ún. „tömörítvényeit” tartalmazta. Az ápolás minden szintjét érintő írásokat tett közé. Szakmaspecifikus közlemények széles skáláján kívül (pl. Hemodializált betegek vitamin ellátása, Modern gastritis terápia”, A szexuális életet élő nők cystitise, Idősebb korúak rehabilitációja stb.), olvashattunk az ápolás fogalmait, elméleteit (pl. A beteg egyedi ápolásának megtervezése, Orem ön-gondozó modelljének alkalmazása a fejlődési rendellenességek ápolói gyakorlatában stb.), az ápoló szerepvállalásait (pl. A főnővéri munkakör vizsgálata, Specializálódás, érvek és ellenérvek stb.), az ápolás etikai dilemmáit bemutató írásokat (pl. A gyással kapcsolatos első benyomások: empátia az elhunytak hozzátartozóival, Konfliktushelyzetek enyhítése a nővér-beteg kapcsolatban stb.), valamint a biztonságos munkavégzést hangsúlyozó (pl. Betegek és egészségügyi dolgozók sugárvédelme, Az aszepszis megvalósításához szükséges intézkedések, Az ápolónők munkapszichológiai vizsgálatának kiemelt eredményei stb.) „tömörítvényeket” is.

1989-ben, majd 1991-ben különszámban olvashattunk az AIDS betegségről, valamint a HIV-fertőzéssel kapcsolatos tanácsadás Egészségügyi Világszervezet által kiadott útmutatójából.

Az 1992-ben megjelenő 5. évfolyamtól kezdődően új arculattal, a Medinfo kiadásában, szerkesztett formában, a magyar nyelvű nemzetközi kitekintéseken túl, magyar szerzők kéziratai is megjelentek. A lapszám nyitóközleménye Rozsos Erzsébet: „Az ápolásetika tanítása a nővérek számára” című elgondolkodásra készítő írása volt.

A továbbiakban megjelenő kéziratok tükrözték az ápolókat, ápolási szakembereket foglalkoztató, megoldásra váró problémákat, szakmai kihívásokat. A lap - küldetésének megfelelően - bemutatta az ápolás elméleti és gyakorlati elemeit, azok holisztikus, betegcentrikus megközelítésében, felhívta a figyelmet az ápolás, az ápolói normarendszernek való megfelelésre, ugyanakkor a képzés és önképzés lehetőségét is megteremtette az ápolók számára.

A jövő kihívásai felé csak úgy tekinthetünk magabiztosan és hittel, ha tudjuk, honnan jöttünk, mi van mögöttünk, mit értünk el, ismerjük és átéljük a jelent. Mindezt úgy, hogy értékeljük és következtetéseket vonunk le belőle, valamint ismerve korlátainkat és lehetőségeinket, önismeretet gyakorlunk.

Ezt tesszük most mi is a Nővér folyóirat 25. évfolyama kapcsán. Felkérjük a lap eddigi életében résztvevő neves hazai szakembereket, hogy idézzék fel korábbi tevékenységeiket, az akkori éra fontos eseményeit, az ápolás irányvonalát mutató törekvéseket és osszák meg Olvasóinkkal az ápolás jövőjével kapcsolatos gondolataikat. Erre kérjük a Tisztelt Olvasót is, mikor visszatekintésre biztatjuk saját szakmai múltjának, élményeinek a megírásával, és Szerkesztőségünkbe való beküldésével.

A folyóirat jelenlegi, megváltozott arculatával a nemzetközi, továbbá a tudományos közlés követelményeknek kívánunk megfelelni. A beérkező kéziratok független elbírálását, valamint szakmai megfeleléséget elismert szakértők bevonása segíti majd.

A minél szélesebb olvasói kör elérését kívánja elősegíteni a postai úton történő megrendelés lehetőségén túlmenően, az online olvasási lehetőség megteremtése is. Rendszeres olvasóinkat megajándékozunk egy e-továbbképzésen való részvétel lehetőségével, melyről bővebb információt, a közeljövőben, a honlapon találhatnak majd.

Továbbra is buzdítjuk Olvasóinkat arra, hogy szakmai írásaikat, értékes gondolataikat a Nővér folyóirat által közvetítsék az ápolási szakemberek felé.

Zárógondolatként engedjek meg, hogy az 5. évfolyamban, Dr. Surján László népjóléti miniszter által jegyzett Köszöntőt idézzük:

„Egy megújult lap útjára bocsátása mindig örömet jelent. Különös öröm ez akkor, ha ez a lap az egészségügyi szakdolgozók egyik legnagyobb csoportjához, az ápolókhoz kíván szólni.

Az ápolók társadalmi küldetése igen speciális. Munkájuk felöleli a prevenciót, a gyógyítást, a rehabilitációt és gondozást, az élet mindazon fizikai, mentális és szociális aspektusát, amelyek befolyásolják az egészséget, a betegséget, a fogyatékossgot és a halálozást.

Az ápolói munka egyének, családok, közösségek gondozását jelenti egész életükön keresztül a születéstől a halálig.

Az egészségügy átalakítása programjában egyik sarkalatos kérdés maga az ápolás. Az ápoló nem pusztán az orvos segítője, hanem ennél több, más mint a gyógyító orvos. Olyat tud, amit az orvos nem, jelen van, biztat, megerősít.

Az ápolás fejlesztésében nagyon fontos szerepe van a képzés és a továbbképzés megújításának és a jó hagyományok megerősítésének is. Éppen ezért a Népjóléti Minisztérium fejlesztési programjában kiemelt szerepe van az oktatás fejlesztésének és a felsőfokú oktatásnak.

E lapnak fontos küldetése a kapcsolatteremtés az ápolás különböző területén dolgozók között. Közvetíti az új ismereteket, fogadja a javaslatokat, jobbítás szándékával közzé teszi és önképzésre ösztönöz.

Az ápolás mindennapos gyakorlata és az ápolás speciális területei – pl. a képzés, a vezetés, a kutatás – igen magas szintű ismereteket kíván. Ezen ismeretek egy részét csak felsőoktatási intézményekben lehet megszerezni, ezért szélesítjük a diplomás ápolók képzését, de ugyanakkor fejlesztjük az ápolószemélyzet képzésének más területeit is. Természetesen gondolunk azokra is, akik ma a rendszerben dolgoznak és lehetőséget biztosítunk számukra, hogy az új képzési formákban megszerezhető ismereteket elsajátítsák.

Kívánom, hogy ez a lap töltse be küldetését, adjon lehetőséget arra is, hogy az olvasói megszólaljanak.”

Budapest, 2012. február hó

Köszönettel:

Raskovicsné Csernus Mariann
főszerkesztő

Dr. Balogh Zoltán
felelős kiadó

Hirdi Henriett Éva
szerkesztő

A betegfogadás és osztályozás folyamata, az ellátás sorrendjének meghatározása és ápolói kompetenciái a Sürgősségi osztályon

PÁPAI Tibor

Összefoglalás

Valamennyi sürgősségi osztály sikeres és hatékony működésének egyik kulcspontja a betegek, sérültek elsődleges állapotfelmérése után, azok gyors, pontos osztályozása az ellátás sorrendiségének meghatározása céljából. A tevékenység alkalmazásának feltétele a folyamat szabályozása, melynek része a megfelelő humán erőforrás szervezés, a képzés, az egyértelmű kompetenciák meghatározása és a beteg utak menedzselése. A szerző a Canadian Triage and Acuity Scale adaptálásával mutatja be a hazai sürgősségi osztályokon alkalmazható betegfelvétel és osztályozás folyamatát.

Kulcsszavak: ápolás, sürgősségi ellátás, betegosztályozás

The process of patient admission and triage, and nursing competencies in the Emergency department

Tibor PÁPAI

Summary

A key factor in the successful and efficient operation of any emergency department is the rapid and precise classification of patients, following a preliminary examination, for the purpose of determining the order in which to provide treatment. A prerequisite for applying this procedure is the satisfactory regulation of the process, which also involves the appropriate management of human resources, the provision of training, the clear definition of competencies, and management of patient careers. The author introduces the triage process suitable for application at emergency wards in Hungary, through adaptation of the Canadian Triage and Acuity Scale.

Key words: nursing, emergency care, triage

Érkezett: 2011. december 22. Elfogadva: 2012. január 30.

Az intrahospitális sürgősségi ellátás jellemzői

A sürgősségi medicina a nem tervezhető és nem halasztható betegségek, illetve sérülések kiértékelésével, menedzselésével, kezelésével és megelőzésével foglalkozó specialitás. A sürgősségi ellátó rendszer valamennyi progresszivitási szintjén működő sürgősségi osztályok feladata, a nap 24 órájában első-sorban úgynevezett „egykapus rendszerben” biztosítani az optimális betegellátást és a

megfelelő betegirányítást. Célja, hogy a beteg optimalizált állapotban, optimalizált időpontban kerüljön a lehető legoptimálisabb definitív ellátási helyre. A sürgősségi beteg-ellátó rendszer előre nem jelzett, nem osztályozott és megjósolhatatlan számú betegek fogadására kényszerül, akiknek az állapota és betegsége nincs pontosan definiálva, ráadásul a betegségük komplexitása és súlyossága erősen változó. Csak a betegek osztályozása (triage) során derül ki, hogy valóban fenn áll-e a sürgősség ténye. A sürgősségi

PÁPAI Tibor centrumvezető ápoló, Honvédkórház- Sürgősségi Betegellátó Centrum

adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,

Oxiológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék

Levelező szerző (correspondent), elérhetősége: H-1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.; e-mail: tiber.papai@gmail.com

ellátás folyamatában az egyik legfontosabb funkció az osztályozás vagy triage. (Pápai, 2006)

A triage helye, szerepe az intrahospitális sürgősségi ellátás folyamatában

A triage szó a francia „trier” igéből származik, amely osztályozást, kiválogatást jelent. Eredetileg ezt az eljárást a hadseregben használták, a csatában megsebesült katonákat sérüléseik súlyossága alapján osztályozták, hogy megalapozzák kezelési prioritásaikat. Az osztályozás általános célja az volt, hogy minél több katona, mielőbb visszatérhessen a harcmezőre. Az 1950-es évek végén az orvosi gyakorlat változni kezdett. Az orvosok elfordultak a magányakorlattól, a legtöbb orvos a háziiorvosi helyett inkább a szakorvosi pályára lépett, így a családorvosok házhoz hívásai csaknem teljesen megszűntek. A különböző szakorvosok egymással társulva rendelőköt nyitottak, melyek kötött rendelési időkből, előre egyeztetett időpontokkal működtek. Mikor az orvosi rendelők már bezártak, főleg este és hétfőként a sürgősségi osztályok váltak az elsődleges orvosi, sürgősségi ellátást nyújtó szolgáltatókká. A sürgősségi osztályok egyre növekvő betegforgalmat tapasztaltak, amely főként a kevésbé súlyos problémákkal jelentkező betegeknek volt köszönhető. Ezek a változások motiválták a sürgősségi osztályokat, hogy alternatívákat keressenek a megnövekedett betegforgalomhoz. Felismerték, hogy szükségük van egy olyan módszerre, amellyel osztályozzák a betegeket és azonosítsák azokat, akiknek valóban azonnali ellátásra van szükségük. Ez adta az ösztönzést, a kórházi triage rendszer bevezetésére. (Gilboy et al., 2011)

Napjainkban a sürgősségi osztályok jelentős része észleli, hogy elérték vagy meghaladták az üzemeltetési kapacitásukat, mely a vizsgálatig való várakozási idő növekedésében, illetve a beteg sürgősségi osztályon való hosszabb idejű tartózkodásában mutatkozik meg. A sürgősségi osztályos betegforgalom és a várakozási idő növekedését az alábbi tényezők idézik elő a teljesség igénye nélkül:

- ⇒ a sürgősségi szemlélet és képesség hiánya alapellátói, szakellátói szinten,
- ⇒ a nem megfelelő hozzáférés az alapellátás-

- hoz (üres háziiorvosi praxisok, helyettesítés csökkentett rendelési idővel stb.),
- ⇒ az alap és szakellátásban bevezetett előjegyzési rendszer működtetése,
- ⇒ a népesség öregedése, a társadalom egészségi állapot mutatóinak romlása,
- ⇒ a biztosítatlan betegek számának növekedése (bevándorlók),
- ⇒ helytelen munkáltatói morál az alkalmazott betegsége miatt (nem mehet betegápolmányba),
- ⇒ szakorvosi, szakdolgozói létszámhiány miatt az egyes ellátók kapacitásának csökkenése,
- ⇒ kórházi betegfelvételre való képtelenség a csökkenő kórházi ágyszámok miatt,
- ⇒ a tartós ápolásra szoruló betegek elhelyezésének nehézségei.

A sürgősségi osztályok egyedülálló és komoly kihívást jelentő helyzetben vannak a beteg be- és kiáramlásra vonatkozóan. Gyakran nehézséget jelent a sürgősségi osztályra felvett betegek fekvőbeteg osztályra történő elhelyezése, amely komoly betegtorlódást eredményezhet. A sürgősségi osztályokat általában olyan egységnek gondolják, amelynek korlátlan a kapacitása, szemben a fekvőbeteg osztályokkal, melyek, ha tele vannak, kitehetik a „megtelt táblát”. A legtöbb sürgősségi osztálynak csak korlátozott hatalma van afelett, hogy a felvett beteget a kijelölt fekvőbeteg osztályos ágyra továbbítsa. A sürgősségi osztály egyetlen lehetősége, hogy megpróbálja ellenőrizni a „bemenni oldalt” vagyis az ellátásért jelentkező betegek közül kiszűri a sürgősségi ellátást és osztályos felvételt igénylőket. Mindezen erőfeszítések ellenére, az átlagos sürgősségi osztályos tartózkodási idő mind a felvett, mind az elengedett betegeknél növekszik.

A betegforgalom növekedésével összefüggő további probléma, hogy nő azoknak a betegeknek is a száma, akik még az orvosi vizsgálatot megelőzően távoznak. Ezek a betegek felismerhetik, hogy jelentős az ellátásra való várakozás, és eldöntik, hogy inkább vizsgálat nélkül távoznak. Míg ezen betegek egy részének kevésbé sürgető az állapota, és nem szenvednek egészségkárosodást a sürgősségi osztály elhagyásával, mások a kezelés elmaradásával súlyos következményeket kockáztatnak.

E rövid probléma felvetés alapján elmondható, hogy a zsúfolt sürgősségi osztályok sikeres működésének egyik kulcspontja a betegek gyors, pontos osztályozása. Ez a szakmai diszpécserfunkció, melynek során nagy tömegeből kell gyorsan kiemelni a viszonylag kisebb számú, de valóban sürgős eseteket, hogy időben kerülhessenek a megfelelő ellátásra. A sürgősségi osztályos triage célja, hogy rangsorolja a beérkező betegeket, és azonosítsa azokat, akik nem várhatnak a vizsgálatra. Az elvégzett besorolást pontosan dokumentálni kell, majd a beteget folyamatosan observálni, mert állapota időről időre változhat, így állapot romlás esetén a besorolása változhat, ami az ellátás további menetét határozza meg.

A hazai intrahospitális sürgősségi ellátásban alkalmazott triage rendszer

A nemzetközi szakirodalom tanulmányozása alapján megállapítható, hogy nincs egységesen meghatározott triage rendszer. A különböző triage rendszerek az egyes kategóriák leírására különböző meghatározásokat használnak, így az egyes szintek definíciói nem mindig fedik egymást. Bár sok külföldi kórházban még három- vagy négy szintű triage rendszert használnak a tendencia az ötszintű rendszerek felé tart, mert az ötszintű triage súlyosságú adatok megbízhatóbbak és megalapozottabbak, mint az alacsonyabb szintű rendszereké. Az alábbi táblázat a három nemzetközileg legelterjedtebb ötszintű triage rendszer főbb jellemzőit foglalja össze. (I. táblázat)

Hazai viszonylatban bár nincs szabályozva, hogy milyen osztályozási rendszert kell alkalmazni a sürgősségi osztályokon a nemzetközileg legelterjedtebb osztályozási rendszert a Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) alkalmazzzák. Ezt a rendszert a kanadai sürgősségi orvosok egy csoportja fejlesztette ki és a sürgősségi osztályos triage nemzeti standardjaként hitelesítette a rendszer hatékonyságának vizsgálata után. A továbbiakban a CTAS adaptálásával kerül bemutatásra a sürgősségi osztályon alkalmazható betegfelvétel folyamata és az osztályozás rendszere. (Beveridge et al., 1998)

Az intrahospitális sürgősségi ellátás egyik

I. táblázat: A leggyakrabban használt ötszintű triage rendszerek („Emergency Severity Index”, 2012)

Rendszer	Ország	Szintek	Az ellátás kezdete
Australian Triage Scale (korábban National Triage Scale of Australia) ATS	Ausztrália Új-Zéland	1 – újraélesztés 2 – kiemelkedő 3 – sürgős 4 – kevésbé sürgős 5 – nem sürgős	0 perc 10 perc 30 perc 60 perc 120 perc
Manchester Triage Scale MTS	Anglia Skócia	1 – azonnali (vörös) 2 – nagyon sürgős (narancssárga) 3 – sürgős (sárga) 4 – szabványos (zöld) 5 – nem sürgős (kék)	0 perc 10 perc 60 perc 120 perc 240 perc
Canadian Triage and Acuity Scale CTAS	Kanada	1 – újraélesztés 2 – kiemelkedő 3 – sürgős 4 – kevésbé sürgős 5 – nem sürgős	0 perc 15 perc 30 perc 60 perc 20 perc

deklarált elve, hogy minden sürgősségi ellátást végző intézménynek csak egy „kapuja” van, mely minden sürgősséggel érkező beteget fogad. A sürgősségi osztályra a sérült az alábbi módon érkezhet:

- Intézetten kívülről:
 - ⇒ saját lábán;
 - ⇒ személygépkocsival (a mentőbeállóhoz);
 - ⇒ a mentőszolgálat különböző egységeivel (ROKO, eset, KIM, mentőgépkocsi, helikopter);
 - ⇒ betegszállítóval;
- Intézetten belülről:
 - ⇒ Járóbeteg-szakrendelésről/ szakambulanciáról, saját lábon vagy segítséggel (pl. beteghordók, asszisztensek);
 - ⇒ A sürgősségi osztályhoz közeli kórházi területéről (pl. Radiológia, Laboratórium) heveny rosszulléthez való riasztást követően, az ellátó személyzet kíséretével.

A sürgősségi osztály működése több szempontból jogilag szabályozott. Az 5/2006. (II.7.) EüM rendelet 7. § (2) bekezdése kimondja: „A sürgősségi betegellátó osztályra vagy fogadóhelyre kijelölt műszakvezető

szakorvos (a továbbiakban kijelölt szakorvos) dönt a betegfelvétel és a sürgősségi betegellátás során keletkező vitás ügyekben. A kijelölt szakorvos felelős a beteg felvételéért, ellátásuk intézményen belüli szervezéséért, illetve ha az intézmény a beteg átvételére nem alkalmas, elvégzi a beteg továbbszállításához szükséges beavatkozásokat és egyeztet az ellátásra alkalmas és fogadóképes legközelebbi egészségügyi intézménnyel, és intézkedik a beteg továbbszállításáról." Ennek értelmében a betegek fogadása és átvétele minden esetben a műszakvezető ápoló (MVÁ), illetve akadályoztatása esetén a műszakvezető szakorvos (MVO) feladata. Az adminisztrátor beteget önállóan nem fogadhat, és nem vehet fel. Beteg érkezésekor haladéktalanul értesíti a műszakvezető ápolót, annak akadályoztatása esetén a műszakvezető főorvost. A saját erőből vagy hozzátartozóik segítségével, földi úton érkező betegek az SBO pultnál személyesen jelentkeznek ellátásra. Az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) egységei által beszállított beteg fogadását, és a különböző korrekciós helyzetekre való felkészülést segíti elő a mentőegység és a sürgősségi osztály közötti közvetlen Tetra rádió kapcsolat, így a beteget beszállító mentőegység fontos információkkal szolgálhat, amely elősegíti a beteg ellátásához rendelkezésünkre álló idő maximális kihasználását. A mentőegység előzetes értesítését követően a műszakvezető ápoló és a műszakvezető szakorvos egyeztetik a rendelkezésre álló információkat, és a várható ellátási szükséglet alapján közösen döntenek a további szükséges intézkedésekről (pl. humánerőforrás átcsoportosítása, vizsgáló/k/, eszközök felszabadítása, felkészítése, a diagnosztikában és ellátásban érintett társosztályok, konzíliárusok és a biztonsági őrszolgálat értesítése stb.). A mentővel vagy betegszállítóval érkező betegeket ellátóik jelentik be a betegfelvételi pultnál.

Minden sürgősségi ellátásra érkező beteget az informatikai rendszerben fel kell venni. Az elsődleges tájékozódást követően a betegek informatikai rendszerbe történő adminisztratív felvételéről a műszakvezető ápoló vagy akadályoztatása esetén a műszakvezető szakorvos dönt. Az adminisztrátorok ezt követően hajtják végre a betegfelvétellel kapcsolatos adminisztratív teendőket az alábbiak szerint:

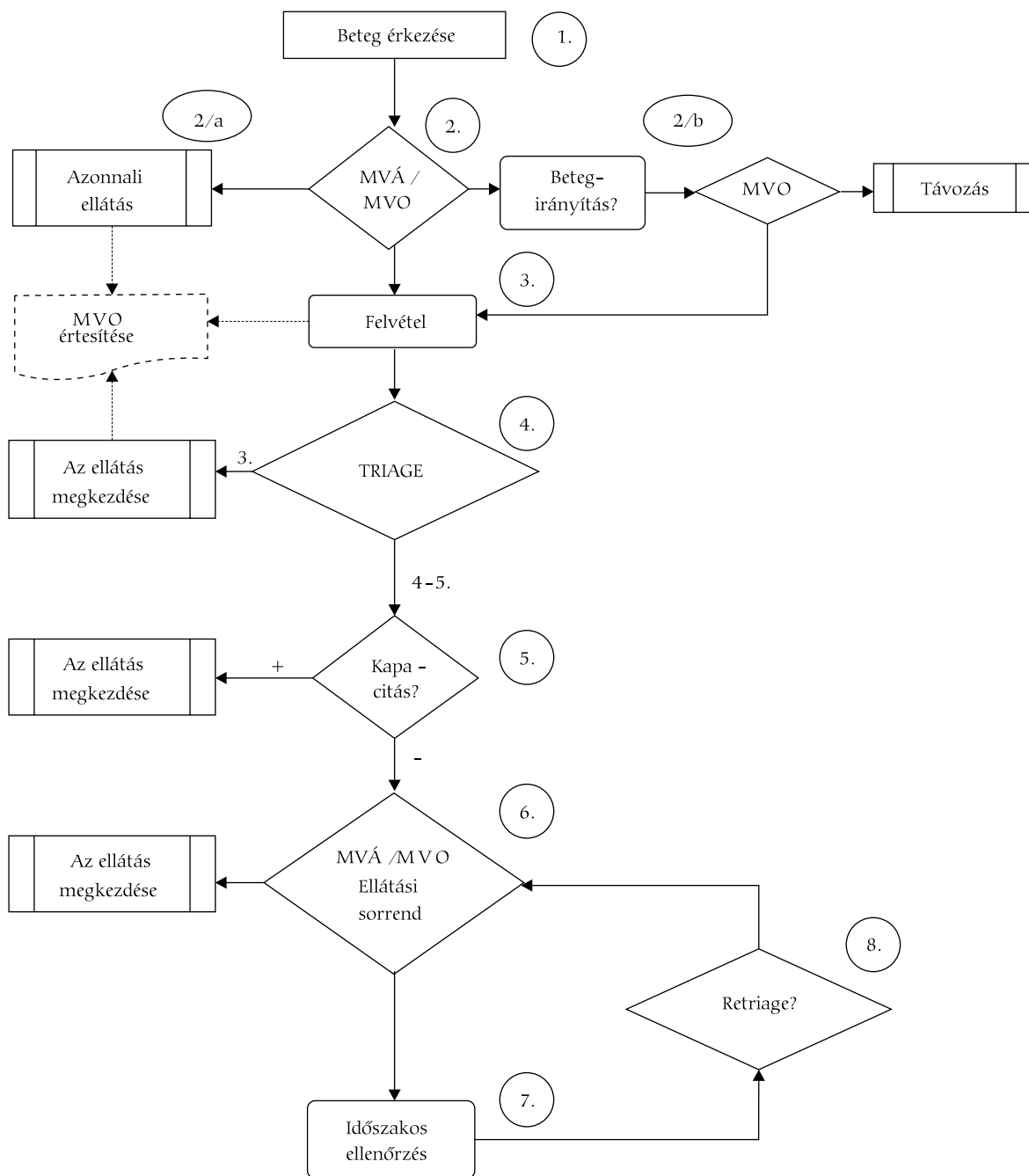
⇒ A felvételi pultnál jelentkező betegek esetében, az informatikai rendszerbe történt felvételt követően, a felvételt végző adminisztrátor felvezeti a Sürgősségi kórlapra (Triage lap) a betegazonosításhoz és ellátáshoz szükséges adatokat, majd csatolja a betegdokumentációhoz az ellátással kapcsolatos egyéb dokumentumokat (Betegátadó lap, beutaló, előző orvosi dokumentumok, fizető beteg esetén az Intézeti eljárásban meghatározott dokumentumok).

⇒ A Sürgősségi kórlapot és az egyéb dokumentumokat átadja a műszakvezető ápoló észére, aki intézkedik a továbbiakról (triage, azonnal vizsgálóba kerülés, értékelés felvétele stb.).

Az azonnali ellátásra szoruló T1-T2 osztályba sorolt, betegek számára a műszakvezető ápoló és/vagy a műszakvezető szakorvos azonnal ellátó személyzetet, vizsgálatot illetve eszközöket biztosít. Ilyen beteg észlelésekor – az ellátás haladéktalan megkezdésével párhuzamosan – a műszakvezető szakorvos minden esetben azonnal értesítendő, melynek felelőse a műszakvezető ápoló, illetve az adott beteget ellátó orvos. Ilyen esetben a haladéktalan ellátást akár a más célból foglalt SBO- vagy intézeti kapacitások szükséges mértékű felszabadítása illetve átcsoportosítása révén is biztosítani kell. Az azonnali ellátást igénylő beteg esetén az előzőekben részletezett adminisztratív betegfelvételt és a kritikus állapotú beteg ellátásával kapcsolatos egyéb adminisztrációs feladatokat a műszakvezető ápoló vagy műszakvezető szakorvos által megbízott adminisztrátor a beteg ellátására kijelölt vizsgálóhelyiségben, a beteg ellátása közben végzi el. (**1. ábra**)

A betegátvételnél az információ torzulása és az információvesztés minimalizálása érdekében a beszállító mentőegység vezetője informálja az ellátó team vezetőjét. A szóbeli átadás során elhangzott fontosabb információkat (baleseti mechanizmus, helyszínen végzett beavatkozások, azok ideje, időtartama, bejuttatott gyógyszerek, infúziók stb.) az ellátó helységben felszerelt táblára írja fel az adminisztrátor vagy az átadó mentőegység vezetője. A táblán lévő információk az ellátásba a későbbiek során bekapcsolódó szakemberek számára nyújtanak segítséget,

1. ábra: A betegfogadás, betegfelvétel és az ellátási sorrend megállapításának folyamatábrája (Burány, Pápai, 2011)



előnye, hogy nem kell az ellátást irányítónak minden esetben elmondani a fontos információkat, így az ellátás fegyelmezettebb lesz, ezzel is csökkentve az ellátás során adódható hibalehetőségeket. A szóbeli átadáson túl a OMSZ által rendszeresített Esetlapon dokumentált formában az ellátáshoz kapcsolódó

szükséges adatok rögzítésre kerülnek, majd az esetlap másolatát a beteg dokumentációhoz csatoltan kezeljük az érvényes rendelkezések szerint.

A CTAS ajánlása szerint, a II. táblázatban szereplő paraméterek és kórállapotok alapján sorolandó a beteg T1-T2 ka-

II. táblázat: CTAS alapján T1-T2 kategóriába sorolás feltételei (Burány, Pápai, 2011)

	A probléma leírása
A-B-C	légzés-keringésleállás
A Airway légút	fenyegető / manifeszt légúti elzáródás
B Breathing légzés	fenyegető/manifeszt légzési elégtelenség: – intolerábilis légzési paraméterek: o bradypnoe (< 10/min) vagy tachypnoe (> 30/min); – kifejezett dyspnoe (erősen fokozott légzési munka); – Kussmaul- vagy Cheyne-Stokes-légzés; – hypoxia tünetei: o sápadt, verejtékes, hűvös tapintatú bőr; o az agyi hypoperfusio /hypoxia következtében kialakuló energetikai tudatzavar /beszűkült eszmélet vagy súlyosabb esetben különböző mélységű eszméletlenség/, illetve tartalmilag zavart tudat.
C Circulation keringés	fenyegető /manifeszt keringési elégtelenség: – intolerábilis keringési paraméterek: o intolerábilis bradycardia (P < 40/min), vagy o intolerábilis tachycardia (P > 150/min); o intolerábilis hypotensio (RR < 90/60 Hgmm), vagy intolerábilis hypertensio (RR > 220/130 Hgmm); – shock tünetei: o sápadt, verejtékes, hűvös tapintatú bőr; o tachycardia o pulsus filiformis o a fentiekhez társulhat: torpid vagy ereticus tudatállapot. – acut bal szívfél-elégtelenség tünetei;
D Disability neurológiai tünetek	neurológiai tünetegyüttesek: – tudatzavarok: o energetikai tudatzavar: sopor, coma; o tartalmi tudatzavar: veszélyeztető állapotok; – görcsroham (parciális vagy generalizált); – akut neurológiai deficit-tünetek (időablakon belüli stroke tünetei).
E Exposure egyéb riasztó tünetek, sérülések	egyéb riasztó tünetek: – tűrhetetlen fájdalom; – potenciális ACS tünetei (EKG-eltérésekkel); – végtagi ütőerek akut elzáródásának tünetei; – a baleseti mechanizmus alapján súlyos sérülés(ek) gyanúja; – nagyfokú vérzés; – auto- és /vagy heteroagresszivitás; – megindult szülés; – mérgezés alapos gyanúja; – a fentebb fel nem sorolt esetek, a betegről alkotott összesített benyomás alapján.

tegóriába, melynél azonnali ellátás indokolt egyéb, részletes vizsgálatok nélkül is.

Az alábbi T1 kategóriába sorolt újraélesztést igénylő, közvetlen életet veszélyeztető kórállapotok, kórképek alapján azonnali orvosi beavatkozás szükséges:

Keringési és/vagy légzési elégtelenség (vagy ezek bekövetkezése rövid időn belül várható).

Eszméletlen beteg: Mérgezés, túladagolás, központi idegrendszeri események, anyagcserezavar eredményezhet megváltozott tudatállapotot, dezorientáltságot, zavartságot, illetve teljes eszméletlenséget. Fontos az azonnali légútbiztosítás, légzéstámogatás, illetve a további terápia indítása, valamint a kiváltó ok (pl. hypoglycaemia) keresése.

Súlyos légzési elégtelenség: Számos okból kialakulhat: súlyos intracranialis törtenések, PTX, asthma (beszédképtelenség, zavartság, tachy- vagy bradycardia, desaturálódás /SpO₂ < 90 %/), COPD, anafilaxiás sokk, súlyos anyagcserezavar (veseelégtelenség, diabetes ketoacidosis) miatt. – A légútbiztosítás, lélegeztetés eszközei, illetve a szükséges gyógyszerek álljanak rendelkezésre az azonnali beavatkozáshoz.

Sokkos állapotok: Egyensúlyzavar az oxigénellátás (kardiogén és/vagy pulmonális ok, vérvesztés, oxigén kötődési-szállítási rendellenességek) és az igény (hyperdynamias állapotok), illetve a felhasználás (sepsis) között. Hypotensio és/vagy tachycardia, esetleg bradycardia jellemzi.

Trauma: Szerv vagy szervrendszerek súlyos károsodása. Fejsérülés (GCS < 10), súlyos, nagy kiterjedésű égés légzési elégtelenséggel. Mellkasi és/vagy hasi sérülések, amelyek tudatállapot-változással, tachycardiával, erős fájdalommal vagy légzési elégtelenség tüneteivel párosulnak.

Az alábbi T2 kategóriába sorolt életet veszélyeztető kórállapotok, kórképek fennállása esetén az ápolói ellátást azonnal, az orvosi ellátást 15 percen belül meg kell kezdeni:

Megváltozott tudatállapot: Fertőzés, gyulladás, ischaemia, trauma, mérgezés, gyógyszer-mellékhatás, anyagcserezavar, dehydratio vezethetnek megváltozott tudatállapothoz, zavartsághoz, esetlegesen

comához. E betegeknél fontos a gyors vércukorkortesztt elvégzése.

Súlyos trauma: Szerv(ek) vagy szervrendszerek sérülése kevésbé súlyos tünetekkel társulva. E betegek vitális paraméterei közel a normális értéket mutatják. Fontos szempont a fájdalomcsillapítás.

Fejsérülés: Magas rizikójú betegek, melyek gyors orvosi ellátást igényelnek. Fontos a légútbiztosítás, CT és amennyiben szükséges, idegsebészeti beavatkozás. Ezeknél a betegeknél beszűkült tudatállapotot, eszméletlenséget (GCS < 13), erős fejfájást, nyaki tüneteket, hányingert, hányást tapasztalhatunk. Nagyon fontos a traumától eltelt idő, ill. a tünetek időbeni változásai a sérülés óta.

Stroke: Fontos a légútbiztosítás, CT, illetve a megfelelő célzott terápia elkezdése (thrombolysis, anticoagulatio, vagy idegsebészeti beavatkozás). Ha a tünetek a vonatkozó szakmai szabályzatokban meghatározott időablakon belüliek, akkor a CT kritikus fontosságú.

Dyspnoe: Szubjektív tünet, mely szorosan összefügg a nem megfelelő légzésfunkcióval, az O₂-szállítás, -felvétel, -igény együttes zavarával. A tünet függ a kórtól, a megelőző pulmonalis eredetű betegségektől és azok gyakoriságától. Fontos megkülönböztetni az asthma, COPD, pulmonalis embolia, PTX, pneumonia, pseudocrupp, epiglottitis, anaphylaxia okozta nehézlégzést. Fontos a légzés típusának megfigyelése, esetleges kíséző tünetek észlelése.

Asthma: Súlyos asthma kialakulásánál mérlegelni kell a mérhető objektív adatokat (SpO₂, FEV), kíséző tüneteket, vitális paramétereket, a megelőző asthmás rohamok lefolyását, illetve előfordulásának gyakoriságát. Az ilyen betegek azonnali beavatkozást igényelnek, fontos a szoros observatio a tünetek, illetve panaszok enyhüléséig.

Anaphylaxia: Súlyos allergiás reakció, mely beavatkozás nélkül gyorsan progrediál. Tünetei között légzési elégtelenség, a torokban feszülés- vagy gombócérzet, szapora felületen légzés, cyanosis, köhögés, fulladásérzet, romló mentális státusz, görcsroham, coma, hypotensio, tachycardia, hányás, alhasi fájdalom, hasmenés, bőrkiütés (urticaria) egyaránt előfordulhat. Fontos a

gyógyszeres terápia mielőbbi elkezdése, illetve a kiváltó ok felismerése.

Erős fájdalom: Triage osztályozás szempontjából fontos megkülönböztetni a fájdalom erősségét. Amennyiben a beteg erős fájdalomra (8-10/10) panaszkodik, ami szubjektív tünet, fontos a beteg kikérdezése: volt-e már hasonló erős fájdalom az életében vagy még ilyen erős fájdalmat soha nem élt át? Ezek után lehet eldönteni, hogy valóban akut beavatkozás szükséges-e, figyelembe véve a beteg vitális paramétereit, korát, illetve a kíséző tüneteket – vagy másik triage kategóriába sorolható a beteg.

Fejfájás: A diagnózis felállítása szempontjából fontos a vitális paraméterek észlelése, illetve a tünetek megfigyelése. Fejfájást okozhat agyi katasztrófa (SAV, epiduralis vagy subduralis vérzés), gyulladásozó folyamatok (meningitis, encephalitis), migrén egyaránt. Fontos tudni a fájdalom jellegét, kezdetét, időtartamát (OPQRST): a fájdalom kezdetének időpontja (*Onset*), provokáló tényezők (*P*), a fájdalom jellege (*kvalitása: Q*), kisugárzása (*Radiatio*), erőssége (*Severity*), pontos helye, időbeli változásai (*Time*), illetve a társulását más tünetekkel. Lehetnek nyaki tünetek, hányinger, hányás, mentális állapot megváltozása, vitális paraméterek romlása.

Szemfájdalom: A fájdalom erőssége 8-10/10 is lehet. Kémiai ártalom (sav, lúg) okozhat erős fájdalmat, homályos látást, fényérzékenységet, blephorrhoeat. Fontos a fájdalomcsillapítás, illetve a szakma szabályai szerint szemöblítés, amennyiben ez lehetséges. Glaucoma és iritis is okozhat fájdalmas tüneteket. Idegentest szintén okozhat erős fájdalmat, ami a cornea sérülésével járhat. Itt is fontos a fájdalomcsillapítás.

Mellkasi fájdalom: triage szempontból a legkülönbözőbb tüneteket prezentáló, ezért nehezen osztályozható panasz. A trauma kizárása után feltételezhető valamilyen koronária szindróma (AMI, Instabil Angina). Fontos a pontos dokumentáció a beteg érkezésétől, a fájdalom feltérképezésével együtt („OPQRST”), illetve milyen más panaszokkal társul, és a kíséző betegségek.

Váratlan éles fájdalom: okozhatják a mellhártya megbetegedései, de okozhatja pulmonalis embolia (PE), aorta dissectio, PTX, pneumonia. Ezeknek a betegeknek

éles fájdalmuk van, mely hirtelen jelentkezik, erős, tartósan fennállhat, illetve más tünetekkel együtt jelentkezik, pl.: felületes légzés, syncope, presyncope.

Éles fájdalom: Kevésbé súlyos, bár vizsgálattal könnyű kiváltani vagy a fájdalom erősségét növelni. Fokozhatja köhögés, mély belégzés, mozgás. Amennyiben vitális paraméterei normál tartományban vannak, T3 vagy T4 kategóriába sorolható a beteg.

Korábbi myocardialis infarctus, angina vagy tüdőembólia: Ezek a beteg függetlenül a fájdalom jellegétől a T2 kategóriába sorolandók, tekintettel a kórelőzményre!

Hasi fájdalom: Az erős fájdalom (8-10/10) miatt nehéz megállapítani, hogy sebészeti vagy belgyógyászati-e az eset. A fájdalom lehet állandósult, égő, ütészzerű, nyomó, görcsölő, ami más tünetekkel társulhat, pl.: hányinger, hányás, izzadás, illetve vitális paraméterek eltérése, így hipertensio, hypotensio, tachycardia, láz. Ezeknél a betegeknél gyors beavatkozás szükséges. Amennyiben vitális paraméterei normális tartományban vannak, akkor a beavatkozás késleltethető. Nem lehet azonban figyelmen kívül hagyni, hogy súlyos állapot ekkor is előfordulhat (ruptura, méhen kívüli terhesség, bél-gyomor perforatio, appendicitis, bél-elzáródás, epehólyag-gyulladás).

Alhasi, ágyéki fájdalom: Okozhatja vesekő, mely erős fájdalommal (8-10/10) társul. Jelentkezhet még ágyéki, here-, alhasi fájdalom egyaránt, melyet kísérhet hányinger, verejtékezés, véres vizelet, hypotensio/hypertensio, nyugtalanság.

Hüvelyi vérzés, akut alhasi fájdalom: Okozhatja méhen kívüli terhesség, vagy vele összefüggő rendellenességek, amelyek a magzatot, illetve anyát közvetlenül veszélyeztetik. Hypotensio, erős vérzés, illetve fájdalom (4-7/10) egyaránt jelentkezhetnek.

Súlyos infectio: Bakteriális fertőzés vagy sepsis a rossz közérzet mellett okozhat romló mentális állapotot, magas lázat (hidegrázás, lázgörcs, merevség), légzési elégtelenséget, illetve bőrelváltozást is egyaránt. Fontos a magas láz okának kiderítése, a kísérő tünetek szoros observatioja (pl. meningitis).

Hányás és hasmenés: Fontos a dehydratio, felismerése, megakadályozása vagy annak kezelése.

Gastrointestinális vérzés: A beteg instabil állapotához vezethet. Lehet haematemesis (friss piros vagy kávézaccszerű), maelena külön, vagy mindkettő egyszerre. Vörösesbarna, vagy sötét széklet származhat felső vagy alsó GI régióból egyaránt. Haemodinamikai instabilitás jellemző a betegre, ezért fontos a beteg vitális paramétereinek ellenőrzése.

Diabetes: Hyper- vagy hypoglycemia egyaránt előfordulhat. A vércukorszint ellenőrzése, illetve a vitális paraméterek monitorizálása egyaránt szükséges ezeknél a betegeknél.

Chemotherapy: Az immunuszuppresszív terápiában részesülő betegek állapota gyorsan progrediálhat. Fontos e betegek azonnali kezelése, a vitális paraméterek ellenőrzése.

Acut psychosis, extrém agitáltság: Okozhatja anyagcserezavar, mérgezés vagy más szervi elégtelenség. Amennyiben a betegnek ismert pszichiátriai betegsége van, fontos a gyógyszeres terápia megkezdése. Kórelőzmény hiányában fontos a hozzátartozók, illetve a szemtanúk kikérdezése az esetleges szervi rendellenességek kiszűrése végett.

Túladagolás: A szándékos túladagolásnál nagyon nehéz megállapítani a bevitt mennyiséget és annak idejét. Fontos a vitális paraméterek monitorizálása, laborvizsgálat, illetve amennyiben lehetséges a gyógyszer teljes felszívódásának megakadályozása, valamint ellenanyag adása.

Drog-, alkoholmegvonás (delirium tremens): Ilyen esetekben előfordulhat hallucináció, görcsroham, agitáltság, tachycardia, hipertensio, hyperpyrexia, mellkasi/hasi fájdalom, hányás, hasmenés egyaránt.

Erőszak/ támadás/ elhanyagoltság: Bár ezek a betegek többnyire nincsenek kitéve közvetlen életveszélynek, mégis speciális ellátásra jogosultak. Fontos a szoros observatio, lehetőleg nyugodt, biztonságos környezet megteremtése. A nemi erőszak áldozatait T2 kategóriába célszerű sorolni, más támadást elszenvedett betegeket T3 kategóriába is lehet tenni.

Részletes betegosztályozás (triage)

Mint azt már a bevezetőben olvashatták a sürgősségi osztályon alkalmazott beteg-

osztályzás elsődleges célja kiemelni azokat, akik azonnali ellátásra szorulnak, azonosítani azokat, akik biztonságban várhatnak és az ellátandó betegek ellátási sorrendjének megállapítása egy előre lefektetett, szigorú, nyílt sorolású szakmai kritériumrendszer alkalmazásával, a betegek aktuális egészségi állapotának megfelelően. A non-stop végzendő részletes betegosztályozást (triage-t) a szolgálati beosztásban kijelölt triage ápoló végzi az ambulancia triage helységében, rendkívüli esetben az erre kijelölt helyen. A triage szakmai felügyelete a műszakvezető szakorvos feladata. Az sürgősségi osztályra érkező betegek közvetlenül az érkezést követően (optimálisan 10 percen belül) átesnek egy sürgősségi besoroláson. Az azonnali ellátásra nem szoruló betegeknél ez egy részletesebb további osztályzással egészül ki, mely során a T3 – vagy esetleg eddig fel nem tárt T2 – kategóriájúnak bizonyuló betegek kiszűrése, valamint a T4-T5 osztályokba sorolás valósul meg. A korábban nem, de a részletes betegosztályozás során feltárt, mielőbbi ellátásra szoruló T3 osztályba sorolt betegek ellátásához a műszakvezető ápoló és/vagy a műszakvezető szakorvos a korábban részletezett módon biztosítja az ellátás személyi, tárgyi illetve eszközös feltételeit. Ilyen beteg észlelésekor, az ellátás lehető legrövidebb időn belüli megkezdésével párhuzamosan, a műszakvezető szakorvos is minden esetben értesítendő. Az elsődlegesen T3 osztályba sorolt betegeket – normális paraméterek észlelésekor – a műszakvezető ápoló vagy a műszakvezető szakorvos a T4-T5 osztályba helyezheti át, azonban az átsorolás tényét a triage lapon dokumentálni kell. A triage kategória meghatározása után a műszakvezető ápoló kijelöli a beteg ellátásáért felelős ápolót, aki a továbbiakban a szakma szabályai és saját kompetenciái szerint jár el. A beteg ellátásáért felelős ápoló feladata a beteg besorolási kategóriájának megfelelő gyakoriságú időszakos ellenőrzések elvégzése és dokumentálása is. Fontos hangsúlyozni, hogy a felsorolt feladatokon túl a műszakvezető ápoló és szakorvos egyik alapvető feladata a sürgősségi osztály mindenkori ellátási kapacitásának hatékony működtetése. Amennyiben az ellátási kapacitás rendelkezésre áll, a beteg nem várakoztatható még

akkor sem, ha az osztályozás során az ellátás halaszthatóságát állapították meg, vagyis a beteget T4-T5 osztályba sorolták. Az ellátandó betegek illetve az ellátási kapacitás közötti aránytalanság esetén a betegek egy részének csak halasztottan biztosítható a maradéktalan sürgősségi ellátás. Az ellátó-ellátandó arányok nagyfokú romlása esetén válik különösen hangsúlyossá a triage tevékenység, melyet ilyen esetekben az ellátó erők átmeneti rováására is fokozni szükséges. Az ellátási sorrend felállításánál a betegek állapotának súlyossági foka és a folyamat időfaktora, vagyis az osztályzás során meghatározott triage kategória a döntő. Ennek megfelelően a sorrend az T1 osztálytól halad a T5 felé. Az azonos kategórián belüli sorrend meghatározásánál elsősorban a betegek sürgősségi osztályra érkezésének időrendi sorrendje a célszerű.

A részletes triage során az előzőekben ismertetett A-B-C-D-E probléma táblázat használatán túl a **III. táblázatban** szereplő álla-

III. táblázat: A részletes triage során alkalmazott triage paraméterek és szempontok (Pápai, 2006)

		normál	tolerábilis	intolerábilis
1.	anamnézis, baleseti mechanizmus	súlyos állapot, súlyos sérülés feltételezhető!		
2.	AVPU			
3.	SpO ₂	≥ 95 %	≥ 90 %	≤ 89 %
4.	pulzus (/min)	60-100/min	40-60/min 100-150/min	< 40/min 150/min <
5.	légzés (/min)	10-30/min		< 10/min 30/min <
6.	vérnyomás (Hgmm)	syst: 90-140 diast: 65-90	syst: 80-90 vagy 140-180 diast: 50-60 vagy 95-110	syst: < 80 180 < diast: < 50 110 <
opcionális	fájdalom	10/ 8-10 = T1-T2 10/ 4-7 = T3-T4 10/<4 = T5		
	testhőmérséklet	hypothermia, láz, infectio		
	vércukor	hypoglycaemia, hyperglycaemia gyanúja		
	EKG	mellkasi fájdalom, ritmuszavar, hasi fájdalom, áramütés		
	ASTRUP	zavartság, hypoxia, hypovolaemia, ionok		

potok felmérésével és paraméterek mérésével történik. Ezen paraméterek kóros tartománya esetén a beteg a T1-T3 osztály valamelyikébe sorolandó. A T4 vagy T5 osztályba csak normál paraméterekkel rendelkező beteg sorolható. A mért paramétereket és az állapotot, valamint a megállapított triage kategóriát a triage ápoló a beteg megfigyelési lapján és az informatikai rendszerben rögzíti. Az egyéb vizsgálatokat (Rtg, UH, CT, konzílium stb.) kérő orvosok a triage kategóriát a kérőlapokon rögzítik.

Az alábbi T3 kategóriába sorolt sürgős állapotok esetén a betegellátást a triage után 60 percen belül kell elkezdeni:

Trauma: Erős fájdalom (8-10/10) mellett normál vagy kissé eltérő vitális paraméterek jelentkezhetnek fractura, dislocatio, vagy ficam esetén.

Fejsérülés: A beteg éber (GCS 15), fájdalma enyhébb (<8/10), hányinger vagy hányás kísérheti. Tudatállapot vagy a vitális paraméterek változása esetén T2 kategóriába kell sorolni.

Görcsroham: Ismert epilepsziás a beteg, vagy új keletű görcsroham, de 5 percnél kevesebb ideig tartott. A beteg éber, normál vitális paraméterekkel.

Asthma: Enyhébb lefolyású tünetek, gyakori köhögés, éjszakai ébredés (fekvő helyzetben fulladásérzet). SpO₂ = 92-94 %. Fontos a beteg folyamatos monitorizálása és megfigyelése az állapotromlás miatt.

Nehézlégzés: Okozhatja Pneumonia, COPD. Enyhébb lefolyású, közel normális vitális paraméterekkel rendelkező betegek. Az SpO₂ megfigyelése, ill. a beteg monitorizálása nem elhanyagolható.

Mellkasi fájdalom: (Legtöbbször lateralizáló) éles fájdalom, amely jelentkezhet köhögéskor, mély légvételkor, illetve mozgásnál, de nem okoz nehézlégzést, vagy tachypnoet. Pleuritis vagy pericarditis okozhat ilyen tüneteket. **Amennyiben a beteg idős vagy már volt AMI-ja vagy anginás panasza, akkor T2 kategóriába kell sorolni!**

Heveny fájdalom (8-10/10): lehet hát-, gerinc-fájdalom, alsó végtagba sugárzó fájdalom. Gyakran társulhat hozzá vizelési nehézség, végtagzsibbadás, érzéskiesés, illetve gyengeségérzés. Ezeket a betegeket cél-

szerű fekvő helyzetben várakoztatni, így a fájdalom is mérséklődik.

Heveny fájdalom (4-7/10): A fájdalmat okozhatja migrén, vesekő, hátfájdalom, normál vitális paraméterekkel.

Hányás és/vagy hasmenés: Dehydratio, illetve infectio jelei, normál vitális paraméterekkel.

GI vérzés: Nem heveny vérzés, normál vitális paraméterekkel. Monitorizálás nem szükséges, de 30'-ként ellenőrizendő a beteg állapota, illetve vitális paraméterei.

Dyalisált betegek: Folyadék/elektrolit háztartás zavara gyakori; arrhythmia, illetve az állapotromlás kockázata magas ezeknél a betegeknél.

Hüvelyi vérzés, terhesség: Enyhe (<4/10) vagy fájdalommentesség, nem erős vérzés, normális vitális paraméterekkel.

Akut pszichózis, öngyilkossági kísérlet: Pszichiátriai eset, de szükséges a vitális paraméterek ellenőrzése, illetve nyugodt környezet biztosítása.

T4 kategória, mely kevésbé sürgős állapot, a triage után orvosi beavatkozás 2 órán belül kezdődik el:

Kisebb trauma: Fractura, ficam, zúzódás, contusio normál vitális paraméterekkel, enyhe (4-7/10) fájdalommal.

Fejsérülés: Kisebb fejsérülés, a beteg éber (GCS = 15), nem hányt, de nyaki tünetek lehetnek, normál vitális paraméterek mellett. Az observatio függ a beteg panaszaitól és a tünetmentesség beálltától.

Felső légúti tünetek: Köhögés, torokfájdalom, láz egyaránt jelentkezhet. Fontos elkülöníteni a torokgyulladást, mandulagyulladást, epiglottitist a pneumóniától vagy súlyosabb légúti megbetegedésektől. Amennyiben a tünetek súlyosbodnak vagy légzési elégtelenség, illetve valamilyen eltérés mutatkozik a vitális paramétereiben, SpO₂ csökken, a beteget T3 kategóriába kell sorolni.

Fejfájás: Nem gyakori, nem erős, nem migrain jellegű, enyhe (4-7/10) fájdalom egyéb tünetek nélkül, normál vitális paraméterekkel. Okozhatja megfázás, influenza, sinusitis.

Fül-fájdalom: Okozhatja otitis media/externa. A fájdalom lehet enyhe (4-7/10) vagy erős (8-10/10). Erős fájdalomnál fáj-

dalomcsillapító adása indokolt, amennyiben a fájdalom nem szűnik vagy erősödik, akkor T3 kategóriába sorolható a beteg.

Mellkasi fájdalom: A fájdalom enyhe (4-7/10), nincsenek kísérő tünetek, normál vitális paraméterek észlelhetők, illetve a beteg kórelőzményében semmilyen szíveredetű megbetegedés nem szerepel. A fájdalom köhögéskor, mély belélegzéskor, vagy bizonyos mozgásoknál jelentkezik. Okozhatja izomhúzódás, mellkas-sérülés.

Hátfájdalom: Krónikus hátfájdalom, neurológiai eltérés nélkül, normál vitális paraméterekkel. Fontos megkülönböztetni a gyógyszerfüggő beteget a valóban krónikus fájdalommal élő betegétől.

Alhasi fájdalom: Enyhe (4-7/10) panaszok, normál vitális paraméterekkel. Okozhatja appendicitis, cholecystitis, illetve obstipatio is. Fontos a beteg kikérdezése, vitális paramétereinek ellenőrzése.

Hányás és/vagy hasmenés dehydratio tünetei nélkül: A leggyakoribb esetekben a panaszokat gastroenteritis okozza, de mérgezés, veseelégtelenség, májelégtelenség esetén is hasonló tüneteket produkál a beteg. A gyors anamnézis felvételénél fontos kikérdezni a panaszok gyakoriságát, jellegét, étkezéssel való összefüggését, és az utolsó hányás és hasmenés idejét. Amennyiben 5 vagy annál kevesebb alkalommal jelentkeztek a tünetek, akkor nem valószínű a folyadék/elektrolit háztartás zavara. Ha 24 óra leforgása alatt 10 vagy annál több alkalommal jelentkeztek a tünetek, akkor T3 vagy akár T2 kategóriába is sorolható a beteg.

Depresszió, öngyilkossági szándék: a beteg együttműködő, normál vitális paramétereket észlelünk. Fontos a beteg megértése, ill. amennyiben lehetséges, csendes, nyugodt környezet biztosítása.

T5 kategória, mely nem sürgős állapot, a triage után az orvosi beavatkozás 3 órán belül kezdődik el:

Kisebb trauma: contusio, abrasio, zúzódás, ficam.

Torokfájdalom: Nem erős fájdalom, nem okoz légzési rendellenességet, normál vitális paraméterek észlelhetők, illetve láz < 39 °C.

Alhasi fájdalom: Krónikus vagy visszatérő, enyhe fájdalom (<4/10), normál vitális paraméterek mellett.

Hányás/hasmenés: Normál vitális paraméterek, egyéb tünetek nélkül.

Hüvelyi vérzés: Okozhatja postmenopausás vérzés, vagy menstruáció enyhe fájdalommal (<4/10). Fontos a terhesség kizárása.

Psychiatriai betegek: Normál mentális státusz, normál vitális paraméterek mellett krónikus vagy visszatérő depresszió okozhatja a problémát. Tisztázandó a betegnek az alvási szokások esetleges változása, megmagyarázhatatlan sírás-rohamok, esetleg étkezési szokások változása, testsúlyváltozások.

A várakozó betegek időszakos ellenőrzése, újra-osztályozása (re-triage)

A részletes orvosi vizsgálatokra, vagy azt követően, az ellátás bizonyos fázisaiban várakozni kényszerülő betegek meghatározott időszakonként ellenőrizendők. Az időszakos ellenőrzés gyakorisága:

Részletes orvosi vizsgálat előtt álló betegnél a megállapított osztály alapján:

⇒ T3 osztály – óránként;

⇒ T4 osztály – 2 óránként;

⇒ T5 osztály – 3 óránként.

A részletes orvosi vizsgálat előtt lévő betegnél a re-triage paraméterek az alábbiak:

AVPU, SpO₂, pulzus, vérnyomás, légzésszám, indokolt esetben fájdalom-skála, vércukor szint, testhőmérséklet.

A részletes orvosi vizsgálat után várakozó betegnél a beteget vizsgáló orvos által a sürgősségi kórlapon meghatározott gyakorisággal vizsgálandók és dokumentálandók az elrendelt paraméterek.

Az ellátás során vagy várakozás közben mérvadó állapotromlást mutató betegek sürgősségi kategóriáját ismételtén értékelni kell, indokolt esetben a beteget másik osztályba áthelyezve. A további ellátási sorrendet az ekkor meghatározott triage kategória szerint kell megállapítani.

Az ápolói triage

A betegek gyors, pontos osztályozása kulcs a sürgősségi osztályok sikeres tevékenységéhez. A triage tevékenységet végző feladata, hogy viszonylag rövid időn belül elegendő in-

formációt szerezzen a triage kategória meghatározásához a szükséges anamnézis felvételével, kórkép specifikus szűrőkérdésekkel, a döntéshez szükséges paraméterek mérésével és tájékozódó vizsgálatok elvégzésével. Az ápolói triage több mint 30 éve, a Sürgősségi Orvostan fejlődése óta világszerte több országban, Észak-Amerikában, Európában, Közel-Keleten és Ausztráliában sikeresen megvalósult. A hazai sürgősségi ellátásban nincs egyértelműen szabályozva, ki végezze ezt a nagy felelősséget jelentő szakmai tevékenységet. Egyedül a szakképzett sürgősségi ápoló kompetenciájában található meg a betegosztályozás kompetenciája, azonban jelenleg hazánkban ez idáig a képzés indulása óta az ilyen képzettséget még száz fő sem szerzte meg. A triage ápoló által végzett osztályozásnak olyan pontosnak kell lennie, amennyire csak lehetséges. A helytelenül végzett triage tevékenység következménye egy részt lehet alulkategorizálás (undertriage), amely kiteszi a beteget a várakozás alatti állapotrosszabbodás kockázatának, más részt lehet túlkategorizálás (overtriage), amely felhasználja a szűkös forrásokat, és korlátozza egy másik, esetleg azonnali ellátásra szoruló beteg hozzáférését az ellátáshoz. A nemzetközi szakirodalmi adatok is azt támasztják alá, hogy a triage-t megfelelő képzettséggel rendelkező, tapasztalt, sürgősségi ellátásban jártas ápolónak kell végeznie, aki a triage szerepkörében már bebizonyította az alkalmasságát. (Le Vasseur, 2001)

Megfelelő elméleti és gyakorlati képzés,

valamint elsajátított sürgősségi szemlélet után a tapasztalt triage ápoló képes gyorsan és pontosan beazonosítani a betegeknek azt a kis hányadát, akik azonnali kezelést igényelnek. Fontos azt is hangsúlyozni, hogy a pontos triage folyamatot csak egy olyan megbízható és megalapozott triage rendszer használatával lehet megvalósítani, amelyben a sürgősségi osztály valamennyi dolgozója (orvos, ápoló, adminisztrátor, beteghordó) megfelelően képzett.

Összegzés

Hazánkban a sürgősségi osztályok betegforgalma emelkedő tendenciát mutat és ez a trend valószínűleg az elkövetkező időben sem fog változni. A biztonságos betegellátás folyamatának egyik kulcspontja a valóban sürgősségi ellátást igénylő betegek kiszűrése. Ennek a folyamatnak a legfontosabb láncszeme a triage tevékenységet végző ápoló. Valamennyi szintű sürgősségi betegellátó osztály megfelelően szabályozott és működtetett betegfelvételi rendszerrel és jól működő triage funkcióval a betegek számára mélyen demokratikus rendszer. A jól működtetett sürgősségi betegellátás az intézet számára gazdaságosabb és ágyszám kímélőbb ellátást tesz lehetővé, ezért a betegfogadás, osztályozás és az ellátás folyamatának szabályozása fontos szempont a sürgősségi osztályok működésében, amelynek ismerete valamennyi egészségügyben dolgozó számára ismert kell legyen.

Irodalomjegyzék

1. 5/2006. (II.7.) EüM rendelet A mentésről. Hozzáférhető: <http://net.jogtar.hu>
2. Beveridge R., Clarke B., Janes L., Savage N., Thompson J., Dodd G., ... Vadeboncoeur A. Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS). Endorsed by the Canadian Association Of Emergency Physicians (CAEP), the National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA), and L'association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ). Version: CTAS16. DOC December 16, 1998 Hozzáférhető: <http://www.optimalhealthcare.com>
3. Burány, B., Pápai, T. (2011). A betegfogadás és osztályozás folyamata, az ellátás sorrendjének meghatározása a Magyar Honvédség Honvédkórház Sürgősségi Centrumában. Honvédkórház Minőségirányítási Osztály, Budapest
4. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. AHRQ Publication No. 12-0014, December 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/research/esi/> (letöltve: 2012. 01.15.)
5. Pápai, T. (2006). Az ápoló szerepe a triage funkció ellátásában sürgősségi osztályon (előadás). XXXVII. Országos Szakdolgozói Konferencia Pécs, 2006. Nytsz: 1803-1/2006
6. Le Vasseur (2001) Report supports nurses in triage role. Australian Nursing Journal 2001, Oct-, Hozzáférhető: <http://journals.lww.com/aenjournal>

Az idősellátás aktualitásai az ápolás aspektusainak tükrében a sárvári Önkormányzati Kórház egyes betegosztályain

BARTA Katalin, RAJKI Veronika

Összefoglalás

A vizsgálat célja: A szerzők célja a rehabilitációs, a krónikus belgyógyászati és az ápolási osztályokon az ápolás aspektusaiban jelentkező különbségek feltárása, továbbá a vizsgálatba bevont szakápolók szerint nélkülözhetetlen tulajdonságok és személyiségjegyek felmérése, valamint a betegek által megnevezett azon tényezők és okok feltárása, amelyek növelik elégedettségüket, komfortérzetüket.

Anyag és módszer: A vizsgálatot a sárvári Önkormányzati Kórház három osztályán (krónikus belgyógyászati, ápolási és rehabilitációs osztály) végezték, és az osztályokon dolgozó szakápolókra, illetve a három osztály betegeire terjesztették ki. A kérdőíves felmérések a szakdolgozók, és a betegek körében történtek. Az eredményeket és összefüggéseket leíró statisztikai módszerekkel vizsgálták.

Eredmények: A betegek körében végzett kutatásból megállapítható, hogy jelentős arányban (42%) szociális indokok alapján kerülnek felvételre az ápolási osztályra. A betegek véleménye nagy különbségeket mutat az egyes osztályokon az ápolók tudásával, illetve az ápolói létszám növelésének szükségességével kapcsolatban. A dolgozók körében végzett kutatás legfontosabb megállapításai között szerepel, hogy a vizsgált osztályokon dolgozók saját tudásukkal kapcsolatos önértékelése relatíve alacsony, az ápolók jelentős aránya növelné a szakdolgozói létszámot, valamint még mindig túlságosan preferált az ápolók körében a szóbeli osztályátadás, az ápolási dokumentációk alkalmazásával szemben.

Következtetések: A növekvő demográfiai változásokkal kapcsolatban megjelenő új feladatokra fel kell készíteni a rehabilitációs területen dolgozó ápolókat. Mindehhez nélkülözhetetlen a rehabilitációs szemlélet növelése.

Kulcsszavak: ápolás, rehabilitáció, idősellátás, multimorbiditás, betegelégedettség

Current issues in geriatric care from a nursing perspective at certain patient wards of Sárvár Municipal Hospital

Katalin BARTA, Veronika RAJKI

Summary

Aim of the study: The authors aim is to identify differences in the aspects of nursing at rehabilitation, chronic internal medicine and nursing departments, and to assess the characteristics and personality traits regarded as essential by the specialist nurses participating in the survey, as well as to identify the factors and causes named by patients as leading to an improvement in their satisfaction and comfort.

Sample and method: The survey was performed in three departments of the Sárvár Municipal Hospital (chronic internal medicine, nursing and rehabilitation), and involved the specialist nurses working in the departments and the patients of the three departments. The questionnaire-based surveys were conducted both among the paramedical workers and the patients. The results and correlations were examined using descriptive statistical methods.

Results: It can be concluded from the survey of the patients that a high proportion of them (42%) are admitted to the nursing department on the basis of social considerations. The opinions of patients at the individual departments differ significantly with regard to the skill of the nurses and the necessity of increasing the nurse headcount. The most important conclusions of the survey of the workers include the findings that the self-assessment of their own knowledge by workers at the surveyed departments is relatively low; a significant proportion of the nurses would like to see an increase in the number of paramedical workers; and verbal ward handovers are still overly preferred among nurses, rather than the use of nursing documentation.

Conclusions: Nurses working the field of rehabilitation need to be prepared for the new tasks emerging as a result of the increasingly marked demographic changes. For this, a strengthening of the rehabilitation-oriented approach is essential.

Key words: nursing, rehabilitation, geriatric care, multimorbidity, patient satisfaction

Érkezett: 2011. november 14. Elfogadva: 2012. január 12.

BARTA Katalin BSc-ápoló, Mozgásszervi rehabilitációs osztály, Önkormányzati Kórház Sárvár
Levelező szerző (correspondent), elérhetősége: Tel.: 06 30 640 5140; e-mail: bartakata88@gmail.com
RAJKI Veronika tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest
PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

Bevezetés

A hosszú idejű ellátás minőségének mérése általában a megbízottsággal kapcsolatos felmérések, kutatások része. Az ilyen kutatások által a munkakörnyezet, a foglalkoztatás feltételei, a szakképzettség, és a szakmai tevékenységek is megismerhetővé válnak, melynek során az egyes irányelvek, valamint standardok által meghatározott szakmai tevékenységek fejlesztése is megvalósulhat. (Balogh Z., 2010)

A krónikus betegellátást és az idősellátást az egészségügy mostohagyermeként tartják számon, viszont vitathatatlanul aktuális az idősök megfelelő ellátási rendszerének kialakítása az egyre öregedő társadalom és az átlagéletkor növekedése miatt. Már a 2003-ban készült demográfiai adatok is alátámasztják, hogy az 50 év feletti emberek túlsúlya volt jellemző hazánk lakosságára, s azóta is egyre az idősebb korosztály túlsúlya dominál. (Székács B., 2005)

Az előregedő társadalom az egész világ népességét jellemzi. A Földön 2000-re elérte a 10%-ot a 60 éveseknél öregebbek aránya, mi több az ENSZ felmérése szerint 2050-re Európa lakóinak 37%-át 60 évnél idősebb populáció fogja kitenni. (Székács B., 2005) Ennek alapjául szolgál, hogy a születéskor várható élettartam az utóbbi évtizedekben jelentősen meghosszabbodott, viszont ezt a tényt elég nehezünkre esik életfelfogásunkba illeszteni. Statisztikai adatokkal bizonyított tény, hogy a születéskor várható életkor kitolódott, és az egészségügyi ellátó rendszer fekvőbeteg ágysztruktúrája nem alkalmazkodott kellő időben ehhez. Bár 2007-ben kormányzati rendelkezés történt az aktív ágyak csökkentésére, illetve krónikus, rehabilitációs és ápolási ággyá való átstrukturálására, de ennek ellenére a krónikus betegek ellátásában komoly hiányosságok mutatkoznak. Sok esetben megfigyelhető, hogy kórházi ágyakon szociális indokoltaság alapján ápolják a klienseket. Fontos azt is megjegyezni, hogy a kórházi ápolás az egészségügy különböző szinterein folytatott ápolási munkák közül a legdrágább.

Földünk populációjában az idősebb generáció túlsúlya jellemző. Ez az arány csak emelkedni fog, s az egészségügyi szférának ehhez

a tendenciához kell alkalmazkodnia. Előtérbe kell, hogy kerüljön az időskori betegellátás újrualapozása, mind a betegellátó rendszer szerkezete, mind az orvosi, geriatríai felkészültség tekintetében. Ennek a megvalósításához elengedhetetlen, hogy minden egészségügyi dolgozó elsajátítsa a robbanásszerűen bővülő fiziológiai – patofiziológiai – klinikai és szociológiai ismeretanyagot. (Székács B., 2005)

Másrészt viszont a hosszú ápolási időt igénylő betegségállapotok ellátásának minősége egyre inkább előtérbe kerül az Európai Unió tagállamaiban. Ennek egyik oka a lakosság ilyen irányú elvárásának fokozódása. (Balogh Z. et al., 2011). Ez a terület az utóbbi években egyértelműen kiemelt figyelmet kap.

A tagállamokon belül jellemző a törekvés a „jó minőségű, egységes szabályozási és ellenőrzési rendszeren alapuló szolgáltatás” nyújtására. Ezt a célt szolgálja az „Egészségi Állapot, Egészségügyi Ellátások, Hosszú Idejű Ellátások Kutatási Projekt”. (Leone, 2010)

Előregedéssel kapcsolatos általános demográfiai adatok

Az időskorú betegek ápolásának szépségét, illetve a rehabilitációjuk lehetőségét nem sokan ismerik fel. Ha összehasonlítjuk a 100 évvel ezelőtt élő emberek várható élettartamát a ma élőkével, akkor megállapíthatjuk, hogy számunkra hosszabb élet ígérkezik. Ennek a ténynek az biztosítja az alapját, hogy javultak az életkörülmények és az egészségügyi ellátás is sokat fejlődött. Az egészségügynek emiatt kell felkészülnie az egyre jobban öregedő népesség speciális igényeinek kielégítésére.

Az öregedés minden embert érint, életünk velejárója, s a társadalom fontos feladata, hogy biztosítsa azt az ellátó rendszert, ami képes a megnövekedett lélekszámú idősebb generáció szakmailag korszerű ellátására.

„Az Európai Unió statisztikai hivatala a közösség több mint 377 millió fős népességén belül a 65. életév fölöttieket tekinti időseknek.”- említi a szerzők. (Vértes L., Gabányi J., 2005) Az idősök aránya 2000-ben 16,7% volt az unió 15 tagállamában, ez azt jelenti, hogy 2,4%-al bővült 1990-hez képest.

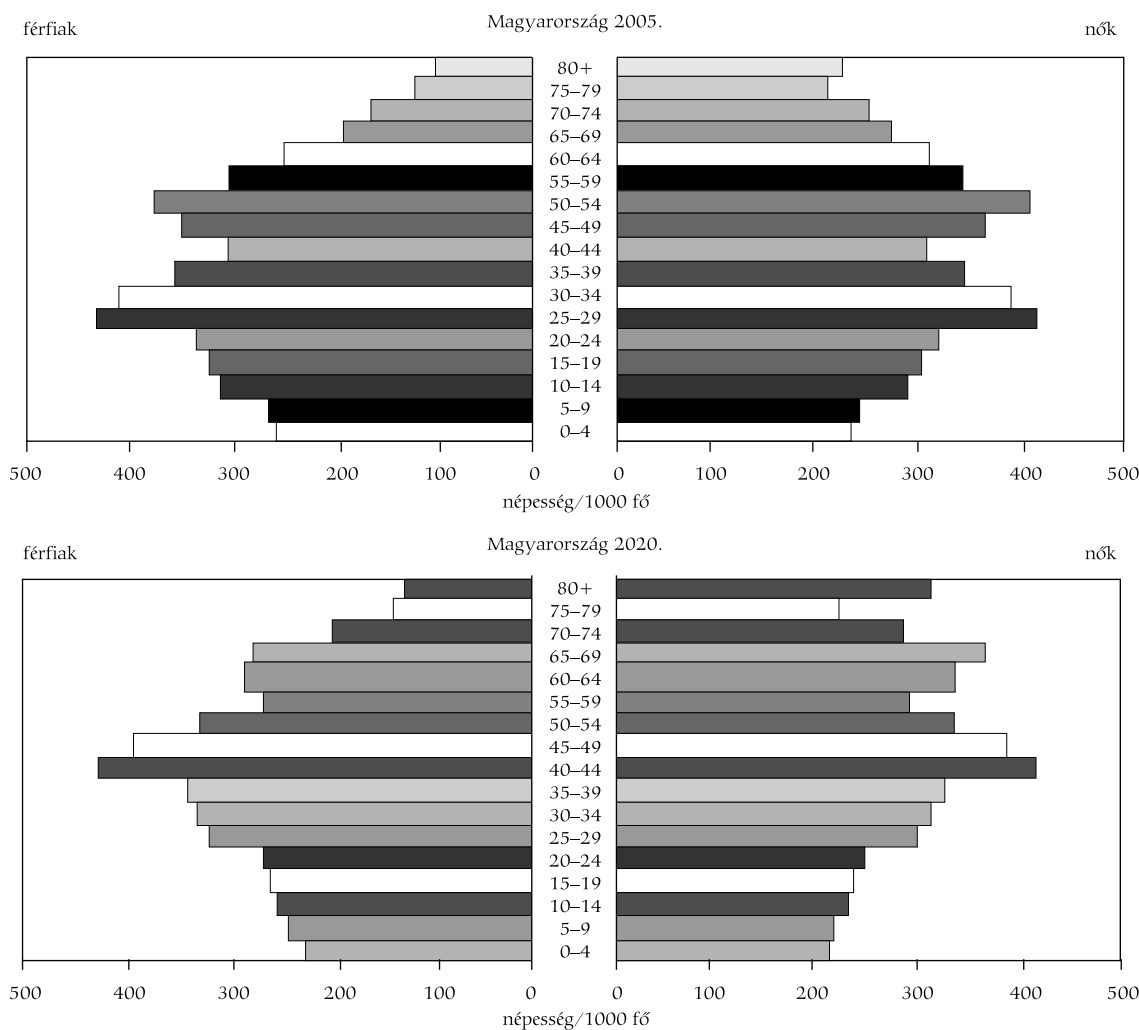
A hazai adatok is híven tükrözik az életkor meghosszabbodását. 1870-es adatok szerint a népesség 5%-a volt 60 évnél idősebb. Ez az arány 20,41%-ra módosult a 2001-es népszámlálás adatai szerint, ez, ha szemléltetni szeretnénk, azt jelenti, hogy minden 5. magyar állampolgár már elmúlt 60 esztendő, 10 év múlva pedig a 80 év felettek aránya elérheti a 10%-ot! A magyarok születéskor várható élettartamát viszont 6-10 évvel meghaladja az unió állampolgáraié, így az ő születéskor várható rokkantságmentes élettartamuk is jelentősen hosszabb. A fenti összefüggéseket jól szemlélteti a Magyarország népességének korösszetételét előrejelző diagram. (1. kép)

Az „őszülő világ” tehát globális problémaként jelenik meg az Európai Unióban, Magyarországot is beleértve. (Balogh Z., 2010)

Az időskori betegségek leggyakoribb okai

Fontos megjegyezni, hogy valóban vannak olyan betegségek, melyek gyakoribbak időskorban (Alzheimer-kór, incontinenca, hypertonia, arteriosclerosis), viszont ma már tudjuk, hogy ezek az elváltozások különböző betegségek eredményei. Kimutatták, hogy a 100 év feletti korosztályból (extrém idős-kor) nagyon sokan mentesek ezektől a be-

1. kép: Magyarország népességének korösszetétele 2005-ben és 2020-ban a US Census Bureau (International Data Base) előrejelzés szerint. (Székács B., 2005)



tegségektől, ez is azt erősíti meg, hogy a leírt kórképek nem szükségszerűen járnak együtt az öregedéssel. Több folyamat eredményezi azt, hogy a betegségek időskorban gyakrabban fordulnak elő. A betegségek mennyisége szükségszerűen nő a kor előrehaladtával, hiszen a kockázati tényezők behatási ideje is egyre hosszabb. (Vértes L., Gabányi J., 2005)

Multimorbid betegek rehabilitációja

Az idősellátás szempontjából elhanyagolhatatlan a rehabilitáció és a multimorbiditás fogalmának ismerete, hiszen az idősök a legtöbb esetben társbetegségekkel élnek együtt, ezért tartjuk fontosnak a multimorbiditás fogalmának ismertetését, és a multimorbid betegek rehabilitációjának bemutatását. *„Multimorbid megbetegedésnek (károsodásnak) nevezzük azt, ha egyszerre több szervünket, szervrendszerünket érte olyan károsodás, amely miatt kezelésre szorulunk. Több károsodás egy vagy több szerv biológiai zavarához vezethet, s ezen keresztül egyféle vagy többféle fogyatékossgát okozhat. Több fogyatékossgát egyszerre, egy időben való megléte hatással lehet egymásra, esetenként az egyik fogyatékossgát a másik fogyatékossgát mértékét ronthatja, és viszont.”* (Klauber, 1997)

A multimorbid betegek ápolása során különbséget kell tennünk a gyógyítás, az utókezelés (szekunder prevenció), és a rehabilitáció (tercier prevenció) között. *„A multimorbid betegek súlyos, többszörös fogyatékossgággal bírnak, az egyes fogyatékossgák okozta emberi funkciózavarok jelentősen befolyásolják egymást, aránytalanul súlyosbítják a fogyatékossgát és a rokkantságot, rehabilitációs problémát okoznak, a multimorbiditás miatt kénytelenek lemondani az egyes fogyatékossgák rehabilitációjában optimális eljárásairól.”* (Klauber, 1997)

A krónikus betegellátás színterei közül a rehabilitációt emelnénk ki. A Sárvári Önkormányzati Kórház nem törődött bele, hogy csak krónikus ellátás folyhat az intézményben, és nyitott a rehabilitációs gondozás felé. Ennek köszönhetően Magyarországon egyedülálló komplex rehabilitációs tevékenység folytatására alkalmas infrastruktúra jött létre, amely több szakmai megoszlásban te-

vékenykedik jelenleg, illetve fog működni a jövőben: onkológiai rehabilitáció, nőgyógyászati rehabilitáció, pszichoszomatikus betegek rehabilitációja, gasztroenterológiai rehabilitáció, reumatológiai rehabilitáció. (sárvári Kórház honlapja, 2010.)

Új ellátási formák bevezetése jelentené az egészségügy és a társadalom számára az idősök ellátásának a kulcsát. Ahhoz, hogy minden idős embert multidiszciplináris megközelítéssel, személyre szabottan kezeljünk és gondozzunk a mindennapi ápolás és a rehabilitáció tekintetében, fontos tudni azt, hogy az időskor természetes velejárója az életfunkciók romlása, és az ezek mellett már meglévő, vagy megjelenő multimorbiditás. Amikor az egyes szervrendszerek hibái jelentkeznek (*látás-, hallásromlás, mozgáskorlátozottság, inkontinencia, zavartság*), az idős személy akkor kerül az ellátó rendszer valamelyik szintjére. Az idős emberek számára ilyenkor felbomlik a klasszikus együtt élő családmóddal. Gondozásukat-ápolásukat otthoni környezetben – bármennyire is szeretik őket – a mai magyar családok legtöbbször nem tudja finanszírozni. Ekkor kerül előtérbe a kórházi kezelés. (Juhász J., 2008)

A vizsgálat célja

A vizsgálat során egyik legfőbb célunk az volt, hogy feltárjuk az ápolás aspektusainak különbségét a rehabilitációs-, a krónikus belgyógyászati- és ápolási osztály területén, vizsgálva mind a betegeket, mind a dolgozókat. Céljaink közt szerepelt ismertetni az igényeket, tulajdonságokat, személyiségjegyeket, amikkel az ápolási, krónikus belgyógyászati és rehabilitációs osztályon dolgozó szakápolók szerint önmaguknak rendelkezni kell. Célunk volt továbbá, hogy a feltárt igényeket, tulajdonságokat és személyiségjegyeket megosszuk a szakdolgozókkal, hogy ismerjék egymás véleményét, s így tudjanak egymástól tanulni, s ezáltal javítsák az ellátás minőségét. A vizsgálat során kutattuk azt is, hogy mik azok a tényezők és okok, amik növelnék a betegek elégedettségét és komfortérzetét. Mindezt abból a megfontolásból tettük, hogy a szakápolók számára visszajelzést adjunk, hogy hatékonyabb módszereket dolgozhassanak ki, hogy

a mindennapokban együttes erővel javíthatóság az osztályokon a precíz szakmai ellátás minőségét, és tovább fokozzák a betegek elégedettségét. A vizsgálat során a betegek ismereteit is felmértük azzal kapcsolatban, hogy milyen lehetőségeik vannak a térségben az egészségügyi ellátásra. A felmérésünk arra is vonatkozott, hogy megtudjuk, a betegek hogy kerültek a kórházba, illetve mennyi időt tartózkodnak ott. Vizsgáltuk, hogy a betegellátás során milyen kreatív foglalkoztató tevékenységeket, illetve programokat biztosítanak a krónikus belgyógyászati-, ápolási- illetve a rehabilitációs osztályon. A vizsgálat során kutattuk, hogy hogyan hat a betegekre a három osztály közti napirend, szabályok különbözősége a mindennapokban. Kitértünk a kutatásban a betegek elégedettségének és a témával kapcsolatos tájékozottságának vizsgálatára is, valamint a krónikus belgyógyászati, ápolási és rehabilitációs osztályon dolgozó szakápolók ismereteit is felmértük ebben a kérdéskörben. Az ápolási munka feltételrendszerének (személyi és tárgyi) vizsgálatát is elvégeztük, egy dolgozók körében kiadott kérdőív segítségével, ami kitért a kiegészítés és az elégedettség kérdéskörére is. Az ápolási munka minőségét is felmértük, az ápolási standardok, protokollok, ápolási dokumentációk gyakorlati használhatóságával az osztályokon. A vizsgálat során feltérképeztük azt is a dolgozók körében, hogy mennyire érzik fontosak az átképzéseket, szakmai továbbképzéseket.

Hipotéziseink a vizsgált betegpopulációkra vonatkoztatva

1. Feltételezzük, hogy a vizsgálatban részt vett betegek átlagéletkora az ápolási osztályon a legmagasabb, és hogy ezek az idős betegek kórházba kerülési indokként az esetek 70%-ában a szociális indokolttságot jelölik meg.
2. Feltételezzük, hogy az ápolási osztályon a betegek 40%-át 2008. óta, a krónikus belgyógyászati osztályon a betegek 70%-át 2010. második félévétől, a rehabilitációs osztály betegeinek 90%-a 2011. január óta kezelik az egyes osztályokon.
3. Feltételezzük, hogy a kórházon kívüli ellátási formák közül az ápolási osztályon és a krónikus osztályon az idősek otthonát a megkérdezett betegek 50%-a ismeri.
4. Feltételezzük, hogy a kórházon kívüli ellátási formákat 30%-ban sikeresen igénybe vették a megkérdezett betegek a krónikus belgyógyászati és az ápolási osztályon.
5. Feltételezzük, hogy a krónikus belgyógyászati és az ápolási osztály betegei közül azoknak a betegeknek a 40%-a, akik nem vették igénybe a szolgáltatásokat, azt a választ jelölik be indokként, hogy „magas volt a térítési díj”, illetve „nem volt üres férőhely”.
6. Feltételezzük, hogy a megkérdezett betegek 70%-a az ápolónők legfontosabb tulajdonságaként a maximális szakmai felkészültséget jelölik be.
7. Feltételezzük, hogy a krónikus belgyógyászati osztályon kezelt betegek komfortérzetét legjobban a választékosabb ételek, az ápolási osztályon kezelt betegek komfortérzetét legjobban a több beszélgetés a nővérekkel, illetve a rehabilitációs osztályon kezelt betegek komfortérzetét legjobban a büfészolgáltatás bővítése és a hírlapárúsítás növelné a kórház területén.
8. Feltételezzük, hogy a legtöbb foglalkoztató tevékenységen (kezelések, torna, stb.) a rehabilitációs osztály betegei vettek részt.
9. Feltételezzük, hogy a megkérdezett betegek 20%-a rossznak tartja az osztályok napirendjét, szabályait.
10. Feltételezzük, hogy a rehabilitációs osztályon a legelégedettebbek a betegek az ellátás minőségével.
11. Feltételezzük, hogy az ápolási osztályon kezelt betegek 80%-ban, a krónikus belgyógyászati osztályon kezelt betegek 60%-ban, míg a rehabilitációs osztályon kezelt betegek mindössze 50%-ban ítélik meg naprakésznek az osztályos szakápolók szakmai felkészültségét.
12. Feltételezzük, hogy a rehabilitációs osztályon megkérdezett betegek 60%-a szerint minden megtalálható az osztályon, ami a minőségi ápoláshoz kell.
13. Feltételezzük, hogy a megkérdezett 3 betegpopuláció közül a legtöbben az ápo-

lási osztályon jelölik be a betegek, hogy növelni kellene a szakápolók létszámát.

Hipotéziseink a vizsgált szakdolgozó populációkra vonatkoztatva

1. Feltételezzük, hogy a krónikus belgyógyászati osztályon dolgozó szakápolók életkora a legmagasabb, és hogy a kórházban dolgozó szakápolók több mint 40%-a több mint 15 éve dolgozik az intézményben.
2. Feltételezzük, hogy a vizsgált szakdolgozók 10%-a rendelkezik diplomás ápolói végzettséggel.
3. Feltételezzük, hogy a kérdőívet kitöltő szakdolgozók közül a rehabilitációs osztály dolgozói közül beszélnek a legtöbben idegen nyelven.
4. Feltételezzük, hogy a krónikus belgyógyászati osztály szakdolgozóinak 10%-a nyilatkozik úgy, hogy nem szívesen dolgozik ezen az osztályon, míg az ápolási osztályon ez az arány 50%, és a rehabilitációs osztályon 30%.
5. Feltételezzük, hogy a vizsgálatban részt vett szakdolgozók közül, azok, akik szívesen dolgoznak az osztályokon, a legtöbben indoklásképp a jó munkatársi viszonyt, a jó közösséget jelölik meg.
6. Feltételezzük, hogy a saját munkájukkal a krónikus belgyógyászati osztályon és az ápolási osztályon a legelégedetlenebbek a megkérdezett szakdolgozók.
7. Feltételezzük, hogy saját szakmai felkészültségüket a legnegatívabban az ápolási osztály dolgozói látják, ők a legkevésbé elégedettek munkájuk megbecsülésével, sikerével.
8. Feltételezzük, hogy a rehabilitációs osztály szakdolgozóinak volt a legnagyobb arányban lehetősége továbbtanulni, és ezt a kórház támogatta.
9. Feltételezzük, hogy azok a szakdolgozók, akik eddig még nem tanultak tovább, a későbbiek során szeretnék bővíteni ismereteiket, s közülük legtöbben a rehabilitációs osztályon jelzik ezt az igényüket a kérdőív kitöltése során.
10. Feltételezzük, hogy az ápolási osztály dolgozói 80%-ban nyilatkoznak úgy, hogy nem tudnának többet segíteni a betegeken, még ha továbbtanulnának sem.
11. Feltételezzük, hogy a megkérdezett szakdolgozók 50%-a növelné az ápolók létszámát az egyes osztályokon, és ez az arány még magasabb az ápolási osztályon a munka nehézségére való tekintettel.
12. Feltételezzük, hogy a krónikus belgyógyászati osztály dolgozóinak 70%-a számol be arról, hogy az osztályon csak a legszükségesebb tárgyi feltételek találhatóak meg.
13. Feltételezzük, hogy a vizsgálatban részt vett szakdolgozók 80%-a hasznosnak tartja az ápolási dokumentációt.
14. Feltételezzük, hogy a vizsgálatban részt vett szakdolgozók 90%-a tudja, hogy az egyes osztályok rendelkeznek ápolási protokollokkal, de ennek ellenére csak 60%-uk ítéli ezeket hasznosnak.
15. Feltételezzük, hogy a krónikus belgyógyászati osztály szakdolgozóinak több mint 35%-a tartja fontosabbnak az osztályos szóbeli átadást, mint az ápolási dokumentációt.
16. Feltételezzük, hogy a vizsgálatban részt vett szakdolgozók 90%-a nem hallott az önszolgó, Bálint-csoportokról, viszont 90%-uk jó ötletnek tartaná egy olyan csoport létrehozását az egyes osztályokon, melynek a kiegészítő megakadályozása lenne a célja.
17. Feltételezzük, hogy a legtöbben az ápolási osztály szakdolgozói közül nyilatkoznak úgy, hogy kollégáikkal kialakított kapcsolatuk baráti, könnyű velük együtt dolgozni, és megvalósul az osztályokon a csapatmunkában történő gyógyítás.

Anyag és módszer

A krónikus betegellátás formái a sárvári Önkormányzati Kórházban 3 szintéren valósulnak meg: az ápolási-, a krónikus belgyógyászati- és a rehabilitációs osztály keretein belül. A vizsgálatot a sárvári Önkormányzati Kórház három osztályán végeztük. A kutatást ezeken az osztályokon dolgozó szakápo-

lókra, illetve a három osztály betegeire terjesztettük ki.

Vizsgálatunkba bevont szakdolgozók létszáma a következő volt:

⇒ Krónikus belgyógyászati osztályon 20 fő

⇒ Ápolási osztályon 14 fő

⇒ Rehabilitációs osztályon 24 fő

Összesen tehát 58 fő szakdolgozó alkotta az egyik mintánkat. $N_1 = 58$

Vizsgálatunkba bevont betegek létszáma pedig a következőképpen alakult:

⇒ Krónikus belgyógyászati osztályon 33 fő

⇒ Ápolási osztályon 24 fő

⇒ Rehabilitációs osztályon 37 fő

Összesen 94 fő került be a betegek közül álló mintánkba. $N_2 = 94$

A kutatás adatfelvételi módszerének a kérdőív kitöltését választottuk. A betegek részére kiosztott kérdőív 17 főkérdésből állt, mely 12 zárt, és 5 nyílt kérdést és a végén egy megjegyzésrovatot tartalmazott. A szakdolgozók részére kiosztott kérdőív 23 főkérdésből állt, ebből 8 tartalmazott nyílt kérdést, a többi zárt kérdés volt, természetesen a kérdőív végén a dolgozók is leírhatták megjegyzéseiket, ötleteiket, véleményüket. Az adatok és a kapott eredmények feldolgozása során az Excel programot hívtuk segítségül, melyben külön munkalapokon dolgozva értékeltük ki a visszaérkezett kérdőíveket. A kérdésekre adott azonos csoportba tartozó válaszokat az Excel szűrőprogramjának segítségével gyűjtöttük ki, majd a kapott adatokból számoltunk százalékos arányt, illetve a táblázatokba foglalt adatok segítségével készítettük el a különböző szemléltető ábrákat is.

Eredmények

Mintáink külön-külön nem érték el a szükséges 100 fő mintánként ahhoz, hogy az eredményeket %-ban adhassuk meg, azonban a könnyebb áttekinthetőség végett mégis a %-ok feltüntetését választottuk a kapott eredmények szemléltetésére.

A betegek körében végzett kutatás eredményei

Az ápolási osztályon kezelt betegek átlagéletkora volt a legmagasabb. 42%-uk

számolt be arról, hogy kórházba kerülésük indoka legfőképp a szociális rászorultság. A kórházi bent tartózkodási idő szintén az ápolási osztály esetében volt a legmagasabb, a rehabilitációs osztály esetében pedig a legalacsonyabb.

Az ápolási osztály betegeinek 96%-a ismerte az idősök otthonát, mint kórházon kívüli ellátási lehetőséget, míg a krónikus belgyógyászati osztály betegei csupán csak 58%-ban hallottak erről az ellátási formáról. A kórházon kívüli ellátási formákat a krónikus belgyógyászati osztály betegei 30%-ban, az ápolási osztály betegei pedig csupán 4%-ban vették sikeresen igénybe.

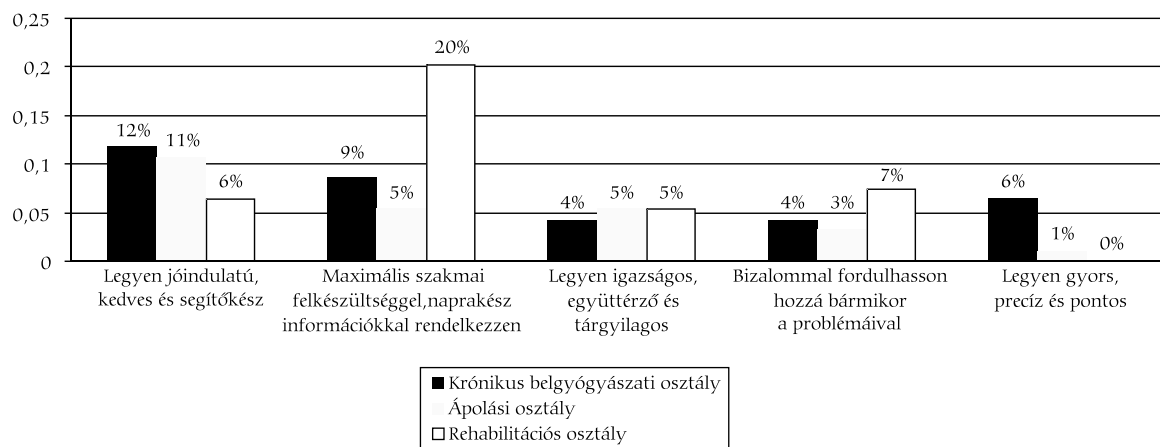
A krónikus belgyógyászati osztályon végzett kutatás eredménye szerint a betegek 47%-a a magas térítési díj miatt, 16%-uk pedig a férőhelyhiány miatt nem tudta igénybe venni a szolgáltatást. Az ápolási osztályon a megkérdezett betegek 18%-a azt a választ adta, hogy a magas térítési díj miatt, 24%-uk pedig úgy nyilatkozott, hogy a férőhely hiánya miatt nem tudta igénybe venni a szolgáltatásokat, így összesen azok a betegek, akik a magas térítési díjat és a férőhely hiányt jelölték meg a megkérdezettek 41%-át jelentették.

Az ápolók legfontosabb tulajdonságának a krónikus belgyógyászati és az ápolási osztályon a betegek döntő többsége a kedvességet, jóindulatúságot és segítőkészséget jelölte be, míg a rehabilitációs osztály betegi számára a legjobban számító ápolói tulajdonság a maximális szakmai felkészültség volt, így választott a megkérdezettek 20%-a. (1. ábra)

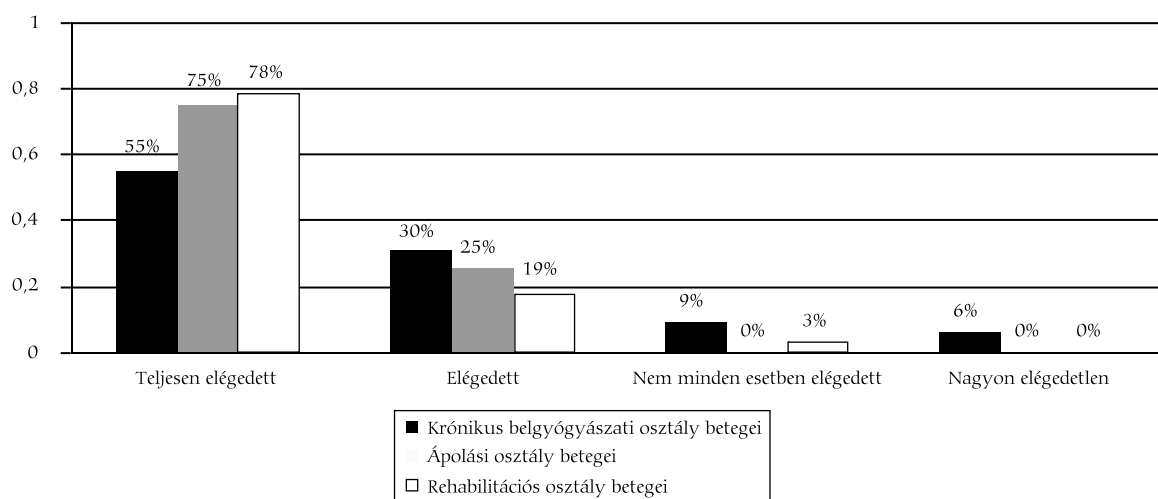
A krónikus osztályon megkérdezettek 28%-a szerint a nővérekkel folytatott több beszélgetés növelné betegek komfortérzetét, az ápolási osztály betegeinek 35%-a gondolta ezt így. A rehabilitációs osztályon a betegek komfortérzetét a büfészolgáltatás, és a hírlapárúsítás növelné. A legtöbb foglalkoztató tevékenységen (gyógytorna, masszázs, fizikoterápia, ergoterápia, BEMER-kezelés, tangenter) a rehabilitációs osztály betegei vettek részt.

Az egyes osztályok napirendjével, szabályaival a betegek 99%-a elégedett volt. A betegek 69%-a teljesen elégedett az ellátás minőségével, és csupán 2%-uk nyilatkozott úgy, hogy abszolút nincs megelégedve az ápolás színvonalával. (2. ábra)

1. ábra: Az ápolónók legfontosabb tulajdonságai a vizsgált betegpopulációk véleménye szerint (n=94)



2. ábra: A vizsgált három betegpopuláció elégedettsége az ellátás minőségével, az ápolás színvonalával (n=94)



Az osztályos szakápolók szakmai felkészültségéről a krónikus osztályon a betegek 70%-ának, az ápolási osztályon a betegek 100%-ának, míg a rehabilitációs osztályon a betegek csupán 32%-ának volt az véleménye, hogy az ápolók tudása naprakész.

A rehabilitációs osztályon kezelt betegek 73%-a szerint minden eszköz megtalálható a minőségi ápoláshoz, ellátáshoz. A krónikus belgyógyászati osztályon a megkérdezett betegek 79%-a szerint, a rehabilitációs osztályon a betegek 54%-a szerint, az ápolási osztályon a betegek 96%-a szerint bővíteni kellene az osztályos ápolók létszámát.

A dolgozók körében végzett kutatás eredményei

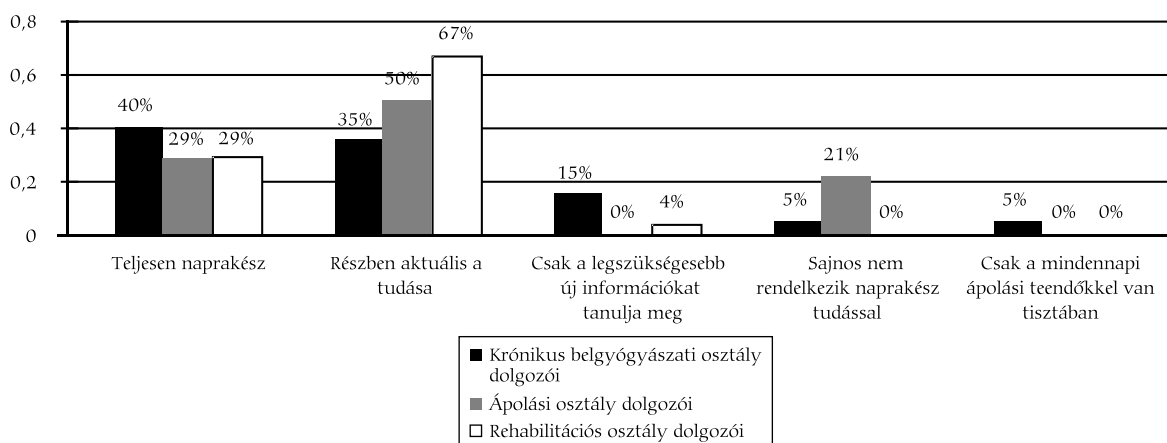
A krónikus belgyógyászati osztályon dolgozó szakápolók életkora a legmagasabb, és a kórházban dolgozó szakápolók 48%-a több mint 15 éve dolgozik az intézményben. Diplomás ápolói képesítéssel a vizsgálatban részt vett szakdolgozók csupán 5%-a rendelkezik, a legtöbb (a szakdolgozók 55%-a) OKJ-ápoló képesítéssel rendelkezik. A rehabilitációs osztályon dolgozók 63%-a nem beszél egyetlen idegen nyelvet sem.

A dolgozók munkakedvének vizsgálata-

kor kiderült, hogy a vizsgálatban részt vett 3 osztályon a szakdolgozók 91%-a szívesen dolgozik, és ennek indokaként legtöbbször a jó munkatársi viszonyt jelölték meg.

A rehabilitációs osztály dolgozóinak 29%-a, a krónikus belgyógyászati osztály vizsgálatban részt vett ápolóinak 30%-a, míg az ápolási osztály szakdolgozóinak 43%-a részben volt csak elégedettek saját munkájával. A krónikus belgyógyászati osztály dolgozóinak 35%-a, az ápolási osztály dolgozóinak 50%-a, a rehabilitációs osztály dolgozóinak 67%-a érzi csak részben aktuálisnak tudását. (3. ábra)

3. ábra: A vizsgálatban részt vett szakdolgozók saját szakmai tudásukról, felkészültségükről alkotott nézete (n1=58)



A krónikus belgyógyászati osztályon a szakdolgozók 40%-a, az ápolási osztályon a dolgozók 57%-a, míg a rehabilitációs osztályon a megkérdezett ápolók 75%-a tanult tovább. A továbbtanulási szándék vizsgálata a következő eredményt hozta: az ápolási osztály vizsgálatban részt vett dolgozói nyilatkozták a legtöbbször (a megkérdezettek 100%-a) úgy, hogy szívesen bővítenék ismereteiket. A krónikus belgyógyászati osztályon a dolgozók 42%-a, a rehabilitációs osztályon pedig a szakdolgozók fele szeretne továbbtanulni. Az ápolási osztályon a dolgozók 100%-a nyilatkozott úgy, hogy többet tudna segíteni a betegeken, ha továbbtanulna. A rehabilitációs osztályon végzett kutatásban a szakdolgozók 79%-a gondolta úgy, hogy eredményesebben tudna gyógyítani, ha bővítené ismereteit a rehabilitáció terén. A krónikus belgyógyászati osztály dolgozói

kevésbé voltak lelkesek, 40%-uk úgy nyilatkozott, hogy akkor sem tudna többet segíteni a betegeken, ha tovább képezné önmagát.

A vizsgálatban részt vett ápolók 90%-a, ha tehetné, több ápolót foglalkoztatna, így növelné a dolgozói létszámot. A krónikus belgyógyászati osztály dolgozóinak 85%-a, az ápolási és rehabilitációs osztály dolgozóinak 79-79%-a számolt be arról, hogy az osztályon a legszükségesebb tárgyi feltételek megtalálhatók, de bővíteni kellene a felszereltséget.

A megkérdezett szakdolgozók 90%-a hasznosnak tartotta a kórházban használt

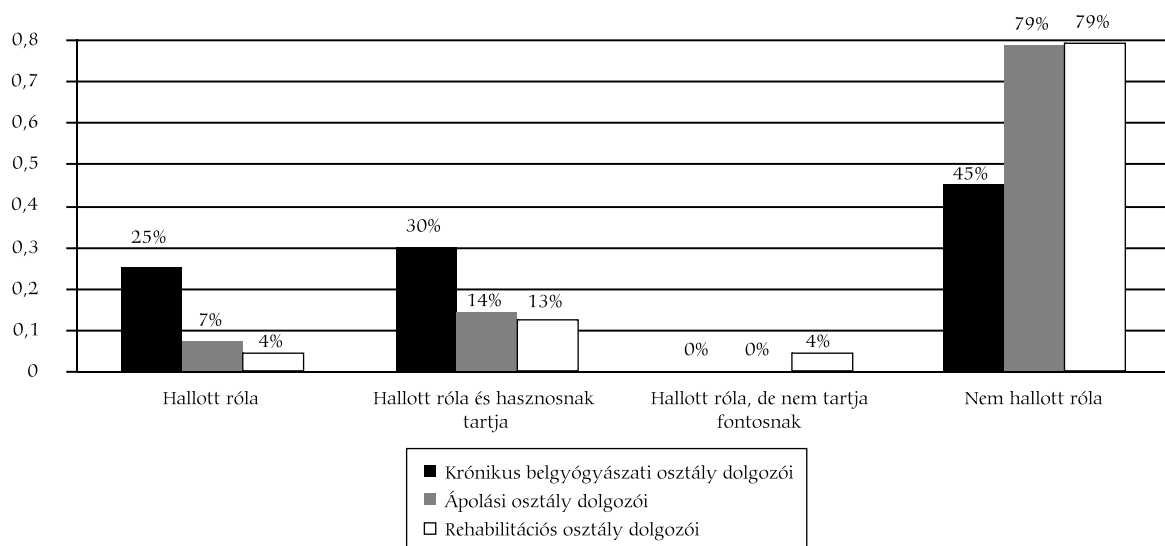
ápolási dokumentációt. A kórház vizsgálatban részt vett szakdolgozóinak 72%-a hasznosnak tartotta az ápolási protokollokat, 28%-uk szerint pedig nem jelent segítséget az ápolási protokollok megléte az osztályos munka során a hétköznapokban.

A krónikus belgyógyászati osztály dolgozóinak 45%-a, az ápolási osztály dolgozóinak 43%-a, míg a rehabilitációs osztály ápolóinak 67%-a értékelte hasznosabbnak az osztályos szóbeli átadást.

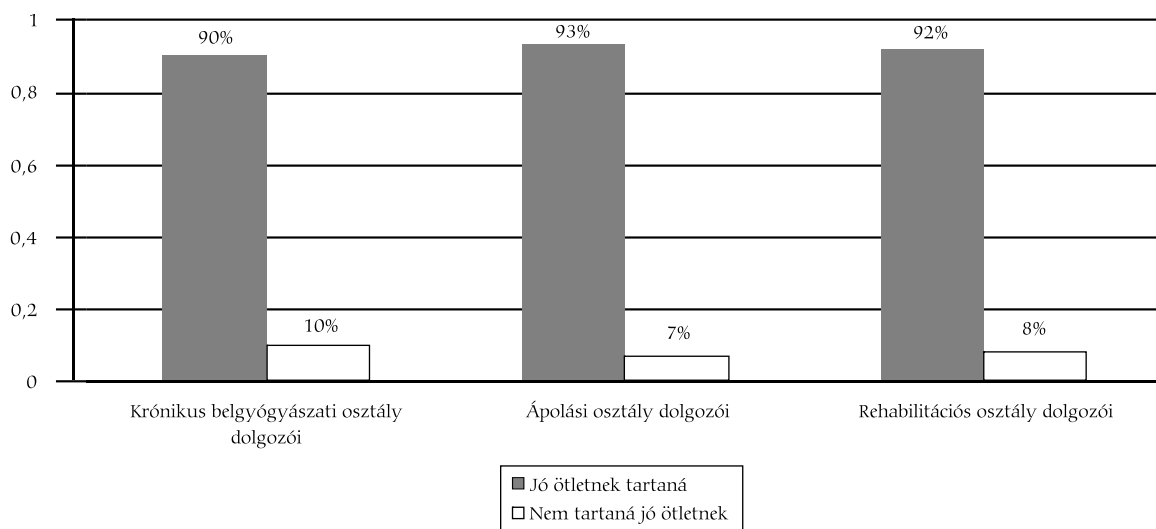
A megkérdezett szakdolgozók 67%-a nem rendelkezett ismeretekkel a Bálint-csoporttal kapcsolatban (4. ábra), viszont a dolgozók 91%-a jó ötletnek tartaná egy ilyen önszorgító csoport létrehozását a kórházban (5. ábra).

Vizsgálatunkban részt vett szakdolgozók 83%-a úgy nyilatkozott, hogy baráti, jó kapcsolatot alakított ki munkatársaival, viszont a megkérdezettek csupán 62%-a szerint va-

4. ábra: A szakdolgozók ismeretei a Bálint-csoportról (n1=58)



5. ábra: A szakdolgozók véleménye egy önszorgító csoport létrehozásáról, melynek a kiégés megakadályozása lenne a célja (n1=58)



lósul meg teljes mértékben a csapatmunkában történő gyógyítás, 38%-uk szerint viszont pedig csak részlegesen.

Megbeszélés

A betegek körében végzett felméréssel kapcsolatos következtetéseink, javaslataink

A vizsgálatunk eredményei is alátámasztják, hogy az ápolási osztály betegeinek

42%-a fekszik szociális indoklás miatt a kórházban, holott kezelésüket, ápolásukat egyéb kórházon kívüli ellátási formákkal lehetne kivitelezni.

A betegeknek ahhoz, hogy később, szükség esetén igénybe tudják venni a különböző szolgáltatásokat, rendelkezniük kell bizonyos ismeretekkel a kórházon kívüli ellátási formákról, ezért kiemelő a házi orvosok szerepe az alapellátásban, az idős betegek számára egy-egy elbeszélgetés során alkalmuk nyílhatna tájékoztatást adni számukra

a kórházon kívüli ellátási lehetőségekről, és segíthetnének a legoptimálisabb választást megtalálni.

A betegek az aktív ellátásokhoz képest sokkal több időt töltenek az intézményben, kezelésük hatékonyságának növelésével elérhető lenne, hogy csökkentsük a kórházi költségeket. A rehabilitáció területén más jellegű problémák jelentkeznek, hiszen a betegek fiatalabbak, kevésbé jelentkezik náluk a szociális indokoltóság, kevesebb időt is töltenek az intézményben, viszont súlyosabb mozgásszervi problémáik fényében arra kell törekednünk, hogy rehabilitációjuk sikeres legyen, és újra munkába állhassanak, és teljes életet élhessenek.

Fontosnak tartjuk, hogy a rehabilitációs szemlélet megvalósuljon az ápolási és a krónikus belgyógyászati osztályokon is, hiszen törekednünk kell arra, hogy minden beteget a lehető legjobban lássunk el! A krónikus belgyógyászati és az ápolási osztályon a legtöbb beteg komfortérzetét az javítaná, ha a nővéreknek több ideje lenne beszélgetni velük.

Az eredményt alátámasztja az a tény is, hogy az idős emberek gyógyításához hozzátartozik nemcsak az orvos által rendelt terápia betartása, hanem a pszichés támogatás, a betegek meghallgatása egyaránt, s ezt a hétköznapi ápolásban a gyakori beszélgetésekkel érhetjük el. Így elnyerhető a betegek bizalma, így többet tudhatunk meg problémáikról.

Jó lenne, ha a mindennapos ápolásban a nővéreknek lehetősége lenne kielégíteni a betegeknek ezen igényét, de mivel kevesen vannak, túlhajszoltak, a betegekkel való beszélgetés háttérbe szorul.

A rehabilitációs osztályon azért nem ez az eredmény lett domináns, hiszen a betegek problémái itt teljesen más jellegűek, fiatalabb az életkoruk, s ezáltal a komfortérzetüket is más tényezők növelik. Ezt a tényt bizonyítja az, hogy 22-22%-uk legfontosabbnak a hírlapárusítást és a büfészolgáltatás bővítését ítélte meg. Ebből azt a következtetést vonjuk le, hogy a rehabilitációs osztály betegei részéről lenne leginkább igény egy hírlapárusítóra, illetve egy büfé létesítésére is.

Kutatásunkban vizsgáltuk, hogy a betegek szerint melyek az ápolónők legfontosabb

tulajdonságai. Ezeket a kutatási eredményeinket megosztanánk az osztályon dolgozó ápolókkal, hogy láthassák, melyek azok a személyiségjegyek, melyeket a betegek fontosnak tartanak, s így lehetőségük nyílna a változásra az ápolás minőségének javítása, és a betegek komfortérzetének növelése érdekében.

A vizsgálatban feltérképeztük azt is, hogy a kórházban milyen foglalkoztató tevékenységek zajlanak az egyes osztályokon. A leg-sokrétűbb ellátásban a rehabilitációs osztály betegei részesültek, viszont úgy gondoljuk, hogy lehetne más programokat, foglalkozásokat biztosítani az ápolási és a krónikus belgyógyászati osztályon kezelt betegek részére. Egyszerű dolgokkal akár a teljesen fekvő betegek figyelmét is le lehetne kötni: például erre szolgálna a közös zenehallgatás, a tv biztosítása a kórtermekbe. A fent járó betegek számára pedig be lehetne indítani egy kézműves csoportot, hiszen idős korban is fontos szerepe lenne a rekreációnak, melyben nemcsak az örömeiket lenék a betegek, hanem fejlődne a manuális képességük is, nem beszélve arról, hogy milyen közösségformáló ereje van egy-egy ilyen alkalomnak.

Terveink közé tartozik, hogy pozitív visszajelzésként megosztanánk a kórház dolgozóival a betegek véleményét az ápolónők szakmai felkészültségének megítéléséről. A rehabilitációs osztály betegeinek véleménye az ápolók szakmai tudásáról azért nem egyezik meg a másik két osztályéval, mert ez egy új ellátási terület az intézményben, s mivel a kórház a nővérek átcsoportosításával oldotta meg a szakember-ellátást a rehabilitációs centrumban, így még a nővéreknek is fejlődniük kell a rehabilitációs ápolás és ellátás területén.

A krónikus belgyógyászati és az ápolási osztályon a betegek 96%-a úgy ítéli meg, hogy több ápolóra lenne szükség, a kapott kutatási eredményt azzal lehet magyarázni, hogy az ott kezelt betegek kevésbé önállóak, sokan igényelnek közülük (főleg az ápolási osztályon) teljes ellátást. Ezzel szemben a rehabilitációs osztályon sokkal kevesebb az ágyban fekvő beteg, így itt jobban képesek önmaguk ellátására a betegek, s valóban csak a szakápolási teendők elvégzésében igénylik a szakdolgozók segítségét.

Jó ötletnek tartanánk, ha az egyes osztályokon elhelyezésre kerülnének „véleményládák”, melyekbe természetesen anonim módon beírhatnák a betegek, illetve hozzátartozók javaslataikat az ellátás minőségi javítása érdekében.

A vizsgálatban részt vett szakdolgozók körében végzett felméréssel kapcsolatosan következtetéseink, javaslataink

Képesnek kell lennünk az előregedő társadalom számára biztosítani az ellátás megváltoztatását a minőségi betegápolás és a betegközpontú szemlélet segítségével, hiszen ez társadalmi, gazdasági érdek, halaszthatatlan szükségyszerűség.

Az idősebb generáció túlsúlya nemcsak a vizsgált betegpopulációkban figyelhető meg, hanem az őket ellátó szakápolók körében is. Talán az egyik legkézenfekvőbb magyarázat erre a tényre az, hogy egyre csekélyebb a szakma megbecsültsége, kevés a fizetés, s ezáltal egyre kevesebb ember dönt úgy, hogy ápolónak tanuljon. Az idősebb ápológeneráció magas aránya több problémát vet fel nemcsak a sárvári kórházban, hanem országsszerte.

A mi generációnk szemszögéből úgy gondoljuk, hogy ki kell használnunk az időnket arra, hogy a gyakorlatban tanuljunk az idősebb, tapasztaltabb ápolóktól.

A másik probléma, amit az ápolók magas átlagéletkora felvet az a kiégés szindrómája. Ahhoz, hogy egy ápoló a mindennapi mun-

kája során a legtöbbet tudjon segíteni a betegeken, ahhoz folyamatosan képeznie kell önmagát. Az egészségügy egy fejlődő terület, és az emberi szervezet működéséről, egyes a betegségek kezeléséről még mindig folynak kutatások. Éppen ezért tartjuk fontosnak, hogy az egészségügyben dolgozók újra és újra bővítsék ismereteiket a legújabb kutatási eredményekkel, kezelési eljárásokkal, hogy ezeket átültetve a saját környezetükbe javítsák az ellátás színvonalát.

Kiemelt területe a tudás bővítésének a nyelvtudás fejlesztése a dolgozók körében, illetve a diplomás ápolók számának növelése az intézményben.

A dolgozók számára jó ötletnek tartanánk egy önszorgató csoport létrehozását. A krónikus betegellátás terén nemcsak fizikálisan, hanem mentálisan is le vannak terhelve a dolgozók, hiszen az idősellátás és a rehabilitáció sem éppen egy könnyű területe az egészségügynek. Nap, mint nap szembesülni, főleg fiatalon a betegek állapotrosszabbodásával, hanyatlásával megviseli a szakdolgozókat, kiváltképp azt, aki empatikusabb, ezért tartanánk jó ötletnek egy ilyen csoport beindítását az intézményben.

Ápolóként úgy gondoljuk, hogy mindent meg kell tennünk annak érdekében, hogy a betegek szükségleteit kielégítsük, mind fizikálisan, mind lelki síkon egyaránt, s munkánk során arra kell törekednünk, hogy nem a betegséget, hanem a beteget gyógyítsuk!

Irodalomjegyzék

- Balogh Z, Raskovicsné Csernus M, Mészáros J: Hosszú idejű ellátás minőségének mérése az Európai Unióban, in Nővér, 2011. 24. évf. 1. szám (30-36.)
- Juhász J.: Az idős emberek szociális és egészségügyi ellátásában rejlő hazai lehetőségeiről, Egészségpolitika – IME, 2008. november VII. évfolyam 9. szám
- Klauber A.: Multimorbid betegek rehabilitációja, <http://www.vitalitas.hu/olvasosarok/online/rehabilitacio/1997/1/2.htm> (letöltés dátuma: 2010. december 12.)
- Leone T.: Measuring the quality of long-term care: an introduction. Eurohealth 2010;16(2):1
- Székács B. (szerk.): Geriátria - az időskor gyógyászata, Budapest, Semmelweis Kiadó, 2005
- Vértés L., Gabányi J.: Időskor: demográfia, epidemiológia, szociológia, in: Geriátria - az időskor gyógyászata, Székács Béla (szerk.): Budapest, Semmelweis Kiadó, 2005 (2-6. old)
- Balogh Z.: Measuring the quality of long-term care in Hungary. Eurohealth 2010;16(2):1
- http://www.korhazsarvar.hu/rehabilitacios_osztaly_1 (letöltés dátuma: 2010. december 10.)

Új ápolási feladatok a Gyermekszív Központban

VINCZE Beatrix

Összefoglalás

A Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetben a Gyermekszív Központ 1999-ben kezdte meg működését. Az elmúlt időszak technikai fejlődése, az orvostudomány vívmányainak hatására új ápolási feladatokat kellett a szakdolgozóknak ellátniuk, pl.: intervenciós kardiológia, ablációs beavatkozás, szívtranszplantációs program kapcsán kezelt gyermekek ellátása. Az új feladatokhoz szükséges ismeretanyagot rendszeres belső oktatási programokkal, továbbképzésekkel sajátítják el az ápolók és az asszisztensek. Fontos ápolásvezetési feladatot jelent a változásoknak az osztályok működési rendjébe történő beillesztése, valamint az ellátáshoz szükséges humán erőforrás biztosítása. A szerző célja, ezen szakápolási feladatok ismertetése.

Kulcsszavak: ápolás, szívtranszplantáció, ápolóképzés

New nursing tasks in the Children's Heart Centre

Beatrix VINCZE

Summary

The Children's Heart Centre began operation in the Gottsegen György Hungarian Institute of Cardiology in 1999. In response to the technical advancements of the recent period and the achievements of medical science, paramedical workers are faced with new tasks such as the care of children undergoing interventional cardiology, ablative intervention and treatment as a part of the heart transplant program. The nurses and assistants assimilate the skills set necessary for performing the new tasks through in-house education programs and further training courses. An important challenge for nursing management is incorporating the changes into the operating procedures of the departments, and ensuring the human resources necessary to provide the care. The author's aim is to give an insight into these specialist nursing tasks.

Key words: nursing, heart transplant, nurse training

Érkezett: 2011. szeptember 28. Elfogadva: 2011. december 3.

A Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetben 1999 decemberében került átadásra a Gyermekszív Központ. A modern épületben négy emeleten fekvőbeteg ellátás, az ötödiken műtőblokk, a földszinten járóbeteg-ellátás és anyaszálló kapott helyet.

A fekvőbeteg ellátás kialakításakor mátrix rendszert alkalmaztunk, amelyben a betegek nem szakmánként vannak elhelyezve (pl. sebészet, belgyógyászat), hanem állapotuknak és az ebből adódó ápolási szükségleteiknek megfelelően. Így két szinten hotel ellátást végző osztály működik, ahol alapápolási feladatokat látnak el, és a szülők, napközben gyermekükkel lehetnek, az ellátásba bekapcsolódhatnak. Két emeleten intenzív osztály

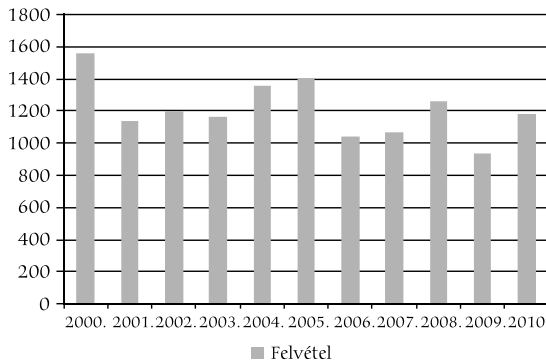
lett kialakítva: a kardiológiai intenzív és a posztoperatív intenzív, ahol magas szakmai szinten zajlik az ápolás. A földszinten került kialakításra a négy vizsgáloból álló ambulancia és az anyaszálló is. (Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, 2010)

A Gyermekszív Központban az elmúlt évek betegfelvétel és járóbeteg ellátás forgalmi adatait az **1-2. ábrák** szemléltetik.

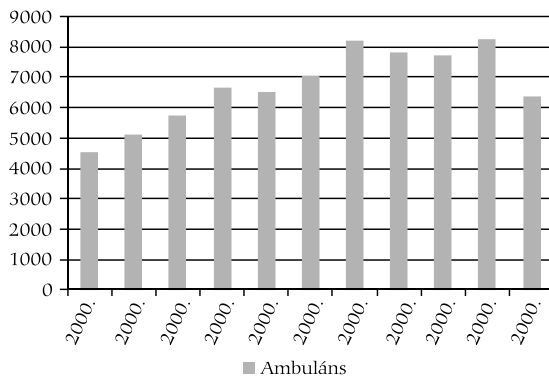
A Gyermekszív Központ ötödik emeletén 2 műtőből álló műtőblokk került kialakításra, ahol az évi műtétek száma a **3. ábrán** tekinthető meg. A műtőből a betegek a posztoperatív intenzív osztályra kerülnek, ahol addig maradnak, míg akut, kritikus az állapotuk. Az osztályon a legmagasabb

VINCZE Beatrix ápolás koordinátor, főnővér, Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest
Levelező szerző (correspondent), elérhetősége: H-1096 Budapest, Haller u. 29.; e-mail: vinczebeatrix.msc@gmail.com

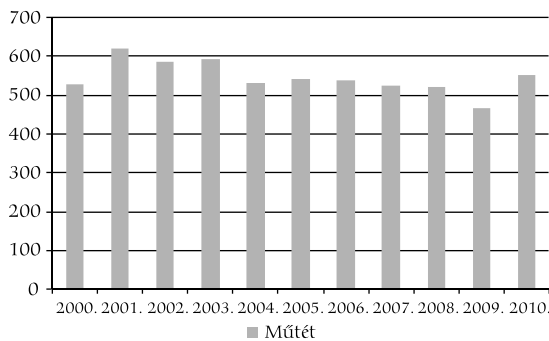
1. ábra: Betegfelvételi adatok, 2000-2010 (fő)



2. ábra: Járóbeteg-ellátás adatai, 2000-2010 (fő)



3. ábra: Műtétek száma, 2000-2010 (fő)



szintű szakápolói feladatok megoldásán felsőfokú szakképesítéssel rendelkező ápolók dolgoznak. Az osztályon hightechikai műszerpark áll az ápolási munka szolgálatában. Néhány nap múlva a stabilizált beteg a kardiológiai intenzív osztályra kerül további gyógykezelésre.

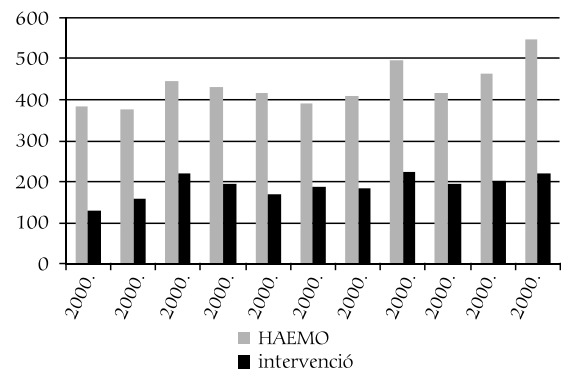
Az orvostudomány fejlődése, az új technikai vívmányok megjelenésének hatására az

ápolás során is új feladatok ellátását jelenti. (Marquis & Huston, 1999)

Ilyen új beavatkozások a következők:

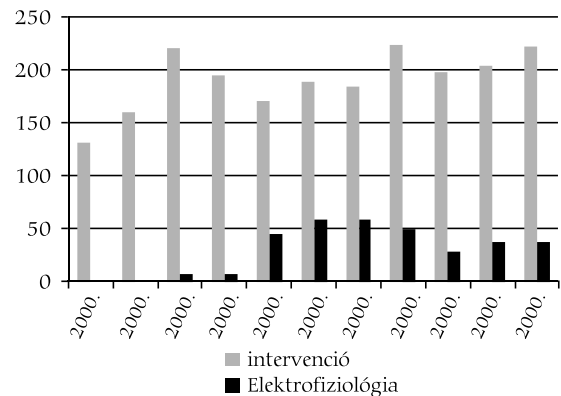
⇒ Haemodinamikai beavatkozásként az intervenciós kardiológia térhódítása mutatkozik (pl.: septum defektusok zárása, billentyű szűkületek tágítása). A beavatkozások számát az elmúlt 10 évben a **4. ábra** mutatja. Ezen elvégzett beavatkozások száma nagyban függ a finanszírozás mértékétől.

4. ábra: Haemodinamikai beavatkozások aránya, 2000-2010 (fő)



⇒ Szívelektrofiziológiai vizsgálat, amely egy rádiófrekvenciás abláció vagy kryoablációs beavatkozás a ritmuszavarok gyógyítására. A beavatkozások száma az elmúlt 10 évben az **5. ábrán** látható. 2011. évre tervezett beavatkozások száma 100 feletti lesz.

5. ábra: Szívelektrofiziológiai vizsgálatok aránya, 2000-2010 (fő)



⇒ Szívtranszplantációs program, amelynek része a műszív kezelés, mellyel a beteget életben lehet tartani az új szerv megérke-

zéséig. 2007. óta 14 gyermeket transzplantáltunk, közülük 6 beteg műszív kezeléssel maradt életben.

A Kardiológiai Intenzív Osztály az év minden napján országos felvételi ügyeletet tart, és erre a feladatra ágyakat is fenntart. Az osztály szakápolási feladatai:

- ⇒ Kardiológiai betegek intenzív ellátása
- ⇒ Szívűtött betegek pre- és posztoperatív ellátása
- ⇒ Haemodinamikai beavatkozások utáni intenzív ápolás
- ⇒ Invazív beavatkozások (pl.: centrális vénás kanül, transzfúzió)
- ⇒ Altatással járó beavatkozások (pl.: elektromos kardioverzió)

Az osztályon az állandó felvételi készenlét, a sokszintű feladat, a többféle betegápolási teendők ellátásában felsőfokú szakképesítésű ápolók vesznek részt. Az osztályon kialakításra került két elkülönítő betegszoba, ahol az infekció gyanús, vagy pozitív bakteriológiai lelettel rendelkező betegek izolált ellátása biztosított. Ezekben a szobákban láthatják el a műszív kezelés alatt álló betegeket, a transzplantált, immunszuprimált betegeket is. Az osztályon állandó betegmozgatás történik, a szakápolók naponta hét, nyolc gyermeket vesznek fel, adnak át a hotelellátást végző osztályra, közben ellátják a speciális szakápolási feladataikat. Az új feladatok közül az intenzív osztály az intervenciók haemodinamikai beavatkozások utáni ápolásban és a transzplantált betegek ellátásában vesz részt, melyek kihívást jelentenek a folyamatos betegellátásban, és az osztály működését nagyban befolyásolják.

Az intervenció utáni ellátás ápolási feladatai:

- ⇒ A beavatkozás hosszabb időt vesz igénybe, ezalatt a beteget elaltatják (szükség szerint respirátor terápia alkalmazásával). A beavatkozás után a beteget az intenzív osztályon ébresztik, a per os táplálás helyett infúziós terápiát alkalmazunk. Kardinalis tünetek állandó monitorizálása, folyamatos obszerváció és dokumentáció a szakápoló feladata.
- ⇒ A vena femoralis mellett az arteria femoralis is kanülálására is sor kerülhet, ami a fokozott vérzés lehetőségével jár. A betegre nagyobb nyomókötés kerül,

szükség esetén antikoagulációs terápia alkalmazására is sor kerül. Biztosítani kell a beteg nyugodt ébredését, pihenését, a kanülált lábát nem mozgathatja. A beteg pszichés támogatása ápolói feladat.

A transzplantált betegek ellátása sokféle feladatot jelent, a legfőbb az izolált ellátás biztosítása.

- ⇒ Immunszuprimált betegek védelmére fokozott higiénés rendszabályok vonatkoznak, melyeket mindenkinek be kell tartania
- ⇒ A betegek nem csak kardiológiai/szívsebészeti problémákkal kerülnek osztályos ellátásra, így a társbetegségek (pl.: középfülgyulladás) ápolása is az intenzív szakápoló feladata

A Gyermekszív Központ ápolásvezetői feladata megszervezni az új feladatok ellátását az osztályokon, ezért a kényyszerűség miatt, a további túlterheltség ellen a hotel szintekre emelt szintű szakápolói feladatok is kerültek.

A hotel ellátást végző szinteken elsődlegesen az alapápolási teendők ellátása volt a kezdeti feladatkör. A szülők napközben az osztályon tartózkodnak, a gyermekük ellátásába aktívan részt vesznek, az otthoni feladatokat (pl.: gyógyszer adagolás, pulzus számolás) megtanulják. Az osztály feladata a betegek előkészítése a vizsgálatokra, beavatkozásokra, műtétre. A beavatkozások után a jó állapotú betegek a kardiológiai intenzív osztályról a hotel emeletre érkeznek, és hazamenetelükig itt gyógyulnak. Az új ápolási feladatok közül az intenzív osztály terheltsége miatt a hotel emeletre került a transoesophagialis ECHO (TEE), valamint az abláción átesett betegek ellátása is.

A TEE beavatkozáshoz a beteget elaltatják, eszközös légút biztosítás mellett történik a vizsgálat. A vizsgálat végén a beteget felébresztik. A TEE beavatkozással kapcsolatos szakápolói feladatok:

- ⇒ a beavatkozás előtt a beteg előkészítésére, prémedikáció adása az aneszteziológus írásos utasítása alapján, perifériás vénás kanül biztosítása, infúziós terápia indítása;
- ⇒ a beteg szállítása a vizsgálatra és onnan az osztályra, közben monitorizálás;
- ⇒ a hotel ellátást végző osztályon a beteg

ébredtetése, szükség esetén infúziós terápia folytatása;

⇒ megfigyelés és dokumentálás.

Ablációs beavatkozás során a véna femoralison keresztül vezetik fel a haemodinamikai kanült, melyen keresztül a szívben megtörténik az elektrofiziológiai vizsgálat és a terápia. A beavatkozás több órán keresztül zajlik és a beteg enyhe szedációban részesül.

Az ablációs beavatkozással kapcsolatos, a hotel ellátást végző osztályos szakápoló feladatai:

⇒ A beavatkozás előtt a beteget előkészíteni, prémedikáció az aneszteziológus írásos utasítása alapján, perifériás vénás kanül biztosítása, infúziós terápia indítása.

⇒ A beteg ágyának, az észlelő monitor, valamint az infúziós terápia eszközeinek az előkészítése.

⇒ A beavatkozást követően: ébredtetés, megfelelő fektetés – a vena femoralisra helyezett nyomókötés figyelemmel kísérése, orvosi utasításra meglazítása. Biztosítani a gyermek pihenését: pszichés támogatás és foglalkoztató terápia alkalmazása.

⇒ Orvosi utasításra az infúziós terápia folytatása, kardinális tünetek monitorizálása, észlelése és dokumentálása.

A fenti szakápolói feladatok ellátása olyan osztályon történik, ahol a szülők mellett a többi gyermek is aktívan jelen van: játszanak, étkeznek, hangoskodnak. A beavatkozás után a betegek nyugodt pihenésének megoldása is ápolói feladat.

Az ellátási szükségletek alapján a hotel osztály már 'szubintenzív' szintre emelkedett, az ápolói létszámot emelni kellett, nappal 4, éjszaka 3 szakápoló állandó jelenléte vált szükségessé.

További, a jövőben tervezett szakápolási feladatok, melyekre már hotel osztályos ellátási igényt jeleztek a szakorvosok:

⇒ Diagnosztikus szívkatéterezés, mely során a betegek rövid narkózisban részesülnek, a beavatkozás gyorsan és szövődménymentesen lezajlik

⇒ Szívtranszplantált gyermekek utókezelése, amely az immunuszuprimált beteg elkülönítő ellátását jelenti a nyitott osztályon.

Az orvosi fejlesztések alapján biztosan lesznek még újabb ápolási feladatok, melyre az ápolási szolgálat próbál felkészülni. Ezen gyermekek hotel osztályos ellátása újabb ápolásszervezési feladatot jelent a vezetés számára, a Kardiológiai Intenzív Osztályról átkerülő ápolási feladatok helyett ott is újabb megoldandó problémák merülnek fel.

Az Gyermekszív Központ ápolásvezetés feladata az új teendők feltételeinek biztosítása, valamint a szakápolók folyamatos felkészítése is. A gyakorlati munka nem valósulhat meg elméleti tudás, ismeretanyag megszerzése nélkül. A Gyermekszív Központ ápolói az alábbi módokon képzik magukat és egymást:

⇒ ápolási protokollok létrehozása az új ápolási feladatokhoz, ezek intraneten keresztül történő megosztása;

⇒ gyermek intenzív terápiás és sürgősségi szakápolók képzése;

⇒ belső továbbképzési program, melyben szakorvosok is tartanak előadásokat;

⇒ folyamatos önképzés;

⇒ az orvostudományi, technikai újdonságok megjelenésének aktív figyelemmel kísérése;

⇒ tanfolyamokon, kongresszusokon részvétel, ott szerzett ismeretek megosztása a kollégákkal.

Összességül elmondhatjuk, hogy a kialakult osztályos feladatok, ápolási teendők állandó változásban vannak, nem szabad a rutin, megszokás szintjén megállni. A megszerzett elméleti és gyakorlati tudásunkat folyamatosan bővíteni kell. Az ápolóknak is tudományos életet kell élniük ahhoz, hogy az orvostudomány fejlődésében frissebb ismeretanyagra tudjanak szert tenni. A Gyermekszív Központ ápolásvezetésének fontos, hogy a szakápolók tudását növeljék, munkájukat a legmagasabb szinten lássák el, és ezt a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetben el is ismerjék.

Irodalomjegyzék

1. Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (2010). Jubileumi Évkönyv
2. Marquis, B.L., Huston C.J. (1999): Vezetői szerepek és menedzsmentfunkciók az ápolásban. Budapest: Medicina



Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe

Az etikai kódex célja és alapelve

1. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (továbbiakban: MESZK) etikai kódexe az alapvető hivatásbéli erkölcsi követelmények megfogalmazásával iránymutatásul szolgál az egészségügyi szakdolgozók számára a betegekkel és a társadalommal kapcsolatos, illetve az egymás között követendő etikus magatartás szabályairól, továbbá az etikai vétségnek minősülő cselekményekről.
2. Az etikai kódex elő kívánja segíteni az egészségügyi szakdolgozókat övező közbizalom erősítését, az egészségügyi szakdolgozók megbecsülését, valamint az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő egyén emberi méltóságának és jogainak tiszteletét.
3. Az etikai kódex célja, hogy az egészségügyi szakdolgozói tevékenység, mint hivatás erkölcsi tisztasága felett őrködjék, védelmezze a hivatásukat megfelelően gyakorló egészségügyi szakdolgozókat és elmarasztalja azokat, akik szakmájuk erkölcsi szabályait megszegik.
4. Az etikai kódex célja továbbá az, hogy a benne foglaltak vétkes megszegése esetén alapul szolgáljon etikai eljárás lefolytatásához, az erre vonatkozó egyéb szabályok keretei között.
5. Az etikai kódexben foglalt szabályok vétkes megszegése etikai vétség.
6. A MESZK alapszabályában, illetőleg a kamara más belső szabályzatában foglalt, vagy a választott tisztségből eredő kötelezettség vétkes megszegése etikai vétség.

Az egészségügyi szakdolgozókra vonatkozó etikai szabályok

I. Az etikus magatartás általános elvei

- I/1. A legfőbb erkölcsi törvény a beteg érdeke. Ezt az érdeket kell képviselnie az egészségügyi szakdolgozónak a társadalmi nyomás, az adminisztrációs kötelezettségek és a kereskedelmi érdekek ellenében is.
- I/2. Az egészségügyi szakdolgozó munkáját hivatásként, önkéntes, saját belső meggyőződés alapján, felelősségtudattal végezze. A hivatása gyakorlásával összefüggő egyéni, közösségi, továbbá társadalmi igényeket és szükségleteket a hatályos jogszabályok, a szakma szabályai, rendeletei, tudományosan megalapozott eljárásai, és ezeken alapuló ismeretei alapján elégítse ki.
- I/3. Az egészségügyi szakdolgozó soha nem vehet részt kínzásban, bármiféle kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmódban. Ilyen cselekményeket nem végezhet, ezekhez semmiféle segítséget nem nyújthat, tekintet nélkül arra, hogy ki ezen cselekmények alanya, illetve hogy ezeket a cselekményeket milyen céllal, milyen körülmények között

- követik el; ide értve a hatósági- és büntetőeljárást, továbbá a háborút és az egyéb fegyveres konfliktusokat is.
- I/4. Az egészségügyi szakdolgozó köteles bármilyen utasítás végrehajtását megtagadni, ha az bűncselekményt valósítana meg, vagy hozzájárulna ahhoz.
 - I/5. A beteg autonómiáját az egészségügyi szakdolgozónak tiszteletben kell tartania, mind annak személyes vonatkozásában, mind pedig az egészségügyi ellátás során.
 - I/6. Az egészségügyi szakdolgozó személyes véleményét, különösen pedig világnézetét, vallási, filozófiai, politikai nézetét nem kényszerítheti a betegre, az egészségügyi ellátást nem teheti semmilyen értelemben sem ezektől, sem pedig a beteg világnézetétől, vallási, filozófiai, politikai nézetétől függővé. Ez a rendelkezés nem érinti a II/2. és II/3. pontokban foglaltakat.
 - I/7. Az egészségügyi szakdolgozónak az egészségügyi ellátás nyújtása során az igazságosság, az egyenlő elbánás és a méltányosság elvét kell követnie, ide értve a rendelkezésre álló eszközök, anyagok és terápiás lehetőségek tisztességes, a hozzáférés egyenlő esélyén alapuló elosztását is.
 - I/8. Az egészségügyi szakdolgozónak el kell kerülnie a hátrányos megkülönböztetés minden formáját.
 - I/9. A tanulmányok lelkiismeretes folytatása, a rendszeres ön- és továbbképzés az egészségügyi szakdolgozó számára nem csupán szakmai és jogi, hanem erkölcsi követelmény is.
 - I/10. Az egészségügyi szakdolgozónak erkölcsi kötelessége szakmai tudását megosztani az egészségügyi ellátásban részt vevőkkel.
 - I/11. Az egészségügyi ellátás nyújtása során a tájékoztatáson alapuló beleegyezés elvének – a formális, jogszabályi kötelezettségek betartásán túl – úgy kell érvényesülnie, hogy az ellátást igénybe vevők vagy képviselőik szakmailag megalapozott, tárgyyszerű információk birtokában hozhassák meg döntéseiket.
 - I/12. A titoktartás elvének érvényesítése során – a formális, jogszabályi kötelezettségek betartásán túl – az egészségügyi szakdolgozónak tiszteletben kell tartania a betegek magánéletét is.
 - I/13. A titoktartás elvének folyamatosan érvényesülnie kell. A tudomány és a technikai fejlődése nyomán fellépő új követelményekhez az egészségügyi szakdolgozónak alkalmazkodnia kell, különös tekintettel az elektronikus információs rendszerek használatára.
 - I/14. Az egészségügyi szakdolgozó nem használhatja fel sem szaktudását, sem helyzetét arra, hogy az általa egészségügyi ellátásban részesített beteggel való kapcsolatából személyes előnyt szerezzen.
 - I/15. Az egészségügyi szakdolgozónak szakmai tevékenysége során meg kell őriznie szakmai függetlenségét, egyéni haszon vagy bármely személyes előnyszerzés nem ütközhet a szakmai függetlenséggel, az elfogulatlan működéssel. Az esetleges összeférhetlenség tényét a beteggel közölnie kell, illetve nyilvánosságra kell hoznia, vagy ki kell azt küszöbölnie.
 - I/16. Az egészségügyi szakdolgozó egészségügyi ellátással kapcsolatos erkölcsi kötelessége és felelőssége elsősorban a segítségre, gyógyításra, ellátásra, gondozásra, ápolásra, kíséresre és védelemre szoruló beteg, család és közösség tagjai felé irányul.
 - I/17. A egészségügyi szakdolgozónak mind szakmai tevékenységében, mind magánéletében olyan etikus magatartást kell tanúsítania, amely a hivatásába vetett közbizalmat, valamint az egészségügyi szakdolgozók megbecsülését erősíti.
 - I/18. Az egészségügyi szakdolgozó nem folytathat olyan tevékenységet, amely összeegyeztethetetlen hivatásának etikai normáival, szakmai szabályaival, vagy amely veszélyezteti az egészségügyi ellátást igénybe vevő személy iránti kötelezettségét, vagy az egészségügyi ellátásba, illetőleg az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézménybe vetett bizalmat.

- I/19. Az egészségügyi szakdolgozó köteles a beteget más egészségügyi szolgáltatóhoz, ellátóhoz irányítani, ha a tudomására jutott információk ezt indokolják.
- I/20. Az egészségügyi szakdolgozó választás vagy kinevezés útján elért társadalmi funkcióját, tisztségét nem használhatja föl annak érdekében, hogy annak révén önmaga, közeli hozzátartozója, vállalkozása, illetve munkahelye jogosulatlan előnyökhöz jusson.
- I/21. Az egészségügyi szakdolgozó etikus magatartásának általános elvei között kiemelt jelentőségű a szabálykövető magatartás, ezért az egészségügyi szakdolgozó tevékenységével kapcsolatos bármely jogszabály vagy szakmai szabály vétkes megszegése egyben etikai vétségnek is minősül.
- I/22. Az egészségügyi szakdolgozó erkölcsi kötelezettségei közé tartozik a magyar és más nemzetek egészségügyi szakdolgozói hagyományainak, tárgyi emlékeinek tiszteletben tartása és megóvása.
- I/23. Az egészségügyi szakdolgozó erkölcsi kötelezettsége kiterjed az egészségügyi ellátás biztonságára is, ezért a szolgálati út betartásával jeleznie kell minden olyan körülményt, amely ezt veszélyezteti, ide értve az egészségügyi szolgáltatás személyi és tárgyi feltételeinek hiányosságait, munkatársai kritikus munkaterhelését, a munkaalkalmasság és munkabiztonság problémáit, valamint a környezetvédelmi szempontokat is.
- I/24. Az etikai kódex csak lényeges szakmai etikai elveket és szabályokat rögzít, nem foglalja írásba az egészségügyi szakdolgozóktól elvárható valamennyi erkölcsös magatartási formát. Ebből következik, hogy az egészségügyi szakdolgozónak nem csupán az etikai kódex előírásait kell betartania, hanem az általános erkölcsi alapelvekből levezethető követelményeknek is meg kell felelnie.
- I/25. A MESZK tagjai közül etikai eljárás során ki kell zárni azt,
 a) akit jogerősen egy évet meghaladó szabadságvesztésre ítélték,
 b) akit a kamarai tagság alapjául szolgáló foglalkozástól végleges hatállyal eltiltottak,
 c) akit a betegekkel kapcsolatos cselekedete vagy mulasztása miatt büntetőeljárásban jogerősen elítéltek.

II. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata a betegekkel

- II/1. Az egészségügyi szakdolgozónak tiszteletben kell tartania a beteg szabad orvosválasztását, és gondoskodnia kell arról, hogy ezt mások is tiszteletben tartsák.
- II/2. Az egészségügyi szakdolgozó a hatályos jogszabályok rendelkezéseire figyelemmel vállalhatja el, illetve tagadhatja meg az adott beteg ellátását. Az ellátás megtagadása kizárólag valós okon alapulhat. Az ellátás megtagadásával egyidejűleg az egészségügyi szakdolgozónak segíteni kell a beteget abban, hogy más egészségügyi szolgáltató által megfelelő egészségügyi ellátásban részesülhessen, és az ellátás megtörténtéről meg is kell győződnie.
- II/3. Ha az egészségügyi szakdolgozó azért nem vállalja valamely beavatkozás, művelet, szolgáltatás elvégzését, mert az saját erkölcsi felfogásával, lelkiismereti vagy vallási meggyőződésével ellenkezik, akkor
 a) lehetősége szerint kerülnie kell olyan munkakör betöltését, ahol ilyen beavatkozások, műveletek, szolgáltatások a rendszeresen ellátandó feladatok között szerepelnek,
 b) alkalmazását megelőző tárgyalásai során ezt a tényt közölnie kell leendő munkáltatójával,
 c) erről megfelelő időben tájékoztatnia kell a hozzá forduló beteget, és más, az adott beavatkozás, művelet, szolgáltatás elvégzését vállaló egészségügyi szakdolgozóhoz kell irányítania őt.

- II/4. Az ellátás nyújtásának az egészségügyi szakdolgozó által történő elutasítása nem alapulhat a beteg vallási, világnézeti, politikai vagy erkölcsi alapú elítélésén.
- II/5. Az egészségügyi szakdolgozónak kiemelt figyelmet kell fordítania arra, hogy a bármely szempontból hátrányos helyzetű betegek, különösen az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, egészségi állapotuk, társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott, és/vagy csökkent érdekérvényesítő képességű személyek ugyanolyan egészségügyi ellátási lehetőségeket és ugyanolyan minőségű ellátást kapjanak, mint mások.
- II/6. Az egészségügyi szakdolgozónak a szakmailag lehetséges mértékben figyelembe kell vennie, ha a betegnek sajátos vallási, etnikai, világnézeti vagy erkölcsi alapú kérései vannak az egészségügyi ellátással kapcsolatban.
- II/7. A halál bekövetkezése után elvégzendő szakdolgozói beavatkozások és műveletek során a jogi és szakmai szabályok betartásán túl a halott ember méltóságának tiszteltében tartása alapvető erkölcsi követelmény.
- II/8. A betegnek és családjának világnézeti, vallási, etnikai, erkölcsi meggyőződése jelentős mértékben befolyásolhatja a halottak ellátásával kapcsolatos elvárásait, ezért az egészségügyi szakdolgozónak megfelelő időben és megfelelő módon informálódnia kell ezekről annak érdekében, hogy az adott lehetőségek között segítse ezen személyiséghez fűződő jogok érvényesülését.
- II/9. A fogvatartott vagy hatósági intézkedés hatálya alatt álló személyek, valamint a kényszer- illetve kötelező gyógykezelés hatálya alatt álló betegek ugyanolyan egészségügyi ellátási lehetőségekre és ugyanolyan minőségű ellátásra jogosultak, mint bárki más. Az egészségügyi szakdolgozó soha nem működhet közre a hatósági kényszerintézkedések végrehajtásában, vagy az intézkedés hatálya alatt álló személy ellenállásának leküzdésében, megtörésében, azonban joga van a saját védelmét biztosító megfelelő óvintézkedésekhez.
- II/10. Az egészségügyi szakdolgozó egészségére állapotuknál fogva veszélyt jelentő betegek, így különösen a fertőző és közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsító személyek egészségügyi ellátása során csak a megfelelő óvintézkedések alkalmazásának lehet indoka, az ellátás elutasításának nem.
- II/11. Az egészségügyi szakdolgozó egészségére állapotuknál fogva veszélyt jelentő betegek magatartásának értékelésekor az egészségügyi szakdolgozónak figyelembe kell vennie a betegség természetét, és a szenvedések okozta ingerlékenyebb lelkiállapotot is.
- II/12. Az egészségügyi szakdolgozónak törekednie kell arra, hogy az általa végzett beavatkozások és műveletek során a betegnek a lehető legkevesebb fájdalmat okozza.
- II/13. A betegnek joga van az egészségügyi ellátás folyamatosságához. Amíg az egészségügyi ellátás egészségi szempontból indokolt, az egészségügyi szakdolgozó nem szakíthatja meg a beteg ellátását anélkül, hogy megfelelő időben kellő segítséget nyújtana a beteg számára annak érdekében, hogy ellátása más egészségügyi szakdolgozó által biztosítható legyen.
- II/14. Az egészségügyi szakdolgozó nem állíthatja magáról, és nem kelthet olyan látszatot, hogy olyan szakismeretek, egészségügyi ellátási lehetőségek birtokában van, amelyekkel valójában nem rendelkezik.
- II/15. A betegnek joga van arra, hogy betegségéről, illetve az egészségügyi ellátási lehetőségekről további véleményt, véleményeket kérjen. Az egészségügyi szakdolgozónak ezt akkor is lehetővé kell tennie és a beteg kérésére elő is kell segítenie a megfelelő szakemberek elérhetőségéről szóló felvilágosítás nyújtásával, ha nem ért egyet a beteggel. A további vélemény figyelembe vétele az ellátást addig nyújtó egészségügyi szakdolgozó számára nem kötelező, de döntéséről a beteget tájékoztatnia kell. A további vé-

- leményt adó egészségügyi szakdolgozó azonban nem törekedhet arra, hogy a beteg ellátását átvegye.
- II/16. Ha a beteg és az egészségügyi szakdolgozó között feloldhatatlan az egészségügyi ellátással kapcsolatos véleménykülönbség, akkor az egészségügyi szakdolgozónak segítenie kell a beteget abban, hogy eljusson más olyan egészségügyi szakdolgozóhoz, akivel vélhetően megfelelő együttműködést tud kialakítani.
- II/17. Az egészségügyi szakdolgozó nem használhatja fel a beteggel való kapcsolatát, vagy szakmai pozícióját arra, hogy ő vagy közeli hozzátartozója személyes, vagy üzleti kapcsolatot létesítsen a betegével, vagy annak közeli hozzátartozójával.
- II/18. Azzal a személlyel, akinek egészségügyi ellátásában részt vesz, az egészségügyi szakdolgozó vagy közeli hozzátartozója nem köthet tartási, öröklési, életjáradéki, ajándékozási szerződést, valamint haszonélvezetre irányuló, illetve kölcsönszerződést. E rendelkezés természetesen nem zárja ki azt, hogy a vele szerződésben álló személy egészségügyi ellátásában az egészségügyi szakdolgozó részt vegyen.
- II/19. Az egészségügyi szakdolgozó nem létesíthet szexuális kapcsolatot azzal a személlyel, akinek az egészségügyi ellátásában részt vesz. E rendelkezés nem vonatkozik az egészségügyi ellátás igénybevétele előtt már fennálló kapcsolatra, és nem tiltja az egészségügyi ellátás befejezése után ilyen kapcsolat kialakítását.
- II/20. Az egészségügyi szakdolgozónak olyan magatartást kell tanúsítania, amely mind a beteget, mind a hozzátartozóját arról győzi meg, hogy a beteg állapota szerint szükséges, megfelelő minőségű egészségügyi ellátásért nem vár el a betegől semmiféle külön juttatást.
- II/21. Az egészségügyi szakdolgozó hálapénzt nem kérhet, és nem tanúsíthat olyan ráutaló magatartást, amely hálapénz iránti igényt fejez ki.
- II/22. Az etikai normák különösen súlyos megsértésének minősül, ha az egészségügyi szakdolgozó hálapénzt kér, vagy erre utaló magatartást tanúsít a sürgősségi betegellátás során, haldokló beteg ellátása során, egészségügyi dolgozó ellátása során, és minden olyan esetben, amikor az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés korlátozott.
- II/23. Az egészségügyi szakdolgozók egymástól nem fogadhatnak el hálapénzt.

III. Az egészségügyi szakdolgozó tájékoztatási kötelezettsége

- III/1. Tájékoztatást csak olyan szakember adhat, illetve a beleegyezést csak olyan szakember fogadhat el, aki kellő képzettséggel, tapasztalattal és illetékességgel rendelkezik ahhoz, hogy a beteg sajátos szempontjainak és érdekeinek megfelelő módon felvilágosítást adjon az egészségügyi ellátás lényegét, a beavatkozásokkal és műveletekkel elérhető előnyöket, a lehetséges hátrányokat, a felmerülő kockázatokat és az esetleges alternatívákat illetően.
- III/2. Az érintetteket az adott beavatkozásba és műveletbe történő beleegyezés előtt, az ellátás alatt, továbbá a beavatkozás és művelet után is tájékoztatni kell. Ez utóbbi tájékoztatáshoz hozzátartozik az előre nem látott következményekről, a nem kívánatos- illetve mellékhatásokról, valamint az ellátás során bekövetkezett tévedésekről és elkövetett hibákról szóló tájékoztatás is.
- III/3. Abban az esetben, ha az egészségügyi szakdolgozóban felmerül annak gyanúja, hogy az érintett a körültekintően végzett tájékoztatás ellenére sem értette meg azt, kérnie kell a beteg hozzájárulását ahhoz, hogy erre jogosult más személyt is tájékoztathasson, amennyiben erre lehetőség van. Ez az eljárás különösen ajánlott a komoly kockázatokat rejtő, illetve a beteg állapotát jelentősen befolyásoló beavatkozások és műveletek esetén.

- III/4. Az egészségügyi szakdolgozónak ki kell kérnie a beteg hozzájárulását fizikális vizsgálat végzése előtt. A betegnek kortól és nemtől függetlenül fel kell ajánlani, hogy az általa megjelölt kísérő is jelen lehet a vizsgálaton.
- III/5. Az egészségügyi szakdolgozónak kiemelt figyelmet kell fordítani arra, hogy a valamely szempontból hátrányos helyzetű betegek, különösen az életkoruk, testi vagy szellemi fogyatékoságuk, korlátozott belátási képességük, egészségi állapotuk miatt fenyegető magatartású, illetve társadalmi-szociális helyzetük miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők a számukra egyéniesített módon kapják meg a tájékoztatást.
- III/6. A tájékoztatás során az egészségügyi szakdolgozó a valóságnál súlyosabbnak nem tüntetheti fel a betegséget, de nem ígérhet olyan eredményt sem, amelyre a tudomány adott állása szerint nem lehet számítani.

IV. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata a nem-konvencionális eljárásokkal

- IV/1. A nem-konvencionális eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletén, a konvencionális, természettudományosan megalapozott eljárásoktól eltérő megközelítésből eredő módszereken alapulnak, amelyek - a külön jogszabályban foglaltak szerint - a konvencionális gyógyítási módszereket kiegészítő, helyettesítő, továbbá életmódjavító eljárások.
- IV/2. Nem-konvencionális eljárás helyettesítő eljárásként csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható.
- IV/3. Egészségügyi szakdolgozó nem-konvencionális eljárásokat kizárólag a mindenkor hatályos jogszabályok szerint végezhet.
- IV/4. Az egészségügyi szakdolgozónak a nem-konvencionális eljárások során is alkalmaznia kell az e rendeletbe foglalt etikai magatartási szabályokat.
- IV/5. A konvencionális betegellátási módszereket alkalmazó egészségügyi szakdolgozó köteles a hozzá forduló, addig nem-konvencionális eljárásokkal, vagy azokkal is kezelt beteget mindennemű hátrányos megkülönböztetés nélkül ellátni.

V. Az egészségügyi szakdolgozók egymással való kapcsolata

- V/1. Súlyosan etikátlan az olyan magatartás, amely a beteg egészségügyi ellátásában, – akár az adott szolgáltató keretében, akár azon kívül – részt vevők véleményének, javaslatainak kinyilvánítását akadályozza, ide értve a kisebbségi véleményt képviselő egészségügyi szakdolgozóval szembeni bármilyen retorziót is. A szakmai vitákban kizárólag tárgyszerű érvelésnek van helye, súlyosan etikátlan a kioktató, megalázó, személyeskedő hangnem.
- V/2. Az egészségügyi szakdolgozó a beteg érdekében szükség esetén köteles konzultálni és együttműködni más egészségügyi szakdolgozóval. A konzultációt kezdeményező egészségügyi szakdolgozónak megalapozott ismerettel kell rendelkeznie a konzultációra felkért személy, illetve szolgáltató alkalmasságáról.
- V/3. Ha a felkért konzulens nem tartja magát kompetensnek, vagy a felkérésben megjelölt tevékenységet a tárgyi vagy személyi feltételek hiánya miatt nem, vagy csak jelentős késedelemmel tudja elvégezni; erről haladéktalanul értesítenie kell az őt felkérő egészségügyi szakdolgozót.
- V/4. A konzultáció kérésének valós, lényeges szakmai indokon kell alapulnia. Súlyosan etikátlan, ha a konzultációt személyes, vagy anyagi előny érdekében kérik, különösen akkor, ha ezzel a beteget felesleges kockázatnak teszik ki, vagy bármilyen egyéb hátrányt okoznak neki.

- V/5. Ha az egészségügyi szakdolgozó a beteghez ugyanazon kérdést illetően ismételt konzultációt kér ugyanazon szakma más képviselőjétől, akkor ezt a tényt mind a korábban, mind az újonnan felkért egészségügyi szakdolgozóval az ismételt konzílium előtt közölni és indokolni kell.
- V/6. Az egészségügyi szakdolgozót helyettesítő más egészségügyi szakdolgozó, illetve a konziliárius nem törekedhet arra, hogy a betegek egészségügyi ellátását a helyettesítés, illetve a konzílium utáni időszakra is átvegye. Ez alól kivételt képeznek a szakmailag indokolt, megfelelően egyeztetett esetek.
- V/7. Ha az egészségügyi szakdolgozótól egy másik egészségügyi szakdolgozóról referenciát kérnek, a tájékoztatásnak tárgyilagosságnak, elfogultságtól mentesnek kell lennie, és kizárólag a másik egészségügyi szakdolgozó szaktudásával kapcsolatos információkra szorítkozhat. Súlyosan etikátlan minden olyan alaptalan és bizonyíthatatlan információ, kifogásoló, lekicsinylő, elmarasztaló vagy hitelrontó kijelentés, amely alkalmas arra, hogy közvetlenül vagy közvetve rontsa a másik egészségügyi szakdolgozó jó hírnevét, megingassa a belé vetett bizalmat.
- V/8. Ha az egészségügyi szakdolgozó bármely más egészségügyi szakdolgozó tevékenységében szakmai hibát észlel, köteles erre az érintett egészségügyi szakdolgozó figyelmét felhívni.
- V/9. Amennyiben bármely utasítás végrehatása során el kellene térnie a szakmai szabályoktól, az egészségügyi szakdolgozó köteles e tényre az utasítást adó figyelmét felhívni.
- V/10. Az egészségügyi szakdolgozó kollégáival vagy feletteseivel szemben felmerült problémáit elsősorban a szolgálati út betartásával tisztázza, és különös figyelmet fordítson arra, hogy az egészségügyi ellátást igénybe vevőktől és hozzátartozóiktól az ilyen problémákat távol tartsa.

VI. Az egészségügyi szakdolgozó betegsége, alkalmatlansága, tevékenységének korlátai

- VI/1. Az egészségügyi tevékenység végzésére alkalmasnak minősített egészségügyi szakdolgozó sem végezhet egészségügyi tevékenységet, amennyiben pillanatnyi állapota következtében a beteg számára nagyobb kockázatot jelentene a tevékenységével, mint amelyet annak elmaradásával okozna; ide értve az egészségügyi szakdolgozó fertőző betegségét is.
- VI/2. Az egészségügyi szakdolgozó erkölcsi kötelessége, hogy elismerje tudásának és szakértelmének bármilyen korlátját, teljesítménye hanyatlását.
- VI/3. Ha az egészségügyi szakdolgozó saját egészségi alkalmasságát érintő bármely rendelkezés fennállását észleli, köteles a megfelelő egészségügyi szakember segítségét igénybe venni, és követni az ennek során kapott utasításokat, illetve javaslatokat.
- VI/4. Ha az egészségügyi szakdolgozó azt észleli, hogy munkatársa aktuálisan alkalmatlan állapotban vesz részt a betegek ellátásában, köteles munkatársának a tőle elvárható, megfelelő segítséget megadni, egyúttal pedig felszólítani az egészségügyi tevékenység felfüggesztésére. Amennyiben a munkatárs a felszólításnak nem tesz eleget, az észlelő egészségügyi szakdolgozó köteles ezt a tényt haladéktalanul az illetékes munkahelyi vezetőnek, ennek hiányában más intézkedésre jogosult személynek jelezni.
- VI/5. Alkohol vagy kábítószer / kábító hatású szer hatása alatt álló egészségügyi szakdolgozó nem vehet részt a betegek ellátásában. Ha az egészségügyi szakdolgozó azt észleli, hogy munkatársa alkohol vagy kábítószer / kábító hatású szer hatása alatt vesz részt a betegek ellátásában, e fejezet 4. pontjában foglaltak megfelelő alkalmazásával köteles eljárni.

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

VII. A tudományos közlések etikai szabályai

- VII/1. Az egészségügyi szakdolgozónak új tudományos eredményeit, következtetéseit a tömegtájékoztatást megelőzően először szakmai lapokban kell közzétennie.
- VII/2. A tudományos közlések szerzőit a megjelenés helye – így tudományos folyóiratok és más közlési fórumok – által a szerzőkhöz intézett felhívásban megjelölt szerzőségi kritériumoknak megfelelően kell a közlésen megjelölni. Az ettől való minden eltérés, különösen szerzőnek tekinthető személy nevének mellőzése a szerzők felsorolásából, illetve szerzőnek nem tekinthető személy nevének szerzőként való feltüntetése etikai vétségnek minősül. Ezt a rendelkezést a szabadalmi és egyéb iparjogvédelmi ügyekben az ott érvényes szabályoknak megfelelően alkalmazni kell.
- VII/3. A nem független, anyagilag vagy egyéb módon támogatott kutatások esetén a támogatással kapcsolatos információknak a tudományos közlésen történő feltüntetésével kapcsolatosan követni kell a megjelenés helye által előírt szabályokat. Ennek elmulasztása, illetve a valóságnak nem megfelelő információk közlése etikai vétségnek minősül. A támogatással kapcsolatos információkat a saját kiadásban megjelenő közléseken is fel kell tüntetni, ide értve a saját honlapon közzétetteket is.
- VII/4. Tudományos célú közlés csak olyan módon történhet, hogy a közlésben a beteg jogai, különösen személyiségi jogai maradéktalanul érvényesüljenek, a beteg ne legyen fölismerhető / azonosítható. Ettől eltérő esetben a beteg előzetes írásos beleegyezését kell kérni.

VIII. Az egészségügyi szakdolgozó kapcsolata a tömegtájékoztatással, a nyilvánossággal

- VIII/1. Az egészségügyi szakdolgozónak a tömegtájékoztatásban történő vélemény-nyilvánításkor törekednie kell arra, hogy fellépése tükrözze az egészségügyért és a segítségre szoruló emberekért érzett elkötelezettségét.
- VIII/2. A nyilvánosságnak szánt bármely információnak világosnak, tényszerűnek, elfogulatlannak és (tudományos) bizonyítékon alapulónak kell lennie. Az információk nem kelhetnek sem alaptalan félelmet, sem alaptalan nyugtalanságot a társadalomban, vagy egyes csoportokban, személyekben, és nem okozhatnak, nem ébreszthetnek megalapozatlan elvárásokat, reményeket.
- VIII/3. Súlyosan etikátlan más egészségügyi dolgozó, vagy szolgáltató szakmai, vagy személyes jó hírvéneke alaptalan rontására alkalmas bármilyen közlés. Amennyiben más egészségügyi dolgozó magatartásáról, tevékenységéről, hibáiról kérnek véleményt, a nyilatkozó egészségügyi szakdolgozó nem minősítheti a feltételezett szakmai hibát vagy etikai vétséget az azt vizsgáló eljárás befejezése előtt. Egyebekben a más egészségügyi dolgozóról tett nyilatkozatra az etikai kódex egyéb rendelkezéseit is megfelelően alkalmazni kell.
- VIII/4. A tömegtájékoztatásban (ide értve a hirdetést is) csak az aktuális cím, rang és beosztás használható. Nyugdíjas egészségügyi szakdolgozók a megszerzett cím és rang mellett utolsó beosztásukat a „nyugdíjas” vagy „nyugalmozott” jelzővel használhatják

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

IX. Az egészségügyi szakdolgozó érdekeltsége, és a reklám

- IX/1. Ha az egészségügyi szakdolgozónak anyagi, vagy személyes érdekeltsége van olyan egészségügyi és/vagy nem-konvencionális gyógyító eljárást nyújtó szolgáltatásban, gyógyszerárban, vagy bármilyen egyéb szervezetben (továbbiakban együtt: szervezet) ahová betegeket utal, vagy javasol egészségügyi ellátásra, egészségügyi vagy egyéb szolgáltatások igénybevételére, köteles érdekeltségéről tájékoztatni a beteget, valamint saját munkahelyi vezetőjét.
- IX/2. Az egészségügyi szakdolgozó nem fogadhat el közvetítési díjat, vagy bármilyen más anyagi vagy személyes előnyt másik egészségügyi szakdolgozótól, más személytől vagy szervezettől, a beteg konzultációra vagy egészségügyi ellátásra utalása, vagy annak javaslata fejében.
- IX/3. Az egészségügyi szakdolgozó nem ajánlhat fel vagy fizethet közvetítési díjat, nem nyújthat bármilyen más anyagi vagy személyes előnyt másik egészségügyi szakdolgozónak, más személynek vagy szervezetnek annak fejében, hogy hozzá küldjenek beteget egészségügyi szolgáltatás igénybevételére.
- IX/4. Ha az egészségügyi szakdolgozót olyan feladat ellátásával bíznak meg, melynek kapcsán valószínűsíthető, hogy személyes érdekei befolyásolhatják annak végrehajtásában, köteles ezt a megbízónak, valamint munkahelyi vezetőjének bejelenteni.
- IX/5. Az egészségügyi etikával összeegyeztethetetlen, ha az egészségügyi szakdolgozó betegével olyan közvetlen vagy közvetett kereskedelmi kapcsolatot létesít, ami a beteget kiszolgáltatott helyzetbe hozza, és/vagy az egészségügyi szakdolgozó szakmai elfogulatlanságát befolyásolhatja, vagy csökkenti az egészségügyi szakdolgozók tekintélyét és társadalmi megbecsülését.
- IX/6. Az egészségügyi szakdolgozó csak tájékoztatási célú, minősítés nélküli, tárgyyszerű hirdetést tehet közzé. Ez vonatkozik valamennyi lehetséges módon közzétett hirdetésre, beleértve az elektronikus adathordozókat is. Az egészségügyi szakdolgozók számára tilos az olyan reklám, amely
- a betegeket megtévesztően befolyásolja, a szolgáltatást igénybe vevők hiszékenységre, vagy kiszolgáltatottságára épít,
 - más egészségügyi szakdolgozók becsülete és tekintélye ellen irányul, törvényellenes és/vagy hátrányos megkülönböztetést alkalmaz.
 - Tilos a burkolt reklám, ez vonatkozik gyógyító eljárások, ki nem próbált vagy el nem fogadott gyógymódok ismertetésére, és burkoltan betegborzást célú közlésre is.
- IX/7. Etikátlan a hirdetés, ha az egészségügyi szakdolgozó saját tevékenységét máséval összehasonlíttja, ha azt a látszatot kelti, hogy más egészségügyi szakdolgozónál kedvezőbb eredményt tud elérni, ha másnál kedvezőbb anyagi feltételeket kínál.
- IX/8. Az egészségügyi szakdolgozónak kerülnie kell minden olyan reklám- vagy marketing-tevékenységet, amely megkérdőjelezheti szakmai függetlenségét. Ez a bekezdés nem vonatkozik azokra, akik főtevékenységüket az egészségügyi vagy az egészségüggyel kapcsolatos termékek forgalmazásában fejtik ki.

Záró rendelkezések

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara etikai kódexét a vonatkozó jogszabályok megváltozásakor, illetve tervezett módon évente, az első rendes országos küldöttközgyűlés előtt 60 nappal felül kell vizsgálni.

A következő tervezett felülvizsgálat időpontja: 2013. első félév (az előző pont szerint).

A MESZK etikai kódexe nyilvános dokumentum, azt bárki megismerheti.

A MESZK etikai kódexe 2012. január 1-én lép hatályba, a MESZK országos küldöttközgyűlése 2011. november 15-én fogadta el.

PÁLYÁZAT

A NŐVÉR folyóirat fennállásának 25. évfordulója alkalmából pályázatot hirdet
„25 év az ápolásban” címmel.

Várjuk Olvasóink fenti címen készült írásait, melyben saját tapasztalataikat, véleményüket fogalmazhatják meg az eddigi, legalább 25 éves munkásságukból merítve.

A legjobb pályázatok jutalomban részesülnek, valamint megjelentetésre kerülnek a NŐVÉR folyóiratban.

A beadandó pályázat formai kritériumai:

- elektronikus szövegszerkesztési eljárással készített, Microsoft Word *.doc, vagy *.rtf kiterjesztésben;
- 12-es, Times New Roman betűstílus, 2 cm-es sortávolság, minden oldalon 1,5 cm széles margóval szerkesztve, sorkizárással;
- max. 5 oldalnyi terjedelemben;
- legfeljebb 2 ábra, táblázat, vagy kép csatolására van lehetőség a Szerzői útmutató által megadott feltételeknek megfelelően.

A nover@meszk.hu címre beküldött pályázatokat a Szerkesztőbizottság bírálja el.

A pályázatok beküldési határideje: 2012. április 30.

Szerkesztőség

Tisztelt Olvasó!

Tájékoztatásul közöljük, hogy az előző (2011. 24. évfolyam 6.) lapszám néhány példánya nyomdai hibásan került forgalomba. Amennyiben ilyen folyóiratot kapott, kérjük e-mailen keresse meg a kiadót.

A felmerülő kellemetlenségekért elnézést kérünk.

Szerkesztőség

Szerzői útmutató

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

Formai szempontok

Kérjük, hogy

• A kéziratot

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

• A kézirat terjedelme ne haladja meg

- eredeti közlemény esetén a 15 gépelt oldalt (30000 karakter szökőzellel),
- előzetes- és sürgős közlemény esetén a 10 gépelt oldalt (20000 karakter szökőzellel),
- tudományos levél esetén az 5 gépelt oldalt (10000 karakter szökőzellel).

Ez nem foglalja magába a magyar és angol összefoglalásokat a kulcsszavakkal, a rövidítések jegyzékét, az irodalomjegyzéket, a függelékét, valamint az ábrákat és a táblázatokat).

• Ábrák és táblázatok

- Word, Excel illetve PowerPoint programok segítségével egyaránt készülhetnek, *.doc, *.rtf, *.xls vagy *.ppt kiterjesztéssel,
- csak fekete-fehér változatban készüljenek (tekintettel arra, hogy a folyóirat jelenleg fekete-fehér nyomással jelenik meg),
- az ábrákat és táblázatokat ne illessze be a szövegbe, csak utaljon rájuk a megfelelő helyen,
- minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban legyen elmentve,
- ügyeljen arra, hogy az ábrák és a táblázatok el legyenek nevezve (pl. 2. ábra, II. táblázat), és a szövegben is legyen rájuk hivatkozás,
- a kéziratához összesen legfeljebb 8 (nyolc) ábra és táblázat készüljön, ezek informatívak legyenek, és az adott téma szemléltetését, könnyebb megértését szolgálják,
- az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

• Képek

- A beküldött képek min. 300 dpi felbontású *.jpg, *.tif kiterjesztésűek legyenek, továbbá külön fájlba (nem Wordbe másolva) legyenek elmentve
- Szkennelés esetén az eredeti kép is megfelelő minőségű legyen.

• A kézirat (formai) szerkezete:

- Általában

- címlap,
- összefoglalás és kulcsszavak (magyar és angol nyelven),
- rövidítések jegyzéke (ha van),
- a cikk kézírata,
- irodalomjegyzék,
- függelék,
- ábrák, táblázatok.

- A saját kutatáson alapuló, eredeti közlemény az alábbi szerkezetet kövesse:

- címlap,
- összefoglalás és kulcsszavak (magyar és angol nyelven),
- rövidítések jegyzéke (ha van),
- bevezetés,
- anyag és módszer,
- eredmények,
- következtetés,
- irodalomjegyzék,
- függelék,
- ábrák, táblázatok.

- Az egyéb összefoglaló jellegű közleményekben a cikk kéziratát a szerző(k) logikus felépítésben, tagolásban készítse (készítsék).

A **címlapon** kérjük feltüntetni az írás címét (tömör, maximum 100 karakter, és ne tartalmazzon rövidítéseket), a szerző(k) teljes nevét, beosztását, munkahelyét, valamint külön a kapcsolattartó szerző teljes nevét, levelezési címét, telefon- és e-mail elérhetőségét. A magyar és az angol nyelven készült **összefoglalások** egyenként külön oldalra készüljenek, maximum 150 szó (1500 karakter szökőzellel) terjedelemben, valamint egyes szám harmadik személyben megfogalmazva. Saját kutatáson alapuló **eredeti közlemény estében az összefoglalás** az alábbi szerkezetet kövesse: a vizsgálat célja, anyag és módszer, eredmények, következtetések.

A megadott **kulcsszavak** a MeSH (Medical Subject Headings) által megadott tárgyszavakból kerülhetnek ki.

Az **irodalomjegyzék** külön fájlban készüljön, melyben az egyes tételeket számozza, alfabetikus sorrendben kérjük elrendezni. Kivéve:

- számmal kezdődő források (pl. jogszabályok, rendeletek, stb.) megelőzve a betűrendet, a jegyzékben előre kerülnek;
- szerző nélküli mű esetén a cím (névelő nélküli) betűrend szerinti kezdőszava a besorolás alapja.

Irodalmi hivatkozásként maximum 25 tétel adható meg.

• A szövegek közti hivatkozások és irodalomjegyzék általános szabályai

A szövegek közti hivatkozások, valamint az irodalomjegyzék elkészítéséhez ajánlott az „**APA Style Guide**” (*Publication Manual of the Psychological Association, 6th edition, 2010*) használata.

- Általános előírások:

- A szerző nevét az alábbiak szerint kell írni: vezetéknev után vessző, a keresztnév kezdőbetűje után kitért pont (pl. Marosvári, É.).
- Könyvek és folyóiratok esetén hét szerzőig az irodalomjegyzékben minden szerző nevét le kell írni, vesszővel elválasztva (pl. El Hadj Othmane, T., Kiss, I., Nemcsik, J., Fekete, CB., Deák, G., Egresits, J., Tislér, A.). Szövegben történő hivatkozáskor az első szerző neve után az „et al.” (és mások) megjelölést kell alkalmazni (pl. El Hadj Othmane et al.)

- Nyolc vagy több szerző esetén leírjuk az első hat szerző nevét, majd három pont beszúrása után írjuk ki az utolsó szerző nevét.
- A könyvek címe és a folyóiratok neve minden esetben *dőlt* betűvel tüntetendő fel.
- Ha egy forrásmű rendelkezik DOI (Digital Object Identifier) számmal, akkor annak feltüntetése kötelező. Ennek leírásában a „doi:” után ne hagyjunk üres karakterhelyet, pl.:
 - Weaver, L., T. (2011). How did babies grow 100 years ago? *European Journal of Clinical Nutrition*, 65, 3-9. doi:10.1038/ejcn.2010.257 Szövegben hivatkozásként: (Weaver, 2011)
- Amikor egy szerzőtől egy évben két vagy több forrás is megjelent, akkor azok különbözőségét az abc betűvel jelöljük, pl.:
 - Andorka, R. (2001a). *Bevezetés a szociológiába*. Budapest: Osiris. Szövegben hivatkozásként: (Andorka, 2001a).
 - Andorka, R. (2001b). *Gyermek, család történelem: Történeti demográfiai tanulmányok*. Budapest: Századvég. Szövegben hivatkozásként: (Andorka, 2001b).
- **Nyomatott források feltüntetése:**
 - **Könyvből (-re):**
 - Szerkesztett könyv esetén, pl.:
 - Buda, B., Kopp, M. (szerk.), (2001). *Magartartás-tudományok*. Budapest: Medicina. Szövegben hivatkozásként: (Buda & Kopp, 2001)
 - Könyvrészlet esetén, pl.:
 - Mackintosh, N. J. (2007). Az IQ örökletessége. In N. J. Mackintosh. *Az IQ és az emberi intelligencia* (pp. 95-147). Budapest: Kairosz Szövegben hivatkozásként: (Mackintosh, 2007)
 - Testületi szerző esetén, pl.:
 - Magyar Vöröskereszt (2006). *125 éves a Magyar Vöröskereszt*. Budapest: Magyar Vöröskereszt Szövegben hivatkozásként: (Magyar Vöröskereszt, 2006)
 - Kongresszusi kiadvány esetén, pl.:
 - Mónus, A. (1999). Sporttudomány és a XXI. század. 1-2. köt. Országos Sporttudományi Kongresszus, 3. Szövegben hivatkozásként: (Mónus, 1999)
 - **Folyóirat-közleményre:**
 - Folyamatos számozású folyóirat esetén, pl.:
 - Fehér, J. (1994). Antall József, az orvostörténész (1932-1993). *Orvosi Hetilap*, 135, 475-476. Szövegben hivatkozásként: (Fehér, 1994)
 - Füzetenként (évfolyamonként) újratekintett számozású folyóirat esetén, pl.:
 - Orbán, A., Hegyi R. (2011). A muszlim szótámviselek ellátásának szempontjai. *Nővér*, 24(5), 33-39. Szövegben hivatkozásként: (Orbán & Hegyi, 2011)
 - Szerző nélküli újságcikkek esetén, pl.:
 - Poratkákat kutattak egymilliárdért. (2011. január 22). *Magyar Nemzet*, p. 1-2. Szövegben hivatkozásként: („Poratkákat kutattak”, 2011)
 - Eredeti forrásból származó abstract esetén, pl.:
 - Kicsi, D., Gadó, K., Tünczer, T., Domján, G. (2010). Wegener-granulomatosisban szenvedő betegek szemészeti elváltozásainak belgyógyászati vonatkozásai. *Magyar Belorvosi Archívum*, 63(S2):70 Szövegben hivatkozásként: (Kicsi, Gadó, Tünczer & Domján, 2010)
 - **Elektronikus forrásra:**
 - Online szótár esetén, pl.:
 - Infection. (2011). In *Sztaki szótár*. Megtalálva <http://www.szotar.sztaki.hu/index.hu.html>
 - Elektronikus folyóirat esetén, pl.:
 - Vasdev, G. M., Bacon, D., R. (2009). Rectal Analgesia for Labor and Delivery: An Historical Assessment. *Bulletin of Anesthesia History*, 27(3), 44-46. Retrieved from <http://internatlib.mcgill.ca/ejournals.htm> Szövegben hivatkozásként: (Vasdev & Bacon, 2009)
 - Adatbázisból keresés esetén, pl.:
 - Beyer-Westendorf, J., Werth, S., Halbritter, K., Weiss, N. (2010). Cancer in males and risk of venous thromboembolism. *Thrombosis Research*, 125, S155-S159. Retrieved from <http://sciencedirect.com> Szövegben hivatkozásként: (Beyer-Westendorf, Werth, Halbritter & Weiss, 2010)
 - Csak elektronikusan hozzáférhető elektronikus folyóirat esetén, pl.:
 - Öien, R., F. (2010. december). Negative Pressure Wound Therapy. *World Wide Wounds*. Hozzáférhető 2011. június 5. <http://www.worldwidewounds.com/2010/December/Oien/NPWT.html> Szövegben hivatkozásként: (Öien, 2010)
 - Web oldalról szerző nélkül.pl.:
 - Az iszlám 5 pillére. (2011). Hozzáférhető 2011-08-09, <http://www.magyariszlam.hu/mikregi/5pillar.html> Szövegben hivatkozásként: („Az iszlám 5”, 2011)

Hova küldje kéziratát?

- Az írást szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa el a nover@meszk.hu címre.
 - Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is, melyben a szerző(k) nyilatkoznak az összeférhetetlenségről, a vizsgálat és a publikálás etikai megfelelőségéről, valamint tartalmazza a megjelenéshez szükséges hivatalos beleegyezést. Ennek két változata van (egyszerűsített és többszerzős kézirat), honlapunkon mindkettő megtalálható (www.meszk.hu NŐVÉR menü-pontjában).
- A beküldött kéziratral kapcsolatban tájékoztatást kérhet a nover@meszk.hu címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Horváth Mónika szerkesztőségi titkártól.

Mi történik a kézirattal?

- A formai követelményeknek nem megfelelő írást (tartalmi értékelés nélkül) visszaküldjük a szerzőnek átdolgozásra.
- A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatnak vetjük alá, melyet független szakértő(k) végez(nek).
- A kéziratról a szakértő(k) véleményének figyelembe vételével a Szerkesztőbizottság dönt az alábbiak szerint:
 - elfogadja közlésre,
 - javításokat, korrekciókat javasol, és ezek megtörténte esetén elfogadja közlésre,
 - a javítások, korrekciók után megismételi a bírálati eljárást,
 - nem fogadja el közlésre.
- Ismételt bírálat esetén, ha a véleményezést másik szakértő végzi, akkor az elsőként bíráló véleményét névtelenül kapja meg.
- A szerzőt a szerkesztőség értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.
- Az elfogadott cikk felhasználója a NŐVÉR című folyóirat lesz.
- 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.

Szerkesztőségi és kiadói kitételek

- A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.
- A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészt.
- A cikkben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

Szerzői jog és másolás

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

MEGHÍVÓ

Az Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusára

Főszervező: Jász – Nagykun –Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház- Rendelőintézet

Szakmai együttműködő partner: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Kedves Szakdolgozók!

Szeretettel meghívunk minden érdeklődőt a 2012. augusztus 23-25. között megrendezésre kerülő Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusára.

Időpont: 2012. augusztus 23-24-25.

Helyszín: Szolnoki Főiskola, Campus, 5000 Szolnok, Tiszaligeti sétány

Meghirdetett témák:

Elképzelések a jövő egészségügyéről, Mi lesz veled humánerőforrás? Új technikák, módszerek alkalmazásának szakdolgozói tapasztalatai. Ápoláskutatás és gyakorlat kapcsolata. Kapcsolat civilszervezetekkel, partnerség. Mindennapok aktualitásai. Poszter szekció.

Az előadás benyújtásának feltételei: Mindazon egészségügyi szakdolgozók jelentkezését várjuk, akik érdeklődnek a témák iránt és szeretnék részt venni az adott témák megvitatásában. Kérjük, mellékeljenek „Beleegyező Nyilatkozatot” az absztrakt és az előadás anyagának bármilyen adathordozón történő megjelentéséhez.

Módszertani követelmények: Az előadások időtartalma maximum: 10 perc. Szemléltető eszköznek elsősorban MS Office Power Point bemutatót javasoljuk, ehhez biztosítjuk a projektoros kivetítést.

Formai követelmények az absztrakt elkészítésénél: margók: jobb és bal oldali margók 5 cm, alsó és felső margók 6,5 cm, betűtípus: Times New Roman, betűméret: 11 pt, sortávolság: 1, bekezdés igazítás: sorkizárt, karakter szóközökkel: 2100 karakter, az előadás/poszter címét nyomtatott nagybetűkkel kell írni, melyben nem szerepelhet cég illetve intézmény neve (vastag, Arial, 14-es betűnagyság), a cím rövid, egyértelmű legyen utaljon a választott témakörre, a szerzők neve titulus nélkül, közvetlen a cím alá kerüljön, az első szerző nevének meg kell egyeznie az előadás/poszter helyszíni előadójával, a következő sorban az intézmény és a helység neve szerepeljen.

Formai követelményekre vonatkozó előírások megtalálhatók a www.egeszsegtudomany.hu honlap címen. **Az összefoglalókat kizárólag elektronikus formában fogadjuk el!**

Az összefoglaló beküldési határideje: 2012.04.30.

Kérjük a határidő pontos betartását!

Kérjük, hogy az előadások elkészítésével járuljanak hozzá a kongresszus eredményes megrendezéséhez!

Beleegyező nyilatkozatot aláírva az alábbi címre kérjük megküldeni: Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet 5000. Szolnok, Tószegi u. 21.

További tájékoztatás telefonon: 06-56-503-603/3678-as mellék, vagy **elektronikus úton:** gyogyito@hetenyikorhaz.hu e-mail címen kérhető.

A kongresszusról további információt a következő felhívásunkban adunk közre.

Szervező Bizottság

