

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

## A TARTALOMBÓL:

A gyermeksürgősségi ellátás ápolói szintű triage  
tevékenységének specialitásai és kompetenciái

Az egészségügyi szakképzés, ápolóképzés helyzete  
a miskolci Ferenczi Sándor Egészségügyi  
Szakközépiskolában

A betegoktatás és az ILCO klub jelentősége  
a stomás betegek rehabilitációjában



2012. 25. ÉVFOLYAM 2. SZÁM  
<http://www.meszk.hu/nover/novindex.htm>

# Felkerültek a legújabb online vizsgatesztek a MESZK e-továbbképzés oldalára

Felkerült az oldalra a MESZK legújabb online vizsgaciklusa. A jogosult résztvevők bejelentkezésük után a „vizsgázás” gomb megnyomásával, és a rendezvény címe alatt található „vizsgázás megkezdése” gombra kattintva kezdhetik meg a tesztek kitöltését. Vizsgázás előtt kérjük figyelmesen olvassa el a vizsgázási bemutatót.

**A tesztek leadási határideje: 2012. augusztus 31.**

A 2012. április 18. – 2012. augusztus 31. közötti ciklusban az alábbi továbbképzések találhatóak honlapunkon.

- **Biztonságos gyermekkozmetikumok – 33 pont**
- **Természetgyógyászat – 26 pont**
- **Egymás között – szavak nélkül – minősítés alatt**

2012. március 31-én 24.00 órakor lezárultak: A hallás (35 pont), Radiológiában alkalmazott kontrasztanyagok (37 pont), Kis- és közép-vállalkozás ösztönzése (32 pont) című e- továbbképzések. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara a tesztek kiértékelése után értesíti a vizsgázókat az eredményekről.

Kérjük azokat a kollégáinkat, akik fenti időszakban vizsgáztak és 2012. április 25-ig nem kapnak értesítést, vagy pontigazolást az elvégzett továbbképzésről jelezzék azt a [meszk@meszk.hu](mailto:meszk@meszk.hu) e-mail címen.

Várunk minden érdeklődőt továbbképzéseinken!

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

## APRÓHIRDETÉS

Generali Biztosító új egészségprogramja terjesztéséhez szakértő támogatókat keres egészségügyi végzettséggel.

20-439-1217

# 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 (2), 1–40.

## TARTALOMJEGYZÉK

### EREDETI KÖZLEMÉNY

**A gyermek sürgősségi ellátás ápolói szintű triage tevékenységének specialitásai és kompetenciái**

*Nagy Gábor, Pápai Tibor* 3

**Az egészségügyi szakképzés, ápolóképzés helyzete a miskolci Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában**

*Konczné Kiss Krisztina* 13

**A betegoktatás és az ILCO klub jelentősége a stomás betegek rehabilitációjában**

*Vargáné Terhes Anita* 24

### GRATULÁLUNK

35

### ÁPOLÁSVEZETÉS

**A műtéti izoláció protokoll szerinti alkalmazása a gazdaságosság tükrében**

*Péczeli András* 36

## CONTENTS

### ORIGINAL CONTRIBUTION

**The specialities and competencies of nurse-level triage in paediatric emergency care**

*Gábor Nagy, Tibor Pápai* 3

**The situation of healthcare vocational training and nurse training at the Ferenczi Sándor Healthcare Vocational School, Miskolc**

*Krisztina Konczné Kiss* 13

**The importance of patient education and ILCO clubs in the rehabilitation of stoma patients**

*Anita Vargáné Terhes* 24

### CONGRATULATIONS

35

### NURSING MANAGEMENT

**Surgical isolation protocol and cost-effectiveness**

*András Péczeli* 36

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 igénnyel 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 Board**Dr. 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, *elnök,* Egészségügyi  
Szakmai Kollégium Ápolás Szakmai TagozatProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár,*  
a MTA rendes tagja, mb. posztgraduális képzési  
igazgató, intézetigazgató, tudományos és innovációs  
rektorhelyettes, PTE orvostudományi és  
Egészségtudományi Koordinációs Központi  
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsRauh Edit, *mb. főigazgató-helyettes,* GYEMSZI-ETIDr. 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 tárgy köréből 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.mesz.hu>).

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

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak vetjük alá, melyet független 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

# A gyermek sürgősségi ellátás ápolói szintű triage tevékenységének specialitásai és kompetenciái

NAGY Gábor, PÁPAI Tibor

## Összefoglalás

A sürgősségi betegellátó rendszer része a gyermek sürgősségi ellátás, melynek szervezése és működtetése ugyanolyan alapelvek és konszenzusok alapján kell történnjen, mint a felnőtt betegek sürgősségi ellátása. A gyermekek életkori, anatómiai, élettani sajátosságai miatt az állapotfelmérés, a kategorizálás, a diagnosztika, a terápiás beavatkozások és az ápolási folyamat kivitelezése speciális ismereteket, készségeket és kompetenciákat igényel a felnőtt sürgősségi ellátáshoz képest. A publikációban ismertetésre kerül a hazai intrahospitális gyermek sürgősségi ellátás betegfelvételi és osztályozási folyamata az ápolói kompetenciák vonatkozásában.

**Kulcsszavak:** sürgősségi ellátás, gyermek sürgősségi ellátás, betegosztályozás, kompetencia, ápoló

### The specialities and competencies of nurse-level triage in paediatric emergency care

Gábor NAGY, Tibor PÁPAI

A part of the emergency patient care system is paediatric emergency care, the organisation and management of which must take place in accordance with the same guiding principles and consensuses as adult emergency care. Owing to the special requirements stemming from the children's age, anatomy and physiology, the assessment, categorisation, diagnostics, therapeutic interventions and implementation of the nursing process require special knowledge, skills and competencies in comparison to adult emergency care. The paper describes the process of patient admission and triage in intra-hospital paediatric emergency care in Hungary, with regard to the related nursing competencies.

**Key words:** emergency care, paediatric emergency care, triage, competencies, nurse

Érkezett: 2012. február 22. Elfogadva: 2012. április 2.

## Bevezetés

A sürgősségi ellátás célja, hogy a nap 24 órájában teljes körű ellátást nyújtson minden életkorban a rászorulóknak számára. A hazai sürgősségi ellátás bonyolult rendszerére jellemző, hogy a különböző ügyeleti területeket időben és térben koncentrálna, a progresszív sürgősségi betegellátás filozófiájával a biztonságos betegellátás céljából. Ezzel a bonyolult rendszerrel nem csak a felnőtt, de a gyermek sürgősségi ellátást is egyenlő, folyamatos hozzáféréssel kellene biztosítani, azonban ebből a struktúrából hiányoznak

a gyermek sürgősségi osztályok. Hazánkban évente nagyon sok csecsemő, kisgyermek, gyermek, serdülő (továbbiakban gyermek) igényel valamilyen szintű sürgősségi ellátást. Míg a budapesti és vidéki kórházak a felnőtt betegek sürgősségi ellátására – még ha eltérő progresszivitású szinteken is – fel vannak készülve, addig gyermek sürgősségi ellátást csak igen ritka esetben végeznek. Budapesti viszonylatban is mindössze három ilyen osztály működik a nap 24 órájában, mely a felnőtt ellátáshoz hasonlóan képes adekvát ellátást nyújtani. A legtöbb hazai intézményben a sürgősségi ellátást igénylő gyermekek vizsgálata, ellátása

NAGY Gábor diplomás ápoló, Honvédkórház- Sürgősségi Centrum  
PÁPAI Tibor centrumvezető ápoló, Honvédkórház- Sürgősségi Centrum  
adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Oxiológia és Sürgősségi Ellátás Tanszék, Budapest  
Levelező szerző (correspondent): PÁPAI Tibor, elérhetősége: H-1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.;  
e-mail: tiber.papai@gmail.com

a gyermekgyógyászati osztályon történik, vagy annak hiánya esetén a sürgősségi ellátást igénylő kis beteget továbbküldik egy gyermekosztályra. Ennek egyik oka, hogy a sürgősségi osztályokon a gyermekek ellátásához szükséges infrastruktúra nem került megfelelően kialakításra. További oka, hogy az osztályok nem rendelkeznek a különböző életkorú, anatómiai tulajdonságú gyermekek ellátásához megfelelő méretű invazív eszközökkel, műszerekkel, speciális gyógyszerekkel, valamint a sürgősségi ellátásban dolgozó orvosok és ápolók gyermekgyógyászati képzettsége, tapasztalata, gyermek sürgősségi szemlélete sem harmonizál az elvárásokkal. Ezzel a rendszerrel már sérül az intrahospitális sürgősségi ellátás filozófiájának több összetevője (pl. folyamatos hozzáférés, egykapus rendszer stb.) és vele együtt annak előnyei, mind a betegre, mind pedig az intézményre nézve, pedig az ellátás késedelme a morbiditási mutatók jelentős emelkedését generálja.

A sürgősségi gyermekellátás vonatkozásában is érvényes az a megállapítás, hogy sokan indokolatlanul, kényelmi szempontok alapján vagy az ismeretek hiányában veszik igénybe a sürgősségi ellátás lehetőségét. A lakosság nincs felvilágosítva arról, hogy a sürgősségi betegellátó osztályoknak nem feladata az alapellátáshoz tartozó tevékenységek átvállalása. Számos beteg a háziorvosi vagy ügyeleti ellátás helyett keresi fel a sürgősségi osztályokat. Ez azt eredményezi, hogy az amúgy is véges kapacitások indokolatlanul vannak lekötve, és a ténylegesen súlyos állapotban lévő betegek nem jutnak megfelelő időn belül az optimális ellátáshoz, ezért a gyermek sürgősségi ellátásban is kiemelt hangsúlyt kell fektetni a betegek elsődleges állapotfelmérésére és az ellátás sorrendiségének meghatározására.

A folyóirat előző számában bemutatásra került a hazai intrahospitális sürgősségi ellátó rendszer, valamint a betegfelvétel, osztályozás és az ellátási sorrendiség meghatározásának ajánlott módszertana felnőtt betegek ellátása során. A bevezetőben felvázolt hazai helyzetkép alapján fontosnak tartjuk, hogy nemcsak a gyermeksürgősségi osztályon dolgozók, hanem valamennyi egészségügyi szakdolgozó, kiemelten a sürgősségi

osztályon dolgozók, ismerje a sürgősségi ellátást igénylő gyermek elsődleges állapot felmérésének és a triage kategória meghatározásának menetét, annak specialitásait.

## Az intrahospitális gyermeksürgősségi ellátásban alkalmazható triage rendszerek

Míg a felnőttek ellátása során elmondható, hogy a sokéves tapasztalatok alapján kialakult egyfajta egységes szemlélet az adott kórképek ellátása során, addig gyermekek esetében ez hazánkban kevésbé valósul meg. Fontos leszögeznünk, hogy a gyermek nem tekinthető „kis felnőttnek”, ezért ellátásuk is speciális elvek alapján kell történjen. Ez az ellátó team valamennyi tagjától megfelelő felkészültséget követel meg. A tanulmányok, képzések során nem kap megfelelő hangsúlyt ez a terület, illetve nagyrészt kizárólag külföldi szakirodalom foglalkozik a témával. Ezen egységes irányelvek és a tapasztalatok hiányában, mikor kritikus állapotú gyermek ellátására kerül sor az ellátó személyzet elveszítheti addigi magabiztosságát, illetve kisebb fajta „pánikba eshet” ezzel nagymértékben akadályozva a beteg adekvát ellátását.

A gyermek sürgősségi ellátás folyamatát a felnőtt ellátáshoz hasonlóan az angol szakirodalom „3T”-ként definiálja: Triage (osztályozás), Treatment (kezelés), Transport (szállítás).

Az intrahospitális sürgősségi gyermekellátás folyamatában alkalmazott triagedöntések elsődlegesen a vitális paraméterek megfigyelésén, mérésén alapulnak. A döntés minden esetben a légzési, keringési paraméterek pontos ismeretében, és a mentális státusz értékelése után történik. Azonban a gyermek és a felnőttkori kórképek jellemzői sokban különböznek egymástól, hiszen eltérőek fiziológiai erősségeik, sérülési mechanizmusaik, a kórképek lezajlásának sebessége, és gyakran a felnőttől eltérő a kompenzáló mechanizmusok folyamata. Ez tette szükségessé, hogy a felnőttekre és a gyermekekre vonatkozó kritériumok és értéktartományok külön kerüljenek kidolgozásra és

alkalmazásra a sürgősségi ellátás során, ezzel garantálva az életkor-alapú irányelvet a gyermek triage során.

A betegosztályozással kapcsolatban számos ajánlás és algoritmus született, azonban általánosságban elmondható, hogy ezek közül viszonylag kevés azok száma, melyek részletekbe menően foglalkoznak a gyermekek megfelelő besorolásával. (The Canadian Association of Emergency Physicians, 1998)

Az Egyesült Államokban Dr. Jim Broselow sürgősségi orvos éppen ezért kidolgozott egy olyan standardizált protokollt, mely a súlyos állapotú gyermekek ellátása során könnyen használható és minden elengedhetetlen információt tartalmaz a probléma gyors és szakszerű megoldására. Az általa kifejlesztett 146,5 cm hosszú szalag a gyermekek testtömegét és testhosszát alapul véve, különböző színű régiókat tartalmaz. Minden egyes régióba részletesen fel vannak tüntetve a sürgősségi gyógyszerek adagjai, az intubáláshoz szükséges gyógyszerek mennyiségei, a tubusméretek, az izomrelaxánsok, és defibrillálás energiaszintjei. Ez biztosítja, hogy az ellátás zökkenőmentesen, jelentős időmegtakarítással történjen, hiszen a gyermek mellé téve a szalagot, minden szükséges információ pontosan le van írva. A szalag 12 éves korig, illetve 36 kg-os súlyig használható. A módszer megbízhatóságát többen megkérdőjelezték, mivel több gyermek nem

azzal a testsúllyal rendelkezik, mely a testhossza alapján a megfelelő régióba sorolná, de ettől függetlenül napjainkban is világszerte még mindig ezt tartják az egyik legmegbízhatóbb és legraktikusabb lehetőségnek, hazánkban azonban sokan ezt nem is ismerik. (Broselow, <http://ferne.org/Lectures/icep0404/broselow.icep0404.htm>) (1. kép)

A Pediatric triage tape (SMART Tape) kifejezetten a gyermekek ellátására kifejlesztett és jóváhagyott szalag, a 3 szintű felnőtt triage egyik adaptációja. Az értékelés részei a tudatállapot és mozgás, a légzés, valamint keringés, mely magában foglalja a pulzus és a kapilláris újratelődési idő (CRT) vizsgálatát. Amennyiben a gyermek éber, végtagjait mozgatja vagy sétál, alacsony besorolási kategóriát kap. Ha valamely komponens hiányzik, a beteg légzésének értékelése következik. A szabad légút biztosítása után, ha a gyermek nem lélegzik, azt a légzés-, és keringésleállás állapotának kell tekinteni, és eszerint eljárni. Ha a gyermek légútjának szabadabbá tétele után önállóan lélegzik, a legmagasabb besorolási kategóriát kapja. Spontán légzés esetén a légzésszám meghatározására van szükség, melyhez ismerni kell az egyes életkorokhoz tartozó élettani értékeket. Megfelelő légzésszám esetén a CRT és a pulzus vizsgálata következik. A CRT-t normálisnak tekintjük, ha az újratelődési idő nem haladja meg a 2 másodpercet.

1. kép: A Broselow féle szalag egy szakasza

RED		PURPLE		YELLOW	
<b>SCITATION</b>		<b>RESUSCITATION</b>		<b>RESUSCITATION</b>	
<b>RAPID SEQUENCE INTUBATION</b>		<b>PREMEDICATIONS</b>		<b>PREMEDICATIONS</b>	
0.085 mg/0.85 ml	Atropine 0.17 mg	Epinephrine 1st Dose (1:10,000)	0.1 mg/1 ml	Atropine	0.21 mg
	Pan/Vecuronium N/A	Epinephrine High Dose/TT (1:1,000)	1 mg/1 ml	Pan/Vecuronium	N/A
0.85 mg/0.85 ml (Defasciculating Agent)	N/A < 20 kg	Atropine	0.21 mg	Pan/Vecuronium	N/A < 20 kg
0.17 mg	Lidocaine 13 mg	Sodium Bicarbonate	10 mEq	(Defasciculating Agent)	N/A < 20 kg
8.5 mEq	Fentanyl 25 mcg	Lidocaine	10 mg	Lidocaine	15 mg
8.5 mg		Defibrillation		Fentanyl	32 mcg
	<b>INDUCTION AGENTS</b>	First dose	20 Joules		<b>INDUCTION AGENTS</b>
17 Joules	Etomidate 2.5 mg	Second dose (may repeat)	40 Joules	Etomidate	3.2 mg
	Ketamine 17 mg	Cardioversion	10 Joules	Ketamine	21 mg
	Midazolam 2.5 mg	Adenosine		Midazolam	3.2 mg
34 Joules	Propofol 25 mg	1st Dose	1 mg	Propofol	32 mg
9 Joules		2nd Dose If Needed	2.1 mg		<b>PARALYTIC AGENTS</b>
	<b>PARALYTIC AGENTS</b>	Amiodarone	52 mg	Succinylcholine (give atropine prior)	20 mg
	Succinylcholine (give atropine prior)	Calcium Chloride	210 mg	Pancuronium	2.1 mg
0.85 mg	Pancuronium 1.7 mg	Magnesium Sulfate	525 mg	Vecuronium	2.1 mg
1.7 mg	Vecuronium 1.7 mg			Rocuronium	10 mg
42 mg	Rocuronium 9 mg				<b>MAINTENANCE</b>
170 mg				Pancuronium/Vecuronium	1 mg
425 mg	Pancuronium/Vecuronium 0.9 mg			Lorazepam	0.5 mg
	Lorazepam 0.4 mg				
<b>KG</b>	<b>9 KG</b>	<b>10 KG</b>	<b>11 KG</b>	<b>12 KG</b>	

Forrás: <http://everything2.com/title/Broselow+Tape>

A módszer megbízhatóságát egy 9 hónapos periódus során 3461 gyermek esetében vizsgálták, akik osztályozása a fenti eljárással történt, majd az eredményeket összehasonlították az Injury Severity Score-ral (ISS), a New ISS-sel, és a Pediatric Intervention Score-ral. A SMART Tape az esetek 98,6 %-ban bizonyult specifikusabbnak, overtriage (az állapot túlzó besorolása) az esetek 38,8 %-ában, undertriage (az állapot alulsorolása) mindössze 3,5 %-ban fordult elő. Mindez bizonyítja, hogy megbízható és nagy segítségét nyújt a gyermek triage során. (NYC Pediatric Disaster Coalition & New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2009) (1. ábra)

Hazai viszonylatban bár nincs szabályozva, hogy milyen osztályozási rendszert kell alkalmazni a sürgősségi osztályokon, mégis a nemzetközileg legelterjedtebb osztályozási rendszert, a Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), alkalmazzák a felnőtt sürgősségi osztályok, ezért nem hagyható ki a CTAS gyermekgyógyászati megfontolásainak és ajánlásainak ismertetése az egyes triage kategóriák esetén. (Pápai, 2012)

**T1 kategóriába** sorolandó minden csecsemő/gyermek, akinél légzési elégtelenség, shock, coma, cardiorespiratoricus elégtelenség áll fenn, valamint súlyos égés, sérülés vagy jelentős vérzés tapasztalható. Azok a gyermekek is T1-es kategóriát kapnak, akik folyamatos nyomon követést és beavatkozást igényelnek az életműködések stabilitásának fenntartása érdekében.

**T2 kategóriába** sorolunk minden instabil állapotú gyermeket, akinél az elsődleges állapotfelmérés során enyhétől a súlyosig terjedő légzéscsökkentést, alteráló tudatállapotot, dehidratációt tapasztalunk. A dehidratio mértékének pontos megítélése nehéz, ezért minden gyanújel vagy tünet aggodalomra ad okot. Azon gyermekeket is ide soroljuk, akiknél a további állapotromlás elkerülése érdekében beavatkozások szükségesek. A 3 hónaposnál kisebb csecsemőt, akinek testhőmérséklete eléri a 38 Celsius fokot T2-es kategóriával látjuk el. Fontos tudnunk, hogy a láz önmagában nem mindig alkalmas indikátor a betegség súlyosságának meghatározására, mivel ennek hiányában is komoly betegségek állhatnak a tünetek hátterében. Leggyakrabban ebbe a

kategóriába az alábbi állapotok sorolandók: változó tudatállapot, apnoe, láz, görcsállapotok (lázgörcs, epilepszia), asthma, diabeteses ketoacidosis, mérgezés, túladagolás, nyomásra nem halványodó kiütések, bántalmazott gyermek, nyílt törések.

**T3 kategóriába** történő besorolást kap az éber, orientált, jól hidratált gyermek, vagy csecsemő, akinek vitális paramétereiben kismértékű eltérés mutatkozik. Ezt a besorolást adjuk az 1 hónagnál fiatalabb újszülötteknek, valamint a 3 hónaposnál idősebb csecsemőnek, akinek testhőmérséklete 38,5 Celsius fok felett van, és enyhe légzési problémát tapasztalunk. E csoportba sorolandók az egyszerű égési sérülések, törések, fogsérülések, fejsérülések (ha a gyermek éber, de hányt), és a légzéscsökkentő nélküli pneumonia.

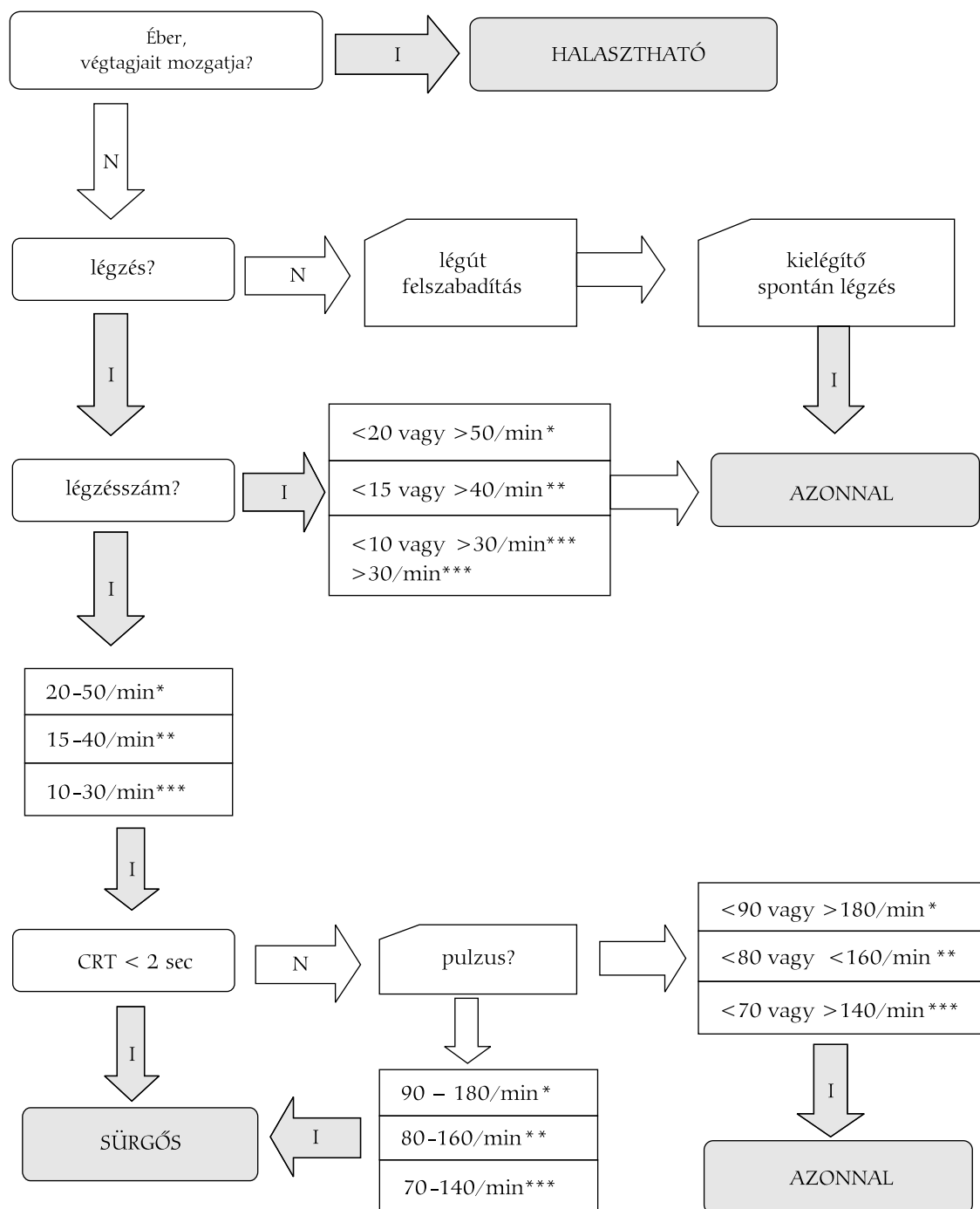
**T4 kategóriával** látjuk el a 2 évnél idősebb életkorú, hányással és hasmenéssel behozott gyermeket, akinél a kiszáradás jelei nem tapasztalhatók. Ide soroljuk az éber gyermeket, aki lázzal és egyszerű panaszokkal, mint fül-, torokfájás, orrdugulás jelentkezik, valamint a tünetekkel nem járó fejsérüléssel és egyszerű zúzódással/rándulással/ficammal érkező sérülteket.

**T5 kategóriába** sorolandó minden csecsemő és gyermek, aki láztalan, éber, orientált, jól hidratált és normál vitális paraméterekkel rendelkezik. Beavatkozás sokszor nem is szükséges, elég a rutinvizsgálat és a tanácsadás. Ide soroljuk az egyéb tünetek nélküli hasmenést vagy hányást, amennyiben nem jelentkeznek a kiszáradás tünetei. (The Canadian Association of Emergency Physicians, 1998)

A betegosztályozás, az ellátás sorrendiségének meghatározása után a besorolási kategória alapján történik a beteg állapotának stabilizálása, ellátása, szükség esetén transzportja a megfelelő diagnosztikai vagy ellátó egységhez további kezelés céljából. Amennyiben a panaszok vagy tünetek alapján egyértelmű diagnózis nem állítható fel, vagy az állapot további alakulása biztosan nem prognosztizálható, lehetőség van a beteg legfeljebb 24 órán át tartó megfigyelésére, szükség esetén kezelésére. Legoptimálisabb esetben az ambulánsan rendezhető kórházak végleges ellátása után a gyermek az otthonába távozhat. (Pápai, 2007)



1. ábra: a SMART Tape triage folyamatábrája (Szerk: Pápai)



\* 50-80 cm (3-10 kg), \*\* 80-100 cm (11-18 kg), \*\*\* 100-140 cm (19-32 kg)

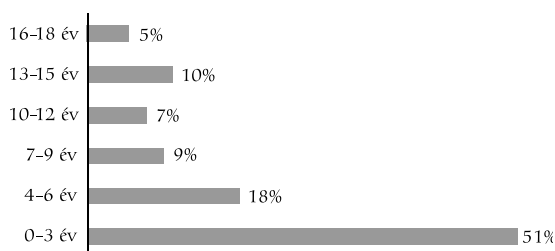
A pontos triage kategória megállapításához, az életkorhoz adaptált diagnosztikai, terápiás és ápolási algoritmusok kompeten-

cia szintű kivitelezéséhez célszerű ismerni a sürgősségi osztályt felkereső, ellátást igénylő gyermekek életkori megoszlását. 2011-ben

egy gyermek sürgősségi osztály betegforgalmát vizsgálva az alábbi életkori megoszlást tapasztaltuk. (Nagy, 2011)

Az 2. ábra adatai jól szemléltetik, hogy leginkább a 0-3 éves korú gyermekekkel keresik fel az osztályt ellátás céljából. Ennek oka lehet, hogy a szülők túlzott aggodalmuk és tapasztalatlanságuk miatt minden tünetet potenciális veszélyeztető állapotnak vélnék – legjellemzőbben gyermekük 1-1,5 éves koráig, ezért gyakrabban keresik fel a sürgősségi osztályt. Gyakran az alapellátásban dolgozó orvosok sem érzik biztosnak diagnózisukat, ezért utalják be a gyermeket a sürgősségi-re. A gyermek sürgősségi ellátásban is problémát jelentenek a nem megfelelően szabályozott betegutak. Nagyobb gyermekek esetében azt is megfigyeltük, hogy sokszor napok, esetleg hetek óta fennálló panaszok miatt jelentkeznek.

**2. ábra: A gyermek sürgősségi osztályt felkeresők korcsoportonkénti megoszlása, (N=636) (Forrás: Nagy, 2011)**



## A gyermek triage folyamata és ápolói kompetenciái

Az előzőekben bemutatott három triage rendszer tanulmányozása során kiderült a felnőtt triage rendszerekhez hasonlóan a gyermekek esetében sincs egységes álláspont. A felnőtt intrahospitális sürgősségi ellátás triage folyamatában a tendencia az ötszintű rendszerek alkalmazása felé tart, mert az ötszintű triage súlyosságú adatokat megbízhatóbbnak és megalapozottabbnak tartják, mint az alacsonyabb szintű rendszerekét. Gyermekek esetében a kommunikációs nehézségek valamint a gyermekkori sürgősségi kórképek specifikumai miatt elsősorban a háromszintű triage rendszerek alkalmazását tartják optimálisnak és biztonságosabbnak.

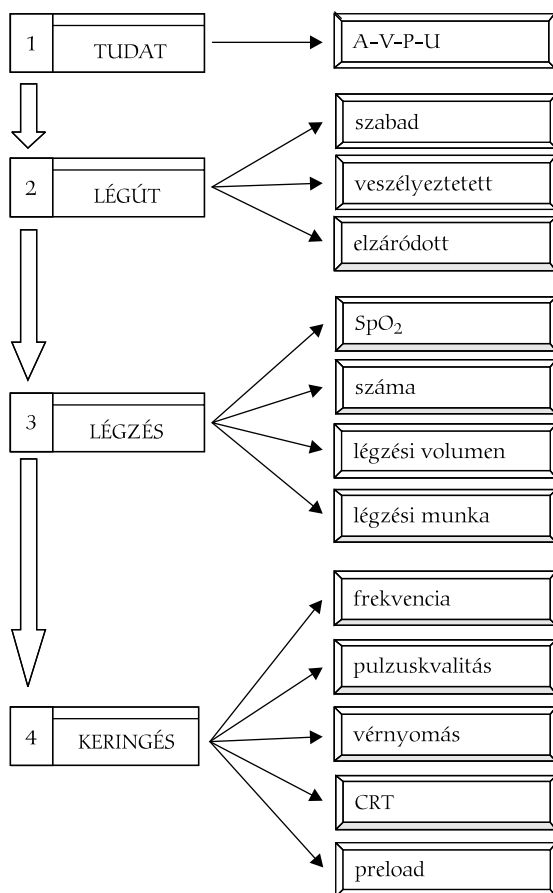
Hazai viszonylatban is a gyermek sürgősségi osztályok a háromszintű triage rendszert alkalmazzák és ezen háromszintű triage rendszer alkalmazása javasolt azokon a felnőtt sürgősségi osztályokon is, ahol gyermek sürgősségi ellátást is végeznek, még ha nem is rendszeresen. Ezért a következőkben a triage tevékenység folyamatának bemutatását mi is egy háromszintű triage rendszer segítségével végezzük.

A triage tevékenység első lépése a gyors és lehetőleg minél pontosabb anamnézis, vagy baleseti mechanizmus felvétele, amely még felnőttek esetében is gyakran akadályokba ütközik, gyermekeknél azonban ez hatványozottabban nagyobb kihívást jelent. Ennek több oka is van. Nem rendelkezünk jelenleg egy a Sürgősségi Szakmai Kollégium által jóváhagyott, egységes szakmai ajánlással vagy algoritmussal, melynek mentén a legfontosabb kérdéseket feltehetjük a szükséges információk megismerése céljából, anélkül, hogy bármi fontos információ elkerülje figyelmünket. Másrészről gyermekek esetében ritkán vehető fel autoanamnézis, gyakran csak a szülő, vagy a mentőegység által elmondott heteroanamnézisre hagyatkozhatunk, hiszen életkori sajátosságuknak megfelelően a kisgyermekek nem minden esetben tudják elmondani, leírni szubjektív érzeliket, panaszait. Amit mindig tartunk szem előtt, hogy a szülők mindenkinél jobban ismerik gyermeküket, és észreveszik gyermekük egészségi állapotának változásait, ezért mindig hallgassuk meg a szülőket! A gyors és pontos triage elv érvényesülése szempontjából fontos, hogy az anamnézis felvétele során mindig a gyermek életkorához adaptáltan tünet- és panaszorientáltan irányítsuk a beszélgetést. Ezért nagy segítséget jelent, ha a triage ápoló tisztában van az adott korban számításba vehető kórképekkel. Nagy kihívást és rutint igényel a gyermekek vizsgálata, hiszen életkori sajátosságuknak megfelelően sokuk fél az idegen, kórházi környezetből és az emberektől – ezért gyakran nyugtalanok, szorongók, sírnak, nem hagyják magukat. Ilyenkor a szülő közelségének biztosításával, a gyermek figyelmének elterelésével vagy lekötésével, kedvenc játékaik odaadásával tehetjük számukra nyugodtabbá a helyzetet. Magyarázzuk el képességük-

nek megfelelően, akár játékos formában is, mit és miért csinálunk. Ne felejtjük el, hogy mind a szülővel mind a gyermekkel kommunikálnunk kell. (The Canadian Association of Emergency Physicians, 1998)

Az anamnézis, baleseti mechanizmus adatainak felvétele után a betegvizsgálat az alábbi területekre minden esetben terjedjen ki, mivel elengedhetetlenek a helyes triage döntés meghozatalához. (3. ábra)

3. ábra: Az elsődleges állapotfelmérés folyamata (Forrás: Nagy, 2011)



Az elsődleges állapotfelmérés korrekt alkalmazásához ismerni kell az egyes életkoroknak megfelelő vitális paramétereket. (1. táblázat)

Amennyiben nem ismerjük a gyermek testsúlyát az (életkor években + 4) x 2 általános formulával határozhatjuk azt meg.

A beteg tudatának vizsgálatára egyszerűsége miatt legalkalmasabb az AVPU-skála használata:

I. táblázat: Az egyes életkoroknak megfelelő vitális paraméterek (Szerk: Nagy G )

Kor	Testsúly kg	HR /min	légzésszám / min
< 3 hó	3,5	110-160	30-60
6 hó	7	100-160	30-40
1 év	10	100-150	30-40
2 év	12	95-140	25-30
4 év	16	95-140	20-30
6 év	20	80-120	20-25
8 év	24	80-120	20-25
10 év	30	80-110	15-20
> 12 év	>40	80-100	15-20

Magyarázat: HR = Heart Rhythm (szívritmus), mely csecsemők és kisgyermek esetén a szív feletti hallgatózást, gyermekek esetén pedig perifériás pulzus tapintását jelenti

- ⇒ A (alert): a gyermek teljesen éber, kontaktusba vonható
- ⇒ V (verbal): megfelelő verbális inger hatására a válaszreakció kiváltható
- ⇒ P (pain): csak fájdalominger alkalmazása vált ki bárminemű reakciót
- ⇒ U (unresponsive): a gyermek semmilyen ingerrel sem vonható kontaktusba.

A légút (A-Airway) vizsgálata során minden esetben vizsgáljuk meg, hogy a gyermek rendelkezik-e szabad légúttal. Mérjük fel, hogy ennek biztosítására szükséges-e valamilyen eszköz nélküli vagy közös beavatkozást tennünk, ha indokolt mihamarabb végezzük el azt. Kontaktusképtelen, eszméletlen páciens esetén mindig veszélyeztetett légutat feltételezzünk és e szerint járjunk el!

Légzés (B-Breathing) vizsgálata az ábrán feltüntetett szempontok alapján történik. Győződjünk meg róla, hogy a szabad légutak biztosítása mellett van-e kielégítő spontán légzés. Tisztában kell lennünk egyes életkoroknak megfelelő élettani paraméterekkel, valamint a légzést meghatározó és befolyásoló tényezőkkel. A pulzoximetriás vizsgálat alkalmazásától ne tekintünk el, de mindig tartsuk szem előtt a pulzoximetria során előforduló hiba lehetőségeket és a pontos mérést befolyásoló tényezőket! A fokozott légzési munka tüneteinek vizsgálata során figyeljük meg a gyermek törzsét, nyakát, van-e jugularis, intercostalis, substernalis behúzóadás, jelentős orrszáryi légzés, illetve valamelyik mellkasfél légzési kitérése elmarad-e. Amennyiben a mért paraméterekben

valamilyen eltérést tapasztalunk, vagy felmerül annak gyanúja, hogy a gyermek panaszainak a háttérben respiratoricus probléma áll, hallgassuk meg fonendoszkóppal a légzési hangokat – kellőképp átlélegzett-e mindkét tüdő, hallunk-e sípolást, bűgást, crepitiót, illetve egyéb kóros zörejeket. Síró gyermek esetén nehezebb megítélni ezeket, illetve a vezetett zörejek is módosíthatják a hallgatózási leletet. Ilyenkor a mért paraméterekre és a gyermek állapotáról alkotott képre támaszkodhatunk. Légzési panasszal jelentkező gyermek esetében a nyögést, nyögdecselést minden esetben alarmírozó tünetként értékeljük!

A keringés (C-circulation) vizsgálata az öt megadott szempont figyelembevételével történik. A triage során minden esetben történjen meg a centrális- és perifériás pulzus vizsgálata, valamint a kapilláris telődési idő meghatározása (gyermekek esetében tartózkodjunk a telődési idő körömágy megnyomásával történő vizsgálatától erre a legmegfelelőbb hely a homlok, illetve a mellkas). A CRT centrálisan mindenképpen 2 másodpercnél kevesebb legyen (egyes ajánlások ezt az időtartamot 3 másodpercben határozzák meg). A CRT jelentős megnyúlása az állapot gyors progrediálását vetítheti előre – természetesen a többi paraméter függvényében. A keringési paramétereket szintén az életkori sajátosságok alapján ítéljük meg. Keringési labilitás, haemodynamikai probléma esetén érdemes a hideg-meleg határ vizsgálata és ennek jelölése. Az előzőekben vázolt algoritmus alap-

ján, az elsődleges állapotfelmérés során, az alábbi azonnali illetve sürgős ellátást igénylő állapotokkal találkozhatunk, melyek már a triage során kompetencia szintű beavatkozások azonnali elvégzését teszik szükségessé. **(II. táblázat)**

Azokon a sürgősségi osztályokon, ahol a gyermek sürgősségi ellátás nem mindennapos tevékenység, de esetenként szükség lehet gyermekek sürgősségi ellátására az alábbi egyszerű algoritmus nyújthat segítséget a beteg osztályozáshoz. **(4. ábra)**

Törekedve a triage kompetenciák minél pontosabb meghatározására vizsgáltuk a gyermek sürgősségi osztályon megjelent betegek panaszainak, tüneteinek, tünetegyüttesinek gyakoriságát. Az adatok alapján törekedni kell, hogy ezen állapotok sürgősségi ellátását, az esetleges szövődmények, állapot rosszabbodások felismerését az ápolók kompetenciájuknak megfelelő készséggel végezzék. **(5. ábra)**

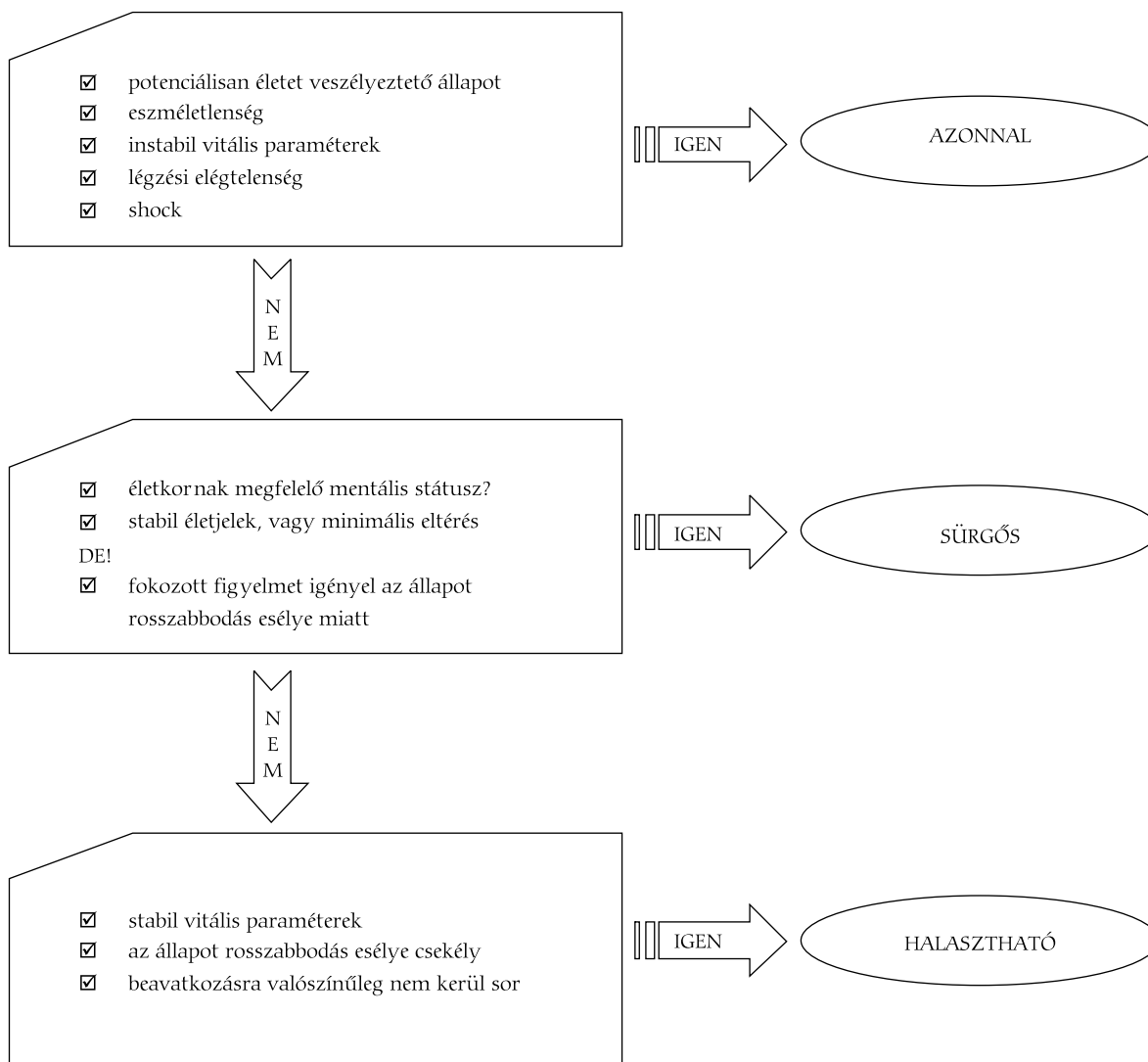
A szakirodalmi és a saját megfigyelésen alapuló statisztikai adatok alapján a gyermek sürgősségi ellátás során triage tevékenységet végző triage ápolónak az alábbi azonnali beavatkozásokhoz tartozó kompetenciák készségszintű elsajátítását tartjuk indokoltnak, amelyet a gyermek állapotának stabilizálása érdekében el kell végeznie:

- ⇒ az elsődleges állapotfelmérés elemeinek alkalmazása
- ⇒ eszköz nélküli alapszintű újraélesztés valamennyi korosztálynál (PBLS – Pediatric Basic Life Support)
- ⇒ eszközös újraélesztés során maszkos ballo-

## II. táblázat: Azonnali, illetve sürgős ellátást igénylő állapotok (Forrás: Nagy, 2011)

azonnal	sürgős
légzés- és keringésleállás	légzéscsökkenés, oxigenizációs zavar nélkül
súlyos légzéscsökkenés oxigenizációs zavarral	perifériás légzéscsökkenés
Quinke-oedema	collapsus
ritmuscsökkenés perifériás keringési zavarral	exsiccatio perifériás légzéscsökkenéssel
eszméletlenség, hullámzó tudatállapot	lezajlott görcsroham utáni állapot
zajló görcsroham	láz, lázas konvulziós anamnézissel
nyílt testületi sérülések	tűrhetetlen fájdalom
nagyfokú vérzéssel járó sérülések	fejsérülés commotio tüneteivel (az anamnézisben is)
belső sérülés gyanúja (lép, máj ruptura)	1 év alatti fejsérült csecsemő commotio tünetek nélkül
jelentős elmozdulással, deformitással járó végtagtörés, perifériás pulzus hiányával járó végtag-sérülések	mérsékelt duzzanattal járó végtagtörés, rendezett végtagi keringéssel
10 %-ot meghaladó égés	10 %-ot meg nem haladó égés
1 év alatti életkor	

4. ábra: Egyszerű gyermeksürgősségi triage algoritmus (Forrás: Nagy, 2011)



nos lélegeztetés, AED (Automated External Defibrillator) használat  
 ⇒ részvétel emeltszintű újraélesztésben (PALS – Pediatric Advanced Life Support)  
 ⇒ szabad légút fenntartása eszköz nélkül és egyszerű légút-biztosítási eszközzel  
 ⇒ légúti váladék eltávolítása  
 ⇒ oxigén adagolása maszkon keresztül kontrolláltan  
 ⇒ peri-arrest (fenyegető keringésmegállás) állapotok felismerése és ellátása algoritmus szerint  
 ⇒ leggyakrabban előforduló ritmuszavarok

felismerése EKG készítés és monitorizálás során perifériás véna biztosítása, intravénás infúzió összeállítása, bekötése orvosi utasítás szerint  
 ⇒ segédkezelés intraosseális és centrális vénás kanülálásnál  
 ⇒ labordiagnosztikai mintavételi eljárások kivitelezése  
 ⇒ orvosi utasítás alapján elrendelt gyógyszerelés kivitelezése  
 ⇒ enyhe légzészavar (oxigenizációs zavar nélkül) esetén orvosi konzultáció után gyógyszer porlasztása, inhaláltatása

**5 ábra: A sürgősségi osztályos felvételt igénylő kórképek gyakorisága (N=636) (Forrás: Nagy, 2011)**



⇒ sebellátás kivitelezése

⇒ vérzéscsillapítás

⇒ minden olyan beavatkozás, amely a beteg komfortjának biztosítására szolgál (fektetés, végtagrögztetés stb.)

## Következtetés, javaslat

A gyermek sürgősségi ellátás a tapasztalt szakember számára is komoly kihívást jelent egy-egy triage tevékenység, terápiás beavatkozás vagy szakápolási döntés meghozatal során. Az előzőekben leírtak alapján egyértelműen nehézséget jelent minden olyan

eset, amikor a gyermek állapotáról csak az objektív tünetek és heteroanamnézis alapján nyerhetünk információt, illetve az állapotfelmérés szakszerű elvégzése valamilyen okból korlátokba ütközik. Az egységes szemlélet céljából fontosnak tartjuk egy olyan döntési- és allokációs elméleten alapuló gyermek triage algoritmus kidolgozását, amely nem csak a gyermek sürgősségi, hanem a felnőtt sürgősségi osztályokon is alkalmazható lenne szükség esetén. Erre a triage-lap részét képező tömör, lényegre törő, mégis minden szükséges információt tartalmazó check lista és döntési algoritmus alkalmazása javasolt, amely alapján a triage-ápoló a válaszok birtokában a megfelelő döntést meghozza. Ezt kiemelt jelentőségűnek tartjuk, mert az anamnézis felvételi és fizikális vizsgálati nehézségek miatt a gyermek besorolása az ápoló szubjektív döntése alapján történik, amely nem megfelelő ellátást, under- illetve overtriage-t eredményezhet. Csak egy ilyen objektív döntést támogató segédlettel érhető el, hogy a betegek ellátása valóban állapotuk súlyossága alapján történjen és a triage tevékenységet végző ápoló a lehető legmagasabb jogi, szakmai és etikai védettséget kapja támogatásul.

## Irodalomjegyzék

1. Broselow J.: *Color coding kids: How the Broselow-Luten System can improve pediatric emergency care* <http://www.ferne.org/Lectures/icep0404/broselow.icep0404.htm> (letöltve: 2010.11.03.)
2. Canadian Association of Emergency Physicians (1998) *Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale* Visszakereshető: <http://caep.ca/sites/default/files/caep/files/ctased16.pdf> (letöltve: 2011.01.21.)
3. Nagy G. (2011) *Ápolói kompetenciák triage során a gyermek sürgősségi ellátásban*. Szakdolgozat, Semmelweis Egyetem ETK, Ápolástan Tanszék
4. NYC Pediatric Disaster Coalition & New York City Department of Health and Mental Hygiene (2009) *Recommendations for NYC Pediatric Disaster Triage and Transport* Visszakereshető: <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/bhpp-pedscouf03-rec-for-triage-peds-dis-pts.pdf> (letöltve: 2011.01.21.)
5. Pápai T. (2007) *A triage funkció szerepe az intézeti ellátásban*. Előadásanyag, AITSZME V. Nemzeti Kongresszusa, Budapest
6. Pápai T. (2012): *A betegfogadás és osztályozás folyamata, az ellátás sorrendjének meghatározása Sürgősségi osztályon ápolói kompetenciával*. *Nővér*, 25(1), 3-11

# Az egészségügyi szakképzés, ápolóképzés helyzete a miskolci Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában

KONCZNÉ KISS Krisztina

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** A szerző célja annak vizsgálata, hogy a felmérésben résztvevő egészségügyi szakközépiskola tanulói hogyan vélekednek a továbbtanulásról, a külföldi munkavállalásról. Vizsgálja továbbá, hogy mennyire vonzó az ápoló képzés a tanulók számára, valamint hatással van-e a szakválasztásra a tanulói ösztöndíjprogram. Fel kívánja mérni, hogy az ápolás foglalkozási hierarchiában elfoglalt helye, valamint a presztízs dimenziói mennyire befolyásolják az ápolás társadalmi megbecsültségét.

**Vizsgálati módszerek és minta:** A leíró, prospektív kutatás a miskolci Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskola 12. évfolyamán tanuló érettségi előtt álló ( $n=$ ), és a 14.-15. évfolyamot végző szakképzős ( $n=$ ) diákok körében kérdőíves felmérés útján történt. Az adatok SPSS program segítségével kerültek összegzésre, majd az így nyert eredmények feldolgozása a statisztikai matematika (gyakoriság, korrelációs együttható) segítségével történt.

**Eredmények:** Az érettségi előtt álló tanulók 58%-a vállalna az iskolában ápoló képzést, ha havonta tanulói ösztöndíjban részesülhetne. A szakképzős tanulók 83%-a a megszerzett végzettsége szerinti munkakörben szeretne elhelyezkedni, 63% továbbtanulni, 35% a vizsgát követően azonnal dolgozni szeretne. A diákok több mint 80%-át vonzza a külföldi munkavállalás lehetősége. Véleményük szerint az ápolás társadalmi megítélése alacsonyabb a többi foglalkozáshoz viszonyítva.

**Következtetések:** Az ápolóképzést a tanulók az ápolás alacsony presztízse és a kevés fizetés miatt nem választanák, viszont az ösztöndíjrendszer, mint motiváló erő pozitívan hat továbbtanulási szándékukra. Az anyagi megbecsülés hiánya miatt a migráció gondolata viszont sokukban felmerül.

**Kulcsszavak:** ápoló képzés, migráció, presztízs, ösztöndíj

**The situation of healthcare vocational training and nurse training at the Ferenczi Sándor Healthcare Vocational School, Miskolc**

Krisztina KONCZNÉ KISS

### Summary

**Aim of the study:** The author aims to examine the opinions of healthcare vocational school students participating in the survey, with regard to further education and working abroad. The study also examines how attractive nursing training is to the students, and whether the student scholarship program has any effect on their choice of major. She attempts to assess the extent to which the place of nursing in the employment hierarchy, and the dimension of prestige, influence the value that society places on nursing.

**Methodology and sample:** The descriptive, prospective research was conducted by means of a questionnaire-based survey of 12-year students prior to taking their general secondary school examinations ( $n=106$ ), and year 14-15 students in vocational training ( $n=137$ ), at Ferenczi Sándor Healthcare Vocational School, Miskolc. The data was collated using the SPSS program, and the processing of the results thus obtained took place using statistical mathematical (frequency, correlative coefficient) techniques.

**Results:** Some 58% of the students about to sit their general secondary school examinations would enrol for nurse training at the school if they received a monthly scholarship grant. A total of 83% of the students in vocational training would like to find work that matches their acquired qualification, 63% would like to remain in education, while 35% would like to start work immediately after sitting the examination. More than 80% of the students are attracted by the opportunity to work abroad. In their opinion the social perception of nursing is lower than that of the other occupations.

**Conclusions:** Due to the low prestige of the nursing profession and the low pay, students are not inclined to choose nurse training; however, the system of scholarship grants, as a motivational force, serves as a positive incentive to continue studying. The lack of financial rewards, however, prompts many of them consider migration.

**Key words:** nurse training, scholarship grant, migration, prestige

Érkezett: 2012. március 19. Elfogadva: 2012. április 12.

KONCZNÉ KISS KRISZTINA szakoktató, Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskola, Miskolc

Levelező szerző (correspondent): KONCZNÉ KISS Krisztina, elérhetősége: H-3531 Miskolc, Vászonfehéritő utca 36.

2/3, Telefon: 20/311-2998, e-mail: konczkriszta@gmail.com

## Bevezetés

Napjainkban az egészségügyi ellátórendszer, a társadalomszerkezet és az oktatás átalakulása az ápolás jövőjével kapcsolatban egyre nagyobb feszültségeket hoz felszínre. Fokozatosan növekszik a szakképzett, kompetens ápolók hiánya, a pályát elhagyók, és a külföldi munkavállalók mértéke. Évek óta csökken az ápolóképzést választó tanulók száma (Strasszné & Tiringner, 2008). Annak érdekében, hogy a probléma nagyságát érzékeltessük, szólnunk kell arról, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2006-ban elismerte, hogy a humán erőforrás egyensúlyhiánya az egészségügyi ágazatban nem csupán néhány országra vonatkozik. A WHO figyelmeztette az országokat a humán erőforrás globális állományában fennálló hiányok súlyos következményeire, és ezek várható negatív hatásaira (WHO, 2006).

A problémát súlyosbítja az egészségügyi szakdolgozók elöregedése is. Az OKJ nappali ápolóképzés kiüresedett, és az ápolók gyakrabban választják a munka melletti képzést bizonyítványuk megszerzésére, nincs utánpótlás (Balogh, 2008). A helyzetet tovább rontja, hogy a nappali képzésben végzettek közül egyre kevesebben helyezkednek el az egészségügyben. A kórházak létszámihiánnyal küszködnek, ami sok esetben a betegellátást, a minőségi munkavégzést is veszélyezteti. Közvetlenül a betegágy mellett dolgozó ápolók rendkívül túlterheltek, sokszor nem a képzettségüknek megfelelő feladatokat látják el (Csetneki & Szócska, 2008). Képzésük az EU normáknak megfelelő ugyan, de az ápolás, mint szakma elvesztette a társadalom érdeklődését. Alacsony az ápoló szakma társadalmi megbecsültsége és a hierarchiában elfoglalt helye is tetézi a problémákat (Balogh, 2009a). Az ápolást ma már főiskolán és egyetemen oktatják. Az ápolók a magasabb iskolai végzettség ellenére sem tudják kivívni a társadalmi elismertséget, a foglalkozási státusz módosítását. Mindaddig, amíg a társadalom nem értékeli nagyobbra az ápolói munkát, és nem fizeti meg őket ennek megfelelően, addig a jól képzett, motivált emberek továbbra is olyan foglalkozásokban fogják életpályájukat keresni, melynek nagyobb a társadalmi és anyagi meg-

becsültsége. Az EU-ban a szabad munkaerő áramlása miatt a megfelelő nyelvtudással és szakmai végzettséggel rendelkező egészségügyi szakemberek előtt nincs akadály, hogy olyan országot válasszanak célállomásul (átmeneti időre vagy véglegesen), ahol biztos egzisztenciát tudnak teremteni, ahol jobbak a megélhetési feltételek, a munkakörülmények és kedvezőbbek a jövedelmek, amivel pedig jelen finanszírozási és egyéb lehetőségei mellett a magyar egészségügy nem tudja felvenni a versenyt. „Az egészségügyi szakdolgozók munkaerő-piaci helyzete” című projekt (2008), melynek célja volt felmérni az ellátórendszerben végrehajtott változások hatását a munkaerő-áramlásra, egyértelműen igazolja ezt a tényt. A vizsgált mintában (8444 fő) 957 személy szüntette meg munkaviszonyát. Csak ebben a projektben résztvevő dolgozók részéről ez 10,2% fluktuációt jelent (Strasszné & Tiringner, 2008). Míg korábban évente 80–100 szakdolgozó ment külföldre dolgozni, manapság 400–500 teszi ezt legálisan, de ennek többszöröse illegálisan, és ez a rendszer összeomlását eredményezheti. Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) adatbázisában 2010-ben a szakképesítésüket külföldön elismertetni kívánó egészségügyi dolgozók számára kiadott hatósági bizonyítványok száma 416 db volt. (Nemzeti Erőforrás Minisztérium, 2011).

A jövő generációja megy ki külföldre dolgozni, legnagyobb számban 26–35 éves dolgozók. Sokan már az iskolapadból rögtön külföldi munkát vállalnak, be sem kerülnek a magyar egészségügyi rendszerbe. Saját szakmájában azonban várhatóan kevesebb egészségügyi dolgozó vállal munkát külföldön, mint amennyi a statisztikában szerepel. Az viszont tény, hogy az egyre több menni akaró szándéka kifejezetten aggasztó (Balogh, 2009b).

A magyar közoktatás és szakképzés újra nagy változások előtt áll. Az új közoktatási törvény rögzíti a szakközépiskolák átalakuló funkcióját, amely szerint az érettségivel együtt munkakör betöltésére jogosító szakmai érettségit is szereznek a fiatalok. A beinduló új rendszer átalakítja az egész egészségügyi képzést. A főiskolák, egyetemek államilag finanszírozott keretszámaink csök-



kenése miatt a szakképzés felértékelődik. A szakképzés anomáliái az együttes társadalmi és gazdasági hatásokkal együtt, az elmúlt szűk két évtizedben elvezettek odáig, hogy a kulcsfontosságú egészségügyi területekre alig van jelentkező, némely szakokra meg tömegével. Divatszakok alakultak ki, miközben hiányterületek folyamatosan jelen vannak az egészségügyi munkaerőpiacon. Súlyos emberi erőforrás problémák regisztrálhatóak már hosszabb ideje az ápolók körében, és ezek a trendek nem mutatnak kedvező irányba.

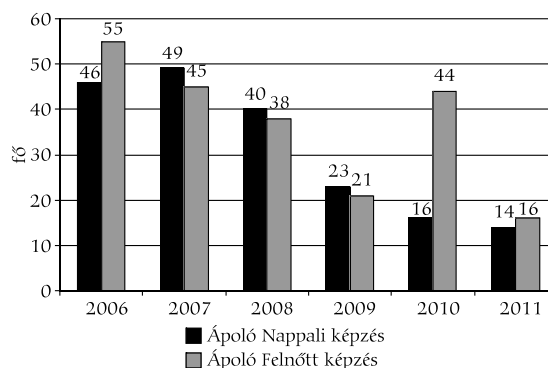
### Szakképzés a Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában

Napjainkban a szakképzés újra nagy átalakulás előtt áll, hiszen a kormány koncepciója szerint, a középfokú oktatásban és a szakképzésben teljes szerkezeti átalakulás történik. Ez vonatkozik a miskolci Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolára, Borsod-Abaúj-Zemplén Megye legnagyobb egészségügyi szakképző intézményére is, ahol 4 éve dolgozom szakoktatóként. Profiljával lefedi a város és a megye egészségügyi és szociális intézményeinek szakemberszükségletét. Tagozatain minden olyan szak megtalálható, melyre a térségben működő egészségügyi és szociális ellátórendszernek szüksége van.

Iskolánk nemcsak a szakképzésben, hanem a kompetencia alapú oktatásban is élen jár, mely segít felkészülni az életen át tartó tanulásra. Intézményünkben a képzés iskolarendszerű nappali tagozaton, esti tagozaton és iskolarendszeren kívüli oktatás keretében zajlik. Az iskola iránti kereslet jónak mondható, tudunk válogatni a jelentkező tanulóknak között. Népszerűek a nyílt napok, a látogatottság évente emelkedő tendenciát mutat. Az érettségi utáni szakképzésre 1,3-1,8-szoros a túljelentkezés szakoktól függően. Az elmúlt két évtizedben iskolánk képzési profiljában végbemenő teljes átalakulási folyamat eredményeképpen jelenleg nappali tagozaton 29 osztályban 912 fő, esti tagozaton 4 osztályban 79 fő és iskolarendszeren kívül 2 osztályban 31 fő tanul. Összesen 35 osztályban 1022 diák tanul. Minden évben vannak népszerű szakok az OKJ kép-

zésben, korábban ilyen volt a gyógyszerügyi asszisztens és a gyógymasször szak, ebben a tanévben pedig a csecsemő- és gyermeknevelő-gondozó (felsőfokú), gyógymasször és a mentőápoló szakok. Mindemellett viszont alig lehet a képzésbe becsábítani a leendő ápolókat, asszisztenseket, speciális diagnosztikai és terápiás területek majdani képviselőit. Az ápoló szakot egyre kevesebben választják, nincs utánpótlás a megfogyatkozott nővérlétszám feltöltésére. A Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában is évről-évre egyre kevesebb a nappali szakon végzett ápoló (1. ábra). A munkaerőpiac fő utánpótlása pedig épp a nappali tagozaton végzett munkavállalókból lenne meríthető, ezzel szemben az elmúlt években a végzettek, ápolói oklevelüket inkább a munka melletti képzésben szerezték meg.

1. ábra: Ápoló szakon végzett tanulói létszám a Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában, fő (N=407)



A kritikussá vált ápolói létszámbiány megoldására, a TÁMOP-6.2.2/A/11/1 (képzési díj és ösztöndíj támogatása az intézmények számára a konvergencia régiókban) ösztöndíjas program jó alapot nyújt (Nemzeti Fejlesztési Ügynökség, 2012).

A miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház kérte iskolánk együttműködését a fenti pályázat kapcsán. Iskolánk ápoló képzésben részt vevő diákjait kérték fel, hogy hallgassák meg tájékoztató előadásukat az ösztöndíjas pályázat kapcsán, és ha úgy döntenek, adják le szándéknyilatkozatukat a pályázat beadásához, amit 42 diák meg is tett. A havi nettó kb. 84.000 forintot a képzés ideje alatt havonta folyósítják, cserébe sikeres vizsgát

kérnek, és legalább annyi időre biztosítják a foglalkoztatottságot, amennyi ideig az ösztöndíj folyósítása történt. Ez az összeg egy betegágy mellett dolgozó ápoló pótlékokkal számolt fizetésével vetekszik, nagyon csábító ajánlat a fiataloknak.

A kórház kb. 20 fővel fog szerződést kötni, és a szándéknyilatkozatban feltüntetett féléves tárgyi átlaguk alapján bírálják el a jelentkezéseket. Vajon ez a fajta motiváló erő nemcsak azokat a tanulókat fogja ide vonzani, akik inkább a pályázat anyagi oldalát látják jó lehetőségnek és a hivatástudatuk viszont elenyésző?

### Az ápolás presztízse napjainkban

A rendszerváltás óta eltelt években jelentős változások történtek a társadalom minden szintjén, nem hagyva érintetlenül az egészségügyet sem. Megkezdődött az egészségügyi ellátórendszer reformja, átalakult az ápolóképzés struktúrája és ennek ellenére azt érzékeljük, hogy az ápolás presztízse jelentős mértékben csökken.

Az egészségügyi ellátórendszer főszereplői az ápolók, személyiségük meghatározó az egészségügyben.

Az egyén társadalmi helyzetét erősen meghatározza az általa betöltött foglalkozással elérhető anyagi elismerés. A foglalkozással megszerezhető anyagi javak meghatározzák az egyén életstílusát. Minél több pénzt lehet keresni egy foglalkozással, annál nagyobb a presztízse az emberek szemében. Napjainkban az ápolás és az ápolók az érdeklődés középpontjába kerültek, de az ápolás presztízisében jelentős előrehaladás nem mutatkozik. Az ápolói pálya nem vonzó, nem kínál megfelelő egzisztenciát az egyének számára. Hazánkban már főiskolákon és egyetemeken lehet ápolói diplomát szerezni, azonban elhelyezkedni nem tudnak a végzett diplomások, mert az egészségügyi intézmények nem tudják megadni a diplomás bért, illetve nincs meg mindenhol a rendszerben a diplomások helye (Szegedi, 2004).

Kulcsár Rózsa és munkatársai 1988-ban végeztek hazánkban presztízsvizsgálatot. Az ápolás hasznossága szempontjából 156 foglalkozás közül 1988-ban a 11. helyezést kapta, a munkához szükséges tudás szem-

pontjából a 38. helyen állt. A jövedelmezőség szerint a 100. helyre került (Kulcsár, 1985). Legnagyobb a különbség a jövedelmezhetőség és a hasznosság között. Vagyis az ápolást hasznosnak vélik, de nem fizetik meg az ápolók munkáját. Ez a tendencia napjainkban mit sem változott.

## Hipotézisek

Feltételezem, hogy:

- ⇒ A Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában tanuló diákok nagyobb számban választanák az ápoló szakot, ha havonta egy jelentős összegű tanulói ösztöndíjban részesülhetnének.
- ⇒ Az iskolánkban tanuló diákok a sikeres érettségi és szakmai vizsga után, külföldön terveznek munkát vállalni, mert hazánkban kevés a munkalehetőség, és ha van is, olyan csekély az anyagi megbecsülés, hogy a tisztességes megélhetéshez kevés.
- ⇒ A megkérdezett szakképző évfolyamon tanulók a sikeres vizsgát követően a megszerzett végzettségük szerinti munkakörben szeretnének dolgozni az egészségügyben, mint tanulmányaikat tovább folytatni, s ha lehetőség van rá, lakóhelyükhöz közeli munkahelyet választanának.
- ⇒ A diákok véleménye szerint az ápolás társadalmi megítélése (presztízse) alacsonyabb a többi foglalkozáshoz képest, mert az ápolók nem rendelkeznek jelentős hatalommal és szerények az anyagi lehetőségeik.

## Kutatási módszer és minta

A leíró, prospektív kutatás kérdőív segítségével a miskolci Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában történt. Strukturált, önkitöltős, anonim kérdőíveket osztottam ki az iskola 12. évfolyamán tanuló, érettségi előtt álló (n=160), és a 14.-15. évfolyamot végző szakképzős diákok körében (n=137). Az adatokat SPSS program segítségével összegeztem, majd az így nyert eredményeket a statisztikai matematika segítségével dolgoztam fel. A kapott eredményeket, értékeket diagramok és táblázatok formájában mutatom be.

A kérdőív másik részében figyelembe vettük a Kulcsár Rózsa által leírt presztízis dimenziókat (tudás, hatalom, pénz, hasznosság) és ezen dimenziók mentén fogalmaztam meg kérdéseimet az ápolásra mint foglalkozásra nézve és az adatokból korrelációs együtthatót számoltam ki.

## A kutatás eredményei

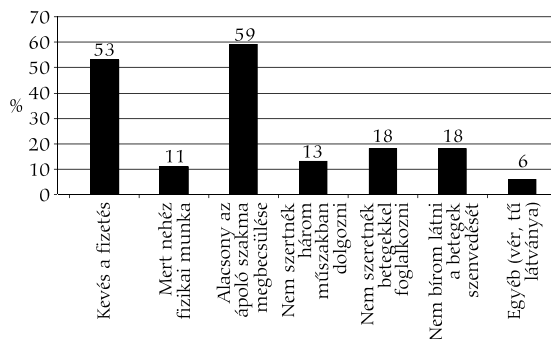
### 12. évfolyamon tanuló diákok véleményei

A kiosztott 123 kérdőívből 106 érkezett vissza kitöltve,  $n=160$ . A Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskolában a kérdőívet kitöltő 12. évfolyamra járó tanulók válaszait vizsgálva a nők véleménye lesz a dominánsabb. A mintában a nemek aránya 88% nő és 12% férfi, 72% egészségügyi szakmacsoportos képzésben, 28% pedagógia alapozó tagozaton tanul. A továbbtanulás szempontjából azért volt fontos a tagozat, mert arra voltam kíváncsi, hogy a nem egészségügyi tagozaton tanuló diákok hány százaléka választja továbbtanulása helyszínéül a Ferenczi Sándor Egészségügyi Szakközépiskola szakképzését és azon belül is milyen szakot. Azt tapasztaltam, hogy a pedagógia tagozaton tanulók 33,3%-a választotta szakképzésüket, a kisgyermek gondozó-nevelő, a csecsemő és gyermekápoló valamint a gyógyszer-tári asszisztens képzést. Az iskolában tanuló diákok szüleinek iskolai végzettségét tekintve megállapíthatjuk, hogy alacsony iskolai végzettséggel a szülők 52%-a rendelkezik. 38% szakmunkás iskolát, 14% 8 általánost végzett. 36% érettségi bizonyítvánnyal, 12% felsőfokú végzettséggel rendelkezik. A család az egyén, a személyiség kibontakozásának legtermészetesebb közege. Itt alakul ki világnézete, értéke és normarendszere. A szülők mintaként szolgálnak gyermeküknek, s a gyermek a szülőre szeretne hasonlítani, esetleg túlszárnyalni. A tanulók családi háttere, a szülők iskolai végzettsége determinálja a gyerekek életét, illetve meghatározza a későbbi helyüket a társadalmi hierarchiában. A szülői házban tanulják meg azokat a viselkedési és magatartásformákat, amelyeket majdan alkalmaznak életük során. A diákok

szüleinek 52%-ban nyolc általános és szakmunkásképző a legmagasabb iskolai végzettsége. Ez az iskolatípus kevés műveltséget és tudást nyújt. A szülők iskolai végzettsége meghatározza a család kulturális életmódját, valamint a társadalmi egyenlőségben elfoglalt helyét. A lakóhely a választásnál azért fontos, mert a későbbi munkavállalásnál előnyt jelent, ha van a közelben egészségügyi intézmény, jó a közlekedés, a tanulónak a lakóhelyén lesz-e a munkahelye, ahol jövedelmét megszerzi. A vizsgálatban résztvevők nagyobb része 52% községben-faluban él, ahol a fent leírtak nem valósulnak meg, és 48%- a miskolci, vagy egyéb, Miskolchoz közeli városban lakik. A továbbtanulásra vonatkozó kérdés megválaszolásakor a 12. évfolyamos tanulók 45,3%-a iskolánk szakképzését választotta továbbtanulásának helyszínéül, 29,2%-a főiskolán, egyetemen, 21,7%- a nem egészségügyi területen tanulna tovább. Másik iskola egészségügyi szakképzését 3,8% választotta, ami annak tudható be, hogy iskolánk nem indít az érdeklődésének megfelelő szakot. Ez is bizonyítja, hogy az iskolánkban magas színvonalú oktatás folyik, széles a kínálat, ami iránti nagy érdeklődést mutatnak tanulóink. Iskolánkban a tanulók számára továbbra is a divatszakok a legnépszerűbbek. 18,7 %-ban a gyógymasszőr, 16,6 %-ban a csecsemő- és gyermekápoló, 12,5 %-ban az ápoló, 10,4-10,4 %-ban a mentőápoló és a gyógyszer-tári asszisztens szak iránt érdeklődnek a legtöbben. Ezek a szakok jelenleg is megtalálhatóak a képzési palettánkon. Az egészségügy jelenlegi helyzete elég borús képet mutat az érettségi előtt álló fiatalok körében. A válaszadók 54%-a szerint nem lehet elhelyezkedni ápolóként a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei munkaerőpiacon. A 106 válaszadó közül, mindössze heten szeretnék az ápolói hivatást választani, ennek okát az ápolás alacsony presztízisében látom. A kérdőívet kitöltők véleménye szerint 34%-ban azért nem választanák az ápoló szakot, mert alacsony az ápoló szakma megbecsülése 30%-ban azért, mert kevés a fizetés, 10-10%-ban pedig nem bírják látni a betegek szenvedését, és nem szeretnének egyáltalán betegekkel foglalkozni. A válaszadók 7%-a nem szeretne három műszakban dolgozni, 6% szerint az ápolás

nehéz fizikai munka, 3% egyéb kategóriába a vér, tú látványa miatt nem választanak a tanulók az ápoló szakot. (2. ábra)

2. ábra. A 12. évfolyam hallgatóinak véleménye az ápoló szak nemleges választásáról, % (n=106)



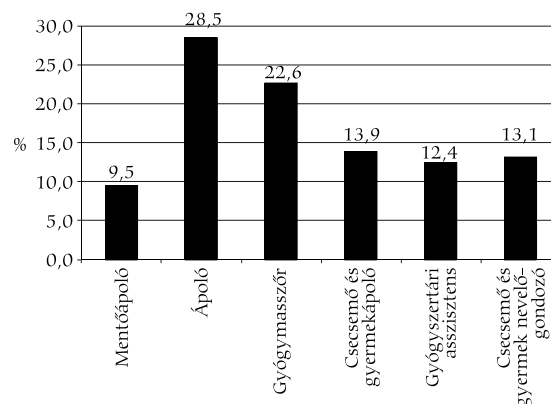
A megkérdezett tanulók 58%-a vállalná iskolánkban induló ápolóképzést, ha havonta tanulói ösztöndíjban részesülhetne és 61% örülne, ha garantált munkahelye lenne a végzés után. A mai nehéz gazdasági helyzetben, sok esetben a gyermekek taníttatása is problémát okoz. Az ösztöndíj program megoldaná az elhivatott, ápolónak jelentkező diákok anyagi problémáit, a szülők mentesülnének az ilyen fajta anyagi teher alól. A garantált munkahely pedig plusz motivációt jelent, biztonságot nyújt a jövőre nézve. Az ösztöndíj nagy motiváló erő, de nem minden a pénz, ha nincs meg mellette a hivatástudat, az empátia, rátermettség. A külföldi munkavállalás lehetőségével 82%-uk élne a későbbiekben. Napjainkban minden ember szeretne minél jobban élni, megélni a fizetéséből. A diákok látják a szülők erőfeszítéseit, a mindennapi élet nehézségeit, és ők ezt szeretnék elkerülni a későbbiekben. Az ápolói fizetésből nem tudnak biztos egzisztenciát teremteni leendő családjuknak. A külföldi munkavállalás során az anyagi biztonság vonzó számukra.

#### 14.-15. évfolyamon tanuló szakképzős diákok véleményei

A szakképző évfolyamon a 161 kiosztott kérdőívből 137 volt értékelhető, n=137. A válaszadók itt is dominánsan, 85%-ban nők. A tanulók 49%-a Miskolcon és egyéb,

Miskolchoz közeli városban, 51%-a községben, faluban lakik, itt is megfigyelhető a kicsit nagyobb százalékban jelen lévő vidéki tanulólétszám. A 14.-15. évfolyamokon 28,5% ápoló, 22,6% gyógymasszőr, 13,9% csecsemő és gyermekápoló, 13,1% csecsemő és gyermeknevelő-gondozó, 12,4% gyógyszerügyi asszisztens és 9,5% mentőápoló hallgató tanuló (3. ábra). Az ápolók létszámának kimagasló értéke azzal magyarázható, hogy a 14. évfolyamos ápolók is kitöltötték a kérdőívet, miközben ők csak jövőre végeznek ápolóként.

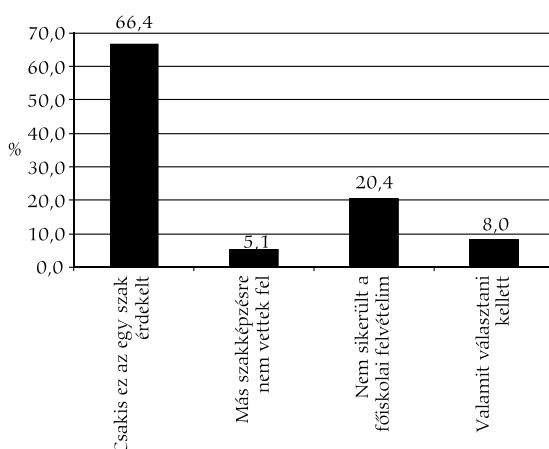
3. ábra: A 14-15. évfolyam szak szerinti megoszlása, fő (n=137)



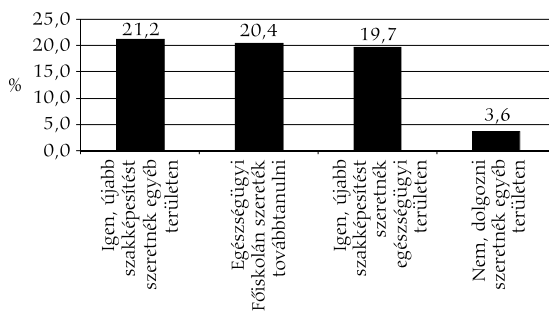
Az idén végző ápolók közül tízen válaszoltak, közülük hét főt az iskolaválasztáskor csakis ez az egy szak érdekelt, három diákot pedig nem vettek fel egészségügyi főiskolára, azért választotta ezt a képzést. A későbbiekben mindegyikük szeretne majd az egészségügyben elhelyezkedni és három fő kivételével, akik tovább tanulnak, mindegyiküknek van már biztos állásajánlata. A 14.-15. évfolyamot végző tanulók 66,4%-a továbbtanuláskor azért választotta az adott szakot, mert csakis ez az egy szak érdekelt, amit jelenleg is végez. A válaszadók 59%-a felvétel előtt érdeklődött, hogy az adott képzésre van-e kereslet a munkaerőpiacon, a sikeres vizsga letelte után lesz-e állása a tanult szakmájában. Ezek szerint a diákok megfontoltak a továbbtanulás, szakválasztás terén, az érdeklődésüknek megfelelő szakokat választják. Sikeres főiskolai felvételi hiányában a tanulók 20,4%-a választotta az adott szakot, amelyet jelenleg végez, 5,1% más szakképzésre nem nyert felvételt, és 8%-a a válaszadónak kényszerből választotta az adott szakot,

mert valamit választani kellett (4. ábra). Remélhetőleg ezek a diákok sem bánták meg pályaválasztásukat. A válaszadók 19,7%-a válaszolta azt, hogy újabb képzést szeretne megszerezni egészségügyi területen, 21,2% egyéb, nem egészségügyi területen szeretne tovább tanulni, 20,4% főiskolai, egyetemi képzésben gondolkodik. Örömmel vesszük, hogy összességében a diákok tanulási kedve nem csökkent, 63% szeretne valamilyen módon továbbtanulni. Reméljük az így megszerzett tudást tudják kamatoztatni a választott területen. 35% azt válaszolta, hogy inkább dolgozni szeretne az egészségügyben, 3,6% pedig egyéb területen szeretné kipróbálni magát a munka világában (5. ábra).

4. ábra: A képzés választásának okai a 14-15. évfolyam hallgatói körében, % (n=137)



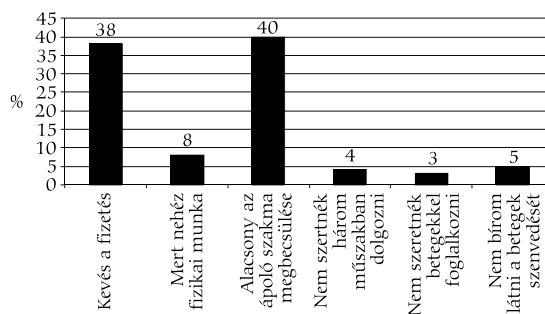
5. ábra: Továbbtanulási szándék aránya a 14-15. évfolyam hallgatói körében, % (n=137)



A végzős, 14-15. évfolyamos diákok 90%-a ugyanazt a szakot választaná, amelyre eredetileg jelentkezett. Ha most kezdenék tanulmányaikat, továbbra is népszerű

gyógymasszőr, mentőápoló szakokat választaná. Véleményem szerint az ápoló szakot ilyen nagy számban a most egyedülálló lehetőség, az ösztöndíj program miatt választották. A kérdőívet kitöltő tanulók 83%-a a megszerzett végzettsége szerinti munkakörben szeretne majd elhelyezkedni. Ezen belül 48% a megyénkben szeretne elhelyezkedni, hogy közel legyen a munkahelye a lakhelyéhez, ahol a jövedelmét megszerzi. 35% Magyarországon bárhol dolgozna. 17% egyáltalán nem szeretne a megszerzett végzettsége szerinti munkakörben elhelyezkedni. A megkérdezett tanulók 69,3%-a szerint el lehet helyezkedni megszerzett végzettségükkel a jelenlegi munkaerőpiacon, de csak 19% számol be arról, hogy már van biztos állásajánlata. A diákok 83,2%-a vállalna külföldön munkát, ha lehetősége lenne rá. Sajnálatos tény, hogy hazánkban nem látnak perspektívát a jövőre vonatkozóan, az egzisztencia megteremtésének még a lehetősége sincs meg, ezért választják a külföldi munkát. A megkérdezett tanulók 56%-a hallott az ápoló szakhoz kapcsolódó ösztöndíjprogramról. Természetesen az ápoló tanulókat leszámítva a többi szakon tanuló diákok 20%-a vállalná második képzésként az ápoló szakot, ha tanulói ösztöndíjban részesülhetne. A tanulók véleményét kértem, az ápoló szakma negatív oldaláról. A kérdés az volt, hogy miért nem vállalnák a diákok az ápoló képzést. A válaszadók 40%-a az ápoló szakma alacsony megbecsülését, 38% a kevés fizetést választotta, harmadik helyen 8%-ban a munka nehéz fizikai voltát jelölték. Sajnálatos tény, hogy a még munkakezdés előtt álló tanulóink is így vélekednek az ápolás szakma presztízséről (6. ábra).

6. ábra: A 14-15. évfolyam körében az ápoló szak nemleges választásának megoszlása, % (n=98)



### Az ápolás presztízset alkotó dimenziók és a közöttük levő összefüggések

A presztízsvizsgálat célja, hogy megtudjam, az ápolás hol helyezkedik el a fiatalok szerint a foglalkozások hierarchiájában. A tanulók részére kiosztott kérdőívek közül a presztízsvizsgálat tekintetében 150 volt csak értékelhető, a továbbiakban ezt tekintem 100%-nak. Az általam összeállított tizenhat foglalkozás rangsorolásával kiderül, hogy melyik foglalkozáshoz szükséges a legtöbb tudás, a társadalom számára melyik a leghasznosabb, mely foglalkozással lehet a legtöbb pénzt keresni és a legnagyobb hatalmat gyakorolni, valamint melyik foglalkozásnak van a legnagyobb társadalmi megbecsültsége. A presztízspontok alapján kialakult egy sorrend, egy helyezés a fent leírt dimenziók szerint a rangsorban elfoglalt helyük alapján.

A hasznosság lényeges eleme a presztízsnak, megfogalmazódik benne, hogy az adott foglalkozás a társadalom számára mennyire értékes. A tanulók az ápolást a hasznosság szempontjából 3. helyre sorolták be. Mindez azt mutatja, hogy az ápolók értékes és hasznos munkát végeznek a társadalom számára. Vizsgáltam a hasznosságot a presztízszs különféle dimenziói mentén, összefüggéseket keresve közöttük. Az **I. táblázat**ban szereplő korrelációs együtthatók mutatják, hogy a hasznosság és a presztízsz különböző dimenziói között nem található összefüggés. Kiderült, hogy hiába hasznos a társadalom számára az ápolás, nem befolyásolja annak presztízset, valamint nem függ össze a hasznosság a hatalommal, pénzzel és a társadalmi megbecsültséggel.

**I. táblázat: A tanulók véleménye a presztízsz dimenzióinak összefüggéseiről (n=150)**

	Korrelációs együttható	Vizsgált változók
Hasznosság	0,09	<i>pénz</i>
Hasznosság	0,19	<i>hatalom</i>
Hasznosság	0,66	<i>tudás</i>
Hasznosság	0,40	<i>társadalmi megbecsültség</i>

Egy foglalkozás presztízse szempontjából lényeges szempont az anyagi juttatás.

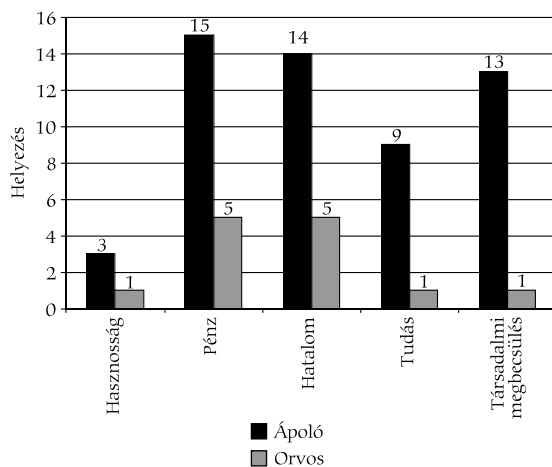
Napjainkban ennek egyre nagyobb a jelentősége. A pénztőke, a státusszal elérhető jövedelem nagysága meghatározó a foglalkozás presztízse szempontjából. A tanulók az ápolást a pénz dimenziójában a 15. helyre sorolták. Figyelemre méltó, hogy a rangsorban az ápolók hasznossága és az ápolók bérezése között jelentős különbség van – hasznosság: 3. helyezés, pénz: 15. helyezés.

A pénz mellett a hatalom az a másik lényeges dimenzió presztízsz vonatkozásában, amelynek nagysága nagy hatással van az adott foglalkozás társadalmi hierarchiában elfoglalt helyére. A diákok a hatalmi rangsorban a 14. helyre sorolták az ápolókat. Az ápolókat a rangsorban megelőzték a védőnők és óvónők is. A tanulók nem gondolják azt, hogy az ápolók hatalommal rendelkezének.

A kérdőívet kitöltők a tudás dimenziójában a 9. helyezést szavazták meg az ápolóknak aszerint, hogy melyik foglalkozáshoz kell a legtöbb tudás. Ezzel szemben az orvosok a tudás dimenziójában első helyre kerültek. Érződik az ápolók alárendeltségi viszonya az orvosokhoz képest. Ma még az orvos a mindenható, aki megfelelő tudás, hatalom birtokában dönt és irányít. Ebben a formában az ápoló csak kiszolgáló szerepet tölthet be az orvosok által irányított egészségügyi teamben.

Az egészségügyi ellátórendszer szereplőit külön is vizsgálva, az ápoló és orvos presztízszdimenzióit figyelembe véve megállapíthatjuk, hogy míg az orvosok a hasznosság, tudás és társadalmi megbecsülés dimenziójában első, a hatalom és pénz dimenziójában ötödik helyezéssel a hierarchia csúcsán vannak, addig az ápolók csak a munkájuk hasznosságát elismerő harmadik helyezést követően, a hierarchia alján szerepelnek. Tudás dimenziójában a kilencedik, megbecsülésben a tizenharmadik, hatalom szempontjából tizennegyedik, és a pénz dimenziójában az utolsó előtti, tizenötödik helyezést kapták (**7. ábra**). Az orvosokkal szemben behozhatatlan hátrányban vannak az ápolók. A társadalmi megbecsülés szerinti rangsorban a 13. helyre került az ápolás.

7. ábra: Az ápolás presztízs dimenzióinak összehasonlítása az ápoló és orvos vonatkozásában, helyezés (n=150)



## Következtetések

Az egészségügyi ellátórendszer főszereplői az ápolók. Személyiségük, munkájuk meghatározó a gyógyító tevékenység folyamatában. Az elmúlt években átalakult az ápolóképzés struktúrája, felsőfokú szakképesítés, főiskolai és egyetemi végzettség megszerzésére van lehetőség. Jelentős ápoló hiánnyal küzd az egészségügyi ellátórendszer. Egyre kevesebben választják az ápolást, mint hivatást, s egyre többen hagyják el a pályát. Az olyan foglalkozás, amelyért nem jár sem anyagi, sem erkölcsi elismerés, bármennyire hasznos is a társadalom számára nem lesz magas presztízsű foglalkozás. Az egészségügyi dolgozók létszámának elégtelensége nem csak Magyarországon, de a világ több országában jelen van. A munkaerőhiány oka szerteágazó. Alacsony az ápolás társadalmi megbecsültsége, alacsonyak a bérek, az egészségügyi reform kapcsán jelentős létszámú a pályaelhagyó. A rendszerben maradtak túlterheltek, jelentős ápoló nyugdíjba vonult, vagy nyugdíj előtt áll, az utánpótlás hiányzik. Az öregedő egészségügyi dolgozók problémája a demográfiai fejlődés során az elkövetkező években fokozódni fog. Ezt sem a fokozódó képzések, sem a dolgozók további toborzása nem fogja tudni megoldani. A probléma megoldásához az is szükséges, hogy a szakképzett ápolók minél hosszabb ideig maradjanak a pályán (Ujváriné, 2010).

Az egészségügyi szakmák vonzóvá tétele nagy kihívás. Ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozók utánpótlása biztosított legyen, már korán pozitív benyomások kell, hogy érjék a fiatalokat. Bármely szakmára vagy hivatásra való felkészülés már gyermekkorban elkezdődik, a szocializáció során erősödik és céltudatosan a választás irányába orientálódik, ezért már fiatal korban szükség lenne az ápoló szakma fontosságával megismertetni a gyerekeket. Hiányzik az életpályamodell, mely tervezhetővé és vonzóvá tenné a fiatalok számára a hivatást. A hazai szakképzés átalakítása a későbbiekben remélhetőleg megfelelő alapot ad az egészségügyi pályát választó tanulók ismereteinek magas szintű biztosítására.

A szakközépiskolai képzések orientációs és szakmai alapozó oktatási tartalma összhangba kerül majd a szakképzési tartalmakkal. A képzési idő így lerövidül, mert a középiskolában oktatott tartalmak beszámíthatóvá válnak a szakképzési tartalmakba. Ezzel elégíthető ki a képzésben résztvevők és a munkáltatók, valamint a munkaerőpiac jogos elvárása, hogy a képzések minél rövidebb idő alatt, minél magasabb szintű ismeretet és gyakorlati alkalmazhatóságot biztosítsanak. Sajnálatos tény, hogy az OKJ szintű, érettségire épülő három éves nappali tagozaton folyó ápolóképzés kiüresedett, a hallgatók létszáma országos szinten minimális, elhanyagolható létszámú pályakezdő ápoló kerül a rendszerbe. A helyzetet rontja az is, hogy a nappali képzésben végzetek közül kevesen helyezkednek el az egészségügyben, főleg a fekvőbeteg ellátásban. A munka melletti ápolóképzést végzettek száma is évről-évre csökken. A munka melletti képzésre járók, végzés után nem emelik az ápolói létszámot, hiszen már az egészségügyben dolgoznak.

Az ápolás társadalmi megítélése alacsonyabb a többi foglalkozáshoz képest. A mai társadalmi viszonyokban ez azt jelenti, hogy az a foglalkozás lesz magasabb presztízsű, amely a legmagasabb anyagi juttatást garantálja, függetlenül annak hasznosságától, a hozzá szükséges tudástól és a hatalomtól. A tudás, hasznosság jelentőségének csökkentése a presztízs vonatkozásában összefüggésben áll a társadalmunk értékrendszer-

ének csökkenésével. Az érték ma elsősorban az anyagi javakra vonatkozik, s a hasznosság, tudás értékeremtő minősége egyre halványabbá válik. Az ápolás hasznosság szempontjából elért harmadik helyezése kevés ahhoz, hogy a többi dimenziókban lévő hátrányát behozza és a foglalkozási hierarchia csúcsára kerüljön.

## Javaslatok

### **Az ápolói pályát választó tanulók létszámának növelése**

A tanulók pályaválasztási kedvének növelése érdekében az egészségügyi pálya vonzerjét kellene növelni az egészségügyi munka értékének, és távlati lehetőségeinek bemutatásával. A megoldásra már vannak törekvések. Az Európai Unió fejlesztések pályázatait az egészségügyi rendszer szerkezetátalakítása kapcsán a megváltozott helyi szükségletekhez, illetve a hiányszakmákhoz kapcsolódó ösztöndíj programok beindítása már elkezdődött, ez tovább fejlesztendő. Az ápolók pályaválasztásában jelentős vonzerő a beteg emberekkel való foglalkozás és kiszolgáltatottságuk segítése iránti vágy. Fontos lenne már általános és középiskolában is az ápolói hivatás megismertetése, az érdeklődők megnyerése, hogy a későbbiekben ezt a pályát válasszák hivatásul (Vízvári, 2010).

### **Az ápolók presztízsének növelése**

Cél, az ápolói, mint önálló hivatás megvalósulásának elérése. Ahhoz pedig, hogy az ápolói szakma hivatássá váljon elengedhetetlen az erkölcsi elismerés a társadalom részéről. Ausztriában az ápolók a foglalkozások ranglistáján a 4. helyen állnak, megelőzve a jogászokat, banki alkalmazottakat. Magyarországon is törekedni kell arra, hogy az ápoló vissza kapja méltó helyét, rangját a társadalomban (Ujváriné, 2010). Ebben óriási szerepe van a médiának is, hogy reális képet mutasson az egészségügyről, az emberek ne csak a negatív oldalt lássák. Az ápolók megbecsülésének előmozdítása érdekében szükséges lenne helyi szinten kidolgozni az ápolók munkájának értékelésére egy olyan rendszert, amelyben az elért eredményeik, kimagasló teljesítményük valamilyen

módon elismerésre kerülne. Ez lehet valamilyen kitüntetés, „kiváló ápolói” cím, külföldi továbbképzés vagy egyéb jutalom lehetőségek.

### **Az orvos és az ápoló együttműködése**

Az orvos és az ápoló munkája egymástól elválaszthatatlan. Egyik a másik nélkül nem tudja a munkáját elvégezni. Fontos lenne az orvosok és az ápolók együttműködési kultúrájának fejlesztése, hogy egy csapatban jól együtt tudjanak dolgozni, ehhez kettejük viszonyán kellene javítani. Véleményem szerint egyetemi ápolókat kellene bevonni az orvostanhallgató képzésbe, mely során az ápolók szemszögéből vizsgálnák, tanulnák a különböző területeken felmerülő problémákat és azok megoldásait. Az orvosok megismerkednének az ápolói hivatás kihívásaival, szépségeivel is. Ennek hatására a későbbiekben az orvos-ápoló kapcsolatában remélhetőleg sok változást lehetne tapasztalni, talán jobban megbecsülnék az ápolók munkáját, egyenrangú partnerként tekintenének rájuk, ami ezáltal az ápolói szakma presztízsét is emelné.

### **Bérrendezés**

A szakemberhiány legsarkalatosabb pontja a bérrendezés és egyéb anyagi juttatások fejlesztése. A rendszerváltás óta eltelt évek során azonban nem tapasztaljuk azt a politikai és gazdasági akaratot, amely tisztességes módon rendezné az egészségügy „napszámosainak” bérét. Addig, amíg nem történik meg az ápolók jövedelmének rendezése, míg a társadalom nem igényli a diplomával rendelkező ápolókat, ez a szakma az alacsony presztízsű foglalkozások közé fog tartozni. A mostaninál jelentősebb bér felzárkóztatást kell végrehajtani, hogy a magyar ápolók fizetése megközelítse az Európai Unió átlagot.

### **Megoldási javaslatok a képzésben**

Az oktatási rendszer átalakításával a középfokú képzésben, a képzést vonzóvá tehetnék a képzési idő lerövidítésével, és a tananyagtartalom részleges beszámításával a későbbi BSc képzésbe. Az OKJ ápolóképzés meghatározott számú kreditként beszámítana az esetleges későbbi BSc képzésbe. Ennek



megvalósítása érdekében a középfokú képzések megszervezése csakis egészségügyi profillal rendelkező, középfokú oktatási intézményekben történhessen. Az iskoláknak olyan szakképzéseket kell indítani, mely összhangban van mind a tanulók, mind az egészségügyi ellátórendszer igényeivel.

#### **Az egészségügyi dolgozók pályán tartásának lehetőségei**

- ⇒ A dolgozók béren kívüli juttatásainak biztosítása: a meleg étkezés támogatása, iskolakezdési támogatás nyújtása, a szakdolgozók képzési költségeinek a térítése.
- ⇒ Az egészséges, biztonságos munkavégzéshez szükséges munkafeltételek biztosítása.
- ⇒ Az egészségügyi dolgozók munkájuk jellegéből adódóan különböző stresszhelyzeteknek vannak kitéve, a burnout jelenség megelőzése, kezelése támogató programokkal, esetmegbeszélésekkel, önismertet fejlesztő kommunikációs tréningekkel.
- ⇒ Az egészségügyi dolgozókat motiválhatja a pályán maradásban a lakásépítési támogatás is, mert a dolgozók bérhelyzete nem nyújt megfelelő háttérrel ahhoz, hogy be-

látható idő alatt otthont teremtsenek maguknak.

- ⇒ A munkahelyükhöz közeli és hosszabb ideig nyitva tartó bölcsőde, óvoda nagy segítséget nyújtana, komoly terhet venne le az egészségügyi intézményekben dolgozó édesanyák válláról. (Vízvári, 2010)

Hazánkban komoly gondokkal kell szembenéznie az ápolói létszámhiány és a nyugdíjazott ápolók utánpótlását tekintve. Az egészségügyi kormányzatnak kell eldönteni, hogy képzeli az egészségügyet 10 év múlva ápolókkal, vagy nélkülük. 5 éven belül rengeteg ápoló mehet nyugdíjba és nincs utánpótlás. A probléma megoldására irányuló törekvések közül az esetleges új bértábla kialakítása, és a hiányterületeken fennálló szakemberhiány pótlására a már beindult ösztöndíjrendszer még mindig nem olyan jelentős lépés, hogy a migrációt, a pályaelhagyást megállítaná, és a pályát választó diákokat hosszú távon az egészségügyi pályára felé terelné. A humán erőforrás hiányának, a pályára (nem) választásának problémája nem átmeneti jellegű, spontán megoldódó probléma, hanem átfogó, komplex intézkedést igényel.

## Irodalomjegyzék

1. Balogh, Z. (2008) Az ápolóképzés fejlesztése a közösségi ápolás területén. Doktori (PhD) értekezés, Semmelweis Egyetem, Patológiai Orvostudományok Doktori Iskola.
2. Balogh, Z. (2009a). Mi lett veled nővérke? *Egészségügyi gazdasági szemle*, 47(1), 15-23.
3. Balogh, Z. (2009b). *Tények a szakdolgozói migrációról*. <http://www.meszk.hu/index.php?content=171> Letöltve: 2011.11.21.
4. Csetneki, J., Szócska, M. (2008). Emberi erőforrás krízis az egészségügyben. *Semmelweis Egyetem*, 11(8), 14.
5. Kulcsár, R. (1985). Az első magyar presztízsvizsgálat eredményei. *Statistikai Szemle*, 11, 1115-1126.
6. Nemzeti Erőforrás Minisztérium (2011). *Beszámoló az egységes egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoringrendszer adatai alapján az ágazati humán erőforrás 2010. év helyzetéről*. Budapest, 2011. február [http://www.eekh.hu/letoltesek/HR\\_beszamolok2010.pdf](http://www.eekh.hu/letoltesek/HR_beszamolok2010.pdf)
7. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség (2012). TÁMOP-6.2.2/A/11/1 - *Képzési programok az egészségügy* ágazat szolgáltatásfejlesztése érdekében. <http://www.nfu.hu/doc/3311>
8. Strasszné, B. C., Tiringner, I. (2008). Egészségügyi dolgozók munkaerőpiaci helyzetének elemzése. *Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet*. Budapest.
9. Szegedi, J. (2004) Az ápolás presztízse napjainkban. Szakdolgozat, Pécsi Tudományegyetem. Egészségtudományi Kar.
10. Ujváriné, S. A. (2010) Pályaválasztás és elvándorlás. Ápoló hallgatók a felsőoktatásban és a munkaerőpiacon. Doktori (PhD) értekezés, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola.
11. Vízvári, L. (2010). Az egészségügy humán erőforrás stratégiája. Munkapéldány. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet. Budapest, 2010.02.03.
12. World Health Organization Regional Office for Europe. (2006). *„Human Resources For Health in the WHO European Region”* <http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf> Letöltve: 2011. 12.16.

# A betegoktatás és az ILCO klub jelentősége a stomás betegek rehabilitációjában

VARGÁNÉ TERHES Anita

## Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** A szerző célja a betegoktatás hiányosságainak feltárása a stomás betegek körében, különös tekintettel a Szegedi Sebészeti Klinikán történő betegoktatásra. Ezeken felül kutatta a stomás betegek véleményét, attitűdjét, ismereteit a betegtájékoztatásról, a rehabilitációról, és az önsegítő csoportokon való részvétel arányáról.

**Anyag és módszer:** A saját készítésű kérdőíves felmérés a Szegedi ILCO klubban és az SZTEÁOK Sebészeti Klinikáján működő stoma ambulancián megjelent páciensek körében történt, nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával. A 120 db kiosztott kérdőívből 96 db érkezett vissza és volt értékelhető.

A szerző a kapott adatokat a Microsoft Office Excel program segítségével, leíró és matematikai statisztikai módszerrel elemezte.

**Eredmények:** Az eredmények alapján megállapítható volt, hogy a betegek 83%-a kapott életmódbeli tájékoztatást és 99%-át megtanították a stoma ellátására az intézetben, ez hozzásegítette őket a betegségük elfogadásához. A stomaterápiás nővér általi oktatáson részt vettek jobban el tudták fogadni megváltozott testképüket. Ugyanakkor a vizsgált mintából az önsegítő csoportban való részvétel aránya 51%, annak ellenére, hogy a megkérdezettek 65%-a hasznosnak tartotta az ILCO klubot.

**Következtetések:** A felmérés alátámasztja a stomás betegek holisztikus és multidiszciplináris ápolásának jelentőségét, valamint az osztályos életmódbeli tájékoztatás és betegoktatás fejlesztésének szükségességét, mivel a betegek többségénél nincs igény a klubtagságra.

**Kulcsszavak:** stoma, stomaellátás, önsegítő csoport, rehabilitáció, betegoktatás

### The importance of patient education and ILCO clubs in the rehabilitation of stoma patients

Anita VARGÁNÉ TERHES

**Aim of the study:** The author aims to reveal and propose a solution for the flaws in the education of stoma patients, especially with regard to patient education at the Department of Surgery in Szeged. She examined the opinions, attitudes and knowledge of stoma patients regarding patient information, rehabilitation, and the extent to which they participated in the self-help groups.

**Methodology and sample:** In the course of the quantitative descriptive research a questionnaire-based survey was conducted among the stoma patients treated and cared for at the institute (N=96). The data was processed using mathematical statistical methods.

**Results:** 83% of the patients received lifestyle information at the institute, which helped them to accept their illness, and 99% of them were taught about stoma care at the clinic. The patients that participated in the training course, with the assistance of the stomal therapy nurse, were better able to accept their disease. The proportion of those participating in the self-help group was 51%, despite the fact that 65% of those asked regarded the ILCO club as useful.

**Conclusions:** The provision of lifestyle information and the development of patient education at the department have an important role, because the majority of the patients express no demand for club membership. The author also takes the opportunity to highlight the importance of a holistic and multidisciplinary approach to the nursing of stoma patients.

**Key words:** stoma nursing, holistic, lifestyle, patient education

Érkezett: 2012. március 13. Elfogadva: 2012. április 15.

## Bevezetés

A vastagbélrák az iparosodott fejlett országokban az egyik leggyakoribb daganatos halálháló. Az életkorral a colorectalis carcinoma kockázata nő, 50 éves kor után a leggyako-

ribb, bár az elmúlt húsz évben világszerte emelkedett a 40 éves kor körüli esetek száma is. (Gaál, 2010)

Az USA-ban 2010-es felmérések szerint 120 000 stomával élő ember van, és számuk évente 3%-kal növekszik. (Dykes, 2010)

VARGÁNÉ TERHES ANITA intézetvezető főnővér, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Klinika, Szeged

Levelező szerző (correspondent): VARGÁNÉ TERHES Anita, elérhetősége: Telefon: 30/625-5535, e-mail: vnetanita@freemail.hu

Az Európai Unióban a colorectalis carcinoma a férfiak és nők között egyaránt a második leggyakrabban előforduló malignoma. Évente mintegy 260 000 esettel számolhatunk, melyből mindegy 40% a rectumot érinti. Az esetek kb. 25%-ában a diagnózis pillanatában már metastasisok is észlelhetők. Az elmúlt évek tapasztalatai azt mutatják, hogy a rectumcarcinoma kezelésében maga a műtét önmagában a legfontosabb prognosztikus faktor. (Teleky, 2008)

A vastagbélrák hazánkban is az egyik leggyakoribb malignus betegség. A Nemzeti Rákregiszter adatai alapján a második vezető daganatos halálok. Az újonnan felfedezett esetek száma évente a két nemre együttesen 8500–9000. A colorectalis daganatok halmozódása a 60–70. életévekre tehető. Az esetek kevesebb, mint 20%-a fordul elő 50 éves kor előtt. (András, Erneyi, Szántó, 2007)

Magyarországon 15 000 és 17 000 főre becsülhető az átmeneti vagy végleges stomával élők száma. Napjainkra a modern stomaterápiás eszközök és a kiegészítő készítmények alkalmazásával, valamint a magasan képzett stomaterápiás nővérek rendszeres szaktanácsadásával kitűnő életminőség érhető el. (Köves, 2007)

Hazánkban a stomavisezők ellátásában, rehabilitációjában és társadalomba való vissza illeszkedésében még mindig nagy hiányosságok tapasztalhatók. Egyrészt a társadalom egészséges tagjai a stomáról nem hallottak, nem tudnak, másrészt a stomavisezők jelentős része még mindig nem ismeri az ILCO klubok adta segítség lehetőségét. A betegek számára már a műtét is megterhelést jelent, amit az életmód- és testképváltozás még fokoz.

A vendégnyílás kialakítása miatt negatív testkép, testképzavar alakulhat ki. „Az ember természetes igénye, hogy teste ápolts, épp legyen. Igen nehéz elfogadni, ha a testkép a normálistól eltér, vagy a korábbihoz képest jelentősen megváltozik.” (Szabó, Raskovicsné, Deák, 2009)

Az egészségügyi személyzetnek (különös tekintettel a stomaterápiás nővérré), a családtagoknak és az ILCO klubok segítségnyújtásának fontos szerepe van abban, hogy a stomával élők újra integrálódni tudjanak a családba, társadalomba és esetleg munkaképesek legyenek. A stomával szemben tapasztalható

talható nagyfokú ellenszenv annak a következménye, hogy a betegek és hozzátartozóik oktatása nem megfelelő. Saját elképzelésük alapján stomájukat kezelni nem tudják, ezért veszélyeztetettebbek a szorongás, depresszió kialakulására, és esetleg keserű, visszahúzó-dó emberekké válhatnak.

Ennek több oka lehet:

⇒ kevés a szakképzett oktató személyzet

⇒ kevés az idő az oktatásra

⇒ kevés az idő a rehabilitációra

⇒ nem ismerik az ILCO klubok, nyújtotta lehetőségeket

A stoma kialakítása a kezdeti időszakban sokkolóan hat a betegre és családjára. A beteg retteg a bizonytalan jövőtől, a stigmatizációtól, a társadalom számkivettségének érzi magát.

Fontos, hogy a stomás betegek kiszolgáltatottságát megszüntessük, és segítséget nyújtsunk nekik az önálló életvitel kialakítására, valamint önmaguk elfogadására, mert mások csak így fogadják el őket.

A mai társadalmunkban a beteg ember nem érték, illetve ez a téma az emberi lét olyan részét érinti, amiről visszafogottan vagy egyáltalán nem beszélünk.

A Szegedi Sebészeti Klinika tevékenységi köréhez tartozik az általános sebészet teljes skálája, így a vastagbél és végbél sebészete is. 2008 óta a klinika a regionális feladatok ellátása mellett folyamatos sürgősségi ellátást is biztosít, aminek következménye a meg növekedett beteglétszám, ez természetesen magába foglalja a vastagbél-daganatos beteglétszám növekedését is.

Az intézetben két szakképzett stomaterápiás nővér segít a klienseknek a stomagondozás elsajátításában. A betegek igényeit figyelembe véve 2008 óta stoma ambulancia is működik klinikánkon, ahová a stomás betegek hazabocsátásuk után is bármikor visszajöhetnek a felmerülő problémáikkal.

Ez irányú kutatásom egyik oka a stomás betegek megnövekedett száma, a másik a betegoktatás hiányosságainak feltárása és javítása.

A kórházba kerülés a betegre szorongással, félelemmel tölti el. A páciens teljesen új, idegen környezetbe kerül, amihez alkalmazkodnia kell. Szeparálódik családjától, otthonától, a biztonságot adó környezettől, amikor a legnagyobb szüksége lenne rájuk.

**Betegtájékoztató, betegoktatás:** a betegtájékoztató, betegoktatás az előkészítés során, első helyen áll mely tartalmazza a tervezett beavatkozás lényegét, esetleges szövődményeket, következményeket és a gyógyulás lehetőségeit.

A betegtájékoztatóban és a betegoktatásban figyelembe kell venni a beteg személyiségét, a már meglévő tudását. A betegnek éreznie kell az ápoló feltétel nélküli elfogadását. Sok betegben a büntetés, bűnhődés gondolata is megfogalmazódik. Hitelesnek kell lenni, hogy a páciens azt érezze, az ápoló érzelmi reagálása a problémáira valóságos. A nővér nem dönthet a beteg helyett, csak segíthet abban, hogy kifejezhesse dühét, bánatát, örömét és megtalálja a helyes utat.

A betegellátás mindennapi gyakorlata azt igazolja, hogy a krónikus betegségben szenvedő személyeknek oktatási segítségre van szükségük. A betegoktatás nagy gyakorlatot, türelmet, empátiát és pedagógiai ismereteket is igényel. Az oktatásnak személyre szabottnak kell lennie, figyelembe véve a beteg szükségleteit, életkorát, képességeit és jelenlegi tudását. (Somogyi, Rosta, 2009)

Kanadában egy speciális stomalapot alkalmaznak a stomás betegek mindennapi életbe való visszailleszkedésének követésére. („Ostomy care and management” 2009)

A stomával élő a családban testileg meg erősödik, pszichés sérülése rendeződik.

Nemcsak a beteg, a családtagok is félnek a stomától, ezért sokat segíthetünk a megváltozott helyzet elfogadtatásában, ha a közvetlen családtagokat is felkészítjük, tájékoztatjuk, mert csak így tudnak a napi életük folytatásában a segítségükre lenni.

A stomával élőknek a mindennapi életre való felkészítése már a kórházban megkezdődik. A családot a beteg fogadására fel kell készíteni. A legközelebbi hozzátartozókat az orvos és a stomaterápiás nővér informálja.

A kórházból való távozás után a család az első állomás a beteg mindennapi életbe való visszasegítésében. Itt dől el a család hozzáállásától függően, hogy mennyi idő kell a beteg pszichés és szomatikus gyógyulásához. Az alkalmazkodási idő különböző hosszúságú lehet: függ a beteg aktivitásától, általános egészségügyi állapotától és a környezet hozzáállásától.

A család segítsége nem jelenti azt, hogy a stoma ellátását az egészséges házastárs vagy más gondozó végezze. Ez az anus praevel élő személy egyéni feladata, és ebben nem lehet a családja terhére. Az természetes, hogy a székeléssel kapcsolatos tennivalókat a műtét előtt is mindenki saját maga egyedül végzi, vonatkozik ez a műtét utáni időszakra is.

A beteg, amikor a kórházból hazakerül, testileg és lelkileg is betegnek érzi magát, lelki sebére segítséget, biztosságot és mekkvést a családtól, ezen belül elsősorban a házastárstól remél. Szorong azonban attól, hogy a családja, barátai a stomája miatt elfordulnak tőle. A gyakorlat azt bizonyítja, hogy akik korábban meghitt családi életet éltek, azok között házastársi feszültség a műtét után sem keletkezett, a házasság nem került veszélybe, és változatlanul kiegyensúlyozott maradt. Vannak, akik stomával új házasságot is kötöttek. Emberi céljaik, reményeik visszaállításában legnagyobb segítséget a család, ezen belül a házastárs jelent. Csak a korábban is „rossz” házasság bomlik fel. A család a leghatékonyabb bázis a stomával élő pszichés és társadalmi rehabilitációjában. (Schmidt, 2001, Szabó et al., 2009)

A betegek legfőbb és leghasznosabb információforrása a személyes konzultáció.

Az intézetben kapott kezeléssel és tájékoztatással legtöbb esetben elégedettek, de a hosszú távú fizikai, lelki és szociális tájékoztatást nem tartják elégségesnek. A szakszerűen kiképzett nővérek szerepe elengedhetetlen ezekben a hosszú távú életmódbeli tájékoztatásokban. Megfelelő időt kell fordítani a betegek meghallgatására, hogy szükség esetén újra meg újra választ kapjanak a felmerülő kérdéseikre. (O’Conner, Coates, O’Neill, 2010)

A betegség elfogadásában az osztályos és stomaterápiás nővéreknek egyaránt nagy szerepe van. A mindennapi rutin feladatok és a testi szükségletek kielégítése mellett fontos a stomás betegek pszichoszociális igényeivel is törődni. Az ellátás során nagyobb hangsúlyt kell fordítani a betegek negatív gondolatainak kiküszöbölésére, és ösztönözni kell őket a szociális interakciókra. Az egészségügyi team célja, hogy a betegek minél hamarabb elfogadják megváltozott testképüket. (Simmons, KL., Smith, JA., Bobb, KA., Liles, LL., 2007)

A stoma helyének kiválasztása nagy körültekintést igényel, mert a betegek életminőségét nagyban befolyásolja. Amerikai kutatások is azt bizonyítják, hogy a kliensek testi és lelki állapotára hatással van, hogy a has mely részén alakítják ki a stomát. 348 beteget vizsgáltak ebből 174 betegnek megfelelő helyen volt kialakítva a stomája, 174 betegnek nem. Vizsgálták a kliensek testképét, jövőképét, kognitív, emocionális, fizikai, szexuális és szerepműködését. Az eredmények egyértelműen kimutatták, hogy akiknek nem megfelelő helyen volt a stomája, azok jelentősen több problémával küzdöttek a mindennapok során, illetve akiknek megfelelő helyen volt, azok 50%-kal jobb eredményt értek el a vizsgált funkciókban. (Mahjoubi, B., Goodarzi, K. K., Mohhamed-Sadighe, H., 2010)

**Rehabilitáció:** a WHO (1980) szerint a rehabilitáció olyan szervezett segítség, melyre az egészségükben, testi szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott emberek rászorulnak a társadalomra, a közösségbe történő visszailleszkedésük érdekében. A rehabilitáció koordinált orvosi, szociális, pedagógiai és foglalkozási intézkedések személyre szabott összessége.

A rehabilitáció szükségessége: a medicina három alappillére: a betegség megelőzése, gyógyítás és a rehabilitáció. A stomával élők akaratlagos székletürítésre nem képesek, és ez mindennapi tevékenységükben, társas kapcsolataikban, munkájukban befolyásolja őket, ezért rehabilitációra szorulnak. A társadalom szempontjából is fontos, hogy a betegek minél hamarabb gondoskodni tudjanak önmagukról, és ne legyenek kiszolgáltatottak. Az, hogy egy betegség milyen terhet jelent az egyén és a társadalom számára, sok tényezőtől függ: mennyiben fosztja meg a beteget alapvető funkcióitól, tartós problémát okoz-e, mekkora gazdasági terhet jelent. A megfelelő ellátás biztosításához multidiszciplináris összmunkára van szükség, amelyben részt vesz a családorvos, sebészorvos, az osztályos nővér, a stomaterápiás nővér, a körzeti ápoló.

A rehabilitáció alapja: élni azzal, ami megmaradt!

Tapasztalatok azt bizonyítják, hogy stomával lehet élni, nemcsak vegetálni. (Dubecz, et al., 1993, Deákné, 2011)

**Tercier prevenció** (harmadlagos megelőzés): az elhúzódó betegségek vagy egészségkárosodások hatásait igyekszik a lehető legerősebben csökkenteni. Beavatkozásai a szövődmények megelőzésére és a rehabilitáció erősítésére irányulnak annak érdekében, hogy az egyén életműködései a lehető legkedvezőbb szintet érhessek el. Preventív ellátásnak nevezik, mivel fő feladata az esetleges későbbi egészségkárosodás vagy funkciócsökkenés megelőzése. (Potter, Perry, 1996)

**Égészségfejlesztés:** A WHO definíciója alapján: „az egészségfejlesztés az a folyamat melynek révén képessé teszünk másokat egészségük javítására, illetve arra, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert egészségük felett”.

Az egészségfejlesztés alatt az egészség feljavítását, felvilágosítást, támogatást, bátorítást értünk.

**ILCO Klub** önszolgáltató, nonprofit jellegű, neutrális szerveződés, melynek célja a stomás emberek rehabilitálásának elősegítése, érdekvédelme, illetve a családba, a társadalomba visszailleszkedésük biztosítása. (Dubecz, Ifj. Dubecz, 1993)

**Önszolgáltató csoport:** az önszolgáltató csoport kölcsönös segítségre és egy speciális cél elérésére alakult önkéntes kiscsoport struktúra. Azonos élethelyzetű emberek hozzák létre, egymás kölcsönös segítésére. Az önszolgáltató csoportok társulásának célja egy közös szükséglet kielégítése, közös egészségkárosodás vagy probléma leküzdése, a kívánt társadalmi illetve személyes változás előidézése. Az önszolgáltató csoportok szemtől-szembeni interakciókat, a tagok személyes felelősségét hangsúlyozzák, anyagi segítséget és érzelmi támogatást egyaránt nyújtanak egymásnak.

Az ILCO klubok célja, hogy segítse a stomás emberek rehabilitációját. Az ILCO-klub működése: Amerikában már 1951-ben a stomával élők klubokba tömörültek. Azóta a világ más országaiban, köztük Magyarországon (1982 Kaposvár) is sorban alakultak egyesületek ILCO-klub néven. Hazánkban 21 ILCO-klub működik. Célja a stomával élők életminőségének javítása. Foglalkozik a stomával élők műtét utáni izolációjával, ennek megszüntetésével és rehabilitációjával. Ezekben, az egyesületekben a

tagok megosztják egymással tapasztalataikat, támogatják egymást tanácsaikkal, és ezek megkönnyítik mindennapi életüket.

Az önsegítő csoportot három elv működteti:

⇒ csoportelv

⇒ folyamatosság elve

⇒ önsegítés elve

A csoportelv azt jelenti, hogy a csoportban megszűnik a külső és belső elszigeteltség. A betegség, amelyik korábban kirekesztette az egyént, itt bekapcsolja a közösségbe.

A folyamatosság elve szerint a csoporttagok folyamatosan és intenzíven konfrontálódnak azokkal a lelki, szociális problémákkal, amiket a tagok a csoportba hoznak.

Az önsegítés elve alapján a csoporttagok, miközben másoknak segítenek, önmagukon segítenek, és ezzel megmutatják a többieknek is, hogy segíthetnek önmagukon. (Németh, 2006)

## A vizsgálat célja

A vizsgálat célja a betegoktatás hiányosságainak feltárása a stomás betegek körében, különös tekintettel a Szegedi Sebészeti Klinikán történő betegoktatásra. Ezeken felül megismerni a stomás betegek véleményét, attitűdjét, ismereteit a betegtájékoztatásról, a rehabilitációról. A kutatásom további célja felmérni, hogy a stomaviselők milyen mértékben veszik igénybe az ILCO klubok segítségnyújtását illetve, hogy összehasonlítani a klubtagok és a nem klubtagok életminősége közti különbséget.

## Anyag és módszer

A kvantitatív vizsgálat módszerül a kérdőíves felmérést választottam. A saját készítésű kérdőíves felmérés a Szegedi ILCO klubban és az SZTEÁOK Sebészeti Klinikáján működő stoma ambulancián megjelent páciensek körében történt, nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával. A kérdőív 25 kérdésből állt. A kérdőívben nyitott és zárt kérdéseket egyaránt alkalmaztam. A kérdőív tesztelésére, pilóta-tanulmányra az SZTEÁOK Sebészeti Klinikán hazabocsátás

előtt álló stomát viselők köréből 10 fő részvételével került sor. A tesztelés eredményeként a kérdéseket változatlanul hagytam. Ezt követően a kérdőívek kiosztása mindazon kliensek között történt, akik 2011. augusztus 01. és 2011. november 31. között megjelentek a Szegedi ILCO klub foglalkozásán, illetve a Szegedi Sebészeti klinika stoma ambulanciáján és önkéntesen vállalták a kérdőív kitöltését. A kérdőívek a stomaterápiás nővérek és az ILCO klub vezetője segítségével kerültek kiosztásra. A kutatás során a választott minta heterogén, a Csongrád megyében élő stomás kliensek alkották, életkortól és nemtől függetlenül. A 120 db kiosztott kérdőív-ből 96 db érkezett vissza és volt értékelhető. A kapott adatokat a Microsoft Office Excel program segítségével, leíró és matematikai statisztikai módszerrel elemeztem.

## A vizsgálat hipotézisei

1. Feltételezésem szerint a betegek már a klinikán kapnak életmódbeli tájékoztatást.

2. Feltételezésem, hogy azok a stomás betegek, akik csoportos vagy egyéni oktatáson részt vesznek a stomaterápiás nővér segítségével, jobban el tudják fogadni a betegséget és otthoni körülmények között könnyebben, tudnak alkalmazkodni a megváltozott helyzethez.

3. Feltételezésem, hogy a stomás betegek társadalomba való visszailleszkedése nagymértékben megalósul, mert részt vesznek a rehabilitációs programokon.

4. Feltételezésem szerint azok a stomás betegek, akik rendszeresen járnak klubfoglalkozásokra több információval, rendelkeznek betegségükről, gondozásukról, életmódjukról, mint akik ritkán illetve egyáltalán nem járnak foglalkozásokra.

## Eredmények

A vizsgált minta nemek szerinti megoszlása 47 nő és 49 férfi. Epidemiológiai adatok is ezt a tényt erősítik meg, hogy a férfiak, és a nők körében szinte azonos arányban fordul elő vastagbél-daganat.

Az életkor vizsgálatokor korcsoportokat

adtam meg, amely a következőképpen alakult: 20–30 év 7 fő, 31–40 év 9 fő, 41–50 év 16 fő, 51–60 év 23, 60 év felett 41 fő. Az életkor szerinti megoszlás jól tükrözi azt a tényt, hogy az életkor előrehaladtával nő a stomaviselők száma.

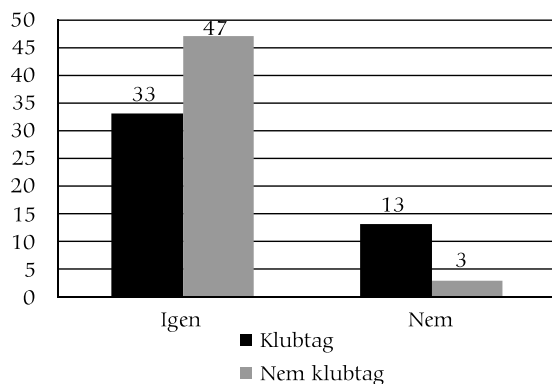
A vizsgált minta alapján megállapíthatjuk, hogy a kliensek többségének 39 főnek középfokú végzettsége van. 31 fő valamilyen szakmával rendelkezik, 17 főnek általános iskolai bizonyítványa, míg 9 fő felsőfokú végzettséggel rendelkezik.

A lakóhely szerinti megoszlás: tanyán: 7 fő, falun: 27 fő, városban: 62 fő lakik.

Összegezve és a hipotéziseimre kivetítve a hipotéziseim igazolása, a következőképpen alakult.

Az első hipotézisem, hogy a betegeket már a klinikán tájékoztatják az életmódbeli változásokról, beigazolódott, mert 83% (80 fő) kapott tájékoztatást, és 17% (16 fő) nem. (1. ábra)

**1. ábra: A klinikán kapott, életmódra vonatkozó tájékoztatásra adott válaszok megoszlása klubtagság szerint, fő (n=96)**

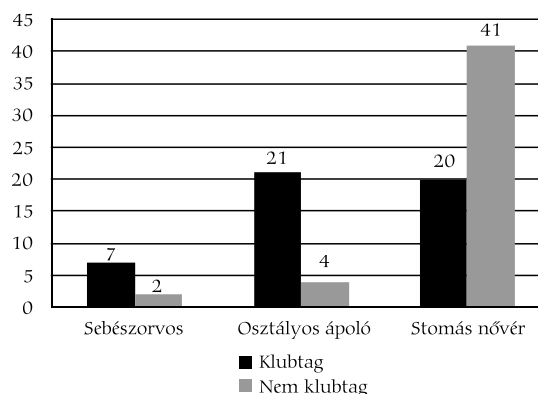


A felmérésből az is kiderült, kitől és milyen témában kaptak tanácsokat, ezek a következők: osztályos nővér, stomaterápiás nővér és orvos, akik étkezéssel, öltözködéssel, munkával, társasági élettel kapcsolatban feltett kérdéseikre válaszoltak a betegeknek.

A második hipotézisem is beigazolódott, mert a betegek, akik oktatáson vettek részt, a stomaterápiás nővér segítségével jobban el tudták fogadni betegségüket, és otthoni körülmények között könnyebben tudtak alkalmazkodni a megváltozott helyzethez. A betegek 99%-át (95 fő) megtanították a stoma ellátására a klinikán, 1%-ot (1 fő) ellenben

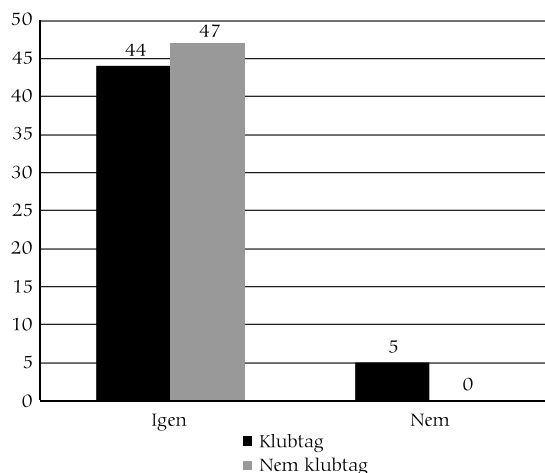
nem. A vizsgálatból az is kiderült, hogy a betegeket ki tanította meg a stoma ellátására: 64%-ot (61 fő) a stomaterápiás nővér, 26%-ot (25 fő) az osztályos ápoló és 10%-ot (9 fő) a sebész orvos (2. ábra)

**2. ábra: Kitől kapott tájékoztatást a stoma ellátására, klubtagság szerint, fő (n=96)**



Felmérésem azt is igazolta, hogy a betegek vissza tudtak illeszkedni mikrokörnyezetükbe, és családjuk támogatja őket, illetve önmagukat el tudták fogadni a stomával. A betegek 95%-a (91 fő) elfogadta magát a stomával, és 5% (5 fő) nem. (3. ábra)

**3. ábra: A stoma elfogadásának megoszlása klubtagság szerint, fő (n=96)**

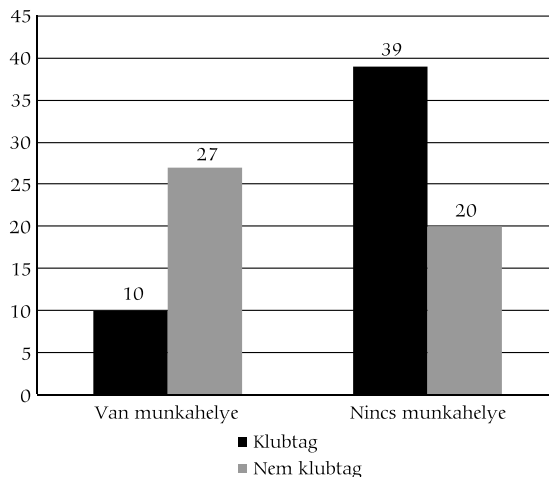


Azok, akik elfogadták önmagukat a stomával, 58%-ban (56 fő) a családtól, 4% (4 fő) barátától, 22% (21 fő) stomaterápiás nővértől, 3% (3 fő) orvostól 13% (12 fő) az ILCO klubban, sorstárstól kapott segítséget a megváltozott testképe elfogadásában. Ezek a válaszok is azt bizonyítják, hogy a

család és a stomaterápiás nővér támogatása és együttműködése segíti leginkább a beteget a megváltozott helyzete elfogadásában, és csak kevesen fordulnak az önszolgáltató csoportokhoz támogatásért.

Harmadik hipotézisem, miszerint a stomás betegek társadalomba való visszailleszkedése nagymértékben megvalósul, mivel részt vesznek a rehabilitációs programokon, nem igazolódott be. A betegek 61%-a (59 fő) nem dolgozik, ebből 15%-nak (9 fő) megszűnt a munkaviszonya, 36%-ot (21 fő) betegség miatt, 49%-ot (29 fő) koruk miatt nyugdíjazták. (4. ábra)

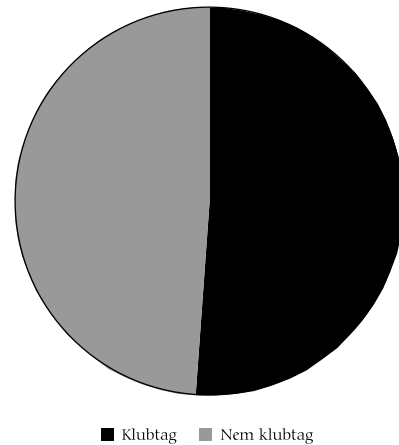
4. ábra: A stoma elfogadásának megoszlása klubtagság szerint, fő (n=96)



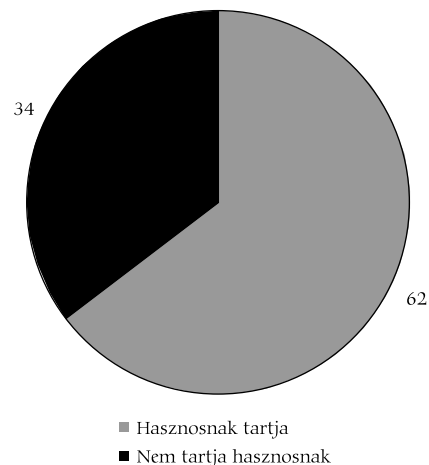
A negyedik hipotézisem, hogy a stomás betegek, akik rendszeresen járnak klubfoglalkozásokra, ritkán illetve egyáltalán nem járnak foglalkozásra, szintén nem igazolódott be. A megkérdezettek 51%-a (49 fő) látogatja a klubfoglalkozásokat, (5. ábra) ebből 29% (14 fő) havonta, 45% (22 fő) 2-3 havonta, 18% (9 fő) fél évente, 8% (4 fő) évente, annak ellenére, hogy a betegek 65%-a (62 fő) hasznosnak tartja a klubfoglalkozást. (6. ábra). Ezek az adatok arra engednek következtetni, hogy a betegek jelentős része ugyan ismeri az ILCO klubot, és hasznosnak tartja, de nincs igénye az önszolgáltató csoportokon részt venni.

A beteg gyógyulását, betegsége elfogadását nagyban befolyásolja, hogy a műtét előtt kapott-e tájékoztatást a stomával kapcsolatban. A vizsgálatomból kiderül, hogy a meg-

5. ábra: Az ILCO klub látogatottságának megoszlása, fő (n=96)



6. ábra: Az ILCO klub értékelése hasznosság szempontjából, fő (n=96)



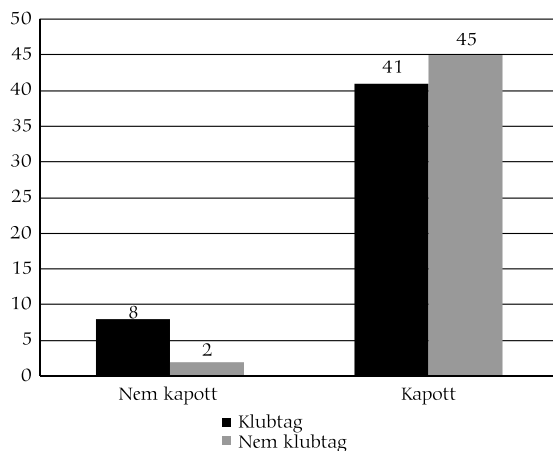
kérdezettek 90%-a (86 fő) kapott tájékoztatást műtét előtt a stomával kapcsolatban, és 10% (10 fő) nem. (7. ábra). Az adott válaszokból kiderült, hogy a betegek a műtét előtti időszakban az információt elsősorban a sebésztől 60% (52 fő) és a stomaterápiás nővértől 21% (21 fő), és csak kis százalékban más orvostól 5% (5 fő) és ápolótól 9% (8 fő) szerezte.

## Következtetések

A betegség már Hippokratész szerint is a diszharmónia állapota, tehát a testet és a lelket együtt kell gyógyítani. A középkortól egészen az 1980-as évekig azonban nem ez a



7. ábra: A műtét előtt hányan kaptak tájékoztatást a stomával kapcsolatban, és hányan nem, fő (n=96)



szemlélet uralkodott. A mai orvoslásban ismét egyre nagyobb teret kap a holisztikus szemlélet. A stomás betegek esetében ez különösen nagy jelentőséggel bír a veszteségérzés és a megváltozott énkép miatt.

A felmerülő problémák megoldását multidiszciplináris team munkában kell megoldani.

A stomás beteg problémája nem egyéni, hanem családi probléma. A beteg megváltozott életmódja, új helyzete szinte minden esetben hatással van a családi szerepviznyokra és a kommunikációra. A betegségből eredő problémák legtöbb esetben nem szétválasztják, hanem erősítik a családi kohéziót. A vizsgálatom arra is rávilágított, hogy a betegek 68%-ánál a családtagja elfogadta a megváltozott helyzetet, sőt 25%-nál még szorosabb kapcsolat alakult ki. Ettől függetlenül a beteg rehabilitációja során a családi helyzetet figyelembe kell venni. A kliensek többsége családban él, ami a betegoktatás szempontjából fontos információ, mert ebben az esetben a családot is be kell vonni a tájékoztatásba, illetve aki egyedül él, annak fontos az ILCO klubok hangsúlyozása. Motiválni kell őket, hogy vegyenek részt a klubok rendezvényein, hogy sorstársaikkal találkozhassanak, és ne maradjanak egyedül problémáikkal.

A hipotéziseim igazolták, hogy a pácienseknek információra van szükségük

A stomaviselők egy része nem találja kielégítőnek az egészségügyi szakemberekkel

follytatott kommunikáció bizonyos részeit, de nem mernek további információkat kérni. Ezek a sikertelenségek számos okra vezethetők vissza, de nyilvánvaló, hogy az okok egy része a pácienseknek szóló betegoktatás módjában keresendő. A körülmények gyakran a legkevésbé sem ideálisak, mivel a páciens szorong, vagy rosszul érzi magát, illetve nincs megfelelő hely és idő a számukra egy forgalmas sebészeten. Ez és még számos ok bizonyítja, hogy a lehető legjobb megoldás, ha időt és lehetőséget biztosítunk a páciensek betegoktatására.

Amerikai kutatások is azt bizonyítják, hogy a műtét előtti oktatásnak nagy jelentősége van a betegek mihamarabbi mikro- és makrokörnyezetbe való visszailleszkedésében. Szükséges a sebészeti osztályon jelenleg alkalmazott betegoktatáson változtatni, függetlenül attól, hogy a kliens látogatja a klubfoglalkozásokat vagy nem. Egy amerikai kérdőíves felmérés szerint a vastagbél-daganat volt a leggyakoribb diagnózis, 1457 megkérdezett betegből 599 főnek volt colostomiája. Vizsgálták a kliensek testképét, jövőképét, kognitív, emocionális, fizikai, szexuális és szerepműködését: az eredmények egyértelműen kimutatták, hogy a stoma rontja az életminőséget. Általános problémáik a következők voltak: szexuális gondok, bélgáz, székrekedés, visszatérés a munkába, utazási nehézségek, elégedetlenség a kinézetükkel. Ezek az eredmények hasznos információt nyújtanak az egészségügyi dolgozóknak az operáció előtti kezelési döntéseknél, valamint a posztoperatív tanításhoz és a követő gondozáshoz. (Krouse, Grant, Ferrell, Dean, Nelson, & Chu, 2007)

Egy másik 2010-ben végzett amerikai vizsgálat azt bizonyította, hogy a stomás betegek műtét előtti tájékoztatásának, betegoktatásnak nagy jelentősége van a betegség elfogadásában. 41 beteget választottak ki, akiknek egyik fele a műtét előtt, a másik fele a műtét után kapott tájékoztatást. A műtét előtti tanácsadás magába foglalta a betegoktatást és lelki támogatást. A sebész kihangsúlyozta a stomakészítés fontosságát. A csoportot kétszer elvitték a stomások egyesületébe, és megtanították nekik a zsákcsereit. Ismertették az irrigálás lehetőségét is. A másik csoport csak a műtét után kapott szok-

ványos oktatást a kórházban. Eredményül kapták, hogy azok a betegek, akik a műtét előtt kaptak oktatást, rövidebb idő alatt megtanulták a stomájuk ellátását, és hamarabb távozhattak a kórházból. (Dykes S.L., 2010)

## Javaslatok

Az orvos-beteg kapcsolatot hosszú évszázadokon keresztül a paternalista szemlélet, az alá-fölérendeltség jellemezte, illetve a feladatközpontú betegápolás, ami az orvosi utasítások végrehajtásán alapult. A betegnek fenntartás nélkül el kellett fogadnia az orvos utasításait, kiszolgáltatott szerepet kapott, és esélye sem volt, hogy megfelelő felvilágosítást, oktatást kapjon. Az ápolónak pedig az alapszükségletek kielégítésén kívül nem volt önálló jogköre. Szerencsére azonban napjainkban ez már nem elfogadott, az orvos-beteg kapcsolatban fontos a közös döntés, a páciens igényeinek figyelembe vételével. Az ápolás pedig személyre szólóan történik az ápolási terv alapján, és egyre növekvő önálló ápolói kompetenciában végezhető feladatokkal.

Az ápolás egyik ilyen önálló funkciója a betegek és családtagjaik oktatása. Nem elégti ki igényüket egy általános jellegű tájékoztató, egy prospektus, hanem személyre szabott oktatást igényelnek. Különösen nagy jelentőséggel bír mindez a stomával rendelkezők esetében, hiszen az életminőségük megőrzéséhez feltétlenül szükséges bizonyos új ismeretek elsajátítása. A betegoktatás, illetve ezzel együtt a rehabilitáció akkor lesz eredményes, ha a beteg érti, hogy mi az alapbetegsége, tudja, hogy emiatt milyen szövődményeknek van kitéve, és érti, hogy a szövődményeket hogyan tudja elkerülni. Fontos, hogy elnyerjük a beteg bizalmát ez által az együttműködését, majd kellő időt és energiát fordítsunk a betegoktatásra és a felvilágosításra.

Arra kell törekednünk, hogy a betegoktatás ne egyszeri alkalom legyen, hanem folyamat, melyben visszatérünk a már oktatott ismeretekre. Az oktatásnak mindig személyre szabottnak kell lennie, figyelembe véve a beteg életkörülményeit, előző ismereteit, életvitelét, illetve szükség esetén

bevonjuk családtagjait is. Nem minden beteg igényli az összes lehetséges információt, ezért meg kell határozni az egyes betegek információsükségletét.

Az osztályos ellátásra kell helyezni a hangsúlyt, mert a betegek jelentős részénél nincs igény a klubtagságra, ezért a jelenleg alkalmazott betegoktatáson változtatni kell.

MSc ápolóként részt kívánok venni a betegoktatás fejlesztésében. Ennek a fejlesztésnek mintájául szolgálhat a kanadai stomalap bevezetése. **(I. Táblázat)** Ezen a dokumentumon pontosan nyomon lehet követni a stomás beteg műtét előtti, intézeti és 6 héten keresztül az otthoni állapotát a stoma ellátására és a mindennapi életre vonatkozóan. A stomalap vezetése és a betegek nyomon követése természetesen a stomaterápiás nővér feladata lenne. A szakszerű munka elvégzésének elengedhetetlen feltétele stomaterápiás nővérek számának növelése, illetve feladatoknak csak a stomás betegek ellátására oktatására kellene koncentrálni, osztályos feladatok ellátására nem. Speciális feladatai lennének a sebészeti osztályon, a szakrendelésen és szükség esetén a beteg otthonában is.

A stomaterápiában fontos a holisztikus betegszemlélet és a multidiszciplináris együttműködés.

A felvilágosító jellegű egészségügyi oktatásban a megvalósítandó feladatok elsajátításához szükség van a beteg tudására, érzéseire és a cselekedeteire egyaránt.

Egy jól működő multidiszciplináris team munka garanciát jelenthet a megfelelő minőségű ellátás nyújtására.

Korunkban az átfogó rehabilitáció multidiszciplináris teamben történik, tervszerűen, együttesen, összehangoltan, egyénre szabottan, az érintett személy aktív részvételével.

Az átfogó rehabilitációnak szerves része a betegoktatás, melyre egyre nagyobb igény van mind a betegek, mind családtagjaik részéről. Mindezek figyelembevételével az intézeti betegoktatás fejlesztése szükségessé vált a team tagjainak bevonásával.

Nem becsülném alá azonban az öngyógyító csoportok tevékenységét sem, sőt minden stomás beteget tájékoztatni kell a klubok működéséről.

**I. Táblázat. Sztómalap**

**Sztómás nővér:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Beteg önállóságának szintje:** **F: Függő** **S: segítséget igényel** **Ö: Önálló**

Minimális követelmény, hogy a hazabocsátásig legalább az 1-4. pontokban leírtakat önállóan végezze a beteg. Ideális esetben az 1-20. pontokban leírt tevékenységeket is el tudja végezni segítséggel.

Otthonában folyamatosan önálló az 1-4. pontok elvégzésében. Kitűzött cél: az első 4-6 hét során teljes önállóság elérése.

Kezelés menete	Műtét előtt	Klini- kán	Otthon 1. hét	Otthon 2. hét	Otthon 3. hét	Otthon 4. hét	Otthon 5. hét	Otthon 6. hét
1. Stoma látványa, megérintése								
2. Üres zacskó								
3. Gáz kiszorítása a zacskóból								
4. Dezodoráló cseppek hozzáadása a zacskóhoz								
5. Rutincseréhez szükséges eszközök előkészítése								
6. Zacskó eltávolítása								
7. Stoma és stoma körüli bőr tisztítása								
8. Stoma körüli bőr megfigyelése								
9. Stoma körüli szőr eltávolítása (szükség esetén)								
10. Stoma mérése								
11. Alaplap kiszabása								
12. Perem kivágása								
13. Alaplap hátuljára paszta (szükség esetén)								
14. Bőr ellenőrzése (tiszta, száraz)								
15. Alaplap bőrre helyezése								
16. Zacskó ráillesztése								
17. Zacskó végének lezárása clippel								
18. Stomaöv használata (szükség esetén)								
19. Használt eszközök kidobása								
Egyéb								

Forrás: Ostomy care and management (guideline) (2009): Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). [http://www.mao.org/Storage/59/5393\\_Ostomy\\_Care\\_Management.pdf](http://www.mao.org/Storage/59/5393_Ostomy_Care_Management.pdf)

Ha utat tudunk mutatni a betegeknek, hogy a számukra legmegfelelőbb segítséget válasszák a betegségük leküzdésében és a

megváltozott énképük elfogadásában, akkor minden esély megvan rá, hogy aktív részesei legyenek társadalmunknak.

## Irodalomjegyzék

1. András, Cs., Ernyei, A., Szántó, J. (2007). Colo/rectális rák. Orvosi Hetilap, 148, 46, 2192-2195.
2. Deák, Gy. (2011). Bemutatkozik a Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesülete Nővér, 24, 1, 37-38.
3. Dubecz, S., Ifj. Dubecz, S. (1993). Az anus prae korszerű ellátása. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 20-22., 54-57
4. Dykes S.,L. (2010). Ostomies and stomal therapy, Hozzáférhető: 2012-02-12 [http://www.fascrs.org/physicians/education/core\\_subjects/2010/Ostomies\\_and\\_Stomal\\_Therapy\\_](http://www.fascrs.org/physicians/education/core_subjects/2010/Ostomies_and_Stomal_Therapy_)
5. Gaál, Cs. (szerk.): (2010). Sebészet. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.792-793.
6. Köves, I. (2007). Stomák terápiája. Rehabilitáció, 17, 3, 17-26.
7. Krouse, R. et al. (2007). Quality of life outcomes in 599 Cancer and non-cancer patients with colostomies. Journal of Surgical Research, 138, 1, 79-87. doi: 10.1016/j.jss.2006.04.033
8. Mahjoubi, B. et al. (2010). Quality of Life in Stoma Patients: Appropriate and Inappropriate Stoma Sites. World J Surg, 34, 147-152. doi :10.1007/s00268-009-0275-0.
9. Németh, L. (2006). Szociális munka csoportokkal, in: Kézikönyv szociális munkásoknak (szerk: Kozma Judit). Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, p. 335.
10. O' Connor, G., Coates, V., O' Neill, S.(2010). Exploring the information needs of patients with cancer of the rectum. European Journal of Oncology Nursing, 14, 271-277. doi:10.1016/j.ejon
11. Ostomy care and management (guideline) (2009): Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Hozzáférhető: 2012-02-12 [http://www.rnao.org/Storage/59/5393\\_Ostomy\\_Care\\_Management.pdf](http://www.rnao.org/Storage/59/5393_Ostomy_Care_Management.pdf)
12. Patrícia, A., Potter, A., Perry, G. (1996). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. p.55.
13. Schmidt, L. (2001). Élet és stoma. Magyar ILCO Szövetség Módszertani Kiadványa. 10-17.
14. Simmons, K.,L. et al. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. J Adv Nurs, 60, 6, 627-35.
15. Somogyi, A., Rosta, K. (szerk.):(2009). Felnőtt/oktatás a diabeteszben. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 34-36.
16. Szabó, M., Raskovicsné Csernus M., Deák Gy. (2009) „Hogyan élnek ők” – A sztómával élő betegek rehabilitációja. Nővér, 22, 2, 13-21.
17. Teleky, B.(2008). A rectum sebészete, Magyar Sebészet, 61, 6, 348-351.

## 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](mailto:nover@meszk.hu) címre beküldött pályázatokat a Szerkesztőbizottság bírálja el.

**A pályázatok beküldési határideje: 2012. május 31.**

Szerkesztőség

# Gratulálunk!

Kossuth Zsuzsanna, az első magyar főápoló születésnapjához kötődően, a Magyar Ápolók Napján 2012. február 17-én Dr. Réthelyi Miklós miniszter úr szakmai kitüntetésekkel adományozott.

*Kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként Pro Sanitate díjban részesült:*

**Németh Árpádné**, intézetvezető főnővér  
**Gliedné Tillmann Erzsébet**, ápolási igazgató

**Erdős Zsuzsanna**, diplomás ápoló  
**Bokorné Sike Erika**, osztályvezető főnővér

**Duló Attiláné**, ápolási igazgató-helyettes

*Nemzeti Erőforrás Miniszteri Dicséretben részesült eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:*

**Sághi Lászlóné**, osztályvezető főnővér  
**Szentesi István Sándorné**, járóbeteg-ellátási mátrixvezető asszisztens

**Sándorné Buda Ildikó**, intézeti diabetológiai szakápoló

**Krivánik Ferencné**, főnővér

**Simó Erzsébet**, diplomás ápoló

**Lakó András Csabáné**, főnővér

**Lehoczky János Róbertné**, csoportvezető asszisztens

**Korózs Sándorné**, intézetvezető főnővér

**Halászné Szilágyi Gyöngyi**, rendelőintézeti vezető asszisztens

**Héjasné Gyapai Judit**, ápoló

**Hajdu Miklósné**, ápoló

**Hadháziné Kertész Katalin**, osztályvezető ápoló

*A Nemzeti Erőforrás Miniszter Díszoklevele kitüntetésben részesült több évtizeden át végzett példaértékű tevékenységért, életmű elismeréseként:*

**Márton Tiborné**, gazdasági nővér

**Újszászi Istvánné**, ápoló

*A Nemzeti Erőforrás Miniszter Elismerő Oklevele elismerésben részesült felelősségteljes, példamutató munkájuk elismeréseként:*

a **Szent Rókus Kórház és Intézményei Krónikus Belgyógyászati Osztályának dolgozói**

**Bodor Istvánné**, **Boros Ildikó**, **Botos Margaréta**, **Csontosné Kenesei Beatrix**, **Hegedűs Józsefné**, **Molnár József**, **Molnárné Bartók Gyöngyi**, **Móré Tamara**, **Zsidi Zoltánné**

A miniszteri kitüntetések átadását követően Bugarszki Miklós a Magyar Ápolási Egyesület elnöke az Egyesület keretében az ápolás és az ápolók, valamint ápolói közösségek létrehozása érdekében kifejtett, kiemelkedő tevékenysége elismeréseként **Kossuth Zsuzsanna-díj** kitüntetésben részesítette

**Halmosné Mészáros Magdolnát** a békés megyei Pándy Kálmán Kórház ápolási igazgatóját,

**Neumayer Magdolna** a komlói Egészségcentrum Nonprofit Kft. ápolási igazgatóját.

Az ünnepségen a Magyar Ápolási Egyesület **Szócska Miklós** egészségügyért felelős államtitkárt **tiszteletbeli ápolóvá** fogadta.

# A műtéti izoláció protokoll szerinti alkalmazása a gazdaságosság tükrében

PÉCZELI András

## Összefoglalás

*A műtéti eljárás alapvető feltétele az asepsis és antisepsis szabályainak maradéktalan betartása. A beteg és a műtéti team izolálása, illetve beöltözése hosszú időre nyúlik vissza. Orvos nagyapáink fehérbe, apáink zöldbe burkolóztak, napjainkban pedig eljött az egyszer használatos izolálás alkalmazásának korszaka.*

*A szerző célja, hogy egy Megyei Kórház Központi Műtőjének munkáján keresztül bemutassa, hogy az egyszer használatos izolálás – megfelelően alkalmazva – költséghatékonyabb a textilizoláláshoz viszonyítva.*

*A szerző bemutatja az egyszer használatos izolálás alkalmazásának szakmai irányelveit, a bevezetés és alkalmazás fázisait. Költségelemzéssel bizonyítja, hogy a megfelelően alkalmazott egyszer használatos izoláló rendszer kevesebb anyagi megterhelést jelent az intézménynek, mint a korábban megtalálható textilizolálás.*

*Az egyszer használatos izolálással szembeni elvárásokat a mindennapok pozitívan igazolták, használatukra igény van.*

**Kulcsszavak:** egyszer használatos, izoláció, költséghatékony, textília

### Surgical isolation protocol and cost-effectiveness

András PÉCZELI

*A fundamental prerequisite for surgical procedure is full compliance with the rules on ensuring asepsis and antisepsis. The isolation and special clothing of the patient and surgical team has a long history. The doctors of our grandfathers' generation donned white, and those of our fathers' generation green clothing, while we now live in the age of the disposable isolation attire.*

*The author aims was to demonstrate, through the work conducted at the central operating theatre of a county hospital, how a disposable isolation solution – used properly – is more cost-effective than a textile-based isolation system.*

*The author introduces the professional guidelines for the use of a disposable isolation system, and the phases in its implementation and application. Through a cost analysis he proves that a properly used disposable isolation system represents a smaller financial burden for the given institution than the textile isolation systems used previously.*

*Disposable isolation systems have lived up to expectations in day-to-day use, and there is demand for their use.*

**Key words:** disposable, textile, cost-effective, isolation

Érkezett: 2012. február 22. Elfogadva: 2012. április 2.

## Bevezetés

Műtétet a medicina mindenkori állása szerint, indokolt esetben, a korszerű orvostudományak megfelelő módon szabad végezni. A műtét az aszepszis szabályainak megfelelően előkészített műtőben történik szervezett és fegyelmezett team munka keretei között.

Alapelv: a műtéti team tagjainak egészségi állapota, műtőbeli magatartása, illetve műtéti technikája a beteget fertőzés veszélyének ne tegye ki; továbbá a beteg úgy kell a műtőre előkészíteni, hogy szervezete minél ellenállóbb legyen a fertőzéssel szem-

ben, saját mikroflórája pedig minél kevésbé veszélyeztesse a sebet. Nem elhanyagolandó – szintén alapelveként említendő – a beavatkozás szigorúan aszeptikus módszere; a műszerek, kötszerek sterilitása; a műtét kíméletes technikája; a műtéti team fegyelmezett magatartása, melyek elősegítik, hogy a nyitott szövetek minél kevésbé fertőződhessenek (Mangram et al., 1999).

### Szervezeti egység bemutatása

Intézmény: Vas Megyei Markusovszky Kórház, Egyetemi Oktatókórház, Nonprofit Zártkörű Részvénytársaság

PÉCZELI András vezető műtősasszisztens, Markusovszky Kórház Zrt., Központi Műtőszolgálat, Szombathely  
Levelező szerző (correspondent): PÉCZELI András, elérhetősége: H-9700 – Szombathely, Markusovszky L. u. 5

**Szervezeti egység:** Központi Műtőszolgálat valamennyi manuális szakma – kivétel szívsebészet – részvételével.

## Célkitűzés

A cikk az egyszer használatos műtéti izoláció alkalmazását hivatott bemutatni fenti intézmény Központi Műtőjének munkáján keresztül úgy, hogy a rendszer felépülése folyamatosan kerül bemutatásra: a kezdetektől a protokollok alkalmazásának megvalósulásáig.

## Szakmai irányelvek

Az egyszer használatos textíliaval történő izolálást mindig előkészítő munka előzi meg – termék kipróbálás – amikor a rendelkezésre álló katalógusokból a cég képviselőivel együtt választjuk ki a számunkra megfelelő izoláló anyagokat.

### 1. Alapizolálás

Az egyszer használatos izoláló rendszerek bevezetésénél mindig az **I. táblázat** szerinti – általános sebészetben – alkalmazott alapizolálást kell kiindulásként alapul venni.

### I. táblázat: Alapizolálás eszközei hagyományos és egyszer használatos módszerekben

Hagyományos (aszepa dobozban)	Egyszer használatos
10 db műtői nagylepedő 10 db kompressz 4 db műtőkabát	1 db általános (univerzális) műtéti izoláló szett 4 db egyszer használatos műtőkabát

### 2. Az egyszer használatos izoláló rendszerek előnyei a szakdolgozók és a beteg oldaláról:

- ⇒ nedvszívó hatású anyagok, melyek nem engedik át a nedvességet, ezáltal maximálisan biztosítják az aszeptikus körülményeket a műtét kezdetétől a végéig
- ⇒ az öntapadás szél miatt a műtéti behatolás mentén megbízhatóan rögzíthetők
- ⇒ egy lepedő biztosítja a szükséges rétegvastagságot

- ⇒ nincs mosás, ezért a fertőzés továbbvitele ki van zárva
- ⇒ a gyárilag összeállított egységcsomagok kis helyen elférnek, melyek 5 évig sterilek
- ⇒ nem kell szervezni a textilhajtogatás, csomagolás, sterilizálás folyamatát
- ⇒ kevesebb szállítási folyamat, használat után nincs szennyes tárolás
- ⇒ nincs kapcsolat a mosodával, nincs leltárhíány
- ⇒ a szakdolgozók a textilhajtogatás és csomagolás helyett munkájukat célirányosabban tudják végezni
- ⇒ rövidebb izolálási idő → műtéti kapacitás kihasználása javulhat, kevesebb az állásidő
- ⇒ a műtét utáni takarítás is gyorsabb és higiénikusabb
- ⇒ a minőségbiztosítási rendszerbe illeszthető, pontos protokollok, gazdaságos
- ⇒ biztonságosan szállítható, nem sérülékeny, tárolásra és adagolásra alkalmas, minden szükséges információval ellátott kartondoboz
- ⇒ a steril, egyedi csomagolás nehezen sérül, könnyen nyitható és minden információval ellátott, kis súlya miatt kevesebb megterhelést jelent a mozgatónak

### Protokollok bevezetése

A kórház életében egy műtő működésének irányítása rendkívül összetett és bonyolult feladat. Az egyes feladatkörök összehangolása egy cél érdekében valósul meg, amely a beteg megfelelő műtéti ellátása, ezáltal gyógyulásának biztosítása.

A műtő életében a régóta alkalmazott és bevált szokások sokszor erőteljesen hátráltatják az új eljárások bevezetését és széles körű használatát.

Ez a megállapítás vonatkozik a mai kor elvárásainak megfelelő és minden igényt kielégítő egyszer használatos izolálás rendszerének bevezetésére is.

„A múlt, a jelen és a jövő” fogalmazódik meg akkor, amikor a műtéti eljárás során alkalmazandó eljárás továbbvitelén, korszerűsítésén dolgozunk.

Alapkövetelmény: naprakészen megfelelni műtéti eljárásoknak és folyamatosan fejleszteni az eddig alkalmazott technikákat.

Intézetünkben a következő problémák gyors és hatékony megoldása volt célunk: megnövekedett műtétszám, a mosoda ellátási nehézségei, a leltárhiány, a műtétek indításának akadálya (nincs megfelelő mennyiségű textília), az aszepta dobozok folyamatos javíttatása, a humán erőforrás csökkenése a Központi Sterilizálóban, a műtői textília folyamatos beszerzésének magas költségei, a műtetre kerülő és fertőzésben szenvedő (MRSA, Hepatitis, esetenként HIV, illetve Clostridium) betegek számának emelkedése.

Termékminták kipróbálása után egy „próba időszakot” követően költségelemzéseket végeztünk pozitív eredménnyel.

A munka érdemi része ezután kezdődött el, hiszen a közbeszerzési pályázat szakmai anyagát kellett elkészíteni.

Az egyszer használatos izolálás bevezetésekor a költséghatékonyság az egyik fő vezérvonal, ezért a pályázati kiírást úgy kellett elkészíteni, hogy ezen kritériumnak mindenben megfeleljen.

Első és legfontosabb lépés a szakma elképzeléseinek és szabályainak megfelelően protokollok kialakítása volt. (Gulácsi, 2000)

A kórház 2004. decemberében szerezte meg az MSZ EN ISO 9001:2001 Minőségirányítási rendszer (MIR); 2006. novemberében az MSZ EN ISO 14001:2005 Környezetirányítási rendszer (KIR) tanúsítást. Évek óta törekszünk minőségi szolgáltatás nyújtására.

A műtéti izoláció protokoll szerinti alkalmazása a Munkautasítások jegyzékében „Egyszer használatos izoláló rendszerek használata a műtőblokkban” címmel szerepel.

Az egyes műtét típusokhoz szükséges egyszer használatos izoláló rendszer mennyisége és típusa, a bevezetésre került protokoll szerint lett meghatározva.

A protokollban meghatározásra került az egyszer használatos műtéti izolálás:

⇒ Célja és alkalmazási területei

⇒ Hivatkozások

⇒ Az alapelv, mely szerint az egyszer használatos izolálás kizárólag gyári, bontatlan csomagolásban, steril állapotban kerülhet a műtőbe. Kerülni kell a hagyományos (textil) alapanyag keveredését a rendszer-

be, mert nem gazdaságos, a kétfajta izolálás rögzítése és kezelése eltér egymástól, a tárolási és sterilitási idők sem azonosak.

⇒ A humán- és tárgyi erőforrások a felelősségi körök meghatározásával

⇒ Az eljárás szakmai leírása a helyi gyakorlat szerint

⇒ Minőség-ellenőrzés – indikátorok, dokumentáció és a kommunikáció biztosítása (60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet).

Az egyszer használatos izoláló szettek és egyedi lepedők válogatásánál az általunk végzett műtét típusokhoz úgy rendeltük a megfelelő izoláló szettet, hogy az abban található termékek közül mind felhasználásra kerüljön és egy darab se menjen veszendőbe.

Törekedni kell a szettek tartalmának gazdaságos, ésszerű használatára, mert a fel nem használt izoláló anyagok újraszterilizálása tilos.

A komplett műtéti szettek kivül 14 féle kiegészítő terméket használunk az izolálás kiegészítésére. A műtét típusának megfelelően választjuk ki a *steril műtőkabátot*.

A személyzet beöltözéséhez egyszer használatos zsilipruha, műtéti sapka és maszk áll rendelkezésre.

A betegeket a műtőasztalra egyszer használatos betegingbe öltöztetve, egyszer használatos lepedőre fektetjük és egyszer használatos takarót alkalmazunk.

A dokumentálásnak köszönhetően a nyomon követhetőség kérdésköre is megoldódott.

A felhasználásra kerülő összes izoláló anyag törzsnnyilvántartásban szerepel, a napi kiadás mind a kiadó (műtő diszpécser), mind a felhasználó (műtő) oldaláról rögzített. Az intézet központi raktárából a műtői raktárba vételezett készletről havi raktárkészlet elszámolást vezetünk.

Az egyszer használatos izolálás teljes körű alkalmazása előtt a műtői szakdolgozók (műtőszasszisztens, műtősségéd) mindenre kiterjedő oktatáson vettek részt, amely az általános felhasználáson kívül kiterjedt a protokoll szerinti alkalmazásra is.

Az egyszer használatos izolálás elterjedésével a veszélyes hulladék száma emelkedett, ezért a hulladékkezelési szabályokról ismételt oktatás vált szükségessé.



## Költségelemzés

Az egészségügyi management számára a gyógyítás minősége mellett a szolgáltatások költsége is kiemelten fontos. A múltban lényegesen költségesebb megoldást jelentett az egyszer használatos izoláló rendszerek használata. Napjainkban a műtétek során használt hagyományos műtéti textíliák mosási, pótlási költsége konvergál – sőt túl is lép – az egyszer használatos műtéti izoláló szettek áraihoz.

A textília izolálás és egyszer használatos izoláló rendszerrel végzett műtétek közti különbség a költségek tekintetében:

A hagyományos (textil) izolálás költségei az alábbi tényezőkből adódnak össze:

Textília beszerzés + leltárhiány + selejt mennyiség + humánerőforrás + sterilizálás + mosoda + sterilizáló dobozok beszerzése, javítása, szűrőbetétjeinek és –papírjainak cseréje valamint indikátor szalagjainak pótlása + térdízületi endoscopus műtétek gyógyászati anyagainak költsége.

Egyszer használatos izoláló rendszerek tekintetében a költségek a szettek árából és a veszélyes hulladék kezelésének költségéből állnak.

A fentiek számszerűsítve a következőképpen jelennek meg egy átlagos hónap műtéti adatai alapján. A vizsgált időszakban (2010. év) 878 beavatkozás történt, összesen 1655 darab egyedi csomagolás felhasználásával, amely a **II. táblázat**ban feltüntetett eszközöket tartalmazza:

**II. táblázat: Egyedi csomagolás eszközei 2010-ben**

Megnevezés	Felhasznált mennyiség (darab)
Komplett műtéti szettek	782
Egyedi lepedők	459
Egyéb kiegészítők	414

A költségelemzést a fenti adatok alapján a **III. táblázat**ban foglalom össze. A táblázatból kitűnik, hogy az egyszer használatos izolálás összköltsége a vizsgált hónapban 18,87%-kal alacsonyabb a hagyományos izolálással felmerülő költségekhez képest.

**III. táblázat: Költségelemzés 2010. évre vonatkozóan**

Munkafolyamat	Eh. izoláló rendszer	Textília izolálás
Izoláló rendszerek beszerzése	3.400.062,- Ft	-
Textília beszerzése	-	94.776,- Ft
Leltárhiány	-	126.416,- Ft
Selejtezés	-	94.690,- Ft
Sterilizálási költség	-	2.527.200,- Ft
Humánerő-forrás költsége	-	830.360,- Ft
Veszélyes hulladék elszállítása	822.600,- Ft	666.338,- Ft
Mosási költség	-	670.450,- Ft
Egyéb költségek	-	195.052,- Ft
Végösszeg	4.222.662,- Ft	5.205.282,- Ft

A költségelemzésből látszik, hogy egy „átlagosnak” mondható hónapban 982.620,- Forint megtakarítás érhető el, amely éves szinten 11.8 MFt-ot meghaladó összeget mutat.

A költséghatékonyság és protokoll szerinti izolálás összefüggéseit az alábbi pontokban mutatom be:

- ⇒ az optimális és minimális szett kiválasztása
- ⇒ szükségtelen akár „egy fokozattal” nagyobb szett kiválasztása úgy, hogy abból felhasználás nélkül terméket a hulladékba dobjunk és „csak azért”, mert abban több termék található
- ⇒ kiegészítő termékekkel a szett költség-hatékonyan bővíthető
- ⇒ a műtét ún. „tisztasági fázisa” kiegészítő, egyedileg csomagolt termékekkel biztosítható.

### Nosocomiális költségelőny

A nosocomiális betegség az eredeti betegségtől független a kórházi kezelésből – jelen esetben műtéti tevékenységből – származó betegség, amely a műtéti textíliahasználat kapcsán lehet: sebfertőzés, allergia, pyrogen hatás, gyulladás, felfázás. (Infektológiai Szakmai Kollégium,

Magyar Kórházzövetség Infekciókontroll Szakbizottsága, Kórházi Minőség Fórum Infekciókontroll Irányelvfelkészítő Csoportja, Országos Epidemiológiai Központ, valamint az érintett szakmai kollégiumok, 2008)

Amennyiben hagyományos textilizolálást alkalmazunk, úgy több esetben szükség lehet antibiotikus kezelésre vagy reoperációra kényszerülünk, mely ugyancsak a költségeket emelheti.

## Következtetés

Az egyszer használatos izoláló szettek protokoll szerinti alkalmazásáig rendkívül fontos az alább felsorolt lépések folyamatos, egymás utáni végrehajtása:

Célkitűzés (bevezetendő feladat pontos

meghatározása) → Költséghatékonysági vizsgálat → Folyamatos bevezetés → Protokollok, adatlapok szerkesztése → Tender kiírása (szakmai anyag elkészítése) → Oktatás → Ellenőrzés → Folyamatos fejlesztés → Kapcsolattartás

Intézetünkben az egyszer használatos izolálás alkalmazását folyamatos továbbképzéseken, pontszerző rendezvényeken oktatjuk. A folyamatos fejlesztéssel egyidejűleg új műtési eljárások is megjelennek, melyek szükségessé teszik új műtési szettek bevezetését. Emiatt fontos, hogy az aktuálisan alkalmazott protokollok mindig igazodjanak a megújult eljárásokhoz.

A folyamatos fejlődés folyamatosan új protokollokat generál és ehhez kell igazodni valamennyi, a műtési munkacsoportban dolgozó munkatársnak.

## Irodalomjegyzék

1. 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről Visszakérés: [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A0300060.ESC](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300060.ESC) (letöltve: 2011.04.12.)
2. Gulácsi, L. (2000) *Minőségfejlesztés az egészségügyben*. Budapest: Medicina.
3. Infektológiai Szakmai Kollégium, Magyar Kórházzövetség Infekciókontroll Szakbizottsága, Kórházi Minőség Fórum Infekciókontroll Irányelvfelkészítő Csoportja, Országos Epidemiológiai Központ, valamint az érintett szakmai kollégiumok (2008) *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve: A műtési sebfertőzések megelőzéséről* Visszakérés: [http://www.oek.hu/docs/korhazi\\_jarvany/Muteti\\_sebfertozesek\\_megelozesrol.pdf](http://www.oek.hu/docs/korhazi_jarvany/Muteti_sebfertozesek_megelozesrol.pdf) (letöltve: 2011.04.12.)
4. Mangram A.J., Horan C.T., Pearson L.M., Silver L.C., Jarvis W.R. (1999). Guideline for prevention of surgical site infection *Infect Control Hosp Epidemiol*, 20(4), 247-278.



Termék. Tudás. Tapasztalat.  
Mindez kombinálható.

[www.combisensation.hu](http://www.combisensation.hu)

# Atrauman® Ag

Ezüst-tartalmú antibakteriális tulajdonságú kenőcsös kötszer.



OEP  
támogatott



- + Fémezüstöt tartalmaz.
- + Baktérium és gombaölő hatású.
- + Különböző eredetű fertőzött sebek esetén helyi antiszeptikus kezelésre.
- + Kiváló remanens hatás.
- + Sebkörüli bőr és sebszél egyidejű védelme.
- + Vágható.
- + Üreges sebbe is rakható.
- + Gyengén–erősen váladékozó sebeknél is alkalmazható.

## Javasolt terápia:



Atrauman® Ag



Medicomp

vagy



Zetuvit



Ominifix elastic

vagy



Peha-haft

HARTMANN-RICO Hungária Kft.  
2051 Biatorbágy, Budapest, Paul Hartmann u. 8.  
Telefon: +36 23 530 900 Fax: +36 23 530 905  
[www.hartmann.hu](http://www.hartmann.hu)

Mintaboltok:  
1136 Budapest, Hegedűs Gyula u. 45-47.  
9400 Sopron, Kőszegi út 5. KÖR-HÁZ  
5600 Békéscsaba, Andrássy u. 6.  
7633 Pécs, Szigeti út 77.

