

A 2002. évi 50%-os béremelés és tanulói társadalmi ösztöndíj hatása a szakdolgozói létszámellátottságra és létszámutánpótlásra észak-kelet Magyarország hat megyéjében

Szloboda Imréné ¹⁽¹⁾

ápolási igazgató, Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-rendelőintézet

Észak-kelet Magyarország hat megyéjére kiterjedő - kérdőíves módszerrel készült - vizsgálattal arra kerestem a választ, hogy ebben a régióban ténylegesen milyen hatást gyakorolt a 2002. évi 50%-os béremelés és a tanulói társadalmi ösztöndíj bevezetése a szakdolgozói létszámellátottságra és létszámutánpótlásra.

A vizsgálatban a hat megye fekvőbeteg-ellátó egészségügyi intézményei és egészségügyi szakképző iskolái vettek részt. Megállapítható, hogy a béremelés hatásai a vizsgált hat megyében napjainkig egyértelműen pozitívnak értékelhetők, hiszen az üres szakdolgozói álláshelyek – a béremelés előtti időszakhoz képest – mintegy 40%-kal, a fluktuáció közel 30%-kal csökkent.

*Az egészségügyi szakképzésre való beiskolázások elmúlt 8 évi tendenciáit vizsgálva jól érzékelhető a 2000-es évek eleji csökkenés, majd – az ösztöndíj rendszer bevezetése és a béremelés utáni – 2003-as nagyarányú emelkedés. Mindezek ellenére a szakképző iskolák véleménye szerint az ápolói pálya továbbra sem vonzó a fiatalok körében. A közeljövőben a hat megye várható pályakezdőinek száma – a 15-25%-os tanulói lemorzsolódást, és a 20-30%-os pályaelhagyást leszámítva – kb. 1/5-e lesz a felmerülő **minimális** igényeknek.*

Bevezetés

A médiákban időről-időre fellángol a hír a nővérhiányról, az e miatti osztálybezárásokról, és/vagy ideiglenes szolgáltatás-szüneteltetésekről. Ezzel párhuzamosan szakmai közlemények egész sora is foglalkozik az egészségügyi dolgozók létszámadataival, az ápolói pályaelhagyás okaival, illetve az egészségügyi pályát választó fiatalok beiskolázási számaival. Mindenütt egyöntetűen megállapítják, hogy a szakdolgozók száma a felmerülő igényekhez képest kevés, ugyanakkor utánpótlásuk is megoldatlan, az ápolói pályát választók számának meredek csökkenése miatt.

A mindenkori kormányzat, érzékelve a problémát, több intézkedést tett ennek a negatív trendnek a megállítására. Ezt hivatott szolgálni többek között, pl. az 50%-os béremelés, a tanulói társadalmi ösztöndíj bevezetése vagy a képzési támogatások rendszere is, melyek valós hatásáról szóló visszajelzések viszont igen ellentmondásosak. (6)

Ezért Észak-kelet Magyarország hat megyéjére kiterjedő vizsgálatommal arra kerestem a választ, hogy ebben a régióban ténylegesen milyen hatást gyakoroltak e kormányzati intézkedések a szakdolgozói létszámellátottságra és létszámutánpótlásra.

Vizsgálati módszer és minta

A vizsgálat kérdőíves módszerrel, az adatok idősoros elemzésével készült.

A vizsgálatban a hat megye (Nógrád, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár, Jász-Nagykun, Hajdú-Bihar) fekvőbeteg-ellátó egészségügyi intézményei és egészségügyi szakképző iskolái vettek részt. A kérdőívet a vizsgált terület 34 fekvőbeteg-ellátó egészségügyi intézetének 70,6%-a töltötte ki. Ezen intézetek ágyszáma adja a hat megye ágyszámának 68%-át (14 088 ágy). A válaszoló intézetek szakmai összetétele felöleli a fekvőbeteg-ellátó intézménytípusok teljes skáláját (1. táblázat).

Válaszoló egészségügyi intézetek

Egyetemi klinika:	1	1.945 ágy
Országos intézet	2	555 ágy
Megyei kórház	5	5.312 ágy
Városi kórház	13	5.930 ágy
Szakkórház	2	286 ágy
Egyéb	1	60 ágy
	24	14.088 ágy

1. táblázat – Válaszoló egészségügyi intézetek

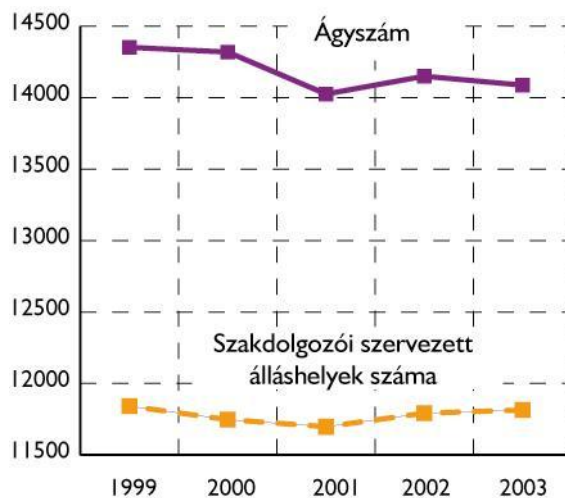
A hat megyében 9 egészségügyi szakképző iskola található. A kérdőívet valamennyien visszaküldték.

A fentiek alapján – és mivel a feldolgozott kérdőívek adatai között kiugró, nagy eltérést mutató intézetek nem voltak – megállapítható, hogy az adatok és következtetések a vizsgált területre reálisnak és általánosíthatónak mondhatók.

Eredmények

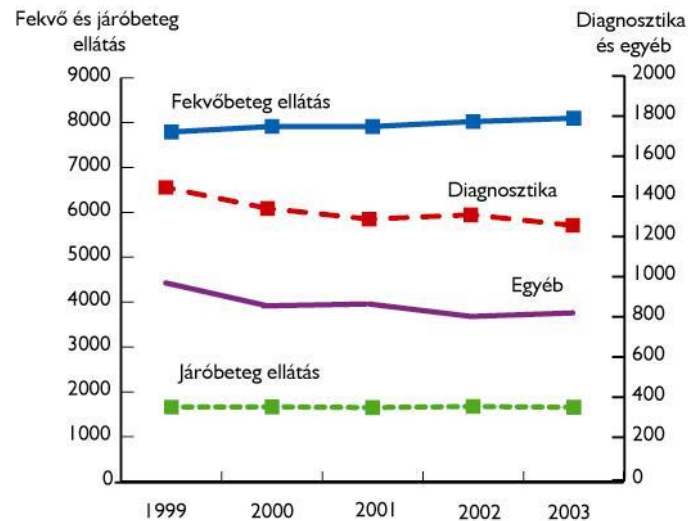
Fekvőbeteg-ellátó intézmények

Az elmúlt öt év ágyszám és szakdolgozói létszámadatait vizsgálva látható, hogy a válaszadó egészségügyi intézeteknek sem az ágyszámában, sem a szervezett szakdolgozói álláshelyeinek számában jelentősebb változás nem történt (1. ábra).



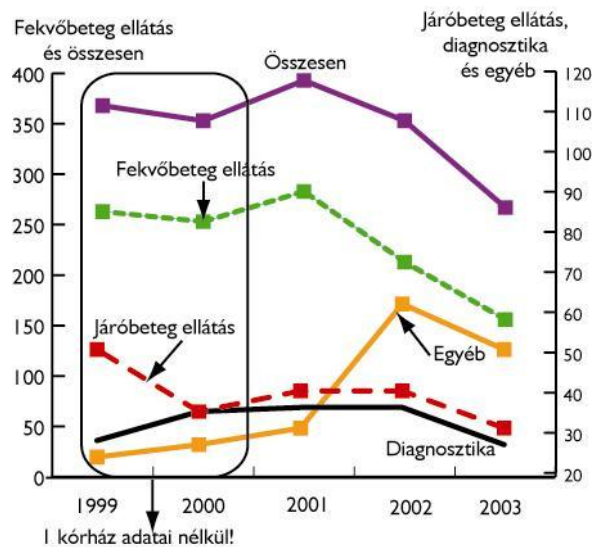
1. ábra – Ágyszám – szakdolgozói szervezett álláshely szám

Azonban ha a szakdolgozók, intézeteken belüli – egyes szakellátási formák közötti – megoszlását elemezzük, azt tapasztaljuk, hogy a vizsgált időszakban a fekvőbeteg-ellátásban egy minimális, mintegy 4%-os (306 fős) létszámemelkedés volt, a járóbeteg-ellátás létszáma szinte változatlan maradt, a diagnosztikai területeken viszont egy enyhe csökkenés észlelhető, melynek oka a vérellátás szervezetének átalakításában keresendő (2. ábra).



2. ábra – Szervezett szakdolgozói állások

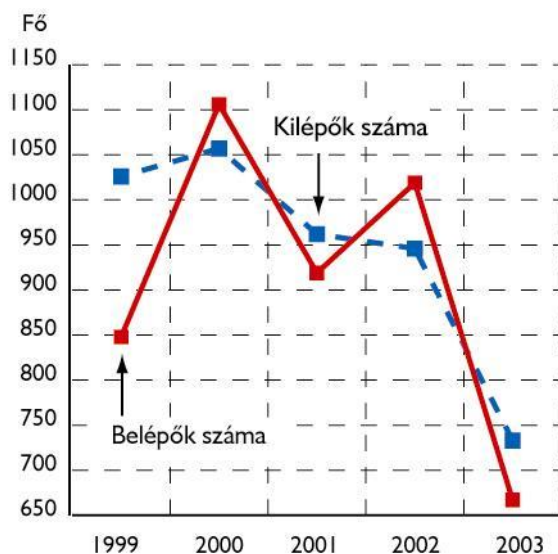
Az üres szakdolgozói álláshelyek számának idősoros összevetésekor kitűnik, hogy azok a béremelés után egyértelműen csökkentek (egy kórház 1999-re és 2000-re nem tudott adatot szolgáltatni) (3. ábra). A csökkenés a fekvőbeteg-ellátás területén a legnagyobb mértékű, ahol is 2003. december 31-én – a béremelés előtti időszakhoz képest – mintegy 40%-kal volt alacsonyabb a betöltetlen állások aránya.



3. ábra – Szakdolgozói üres állások (dec.31-i állapot)

A fluktuáció vizsgálatakor megállapíthatjuk, hogy a kilépő dolgozók száma az elmúlt 5 évből 3 évben is meghaladta a belépők számát, viszont a belépők számának erős ingadozása mellett a kilépők száma folyamatos csökkenést mutat. Ugyanakkor az is látható, hogy az utóbbi években a fluktuáció is jelentősen, mintegy 30%-kal csökkent (4. ábra). Ezt a tényt az intézetek ápolásvezetői is megerősítették, akik a béremelés érzékelhető hatásai között a második helyre rangsorolták a

pályaelhagyók számának csökkenését. Érdekes viszont, hogy az ápolói pályát korábban elhagyók visszatérése – ami egyik kifejezett célja volt a béremelésnek – csak a negyedik helyen szerepel az ápolásvezetői rangsorban.



4. ábra – Be-, kilépő szakdolgozók

		Quo vadis?		
Fekvőbeteg ellátás		2001.12.31.	2002.12.31.	2003.12.31.
Diplomás, egyetemi ápoló		254	270	312
Egyéb eü. főiskolai végzettségű		325	335	350
OKJ klinikai szakápoló		577	628	742
OKJ egészségügyi szakasszisztens		820	846	867
OKJ ápoló, gyermekápoló, szülésznő		1834	2118	2329
"Régi típusú" szakápoló		2402	2236	1946
Általános ápoló és asszisztens		1005	1034	991
Ápolási asszisztens, szakképzett s. ápoló		54	56	68
Szakképzetlen segédápoló		322	300	291
Műtősségéd szakképzett		183	202	202
Műtősségéd szakképzetlen		108	101	98
Különféle asszisztensek		89	86	83
Egyéb		4	5	12

2. táblázat – Beiskolázás alakulás 2001-2003 években (december 31-i állapot)

A fekvőbeteg-ellátás szakdolgozóinak szakképesítései az elmúlt három évben pozitív irányba, a magasabb szintű szakképesítések irányába mozdultak el (2. táblázat). Bár sajnálatos tény, hogy ebben a régióban a diplomás ápolók aránya csupán 3,8%, a főiskolai végzettségűek aránya mindösszesen is éppen csak 8% (7,98%), szemben a fejlett országok ez irányú adataival, ahol ma már az ápolószemélyzet körében a főiskolai végzettség szinte általánosnak mondható. (5)

Az viszont legalább elégedettséggel tölthet el bennünket, hogy az emelt szintű szakképesítéssel rendelkező un. OKJ-s szakdolgozók aránya mára már megközelíti az 50%-ot (47,5%).

A határozatlan idejű munkaszerződéssel alkalmazott ápolók között 3,5% (291 fő) a szakképzetlen munkatársak aránya. Ez a szám a gyakorlatban természetesen magasabb, mert a tartós távollévők pótlása szakképzett ápolók hiányában, a legtöbb intézetben szakképzetlen munkavállalókkal történik. Azonban a mai kor megkövetelte minőségi igények kielégítése, a korszerű orvostechnikai eszközök kezelése, a diagnosztikus és terápiás eljárások fejlődése megköveteli vagy valamilyen szintű képzésüket, vagy minőségi cseréjüket.

A szakma jövője szempontjából alapvető faktor az ápolók korcsoportok szerinti megoszlása, melyből a közeljövő létszám-utánpótlási szükségleteire próbálunk következtetni. A fekvőbeteg-ellátás szakdolgozóinak korcsoportos vizsgálatakor az tapasztalható, hogy a derék hadat a 31-50 éves korosztály alkotja. Az 50 év feletti aránya 13%, ebből közvetlenül nyugdíj előtt áll 4,6% (371 fő). Ez önmagában talán nem tűnik túl nagy számnak, de a későbbiekben a várható pályakezdők számát elemezve sajnos már az lesz.

Napjainkban egyre gyakrabban hallani, hogy – mivel az ápolás nyugaton is köztudottan hiányszakma –, az EU-konform diplomával rendelkező ápolók körében 2004. májusa után fel fog erősödni a munkaerő elvándorlás, ami az előre jelezhető létszámproblémákat tovább fogja súlyosbítani. Tény: ebben a hat megyében a válaszadó 24 intézet közül, ma még mindössze két kórház rendelkezik ez irányú konkrét információkkal. Ebből a két intézetből is az ápolásvezetők értesülései szerint jelenleg csak kb. 13 fő az, aki nyugaton kíván munkát vállalni. A vizsgált terület tíz kórházában az EU országokbeli munkavállalás iránt nem érdeklődnek különösebben a szakdolgozók, 12 kórház ápolásvezetői viszont semmilyen ilyen jellegű információval nem rendelkeznek.

Az eddigiek alapján úgy tűnik, a béremelés az ápolók létszámgondjait megoldotta. Hiszen sem a 156 üres állás, sem a várható 371 fő nyugdíjba vonulása, sem a 291 fő szakképzetlen dolgozó pótlása nem látszik megoldhatatlan problémának. Mára már „megoldódott” a korábban kezelhetetlen – ebben a 24 intézetben 1294 főt (!) jelentő – létszám-minimum hiány is, mivel az új minimumfeltételekben (15/2004. (III. 8.) ESZCSM rendelet) 15 ágy felett, számszerűsített személyi feltétel nem szerepel. Viszont már ma előre látható további létszámnövelő tendenciaként jelenik meg:

- az Európai Bíróság ítéletének hatása az ügyeletek munkaidő tartamáról, (hiszen a kisebb ügyeletes orvosi létszám, egyértelműen megköveteli a magasan kvalifikált ápolók számának növelését);
- az alacsony, a vizsgált kórházakban döntően 1:3, 1:3,5 orvos-ápoló arány, ami messze alatta van a fejlett országok 1:8, 1:10 arányának (5);
- és akkor a minőségi, a szakmai (pl. továbbképzések miatt kiesők pótlása) és nem utolsó sorban a betegektől elvárások megkövetelte létszámbővítésről még nem is beszéltem.

Egészségügyi szakképző iskolák

Az egészségügyi szakképzésre való beiskolázások elmúlt 8 évi tendenciáit vizsgálva jól érzékelhető a 2000-es évek eleji csökkenés, majd a 2003-as nagyarányú emelkedés. A beiskolázási szám emelkedésére bizonyosan pozitív hatással volt a 2000-2001-es tanévben bevezetett havi 15 000.- Ft-os tanuló-társadalmi ösztöndíj rendszer, amit a 2002. évi egészségügyi béremelés tovább erősített (3. táblázat).

Szakképző osztályok induló létszámai

Ösztöndíj

Quo vadis?

	1996.	1997.	1998.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.
OKJ ápoló 2 év	76	148	65	76	30		16	33
OKJ ápoló 3 év	191	112	129	95	148	146	117	202
OKJ gyermekápoló	22	54	51	63	70	69	31	72
OKJ szülésznő	55	65	33	93				
OKJ ápolási asszisztens					34	65	86	74
Összesen	344	379	278	327	282	280	250	381

3. táblázat – Szakképző osztályok induló létszámai

Mindezek ellenére a szakképző iskolák véleménye szerint az ápolói szakma továbbra sem vonzó a fiatalok körében. Ennek okaiként

- a folyamatos munkavégzést,
- az alacsony létszám miatti fokozott fizikai és pszichés munkaterhelést,
- az egy ápolóra jutó 20-30 fős betegszámot,
- és az alacsony társadalmi és szakmai presztízst, valamint bérezést jelölték meg.

Az 1996-97-es tanévtől a 2000-2001-es tanévig terjedő időszak évfolyamainak kezdő és végzős hallgatói összesített létszámait elemezve megállapíthatjuk, hogy sajnos a tanulmányaikat megkezdett fiatalok 15-25%-a lemorzsolódott. A lemorzsolódás a két éves OKJ ápoló képzésben résztvevők körében a legalacsonyabb, ami valószínűleg az előzetes pályaeorientációs képzésnek köszönhető (4. táblázat).

Kezdt - vgzett hallgtók aránya

Vizsgált idősztak (induló tanévek):

1996-97. tanévtől → 2000-01. tanévig

	Vgzettek aránya	Lemorzsolódottak aránya
OKJ ápoló 2 év	86,6 %	13,4 %
OKJ ápoló 3 év	77,3 %	22,7%
OKJ gyermekápoló	79,2 %	20,8 %
OKJ szülésznő	74,8 %	25,2 %

4. táblázat – Kezdt – vgzett hallgtók aránya

A lemorzsolódások okaiként a szakképző iskolák elsősorban a tanulók képességeit meghaladó, magas követelményszintet jelölték meg. Második helyen a családi szociális problémák, azaz a férjhez menetel, a gyermekszülés, harmadik helyen pedig a munkavállalás szerepel. Többen felvetették a képzés hosszát is, nemcsak önálló okként, hanem az előzőek mögött meghúzódó okozatként is.

A viszonylag magas lemorzsolódás mellett sajnálatos tény az is, hogy a vgzett fiataloknak csupán 70-80%-a helyezkedik el az egészségügyben, a többiek vagy továbbtanulnak, vagy nem egészségügyi területen vállalnak munkát.

Meglepő képet mutat a tanulmányi társadalmi ösztöndíjban részesült tanulók aránya. A vizsgált kilenc iskolából két iskola tanulóival még egyetlen esetben sem kötöttek ösztöndíjszerződést! Az ösztöndíjat kapó hallgtók száma – egy képzési formát és két tanévet kivéve – még a 20%-ot sem érte el (5. táblázat).

Quo vadis?

Tanulói társadalmi ösztöndíjban részesült hallgatók

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
OKJ ápoló 2 év	- 0 %	- 0 %	16 fő 100 %	16 fő 33 %
OKJ ápoló 3 év	59 fő * 18 %	67 fő * 19 %	57 fő 15 %	53 fő 11 %
OKJ gyermekáp.	13 fő * 10 %	19 fő * 12 %	13 fő 8 %	5 fő 3 %

* 1 iskola adatai nélkül

5. táblázat – Tanulói társadalmi ösztöndíjban részesült hallgatók

A kelet-nyugati migráció az ápoló tanulók körében egyre növekvő tendenciát mutat, hiszen a beiskolázottak között a 2000-es évek elejétől fokozatosan nő a kelet-európai országokból – Romániából, Ukrajnából, Szlovákiából – származó hallgatók száma (6. táblázat).

Quo vadis?

Ápoló tanulók közül külföldi állampolgár

1998-99. tanév	4 fő	→	3,1 %
2001-02. tanév	5 fő	→	3,4 %
2002-03. tanév	20 fő	→	17,1 %
2003-04. tanév	36 fő	→	17,9 %

**Végzés után
az EU országokban kíván munkát vállalni
5 % - 32 %**

6. táblázat – Ápoló tanulók közül külföldi állampolgár

A végzés utáni EU tagállamokban való elhelyezkedési szándék a tanulók körében már egyértelműen nagyobb arányú – 5%-32%-os –, mint dolgozó kollégáiknál. Véleményem szerint ennek egyik oka elsősorban a nyelvet ismerők nagyobb arányában keresendő.

A közeljövőben a hat megye várható pályakezdeit mutatja a 7. táblázat. A már említett 15-25%-os lemorzsolódást, és a 20-30%-os pályaelhagyást leszámítva megállapíthatjuk, hogy a tényleges pályakezdeők száma kb. 1/5-e lesz a várható *minimális* igényeknek, azaz a jelenlegi szervezett állásokból és nem a jövőbeni feladatokból adódó/következtethető létszámhiánynak. És ez az arány, nagyon aggasztó. (A létszámszükséglet és létszámutánpótlás meghatározása a vizsgált területről válaszoló kórházak és szakképző iskolák adatai alapján történt, ahol az adatforrás a fekvőbeteg-ellátó intézetek 70% -a, és az iskolák 100%-a volt!)

Félő, hogy ilyen előrejelzések mellett, a jövőben az ápolás az Istenes Szent János Betegápoló Rend Alkotmányában, még 1890-ben megfogalmazott legalapvetőbb funkcióját sem fogja tudni betölteni, azaz azt hogy: „A betegszobákban mindig legyen néhány testvér, akik éjjel-nappal ügyeljenek arra, hogy a betegek minden szükségükben segítve legyenek.”

	2004.	2005.	2006.
Ápoló	162	150	202
Gyermekápoló	69	31	72
Ápolási asszisztens	86	74	?
Összesen	317	255	274
Lemorzsolódás – 20%	254	204	219
Pályaelhagyás – 25%	190	153	164

7. táblázat – Pályakezdeők várható száma

Következtetések

A béremelés hatásai a vizsgált hat megyében napjainkig egyértelműen pozitívnak értékelhetők. Itt sikerült megállítani, esetenként visszafordítani a kedvezőtlen pályaelhagyási folyamatokat. A jövő előrejelzései azonban lehangolóak. Nagyon sürgős, a helyzet tartós jobbítását célzó humán erőforrás stratégiák kidolgozása az egészségügyi, az oktatási és a munkaügyi tárcák szorosabb koordinációjával. Mégpedig addig, amíg a rendszer működőképes és a folyamatok visszafordíthatók. Ha az ápolói hiány kritikussá válik, beláthatatlan következményeket vonhat maga után.

Köszönetnyilvánítás: megköszönöm a kérdőívet kitöltő egészségügyi intézetek és szakképző iskolák felmérés elkészítéséhez nyújtott segítségét.

Irodalom

1. Brandtmüller I. és Papp P. (2002). Létszám és bérhelyzet a Dunántúlon. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 40. 442-445.
2. Gyurisné Pethő Zs. (2002). Az ápolás humán erőforrás kérdései. Nővér, 15. 18-22.

3. Kajtor E. (2003). A magyar egészségügy humánpolitikai helyzete. Egészségügyi Gazdasági Szemle 41. 49-54.
4. Pap Mátyásné. (2000). Egy ápolói felmérés tanulságai. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 38. 310-314.
5. Semjén A. (2000). Van-e „orvostúltermelés” Magyarországon? Egészségügyi Gazdasági Szemle, 38. 287-297.
6. Vízvári L. (2003). „Népvándorlás” a XXI. században az egészségügyi dolgozók körében. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 41. 38-4

[Vissza a tartalomhoz](#)

A kiégés jelenségének vizsgálata dializáló ápolók körében

Szemlédy Ida

*egyetemi okleveles ápoló hallgató, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
EuroCare Magyarország Rt. 14. sz. dialízis központ*

***A vizsgálat célja:** feltárni a kiégés szindróma előfordulásának gyakoriságát a krónikus betegekkel foglalkozó dializáló ápolók, illetve akut betegekkel foglalkozó ápolók között. Megvizsgálni, hogy milyen mértékben sújtja az ápolás különböző területein dolgozókat a fizikális, pszichológiai kimerültség, illetve feltárni, hogy a vizsgálatban részt vett ápolóknál a munkahelyi társas-támogatás mértéke, a csapathatékonyaság jellege összefüggésbe hozható-e a kiégés szindróma megjelenésével.*

***Vizsgálati módszer és minta:** a vizsgálatban a kiégés szindróma felmérésre nemzetközileg érvényesített kérdőívet használtam, amit a fizikális, pszichológiai kimerültség és csapathatékonyaság mérésével egészítettem ki. A felmérés az EuroCare Rt. hálózatán belül dolgozó dializáló ápolók körében, valamint a Pest Megyei Flór Ferenc kórház ápolói, illetve végzős egyetemi ápoló hallgatói között végeztem el.*

***Eredmények:** a vizsgálatban részt vett ápolók között nagymértékben fordult elő a fizikális, pszichológiai kimerültség, és a kiégési szindróma. A munkahelyi csapathatékonyaság jellege jól korrelált a kiégés megjelenésével, azonban ez a munkahelyi társas-támogatásra nem volt érvényes.*

***Következtetések:** a vizsgálati eredményekből kitűnt, hogy az állami illetve privát szférában dolgozó ápolók között egyaránt nagymértékben fordult elő a kiégés szindróma. Az ápolókat nagymértékben sújtja a fizikális kimerültség, a munkájukból fakadó pszichés megterhelés és ennek következtében kialakuló érzelmi kimerültség-elszivárosodás. Mindezek mellett a vizsgálatban részt vett ápolók nagy többsége rossz csapathatékonyasággal működő munkahelyen dolgozik, ami szintén nagy befolyással bír a kiégés kialakulásában.*

A probléma ismertetése

Az ápolók munkájuk során az élet legsérülékenyebb, legintimebb legkiszolgáltatottabb pillanataiban kerülnek kapcsolatba a beteg emberrel. A születés, halál, az öröm és szenvedés, az egészség és betegség közepette az ápoló olyan mély kapcsolatba kerül a beteggel, amely nagy jelentéssel bír, és kihat a segítő életére is. A beteg emberek gondozása, ápolása, lelki vezetése stresszel telített munka. A túl sok stressz rontja az ítélőképességet, testi és lelki betegségeket okoz. A stressz nagy része az ápoló munka jellegéből fakad, mint pl. a több műszak szükségessége, az ügyeleti rendszer, a nagyfokú felelősség és adaptációs készség, a fizikai és pszichikai szempontból megerőltető munka.

A stressz és a következményes kiégés tehát sajátosan nyilvánul meg az ápoló hivatásban. Olyan munkakörrel van szó, amelyben a stressz következményes hatása a munkateljesítmény romlásában nem megengedett, hiszen maga a beteg ember, az emberi élet válhat az „ápolás oltárán”.

A kiégés – mint tudjuk – fertőz. Nem csak az egyént érinti, s nem csak az egyénben hagy nyomot. A kiégés futótűzként terjed a kórházi vagy egészségügyi személyzet egyik tagjáról a másikra. A pályakezdő, lelkes – de sokszor még tapasztalatlan – kollégák sokszor elsőként ezt kapják örökül munkatársaiktól. A kiégés a munkaközösségen túl a családban, a társas kapcsolatokban is nyomot hagy. Veszélyezteteti az ápoló-beteg kapcsolatot, rontja az ápolás minőségét. A legnagyobb problémát az jelenti, hogy az eddig is társadalmilag kevésbé megbecsült szakma presztízsének megítélését a kiégés jelensége, problematikája még sötétebb színben tünteti fel.

A kiégés megfelelő képzéssel és felkészültséggel megelőzhető és a kezdeti stádiumában a kiégés jelenség még visszafordítható szakszerű segítségnyújtással. A kiégés megelőzése, korai felismerése jótékony hatással van az ápolás minőségére, az egészségügyi intézmény külső megítélésére. Az idejében megtett és megfelelő intézkedések következtében csökken a gyógyításból, munkahelyi hiányzásokból eredő költség, többlet energiák jelenhetnek meg. Javul a munkaköri légkör, morál, az intézménnyel szembeni attitűdök, és munkatársak közötti kapcsolat.

A kiégés megelőzésére általában az adott intézmények szervezett keretein belül nincs lehetőség. Valószínűtlen, hogy az ápoló önerőből, saját keresetéből erre anyagi áldozatot tudjon fordítani. A kiégés éppen ezért gyakori jelenség az egészségügyben, ugyanakkor nagyságáról nincs pontos elképzelésünk. Ez a kutatás arra keresett választ, hogy milyen gyakorisággal észleljük a kiégés előfordulását ápolók körében, és a kiégést a munkahelyi tényezők, emberi adottságok hogyan és milyen mértékben befolyásolják.

A kiégés szindróma elméleti háttere

Herbert J. Freudenberger (1974) pszichoanalitikus, aki önségítő közösségek tagjainál, krízisintervenciós központok, egészségügyi intézmények dolgozóinál figyelte meg és írta le a kiégés jellegzetes tünetegyüttesét. A kiégés jelenségét a következőképpen definiálta: „A szindróma krónikus emocionális megterhelések, stressz nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerültség, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.”

Maslach (1982) kutatásai válaszvonalat jelentettek a kiégés vizsgálatában, mivel arra a felismerésre vezettek, hogy többdimenziós jelenségről van szó. Maslach modelljének középpontjában a kiégés következő meghatározása áll: „A tünetegyüttes egy krónikus érzelmi és interperszonális stresszfolyamatokra adott válaszreakció”. Bár egyéni stresszérzékelésről van szó, az csak a munkahely szervezeti, a társas kapcsolatokat is magába foglaló kontextusban értelmezhető. Az érzelmi kimerülés, az energiavesztés érzése mellett az új modell kiemelte az elszemélytelenedést, ami gyakran a kimerültség következtében, énvédő funkcióként lép fel. Az elszemélytelenedés együtt jár a munkába vetett hit megrendülésével, súlyosabb esetben pedig a cinizmus és elszemélytelenedés következik be. A személy és kompetencia érzésének csökkentése pedig a hatékonyság romlásába, sőt akár alacsony önértékelésbe és depresszióba torkollhat. Maslach és munkatársai a jelenség leírásán túl az okok feltárását is hangsúlyozták.

A kiégés szindróma kialakulásának hajlamosító, befolyásoló tényezői

A kiégés kialakulása egyrészt egyéni, személyiség, képesség, készségbeli, másrészt munkaszervezeti tényezők hajlamosíthatják. A hatótényezők osztályozásánál ezeket figyelembe véve, megkülönböztethetünk belső és külső tényezőket.

Belső tényezők

A segítő foglalkozású emberek általában fejlett empátiás készséggel rendelkeznek, fogékonyabbak más emberek gondjai, problémái iránt, és segítő szándékukból adódóan igyekeznek támaszt nyújtani az elesett, segítségre szoruló társaiknak. Hivatástudatuk - legalábbis kezdetben – meglehetősen nagy, s ennek megfelelően a pályájukkal, pályatársaikkal és saját magukkal kapcsolatos elvárásaik is. Minél nagyobb ez a hivatástudat, annál hamarabb érheti őket csalódás, és annál előbb sújthatja őket a kiégés. A gyakori, irreálisan magas elvárások és valóság között húzódoó éles szakadék csalódást, törést okoz a pályakezdő segítőnek.

Külső tényezők

A külső tényezők rendkívül széles skálát mutatnak. Elsőként a stresszt említem. Stressztényező például a hosszú időn keresztül történő foglalkozás krónikus kliensekkel, a lelki megterhelést okozó szituációk, az állandósult döntési helyzetek. Hajlamosító tényezőnek tekinthető még:

- Nem megfelelő munkakörülmények, pl. ha egy segítőnek, ápolónak több ember munkáját kell elvégeznie, tartósan erőn felül kell teljesítenie. Ha a munkájához szükséges eszközök, tárgyi feltételek nem adóttak, ha lehangoló a környezet, a munkahely.
- Kevés motiváció a munkában, kismértékű munkahelyi megelégedettség, ami csökkent teljesítményhez vezet. Például a továbbképzés hiánya, a szakmai megbecsülés hiánya, anyagi, erkölcsi elismerés, pozitív értékelés hiánya.
- A munkahelyi felelősség, a kompetencia szintek, a munkaköri feladatok tisztázatlansága. Ezen ismeretek hiányában feszültté válhat a munkahelyi légkör. A megromlott kapcsolatok minősége elszemélytelenedést hoz magával.
- A munkahelytől és személyiségtől függő hajlamosító tényezőkön túl sokszor súlyosbíthatja a kiégést a társas-támogatás hiánya, az elmagányosodás és a magánéleti problémák, konfliktusok.

A kiégés tünetei, jellemzői

Az érintetteknel a kimerülés testi, szellemi, érzelmi és magatartásbeli területen jelentkezik.

Lelki kimerülés

A segítőben megkérdőjeleződik a szakmai és személyes kompetenciája, alkalmatlannak érzi magát az ápolói hivatás gyakorlására. Elbizonytalanodik, értéktelennek érzi magát. Állandó szorongás gyötri, később közönyössé vagy cinikussá válik. Szomorúság, lehangoltság, illetve labilis lelki egyensúly jellemzi az ápolót. A segítőnél előfordulhat az érzelmi reakciók áthárítása, így megjelenhet a büntudat, csökkent önértékelés, önsajnálát. A lelki kiégés ideje alatt a segítőt, az ápolót a csökkent érzelmi terhelhetőség, keserűség érzése, kihaltság és üresség érzése kerítheti hatalmába. Jellemző még a gyakori sírás hajlam, nyugtalanság, megmerevedés érzése, fatalizmus. Súlyosabb helyzetben megjelenhet a teljes apátia, öngyilkossági gondolatok, késztetések.

Testi kimerültség

A kiégés kezdeti szakaszára jellemző a fokozott erőbedobás, így hiperaktivitás, a többletmunka vállalása, túlórázás. A fokozott fizikai igénybevétel elkerülhetetlen következménye a testi kimerültség. Majd a fokozott erőbedobást követően krónikus fáradtság, gyengeség, alvászavar jelentkezik, a fejfájás és az izomfájdalmak különösen jellemzők. Megváltozhatnak az étkezési szokások, kifejezett a testsúlyváltozás, betegségek támadhatják meg a kiégett ápolót. Nagyobb valószínűséggel fordulnak elő munkahelyi balesetek. Jellemző még az egészségkárosító magatartások megerősödése, így a dohányzás, fokozott alkoholfogyasztás vagy narkománia. Megjelenhetnek, továbbá pszichoszomatikus tünetek, így előfordulhat hasmenés, hányás gyomor- és gerincfájdalom, szexuális problémák. Nem ritka a szív- és érrendszeri problémák, mellkasi szorító fájdalom, szapora pulzus, légzési nehezítettség, ideges rángások.

Szellemi kimerültség

A szellemi kimerültség, kiégés elkerülhetetlen velejárója a kognitív teljesítőképesség leépülése. Jellemző tehát a koncentráció - és emlékezeti gyengeség, pontatlanság, szervezetlenség, döntési bizonytalanság. Figyelmetlenség, feledékenység, szétszórtság jellemző még a segítőre, a kiégett személy összezavarodott lesz, akár megbízhatatlanná is válhat. Az ápoló munkavégzése csak az erőírások erejéig tart. A kreativitás leépülése maga után vonja a csökkent fantáziát és flexibilitást.

Magatartásváltozás

A kiégett, túlterhelt, kimerült ápoló magatartásában változások következhetnek be. A kezdeti lelkesedés után a segítő egyre nagyobb távolságot tart fenn a kliensekkel és a kollegákkal. Nem ritka a kliensek, kollegák előli bujkálás, menekülés sem. A segítő – segített kapcsolatban súlyponteltolódás következhet be a segítségértől a felügyelet irányába. A kiégett ápoló hideggé válik, elveszíti empátiás

képességét, képtelenné válik mások problémáinak meghallgatására. A kiégett ápoló magatartásában cinizmus, sztereotip gondolkodás is megjelenhet, agresszivitás is felbukkanhat. Emiatt szemrehányóvá, türelmetlenné válik. Az agresszív ápoló gyakran ingerült, bizalmatlan, gyakran kerül konfliktus helyzetekbe másokkal. A kiégett személy negatív beállítódást alakít ki önmagával, a munkával és általában az élettel szemben is. A kiégett ápolóra jellemző lehet az elszemélytelenedett magatartás megjelenése.

A kiégés szindrómát Brodsky és Becker négy fázisba sorolta. Az **idealizmus** szakaszát a nagy lelkesedés a szakmáért, a kliensért való intenzív fáradozás, a kollégákkal való élénk kapcsolattartás jellemzi. Az ápoló nagy szakmai elhivatottságot érez, élénk munkahelyi kapcsolatokat tart fenn mind szakmai, mind személyes vonatkozásban. A *stagnálás* szakaszában a kreativitás és érdeklődés csökken, klienseivel a minimálisra korlátozódik az ápoló kapcsolata, s a kollégáival való érintkezéstől is visszahúzódik. Csökken a segítő teljesítőképesége, érdeklődése, nyitottsága. A kollégákkal való beszélgetések gyakran terhesek, vagy csupán a saját védekező viselkedés megerősítését szolgálják. A *frusztráció* szakaszában a segítő kétségbe vonja önmaga szakmai tudását, kompetenciáját. A klienst egyre idegesítőbbnek érzi, egyre több negatív vonást, változást fedez fel benne. A beteggel kialakított kapcsolatban a megengedő és a tekintélyelvű stílus ingadozik. Jellemző még a szakmai, közéleti tevékenységtől való visszavonulás, annak értelmetlensége és üresség érzése miatt. Kétségbe vonódik a saját tudás és a hivatás értelme és értéke. Az utolsó szakasz az *apátia*. Legjellemzőbb erre a szakaszra a rutin és sematizmus. Minden kapcsolat a legszükségesebb szintre korlátozódik, miközben élénk „belső” munka zajlik, mely során a segítő saját helyzete megváltozásán gondolkodik. Minimumra korlátozódik a klienssel való interakció, sőt akár ellenségessé is válhat. A segítő a kollégákat kerüli, a kialakult helyzet megváltoztatásának lehetőségét elveti.

A kutatás célja

A kutatás célja volt feltárni a kiégés szindróma előfordulásának gyakoriságát a krónikus betegekkel foglalkozó dializáló ápolók, illetve akut betegekkel foglalkozó ápolók között. Megvizsgálni, hogy milyen mértékben sújtja az ápolás különböző területein dolgozókat a fizikális, pszichológiai kimerültség, illetve feltárni, hogy a vizsgálatban részt vett ápolóknál a munkahelyi társas-támogatás mértéke, a csapathatékonyaság jellege összefüggésbe hozható-e a kiégés szindróma megjelenésével.

Módszerek és minta

A kutatáshoz kérdőíves felmérést, az egyik legelterjedtebb eszközt használtam. A kérdőív Maslach és Jackson által szerkesztett, MBI (Maslach Burnout Inventory) névre hallgató eszköz. Vizsgálatom során az elemzésekhez matematikai statisztika módszereket alkalmaztam.

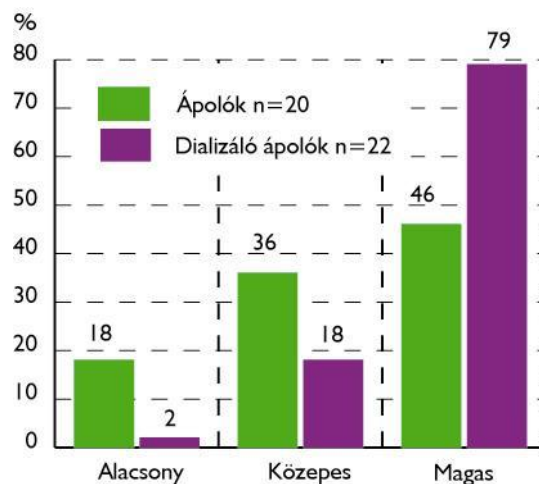
A kiégési jelenségének kialakulását több tényező befolyásolja, így többek között az érzelmi kimerültség, személyiségéből fakadó tényezők, és az elszemélytelenedés. A felméréshez használt kiégés kérdőív az előbbieken felsorolt három tényezőt külön-külön elemzi, majd e tényezők alapján lehetőséget ad a tényleges kiégés előfordulási gyakoriságának megállapítására. Az MBI kérdőív három kategóriát állít fel, megfelelő ponthatárokkal a kiégés mértékének értelmezésére. Így az MBI kérdőív segítségével meg tudjuk határozni, hogy valaki kismértékben, közepesen vagy nagymértékben „égett-e ki”. A kérdőív tartalmaz egy, a kiégés jelenségével szoros kapcsolatban álló munkahelyi szociális támogatottság, illetve csapathatékonyaságot mérő tesztet is.

A vizsgálatot az EuroCare Magyarország Rt. hálózatán belül, Magyarország különböző területein található dialízis központokban dolgozó ápolók körében végeztem el. A vizsgálatban 14 dialízis központ dializáló ápolói vettek részt. A kontrollcsoportot a Pest Megyei Flór Ferenc kórház (Intenzív, I-II. Belgyógyászat, Sebészet, Szülészet-Nőgyógyászat) osztályain dolgozó ápolók illetve a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai kar végzős egyetemi ápoló hallgatói alkották. A felmérés 2004. február-március között zajlott. Próba felmérést 15 kérdőívvel végeztem. A vizsgálatban az EuroCare Rt. hálózatán belül dolgozó dializáló ápolók körében összesen 130, a kontrollcsoportnál pedig 70 kérdőív került kiosztásra. A dializáló ápolóknál a 130 kérdőív közül 116 érkezett vissza, ebből 7 értékelhetetlen volt. A kontrollcsoportnál összesen 59 került kitöltésre, azonban ebből csak 57 volt értékelhető.

Eredmények

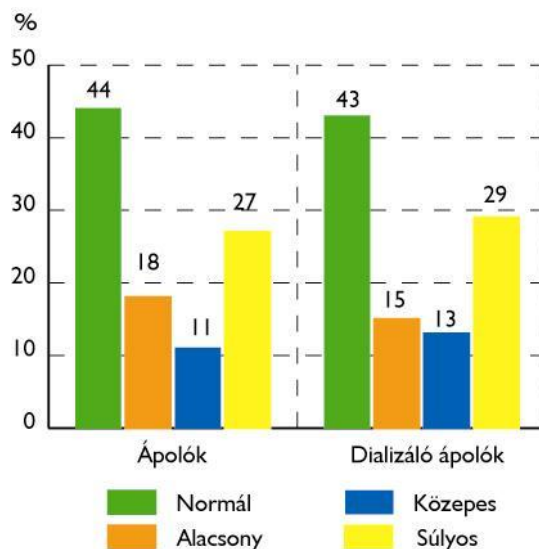
A vizsgálatból megállapítható volt, hogy a nem dialízisben dolgozó ápolók kiegészi tünetei nagyobb fokúak voltak, mint a dializáló ápolóké. Az ápolóknál a kiegészi szindrómát leginkább meghatározó érzelmi kimerültség gyakrabban fordult elő (31,3%), mint a dialízisben dolgozó ápolóknál (22,4%). A kontrollcsoportot képviselő ápolók tényleges kiegészi (érzelmi kimerültség + deperszonalizáció + személyes adottságok, jellemzők) is magasabb volt (37%) a dializáló ápolókéhoz viszonyítva (20%).

A kiegészi mértékét tekintve (alacsony, közepes, magas) a kiegészi útjára lépett dializáló ápolók között nagyobb arányban fordult elő a magasán kiegészi ápolók száma (79%), mint a kontrollcsoportot alkotó ápolóknál, (46%). Ez az arány a minták egészére visszavetítve azonos eredményt adott (16%-16%), azaz a dializáló ápolók 16%-a és a kontrollcsoportot képviselő ápolók 16%-a egyaránt „magas” kiegésziről árulkodott (1. ábra).



1. ábra – A kiegészi mértéke (n=42)

A fizikális kimerültség vizsgálatából kiderült, hogy a dializáló ápolók körében minimálisan, de nagyobb arányban fordult elő a vitális vagy fizikális kimerültség aránya. A második ábra ugyanakkor azt mutatja, hogy a két csoport közötti megoszlásban lényeges eltérések nem adódtak.



2. ábra – A fizikális kimerültség mértéke (n=166)

A pszichológiai megterhelést illetően a kontrollcsoportot képviselő ápolók munkája pszichológiailag megterhelőbbnek bizonyult, a megkérdezettek 49%-a találta munkáját mozgalmasnak, ugyanez az arány 77% volt a dialízis mintában.

A munkahelyi társas- támogatás vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy jó munkahelyi társas-támogatás ellenére a kiégés szindróma kialakulhat. A vizsgálatból kiderült, hogy a munkahelyi társas-támogatás kedvezően alakult, a vizsgált két célcsoportnál az ápolók 98%-ának, és a dializáló ápolók 94%-ának volt lehetősége a munkaszünetekben beszélgetni kollegájával, dializáló ápolók 71%-a, és a kontrollcsoportot alkotó ápolók 61%-a elhagyhatja, abbahagyhatja munkáját azért, hogy munkatársával beszélni tudjon, és a dializáló ápolók 71%-a, és a nem dialízisben dolgozó ápolók 68%-a szokott rendszeresen találkozni munkahelyen kívül munkatársaival.

Az MBI kiégés kérdőív csapathatékonyságot vizsgáló részéből kiderült, hogy az ápolók elenyésző része dolgozik jó csapathatékonysággal működő munkahelyen. A kontrollcsoportot képviselő ápolók 9%-a mondhatja el magáról, hogy jó csapathatékonysággal rendelkező munkahelyen, munkatársakkal dolgozik, míg a dialízisben dolgozóknál ez az érték még kevesebbre, 7%-ra tehető. Az ápolóknál 42%-os eredményt adott a rossz csapathatékonyság mértéke, a dializálóápolóknál ez valamelyest kedvezőbbben alakult, itt a rossz csapathatékonyság mértéke 20%-os lett. A csapathatékonyság és kiégés szindróma megjelenése közötti összefüggés vizsgálata szignifikáns eredményt adott ($r = 0,69$, $p < 0,05$).

Következtetések

A vizsgálati eredményekből kitűnt, hogy az állami illetve magán szférában dolgozó ápolók között egyaránt nagymértékben fordult elő a kiégés szindróma. Az ápolókat nagymértékben sújtja a fizikális kimerültség, a munkájukból fakadó pszichés megterhelés és ennek következtében kialakuló érzelmi kimerültség-elsivárosodás. Mindezek mellett a vizsgálatban részt vett ápolók nagy többsége rossz csapathatékonysággal működő munkahelyen dolgozik, ami szintén nagy befolyással bír a kiégés kialakulásában.

Javaslat

Mint egyetemi ápoló hallgató és leendő vezető, oktató, kutató nagy lehetőséget látok abban, hogy a kiégés megelőzése, egyéni és intézményesített szinten történő kezelése az ápolásirányítás, oktatás, kutatás bevonásával, vezetésével menjen végbe.

Ápolásoktatás

A kiégés megelőzés és kezelés lehetőségeinek ismertetését nem lehet elég korán kezdeni. Fontosnak tartom, hogy a kiégés problematikája az ápolásoktatás valamennyi színterén ismertetésre és oktatásra kerüljön. A kiégéssel kapcsolatos tananyag keretein belül fontos lenne ismertetni a segítő hivatás pszichológiai hátterét, a Helder szindróma jellemzőit, a munkahelyi stressz tényezőket, a stresszállapot jellemzőit és következményeit, a stresszel való hatékony megküzdés módszereit, a kiégést hajlamosító és befolyásoló tényezőket, a kiégés tüneteit, a kiégés szakaszait, a kiégés megelőzésének és kezelésének lehetőségeit.

Megfelelő elméleti tudás birtokában az oktatásból kikerült és hivatását frissen megkezdő ápoló már felkészülten találkozhat a problémával. A más, vagy magasabb ápolásoktatási szintekre került ápolók vagy hallgatók a kiégés oktatás keretein belül feleleveníthetik, sőt bővíthetik elméleti ismereteiket a kiégés problematikáját illetően. A megfelelő elméleti tudás pedig egyfajta alapot, bázist jelent a kiégéssel kapcsolatos „megküzdésben”. A kiégés probléma gyakorlati megoldása érdekében pedig a tanórák keretein belül önismereti foglalkozásokat vezetnék be. A kiégéssel vívott harcban elengedhetetlen az ápolók részéről a megfelelő önismeret és személyiségük megfelelő szintű ismerete. Az önismereti csoportfoglalkozásokat kiegészíteném relaxációs technikák megismertetésével. A relaxációs technikák ismertetése nem elég, fontos lenne, hogy a hallgatók az ismereteken túl helyesen alkalmazzák is tudják e technikákat.

Ápoláskutatás

Az ápolói szakma jövője nagymértékben függ az ápolástani kutatásoktól, amelyek célja, hogy folyamatos, naprakész, szervezett ápolási ismeretanyagot alakítson ki. A kiégéssel kapcsolatos ápoláskutatás hozzájárul ahhoz, hogy az ápolástudomány ismerethalmazát a már meglévő információkra építse, amelyek biztosíthatják a huszonegyedik század ápolóképzésének és ápolási gyakorlatának megalapozását. A kiégés vizsgálatával kapcsolatos kutatások eredményei megfelelő elméleti alapot adnak a probléma gyakorlati szinten történő megoldásához és kezeléséhez. A jövő ápoló társadalma a kutatásoknak köszönhetően már nem sötétben fog tapogatózni, hanem megfelelő tudományos alapokra támaszkodó ismeretanyaggal fog rendelkezni a kiégés problémájának megoldását illetően. Ezért tartom tehát fontosnak, hogy az ápolói társadalom minél nagyobb energiákat invesztáljon és fektessen be az ápoláskutatás területén.

Ápolásirányítás

A kiégés szindróma kialakulását jelentős mértékben meghatározzák a szervezeti sajátosságok, éppen ezért fontos a szervezet sajátosságain és a munkakörülményeken történő változtatás. A kiégés megelőzésének első lépéseként a felelősség és a kompetencia szintek korrekt ismertetését és a nővérek feladatköreinek tisztázását tartom. Egyenes válaszokat és irányelveket kell adni az ápolók számára, mert a bizonytalanság, a felelősség és kompetencia határok tisztázatlansága szorongáshoz, kiégéshez vezethetnek.

Fontos továbbá a szakmában történő előrelépés, karrierfejlődés és továbbképzés biztosítása, mert azon ápolók, akik nem tudják kellőképpen kihasználni iskolázottságukat, a bennük rejlő képességeket, vagy munkájuk nem jelent elegendő kihívást számukra gyakran közönyösé válnak hivatásuk, betegeik, munkatársaik iránt. A közöny és a fásultság pedig utat nyit a kiégés megjelenésének.

A pozitív visszajelzés, a meghallgatás is jelentős befolyásoló tényezőt jelent a kiégés megelőzésében. A vezetés oldalán lényegesnek tartom, hogy a vezető beosztásban lévő ápolóknak mindig legyen ideje beosztottai számára, a vélemények egyeztetésére, a panaszok meghallgatására. A vezető részéről meg kell tanulni a szavak mögé látni, a kimondatlan dolgokat is meghallani. Az ápolók munkájának jelentős hajtóereje a pozitív visszajelzések, és a szakmai elismerés meglétét.

A fizikális kimerültség, a túlterheltség csökkentése kiemelt fontosságú a kiégés megelőzésében. A fizikális kimerültséget csökkenteni lehet rotáció alkalmazásával, a különböző terheltségű munkaterületek között. Átmeneti visszavonulási lehetőséget kell biztosítani az emocionálisan és pszichésen túlterhelt ápolók számára. A fizikális kimerültség, túlterheltség legfőbb okának az egészségügyben szinte állandóan jelenlevő humán erőforrás hiányát tekinteném. A krónikussá vált ápoló hiányt azonban csak az ápolók megfelelő, emberhez méltó anyagi és erkölcsi megbecsülésének rendezésével lehetne felszámolni.

A dolgozó minél nagyobb autonómiát kap, minél inkább maga határozhatja meg munkáját, az elvégezendő feladatait, munkaidejét, munkahelyi beosztását, annál nagyobb energiát fog belefektetni munkájába, és annál örömtelibbnek és sikeresnek érzi majd munkahelyi tevékenységét.

A kiégés megelőzésében fontos szerepet tulajdonítok a relaxációs technikák, autogén tréning, biofeedback nővérekkel történő megismertetésének és e technikák rendszeres alkalmazásának. Az ápolók továbbképzések keretén belül vagy meghívott vendégelőadó segítségével ismerkedhetnek és sajátíthatják el e relaxációs technikákat. Fontosnak tartom továbbá a kiégés megelőzésében a munkahelyi stressz megfelelő kezelését. A munkahely stressz kezelését egyrészt egyéni és intézményesített szinten kezelném. Az egyén szintjén megismertetném az egészségügyben dolgozó ápolókat a stressz kezelés hatékony módszereivel. Ez alatt különböző relaxációs és lazító technikákat értem, de vannak a stresszkezelésének ennél komplexebb módszerei, ami szinte az összes egyéni fókuszú megközelítési módszert magába foglalja, így a relaxációt, autogén tréninget, biofeedbacket, inmaginációt és a kognitív viselkedés terápiát is. Szervezeti szinten elsőként azonosítanám és felmérném a munkahelyi stresszorokat, majd ezt követné a munkahely adottságaiból, a munkaszervezésből, vezetési stílusból adódó stresszorok felszámolása.

A kiégés időben történő felismerésében nagy szerepe van a kollegiális kapcsolaton belüli odafigyelésének és a kiégés megfelelő mérőeszközökkel rendszeres időközönként történő szűrésének.

Társadalom

Ha a kiégés megelőzéséről és kezeléséről beszélünk, láthatjuk, hogy egy igen komplex, összetett feladatról van szó, amelynek megoldásában az egyéni és a kórház menedzsmentje mellett kormányzati, társadalmi szinten is van teendő. Az ápolói létszám hiány és a nagymértékű fluktuáció megelőzhető lenne, ha az ápolói bérek összhangban lennének a nővérek által elvégzett munka mennyiségével, minőségével és főleg felelősségével. A társadalom felől nagyobb megbecsülésre lenne szükség az ápolók megítélését illetően.

Súlyos jogi problémákat vett fel az ápolók kompetenciájának és a kompetenciahatáraiknak tisztázatlansága. Ezért mind szakmai, mind jogi szempontból elengedhetetlen a kompetencia körök kidolgozása és elfogadtatása.

Irodalom

1. Bagdy, E. (1988). Az emberi kapcsolatok dinamikája: Tanulmányok a vallás és lélektan határterületéről. (szerk. Jelenits, I. és Tomcsányi, T.). Ecclesia.
2. Cherniss, C. (1980). Staff burnout. London: Sage.
3. Fekete, S. (1991). Segítő foglalkozások kockázata- helper szindróma és burnout jelenség. Pszichiátria Hungarica, VI. évf., 1 sz., 17-29.
4. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-165.
5. Freudenberger H. J. (1980). Burnout: How to beat the high Cost of Success. New York.
6. Hegedűs, K. (2000). A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. Lege Artis Medicine, 5, 448-452.
7. Hézsér, G. (1996). Miért? - Rendszerelmélet és kelkigondozói gyakorlat (Pasztorálpszichológiai tanulmányok). Budapest: Kálvin Kiadó.
8. Izsó, L. (1999). A pszichológia, menedzser és minőségmenedzsment képzés - Oktatási segédanyag. Budapest: BME, Ergonómiai és Pszichológiai tanszék.
9. Juhász, Á. (2002). Munkahely stressz, munkahelyi egészségfejlesztés- Oktatási segédanyag. Munka - és szervezetpszichológiai szakképzés, Budapest.
10. Kulcsár, Z. (1998). Egészségpszichológia. Budapest: ELTE-Eötvös kiadó.
11. Lazarus R. S., Folkman S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
12. Maslach, C., Jackson, S.E., Leier M.P. (1996). Maclach Burnout Inventory. Manual 3rd Ed. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologist Press.
13. Pálfí, F. (2002). A kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében. Ápolásmenedzsment, IV. évf. 2 sz., 20-24.
14. Pálfí, F. (2003). Szolgálat, önfeláldozás, hivatás?- A kiégés veszélyei ápolók körében. Nővér, 16.évf. 6.sz., 3-9.
15. Piczil, M., Pikó, B. (2003). Az ápolói hivatás pszichoszociális kihívásai. - Kiegyensúlyozottság, kockázati magatartás, társas támogatás. Egészségügyi menedzsment, 5. évf. 5. sz., 29-33.
16. Pikó, B. (2001). A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata-Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. Lege Artis Medicinea, 11. évf. 4. sz., 318-325.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Szerkesztői hozzászólás^{2[2]}

Tisztelt Szerzőnk!

Kiváló munkájának mindössze egyetlen pontjával kívánnék vitatkozni. Közleményének javaslattételei között említi meg az ápoláskutatás fontosságát az Ön által vizsgált jelenséggel összefüggésben. Konkrétan azt írja: „A kiégéssel kapcsolatos ápoláskutatás hozzájárul ahhoz, hogy az ápolástudomány ismerethalmazát a már meglévő információkra építse, amelyek biztosíthatják a huszonegyedik század ápolóképzésének és ápolási gyakorlatának megalapozását.”

Engedje meg, hogy egy 1999-ben megjelent írásomat hívjam segítségül, amely arra keresett választ, vajon hogyan is határozható meg az ápoláskutatás célja^{3[3]}. Már ebben a korai írásomban is igyekeztem felhívni arra a figyelmet, hogy nem minden kutatás szolgál ápolástudományi célokat, még akkor sem, ha önmagában véve ápolókra irányul, ápolókra vonatkozó probléma megoldását keresi. A tény, hogy egy kutatásban szerepel az „ápoló” kifejezés, még nem szükségszerűsíti, hogy a kutatás maga az ápolás tudományának építéséhez, továbbfejlesztéséhez érdemben hozzájárul.

Kérem gondolja meg, hogy az Ön által felvetett, és a kutatásában alkalmazott és vizsgált fogalmak, jelenségek, úgymint kiégés, társas-támogatás, megküzdés és csapathatékonyosság, mely diszciplína érdeklődési körébe sorolhatók be leginkább. Nem hiszem, hogy vita alakulna ki közöttünk abban, ha ezeket a fogalmakat legtörvényszerűbben a pszichológia, szociálpszichológia kutatási érdeklődésével házasítanánk össze.

A fentiekből következően a kiegészéssel kapcsolatos kutatások, még ha azok ápolókra is vonatkoznak, eltérően az Ön által javasoltaktól, nem az ápolástudomány ismerethalmazát fogják bővíteni. Az ilyen kutatások a pszichológia és a szociálpszichológia tudományainak elmélyítését segítik elő elsősorban, igaz, a megoldások egy része majd az ápolók munkáját is segíti.

Az ápolás tudományának kútja azonban tele van olyan elméleti és klinikai problémákkal (hogy csak egyet említsek, a betegek öngondozási készségének deficitje és adaptációs képességük), amelyek arra várnak, hogy ápolók kutassák őket, hiszen ezek a problémák egyetlen más tudományterület érdeklődési körébe sem tartoznak bele. Ha elfelejtjük, hogy mi az ápolástudomány és az ápoláskutatás eredendő küldetése, a betegek ellátása, a korszerű, XXI. századnak is megfelelő ápolási gyakorlat, ahogy erre Ön is utalt, súlyos csorbát fog szenvedni az ápoláspecifikus tudás hiányában.

A kiégés diagnózisára, megelőzésére, kezelésére, ahogy írásából is kiderül, korszerű eszközök állnak rendelkezésre. Miután az okokat nemzetközi tapasztalatok alapján is jól ismerjük, talán a hazai politikai akaratra lenne leginkább szükség, hogy a munkakörülmények javításán keresztül a kiegészéssel megvívjunk. Amikor a probléma már ismert, a kutatásnak, különösen az ápoláskutatásnak nincs szerepe. A kutatás helyett a cselekvésnek kell következnie.

Ehhez a cselekvéshez, javaslatainak megvalósításához kívánok Önnek erőt, kitartást és sok sikert.
Üdvözlettel:

Zrínyi Miklós
szerkesztő

[Vissza a tartalomhoz](#)

Egyetemi okleveles ápoló szerepe a női vizelet inkontinencia megelőzésében, kezelésében

Horváthné Gáti Erika

osztályvezető főnővér, egyetemi okleveles ápoló hallgató, Szent György Kórház, Székesfehérvár

A vizsgálat célja: Feltárni az inkontinencia megelőzésével, konzervatív kezelésével kapcsolatos ismerteket, az inkontinens epizódok számának csökkentésének lehetőségét nőbetegek körében.

Vizsgálati módszer és minta: A kutatást kérdőív és leíró statisztikai módszerek segítségével végeztem. 112 kérdőívet osztottam ki olyan nők körében, akik urológia szakrendelésen, inkontinens panaszokkal jelentkeztek. A kérdőív 11 zárt kérdést, és 1 nyitott kérdést tartalmazott. A helyes választ aláhúzással jelölték, ill. saját véleményét, megjegyzést írhattak az utolsó kérdéshez.

Eredmények: A megkérdezettek 66%-a nem ismerte az inkontinencia megelőzésének lehetőségeit, 58%-a pedig nem ismeri a kezelési lehetőségeket. A megkérdezettek 28-30%-nál akár 2-3 év is eltelt mire orvoshoz fordulnak. A megkérdezett inkontinens nők 75%-a igényelte, hogy tájékoztatást kapjon betegségéről és a konzervatív kezelés lehetőségeiről.

Következtetések: Szükségesnek tartom, hogy az inkontinensek ellátását külön problémaként szerepeltessék az egészségügy feladatai között, és a kormányzati politikában legyen prevenciós stratégia, ami az alapvető szülészeti ellátás biztosításával kezdődne. A megfelelő megelőzés és beteggondozás kialakításához minden szakambulancián létre kellene hozni az inkontinencia szakrendelést, és közvetlen kapcsolatot kellene kialakítani a páciensek, az egészségügyi dolgozók és az intézmények között.

A probléma aktualitása

A vizelet inkontinencia az utóbbi időben jelentős egészségügyi problémává vált, gyakorisága miatt népbetegségnek tekinthető. A statisztikai adatok és szakorvosi becslések alapján legalább fél, egymillió ember szenvedhet inkontinenciában (Simon és Demeter, 2002).

Az inkontinencia eredeti definíciója szerint szociális és higiénés problémát jelent. A vizelet inkontinencia még mai is a „szégyellni való” betegségek körébe tartozik. Az inkontinencia okozta kellemetlen szag, a vizeletelfolyástól való félelem önkéntes izolációhoz, a társadalmi élettől történő visszavonuláshoz vezet. Ezek a betegek félnek közösségbe, sportolni, színházba, moziba menni, utazni, társasági életet élni. Partnerkapcsolataikat leszűkítik, szexuális aktivitásuk csökken, vagy teljesen elmarad. Az inkontinenciától való állandó félelem, szorongás gyakran depresszióhoz, a munkakedv csökkenéséhez, családi-együttélési problémákhoz vezet.

Ugyanakkor nemzetközi kimutatások szerint is csak minden harmadik inkontinenciában szenvedő beteg fordul orvoshoz. Az amerikai Nemzeti Egészségügyi Intézet adatai szerint a vizeletcsepegés miatt szükségessé váló gyógyászati segédeszköz igény évi költsége az Egyesült Államokban 10 milliárd dollár (Peyrat et al., 2002). Hazánkban a 45 év fölötti nők csaknem fele küzd valamilyen mértékű vizelettartási vagy vizeletürítési zavarokkal.

Megfigyelhető, hogy általában több év telik el az első tünetek jelentkezése, és az orvoshoz fordulás között, annak ellenére, hogy az utóbbi két évtizedben jelentős előrelépés történt a vizelettartási rendellenességek diagnosztikájában, és terápiájában. Emiatt feltétlenül szükséges a megelőzés fontosságának hangsúlyozása, a konzervatív kezelés propagálása.

A kutatás célja

Kutatásom célja annak megismerése, hogy az inkontinencia megelőzéséről, a konzervatív kezelés lehetőségéről milyen mértékben tájékozottak a problémára hajlamos nőbetegek. További cél volt annak feltárása, hogy segít-e az informáltság az inkontinens epizódok számának csökkentésében, a korai orvoshoz, szakemberhez fordulás elősegítésében.

Hipotézisek

1. Az inkontinens nők nem rendelkeznek kellő ismeretekkel betegségük kezelési lehetőségeiről.
2. Az inkontinens panaszok megjelenése után több év telik el, mire panaszukkal orvoshoz fordulnak.
3. Az inkontinens nők igénylik, hogy betegségük kezelési lehetőségeiről információt kapjanak.

Módszerek és minta

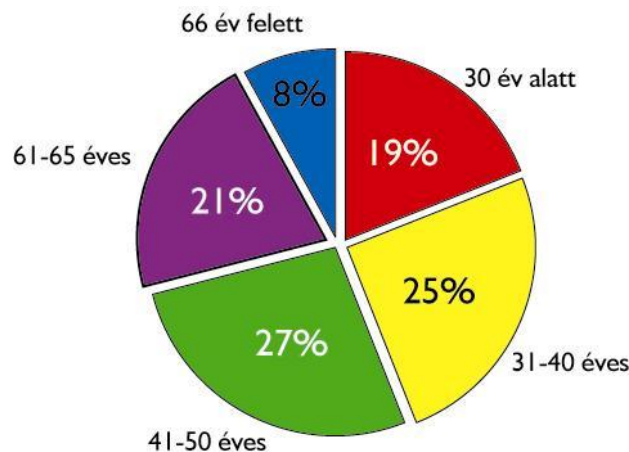
Kutatásomat a székesfehérvári Szent György kórház urológia szakrendelésén megjelent, inkontinens panaszokkal jelentkező nők körében végeztem. 112 kérdőívet osztottam ki a betegek között, melyből 12 nem volt értékelhető, így 100 – helyesen kitöltött – kérdőív elemzését végeztem el. Az elemzést leíró statisztikai módszerek segítségével végeztem. A kérdőív 11 zárt kérdést, és 1 nyitott kérdést tartalmazott. A helyes választ aláhúzással jelölték, ill. saját véleményét, megjegyzést írhattak az utolsó kérdéshez.

Eredmények

A rendelésen megjelentek lakóhelyük szerint többségben (63%) városban éltek, 37%-uk nagyközségben, ill. faluban lakott.

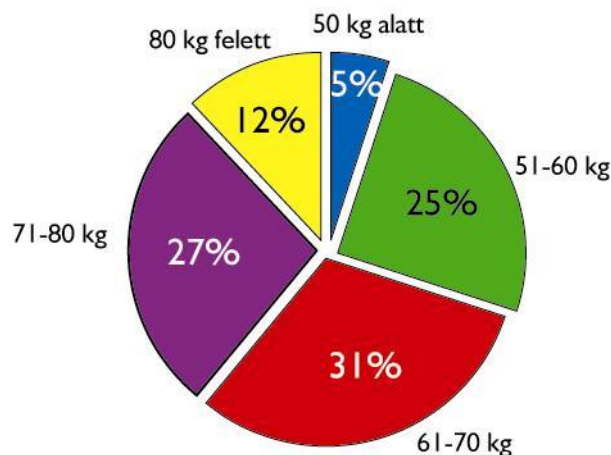
A nők inkontinens panaszai már 30 éves kor előtt elkezdődnek. A megkérdezettek között, a legmagasabb százalékban az inkontinencia a 41-50 éves nők körében tapasztalható. A kor megoszlást az 1. ábra mutatja.

A vizelettartás zavaraira vonatkozó felmérés nem történt a közelmúltban hazánkban. A szakemberek és az egészségügyi kormányzat is csak külföldi vizsgálatok alapján számított becslésekre támaszkodik az országban található vizelet inkontinensek számának megállapításakor. E becslések alapján közel félmillió ember szenved különböző mértékben a vizelettartás valamilyen zavarában Magyarországon.



1. ábra – A felmérésben résztvevők életkori megoszlása

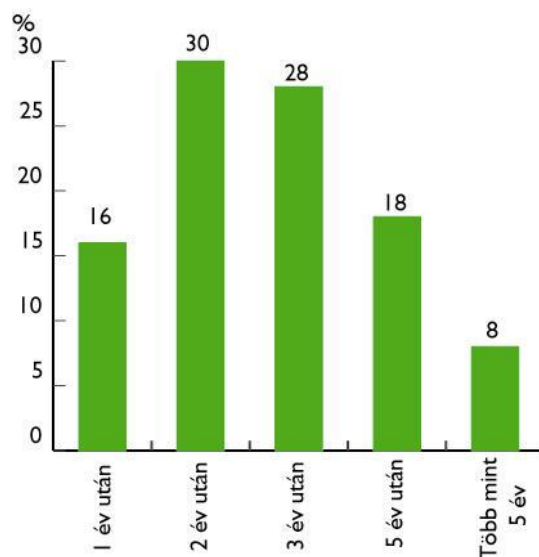
A vizsgálatban résztvevők 27%-ának testsúlya meghaladta a 70 kg-ot, 12%-uk pedig több mint 80 kg volt. Mint ismeretes, a magasabb testsúly az inkontinenciára hajlamosító tényezők között szerepel. A normális testsúly fenntartása felnőttkorban fontos tényező az inkontinencia kialakulásának megelőzésében. A hölgyek testsúlyának megoszlását mutatja a 2. ábra.



2. ábra – Testsúly megoszlása

A vizeletinkontinencia megjelenési időpontjára a legnagyobb gyakorisággal a szülés utáni (31%) és a menopauza utáni időszakot jelölték meg (30%). A medencefenék-izomtréning nagyon ajánlott terhesség alatt és szülés után a vizelet-, és székletinkontinencia megelőzése céljából. A műtét utáni zavarok 15%-nál okoztak problémákat, jelentős volt még a más okokra hivatkozás is (24%).

A megkérdezettek 16%-a egy év után jelentkezett először panaszával orvosnál. A felmérés alkalmával kiderült az is, hogy a nők 18%-a 5 év múlva jelentkezett csak orvosnál. Minél korábban jelentkeznek a szakorvosnál, annál nagyobb az esélye a konzervatív kezelés hatásosságának. (3. ábra)



3. ábra – Orvoshoz fordulás időpontja

A megkérdezettek 45%-a panaszával először a nőgyógyászhoz fordul, 30%-a a háziorvoshoz, és sajnos csak 25% jelentkezik urológusnál. Nemzetközi kimutatások szerint is csak minden harmadik inkontinenciában szenvedő beteg fordul megfelelő szakorvoshoz.

Az inkontinenciára panaszukodók 39%-át nem zavarja problémája, 49%-át nagyon zavarja, 12%-át pedig esetenként zavarja inkontinenciája. Az inkontinencia nem jár fájdalommal, akár évekig titkolható, mégis, az érintettek számára az életminőséget erősen befolyásoló kórforma. Az inkontinensek élete teljesen átalakul, szinte egyetlen meghatározó eleme marad: a megfelelő (rövid) távolság a mellékhelyiségtől. Éppen ezért, a betegség súlyosbodásával párhuzamosan előbb csak a kikapcsolódásról mondanak le, később akár munkájukat is elveszíthetik a betegek.

Az inkontinencia megítélésében eltérőek a vélemények: 25%-uk úgy gondolja, hogy ez a korrallal járó természetes folyamat, 36%-uk szerint nem gyógyítható, 39% tartja betegségről állapotát. Fontos megértetni az érintettekkel, hogy a betegség nem szégyenbolt az életükben, és nem is kötelező vele együtt élni.

Az inkontinencia megelőzésének fontos eleme, hogy a beteg ismerje a kezelési lehetőségeket. A megkérdezettek 34%-a ismerte csak a megelőzés lehetőségeit. A betegségről a nem érintettek – akár a családtagok is – viszonylag keveset tudnak, akit ez a probléma közvetlenül érint, azt többnyire szégyelli, nem beszél róla. A megkérdezettek nők 58%-a nem ismerte az inkontinencia kezelésének lehetőségeit.

Az inkontinencia megelőzésének legfontosabb eleme, a betegségről a megfelelő tájékozottság. A megkérdezettek 25%-a nem igényli, de 75%-nak igénye van a tájékoztatásra. Többen úgy vélték, hogy a betegség helyét illetően van „szégyenérzet”, ezért „nem téma” sem a családokban, sem a tömegkommunikációban.

Következtetések

Hipotéziseimben feltételeztem, hogy az inkontinens nők nem rendelkeznek kellő ismeretekkel betegségük kezelési lehetőségeiről. Ez a feltevés megerősítést nyert, a vizsgálat alapján kiderült, hogy a megkérdezettek 66%-a nem ismeri az inkontinencia megelőzésének lehetőségeit, 58%-a pedig nem ismeri a kezelési lehetőségeket.

Ugyancsak megerősítést nyert a második számú hipotézis is, miszerint több év eltelik az inkontinens panaszok megjelenése és az orvoshoz fordulás között. A megkérdezettek 28-30%-nál eltelik akár 2-3 év is mire orvoshoz fordulnak.

A tájékoztatás iránti igény is igazolódott, a megkérdezett inkontinens nők 75%-a igényelte, hogy tájékoztatást kapjon betegségéről és a konzervatív kezelés lehetőségeiről.

Az Egészségügyi Világszervezet felismerte az inkontinencia világméreteket öltő problémáját, amely nemtől és etnikai hovatartozástól függetlenül minden korosztályhoz tartozó egyéneket érint. Az inkontinencia, a kor előrehaladtával, egyre gyakrabban alakul ki, és a világ össznépeességének idősödésével igen jelentős közegészségügyi problémává válik.

A megfelelő megelőzés és beteggondozás kialakításához minden szakambulancián létre kellene hozni az inkontinencia szakrendelést, és közvetlen kapcsolatot kellene kialakítani a páciensek, az egészségügyi dolgozók és az intézmények között. Szükséges a stigma ellenei összefogás az egészségügyben, a szociális szférában dolgozók és a családtagok között. Közös erővel jobban javíthatjuk a betegek életminőségét.

Szükségesnek tartom, hogy az inkontinensek ellátását külön problémaként szerepeltessék az egészségügy feladatai között, és a kormányzati politikában jelenjen meg prevenciós stratégia, ami az alapvető szülészeti ellátás biztosításával kezdődne. A közvélemény figyelmét felkeltő kampányokat, az inkontinenciát övező tabuk ledöntésére irányuló felvilágosítást egyaránt kiemelt feladatnak tartom. Az inkontinencia megelőzését, kezelését minden egészségügyi szakember felkészítésében kiemelt szerephez kell juttatni.

Irodalom

1. Simon, Zs., Demeter, J. (2002). A női vizelet inkontinencia diagnosztikája és terápiája. Dictum Kiadó: Budapest, pp. 7-32.
2. Simon, Zs. (1996). Vizelet-visszatartási zavarok diagnosztikája és kezelése. Orvos Tudomány V, 1-9.
3. Hamvas, A. (1998) A vizeletinkontinencia kezelési lehetőségei. Magyar Urológia, X, 309-318.
4. Tarsoly, E. (szerk.) (1997). Funkcionális Anatómia. Medicina Könyvkiadó Rt: Budapest, pp. 25-56.
5. Peyrat, L. et al. (2002). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. BJU International V, 61-65.
6. Tankó, A. (szerk.) (1990). Női vizelettartási zavarok. Medicina Könyvkiadó: Budapest, pp. 34-45.
7. Babics, A. (szerk.) (1995). Urológia. Medicina Könyvkiadó: Budapest, pp. 45-67.
8. Tóth, Cs. (szerk.) (2001). Az urológia színes atlasza. Medicina Könyvkiadó: Budapest, pp. 23-26.
9. Frang, D. (szerk.) (1997). Az urológia tankönyve. Semmelweis Kiadó: Budapest, pp. 25-89.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Haemodializált betegek táplálkozási szokásai

Barnáné Susa Éva, egészségfejlesztő, dietetikus
Feketsné Kisvarga Anita, egészségfejlesztő, szociológus
ÁNTSZ Komárom-Esztergom Megyei Intézete, Tatabánya

Bevezetés

A haemodialízis kezelés az orvosi beavatkozások azon csoportjába sorolható, amely fokozott együttműködést kíván a betegek részéről. Különösen igaz ez a terápiás megszorítások betartására, amelyben központi szerephez jutnak a diétás, étrendi szokások. Közismert, hogy az életünk során kialakult szokások megváltoztatása nem könnyű feladat. Ha figyelembe vesszük a végstádiumú vesebetegség fiziológiai következményeit, könnyű megérteni, hogy a diétás előírásoktól való nagyfokú eltérés rövidtávon akár a beteg életét is veszélybe sodorhatja, hosszú távon ugyanakkor a túlélést és a beteg életminőségét csökkenti le. Mindezeket figyelembe véve a dietetikus munkája kifejezetten javasolt ebben a betegcsoportban. A dialízis kezeléseknél alkalmazható dietetikuskénti lehetőségük nyílik a betegekkel való találkozásra, a tanácsadásra. Szélesebb körben akár felmérés útján is tájékozódhat az

étrendi szokásokról, a betegek előtt álló dietetikai nehézségekről. A jelen írás is egy ilyen felmérés eredményeire támaszkodik.

A vizsgálat háttere

A tatabányai nephrológiai ambulancián 1600 főt gondoznak, heti 4 napon. A haemodializált betegek száma átlagosan 90-100 fő között mozog az EuroCare tatabányai egységén. A beteg nem kizárólag vesebetegséggel kerülnek gondozásra, 21%-ban diabetes, 16%-ban pedig hypertonia a primer megbetegedés, a vesebetegség szövődményként lép fel.

A haemodialízis kezelés $800\mu\text{mol/l}$ szérumszintű krea-tinin (diabetes esetén $400\text{-}500\mu\text{mol/l}$), 35mmol/l szérumszintű karbamid és 7mmol/l szérumszintű kálium laborparaméterek mellett indokolt. (Forrás: dr. Makó-dr. Szöllősy: Tanácsok vesebetegeknek). Napjainkban azonban figyelembe veszik a GFR (Glomerulus Filtrációs Ráta) értékét is: körülbelül 10 ml/sec érték esetén ajánlatos a haemodialízis megkezdése. A dialízis időtartama átlagosan heti 3 alkalommal $180\text{-}240$ perc.

Módszerek

A vizsgálatot kérdőíves módszerrel, 2003. augusztus 1-18. között, egyéni tanácsadások során végeztük. Kérdéseink között szerepeltek az életmóddal kapcsolatos kérdések, pl. fizikai aktivitás, napi étkezések gyakorisága, folyadékfogyasztás mennyisége. Adatokat vettünk fel az általános egészségi állapottal kapcsolatban, pl. vizelet mennyisége, bélműködés. A táplálkozási szokásokat élelmiszercsoportok szerint vizsgáltuk: információkat gyűjtöttünk a gabonatermékek, tej és tejtermékek, tojás, hús és húskészítmények, konzervkészítmények, halféleségek, gyümölcs és zöldség, illetve zsiradék fogyasztásáról. A vizsgálatot az EuroCare tatabányai dialízis-központjában végeztük. A betegeket kényelmi mintavétel segítségével (tanácsadáson megjelentek) választottuk ki.

Eredmények

A tápláltsági állapot megítéléséhez a BMI, szérumszintű albumin és szérumszintű összfehérje értékeit vettük figyelembe. A BMI értékek alapján a betegek 56%-a túlsúlyos, illetve elhízott volt, ami megfelelt a magyarországi átlagnak. Öt százaléknak volt a BMI-je 18 alatti, ami az alultáplált kategóriának felel meg. A normál tartományba 39%-uk tartozott.

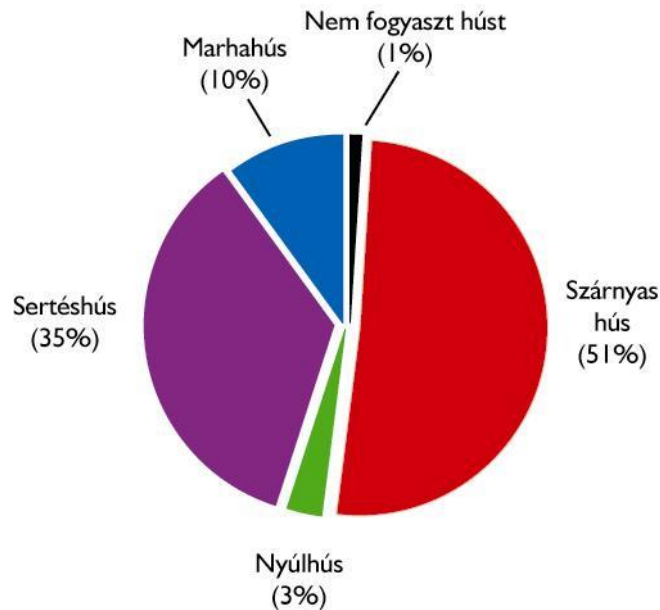
A szérumszintű albumint és a szérumszintű összfehérjét vizsgálva a betegek 7%-ának volt rossz a tápláltsági állapota, azaz a szérumszintű fehérje 60g/l alatti, míg a szérumszintű albumin 35g/l alatti volt. Ezen adatok háttérében a társbetegségek, tumoros folyamat és az ezzel együtt járó étvágytalanság, hányinger, hányás, húsundor is jelentős szerepet játszik. Az adatok fényében felmerül a kérdés: milyen módon lehet a tápláltsági állapotot javítani?

A tápszerek közül lehetőség van csak szénhidrát pótlásra, illetve teljes értékű tápszerek adására is különböző kiszereleésben. Így rendelkezésre áll szonda- és iható tápszer, folyadék, illetve por alakban. További lehetőség a Ketosteril tabletták, mely vesebetegeknek összeállított aminosav-készítmény, és az OEP által támogatott. További előnye, hogy kalciumot is tartalmaz.

Táplálkozási szokások

A táplálkozási szokások vizsgálata során több olyan kérdést tettünk fel, melyből a fehérje bevitelre tudunk következtetni: a hús, húskészítmény, tej-, tejtermék, tojás, belsőség, és hal fogyasztását mértük fel.

A húsfogyasztás tekintetében kedvező eredménynek tartjuk, hogy a betegek szívesen fogyasztanak szárnyas húst (1. ábra). Ugyanakkor közel $1/3$ -uk (29%) nem fogyaszt tejet. Csökkentett zsírtartalmú tejet 24 %, normál zsírtartalmú tejet 36 % fogyaszt. Jólal kevesebben élnek a házi tejjel (11 %). A legtöbben (48%) heti gyakorisággal fogyasztanak tejet, a többség alkalmanként 2 dl-t (41%).



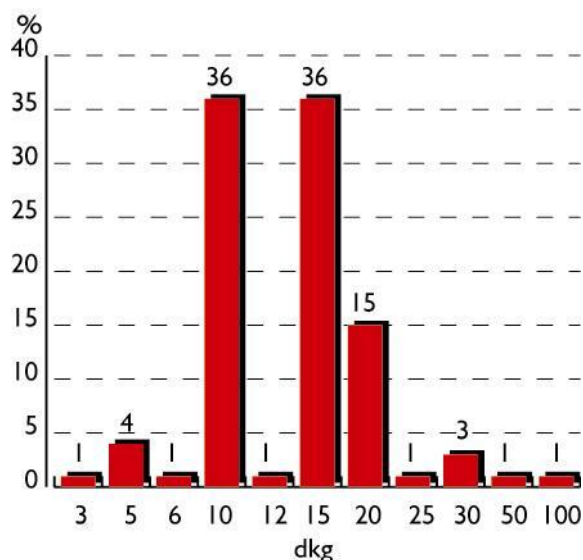
1. ábra – Húsfogyasztási szokások

Fontos fehérje-beviteli forrás a tojás, mely a megkérdezett betegek 91%-ánál szerepel az étlapon. Ezekkel az élelmiszerekkel teljes értékű fehérjéket biztosítunk a szervezet számára, de fogyasztásuk jelentős foszforbevittelt is von maga után. Átlagosan 60-70g fehérje bevitele már 800-900mg foszfort is jelent, még akkor is, ha külön figyelmet fordítunk az élelmiszerek válogatására. A foszfor kérdése dializált vesebetegeknél különös jelentőséggel bír, mert a vese foszfor-kiválasztása megszűnik, ugyanakkor a dializálás sem tudja kellő mértékben eltávolítani. A foszforbevittelt korlátozása a csontanyagcsere változásai miatt kritikus kérdés ebben a betegségben. Ezért az étrendi korlátozás mellett gyógyszeres terápia is szükséges, általában kalcium-karbonáttal, mely a béltraktusban köti meg a foszfort, illetve renagel kapszulával történik.

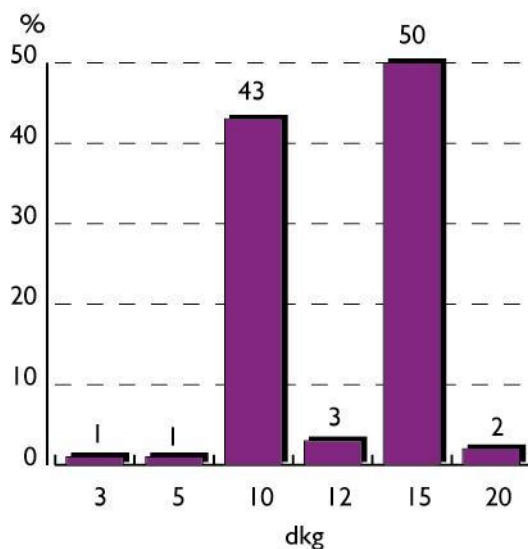
Fontos momentum, hogy a kalcium és a foszfor szorzata állandó, tehát ha nő a szérum foszfor szintje, akkor a kalcium szintje csökkenni fog. Ennek érdekében szintén szükséges az étrend gyógyszeres kiegészítése aktív D3 vitaminnal. Egyrészt azért, mert a vese nem tudja előállítani, másrészt, mert segíti a kalcium hasznosulását a béltraktusból. A cél, hogy a szérum foszfor szintje 2mmol/l alatt maradjon, hogy a csontanyagcsere-zavarok kivédhetőek legyenek. Mintánk 18%-a a határérték felett volt, amiben szerepet játszik a diétás ajánlások be nem tartása.

Gyümölcs- és zöldségfogyasztás

Adataink azt mutatták, hogy a betegek többsége 10-15 illetve 20 dkg gyümölcsöt is elfogyaszt egy-egy étkezés alkalmával (2. ábra), míg zöldségféléből 10-15 dkg a legtöbbször elfogyasztott mennyiség (3. ábra). E nyersanyagcsoport jelentős mennyiségű kálium bevitelét vonja maga után. Nyári és őszi időszakban különösen nehéz ellenállni a friss idény gyümölcsöknek és zöldségeknek. A magas szérum kálium szintnek súlyos következményei vannak, a szív működés zavarához és szívmegálláshoz vezet. Az étrend gyógyszeres kiegészítése szükség esetén resonium porral történik. A cél, hogy a dialízis megkezdése előtt is a szérum kálium értéke 6mmol/l alatt maradjon. A vizsgált időszakban valamennyi beteg értékei a határérték alatt voltak.



2. ábra – Gyümölcsfogyasztási szokások



3. ábra – Zöldségfogyasztási szokások

Zsiradék

A zsiradékfogyasztás kapcsán két kérdést tettünk fel:

- mit használnak a főzéshez?
- milyen zsiradékot kennek a péksüteményre?

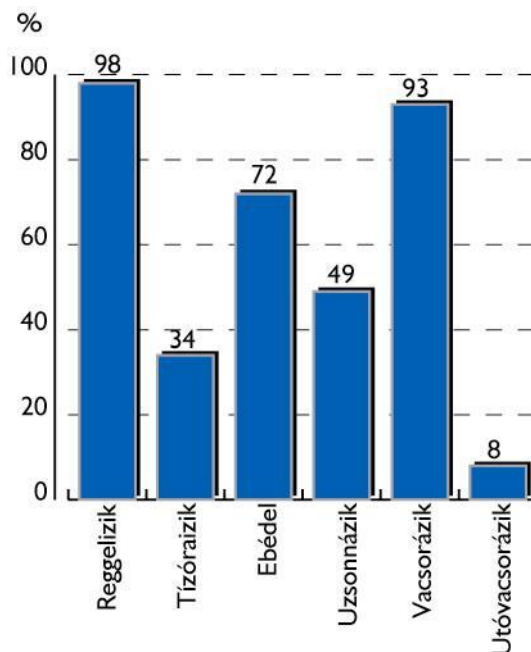
A betegek 62%-a olajjal főz, 15%-a csak zsírral, és 23%-uk vegyesen használja mindkét zsiradékot. Péksüteménnyel a betegek 61%-a margarint, 25%-a vajat, 6%-a zsírt fogyaszt. 8%-uk semmilyen zsiradékot nem ken a kenyérére. A betegek körülbelül egyharmadának térnek el a „vérzsír” paraméterei (szérum HDL, összkoleszterin, triglicerid) a normál tartománytól. Az eredmények háttérében valószínűleg szerepet játszik a túlsúly, illetve az előbb említett magatartás is.

Folyadékbevitel, vizeletürítés

Az ajánlások szerint a 24 óra alatt ürített vizelet mennyiségénél 5-8 dl-rel több folyadék fogyasztása szükséges. Betegeink folyadékbevitelére eszerint közel optimálisnak mondható. A zöldség- és gyümölcsfogyasztás korlátozása mellett a folyadék bevitelének csökkentése jelenti a legnagyobb gondot a betegek számára.

Életmód

A betegek életmódjával kapcsolatban többek között vizsgáltuk, hogy általában milyen gyakran étkeznek. A dialízis melletti étrend összeállítása nemcsak a megfelelő ételek fogyasztását tartalmazza, hanem az optimális étkezési gyakoriságot is, mivel a beteg szervezetét kevésbé terheli meg a többszöri, kisebb mennyiségű és energia-tartalmú táplálékbevitel. A javasolt ötszöri étkezést a betegek viszonylag kis hányada valósítja meg (4. ábra).



4. ábra – Napi étkezési gyakoriság

Az étkezési szokások felmérésénél fontos kérdésnek tartottuk, hogy fogyasztanak-e a betegek naponta főtt ételt. A kérdéseinkre adott válaszok szerint minden beteg rendszeresen fogyaszt főtt ételt, s többségük otthon étkezik (85%), továbbá gyakori még az étkezde, étterem látogatás is (12%). Az otthoni étkezés elvben lehetővé teszi számukra, hogy a dietetikus által javasolt táplálékokat készítsék el, és fogyasszák étkezéseik alkalmával.

Fizikai aktivitás

Az egészségi állapot megőrzése érdekében fontos, hogy a betegek, amíg lehet, aktívan éljék mindennapjaikat. A válaszoló betegek 89%-a végez valamilyen könnyebb vagy nehezebb háztartási munkát, és 9%-uk aktív dolgozó. Egészségi állapota miatt 11% semmilyen testmozgást nem végez.

Következtetések

Felmérésünk adatai arra mutattak rá, hogy a mintában vizsgált haemodializált betegek többsége nem fordít kellő figyelmet a táplálkozásra keresztüli egészségmegőrzésre. A dietetikus feladata tehát, hogy munkája során folyamatos és megerősítő felvilágosítást adjon a megfelelő, személyre szabott táplálkozás szükségességéről és a helytelen étkezési szokások kockázatáról. Ezzel egyidejűleg olyan útmutatót nyújtson a betegeknek, amely tájékoztatókkal segíti a megfelelő étrend összeállítását. Ilyen „útmutató”, tápanyagtáblázatot és mintaétrendet ma már minden beteg kap az első találkozás alkalmával.

Szükséges a havi rendszerességgel történő találkozás a betegekkel, szükség esetén a hozzátartozóval is, hogy a kezelési eredményekhez igazítva folytassa a tanácsadást. A jelen felmérés során nyert adatok hozzájárultak a betegcsoport táplálkozási szokásainak és életmódjának ismeretében a még differenciáltabb, konkrét problémákra irányuló tanácsadás megtervezéséhez. Úgy gondoljuk, hogy az ilyen átfogó képet nyújtó felméréseket rendszerességgel szükséges végezni, és ezekre alapozva megvalósítani egy korszerű szemléletű, magatartás-orientált táplálkozási életvezetést.

Irodalom

1. Barna, M. (1999). Táplálkozás, diéta. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
2. Bíró, Gy. és Lindner, K. (1995). Tápanyagtáblázat. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
3. Makó, J. és Szöllősy, Gy. (2000). Tanácsok vesebetegeknek. Budapest: Springer Hungarica Kiadó Kft.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Gondolatok a mesterséges táplálás magyarországi feltételeiről

Aradán M., Sahin P., Topa L., Pozsár J.

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Gasztroenterológiai osztály

A klinikai táplálás területén kórházaink nagy részében a betegek tápláltsági állapota nincs felmérve a felvételt követően, a szakmából hiányoznak a megfelelő irányelvek, protokollok, a kompetenciák nincsenek tisztázva (ápoló-dietetikus-orvos), a finanszírozás ebben a kérdésben nem megoldott. A jogi szabályozás ellentmondásos, elavult. A szakmai képviselő és összefogás gyenge ahhoz, hogy akarátát a szakmában, a törvényalkotás előkészítésében és a finanszírozás feltételeinek kialakításában érvényesítse. Az oktatás nem megszervezett, a szakmai ismeretek nincsenek következetesen beépítve a tananyagba. Kevés hazai tudományos vizsgálat, kutatás folyik az ápolás területén a klinikai táplálás körében. Megállapítható az is, hogy kiváló termékek állnak rendelkezésünkre a mesterséges tápláláshoz. Várható, hogy a közeljövőben a szakma képviselőit összehozza a közös probléma, megoldást keresnek és találnak szakmai, finanszírozási és jogi területeken.

A kórházakba kerülő betegek kb. 30%-a alultáplált. Ezek között a betegek között sok az idős korú, rossz szociális körülmények közül a kórházba érkező, súlyos, krónikus betegségekben szenvedő ember. Nagy részük önálló táplálkozásra képtelen. Neves hazai, a táplálkozástudományban jártas szakemberek véleménye szerint kórházainkban az önálló táplálkozásra képtelen betegek igen jelentős hányadánál a kórházi kezelés, ápolás folyamán malnutricios állapot alakul ki. (1)

Hazánkban jelenleg nem létezik elfogadott egységes protokoll az alultápláltság szűrésére. Az esetek nagy részében a beteg ellátásában részvevő szakemberek a tápláltsági állapotot szubjektív módszerekkel, fizikális vizsgálattal, a kórtörténet értékelésével próbálják meghatározni, azonban a tápláltsági állapotnak nem exact módszerekkel való értékelése alacsony szenzitivitással és specificitással bír.

A kórházi ellátásban résztvevő betegek 15-20%-a teljes értékű vagy részleges mesterséges (enterális vagy parenterális) táplálást igényelne. A mindennapi tapasztalat azt bizonyítja, hogy a kórházakban kezelt betegek csak igen kis részénél egészül ki az alapbetegség miatt végzett kezelés a mesterséges táplálással. A kialakuló vagy súlyosbodó kóros tápláltsági állapot döntően befolyásolja a betegek további sorsát. Megnö az ápolási napok száma, a beteg gyógyítására fordított költségek mértéke.

A kóros tápláltsági állapot vagy malnutrició egy vagy több tápanyag relatív vagy abszolút hiányának, illetve feleslegének következtében alakul ki.

A kóros tápláltsági állapot leggyakoribb formája a hospitalizált betegek *fehérje-energia malnutriciója*. A malnutrició ezen formája megfelelő tápanyagellátás hiányában különféle stressz-állapotokban (akut betegség, baleset, égés, műtét stb.) igen gyorsan kifejlődhet, de gyakori krónikus betegségek esetén is.

Elsődleges megnyilvánulásai az energiaraktárak kiapadása és a testfehérjevesztés, valamint a következményes, súlyos több szervrendszert érintő funkciókárosodások. A malnutrició önmagában is súlyos szomatikus és pszichés károsodásokkal fenyeget. Más patológiai állapottal (műtét, trauma, szepszis stb.) társulva a kóros tápláltság elhúzódó gyógyuláshoz, magasabb szövődményarányhoz,

emelkedett halálozáshoz és mindennek következtében jelentősen megnövekedett költségekhez vezet.(2)

A hazai irodalomban az ápolás területén nem jelent meg olyan *beszámoló vagy tanulmány*, amely a kóros tápláltsági állapot okozta többletköltség-növekedést vizsgálta volna. Igaz, olyan sem, ami azt bizonyította volna, hogy a kórházban ápolott betegek körében, az ellátás során kialakult kóros tápláltsági állapot milyen mértékű. A bizonyított tény ellenére, hogy a mesterséges táplálás életmentő, alapvető fontosságú betegellátó eljárás, a betegek ellátásában résztvevő szakemberek túlnyomó része nem biztosít megfelelő helyet ennek a terápiás eljárásnak a betegellátás folyamata során.

Kevés olyan klinikai osztályt találunk kórházainkban, ahol a *betegek tápláltsági állapotának felmérése* rutin eljárásnak tekinthető, ahol a gyógyító személyzet a mesterséges táplálás *lehetőségeit ismeri, alkalmazza*, vagy ahol az intézet vezetése a betegellátás folyamatában mindezt evidenciának tartja.

Valószínűleg ma még szintén kevés helyen találhatóak meg a beteg tápláltsági állapotára vonatkozó vizsgálatoknak, a nutricionális terápia a kórházi kezelésbe történő integrálásának követelményei, így ezek, szükségszerűen a minőségbiztosítási rendszerbe sem illeszthetők bele.

A tapasztalatok szerint a mesterséges táplálásnak, mint gyógyító tevékenységnek, jelenleg nincs a ráfordítást figyelembe vevő, a kórházi bevételt növelő hatása. A mesterséges táplálásra és a hozzá kapcsolódó többlet diagnosztikus és terápiás eljárások költségeire a HBCS rendszer nem nyújt fedezetet, így a mesterséges táplálást, bizonyos tekintetben rosszul értelmezett finansiális szempontokból, a kórházakban költségnövelő tényezőnek tekintik.

A szakma képviselői szerint a korszerű táplálás-terápiának a feltételei hazánkban is rendelkezésre állnak az egészségügyben, e feltételek alapja az elmúlt harminc évben bekövetkezett rendkívül gyors technikai és biomedicinális fejlődés. Mind a szakmai, elméleti és gyakorlati, mind a technikai ismeretek széleskörű fejlődése és elterjedése lehetővé kell hogy tegye a betegek kezelésének átgondolását.(3) Segítségét jelenthet az is, hogy a klinikai táplálással foglalkozó *cikkek, közlemények, előadások* száma ugrásszerűen megnőtt, ezek az elektronikus világháló útján könnyen hozzáférhetőek, nyomon követhetőek. Számos országban, így hazánkban is működnek a témával speciálisan foglalkozó *társaságok*, melyek tömörítik a szakma elismert képviselőit (pl. *MMTT* – Magyar Mesterséges Táplálási Társaság). Munkájukkal érvényt és irányt mutatnak a klinikai táplálás folyamatában. Feladatuk a *szakmai állásfoglalás, szakmai irányelvek* kidolgozása, *kongresszusok, konferenciák, továbbképző tanfolyamok* szervezése. A MMTT mintegy húsz éve fogja össze a gyógyítók táplálás iránt elkötelezett taborát. Legfontosabb teendőik között az első, hogy *meggyőzzék* a szakmában dolgozó orvosokat, a szakmát irányítókat, a gazdasági vezetést valamint a finanszírozókat arról, hogy egy kórházban ápolott beteg sem éhezhet csak ezért, mert képtelen táplálékot magához venni. Küldetésük, hogy *felhívják a figyelmet* arra, hogy megfelelő indikáció mellett a kezelés egyik fontos része a klinikai mesterséges táplálás, amelynek alapvető feladata a táplálkozási problémákkal küzdő beteg tápanyagszükségletének egyénre szabott és optimális fedezése. A feltételek rendelkezésünkre állnak ahhoz, hogy megfelelően tápláljuk betegeinket. (4)

Az ápolás területén azonban tapasztalataink szerint a feltételek csak egy része áll rendelkezésünkre. Ezen a területen az egyik legfontosabb ápolói tevékenység a betegek táplálkozási szükségletének a kielégítése. (5) Ugyanakkor a tápláltsági állapotra vonatkozó szűrést és felmérést kevés kórházi osztályon végeznek. A legtöbb esetben a *szükségletfelmérés* alkalmával nyernek a táplálkozással kapcsolatos információt ápolóink. A felmérés főleg a diétára, az étvágyra, esetleges emésztőrendszeri problémákra, valamint a fogazat állapotára nyújt adatot. Néhány helyen a táplálkozási képesség felmérése is megtörténik.

Megfigyelt tény, hogy a kórházakba felvett betegek körében nem történik meg rutinszerűen a következő állapotfelmérő folyamat elvégzése: *tápláltsági állapot szűrése*, a kiszűrt betegeknél a *tápláltsági állapot felmérése, táplálási terv készítése, különböző intézkedések* a probléma megoldására valamint a táplálási folyamat *nyomon követése és az eredmények értékelése*.

Az ápolási szükségletek felmérésébe könnyen beilleszthető lenne a tápláltsági állapot szűrése, a példában négy pontból álló kérdés sorozat látható. Így máris megtennénk az első lépést betegeink táplálás terápiajában.

Tápláltsági állapot szűrése

1. A beteg testtömege és testmagassága?

2. Észlelt-e a beteg az elmúlt hónapban fogyást?
3. Csökkent-e az elfogyasztott táplálék mennyisége az elmúlt hónapban?

(A gyakorlatban több tápláltsági állapot szűrésre alkalmas teszt van, ezekből az általunk használt módszert mutatja be a példa.)

Tápláltsági állapot felmérése

1. Tápláltsági anamnézis.
2. Antropometriai mérések.
3. Laboratóriumi mérések.
4. Immunfunkciós vizsgálatok. (6)

Az, hogy a kiszűrt betegeknél ki végezze el a felmérést, kinek a dolga a beteg táplálkozásának további irányítása (orvos - diplomás ápoló - dietetikus) még megválaszolandó kérdés. A múlt évben megrendezett MMTT Kongresszusán elhangzott annak az igénye, hogy egyetemi, főiskolai, szakiskolai szinten is a képzésbe be kell vezetni a korszerű mesterséges táplálás alapelveinek *oktatását*. Ezen kívül, más országokhoz hasonlóan képezni kell olyan szakembereket, akik elsősorban a mesterséges táplálás gyakorlati és elméleti kérdéseivel foglalkoznak. Ezek a szakemberek koordinálják a kórházakban működő *mesterséges táplálási csoport* munkáját, adott esetben az otthoni mesterséges táplálás terápiát is. A mesterséges táplálási csoport munkájában a szakterületen dolgozó orvosok, dietetikusok, gyógyszerészek, diplomás ápolók, ápolók vesznek részt. Hazánkban néhány kórházban már működik ilyen csoport, sajnos munkájukról, eredményeikről nem sokat tudunk, mert beszámolókat még nem publikáltak.

A mesterséges táplálási munkacsoport céljai, feladatai (MTM)

- intézményen belüli egységes, gazdaságos szakmai irányelvek, protokollok kidolgozása;
- a mesterséges táplálásra szoruló betegek felkutatása, regisztrálása;
- a beteg számára legkedvezőbb táplálási forma meghatározása;
- a táplálás monitorizálása;
- az intézmény vonzáskörzetében házi mesterséges táplálásban részesülő betegek gondozásának koordinációja (7).

A fekvőbeteg ellátás keretében nyújtott mesterséges táplálás mellett nem hanyagolható el a kórházon kívüli ellátás területe sem, mivel ezt az ellátást nem lehet teljesen külön választani csak kórházban vagy csak otthon nyújtható szolgáltatásra. A *két terület szakmai együttműködése* alapvető feltétele az *otthoni mesterséges táplálásnak*. Az otthoni ellátásban azoknak a betegeknek nyújtható mesterséges táplálás terápia, akiknek az állapota már nem indokolja a kórházi diagnosztikus és terápiás ellátást. Számukra otthon kell megteremteni a feltételeket a gyógyuláshoz, állapotuk javításához vagy kedvezőbb életvitelükhöz. Természetesen a *szakma képviselőinek ki kell mondaniuk*, hogy az otthoni mesterséges táplálás milyen feltételek mellett valósulhat meg (szakmai, személyi, tárgyi). Fontos *állást foglalniuk, javaslatot tenniük* a jogi, szervezési, felügyeleti és finanszírozási háttér megteremtésében is.

A következőkben két részre kell bontani a mesterséges táplálás terápiát ahhoz, hogy a jelen hazai helyzet feltételeit (illetve annak hiányait) be lehessen mutatni, hogy kitűnjenek azok a pontok, ahol még kialakulóban vannak a kezdeményezések.

A *mesterséges enterális táplálás* terápia otthoni beadásának feltételeit mára részben sikerült megteremteni. Finanszírozása jelenleg még megoldatlan.

Enterális táplálás esetén a tápanyagokat tartalmazó oldatokat rendszerint különböző hosszúságú és vastagságú szondák útján juttatják az emésztőcsatorna megfelelő szakaszába.

A *tápszerek* olyan speciális összetételű, teljes értékű vagy kiegészítő táplálásra szolgáló, iparilag előállított élelmi anyagok, melyek meghatározott tulajdonságaik révén életkori sajátosságok vagy betegségek által indokolt különleges táplálási anyagcsere igények kielégítésére alkalmasak.(3)

Egy tápszereket kórházakban forgalmazó cég otthonápoló szolgálatot szervezett a rászoruló betegek számára. Munkájuk ezen a területen példa értékű. A rászoruló betegeket természetesen nem az érdekli, hogy a cég ettől híresebb, elismertebb lesz, termékei kelendőbbek lesznek. Az érdekli őket, hogy otthon lehessenek, legyen mindig kedves és biztonságot nyújtó segítség számukra. Ez a fajta otthoni ellátás nem ismeretlen a szakmában, az elmúlt években több cég is megpróbált hasonló

kezdemenyezést. Talán pont azért, mert annyira nyilvánvaló az otthoni ápolás területén az igény bizonyos ellátási formákra.

A mesterséges táplálás másik része az *otthoni parenterális táplálás*.

Parenterális táplálás esetén a tápanyagokat az emésztőcsatorna megkerülésével infúzió formájában, közvetlenül az erekbe keringő vérbe áramoltatják.(8)

Ha lehet, itt még nehezebb felmérni mekkora igény van erre az ellátási formára. Csupán becslésekre lehet hagyatkozni. Külföldi irodalmi adatokat érdemes figyelembe venni, valamint a hazai szakma tapasztalatát. Már említésre került a MMT Társaság múltévi kongresszusa. Ez a szakma legfontosabb fóruma, itt kerülnek napirendre a legfontosabb problémák, sikerek, eredmények olykor kudarcok is. Ezen a kongresszuson hangzott el egy gasztroenterológus szakorvos előadásában, hogy ugyan becsült adatok

alapján, de több neves gyakorló szakember véleményével alátámasztva, egymillió emberből Magyarországon átlagosan 2-4 fő szorulna otthoni parenterális táplálásra.

Legtöbben közülük rövidebb szindrómás betegek. Ebben a betegcsoportban vannak olyan betegek, akiknek a reziduális vékonybél 50 cm-nél kisebb. Az 50 cm-nél hosszabb vékonybél esetén kb. 2 éves adaptációs idő után, a megfelelő kezelés mellett vissza tudnak állni a teljes vagy részleges enterális táplálékfelvételre.

A *Chron-betegek, intestinalis pseudoobstruáció, irradiációs enteritisben, mucoviscidózisban szenvedő, vagy tumoros, ill transzplantáción átesett vagy fisztulás betegek kaphatnának otthon tartós vagy végleges parenterális táplálást. Ezek között minden korosztály előfordul.*

Ki kell emelni, hogy ez az ellátási forma bonyolultabb, drágább és veszélyesebb, mint a mesterséges enterális táplálás. Sokkal nagyobb szakmai felkészültséget, biztos kórházi háttérrel, jól szervezett ápoló szolgálatot, felügyeletet és jól átgondolt finanszírozást igényel. Az otthoni parenterális táplálás még a külföldi ellátások viszonylatában is drága ellátási forma. Mégis felébe kerül, mint a hasonló időtartamú kórházi ápolás, ellátás.(9) (Külföldön a legtöbb biztosító társaság elismeri a parenterális táplálás szükségességét, ezért finanszírozásában is részt vesz.)

Hazánkban az otthoni parenterális nem megoldott. *Ennek részben jogi, részben finanszírozási, részben szakmai okai vannak.* A jog oldaláról az otthoni parenterális táplálás nincs tiltva, de nincs engedélyezve sem, sőt fontosabbnak látszik, hogy *a feltételeket nem teremti meg.* Az 1/2003(T/21)ESZCSM rendelet 2. számú mellékletében van felsorolva az otthonápolásban jelenleg adható infúziók, a társadalombiztosító támogatásával rendelhető gyógyszerek és a támogatás összege. Ide nem került be a parenterálisan adható tápszerek felsorolása. A parenterálisan adható tápszerek OGYI engedélye mellett a következő kitétel szerepel: *Csak fekvőbeteg ellátó intézményben történő felhasználásra.* Így persze azonnal érthető miért nem lehet otthoni beadásra felírni.

A jog oldaláról említeném meg, hogy az *Otthoni Szakápolás keretében ellátható feladatok eljárási leírásai* között a parenterális táplálás nem szerepel (20/1996.(VII.26.) NM rendelet 1.sz.melléklete). Ezért az otthoni szakápolói szolgálat ápolói tevékenységi körükbe ezt hivatalosan nem vehetik fel.

Az 1997.évi CLIV. törvény az Egészségügyről 87. §(1)-ja kimondja, hogy az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását. A 88. §(1)-ja szerint a beteg lakóhelyén, ill. annak közelében biztosítani kell, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön. A 141.§-ban az állam elismeri felelősségét – a paragrafust tartalmazó törvény keretei között-a lakosság egészségi állapotáért, különösen azért, hogy az ehhez szükséges feltételrendszer kialakításával lehetővé váljon a közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk megőrzése, védelme és fejlesztése, valamint szükség esetén lehetséges mértékű helyreállítása. Látható, hogy a jog amíg az egyik oldalról megteremti a feltételeket, a másik oldalon megvonja ezek gyakorlati megvalósítását. Ez a jogharmonizáció hibáiból valamint az elavult jogi szabályozásból adódik.

A *finanszírozás feltételeinek* elemzéséhez vissza kell kanyarodni a kórházi ellátásra. Persze ennek csak egyik oka az, hogy a parenterális tápszerhez a beteg kizárólag a kórházban juthat hozzá, a másik ok, amiért újra említésre kerül a kórház, hogy az OEP, mint a szolgáltatás vásárlója felé, jelen esetben egyedül a kórház jöhet szóba. (Ez az írás nem tér ki a kórházi ápolás alatt álló beteg parenterális táplálásának finanszírozási technikáira. Az itt taglalt finanszírozási folyamat is csak olyan mélységben kerül említésre, ami elég ahhoz, hogy egyértelműen láthatóvá váljon, miért nem érvényesül megfelelően az otthoni parenterális táplálás esetén, mint feltétel.)

Amennyiben van egy olyan *betegünk*, aki tartós parenterális táplálásra szorul, de az állapota már nem igényli a kórházi ellátást és szeretne otthonában viszonylag normális és kiegyensúlyozott életet élni, erre csak akkor van lehetősége, ha a parenterális táplálását otthonában oldjuk meg. Eddig viszonylag egyszerűen eljuthatunk, ennél a pontnál azonban feltétlenül kell egy olyan elhivatott és erőszakos *orvos*, aki szívügyének érzi a beteg további sorsát, valamint jó, ha van több olyan *ápoló*, akit meg lehet győzni a vesztesre álló ügyek felkarolására és rettenetesen kitartó.

A leglényegesebb azonban, hogy ez a három ember a megfelelő időben és helyen találkozzon.

Ekkor egyedi elszámolásra nyújthat be igényt az a kórház, ami felvállalja a beteg további álkórházi ellátását. Az OEP felé benyújtott megfelelő igazolások, költségtervezetek, szakmai ajánlások után, hosszas levelezéseket követően megállapítják az egyedi finanszírozás mértékét, a kellő szakmai felkészültséget, a tárgyi és személyi feltételek meglétét. Miután az engedély megérkezik, a kórház megelõlegezi a parenterális tápláláshoz szükséges felszereléseket, valamint a tápszerek megvételéhez a pénzt. Tekintettel arra, hogy a beteg nem a fekvõbeteg ellátást veszi igénybe (több évrõl lévén szó), a parenterális tápszert a megfelelõen behelyezett speciális kanulõn keresztül ambuláns ellátás keretében kaphatja meg a fekvõbeteg osztályon. Ezért ellátását a fogadó osztálynak elõre meg kell tervezni, be kell illeszteni az osztályos betegellátás folyamatába, ágyat kell biztosítani arra az idõszakra, amíg a parenterális tápszer adása tart.

Ma Magyarországon évente 50-100 ember szorul tartósan otthoni, kiegészítõ parenterális táplálásra. A becslõt adatok alapján évi 120-150 millió Ft-ba kerülne, melyre még a technikai és bér jellegû kiadásokat rá kellene számolni, ez kb. plussz. 300 millió Ft/év. Összesen 450 millió Ft/év költségbõl meg lehetne teremteni az otthoni parenterális táplálás feltételeit.(9) A *szakmai feltételek* között legfontosabbnak a szakmai irányelvek, állásfoglalások elkészítése, széles szakmai körökben való megismertetése emelhetõ ki, mint feladat. Ez egyaránt érinti a szakdolgozói és az orvosi szakterületet. Szintén szakmai probléma az, hogy a rászoruló betegek igényelnék az otthoni parenterális táplálást. Ugyanakkor betegségük BNO kóddal nem rendelkezik, így az OEP felé történõ jelentésben, elszámolásban ez nem vehet részt, valamint nem lehet hozzá csatolni a szükséges orvosi és ápolói eljárást sem.

Összefoglalva megállapítható, hogy a klinikai táplálás területén kórházaink nagy részében a betegek tápláltsági állapota nincs felmérve a felvételt követõen, a szakmából hiányoznak a megfelelõ irányelvek, protokollok, a kompetenciák nincsenek tisztázva (ápoló-dietetikus-orvos), a finanszírozás ebben a kérdésben nem megoldott. A jogi szabályozás ellentmondásos, elavult. A szakmai képviselõ és összefogás gyenge ahhoz, hogy akarátát a szakmában, a törvényalkotás elõkészítésében és a finanszírozás feltételeinek kialakításában érvényesítse. Az oktatás nem megszervezett, a szakmai ismeretek nincsenek következetesen beépítve a tananyagba. Kevés hazai tudományos vizsgálat, kutatás folyik az ápolás területén a klinikai táplálás körében. *Továbbá megállapítható az is*, hogy kiváló termékek állnak rendelkezésünkre a mesterséges tápláláshoz. Várható, hogy a közeljövõben a szakma képviselõit összehozza a közös probléma, megoldást keresnek és találnak szakmai, finanszírozási és jogi területeken.

Irodalom

1. Varga, P. (1995). Éheznek-e az aktív táplálkozásra képtelen betegek kórházainkban? Tápl.Acsere.Diéta,1:5.
2. Varga, P. (1992). Korszerű folyadékterápia és mesterséges táplálás. Budapest: Medicina.
3. Varga, P. A klinikai táplálás elmélete és gyakorlata. Budapest: Melania.
4. Pap, Á. (1997). A mesterséges táplálás a gastroenterológiai gyakorlatban. In: Gastroenterológia. VarróV.(szerk.) Budapest: Medicina, p.245.
5. Potter, P. és Perry, A.G. (1999). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Budapest: Medicina.
6. Harsányi, L. és Csapó, Zs.(2003). A tápláltsági állapot felmérésének módszerei. Metabolizmus, 6:2.
7. A mesterséges táplálás hazai helyzete. Állásfoglalás és módszertani ajánlás. Orvosi Hetilap, 1997; 38: 2013-2016.
8. Télessy, I. (1997). Táplálásterápia parenterális tápoldatkeverékkel. Budapest: Medicina.
9. Sahin P., Pozsár, J., Csomor, E. et al. (2003). Rövidbél szindrómás beteg parenterális táplálása. MMTT Kongresszus.