

PTE-ETK

Ápolástudományi,

Alapozó Egészségtudományi

és Védőnői Intézet

Pécs

**Az egészségügyi ellátásban dolgozók
viselkedésének megítélése**

Kajkos Hajnalka

BSC ápoló

Fullér Noémi

témavezető

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	3
1.1. Problémafelvetés, témaválasztás indoklása	3
1.2. Vizsgálat célja	3
1.3. Hipotézisek/célkitűzések	4
2. Szakirodalmi áttekintés	4
2.1. Hazai kutatások főbb tudományos eredményei	4
2.2. Nemzetközi kutatások főbb tudományos eredményei	18
2.3. Főbb alapfogalmak és egyéb meghatározások	24
3. Vizsgálati anyag és módszer	26
3.1. Mintaválasztás módjának meghatározása	26
3.2. Elemszám meghatározása	26
3.3. A vizsgálat helye	26
3.4. A vizsgálat ideje	27
3.5. Adatgyűjtési módszerek és eszközök	27
3.6. A vizsgált változók ismertetése	27
3.7. Statisztikai elemzés módja	27
4. Eredmények	27
5. Megbeszélés	38
6. Összefoglalás	42
8. Irodalomjegyzék	43-44

1.Bevezetés

1.1. Problémafelvetés, témaválasztás indoklása

Az ellátás sajátosságaiból adódóan egy sürgősségi betegellátó centrum dolgozóinak fokozott figyelmet kell szentelniük a megfelelő kommunikációra, valamint viselkedésükre, hogy az esetlegesen felmerülő agresszív, vitás szituációkat megfelelően kezelhessék. Különösen kiemelendő az ápoló és az orvos viszonya, hisz az összhang meghatározza az egész rendszer működését. A hozzátartozók, kísérők így érzik igazán a TEAM munkát és annak jelentőségét. Sajnos Magyarországon az egészségügyi ellátást igénybe vevők alapvető ismerete hiányos, az ellátó rendszer működéséről, többek között a gyakorta változó szabályozási és működési rendszer tekintetében, ezért fontos az érthető beszéd (nem latin) a viselkedési mód (mint minta), empátia, intelligencia, türelem, határozottság tükrözése, segítőkészség mind a beteg, mind a hozzátartozó felé. Az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről nevesítette és rendszerbe foglalta a betegjogokat. Sajnos a tapasztalat szerint a betegek nagy részének ezen irányú ismeretei hiányosak, illetve az ismeret jogokat is rosszul értelmezik. Sokszor csak az marad meg bennük, hogy „jár” és „azonnal.” A mai rohanó világban senki nincs tekintettel a másokra, de igaz az, hogy aki beteg, vagy a hozzátartozóját kíséri nekik aktuálisan akkor ez a legfőbb probléma.

A Somogy megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Sürgősségi Centrumában 8 évet töltöttem el, a tapasztalatom még nem mondható nagynak, de a rendszert úgy érzem átlátom és sokféle emberrel találkoztam már. A témaválasztásomat igazán az motiválta, hogy a páciens, és a hozzátartozó sok esetben még jobban generálja a beteg problémáját, ráér elégedetlennek lenni (környezet, személyzet), figyel és sajnos néha nem megfelelő módon és időben megjegyzést tesz, esetlegesen agresszív válik. Vallom, hogy ez részben az információ, intelligencia hiánya, életkori sajátosság, iskolai végzettség indokolja a hozzátartozók részéről. Ezért fontos, hogy legalább mi, az egészségügyben dolgozók ezt a problémakört kommunikáció és a viselkedés eszközével próbáljunk enyhíteni, példát mutatni, hisz az első a beteg.

1.2. Vizsgálat célja

A kutatásom célja, hogy képet kapjak, és esetlegesen feltárjam, hogy a sürgősségi (akut) ellátásban dolgozók viselkedését hogyan ítélik meg az ellátásban részesülők hozzátartozói, kísérői, és ezt a megítélést, milyen faktorok befolyásolják.

1.3. Hipotézisek/célkitűzések

Feltételezem, hogy a női kísérők pozitívabban vélekednek a dolgozókról.

Feltételezem, hogy azok a megkérdezettek, akik nem először kísérték el a hozzátartozóikat a sürgősségi osztályra, pozitívabbnak ítélik meg a dolgozók viselkedését.

Feltételezem, hogy a traumás és nem traumás betegek eredet miatt bekerülő ellátottak hozzátartozói másként ítélik meg a dolgozók viselkedését.

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. Hazai kutatások főbb tudományos eredményei

Mivel tudomásom szerint ilyen jellegű felmérés még nem történt, illetve nem publikáltak, ezért a betegelégedettségi felmérésekre tudok csak támaszkodni.

Szűcs Ágnes és munkatársa vizsgálatot folytatott, miszerint az ápolók rendelkeznek-e betegjogi ismeretekkel és alkalmazásával, a betegjogokat nevesítette, és rendszerbe foglalta az Egészségügyi törvény. (1997. évi CLIV.) Lehetőséget adott arra, hogy akik az egészségügyi ellátást igénybe veszik, illetve benne dolgoznak, jogaikat tudják érvényesíteni, ne legyenek kiszolgáltatottak, munkavégzésük és ellátásuk során. Fontos felmérni, hogy az ápolók mennyire ismerik a betegjogokat, tudásukat milyennek ítélik meg ezzel kapcsolatban, egyáltalán konkrét jogosultságot tudnak-e megnevezni, illetve a betegek részéről kezelésbe és vizsgálatokba bele nem egyezés mennyire változtatja meg az egészségügyi dolgozók hozzáállását, a betegekhez való viszonyát. Feltételezte, hogy az iskolai végzettség és az egészségügyben eltöltött évek száma nagymértékben befolyásolja az ápolók ismereteit a betegjogról, valamint a tudásukat átlagosnak ítélik meg az ápolók, vagy nem is ismerik a betegjogokat. A vizsgálatoktól való elzárkózás, a beteg elutasítása az ápolók munkáját nem befolyásolta, de a dolgozó és a beteg viszonyának megromlásához vezethet az, ha segítik a betegüket egy panasztétel elindításában. A panasztételi eljárás negatív hatással van az ápolókra és az érintett osztályra.

Az adatgyűjtést leíró statisztikai megközelítésben kérdőíves felméréssel végezték az intézmény dolgozói között. Az intézményben, ahol a felmérést végezték 315 ápoló dolgozik. Iskolai végzettséget tekintve egyetemi ápoló 0,3%, diplomás ápoló 12%, OKJ-s ápoló 56%,

felnőtt szakápoló és ápolási szakasszisztens 32%. A 280 kiosztott kérdőívből 250 db. kitöltött és értékelhető érkezett vissza. Elsősorban zárt kérdéseket alkalmaztak, felajánlva egyéb válaszlehetőséget is. Négy csoportba oszthatók voltak a kérdések. Az iskolai végzettségre és az egészségügyben eltöltött évekre vonatkozott, valamint a konkrét betegjogi ismereteket mérte fel. A következő kérdéscsoport arra vonatkozott, hogy az ápolók találkoztak-e már a beteg részéről elutasítással akár beavatkozás, vagy kezelés szempontjából. (Itt a magatartásváltozásra és a beteghez való viszonyra voltak kíváncsiak.) Az utolsó kérdéscsoportban panasztétellel kapcsolatos kérdések szerepeltek, és annak hatására, hogy hozott-e változást osztályukra, munkájukra és önmagukra nézve. Az első kérdéscsoport eredménye szerint 33 ápoló több mint 20 éve dolgozik, 170 ápoló több mint 10 éve, 27 ápoló kevesebb, mint 5 éve és a fennmaradó ápolók kevesebb, mint 1 éve dolgozik. A második kérdéscsoportban a betegjogi ismeretek szerepeltek mely szerint 94% ismer betegjogokat. A tájékoztatáshoz való jogot és az önrendelkezési jogot ismerték a legtöbben. Az ellátás visszautasításához való jogot és az emberi méltósághoz való jogot senki nem említette. A kórház elhagyásának jogát és az orvosi titoktartás jogát csak kevesen nevezték meg. Az ápolók közül kevesen vallják be hiányosságukat e téren, illetve többségük átlagosnak gondolja jogi ismereteit. A beteg ismereteinek bővítését csak 56 ápoló gondolta szükségesnek. A harmadik kérdéscsoportra a válaszok, mely a kezeléstől való elzárkózást és elutasítást tartalmazták a megkérdezettek közül 138-an már találkoztak ezzel a problémával. Az ápolók többsége úgy gondolja, hogy ennek ellenére, ha a betegnek továbbra is ellátásra van szüksége, azt feltétel nélkül biztosítják számukra. 23 ápoló úgy gondolja, hogy feladatukat ugyan elvégzik, a kezelést ugyan megkapja a beteg, de a hozzáállás az egészségügyi dolgozók részéről nem olyan empatikus. Egy visszautasítás után 18 ápoló úgy gondolja, hogy a beteg az adott intézményben nem kap más ellátást. A beteg az otthonába távozik, hisz a kezelés visszautasítása után nincs más teendő. A negyedik kérdéscsoport a betegpanaszt és az erre adott ápolói reakciót vizsgálta. A dolgozók 52%-a találkozott már ilyen esettel, 47,6% nem találkozott, a nem válaszoló ápoló egy fő volt. Arra a kérdésre, hogy a beteg sérelmeinek orvoslására segítséget nyújtanak-e az ápolók, 80%-uk segítene, 20% azt mondja, hogy nem segítene a panasztételi eljárás elindításában. Az ápoló a beteg érdekeit tartja elsődlegesen szem előtt, de lehetnek befolyásoló tényezők is, ugyanis a sérelem legfőbb oka a hiányos kommunikáció is. Panasztétel után a beteg és az egészségügyi dolgozó viszonya véleményük szerint (150 fő) megromlik, 72 fő szerint nem változik a viszony, és 28 fő szerint a kapcsolat megszűnéséhez vezet. Az ápolókra és az osztály további munkájára a panasztétel 122 dolgozó szerint negatívan hat, tehát általában a bepanaszolt felet nem nagyon kérdezik meg.

A panasztételt jogosnak tartotta 36 ápoló, akik úgy gondolják, hogy a hibákból tanulni kell. 24 dolgozó beismeri, hogy van alapja a panasztételnek, 68 ápoló ezt a kérdést válasz nélkül hagyta. Az emberi tulajdonságokból adódó hibák az egészségügyben nem az egészségügy ellen irányulnak. Az osztályra gyakorolt hatása a panasztételnek változó. Negatív irányba változik 110 dolgozó szerint, mely megjegyzi, hogy összességében romlik az osztály megítélése. Az osztályközösség megromlásához vezet 32 ápoló szerint és 41 ápoló válasz nélkül hagyta ezt a kérdést. 67 ápoló szerint javult az osztály szelleme, egymás munkáját jobban segítik a panasztételt követően. Nélkülözhetetlenek az egészségügyi dolgozók betegjogokkal kapcsolatos ismeretei, miszerint az ápolók ismerik a betegjogokat, mely átlagosnak minősíthető, ezért bővíteni kell ismereteiket, de a hatékony segítséghez sajnos ez nem elég. Fontos, hogy a kompetencia határokat ismerjék az ápolók, beleértve sajátjukat, a többi egészségügyi dolgozót, valamint a jogi képviselőt. A pszichológia és a kommunikációs ismeret szükségessége is nagyon fontos, a megfelelő, eredményes munkavégzés érdekében. Kiemelendő, hogy a beteg részéről nagyon fontos a megfelelő egészségügyi ismeret, mert saját gyógyulását így tudja elősegíteni. Tudatosítani kell a betegekbe, hogy gyógyulásuk érdekében nekik is felelősséget kell vállalni az egészségükért, ennek szellemében hatékonyabb lenne az egészségügyi dolgozók munkája, mivel a beteg értené, hogy mi, és miért történik, így nyer igazán teret a tájékoztatáson alapuló beteg beleegyezés.

Pálfiné dr. Szabó Ilona publikációja szerint az ápolói, gondozói munkakört betöltő dolgozók, akik az emberi problémákkal foglalkoznak, saját pszichikai egyensúlyuk is felborulhat, mely a környezetre is kivetődik, éppen ezért a munkahelyi stressz fontos szerepet játszik a kiégés patomechanizmusában. Ebből adódóan az ápolók jelentős körében a kiégés előfordulása várhatóan magas.

Ennek a publikációnak a célja, hogy képet adjon az ápolók helyzetéről, mentális állapotáról, egy adott ellátási szituációba a kiégési szindróma fokáról, mértékéről. Maga a kiégési szindróma mentális kimerülés, krónikus emocionális megterhelések sorozata. Az egészségügyben dolgozók, segítők, akik az emberi problémákkal foglalkoznak félő, hogy a saját pszichikai egyensúlyuk is felborul. Veszélyeztetett csoportba azok tartoznak, akik viszonylag hosszú időn át munkájuk végzése során állandó koncentrációnak, érzelmi igénybevételnek vannak kitéve, gyors és látványos eredmény nélkül.

A folyamatnak különböző fázisai vannak, mely magába foglalja a kényszert, hogy magát igazolja, fokozott bevetést, saját szükségleteinek elhanyagolását, a konfliktusok és szükségletek elfojtását, az értékek átrendeződését, a jelentkező problémák tagadását, a

visszahúzódást továbbá az észrevehető magatartásváltozást, saját személyiségének elvesztését, elidegenedést valamint a belső ürességet, kimerültséget, a depressziót, teljes érzelmi kiürülést és végül kialakul a teljes kiégettség. A kiégési szindrómát megelőző tevékenységek és módok hazánkban, munkahelyi környezetben nem megoldottak.

A munkahelyi stresszorok nagyban nehezítik a munkavégzést és a csoportcélok elérését. Pl.: Az összetartás hiánya, kommunikációs zavarok, információ, jó ápoló-orvos kapcsolat hiánya. A lelki feszültséget befolyásolja még a személyiségjellemzők, a plusz munkavállalás, a pihenés, kikapcsolódás hiánya, a család, munkahelyi összeegyeztethetlensége, a megfelelő anyagi háttér hiánya stb.

A felmérés aktív és krónikus osztályon történt 850 fővel. A minta kiválasztása egyszerű, random módszer alkalmazásával történt kérdőív formájában. (Burnout kérdőívek, Weisman és Beck skála) Az elemzésben figyelembe vették a munkahelyi jellemzőket, a kiégés fokát, a sajátos segítő kapcsolatokat és a kórházi osztály ellátási formáját. Az aktív osztályon dolgozók esetében 155 főből 0,6%, míg az intenzív osztályon dolgozó 304 főből 9,4%-nál mutatható ki a kiégési szindróma. Ezen tényezőket még befolyásolja az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya, illetve a munkaidőn túli melléktevékenység is. A tanulmány megemlíti a diszfunkcionális attitűdök szerepét is, a Burnout jelenség kialakulásában.

Fontos megemlíteni, hogy az ápolói munka nagyon komoly szakmai érzelmi-szociális kihívás, éppen ezért kell nagy figyelmet fordítani az egészségügyi dolgozók testi-lelki jólétére (prevenció), hisz az ápolás-gondozás stresszel telített munka, mely ha csorbát szenved rontja az ítélőképességet, testi-lelki betegséget okozhat, tévedések lehetősége nő, frusztráltak lesznek, fáradtak és ez a betegellátás minőségét nagyban ronthatja.

Szakáll Zita vizsgálata arra hívja fel a figyelmet, hogy a korszerű ápolási folyamat a segítséget kérő ember feltétel nélküli elfogadás nélkül nem valósulhat meg. Publikációban feltételezi, hogy a roma csoporthoz tartozókkal szemben napjainkba is az ápolók körében fellelhető az előítélet, de a betegek szintén előítélettel fordulnak az ápoló felé.

Három oldalról közelíti meg a hipotéziseit. Az ápolók oldaláról azt, hogy miként ítélik meg saját viszonyulásukat a roma betegekhez, a betegek miként látják az ápolók viselkedését, illetve a betegek az önmaguk viselkedését. Mivel a korszerű ápolás a feltétel nélküli elfogadás nélkül nem valósulhat meg, ezért fontos az előítélet nélküli gondolkodás, illetve szükség esetén ennek változtatása. Az ápolóktól az előítéletek legyőzését és új attitűdök, kialakítását követeli meg a korszerű ápolási folyamat.

Ebben a vizsgálatban 25 fő romabeteg és 40 fő ápoló vett részt, mely kérdőív formájában valamint interjú, ezen belül is irányított beszélgetés módszerét alkalmazták. Szükséges volt három kérdőív felhasználása, melyben az első kérdések arra irányultak, az ápolók viselkedését hogyan látják a roma betegek. Legnagyobb arányban a segítőkészség hiányát észlelték. Mind a 25 fő azt nyilatkozta, hogy a bőrszínük, illetve a származásuk miatt ítélik meg őket az ápolók. Megállapították, hogy nagyobb odafigyelésben részesültek a „magyar” betegek. A betegközponti ápolás helyett a feladatközpontú ápolás került előtérbe. Sérelmezték az ápolók részéről, hogy a problémájukat, pl. fájdalmukat lekicsinylik, illetve „hisztisnek” titulálja őket. A második kérdéskör, arra világít rá, hogy a romák saját viselkedésüket hogyan is látják ebben az intézményrendszerben. Legtöbben úgy ítélték meg, hogy saját magatartásuk együttműködő, visszahúzó, illetve konfliktuskerülő. Eléggé tartanak az egészségügyi dolgozóktól, mert úgy látják, hogy hátrányban vannak származásuk miatt. Ebből következően ők kerülnek a konfliktusok és visszahúzódnak. Probléma esetén úgy látják, hogy a befolyásoló tényezőknek, a korábbi negatív tapasztalatok, a kórházi tartózkodást nehezítő tényezők, pl. házirend betartása, az elutasítottság és a családból való kiszakadás az oka. A harmadik kérdéscsoport az ápolók saját viselkedése a roma beteg felé. Nyílt vagy burkolt formában sajnos megjelent az ápolók válaszaiban az előítélet. 18% nyílt előítéleteket vall, mivel ezen ápolók tartanak a roma betegektől. A miért kérdésre a válasz pl.: „mert mind egyforma”, „kutyából nem lesz szalonna”. Arra a kérdésre, ha sírni látnának egy roma beteget, mit tennének, az ápoló nagy része tudomást se venne róla, nem feltétlenül beszélgetne vele, de a szükséges ápolási feladatot elvégezné. Az ápolók 82%-ának is vannak burkolt formában előítéletei. Ezt nem mutatják, nem éreztetik a beteggel, viszont egy-egy helyzetben mégis kiütközik ez az előítélet. Az abban is megnyilvánulhat, hogy a megkérdezettek közül, arra a kérdésre, hogy a beteggel való érintkezés kapcsán használ-e gumikesztyűt a „magyar” beteg esetén sokszor elmarad, de roma beteg esetében nem marad el soha. Ebből is látszik, hogy ez nem más, mint előítélet.

Végezetül megállapítható, hogy az előítélet, mindkét fél részéről beigazolódott. Pozitív vonása, hogy a befolyásoló szerepet felismerik, és nagy részük ezen változtatni is szeretne. Megjegyzendő, hogy a népesség egésze számára nyújt szolgáltatást az egészségügy.

Dr. Kiss Tóth Emőke vizsgálatot folytatott a védőnők munkáját illetően, mely szerint felméri a lakosság, az egészségügyi rendszer igényeit, a foglalkozás iránti érdeklődés okait, a hozzáállást, a véleményeket, valamint a védőnők saját véleményét, szakmájuk megítélésében. Feltételezi, hogy a társadalmi megbecsültsége a védőnőknek alacsonyabb, mint az elvárható

lenne. Hatáskört illetően, a lakosság nem elég tájékozott. Hivatásuk megbecsülésének változásaival az érdeklődés nincs összhangban. A társadalmi megbecsülésben a település hierarchiájának szerepe van. A kutatás kérdőív segítségével, lakosság, orvosok, védőnők, védőnő hallgatók körében történt.

Az orvosok körében a munkakapcsolatra keresték a választ. Védőnőkkel az orvosok több, mint két harmada közvetlen munkakapcsolatban van, ami azt jelenti, hogy 118 főből csak ketten nem vették igénybe a segítségüket. Az orvosok úgy gondolják, hogy iskolai végzettség tekintetében elég lenne az egészségügyi szakközépiskola, illetve tanfolyam is, viszont a vidéki orvosok a védőnői munkakört egyetemi diplomához kötné. Több szakmai javaslatot is tettek. Pl.: szülészeti felkészültség szigorítása, illetani és pszichológiai ismeretek és több kórházi gyakorlat. A vidéki orvosok a szakmai elismerés hiányát, nem megfelelő munkakörülményt, illetve az anyagi hátrányt említik elsősorban. Az orvosok többsége szerint több védőnőre lenne szükség, ebből is látszik, hogy igénylik, szükségesnek tartják a munkájukat, a hálózat bővítését, fejlesztését.

A lakossági kérdések arra vonatkoztak, hogy a védőnő elérhetőségét ismerik-e, illetve annak tevékenységét. A kérdés feltevők nagy figyelmet fordítottak az megkérdezettek arányára, mint pl.: életkor, lakóhelyi, foglalkozás, nem és iskolai végzettség tekintetében. A vidéki és a városi válaszok nagy eltérést mutattak. Védőnőt vidéken szinte mindenki ismer személyesen. Munkájukról hálával és elismeréssel nyilatkoznak. Tevékenységükre fokozott igényt tartanak, amivel elégedettek is. Munkaköri feladataikkal tisztában vannak, a preventív tevékenységet a lakosság iránt kiemelten kezelték. Mivel vidéken szociális és magánéletbeli problémák megoldását is segítik, ezért ők benne élnek a mindennapi köztudatba, kapcsolatuk az emberekkel szorosabb, akik igénylik a segítségüket és jelenlétüket. Az iskolai végzettséget illetően sokkal tájékozottabbak a vidéken élők. Ezzel ellentétben a városiak egynegyede soha nem találkozott védőnővel. Nagy részük hallomásból ismerik csak őket, kritikus hangvétellel jellemzik a munkájukat, nem tudják, mi a dolga, nem tartják fontosnak. A városi védőnők csak egyharmada végez preventív munkát. A városiak szerint egy védőnőnek úgy véli, egy középiskolai végzettség is elég, munkáját tekintve szerintük a tevékenységük a gyermekápolás és a védőoltások beadása. Ebből is látszik, hogy a kompetencia körülményekkel nincsenek tisztába, így megbecsülés szempontjából hátrányos helyzetben vannak, amely a munkavégzésükre is kihat.

Több kérdés is felmerül a védőnők körében, Többek között okozott-e csalódást a védőnői pálya, munkájukat, illetve önmagukat sikeresnek érzik-e, vagy például gondoltak-e a pályamódosításra, mennyire tartják szerencsésnek magukat a környezetükben, illetve a kérdés

kihat az orvossal való kapcsolatukra. A városiak sikeresnek érzik magukat többnyire, a vidékiek csak időnként. A válaszadók egyötöde kifejezetten csalódott. A városokban és környékén arra a kérdésre, hogy módosítana-e pályát 96 főből 16 fő igent válaszolt. Vidéken 53 főből 22 fő igennel válaszolt. Ennek a módosításnak a gátja leginkább az, hogy ők is gyereket szeretnének. Arra a kérdésre, hogy szerencsésnek tartják-e magukat, a vidékiek közül 22 fő elégedett, ellenben a városiak közül 5 fő. A védőnő-orvos kapcsolat a városban személytől függőnek ítéli, meg néhányan lekezelőnek tartják az orvos magatartását, ritka az elismerés, de szükségük van munkájukra az alapellátásban. Vidéken közömbösséget éreztek, egy részük elismerés tapasztalt. Összességében úgy érzik, hogy vidéken romlott a megbecsülés, a városban nem változott. Mindkét helyen az anyagi és a szakmai megbecsüléssel nincsenek megelégedve. Úgy érzik a vidéki védőnők sokkal nagyobb teher, nehezedik rájuk, mint a városiakra.

A védőnőszakos hallgatók felmérése arra irányult, hogy milyen indíttatásból jelentkeztek erre a hivatásra. A válaszuk nagyon változatos volt. 65%-os arányban „kizárólag a védőnői pálya érdekel”, igazán nőis szakma, egy részük, azért mert szeretik a gyerekeket, illetve biztos munkahely reményében, de valaki csak ugródeszkának tekinti.

Összességében a városi és a vidéki válaszok elég látványos eltérést mutattak. Míg a vidéken élők fele fontosnak vélik a tevékenységüket, a városiak nem. Ebből is látszik, hogy a védőnői szolgálat hatékonyságát növelni kell.

Raskovicsné Csernus Mariann vizsgálata a hajléktalanok egészségügyi/ápolói ellátásban tapasztalható problémák főbb okainak bemutatására világít rá. Rámutat a hajléktalan beteggel végzett ápolási munkavégzés attitűdjére, valamint a hajléktalan kérdéshez való ápolói hozzáállásra. Napjainkban gyakran előforduló társadalmi jelenség a hajléktalanság. Mindennapos a közösségi helyeken a városok közterületein, az állandó lakhellyel nem rendelkező hajléktalanok jelenléte. Az érintettek egészségügyi állapotát súlyosan károsítja a fedél nélküli életforma, mely probléma, az egészségügyi ellátásba is begyűrűzik.

Erőforrás hiányában (emberi, anyagi) nem tudják felvállalni ezen érintett személyek ápolását. A tárgyi feltételek sem adóttak. A szakterületen dolgozók úgy érzik, hogy nem kapnak elég támogatást egyik oldalról sem. Az egészségügyi intézmény nem rendelkezik elegendő kapacitással a szociális probléma megoldásához, így a tartós ápolás sem megoldott. A munka eredményességét csökkenti, hogy a segítő szakmák között nem alakult ki közmegegyezés a kompetencia kérdésében. Az egészségügyi ellátás területi alapelve a

bizonytalan hovatartozású beteg esetében, megnehezíti a betegellátást, az utógondozást, pedig akadályozza. Lényegesen magas munkaráfordítást igényel a hajléktalan betegek ápolói ellátása, mint az azonos egészségi állapotuk átlaga. A dologi költségük is magasabb az átlagnál. Fontos lenne, hogy a beteg megértse helyzetét, állapotának súlyosságát, saját gyógyulása érdekében együttműködjön az ellátó szakemberekkel. Az erre irányuló motiváció meglehetősen alacsony vagy hiányzik. (érthető módon) Így nehéz megtalálni az adekvát ellátási formát, mely az állapotának megfelelő lenne. A szociális otthonba való elhelyezés gyakorlatilag megoldhatatlan, főként az együttműködés hiánya miatt, így a hajléktalan beteg újfent az utcára kerül. A szükséges kezelésnek, vagy a szűrővizsgálatnak a hajléktalan beteg, főként az alkoholfüggőségben szenvedő beteg csak végső stádiumban fordul orvoshoz. Így a gyógyulási esélye nagyban csökken. Az adminisztratív akadályok is nagyban előfordulnak, elsősorban a Taj kártya, lakcím kártya, személyigazolvány hiánya miatt. Az egyenlő bánásmód hiánya abból fakad, hogy nagy részük agresszív, elhanyagolt a külseje és élőködők fordulnak elő rajtuk. A kórházból kikerült, de még ápolásra szoruló hajléktalan ellátása alig-alig megoldható.

A felmérés azt kívánja feltárni, hogy az ápoló, mint a társadalom tagja, hogy viszonyul a hajléktalansághoz, illetve a hajléktalan embertárhoz, valamint befolyásolja-e az ápoló ápolási munkáját. A felmérés általános kérdésekkel, a hajléktalanságról alkotott képről (Likert-féle attitűd skálával), (módosított Bogardus-féle társadalmi távolságmérő skálával), a hajléktalan betegápolással kapcsolatban (Likert-féle skálával, illetve szituáció felvázolásával) történt. A szakdolgozók, akik a kérdőívet kitöltötték, 65%-ban középkorú nők, 90%-a a városban lakik, melyről feltételezhető, hogy a hajléktalan betegellátásban vannak tapasztalataik. 61% fekvőbeteg ellátásban dolgozik, 18% járóbeteg ellátásban, 3-3% alap-, szociális ellátásban, 14% egyéb ellátásban. A megkérdezettek közül, a hajléktalanságot szociális problémának ítélték meg. A társadalmi távolságtartás a válaszok háromnegyed részében egyértelműen látható. Az előítélet jelenléte és az ápolók magatartása között nem találtak ($p < 0,396$), míg az ápolói és a hajléktalan betegellátás között találtak összefüggést ($p < 0,000$), az ápoló tetteit, reakcióit helytelennek ítélték meg, a hajléktalan beteg meg nem értésén alapuló magatartását felismerték az adott szituációban.

Összességében az egészségügyi dolgozók tisztában vannak a hajléktalan társadalmi problémáival, életmódjával, életvitelével, magatartási normáival, az őket érő atrocitásokkal, viszont hivatásuk alapelveit, a szabályok betartását fontosabbnak tartják a hajléktalanok jogainál. Így megpróbálják kezelni a kialakuló konfliktusokat is. Az egészségügyben

dolgozóknak fel kell ismerni saját erkölcsi dilemmáit, előítéleteit és le kell küzdenie azokat a betegközpontú ápolás érdekében.

Somogyiné Vári Éva publikációjában arra mutat rá, hogy egyre fontosabb kérdéssé vált, hogy az egészségügyi szolgáltatást nyújtó minőségbiztosítási rendszerek működtetésében, az utóbbi évtizedekben a minőség iránti igény fokozott legyen. Biztosítani és figyelembe kell venni azt a tényt, hogy aki az egészségügyi ellátást igényli, az mindig jó minőségi szolgáltatásban részesüljön, nemcsak szakmai és gazdasági oldalról, hanem érzelmi oldalról is. A minőségbiztosítás az egészségügyben azt jelenti, hogy a szolgáltatás minősége egy visszacsatoló rendszer, mely folyamatosan működik az ettől való eltérést, jelzi azonnal és a javító rendszer működését, azonnal beindítja. Kiküszöböli a hibáért felelőssé tehető faktorokat, személyeket, illetve tényezőket. Fontos figyelembe venni azt is, hogy a beteget gyógyítása, kivizsgálás során milyen hatások érik. Mivel ha ezek a tényezők kedvezőtlenek a gyógyulás folyamatában az egészségügyi készséget a beteg részéről nagymértékben rontja. Az egészségügyi ellátás mindig a betegért van, ezért fontos, hogy elégedett legyen, mindig minőséget kapjon a gyógyulás érdekében. A betegelégedettség mást jelent az orvos számára, az ápoló számára, a hozzátartozó számára, a betegek számára, illetve a kiszolgáló személyzet számára, mivel ez leginkább szubjektív. A gyógyítás folyamatát befolyásolják a pozitív és negatív hatások, melyek a gyógykezelés során érik a beteget, az azt követő esetleges rehabilitációja, illetve a változást megelőző és kísérő mindenféle kockázat. Minden kórház számára, akik minőségi biztosítási rendszer tanúsításával rendelkezik, kötelező számukra a betegelégedettségi vizsgálat elvégzése. Ezt valahol szívesen végzi, valahol kevésbé. Ezt a felmérést általában kérdőív formájában végzik, melyben különbséget kell tenni, hogy járóbeteg szakellátásban, vagy fekvőbeteg osztályon kívánják elvégezni.

Figyelembe kell venni a járóbeteg szakellátásban, illetve ehhez kapcsolódó ellátási forma sajátosságait, melyeket a kérdőíveknek is tükrözni kell. Célszerű, hogy egyes kérdéskörök tartalmazzák a szakrendelő elérhetőségét, általános jellemzőit, a várakozás körülményeit, a tájékoztatás megfelelő minőségét, azt az időt, amelyet várakozással kell tölteniük, az orvos-beteg találkozás időtartamának, illetve a felvilágosítás kérdéskörét, a szakszemélyzet minősítését, a választási preferenciákat, valamint az egyéni észrevételeket. Fontos még megjegyezni, hogy a demográfiai adatokra is szükség van. Természetesen részletesebbek azok a kérdőívek, melyeket a fekvőbeteg osztályokon alkalmaznak a betegelégedettség felméréséhez, mivel fontos, hogy tükrözze a kórházi ellátásról alkotott összbenyomást. Képet kaphatnak a betegek szempontjából egyes minőségi összetevőkről,

befolyásoló tényezőkről, az egészségügyi ellátás során. Megjegyzendő, hogy a demográfiai adatokon túl rákérdeznek a felvétel körülményeire, az elhelyezés minőségére, az ételmezés mennyiségére, minőségére, a kórházi rendszer fejlettségére, az egészségügyi személyzet minősítésére (pl.: ápolók hozzáállása), kezelőorvossal történő idő minőségére, (pl.: tájékoztatás, találkozás gyakorisága), valamint lehetőség van az egyéni észrevételek leírására és a választási preferenciák rákérdezésére (pl.: választaná-e ismét a kórházunkat).

A publikáció kiemeli, hogy a betegelégedettségi pozitivitás, illetve negatívitás nemcsak a szolgáltatásra van hatással, hanem a beteg egészségügyi készségére és a gyógyulására is, ezért nagyon fontos, hogy a betegelégedettséget mérjük.

Dr. Gazdag Gábor kutatásában arra mutat rá, hogy az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő betegek elégedettsége alapvető fontosságú a szolgáltatók számára a piaci verseny miatt, mivel fontos a hosszú távú stabil működés érdekében, hogy a következő alkalommal is a szolgáltatást a páciens nála vegye igénybe. Egyre nagyobb hangsúlyt kap, illetve előtérbe kerül a piaci szemlélet, melynek következményeképpen az egészségügyben a betegelégedettség növelésén keresztül a betegmegtartást, a kórház és a szolgáltatók túlélését, illetve finanszírozási keretének megtartását, illetve növelését biztosítja. Ez a publikáció arra keresi a választ, hogy a pszichiátriai betegeknél a kórházi kezelés igénybe vételét mely tényezők határozzák meg, illetve ezen osztályt ajánlják-e másoknak is, és a jövőben, ha szükség van rá, újra itt kezeltetik-e magukat.

A felmérés a Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs osztályon történt, önkitöltős kérdőívet állítottak össze az osztály orvosai és pszichológusai, melyet minden kitöltésre alkalmas állapotban lévő, távozás előtt álló beteg töltött ki. A részvétel önkéntes és anonim volt. A vizsgálatot 100 értékelhető kérdőív összegyűléséig végezték, melyből 13 olyan kérdőív érkezett vissza, melyek nem voltak alkalmasak statisztikai feldolgozásra, a válaszok azonossága miatt. Az átlag életkor 48,9 év volt, ebből férfi 33 fő, nő, pedig 62 fő. Válaszokból kitűnik, hogy 77 fő választaná ismét ezt az osztályt gyógykezelés céljából, 12 fő nem választaná, 69 fő ajánlaná ismerősüknek és 16 fő mindegyik válaszra nemmel válaszolt. Szignifikáns különbség nem mutatkozott a nők és a férfiak között, viszont különbség mutatkozott azok között, akik nem, illetve ismét kezeltetnék magukat ezen az osztályon. Továbbá azok között is, akik ajánlanák ismerőseiknek. Kiemelkedő érték mutatkozott abban az esetben, akik a későbbiekben is kezeltetnék magukat ezen osztályon, az ápolói munkát emelik ki pozitívként, illetve a figyelmességet, a szakszerűséget, az ápoló-beteg kapcsolatot és az intimitást. Az orvosi munka megítélésében leginkább a hiányosságokat

emelték ki, mely miatt nem térnének vissza erre az osztályra, különösen kitérve a titoktartás területére és a szakszerűsége. Az elvándorlási szándékot befolyásolta még a szociális munkás tevékenysége, melyre igazából részletében nem tértek ki.

A tanulmány tükrözi a szakmai munkát, az osztály aktuális helyzetét éppen ezért ez nem általánosítható. Pontosan a probléma megoldása érdekében az eredmények alapján általános stratégiát csak erre az adott osztályra lehet kidolgozni.

Dr. Belicza Éva tanulmány arra mutat rá, hogy nyilvános minőségértékelési rendszert célszerű kialakítani, mely az indikátorokra támaszkodik, az ellátás minőségére, az érintettek döntéshozatalára, a kritériumokra, és ezzel a szakterülettel, kérdéskörrel egyre gyakrabban foglalkozik a nemzetközi szakirodalom is. Felhívja a figyelmet bizonyos területekre, a tapasztalt eltérések okaira, lehetséges problémákra, melyekre igazán az indikátor nem ad közvetlen választ, hogy további részletes elemzésre van szükség. Témakörökre próbálnak koncentrálni, így az indikátorok képessége a szolgáltatók megkülönböztetésére, megítélésére, alkalmasságára, a szolgáltatók rangsorolására, a lakosság viselkedésére, akik a szolgáltatót választják, a nyilvános minősítés hatásaira, ajánlásokra, a minőségi rendszerek kidolgozására. Az egészségügyi ellátás során az indikátor egy mennyiségi mérőszám, melyben felmérhető a lakosság egészségügyi állapota, az ellátás minősége, az ellátó rendszer értékelése, javítása, illetve mérése. Ez a fejlesztés szempontjából kulcsfontosságú.

A felmérés alátámasztja, hogy az intézményválasztás nem a közzétett rangsor alapján történik, mivel a közvélemény a mutatókat nem megfelelően értelmezi, illetve nem is értesül a betegségének ellátásának lehetőségéről. Ráadásul nem tükrözi az ellátás minőségét és akár félrevezető is lehet. Az indikátorral való minőségi ellátás objektív megítélése nem reális, mivel ez egy komplex tevékenység. Az ellátás átfogó minősége, az indikátor által képzett rangsor nyilvánossá tétele hatására romlik, mely igazolható is. Így nem segítik a lakosságot a szolgáltató kiválasztásakor, mert a beteg a távolságot és a környezete véleményét veszi elsősorban figyelembe.

Az egészségügyi dolgozókat, akik amúgy is túlterheltek, netalántán kiégettek, az indikátor eredmények frusztrálják.

Azon a területen, ahol értékelés nem történt, a magasabb kockázatú betegeknél minőségromláshoz vezethet. A lakosság és a szolgáltatók elemzése során, valamint a szakirodalmi kutatások szerint, a kockázatkiegyenlítési problémák miatt kérdéses az indikátor kimutatása a minőség szempontjából. Már említésre került az intézményi sorrendek nem megbízhatóak, ezért a mérési eredményeket, illetve annak közzétételét csak eszköznek kell

tekinteni. A kívánt eredményt a betegelégedettségi vizsgálatok hozhatják meg, mivel pontosabb kép kapható a standardok egységes felülvizsgálatára, értékelésére, az ellátási-szervezési folyamatok megítélésére.

Dr. Nagy Gábor és munkatársai kutatást végeztek, hogy a sürgősségi osztályon dolgozók munkahelyükről, és az azt befolyásoló tényezőkről miként vélekednek, hisz szakmailag egységesnek, korszerűnek, integrált rendszerűnek kellene lennie a betegellátásnak a mai században Magyarországon. Számos tényező befolyásolhatja az ellátás működését, mint pl.: az egészségügyi politikai tényezők, betegelégedettség, az egészségügyi dolgozók elégedettségének mutatói és a megfelelő szakdolgozói létszám.

A felmérést hazánkban 24 sürgősségi osztályon végezték önkitöltős kérdőívvel, melyből 56,5 % volt értékelhető. Szignifikánsnak $p < 0,05$ eredményeket tartották. A kérdéskörök tartalmazták a dolgozói fogadókészséget, megítélést, a dokumentációs időt és a betegvárakozási időt, a Triage rendszer minőségét (fizikális vizsgáló módszerek és azok értékelése), az elvárható feladatokat, a tényleges feladatokat, hozzátartozók bizalmát és az egészségügyi személyzet megítélését, valamint a demográfiai adatokat. Az eredmények mutatói szerint az ápolók átlag életkora 33, 7 év, ebből nő 284, férfi 41. Az egészségügyben eltöltött átlag idő 14, 79 év, ebből a sürgősségin 3, 75 év volt. Az orvosok átlag életkora 39, 5 év, a női és a férfi arány közel azonos. Az egészségügyben eltöltött átlagidejük 14, 96 év, ebből a sürgősségi osztályon eltöltött idő 3, 88 év volt. Szignifikáns különbséget találtak a nemek arányát nézve a két dolgozói csoport között. Az életkort tekintve a különbség nem volt jelentős, de megfigyelhető, hogy az ápolók körében a női dominancia érvényesült. Iskolai végzettség tekintetében megállapítható volt, hogy nincs elég képzett ápoló és orvos, valamint megfigyelhető, hogy az ápolók feladatköre naponta is változik. A becsült betegellátásra szánt idő az orvos-ápolók közti minőség, az osztály fogadókészsége, az orvosi és ápolói munka és a feladatkör típusa között nem találtak kapcsolatot. Szignifikáns kapcsolatot az osztály megítélése és az ápolói kérdőívek eredményei alapján nem találtak. Mindenképpen megemlítenéd, hogy a működés megítélése szorosan összefügg az orvosok és az ápolók munkájának megítélésével. Rontja az osztály megítélését az orvos és az ápoló közötti rossz viszony, valamint az ápolók önmagukra vonatkozó rossz véleménye. Mivel a megfelelő szintű ellátás a jó team munkán alakul, a megkérdezett ápolók közel 90%-a jónak ítéli meg a kapcsolatot egymás között. Kiemelt szerepet kap a megítélésben az osztályra belépő beteg állapotfelmérése, várakozási ideje, a végső elhelyezésig történő időtartam, mivel ahogy ez az idő növekedik, úgy az osztály megítélése is romlik. A Triage tevékenység valószínűleg a kis

elterjedés miatt az osztály megítélésével nem találtak kapcsolatot. Megállapítható, hogy az orvosok kérdőívének eredményei az ápolókéhoz hasonló volt. Megjegyzendő, hogy sokkal, kevesebb tényezővel mutatott összefüggést, mint az ápolók válaszadásai. Szignifikáns kapcsolatot mutatott az osztály megítélése között a beteg várakozási ideje, viszont nem találtak kapcsolatot a Triage használatát illetően. A sürgősségi osztályt érintő kérdésekben, mely kiterjedt a demográfiai adatokra, saját tevékenységekre, betegekre, hozzátartozókra, nem mutattak összefüggést.

Az osztályok megítélését az orvosok objektív tényezőkkel az ápolók viszont többnyire szubjektív tényezőkkel hozzák kapcsolatba. Összességében a dolgozói elégedettség és a betegelégedettség nagyon fontos a minőség megítélésében, hisz az itt dolgozók számára komoly kihívást jelent a sürgősségi osztályon való tevékenység, mint lelki, mint fizikai megterhelés tekintetében. A sürgősségi osztályok működése kielégítőnek mondható, bár meghatározó tényezőjét eltérő módon ítélik meg az ápolók és az orvosok is.

Janky Béla tanulmánya az országos második betegelégedettségi kutatás azon kérdések, megválaszolását célozta meg, hogy a betegelégedettség mértékét milyen tényezők határozzák meg, milyen mértékű a különböző ellátási szegmensek általános elégedettsége és milyen tényezők befolyásolják a betegeket az ellátás értékelésekor.

A felmérés 1689 fővel (38 kórházból), (véletlenszerűen kiválasztott, reprezentatív személyek) otthoni kitöltésre adott kérdőívvel történt. A kórház által nyújtott szolgáltatással összességében mennyire elégedettek a betegek, ez volt az egyik legfontosabb kérdés. Az eredmény szerint a nagy többség elégedett (49%), illetve nagyon elégedett (30%) volt az ellátással, viszont 18-an komoly elégedetlenségüket fejezték ki. Az 1689 főből 2% elégedett volt, 17%-uk részben volt elégedett. A nemek arányát tekintve a férfiak elégedettebbnek bizonyultak, mint a nők. A vidéki fekvőbeteg intézményekben közel kétharmad teljesen elégedett volt, ellenben a fővárosiak körében csak 27% volt elégedett. A kórházak megítélését tekintve az ország keleti és nyugati része között nincs különbség. Megállapítható volt, hogy a beteg életkorával szoros összefüggésben van az elégedettség mértéke. Életkor tekintetében az elégedettség aránya folyamatosan nő az életkorral. Különösen elégedettek a legidősebbek, a 80. életévüket betöltöttek. A kórházak szolgáltatásaira kritikusabban tekintenek a magasabb iskolai végzettségűek. Teljesen elégedett 40%, akik a 8 általánost, illetve ennél kevesebbet végeztek. 23% aki elégedettséget mutatott, középiskolát végzett. Megjegyzendő, hogy a felsőfokú végzettségűek kevésbé voltak kritikusabbak, mint az érettségizettek. A vidéki városlakók elégedetlenebbek a falvakban élőkkel szemben. Kritikusan ítélték meg a kórházi

ellátást, és nem voltak elégedettebbek azok a betegek, akik hálapénzt adtak az egészségügyi személyzetnek. Kezelőorvosának a betegek 44%-a adott hálapénzt, míg az ápolóknak és a kisegítő személyzetnek a betegek 34%-a juttatott kisebb-nagyobb összeget. Betegtájékoztatást illetően a döntő többség elégedett volt, ebből 28% tökéletesen. Az egészségügyi intézmény élélményét tekintve csak 38% tartotta jónak a kapott ételt, 12% viszont kifejezetten rossznak tartotta az étel minőségét. A rendet és a tisztaságot, a rendezett környezetet, a betegek 55%-a ítélte megfelelőnek, 36% elfogadhatónak találta, 9% pedig komoly kritikával illette. Az ellátással és az egészségügyi személyzettel a válaszadók a nagymértékben elégedettek. A kezelőorvossal 44% tökéletesen elégedett volt, 43%-uk is megelégedettségét fejezte ki. Az ápoló személyzet tevékenységét közel ilyen arányban ítélték meg.

További vizsgálat kiterjedt a szolgáltatás személyi oldalának megítélésére is. Ezt úgynevezett Ordinális skálán mérték, ez azonban nem hozott új érdemi információt. A vizsgálat további része kiterjedt arra a kérdésre, hogy a beteg milyen érzésekkel távozik a kórházból. Ezt objektívan próbálták mérni, ezért négy nagy csoportra bontották a meghatározó tényezőket, melyek a következők: a beteg társadalmi státusza és ehhez kapcsolódó elvárásai, valamint egészségi állapota, a kórházi munka minősége, illetve a kezelés sajátosságai. Ezzel a kérdéskörrel szintén felmérhető a betegek elégedettsége a kórházban kapott ellátással kapcsolatban. Az idősek szintén elégedettebbek voltak a fiatalabbaknál, magasabbra értékelték a kórház teljesítményét a felsőfokú végzettségűek. Az egészségügyi állapotot illetően kevésbé elégedettek azok, akiknél látványos gyógyulás nem történt, viszont akiket operáltak, elégedettebbek az átlagnál. Akik hálapénzt adtak az orvosnak, az elvárásaik sokkal nagyobbak voltak a szolgáltatással szemben, éppen ezért elégedetlenebbek, mint akik nem adtak hálapénzt. A tájékoztatás mértékét illetően nagyban befolyásolta az elégedettséget a személy és a betegjogok megítélése. Elégedetlenek voltak azok a betegek is, akik a gyógyszerüket nem kapták meg mindig rendszeresen. A betegelégedettséget továbbá befolyásolta meglepő módon az ébresztés időpontja. Akik minél később lettek ébresztve, azok jobb közérzettel távoztak. A bekerüléskor tapasztalt fogadtatás az elégedettségben kiemelkedő szerepet kapott.

Egy adott intézmény megítélése összességében rosszabbnak bizonyult, mint az átlag összesség. Így tehát megállapítható néhány esetben minőségi probléma van kórházzinten, mely visszavezethető egyes tényezőkre.

2.2. Nemzetközi kutatások főbb tudományos eredményei

Leigh Hart és munkatára vizsgálata a regisztrált és nem regisztrált osztályozó nővérek ill. a korszerű gyakorlattal nem rendelkező ill. rendelkező sürgősségi ellátás gyorsaságának a megítélésével foglalkozik.

Vizsgálat célja, hogy a sürgősségi osztályon az osztályozás gyorsítása során elégedettebbek legyenek a betegek a korszerű gyakorlattal rendelkező regisztrált nővérekkel, mivel kevés a speciális gyakorlattal rendelkező.

Az Egyesült Államokban a beteg létszám 32 %-kall nőtt, viszont a sürgősségi ellátó helyek száma ezzel szemben csökkent. Ez azzal magyarázható, hogy a kereslet növekedett, de az erőforrások viszont csökkentek. Így a túlszűfoltás és a várakozási idő meg növekedett. Fokozottan szükség van sürgősségi orvos és nővérképzésre, mivel nagyon kevés a speciális ápolással rendelkező szakirányú sürgősségi ellátást végző személy.

Legújabb tanulmányok szerint, melynek középpontjába a betegelégedettség áll, felmérést végeztek Kanadában, az Egyesült Királyságban, Ausztráliában és az Egyesült Államokban, mely bebizonyította, hogy a betegek elégedettek voltak a gyógykezeléssel, megfelelő információt kaptak betegségükkel kapcsolatban. A kanadai tanulmány beszámol arról, hogy 71%-ban a felmérés kimutatta, hogy szívesebben fogadta a speciális gyakorlattal rendelkező ápoló személyzet tájékoztatását, míg 29% inkább csak az orvos általi tájékoztatást tartotta mérvadónak. A brit beszámoló megállapította, hogy nagy arányban a betegek többsége elégedett a szakápolói tevékenységgel. Ugyanez az eredmény mondható el az ausztráliai felmérés során, mely szintén a többségi elégedettséget tükrözi a szakápolók irányába. Az Egyesült Államok-béli felmérés fontos hangsúlyt helyez az orvos-nővér kapcsolatra és ez által az ellátás hatékonyságára. Összességében az eredmények azt mutatják, hogy a legtöbb betegnek a megkérdezettek közül 72,5%-a volt hajlandó kezelteni magát speciális iskolai végzettséggel és gyakorlattal rendelkező ápolói személyzettel, 15%-a, pedig bizonytalan volt és 12,2% nem hajlandó kezelteni magát, csak orvossal. Éppen ezért nagy hangsúlyt helyeznek az oktatásra, mely speciális ápoló és gondozó szakembereket képez. Fontos a betegek megértése, speciális szemlélet szem előtt tartása.

A felmérés leíró jellegű, kvantitatív módszerrel történt. A célcsoport 18 évnél idősebb betegek, anyanyelvét beszélő, jogilag megfelelő személyek voltak. A válaszadás önkéntes betegek között történt, látogatás, gyors interjú formájában. (50ezer beteg /év/ nagy kórház, kiskórház: 37ezer beteg/év, 17.633 beteg/ év/ nagy kórház, kiskórház:9300 beteg/év) A válaszadási arány 64% volt. A demográfiai adatok szerint 54% 25 - 44 év közöttiek, akik

közül 64% volt nő. A leggyakoribb panaszok aránya nagymértékben mozgásszervi, sérülések, szem-, és fül-orr-gégészeti panaszok voltak. A megkérdezettek 65% hajlandó kezeltetni magát speciálisan képzett ápolóval, 17%-a nem biztos benne és a fennmaradó százalék nem hajlandó kezeltetni magát, csak orvossal. A kezelés utáni megkérdezettek 93%-a elégedett volt az ápolók kezelésével, 5%-a nem volt biztos és a fennmaradók jelezték, hogy csak az orvossal voltak elégedettek.

Ebből a tanulmányból is kitűnik, hogy érdemes speciális ápoló személyzetet képezni, kik nagyban elősegítik az orvosok munkáját és a betegek gyógyulását.

Lorraine A. Sheppard és munkatársai kutatást végeztek, melynek célja, hogy feltárja a betegek elégedettségét a sürgősségi osztályon végzett fizioterápiás tevékenység kapcsán. A sürgősségi osztályon megjelent betegek háttér problémáinak a rendezése, sürgősségi keretek között is nagyon fontos tevékenység. Célja továbbá, hogy a beteg otthoni környezetben, szociális támogatással, megküzdési készséggel minőségi életet tudjon élni, ezért bevezették a gyógytornász alkalmazását. Így betegelégedettségi felmérést lehetett végezni a betegek között a funkcionális mobilitás, tanácsadás, és gyakorlati megelégedés szempontjából.

A felmérés követéses módszerrel, interjú formájában, kvalitatív módszerrel történt Ausztráliában, 199 fő részvételével, a nők többségben 71%, az átlag életkoruk 75 év, ebből személyes megkérdezés 68% és telefonos 32% volt. Ezen kérdések a gyógytornász tevékenységére irányultak. Ezen belül is a kommunikációra, a gyakorlatok érthetőségére, az életmódbeli változásra, további otthoni életminőség javítására és a speciális mobilizációra. A betegek nagy része elégedett a gyógytornász tevékenységével, különös tekintettel a türelemre és hogy elmagyarázta, mi történik, mi fog történni és miért. Minimális beteglétszám megjegyzi az értékelésben, hogy a kezelés menetéről őket nem tájékoztatták, de a kezelés végére nyilvánvalóvá vált, hogy egyszerű és logikus volt a terápia, tehát ők is elégedettségüket fejezték ki. Különösen nagy sikert aratott a biztonságos gyógyászati segédeszközök megfelelő használatának az elsajátítása, az otthoni környezet átalakításának tanácsadása a betegek biztonsága érdekében. Ez is bizonyítja, hogy nem csak a rehabilitációs fázisban és hosszú bent fekvéses kórházi ellátásban van szükség gyógytornászra (fizioterápiára), hanem sürgősségi ellátásban is. A gyógytornász figyelme kiterjed a jelelés, borogatás, polcolás, gélek használatának helyes elsajátítására is. A betegek lelkes elégedettségekről adtak tanúbizonyságot, hogy a háttérbetegség gyógyítása nagyban elősegítette az életminőségüket. A nyomon követés ténye, pedig ösztönzést adott számukra. A betegek pozitívan értékelték a gyógytornász által közölt egyértelmű információkat,

magyarázatokat, állapot felmérés minőségét (kezelés előtt és után). Természetesen a tanulmány rámutat a korlátokra is, az idő rövide, az életkori sajátosságok, a türelmetlenség, az azonnali hatástalanság miatt.

Anders Johanson és munkatársa tanulmányának célja a mentők által beszállított beteg és azon betegek sürgősségi osztályos ellátásának elégedettsége.

2005 óta Svédországban minden mentőautóban legalább egy regisztrált, illetve szakképzett ápolónak kell lennie, annak érdekében, hogy a betegek megfelelő minőségű ellátást kapjanak. Ennek oka, hogy a gyógyszeres kezelést csak képzett személyzet biztosíthatja.

2010 óta a déli régiókban a szervezett feladat ellátása érdekében szabályozott irányelvek vannak érvényben. Hazai és nemzetközi módszereket dolgoztak ki az objektív betegellátás érdekében. Az ápolók képzettsége felsőfokú, szakosodási lehetőség adott a prehospitális sürgősségi ellátásra. Speciális prehospitális, illetve sürgősségi ellátáshoz tartozik a beteg stabilizálása, szállítása, vénabiztosítás, fájdalom és hányás csillapítás stb. Betegelégedettségi felmérés szempontjából nem különíthető el a két ellátási formában szereplő dolgozók tevékenysége, mivel speciális tevékenységük hasonló.

A felmérés Helsingborg Kórház Sürgősségi klinikán történt összehasonító, kvalitatív módszerrel, a sürgősségi osztályra a mentők által beszállított betegek körében, melyet 7 napon át, 8 órában végeztek. Kizárási kritérium: drog vagy alkohol befolyásoltság alatt állók, eszméletlen, zavart betegek, a fájdalom skála magas szintjével rendelkezők, szorongás és depresszióval küszködők ill. suicid betegek. Az adatgyűjtés időszakában összesen 120 beteget szállítottak a mentők a sürgősségi osztályra két régióból. A kizárási kritérium miatt csak 40 beteget vontak be a vizsgálatba, ebből 67% volt nő, 33% férfi. Az átlag életkoruk 56,6 év. A betegek 37%-ának tudatállapot változása lett. 20%-a nem beszéli a nyelvet, 20%-nak látás és hallás problémája van, 13%-a 18 év alatti, 3% drog és alkohol befolyásoltság alatt állt, 3% felfokozott stresszes állapotban volt és 3% közvetlen kórházba szállítást kívánt. Éppen ezért ők is a kizárási kritériumba kerültek. A betegek 93,1%-a a mentők általi ellátásra pozitív választ adott, míg a kórházi ellátás nem mutatott egységesen pozitív választ. Oka lehet, hogy a kórházba kerülés indoka szubjektív és nem kérdőjelezhető meg a betegek szempontjából, de az ellátás szubjektív elégedettsége már igen, pl. a fájdalmat, a betegség osztályozását, várakozási időt stb. Nem volt koleráció az ellátás gyorsaságában, illetve nemek közti megoszlásban. A beszállítottak 80%-át főként szakápolók kezelték, 20%-át pedig sürgősségi orvosok. A beszállítottak 6%-a főként hányingerről, hányásról panaszkodott, míg 7%-uk

valamilyen fájdalomról. A felmérés részletezi az ellátási készséget, szakmai tudást, kezelési eljárást, odafigyelést, betegtájékoztatást, kommunikáció készséget, az empátiát, a betegért való aggodást, bánásmódot, kérdésfeltevés lehetőségét, a bizalmat. Az eredményeket átlagban, mediánban, szórásban, változó tartomány alapján és hiányzó értékekben összesítették. A számok közzététele nélkül is nyilvánvaló, hogy a betegek magas százalékban elégedettek, mind a mentő mind az orvosok, mind az egészségügyi személyzet munkájával. Az elégedetlenség oly minimális mértékű volt, mely csak egy-két betegre terjed ki.

Az egészségügyi személyzet az eredmények tudatában úgy érezte, hogy a jó visszajelzések megbízhatósága nem mindig életszerű. Többek között azért is, mert sebezhető csoportot alkotnak az adatközlők, hisz ők betegek és orvosi ellátásra szorulnak.

Geraldine Lee munkatársaival vizsgálatot végzett, miszerint jelentős számú beteg elhagyja a sürgősségi osztályt kezelés előtt ill. kezelés közben nem várva meg, hogy a vizsgálatok, kezelések befejeződjenek.

A tanulmány célja, hogy bemutassa kik és miért nem várnak, miért elégedetlenek a betegek. A felmérés leíró jellegű, kvantitatív módszerrel történt, Ausztrália különböző nagyvárosi kórházaiban. Négyhónapos időszakot vizsgáltak, melyben összesen 11. 866 beteg vett részt. A betegelégedettségi felmérést azok körében végezték, akik maradtak vagy csak részben maradtak, valamint a kora távozó betegeknél, akik hajlandóak voltak a kérdőívet kitölteni. A vizsgálat előtt távozók többsége Triage kategóriájú (ATS) 4-es vagy 5-ös, általában férfi, kiknek az átlag életkora 37 év volt. Ebből 60%-uk nem vártak este 6 óra és reggel 6 óra között, és átlagosan 130 percvárakozás előtt már távoztak. A távozottak 50%-a máshol keresett kezelést, egyharmada úgy vélekedett, hogy problémáját nem megfelelően kezelték a sürgősségi osztályon. A fennmaradó rész, pedig a nem megfelelő kommunikációt kifogásolta. Mégis a távozás legfőbb oka a hosszú várakozási idő volt. A hosszú várakozás oka pedig a kevés egészségügyi személyzet, a sok beteg, a szolgáltatás nem megfelelő igénybe vétele, ezért a betegek 70%-a a Triage 5-ös kategóriájába (ATS) tartozik.

Egy amerikai tanulmány szerint évente kb. 11.0000 beteget látnak el, akik többsége szegény sorsú és orvosi biztosítás nélküli. Átlagban a vizsgálat előtti távozás 6, 4 óra előtt történik, míg azok, akiknek már megkezdtek az ellátását átlag 6, 2 óra várakozás után távoznak. Ugyanezen tanulmány leírja a nem várakozók a 4-es 5-ös Triage kategóriába (ATS) tartoznak, azonban előfordult, hogy a 2-es kategóriába tartozók sem volt hajlandók várni. Ezek a betegek általában mentális betegségben szenvednek, vagy kábítószerfüggők, légző-, szív- és érrendszeri, illetve fertőző betegek. A többsége 20 - 34 év közöttiek, mely a betegek

47%-átadja. Hétköznap átlagosan a betegek 11%-a távozik, szombaton 17,3%-a, vasárnap 20,7%-a. A nem várakozó betegek 57%-a háziorvosához fordult, vagy pedig valamilyen alternatív kezelési módot választott valahol máshol.

A melbournei Alfréd kórház sürgősségi osztályán évente 50. 000 beteget látnak el. Az itteni felmérés arra a kérdésre keresi a választ, hogy, kik azok, akik nem várják meg a kezelést a sürgősségi osztályon. A felmérést telefonon végezték, melynek lényege, hogy a betegek a vizsgálat megkezdése előtt hagyták el a sürgősségi osztályt, vagy megvárták a kezelés végét. A kérdések a következőkre irányultak: nyilvántartásba van-e a háziorvosánál, látta-e a háziorvos a jelenlegi problémáját, a sürgősségi osztályra érkezve van-e fájdalma, mi az oka, hogy nem várakozik, kért-e kezelést máshol, ha igen hol, sürgősségi osztályra tartozik-e a problémája, miért ezt a kórházat választotta, van-e valami észrevétele. Összesen 795 beteg nem várta meg a kezelést a 4 hónapos időszakban. Ez az összes kezelt beteg 6, 7 %-a. A nem várt betegek átlag életkora 37,06 év. Többségük férfi volt, 60,6%, Triage felmérés szerint, pedig a 4-es, 5-ös kategóriába soroltak.. Télen kevesebb volt a nem várakozó beteg, mint ősszel. Ezzel szemben a számok tavasszal és nyáron egyre jobban növekedtek. Statisztikailag szignifikáns különbségek jelentkeztek az évszakok között.

A személyesen kitöltött kérdőív alapján a távozottak többsége hétvégén, 18 - 24 óra között 28,4 %, 12 - 18 óra között 20,1%, éjfél és reggel 6 óra között 10%. Azok a betegek, akik regisztráció után a Triage besorolást nem várták meg, fő panaszuk pszichiátriai (17%) eredetű volt, valamint mozgásszervi (16%), gyomor-bélrendszeri panaszokkal rendelkező betegek (10%) és a kisebb sérülések (13%).

A telefonos felmérés kapcsán a regisztrált betegek 30,6 %-a nem vette fel a telefont, 22%-ának nem volt telefonja, vagy helytelen telefonszámot adott meg. A válaszadók átlag életkora 39 év volt, többsége férfi 55%. 22% nem rendelkezik háziorvossal, 62,26% járt előzőleg háziorvosnál és 74% mindjárt először a sürgősségi osztályra jött. A távozott betegek 23%-a hosszú várakozás miatt, 12%-a probléma enyhülése miatt, 13% meg nem nevezett egyéb ok miatt, a fennmaradók, pedig a fájdalom miatt távozott. A válaszadók sérelmezték a tájékoztatás hiányát a várakozási időről vagy a vizsgálat késedelmének mértékéről. Összességében a távozó betegek, akik a kezelés megkezdése előtt távoztak, illetve a kezelés végét megvárták, azoknak 21%-a tett pozitív észrevételt, melynek köszönhető a hatékony gyógykezelés, az empátia, a szakmai tudás, a megnyugtató, gondos ellátás. 14% a betegek közül teljesen negatív véleménnyel távozott, mely szerint a regisztrációs személyzetet durvának és haszontalannak tartja, a gyógyító személyzetet dühösnek és mérgesnek látja, problémájával nem igazán foglalkoztak és az általuk kért diagnosztikai, illetve a

véleményezett kezelést nem is vették figyelembe. A 2-es Triage kategóriába (ATS) tartozó betegek a gyenge kommunikációt emelték ki negatívumként.

Azonban elmondható, hogy a betegek Ausztráliában is gyakran veszik igénybe a sürgősségi osztály egészségügyi ellátását, a jobb hozzáférés és a speciális szakirányú tevékenység miatt. Összességében elmondhatjuk, hogy a betegek, akik nem vártak az osztályozásra, a felvilágosítás hiánya, a szubjektív betegség megélése, és a személyzet segítő készség hiánya miatt távoztak.

Christopher Lo és társai tanulmány szerint az elégedettség fontos azoknál a betegeknél, akik előrehaladott rákos betegek, hisz maga a betegség tünetei önmagában is nagyon megterhelő.

A kutatás célja az életminőség jobbá tétele, személyre szabott ellátás (a beteg lelkének hozzá férhetősége), tüneti, kommunikációs segítségnyújtás, oktatás, érzelmi támogatás, döntés hozatal elősegítése és nem utolsósorban az ápolóval szembeni bizalom felmérése. A kutatás tényfeltáró, kérdőív segítségével történt.(FAMCARE-beteg skálán) A minta minden olyan beteg, aki ebbe a csoportba tartozik és palliatív terápiát igényel. Az adatgyűjtés Torontóban 145 járó beteggel történt, akik részt vesznek a palliatív ellátásban.

A felméréseket csoportos és magán szinten végezték feltáró faktorok segítségével (beteg elégedettség, tüneti terhelés, teljesítmény állapot). A vizsgálatot 2 fázisba tervezték, de mivel az első fázisba tartozó betegek állapota egy hónapon belül gyorsan romlott, így sem a betegekkel, sem a családtagjaikkal nem végezték el, a megítélés értékelhetetlenné vált volna (elhalálozás, gyász). Így a mintát a második fázisba tartozó palliatív ellátást igénylő ambuláns járóbetegeken végezték. A betegelégedettségi felmérő skálát kénytelenek voltak módosítani néhány pontban, mivel igazán nem arra voltak kíváncsiak, hogy az orvos eléri-e a családot, hanem arra hogy a család eléri-e az orvost, és az orvos illetve az ápolók válaszolnak-e a kérdéseikre, és hogy milyen szinten állnak a beteg rendelkezésére. Többek között kíváncsiak voltak arra, hogy a beteggel megbeszélték-e a betegségét, annak lefolyását és terápiás megoldását, és hogy a család mennyire vesz részt a döntéshozatalban. A demográfiai adatokon túl a betegségcsoportokat is részletezi, mely szerint a férfi beteg 50, 3%, a női beteg 49,7%. Az átlag életkor 61 év, A házassági közösségben élők a betegek 75%-a. A betegségek közül első helyen a gasztrointestinális 33, 1%, az emlő- (17,9%) és tüdődaganat(15,2%) vezet. A kérdések további része ténylegesen az elégedettségre korlátozódik, a fájdalom súlyosságára, a fájdalomcsillapításra, a vizsgálat alaposágára, a tünetek figyelembe vételére, illetve kezelésére, a megfelelő tájékoztatásra, a családtagok bevonására terápiás lehetőségek

és gondozás kapcsán. Az elégedettséget jelentősen befolyásolta a betegeknél észlelhető depresszió, szorongás, fáradtság, étvágytalanság, rossz közérzet. Az előrehaladott stádiumú rákos betegeknél azt észlelték, hogy ők igazán a fájdalomközpontúságra koncentráltak a kérdőív kitöltésekor. Mivel ezek a betegek eléggé kiszolgáltatottak, ezért nem szívesen bírálják az egészségügyi dolgozókat. A végeredmény mégis 55%-ban mutatta ki a kifejezett, általános elégedettséget, illetve a palliatív ellátással kapcsolatos bizalmat. Az elégedetlenek nagy része fontosnak tartotta az akadálymentesítést a betegek számára, az egészségügyi koordinációt, a tüneti kezelés hatékonyságát, a megfelelő kommunikációt és az oktatást, valamint a támogató döntéshozatal segítségét. A jövőbeni kutatásoknak mérlegelni kell a még objektívebb felmérések lehetőségét.

2.3. Főbb alapfogalmak és egyéb meghatározások

Sürgősségi ellátás az 52/2006 (XII. 28) EüM. rendelet alapján meghatározza a járó-és fekvőbeteg osztályokon a beutaló nélküli betegek ellátását. A fekvőbeteg osztályokon a nem az intézményünkbe szülő beutalóval rendelkező betegek ellátása során, a sürgős szükség körébe tartozik az életet veszélyeztető állapot és betegségek. A sürgős szükség esetében, pedig az 1997. évi CLIV törvény határozza meg, mely szerint minden olyan egészségi állapotba bekövetkezett változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne vagy súlyos, illetve maradandó egészség károsodást szenvedne. A sürgősségi ellátás egy olyan ellátási rendszer, melyben előre nem tervezhető az ellátási forma, és nem ütemezhető a beteg létszám éppen ezért fontos a nagyfokú szakmai felkészültség és a TEAM munkavégzés összehangoltsága. A hét minden napján 24 órás ellátás biztosított. Fontos kiemelni a háziorvosokkal és az Országos Mentő Szolgálattal való együttműködést az eredményes betegellátás érdekében.

Triage értékelési rendszer, amelyben a betegeket, akik azonos időben érkeznek állapotuk súlyossága szerint prioritásnak megfelelően elfogadott nemzetközi ellátási kategóriába sorol egy erre szakképzett ápoló (triage ápoló). Az ellátás során a magasabb prioritású betegeket kell elsősorban ellátni, de fontos a várakozó betegek állapotának folyamatos felülvizsgálata, és szükség szerint magasabb kockázati csoportba helyezése. A triage ápoló feladatai, közé tartozik az érkező betegek állapotának felmérésén túl a túlterhelődés megelőzése, megfelelő felvilágosítás és a folyamatos kapcsolattartás a betegkísérőkkel. A világon többféle triage rendszer működik, pl. Australasian Triage Scale

(ATS) 5 fokozatú, melyet Ausztráliában és Új-Zélandon alkalmaznak, vagy Manchester Triage Scale (MTS) szintén 5 fokozatú, melyet Angliában és Skóciában alkalmaznak. Magyarországon és számos európai országban a szintén 5 fokozatú Canadian Triage and Acuity Scale-t (CTAS) alkalmazzák:

Triage kategóriák		
CTAS	a beteg állapota	ellátási igény
1	kritikus	azonnal
2	életveszélyes	<15perc
3	sürgős	<30perc
4	sürgető	<60perc
5	nem sürgős	<120perc

Az 1-es kategóriájú beteg azonnali, újraélesztést igénylő beteg. A 2-es besorolású beteg életet veszélyeztető állapotú beteg, aki 15percen belüli ellátást igényel. A 3-as kategóriába a 30 percen belüli ellátást igénylő kritikus állapotú beteg kerül. A 4-es besorolást az kapja, akinek az ellátását 60 percen belül meg kell kezdeni, ez a sürgős állapotú beteg végül az 5-ös kategóriájú beteg esetében az ellátást 2 órán belül kell megkezdeni, ezek a nem sürgős ellátást igénylő betegek.

Stressz a test nem specifikus válasza a testet ért igénybevételre. Stresszor bármely élethelyzetben alkalmazkodást követel meg tőlünk legyen az kellemes, vagy kellemetlen. A pozitív stressz az úgynevezett eustressz, ami az jelenti, hogy amint szembesülünk a kihívással, úgy érezzük, hogy a helyzet urai vagyunk, ebben az esetben az optimális egyensúlyi állapotba hamar visszatérünk. A negatív stressz (distressz) esetében a tűrőképességünk határait feszegetjük, így az adott szituációt sem tudjuk kezelni. A negatív stressznek három jól elkülöníthető szakasza van, úgymint a vészhelyzet, ahol a test riadót fúj „üss, vagy fuss” reakció, a következő az ellenállási szakasz, ahol a szervezet próbál alkalmazkodni, úgymond az ellenálló képességet a normális fölé emeli és végül az utolsó szakaszban, jön a kimerülés, mely esetben már nincs tartalék energia és különböző betegségek jelennek meg. Egy adott stressz helyzetben az emberek különböző módon reagálnak, melyet külső és belső tényezők befolyásolnak, így a viselkedési és érzelmi, fizikai jelek is különbözők.

A *megküzdés* az a folyamat mikor az egyén megpróbál szembe szállni a stresszel, mely lehet érzelmi központú és probléma központú. Az érzelmi központú megküzdés lényege, hogy enyhítse a stressz helyzet által kiváltott érzelmi reakcióit. A probléma központú megküzdés

esetében a speciális problémára összpontosít, illetve megpróbálja ezt a jövőben elkerülni vagy megpróbálja kiküszöbölni, esetlegesen megváltoztatni.

Az *agresszió* társadalmilag nem elfogadott viselkedési forma, mely megnyilvánulhat verbálisan és non verbális formában. Kialakulásában szerepet játszik a tehetetlenség, az önkontroll elvesztése vagy csupán egy viselkedési minta követése az egyén szocializációja, amely viselkedési formát normálisnak tart. Az agresszió szándékos testi, vagy lelki, illetve tárgyi károkozás más egyénnel szemben. Az egészségügyi dolgozókat naponta éri atrocitás akár a betegek, akár a hozzátartozó részéről. Ennek oka az elégedetlenség az elsőbbség jogának kivívása. Jelenlegi társadalmunkban, az egészségügyben dolgozók védelmét a megfelelő kommunikáció elsajátítása, (tréningek) valamint az intézmények belsőépítészeti megoldása adja.

Az *attitűd* tanult hajlandóság, értékhordozó az egyén értékrendje tükröződik benne. Az összetevői érzelmi, gondolati és ezekből eredő viselkedés, mely tapasztalat révén hatást gyakorol az egyénre.

3. Vizsgálati anyag és módszer

3.1. Mintaválasztás módjának meghatározása

Nem véletlenszerű kényelmi mintavétel történt, kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálattal. Célcsoport a sürgősségi ellátásban résztvevő betegek kísérői, hozzátartozói. A beválasztási kritériumba azok az egyének kerültek, akik elkísérték a betegeket. A kizárási kritériumok a következők voltak a 18. életévüket be nem töltött egyének, egészségügyi dolgozók illetve a megfelelő kommunikációra képtelen pl.: droghatása alatt lévők, súlyos funkcionális analfabéták és agresszív kísérők.

3.2. Elemszám meghatározása

Az esetscsoport elemszáma 321 fő volt.

3.3. A vizsgálat helye

A Somogy megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Sürgősségi Betegellátó Centruma.

3.4. A vizsgálat ideje

A vizsgálat 2012. április és június hónap közötti időszakban történt.

3.5. Adatgyűjtési módszerek és eszközök

Az adatgyűjtés saját készítésű kérdőívvel történt különös tekintettel a szociodemográfiai tényezőkre, valamint a dolgozók kommunikációjára és a viselkedésükkel kapcsolatos észrevételekre fókuszálva.

3.6. A vizsgált változók ismertetése

A vizsgált függő változók a dolgozók megítélése a verbális, nonverbális kommunikáció és a hozzáállás a munkavégzéshez illetve a betegekhez. A független változót a demográfiai adatok adták (nem, életkor, iskolai végzettség stb.) valamint a várakozási idő, hogy hányszor járt a sürgősségi osztályon és a hozzátartozójának milyen jellegű a betegsége.

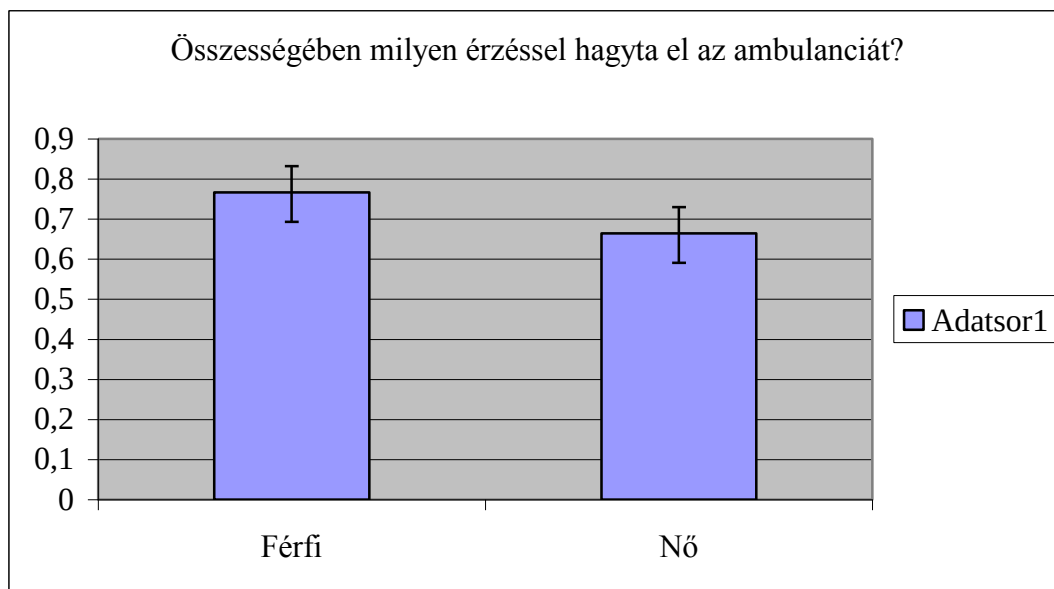
3.7. Statisztikai elemzés módja

Az adatok feldolgozásához χ^2 próbát, gyakoriság megbízhatósági tartományt vizsgáltam Microsoft Excel használatával.

4. Eredmények

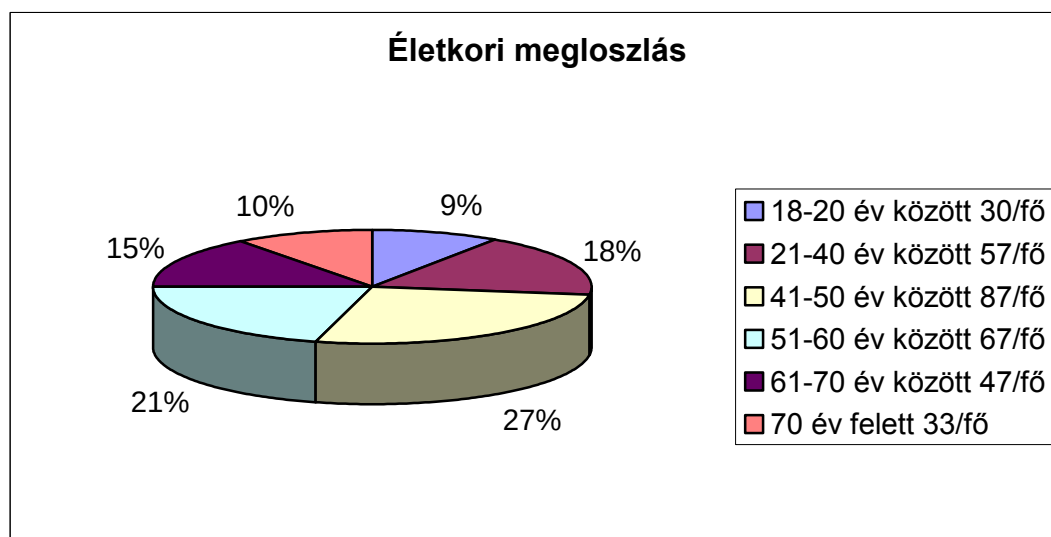
A kutatásom során 400 db kérdőív került kiosztásra a hozzátartozók körében, akik már távozni készültek az ambulanciáról, melyből 321 db volt értékelhető. A kutatásban 321 fő vett részt ebből férfi 163 fő, nő 158 fő. Az ápolók magatartására feltett elégedettségi kérdésre a férfiaknál 113 fő volt elégedett és 50 fő volt elégedetlen. A nők tekintetében 96 fő volt elégedett és 62 fő elégedetlen. A vizsgálat kimutatta, hogy az ápolók magatartásával a nemek közti eloszlás nem szignifikáns ($p=0,107$). Az orvosi ellátással kapcsolatos elégedettségi kérdésre a férfiak 64%-a elégedett volt, a nőknél ellenben 59% volt elégedett itt sem szignifikáns a vizsgálat ($p=0,427$). A beteg vizsgálatot követően, hogy kapott-e megfelelő tájékoztatást megközelítőleg azonos véleményt illetve eredményt kaptam. A férfiak válaszában az igent 126 fő jelölte meg, a nemre kapott választ, pedig 37 fő. A nők kérdőíve alapján a 129 fő jelölte meg azt, hogy kapott megfelelő tájékoztatást és 29 fő, pedig azt, hogy nem kapott. A vizsgálati eredmény itt sem mutatott szignifikanciát ($p=0,335$). Az, hogy összességében milyen érzéssel hagyja el az ambulanciát a vizsgálat itt sem lett szignifikáns

($p=0,042$). Megoszlás szerint a férfiak 77%-a volt elégedett a nőknek, pedig 66%-a volt elégedett. A hipotézisem miszerint a nők pozitívabban vélekednek a dolgozókról nem igazolódott.



1. ábra $n=321$

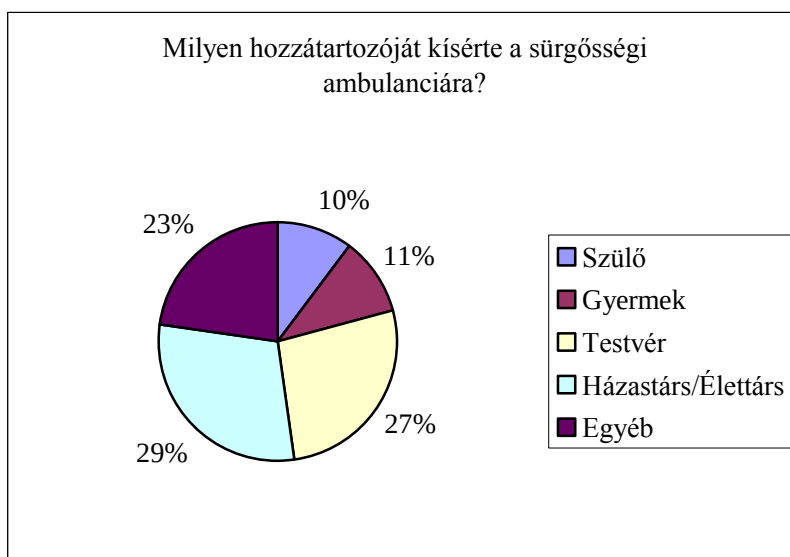
Az életkori megoszlás tekintetében a 41 és 50 év közötti kísérők voltak legnagyobb számban.



2. ábra $n=321$

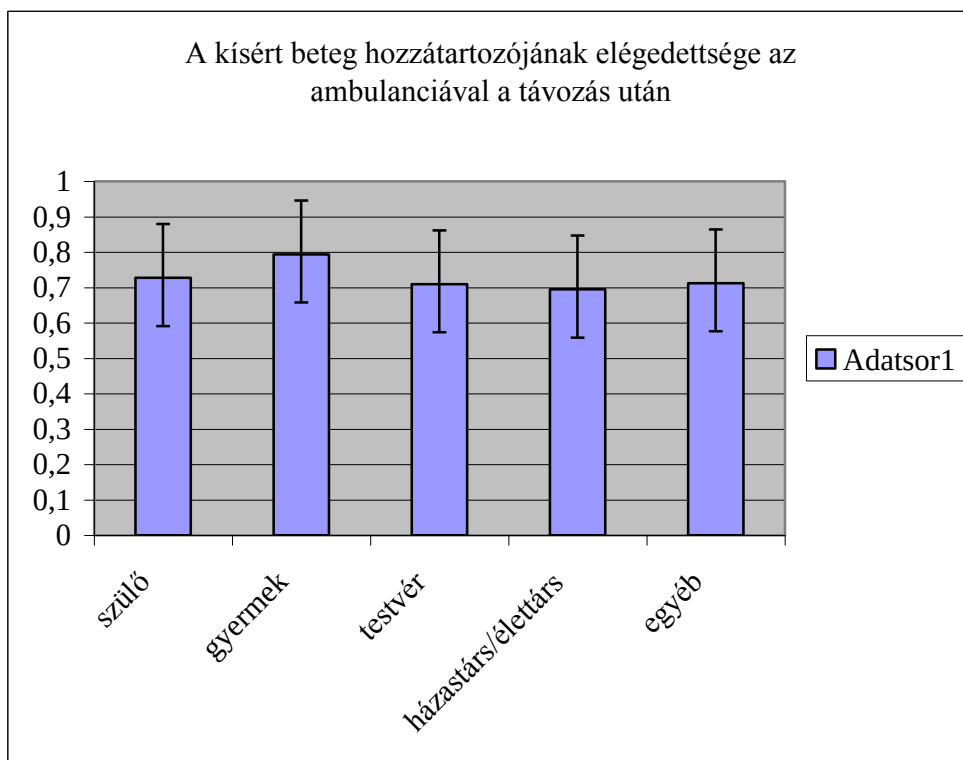
Az orvosi vizsgálattal való elégedettség azt mutatta, hogy összességében 198 elégedett és 123 nem elégedett válasz volt. A vizsgálat kimutatta, hogy az orvosi vizsgálat és az életkori megoszlás között szignifikáns különbség nincs ($p=0,873$). Szintén nem szignifikáns az ápolók magatartásának elégedettsége az életkori megoszlás szerint ($p=0,771$). A vizsgálat még

kiterjedt arra, hogy összességében milyen érzéssel távozik, mely nem mutat szignifikáns eredmény ($p=0,428$). Arra a kérdésre, hogy milyen hozzátartozóját kísérte a sürgősségi ambulanciára.



3. ábra $n=321$

A vizsgálatom kimutatta, hogy az orvosi vizsgálattal való elégedettség nem mutatott szignifikáns eltérést ($p=0,371$). Az ápolók magatartásával való elégedettség szintén nem mutat szignifikáns eltérést ($p=0,186$). A hozzátartozó illetve kísérő általános elégedettsége sem mutat szignifikáns összefüggést ($0,865$).



4. ábra $n=321$

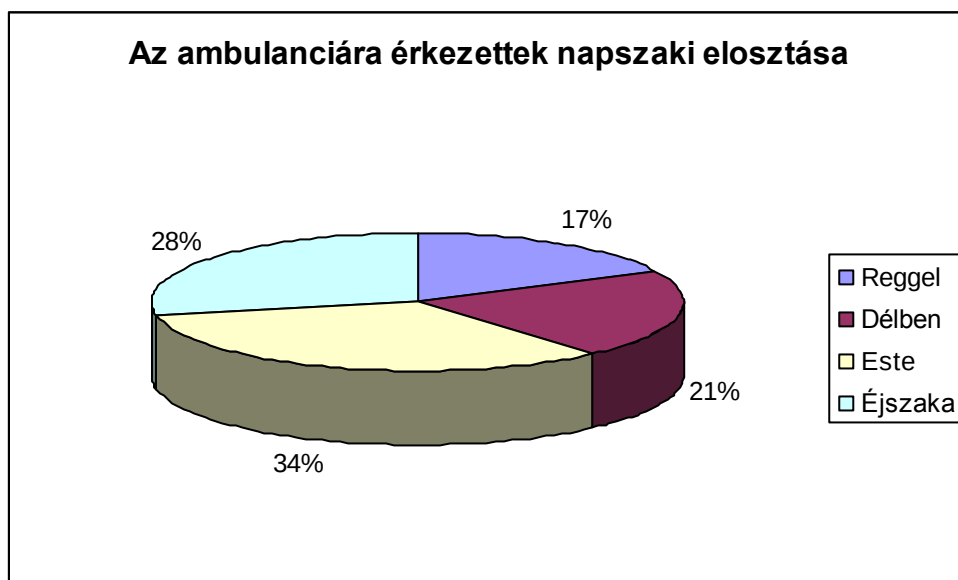
A legmagasabb iskolai végzettség tekintetében az általános vagy szakmunkás volt az alacsonyabb 39%, a közép, illetve felsőfokú végzettségűek aránya 61% volt. Bontásban azért nem vizsgáltam, mert a szakmunkás és a főiskolai illetve egyetemi végzettségűek nagyon kevesen voltak. Szakmunkás 13 fő, főiskola és egyetemi végzettség összesen 9 fő.

A vizsgálatban fontosnak tartottam azt a kérdést, hogy járt már az ambulancián, vagy nem. Azok a hozzátartozók, akik jártak már az ambulancián úgy gondoltam, hogy pozitívabban vélekednek az ott dolgozókról. A statisztikai elemzésem is azt mutatta, hogy pozitívabb a hozzáállásuk, mint azoknak, akik először kísérik hozzátartozójukat. A jelenlegi ellátással az ambulancián már korábban jártak 149 fő. Közülük 110 fő volt elégedett és 62 fő nem. Akik először kísérték betegüket 172 fő, ebből 99 fő volt elégedett és 50 fő nem. Az értékelés azt mutatja, hogy nincs szignifikáns összefüggés a vizsgált változók között ($p=0,640$). Az orvosi ellátással való elégedettség az mutatja, hogy azokból, akik jártak már az ambulancián 97 fő volt elégedett és 75 fő elégedetlen. Az először ott jártak közül 101 fő volt elégedett és 48 fő nem volt elégedett. Az értékelés itt is azt mutatja, hogy nem szignifikáns az eredmény ($p=0,363$). A hozzátartozó vizsgálatát követően kapott-e, megfelelő tájékoztatást, arra a kérdésre az ambulancián már járt hozzátartozók közül 138 fő igennel és 34 fő nemmel válaszolt. Akik most jártak először 117 fő igen, kapott megfelelő tájékoztatást és 32 fő nem kapott. A vizsgálat itt sem mutatott szignifikáns összefüggést ($p=0,7055$). A hozzátartozó részéről fontos még, hogy összességében milyen érzéssel távozik, hisz nem mindegy, hogy máskor is hozzánk fordul-e segítségért vagy inkább keres más intézményt. Azon kísérők, akik már jártak az ambulancián 122 fő volt elégedett és 50 fő elégedetlen összességében. Viszont aki most járt az ambulancián először kísérőként, abból 108 fő volt elégedett és 41 fő nem. Szignifikáns összefüggés itt sem volt kimutatható ($p=0,758$). A hipotézisem, miszerint akik nem először kísérik el a hozzátartozóikat a sürgősségi ambulanciára, azok pozitívabban ítélik meg a dolgozókat, nem igazolódott.

Összességében milyen érzéssel hagyja el az ambulanciánkat?			
Járt már valaha ambulanciánkon?	Elégedett	Nem elégedett	összesen
Nem	108	41	149
Igen	122	50	172
összesen	230	91	321

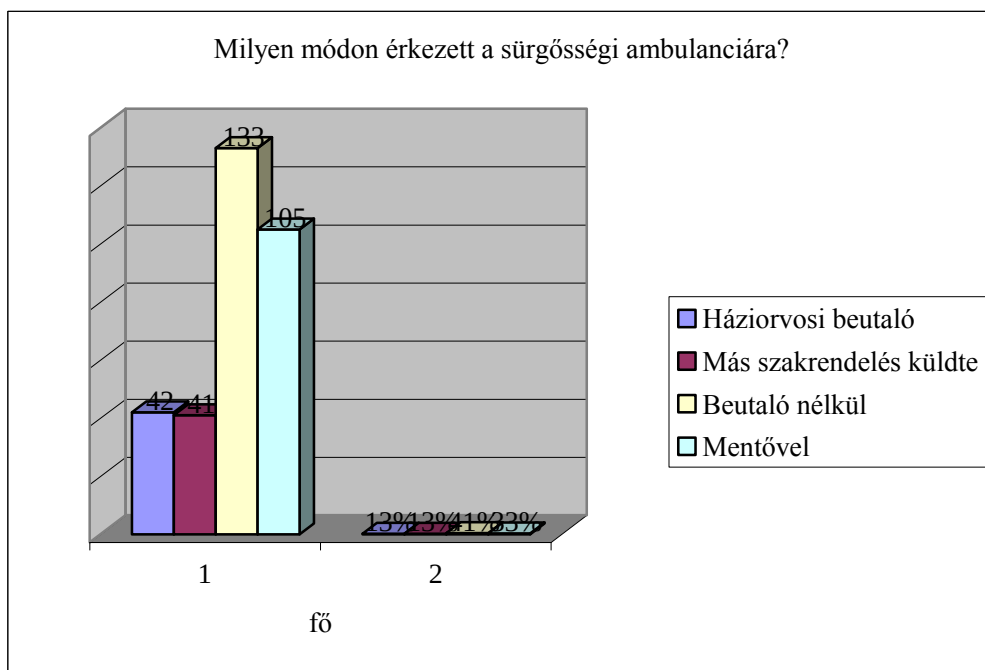
1. táblázat. n=321

Szintén lényegesnek tartottam megkérdezni a napszakot, hogy mikor érkeztek a beteggel az ambulanciára, mert kapcsolódik a beteg panaszaihoz és a beérkezési módhoz. A napszaki felosztás az mutatja, hogy legkevesebben reggel érkeznek, a betegek 17%-a a legtöbben este, a betegek 33%-a. A déli érkezés 21%, az éjszakai, pedig 28%. A tapasztalatom azt mutatja a traumás betegek kivételével, hogy reggel azok a betegek jönnek, akik vagy hirtelen lettek rosszul, vagy azt hiszik kevesen, vannak így a várakozási idő rövidebb lesz. A délben érkező betegek nagy része a háziorvostól jön beutalóval, esetleg más szakrendelés küldi, vagy pedig „ebédszünetben beugrik” hisz nagyrészüik úgy vélekedik, hogy a sürgősségi az gyorsasági ambulancia. Az esti órákban érkezők általában akut problémával jönnek, vagy munka után érnek rá, illetve a várakozási idő megrövidülésében reménykednek. Az éjszaka érkező betegek 95%-az akut problémával érkezik az ambulanciára. Vizsgálatomban a napszaki elégedettségre kerestem a választ. Miszerint az orvosi vizsgálattal történő elégedettség este a legmagasabb 33% és az elégedetlenség szintén az esti órákra esik 34%. Szignifikáns összefüggés nem mutatható ki ($p=0,683$). Az ápolók magatartásával való elégedettség sem mutatott szignifikáns összefüggést a napszaki eloszlás terén ($p=0,599$). Arra, kérdésre, hogy összességében mennyire elégedett a kísérő az ambulancia tevékenységével szintén nincs szignifikáns összefüggés ($p=0,209$).



5. ábra $n=321$

Ehhez a kérdéscsoportozáshoz tartozik az is, hogy milyen módon érkeztek a sürgősségire. A betegek 13%-át a csalásorvos utalja be, szintén 13% azon betegek száma, akit más szakrendelés küld az ambulanciára. A legnagyobb arány a beutaló nélküli érkezés, mely 41%. A mentővel érkezők a betegeknek aránya 33%.

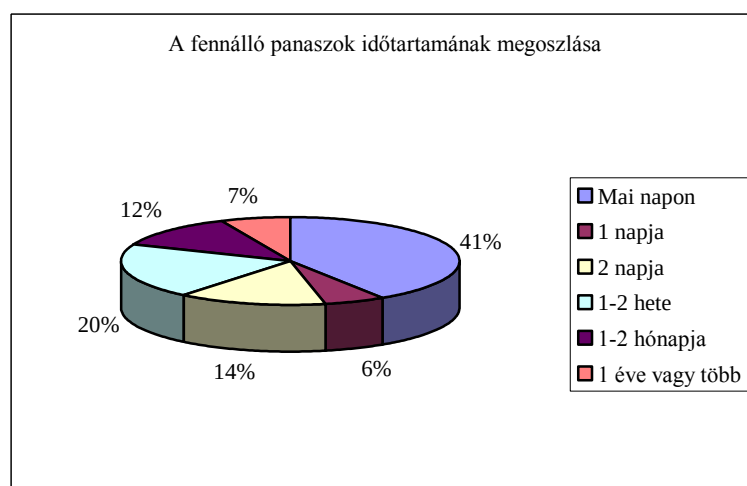


6.

6. ábra n=321

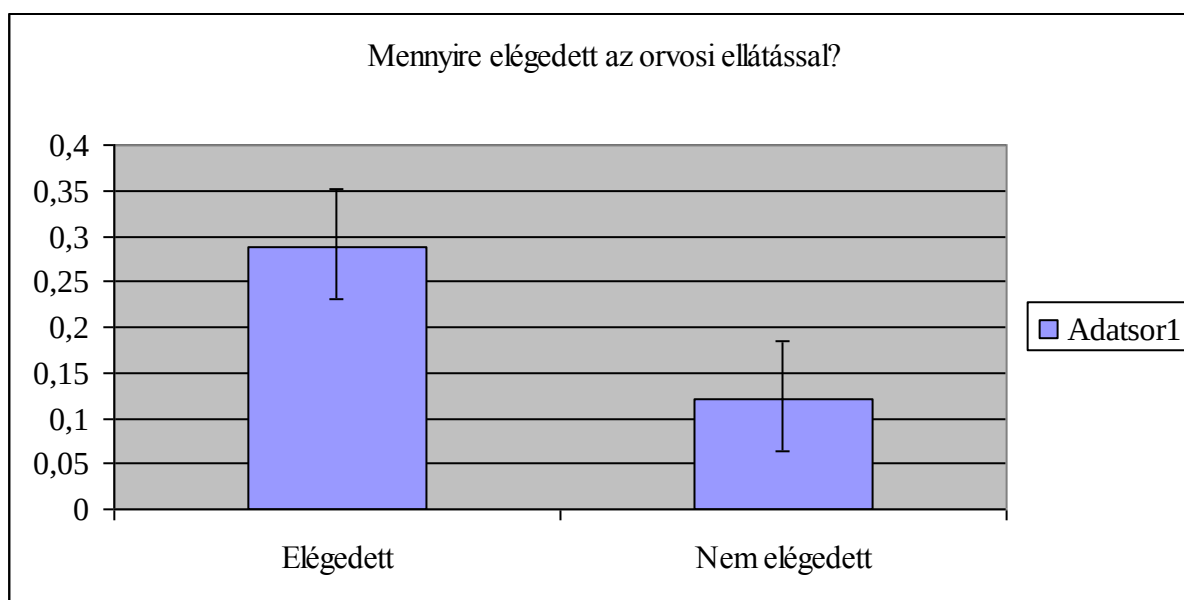
Vizsgálatomban az orvosi vizsgálattal való elégedettség nem mutat szignifikáns eredményt ($p=0,303$). Az ápolók magatartásának megítélése és a beérkezés módja a vizsgálatban itt sem mutatott szignifikáns eltérést ($p=0,592$). Arra, kérdésre, hogy milyen érzéssel hagyta el az ambulanciát a hozzátartozó, vizsgálatomban szignifikáns összefüggés nincs ($p=0,908$).

Az, hogy a betegnek mióta vannak panaszai szintén a sürgősségi ellátás megítéléséhez tartozik, mivel az évek óta panaszos beteg kivizsgálását és gyógyítását nem ebbe a rendszerbe kell illeszteni. Ugyanakkor ezen betegek hozzátartozóinak elégedettsége átlagosnak



7. ábra. n=321

A panaszok fennállásának ideje és az orvosi ellátás elégedettsége nem mutat szignifikáns különbséget ($p=6,214$). Ugyan ez mondható el az ápolói megítélésről ($p=5,371$). Abban a kérdéskörben, hogy összességében milyen érzéssel távozik az ambulanciáról az elégedettség szignifikáns összefüggést mutat ($p=0,001$). Az ambulanciára érkezés indokai, nem mutatnak szórást. Legnagyobb százalékban (29%) a régebb óta fennálló panaszok adják, 25% azon betegek, akik hirtelen lettek rosszul és egyenlő százalékban (23%) azok a betegek, akik kivizsgálást szeretnének és akiket baleset ért. A traumás betegek kísérői ($n=72$) hozzátartozói az ápolók magatartásával nagyrészt elégedett (53 fő) és 19 fő, aki nem elégedett. Azon betegek, akiket nem ért trauma a kísérő úgy ítélte meg, hogy elégedett 156 fő és nem elégedett az ápolók magatartásával 93 fő. A vizsgálat kimutatja, hogy a balesetet ért betegek kísérői elégedettsége nem különbözik szignifikánsan a másik csoporttól ($p=0,085$). Az orvosi ellátással a kísérők, akit baleset ért elégedett 57 fő, elégedetlen 15 fő. Akit nem ért baleset, abból 141 fő elégedett és 108 fő nem elégedett. A balesetet szenvedett betegek kísérői az orvosi ellátás elégedettsége terén elégedettebbek, mint azon betegek kísérői, akiket nem traumás sérüléssel hoztak be az ambulanciára. Az orvosi vizsgálattal történő elégedettség szignifikáns összefüggést mutat ($p < 0,000$).



8. ábra $n=72$

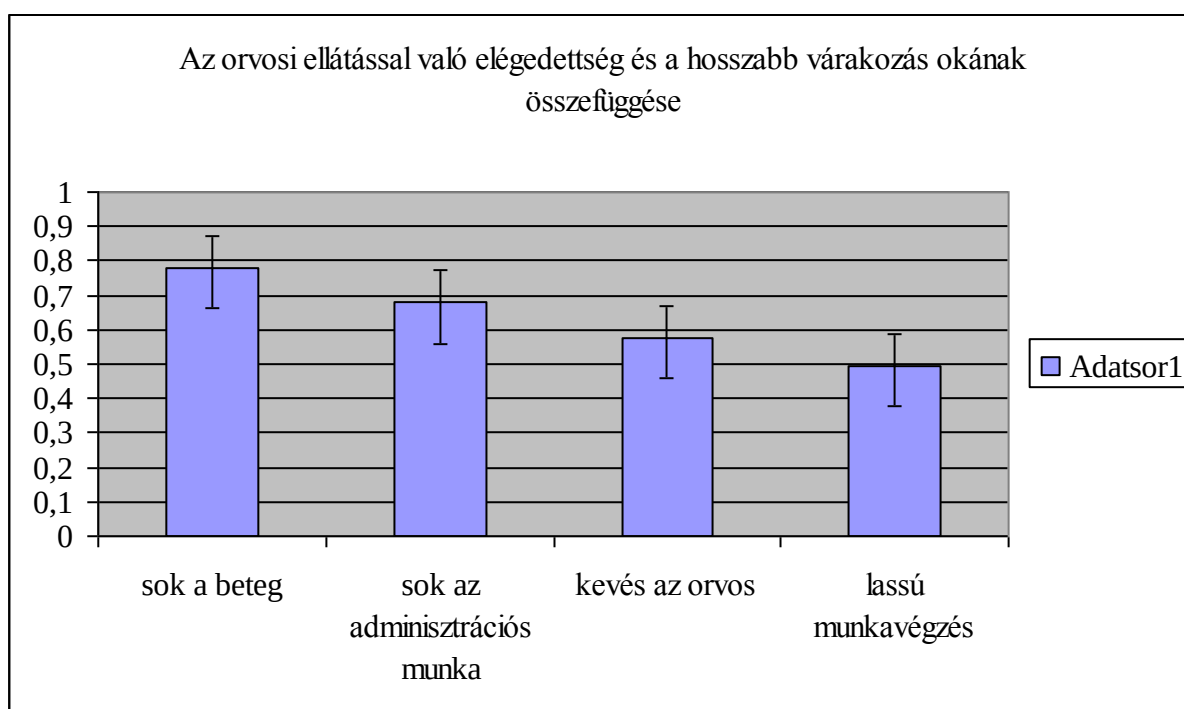
Összességében, hogy milyen érzéssel hagyja el az ambulanciát, a traumát ért beteget kísérő 60fő elégedett és 12fő nem elégedett. A nem traumás ered miatti bekerült beteget kísérő 170 fő

elégedett és 79 fő nem elégedett. Szignifikáns ($p=0,012$) különbség mutatkozott összességében.

Összességében milyen érzéssel hagyja el az ambulanciánkat?				
Baleset érte?	Elégedett	Nem elégedett	összesen	%
Igen/fő	60	12	72	22%
Nem/fő	170	79	249	78%
összesen	230	91	321	100%

2. táblázat n=321

A vizsgálatra való beszólítás sorrendjét a megkérdezett hozzátartozók nagy része nem tudja (41%), hogy mi alapján történik, 10% úgy ítéli meg, hogy a szimpátiái szerint, és 14% a protekciót, alternatívát választotta a kérdőíven. A fenn maradók 35%-a tudja, hogy a betegség súlyosságának osztályozása szerint történik a beszólítás.



9. ábra n=321

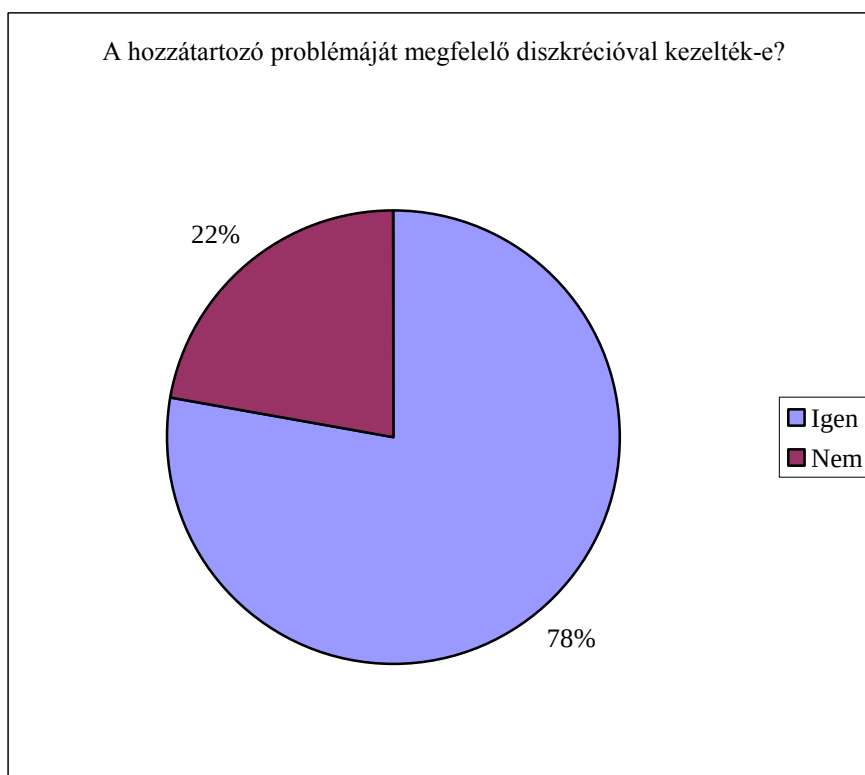
Ebben az esetben a kísérők orvosi ellátás elégedettsége szignifikáns ($p<0,00$). A hosszabb várakozás az ápolók magatartásának megítélése között nem mutatható ki szignifikáns különbség ($p=6,601$), valamint az általános elégedettség sem ($p=8,607$). A hosszabb

várakozás jellemző okaként a kísérők 33%-a úgy gondolja, hogy lassú a munkavégzés, 24% a kevés orvost és a sok beteget jelölte meg indokként, 18% pedig a sok adminisztrációt jelölte meg a hosszas várakozás indokaként.

Várakozási idő megoszlása vizsgálat előtt		
Válaszok	Válaszadók száma	Válaszadók aránya
Azonnal sorra került	61	19%
30 percnél kevesebb	71	22%
30-60 perc	52	16%
60 percnél több	58	18%
2 óránál több	79	25%
Összesen	321	100%

3. táblázat n=321

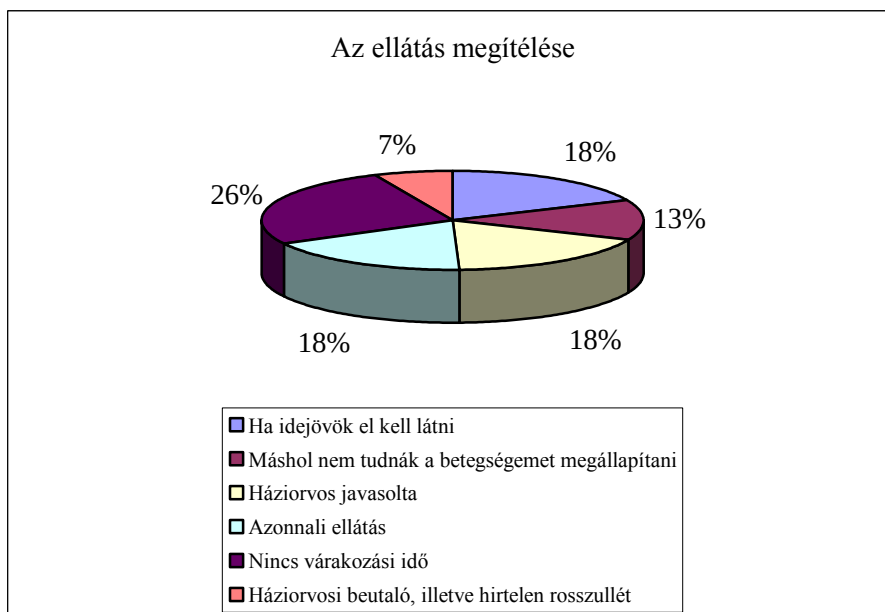
A vizsgálat előtt és után a megfelelő diszkrécióra feltett kérdésre a hozzátartozók pozitívan nyilatkoztak, 250 fő, negatív választ, pedig 71 fő adott. A vizsgálatot követő megfelelő tájékoztatással 81% volt elégedett és 19% adott elégedetlen választ.



10. ábra n=321

A következő kérdésben, arról kérdeztem a hozzátartozókat, illetve kísérőket, hogy szerintük, mit jelent a sürgősségi ellátás. A táblázatból kitűnik, hogy a válaszadók legnagyobb része azért keresi fel az ambulanciát, mert azt hiszi, hogy nincs várakozási idő. A kísérők

azonos arányban jelölték meg az azonnali ellátást betegségtől függetlenül és azt, hogy háziorvos javasolta, hogy ide jöjjenek, mert itt gyorsabban ellátják, továbbá a sürgősségi ambulancián mindenkit el kell látni. Kisebb arányban, vélekedtek úgy, hogy a hozzátartozó betegségét máshol nem tudnák megállapítani.



11.ábra n=321

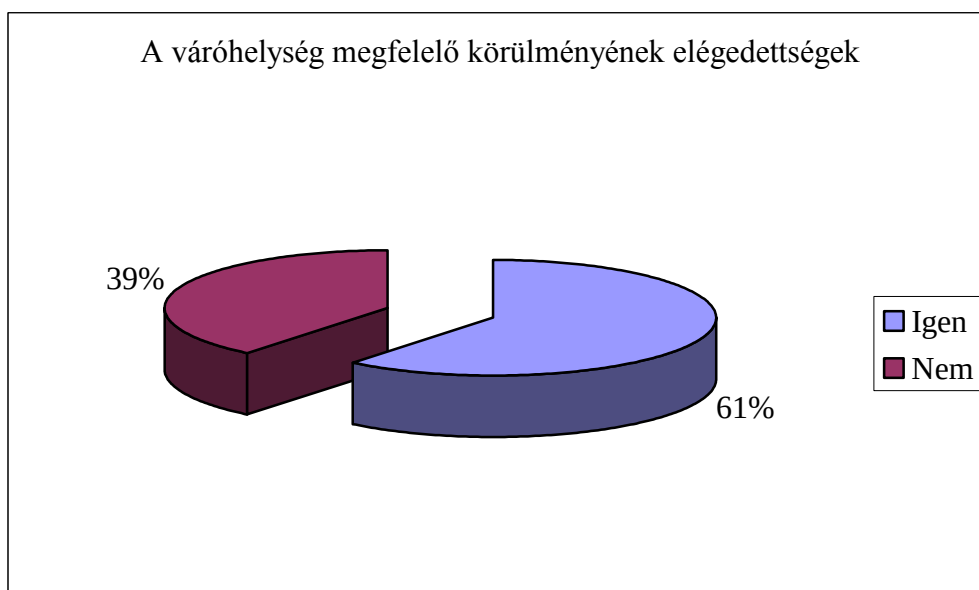
A sürgősségi ellátás jelentését következőképpen ítélik meg	
Válaszok	Válaszadók száma
Ha idejövök el kell látni	59
Máshol nem tudnák a betegséget megállapítani	42
Háziorvos javasolta	58
Azonnali ellátás	57
Nincs várakozási idő	84
Háziorvosi beutaló, illetve hirtelen rosszullét	21
Összesen	321

4 táblázat n=321

Fontos kérdésnek tartom, hogy a hozzátartozó, aki betegéért aggódik megfelelő körülmények között, várakozzon. A kérdések kitértek a váróhelysége, tisztaságra, mosdókra,

berendezési tárgyakra, hőmérsékletre. A válaszadók 61%-a megfelelőnek ítélte meg a várakozás körülményeit, 39% pedig nem tartja megfelelőnek.

Kutatásomban a várakozási időt vettem össze a váróhelység megfelelőségével, mert a kísérők és hozzátartozók itt töltik a betegre várakozás idejét. A vizsgálat közbeni illetve előtti váróhelység megítélése szignifikánsnak bizonyult ($p=0,007$). A kor is befolyásolja a váróhelység megítélését, mert más az igénye a fiatalabbnak és más az idősebbnek. Az eredmény, hogy az életkori megoszlás nem mutatott szignifikáns különbséget ($p=0,973$). A nemek közti megoszlás a váróhelység elégedettsége terén sem mutatott szignifikáns összefüggést ($p=0,086$).



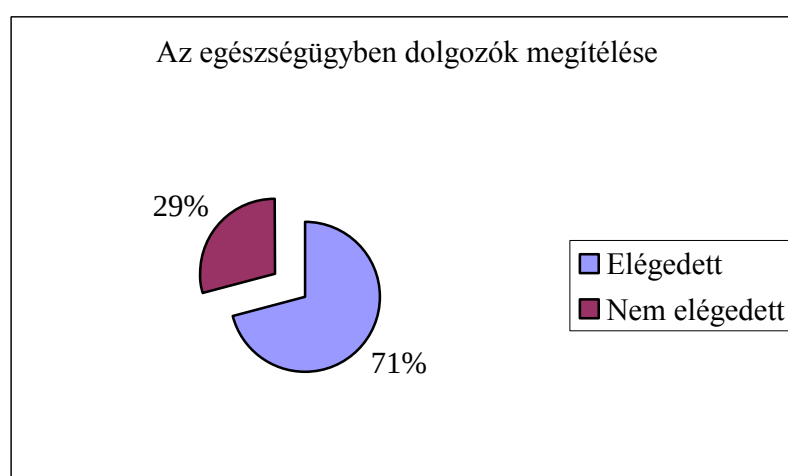
12. ábra $n=321$

A hozzátartozó illetve a kísérők elégedettségéhez még hozzátartozik, hogy összességében az orvosi ellátással kapcsolatos észrevétel, melyet 61% elégedettségét fejezte ki és 39% elégedetlen volt. Az ápolók magatartását érintő, illetve segítőkészségét érintő kérdés szerint a megkérdezettek 66%-a elégedett volt és 34% elégedetlen. A megfelelő tájékoztatás tekintetében, mely kompetencia szintnek megfelelően kell megtörténnie, a megkérdezett kísérők szerint, aki kapott tájékoztatást 255 főből 41 fő nem értette, 71 fő csak többszöri érdeklődésre, 69 főt az orvos kereste meg és 74 fő csak az ápolótól kapott csak tájékoztatást a hozzátartozó állapotáról. Az, aki nem kapott tájékoztatást és az okot próbáltam kideríteni, részletében a megkérdezettek nagy része 90%-os arányban, a nem tartják fontosnak alternatívát jelölte be, valamint a fenn maradó 10% a kevés egészségügyi személyzetet, a sok beteget jelölte meg. Az összességében tett benyomás, hogy milyen érzéssel hagyja el a sürgősségi ambulanciát a megkérdezett kísérők 71%-a elégedetten és csak 29% volt az aki

nem volt elégedett az ellátással az egészségügyi személyzet munkájával és a hozzátartozó körülményekkel.

5. Megbeszélés

A kutatásom célja volt, hogy képet kapjunk sürgősségi ambulancián dolgozók viselkedéséről hozzátartozói, illetve kísérői szemszögből, valamint vizsgálni, hogy a megítélést milyen faktorok befolyásolják. A felmérésben 321 fő vett részt, melyből kitűnik, hogy összességében a kísérők elégedettek (71%) az egészségügyi dolgozók viselkedésével, hozzáállásával.

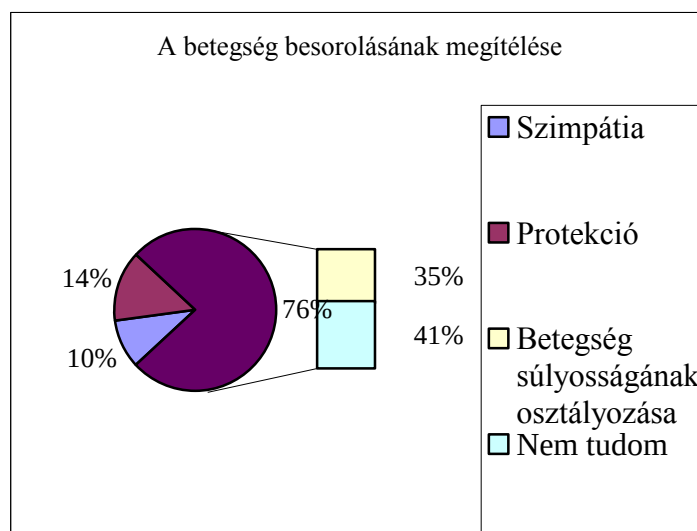


13. ábra n=321

Nem mindegy, hogy valaki az ismerőst, szüleit, gyermekét vagy házastársát kíséri. Az elégedettség megítélését az is befolyásolja, hogy mióta panaszos a beteg. Mindenki aggódik, hisz más betegnek lenni, akivel történik valami és más kísérőként várni, így a várakozási idő is hosszabbnak tűnik. *Szűcs Ágnes* és munkatársa kutatásában, mely a betegjogi ismereteket elemzi, található közös vonás az én kutatásommal. Az egészségügyi dolgozóknak, és nem csak a betegeknek illik tudni a betegjogokat, hisz csak így tud megfelelően bizonyos dolgokban eljárni, és ennek megfelelően viselkedni. Ebben a kutatásban az ápolók 94% részben ismeri a betegjogokat, de konfliktus estén már megoszlanak a vélemények a segítőkészséget illetően. Ez a megoszlás óhatatlanul megnyilvánul a kommunikációban, viselkedésben, a beteghez, történő hozzáálláshoz. A megkérdezettek többsége mégis azt vallja, hogy a hozzáállásuk nem változna és a munkatársak tekintetében még csapatépítő is lehet. *Pálfiné dr. Szabó Ilona* kutatása rávilágít az egészségügyi munkakört betöltő dolgozók problémájára, akik nem csak emberi problémával foglalkoznak. A beteggel történő foglalkozás kapcsán, mely elég stresszes, a dolgozó saját pszichikai egyensúlya is felborulhat és ez a

környezetre is kivetődik, mert az ápolói munka szakmai, érzelmi, szociális kihívás. Ez a kivetítés nem csak a betegre, hanem a mindenkire pl.: családra, hozzátartozókra, szomszédra. Ebből adódóan az ápolók jelentős körében, főleg akik már hosszabb időt eltöltöttek az egészségügyben a kiégés várhatóan magas. A folyamatnak különböző fázisai vannak, mely kivetődik a környezetre, így a dolgozók megítélése akár a beteg, akár a kísérő részéről negatívabb lesz, mert a kiégési szindróma magatartásváltozást, elidegenedést és teljes érzelmi kiürülést von maga után még kezelés esetén is. A kutatásban résztvevők, a krónikus osztályon dolgozók (850 fő), az aktív osztálydolgozók 155 főből 0,6%-nál és az intenzív osztályon dolgozók 304 főből 9 4%-nál mutatható ki a kiégés. Kutatásomban a hozzátartozók megítélése az egészségügyi dolgozók viselkedéséről összességében pozitív képet adott. A munka és a szakmai felkészültség a sürgősségi ambulancián is nagy terhet ró a személyzetre, mivel előre nem tervezhető sem a beteg létszáma, betegség milyensége, a beteg állapota, a napszaki megoszlás, konfliktuskezelés. A hozzátartozókra is külön figyelmet kell fordítani az ambulancia sajátossága miatt is. Konfliktus nem csak a beteggel, hanem nagyon gyakran a kísérővel is van, mely részükről már agresszióba is átmehet. A megkérdezett kísérők 26%-a úgy gondolja, hogy nincs várakozási idő valamint az érkezett betegek többsége esti órákban érkezik (33%), mely szintén stressz helyzetet okoz mint a dolgozók, mint a kísérők részéről. Mindenki mindent azonnal szeretne, hisz a köztudatba még nem épült be sürgősségi ellátás valódi fogalma. A legtöbb beteg a triage kategória szerinti 4-es, 5-ös besorolásba tartozik. Az viszont kétségtelen, hogy a megkérdezett kísérők a vizsgálatra beszólítás sorrendjének második helyen a betegség súlyossági osztályozását jelölte meg 35%-ban. Az első helyen viszont a „nem tudom” válasz áll, 41%. *Dr. Nagy Gábor* és munkatársai kutatása kifejezetten a sürgősségi osztályon dolgozókra terjed ki. A felmérést hazánkban 24 sürgősségi osztályán végezték. A kérdéskör kiterjedt a dolgozói fogadókészségre, a dolgozók megítélésére, dokumentációs időre és a beteg várakozási idejére, hozzátartozók bizalmára és az egészségügyi személyzet megítélésére valamint a demográfiai adatokra. Szignifikáns különbséget találtak az orvosok és az ápolók nemének arányát tekintve. A kutatás megállapította továbbá, hogy nincs elég szakképzett ápoló és orvos. Az ápolók feladatköre naponta változik. Az osztály fogadó készsége, az egészségügyi dolgozók közti minőség és munka feladatkör között nem találtak kapcsolatot. Az ápolói osztályos megítélés eredményei nem mutattak szignifikáns kapcsolatot. Kiemelt szerepet tulajdonítottak az érkező beteg állapot felmérésére és a várakozási idejére mivel az időnövekedésével az osztály megítélése is romlik. Szignifikáns kapcsolatot csak a várakozási idő mutatott. Az ápolók és az orvosok eltérő módon vélekednek sürgősségi osztály működéséről, de összességében kielégítőnek

ítélik meg. Kutatásomban a megkérdezett hozzátartozók illetve kísérők a dolgozók magatartásával 64%-os arányban elégedettek összességében. A nemek arányát tekintve a férfiak bizonyultak elégedettebbeknek 69%, a nők 61%-ban, mely nem mutatott szignifikáns különbséget. Az orvosi ellátás elégedettsége szintén a férfiak körében magasabb 64%, a nőknél 59%-os volt itt sem mutatott szignifikáns különbséget. A vizsgálat előtti várakozási idő tekintetében a legmagasabb százalékos értéket 25% a két óránál több válasz kapta. A már fent említett triage kategória 4-es, 5-ös besorolásból adódik, mivel a sürgősségin legtöbb beteg ide sorolható a panaszai és a vizsgálat alapján.



14.ábra n=321

Kutatásomban külön nem tértem ki a dokumentációra, de meg kell említenem, hogy a hosszú várakozási időt 18%-osan a kísérők annak tudják be. A fogadó készség megítélése úgy gondolom az összes megítélésben benne, van illetve nem mindegy a betegség jellege. Súlyos állapotú betegnél a hozzátartozóval való foglalkozás csak az ellátást követően történik. A vizsgálatot követően a megfelelő tájékoztatást 81%-ban megkapták a hozzátartozók a kapott eredmény alapján. A sürgősségi ellátáshoz még szorosan kapcsolódik *Geraldine Lee* és munkatársainak kutatása mely szerint azt a kérdést, járják körbe, hogy miért távoznak a beteg még vizsgálat előtt. A felmérést Ausztráliában végezték különböző nagyvárosi kórházban (11. 866/fő), azon betegek körében, akik mégis maradtak, vagy kis ideig maradtak, illetve a kora távozók voltak. A betegek többsége, aki távozott férfi volt és a triage kategória 4-es, 5-ös besorolásba tartozott. Az ok a türelmetlenség, a hosszú várakozási idő (23%) vagy a probléma enyhülése (13%) továbbá a tájékoztatás hiánya. Előfordult, hogy a triage 2-es besorolású betegek is távoztak, mégpedig a kommunikáció hiánya miatt. A tanulmány kiemeli, hogy akik

még a betegség osztályozását sem várták meg, azon betegek a felvilágosítás hiánya miatt a személyzet segítőkészségének hiánya miatt, vagy a szubjektív betegség megélése miatt távoztak. Ahogy hazánkban is, Ausztráliában is gyakran veszik igénybe a sürgősségi betegellátást az egyszerűbb hozzáférés és a sokrétű ellátás miatt. Tapasztalatom szerint mivel a kutatásom nem terjedt ki erre a kérdéskörre a hozzátartozók sok esetben befolyásolják a betegeket, a betegség megélésében, esetleges időelőtti távozásban, türelmetlenségben és a sürgősségi tevékenység negatív vagy pozitív megítélésében.

A felmérésemben a kísérői minőség sajátosságágára mutatok rá. A vizsgálat kimutatta, hogy az ápolók magatartásával a nemek közti eloszlás nem szignifikáns ($p=0,107$). Az orvosi ellátással kapcsolatos elégedettségi kérdésre a férfiak 64%-a elégedett volt, a nőknél ellenben 59% volt elégedett itt sem szignifikáns a vizsgálat ($p=0,427$). A nők kérdőíve alapján a 129 fő jelölte meg azt, hogy kapott megfelelő tájékoztatást és 29 fő, pedig azt, hogy nem kapott. A vizsgálati eredmény itt sem mutatott szignifikanciát ($p=0,335$). A vizsgálat kimutatta, hogy az orvosi vizsgálat és az életkori megoszlás között szignifikáns különbség nincs ($p=0,873$). Szintén nem szignifikáns az ápolók magatartásának elégedettsége az életkori megoszlás szerint ($p=0,771$). A vizsgálat még kiterjedt arra, hogy összességében milyen érzéssel távozik, mely nem mutat szignifikáns eredmény ($p=0,428$). A vizsgálatom kimutatta, hogy a hozzátartozó milyen minőségben kísérte a sürgősségi ambulanciára a beteget. Az orvosi vizsgálatval való elégedettség nem mutatott szignifikáns eltérést ($p=0,371$). Az ápolók magatartásával való elégedettség szintén nem mutat szignifikáns eltérést ($p=0,186$). A hozzátartozó illetve kísérő általános elégedettsége sem mutat szignifikáns összefüggést ($p=0,865$). Azok a hozzátartozók, akik jártak már az ambulancián úgy gondoltam, hogy pozitívabban vélekednek az ott dolgozókról. Az értékelés azt mutatja, hogy nincs szignifikáns összefüggés a vizsgált változók között ($p=0,640$). Vizsgálatomban a napszaki elégedettségre kerestem a választ, miszerint az orvosi vizsgálatval történő elégedettség este a legmagasabb 33% és az elégedetlenség szintén az esti órákra esik 34%. Szignifikáns összefüggés nem mutatható ki ($p=0,683$). Az ápolók magatartásával való elégedettség sem mutatott szignifikáns összefüggést a napszaki eloszlás terén ($p=0,599$). Az ápolók magatartásának megítélése és a beérkezés módja a vizsgálatban sem mutatott szignifikáns eltérést ($p=0,592$). A panaszok fennállásának ideje és az összességében milyen érzéssel távozik az ambulanciáról az elégedettség szignifikáns összefüggést, mutat ($p=0,001$). A vizsgálat kimutatja, hogy a balesetet ért betegek kísérői elégedettsége nem különbözik szignifikánsan a nem balesetet szenvedett csoporttól ($p=0,085$), de összességében a traumás betegek elégedettsége szignifikáns ($p=0,012$) különbség mutatkozott.

A kutatásom lehetséges iránya lehetne az agresszivitás okának a feltérképezése akár a beteg vagy a hozzátartozó részéről és a dolgozók részéről. Vizsgálni lehetne még a sürgősségin dolgozók véleményét a hozzátartozókról és a betegekről, valamint hogy a munka körülmények mennyire befolyásolják a dolgozók viselkedését

6. Összefoglalás

A *kutatásom célja*, hogy képet kapjak, és esetlegesen feltárjam, hogy a sürgősségi ellátásban dolgozók viselkedését hogyan ítélik meg az ellátásban részesülők hozzátartozói, és ezt a megítélést milyen faktorok befolyásolják.

Probléma felvetés: az ellátás sajátosságaiból adódóan egy sürgősségi betegellátó centrum dolgozóinak fokozott figyelmet kell szentelniük a megfelelő kommunikációra, valamint viselkedésükre, hogy az esetlegesen felmerülő agresszív, vitás szituációkat megfelelően kezelhessék. Különösen kiemelendő az ápoló és az orvos viszonya, hisz az összhang meghatározza az egész rendszer működését. A hozzátartozók, kísérők így érzik igazán a TEAM munkát és annak jelentőségét.

Mintaválasztás módja: nem véletlenszerű kényelmi mintavétel történt, kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálattal (n=321). Célcsoport a sürgősségi ellátásban résztvevő betegek kísérői, hozzátartozói. A beválasztási kritériumba azok az egyének kerültek, akik elkísérték a betegeket. A kizárási kritériumok a következők voltak, a 18. életévüket be nem töltött egyének, egészségügyi dolgozók illetve a megfelelő kommunikációra képtelen pl.: droghatása alatt lévők, súlyos funkcionális analfabéták és agresszív kísérők.

Eredmény: A felmérésben 321 fő vett részt, melyből kitűnik, hogy összességében az emberek elégedettek (71%) az egészségügyi dolgozók viselkedésével, hozzáállásával. A kísérői minőség sajátosságát mutatja az, hogy milyen minőségben történik. Nem mindegy, hogy valaki az ismerőst, szüleit, gyermekét vagy házastársát kíséri. Az elégedettség megítélését az is befolyásolja, hogy mióta panaszos a beteg. Mindenki aggódik, hisz más betegnek lenni, akivel történik valami és más kísérőként várni, így a várakozási idő is hosszabbnak tűnik. A vizsgálat kimutatta, hogy az ápolók magatartásával a nemek közti eloszlás nem szignifikáns ($p=0,107$). Az orvosi ellátással kapcsolatos elégedettségi kérdésre a férfiak 64%-a elégedett volt, a nőknél ellenben 59% volt elégedett itt sem szignifikáns a vizsgálat ($p=0,427$). A nők kérdőíve alapján a 129 fő jelölte meg azt, hogy kapott megfelelő tájékoztatást és 29 fő, pedig azt, hogy nem kapott. A vizsgálati eredmény itt sem mutatott szignifikanciát ($p=0,335$). A vizsgálat kimutatta, hogy az orvosi vizsgálat és az életkori megoszlás között szignifikáns különbség nincs ($p=0,873$). Szintén nem szignifikáns az ápolók

magatartásának elégedettsége az életkori megoszlás szerint ($p=0,771$). A vizsgálat még kiterjedt arra, hogy összességében milyen érzéssel távozik, mely nem mutat szignifikáns eredmény ($p=0,428$). A vizsgálatom kimutatta, hogy a hozzátartozó milyen minőségben kísérte a sürgősségi ambulanciára a beteget. Az orvosi vizsgálattal való elégedettség nem mutatott szignifikáns eltérést ($p=0,371$). Az ápolók magatartásával való elégedettség szintén nem mutat szignifikáns eltérést ($p=0,186$). A hozzátartozó illetve kísérő általános elégedettsége sem mutat szignifikáns összefüggést ($0,865$). Azok a hozzátartozók, akik jártak már az ambulancián úgy gondoltam, hogy pozitívabban vélekednek az ott dolgozókról. Az értékelés azt mutatja, hogy nincs szignifikáns összefüggés a vizsgált változók között ($p=0,640$). Vizsgálatomban a napszaki elégedettségre kerestem a választ, miszerint az orvosi vizsgálattal történő elégedettség este a legmagasabb 33% és az elégedetlenség szintén az esti órákra esik 34%. Szignifikáns összefüggés nem mutatható ki ($p=0,683$). Az ápolók magatartásával való elégedettség sem mutatott szignifikáns összefüggést a napszaki eloszlás terén ($p=0,599$). Az ápolók magatartásának megítélése és a beérkezés módja a vizsgálatban sem mutatott szignifikáns eltérést ($p=0,592$). A panaszok fennállásának ideje és az összességében milyen érzéssel távozik az ambulanciáról az elégedettség szignifikáns összefüggést, mutat ($p=0,001$). A vizsgálat kimutatja, hogy a balesetet ért betegek kísérői elégedettsége nem különbözik szignifikánsan a nem balesetet szenvedett csoporttól ($p=0,085$), de összességében a traumás betegek elégedettsége szignifikáns ($p=0,012$) különbség mutatkozott.

Következtetés: Az összességében tett benyomás és értékelés a sürgősségi ambulancia tevékenységéről és az egészségügyi személyzet viselkedéséről pozitívnak mondható. A megkérdezett kísérők 71%-a elégedett az ellátással az egészségügyi személyzet munkájával és a várakozás körülményeivel.

7. Irodalomjegyzék

1. A Uniform Triage Scale in Emergency Medicine, American College of Emergency Physician
1/a <http://www.optimahealthcare.com/files/Canadian%20Triage%20Scale.pdf>
1/b <http://www.ahrq.gov/research/esi/esi1.htm#Contents>
1/c <http://www.ahrq.gov/research/esi/esi3.htm>
2. Selye János (1976) Stressz distressz nélkül. Akadémia Kiadó Bp.
3. Selye János (1978) Életünk és stressz. Akadémia Kiadó Bp.
4. B.Secord-C.Backmann (1972) Szociálpszichológia . Kossuth Kiadó, Bp. 115-153o.

5. Szűcs Ágnes, Lipták Krisztina (2006) A betegjogok és az ápolók a XXI. Században. *Nővér.* 19. évf. 5. szám. 3-11.
6. Pálfiné dr.Szabó Ilona (2008) Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiégés jelenségére. *Orvosi Hetilap* 149. évf. 31. szám 1463-1469.
7. Szakáll Zita.(2006) Ápolók-Attitűdök-roma betegek. *Nővér.* 19. évf. 4. szám. 27-32.
8. Raskovicsné Csernus Mariann.(2010) A hajléktalanok ápolói ellátásának etikai problémái, illetve a hajléktalanok ellátásához fűződő ápolói attitűd vizsgálata. *Nővér* 23. évf. 3. szám. 9-17.
9. Somogyiné Vári Éva. (2004) Minőség és betegelégedettség a szakellátásban. *Nővér.* 17. évf. 2. szám 5-8.
10. Dr. Gazdag Gábor.(2009) Melyek a pszichiátriai betegek elégedettségének meghatározó tényezői? *Menedzsment minőségirányítás.* VIII.évf. 9szám. 22-24
11. Dr.Belicza Éva, Takács Erika.(2007) A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás? *Orvosi Hetilap.* 148. évf. 43. szám. 2033-2041
12. Dr. Nagy Gábor, Fullér Noémi, Marton-Simora József, Dr. Betlehem József. (2008) A magyarországi sürgősségi osztályok dolgozói megítélése. *Nővér.* 21. évf. 6. szám. 3-10.
13. Janky Béla. (2002-2006) Beteg elégedettsége az egészségügyi rendszerben. A második országos betegelégedettségi vizsgálat eredményei. *TÁRKI.* Pp. 289-302.
14. Leigh Hart, James Mirabella (2009) A Patient Survey on Emergency Department Use of Nurse Practitioners. *Advanced Emergency Nursing Journal.* Vol.31, No 3, Pp 228-235
15. Lorraine A. Sheppard, Sophie Anaf, Jane Gordon.(2010) Patient satisfaction with physiotherapy in the emergency department. *Internacional Emergency Nursing* 18. 196-202
16. Anders Johanson, Jonas Wihlborg. (2010) Patient satisfaction with ambulance care service: Survey from two districts in southern Sweden. *Internacional Emergency .edition* 18.17-23
17. Geraldine Lee, Ruth Endacott, Kareb Flett, Rosie Busnell, (2006) Characteristics of patients who did not wait:for treatment in the emergency department: A follow up survey. *Accident and Emergency Nursing.* 14. 56-62
18. Christopher Lo, Debika Burmann, Gary Rodin, Camilla Zimmermann. (2009) Measuring patient satisfaction in oncology palliative care:psychometric properties of the FAMCARE-patient scale. *Qual life Res* 18: 747-752
19. Dr. Kiss Tóth Emőke, Podhorszky Ágnes (2006) A védőnői munka társadalmi megítélése. *Védőnő.* XVI. évf. 3. szám. 16-19.