

Írta: Polcz Alaine

## A gyermek környezete és életmódja a kórházban

Az első gyermekkórház 1839-ben nyílt meg Magyarországon, minden előzmény és hagyomány nélkül, Európában negyedikként. A kórházban az anyák maguk ápolták gyermekeiket.

A gyermekkórházi ellátás célkitűzése a betegek gyógyítása és a hygiénés követelmények biztosítása volt. Ma is a legtöbb gyermekosztály és gyermekkórház elsősorban a hygiénés előírásoknak igyekszik érvényt szerezni, figyelmen kívül hagyva a csecsemők, kisdetek, gyermekek, serdülők psychés szükségleteit. Az egyoldalú hygiénés szemlélet következménye az ún. „hospitalizációs szindróma”, amelynek tünetei annál súlyosabbak, minél korábbi életkorban történt a gyermek elszakítása anyjától a kórházi felvétellel és mennél hosszabb időt vesz igénybe a kórházi tartózkodás.

A hospitalizáció vezető tünetei a kórházi tartózkodás alatt: kezdetben sírás, nyugtalanság; a gyermek szorong, majd psychomotoros fejlődésében visszaesik a már túlhaladott szintre; környezete elől elzárkózva passzív és közönyös lesz, negativisztikussá válik. E stádium után kedvező esetben ismét kinyílik környezete felé, de egyes kivételes esetektől eltekintve kapcsolatai és kötődései még akkor is esetlegesek, közömbösek és érzelmileg megalapozatlanok maradnak.

Ha a gyermek nagyon fél, már sírni sem mer, azonnal passzívvá válik, és mindent eltűr. Pedig a sírás, tiltakozás a gyermekornak megfelelő természetes feszültségredukció (feszültségoldás). A helyzetet fel nem ismerve éppen az ilyen passzív gyermeket szokták „ideális” betegnek tekinteni.

Post-hospitalizációs tünetek a hazabocsátás után 4-5. nap – 6. hónap között alakulnak ki. Leggyakoribbak az evés, alvás, ürités zavarai. Gyakori a hangulati labilitás, düh és dacreakciók, agresszió. Csökken az önbizalom, tanulmányi nehézségek lépnek fel, fokozódik a testvérféltékenység. Gyakoriak a szorongásos tünetek és a szeparációs félelem, ami gyakran életre szóló. Ritkábban tick, dadogás, maszturbáció jelentkezik.

A kórházi ártalmak okai: elválasztás a szülőktől, az anyától, kiszakítás az otthoni (óvodai, iskolai) környezetből. Ezzel a gyermek elveszti közösségi-szociális kapcsolatait és szerepét, érzelmi biztonságát. Az idegen és ismeretlen környezetben csupán „égy eset” a sok között, így „én”-jét, fejlődő személyiségét veszélyeztetve érzi.

Kimondottan károsító hatású az ágyhoz kötöttséggel járó mozgáskorlátozottság. A gyermeknek vitális igénye a mozgás és ezen keresztül a világ megismerése. Amennyiben valamilyen okból (pl. műtét után) szükséges a mozgáskorlátozás, akkor fokozott gondozást és foglalkozást kell biztosítani.

A motoros deprivációhoz járul a szenoros depriváció. Egyforma ágyak és éjjeliszekrények, függönytelen ablakok, sok fehér szín, ami fárasztja a szemet. Többnyire kevés, ami a figyelmet, képzeletet megragadhatná, kellemesen befolyásolná. Ehhez járul a fehér egyenruhát viselő, rutin hangot használó felnőttek gépies cserélődése (váltás, ügyelet stb.). Mindezeket egybevéve a gyermek – kapcsolataitól megfosztva, foglalkozás, tanulás és játék hiányában – meglehetősen szűk helyre korlátozva unatkozik, fél, s a saját betegsége és a beavatkozások mellett, betegtársainak a látványától is szenved.

## Hogyan lehet csökkenteni a hospitalizációs ártalmakat?

### *A látogatás kérdése*

A Nemzetközi Gyermekjóléti Bizottság 1959-ben nagyszámú felmérés alapján kimutatta, hogy a kórházi tartózkodás 3-5 nap terjedelemtől kezdődően, 10 éven aluli gyermeknél 20-80%-ban okoz rövidebb-hosszabb, vágy akár életre szóló psychés ártalmat. Ugyanebben az évben – az angol egészségügyi minisztérium felmérése szerint – az anyákkal felvett gyermeknél ez gyakorlatilag a nullára csökkent, s a naponta látogatottaknál is 10% alatt maradt. Bizonyítást nyert, hogy a látogatások és a keresztfertőzések gyakorisága között, leszámítva a járványos időszakokat, nincsen összefüggés, viszont gyorsabb a gyógyulás. Ez világosan mutatja, hogy az elszakítás a szülőktől, vagy az azt helyettesítő gondozótól a legerősebb károsító tényező.

A korszerű gyermekellátás alapfeltétele a megfelelő látogatási idő biztosítása. Ez hazai körülmények között minimálisan napi egy órában valósítható meg, megfelelő szabályokkal, amit helyes szóban és írásban a szülőkkel közölni.

Fontosabb szabályok: egy betegnél csak két, természetesen egészséges látogató tartózkodhat; teljes dohányzási tilalom; a személyi tisztaság és etetési szabályok betartása; szükség esetén posztó- vagy házi papucs viselése; a látogatási idő pontos betartása; törődés a látogató nélkül maradt gyermektársakkal; derűs, gyors búcsúvétel. (Intenzív-, postoperatív-, illetve csecsemőosztályokon mások a lehetőségek és kívánalmak, úgyszintén a súlyos vagy életveszélyes állapotban lévő gyermekeknél.)

### **Kórházi környezet és életmód**

A „Styl Anticlinique” világszerte terjed. Lényege: a gyermek igényeinek megfelelő színes, ingergazdag és játékos környezet; mozgástér, tanulás, foglalkoztatás, látogatás biztosítása. Anglia, Kuba, Kanada, Franciaország, Egyesült Államok, Nyugat-Németország egymásután közzölték adataikat a megváltozott szemléletű kórházak jobb és gyorsabb ápolási eredményeiről.

A korszerű személet fontosabb összetevői:

a) Megfelelő mozgástér biztosítása az ágyhoz kötöttség feloldásával. A gyermekkórházak ma már kórteremhez csatlakozó játékszobával épülnek. Ennek hiányában kiegészítő megoldás a kórterem közepén elhelyezett alacsony asztal megfelelő ülőkékkel, ahol a gyermekek játszani, dolgozni, tanulni, étkezni tudnak. Szobasarok és folyosórész is alkalmas erre a célra. A terasz, az udvar és kert szintén igénybe vehető meghatározott órákra, mozgásos játékok céljára. Továbbá nyugszékek szükségesek a különböző betegek számára. Mindez kevés átalakítást és berendezést igényel.

b) Bútorok: az alacsony asztalok dekoritlappal vagy színes műanyagterítővel fedve könnyen tisztántarthatók. Ha a régi típusú éjjeliszekrényeket két egymást kiegészítő színre festjük, oldja az egyhangúságot. Szükséges a színes játékszékény – nyitott és zárt résszel – a taneszközök, játékok és könyvek számára. (A játékok és a játszó gyermekek látványa kedvezően hat az ágyban fekvő betegekre is.)

c) Falak színezése, dekoráció. A falfelületek freskózással díszíthetők. Ezt képzőművészek, főiskolások, középiskolások társadalmi munkában olcsón és szépen megoldhatják. Nagyméretű, kéregpapírból vagy furnérlemezből kivágott, színezett vagy

színes papír és textil ragasztásával készített figurák függeszthetők fel, esetleg változtatható hellyel. Folyosón, előtérben a kisebb falfelületeket nyugtató, de élénk, tiszta színekre festhetjük, és fa-rácsozaton a gyermekek alkotásait helyezhetjük el. A kórház ezzel veszt az ingerszegény, félelmetes jellegéből s a gyermeki érzelmenek és képzeletnek megfelelő teret nyújt. Tapasztalat szerint a szülőkre is megnyugtatóan hat, ha barátságos és kedves környezetben hagyhatják gyermekeiket.

d) Rádió, televízió. Mindkettőnek vannak előnyös és hátrányos oldalai. Megfelelő szabályok szerint használva (idő- és témakorlátozás), jó segédeszközök. Lekötik a gyermekek figyelmét, információkat szolgáltatnak a külvilágból. Mindenesetre jobb, ha az osztálynak egy közös rádiója van, – magasabban elhelyezve, hogy a kicsik ne tudjanak játszani vele –, mintha a gyermekek által behozott zseb- és táskarádiók hangzavara uralkodik. A behozott kisrádiókat is lehet közös megegyezéssel használni. Korszerű gyermekkórházakban házi stúdió szolgáltatja az osztályoknak a megfelelő műsorokat. Televíziót három éven aluli gyermekek a legrövidebb ideig nézhetnek csak látást és idegrendszerterhelő hatása miatt.

e) Játékok, foglalkozási eszközök. Minden gyermeknek szüksége van egyéni és közösségi játékokra, foglalkozási eszközökre. Mindjárt a felvételtől megkérhetjük a szülőket, hogy a gyermek életkorának megfelelőt hozzanak be (vidékiek küldjenek postán): taneszközöket, olvasnivalót, rajzfüzetet, színes ceruzát, zsírkrétát, játékot. Mindezekért a kórház természetesen felelősséget nem vállalhat; a tanköteles gyermekek azonban általában vigyáznak a saját könyveikre és füzetekre. A napjainkban elterjedt „játék-dömping” mellett, pedig egyébként sem szokott problémát jelenteni, ha egyes játékok elkeverednek vagy éppen elromlanak.

f) Foglalkoztatás. A foglalkoztatás egy-két óra időtartamú napi program. Kicsik és nagyok, ágyhoz kötött és mobil gyermekek egyformán részt vehetnek benne. Lényege, hogy a gyermeket a megszokott gyermekalkotási módok mellett a modern (pl. kollázs, montázs, kerámia) és népi alkotási módokon, zenei, irodalmi tevékenységen vezeti végig s játékosan mindig újabb ismereteket, meglepetést és örömlélményt nyújt. Az elkészült képeket, tárgyakat a gyermekek kiállítják, elajándékozzák, hazaviszik.

Az alkotás az én-megvalósítás sajátos formája, örömforrás. A kiállítás, a tárgyak elajándékozása megadja a munka társadalmi fontosságának érzetét, így egzisztenciális támaszt nyújt. A környezetéből kiszakított, társadalmi szerepétől megfosztott gyermek olyan tevékenységi formához jut, ahol közösségben aktivizálhatja életerőit. A foglalkoztatás színessé, örömtelivé teszi a kórházi életet, még a dolgozók számára is. Fiatal nővérek, egyetemi felvételre váró fiatalok, pedagógusok, gyógypedagógusok végezhetik ezt a munkát. A foglalkoztatás során és mellett játékcsoportokat is lehet szervezni.

g) Szerepek és funkciók a kórházban. A gyermekeket azzal is aktivizálhatjuk, főleg energiájukat lekötöhetjük, ha” szerepeket és funkciókat adunk nekik; s ezzel a kórházi életet is gördülékennyé tesszük. Ilyen szerepek: könyvtáros, játékfelelős, játékvezető, az orvos segítője, a nővér segítője, rendfelelős stb.

h) Pedagógia. Angliában, Csehszlovákiában és számos más országban a legkisebb gyermekkórházban is központi szervezéssel biztosított a pedagógiai ellátás.

Magyarországon művelődési minisztériumi rendelet értelmében a huzamosabb ideig kórházban fekvő gyermekek oktatásához a tanerőket az illetékes tanács művelődési osztályának, a tárgyi-dologi feltételeket a kórháznak kell biztosítania.

Ezzel a lehetőséggel a gyermekkórházak nem élnek eléggé, annak ellenére, hogy a kérdés könnyen megoldható. A tárgyi feltételekhez elegendők az a) és b) pontban leírtak.

A pedagógus munkája nagymértékben csökkenti a kórházi ártalmakat. A tanulás kiemeli a gyermeket passzivitásából, oldja a betegségtudatot, eltereli a figyelmet. (Utóbbiak a foglalkoztatásra is vonatkoznak.)

A krónikus és súlyos betegeknel elkerülhető az évveszteség, mivel a kórházi pedagógusok iskolalátogatási bizonyítványt adhatnak, a gyermekek vizsgáztathatók. A kórházban rövid ideig tartózkodó gyermekek viszont könnyebben tudnak visszailleszkedni az iskola tanulásmenetébe.

Az oktatás csoportosan és egyénileg történhet; szervezi a napirendét, alkalmazkodva az orvosi ellátáshoz. Végül könnyíti a nővérek munkáját azzal, hogy a gyermekeket lefoglalja és ezzel felügyeletüket is biztosítja.

Ilyen módon, ezekkel a módszerekkel, minimális költséggel alakíthatjuk át a kórházi miliőt, szervezhetjük a napirendet és gyermekközösséget. Elkerülhetők vagy legalábbis csökkenthetők a kórházi psychés ártalmak jobbak lesznek az ápolási eredmények, javul az ágykihasználás. A gyermekek a passzivitás, negativizmus, sírás, nyugösködés, csellengés és rosszalkodás helyett olyan tevékenykedésre kapnak lehetőséget, amely jól hat személyiségfejlődésükre és könnyebbé teszi az egészségügyi dolgozók munkáját. Kialakulnak az egymás közti társas kapcsolatok, a közösségi légkör, az orvos és nővér részvételével már terápiás közösség jön létre. A szervezésre fordított idő és energia bőven megtérül.

A fent említettek természetesen nem azt jelentik, hogy a beteg gyermekkel való foglalkozást kizárólag külön személyekre, pszichológusokra, pedagógusokra kellene bízni. Az orvosoknak és nővéreknek a betegekkel való állandó és megfelelő kapcsolata pótolhatatlan. A gyógyítás és beteggondozás folyamatában alapfeltétel az emberi odafordulás, figyelem, érdeklődés a beteg testi-lelki állapota iránt. A bizalom és szeretet légkörében tudnak teljesülni a fent vázolt elvárások.

Az orvos-beteg, nővér-beteg kapcsolatnak összetevői igen sokrétűek. A viziteken elhangzó félelemkeltő ismeretlen szavaknak, vagy magyarul elhangzó, a gyermekre kínosan ható közléseknek komoly károsító hatása lehet. A vizsgálatok, beavatkozások okozta félelem oldásának, betegségről szóló felvilágosítás adásának, megfelelő műtéti előkészítésnek komoly szerepe van a gyermek életében. Ezek határozzák meg – sokszor életre szólóan – viszonyát a kórházhoz, betegséghez, orvosokhoz. De személyiségformáló hatásuk is van. Tárgyalásuk, éppen fontosságuk miatt, külön módszertani levelet igényel.

*(Megjelent az Országos Csecsemő-és Gyermek egészségügyi Intézet 19. sz. Módszertani Levelében)*

### **A kórházban kezelt gyermek Chartája**

A lehető legjobb kezeléshez való jog alapvető emberi jog, különösképpen a gyermekeket illetően.

1. A beteg gyermeket csak akkor utalják kórházba, ha annak ápolása nem oldható meg otthoni környezetben, járóbeteg kezelésen vagy nappali kórházi ellátásban.
2. A kórházban ápolat gyermeknek joga van arra, hogy szüleit, vagy az azokat helyettesítő személyeket állandó jelleggel, éjjel és nappal maga mellett tudhassa, életkorától és állapotának súlyosságától függetlenül.
3. A szülőket arra kell ösztönözni, hogy beteg gyermekük mellett lehessenek, anyagi segítséget kapjanak, és ez ne járjon többletköltséggel vagy fizetésük

- csökkenésével. A szülőket fel kell világosítani a kórházi életmód és belső házirend felől, hogy aktívan részt vehessenek a gyermek ápolásában.
4. A beteg gyermeknek és szüleinek joguk van arra, hogy életkoruknak és felfogóképességüknek megfelelő felvilágosítást kapjanak a betegségről és a kezelésekről, hogy tudatosan részt vehessenek a döntésekben.
  5. Minden olyan vizsgálat vagy kezelés, amely nem föltétlenül szükséges, kerülendő, lehetőleg minimálisra kell csökkenteni a fizikai vagy érzelmi fájdalmat okozó eljárást.
  6. A beteg gyermeket a felnőttektől külön kell kezelni. Életkoruk szerint csoportosítva, lehetőséget kell nyújtani számukra, hogy játszassanak, szórakozzanak, életkoruknak megfelelő nevelő tevékenységben részesülhessenek, teljes biztonságban. 4 beteg gyermeket korhatár nélkül bárki látogathatja.
  7. A kórházban megfelelő fizikai, érzelmi és nevelő környezetet kell kialakítani a beteg gyermek számára, mind a felszerelést, mind pedig a személyzetet és a biztonságot illetően.
  8. Az ápoló személyzetnek olyan képzésben kell részesülnie, amely alkalmassá teszi a beteg gyermek és szülei lelki és érzelmi segítésére.
  9. Folyamatosan biztosítani kell az ápoló személyzetet minden beteg gyermek mellett.
  10. Tiszteletben kell tartani a beteg gyermek intim szféráját, tapintattal és megértéssel kezelni minden körülmények között.