

Meddő párok pszichés és szociális küzdelmének vizsgálata ápolói szemmel

Mata Zsuzsanna¹⁾ — Dr. Boga Péter²⁾ — Bakonyi Tamásné³⁾

¹⁾ Diplomás ápoló főiskolai hallgató, Széchenyi István főiskola, Egészségtudományi Kar, Győr

²⁾ Szülész-nőgyógyász szakorvos

³⁾ Szakoktató

Napjainkban a nem kívánt terhesség ellen megfelelő a felkészítés, meddőség esetében nincs ilyen mértékű támogatás. Vizsgálatunk célja az volt, hogy felmérjük, a gyermektelenségből fakadó lelki próbatétel milyen mértékben befolyásolja a párok társas életét. Hipotézisünk szerint a fokozott pszichoszomatikus megterhelés az e problémával küszködő párok szociális kapcsolataira kiemelten veszélyt jelent. A felmérést kérdőív segítségével végeztük, magánintézetben kezelt meddő páciensek között. Hipotézisünket részben erősítettük meg, javaslataink a szükségletek kifejezésére, az őszinteségre, valamint a kutatás során a párok által megfogalmazott igényekre támaszkodnak.

Bevezetés

A meddőség néhány pár számára az életben nem okoz gyökeres változást, először meglepőnek és hihetetlennek tűnik, de ezek az érzések nem okoznak törést a párkapcsolatban. Másoknál azonban a gyermektelenség súlyos krízishelyzetet teremt (Elek, 1996 és Jacques, 1996). Bizonyított tény, hogy férfi és nő évezredek óta meglévő vágya, hogy közös gyermekük szülessen. Ehhez családi/társadalmi elvárások is hozzájárulnak, a legtöbb pár természetesnek tartja, hogy képes gyermekek nemzésére és a szülésre.

A meddőségre szemben a fogamzással, senki sem figyelmeztet, nem készít fel. Érthető tehát, ha valaki élete legnagyobb megrázkódataként éli meg azt, ha nem képes teherbe esni, bármennyire is vágyik rá. Sokak számára olyan mély megdöbbenést jelent, hogy képtelenek használni a meddőség szót saját esetükre. Inkább említik a gyermekért való harcoként a kezeléseket és mindazt a megpróbáltatást, amin át kell esniük. A meddőség ugyanakkor dinamikus állapot, nincs kizárva, hogy sikerül a teherbeesés, a legtöbb esetben a meddőség mégis véglegesnek tűnik. Ez a véglegesség érzet a legtöbb pár életében megteremti a korábban említett elhúzódozó krízist. A párnak gyakran kevés információ birtokában kell fontos döntést hoznia, és azt feldolgoznia.

A meddőség pszichés és szociális háttere

A meddőség hátterében gyakorta áll a női/férfi nemi szervek funkcionális zavara, amely elsődleges kiváltó ok lehet (Gödény és Lampé, 1995). Emellett a pszichés tényezők is kedvezőtlenül befolyásolhatják a himivarsejtek és a petesejtek érésének, valamint a fogamzás, az embrió beágyazódásának bonyolult és rendkívül sérülékeny folyamatát (Szeverényi és Kovácsné, 1997). Ma már egyértelműen bizonyított, hogy a hormon felszabadulást szabályozó mechanizmusokat az agykéregből származó impulzusok is jelentősen befolyásolják. Előfordulhat, hogy épp a kifejezett gyermek utáni vágy, mint pszichés tényező fejt ki kedvezőtlen hatást a reprodukció működésére (Patrick, 1993). Barbara Eck-Menning ugyanazokat az érzelmi fázisokat alkalmazta a meddőségre, amelyeket Elizabeth Kübler-Ross a halálról, haldoklásról írt le (Hárdi, 1997):

1. "Nem történhet meg velem!" = TAGADÁS
2. "Miért én?" = HARAG
3. "Jó, megtörtént, de mi lenne, ha ..." = ALKUDOZÁS, BÜNTUDAT
4. "Megtörtént, de..." = DEPRESSZIÓ
5. "El tudom fogadni. Végigcsinálom!" = BÁNAT, ELFOGADÁS.

A legtöbb, meddőséggel küszködő nő illetve pár keresztül esik ezeken a kínzó önvádakon, ugyanakkor a megfelelő választ, megoldást szakember segítsége nélkül nem biztos, hogy megtalálják. Az ápolás felelőssége ebben a helyzetben a segítségnyújtáson és támogatáson felül a társszakmák képviselőinek figyelmét felhívni, közreműködésüket kérni.

Kimutatni ezeket a feszültséget azonban nem könnyű. Évszázadokon át a meddő nőt megbélyegezték, a terméketlenség egyenlő volt a becstelenséggel, az isteni büntetés kifejeződésével. Sok asszony ezért ma is a meddőséget elviselhetetlen kudarcként éli meg. Márpedig a szorongás, a társadalmi izolációtól való félelem ahelyett, hogy segítené a terhesség létrejöttét, a meddőséget állandósíthatja. Súlyosbítja a problémát, hogy napjainkban a nők kivétel nélkül nőiségük kudarcaként élik meg a terméketlenséget. A párkapcsolat egészének sikerességét gyakran a terhesség létrejötte, a gyermek születése határozza meg. A sikertelenségtől függően ezek a kapcsolatok akár fel is bomolhatnak, ami a kedvezőtlen társadalmi nyomás egyik következménye.

A meddőség lelki okainak vizsgálatáról már 1779-ben W. Buchan is így írt: „...A meddőség gyakran következménye a bánatnak, a hirtelen félelemnek, szorongásnak és minden olyan szenvedésnek, amely a menstruációs folyást elapasztja.” Ennek ellenére az orvosok csak negatív leleteket követően gondolnak pszichikai meddőségre. Pedig a félelem az anyaságtól, esetleg a szülés fájdalmaitól, aggodalom a munkahelyi karrier megszakadásától, illetve konfliktus a férjjel, aki nem vágyik ugyanolyan lelkesen a gyermekre, mint a felesége, mind meghatározó okok lehetnek. Az így kialakuló kényszerű vagy önkéntes izoláció a külvilágból érkező reális visszajelzésektől megfoszthatja a nőt, könnyen kialakulhat a feleslegesség, értéktelenség érzése. Ha ezt a folyamatot egy szakember nem tudja idejében kezelni, olyan következmények alakulnak ki, amelyek esetleg már visszafordíthatatlanok.

Vizsgálati módszerek

Vizsgálatunk célja annak felmérése volt, hogy a meddőségből adódó lelki próbatétel milyen mértékben befolyásolja a párok kapcsolatait. Hipotézisünk szerint a meddőség miatt jelentkező fokozott pszichoszomatikus megterhelés a szociális kapcsolatokra veszélyt jelent. Az alábbi kérdések vizsgálatát tűztük ki célul:

1. Hogyan változnak (ha változnak egyáltalán) a meddő párok szociális kapcsolatai?
2. Az esetlegesen bekövetkezett változások befolyásolják-e mindennapi életüket (munkavégzés, egymáshoz és másokhoz való kapcsolatrendszer)?
3. Van-e lehetőségük arra, hogy a problémát valaki előtt feltárják, megszabadulva a lelki próbatételtől?

Kutatásunkat önkitöltős kérdőíves módszerrel végeztük. A kérdőív 19 zárt és 1 nyitott kérdést tartalmazott. Előzetes tervek szerint 80-100 kérdőívet kívántunk volna kitölteni meddő párokkal. Ezt az elképzelésünket módosítottuk, kutatásunkat nem szűkítettük le párokra, bevontuk azokat az egyéneket is, akik egyedül érkeztek a kezelésekre. Így 100 értékelhető kérdőívet kaptunk vissza. A kérdőívet kitöltő személyek kiválasztásakor az egyetlen kritérium igazolt meddőség volt. Az adatgyűjtés reprodukciós eljárások végzésére jogosult centrumban történt.

A válaszok értékelése kvantitatív módszerrel történt. Ahol rendelkezésre állt, a feldolgozásnál figyelembe vettünk előzetes eredményeket is.

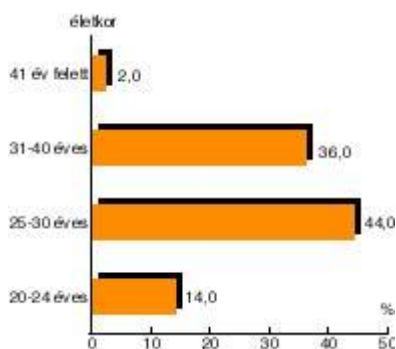
Eredmények

A minta életkori szerinti megoszlását az 1. ábra szemlélteti. Ebből kitűnik, hogy a nőknél többségben a 25-30 év közötti páciensek voltak.

A férfiak esetében magas volt a 31-40 év közöttiek száma (56%). A válaszadók 24%-a falun élt, legmagasabb arányban a megyeszékhelyen élők voltak.

A mintában szereplő nők 68%-a még nem volt terhes. A terhesség megszakadása 20%-ban fordult elő, a terhesség megszakítások aránya 10% volt. Megállapítható volt, hogy a minta nagy részénél még nem jött létre terhesség az orvosi beavatkozást megelőzően.

Az orvoshoz fordulásig eltelt időtartamra vonatkozó kérdésünkre többségében 1-2, illetve 3 évet jelöltek meg. Ez, a korábbi statisztikákhoz képest, jóval rövidebb időintervallum (5-8 év).



1. ábra - Életkori megoszlás nők esetében (n=100)

Arra is rákérdeztünk, hogy milyen mértékben jelentett nehézséget a párok számára az orvoshoz fordulás. A kapott eredmények azt mutatták, hogy a többségnek nem jelentett gondot szakemberhez fordulni. (Ez feltehetően az erős gyermek utáni vágygal magyarázható. A sikertelen próbálkozásokat követően bármit megtennének azért, hogy gyermekük szülessen.) Azoknak az aránya, akik ellenkezőleg válaszoltak, 18% volt. Ezekben az esetekben már nagyfokú pszichoszociális problémák érzékelhetők a kapcsolatban, amelyek akadályozzák az egymástól

vagy külső szereplőtől történő segítségnyújtás igénybevételét. Ebből kifolyólag vizsgáltuk azt is, hogy a meddő párok mennyire tudják közvetlen környezetük segítségét kérni a probléma megoldásához.

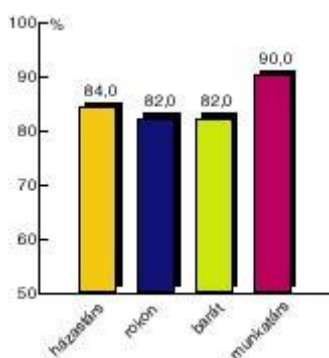
Kedvező eredményeket kaptunk, sokan a szülőkkel, egészségügyi szakemberrel meg tudták beszélni gondjaikat. Szélsőséges választ, miszerint senkinek sem mondták el problémáikat, csak kevesen adtak. Jellemzően két típus érvényesült: vagy a nagyon közeli hozzátartozókhoz fordultak, vagy egy, a velük szoros érzelmi kapcsolatot nem létesítő, kívülálló személyhez. Bármelyik lehetőséget nézzük is, a lelki támogatás elengedhetetlen.

Lényegesnek tartottuk az érzelmi kapcsolat vizsgálatát. A párok 80%-nál semmiféle változást nem észleltünk.

Érdekes viszont, hogy 12% jelzett változást a párkapcsolaton belül, ami akár a válás lehetőségét is magában foglalta. A többség a társkapcsolatuk változását pozitív értelműnek élte meg. Feszültségfokozódást, szorongást 2% mutatott.

Feltételezésünk szerint a meddőség következtében megváltozhatnak, romolhatnak a szociális kapcsolatok. Ezért a meddő párok közvetlen környezetéhez tartozó személyek magatartására is rákérdeztünk. Az esetek jelentős hányadában ilyen változás nem, vagy csak enyhe mértékben észlelhető (2. ábra). Más esetekben (16%) ennek az ellenkezőjét tapasztaltuk, amely erős befolyást gyakorolt magára a kezelési folyamatra is. Ilyen pároknál a meglévő kapcsolati zavar tovább romlott, labilissá vált.

A meddőség a nők számára krízishelyzetet teremt, amelyben a támogatás szerepe felértékelődik. Kérdésünkre a párok női tagjainak 49%-a érezte úgy, hogy időszakosan egyedül maradtak a rájuk nehezedő problémával.

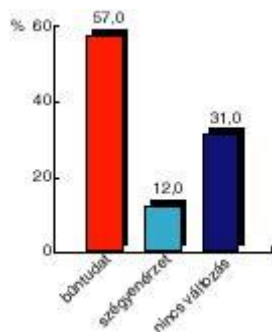


2. ábra - A kapcsolat nem változott (n=100)

A meddőség átélése megnyilvánulhat szégyenérzet, szorongás és büntudat kifejlődésében. A válaszadók között 12%-ban tapasztaltunk szégyenérzetet, 57%-uknál a büntudat volt jellemző (3. ábra). A meddőség jelentős pszichikai megterhelést jelent, ezért arra is rákérdeztünk, hogy szükségét érzik-e a válaszadók lelki segítségnyújtásnak? Egyértelműen megerősítő választ kaptunk (4. ábra). Elenyésző volt azok száma (6%), akik nem tartottak igényt ilyen irányú támogatásra.

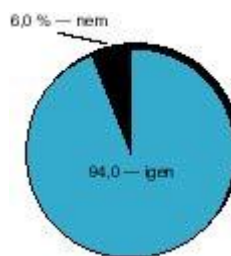
Az utolsó, nyitott kérdésünkre a minta 60%-a válaszolt. A válaszadók számos olyan pontot jelöltek meg, amelyek érzésük szerint továbbfejlesztést igényelnének. Javaslataikból az alábbiakban néhányat kiemeltünk:

- A lelki segítségnyújtást a kezelés megkezdése előtt kell elkezdni.
- A meddőség legyen széles körben beszédtema.
- Az orvos-páciens kapcsolatot kell elmélyíteni.
- Személyre szabott lelki segítségnyújtás szükséges.
- Külön személyzetre lenne szükség ezen feladat ellátására. Túl kevesen vannak, akiknek erre lenne idejük. Meg kellene teremteni a személyi feltételeket!



3. ábra

Büntudat és szégyenérzet jelentkezése (n=100)



4. ábra

Szüksége van lelki segítségnyújtásra (n=100)

Összegzés, javaslatok

Az eredmények alapján a kutatást irányító kérdésekre és a hipotézisre megfelelő válasz adható. A meddő párok szociális kapcsolatrendszerében észleltünk változást, de ennek mértéke elmarad attól, ami feltételezhető volt. A változás kisebb mértékét tekinthetjük kedvező előjelnek is, ugyanakkor nem szabad elfelejteni, hogy olyan azoknál a pároknál, ahol a meddőség kapcsán válás is felmerült, a szociális kapcsolatrendszerben is komoly zavarok keletkeztek. A minta jelentős része azonban nem észlelt zavarokat.

A meddőség miatti esetleges változások sem zavarták meg jelentősen az egyéni életvitelt, a második ábrán látható volt, hogy a legkevésbé a munkatársakkal, majd a házastárssal kapcsolatban alakult feszültség, konfliktus.

Az is mindenképpen kedvező eredmény, hogy a minta legnagyobb részének lehetősége nyílt problémáit családtaggal, rokonnal, vagy végső soron szakemberrel megosztania. Igen csekély volt azok száma, akik nem tudtak kihez fordulni. Arra azonban a figyelmet fel kell hívni, hogy a családtól vagy a szakembertől kapott tanácsokon felül fokozott igény mutatkozott a lelki segítségnyújtásra, ami tehát azt jelenti, hogy a "kibeszélés" még nem végleges megoldás a problémára. A problémával való tartós együttéléshez a pároknak olyan technikákat kell elsajátítaniuk, amelyek a napi megküzdéshez is elengedhetetlenek.

A vizsgálati hipotézis a fentiek tükrében csak részben igazolható. A minta tagjai jelentős pszichoszociális megterhelésként élik meg a meddőséget, erre utalt a lelki segítségnyújtást igénylők magas aránya. Ugyanakkor nem sikerült igazolni, hogy a meddőség a szociális kapcsolatrendszerre nézve veszélyt jelentene, a család, rokonok támogatása megmaradt, a munkatársi, baráti viszonyokban is csak minimális változás volt észlelhető. Fontos azonban kiemelni, hogy a nők és a férfiak különböző módon érintettek a meddőség kezelésében, vizsgálatunkban legtöbbször mégis ugyanúgy élték meg. Az eltérés a két nem között a válaszadás módjában található inkább. A nők gyakran védik a férjüket, igyekeznek megóvni attól, hogy hibásnak érezzék magukat, oly módon, hogy a felelősség nagy részét átvállalják a kezelés során. Gyakran jelentkezik náluk a már említett bűntudat, szégyenérzet is. A férfiak azonban hajlamosak kivonni magukat a megbeszélésekből, gyakran olyan dolgokat éreznek fontosabbnak, mint a munkahelyi bevételtől való elesés, időhiány. Ezek az okok fontosak ugyan, de eközben a párok női tagjai még erősebb pszichés megterhelést élnek át a férj távolléte miatt.

A férfiak sokkal fenyegetettebbnek érzik magukat önmaguk feltárással kapcsolatban, hajlamosak arra, hogy elnyomják érzelmeiket. Gyakran érzik terhelőnek partnerük érzelmi intenzitását (különösen a harag, fájdalom fellépésekor), ilyenkor energiáikat más irányba fókuszálhatják (pl. munka). Ezeknek a gátnak a feloldása különösen fontos, tekintettel a bevezetőben említett okokra. A meddőség elleni küzdelem egy részében a pszichés akadályok eltávolítása megnyitja az utat a fogamzás előtt.

Felmerül a kérdés: milyen tanáccsal szolgálhat egy ápoló meddőségben szenvedő pár megsegítése érdekében? Véleményünk szerint a következő ajánlások segíthetnek a kérdések megválaszolásában a pár mindkét tagjának. Ezek az ajánlások a vizsgálat során szerzett tapasztalatokra épülnek.

- Próbáljon meg nyitott lenni. Főként a kommunikáció szempontjából fontos.
- Tartsa ellenőrzése alatt saját érzéseit! Segíteni fog abban, hogy tudja, mire van szüksége.
- Fogalmazza meg szükségleteit! Közölje azokat tisztán és becsületesen a partnerével!
- Inkább kérdezze meg a párját, mire van szüksége, mintsem azt feltételezze, hogy úgysem tudja azt teljesíteni!
- Ismerje fel a nők és a férfiak közti különbséget!
- Minél több kezelési procedúrát osszanak meg egymással, terhek és örömek tekintetében!
- Ha szükségét érzi, indulatait bátran jelenítse meg! Ez megkönnyebbülés érzésével tölti majd el.
- Kerülje a szélsőséges megjelenítési formákat! Ezeknek semmi értelmük, ráadásul még nagyobb feszültséget teremtenek. (pl.: hisztérikus kitörések)

Javasoljuk a párokkal foglalkozó egészségügyi szakembereknek, hogy a felsorolt lehetőségeket is alkalmazzák munkájuk során, mert ezek segítségével átsegíthetik pácienseiket a legnehezebb helyzeten is. Javaslatunkat a felmérésünk eredményeire támaszkodva, a megkérdezett párok által jelzett szükségletek alapján fogalmaztuk meg.

Irodalom

1. Elek, Cs. (1996). A fogamzó képesség zavarai: tények, kétségek, remények. Budapest: Golden Book.
2. Gödény, S., Lampé, L. (1995). Terhesség és nőgyógyászati kórképek. Budapest: Springer Hungarica.
3. Hárdi, I. (1997). Lelki egészségvédelem. Budapest: Medicina.
4. Jacques, T. (1996). Lelki bajok – testi bajok. Budapest: Park Kiadó.
5. Patrick, N. P. (1993). Mit tehetünk a meddőség ellen? Debrecen: Phoenix Medical Library.
6. Szeverényi, P., Kovácsné, T. Zs. (1997). Pszichoszomatikus szemlélet a szülészet-nőgyógyászatban. Magyar Nőorvosok Lapja, 60, 143-148.

[Vissza](#)
[a tartalomhoz](#)

Aktuális problémák a diabétesz gondozásában a betegoktatás szemszögéből

Teszéri Józsefné egyetemi okleveles ápoló hallgató

Zirc Városi Erzsébet Kórház Belgyógyászati Osztály

Pécsi Tudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Egyetemi Okleveles Ápoló Szak

Célkitűzés: A cukorbeteg körében tapasztalható tájékozatlanság és motivációhiány okainak vizsgálata a betegségükkel kapcsolatban.

Módszerek és minta: önkitöltős, 95%-ban zárt kérdéseket tartalmazó kérdőíves felmérés a cukorbeteg (n=124), illetve az egészségügyi dolgozók (n=86) között. Az eredmények értékelése a megfigyelés tükrében.

Eredmények: A vizsgálatba bevont betegek cukorbetegséggel kapcsolatos ismeretei elégtelenek, ellentmondásosak. A válaszadók nagy százalékánál a betegség felismerése óta minimális életmódbeli változások történtek. A szakdolgozók többsége napi kapcsolatban áll a cukorbeteggekkel, betegoktatást ugyanakkor csak kevesen folytatnak. A felmérésből az is kiderült, hogy az ápolók éppúgy információhiánnyal rendelkeznek a cukorbetegség korszerű kezelésével és nézeteivel kapcsolatban, mint a betegek.

Következtetések: A cukorbeteg hatékony oktatása érdekében szemléletváltásra van szükség mind a betegek, mind az ellátó személyzet, sőt a társadalom részéről is. Rendkívül fontos a dolgozók minél szélesebb körű tudása, amelynek segítségével átadja ismereteit a beteg embernek. Ezen tudás birtokában az egyén képes lesz együtt élni betegségével és emberhez méltó aktív életet tud élni.

Bevezetés

A cukorbeteg szám az egész világon növekszik, a cukorbetegség civilizációs népbetegség, amely egyre nagyobb terhet ró az egészségügyre és a társadalomra.

Magyarországon mintegy 500-600 ezer cukorbeteg egyénnel kell számolnunk, minden 15. lakosnak szénhidrátanyagcsere-zavara van. Ezenfelül 10-15 éven belül a betegek számának megkétszereződésére kell számítani.

A cukorbetegség és a szövődmények társadalmi jelentősége, az egészségügyi intézmények finanszírozásának tendenciái, és természetesen a páciensek érdeke is azt kívánja a betegekkel bármilyen szinten foglalkozóktól és maguktól a betegektől is, hogy ismereteik, nézeteik a kor tudományos színvonalához igazodjanak.

A cukorbeteg sorsa ma már a megfelelő betegoktatás mellett nem végzettszerűen vakság, lábamputáció, veseelégtelenség vagy halál.

A fejlett országok következetesen véghezvitt népegészségügyi programjai bebizonyították, hogy a civilizációs népbetegségek – így a cukorbetegség – terjedése megfékezhető. Ennek ellenére a gyakorlatban a betegek számának csökkenése különböző okok miatt nem várható, sőt a fejlődő országokban, így kelet-európai országok is, további növekedésre lehet számítani. Az utóbbi években hazánkban is kezdték hangsúlyozni a betegoktatás és a beteg aktív részvételének fontosságát a gyógyításban. Egyúttal felismerték a betegoktatás óriási nehézségeit a betegek és az egészségügyi dolgozók részéről is.

A vizsgálat célja

A vizsgálatom annak feltárására irányult, hogy mennyire ismerik a betegek a cukorbetegség lényegét, kezelését; milyen információkkal rendelkeznek és azokat honnan szerzik be.

Hipotézisek

A cukorbeteg többsége csak felületesen ismeri a betegségét lényegét, a kezelés fontosságát és menetét.

A betegoktatás nem hatékony, módszere hiányos.

Módszer és minta

A betegeknek és az egészségügyi dolgozóknak két különböző kérdőív készült, amelyben párhuzamos kérdéseket is feltettem. A válaszadók arányát az 1. táblázatban tüntettem fel.

A vizsgálatot 2001. június hónapban végeztem a Zirc Városi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet fekvőbeteg osztályain, a diabétesz gondozóban és az ellátási területhez tartozó háziorvosi praxisokban.

A vizsgálatban bevont személyek száma 210 fő: 86 fő szakdolgozó és 124 fő beteg.

A betegek kiválasztásánál kritérium volt a rendelésen való megjelenés, illetve a kórházi tartózkodás.

A kérdőíveket a betegek távozáskor kapták meg és a diabétesz gondozóba kellett visszajuttatni azokat, az elotérben elhelyezett zárt dobozba.

A szakdolgozók esetében nem volt kritérium, mindössze név nélkül vissza kellett juttatni a munkahelyemre a kitöltött kérdőíveket.

Megnevezés	Szakdolgozó	Beteg	Összesen
Kiadott kérdőívek	160	240	400
Visszaküldött kérdőívek	94	132	226
Válaszadási arány	58,8%	55,0%	56,5%
Feldolgozott adatok	86	124	210

1. táblázat - A válaszadók aránya

A vizsgálatot 2001. június hónapban végeztem a Zirc Városi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet fekvőbeteg osztályain, a diabétesz gondozóban és az ellátási területhez tartozó háziovisi praxisokban.

A vizsgálatban bevont személyek száma 210 fő: 86 fő szakdolgozó és 124 fő beteg.

A betegek kiválasztásánál kritérium volt a rendelésen való megjelenés, illetve a kórházi tartózkodás.

A kérdőíveket a betegek távozáskor kapták meg és a diabétesz gondozóba kellett visszajuttatni azokat, az előtérben elhelyezett zárt dobozba.

A szakdolgozók esetében nem volt kritérium, mindössze név nélkül vissza kellett juttatni a munkahelyemre a kitöltött kérdőíveket.

A vizsgálatban résztvevők demográfiai adatai a 2. és 3. táblázatban találhatók.

Száma	Neme		Kora			Iskolai végzettsége		
n = 124 (100%)			>40 év	40-60 év	<60 év	alapfokú	középfokú	felsőfokú
	Férfi	32	5	16	15	15	13	4
		26%	15,6%	50%	34,4%	46,6%	39,7%	13,8%
	Nő	92	19	44	29	49	32	10
		68%	20,5%	47,9%	31,6%	53,6%	35,1%	11,3%

2. táblázat - A részt vevő betegek adatai

Száma	Képesítése		Munkahelye		
			Kórház	Rendelőintézet	Háziorvosi praxis
n = 86 (100%)	Segédápoló	4 (4,7%)	4 (4,7%)	-	-
	Asszisztens	12 (14,3%)	-	7 (8,1%)	5 (5,8%)
	Általános ápoló	21 (24,5%)	17 (20%)	2 (2,5%)	1 (1,1%)
	Szakápoló	24 (28%)	24 (28%)	-	-
	Regisztrált ápoló	11 (14%)	11 (14%)	-	-
	Diplomás ápoló	12 (14,3%)	12 (14,3%)	-	-
	Orvos	2 (2,5%)	2 (2,5%)	-	-

3. táblázat - Az egészségügyi dolgozók adatai

A szakdolgozók 96%-a nő, 4%-a férfi, adódik ez természetesen a foglalkozás sajátosságából, illetve az orvosok csekély válaszadásából is.

Eredmények

Az első hipotézisre vonatkozó következtetések

A betegek 45%-a írta le helyesen a betegsége lényegét, 28%-a részben vagy egészben helytelen választ adott, 27%-a "nem tudommal" válaszolt. A részleteket a 4. számú táblázatban foglaltam össze.

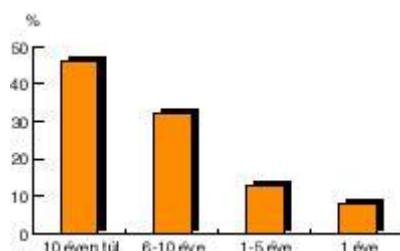
Válaszok	Mi a	1 db zsemle	Hány gramm	Normál
----------	------	-------------	------------	--------

	szénhidrát?	szénhidrát tartalma	szénhidrátot fogyaszt naponta?	vércukorértékek
Pontos válasz	52,6%	51,2%	68,0%	58,1%
Helytelen válasz	29,4%	28,0%	18,3%	18,3%
Nem válaszolt	18,0%	20,8%	13,7%	23,6%

4. táblázat - A cukorbetegségre vonatkozó ismeretek

A felmérés alapján elmondható, hogy a betegek mintegy fele (51,3%) tudott felsorolni széles körben szénhidrát tartalmú ételeket; 33,2% szerint szénhidrát tartalma egyértelműen csak az édességeknek, cukrász- és édesipari termékeknek van, míg 15,5% nem válaszolt a kérdésre.

Az életmódbeli változásokkal kapcsolatban a 62%-a nem változtatott korábbi életvitelén, a betegsége felfedezése óta, 38%-a pedig csupán az étrendjén változtatott. Az 1. ábrán azt tüntettem fel, hogy az előző eredmények mellett hány éve ismerték fel a betegeknél a diabétesz létét.



1. ábra - A cukorbetegség fennállása (év)

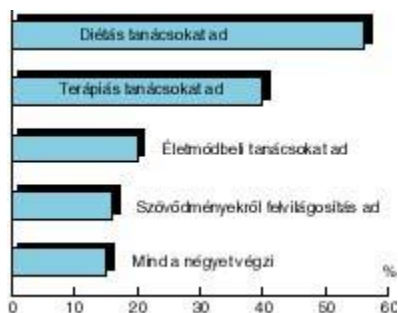
Ebből az az összefüggés következik, hogy a sok éve fennálló cukorbetegség nem jelenti a beteg diabéteszrel kapcsolatos tájékozottságát. A megkérdezettek 87,6%-ának több társbetegsége, szövődménye is van a cukorbetegség mellett, 12,4%-a nem tud más betegségről. A felmérés alapján igazolódni látszik a feltevés, nagyfokú tájékoztatatlanság jellemzi a cukorbetegeket, holott a betegek minél szélesebb körű, alapos tudása tenné lehetővé az aktív közreműködésüket a gyógyításban. Az öngondozás képessége segítséget nyújtana a betegek mindennapi életvitelének megszervezésében.

A második hipotézisre vonatkozó eredmények

A válaszadó szakdolgozók közül 58% napi kapcsolatban áll a cukorbeteggel, 33% rendszeres kapcsolatban van velük, 9% csak ritkán találkozik a betegekkel. A találkozások alkalmával különböző mértékű betegoktatási tevékenységet folytattak.

A megkérdezett kollégák 51%-ának munkahelyén folyik betegoktatási tevékenység, főleg a napi munkájukhoz kapcsolódóan, spontán tevékenység keretében. Szervezett formában csak a diabétesz gondozóban zajlik a betegoktatás

A vizsgálat során arra a kérdésre is választ szerettem volna kapni, hogy a szakdolgozók miben látják a betegek információhiányának okait. Véleményük szerint első helyen áll a betegek felelősségtudatának hiánya, második helyen pedig a hiányos felvilágosítás szerepel. A hiányos felvilágosítás oka lehet még az is, hogy a szakdolgozók 85%-a nem vett részt az utóbbi 5 évben a cukorbetegséggel kapcsolatos fórumon, vagyis nem rendelkezik friss információkkal, amelyeket átadna a betegeknél. Ez a tény a folyamatos továbbképzés szükségességére mutat rá (2. ábra).



2. ábra – Az ápolók betegoktatási tevékenysége

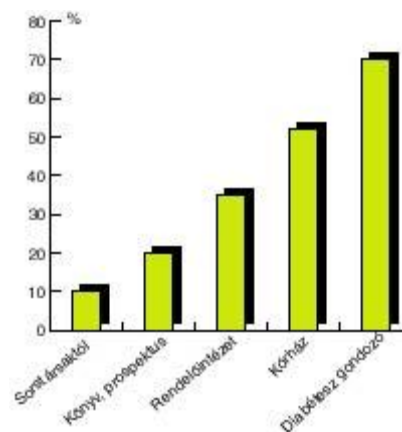
A betegek 32%-a nyilatkozott úgy, hogy nem kapott részletekbe menő felvilágosítást a cukorbetegséggel kapcsolatban, 68%-uk megelégszik annyi információval, amennyit kap. Ugyanakkor a szakdolgozók véleménye szerint is a betegek nem kapnak elég tájékoztatást (3. ábra).

A betegek az információkat különböző helyekről szerzik be, leginkább a diabétesz gondozókból (4. ábra).



3. ábra

A betegek ismeretei a szakdolgozók véleménye alapján



4. ábra

Az információ forrása

A tájékoztatás főleg szóban történik a kontrollvizsgálatok alkalmával. A valódi diabétesz-oktatásnak még nincsenek hagyományai hazánkban. A kontrollvizsgálat alkalmával a hagyományos orvos-beteg viszony a jellemző, egyoldalú orvosi tájékoztatás valósul meg, ezért érdemes kritikusan tekinteni a csak elsősorban az ellenőrzővizsgálatok alkalmával megvalósuló tájékoztatásra.

A szóbeli és az írásbeli anyagok, valamint a szemléltető eszközök széleskörű alkalmazása lehetővé teszi a hatékonyabb információ megtartást, és a kérdezést.

A beteg-tájékoztató prospektusokkal való ellátottság azonban a felmérések szerint hiányos. A megkérdezett betegek és szakdolgozók 63,2%-a vélekedett úgy, hogy csak néhány tájékoztatást látott; főképp a diabétesz gondozóban. Ezek alapján arra lehet következtetni, hogy a felvilágosítás nem terjed ki minden területre.

Magyarországon még gyermekcipőben jár a minőségi beteg-tájékoztató, de a betegoktatás terén ha lassan is, folyamatos fejlődés figyelhető meg.

Összefoglalás

A betegoktatás egyik legalapvetőbb eszköze a diabétesz-gondozásnak. Voltaképp azt jelenti, hogy a beteg mindazt megtanulja, amely a cukorbetegség karbantartásához, gondozásához szükséges. Ezen belül el kell sajátítania és alkalmaznia kell ezeket az ismereteket, meg kell tanulnia az önálló döntéshozatalt, hogy életét a kezelés kívánalmaival összhangban élhesse.

Sajnos, mint a felméréseim eredményei is mutatják, ez utóbbi szintre csak a cukorbetegnek néhány százalékához jut el.

A betegoktatás nehézségei több okra vezethetők vissza. Az egészségügyi dolgozók részéről probléma a kellő mélységű, a kor színvonalának megfelelő ismeret hiánya, a folyamatos továbbképzés megoldatlansága, annak ellenére, hogy az egészségügynek nincs olyan területe, amelyet ne érintene a cukorbeteggekkel való foglalkozás. Feltétlenül kiemelendő a motiváció hiánya is. A szakdolgozók és a páciensek egyaránt "alulmotiváltak" a kezelésben, az esetleges sikertelenség, vagy lassú gyógyulás miatt igyekeznek egymásra hárítani a felelősséget, holott a felelősség mindkét félre egyaránt vonatkozik.

A tapasztalatom és a felmérés alapján is úgy tűnik, hogy az emberek egészség-, illetve betegségkultúrája még mindig viszonylag alacsony. Cukorbetegség esetén ez különösen szembetűnő, hiszen a betegség nem fáj, tünetei gyakran rejtve maradnak, így a betegségtudat nehezen alakítható ki, ennél fogva az együttműködésre való ösztönzés és a felelősségteljes hozzáállás nehezen valósítható meg.

A mai kor tudományos és technikai fejlettsége megköveteli a beteg-től a szoros együttműködést, a szakdolgozóktól pedig a magas szintű tudást, képzettséget. Bárhogy is fogjunk a cukorbeteg gondozásához, érdeklődés és kellő motiváció nélkül sem a betegnek, sem a dolgozónak nem fog sikerülni. Közös cél kell legyen, hogy a cukorbeteg ne legyen betegsége rabja, hanem tudatosan tartsa kézben állapotát.

Irodalom

1. Fövényi, J. et al. (1993). Cukorbetegség: megelőzés, kezelés, gondozás. Medicina Kiadó: Budapest.
2. Halmos, T. et al. (1987). Diabetes Mellitus. Medicina Kiadó: Budapest.
3. Sasváriné, Cs. E. (1998). A cukorbeteg oktatásának jelentősége az ápolás területén. Nővér, 11. 3. 25-26.p.
4. Véghné, G. M. (1998). Az oktatónő szerepe a betegedukációban. Diabetológia Hungarica 6. 3. 167-169.p.
5. Watkins, P. J. (1996). Diabetes. (ABC könyvek). Literatura. Medicina Kiadó: Budapest.

Vissza a tartalomhoz

Diplomás ápoló hallgatók elképzelései az ápolói karrierről

Bodrogi Balázs és Kálmán Zsolt

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, diplomás ápoló szak

Bevezető

Az itt ismertetett vizsgálat során a szerzők arra kerestek választ, hogy milyen elképzelései illetve lehetőségei vannak a diplomával rendelkező ápolónak az ápolás területén. Vizsgálatunk célja volt meg tudni, hogyan látják a hallgatók szakmai jövőjüket, hogyan látják a gyakorlatban való érvényesülés lehetőségét. Hipotéziseink (1) a pályaválasztással, (2) az orvosok és ápolók diplomás ápoló hallgatókhoz való viszonyulásával, (3) a diplomás ápoló kompetenciájával és felelősségével, (4) a munkaterület ideális megválasztásával, (5) és az ápolói jövedelemmel kapcsolatban tartalmazzak feltételezéseket. A vizsgálatba a Semmelweis Egyetem főiskolai karának diplomás ápoló szakán 2000. októberében tanuló minden hallgatót bevontunk. A kiadott 204 darab, 15 kérdést tartalmazó kérdőívből 120 érkezett vissza. A hipotézisek többsége megerősítést nyert.

Magyarországon elsőként az egykori Orvostovábbképző Egyetem főiskolai karán indult el a diplomás ápoló képzés, levelező tagozatos képzésként 1989-ben, majd egy évvel később a nappali tagozatos képzési formában is. Az elmúlt közel tíz év során az ország további egészségügyi főiskoláin is elérhető vált a diplomás ápoló képzés, olyan ápolási szakemberek képzését honosítva meg, akik főiskolai tanulmányaik befejezése után képesek az egészségügy bármely területén önállóan megtervezni, irányítani és ellenőrizni az ápolás egész folyamatát, valamint képesek részt venni tudományos kutatócsoportok munkájában, ápoláskutatásban. Ugyanakkor a képzésből kiáramló szakemberek sorsát, jövőképét, továbbfejlődésük korlátait az elmúlt évtized során nem vizsgáltuk.

Ez a feltáró vizsgált arra kereste a választ, hogy milyen lehetőségei, elképzelései vannak a diplomás ápolónak, mivel és miként érhetnek el szakmai, társadalmi megbecsülést, elismerést, milyeneknek kell lenniük, hogy munkájukban sikeresek legyenek?

Hipotézisek

A kutatást megelőzően az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. A hallgatók elvárásai a pályával kapcsolatban a megbecsülés és társadalmi elismertség.
2. Mind az orvosok, mind az ápolók segítőkészen, partnerként viszonyulnak a diplomás ápolókhoz a gyakorlatok során
3. A hallgatók azt szeretnék, ha a diplomás ápolónak nagyobb ismeretanyaga révén szélesebb körű kompetenciája és felelőssége lenne, mint az általános és szakápolónak. Ennek érdekében távlati céljuk a diploma megszerzése után a továbbtanulás.
4. Feltételezzük, hogy a végzett diplomás ápolók legnagyobb számban intenzív osztályon dolgoznak.

Módszerek

Kérdéseinket két célcsoportnak tettük fel. Az első csoportot a főiskola nappali tagozatán tanuló összes diplomás ápoló hallgató alkotta. A második csoportba a végzett, diplomával rendelkező ápolók tartoztak. Az utóbbi csoport válaszainak elemzésével azonban a jelen írás nem foglalkozik.

Hipotéziseink igazolására 15 kérdésből álló kérdőívet állítottunk össze. A kérdőív 4 zárt és 11 nyitott kérdést tartalmazott. A kérdőíveket a diplomás ápoló szak nappali tagozatának négy évfolyamán teljes létszámban kiosztottuk, ez összesen 204 db kérdőívet jelentett. Kitöltött kérdőívből 120 db érkezett vissza, ami 59%-os válaszadói aránynak felelt meg.

Tanulmányunk számos kérdés egyidejű vizsgálatát tűzte ki célul, ugyanakkor terjedelmi okok miatt most a vizsgálat 9 legfontosabb kérdéskörének elemzését mutatjuk be.

Fogalmi definíció

A diplomás ápolót az alábbiak szerint értelmeztük: a diplomás ápoló olyan szakember, aki a főiskolai oklevél birtokában munkáját az orvos partnereként részben teljes önállósággal, részben az orvos utasításai alapján végzi. Az önálló funkció megvalósítása a diplomás ápolótól elvárt feladat, ehhez a szakmai önállóságot birtokolnia kell. A szakmai önállóság alapja a szaktudás, ami számon kérhető és a saját felelősséghez nélkülözhetetlen. Saját felelősség vállalásával az orvos tevékenysége elkülöníthető az ápolótól.

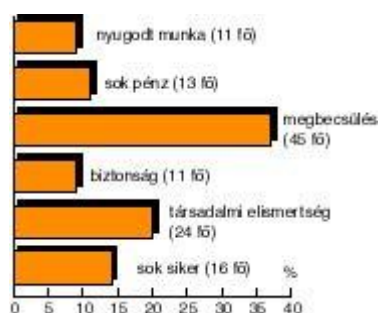
Eredmények

Először a pályaválasztási szándékra kérdeztünk rá ("Miért választottad az ápolói pályát?"). A hallgatók több mint fele (56%) a beteg embereken való segítséget, 20%-uk az egészségügy iránti érdeklődést jelölte meg. Ugyanakkor 17% azért választotta az ápolói hivatást, mert más felsőoktatási intézménybe nem vették fel. Viszonylag szerény volt a szülői (5%), pedagógusi befolyás a döntésre (2%).

A hallgatók munkakörrel kapcsolatos elvárásai döntően a megbecsülés körül csoportosultak (1. ábra). Ezt követte a társadalmi megbecsülés és a siker. Az anyagi szempontok alárendelt szerepet tölthettek be, ugyanakkor meglepő volt a nyugodt munkakörülmények és a biztonság viszonylag alacsony értékelése.

A diplomás ápoló hallgatókkal szemben a gyakorlatok során az ápolók több mint fele (57%) segítőkész volt, a többiek azonban kifejezetten ellenségesen vagy irigy módon viselkedtek. Az orvosoknak közel fele segítőkész, nagyobb részük csupán érdektelennek mutatkozott.

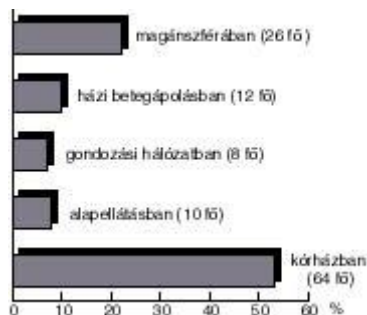
Az általános ápoló és a diplomás ápoló munkaköre közötti különbségre kérdezve rá a válaszadók közel 3/4-e gondolta úgy, hogy a diplomás ápolói munka a széles körű ismeretekben, a magasabb szintű munkában, több felelősségben különbözik az általános ápolói munkától. Elgondolkodtató, hogy a hallgatók 1/4-e nem látott semmi különbséget a két munkakör között.



1. ábra - A hallgatók elvárásai az ápolói munkakörtől

Arról is érdeklődtünk, hogy képesítésével szeretne-e vezetői pozíciót betölteni a végzést követően. A válaszadók pontosan fele ezt csak megfelelő gyakorlati tapasztalathoz kötné, 38% azonban akár azonnal is vállalná a megmérettetést. Jóval kevesebben (12%) mondanának egyértelmű nemet ilyen felkérésre.

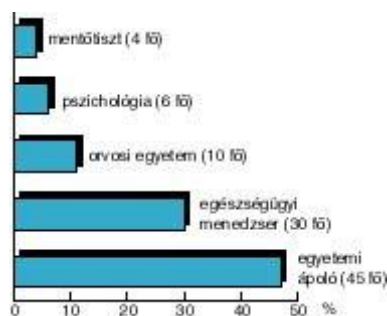
Érdekesen alakult a hallgatók munkahelyi elhelyezkedésére vonatkozó kérdés eredménye (2. ábra). A hallgatók több mint fele (53%) a diploma megszerzése után kórházakban, 22%-uk pedig magánszférában szeretne dolgozni. Ezeken a területeken belül alacsony volt az alapellátást és házi szakápolást megjelölők aránya.



2. ábra - A hallgatók elhelyezkedési szándéka ellátási területek szerint

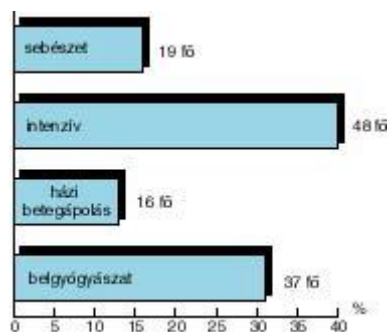
Továbbtanulni a válaszadók 79%-a szeretne, 15% azonban nem kíván már továbbtanulni. Ugyancsak érdekes a továbbtanulást választók szakirányi megoszlása (3. ábra). A továbbtanulást tervezők mintegy fele (47%) szeretné egyetemi szintű ápoló képzésben folytatni tanulmányait, 1/3-uk (32%) pedig a főiskola egészségügyi-menedzser

szakán. Továbbra is megmarad az orvosi pálya vonzása (11%), a további szakmák azonban kevés érdeklődésre tartottak számot.



3. ábra - A továbbtanulni szándékozók által megjelölt szakirányok

Az utolsó kérdésre adott válaszok alapján kiderült, hogy a hallgatók szerint melyik klinikai területeken dolgozik a legtöbb diplomás ápoló, amit úgy is felfoghatunk, hogy melyik munkaterületeket tartják főiskolát végzettek részére ideálisnak. A 4. ábrán látható, hogy a legmagasabb arányt az intenzív betegellátás érte el, majd a belgyógyászati szakterület következett. Arányaiban még jelentős a sebészeti ellátás is (bár az előző kettőhöz viszonyított eltérés magas), ehhez közelít a házi szakápolás is, de mindenképpen az utolsó helyre szorult.



4. ábra - A végzett diplomás ápolók szakterület választása a hallgatók szerint

Megbeszélés

A hipotézisekben megfogalmazott feltevések részben igazolást nyertek. A hallgatók közel fele a beteg embereken való segítség szándékával jelentkezett diplomás ápoló hallgatónak. A korlátozott mintából nehezen lehet ugyan általánosítani, de eredményeink alapján a szakma most képzésben álló 17%-a azért van ezen a pályán, mert más felsőoktatási intézmény nem fogadta be őket. Kérdéses, hogy a kényszerpályán lévők milyen erőforrásokat vonnak el azoktól, akik hivatásszerűen végeznek majd ápolási tevékenységet a végzés után. Ugyancsak magasan alakult a megbecsültség, társadalmi elismertség iránti igény. A hallgatók gyakorlati képzés alatti kollegiális támogatását nem tudtuk igazolni, a partneri viszony tekintetében sajnálattal kell megjegyezzük, hogy maguk az ápolók, és nem az orvosok mutattak több ellenállást a hallgatókkal szemben. Ennek orvoslása mindenképpen megoldásra váró feladat, amely a szakma egészének további fejlődéséhez elengedhetetlen feltétel. A többség továbbtanulás iránti elkötelezettségét is sikerült kimutatni, ebben külön örömdetes, hogy az egyetemi szakirányú képzés és a főiskolai menedzserképzések vezető szerepet foglaltak el. Feltételezéseink közül az is igaznak bizonyult, hogy legtöbbször az intenzív betegellátás területét választották (véltetően a magas szaktudás és önállóságra alapozott cselekvőképesség okán) a diplomás ápolók fő elhelyezkedési területének.

Az eredményekből azonban néhány egyéb érdekes tényre is fel kell hívni a figyelmet. Továbbra is nagyon magas a kórházi szektort választók aránya, az alapellátás és a házi szakápolás együttesen nem ér el azonos szintet. Ez a tendencia nem kedvező, mindenképpen ellentmond a XXI. század fejlesztési igényeinek, valamint azoknak a népegészségügyi elvárásoknak, amelyek az alapellátás fejlesztését és a prevenció kiszélesítését helyeznék előtérbe. Az okok sokrétűek lehetnek. Anyagi természetűek is közrejátszhatnak, fontos azonban az ápolást továbbra is meghatározó medicinális szemléletre is utalni, ezt erősíti meg, hogy a válaszadók leginkább az intenzív ellátásban látják a diplomás ápolók többségének elhelyezkedését, az igazán nagy felkészültséget, önálló döntést és cselekvést igénylő házi szakápolás egyelőre nem tartozik az érdeklődést kiváltó szakmai specialitások közé.

Bíztható lehet, hogy az egészségügy területén megindult piacosodás elérte az ápolást is. A magánszférát választók mindenképpen erre a piaci igényre alapozva tervezik jövőjüket. Ebből az igényből kiindulva valószínűnek tűnik, hogy az ápolásmenedzsment posztgraduális képzések hallgatói közül sokan nem a kórházigazgatás területén, hanem a vállalkozásokban találják meg a helyüket.

Kiemelkedő az igény az egyetemi képzés iránt is. Az egyetemi képzettség megszerzésével az ápolói társadalomban létrejön egy újabb vezetői csoport, egy a képzést, fejlesztést, kutatást is meghatározó elit. Mindenképpen minőségi változást jelent majd megjelenésük, időszerű tehát átgondolni az egyetemi okleveles ápolók és diplomás ápolók közötti átmenetet, hogy helyüket gyorsabban találják meg, és az esetleges szerepkonfliktusok visszaszoríthatóak legyenek.

Ezek az eredmények mindenképpen a vizsgálat folytatása és kiszélesítése mellett szólnak. Terveink szerint ismételt adatfelvétellel végzünk folyamatos összehasonlítást az eltérő évfolyamok hallgatói, valamint végzett ápolók között az elkövetkező években.

Irodalom

1. Dr. Buda, J. (1994). A betegápolás története. Pécs: POTE Főiskolai Kar.
2. Gyulai, T. (1999). Ápoláselmélet – Ápolásfilozófia. Budapest: HIETE Főiskolai Kar.
3. Strasen, L. L. (1997). Az ápolói hivatás imázsa. Budapest: Medicina.

[Vissza](#)
[a tartalomhoz](#)

Kik oktassák a diplomás ápolókat? (Vélemény)

Irinyi Tamás

osztályvezető ápoló, SZTE Pszichiátriai Klinika

Tizenegy éve dolgozom az egészségügyben, ez alatt az időszak alatt számos képzést végeztem el. Az említett képzések során az ápolói szakma rejtelseibe számtalan oktató próbált bevezetni. Az oktatók közül az ápolókhoz viszonyítva többségben voltak az orvosok, az egyetemet végzett szakemberek. Tankönyveimet szinte kizárólag orvosok vagy külföldi szakemberek írták, illetve sok esetben orvostanhallgatóknak írt könyvekből tanultam. Sokáig természetesnek tartottam ezt a helyzetet. Amikor öt évvel ezelőtt Szegeden, az Egészségügyi Főiskolán - munkám mellett- pszichiátriai szakápolástant kezdtem tanítani, mindinkább ráébredtem, hogy ezen a körülményen változtatni kell. Az orvosok nagy többsége nem ért az ápoláshoz, és emiatt nem is tudja, hogy mit oktasson, mire van szüksége leginkább egy ápolónak leendő munkájához. Még most is a fülembé csengenek egy orvosprofesszor szavai, aki a diplomás ápolókat "kis orvosnak" írta le, illetve képzelte el. Emiatt a diplomás ápolók által megszerzendő tudást is az orvostanhallgatókhoz mérte. "Egy diplomás ápolónak majdnem annyit kell tudnia, mint egy orvostanhallgatónak", mondta.

Véleményem szerint nem majdnem annyit, ha nem ugyanannyit, csak éppen nem azt. A szaktantárgyak, úgymint a belgyógyászat, a pszichiátria vagy a sebészet oktatásában az ápolásnak kell főszerepet kapnia, és az orvostudományi részt (a klinikumot) ennek kell alárendelni, és nem fordítva, ahogyan a jelen helyzetben tapasztalom. Az egészségügyi főiskolákon a klinikum és a szakápolástan elméleti óraszámai kettő az egyhez aránylanak, a klinikum javára. Az ápoláshoz szükséges orvosi ismeretek átadásának egy olyan alapot kell adnia, amire később az ápolás épülhet.

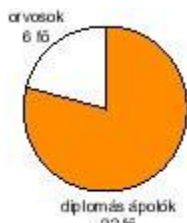
Ki tudja, mi szükséges az alapozáshoz? Természetesen az, aki a házat felépíti. A házat az ápoló építi, vagyis az az oktató, aki a szakápolástant tanítja. Ma már Magyarországon is sokan vannak, akik rendelkeznek azzal a tudásanyaggal, ami képessé teszi őket a klinikum oktatására.

Megfelelő végzettség hiányában az oktató ápolók előtt ez az út nem állt nyitva. A közelmúltig nem lehetett egyetemi illetve tudományos fokozatot ápolóknak megszerezni. Úgy tűnik, ez az utolsó akadály is elhárult, 2000 szeptemberétől az egyetemi diploma megszerzésére is lehetőségük van az ápolóknak. Most már csak a szemléleten és a régi beidegződéseken kell változtatni, illetve még valamin. Megvizsgálva a főiskolai tankönyvek listáját, nem sok magyar szerzővel találkoztam. A magyar szerzők közül az ápolói végzettségű még ritkaságszámba megy. Elképzelésem akkor válik teljessé, amikor az ápolókat a szakmára minden szinten ápolók tanítják, amikor valamennyi szaktantárgyból rendelkezésre áll a hallgatók számára egy korszerű hazai tankönyv, amelyet kollegáink írtak. A külföldi könyvek izlésesek, látványosak, professzionális módon szerkesztettek, de a magyar viszonyok között sok esetben nem használhatóak.

Érdekes kísérletnek lehettek alanyai a SZTE Egészségügyi Főiskolai Kar harmadéves, nappali szakos diplomás

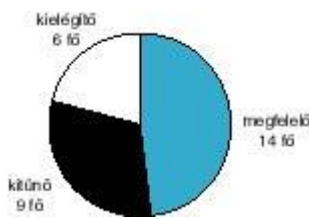
ápoló hallgatói. A véletlennek is köszönhetően a 15 órás klinikai gyakorlatukat, amit eddig orvosok tartottak, most a Pszichiátriai Klinika ápolói tartják számukra. Ennek a kihívásnak könnyedén tudtunk eleget tenni, hiszen a szakdolgozóink iskolai végzettsége, felkészültsége ezt lehetővé teszi. A klinika 46 ápolója közül 10 fő diplomás ápoló, 7 fő diplomás ápoló hallgató, 3 fő most jelentkezik a főiskolára, 1 fő egyetemi okleveles ápoló hallgató. Egy segédápoló (aki idén végez ápolóként) kivételével mindannyian szakápolók.

Természetesen megkérdeztem a leginkább érintetteket, vagyis a hallgatókat, hogyan vélekednek erről. A megkérdezett hallgatók döntő többsége célszerűnek tartaná, hogy a szaktantárgyak klinikumi részét is ápolók tanítsák (1. ábra). Az általunk tartott 15 órás pszichiátriai klinikum oktatási színvonalát is megfelelőnek, illetve kitűnőnek tartották (2. ábra). Más klinikai gyakorlathoz képest általában jobbnak értékelték ezt a gyakorlatot (3. ábra). Szinte mindenki úgy nyilatkozott, napjainkra képpessé váltak a diplomás ápolók arra, hogy az orvos oktatókat egyes területeken felváltsák a diplomás ápolók képzésében.



1. ábra

Ki oktassa a szaktantárgyak klinikumi részét? (n=29)



2. ábra

A 15 órás pszichiátriai klinikum oktatási színvonala a hallgatók szerint (n=29)



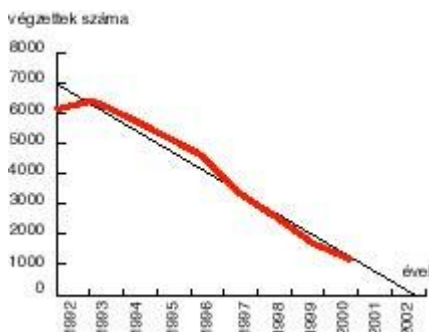
3. ábra

A pszichiátriai klinikumi gyakorlat más klinikumi gyakorlattal összehasonlítva (n=29)

A felmérés eredményeinek alapján a címben feltett kérdésre könnyebb a választ megadni: célszerű lenne az oktatást átalakítani, és a szaktantárgyak oktatását teljes egészében ápolókra bízni. Az oktatást végző személlyel szemben természetesen rendkívül magas követelményeket kell támasztani. Minimum feltételnek tekintem az egyetemi végzettséget és öt év szakmai gyakorlatot. A szakma fejlődése érdekében az oktatott tárgyhoz készítse el a saját főiskolai jegyzetét vagy tankönyvét. A magyar ápolástudomány felemelkedéséhez nélkülözhetetlenek a magyar szerzők könyvei, jegyzetei.

Már csak egy kérdés maradt nyitva. Lesz-e kit oktatni a leendő ápoló tanároknak? Évekkel ezelőtt azt hittem, az ápolói presztízs emelkedni fog, ahogy az ápolók mind magasabb végzettséget és nagyobb szakmai tudást érnek el. Az egészségügyben is egyre nagyobb rangot fognak kivívni, csökken a hátrányuk az orvosokkal szemben. A társadalom is mindjobban elismeri áldozatkészségüket és szakmai tudásukat.

Úgy érzem, igen nagyot tévedtem. Soha nem látott mértékűre esett vissza az ápolói presztízs, amit igen szemléletesen bizonyít a szakmában dolgozók keresete és a hivatást választók száma. Az ápolóképző intézményekbe jelentkezők száma elkeseredően alacsony. Még nyomasztóbb az utóbbi tíz évet jellemző tendencia, amely ha megmarad, 2002-re nem kerül ki az intézményekből általános ápoló és asszisztens (4. ábra)! Ha megvizsgáljuk az összes nem felsőfokon végzett ápoló számát (itt a szakosító képzéstől a technikus képzésig mindenkit beleértve), azt láthatjuk, hogy 2005-re "éri" el a zérust a képzésből kikerülők száma (5. ábra)!



4. ábra

Általános ápoló és asszisztensként végzettek száma 1992-től 2000-ig illetve előrejelzés, hogy mikor éri el a nullát a végzettek száma



5. ábra

Általános ápoló és asszisztensi, unka melletti, ÁBMH-s, technikus, elsőfokú szakosítói, ráépített OKJ-s, OKLJ-s képzésben 1992-től 2000-ig

*végzetek száma, illetve előrejelzés, hogy mikor éri el
a nullát a végzetek száma*

A hiányzó ápolói létszám pótlására alternatív megoldásokat akarnak alkalmazni. Néhány egészségügyi vezető fejében már megfordult pár elképesztő gondolat! A hiányzó ápolói létszámot sorkatonai szolgálatot töltő emberekkel, ukrán, román állampolgárokkal, vagy akár örömlányokkal lehetne pótolni! Igen szemléletesen érzékeltetik az ilyen ötletek a hivatásunkról alkotott általános felfogást. Ezek szerint az ápolói tevékenységet bárki képes elvégezni, hiszen az ápolói munka csak az ágytálhordásból, szakképzettséget nem igénylő betanított feladatokból áll. Ez az ápolói hivatás és az ápolástudomány sárba tiprása! A társadalom megítélése sem támogatja szakmánk fejlődését, ezen a megítélésen a közelmúltban egyetlen ember is képes volt nagyot rontani. Az ápolók társadalma sajnos nem homogén, nincs összetartás, nem képes egységesen fellépni az őket érintő kérdésekben. Az egészségügy vezetői az ápolók helyzetére és körülményeire egyáltalán nincsenek tekintettel, nem foglalkoznak vele. Miért is foglalkoznának olyan problémákkal, amelyekkel nem szembesülnek? Nem szembesítjük velük! Amíg csak hallgatunk, és végezzük dolgunkat a humánus, a szakmai elhivatottság nevében, addig a vezetés ezzel visszaélve, a humánusot lábbal tiporva, éhbérért dolgoztat. Addig nem fog változni ez a helyzet, amíg az ápolók támogató tömegét maga mögött tudó érdekvédelmi szervezet vagy kamara nem jön létre. Ennek hiányában nem vagyunk képesek lobbizni érdekeinkért.

Számomra elég visszatetsző, vagy szakmámból merített fogalommal élve, szkizofrén helyzetben érzem magam. Egyfelől az igen magasán képzett szakemberek létszáma megnőtt a diplomás ápolói képzésnek köszönhetően az egészségügyi szférában, illetve megnyílt a lehetőség akár a tudományos fokozat eléréséhez. Másfelől tovább romlott az ápolói presztízs, sok a pályaelhagyó! Az ápolói képzettséget-diplomát megszerezve mind kisebb arányban helyezkednek el a betegágy mellé kollegáink. A kontraszelekció pedig egyre nagyobb teret hódít! Remélem, a helyzet ennél rosszabb már nem lehet, és ebből a morális és anyagi mélységből elindulva csak a fejlődés és emelkedés felé vezethet az utunk.

Ahhoz, hogy ez a felemelkedés mihamarabb bekövetkezzék, a címben feltett kérdésre adható válasz a megoldás: eljött az idő, hogy az ápolók oktatásában mind nagyobb szerepet kapjanak maguk az ápolók.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet fejezem ki Vízvári Lászlónak, az ETI főigazgatójának, és Patyi Györgynének, az ETI munkatársának, hogy adatokat szolgáltatottak számomra az 1992-től 2000-ig terjedő időszakban végzett ápolók számáról.

[Vissza](#)
[a tartalomhoz](#)

Megjegyzések **a “Kik oktassák a diplomás ápolókat?” című íráshoz**

Zrínyi Miklós szerkesztő

A pszichiátriai szakápolás történetében jártas szakemberek számára bizonyára ismerős Hildegard E. Peplau, korunk egyik legprogresszívebben gondolkodó amerikai ápolástudósa, filozófusa, akit hazájában és szerte a világban a pszichiátriai szakápolás megteremtőjének tekintenek.

Peplau 1999-ben bekövetkezett haláláig számtalan közleményben adott számot elkötelezett hitéről, tett tanúbizonyságot az ápolástudomány fejlesztése mellett, és minden erejével igyekezett megteremteni az orvoslás és az ápolás közötti kiegyensúlyozott és egyenrangú viszonyt.

Talán véletlen egybeesés, hogy éppen 35 évvel ezelőtt keletkezett (és 1999-ben újra megjelent) egyik legtöbb idézett és legbefolyásosabb írása az orvos-ápoló viszonyról (Peplau, 1999). Ebben, többek között, az ápolás fejlődésének történelmi állomásairól emlékezik meg az Egyesült Államokban. Az 1900 és 1930 közötti időszakra így emlékszik vissza:

“Az évszázad első 30 évében az ápolói imázs a társadalom szemében nem volt több mint az orvos által jó szándékkal ellenőrzött segítők. ...Az 1929-es nagy gazdasági világválság jelentett ebben valamiféle fordulóponthoz, azt megelőzően ugyanis az ápolókat “cselédnek” tekintették, amely megjelölés a többséget nem is igazán háborította fel. Az ápolás ekkor még nem tekinthető fejlett professzióknak, tagjai előtt nem volt teljesen világos, mit is kellene tenniük..., ...ugyanakkor az “avant-garde” vezetők száma még igen kevés volt, és a képzett ápolók szavait elnyomták a többségben lévő “betanított” ápolók. [31.old.]

Majd kitér az ápolók oktatására is.

“Az 1929-et megelőző időben az ápolók képzésének nagyobb része, egyes intézményekben teljes egésze az orvosok feladata volt. Ugyanakkor jelentős erőfeszítés árán a Nemzeti Ápolóképző Liga és a Columbia egyetem végzős hallgatói megváltoztatták a helyzetet, és fokozatosan bevezették az ápolást oktató ápolók jelenlétét a képzésekben.” [31. old.]

Az ápolás fejlődésére vonatkozó legfontosabb következtetése így összegezhető:

“Az a személy, aki az oktatást végzi, ellenőrzése alatt tarja az oktatott anyag tartalmát, és ez által a képzés produktumát is. Ezt az ellenőrzést az információ mennyiségének és mélységének szelekciója jellemzi. Az átadni kívánt információ megválogatása lehet tudatos vagy tudattalan, és vajmi kevés köze van a befogadó tanulási képességeihez és kapacitásához.” [31. old.]

Peplau szerint az ápolás az orvoslás fejlődésében is kiemelkedő szerepet töltött be.

“[a jól képzett ápolók révén] a kórházak biztonságossá váltak a betegellátásra, így az orvosoknak több szabadidő jutott az orvostudomány és gyakorlat fejlesztésére. Miközben új technikákat fejlesztettek ki, az ápolókat a régiókra tanították meg. Minél több feladatot vállalták át az orvoslástól az ápolók, annál több időt fordíthattak saját gyakorlatukra, olvasásra, közlésre, kísérletezésre és kutatásra. Ezzel az ápolás jelentős segítséget nyújtott az orvostudomány modernkori fejlesztésében.” [33. old.]

“... Az ingyen dolgozó ápoló hallgatók ugyancsak hozzásegítették a kórházakat ahhoz, hogy az ápolásért ki nem fizetett munkabérből új eszközöket vásároljanak az orvosok számára. Az ápolóknak fizetett, a létminimumot éppen meghaladó átlagbérek pedig lehetővé tették a kórházak nagyarányú fejlesztését is. Ugyanakkor a régebbi orvosi technikák ápolásba történő beépítése nem hozott sem magasabb társadalmi megbecsülést, sem több fizetést az ápolóknak, csak a feladataik száma növekedett.” [33. old.]

Persze egy jól képzett ápolót nem csak a klinikai munkában lehet kihasználni.

“...Egyes orvosok, a kifejezetten kutatásra specializálódott osztályokon az ápolókat, mint adatgyűjtőket használják, majd tudományos közleményeket készítenek anélkül, hogy egyetlen említést tennének az ápolók kutatásban betöltött szerepével kapcsolatban.” [35. old.]

Nyilvánvalóan az eredmény sem maradhat el.

“...Sok ápoló kiábrándul. Ez a kiábrándultság egyeseknél az erőfeszítések megkétszerezéséhez vezet, amivel képzettségüket minden az egészségügyben dolgozó szakember szintjére akarják emelni, mások pedig elhagyják az ápolást, hogy másutt próbáljanak szerencsét. Az ápolók tudják, hogy az orvosok a hatalom végső képviselőjeként tekintenek magukra, és nagyon sok helyütt egy orvos még mindig akár önkényesen is eltávolíthat egy ápolót állásából. Ilyen szituációkban az ápolási igazgató nem úgy viselkedik, mint ahogy egy vezetőtől elvárható lenne, inkább csak a túlélésre játszik. A fiatal, jó szándékú, intelligens és világos fejű beosztott ápolók számára ezek a szituációk választóvívét jelentenek.” [36. old.]

A fejlődés, mindennek ellenére, nem állítható meg.

“...Az 1940-es években az ápolók egyre többet kezdtek az ápolásról, mint az orvosi tevékenységektől független szakmáról beszélni. Az orvosi utasításokra úgy tekintettek, mint munkájuk egy részletére, az egyetlen függőségi viszonyra, azonban minden mást saját szakmai autonómiájukként kezeltek és ennek megfelelően gyakorolták. Az ápolás vezető személyiségei az ápolás egészére kiterjedő szakmai autonómiáról kezdtek beszélni. A főiskolai szintű intézmények lassan szaporodni és terjeszkedni kezdtek. Az ápolók egyre nagyobb számban kezdtek el könyveket írni az ápolás elméletéről és gyakorlatáról. A képzést megerősítette az a tény, hogy az oktatás intézményesült és elvált a gyakorlatban való képzéstől, valamint egyre több lett az ápolást oktató ápoló végzettségű tanárok száma. A '40-es évek elején az alapfokú egyetemi végzettség megszerzése az ápolók számára lassan kezdett elérhetővé válni. Egy új nap virradt fel!” [33-34. old.]

Gyakran szoktunk azzal élcélődni, hogy mennyi a lemaradásunk a világ fejlettebb ápolással rendelkező országai mögött. Az olvasó most utána számolhat. Peplau 35 éve vetette papírra ezeket a sorokat, amelyek jó 30 évvel korábbi állapotokról tudósítottak. Mégis, mintha a mának üzenne minden egyes gondolat. A fentiekből úgy tűnik, mi, itt Magyarországon úgy léptünk át a XXI. századba, ahogy egykoron Amerika lépte át a XX. század küszöbét.

Van-e, lesz-e párhuzam? Lesz-e ugyanolyan magasba ívelő és töretlen fejlődés? Lesz-e tudomány az ápolásból, várja-e a jövő nemzedéket magasabb társadalmi megbecsülés, anyagi és szellemi elismerés? És kell-e majd közel 60 évet várni erre?

Figyelemre méltónak tartom Irinyi Tamás szerzőnk gondolatébresztő írását. Együttal emlékezetünkbe idézem, hogy Hildegard E. Peplau is valaha így kezdte. Talán ránk is egy új nap virradt volna fel?

Irodalom

Peplau, H. E. (1999). Nurse-doctor relationships. Nursing Forum, 34, 31-36.

[Vissza](#)
[a tartalomhoz](#)

Ápolók és szülésznők az egészségért

Az EVSZ európai ápoló- és szülésznőképzési stratégiája

(Adalékok a “Kik oktassák a diplomás ápolókat?” című íráshoz)

A sürgető szükség az ápoló- és szülésznőképzés fejlesztésére jelentette a fő hajtóerőt, amely létrehozta az EVSZ Ápoló- és szülésznőképzési európai stratégiáját (1), amely az ápolók és szülésznők alapozó képzésével foglalkozik, egy olyan oktatási programmal, amelynek fel kell készítenie őket arra, hogy “a célnak megfelelő” legyenek, azaz kompetensekké váljanak képesített ápolói vagy szülésznői minőségben hivatásukat gyakorolni; ennek a képzésnek azonban le kell raknia a rákövetkező folyamatos szakmai fejlődés alapjait is. Az alábbiakban részletesen közlünk a Stratégia létrehozását indokló érvelésből, majd szó szerint idézzük a Stratégia 6. részét, amelynek középpontjában az ápolást/szülésznőséget oktatókkal, és a klinikai szakoktatókkal kapcsolatos megfontolások állnak.

“Az ápolókra és szülésznőkre, akik az egészségügyi ellátási szinterek széles skáláján tevékenykedő legnépesebb egészségügyi dolgozói csoportot alkotják, a kormányok és egészségügyi tervezők egyre inkább úgy tekintenek, mint a reformstratégiák kulcsfontosságú forrásaira. Az új kihívások e hivatások számára magukba foglalják az egyének és családok megtanítását az öngondozás technikáira, továbbá reproduktív egészségük kézbe tartásának módjaira; segítségnyújtást abban, hogy krónikus betegségeiket maguk is kézben tudják tartani; továbbá a szolgáltatásokat alakítását olyanná, hogy azok kielégítsék a kockázatoknak leginkább kitett emberek szükségleteit az ellátás kontinuumán. Az ápolók és szülésznők új jelentőséget nyernek a kórházak változásával párhuzamosan, amelynek során a kórház sokkal inkább hasonlatossá válik napjaink intenzív osztályaihoz, és a betegeket sokkal korábban hazabocsátják. Mindez azt húzza alá, hogy szükség van jól képzett ápolókra és szülésznőkre, akik rugalmasak, akik elfogadják, hogy beszámoltathatók a munkájukért, akik kompetensek arra, hogy multidiszciplináris és multiszektoriális összefüggérendszerben dolgozzanak kórházak falai között és a közösségben, és akik képesek a változtatás folyamatos menedzselésére... Az EGÉSZSÉG21, az Európai Régió új egészséget mindenkinek szakmapolitikája, megerősíti az EVSZ hitét abban, hogy az ápolók és szülésznők sarkalatos hozzájárulásra képesek az emberek egészségi állapotának a javítása érdekében. ...

Bizonyítékok azt sugallják, hogy az EVSZ Európai Régiójában az ápolók és szülésznők oktatásának minősége igen változó, és sokakat nem képezik ki arra, hogy megfeleljenek ezeknek a kihívásoknak. Ezért nem valósíthatják meg teljes potenciáljukat arra, hogy hozzájáruljanak az emberek egészségének és betegség esetén az ellátásuknak a tökéletesebbé tételéhez.”

6. rész

Az ápoló- és szülésznőoktatók és a klinikai/közösségi gyakorlóhelyi mentorok felkészítésének követelményei

6.1 Ápoló- és szülésznőoktatók

A Stratégia (WHO 2000a) 7. része megállapítja, hogy az ápolás oktatását mind elméletben, mind gyakorlatban képesített ápolónak kell végeznie, és a szülésznőség oktatását mind elméletben, mind gyakorlatban képesített szülésznőnek kell végeznie. Ismert, hogy a Régió számos országában nem ez a helyzet, különösképpen az újonnan függetlenné vált országokban, ahol az ápolás és szülésznőség művészete és tudománya, mint tudományos és gyakorlati diszciplína, csak most indult fejlődésnek, és ahol az ápolókat oktató személyek 90%-nál is magasabb részaránya “orvos, csekélyke ápolástani ismeretekkel”. Ez a helyzet járul hozzá a meglévő tantervek orvosi orientáltságához ezekben az országokban (Salvage és Heijnen, 1997, p. 101.) Ezért tehát elismerjük, hogy sok ország számára hosszú ideig fog tartani az út, amíg eléri a saját ápolási és szülésznőségi diszciplinájuk oktatására képesített ápolók és szülésznők kritikus tömegét, ennek ellenére ez az az út, amelyet meg kell tenni.

A Stratégia világosan fogalmaz azokkal a képesítésekkel – mind tudományos, mind szakmai – kapcsolatban, amelyek az ilyen oktatók számára lényegesek. Ezeket az alábbiakban megismételjük, mivel összefoglalják az ápolás és szülésznőség oktatásába való belépés feltételrendszerét, amely mindannak az alapját képezi, amellyel ez a rész foglalkozik. Az oktatóknak

- Olyan tudományos fokozattal kell rendelkezniük, amely megfelel az egyetemi oktatóktól elvártnak a szóban forgó országban;
- Oktatói képesítéssel kell rendelkezniük azért, hogy megfelelően alkalmazni tudják a kutatás alapú oktatási, tanulási és ismeret-felmérési stratégiákat a tanterv elméleti és klinikai komponensei keretében;

- Rendelkezniük kell azzal a képesítéssel, amelynek a megszerzéséhez a program elvezet;
 - Rendelkezniük kell minimálisan két év releváns gyakorlattal;
 - Az ápolási és/vagy szülésznősegi gyakorlatnak azon a szakterületén belül kell oktatniuk, amelyben szakértelemmel rendelkeznek;
 - Fenn kell tartaniuk klinikai hozzáértésüket, kompetenciájukat; és
 - Felelősnek kell lenniük a szakmai gyakorlatra kihelyezett tanulók klinikai felügyeletéért saját szakterületükön (ezt a felelősséget meg kell osztaniuk a tanuló klinikai mentorával.)
- Az ápoló- és szülésznőoktatóktól megkívánt kompetenciák a gyakorlati és elméleti szakértelem, különösképpen a felnőttoktatási alapelvek alkalmazásában a tanterv-fejlesztésben, a tanítási/tanulási és ismeret-felmérési stratégiák körében, a tanulás megkönnyítésében és a tanulóközpontú megközelítésben (lásd 4. rész). Ugyancsak elkötelezettnek kell lenniük klinikai szakértelmük megőrzése mellett, és támogatniuk kell munkájuk rendszeres felülvizsgálatát és értékelését.
- Az oktatók felkészítésének szempontjainak – azon felül, hogy megfelelnek a Stratégia alapelveinek – meg kell felelniük az adott ország ápolói és szülésznői szabályozó testülete által, illetve néhány országban az egyetemi oktatást szabályozó rendeletekben, jóváhagyott standardoknak.
- Az ápolást és szülésznőseget szabályozó testületek általában megkívánják azt, hogy az oktatók sikeresen végezzenek el egy oktatási programot. Az alábbiakban közlünk néhány példát az ilyen programok kimeneteleire. Ezeket az ápoló- és szülésznőoktatók felkészítésének az Egyesült Királyság szabályozó testülete által a közelmúltban publikált standardjaiból vettük és adaptáltuk (UKCC 2000b), és e kimenetek alapul szolgálhatnak az országok számára saját szempontrendszerük kidolgozásához.
- A kimenetek elvek tág megfogalmazásának készültek, amelyek alkalmazhatók és továbbfejleszthetők az adott országnak saját ápoló- és szülésznőoktatóival szembeni elvárásai szerint.
- A kommunikációs készségek és munkakapcsolatok terén, az oktatóknak kompetenseknek kell lenniük eredményes kapcsolatok kialakításában és fenntartásában, mind az oktatásban, mind a gyakorlatban dolgozó kollégáikkal, továbbá a tanulókkal, amely kapcsolatok a kölcsönös bizalomra és tiszteletre épülnek. Az oktatóknak kompetenseknek kell lenniük abban, hogy együtt dolgozzanak az ápoló- és szülésznőképzést támogató diszciplínákban szakértő egyetemi kollégákkal, és ha szükséges, irányítsák őket (pl. biológiai és magatartástudományok, orvostudomány, etika, informatika) a tantervhez adott hozzájárulások megvalósításában.
 - A tanulás megkönnyítése területén, az oktatóknak kompetenseknek kell lenniük a felnőttoktatási stratégiák egészének alkalmazásában mind az oktatási, mind a gyakorlati környezetben, és a kérdezés, elmélyülés és kritikus gondolkodás készségeinek az ösztönzésében.
 - Az ismeretfelmérés területén az oktatóknak kompetenseknek kell lenniük, hogy hozzájáruljanak eredményes stratégiák kidolgozásához és alkalmazásához, hogy visszacsatolást és minden szükséges támogatást meg tudjanak adni a tanulóknak, továbbá hogy kapcsolatot tartsanak a mentorokkal és támogassák őket a tanulók gyakorlati kompetenciáinak a felmérésében.
 - Az értékelés területén az oktatóknak kompetenseknek kell lenniük abban, hogy részt vegyenek az eredményekre alapuló cselekvések tervezésében, és ehhez aktívan hozzájáruljanak.
 - A pozitív tanulási környezet létrehozásának a területén az oktatóknak kompetenseknek kell lenniük abban, hogy elősegítsék a tanulók számára olyan alkalmak létrejöttét, amelyek során megfogalmazódnak, majd megvalósulásra kerülnek olyan tapasztalatok, amelyeket fontosnak tartanak a tanulók tanulási szükségletei szempontjából, és abban, hogy támogassák a mentorokat ilyen környezet létrehozásában azokon a klinikai/közösségi gyakorlólhelyeken, ahol a tanulók tapasztalataikat szerzik.
 - A klinikai szakértelmük megőrzési és elmélyítése területén az oktatóknak kompetenseknek kell lenniük a szakma gyakorlásában, és munkaidejüket megfelelően kell megosztaniuk az egyetemen folytatott oktatás/ismeretfelmérés, valamint – a mentorokkal együtt – a klinikai/közösségi gyakorlólhelyi környezetben folytatott oktatás/ismeretfelmérés között.
 - A változtatás menedzselése és a tantervfejlesztés területén az oktatóknak kompetenseknek kell lenniük abban, hogy eredményesen járuljanak hozzá a bizonyítékokon alapuló változtatáshoz és újításhoz.
 - A kutatás, a kutatásra/bizonyítékokra alapuló oktatás és gyakorlat elősegítése területén az oktatóknak kompetenseknek kell lenniük abban, hogy kritikusan értékelni tudják a kutatási eredmények megbízhatóságát és érvényességét, továbbá azok gyakorlati alkalmazásában. Az oktatók egy részének a kutatás folytatásában is kompetensnek kell lennie.
 - A folyamatos szakmai fejlődés területén az oktatóknak tanújelét kell adniuk az életen át tartó tanulás iránti elkötelezettségüknek.
- Ezek összetett és igényes kritériumok. Ha egy országnak már vannak ápoló- és szülésznőoktatói, akkor az ő képzettségüket, szakértelmüket és kompetenciáikat illeszteni kell a Stratégiában megfogalmazott elvekhez és az ebben a részben felsorolt követelményekhez. Amennyiben ezeknek a követelményeknek nem felelnek meg egy adott országban, két lehetőség kínálkozik annak lehetővé tételére, hogy ezek az oktatók elérjék e standardokat. Ezek (a) az oktatók egy képesített ápoló- vagy szülésznőoktató irányítása mellett elvégezhetnek egy rövid, de intenzív "oktatók oktatása" képzési programot (WHO 2000c), amely bevezeti őket a tantervfejlesztés és a

felnoítottatás alapelveibe, amelyek alkalmazására szükségük lesz, és/vagy (b) amint azt a Stratégia javasolja, támogatni lehet őket felkészülésükben érvényesített hálózati kapcsolatok révén, amelyek saját hazájuk és egy olyan ország között működnek, ahol az oktatók felkészítési programjai elfogadott standardok szerinti fejlettségi fokúak. E két választási lehetőség nem zárja ki egymást. További lehetőség is megnyílhat, ha a korábbi és tapasztalati tudás elismerésének a rendszere fejlődésnek indul a Régióban (lásd 8. rész).

6.2 Ápoló és szülésznő mentorok

A Stratégia első szavai leszögezik, hogy az “oktatás és a gyakorlat nagyon szoros kapcsolatban áll egymással”, egyik befolyásolja a másikat és annak befolyása alatt áll. Az a tanterv, amely felkészíti az ápolókat és a szülésznőket, tehát partneri kapcsolatot jelent az egyetem vagy annak megfelelő oktatási intézmény, valamint a kórházi és alapellátási környezetek között, ahol egészségügyi ellátást és egészségnevelést biztosítanak. A tanulóknak a szakmai gyakorlat alatti tanulási minősége éppen annyira fontos, mint az egyetemi vagy osztálytermi tapasztalatszerzésben. Ezért ugyanolyan fontos követelményeket megfogalmazni azoknak a felkészítésére, akik a tanulókat a szakmai gyakorlat során felügyelni fogják. Jóllehet, jelentős változatosság látható azoknak az ápolóknak és szülésznőknek a leírására használt címek terén, akiknek a legfőbb szerepe a gyakorlatban van, de akiknek felelősségei közé tartozik a tanulók felügyelete is, a Stratégia azonban a “mentor” kifejezést használja.

Fontos, hogy a mentorokat felkészítsék szerepükre, és a Stratégia világosan megfogalmazza azokat a képesítéseket, amelyek egy mentor számára fontosak. A mentoroknak

- szakértőknek kell lenniük azon a területen, amelyen hivatásukat gyakorolják;
- célirányos és megfelelő felkészítést kell kapniuk oktatói, mentori és támogatást nyújtó szerepükre [és ehhez jön még az ismeretfelmérői szerep is]; továbbá
- karban kell tartaniuk klinikai kompetenciájukat.

A mentorok a szakterületükön dolgozó ápoló- vagy szülésznőoktatóval közösen felelősek a tanuló klinikai felügyeletéért. A klinikai felügyeletnek az EU-definícióját a 4. rész közli. A mentorok emellett sarkalatos hozzájárulást is adnak a tanuló kompetenciája felméréséhez. Az ápoló- és szülésznőoktatókra vonatkozó követelményekhez hasonló követelmények vonatkoznak a mentorokra is, és néhány szabályozó testület standard-ajánlásokat fogalmaz meg a mentorok kiválasztásához és felkészítéséhez. A mentorok oktatási programjainak meg kell ismertetniük őket a tanterv tartalmával és folyamatával, hogy tudják, mit várjanak el a tanulóktól képzésük különböző stádiumaiban. Nem meglepő módon a mentorok képzési programjai olyan területekkel foglalkoznak, amelyek hasonlóak az ápoló- és szülésznőoktatók által vizsgáltakhoz, de a mentori felkészítésnek emellett még tartalmaznia kell a kompetenciát a jó gyakorlat szerepmodellezésében, továbbá a gyakorlat fejlesztésére mutatott hajlandóság és képesség terén, valamint hozzá kell járulnia a változtatáshoz és a szakterületük szempontjából releváns kutatás ismeretéhez, azzal a képességgel együtt, hogy ezeket az eredményeket tovább tudják adni és alkalmazni tudják, azaz bizonyítékokon alapuló ápolói vagy szülésznői ellátást gyakoroljanak.

Nagyon fontos, hogy az ápoló-menedzserek biztosítsák a mentorok támogatását szerepükben azáltal, hogy megfelelő felkészítési programon vesznek részt, alkalmakat kapnak klinikai ismereteik és készségeik felfrissítésére, és időt adnak nekik arra, hogy mind mentori feladatkörüket, mind pedig hivatásuk gyakorlásával kapcsolatos feladataikat elláthassák. Ez az felismerés nem mindig adott, de az ápolás menedzsmentre hárul az a feladat, hogy biztosítsa ennek meglétét azért, hogy az ápoló- és szülésznőképzésnek ez a kulcsfontosságú összetevője kielégítő színvonalon valósuljon meg.

Egyre növekvő érdeklődés mutatkozik azon kutatás iránt, amely a mentor, illetve az ápolóoktató szerepét vizsgálja a tanulók felügyeletének biztosításával kapcsolatban oktatási programjuk 50%-ának során, amely klinikai/közösségi környezetben zajlik. Számos vizsgálatot lefolytattak és – a mentor szerepének vonatkozásában – a közös komponensek a jó gyakorlat szerepmodellezése, annak minden vonatkozásában: támogató, visszajelzést adó és a tanuló barátja.

Az ápoló- vagy szülésznőoktatónak a klinikai felügyeletben betöltött szerepe vonatkozásában a kutatási eredményekből kicseng az az aggodalom, hogy akik tanítanak, ritkán praktizálnak, és számos vizsgálat számol be ennek leküzdésére tett erőfeszítésekről. Ezek közé tartozik a módosított alkalmazási gyakorlat, amelyben közös kinevezéssel, amelyet közösen finanszíroz az egyetem és a kórház/egészségügy központ vezetése, biztosítják azt, hogy az oktatók idejük előre megállapított hányadát töltsék ápolói vagy szülésznői szakterületüknek megfelelő gyakorlati környezetekben, ahol felügyelik a tanulókat és dolgoznak is képesített munkatársakkal és mentorokkal együtt, mindenki kölcsönös hasznára. További lehetőség az, hogy klinikai/közösségi ápolók és szülésznők az egyetemen közös vagy tiszteletbeli kinevezést kapnak, emellett különféle megoldásokat alkalmaznak a kapcsolódásra, amelyek elősegítik az oktatás és a gyakorlat két “világának” a megértését, és fokozzák a tanulók képességét arra, hogy integrálják az elméletet és a gyakorlatot.

Irodalom

1. *Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education.*

Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000. (Document EUR/00/5019309/15)

2. *Munich Declaration: 'Nurses and midwives: a force for health.'* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.

3. *HEALTH21. The health for all policy framework for the WHO European Region.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No.6.) Regional Office for Europe, 1996 (Document EUR/ICP/DLVR 02/96/1).

(Az EVSZ dokumentumai alapján összeállította: Fedineczné Vittay Katalin)

Vissza a tartalomhoz

Tallózás az ápolás szakirodalmából

A meddőség sok esetben megelőzhető

Amerikában közel 6,2 millió férfi és nő, azaz a reprodukív korú lakosság több, mint 10%-a, szenved meddőségen, ennek ellenére a meddőséget még mindig valami kényelmetlen dolognak tartják, és nem egy megelőzhető betegségnek. A meddőség kezelését még mindig hasonlóan kezelik, mint a kozmetikai célú műtéteket, és nem pedig úgy, mint egy férfi vagy nő reprodukív egészségének a helyreállítását. El kell fogadni, hogy a meddőség betegség, amely a férfiak és nők ivarszerveit érinti és károsítja a szervezet egyik legalapvetőbb funkcióját, az utódok létrehozását. Hasonlóan más betegségekhez – tüdőrák, HIV/AIDS – a meddőség is megelőzhető lenne, de erről sok ember nem tud. Nem tudatosul bennük, hogy a gyermekvállalási szándékukat jóval megelőzően tett cselekvéseik, viselkedésük kihathat arra, hogy végül is képesek lesznek-e utódot létrehozni. Az Amerikai Reprodukív Orvoslási Társaság országos méretű népegészségügyi felvilágosító kampányba kezd, hogy segítsen az embereknek megőrizni gyermekvállalási képességüket. A kockázati tényezők, mint a dohányzás, a szexuális úton terjesztett fertőzések, az egészségtelen testsúly és az életkor, tudatosítása az emberekben segíthet megelőzni ennek a betegségnek az előfordulását. A kampányban provokatív társadalmi célú reklámokat helyeznek ki buszokra. Ezzel az a céljuk, hogy felhívják a meddőségre nem gondoló emberek figyelmét. A reklámok mindegyikén a cumisüveg egy-egy nem megszokott célú használata látható. Így kívánják illusztrálni a meddőség különféle kockázati tényezőit. Brit kutatók megállapították, hogy a **női meddőségi** esetek 13%-át a **dohányzás** okozza. Férfiaknál a szteroidok szedése, cigarettázás, marijuána és az alkohol nagyban befolyásolhatja a herék működését, ennek eredményeképpen csökkenhet a spermák mozgékonyasága és/vagy a spermatermelés. A **szexuális úton terjesztett fertőzések**, mint a chlamydia és gonorrhea, vezető okai a férfi és női meddőségnek. Ezek a gyakran tünetmentes fertőzések megelőzhetők az óvszer használatával. Az életkorral is csökken a fertilitás, ez biológiai tény. A nők egyre későbbre halasztják a gyermekszülést, és egyre erősebb az elvárás az emberek körében, hogy az orvostudomány ki tudja küszöbölni az öregedés hatásait. Bár a nők és partnereik joga, hogy eldöntsék, hogy vállalnak-e és ha igen, mikor, gyermeket, a húszas-harmincas éveikben járó nők könnyebben esnek teherbe. Az **egészségtelen testsúly** – vagy túlzott soványosság, vagy túlsúlyosság - az összes meddőségi eset 12%-ában volt fellelhető okként.

Forrás: American Society for Reproductive Medicine honlapja

Egyre gyakoribb a járóbetegként elvégzett mastectomia az USA-ban

Az amerikai egészségügyi rendszer egyre nagyobb mértékben használja a járóbeteg ellátó környezetet, szemben a fekvőbeteg ellátással. Mára már a mastectomiát is végzik járóbeteg alapon. Az emlőrákos beteg esélye arra, hogy így végzik el a beavatkozást nála, nagyrészt attól függ, hogy melyik szövetségi államban él. Az amerikai kutatók 1990 és 1996 között vizsgálták a mastectomiák számát 5 szövetségi államban: 32 ezer részleges és 100 ezer teljes mastectomiára került sor. A részleges mastectomia aránya emelkedett ezen időszak alatt. Több tényező is befolyásolta, hogy mikor végeztek járóbetegként mastectomiát, köztük a beteg biztosítása, bizonyos klinikai tényezők, stb. A járóbeteg környezetben elvégzett mastectomiák aránya azonban a vizsgálat öt szövetségi államban azért még alacsony, 7% körül mozog. A vizsgálatok arra is utalnak, hogy a járóbetegként operált nők körében nem magasabb az újbóli felvételek, szövődmények vagy rosszabb kimenetelek aránya, mint a fekvőbetegként műtöttek körében. A kutatók azonban megjegyzik, hogy a járóbetegként elvégzett műtéthez hozzá tartozik az az elvárás is, hogy a nő, a családja és barátai fogják majd biztosítani a posztoperatív ellátást.

Ehhez több házi vizitre is szükség van, ezzel szemben egy fekvőbeteg intézeti tartózkodással egyszerre lehetne többszörös szükségleteket kielégíteni.

Outpatient mastectomy on the rise in US. *Health Serv Res Oct 2001*

A karotenoidokban gazdag étrend csökkentheti a petefészekrák kockázatát

A répa, paradicsom és egyéb, karotinban és likopinben gazdag élelmiszerek fogyasztása csökkentheti a petefészekrák kockázatát. A bostoni Brigham and Women's Kórház kutatói azt javasolják, hogy a nők fontolják meg a karotenoidok fogyasztásának növelését étrendjükben. Egy kontrollált vizsgálatban arra az eredményre jutottak, hogy a magas karotin-fogyasztás, elsősorban az alfa-karotin fogyasztása, szignifikánsan ($p=0,03$) csökkentette a petefészekrák kockázatát. Ez különösen a poszt-klimakterikus nőknél volt nyilvánvaló. A magas likopin-fogyasztás szintén csökkentette a petefészekrák kockázatát, ezt legszignifikánsabban a pre-klimakterikus nőknél találták. A kutatók arra biztatják a nőket, hogy elsősorban élelmiszerekből – répa, paradicsom – fedezzék a karotenoid-szükségletüket, és ne táplálék-kiegészítőkből. Ehhez elegendő hetente 5 répa és kétszer fél csésze paradicsomszós.

Diet rich in carotenoids may reduce ovarian cancer risk. *Int J Cancer 2001, 94, 128-134.*

A tüdőrák lesz a nők rák miatti halálzásának vezető oka

A nők körében a legtöbb halálesetet okozó rákfajta a tüdőrák lesz a következő két évtizedben azokban az országokban, ahol a dohányzás egyre gyakoribbá válik a nők körében. A férfiak tüdőrák miatti halálzására megállt vagy csökkent az elmúlt 10 év során, ezzel szemben a nők halálzására emelkedett és meghaladta az emlőrák miatti halálzást egyes országokban, a dohányos nők magas száma miatt. Német kutatók úgy vélekednek, hogy most diagnosztizálják a tüdőrákot azoknál a nőknél, akik a hetvenes-nyolcvanas években szoktak rá a dohányzásra. A dohányzásra való rászakas és a rák kialakulása között általában 20 éves lappangási idő telik el. A kutatók úgy vélik, hogy a nők sérülékenyebbek a tüdőrákkal szemben, mint a férfiak, de jobban képesek harcolni a betegséggel a diagnózist követő első néhány év során, különösen akkor, ha 50 évesnél fiatalabbak. Az egyéves túlélési arány ebben a csoportban a nőknél 69%, amely közel kétszerese a férfiaknál mért 35%-nak. E különbség hátterében a női hormonok játszhatnak szerepe. A kutatók számára új irányt jelent a nem és a hosszú távú tüdőrák túlélés közötti kapcsolat tisztázása.

Lung cancer set to be women's top cancer killer. *Reuters Health, Sept.24 2001*

Otthoni egészségügyi ellátás az USA-ban

Közel 2,4 millió beteg részesült otthonában egészségügyi ellátásban (home health care) Amerikában 1996-ban. A diagnózis egy negyedik esetében a keringési rendszer valamilyen betegsége, 10%-ban csontváz-izomrendszeri vagy kötőszöveti betegség, és közel 10%-ban diabétesz volt. Az orvos által hivatalosan "otthonához kötötnék" nyilvánított betegek mellett olyan személyek is jogosultak házi vizitre (home visit), akik számára fontos az otthoni állapotfelmérés, mert esetleg többszörös problémákkal küzdenek, sok gyógyszert szednek, túlzottan igénybe veszik az egészségügyi ellátást, a visszaélés vagy elhanyagolás kockázatának vannak kitéve, ápolási otthoni elhelyezésre van szükségük, vagy a kórház valamivel korábban otthonukban bocsátotta őket akut betegség, sérülés, műtét vagy szülés miatt. Az USA az otthoni egészségügyi ellátásra 1997-ben 32,3 milliárd dollárt fordított, amely összeg túlnyomó része nem orvosi ellátásért került kifizetésre. Az alapellátás orvosai csak igen kevés esetben mennek ki a beteg otthonába "híváshoz". A finanszírozó hatóság 1996-ban 1,6 millió orvosok által végzett házi vizitre folyósított finanszírozást. Orvosok házi ellátó szolgálathoz átlagosan évente 43 esetben utaltak be beteget 1992-ben. Az önállóan dolgozó, egyetemi diplomás ápolók (nurse practitioners), akik jogosultak diagnózis felállítására és a kezelésre is, akár ápolói, akár orvosi viziteket is teljesíthetnek. Négy éve megkapták azt a jogot, hogy a Medicare felé leszámlázhatnak az orvosok által nyújtott jellegű, orvosilag szükséges házi viziteket is. Ennek szigorú előírásai vannak, nevezetesen az orvosi szükségességet a "Tevékenységek aktuális terminológiája" (Current Procedural Terminology – CPT) megfelelő kódjának és a BNO-9 vonatkozó kódjának a finanszírozó által meghatározott formanyomtatványon való feltüntetésével kell igazolni, emellett dekurzálni kell oly módon, hogy az alátámassza a házi látogatást. Ha a beteg valamilyen irányított ellátási programba (managed care plan) tartozik, akkor a beteg elsődleges ellátójától beutaló szükséges. Az ápolói vizitethez a Medicare és a többi finanszírozó egyaránt megköveteli az orvosi beutalót. A Medicare honorárium-táblázata szerint az orvost a beteg otthonában tett vizitért 42-92 dollár közötti összeg illet meg, amelynek a mértéke a beteg állapotának súlyosságától és attól függ, hogy a beteg új beteg-e. (pl. egy nem súlyos állapotú új betegért 53 dollárt fizetnek). Ennek 20%-a a beteg által fizetendő hozzájárulás (co-payment). Az egyetemi diplomás ápoló a beteg otthonában elvégzett vizitért az orvosi díjtétel 85%-át kapja, ebben az esetben is 20%-os mértékű a beteg hozzájárulása.

A munkahelyi egészség és biztonság kérdései befolyásolják az ápolói pályán maradási döntést

Az Amerikai Ápolási Egyesület felmérésének eredményei szerint az amerikai ápolók pályán maradási döntését nagy mértékben befolyásolják a munkahelyi egészséggel és biztonsággal kapcsolatos kérdések és aggodalmak. A megkérdezett ápolók 88%-a mondta azt, hogy a munkavégzéssel kapcsolatos egészségi és biztonsági kérdések befolyásolják döntésüket arra vonatkozóan, hogy akarnak-e továbbra is az ápolói pályán maradni, illetve milyen ápolási munkát hajlandók elvégezni. Az ápolók 70%-a jelölte meg a stressz és túlmunka akut és krónikus hatásait a három legnagyobb gondot okozó munkaegészségi és -biztonsági probléma egyikeként. Több, mint két harmaduk számolt be arról, hogy minden hónapban valamilyen kötelező vagy nem tervezett túlmunkát kell végeznie, 10% pedig arról számolt be, hogy havonta 8 alkalommal túlórázik. Az Amerika Ápolási Egyesület elnökének véleménye szerint a betegek nem kapják meg az őket megillető ellátást akkor, ha az ápolók stresszben vannak, agyon vannak dolgoztatva és aggódnak saját egészségükért és biztonságukért. Az ápolók emellett problémának látják a deréksérülést, illetve a HIV vagy hepatitisz-fertőzést injekciós tűvel történt szúrás következtében. A megkérdezett ápolók munkahelyeinek az 50%-ában nem használnak betegemelő és -szállító eszközöket a betegek mozgatásához. Ugyancsak aggasztja őket a latex-allergia, illetve a fáradtsággal összefüggő autóbalesetek lehetősége egy-egy műszak után. A felmérés alátámasztja, hogy az ápolók nagy stressznek kitéve és veszélyes környezetben kénytelenek dolgozni. A már a pályán lévőket nem lehet megtartani, és újakat nem lehet a pályára vonzani, amennyiben a munkakörülmények, az anyagi elismerés, és az munkaegészségi és -biztonsági kérdéseket nem orvosolják sürgősen. A fogyasztónak ekkor fel kell tennie azt a kérdést, hogy ezek a problémák hogyan befolyásolják a magas minőségi színvonalú ápolási ellátás nyújtását? Az ápolók 76%-ának vélekedése szerint a nem biztonságos munkakörülmények igenis akadályozzák őket abban, hogy minőségi munkát végezzenek. A felmérés eredményei azonnali cselekvésre sürgetnek, hogy az egészségügyi ellátó helyek mint munkahelyek biztonságosabbak legyenek.

Forrás: *Medscape Wire*, September 28, 2001

Az alacsony ápolói fizetések kockázatot jelentenek a betegek számára

Az Egyesült Királyság Királyi Ápolási Kollégiuma (RCN) arra figyelmeztetett, hogy romlani fog a betegellátás és emelkedni fog a kórházi fertőzések aránya, amennyiben nem javul az ápolók bérhelyzete. Az RCN felmérése szerint az ápolók két harmada úgy vélekedett, hogy munkahelyén a munkaerő-ellátottság színvonala nem elegendő a betegek szükségleteinek a kielégítéséhez. Minden harmadik ápoló azt mondta, hogy az ápolóhiány rendszeresen veszélyezteti a betegellátást. Az ápolók 90%-a szerint fizetésük kevés más szakemberekéhez viszonyítva, és mindössze két ötödük ajánlaná az ápolást, mint életpályát. A kormány 2004-re további 20 ezer ápolót szeretne a rendszerbe állítani, hogy kezelje az ápolóhiányt, az RCN vélekedése szerint azonban ez csak akkor kivitelezhető, ha az ápolói fizetések közelebb kerülnek a rendőrök és a tanárok fizetéséhez. Az ápolóhiány miatt az angol kórházak közül sokban a betegek nem kapják meg a számukra szükséges ellátást. Vizsgálatok azt is mutatják, hogy emelkedik a kórházi fertőzések aránya akkor, ha munkaerőhiány van az intézményben. További ápolók toborzása kizárólag jelentős fizetésemeléssel valósítható meg. A fizetésemelés jelezni azt is az ápolók számára, hogy megbecsülik és értékelik őket. Az Angol Ápolási Egyesület azt követeli, hogy minden szakágban és a bértábla minden fokán jelentősen emeljék a béreket, és a kezdő bért évi 15 445 fontban szeretnék megállapítani. Egy független bérfelülvizsgáló szervezetnek kell ajánlást tennie a kormány számára az ápolói bérek vonatkozásában. Az egészségügyi miniszter arra biztatja ezt a testületet, hogy "tisztességes" béremelésre tegyenek javaslatot, ezzel a pálya elhagyását fontolgató ápolók maradásra bírhatók lennének, és mások is ezt a pályát választanák.

UK nurses say low pay puts patients at risk. *Reuters Health*, Sept. 17 2001

Az anyai dohányzás és a veleszületett fejlődési rendellenességek – kohorsz-vizsgálat

A terhesség alatti dohányzás és a veleszületett rendellenességek közötti kapcsolatra vonatkozó szakirodalom igen inkonzisztens. Amerikai kutatók ezért újbóli vizsgálat tárgyává tették ezt a kérdést. Egy retrospektív kohorszot vizsgáltak (n=18 016), amelybe a TriHealth Kórházi Rendszerben 1998. január 1. és 1999. december 31. között történt élveszülések kerültek. A kohorszban 1943 dohányos anya szerepelt. A veleszületett rendellenességeket 22 csoportba sorolták. A dohányos anyák szignifikánsan fiatalabbak voltak, gyermekeik kisebb születési súllyal és rövidebb gesztációs időre születtek ($p<0,05$). A veleszületett rendellenességek 22 kategóriájában csak a szív- és érrendszeri rendellenességek esetében volt kimutatható szignifikáns különbség.

($p < 0,01$) a két csoport között, a többi 21 kategóriában nem találtak szignifikáns eltérést. A kutatók következtetése az, hogy a terhesség alatt dohányzó nők gyermekei kisebb súlyúak és rövidebb gesztációs időszak után jönnek világra, de vizsgálataik és a szakirodalmi adatok alapján úgy vélik, hogy a terhesség alatti dohányzás valószínűleg nem okoz jelentős mértékű emelkedést a veleszületett rendellenességek előfordulási gyakoriságában.

Woods, S.E., Raju, U.: Maternal smoking and the risk of congenital birth defects: A cohort study.

J Am Board Fam Pract 14(5):330-334.

A dohányzás abbahagyása a tüdőműtétet megelőzően csökkenti a posztoperatív szövődeményeket

Azok a betegek, akik legalább 4 héttel a tüdőműtétet megelőzően abbahagyják a dohányzást, kevesebb szövődeményre számíthatnak, mint azok, akik továbbra is dohányoznak. Japán kutatók 288 beteg retrospektív vizsgálata alapján jutottak erre a megállapításra. A betegeket jelenleg is dohányzók csoportjára (akik a műtét előtti 2 hétben dohányoztak), a dohányzást frissen abbahagyottak csoportjára (akik a műtét előtti 2-4 hétben nem dohányoztak), valamikori dohányosokra (akik a műtétet megelőző 4 hétnél hosszabb ideje nem dohányoztak) és nem dohányosokra (akik soha sem dohányoztak) osztották. A posztoperatív tüdő szövődemények incidenciája szignifikánsan magasabb volt a jelenleg is dohányzók csoportjában (43,2%), a dohányzást frissen abbahagyottak csoportjában (53,8%) és a valamikori dohányosok csoportjában (34,7%), szemben a soha nem dohányzók csoportjával (23,9%, $p < 0,05$). Azoknál a dohányosoknál, akik a műtét előtt 5-8 héttel abbahagyták a dohányzást, a posztoperatív tüdő szövődemények incidenciája fokozatosan csökkent, akik pedig a műtét előtt 9-12 héttel hagyták abba a dohányzást, a szövődemények előfordulási gyakorisága megközelítette az azoknál tapasztaltat, akik soha nem dohányoztak. A posztoperatív tüdő szövődemények kockázatának csökkentése érdekében tehát a dohányzást legalább 4 héttel a műtét előtt abba kell hagyni, szól a japán kutatók következtetése. A kutatók arra is felhívják a figyelmet, hogy hatásos dohányzásról leszoktatási programokat kell járóbetegeknek felkínálni, és e programokat az alapellátás orvosainak a figyelmébe kell ajánlani.

Stopping smoking before pulmonary surgery reduces postoperative complications. *Chest 2001, 120,705-710*

Fittség receptre Svédországban

A svéd beteg orvosától hamarosan a gyógyszerrecept mellett fittségi receptet is kaphat, amelyen testmozgást rendel az orvos a számára. A Karolinska Intézet gyógytornászának vélekedése szerint az írott recept jobban ösztönzi a beteget arra, hogy átértse a testmozgás fontosságát. A gyógytornász szakember kidolgozott egy testmozgás recept-nyomtatványt, és szeretné, ha az orvosok használnák ezt. A beteg fontosabbnak érzi a testmozgást akkor, ha receptre felírva látja, mert ebből arra következtet, hogy ezt az orvos is fontosnak tartja. Valójában már napi 30 perces ütemes séta is elég ahhoz, hogy egészségünket karban tartsa, és ezt nem is kell egyszerre elvégezni.

Swedish physicians develop prescription for fitness. *Reuters Health, Oct 15 2001*