

Mi a szülők véleménye gyermekük ápolásáról?

Kujalek Éva

minőségügyi vezető, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház

Cél: A vizsgálat célja a gyermekek kórházi ápolásáról alkotott szülői vélemények megismerése, a két vizsgálati év – 1997/98 és 2002 – eredményeinek összehasonlítása, az ápolói/ápolási hiányosságok feltárása, javítása, a változások nyomon követése volt.

Módszerek és minta: A Heim Pál Gyermekkórházban ápolott gyermekek szüleinek körében, az ellátás befejezésekor, önkitöltős kérdőívvel készült felmérés. A mintanagyság 1997/98-ban 150 fő, 2002-ben 389 fő volt.

Eredmények: A szülők összességében igen elégedettek voltak az ápolással, az ápolókkal. Az első vizsgálati évhez képest (a szülők 93%-a) a másodikban az elégedettség növekedett (98%). Mindkét vizsgálati évben kimutatható volt az a terület, amely figyelmet igényel. Az ápolói tevékenységekkel kapcsolatban egyaránt a gyermekek és a szülők felé irányuló kommunikáció volt a meghatározó kérdés.

Következtetések: Az elégedettségi vizsgálatok lehetőséget adnak a hiányosságok felderítésére, a korrekcióhoz szükséges intézkedések megtételéhez. A nyitott kórház bevezetésével egy időben kialakult az igény a korábbinál nagyobb mértékű felvilágosítás, tájékoztatás iránt. Kórházunkban az ápolóknak ezen a területen fejlődniük kell, ehhez segítséget kell kapniuk. A kommunikáció fontosságára való figyelem felhívásán kívül képzéssel, továbbképzéssel, a szakmai önbizalom fejlesztésével javíthatjuk az ápolás minőségét.

A probléma ismertetése

A minőség, a minőségbiztosítás és minőségfejlesztés ma már gyakran alkalmazott fogalmak az egészségügyi ellátással kapcsolatban. Egy tevékenység minősége, a minőség szinten tartása, folyamatos biztosítása és fejlesztése minden szolgáltatóval, szolgáltatással kapcsolatban egyre határozottabban megfogalmazott elvárás. Így van ez az egészségügyi ellátásban is (Belicza, 1998 és Krczal, 1995).

Az ápolás és annak minősége egyaránt fontos a betegnek, a hozzátartozónak, az ápolónak, a szakmai vezetőnek, az intézmény fenntartójának és a finanszírozónak. Minden tevékenység, így az ápolás minősége is mérhetővé, értékelhetővé tehető minőségi indikátorok segítségével. Minőségi indikátor például a betegek elégedettsége (Betlehem, 1999 és Szloboda, 1995). A betegelégedettségi felmérés megközelítőleg harminc éve alkalmazott módszer az egészségügyben. Bár a mai napig tart a vita arról, hogy a beteg mennyire tudja megítélni saját ellátását, a tudományos bizonyítékok és a szakmai tapasztalat mellett a döntéseknél a legfontosabb figyelembeveendő tényező (Gulácsi, 2000).

Ovretveit véleménye szerint a panaszok hiánya nem azonos a betegek elégedettségével. Laikusként az ellátás szakmai színvonalát sok esetben valóban nehéz megítélni, de a kórházi kezelés alatti közérzet az elégedettség meghatározó része. Teljes gyógyulás esetén is lehet elégedetlen a beteg, ha a környezet, a bánásmód, az étkeztetés, stb. nem megfelelő, rossz benyomást keltett.

A betegelégedettségi felmérés a beteg szempontjait figyelembevevő hibafeltárást, az ápolás során előforduló problémák megfogalmazását segíti. Az ezek alapján történő javítás, fejlesztés célja a betegközpontú ápolás megvalósítása. A pozitív felmérési eredmények, mint az ápolói munka sikeressége, elismerése, növelheti az ápolói öntudatot, a szakmába vetett hitet. A hétköznapi munka során hallott, az ápolás minőségéről alkalmankénti, nem objektív mérésen alapuló, akár negatív, akár pozitív visszajelzés gátolhatja az ápolókat munkájukkal

kapcsolatban a reális összkép kialakításában, gátolja a valódi értékek és hibák feltárását, a szükséges problémamegoldást.

Gyermekellátásban a betegek elégedettségének felmérése speciális feladat. Az ilyen jellegű vizsgálatokat felnőttek esetében általában a betegek részére eljuttatott, önkitöltős kérdőívvel szokták végezni (Koternics és Novák, 1996). Ebben az esetben teljesen azonos a szolgáltatók között választó és az azt igénybe vevő, az ellátásban részesülő személy. Egy gyermekkorházban ez nem ennyire egyértelmű, hiszen a gyermek részesül az ellátásban, de a szülő választ a szolgáltatók között. Ezen kívül, a szülők rendszerint több időt töltenek a kórházban beteg gyermekük mellett, mint általában egy felnőtt beteg hozzátartozója. Gyakran az egész napot, vagy egy nap több órát. Így az ápolással kapcsolatos véleményük személyes tapasztalások alapján alakul ki, és az ápolónak az ő elvárásainak is meg kell felelnie. Ahhoz, hogy az elégedettségről teljes képet kapjunk, a gyermekeken kívül a szülők elvárásait, véleményét is fel kell mérni.

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja a gyermekkorházi ellátást követően az ápolással való szülői elégedettség felmérése, az 1997/98-ban és 2002-ben kapott eredmények összehasonlítása. Kitűzött cél volt annak a vizsgálata is, hogy a szülői elégedettség mértéke összefügg-e a megkérdezettek gyermekeinek életkorával, a kórházi kezelés időtartamával, illetve azzal, hogy a szülő vagy a gyermek korábban részesült-e kórházi kezelésben.

Hipotézisek

1. Azok a szülők, akiknek a gyermeke idősebb, elégedettebbek az ápolással mint azok, akiknek csecsemő- vagy kisdedkorú gyermeke volt.
2. Azoknak a gyermekeknek a szülei, akik kevesebb időt (1 napot) töltöttek a kórházban, elégedettebbek.
3. Ha a szülő saját maga korábban már részesült kórházi kezelésben betegként, elégedettebb gyermeke ellátásával, mint az, aki először találkozik az egészségügyi szolgáltatással.
4. Elégedettebb a szülő, ha a gyermeke korábban már részesült kórházi ellátásban.

Vizsgálati módszer és minta

Az adatgyűjtés 1997/98-ban a kórházi elbocsátás után, a kórházban ápolt gyermekek szüleinek, a felvételtkor felvett lakcímre kiküldött, önkitöltős kérdőívvel történt. A kérdőív az ápolásra, az ápolókra, a beteg gyermek kórházi környezetére vonatkozó 23 zárt és 1 nyitott kérdést tartalmaz. A kérdőívek azonosak, megcímezett, felbélyegzett válaszboríték (a feladó rész üresen hagyásával) és kísérlével volt mellékelve. A választ adók személy szerint nem azonosíthatók.

A szülők 2002-ben távozáskor kapták kézhez ugyanazon kérdéseket tartalmazó kérdőíveket. A minta kiválasztása egy adott hónapban, a teljes ellátottak köréből (kivételt képeznek az elhunytak, az állami gondozottak, külföldi állampolgárok és az Intenzív Terápiás Osztályon kezelték) véletlenszerűen történt. Ez az érintettek 10%-ára terjedt ki és háromszor ismételtük meg. A második alkalommal egyszeri mintavétel történt. A minták nagysága így 1997/98-ban 150, 2002-ben 389 főnek adódott.

A felmérés során olyan hónapokra esett a választás, amikor az osztályok között kiegyensúlyozott volt a betegforgalom. Általában a nyári hónapokban a sebészeti jellegű, téli hónapokban a belgyógyászati jellegű osztályok irányába jelentősen eltolódik a betegellátási arány. Adatfelvételi időpontok voltak: 1997. október, 1998. április és október, 2002. április.

A mintavétel a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorházban történt, amely többszöri szervezeti átalakulás után ma 14 fekvőbeteg osztállyal működik, emellett 5 diagnosztikai osztály, 34 szakrendelés, valamint hétvégi ambulancia és kijáró ügyelet is

működik. A 380 ágyon évente közel 19 000 fekvőbeteget, a rendeléseken 390 000 járóbeteget lát el (Smrcz, 2000).

Eredmények

A fekvőbetegek száma a választott hónapokban (tisztított adat) a következőképpen alakult: 1997. október: 1233 beteg (121 kérdőív), 1998. április: 1312 beteg (130 kérdőív), 1998. október: 1386 beteg (138 kérdőív) és 2002. április: 1565 beteg (440 kérdőív). Összesen 389 kérdőív került kiküldésre 1997/98-ban. Ezek közül 20 érkezett vissza címzett ismeretlen felirattal. Érvényes volt 369, melyből 150 érkezett vissza kitöltve (41%). Az a cél, hogy az adott hónapban bentfekvő gyermekek szüleinek 10%-ától nyerjünk véleményt, az alacsony visszaérkezési arány miatt az első felmérésnél nem teljesült.

A második felmérés alkalmával 2002-ben a szülők a távozás napján kapták kézhez a kérdőíveket, amelyeket az egyes osztályokon elhelyezett ládába dobhattak be. A válaszadók aránya így jelentősen megnőtt, 440 kérdőívből 389-et töltöttek ki, ez 88%-os arányt jelentett. Ebben az évben a havi betegforgalomhoz képest kitűzött 10%-os mintavétel meghaladta az elvárásokat. A szülők nem minden esetben válaszoltak valamennyi kérdésre, ebből adódik, hogy az egyes kérdéseknél más a válaszadók száma.

Az első kérdés a beteg gyermek életkorára vonatkozott, a beérkezett válaszok száma az 1. táblázatban láthatók. Lényeges változás a választ adók gyermekeinek életkori megoszlásában nincs, a második mintában kissé magasabb a 6 év alattiak száma, ugyanennyivel kevesebb a 6 év fölöttiek száma.

Életkor	1997/98		2002	
	Szám	Megoszlás (%)	Szám	Megoszlás (%)
1 nap – 3 év	50	33	137	35
4 év – 6 év	35	24	115	30
7 év – 12 év	45	30	94	24
13 év –18 év	19	13	40	11
Válaszok összesen	150	100	386	100

1. táblázat – A választ adók gyermekeinek életkora

A hipotézis szerint idősebb gyermekek szülei elégedettebbek, hiszen ők többet voltak közösségben, illetve a szülőtől távol. Minthogy teljesen elégedetlen szülő csak elvétve volt, az összehasonlítás alapjául egy később szereplő kérdés eredménye alapján két csoportba osztottam a szülőket. A szülők 7 fokozatú Likert skálán értékelhették az ápolást. Az így kapott eredmények alapján két csoportot képeztem, nagyon elégedettnek véve azokat, akik 6-7 pontra értékelték az ápolást, és kevésbé elégedettnek azokat, akik 0-5,9 között jelöltek. A gyermekek életkora és a szülői elégedettség mértéke között χ^2 (khi-négyzet) próbával összefüggést lehetett kimutatni. A kapott eredmény 5%-os hibahatárnál szignifikáns volt ($p < 0,05$). Az összefüggésből látható, hogy a 7-12 éves korú gyermekek szülei elégedettebbek voltak, mint a kisebbeké, így ez a hipotézis megerősítést nyert.

A következő kérdés az volt, hogy a szülő volt-e már betegként kórházban. Erre azért volt szükség, mert feltételeztem, hogy azok, akik már részesültek kórházi ellátásban, elégedettebbek, mint akik még nem. Itt is a korábban leírt két csoportba soroltam a szülőket elégedettségük alapján. A megelőző kórházi kezelések és az elégedettség mértéke között nem volt kimutatható összefüggés ($p > 0,05$).

További hipotézis volt, hogy azok a szülők, akiknek a gyermeke korábban már részesült kórházi kezelésben elégedettebbek, mint azok, akiknek nem, hiszen jobban tudják, mit lehet

elvárni. χ^2 próbával azonban nem találtam összefüggést a gyermek korábbi kórházi kezelése és a szülői elégedettség mértéke között.

A negyedik kérdés a gyermekek mostani kórházi kezelésének időtartamára vonatkozott, a válaszok a 2. táblázatban találhatók. A Heim Pál Gyermekkorház éves statisztikája alapján az ápolási napok átlagosan 4,5 nap volt. A kapott válaszok jól mutatják, hogy a kórházi kezelés gyermekek esetében viszonylag rövid időtartamot jelent, hiszen 1997/98-ban a felvettek 76%-a, 2002-ben 70%-a hat napnál kevesebbet töltött a kórházban.

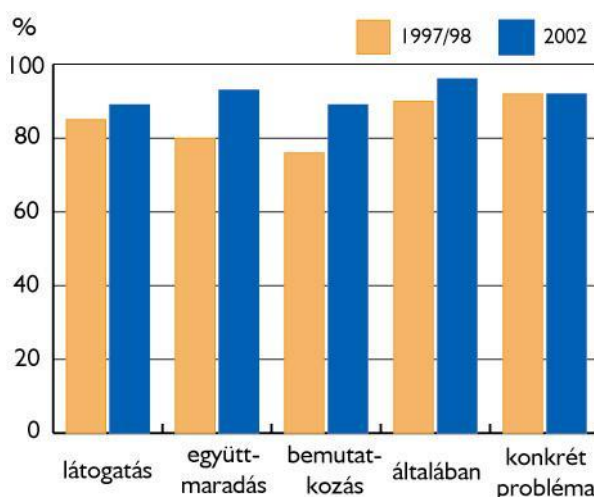
Idő	1997/98		2002	
	Szám	Megoszlás (%)	Szám	Megoszlás (%)
1 nap	48	32	96	26
2-5 nap	65	44	163	44
6-10 nap	23	16	68	19
10 napnál több	12	8	42	11
Válaszok összesen	148	100	369	100

2. táblázat – A kórházi kezelés időtartama

Hipotézisem szerint tehát azok a szülők, akiknek gyermekei hosszabb időt töltenek a kórházban, kevésbé elégedettek, mint azok, akik csak egy napot töltenek bent. Az eddigiekhez hasonlóan itt is az elégedettség mértéke szerinti két csoportot vettem alapul. A statisztikai próba igazolta a feltételezést ($p < 0,05$), az összefüggés szignifikáns volt. Azok a szülők voltak elégedettebbek, akiknek gyermeke egynapos kezelésen volt kórházban.

A szülők tájékoztatásával kapcsolatban több kérdés is szerepelt:

- kapott tájékoztatást a látogatási időről?
- tájékoztatta az ápoló a gyermekkel való együttmaradás lehetőségéről?
- tudta, hogy melyik ápolónő foglalkozik a gyermekével? (bemutakozás)
- az ápolóktól elegendő és megfelelő tájékoztatást kapott? (általában)
- előfordult, hogy valamilyen problémával az ápolóhoz fordult, és nem kapott választ? (konkrét probléma)



1. ábra – A szülői tájékoztatással való elégedettség alakulása

A kapott válaszok összesített eredményei az 1. ábrán láthatók. A látogatási idő minden osztályon kihirdetett, ennek ellenére szükséges, hogy erről szóban is kapjon tájékoztatást a

szülő és a gyermek is, hiszen nem valószínű, hogy a kórházi felvétel időpontjában a feltehetőleg izgatott szülő a falon lévő feliratokat figyeli. Látogatásra vonatkozó tájékoztatást az ápolótól 1997/98-ban 85% kapott (142 közül 121 fő), 15% viszont nem. 2002-ben 89% kapott tájékoztatást a látogatásról (384 közül 343 fő), 11% (41 fő) nem.

A gyermek és a szülő kórházban való együttmaradásának lehetőségéről 1997/98-ban a 144 választ adó 80%-a, azaz 115 szülő kapott tájékoztatást az ápolótól, 2002-ben 383 válasz közül 93% (357 fő) válaszolt igennel.

A bemutatkozás elmaradását jelentette, hogy 1997/98-ban 76% (137-ből 105 fő) tudta melyik ápoló foglalkozik az ő gyermekével, ugyanakkor 2002-ben a 376 szülő közül 89% (336 fő) tudta biztosan, hogy ki a gyermeke mellé beosztott ápoló.

Összességében, az első felméréskor az ápolóktól kapott tájékoztatást megfelelőnek és elegendőnek ítélte 90% (127 fő a 141 választ adóból). 2002-ben 384 válaszból 96% (370 fő) volt elégedett a tájékoztatás mértékével.

A szülők a kórházi tartózkodásuk idején szinte minden kérdéssel, problémával először az ápolóhoz fordulnak. A kérdés az, hogy mennyire segítőkész az ápoló ilyen helyzetben. 1997/98-ban 142 válasz alapján mindössze 12 esetben fordult elő (8%), hogy nem kapott választ a szülő a kérdésére. A második felméréskor hasonlóan az előzőhöz, 386 választ adó közül 8% (29 fő) nem kapott választ valamely kérdésére. A válaszok arányából az derült ki, hogy az ápolók az esetek igen nagy részében segítőkészek, megválaszolják a feltett kérdéseket, megoldják a problémákat.

Az 1997/98-as felmérés tapasztalata az volt, hogy valamennyi szülői tájékoztatásra vonatkozó eredményen lehet, és szükséges is javítani. Az első felmérés után az eredmények kihirdetésre kerültek a főnővéri értekezleten, majd osztályértekezleteken. Ezeken a fórumokon külön hangsúlyt kapott a tájékoztatás, a szülőkkel való megfelelő kommunikáció fontossága. 2002-ben a szülői tájékoztatással való elégedettség növekedése volt kimutatható.

A szülők informálásán kívül még fontosabb a kórházba került gyermek tájékoztatása. A gyermekek tájékoztatásáról két, a 3 év felettiek szüleihez szóló kérdés szerepelt. Megmutatta az ápoló az osztályt a gyermeknek? Az osztály bemutatása (kórtermek, fürdőszoba, WC) mindenképpen szükséges, mert a feliratok és jelek csak akkor segítik a kisebbek tájékozódását, ha felhívjuk rá a figyelmüket. Ezen kívül a helyismeret csökkentheti a kiszolgáltatottság, a bizonytalanság érzését, az ismeretlen helytől való félelmet.

Az erre vonatkozó kérdésre 1997/98-ban 99-en válaszoltak összesen. Hetvenkét válasz szerint az ápoló megmutatta az osztályt, 17 nem, és 10 nem tudom választ jelöltek még meg. A bizonytalan, nem tudom válaszok abból adódhattak, hogy a szülő a kérdőív kitöltésekor nem kérdezte meg a gyermeket, vagy a gyermek már nem emlékezett rá. A 17%-os határozott nem válasz azt jelzi, hogy az osztály bemutatására nagyobb figyelmet kellett fordítaniuk az ápolóknak. 2002-ben 286 válasz érkezett, 82% igen (234 fő), 12% (35 fő) nem és 6% (17 fő) nem tudom. Bár némi csökkenés tapasztalható a negatív válaszokban, a 12%-nyi elutasító válasz további javítást tesz szükségessé.

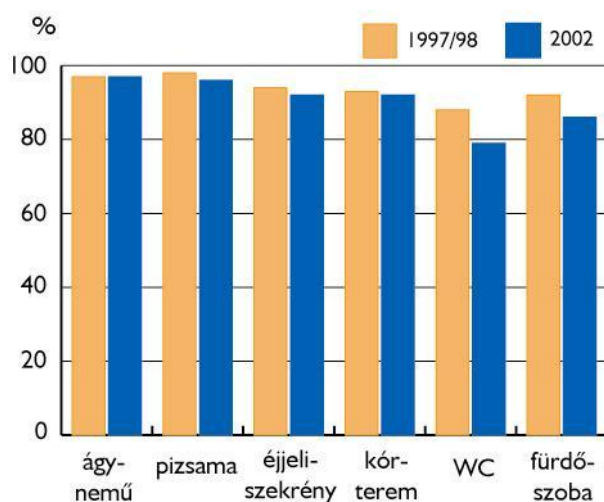
A gyermeket beavatkozás, vizsgálat, kezelés előtt tájékoztatni kell arról, mi és hogyan fog történni vele. Az a gyermek, aki tudja, hogy mi fog vele történni, kevésbé fél, nyugodtabb, és jobban hajlandó az együttműködésre.

A gyermek beavatkozás előtti tájékoztatására vonatkozó kérdés szintén csak a 3 éves kor felettiek szüleinek szólt. 1997/98-ban 101-en válaszoltak, 77% (78 szülő) említette, hogy kapott a gyermek ilyen irányú felvilágosítást, 16 % (16 fő) mondott nemet, és 7% nem tudta (7 fő). A válaszok alapján a gyermekek 16%-a biztosan nem kapott tájékoztatást, ezen a területen változtatás volt szükséges. 2002-ben 299 válasz közül 90% (269 fő) volt az igen, 6% (19 fő) nem és 4% (11 fő) a nem tudom válasz. Itt nagyobb a javulás mértéke, de szükség van még további odafigyelésre.

A beteg gyermek kórházi környezetének tisztaságáról nem általánosan értékelő, hanem konkrétan megnevezett tárgyakra, helyiségekre vonatkozó kérdést tettem fel. Az ágynemű és a pizsama naponkénti és szükség szerinti tisztára cserélése, valamint az éjjeliszekrény rendbetétele, tisztítása ápolói feladat. A kórterem, a WC és a fürdőszoba takarítása más munkakörben dolgozók feladata, de az ápolónak figyelemmel kell lenni ezek tisztaságára, rendezettségére is.

A két vizsgálatkor a részkérdésekre adott válaszok százalékos összehasonlítása a látható a 2. ábrán.

Látható, hogy 2002-ben adott válaszok minden területen enyhén rosszabb eredményeket mutattak. Döntően azonban a helyiségek tisztaságával való elégedettség romlott, ami a takarító személyzet teljesítményének a romlását mutatja. (Megjegyzendő, hogy a felmérés időpontjában több osztályon és az udvaron is átépítési munkálatok folytak.)



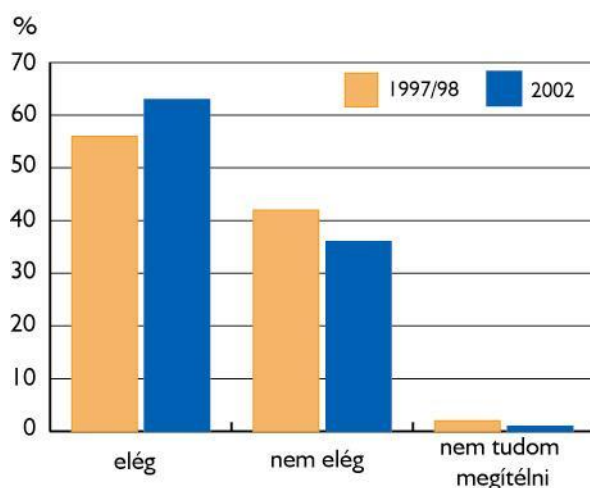
2. ábra – Vélemények a tisztaság megfelelőségéről

A biztonságérzet mindenki számára fontos, akár egészséges, akár beteg, akár felnőtt, akár gyermek. A gyermekkorházi ellátás során a beteg gyermek egyéni biztonságérzete mellett lényeges szempont a szülő gyermekével kapcsolatos biztonságérzete is. Ezért a kérdések között szerepelt erre vonatkozó is.

Az első felméréskor 141 válasz érkezett erre a kérdésre, 131 szülő biztonságban érezte gyermekét a kórházban és mindössze 7% (10 szülő) nem. Ez az igen magas, 93%-os arány azt mutatja, hogy a szülők megbíztak az ápolókban, megfelelőnek ítélték meg a gyermekekről való gondoskodásukat, a gyermekekre való odafigyelésüket és a szaktudásukat. Ez az eredmény javult 2002-ben, 389 szülő közül 97% (377 szülő) érezte biztonságban gyermekét a kórházban, 3% (12 szülő) nem.

1997/98-ban 142 választ adó közül 93% (132 fő) összességében elégedett volt az ápolással, az ápolói munkával, 7% (10 fő) volt elégedetlen vele. Ez igen magas elégedettségi szint volt. 2002-ben 382 válaszból 98% volt igen (374 fő), 2% (8 fő) nem. Azaz a korábbi igen magas elégedettségi szintet nem csak megtartani sikerült, hanem még tovább növelni is.

A betegek ellátásához szükséges ápolói létszám megállapítása szakmai feladat. Vajon a szülők hogy ítélték meg az ápolói létszámot? (3. ábra).



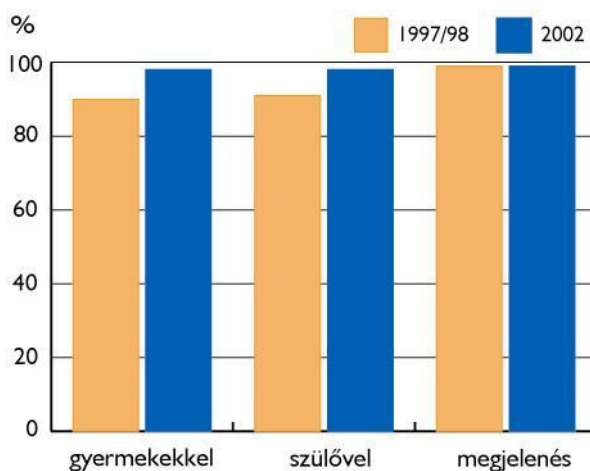
3. ábra – Az ápolói létszám megítélése 1997/98-ban és 2002-ben

Az első felméréskor 133 választ adó közül 56% (75 szülő) az ápolói létszámot elegendőnek találta, kevésnek gondolta 42% (56 szülő) és 2 szülő gondolta úgy, hogy nem tudja megítélni. A megkérdezetteknek csak alig több mint a fele találta elegendőnek az ápolói létszámot. 2002-ben 368 válasz érkezett, 63% (231 fő) vélte úgy, hogy elég ápoló van, 36% (134 fő) szerint kevés, és mindössze 1 % (3 fő), nem tudta megítélni. A betegellátó osztályokon dolgozó ápolók száma között a két vizsgált évben jelentős eltérés nem adódott, közel azonos volt a létszám.

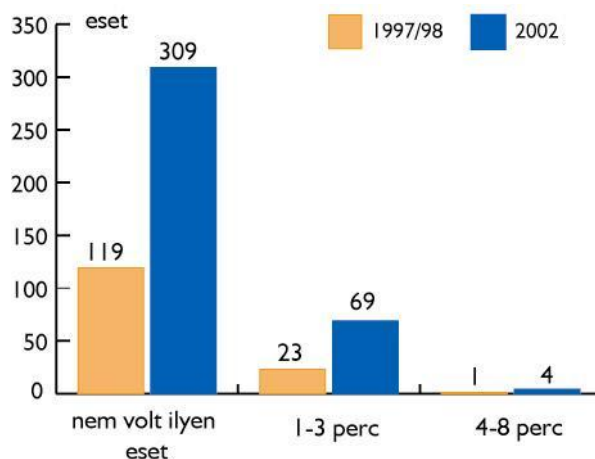
Az ápolói viselkedésre két kérdés vonatkozott, egyik a gyermekkel szembeni, a másik a szülővel szembeni magatartás megfelelőségére kérdezett. Kapcsolódó kérdés volt még az ápolói megjelenés, e három kérdésre adott válaszok a 4. ábrán láthatók.

1997/98-hoz képest mind a gyermekkel, mind a szülővel szembeni viselkedés megítélése javult, az erre irányuló elvárást szinte maximálisan teljesítik az ápolók, hasonlóan a megjelenéssel kapcsolatos igényt.

A gyermek egészségi állapotában hirtelen bekövetkező változás, rosszullet esetén lényeges szakmai szempont, a gyermek gyógyulását befolyásoló tényező lehet az észlelésig, a segítségnyújtásig eltelt idő. Ennek megítélése nagyon nehéz feladat, különösen egy hozzátartozónak. A következő kérdés mégis erről szólt. Az idetartozó lehetséges válaszokban nagyon szűk időhatárok lettek megadva. (5. ábra)



4. ábra – Az ápolói viselkedéssel, megjelenéssel való elégedettség



5. ábra – Hirtelen rosszullet esetén az ápoló érkezéséig eltelt idő 1997/98-ban és 2002-ben

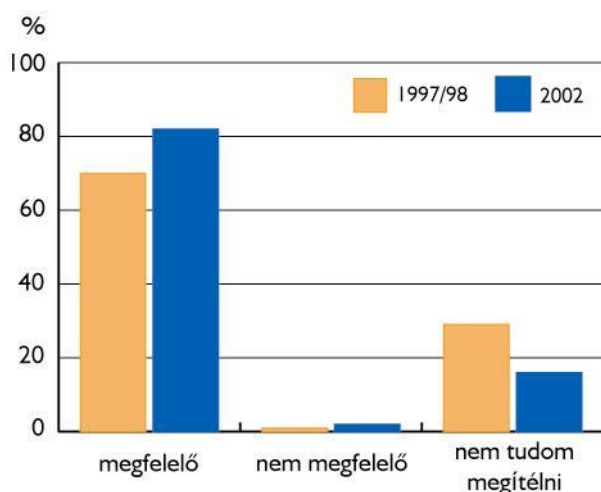
Az első felméréskor 143 szülő válaszolt, 119-en azt írták, hogy ilyen eset jelenlétükben nem volt. A 24 hirtelen rosszulletnél 23 esetben az ápoló 1-3 perc alatt odaért, egy esetben 4-8 perc alatt, ezeknél hosszabb idő nem fordult elő. Az előfordult esetek alacsony száma miatt százalékszámítást nem végeztem, de a kapott értékek nagyon jó eredményt mutatnak, az ápolók nagyon rövid idő alatt reagáltak.

A második felmérés során hasonlóan gyorsan érkeztek az ápolók a rosszul lévő gyermekhez. Négy esetben csak 4-8 perc alatt értek oda, ami esetszámban nem sok, de érdemes megvizsgálni, hogy melyik osztályon fordult elő, hiszen egyes betegségek esetén jelentősen megnőhet a maradandó egészségkárosodás kockázata, különösen 5 percen túli segítségnyújtás esetén. (Kérdésünk arra nem vonatkozott, hogy a szülő mit ítelt rosszulletnek, láz, hányinger éppúgy lehetséges volt, mint epilepsziás roham).

A kórházi ápolási idő rövideje miatt, különösen sebészeti jellegű ellátást követően vagy krónikus betegség esetén, gyakran előfordul, hogy a gyermeknek még otthonában további ápolásra van szüksége. Ezt általában valamelyik szülő, nagyszülő, többnyire az anya végzi. Ritkán fordul elő, hogy egészségügyi végzettséggel bír, így az otthoni ápolásra a kórházi ápolónak kell felkészítenie a szülőt. Nagy a valószínűsége, hogy szüksége van ápolási tanácsra. Az ezzel kapcsolatos igények felmérése alapján mondható, hogy ezt a szülők nagyobb része is így gondolta. 1997/98-ban 144 válaszadó közül 61% (88 fő) ítélte meg úgy, hogy szüksége volt otthoni ápolási, gondozási tanácsra, 39% (56 fő) nem érezte ennek szükségét. Ennek teljesülésére vonatkozó kérdést 135 válaszolták meg, közülük 69% (93 szülő) kapott az otthoni ápoláshoz tanácsot az ápolótól, 31% (42 szülő) nem. A válaszokat így elemezve az tűnik fel, hogy többen kaptak ápolási tanácsot, mint akik ennek szükségét érezték.

2002-ben 374 választ adó közül 59 % (222 szülő) érezte úgy, hogy szüksége volt ápolási, gondozási tanácsra, 40% (151 szülő) nem, egy szülő nem tudta megítélni (1%). 350 szülő közül 75 % (261 fő) kapott, 25% (89 fő) nem. A korábbi eredményhez viszonyítva többen kaptak tanácsot, 6 százalékpontos az emelkedés, és nem fordult elő, hogy valakinek szüksége lett volna segísre, és nem kapott.

Az ápoló szakmai tudását, felkészültségét valójában az ápoláshoz értő személy tudja reálisan megítélni. Ezzel kapcsolatban valamilyen benyomás, vélemény kialakul a szülőkben is, a gyermekről kapott tájékoztatás, a jelenlétében végzett ápolási tevékenység alapján. (6. ábra).



6. ábra – Az ápolók szakmai felkészültségének megítélése a két felmérés során

A két felmérés között láthatóan növekedett a pozitív válaszok száma, összességében az első felmérés során 71% fejezte ki véleményét, a második esetében 84%. Véleményem szerint azért nőtt a véleményt alkotók száma, mert a jobb és több tájékoztatás során a szakmai hozzáértés, felkészültség is jobban közvetítődik a szülők felé.

Az ápolást egy 7 fokozatú Likert skálán is értékelhették a szülők. Az első felmérésnél az átlag 5,95 volt 121 vélemény alapján, 2002-ben kissé emelkedett, 6,10-re 380 vélemény alapján.

Az utolsó kérdésben arra voltunk kíváncsiak, hogy mit kellene változtatni az ápoláson a szülő véleménye szerint. Nyitott kérdés lévén nagyon eltérő válaszok érkeztek, ezek három csoportba voltak sorolhatók:

1. javaslatok;
2. a véleménynyilvánítás folytatása;
3. köszönetek, dicsérek, saját élmények leírása.

A javaslatok között konkrétan az ápolásra vonatkozó nem volt jellemző, inkább a kórtermi körülmények, a gyermek és szülő együttmaradásának tárgyi feltételeit javító intézkedéseket tartják szükségesnek a válaszadók.

Megbeszélés - következtetések, javaslatok

1997/98-ban a kórházból való távozás után a lakcímre kiküldött, érvényes 369 kérdőív 41%-a, 150 érkezett vissza. 2002-ben a szülők a távozás napján kézbe kapták a kérdőíveket (440 darab), így 88%-os volt a visszaérkezés (389). Az egyes kérdésekre eltérő számban válaszoltak a szülők, a feldolgozás során ezt tekintetbe vettük.

A gyermekek életkora és a szülői elégedettség mértéke között χ^2 próbával összefüggést lehetett kimutatni, a nagyobb, 7-12 éves korú gyermekek szülei elégedettebbek voltak, mint a kisebb gyermeké. Ennek magyarázata lehet, hogy csecsemők és kisdetek kevesebbet, vagy egyáltalán nem voltak még közösségben, illetve a szülőtől távol, így ez új helyzet mind a szülőnek, mind a gyermeknek.

A szülő vagy a gyermek korábbi kórházi kezelése és a szülői elégedettség mértéke között összefüggést nem lehetett igazolni. Ez mindenképp a szülőket dicséri, valóban az éppen aktuális ápolást ítélték meg, segítve a valódi hibafeltárást, a reális kép kialakítását. Nem befolyásolta őket a korábbi, akár máshol szerzett tapasztalatuk.

A kórházi kezelés időtartama és a szülői elégedettség mértéke között is volt χ^2 próbával kimutatható összefüggés. Azok a szülők, akiknek gyermeke 1 napot volt a kórházban elégedettebbek voltak, mint azok, akiknél a kezelés hosszabb ideig tartott. Az első felmérés

alkalmával igen magas elégedettséget lehet mérni, összességében a szülők 93%-a volt elégedett az ápolással. 2002-ben ez 98%-ra emelkedett.

1997/98-ban az ápolóktól kapott tájékoztatást összességében a szülők 90%-a tartotta elegendőnek és megfelelőnek. A részletező kérdésnél a látogatási időről a szülők 15%-a, a kórházban, a gyermekkel való együtt maradás lehetőségéről a szülők 19%-a nem kapott felvilágosítást. Azoknak a szülőknek, akiknek szüksége lett volna otthoni ápolási tanácsra, 17%-a nem kapott, a megkérdezettek 23%-a nem tudta melyik ápoló foglalkozik a gyermekével.

A gyermek tájékoztatására vonatkozó kérdésre a válaszadók 17% felelte, hogy az osztály nem lett megmutatva a gyermeknek, és beavatkozás előtt 16%-uk nem kapott felvilágosítást. Olyan eset, amikor a szülő valamilyen problémával az ápolóhoz fordult, és nem kapott választ, mindössze 8%-nál fordult elő.

Ennek ellenére a kapott eredmények azt mutatták, hogy mind a szülőnek, mind a gyermeknek szóló tájékoztatáson, a kommunikáción szükséges volt javítani.

A negatív válaszok egyik oka az idő hiánya lehet. További lehetőség, hogy korábban szinte kizárólag az orvos érintkezett a szülőkkel, az ápoló nem, vagy csak nagyon rövid ideig, az egy vagy két órás látogatási idő alatt került velük kapcsolatba. Igaz, a hagyományos ápolóképzés sem terjedt ki a múltban a kommunikációra.

A nyitott kórházban, ahol a szülők a napjukat a kórházban, és így az ápoló környezetében töltik, igénylik a tájékoztatást, tanácsot várnak az ápolótól is. Az első felmérésből azonban kiderült, hogy vagy nem jutott idejük az ápolóknak, vagy erre nem figyeltek eléggé, vagy nem gondoltak arra, hogy ez igény lehet. 2002-ben valamennyi, a tájékoztatással kapcsolatos kérdésre jobb értékelés érkezett. Az ápolóktól kapott tájékoztatást összességében a szülők 96%-a tartotta elegendőnek és megfelelőnek. Részletes rákérdezésnél a látogatási időről a szülők 11%-a, a kórházban a gyermekkel való együtt maradás lehetőségéről a szülők csak 7%-a nem kapott felvilágosítást. Megnőtt azoknak az aránya (75%), akik otthonra kaptak ápolási, gondozási tanácsot, és nem fordult elő olyan eset, hogy valakinek szüksége lett volna rá, és nem kapott. A megkérdezett szülők 89%-a tudta, melyik ápoló foglalkozik a gyermekével. A gyermek tájékoztatására vonatkozó kérdésre a válaszadók 12% felelte, hogy az osztály nem lett megmutatva a gyermeknek, és beavatkozás előtt 6%-uk nem kapott felvilágosítást. Ezek az értékek jelentősen javultak, de még lehet, és szükséges is javítani rajtuk.

Amikor a szülő valamilyen problémával az ápolóhoz fordult, és nem kapott választ, változatlanul 8%-nál fordult elő. Ez azonban adódhat abból, hogy olyan kérdéssel fordulnak az ápolóhoz, amit nem áll módjában saját kompetenciáján belül megválaszolni. Ez nem mindenki számára elfogadható tény.

Az első felméréskor a tisztasággal való elégedettség igen magas volt, a fürdőszoba, kórtermek, éjjeliszékreny, pizsama és ágynemű tekintetében, 92-98% közötti az eredmény. Csupán a WC tisztaságát marasztalták el nagyobb mértékben, a megkérdezettek 12%-a. A második felmérésben szinte valamennyi értéknél csökkenés mutatható ki, kivéve az ágynemű tisztaságával való elégedettséget, ott azonos, 97% az eredmény. A pizsama tisztaságával 96% volt elégedett, az éjjeliszékrenyével 92%, a kórtermével 91%. A mellékhelyiségek tisztaságával való elégedettség a fürdőszoba esetében a kiinduláshoz képest 6 százalékponttal csökkent, a WC esetében pedig 9-cel. A helyiségek tisztántartása természetesen nem ápolói feladat, de, mint a beteg környezetében mindenre, az ápolóknak erre is figyelni kell. A takarítók feladatát azonban jelentősen nehezítette, hogy a második felmérés idején a kórház több osztályán és az udvaron is felújítási munkálatok folytak. Ennek ellenére fokozottabban ügyelniük kell a mellékhelyiségek tisztántartására.

1997/98-ban a szülők 93%-a biztonságban érezte gyermekét a kórházban, annak ellenére, hogy az ápolói létszámot csak 56%-uk tartotta elegendőnek. 2002-ben 97%-ra nőtt a

biztonságérzet, és 63% szerint elégséges a létszám. A két vizsgálati évben mind e közben a kórházi ápolói létszámban jelentős változás sem pozitív, sem negatív irányba nem történt, közel ugyanannyian dolgoztak, azaz kb. 20%-os létszámhiánnyal. Ehhez még hozzá kell vennünk azt is, hogy az ellátási idő rövidülése miatt a gyermekek ma már a betegségük súlyos szakaszát töltik csak a kórházban, ez az az idő, amely ápolási szempontból a leginkább munkaigényes. Ezért az eredmény azt jelenti, hogy az ápolók kitűnő munkát végeznek, s minden feladatot ellátnak, még ha kevesebben is vannak, ez nem érződik a betegek ellátásában. A felmérés óta megtett kormányzati intézkedés hatására jelenleg nincs ápolóhiány kórházunkban.

Az ápolók szakmai tudásáról az első felméréskor mindössze a választ adók 71% vállalta a véleményalkotást, 2002-ben 84%, akik szinte mindannyian elégedettek voltak vele. A növekedés a bizonytalan, nem tudom választ adók csökkenésével járt. Feltehetően azért nőtt a véleményt alkotók száma, mert a jobb és több tájékoztatás során a szakmai hozzáértés, felkészültség is jobban közvetítődik a szülők felé.

1997/98-ban nagyon jó eredmény volt, hogy a gyermek hirtelen rosszullete esetén szinte minden esetben 1-3 perc között ott volt az ápoló, 2002-ben hasonlóan jó az eredmény. Bár négy esetben előfordult, hogy csak 4-8 percet jelölt a szülő.

Az ápoló megjelenésével, öltözkéssel 99% volt elégedett mind két évben. A gyermekkel szembeni viselkedéssel való elégedettség 90%-ról 98%-ra nőtt, a szülővel szembeni 91%-ról 98%-ra.

A felmérések során kapott eredmények alapján az ápolóknak reális képük lehet a munkájuk, tevékenységük szülői megítéléséről. Megismerhették a szolgáltatást igénybe vevők egyik felének, a szülőknek az elvárásait és véleményét.

A kérdőív alkalmasnak bizonyult a hibák feltárására is, a problémás területek kimutatására. A hiányosságok meghatározásával az ápolóknak lehetőségük lett arra, hogy ezeket pótolják. Az első felmérés eredményeinek kihirdetése, az ápolók figyelmének felhívása a tájékoztatás, a kommunikáció fontosságára elégségesnek és hatékornak bizonyult. Igyekeztek javítani, és ez meg is látszik a második felmérés adatain. Ugyanakkor visszajelzést, pozitív megerősítést is kaptak arról, hogy jó irányba fejlődtek, észrevehető és sikeres volt a javulás. Megtudhatták azt is, hogy összességében tekintve a szülők elégedettek a munkájukkal, az ápolással és annak minőségével.

Az eredmények az ellátás, az ápolás minőségének fejlesztése, javítása során használhatók fel. Az első felmérés során felmerült, hogy a szülők és a gyermekek igénylik a tájékoztatást, felvilágosítást, tanácsadást. Ezért a kommunikáció fontosságára, a szükséges technikák elsajátítására talán érdemes lenne nagyobb hangsúlyt helyezni az ápolóképzés során is. A régebben végzett ápolóknak ebben a témakörben továbbképző tanfolyamot és/vagy kommunikációs tréninget lenne célszerű szervezni.

A szülői vagy betegelégedettség csak egy aspektusa a minőségnek, s bár kétség kívül fontos, semmiképp nem az egyetlen. Fontos lenne, hogy a minőségközpontú - ha úgy tetszik a betegközpontú - szemlélet még nagyobb arányban terjedjen el az ápolók körében, ismerjük fel hibáinkat, hiányosságainkat, beszéljük meg ezeket, hogy javítani tudjunk rajtuk.

Irodalom

1. Belicza, É és Zékány, Zs. (1998). A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. EMIKK füzetek, 17. szám, Debrecen.
2. Betlehem, J. (1999). Mesterkurzus az ápolás minőségéről, avagy a minőségi ápolás Amerikai Egyesült Államokban megvalósuló trendje napjainkban. Nővér, 12 (4), 13-16.
3. Gulácsi, L. (szerk.) (2000). Minőségfejlesztés az egészségügyben. Budapest: Medicina.
4. Koternics, K. és Novák, P. (1996). Melyik kórházat válasszam? Ápolásról, ápolókról – ahogyan a beteg látja. Nővér, 9 (3), 12-14.

5. Krczal, A. (1995). A minőség fogalma és az egyes érdekcsoportok. Kórház, 2. évf., 10. szám.
6. Ovretveit, J. (1999). Minőségszemlélet az egészségügyben. Budapest: Medicina, pp. 53-56.
7. Smrcz, E. (2000). A Heim Pál Kórház rövid története. Pulzus, 3. évfolyam.
8. Szloboda, I. (1995). Minőségbiztosítás az egészségügyben. A minőség mérése. Budapest: ETI.

[Vissza a tartalomhoz](#)

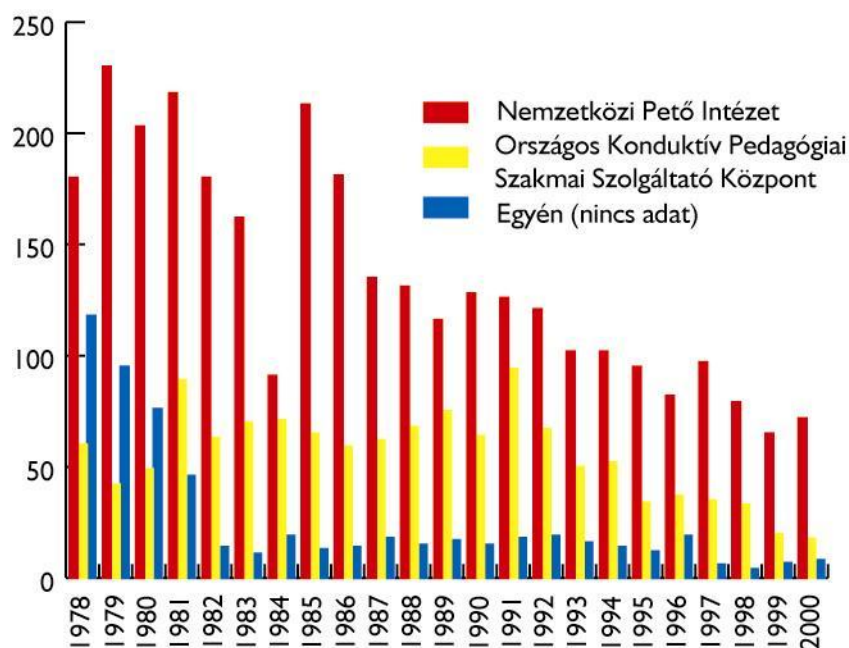
A konduktív nevelés

Medveczky Erika

Nemzetközi Pető Intézet, Orvosbiológiai Tanszék, Budapest

A cikk aktualitását az adja, hogy 110 éve született Pető András, a konduktív pedagógia megteremtője

Világszerte 120-150 millióra tehető a fogyatékossgal élő gyermekek és fiatalok száma (Groce, 1999). Bár ugyanazon jogok és egyenlő esélyek illetik meg őket, mint minden más embert, mégis gyermekek és felnőttek milliói kényszerülnek világszerte szegregált és kiszolgáltatott életre (Cooper és Vernon, 1996). Hazánkban népszámlálási adatok alapján kb. 90 000 mozgássérült él, közülük 70.000-re becsülhető a súlyosan mozgássérültek száma. (KSH, 1995). Legalább minden második gyermeknek korai agykárosodás (CP) eredetű a mozgássérülése (Fótiné Hoffmann, 1998). (1. ábra) Ma Magyarországon a népesség mintegy 5%-a tartozik a fogyatékossgal élők csoportjába (Tausz, 1998).



1. ábra – Konduktív nevelés cerebialis paresisben

A mérsékelt és súlyos cerebrális parézis¹ (CP) prevalenciája² Európában 0,1-0,3%. Incidenciája³ az utóbbi 2 évtizedben változatlan, sőt egyes országokban az előfordulás gyakoriságának növekedését észlelték. (Torfs és mtsai, 1990.) A CP-s populáció 25%-a járásra képtelen, 30%-uk szellemileg fogyatékos, közel egyharmaduk epilepsziás, amelyhez különböző gyakoriságban még érzékszervi és percepciószavar is társulhat (Kuban és Levinton, 1994).

Jelenlegi ismereteink szerint nincs olyan objektív szűrési módszer vagy diagnosztikai teszteljárás, mely a CP-t egyértelműen előre jelezné (Balogh és Kozma, 2000). A WHO a szakirodalomban is publikált kritikák hatására új, forradalmi jelentőségű fogalomhasználatot vezetett be (WHO, 2001). Mindebben a jogi fordulatban óriási szerepe volt a fogyatékos mozgalomnak: a "fogyatékos" helyére a kifejezetten pozitív hangsúlyú "részvétel" került. Így a korábbi klasszifikációt a "tevékenységek (activity) és részvétel (participation)" nemzetközi osztályozás váltotta fel. Ez a figyelemreméltó paradigmaváltás a részvételle, illetve a környezetre helyezi a hangsúlyt, hiszen gyakran nem az egyén állapota, hanem a közeg tesz fogyatékoská.

A konduktív nevelés nem vette át a WHO által korábban ajánlott nomenklatúrát (károsodottság, fogyatékos, rokkantság), ehelyett a motoros diszfunkció megjelölést vezette be (Hári és Ákos 1971). Ez egyben a nomenklatúra szelídítését is szolgálta, mivel filozófiájának megfelelően nem tekinti véglegesnek a beteg állapotát, sőt a központi idegrendszer sérülése esetén is hisz az egyén taníthatóságában.

A konduktív nevelés az adott életkorra jellemző, és elvárható valamennyi főbb tevékenységet felöleli. Az alapvető szokások kialakulása mellett kiterjed a motoros, mentális és pszichoszociális fejlesztésre egyaránt. A személyiség érzelmi, akarat tulajdonságainak motivációs bázisát alakítja ki. Ritmusos életrend kialakítását éri el neveltjei körében: órás, napszakos, heti, havi, évi ritmusról van szó. Ezt teremti meg a konduktor, az egyes életkorokhoz illő elvárások és az adott gyermek aktuális képességeinek összehangolásával. (Balogh és Horváth 2000.)

A CP tüneteinek korai befolyásolására világszerte számos, változó sikerrel alkalmazott eljárás, mint a fizio-, ergoterápia, Bobath, Vojta, Ayres-féle (sensoros integratív), Doman-Delacato, Kabat (neuromuscularis facilitáció) stb. ismert. Az újabbak közül: Kozivjavkin-, Castillo-Morales-, atlas- és más terápiás eljárások azt jelzik, hogy máig sincs mindenki számára egyaránt sikerrel alkalmazható eljárás.

Magyarországon hozzáférhető az igényes korai diagnosztika és a jelentékenyen hatékony rehabilitáció igen fontos egysége, a fejlődésneurológia, mely intézményes és egyedi, ellenőrzött alkalmazások révén valósul meg (Katona, 1990).

A beteg readaptációja a rehabilitáció és a fizikális medicina célja. A pedagógiai és szociális rehabilitáció – az orvosi rehabilitáció mellett – jelentős szerepet tölt be az életminőség helyreállításában. A konduktív nevelés a pedagógiai rehabilitáción belül a nevelésmódot integrálásának egy speciális pedagógiai irányvonala. Pető – orvos létére – elsőként, pedagógiai problémának tekintette az addig csupán biológiaiaként felfogott fogyatékosokat. A központi idegrendszeri sérülés (elsősorban a CP) következtében diszfunkciós gyermek egész személyiségét befolyásoló nevelést dolgozott ki.

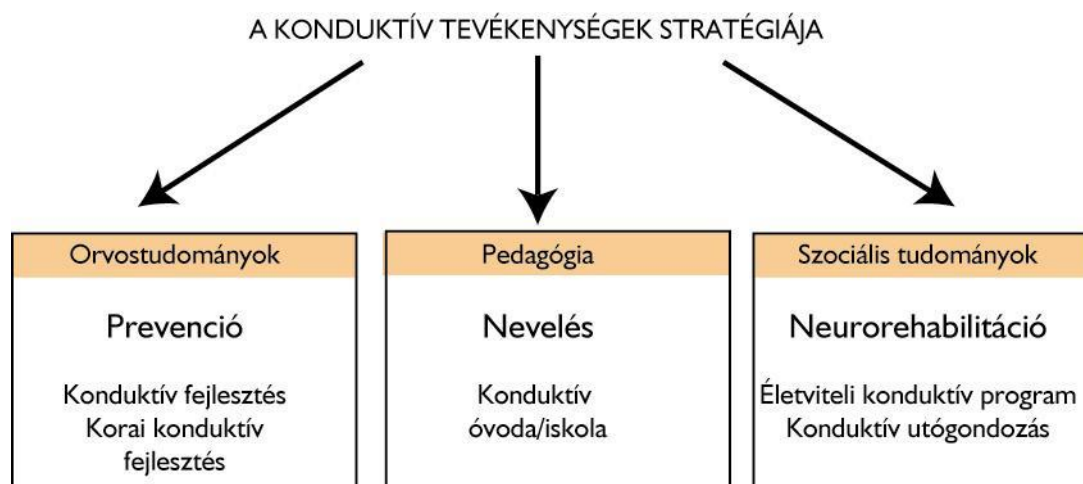
Agykárosodás esetén a Pető-módszer alkalmas a gyermekek állapotának javítására, tanítására, elsősorban az életkornak megfelelő napi feladatokra való felkészítésre, ami nevelésüket, gondozásukat és oktatásukat lényegesen könnyebbé teheti (Bleck, 1987). E komplex nevelési folyamat célja a társadalmi környezet igényeinek figyelembevételével az integráció előkészítése, megkönnyítése. A konduktív nevelésre minden esetben orvosi kivizsgálást, primer medikális ellátást követően kerül sor. Lényeges szempont, hogy a kezelés folytatatlansága lehetőleg zavartalan átmenettel történjen a megelőző aktív neuroterápiát követően (Katona, 1999). Ezt a folyamatosságot biztosítja a konduktív nevelés, mivel már a

diszfunkciós gyermek két éves kora előtt is készen áll annak fejlesztésére (Balogh, Kozma és Hári, 1993).

A változó környezeti feltételekhez alkalmazkodás képessége tanulás révén sajátítható el a nevelési folyamatban. A holisztikus szemléletű kondukciónak középpontjában az agy tanulási képességeinek hasznosítása áll. A kitartó, sokszor éveken át tartó nevelés folyamán az agy ép részei mintegy “megtanulják” a károsodott izomműködés feletti kontrollt, és az új koordináció (orthofunkciónak nevezi a konduktív pedagógia) kialakításával végül átveszi a biológiailag hibás funkció helyét. Célkitűzései: a meglevő funkciók maximális kihasználása, kompenzációs mechanizmusok kialakítása, folyamatos, korai, már kisdededkortól a környezettel folytatott tudatos interakciók kialakítása és gazdagítása.

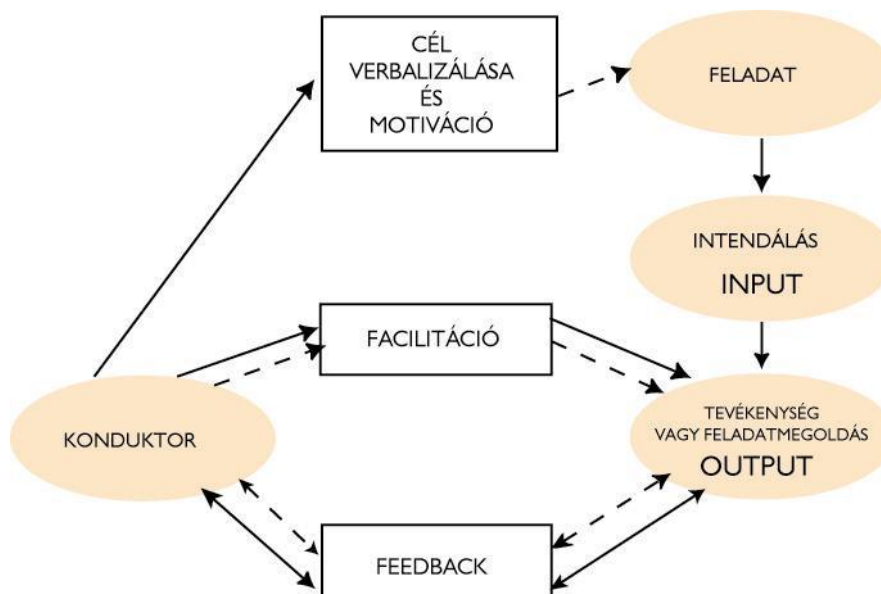
A tanulási képesség kialakítása mellett másodlagosan mozgásfejlődést is elér a konduktív nevelés, ezáltal javulhatnak, kontrollálhatóvá válhatnak a percepció zavarok. Tanulási folyamat révén permanensen fejleszti (és sokáig optimális szinten tartja) a diszfunkciós gyermek kognitív képességeit. Legnagyobb befolyását az agykárosodás korai intervenciója esetén éri el.

Ezt tükrözi az a társadalmi igény, mely a Nemzetközi Pető Intézet, illetve a konduktív nevelés iránt mutatkozik (2. ábra). Jelentőségét az a tény is növeli, hogy a mozgáskorlátozottak spontán integrációja a magyar iskolarendszerben ugyanakkora létszámot képvisel, mint a tudatosan integráltaké.



2. ábra – A konduktív nevelés kompetenciája és interdiszciplináris helyzete

A konduktív nevelés kompetenciája (3. ábra) a CP mellett még egyéb, elsősorban neurológiai eredetű kórképek, mint spina bifida aperta⁴, felnőttkori stroke⁵ eredetű hemiplégia⁶, Parkinson-kór, multiplex sclerosis⁷ esetén választják.



3. ábra – A konduktív nevelési folyamat modellje

E holisztikus szemléletű nevelési folyamat központi szereplője a *konduktor*, aki egy személyben, életkor-specifikusan tanítja a mozgást, (hely- helyzetváltoztatást, manipulációt stb.) az önellátási tevékenységeket, valamint az óvodai-, és iskolai tananyagot. Más módszerekkel ellentétben nem fragmentált (más-más szakember általi) fejlesztés valósul meg, hanem a sokoldalúan képzett konduktor -tanító szervezi, vezeti és ellenőrzi a komplex nevelési folyamatot. Nem a részterületek fejlesztésére, hanem saját tapasztalathoz juttatásra, egyúttal az egész személyiség befolyásolására, problémamegoldás kialakítására törekszik. A nevelés intenzív szakaszában (CP esetén hónapoktól akár 1-2, 5 évig) a fejlesztés homogén konduktori teamben valósul meg. A konduktor-tanító szak mellett, akkreditált konduktor-óvodapedagógus szakon is megkezdődik a képzés 2003 szeptemberétől.

A beteg idegrendszerén át vezet a rehabilitáció útja (Katona, 2002). A központi idegrendszer, elsősorban a kortex kapcsolatrendszereiben működő szinaptikus⁸ változékonyság a plaszticitás⁹ alapja, mely az újraadaptálódás révén, bár korlátozott mértékben, de idős korban is megtartott. A tanulási folyamat és a memória is szinaptikus változékonyságon és megerősítésen alapul. A deklaratív memória járul hozzá a fogalmak raktározásához, míg a procedurális (nem deklaratív) memória és a tanulás a rehabilitációban kitüntetett jelentőségű, mivel a tapasztalatszerzés előfeltétele.

A konduktív nevelés legfőbb princípiuma a mozgáskészség intendálás (szándékolt mozgás) útján, kognitív¹⁰ úton történő tanulása, mely új koordináció kialakítását eredményezi (Hári, 1991). A cél elérésével egyidejűleg agyi mintázat (belső vázlat), a cselekvés belső modellje keletkezik. A cselekvéses tapasztalás megfelel a tudatos elsajátítás elvének. Csak abban az esetben érhető el a cél, ha az intendáláshoz helyes koordináció kapcsolódik.

Az intenció experimentális evidenciái csak napjaink neurofiziológiai módszereivel (MEP¹¹, PET¹², fMRI¹³) váltak vizsgálhatóvá. Ma már tudjuk, hogy elegendő csupán a mozgásra gondolni, (intenció) és ez olyan vagy hasonló agyi tevékenységet eredményez, mint amikor a mozgás kivitelezése is bekövetkezne (Izumi SI, és mtsai 1995). A szándékolt (intendált) mozgás megnöveli a mozgás agykérgi reprezentációs területének mértékét, miközben reziduális neuronok vagy néma idegingerület átvivő anyagok aktiválódnak, illetve termelésük fokozódik. Ily módon már a szándékolt mozgás során is aktiválódnak a “néma” agyterületek.

Ismert, hogy a mindenkor meglévő kompenzációs mechanizmusok aktivitás-függőek, vagyis korai fejlesztés esetén remény van az agy plaszticitásán alapuló fejlődésre addig is, míg be nem következik a valódi használatbavétel.

A MEP-vizsgálat az egyetlen elektrofiziológiai módszer, amely a kortikospinális pálya¹⁴ funkciójáról ad információt (Barker és mtsai, 1985). A gondolatban elvégzett (szándékolt) mozgás is facilitáló hatású. Az ellenoldali agyféltekéről kiinduló utasításra a megfelelő izom kis erejű összehúzódása (már a maximális izomerő kb. 15%-ánál) mérhető választ ad. Miközben a tervezett mozgásra gondolunk, ez idő alatt felületi elektródákkal elvezetett izomválasz megjelenik. Izomösszehúzódás esetén a válasz latenciája megrövidül (1-3 ms), amplitúdója növekszik, és az ingerküszöb csökken.

A konduktor először közli az aktuális, konkrét és egyben mindig közeli célt. Ennek ideje alatt az egyén a feladatot (mozgást), ill. annak szándékát még kivitelezését megelőzően egyes szám első személyben hangosan megfogalmazza (input).

A konkrét feladat megoldásától függően a konduktor visszajelzést ad (feedback), ennek megfelelően motivál, facilitál, értékeli és korrigál. Tervszerűen választja az oktatás tartalmát (process), elsősorban életszerű ismeretek tanítását, miközben folyamatosan együttműködik neveltjével (Medveczky, 2003).

A konduktív nevelés egyes elemeinek, és a program egyénre szabásának, a feladatok szimmetrikus és alternáló, majd azt egymással felváltó alkalmazása a egyénileg kialakított új koordinációt stabilizálja. Az így létrejött orthofunkciós¹⁵ spontanalitás a tanultak transzferjét, változó környezeti feltételek között történő alkalmazását teszi lehetővé.

A konduktor mintegy "rávezeti" neveltjét a helyes koordináció kialakítására, aki miközben végrehajtja a tevékenységet (output), az aktív részvétel során egyéni tapasztalathoz jut. Ennél az elsősorban a neurorehabilitációban alkalmazott fejlesztésnél sohasem kész ismeretek átadására kerül sor. A kezdetben alkalmi, idővel egyre gyakoribbá váló önirányítást problémamegoldó tanulás, tapasztalás, majd a tanultak transzferje váltja fel. A változó környezeti feltételekhez alkalmazkodást csak tanulási folyamatban lehet elsajátítani (tanultak transzferje), melyek együttesen a majdani önállóságra készítik elő.

A szocializációt, sikeres társadalmi integrációt és megfelelő életminőséget csak kitartó, aktív tanulási folyamat eredményeként lehet elérni (intenzív konduktív nevelés) és hosszú távon fenntartani. Nem a szoros értelemben vett óvodai- és iskolai kurikulum teljesítését helyezi előtérbe a konduktor, hanem a gyakorlati életben való tájékozódáshoz, önállósodáshoz szükséges ismeretekhez juttatja neveltjeit.

A múlt század negyvenes éveiben Pető által kidolgozott speciális pedagógiai rendszer legfőbb erénye, hogy számos esetben autonóm személyiség kialakításának teremti meg a feltételeit. Korai agykárosodás esetén preventív hatású a személyiségzavarok megelőzésében, elkerülhető ily módon a szorongás, depresszió, az izoláció és egyéb negativisztikus vonások kialakulása.

Emocionális stabilitás kialakítására törekszik, mivel erősíti az önbizalmat, általa a változó környezethez történő adaptáció képessége alakulhat ki. A diszfunkciós gyermekek olyan szemléletet sajátítanak el, amely önbizalmukat erősíti, akaratukat fejleszti, és együttműködés kialakítására teszi őket képessé. Akkor eredményes ez a tanulási folyamat, ha majd a hétköznapi, gyakorlati élet kihívásainak is eleget tudnak tenni. Mindezek együttesen pedig a jobb életminőség elérésének teremtik meg az alapjait.

Az integráció ideje alatt az utógondozó konduktív konzultációs tanácsadás (pályaválasztás, pályamódosítás stb.) nyújt segítséget és figyelemmel követi a változásokat.

E fejlesztő típusú ellátó rendszer (pedagógiai környezet révén egyedülállóan) saját szakorvosi konziliáriusi révén biztosítja a gyermek- és felnőtt betegek állapotának rendszeres felmérését és a szükséges egészségügyi ellátásukról is gondoskodik (Medveczky, Hári és Balogh, 1993). A konduktív nevelés minden más módszerrel kompatibilis (Medveczky,

Balogh és Beck, 1989). Tisztában vagyunk azzal, hogy munkánk nem fejeződik be a gyermekek intézetünkéből való elbocsátásával, ez a fajta gondoskodás sok esetben élethosszúságú, következetes és szisztematikus. Magyar állampolgárok (hagyományaihoz híven) térítésmentesen vehetik igénybe a konduktori tanácsadást.

A gyakorlatban bebizonyosodott, hogy a pedagógusok, és a különböző szintű oktatási intézmények munkatársai sok esetben nincsenek felkészülve e speciális igényű gyermekek fogadására és fejlesztésére, sőt néha még a velük való találkozásra sem. Csak az érintett szakemberek szoros együttműködése, a megfelelő szintű és színvonalú képzési lehetőségek biztosítása esetén remélhető változás.

Az épek társadalmának az előítéletekkel szemben el kell fogadni, hogy például a mozgássérültek tevékenysége iránt is van társadalmi szükséglet, és biztosítani kell az ehhez nélkülözhetetlen feltételeket (megfelelő támogatás, oktatás, bedolgozás, távmunka).

Amennyiben minden szakember tiszteletben tartja a kompetenciahatárokat, valamint a különböző szintű képzettséggel rendelkezők egyenrangú partnerként tisztelik egymás véleményét és munkáját, abból elsősorban az arra rászorulókat profitálnak. Megfelelő színvonalú együttműködés és (tovább)képzés még hatékonyabban segítené a rászorulókat integrálásának, önállóságának és jobb életminőségének biztosítását.

Pető a tanulást, a megismerést, a másokkal való együttélést, valamint az életvezetés megtanulását tartotta a konduktív nevelés legfontosabb feladatának. Közel hatvan év elteltével ugyanezen törekvésekkel találkozhatunk az UNESCO 1997. évi jelentésében.

Irodalom

1. Balogh E., Horváth J.: (2000.) Hemiplégiás gyermekek néhány magatartási és pszichikus jellegzetessége különös tekintettel rajzfejlődésükre.
2. Balogh, E., Kozma, I. és Hári M.(1993) Konduktive Erziehung nach Pető in: Aktuelle Neuropediatric, Springer, 461-464.
3. Balogh, E. és Kozma, I. (2000): Cerebralis paresis. In Kálmánchey R: Gyermekneurológia Medicina, Budapest, 140-141.
4. Barker, A. T., Jalinous, R. és Freeston, I.L. (1985): Non-invasive magnetic stimulation of the human motor cortex. Lancet 1106-1117.
5. Bleck, E. (1987): Orthopaedic management in cerebral palsy. Clinics in Developmental Medicine, Mac Keith Press, Oxford, 156-157.
6. Cooper, J. és Vernon, S. (1996): Disability and the law. London, Bristol, Jessica Kingsley Publishers
7. Cowan, J. M. A., Day, B. L., Dick, J. és Rothwell, J. C.(1985): The site of facilitation of response to cortical stimulation during voluntary contraction in man. J Physiol (London) 360: 52
8. Fótiné Hoffmann, É.(1998) Gyógypedagógiai Szemle Különszám 59-69.
9. Groce, N. E.(1999): An Overview of Young People Living with Disabilities: Their Needs and Their Rights. United Nations Children's Fund. Working Paper Series. Inter-Divisional Working Group on Young People
10. Hári, M. és Ákos, K.(1971): A konduktív nevelés. Tankönyvkiadó Budapest
11. Hári, M.(1991): Intendálás: A konduktív pedagógia alapvető hipotézise. LAM (9-10): 544- 550.
12. Hess, C. W., Mills, K. R., és Murray, N. M. (1987): Responses in small hand muscles from magnetic stimulation of the human brain. J Physiol (London) 388: 397-419.
13. Izumi, S. I., Findley, T. W., Ikai, T., Andrews, J. Duam, M., és Chino, M. (1995): Facilitatory effect of thinking about movement on motor evoked potentials to transcranial magnetic stimulation of the brain. Am J Phys Med Rehabil, 74: 207-13.
14. Katona, F. (1990): Fejlődésneurológia és neurohabilitáció. Medicina,Budapest

15. Katona, F.(1999): Klinikai Fejlődésneurológia. Medicina, Budapest, Magyar Pediáter. (23): 24-27.
16. Katona, F. (2002): Rehabilitáció és életminőség Múlt jelen és jövő. MOTESZ Magazin 4.
17. Központi Statisztikai Hivatal, (1995): A fogyatékosok életmódja és körülményei. 1990. évi népszámlálás, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
18. Kuban, K. C. K. és Levinton, A. (1994): Cerebral Palsy, New England Journal of Medicine, 330: 188-199.
19. Medveczky, E.(2003): Conductive education and neurorehabilitation. International Pető Association, Grand Rapids, Aquinas Collage Michigan, MPANNI
20. Medveczky, E., Hári, M. és Balogh, E.(1993): The role of conductive education in the rehabilitation of children with MMC. European Journal of Pediatric Surgery 3. 37-38.
21. Medveczky, E., Balogh, E. és Beck, É. (1989): Spina bifidások multidiszciplináris ellátása a Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetében. Magyar Pediáter. (23): 24-27.
22. Tausz , K.(1998): Egyenlőtlenségek és különleges bánásmód. Fundamentum, vol.1-2. 97-102.
23. Torfs CP, van den Berg BJ, Cunnins S (1990) Prenatal and perinatal factors in the etiology of cerebral palsy. J Pediatr 116, 615-619.
24. WHO (2001): A károsodások, tevékenységek és részvétel nemzetközi osztályozása UNESCO, Genova

Lábjegyzetek:

1. A NATIONAL INSTITUTION OF HEALTH meghatározása szerint az agy nem progresszív motoros rendellenessége korai újszülöttkori eredettel, mely egy vagy több végtagot érint, izomtónus fokozódást vagy bénulást eredményezve, melyhez epilepszia és mentális retardáció is társulhat. ACOG (1992) Fetal and Neonatal Neurologic Injury. Technical Bulletin No. 163.
- 2-3. A betegségek gyakoriságának statisztikai mutatószámai. A prevalenciát azon lakosok számához viszonyítják, akik közül a betegek kikerülnek, az incidencia az új betegek számának aránya a lakosság számához viszonyítva.
4. A központi idegrendszer velőcső záródási zavar eredetű fejlődési rendellenessége (nyitott gerinc).
5. Agyvérzés (csökkent agyi áramlás vagy vérzéses eredettel).
6. Féloldali bénulás.
7. Neuroimmunológiai eredetű neurológiai kórkép, az idegrostok elvelőtlenedésével járó progresszív folyamat.
8. Idegsejtek egymással létesített kapcsolata.
9. Apoptózis (programozott sejthalál), szinapszis tisztítás, korai ismétlődő stimulus, a központi idegrendszerben funkcionális átrendeződést tesz lehetővé korai agykárosodás esetén.
10. A legkomplexebb humán tevékenység, mely gondolkodási és magatartási folyamatokat foglal magában.
11. Mágneses kiváltott potenciál vizsgálat.
12. Pozitron emissziós tomográfia.
13. Funkcionális mágneses magrezonanciás neuroradiológiai módszer.
14. Az akaratlagos mozgást szabályozó pyramispálya.
15. A konduktív úton történő motoros tanulási folyamat, az agykárosodott személyt új koordináció kialakítására teszi képessé.

Szülésznőség Szlovákiában– a bizonyíték alapú gyakorlat iránti igény

Baskova, M., M.N., Ph.D., egyetemi tanár¹– Baska, T., M.D., Ph.D., egyetemi tanár²

Straka, S., Prof., M.D., Ph.D., igazgató²

¹*Institute of Nursing, Jessenius Faculty of Medicine, Comenius University, Martin, Slovakia*

²*Institute of Epidemiology, Jessenius Faculty of Medicine, Comenius University, Martin, Slovakia*

A szülésznőségnek, mint független szakmának évszázadokra visszanyúló hagyományai vannak Szlovákiában. Mindezek ellenére, az ápolás részeként egészen fiatal résztvevője a modern szlovák egészségügynek. Az ún. szovjet modell, amely a szocialista egészségügyet jellemezte, alacsony kompetenciát és felelősséget bízott a szakdolgozókra, orvoscentrikus megközelítést alkalmazott, és a megelőzésnek, az egészségfejlesztésnek és az emberi élet spirituális aspektusainak kevés figyelmet szentelt.

Az 1989-es változásokat követően az ápolás is kedvező fordulatot vett, az egyetemi szintű képzés 1990-ben először az országban a Komenius Egyetemen indult el. Az ápolás tudományos függetlenségét, a kompetens, önálló, felelős ápolást hangsúlyozó nyugati modellek kerültek bevezetésre. A képzésben az ember, mint gazdasági, kulturális és szellemi lényként való nézetét adoptálták (Stanhope et al., 1996).

A szülésznőség jelenlegi problémái között jelentős a képzett szakemberek hiánya. Különösen gondot okoz a doktori képzettségű szülésznő kutatók és oktatók szorító hiánya. Ennek következménye a magas szintű kutatási munkák alacsony száma és ezek gyakorlatban való használata. A bizonyítékokra alapozott szülésznői gyakorlat hiányának főbb okai 5 csoportba sorolhatók:

A célok és eredmények helytelen meghatározása

Sok esetben a szülésznői ellátás kiértékelése nem világos, vagy nem pontosan definiált mérési módszerrel történik. Mindenképpen szükséges lenne, hogy a szülésznők megismerjék a tudományos kutatás alapelveit, a hipotézisekkel való igazolás jelentőségét, és a kiértékelés technikáját. Mindezek a kutatási pályázatokban is fontos kérdések, amelyek a pályázatok elbírálásában is meghatározó szerepet töltenek be.

Tudományosan megbízható adatok közlésének hiánya

Számos közlemény inkább orvosi irányultságot mutat, gyakori a hibás vagy nem megfelelően alkalmazott kutatási módszer is. Ugyanakkor a jelenlegi tudományos fokozatok adományozásához kritérium, hogy külföldi folyóiratban helyezzen el a szerző írást. Ez önmagába visszatérő csapdát jelent, ami akadályozza a szlovák nyelvű szakirodalom kialakulását.

A nyugati tapasztalatok kritikátlan átültetése

Az USA-ban és más nyugati országokban kifejlesztett eljárásokat, dokumentációkat, terveket és egyéb ápolási rendszereket közvetlenül alkalmaznak a gyakorlatban. Ahhoz, hogy

ezen hasznosságáról, alkalmazhatóságától meggyőződhetünk, figyelembe kellene venni az eltérő szlovák gazdasági, kulturális és egészségügyi környezetet is.

Etikai kérdések helytelen súlyozása

Az egészségügyi ellátás egyes következményei nem fejezhetők ki pusztán pénzügyi-gazdasági alapon. Így bizonyos szülésznői beavatkozások értékét szükségszerű az emberi jogok, az életminőség oldaláról is megvizsgálni (Stanhope et al., 1996).

A tudományos bizonyítékok kiértékeléséhez és megbízható kutatások elvégzéséhez szükséges tudás hiánya

Ahhoz, hogy megbízható új tudáshoz juthassunk, tudnunk kell megválaszolható kérdéseket feltenni, ehhez információkat gyűjteni, az információkat kritikusan kiértékelni és összegezni, és megfelelő standardokat, útmutatókat készíteni. Emellett tudnunk kell önmagunk által tervezett kutatásokat is lebonyolítani.

Ahhoz, hogy a fenti problémák megoldást nyerjenek és a bizonyítékok alkalmazása részévé váljon a szülésznői gyakorlatnak, az alábbiaknak kell figyelmet szentelni.

Alapképzés: az ápolás-szülésznőség tantervébe be kell építeni a bizonyítékokon alapuló gondolkodást és a holisztikus szemléletet. Ez nem azt jelenti, hogy kizárólag biostatistikát és epidemiológiát kell oktatni (Sackett et al., 2000), hanem olyan készségeket megtanítani, mint az információ felkutatása, a kritikus értékelés, vagy a standardok és útmutatók szerepének megértése. A döntéstámogató elektronikus rendszerek és kutatási adatbázisok használata ma már az informatikai felkészültség alapvető része (Bemmel, 1997).

Posztgraduális képzés: a doktori (PhD) hallgatók körében a legnagyobb figyelmet a kutatási módszertan elsajátításának kell szentelni, kifejezetten a kutatási probléma megfogalmazása, a mintaválasztás, az egyes eljárások közötti különbségek megértése, a megbízhatóság és a statisztikai elemzés a főbb szempontok (Polit és Hungler, 1992). A kutatásoknak a legmagasabb módszertani minőséggel kell készülniük ahhoz, hogy az orvostudományi területről érkező kritika elkerülhető legyen.

A kutatási és publikációs kedv serkentése a szülésznők körében: ez a feladat összetett kérdés, különösen ami a pénzügyi és morális kompenzációt jelenti az egészségügyben és az oktatás területén végzett kutatások tekintetében. Több figyelmet kellene a szlovák szülésznő folyóiratokra fordítani, támogatni őket abban, hogy tartalmuk olyan hatalmas külföldi adatbázisokban is megjelenjenek, mint pl. a CINAHL, Medline, stb. A kutatók nyelvi készségeit is fejleszteni kell, az angol nyelv ismerete elengedhetetlen. A hazai publikációkat pedig ösztönözni kell olyan tudományos kritériumok és elismertségi rendszer bevezetésével, ami vonzóvá teszi nem csak külföldi folyóiratban való megjelenést.

A bizonyítékon alapuló szülésznőség jelentősen fokozhatja a szakma minőségét és megbecsültségét (Youngblut és Brooten, 2001). Ez más, jelenleg a szülésznőséget gátló problémák megoldásához is elvezethet.

Irodalom

1. Bemmel, J.H. & Musen, M.A. I (1997). Handbook of Medical Informatics. Houten: Springer. 621 pp.
2. Polit, D.F. & Hungler, B.P., V (1992): Nursing Research, Philadelphia: J.B. Lippincott Company. 693 pp.
3. Sackett, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W.S., et al. II (2000). Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone. 261 pp.
4. Stanhope, M., & Lancaster, J., III (1996). Community Health Nursing. Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc. 1124 pp.

5. Thomas, L.H., McColl, E., Cullum, N., et al. (1999) Clinical guidelines in nursing, midwifery and the therapies: a systematic review. Journal of Advanced Nursing, 30(1),40-50.
6. Youngblut, J.M. & Brooten, D. (2001). Evidence-based Nursing Practice: Why Is It Important? AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care

A szülésről...

„Műhely, szerkezet

Aki nem látott szülést, nem tud az életről valamit, nem tud valami biztosat és „alapvetőt”, mint az iskolában mondanák — bizonyos, hogy aki nem látott szülést, nem látott bele a szerkezetbe, nem ismeri a műhelyt, azt a rejtélyes és félelmetes műhelyt, ahol az élet készül. Az erők, amelyek a szülés közben megmozdulnak, az élet és a halál erői: az anya és a gyermek állandóan élet és halál között tapogatóznak ez órákban, vak sötétben, süket ösztönnel. Olyan erők mozdulnak meg e pillanatokban, olyan erők feszítik az anyatestet, mint földrengéskor. A néző nem csodálkozna, ha vér és placenta helyett láva és hamu ürülne ki füstölögve az anyaméhéből. Igen, láttam a szerkezetet. Az ember csendes lesz, egészen csendes. Később, mikor a gyerek sírni kezd, a néző kisompolyog a szobából, s úgy érzi, Michelangelo kontár volt, és Newton, minden számításával műkedvelő.”

(Márai Sándor: Ég és Föld)

[Vissza a tartalomhoz](#)

Esélyegyenlőséget az életben maradásra (Egy akkreditált képzés tapasztalatai)*

Buda Károlyné és Vida Katalin

*Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósa András Kórház,
Sürgősségi Betegellátó Osztály és Regionális Toxikológiai Központ*

Mivel az egészségügyi törvény minden egészségügyi dolgozó számára kötelezővé teszi a tőle elvárható szintű segélynyújtást vészhelyzetben, kórházunkban megszerveztük a vizsgával záruló reanimációs továbbképzést. Az oktatás a reanimáció nemzetközi kívánalmai alapján folyik. Az utóbbi évben lehetővé vált a kórházon kívüli más egészségügyi intézeti dolgozók illetve laikusok részvétele a képzésben.

Az egészségügyi törvény minden egészségügyi dolgozó számára kötelezővé teszi a tőle elvárható segélynyújtást vészhelyzetben. Ezt alapul véve szerveztük meg intézetünkben a munkavállalás feltételéül megszabott folyamatos, szinten tartó reanimációs továbbképzést.

A képzés, továbbképzés szerepe

A 90-es évek elejétől folyamatosan alakul át oktatási rendszerünk, így az egészségügyi szakképzés is. Ez egyaránt nehezebb feltételeket jelent a munkáltatóknak, munkavállalóknak, a képző intézményeknek. Az egészségügyi szakdolgozóknak 1999. januárjától működési

nyilvántartásuk megújítása érdekében, rendeletileg kötelező továbbképzésen kell részt venniük. Ez a feltétele annak, hogy szakképzettségüknek megfelelő munkakörüket önállóan elláthassák.

A munkáltatónak érdeke, hogy 5 éven belül hozzásegítse dolgozóját a szükséges kredit pontokhoz. Az oktató kórházak felelőssége megnőtt, hiszen a szakmai gyakorlatok nagy része áttevődött a klinikum területére. A Jósa András Kórház a Debreceni Egyetem kiváló oktató kórháza, amely több mint tíz éve látja el orvostanhallgatók, főiskolai hallgatók, és az OKJ képzésben résztvevő tanulók szakmai gyakorlati képzését. Az intézmény vezetése igen fontosnak tartja a képzést, továbbképzést, s ehhez egyaránt a humánerőforrást és a tárgyi feltételeket is biztosítja.

Intézeti reanimációs továbbképzés

Az intézeti képzés elvi alapja az egészségügyi törvény, amely minden egészségügyi dolgozó számára kötelezővé teszi a tőle elvárható szintű segélynyújtást vészhelyzetben. Ennek megfelelően 1999. november 15. óta a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósa András Kórházában főigazgatói utasítást követően megszerveztük az intézet orvosai, szakdolgozói részvételével a folyamatos, szinten tartó, vizsgával záruló, a munkavállalás és munkába állás feltételéül megszabott REANIMÁCIÓS TOVÁBKÉPZÉST, amely második éve akkreditált formában zajlik a Sürgősségi Betegellátó Osztály és az Anaesthesiológiai és Intenzív Therápiás Osztály munkatársainak közreműködésével.

Az oktató stúdió európai szintű felszereltségével lehetővé teszi a nemzetközi kívánalmaknak is megfelelő rendszeres továbbképzést. Széleskörű, színvonalas, azonos módszert tanító CPR (Cardiopulmonáris Reanimáció) oktatására van szükség, hiszen az újraélesztés alkalmazására bármikor, bárhol, utcán, munkahelyen vagy otthon is szükség lehet. A tematikába beépültek a reanimáció nemzetközi kívánalmai is.

Szakdolgozók részére 40 órás, 40 kredit pontot érő akkreditált továbbképzésként folyik, orvosok számára 12 órás 20 kredit pontot érő képzést biztosítunk. Mivel a továbbképzések során megszerzett, egységes elméleti és gyakorlati készségeket biztosító ismeretek nem jelentenek tartósan rögzült tudást, így a képzési szinteknek megfelelően évenként, ill. két évenként fontos az ismeretek megújítása, szinten tartása.



1. ábra - Gyakorlat az oktatóteremben



2. ábra – Folyik az elméleti képzés a jól felszerelt oktatóteremben

Továbbképző programunkban eddig 56 beteghordó vett részt a reanimációs továbbképzésen és tett sikeres vizsgát. További 200 szakmai gyakorlatát töltő hallgató is részt vett az oxiológiai gyakorlaton, az oktató stúdióban mutatott tudásuk alapján megfeleltek az előírt követelményeknek.

A továbbképzés során megszerzett tudás nagymértékben emeli a résztvevők elméleti ismereteit, megkönnyíti a sürgősségi helyzetekben hozandó döntést és cselekvési sort. Mivel továbbképző központunk regionális reanimációs képzési központ lett, így lehetővé vált a kórházon kívüli más egészségügyi intézet orvosai, szakdolgozói és asszisztensei számára a továbbképzésen való részvétel, melyet egyre többen vesznek igénybe. Természetesen a régió kívül is szívesen fogadunk érdeklődőket.

Az utóbbi időben igény merült fel a nem egészségügyi végzettségű dolgozók részéről a laikus képzésre, melynek szívesen teszünk eleget. Sürgősségi betegellátó osztályunkon negyedik éve működik a WHO Klinikai Demonstrációs és Oktatási Egysége, így a főiskolai hallgatók, OKJ képzésben részt vevő tanulók, az első évet végzett orvostanhallgatók tankórtermi oktatására adott a lehetőség. Jól felszerelt oktató stúdióban - amelynek eszközeit zömmel pályázat útján szereztük be - folyik az *elméleti és gyakorlati képzés* az oktató team tagjainak közreműködésével. Ehhez AMBU- tréneres számítógépes konfigurációval is rendelkező eszközei adnak korrekt, mérhető lehetőséget, objektív jegyzőkönyvet.

Annak érdekében, hogy a magas időfaktorú szív, és keringési betegségek halálozási mutatói javuljanak, folytatni kell az egészségügyi dolgozók szinten tartó reanimációs ismereteinek elméleti és gyakorlati oktatását. Fontos, hogy országosan kiterjesszük a laikusok számára is a képzést, hogy egyre több személy legyen képes vészhelyzetben a szabályos segélynyújtásra, szükség esetén az újraélesztésre, ezáltal *növelve a bajbajutottak esélyegyenlőségét az életben maradásra!*

[Vissza a tartalomhoz](#)

Mata Zsuzsanna

*kórházhygiénés munkatárs, Bács-Kiskun megyei Önkormányzat Kórháza, Kórházhygiénés
Osztály*

Dr. Nagy Andrásné

diplomás ápoló, Bács-Kiskun megyei Önkormányzat Kórháza, Rendelőintézet

Bakonyi Tamásné

szakoktató, Petz Aladár Megyei Kórház Győr, Nőgyógyászat

Bevezetés

A folyóirat 2002. évi 15. évfolyamának 5. számában már közzétettünk egy előzetes értékelést, amely a Johan Béla Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program ismertségére és megvalósítására vonatkozott. Ebben az írásban az egészségnevelési filozófia megváltozásának szükségessége mellett felvázoltunk egy olyan stratégiát is, amely a szakdolgozókra közvetlenül épül. Ezzel azt is kimondtuk, hogy az egészségnevelés átlépi a diszciplínák és a szektorok közötti határokat, és interdiszciplináris jelleget ölt (1, 2).

Az egészségügy társadalmunk egyre jobban felértékelődő kapcsolati rendszere. Az egészségügy ezzel alapvetően új kihívások elé néz. A kihívások megoldásában fontos szempont az ellátás egységesítése, a hozzáférés és a hatékonyság javítása. Kulcskérdés a megfelelő szakemberek biztosítása, illetve a jól képzett szakdolgozók pályán tartása. Az egészségügy fejlesztésében fel kell értékelődnie a diplomával rendelkező ápolók által végzett tevékenységnek. Remélhetőleg kiteljesedhet szakmai önállóságuk, amely magába foglalja a preventív tevékenységet is. Erre az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről is felszólít: "Minden egészségügyi dolgozó feladata az egészségnevelésben való aktív részvétel, ezért az egészségügyi dolgozók képzése során kiemelt figyelmet kell fordítani az életmódtanácsadásra történő felkészítésre." (3)

Ez a törvény az egészségnevelést a közegészségügyi szakfeladatokról szóló fejezetében az egészségvédelem, egészségfejlesztés elsődleges eszközének tekinti. Az egészségnevelés azonban elképzelhetetlen az e feladatokra speciálisan képzett humán erőforrás biztosítása nélkül. Ehhez, a jelenlegi egészségügyi szerkezetben, a kórházakban találjuk meg koncentráltan a megfelelő létszámú szakembereket. Igaz, alapvető fontosságú lenne a szakirányú feladatokra speciálisan képzett egészségügyi szakemberek biztosítása az egészségfejlesztés országos intézményrendszerében is.

Az egészségnevelésnek, bár hagyományosan a megelőzés a célja, beteg emberek esetében is jelentős szerepe van. Lehetséges ugyanis, hogy az egészségben bekövetkezett krónikus elváltozások további állapotromlását megakadályozzuk, és visszaállítsuk a korábbi egészségi szintet. Érzékelhető tehát, hogy az egészségnevelés kiterjedt jelentőséggel, és tudományos alapokkal bír (4).

Az egészségnevelő számára célcsoport lehet maga az egészségügyi dolgozó is. A munkahely a legkülönbözőbb módon, sokszor káros hatással lehet az egészségi állapotra (6). A munkahely és az egészség kérdése természetesen nem csak a veszélyeztető tényezőket jelenti, de az általános munkahelyi környezet és annak egészségre gyakorolt hatása a leginkább figyelmen kívül hagyott szempontokat jelentik még ma is. Komoly probléma, hogy a munkahelyi egészségmegőrzés személyekre irányuló intézkedésekre épít, és nem veszi figyelembe a környezeti vagy szervezeti szempontokat (5, 6).

Az 1980-as évek végén indult el a Health Promoting Hospitals (HPH) (Egészségfejlesztő Kórházak) mozgalom (5). Ennek röviden két célja volt: egészséges munkahelyi környezetet teremteni, illetve egyfajta kórházmodellt kialakítani. Eszerint a kórházak nem elégedhetnek meg a gyógyító munkával, hanem jelentős részt kell vállalniuk a megelőzés, szűrés, felvilágosítás munkájában, az egészségmegőrzésben.

A HPH mozgalom széles skálán tervezi az egészségmagatartás megreformálását: egészséges táplálkozás, dohányzás, kórházhygiéne, környezetvédelem, klubtevékenységek, mentálhygiéne, egészséges életmód, sport, családcentrikus szülészet, bababarát kórház, egészségnevelés, stb. Adódik a kérdés: *miért kulcsfontosságú az egészségmegőrzés szempontjából a kórház* ? Erre három válasz adható:

- Javuló kommunikáció, jobb viszony kezd kialakulni ápoló és betegek között;
- Az egészségnevelésbe bevont ápolók számára számos lehetőség nyílik az egészségnevelő munkára, hiszen naponta közvetlen kontaktus alakul ki az ápoló és a beteg között;
- A kórház kapcsolt alapellátásban az ápolók megelőző tevékenysége az egészségnevelés mindhárom szakaszára kiterjed.

Központi kérdés minden kórházban a továbbképzés biztosítása. A gyógyító ellátás és az egészségfejlesztés szakmai értékeinek összekapcsolódása lehet a kulcsa a képzési fórumok szervezésének. Ezek szervezett vizsgán keresztül nemcsak tudást adnak, hanem annak felismerését is, hogy a résztvevők kapcsolódhatnak egymáshoz a későbbi tevékenységek sorát.

Továbbra is célunk, hogy az egészségügy valamennyi területén egyesítsük és segítsük a szakdolgozók szakirányú képzését, egészségvédő programok kialakítását, megvalósítását, tehát az ismeretek gyakorlatba való átültetését. A népegészségügyi program ehhez megfelelő keretet biztosíthat, amelyet képzett szakemberek fognak kitölteni, felépíteni. Reményeink szerint a szakdolgozók közül is egyre többen lesznek részesei a program megvalósításának, és saját életmódjuk alakításán keresztül is példát mutatnak majd. Ahhoz azonban, hogy eredményes lehessen a változtatásra tett erőfeszítésünk, szükség van arra, hogy felmérjük a meglévő tudás mértékét.

A vizsgálat

Vizsgálatunk Kecskeméten, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórházában indult el 2002. márciusában. Az első megvalósítás eredményeiről a Nővér 2002. 15. évfolyam 5. számában már beszámoltunk. 2003-ban a vizsgálatba bevontuk Győr-Moson-Sopron megyét is. Konkrétan Győrött, a Petz Aladár Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórházában történt a kérdőívek kiosztása. A felmérésben a következő osztályok vettek részt mindkét színhelyen: traumatológia, szülészet-nőgyógyászat, általános sebészet, RI izotópdiaгностика, belgyógyászati ambulancia, RI-nőgyógyászat, mozgásszervi rehabilitáció.

Hipotézis

Feltételezésünk szerint az egészségügyi szakdolgozók kevéssé vagy egyáltalán nem ismerik a Johan Béla Népegészségügyi Programot, következésképp a végrehajtásában sem vesznek részt. Továbbá feltételeztük, hogy a program ismerete Magyarország egyes megyéiben különböző szintű. Ennek érdekében került a kutatásban bevonásra Győr-Moson-Sopron megye is.

Cél

Célunk annak meghatározása volt, hogy a két vizsgálatba bevont megyében milyen ismeretszinttel bírnak az egészségügyi dolgozók a Népegészségügyi Programmal kapcsolatban. Emellett cél volt, hogy a kapott adatok között összehasonlítást végezzünk.

Kutatási módszerek

Az adatgyűjtést kérdőíves módszerrel végeztük. A kérdőív önkitöltéses technikára épült és 15 kérdésből állt. Tizenkét zárt és 3 nyitott kérdést tartalmazott. A kutatás során a kérdőívek véletlenszerűen kerültek kiosztásra. 2003-ban mindkét megyében közel 100 kérdőív került kiosztásra. Ebből 30 darabot kaptunk vissza Győr-Moson-Sopron megyéből, 76-ot pedig

Bács-Kiskun megyéből. Összesen 106 darab kérdőív érkezett vissza ebben az évben. 2002-ben az összesen visszaérkezett és értékelhető kérdőívszám: 115 darab volt. Összesítve: 221 darab kérdőívet értékelhettünk ki eredményesen a két év leforgása alatt.

Eredmények

Az 1. táblázat foglalja össze a 2002-2003-ban felvett adatokat. Az egészségi állapot jellemzőivel kapcsolatban a 2003-ban zajló kutatás során azt tapasztaltuk, hogy az egészségügyi dolgozók meggyőződése a lakosság romló egészségi állapotáról fokozatosan erősödik (2002-ben 74%, 2003-ban 85,5% szerint). Győr-Moson-Sopron megyét tekintve sokkal többen tartják stagnálónak a lakosság egészségi állapotánakhelyzetét.

A Johan Béla Program ismerete a két megye között éles ellenétet mutat: Bács-Kiskun megyében a dolgozók 52,3%-a, míg a Győr-Sopron-Mosonban a minta 13,3%-a ismerte a Programot. Megyénkben nem észleltem lényeges eltérést a 2002-ben kapott eredményekhez képest. Környezetünk és a betegségek között mindkét megye megkérdezettei szoros kapcsolatot feltételeztek (Gy-M-S: 100%, B-K-M: 90%).

Vizsgált tényezők	Bács –Kiskun megye		Győr - Moson - Sopron megye
	2002	2003	2003
A lakosság egészségi állapotának jellemzői	Javul: 5% Stagnál: 21% Romlik. 74%	Javul: 4,6% Stagnál: 13,8% Romlik. 81,5% Nem válaszolt: 1,5%	Javul: 6,66% Stagnál: 30% Romlik. 63%
Johan Béla Népegészségügyi Program ismerete	Igen: 44% Nem: 54 % Nem válaszolt: 2 %	Igen: 52,3 % Nem: 41,5 % Nem válaszolt: 1,5 %	Igen: 13,33% % Nem: 86,6 % Nem válaszolt: 0 %
Környezetünk és a betegségek kapcsolata	Igen: 95 % Nem: 6 % Nem válaszolt: 2 %	Igen: 90,7 % Nem: 4,6 % Nem válaszolt: 3,07 %	Igen: 100 % Nem: 0 % Nem válaszolt: 0 %

1. táblázat – A vizsgált kérdésekre adott válaszok megoszlása 2002-2003. évben, mindkét megyében (%-ban)

Vizsgált adatok	Bács – Kiskun megye		Győr-Moson-Sopron megye
	2002	2003	2003
Egészségkommunikáció	38,2 %	30,7 %	30 %
Környezetvédelem	60 %	63 %	66,6 %
Esélyegyenlőség	49,5 %	21,5 %	23,3 %
Szűrővizsgálatok	90,43 %	70,7 %	83,3 %
Folyamatos kontroll	34,7 %	33,8 %	43,3 %
Munkahelyi környezet	28,6 %	27,6 5	6,66 %
Mind	8,69 %	10,7 %	10 %
Nem válaszolt	0	0 %	3,33 %

2. táblázat – A beavatkozási pontok fontosságának megítélése (%-ban)

A 2. táblázatban a beavatkozási pontokra tett javaslatok összességének megoszlását adtam meg. Kapcsolódva az 1. táblázathoz, a környezetvédelem itt is fontos pillér mindkét régióban. Jelentős különbségek ennek megítélésében sem mutatkoztak.

A legtöbb szakdolgozó még ma is a szűrővizsgálatokban látja a prevenció lehetőségét. A munkahelyi környezet 2003 évben sem került előkelőbb helyre. Érthetetlen, hogy a kollégák mi okból tartják mellőzhetőnek ezt a területet, miközben a munkahelyi egészségvédelem feltétele az egészséges tevékenységnek. Ez a megállapítás mindkét megyére érvényes volt. Ugyanakkor az egészségkommunikáció lehetőségeit, amelyben az ápolásnak hagyományosan kiemelt szerephez kellene jutnia, a válaszadók többsége kevésbé tartotta hatékony, elsődleges módszernek.

Megbeszélés

Kutatásunkat az a feltételezés motiválta, miszerint az egészségügyi dolgozók nem rendelkeznek elegendő ismerettel a Johan Béla Programról ahhoz, hogy aktív részei lehessenek annak. Emellett a 2003. évi vizsgálat arra irányult, hogy ellentétet vagy párhuzamot igazoljon Bács-Kiskun Megye és Győr-Moson-Sopron megye egészségügyi dolgozóinak ismeretei között. Előzetes jelentésükhöz hasonlóan, a 2003-ban felvett adatok nem sok változást mutattak. A minta összessége megközelítőleg 70%-ban nem ismerte a Népegészségügyi Programot, feltételezhetően ezek a szakdolgozók a megvalósításában sem vesznek részt. A válaszadók a környezetvédelmet kiemelten lényegesnek tartják, igaz, a munkahelyi környezetet már nem sorolták ebbe a körbe. Továbbra is magas azoknak az aránya, akik a szűrővizsgálatokkal remélik megállítani a romló egészségi állapotot. Ezek a beavatkozások azonban költségesek, és a hozzáférés biztosítása sem megoldott feladat. Ugyanakkor az olcsóbb és sokszor hatékony egészségkommunikáció, amely kórházi ellátásban is ideálisan végezhető ápolói kompetencia, a többség szerint kevésbé fontos egészségfejlesztő eljárás. Ez értelemszerűen számos kérdést vet fel, amelynek gyökereit részben a képzés területén kell keresni. Mindenképpen fontos erre a hiányosságra felfigyelni, és a továbbképzés rendszerébe az egészségkommunikációs készségfejlesztést beiktatni. Mint a bevezetőben említettük, az egészségi állapot változtatásához megfelelően képzett szakemberekre van szükség, nem kivétel ez alól az ápolás sem.

A Johan Béla Népegészségügyi Program megvalósulásához komplett stratégiára és teamszerű kivitelezésre van szükség. Eredményes megvalósításhoz a beavatkozási pontokat együttesen kell alkalmazni. Ezzel a véleménnyel csupán 10,7% értett egyet megyénkben. Hasonló volt a helyzet Győrben is (10%). A továbbképzések tehát indokoltak, úgy tűnik, hogy először a szakdolgozók körében szükségszerű a szemléletváltozás végrehajtása.

Tudatában vagyunk annak, hogy a fizikai és pszichés leterheltség sok ápolót hátráltat egy egészségesebb életmód megvalósításában. Ugyanakkor a példamutatás szükséges eleme a napi tevékenységünknek, így megkerülhetetlen, hogy a betegnek és a közösségnek, amelyben élünk, pozitív felfogást, értékeket közvetítsünk. A változás elősegítéséhez szükséges tudást pedig mindannyiunknak kötelessége lenne elsajátítani, éppen ezért ne utasítsuk vissza azokat a továbbképzési lehetőségeket, amiket munkaadó intézményünk felajánl. A népegészség helyreállítása nem könnyű feladat, de részvételünk nélkül nem érhetünk el eredményt.

Irodalom

1. Az egészségügy új szerkezete. (2002). Egészségnevelés, XLIII. évf., 6. szám 261.
2. Miskolcziné Radics K., Szeles, V., Székely, L. (2002). Egészségre nevelés – segítség (Kísérleti program). Egészség, 116 (3), 17.
3. 1997.évi CLIV. Törvény az egészségügyről: 38 § 3. bekezdés.

4. Lukáts, A., Szeles, V., Székely, L. (2002). Történelmi visszatekintés: az egészségnevelés tudománnyá válása. Budapesti Népegészségügy, 4., 327-331.
5. Naidoo, J. és Wills, J. (1999). Egészségmegőrzés. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt., 268. old.
6. Beszámoló az Amerikai Kereskedelmi Kamara Egészségügyi Bizottsága által indított, "Egészséges Munkahelyek Programról". (2003). Egészségnevelés, XLIV. 2. 86.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A klinikai vizsgálatok történeti áttekintése, a „study nurse” szerepe a multinacionális, multicentrikus klinikai vizsgálatokban*

Zatkó Jánosné

szakápolónő, Uzsoki Utcai kórház Onkoradiológiai Központ Kemoterápiás Ambulancia

**A III. helyezett előadás a 2003. május 27-én az Uzsoki utcai Kórházban megrendezett Szakdolgozói Tudományos Napon hangzott el.*

A klinikai vizsgálatok történeti áttekintése

A megelőző több ezer évhez képest a rák diagnosztikájában és terápiájában jelentős fejlődést hozott az utóbbi kb. 130-140 év (a XIX század második felétől): a Röntgen-sugár felfedezése, a megbízható altatási eljárások felfedezése, az antibiotikumok kifejlesztése, stb. De ennél is jelentősebb, ugrásszerű fejlődés következett be az utóbbi két-három évtizedben a pontosan célzott sugárterápiás eljárások, a daganatbiológiai alapon nyugvó gyógyszeres kezelések kifejlesztése tekintetében. Mondhatjuk, hogy némi „segítséget” adtak a világháborúk is: transzfúziós eljárások, folyadékpótlás, harci gázok (a mustárgáz például a kemoterápiás gyógyszerek egyik alapvegyülete), és sok más eljárás.

Kezdetben a műtétektől várták a gyógyító eredményt, de később rájöttek, hogy sok-sok beteget feleslegesen, csak csonkító műtétnek tettek ki, mert a beteg így is meghalt. A recidiváló daganatos, gyógyíthatatlan betegeken viszont sporadikusan, szinte csak a hatás felmérése érdekében kipróbáltak egy-egy gyógyszert is. És egyik-másik gyógyszer jelentős remissziót, akár 100%-os hatást hozott létre a daganaton. Az eredmények azonban végül is kiábrándítóak voltak – hiszen csaknem minden esetben gyógyíthatatlan betegeken történtek a vizsgálatok. Hosszú ideig azt hitték, hogy a gyógyszeres daganatellenes kezelés pusztán palliatív okokból megfelelő. Az eredmények nem jelentkeztek rendszeresen minden betegnél, mert tetszés szerinti adagokat használtak, standard kezelési módok nem alakultak ki.

Egy-egy daganattípusnál viszont, pl. hererák, Wilms-tumor, Hodgkin-kór, krónikus leukémiák, stb., végleges gyógyulást hoztak a kemoterápiás kezelések. Az 1950-es évek végére az 1960-as évek elejére nyilvánvalóvá vált, hogy gyógyszerekkel bizonyos daganatok véglegesen meggyógyíthatók. Kezdték kialakulni a standardkezelési módok (pl. emlőrákban a CMF, Hodgkin-kórban a COPP, vagy az ABVD.) Felmerült a kérdés, hogy az eredmények mérésére mit is kellene használni?

Rájöttek, hogy a daganatos beteg túlélését kell elsősorban figyelni, tekintet nélkül arra, hogy a fennálló daganattal együtt él-e, vagy már nincs daganata (Overall Survival=OS). Aztán figyelni kezdték a tünetmentes (betegségmentes) túlélést (Disease Free Survival=DFS). Ezeket az értékeket 5 évre számítva százalékban adják meg: pl. 5 éves OS = 38%.

A folytatásban megfigyelték, hogy a recidíváig eltelt időt is számításba kell venni (Time to Progression = TTP). Ezt az értéket időben (hetek, hónapok) adják meg, pl. átlagosan 18 hónap TTP.

Mérhető (fennálló) daganaton figyelni kezdték a teljes reakciót (a daganat 100%-ban eltűnik = Complete Remission = CR). Mérték a részleges reakciót is (a daganat több, mint 50%-ban összehúzódik = Partial Remission = PR). Majd ugyancsak mérni kezdték a daganat stabilizálódását (Stable Disease = SD). És figyelték, hogy hány daganat progrediál a kezelés ellenére (= PROG).

Utóbbi négy értéket %-ban lehet megadni, pl. 100 daganat közül 20% CR, 30% PR, 50% SD-t mutatott. Ha a szer igen jól hatott előrehaladott, mérhető tumorokon pl. komplett reakciót hozott létre az esetek 20%-ában, részleges reakciót 30%-ban, akkor kipróbálják olyan betegeken is, ahol nincs mérhető tumor, hanem utókezelés gyanánt adják a gyógyszert és figyelik a kiújulásig eltelt időt (TTP), a túléléseket (DFS-t és OS-t). Ezeket hívjuk **adjuváns** kezelési vizsgálatoknak.

Mivel itt kis daganatok műtétje utáni helyzetről van szó, sokszor évekig nem keletkezik kiújulás, a betegekkel történő eseményeket 5-10 évig kell követni ahhoz, hogy látható eredményeket kapjunk. Ha pl. két csoport közül 1000 vizsgált esetből 14 meghal, a másik csoportban 17 meghal, ez nem jelentős, nem *szignifikáns* különbség, ez még nem igazolja az új gyógyszer nagyobb hatékonyságát. Ahhoz azonban, hogy statisztikailag kimutatható különbség legyen a két szer között, olykor hosszú hatásidőnek kell eltelni. Ezért van az, hogy egyes vizsgálatok futamidejét csak években lehet megadni, és az eredményre meglehetősen hosszú időt kell várni.

Mindezek mellett a daganatos betegségeket szakaszokra kellett bontani (stádiumok), mégpedig igen pontosan, hogy az egyes eseteket össze lehessen hasonlítani (pl. egy első stádiumú emlőrákot nem lehet egy áttételes emlőrakkal összehasonlítani).

Később részletezni kezdték a szövettant is (a daganat foka [grade], emlőrákban pl. a receptorok állapota, HER-2 státusza, stb.), hogy elősegítsék a még pontosabb összehasonlítást. Most már azt is tudjuk, hogy ezek a pontosító, részletező faktorok egyben véleményt mondanak arról is, hogy a betegségben milyen kimenetel (prognózis) várható, ezért prognosztikai faktoroknak is nevezzük őket. De arra is utalnak egyben, hogy milyen választ fogunk kapni a gyógyszeres kezelésekre, ezért prediktív (jósló) faktoroknak is nevezzük egyes csoportjaikat, mert tudjuk, hogy pl. emlőrákban hormonkezelésre az ösztrogén-receptor pozitív daganat reagálni fog, a receptor negatív pedig nem. Így tehát itt az ER-pozitivitás jobb indulatú daganatot jelent (jó prognosztikai faktor) és egyben jelzi, hogy hormontablettára a beteg reagálni fog, azaz jó prediktív faktor is egyben.

A tudomány fejlődése, a kutatók és orvosok áldozatos munkájának köszönhetően egységes rendszer alakult ki. Klinikai vizsgálatokat (clinical trial, clinical study stb.) kezdtek végezni, hogy be tudják bizonyítani az újabb módszerek hatékonyságát. A különböző országok eredményeit még mindig nem lehetett összehasonlítani, ezért világkongresszusokon megállapodtak egy rendszerben. Ennek lényege, hogy különböző helyeken, azonos módon, **előre megtervezett** vizsgálatokat fognak végezni: ezek lettek a *multicentrikus prospektív vizsgálatok*.

Természetesen az eredmények csak akkor fedik (megközelítően) a valóságot, ha az orvos megérzéseit ebből kiszűrjük, tehát a szubjektum nem játszik szerepet a vizsgálatokban. Ezért kialakították a „találomra” kiválasztott kezelést, azaz a *randomizálást*: két azonos külsejű, lezárt borítékban volt elhelyezve a kétféle választandó kezelés leírása. Az egyik beteg kapta az egyik (A) boríték szerinti kezelést, a másik beteg a második (B) borítékban elhelyezett előírás szerinti kezelést. Az orvos nem tudta előre, hogy melyik borítékban mi van, hogy melyik beteg lesz az A-kezelési melyik a B-kezelési ágban. Ma már természetesen a randomizálást számítógép végzi.

Mivel egyre nagyobb nyomás nehezedett az orvostudományra, eredmények felmutatásához nagyszámú betegre volt szükség, ezért nemzetközi kutatásokat szerveztek. Ehhez egy-két intézet beteganyaga nem elegendő, ezért nemzetközi csapatokat vontak össze: *multinacionális, multicentrikus, prospektív randomizált* vizsgálatokat végeztek.

Ebben a vizsgálatban senki se tudja, hogy mi van a gyógyszeres dobozban (a gyárban is csak egy-két személy), az orvos sem tudja, hogy mit ad (a dobozról nem lehet megállapítani), ezért ezt a vizsgálati fajtát „kettős vak” (double blind) módszernek nevezik.

Klinikai kísérleteket lehet végezni sebészeti beavatkozások összehasonlítására, sugárterápiás eljárások összehasonlítására is, de leginkább gyógyszeres eljárások összehasonlítására alkalmas ez a módszer. Utóbbi esetben mindig az előző évtizedek által már bizonyított, legjobban bevált, standard kezelési módot hasonlítják össze az újjal. (Ma már az európai előírások nem helyeslik a „semmi kezeléssel” (placebóval) való összehasonlítást.)

Egy új eljárás (gyógyszer) hasznának bizonyítása időrendi sorrendben a következő lépéseket követi:

I. fázisú vizsgálatnak nevezzük, amikor a gyógyszert még ember nem kapta, és egy bizonyos matematikai modell szerint egyre növekvő adagban kitérítik az emberen szükséges dózisokat (egyszeri dózist, napi dózist, stb.). Ilyenkor rendszerint farmakológiai, farmakodinamikai vizsgálatokat is végeznek a vérből (hogyan szívódik fel, hogyan metabolizál, hogyan ürül, stb.). (Előrehaladott, gyógyíthatatlan eseteken végzik.)

II. fázisú vizsgálatban a már kitapasztalt megfelelő dózissal kezelnek egy-kétféle betegséget, hogy megtudják, a gyógyszer egyáltalán milyen hatásos azokban a betegségekben. (Az addigi kezelésekre már nem reagáló, bizonyos tumoros betegekben végzik)

III. fázisú vizsgálatokban már több száz betegen alkalmazzák a régi standard gyógyszert és összehasonlítják azt másik több száz betegen adagolt új gyógyszerrel. (Ha az I. és II. fázisban jó a gyógyszer, a klinikumban – mindennapokban - is adni kezdik).

Ki a study nurse?

A klinikai vizsgálatok kivitelezése csak jól együttműködő csapatmunkában lehetséges. A study (vizsgálat) minden résztvevőjének előre meghatározott, írásban rögzített feladata illetve kötelessége van.

A vizsgálat lefolytatásáért felelős orvos a vezető kutató (investigator), és a szintén orvos társkutató (co-investigator). A study nurse az a szakápoló(nő), aki a felelős orvosokkal együttműködve látja el a klinikai vizsgálatokhoz kapcsolódó szakápolói teendőket. A vizsgálat indulásakor az ápoló feladatait, jogait, (pl. aláírási jogait) pontosan írásban rögzítik, és ő aláírásával vállalja a rábízott feladatok ellátásáért a felelősséget.

Mi is a study nurse feladata ?

Először is a vizsgálati folyamatok megértése, átlátása. Ehhez tréningeken kell részt vennie (kutatási értekezletek). Minden vizsgálatnál eltérőek a feladatok, tehát mindig minden új vizsgálatot meg kell tanulni. Egyik legfontosabb dolog a beteggel való személyes kapcsolattartás. Egyes vizsgálatokban folyamatos telefonkapcsolat is szükséges lehet.

Az ápoló feladata az elmélet gyakorlatba való átültetése. A diagnosztikai eljárások (vérvétel, röntgen, EKG, stb.) bonyolítása. Teljes mértékben a study nurse feladata a laboratóriumi vizsgálatok kivitelezése, amelynek mindig a vizsgálatban előírt módon kell történnie. Legtöbb vizsgálatban biztosítanak egyedi vérvételi szettet, és pontos utasítást, hogyan kell a vérvételt kivitelezni. (Sok esetben a levett vért centrifugálni kell, majd a savót a megfelelő csőbe átpipettázni, esetleg hematológiai kenetet készíteni.)

Az ilyen módon előkészített vizsgálati anyagokat pontosan fel kell címkézni, csomagolni, majd, ha külföldi laboratóriumban történik a minta további vizsgálata, a kijelölt gyorsposta szolgálatot kell értesíteni, és az anyagot elszállíttatni. Ha fagyasztott savó mintát kérnek, erre a gyorsposta szolgálat figyelmét külön fel kell hívni. Mint már említettem, minden klinikai vizsgálatban pontos előírások vannak a vizsgálati anyagokkal való bánás minden egyes lépéséről.

Szintén a study nurse feladata infúziós gyógyszeres vizsgálatok esetén a gyógyszeres oldatok előkészítése, a kezelések előtt, közben és után az előírt módon a beteg folyamatos megfigyelése és az adatok rögzítése. A kezelések pontos dokumentálása, kezelőlap vezetése is ápolói feladat. A mellékhatásokra való felfigyelés, azok jelentése, az esetleges kölcsönhatások észlelése ugyancsak az ápoló felelőssége.

A klinikai vizsgálatokban alkalmazott gyógyszerek tárolásáról és folyamatos ellenőrzéséről az ápoló köteles gondoskodni. A gyógyszerek tárolására kijelölt helyiség hőmérsékletének folyamatos monitorozása és az adatok rögzítése szintén a study nurse feladata. Legtöbb esetben gyógyszernyilvántartó lap pontos vezetése is előírt. Az üres gyógyszeres dobozokkal és ampullákkal is el kell számolni, ezért ezek tárolásáról is gondoskodni kell.

Megegyezés szerint a study nurse feladata lehet a vizsgálatban részt vevő betegeknek az életminőségre vonatkozó kérdőívek (QOL = Quality of Life kérdőívek), betegnaplók kiadása, ellenőrzése. Természetesen ezeket a betegeknek személyesen kell kitölteniük, de az ápoló segíthet a betegeknek a kérdések megértésében, és felügyeli a kérdőívek pontos kitöltését.

Az onkológiai osztályon dolgozó ápolók olyan betegekkel foglalkoznak, akiknek betegsége összetett jellegű, különféle gyógymódokat igényelnek. Az utóbbi évtizedekben a klinikai vizsgálatokban való részvétel is hozzátartozik az egyre bővülő szakápolói feladatokhoz. Ambulanciánkon az utóbbi években számos klinikai vizsgálatot bonyolítottunk le, amelyeknek az eredményei, ha csak kis mértékben is, de hozzájárulnak a daganatos betegségek mielőbbi gyógyításához.

Irodalom

1. Veronesi, U., Bonadonna, G. (szerk.). (1985). „Clinical Trials in Cancer Medicine.” Past achievements and future prospects. Orlando: Academic Press.
2. Kosztolányi, Gy., Decsi, T. (szerk.). (2002). A bizonyítékokon alapuló orvoslás tankönyve. PTE Pécs: OEC nyomda.
3. Biganzoli, L., Strahle, C. (szerk.). (2002). An overview of recent and ongoing adjuvant clinical trials for breast cancer. Brest International Group Belgium.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Ápolók a kutatásban: kinek az érdeke?

A magyar ápolástörténetben is lassan utolérhetők és azonosíthatók lesznek azok a fejlődési szakaszok, amelyeket a tengerentúli és nyugat-európai országok gyakorlatában előttünk már megvitattak. Zatkó Jánosné közleménye mindenképpen egy ilyen fejlődési szakasz előfutára, amely arra – az egyébként öröndetes tényre – szolgáltat bizonyítékot, hogy a képzett és felkészült ápolók szerepváltása közel 10 évvel a diplomás ápoló koncepció meghonosítása után nem várat többet magára. Ami továbbra is nyitott kérdés marad, hogy vajon az ápolásnak

van-e leginkább szüksége erre a szerepváltásra vagy az orvoslás fedezett volna fel egy újabb lehetőséget arra, hogy hagyományos monopóliumait megtartva, továbbra is alávetett, kiszolgáló pozícióban tartsa az ápolást.

Nem kérdéses, az ún. “study nurse”¹⁾ szerepköre, ez a kéziratból is világosan kiderül, a végrehajtó, megvalósító szerep. Ez önmagában még előnyös is lehet az ápolásfejlesztés egészére nézve, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy képzett ápolók tanulhatják meg a tudományos vizsgálat gyakorlati megvalósításának menetét, a lebonyolítás buktatóit, mindezzel tehát olyan magas szintű tudásra tesznek szert, amelyet az egyetemi képzés keretén belül sem tudnának jelenleg elsajátítani. A probléma valójában kettős. Egyrészt, az itt bemutatott ápolók a kutatási folyamat elméleti menetét nem tanulhatják meg, aminek következtében képtelenek lesznek önállóan tervezni és végrehajtani ilyen kifinomult kutatási protokollokat. Másrészt, amennyiben mégis önállósodnak majd, mert sokáig nem lehet az egyéni érdeklődést keretek közé szorítani, kérdéses, hogy az orvosi kutatás protokolljait mennyiben tudják majd az ápolás nyelvére lefordítani, adaptálni, és vajon mennyire lesznek képesek kritikusan szemlélni a nem ápoláskutatásra kidolgozott módszerek eredményeit. Ezek az eredmények ugyanis, ha nem a kutatási problémának megfelelő eljárással állítjuk őket elő, hamisak, félrevezetők lehetnek.

Az ápoláskutatás magas szintű, ápolók által történő oktatása meghatározó jelentőségű, e folyóirat hasábjain már többször tárgyalt tudományfilozófiai kérdés. Az ápolás tudományos presztíziséhez és gyakorlati megbízhatóságához egyaránt fontos a megalapozott és szakirányú kutatói munka. Az itt körülírt “study nurse” az elméletileg jól képzett ápoláskutató szakembernek ideális partnere. Mindkettőjük közös célja lehetne az ápolástudomány, az ápolási gyakorlat minőségének továbbfejlesztése, a biztonságos és megbízható betegellátás megalapozása.

Szomorú lenne, ha az ápolás, most éppen a kutatást kivitelező ápolón (study nurse) keresztül, ismét csak az orvostudomány továbbfejlesztéséhez nyújtana, már-már hagyományos segítséget. Természetesen ésszerű és kifogásolhatatlan, hogy ápolók is részt vállaljanak olyan interdiszciplináris kutatási munkák megvalósításában, amelyek mindkét szakma és a betegellátás közös előbbre jutását eredményezik. A közleményben ismertetett feladatok azonban nem arról árulkodnak, hogy az ápoló és orvos egyenrangú félként vesz részt a munka tervezésében, kivitelezésében, kiértékelésében és közlésében.

Ismét csak Hildegard Peplau²⁾ amerikai ápolásfilozófusnak az orvosok és ápolók viszonyáról írt tanulmányához kell visszanyúljunk ahhoz, hogy az ápolás szerepét más megközelítésben lássuk magunk előtt. Peplau 1966-ban (!) írta az alábbiakat:

“...[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 régiekre tanították meg. Minél több feladatot vállaltak 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.]

Peplau arra is figyelmeztetett, hogy az orvosi gyakorlatból átvett szerepek nem feltétlen vezetnek olyan eredményre, amely az ápolás számára társadalmilag hasznos lehet:

“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.]

A jelenlegi helyzetre azonban utolsó megjegyzéseinek egyike illik a legjobban:

“...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.]

A kutatást kivitelező ápoló ("study nurse"), tudása és felkészültsége okán, vitathatatlanul fontos eleme lehet az egészségügyi kutatásnak hazánkban is. De a fenti intelmekre gondolva, talán az önállóan tervezett és végrehajtott ápoláskutatási programokban lenne leginkább a megfelelő helyük.

*Dr. Zrínyi Miklós, PhD
szerkesztő*

¹⁾ Kutatást kivitelező ápoló

²⁾ Peplau, H.E. (1999) Nurse-doctor relationships. *Nursing Forum*, 34, 31-36.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A tudományos eredmények kritikus értékelése 2. rész

Dr. Gulácsi László

*Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Közzolgálati Tanszék,
Egészségügyi Gazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport*

B./ Szakirodalmi áttekintések értékelése

Általános megjegyzések

Az irodalmi áttekintések értékelésekor három kérdésre célszerű választ adni:

B/I. Megbízhatók-e az eredmények?

B/II. Mi a vizsgálat eredménye?

B/III. Mennyire hasznosítható a vizsgálat eredménye a betegek ellátásában?

B/I. Megbízhatók-e az eredmények?

B/1. A vizsgálat / tanulmány világosan megfogalmazott kérdésre keresi-e a választ?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

Igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Világosan megfogalmazott a kérdés, ha utal:

- a vizsgálatba bevont betegpopulációra
- az alkalmazott egészségügyi eljárásra és a
- klinikai eredményre (outcome), amely lehetőleg jól definiált kemény végpont és nem köztes eredmény (vagy más néven surrogate outcome)

B/2. A szerzők gondosan kiválogatott, megfelelő minőségű tudományos közlemények felhasználásával készítették-e el az irodalmi áttekintést?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

Igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

A jó minőségű tanulmányok:

- nem több mint 3 vagy 4 alapkérdésre válaszolnak
- megfelelően tervezett és kivitelezett vizsgálatokon alapulnak

B/3. Valamennyi fontos tanulmányt tartalmazza-e a szisztematikus irodalmi áttekintés?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

Igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Célszerű ezzel kapcsolatosan a következőket vizsgálni:

- Milyen adatbázisokat használtak a szerzők?
- A tanulmányok irodalmi hivatkozásait áttekintették-e és felhasználták-e a kutatás során?
- A terület szakértőivel felvették-e a kapcsolatot?
- Tettek-e lépéseket a szerzők a nem publikált tanulmányok felhasználására és feldolgozására?
- Tartalmazott-e a keresés nem angol nyelvű tanulmányokat is?

B/4. A tanulmány szerzői mindent megtettek-e a felhasznált tudományos közlemények kritikus értékelése érdekében?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

Igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Gondosan értékelni kell a tanulmányok kiválasztásának, minőségi értékelésének módszereit és annak következetes betartását is. (A nem megfelelő minőségű tanulmányok meghamisíthatják az irodalmi áttekintés végeredményét.)

B/5. Megalapozott volt-e az egyes tanulmányok eredményének összevonása, és egységes bemutatása a szisztematikus irodalmi áttekintés során?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

Igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Figyelembe veendő szempontok:

- A különböző tanulmányokból származó eredmények hasonlóak voltak-e?
- A beválasztott tanulmányok eredményi egyértelműen kerültek-e ábrázolásra, megfelelően le voltak-e írva?
- Az eltérő metodikával készült vizsgálatok / tanulmányok hasonló eredményre vezettek-e?
- A különböző vizsgálatokból / tanulmányokból származó eredmények közötti eltérésekre adtak-e magyarázatot?

B/II. Mi a vizsgálat eredménye?

B/6. Melyek a szisztematikus irodalmi áttekintés általános eredményei?

Főbb szempontok:

- Melyek a fő eredmények? (számszerű adatok alapján)
- Hogyan fejezték ki az eredményeket? (pl. NNT, NNH, RR, OR stb.)

Mérlegelni kell azt, hogy az irodalmi áttekintés eredménye alapján az adott egészségügyi szolgáltatás / technológia számottevő egészségjavulást eredményezett-e a betegek számára (illetve a két vagy több összehasonlított egészségügyi szolgáltatás / technológia között klinikailag számottevő különbség tapasztalható-e?)

B/7. Mennyire pontosak és reprodukálhatók az eredmények?

Vizsgáljuk meg a konfidencia intervallumokat.

B/III. Mennyire hasznosítható a vizsgálat eredménye a betegek ellátásában?

B/8. Használhatóak-e az eredmények a helyi populáció esetén?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

Igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Ennek a kérdésnek a megítélésben a főbb szempontok:

- Lényegesen eltérnek el a vizsgált populáció sajátosságai a saját populációtól és ha igen milyen területen és mennyiben? (betegpopuláció sajátosságai; randomizáció; belső validitás: allokációs torzítás, paciensek preferenciája; külső validitás: részvételi és kizárási kritériumok, meghívás hiánya: szakemberek, intézmények, betegek és a részvétel hiánya: szakemberek, intézmények, betegek; demográfia; epidemiológia: incidencia és prevalencia)
- Lényegesen eltérnek-e a helyi egészségügyi ellátás körülményei a vizsgálatban leírt körülményektől, és ha igen milyen területen és mennyiben? (Új technológia esetén mi az a széles körben elterjedt gyakorlat, amit az új technológia esetleg részben vagy egészében felválthat - komparátor? Van-e az adott területen / populációban esetleg valamilyen központi finanszírozású program, ami azon a területen, ahol a vizsgálatot csinálták nem áll rendelkezésre?)

B/9. Minden klinikailag fontos eredményt (outcome), végpontot megvizsgáltak-e?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

Igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Melyek voltak ezek? Sorolja fel.

B/10. A klinikailag számottevő eredmények kellő mértékben ellensúlyozzák-e a kezeléssel járó kockázatokat?

(Karikázza be a megfelelő választ.)

Igen nem a tanulmányban erre nézve nincs információ

Amennyiben a vizsgálat ezt pontosan explicit módon nem mérlegelte, mi az Ön véleménye összehasonlítva az Ön által alkalmazott rutinszerűen alkalmazott egészségügyi szolgáltatással / technológiával?

B/11. A vizsgált technológia esetén a hatás egyedi vagy csoportthatás?

A kérdés a gyógyszerek esetén értelmezhető elsősorban.

Irodalom

1. Oxman AD, et al. Users' guides to the medical literature VI. How to use an overview, JAMA 1994; 272:1367-1371
2. A Brit Department for International Development által szponzorált TUDOR Projekt keretében elkészített szakmai anyagok (<http://tudor.szote.u-szeged.hu>)
3. Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem (BKÁE), Közszolgálati Tanszék, Egészségügyi Gazdaságtan és Technológiaelemzés és Technológiaelemzési Központ (HunHTA) szakmai anyagai
4. Gulácsi L, Klinikai kiválóság; technológiaelemzés az egészségügyben, Springer Orvosi Kiadó, Budapest, 1999.

1.2.3. mellékletek anyaga megtalálható a NŐVÉR 2003. 16.évf. 5. szám 37-41. oldalain

[Vissza a tartalomhoz](#)

Tallózó

Szülő-ápoló interakciók: hospitalizált gyermekek gondozása

Kanadai ápoláskutatók nemrég megjelent írásukban arra kerestek választ, vajon milyen tapasztalatokra tesznek szert beteg gyermekek szülei az ápolókkal való kapcsolatuk kialakítása közben. Mindezek feltérképezéséhez kvalitatív kutatási módszert választottak, személyes, hangrögzített interjúkat készítettek hét családban, 8 szülővel. Az interjúbeszélgetéseket nyitott kérdésekkel irányították, az adatfelvétel ideje 7 hónapig tartott. A kiválasztott szülők gyermekei krónikus betegségben szenvedtek, többször kerültek már kórházba, így a szülőknek is több alkalommal volt lehetőségük az ápolókkal kapcsolatba kerülni.

Az elsődleges eredmények alapján egyértelmű volt, hogy az eredményes szülő-ápoló kapcsolat létrejöttét a két személy közötti közös hang megtalálása és a gyermek gondozásának megosztása alapozta meg. Természetesen befolyásolták az eredményt az ápolóval szembeni szülői elvárások, valamint a gyermek aktuális állapota is.

Ha a szülő és ápoló között megfelelő összhang alakult ki, a gyermek ápolása érdekében harmonikusan tudtak együttműködni. Ezt azt jelentette, hogy a gyermek a lehető legmagasabb fokú, személyre szabott ápolást kaphatta így meg. A szülők szerint ehhez a jó kapcsolathoz a legszükségesebb feltétel az ápoló gyermek iránti érdeklődése, a gyermek állapotának ismerete, és a közös nyelv megtalálásának képessége volt. Ahhoz, hogy a szülő elfogadja az ápolót partnerként, feltétlen szükséges volt, hogy érdeklődést mutasson gyermeke iránt. Ilyen esetekben a szülők is jobbnak ítélték a gondozás minőségét.

A fizikai környezet is jelentősen befolyásolta a szülői véleményeket, sok szülő tartotta a kórházi környezetet embertelennek és személytelennek, ami kihatott az ápolókkal való viszony megítélésére. Jellemzően a kevésbé akut (intenzív részleg) környezetben sokkal bizakodóbb volt a szülői hozzáállás, ami az ápolókra is kiterjedt. Sokat számított az ápoló

személyzet állandósága, a gyakran cserélődő ápolók következtében a szülők egy része zavarodottá válik azzal kapcsolatban, hogy éppen ki gondozza a gyermekét, és kihez kell fordulni segítségért. Ennek eredményeképpen az ápolókkal való interakciók rövidültek, a kommunikáció kifejezetten a gyermek fizikális állapotára szorítkozott. Ez az információcsere azonban nem érezteti a szülőkkel, hogy gyermekük ápolása jó kezekben van.

A gyermek gondozásának megosztása is komoly feszültséget okozhat a szülőkben, akik hozzá vannak szokva, hogy gyermekük szükségleteinek kielégítésében ők a kompetensek. Természetesen megértik, hogy kritikus helyzetben az ápoló egyedül kell, hogy ellássa gyermeküket, de amint a gyermek állapota javult, szükségét érezték, hogy ismét részt vegyenek gyermekük ápolásában. A lehetőséget, hogy megosszák az ápolóval a közös feladatokat, minden szülő pozitívan értékelte.

Érdekes módon a szülők nem teljesen értették meg az ápolók szerepét a gyermek kezelésében, gondozásában, igaz, nem is ennek alapján ítélték meg őket. Ugyanakkor annak, hogy nincsenek tisztában az ápolók feladataival, voltak egyes következményei, például nem vettek igénybe olyan szolgáltatásokat, amelyeket az ápolók képesek lettek volna a gyermeknek nyújtani. A szülők számára az ápolók az információk összegyűjtésében központi szerepet töltöttek be, ezért saját észleléseiket nekik, és nem az orvosnak jelezték. A szülők amúgy is az ápolókra támaszkodtak az orvossal való kommunikáció során, bennük ilyenkor úgymond a közvetítő, a tolmács szerepét látták.

Bizonyos krízishelyzetekben a szülők számára nehézséget okozott, hogy az ápolók ilyenkor nem beszélnek hozzájuk eleget, és ha igen, akkor is inkább szakkifejezésekkel írják le a történéseket. Ilyenkor jellemzően feladatorientáltan viselkednek, és ez a "kizártság" érzését kelti bennük. Éppen ezért szükséges a szülőkkel megértetni, hogy nem minden esetben tudnak az ápolókkal egyenlő partnerként részt venni a gyermek gondozásában, és ennek megfelelően kellene elvárásaikat is alakítani. A szülők elvárásai a jelen egészségügyi ellátásban sokszor nem realizáltak, idealizáltak a szerepekkel és lehetőségekkel kapcsolatban. Ha ezt a képet nem sikerül a szülő-ápoló kapcsolat kiépítésének kezdetén korrigálni, a későbbiekben csalódottság párosulhat a szülők érzéseivel, ha gyermekük nem a szerintük elvárt figyelemben részesül.

A szerzők szerint a szülő-ápoló kapcsolatot befolyásoló tényezők vizsgálata segítséget nyújthat az intézményi irányelvek kidolgozásához, javíthatja az ápolási gyakorlat minőségét, és végső soron hozzájárul az elégedettséghez, mind a szülők, mind a gyermekek részéről.

Espezel, H. J. E., Canam, C. J. (2003). Parent-nurse interactions: care of hospitalized children.

Journal of Advanced Nursing, 44 (1), 34-41.

Szakirodalmi tallózás

Abortusz otthon – kísérleti projekt. Az egyik brit családtervezési szervezet, a Terhességi Tanácsadó Szolgálat, amely évente abortuszok ezreit végzi, a brit Egészségügyi Minisztériumhoz fordult, hogy az engedélyezze a Szolgálat számára gyógyszeres abortusz elvégzését 500 asszony otthonában egy kísérleti projekt részeként. A brit abortusz törvény értelmében az abortuszt – akár műtéti, akár gyógyszeres beavatkozásról van szó - csak orvos végezheti kórházban vagy egészségügyi intézményben. Jelenleg az abortusz elvégzéséhez a nőknek négyszer kell felkeresniük a kórházat vagy rendelőt. A Szolgálat vezetője szerint az otthoni abortusz lehetőségével több asszonynak tudják nyújtani ezt a beavatkozást. Úgy vélte, hogy az asszonyok inkább az otthonuk kényelmét választják a beavatkozáshoz. Sok nő inkább a gyógyszeres abortuszt kéri, mivel az kevésbé invazív, mint a műtéti eljárás. Nagy-Britanniában 1992 óta lehetséges gyógyszeres abortusz a terhesség kilencedik hetéig. A brit Egészségügyi Minisztérium szóvivője közölte, hogy a kísérleti programot még nem hagyták

jóvá, mivel a szakembereknek meg kell győződnie arról, hogy a nők teljes biztonságban vannak a kórházi vagy intézményi kereten kívül is a beavatkozás során.

(Daily Reproductive Health Report, 30/JUL/03)

A biztosítóknak honorálniuk kellene az egészséges magatartást – Az USA egészségügyi minisztere tervezi, hogy az állam segít a biztosítótársaságoknak abban, hogy árendedményt adjanak azoknak az ügyfeleknek, akik lefogynak és naponta testmozgást végeznek. Az egyik biztosító 15%-os kedvezményben részesíti azokat, akik megőrzik egészséges testsúlyukat. A miniszter szerint az emberek többsége nincsen tudatában annak, hogy mibe kerül az ő viselkedése. Ha Kovács úr egészségtelenül él, káros szokásai vannak, akkor a munkatársai, a cége és az adófizetők fizetik meg az egészségtelen választásának az árát. Ez különösen fontos ma, amikor az USA-ban népbetegség jelleget ölt a kóros elhízás, és gondot okoznak az állapot kezelésével járó kiadások. Az amerikaiak 65%-a vagy túlsúlyos, vagy elhízott. A gyermekek körében is gyakori az elhízás, a rossz táplálkozás és a mozgáshiány. A rákos esetek egy harmada kapcsolódik a mozgáshiányhoz és az egészségtelen táplálkozási szokásokhoz, de ide sorolható a szívbetegség is. A miniszter azt szeretné, ha a biztosítók és a munkáltatók, akik a biztosításért fizetnek, a költségeket visszapasszolnák a biztosítottakra, hogy ezzel ösztönözzék őket a fogásra, a testmozgásra és a dohányzás abbahagyására. A biztosítók azonban attól tartanak, hogy az amerikai Rókkantak esélyegyenlőségének törvénye értelmében nem büntethetik a kóros elhízást.

(Insurers urged to reward healthy behavior, Reuters, 2003.07.22.)