

Női szerepek diplomás hallgatónők jövőképében

Dr. Feith Helga Judit, főiskolai tanársegéd

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest

Kovácsné Tóth Ágnes, főiskolai adjunktus

Széchenyi István Egyetem, Egészségügyi és Szociális Intézet, Győr

Dr. Balázs Péter, főiskolai tanár

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Népegészségtani Intézet, Budapest

Összefoglaló

A vizsgálat célja

Felmérni a tanulmányaik befejezése előtt álló diplomás ápoló hallgatónők családdal, női szerepekkel kapcsolatos értékeit, attitűdjeit, megismerni jövőképüket.

Vizsgálati módszer és minta

A felmérés III. és IV. éves, nappali tagozatos, diplomás ápoló hallgatónők körében, az összes magyarországi egészségügyi főiskolai kar részvételével és támogatásával készült. Az adatok gyűjtése csoportos önkitöltős kérdőív módszerrel történt. Értékelhető választ a teljes populáció 83%-ától (226 fő) kaptunk.

Eredmények

A hallgatók 94,2 %-a szeretne gyermeket vállalni, 70,6% két, 14,9% három vagy négy gyermeket tervez, az első gyermek születését döntő hányaduk (96,0%) 30 éves kor alatt tervezi. A válaszadók 62,2%-a szerint a nők feladata gondoskodni a gyerekekről, miközben 51,6% szakmai karrierre is vágyik. Többségükben (87,1%) egyértelműen elutasítottak a főfoglalkozású családanya szerepet, de mindössze 8,6% tudja elképzelni, hogy kizárólag a munkájának éljen.

Következtetések

A diplomás ápoló hallgatónők családtervei a Magyarországon uralkodó társadalmi felfogást tükrözik, vagyis a főként kétgyermekes és konzervatív felfogású családmodellt követik. Ugyanakkor döntő hányaduk a családi tervek mellett szakmai karriert is kíván építeni. Ez a kettős, ugyanazon időben jelentkező életpályaterv szerepkonfliktust eredményezhet, amely hosszú távon az egészséget is megrendítheti.

Bevezetés

Évezredekken át a tradicionális női feladatok közé tartozott a gyermekek gondozása, nevelése, valamint a társadalom közegészségügyi fejlettségi színvonalának megfelelő egészséges családi környezet biztosítása. A fejlett polgári társadalmakban a nők szerepkötelezettsége kibővült az otthonról eltávolodó, jövedelemszerző munkával. Kezdetben ez kizárólag pénzkereseti célból történt, később a posztmodern társadalmi miliőben az anyagi szempontok mellé karrierépítési stratégiák

társultak, amelyek sok esetben későbbi életszakaszra helyezték a családépítést. Magyarországon ideológiai alapon, és nem szerves társadalomfejlődés következtében történt a nők tömeges munkába állítása, így az 1970-es években a 25-54 éves női korosztály foglalkoztatottsága már 80% felett volt. (Pongráczné, 2002) A nők magasabb tudás iránti szükségletét, s az ezzel együtt jelentkező karrierálmait jól bizonyítják a felsőoktatási statisztikák ide vonatkozó adatai. Magyarországon a felsőoktatási képzésben képesítést szerző nők aránya a 80-as évek közepén emelkedett először 50% fölé (Kissné Novák, 2002). A 2004/2005. tanévben a főiskolai és egyetemi szintű képzésbe beiratkozott hallgatónők aránya már 58,35% volt (Forrás: OM oktatásstatisztikai adatgyűjtése 2005.).

Míg a felsőfokú diplomával rendelkező és karrierépítő nők száma jelentősen növekedett, változatlanul a nők viselik a házasság és gyermeknevelés terheinek túlnyomó részét. A belső igényként jelentkező, de külső kényszerként is megélt magas szintű hivatás ellátás kötelezettsége, a munkanélküliségtől való félelem, az anyagi biztonság megteremtése arra kényszeríti a nőket, hogy a munkájuk adta feladatokat a lehető legteljesebb mértékben teljesítsék. Ugyanakkor félelem a magánytól és egyedüllétől, a munkaterhek következtében fellépő párkapcsolati zavarok, a gyermeknevelés nehézségei, esetleges kudarcjai, mind a családi szerepek megerősítésének irányába hatnak. E két életstratégia ugyanazon életszakaszban jelentkezik, és olykor szemben is állnak egymással. Ezek feloldhatatlan szerepkonfliktushoz vezethetnek, mely hosszú távon a nők lelki és testi egészségét egyaránt megrendítheti. A gyógyítás és az ápolás bizonyítottan komoly fizikai és pszichés terheket ró az egészségügyi dolgozókra (A. McGrath, N. Reid, J. Boore, 2003). Nők esetében ezt tovább fokozza a gyermekvállalás, és a családi élet feladatainak az ellátása. Magyarországon az egészségügyben, különösen a fekvőbeteg ellátásban dolgozó nők további hátrányokkal küzdenek: alacsony jövedelem, rugalmatlan időbeosztás, éjszakázás, sokszor elégtelen munkafeltételek, munkavégzéssel járó lelki terhek. Mindezek következtében rosszabb az egészségi állapotuk, gyakrabban jelentkeznek pszichoszomatikus tünetek, nem megfelelő szintű az egészségmegőrzésük. (Molnár, 2002), (Molnár, Mezey, 1991), (Hegedűs, Mészáros, Riskó, 2004) (Molnár, Feith, 2000) (Pikó, 2001)

Vizsgálat célja

Felmérésünk célkitűzése az volt, hogy megismerjük a leendő diplomás ápolónők jövőképét, család- és karrierterveit. Kutatásunkhoz pályaválasztással, karriertervekkel, valamint hagyományos női szerepekkel kapcsolatos változókat mértük. Vizsgálatunkban a modern nő szerepmodelljének, szerepkötelezettségeinek figyelembe vételével komplex megközelítésben mértük fel a hallgatónők jövőbeni terveit, szerepvállalásait.

Értékeljük a válaszadók női szerepekkel összefüggő attitűdjeit, valamint az otthonról hozott anyagyermek mintát. A válaszok lehetőséget adtak a diplomás ápoló hallgatónők család- és karriertervei között fennálló, több szempontot egyidejűleg figyelembevevő összefüggések, esetleges ellentmondások feltárására.

Kutatási módszer és minta

2003. novemberében-decemberében kvantitatív szociológiai felmérést készítettünk III. és IV. éves, nappali tagozatos, diplomás ápoló hallgatónők körében. Az anonim önkitöltős kérdőívet az ország nyolc egészségügyi főiskolai karán (Budapest, Nyíregyháza, Gyula, Szeged, Pécs, Szombathely, Zalaegerszeg, Győr) osztottuk ki. Értékelhető választ a teljes populáció 83%-ától (226 fő) kaptunk. Az adatok feldolgozása az SPSS for Windows 11.0 statisztikai program-csomag felhasználásával történt.

Eredmények

Nemi szerepek szocializációja, nemi hátrányok

A hallgatónők 26,7%-a származik csonka, vagyis egyszülős családból. A szülők válásakor 10,08 életév volt az átlagos életkor, de több mint egyharmad részben (36,5%) a gyermekek 6 éven aluliak

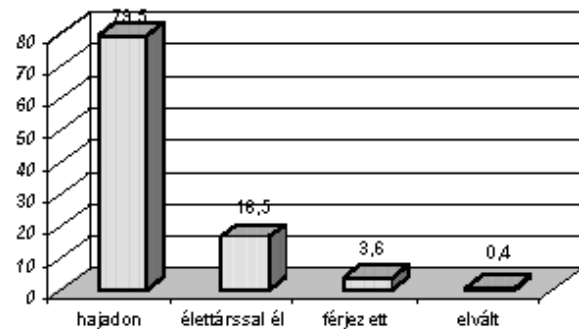
voltak. A szülők válása és a megkérdezettek család-, karriertervei, valamint női szereppel kapcsolatos attitűdjei között nem találtunk összefüggést.

A válaszadók 31,9%-a példaértékűnek tekintette az édesanyja életútját, 35,8% csak részben, 32,3% egyértelműen elutasította az anyai példát. (1. ábra)

1. ábra: Az anyai életút megítélése (N=226 fő)



2. ábra: Családi állapot (N=226 fő) %



Gyermekkori nevelő hatás tekintetében csak a hallgatóknak 40,4%-a jelölte meg mindkét szülőt. Az anya, mint példakép és a gyermekkori nevelő hatásra adott válaszok között nem találtunk összefüggést. Mindössze a minta 16,44%-a jelezte, hogy gyermekkorában mindkét szülő nevelő hatása érvényesült és az édesanyja élete példaképpül szolgál.

A minta 67,7%-a - összehasonlítva a nők és a férfiak terheit - a nők életét sokkal nehezebbnek találta. 79,9% gondolja úgy, hogy a gyermeket nevelő nők karrierépítési lehetőségei korlátozottabbak, 17,9% szerint csak kissé, 2,2% szerint egyáltalán nem korlátozottak. A válaszadók döntő hányadának (70,4%) az a véleménye, hogy a munkatárs neme nem befolyásolja a munkatársi kapcsolatokat, ugyanakkor a hallgatók 8,4%-a szerint a női, 20,8% szerint a férfi munkatársak a jobbak.

A hallgatóknak közel egyharmada (32,3%) számolt be arról, hogy már szenvedett hátrányt neme miatt. Összefüggés mutatkozott a veszteség érzetre és a nők nehezebb életére adott válaszok között, vagyis azok a válaszadók értékelték nehezebbnek a nők életét, akik valamilyen hátrányt már szenvedtek nemük miatt.

Társas kapcsolat

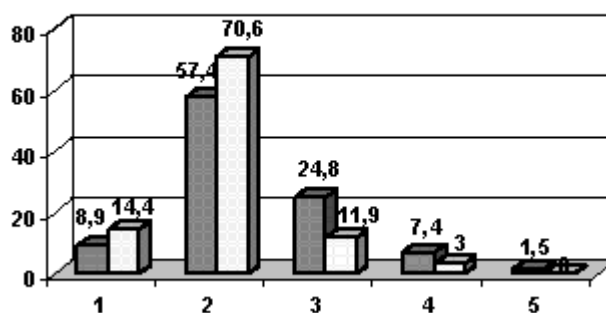
A felmérés idején a III. és IV. éves hallgatóknak 96,0%-a hajadon volt. Közülük 17,2% (37 fő) élt élettársi kapcsolatban. A teljes minta 3,6%-a (8 fő) volt férjhezett, 1 fő jelezte, hogy elvált, de élettársi kapcsolatban él valakivel. (2. ábra) Minden ötödik hallgató (22,8%) számol a jövőben a párválasztási nehézségeivel. Jelenleg a párkapcsolat, párválasztás várható problémái miatt stresszhatás élt meg a válaszadók 35,3%-a, családi konfliktust 33,2% jelzett, a minta 45,5%-a egyik stresszforrást sem említette.

A minta nagy hányada (81,4%) gondolja úgy, hogy a teljes, boldog élethez elengedhetetlen a gyermek, ugyanakkor közel fele (47,3%) úgy gondolja, hogy egy egyedülálló, gyermeket nemző társ nélkül is teljes életet élhet. Vagyis inkább a gyermektelenség mintsem az egyedülálló státusz jelent kizáró okot a teljes élethez.

Gyermekvállalás, anyai szerepek

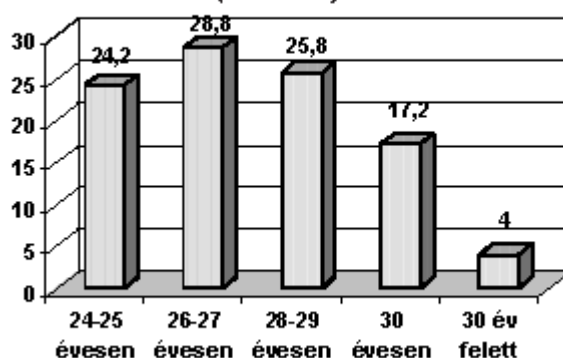
Megkérdezéskor 10 hallgatónak volt gyermeke, többségüknek 1, egy-egy főnek volt 2, illetve 3 gyermeke. Az átlagos életkor 23,0 év volt az első gyermek vállalásakor. A nem gyermeket tervező hallgatóknak 94,2 %-a szeretne gyermeket, 70,6%-uk két, 14,9%-uk három vagy négy gyermeket tervez. Eltérést mutatott azonban az érzelmi és a racionális alapon tervezett gyermekszám, vagyis több gyermeket szeretnének, de ésszerű megfontolás miatt a ténylegesen tervezett gyermekszámot alacsonyabban határozták meg (3. ábra).

3. ábra: Gyermekszám preferenciák (N=226 fő) %



A még nem szült hallgatóknak 60,7%-a házasságon kívül is, 39,3% csak házasságban vállalkozna szülésre. Nagy többségük (96,0%) 30 éves kor alatt tervezi az első gyermeket. (4. ábra)

4. ábra: Az első gyermek tervezett ideje (N=226 fő) %



A háztartásbeli státuszt mindössze a 3,2%-ban tartja elképzelhetőnek, és 87,1%-ban egyértelműen elutasították.

Karriertervek, gyermekvállalás kontra karrier

A válaszadók 79,7%-a diplomás ápolóként kíván elhelyezkedni a végzést követően. Szakmai karrierépítést 51,6%-ban terveznek, közülük 87,0% vállalna gyermeket, leginkább kettőt. A minta 62,2%-a szerint inkább női feladat a gyermekek gondozása, ugyanakkor a főfoglalkozású családanya szerepet 87,1%-ban egyértelműen elutasította. Minden harmadik hallgató a tanult szakma gyakorlásán túl a karrierépítést és az anyaságot egyaránt fontosnak tartja. Jellemző azonban, hogy a teljes minta 28,3%-a szerint az egészségügyi pályán lehetetlen a család és a munka össze-egyeztetése. Összefüggést találtunk a pálya-elhagyást tervezők és az egészségügyi pálya szerepkonfliktusát jelző válaszok között is. A válaszadók 50,9%-a számol a jövőben azzal, hogy a család és a munka össze-egyeztetése konfliktushoz vezethet a választott hivatás és a család között.

Megbeszélés

A nemi szerepek tanulhatóak, egy részüket otthonról, a szülőktől hozzuk, de jelentős hatása lehet elsősorban a közvetlen baráti környezetnek, az iskolai mintának és a tömegkommunikációnak. Felmérésünk eredményei szerint a szerepszocializáció, a családi mintakövetés sok esetben elégtelen volt, de nem hatott ki a gyermekvállalási tervekre, és a családalapítási hajlandóságra. A tervezett gyermekszám megközelítőleg megegyezik a magyar populáció hasonló adataival, a hallgatóknak főként kétgyermekes családot szeretnének. Az elmúlt évtizedek kutatásai azt igazolták, hogy a tervezett gyermekszámot nem csupán anyagi tényezők határozzák meg, hanem ez kiegészül a későbbiekben elérendő családi és egyéni célokkal, különösen a szakmai előmenetellel és a karrierépítéssel. A gyermekszám csökkenését tehát nem a gyermekcentrikus értékrend hanyatlása okozza, hiszen más országok adataival összehasonlítva a magyar fiataloknak csak elenyésző száma nem akar gyermekre

vállalkozni, hanem a csökkenést sokkal inkább a megváltozott életkörülményekkel, diplomás nők esetében pedig egyértelműen a karrierépítési tervekkel lehet magyarázni. (S. Molnár Edit, 1999) Ezt kutatásunk eredményei is alátámasztják, ugyanis a válaszadók szívesen vállalnának több gyermeket, de kevesebb mellett döntenek racionális megfontolásból.

Hazai felmérések szerint Magyarországon még mindig hagyományos a partnerek közötti családi szerepfelosztás, vagyis a nők nagyobb részt vállalnak a háztartási munkákból (Falussy-Harcsa, 2000) és a gyermekek gondozásából, mint a férfiak. Felmérésünkben egyértelműen megállapítható, hogy a hallgatók inkább konzervatív felfogásúak, hiszen a gyermekek gondozását elsődlegesen női szerepkötelezettségének tekintik. Azonban ez az önként és egyedül vállalt kötelezettség hosszú távon szerepkonfliktust eredményezhet, ami állandó stresszhelyzetet jelent a család és a munka között. Ezt az ellentétet tovább fokozza a leendő hivatás egyébként is speciális jellege, az éjszakázás, a testi és pszichés terhek, stb.

A vizsgált mintában igen alacsony volt a házasságot kötöttek száma. Ez összhangban áll a hazai társadalmi trendekkel, mivel a minta átlagéletkora mindössze 23,0 év volt. Ugyanakkor a hallgatók igen kis százaléka élt élettársi kapcsolatban. Ez inkább meglepő eredmény, hiszen a fiatal, diplomás vagy diplomát szerző nők általában szívesebben választják a lazább kötöttséget jelentő együttélést, egyrészt tanulás, majd karrier-építés miatt (S. Molnár Edit, 2001), másrészt a házasságkötés előtti „kipróbálási” stratégia miatt. Feltételezhetjük, hogy a kutatásunkban előforduló párkapcsolati konfliktusok, a párválasztás miatt jelentkező stressz helyzetek, illetve félelmek magas prevalenciája összefüggésben áll az élettársi együttélések alacsony számával.

A többség nem számol a nagy munkaterheléssel a munkába állást követően, ilyen félelmet mindössze 33,9%-ban jeleztek. A hallgatói válaszok nagy százalékában lehetséges problémaként sem jelent meg a szerepkonfliktus a család-munka, valamint a munka-család pártosításban.

Eredményeink szerint a hallgatók egyszerre kívánnak megfelelni a majdani családanyai szerepből fakadó, valamint a munkahely felől érkező elvárásoknak, ugyanakkor nem számolnak az ebből fakadó jövőbeni kihívásokkal. Ezért hangsúlyozottan fontosnak tartjuk a hallgatók szakmai pályára lépése előtt az ilyen irányú felkészítést is.

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

A “függő” tartás, lúdtalp prevenciója az óvodáskorú gyermekeknél

Horváth Piroska, gyógytornász

Összefoglaló

A szerző bemutatja, hogy már óvodáskorú gyermekeknél figyelni kell a későbbiekben fájdalmassá váló mozgásszervi elváltozások megelőzésére. Sok esetben az a testtartás, amit normálisnak hiszünk, már az óvodáskorban bekövetkezett túlterheléses betegségről árulkodik. Az óvodás gyermekek testtartását provokáló Matthiass teszttel történt vizsgálat során talált eredmény a szerző szerint lesújtó, a gyenge testtartás aránya 80 %. A gyerekek nyújtott térddel való talajérintése is többségben

korlátozott, aminek oka a hátulsó combhajlító izmok zsugora, valamint az ágyéki gerincben fellépett tartós elváltozások. Ahogyan megtanulunk az iskolában írni, olvasni, ugyanígy kellene megtanulni a gerinc helyes használatát. Miért éppen ezen utóbbit hanyagoljuk el? Mert azt hisszük, hogy ez tanulás nélkül is megy. A negatív következményekkel igen gyakran találkozunk mozgásszervi fájdalom képében a gyógytornászok. Az óvodáskorú gyermekeknél indirekt módon való megközelítéssel, szerepjátékokkal lehet és kell is befolyásolni a testtartást és a lábboltozat izmait. A láb izomzatának fejlesztésében és a testtartási rendellenességek megelőzésében rövid idő alatt hatékony eredményt lehet elérni.

Bevezetés

A mozgásszegény életmód terjedésének következtében ma már óvodáskorban is tömegesek a tartáshibák. A szakorvosok által végzett tudományos igényű szűrővizsgálatok szerint az óvodások 62%-ában található valamilyen gerinc probléma. Az elmúlt 22 évben megötszörözött a fiatalok gerinc-betegségeinek száma. Németországban a gerincbetegségek kezelésének éves költsége megegyezik Németország éves energiafogyasztásának költségeivel. Az Európai Bizottság 1999. júniusában közzétett jelentése szerint a lakosság egészségi állapota az újonnan felvett országok többségében rosszabb, mint az Európai Unió többi tagállamaiban. A születéskor várható élettartam is elmarad az uniós átlagtól. A WHO felismerte, hogy a lakosság egészségének megőrzése a jól megtérülő befektetések közé tartozik. Nemzetközi felmérések kimutatták, hogy ma a gazdasági fejlődésért 64%-ban a humán erőforrás minősége felelős.

Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program (amely az egészséges életmód terjedését kívánja elősegíteni) egyik alprogramja az iskolai testnevelés és testmozgás jobbítása, másik lényeges eleme pedig a szabadidősport minél több emberre történő kiterjesztése. A Magyar Gerinc-gyógyászati Társaság 1995 őszén indította el a gerincbetegségek megelőzését célzó tartásjavító prevenciós programját. A Társaság ugyanebben az évben módosító javaslatot nyújtott be a Nemzeti Alaptantervhez, miszerint minden nap legyen testnevelés, és ennek legyen része a gerinc biomechanikailag helyes használatát célzó mozgásanyag. 1999. januárjától a testneveléssel foglalkozó pedagógusokat képző felsőoktatási intézmények testnevelési tanszékei is bekapcsolódtak a továbbképző programba.

A jó testtartás a jó egészség alapja. Gyermekkorban az ízületek és a gerinc mozgáskorlátozottságát elsősorban az izmok megrövidülése, azok feszsége okozza. A jó testtartást a helyes egyensúly jellemzi. A test állandó dinamikus egyensúlyban van, a testsúly hol a lábujjakra, hol a sarkon nyugszik.

Sok esetben az a testtartás vagy mozgásképeség, amit normálisnak hiszünk, még az iskoláskor előtt keletkezett túlterheléses betegségről árulkodik. A rossz testtartást a helytelen állás és a passzív "függő" tartás jellemzi. (1. kép)



A felsőtest hátrafelé dől, apró egyensúlyozó mozgások, amelyek biztosítják a jó testtartást, a minimumra csökkennek, ezáltal a gerinc és az ízületek egyoldalúan terhelődnek. Az egyoldalú terhelés miatt az izmokban vérkeringési zavar keletkezik. A "függő" tartás nem aktív izommunka eredménye, hanem úgy jön létre, hogy az illető csípőjének elülső izmain „lóg”. Az iskoláskor előtt beidegződött "függő" tartás annak lehet a következménye, hogy a rossz testtartással való ülés miatt már ebben a

korban igen gyakori a gerinc kezdődő mozgáskorlátozottsága. A nem megfelelő székméret miatt a lábak nincsenek alátámasztva, a gerinc domborodik. (2. kép)



Az ágyéki gerinc alsó részén a lordosis helyett gyakran kyphosis alakul ki. Gyakran ezzel egyidejűleg megrövidülnek a lábszár hátsó és a csípő elülső izmai, amelyeknek pedig igen nagy szerepük van a medence helyzetének rögzítésében állás közben. A gyerek nem tudja nyújtott térdrel a talajt érinteni, ennek oka elsősorban a hátulsó combizmok, valamint az ágyéki gerincben fellépett tartós elváltozások. (3. kép)



A medence és a sarok sincs egyvonalban, ez a "függő" tartás egyik negatív hatása.

A passzív "függő" tartás következményeként a hasizmok elgyengülnek, a hátizmok sem fejlődnek ki rendesen. Az eredmény túlterheléses betegség, állandó fáradtság.

A "függő" tartás okozta tartós elváltozások:

1. a nyak laterálflexiója, flexiója, extenziója beszűkül. A merevség főleg a túlfeszített, érzékeny izmok többé-kevésbé végleges zsugorodásának a következménye.

2. az ágyéki gerinc merevsége.

Módszer és eredmények

Szombathely egyik óvodájában 180 főt vizsgált meg a gyermekorvos 2003. szeptemberétől 2004. májusáig, ebből 24 fő kapott beutalót az ortopédiai szakrendelésre, azaz 13,3%.

Az egyik kiscsoportban heti egy alkalommal gyógytorna foglalkozásban részesülnek a gyerekek (32 fő), közülük 20 főt vizsgáltam meg első alkalommal a gyógytorna foglalkozás előtt Matthiass teszttel. A Matthiass teszt egy provokáló teszt, ami alatt mindkét kart mellső középtartásban 30 másodpercig kell megtartani. (4. kép)



Ha a medencéjüket előretolják, és a kart 90° fölé emelik, akkor a teszt pozitív. A paravertebrális izomzatnak fokozott izomaktivitással kell dolgozni. Az eredmény: 4 főnél jó testtartást (20%), 7 főnél elsőfokú tartásgyengeséget (35%), 9 főnél másodfokú tartásgyengeséget tapasztaltam (45%).

A funkciózavarokat meg kell előzni, még mielőtt beidegződnének. A testi nevelésnek ezért már az óvodában meg kell kezdődnie. Életkori sajátosság, hogy az izomrostok relatíve hosszabbak, ezzel szemben az inak rövidebbek, mint a felnőtteké. A gyermekeknél a hajlító izomcsoportok általában fejlettebbek, mint a feszítők. Ebben az életkorban rendkívül nagy a mozgásigény. Ha a gyermek nem kap a mozgáshoz elegendő teret, időt, akkor tartási rendellenesség, hanyagtartás, ”függő” tartás alakul ki (egy hétköznapi példa: az óvodába is autóval viszik a gyermeket). A mikor a gyerekek elérik az iskoláskort, már nem beszélhetünk megelőzésről, hanem inkább a helyes testi funkciók helyreállításáról.

A preventív torna jórészt azoknak az izmoknak a mozgatásából áll, amelyekről hétköznapijaink során könnyen megfeledkezünk. A rossz izomérzés az izomfunkció zavaraihoz vezet. A preventív tornának a következőkre kell irányulnia:

1. A veleszületett alapfunkciók begyakorlása. A helyes ülés, állás, járás, emelés megtanulása. Az izomérzés javítása. Téves az a felfogás, hogy ezek maguktól kialakulnak!
2. Az izomfeszülés legyőzése. Iskolás-korban már tudatosítani kell az izomérzést.
3. Az ízületek és a gerinc mozgásképességét javító preventív torna. Az izmok nyújtása.

Az óvodáskorú gyermek tevékenységének fő jellemzője a játék. Érzelmei alakítják a gondolkodását, ezért fontos, hogy a mozgás örömszerző legyen. 2-4 éves korban a konstrukciós és fantázia játékok kerülnek előtérbe. 4-6 éves korban szívesen játszanak szerepjátékot, amit hanggal kísérnek, szívesen utánozzák az állatok hangját.

A preventív tornánál az indirekt megközelítést kell előtérbe helyezni óvodáskorú gyermekeknél. Például jegesmedvejárásnál, amikor az azonos oldali kar-láb mozgást fél percig kell megtartani, akkor a combhajlító izmokat, a trapézizmot és a háti izomcsoportot nyújtjuk (5. kép)



A cica összegömbölyíti a hátát, és ez gerincmobilizálást takar. Amikor nyújtózik a cica, ez a mozgás elongációval jár együtt. A cicajárás indirekt módon gerinc laterálflexiót von maga után. A megszemélyesítés, akusztikus, verbális ingerek a hatékonyságot növelik.

A tűz, víz, repülő játék is hátizom erősítést, nyújtást szolgálnak.

Térdén járás végrehajtása közben az ágyéki gerinc kénytelen homorú hajlatot létrehozni, egyébként a gyermek elesik. Térdén járás közben az ágyéki gerinc izmai is aktivizálódnak, és javul az izomérzés. Ez az egyszerűnek tűnő gyakorlat iskoláskorban sokszor problémát okoz. (6. kép)



Az izomrendszer gyengeségének másik részjelensége a lábboltozat süllyedése. A lábboltozat a 2. év folyamán alakul ki, a felállás és a járás során a lábra ható izmok munkája eredményeként. Ezért a csecsemő lába lúdtalpasnak tűnik, mert valóban nincsenek meg a boltozatai. A lúdtalpas kisgyermek fájdalmáról nem szokott panaszkodni, inkább elfárad. Gyógytorna foglalkozásokon a gyerekek elfáradnak, és ilyenkor le szoktak ülni. Későbbiekben a fokozott láb-izommunka támogatja a gyenge szalagapparátust, ami átmehet fixált, majd szalagos, végül csontos merevség stádiumába. A gyermekek a belboka megsüllyedését a térd beforgatásával és megroggyanásával kompenzálják. Emiatt a csípőiket be kell hajlítaniuk, melynek következtében a feneküket kitolják és ezért az ágyéki gerinc hajlítását fokozzák.

A lábizmok erősítésére alkalmas egyik eszköz a babzsák, amit a gyerekek igen szeretnek lábujjukkal felemelgetni. A lábháti izmokat igen hatásosan nyújtja a lábujjakra való állási gyakorlat (7. kép)



Ha a nyújtás problémát okoz, akkor a gyakorlatokat lehet ülve kezdeni.

A mozgásprogramnak van még egy fontos hatása: minél jobban előkészítettek a szenzomotorikus funkciók (0-6,7,8 éves korig) annál jobban fejlődnek az intellektuális funkciók (Ayres 1992, Zimmer 1993).

A hanyagtartású gyermek gerince még nem beteg, az izomzat korai, célzott megerősítésével, a helyes testtartás kialakításával a gerincbetegségek, a "függő" tartás megelőzhető. (5. kép) Esetenként elég gyorsan javítható az eltérés, például az egyik 5 éves gyermek, akinél a gyermekorvos hanyagtartást észlelt, másfél hónapon keresztül heti egy alkalommal való tornafoglalkozás (és otthoni gyakorlás) után az ellenőrző vizsgálat során eltérés nélkülinek bizonyult.

Az izomzat fejlesztésével a testtartási rendellenességek prevenciójában, javításában óvodáskorban már néhány hónap alatt hatékony eredményt lehet elérni, a lábizmok erősítésével a fájdalmakat meg lehet előzni.

Feltétlenül támogatni kell azt az elképzelést, hogy országunk minél több óvodájában gyógy-tornász tartson prevenciós foglalkozásokat, vagy az elváltozások jellegének megfelelően szükség szerint kuratív gyógytorna órákat.

Irodalomjegyzék

1. Seyffarth, Henrik (1977): *Gyermekedről van szó. Gondolat Kiadó, Budapest*
2. Szatmáriné Ifi Terézia (1996): *Gyermekkori testtartási rendellenességek, gerinc deformitások megelőzését célzó program tapasztalatai Zala megyében. Egészségnevelés, 37, 36-38.*
3. Vízkeleti Tibor (1999): *Az ortopédia tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest. pp. 245-246.*

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Diabetológiai gondozás fontossága kardiovaszkuláris betegségben szenvedők körében - szakdolgozói szemmel

Németh Zsanett, diabetológiai szakápoló,
Karolina Kórház Kardiológiai Osztály, Mosonmagyaróvár

Összefoglaló

Vizsgálat célja

Napjainkban kardiodiabétesről beszélünk, ez a kifejezés jelzi a kórforma igazi veszélyét, a szív- és érrendszeri szövődmények kialakulását. A sikeres kezelés alapja a betegek teljes körű tájékozottsága.

Kutatásom során arra kerestem választ, hogy a cukorbetegek milyen ismerettel rendelkeznek betegségükkel kapcsolatban, illetve milyen okok állnak az ismerethiány hátterében.

Vizsgálati módszerek és minta

A vizsgálatban kardiovaszkuláris betegséggel szövődjött diabéteszesek vettek részt. Felmérésemhez 100 darab anonim önkéntes kérdőívet osztottam ki. A kérdések egy része az egészségügyi személyzet tevékenységét, másik része a betegek motivációját vizsgálta.

Eredmények

A kapott adatok egyértelműen a gondozás minőségének alacsony színvonalára mutatnak rá, melynek hátterében egyrészt a gondozó team nem megfelelő tevékenysége, másrészt a betegek motiváltságának hiánya, harmadrészt az együttműködés elégtelensége áll.

Következtetések

A nem megfelelő ellátásnak számos magyarázata lehet. A folyamatos edukáció egyenértékű fontosságú a diagnosztikus és terápiás eszközökkel. A már kialakult érszövődmények esetében csak a távolabbi életkilátást és munkaképességet befolyásoló terciér prevenció jöhet szóba. Fontos, hogy a szakdolgozók tevékenysége ne csak diabetológiai osztályokra és gondozókra korlátozódjon, hanem jelenjen meg más területeken is.

1. Bevezetés

A fejlett országokban a nem fertőző megbetegedések egyik legtöbb problémát okozó csoportját a kardiovaszkuláris megbetegedések alkotják, melyek által okozott mortalitás Magyarországon az összhalálozás 52%-ért felelős. Az idült betegségek másik nagy csoportja a diabétesz, mely hazánkban népbetegségnek számít. A 2-es típusú diabétesz mellitusz népegészségügyi jelentősége

világméretben növekszik. A közeljövőben várható incidencianövekedés, valamint a 2-es típusú cukorbetegség egyre fiatalabb életkorban történő manifesztációja további aggodalomra ad okot. (Jermendy, 2003) Az International Diabetes Federation és a WHO 2004. májusában megjelent, becslési adatai szerint 2000-ben a világon 171 millió cukorbeteg élt; ez a szám 2030-ra várhatóan 366 millióra fog emelkedni. A prevalencia fokozódása leginkább a fejlődő országokban várható, és a cukorbetegség előfordulása a 65 évesnél idősebbek körében fog a legnagyobb mértékben emelkedni. (Wild et al., 2004)

Ma már kardiodiabéteszről beszélünk, mely jelzi a kórformák igazi veszélyét, a szív- és érrendszeri szövődmények kialakulását. Cukorbetegségben gyakran észlelhető a szív működési zavara, melynek hátterében összetett okok állnak (coronaria atherosclerosis, cardyomyopathia, microangiopathia, a szív elő- és utóterhelésének megváltozása, coronariák megváltozott reaktivitása, biokémiai folyamatok eltérései). (Jermendy, 2004) A diabétesz morbiditási és mortalitási statisztikáiban az iszkémiás szívbetegség vezető helyet foglal el, a 2-es típusú cukorbeteg több, mint 80%-a akut miokardiális infarktusból vagy stroke-ból halálra jut. Esetükben jóval gyakrabban fordul elő az úgynevezett „silent ischemia”, mivel a szív autonóm neuropátiája korán kifejlődik. A Framingham Tanulmány több, mint 20 éves betegkövetéssel igazolta, hogy cukorbeteg férfiakon kétszer, cukorbeteg nőknél háromszor gyakoribb a kardiovaszkuláris betegség, mint nem cukorbetegéknél. Az utóbbi években végzett vizsgálatok a nők veszélyeztetettségét 4-6-szorosra becsülik. (Somogyi, Simon, 2002)

A hipertónia kétszer gyakoribb diabéteszben a nem cukorbeteg népességhez képest, a 2-es típusú diabéteszben szenvedők közel 60-70%-ában fordul elő. A hipertónia és a szénhidrát-anyagcsere zavarainak együttes előfordulása a kardiovaszkuláris morbiditást és mortalitást hatványozottan növeli. (Magyar Diabetes Társaság vezetősége, 2003)

„A diabetes a legjelentősebb cardiovascularis kockázati tényező” állapította meg az Amerikai Szívgyógyászati Társaság 1999-ben. (Somogyi, Simon, 2002)

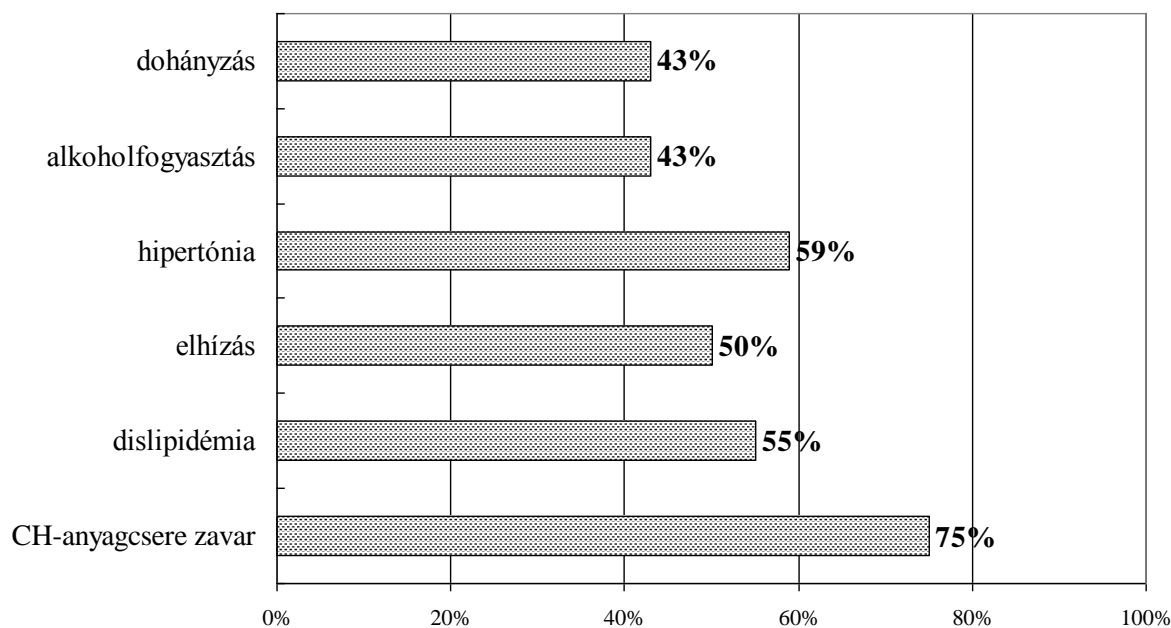
2. Prevenció jelentősége

A **szekunder prevenció** fontosságával és a megelőzés lehetőségeivel sok külföldi és hazai közlemény foglalkozik. Azonban cukorbetegségben nemcsak az akut szívmegállás halála magas, hanem a késői következmények is komoly problémát jelentenek. Az infarktus átvészelése utáni kardiális szövődmények és késői következmények is gyakrabban fordulnak elő. A szívelégtelenség, a bal kamrai diszfunkció kialakulásának aránya nagyobb, a reinfarktus gyakoribb, az öt év utáni túlélés ritkább, mint anyagcsere-egészséges egyéneknél. (Jermendy, 2004)

Éppen ezért a **tercier prevencióra** is nagyobb hangsúlyt kellene fektetni, ami a gyakorlatban nemigen valósul meg. Ezt támasztja alá, hogy 2-es típusú diabéteszesek a kardiovaszkuláris történések miatt 2-3-szor gyakrabban részesülnek orvosi ellátásban, illetve több napot töltenek kórházban, mint a nem cukorbetegéek.

2003-ban végzett felmérés során megvizsgáltam az osztályunkon akut miokardiális infarktus miatt kezelt (n=75) rizikófaktorainak előfordulási gyakoriságát, melyek közt 76%-ban szerepelt a szénhidrát-anyagcsere zavara. Ezen betegek 76%-a már kezelt 2-es típusú diabéteszes volt, 24%-nál pedig emelkedett éhomi vércukorértéket (IFG) diagnosztizáltak. (1. ábra)

1. ábra: Akut miokardiális infarktus miatt kezelt betegek rizikófaktorainak előfordulása



A kapott eredmények egyértelműen alátámasztják mind a szekunder, mind a tercier prevenció szükségességét diabétesszel szövődött kardiovaszkuláris betegek körében.

3. Vizsgálat

Ma már teljesen egyértelmű, hogy a cukorbetegek tartós sikeres kezelését csak akkor lehet biztosítani, ha az érintett személy a betegségével kapcsolatosan teljes mértékben tájékozott. Ismeretek hiánya esetén nem képes állapotát optimális szinten tartani, elfogadni és együtt élni betegségével, megelőzni a szövődményeket. A korszerű terápia alapvető feltétele a partneri alapon való együttműködés, mindkét fél aktív részvétele. A gondozás eredményességének tekintetében egyaránt meghatározó a gondozó team és a páciens tevékenysége.

3.1. Vizsgálat célja

Jelen kutatásom során arra kerestem választ, hogy a diabéteszesek milyen ismerettel rendelkeznek betegségükkel kapcsolatosan, illetve milyen okok állnak annak háttérében.

3.2. Vizsgálati módszer és minta

A vizsgálathoz olyan betegcsoportot választottam, ahol a szív- és érrendszeri betegség mellé diabétesz társult. Felmérésemhez 100 darab anonim, önkitöltős kérdőívet osztottam ki, melyek nyílt és zárt kérdéseket egyaránt tartalmaztak. A kiosztott kérdőívek 85%-a volt kiértékelhető.

Nemek szerinti megoszlásban a válaszadók 61%-a férfi, 39%-a nő. Az átlag életkor 67 év (47-88 év).

Valamennyien 2-es típusú diabéteszesek, betegségük fennállásának átlagos időtartama 9 év (1-25 év).

A betegek terápiáját illetően 78%-uk orális antidiabetikummal, 17%-uk inzulinnal és 5%-uk csak diétával kezelt.

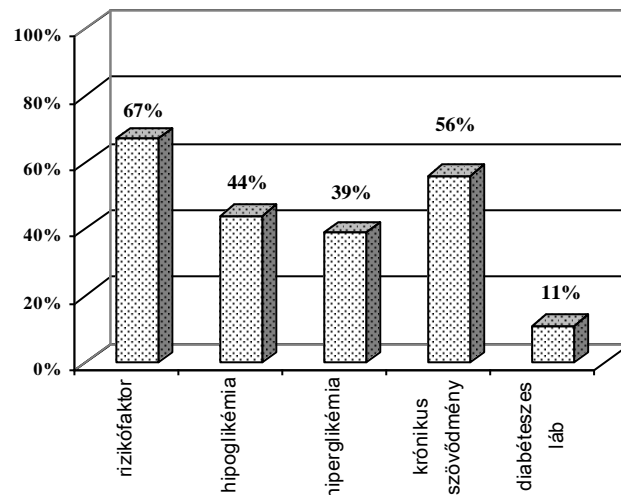
Kérdéseim egyik része az egészségügyi személyzet tevékenységét, másik része a betegek motivációját vizsgálta.

3.3. Vizsgálati eredmény

- Annak ellenére, hogy a betegek közt a diabétesz fennállásának átlagos időtartama 9 év volt, a megkérdezettek 39%-a nem tudta megfogalmazni a cukorbetegség lényegét.

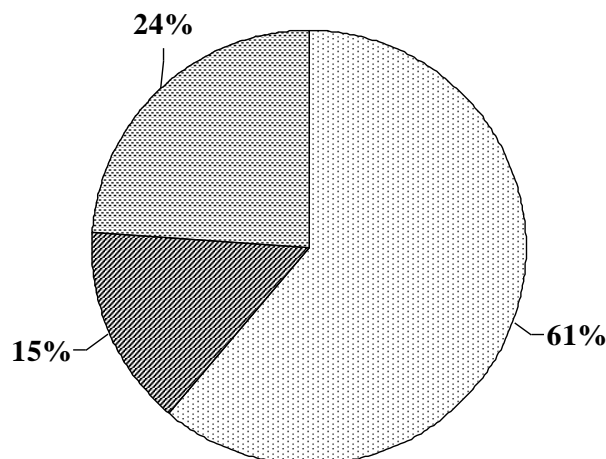
- A válaszadók 33%-a a diabétesz egyetlen rizikófaktorát sem tudta megnevezni, a többiek legnagyobb arányban a helytelen táplálkozást, elhízást, stresszt, kevés testmozgást és az alkoholfogyasztást sorolták fel.
- A sokszor súlyos állapotot jelentő akut szövődmények elkerülése és megoldása nem várható el, amíg a gondozottak 56%-a a hipoglikémia, 61%-a a hiperglikémia egyetlen tünetét sem ismeri.
- A lehetséges késői szövődmények közül a megkérdezettek 44%-a egyet sem tudott megnevezni. (2.ábra)

2. ábra: A megkérdezettek ismeretei a diabétesz rizikótényezőiről és szövődményeiről



- A diabéteszes láb szindróma a betegek 89%-nak volt teljesen ismeretlen. Pedig ahhoz, hogy a lábamputáltak 50%-át ne a cukorbetegek tegyék ki, széles körű ismeretre lenne szükség.
 - Az eredményes terápia alapfeltétele a diéta pontos betartása, amely a gyakorlatban nem valósul meg. Ezt bizonyítja, hogy a gondozottak 33%-a nem tudja megfogalmazni a cukorbeteg diéta lényegét és célját.
 - Arra a kérdésemre, hogy étrendje összeállításakor figyelembe veszi-e a tápanyagok kalória és szénhidrát értékét, 61%-ban igen volt a válasz. Ennek ellenére a betegek csupán 17%-a volt normál testsúlyú, és **83%-a túlsúlyos**. A tápláltsági állapot meghatározása a BMI alapján történt.
 - Diabéteszüik diagnosztizálásakor a megkérdezettek 40%-a nem kapott tanácsot további életmódjára vonatkozóan, 60% kapott.
 - A betegeknek nyújtott információt 95%-ban az orvos, elenyésző arányban tájékoztató nyomtatványok szolgáltatták, szakdolgozót meg sem említettek.
- A kapott adatok egyértelműen a gondozás minőségének alacsony színvonalára mutatnak rá, a gondozottak ismeretei rendkívül hiányosak, melynek háttérben részben az egészségügyi dolgozók tevékenysége állhat.
- Mindennapi munkám során többször tapasztalom, hogy a beteg tudja, mit kellene tennie, mégsem alkalmazza a tanultakat. A következőkben a betegek motivációját felmérő kérdéseimre adott válaszokat ismertetem.
- A diabetológiai gondozáson való részvételi arányt vizsgálva kiderült, hogy a betegek csupán 39%-a jár rendszeresen ellenőrzésre, 61%-a egyáltalán nem találkozik diabetológiai szakemberrel a kezelése során. (3.ábra)

3. ábra: Diabetológiai gondozáson való részvételi arány



- A tápláltsági állapot meghatározásakor született értékek azt mutatják, hogy a diéta betartása és a rendszeres testmozgás sem valósul meg.

- Minden beteg hallott a rendszeres testmozgás fontosságáról, terápiás jelentőségéről, ennek ellenére 78%-uk nem végez a mindennapi munkáján kívül testmozgást. Indoklásként a „nincs kedvem”, „egyedül unalmas” válaszok jelentek meg.

- A diéta be nem tartásának okaként a következő válaszokat kaptam: „drága”, „külön nem főzök magamnak”, nem szeretem a diétás ételt.”

- Arra a kérdésemre, hogy amennyiben lenne rá lehetősége részt venne-e szakemberek által tartott betegoktatási programban, a betegek 67%-a igennel, 33%-a nemmel válaszolt.

Úgy gondolom, hogy a motiváltság mértékét jól jelzi a 33%-os nem válasz is.

4. Következtetések

A kutatásom során kapott eredmények és számos más vizsgálat is azt mutatja, hogy csak kevés beteg követi korrekt módon a javasolt kezelést. A nem megfelelő együttműködésnek számos magyarázata lehet, meg kell próbálni feltárni a háttérben álló okokat. Nem elég a beteg fizikai állapotát megvizsgálni, hanem lelki állapotával, szociális körülményekkel összefüggésben álló kérdéseket is fel kell tenni.

Az együttműködésen alapuló kezelés az ellátók és a beteg részéről is kellő motivációt igényel. Ha ez részünkről hiányzik, akkor nem tudunk hatékonyan edukálni, ha a beteg részéről hiányzik, akkor pedig hiába oktatunk. Az egészségügyi személyzetnek segítenie kell megtalálni a meglévő belső motivációt, felmérni annak mértékét és ahhoz külső motiváló erőt adni.

A folyamatos edukáció egyenértékű fontosságú a diagnosztikus és terápiás eszközökkel. Gondos, előre meghatározott rizikófaktor felméréssel és megfelelő utánkövetéssel javíthatjuk az iszkémiás szívbetegségben is szenvedő diabéteszes betegek állapotát.

A már kialakult érszövődmények esetében csak a rokkantságot, illetve fatális állapotromlást kivédő tercier prevenció jöhet szóba. Viszont ez sem elhanyagolható, hisz a szövődmények kialakulása, az állapot további romlása a távolabbi életkilátást és munkaképességet jelentősen befolyásolja. Ez nemcsak az egyén, hanem a társadalom számára is nagy terhet jelenthet.

Ezért nagyon fontos feladat a rendszeres betegoktatás megszervezése, ami viszont nem tekinthető egy ötletszerű feladatnak, hanem a gondozás aktív részévé kell válnia. Fontosnak tartom, hogy a szakdolgozók tevékenysége ne csak diabetológiai osztályokon és gondozókra korlátozódjon, hanem jelenjen meg más területeken is.

Bízom benne, hogy ennek segítségével a preventív tevékenység hatékonyabbá tehető és hosszabb távon csökkenthető lesz a diabéteszesek körében előforduló kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás.

Irodalomjegyzék

1. Jermendy, Gy. (2003): Szív – és érrendszeri megbetegedések megelőzése diabetes mellitusban II. A primer prevenció gyógyszerei. *Diabetologia Hungarica*, 11, 233-245
2. Jermendy, Gy. (2004): Szív – és érrendszeri megbetegedések megelőzése diabetes mellitusban I. A secunder prevenció gyógyszerei. *Diabetologia Hungarica*, 12, 5-17
3. Somogyi, A. és Simon, K. (2002): Fokozott cardiovascularis kockázat diabetesben *Diabetologia Hungarica*, 10, 125-130
4. Wild, S. et al. (2004): Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030 *Diabetes Care*, 27, 1047-53
5. Magyar Diabetes Társaság vezetősége (2003): Hypertonia Diabetes Mellitusba *Diabetologia Hungarica*, 11, 67-77

[Vissza a tartalomhoz](#)

N

GRATULÁLUNK!

Kitüntetések az Ápolók Nemzetközi Napja alkalmából

Az elmúlt évek során kiemelkedően szép hagyománnyá vált az a nemes gesztus, hogy a Magyar Ápolási Egyesület által javasolt ápolók, akik kiemelkedő szakmai és egyesületi tevékenységet folytatnak, miniszteri kitüntetésben részesülnek az Ápolók Nemzetközi Napján.

A 2005. május 10-én a Magyar Ápolási Egyesület ünnepi ülésén a következő kitüntetések adományozására került sor:

PRO SANITATE Emlékérem

kitüntetés:

Szabó Andrásné

Nagy Zoltánné

Vajdáné Csák Rózsa

Takács Lászlóné

Lacináné Veress Lídia

Hornáczki Barnabásné

Mészáros Elvira

Egészségügyi Miniszter Díszoklevele

kitüntetés:

Ördög Józsefné

Korpás Lajosné

Dr. Székely Zoltánné

Egészségügyi Miniszteri Dicséret kitüntetés:

Lajos Péterné
Vágó Józsefné
Szűcsné Balogh Andrea
Karajzné Lévai Ágnes
Takács Attiláné
Kocsis Zsoltné
Budavári Gyuláné
Nedermann Ferencné

Ezen az ünnepi ülésen átadásra került a Magyar Ápolási Egyesület által alapított, igen rangos szakmai elismerés is:

**Magyar Ápolási Egyesület Kossuth Zsuzsanna Emlékérem
kitüntetés:**

Baukó Mária
Dr. Baráthné Kerekes Ágnes
Csikai Sándorné



[Vissza a tartalomhoz](#)

MINŐSÉGÜGY

Ellátási standardok

*Somogyvári Zoltánné fekvőbetegellátási alelnök
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Országos Szervezet*

Összefoglaló

A minőségfejlesztés az egészségügyi ellátásnak viszonylag új, igen fontos területe, amelynek saját elméletekre, módszerekre, eszközökre, tapasztalatra, képzésre, képzési programokra, és megvalósítási stratégiákra van szüksége.

Olyan helyzetet kell teremteni –folyamatos oktatás, képzés útján–, hogy az ápolók tudják saját tevékenységüket definiálni, ezt dokumentáltan igazolni.

Az Egészségügyi Minisztérium a szakma-specifikus követelmények rögzítése céljából kiadta a Kórházi Ellátási Standardok (KES) 1. majd 2. verzióját. A KES csoportjai a betegutakat követik (az erőforrások és az infrastruktúra ezekhez kapcsolódnak).

Gyakorlati tapasztalatom az, hogy folyamatos, intenzív, célzott és differenciált oktatás, szemléltető példákon történő felkészítés szükséges a standardok megfelelő („közös nyelven” történő) értelmezéséhez, valamint a könnyebb érthetőség érdekében.

A jól megfogalmazott, szakmai szabályokra épített folyamatleírások, a beteg szükségleteinek kielégítésére felállított és dokumentált protokollok jól illeszthetők, és amennyiben szükséges, kiegészíthetők Kórházi Ellátási Standardok által megfogalmazott elvárásokkal. Az ellátási standardok alkalmazása a gyakorlatban, a folyamatok rendszeres újragondolása átformálta az ápolók szemléletmódját, fejleszti a szakmai öntudatot, valamint a minőségi betegellátásra való törekvés vágyát. Elfogadottá vált, hogy az ápolói ellátás elválaszthatatlan része a pontos, elégséges dokumentáció, ez biztonságot és szükség esetén védelmet is nyújt.

A közleményben használt rövidítések, betűszavak és egyes kifejezések magyarázata:

	Egészségügyi	Minőségfejlesztési	Konzultációs
EMIKK			
Központ			
ESZCSM	Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium		
EüM	Egészségügyi Minisztérium		
HAS	Hospital Accreditation Standards (Kórházi Akkreditációs Standardok)		
implementáció (latin el.)	átültetés a gyakorlatba		
ICN	International Council of Nurses (Ápolók Nemzetközi Tanácsa)		
ISO	International Organization for Standardization (Nemzetközi Szabványügyi Szervezet)		
KES	Kórházi Ellátási Standardok		
NM	Népjóléti Minisztérium		
outcome (ang.)	eredmény		
USAID	United States Agency for International Development (Az Egyesült Államok Nemzetközi Fejlesztési Hivatala)		
WHO	World Health Organisation (Az ENSZ 192 tagországot tömörítő Egészségügyi Világszervezete)		

Az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban a „minőség” nem új koncepció. Számos bizonyíték van arra nézve, hogy már az ősi kultúrák orvoslásában is megtalálhatók a minőségbiztosítás elemei. Gyakran emlegetjük példaként Hammurabi (Kr.e. 1700) törvény-gyűjteményét, amely meghatározza az egyes orvosi kezelések és beavatkozások pontos menetét (folyamatát), várható kimenetelét (eredményét) és az eredmény mérését, valamint a nem megfelelő eredményre vezető orvosi ellátás büntetését.

A betegek ellátására vonatkozó **célorientált, tudatos minőségbiztosítás** azonban a kórházi ápolásban jött létre. Florence Nightingale 1859-ben kiadott művében, a *Notes on Nursing: What it is and What it is not* című könyvében felállítja az ápolás standardjait. Többek között előírja

- a beteg körüli zaj figyelemmel kísérését, lehetőség szerinti csökkentését,
- az ágyak, a derékaljak és az ágynemű minőségét,
- az ágyak elhelyezését.

A standardok ilyen fajta megállapítása szinte feledésbe merült, csupán több, mint egy évszázaddal később fogalmaztak meg hasonló értékelési módszereket.

Napjainkban az egészségügyi ellátás minőségének többféle értelmezése ismert. Hazánkban általánosan használt meghatározás az EMIKK 1995-ös év konszenzus konferenciáján elfogadott definíció, mely ma is korszerű:

„Az egészségügyi ellátás minősége olyan értékítélet, amely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított, elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki. A megvalósulás mértéke minden egyes komponens tekintetében az erre jellemző mutatóval írható le.”

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény 119-125. § előírja az egészségügyi intézmények számára a belső minőségügyi rendszer kialakítására (fejlesztésére) vonatkozó kötelezettségét.

(Itt is meg kell említeni azt a fontos tény, hogy a törvény többek között meghatározza az ápolás, a gondozás és a rehabilitáció fő elemeit, ezek mind erősítik az ápolás – és résztvevői – szakmai szerepét az ellátásban, kiemelik az ápolásfejlesztés szükségességét.)

A törvényi kötelezettségek a nagyobb és igényesebb szolgáltatók – jellegzetesen kórházak – körében nem okoztak meglepetést.

Már 1995-ben a spontán módon megindult kezdeményezések az ISO 9001 szabvány követelményein alapuló minőségügyi, illetve minőségirányítási rendszereik megvalósítását tűzték ki célul. A kórházak a nemzetközi tendenciákat is figyelembe véve, központi iránymutatás nélkül fogtak hozzá a saját rendszer implementációjának.

Mivel az ISO 9001 szabvány követelményei szerint felépített minőségirányítási rendszerek széles körben ismertek voltak, az intézmények túlnyomó többsége ezen az úton indult el.

A 90-es évek második felében Magyarországon az USAID-JCI közreműködésével az NM minőségfejlesztő projektet szervezett. Magyar szakemberek egy csoportja az Amerikai Egyesült Államokban tapasztalatcserén és tréningen vett részt az ott általánosan alkalmazott JCAHO standardok, az akkreditációs eljárás megismerése és hazai alkalmazása céljából. Ezt követően a standardok hazai alkalmazhatóságának vizsgálatát célul tűzte ki az NM és 7 kórházban kísérlet képpen próba akkreditációt hajtottak végre. A fő kérdés az volt, hogy mennyire alkalmasak a standardok a kórházi tevékenység hatékonyságának, hatásosságának rendszerszemlélettel való segítésére. Az auditok pozitív eredménnyel zárultak, de ezzel ez a projekt befejeződött.

Az EüM a szakma-specifikus követelmények rögzítése céljából kiadta a Kórházi Ellátási Standardok (KES) 1. majd 2. verzióját, mely standardok az USA-beli HAS (Hospital Accreditation Standards) alapján készültek.

Az ESZCSM-ben 2004. április 15-én megtartott konszenzus konferencia megállapította, hogy **a KES nem minőségügyi rendszer, hanem irányelv-gyűjtemény**, ezért a törvény követelményeit az ISO 9001 szabvány alapú, a KES követelményekkel kiegészített minőségirányítási rendszer elégíti ki.

Mit jelent a KES *tartalmi szempontból*?

Ebből a szóból az „S” a standard jelölése, melyre több meghatározás ismert. A standardok szakmai alapokon nyugvó kijelentések, amelyek a szervezet elérni kívánt állapotát írják le. Egy szervezet, egy intézmény alkalmasságát definiálják (a szerkezet, a működés és az eredmény tekintetében).

A standardokat általában

- a.) strukturális
- b.) folyamat
- c.) eredmény standardokra tagoljuk.

Néhány példa:

- a.) strukturális standard:
 - vezetés,
 - az orvosok, ápolók munkája, ennek minősége,
 - a munkatársak képzettsége, stb.
- b.) folyamat standard:
 - kezelés (gyógyszeres, műtéti),
 - diagnosztika,
 - páciensek oktatása,
 - orvosi, ápolói dokumentáció, stb.

c.) eredmény standard:

- klinikai outcome,
- elégedettség
- beteg,
- dolgozó,
- társadalom,
- korrekciók, komplikációk, stb.

A **KES csoportjai** a betegutakat követik (az erőforrások és az infrastruktúra ezekhez kapcsolódnak):

- Betegfelvétel és elbocsátás (BEF)
- Betegvizsgálat (BEV)
- Betegellátás (BLL)
- Betegjogok, tájékoztatás és oktatás (BJT)
- Minőségfejlesztés (MFL)
- Vezetés, igazgatás (MVG)
- Humán erőforrás menedzsment (MHM)
- Épületek és berendezések működtetése és biztonsága (MBT)

Ausztriában 1997 szeptembere óta a betegápolási törvény révén törvényi kötelezettséggé vált az ápolási standardok kialakítása, fejlesztése.

A WHO a standard fogalmát a következők szerint definiálja:

„Az ápolásban egy standard egy bizonyos célra szükséges ápolási tevékenységek megállapodás szerinti mértéke”.

Az ápolók világszövetsége, az ICN az ápolási standardokra **irányelveket** állapított meg.

A teljesesség igénye nélkül néhány irányelv ezek közül:

- A standardoknak egy előre megállapított cél elérését kell szolgálniuk. Ezzel állapítják meg a szolgáltatások minőségét.
- A standardok feltétele a szakmai tevékenység és felelősség világos definíciói.
- A standardoknak átfogóknak és flexibiliseknek kell lenniük, hogy céljaikat teljesíthessék és egyidejűleg szabad teret kell engedniük az innovációnak, fejlődésnek és változásnak.
- A foglalkozásgyakorlás színvonalának magasnak kell lennie és motiválnia kell a szakmai identitást és mozgékonytágot.
- A standardokat úgy kell megfogalmazni, hogy alkalmazásuk az újonnan belépők részéről is könnyen lehetséges legyen.

Az alkalmazás „könnyen lehetséges legyen” megállapítás rendkívül fontos. Az új ismeretek befogadása, az új módszerek elfogadása, alkalmazása az ápolók befogadó készségének mértéke meghatározza a kimeneti sikert.

Hogyan lehet ezt elérni?

Olyan helyzetet kell teremtenünk –folyamatos oktatás, képzés révén–, hogy az ápolók tudják saját tevékenységüket definiálni, és ezt dokumentáltan igazolni.

Néhány Kórházi Ellátási Standard, ezek megfogalmazása, magyarázata és a felülvizsgálat szempontjainak értelmezése

Betegvizsgálat (BEV.):

Eredményes betegvizsgálat alapján születnek döntések a sürgős vagy azonnali ellátási szükségletekről, illetve a beteg folyamatos ellátás iránti szükségleteiről akkor is, ha a beteg állapota változik. A beteg állapotának felmérése folyamatos, dinamikus tevékenység, amely több osztályon és részlegesen történhet, és három alapvető folyamatból áll:

- adat- és információgyűjtés a beteg fizikai, pszichés, szociális státusáról és kórtörténetéről,
- adat- és információelemzés a beteg egészségügyi szükségleteinek megállapítása céljából,
- ellátási terv kialakítása a beteg megállapított szükségleteinek kielégítésére.

A beteg állapotának felmérése akkor megfelelő, ha figyelembe veszi a beteg állapotát, korát, egészségügyi szükségleteit, valamint saját kéréseit vagy preferenciáit. Az ellátás eredményességéhez az ellátásban közreműködő szakemberek együttműködése szükséges.

BEV. 1.

Az egészségügyi szolgáltató szervezettel kapcsolatba kerülő valamennyi beteg ellátási szüksége – egy erre kialakított – állapotfelmérő eljárás során kerül meghatározásra.

A BEV. 1. standard magyarázata:

Amint a beteg először jelenik meg az egészségügyi szolgáltató szervezetben, a munkatársaknak elsőként tisztázniuk kell a megjelenés okát. Az a speciális információ, amelyre az egészségügyi szolgáltató szervezetnek ebben a fázisban szüksége van, illetve a megszerzésére irányuló eljárások egyrészt a beteg szükségleteitől, másrészt az ellátás helyszínétől függenek, pl. hogy járó- vagy fekvőbeteg-szakellátásról van-e szó. Az egészségügyi szolgáltató szervezetei szabályok és eljárások meghatározzák e folyamat működését és azokat az információkat, amelyeket a betegfelvétel során dokumentálni kell.

A BEV. 1. standard felülvizsgálati szem-pontjai:

1. Egészségügyi szolgáltató szervezetben szabályozás és eljárás határozza meg a járó- és fekvőbeteg-ellátás során megszerzendő információt.
2. Egészségügyi szolgáltató szervezetben szabályozás és eljárás határozza meg, ki végzi az állapotfelmérést.
3. Egészségügyi szolgáltató szervezetben szabályozás határozza meg azon információkat, amiket a betegről az egészségügyi szolgáltató szervezetben történő első megjelenéskor dokumentálni kell.

BEV. 1.1.

Az egészségügyi szolgáltató szervezet – a hatályos jogszabályok és más szabályozók alapján – meghatározza az állapotfelmérés célját és tartalmát.

BEV. 1.2.

Az állapotfelmérést az egészségügyi szolgáltató szervezet által előírt időn belül elvégzik.

A BEV. 1.2. standard magyarázata:

A beteg korrekt kezelésének minél korábbi megkezdése érdekében az első állapotfelmérést el kell végezni és amilyen hamar csak lehetséges, a betegdokumentációban rögzíteni kell. Az egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza azt az időkeretet, amely alatt az orvosi és szakdolgozói állapotfelmérést el kell végezni. A pontos időkeret számos tényezőtől függ, beleértve az egészségügyi szolgáltató szervezetben ellátott betegségeket, az ellátás összetettségét és időtartamát, valamint az ellátást környező feltételek dinamikáját. Ezt szem előtt tartva állapotfelmérő időkereteket határozhat meg. Ha az állapotfelmérést részben vagy egészében az egészségügyi szolgáltató szervezeten kívül végezték, a leleteket a betegfelvételnél ellenőrzik.

A BEV. 1.2. standard felülvizsgálati szem-pontjai:

1. Minden szolgáltatás vagy ellátási terület számára megfelelő állapotfelmérő időkeretet állapítanak meg.
2. Az állapotfelméréseket az egészségügyi szolgáltató szervezet által meghatározott időkereten belül elvégzik.
3. Az egészségügyi szolgáltató szervezeten kívül végzett állapotfelmérő eredményeket a betegfelvételnél ellenőrzik.

BEV. 2.4.

Az első ápolási státusfelvétel az egészségügyi szolgáltató szervezet által meghatározott időn belül a betegdokumentációban dokumentálásra kerül.

A BEV. 2.4. standard magyarázata:

A beteg első vizsgálatának elsődleges eredményeként világossá válnak az orvosi és ápolási szükségletek, így az ellátás és a kezelés megkezdődhet. Az egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza a felvételt követő orvosi vizsgálat területét és tartalmát. (BEV 1.1.) Ez az orvosi vizsgálat a felvételt követő 24 órán belül befejeződik és a betegdokumentációban ugyanezen időhatárig rögzítik. Az ápolási állapotfelmérés az egészségügyi szolgáltató szervezet által meghatározott időn belül szintén rögzítésre kerül a betegdokumentációban.

Ha az orvosi állapotfelmérés az egészségügyi szolgáltató szervezeten kívül történik, annak 30 napon belülnek kell lennie. Ezen vizsgálatról áttekinthető és érthető másolat kerül a betegdokumentációba, és az ezen vizsgálatot követő bármilyen lényeges állapotváltozást a felvételt követően dokumentálnak.

A diagnosztikai tesztek aneszteziológiai vagy műtéti beavatkozások előtt a betegdokumentációba bejegyzik.

Műtéti beavatkozást megelőzően a preoperatív diagnózist dokumentálják. Az aneszteziológiai vizsgálat meghatározza a beteg alkalmasságát a tervezett anesztéziára. Az aneszteziológus elvégzi a beteg ismételt vizsgálatát közvetlenül az anesztézia megkezdése előtt.

Sürgősség esetén az első orvosi vizsgálat limitált lehet a beteg aktuális szükségletei és állapota szerint. Ha nincs idő valamely műtéti ellátás igénylő sürgősségi beteg teljes anamnézisének feljegyzésére és fizikális vizsgálatának leírására, a preoperatív diagnózis a műtéti eljárás megkezdése előtt mindenképpen rögzítésre kerül.

Az ápolók számára a standardok magyarázata sok segítséget ad. Mit kell tennem? Miről kell dokumentált eljárást, vagy protokollt készítenem? Milyen intézeti szabályzat, utasítás tartalmaz bizonyítékot az adott standardnak való megfelelésben?

Gyakorlati tapasztalatom az, hogy folyamatos, intenzív, célzott és differenciált oktatás, szemléltető példákon történő felkészítés szükséges a standardok megfelelő („közös nyelven” történő) értelmezéséhez, valamint a könnyebb érthetőség érdekében.

A standardoknak való megfeleléshez a szakápolás folyamatainak eljárásban történő meghatározása, valamint az ápolási alap- és speciális szükségletre készített protokollok, munkautasítások adnak segítséget, ezek határozzák meg az adott intézeti elvárásokat az általános elvárásokon belül. Ez lényeges abból az aspektusból is, hogy a KES kézikönyvben előírt követelmények teljesíthetőségét értelmeznünk és értékelnünk kell. Ez esetenként egyáltalán nem könnyű, mert a követelmények gyakran vagy túl konkrétak, vagy túl elvontak. Nem egyértelmű, hogy minimum vagy optimum standardról van szó, és a teljesítés sok szubjektív elemet tartalmaz. A nem teljesített standardok, melyeket a belső vagy külső audit során megállapítanak, általában szigorúbb előírásokat tartalmaznak, mint a „Szakmai minimumfeltételek”-ben leírt elvárás.

(Itt kell megjegyezni azt is, hogy a kézirat elkészültekor a JES (Járóbeteg Ellátási Standardok) fejlesztése a végéhez közeledik, és folyamatban van a HES (Háziápolási Ellátási Standardok) kidolgozása.)

A jól megfogalmazott, szakmai szabályokra épített folyamatleírások, a beteg szükségleteinek kielégítésére felállított és dokumentált protokollok jól illeszthetők és kiegészíthetők amennyiben szükséges a KES általi elvárásokkal. Az ellátási standardok alkalmazása a gyakorlatban, a folyamatok rendszeres újragondolása **átformálta az ápolók szemlélet-módját**, fejleszti a szakmai öntudatot, valamint a minőségi betegellátásra való törekvés vágyát. Elfogadottá vált, hogy az ellátás része a pontos, elégséges dokumentáció, ez az ápolói munka elválaszthatatlan része, egyben védelmet, biztonságot is nyújt.

Az ápolók megértették (Arisztotelész nyomán):

„A minőség szokás, nem pedig tett”

Irodalomjegyzék

1. Belicza Éva, Zékány Zsuzsanna (1998): *A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. EMIKK füzetek, 17. szám, Debrecen*
2. E.K. Swoboda (1999): *Minőségbiztosítás az ápolás területén. ÖKZ, 40, 1, pp 6-11.*

3. *Kórház Ellátási Standardok Kézikönyve 2.0. változat. (2003). Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium*
4. *Dr. Hajnal Miklós, Somogyvári Zoltánné, Dr. Nagy Péter Pál (2004): Minőségirányítási és szakmai rendszer integrációja a Szent János Kórházban. Magyar Minőség, XIII. évfolyam 10.szám*
5. *Heather Marr, Hannie Giebing (1996): A minőség biztosítása az ápolásban. Főiskolai Tankönyv, Semmelweis Kiadó, Budapest*
6. *John Ovretveit (1999): Minőségszemlélet az egészségügyben. Medicina, Budapest*

[Vissza a tartalomhoz](#)

KITEKINTÉS

Figyeljünk a harmincasokra!

Emlőrák elleni kampány a fiatal hölgyek egészségéért

A mellrákot legtöbbször az idősebb nők betegségének tartják. Csak néhány nagy nyilvánosságot kapó, szomorú eset hívja fel a figyelmet arra, hogy akár fiatalabbakat is veszélyeztet. A betegek legnagyobb része túl későn kerül orvoshoz, pedig a korai felismerést követően ma már akár a teljes gyógyulás is elérhető lenne. A Magyar Rákellenes Liga éppen ezért elsősorban a harmincas éveikben járó hölgyeket célozza meg legújabb kampányával. Az eseménysorozat keretében felvilágosító programokkal, előadásokkal hívják fel a figyelmet a rendszeres szűrés és az egészségtudatos gondolkodás fontosságára.

A tévhitekkel ellentétben az emlőrák nem csak az idősebb nők betegsége. Már a harminc éves korcsoportban is előfordulnak megbetegedések. Sőt az idősebb korban diagnosztizált esetek jelentős része jóval korábban alakul ki, azonban a rendszeres szűrés hiánya miatt csak későn, fordulnak orvoshoz az érintettek. Sajnos nem csak a férfiakra, hanem a hölgyekre is igaz, hogy fiatal korban kevésbé törődnek egészségükkel, nem mennek el rendszeresen szűrésre, figyelmen kívül hagyják a kockázatot növelő tényezőket. A Magyar Rákellenes Liga éppen azért indítja útjára a fiatalabb hölgyek ismereteinek bővítését segítő felvilágosító kampányát, mert tudatosítani szeretné, hogy esetükben kiemelten fontos az odafigyelés, hiszen éppen ez az a kor, amikor a betegség hatékonyan kezelhető, sőt jelentős az esélye a teljes gyógyulásnak is! A Liga célja a kezdeményezéssel, hogy a jelenleginél sokkal több 30-40 éves hölgy vegyen részt a szűrésen, továbbá azok, akiknél a betegséget diagnosztizálják, a leginkább megfelelő helyen kapják meg a szükséges kezeléseket.

Az év végéig Budapesten és vidéken szervezett felvilágosító programok, előadások során nem csupán a szűrés fontosságáról, az esetleges műtét, illetve az azt követő kezeléseket menetről, az általános tudnivalókról esik majd szó, hanem egy eddig keveset hangsúlyozott, ám igen fontos tényezőről, a lelki segítségnyújtásról is. Az emlőrákos betegnek ugyanis nem csupán a konkrét probléma leküzdésében kell segítséget nyújtani, hanem a betegség elviselésében is. Meg kell értetni minden érintettel, hogy különösen fiatalabb korban az emlőrák nem egyenlő a halálos ítélettel, továbbra is teljes életet lehet és kell élni, nem szabad feladni a jövőbe vetett bizalmat.

A diagnózis után

Miután az emlőrákot diagnosztizálták a betegnek mindenképpen érdemes több terület orvosával (onkológus, sebész, nőgyógyász) konzultálnia, hiszen ma már –különösen fiatal korban- nem csak a radikális sebészi beavatkozás, az emlő teljes eltávolítása lehet az egyetlen megoldás. Ez a test és lélek egészsége szempontjából egyaránt radikális beavatkozás, csak a legindokoltabb esetben szükséges. Szintén fontos, hogy a gyógyulásban hatékonyan segítenek azok az **Onkológiai Centrumok**, ahol a legkorszerűbb és leginkább hatékony terápiákat is

megkaphatják a betegek. Többek között azt is, amely lehetővé teszi a korai stádiumú emlőrák esetén akár a teljes gyógyulást is.

A testi „tünetek” kezelése mellett fontos, a lelki problémák kezelése, feldolgozása is. Ebben kiemelt szerep jut a családnak, de érdemes pszichológus szakember segítségét is kérni. Így elkerülhető, hogy a beteg „magába” forduljon, elzárkózzon a külvilágtól és egyedül maradjon a problémával. A megfelelő lelki segítségnyújtás nagyon sokat tehet azért, hogy a diagnózis után is teljes életet éljen.

[Vissza a tartalomhoz](#)

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az ápoló lehetőségei a koraszülött csecsemők otthoni ellátásában

Németh Anikó, egyetemi okleveles ápoló

Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ B részleg, Koraszülött Osztály

Összefoglaló

Vizsgálat célja

Megtudni, hogy a 2000 g születési súly alatt született koraszülöttek szüleit elsősorban fizikai, pszichés vagy szociális kérdések foglalkoztatják gyermekük otthoni ellátásával kapcsolatban, illetve milyen mértékben és módon igényelnek az otthoni ápoláshoz és fejlesztéshez, a problémák korrekciójához tanácsokat, valamint milyen szakembertől fogadnának szívesen tanácsokat.

Vizsgálati minta és módszer

Felmérésemet saját készítésű, önkitöltős kérdőívvel végeztem. Nem reprezentatív mintát olyan édesanyák képezték, akik koraszülött gyermeke 2003-2004-ben született 2000 gramm alatti születési súllyal.

Eredmény

Elmondható, hogy nincs összefüggés a kórházban kapott információkkal való elégedettség és a születési súly között. Nem személyre szabottan történik az információátadás, illetve a születési súly nem befolyásolja az egészségügyi szakemberek által átadott információk mennyiségét. A megkérdézettek igényt tartanak olyan felkészítő programra, mely segíti gyermekük otthoni ellátását.

Következtetés

A kisméretű koraszülöttek szülei igen nyitottak mindenféle információra, felkészítő programra, melyek elősegítik gyermekük otthoni ellátását, testi, érzékszervi fejlesztését. Így elérhetővé válna, hogy a koraszülött csecsemők rehabilitációja az otthonukban, hazabocsátás után is zavartalanul folyhasson. Ez nemcsak a fejlődésüket segítené elő, hanem a szülők félelmét, szorongását is csökkentené a nehéz időszakban.

I. Probléma ismertetése, jelentősége

Hazánkban még ma is igen magas a koraszülések aránya, az újszülött gyermekek 8-9%-a koraszülöttként jön a világra, míg ez az arány Nyugat-Európában 6%. Ezen belül az 1500g születési súlyt el nem érő koraszülöttek 80%-a életben marad, köszönhető ez a terápiás módszerek

fejlettségének, valamint a Perinatális Intenzív Centrumok fejlett műszerparkjának és jól képzett személyzetének.

Az igen kissúlyú koraszülötteket számos betegség fenyegeti. Központi idegrendszeri károsodás 10-30%-ban, bronchopulmonalis dysplasia 10-80%-ban, retinopathia prematurorum 5-20%-ban, necrotisalo enterocolitis 10-40%-ban alakul ki. (Balla, Nobilis, Adamkovich, 2003) Ezen betegségek következménye igen súlyos lehet: mentális és mozgásbeli fejlődési elmaradás, csökkent érzékszervi működések. A súlyos szövődmények ereje csökkenthető a sokszor több évig tartó utókezeléssel, melyek egy része otthon is elvégezhető lenne, ha a szülők megfelelően fel lennének rá készítve.

Míg tíz-húsz évvel ezelőtt az 1500 gramm alatti súllyal világra jött és agyvérzést kapott csecsemők életesélyei a nullával voltak egyenlők, addig ma már ezeknek a babáknak feléből egészséges felnőtt válhat, köszönhetően a fejlesztésük előtérbe kerülésének.

A koraszülöttek igényeinek jobb megismerése átalakította az ellátás kereteit. Egyre nő az ismeretünk azzal kapcsolatban, hogy a koraszülöttek egészséges és harmonikus fejlődéséhez milyen külvilági ingerekre van szükség. Ezen tényezők szerepet játszanak abban, hogy a koraszülöttek rehabilitációja fontos kérdéssé vált, hiszen az igen kis súlyú koraszülöttek otthonukba bocsátásuk után is speciális ellátást igényelnek, szükség van fejlesztésükre. Ez az időszak félelemmel, szorongással tölti el a szülőket és családtagokat egyaránt. (Czeizel, Gallai, 2000, Müller-Riechmann, 2000)

Munkám során nagyszámú igen kis súlyú koraszülöttel találkozom, akik sokkal nagyobb törődést, figyelmet igényelnek, mint a nagyobb súllyal született társaik. Szüleik aggodalommal tekintenek a jövőre, félnek a hazabocsátás utáni időszaktól. Számtalan kérdés merül fel bennük az otthoni ellátással kapcsolatban, hiszen a többség tudja, hogy nem egy problémamentes csecsemőt visz haza. Kérdéseikkel sokszor nem a megfelelő szakemberhez fordulnak, vagy nem is mernek érdeklődni. Az információkat legtöbbször könyvekből vagy egymástól, más sorstársaktól szerzik be, amiből számtalan félreértés, téves hiedelem adódik.

A téma társadalmi jelentőségére felhívja a figyelmet a koraszülöttek még mindig magas aránya (8-9%) a társadalomban, illetve, hogy sok ember hajlamos azt hinni, hogy egy agyvérzésen átesett, kis súllyal született csecsemő már nem élhet teljes életet, ezért elsikkad a velük való törődés.

II. Vizsgálat célja

Kutatásom során választ szerettem volna kapni arra, hogy a 2000g születési súly alatt született koraszülöttek szüleit elsősorban fizikai, pszichés vagy szociális kérdések foglalkoztatják gyermekük otthoni ellátásával kapcsolatban, illetve milyen mértékben igényelnek a koraszülött gyermek otthoni ápolásához és fejlesztéséhez, a problémák korrekciójához tanácsokat.

Hipotéziseim a következők voltak:

1. A 2000g születési súly alatti koraszülöttet ápoló szülők igénylik a szükségleteikhez igazodó, otthoni ellátást segítő ismeretek sokféle módszerrel történő átadását, annak ellenére is, hogy elégedettek a kórházban kapott, otthoni ápolást segítő információkkal.

2. Minél kisebb egy koraszülött születési súlya, annál több, otthoni ápolásra vonatkozó információt kapnak a szülők a kórházban tartózkodás ideje alatt.

3. Minél kisebb súllyal született egy koraszülött, annál nagyobb megterhelést jelent családja számára a rendszeres vizsgálatokon, fejlesztő-foglalkozásokon való részvétel.

4. A 2000g születési súly alatti koraszülötteket nevelő családok még a kórházban tartózkodás időtartama alatt igényt tartanak olyan felkészítő programra, mely segítséget nyújt koraszülött gyermekük otthoni ápolásában, testi, érzékszervi fejlesztésében.

5. Feltételezem, hogy a koraszülöttek otthoni ellátásával kapcsolatos kérdések megválaszolását a szülők elsősorban az ápolóktól várják.

III. Vizsgálati módszerek és minta

Felmérésemet a Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermek-egészségügyi központ B részlegének kora-szülött utógondozó ambulanciáján végeztem.

Nem reprezentatív mintámat olyan édesanyák képezték, akik koraszülött gyermeke 2003-ban vagy 2004-ben született, és születési súlya 2000 gramm alatt volt. A mintámból szándékosan kihagytam a

2001-2500 gramm születési súlyú koraszülöttek szüleit, hiszen ebben a súlycsoportban nemigen jellemzőek a súlyosabb megbetegedések.

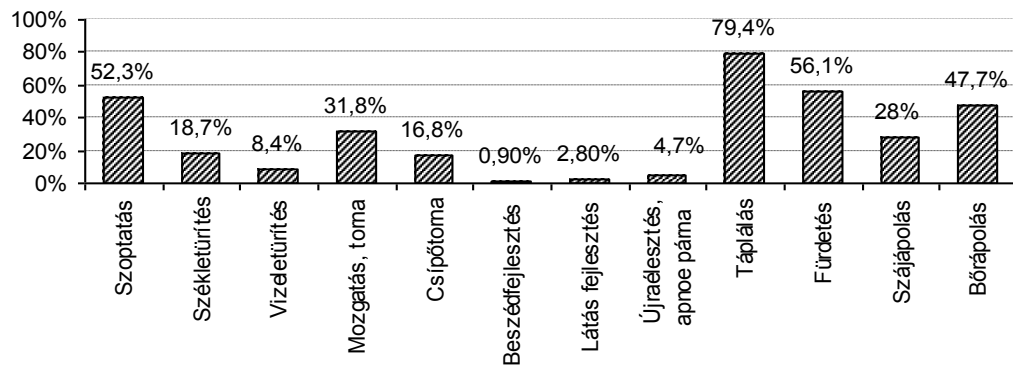
Keresztmetszeti vizsgálatomat saját készítésű, önkitöltős kérdőívvel végeztem, mely 31 kérdést tartalmazott. A kérdések közül három volt teljesen nyílt, kettő pedig rangsor felállítására kérte az édesanyákat. A többi zárt kérdés volt, megadva az „egyéb” választás lehetőségét is. Az első nyolc kérdés szociodemográfiai adatokra vonatkozott.

A kérdőívek kiosztására 2004.07.01-10.31. között került sor. Minden olyan édesanya kitölthette, aki a nevezett időpontban megjelent gyermekével gondozáson és a fenti kritériumoknak megfelelt. A válaszadás önkéntes és névtelen volt. A jelzett időpontban 130 kérdőív került kiosztásra, a visszaérkezett és értékelhető kérdőívek száma 107 volt. A visszaérkezési arány 82,3%.

Az adatok feldolgozását, értékelését az SPSS 11.0 for Windows statisztikai programmal, hipotéziseim bebizonyítását korreláció-analízissel végeztem.

IV. Eredmények

- A megkérdezettek 97,2%-a kapott valamilyen információt koraszülött gyermeke otthoni ellátásával, ápolásával kapcsolatban, míg 2,8% (3 fő) egyáltalán nem kapott semmilyen információt. Az 1.sz. ábrából kitűnik, hogy a szülőket leggyakrabban táplálással, fürdetéssel és szoptatással kapcsolatos információkkal látjuk el az osztályon.



- Az édesanyák által felállított rangsor, mely arra mutatott rá, hogy kitől kapták a legtöbb információt koraszülött gyermekük otthoni ellátásával, ápolásával kapcsolatban, a következőképpen alakult: az osztályos orvost jelölték meg a legtöbben első helyen, második helyre a koraszülött osztály ápolónője, harmadik helyre a kórházi védőnő, negyedekre pedig a szülész orvos került. (1.sz. táblázat)

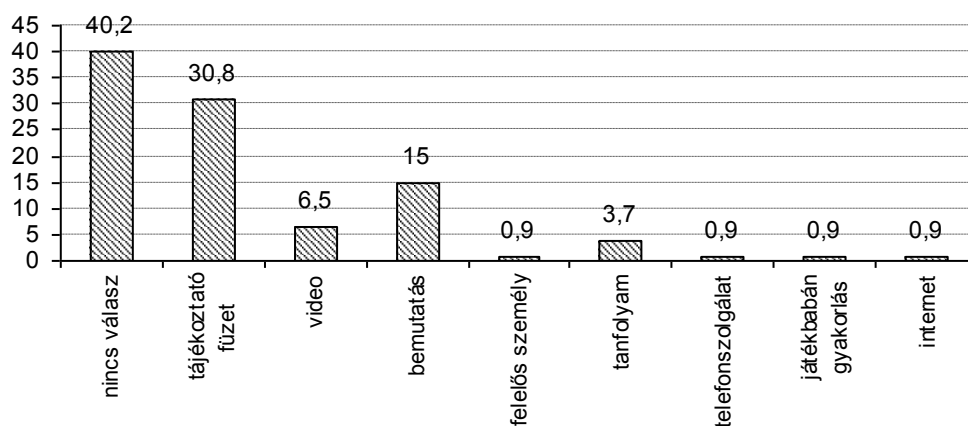
1. sz. táblázat Intézményben kapott információk mennyisége szerinti rangsorolás

	Legtöbb (1)	Sok (2)	Éppen elegendő (3)	Kevés (4)	Legkevesebb (5)	Összesen (%)
Osztályos gyermekorvos	41,1 %	24,3 %	26,2 %	5,6 %	2,8 %	100 %
Szülész orvos	4,7 %	2,8 %	8,4 %	81,3 %	2,8 %	100 %
Koraszülött-ápolónő	21,5 %	43,0 %	27,1 %	5,6 %	2,8 %	100 %
Védőnő	29,9 %	27,1 %	35,5 %	4,7 %	2,8 %	100 %

Három fő jelezte, hogy senkitől sem kapott semmilyen információt.

- Arra a kérdésemre, hogy elégedett volt-e a szülészetén, illetve koraszülött osztályon kapott információkkal, 71,0% válaszolt igennel, 29% tartotta kevésnek a kapott információkat vagy nem volt elégedett a tájékoztatással. Válaszukat sajnos nem indokolták.
- Nyílt kérdésként megfogalmaztam, hogy milyen témákban igényelték volna még további információkat az édesanyák. Igények merültek fel az alábbi témakörökben: éjszakai altatás, torna, úszás, kötelező vizsgálatok, védőoltások, gyermekbetegségek, látásfejlesztés, beszéd-fejlesztés, székletürítés, bőfizetés, bőrápolás, levegőztetés, újraélesztés, apnoe párna alkalmazása.
- Az információk átadásának módjára jellemző a megkérdezettek szerint, hogy főként csak szóban történik (57,0%), illetve bemutatjuk, a gyermek körül elvégzendő ápolási feladatokat (40,2%). Videót, tájékoztató anyagot egyáltalán nem alkalmazunk. 2,8% nem kapott információt.
 - Arra a kérdésemre, hogy milyen módon lehetne még több információt eljuttatni a szülőkhöz, a megkérdezettek (n=107) 59,8%-a tett valamilyen javaslatot, 40,2%-nak nem volt javaslata. (2.sz. ábra)

2. sz. ábra: Javaslatok a szülők bővebb informálására (%)



A legnépszerűbbnek a tájékoztató füzet bizonyult.

A korreláció számítás eredményeképpen nem találtam korrelációs összefüggést a kórházban kapott információkkal való elégedettség, illetve a további információk átadásának módjára tett javaslatok, valamint a születési súly között, így az első hipotézisemet, - mely szerint: „A 2000g születési súly alatti koraszülöttet ápoló szülők igénylik a szükségleteikhez igazodó, otthoni ellátást segítő ismeretek sokféle módszerrel történő átadását, annak ellenére is, hogy elégedettek a kórházban kapott, otthoni ápolást segítő információkkal.” - *nem tudtam bizonyítani.*

Megkértem a válaszadókat, hogy jelöljék meg azokat a témaköröket, amelyekben információkat kaptak az intézményben tartózkodás időtartama alatt. (1.sz. ábra) A korreláció számítás során ezen területeket vettem össze a születési súllyal.

– A születési súly és a szoptatás terén adott információk között pozitív irányú korrelációs kapcsolat figyelhető meg ($p=0,001$, $r=0,313$), tehát a nagyobb születési súllyal született koraszülöttek szülei 99,99%-os valószínűséggel kapnak információt gyermekük szoptatásával kapcsolatban.

– A születési súly és az újraélesztéssel kapcsolatos információk között negatív irányú a korrelációs kapcsolat ($p=0,001$, $r=-0,330$). Ebből az a következtetés vonható le, hogy minél kisebb a koraszülött születési súlya, annál nagyobb a valószínűsége (99,99%), hogy kapnak az újraélesztés területén is információkat a szülők.

– A születési súly és a szájápolás terén kapott információk gyakorisága között szintén negatív irányú korrelációs összefüggést találtam ($p=0,016$, $r=-0,232$). Elmondható tehát, hogy 98,4% a valószínűsége annak, hogy a kisebb születési súllyal született koraszülöttek szülei kapnak tanácsokat a szájápolás terén is.

A születési súly és az információ-típusok között nem találtam egyéb korrelációs összefüggést, ezen adatok birtokában nem igazolható egyértelműen a második hipotézisem.

Azonban az egyes tájékoztatással kapcsolatos témák között több összefüggés mutatható ki:

Pozitív irányú korrelációs kapcsolat figyelhető meg:

- székletürítés-vizeletürítés ($p=0,001$, $r=0,459$)

- mozgás-csípőtorna ($p=0,003$, $r=0,283$)
- fürdetés-szájápolás ($p=0,001$, $r=0,427$)
- fürdetés-bőrápolás ($p=0,001$, $r=0,656$)
- táplálás-fürdetés ($p=0,01$, $r=0,249$)
- táplálás-bőrápolás ($p=0,002$, $r=0,300$) között.

Elmondható tehát, hogy akik kapnak az egyik területen információt, nagy valószínűséggel kapnak a másik területen is.

Majdnem minden információs terület kapcsolatban van a másikkal, hiszen találtam gyengébb, de szintén pozitív irányú korrelációs összefüggéseket is. Ezért megállapítható, hogy a szülők igen sokféle információt kapnak koraszülött gyermekük otthoni ápolásával kapcsolatban, de az információ átadása rutinszerűen történik. Minden szülő több területen kap felvilágosítást, de feltehetően nem személyre szabottan, a saját szükségleteihez igazodva. Ezen megállapítás tükrében a második hipotézisem, mely szerint „Minél kisebb egy koraszülött születési súlya, annál több, otthoni ápolásra vonatkozó információt kapnak a szülők a kórházban tartózkodás ideje alatt.” - *nem nyert igazolást.*

– A koraszülött utógondozáson való megjelenés gyakorisága igen lényeges a kis súllyal született koraszülöttek (főleg az 1000g alattiak) esetében, hiszen előfordul, hogy akár hetente meg kell jelenni a rendelésen. Ez természetesen függ a koraszülött állapotától, átélt betegségeitől is.

A válaszadók 44,9%-a viszi gondozásra havonta koraszülött gyermekét, hetente pedig 6,5%. Ez különösen akkor megterhelő, ha távol laknak az intézménytől, és gyakran kell megtenni a nagy távolságot az érzékeny csecsemővel. 37,4% három havonta, 7,5% hat havonta, 3,7% pedig évente viszi gondozásra gyermekét.

– A perinatális megbetegedések miatt szükség lehet egyéb foglalkozásokon (pl. gyógytorna, úszás, természetgyógyász, szemészeti ellenőrzés) való részvételre is, ami miatt szintén sokat kell utazni azoknak, akik nem Szeged vonzáskörzetében élnek.

A válaszadók 50,5%-a viszi valamilyen egyéb foglalkozásra koraszülött gyermekét:

- 46,7% gyógytornára,
- 7,5% úszásra,
- 0,9% természetgyógyászhoz.

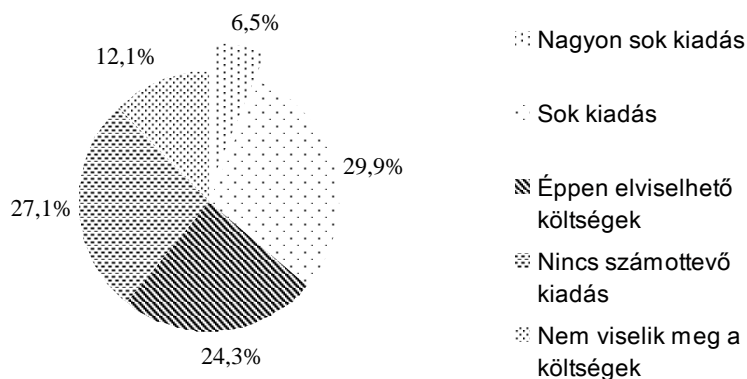
– A foglalkozásokon való megjelenés gyakorisága:

- heti 1-2x: 35,5%,
- kéthetente: 13,1%,
- havonta 1x: 1,9%.

– Az elhúzóó oxigénterápia miatt előfordulnak eltérő súlyosságú szemkárosodások, következményes szemműtéttel, melyek miatt rendszeres szemészeti ellenőrzésre lehet szükség. A válaszadók 60,7%-a hordja rendszeresen szemészeti ellenőrzésre gyermekét.

- A szülők koraszülött gyermekük vizsgálataival, fejlesztő foglalkozásaival kapcsolatos kiadásainak alakulását a 3.sz. ábrán lehet nyomon követni.

3. sz. ábra: A fejlesztő foglalkozásokkal kapcsolatos kiadásokról alkotott vélemények megoszlása a vizsgáltak körében (%)



A korreláció-számítás eredményei a következőképpen alakultak:

Negatív irányú korrelációs összefüggés figyelhető meg az alábbi területek között:

- születési súly-foglalkozásokon való részvétel ($p=0,001$, $r=-0,427$)
- születési súly-gyógytorna ($p=0,001$, $r=-0,457$)
- születési súly-foglalkozás gyakorisága ($p=0,001$, $r=-0,313$)
- születési súly-szemészeti ellenőrzés ($p=0,001$, $r=-0,314$)
- születési súly-kiadások ($p=0,001$, $r=-0,381$).

Tehát minél kisebb a születési súly, annál gyakrabban viszik a szülők koraszülött gyermeküket valamilyen foglalkozásra, gyógy-tornászhoz vagy szemészeti ellenőrzésre.

Ezen eredmények figyelembevételével a harmadik hipotézisem, mely szerint- „Minél kisebb súllyal született egy koraszülött, annál nagyobb megterhelést jelent családja számára a rendszeres vizsgálatokon, fejlesztő-foglalkozásokon való részvétel.”- *igazolást nyert*. 99,99% a valószínűsége, hogy a rendszeres fejlesztő foglalkozásokon, kezeléseken való részvétel anyagilag megviseli a kis súllyal született koraszülöttek családját.

– Megkérdeztem az édesanyákat, hogy hogyan fogadnának olyan felkészítő programokat, melyek segítenék koraszülött gyermekük otthoni, testi, érzékszervi fejlesztését. Az adott válaszok a következőképpen alakultak ($n=107$):

- 0,9%: „Nincs időm, nem tartok rá igényt.”
 - 1,9%: „Nem érzem fontosnak, hogy otthon is gyötörjem gyermekem ilyen dolgokkal.”
 - 6,5%: „Nem tartom magam képesnek rá, hogy én végezzek ilyen feladatokat.”
 - 29,0%: „Szeretnék ilyen téren is tanácsot kapni.”
 - 29,9%: „Szívesen megtanulnék ilyen módszereket, ha valaki segítene a begyakorlásban.”
 - 31,8%: „Nagyon fontosnak érzem, hasznosnak gondolom.”
- A válaszadók 51,4%-a még a kórházban tartózkodás időtartama alatt szeretne a fent említett felkészítő programban részt venni, 35,5% a hazamenetel után és 13,1% bármikor.

A statisztikai próba a következő eredményt hozta:

Pozitív irányú korrelációs összefüggés mutatható ki a felkészítő programról alkotott vélemények és a kórházban történő információ átadás között ($r=0,197$, $p=0,042$).

A szignifikancia vizsgálat alapján 95,8%-os valószínűséggel elmondható, hogy a szülők még a kórházban tartózkodás időtartama alatt igényelnének olyan információkat, melyek segítenék koraszülött gyermekük otthoni ellátását, testi, érzékszervi fejlesztését.

Ezek alapján a negyedik hipotézisem, mely szerint- „A 2000g születési súly alatti koraszülötteket nevelő családok még a kórházban tartózkodás időtartama alatt igényt tartanak olyan felkészítő programra, mely segítséget nyújt koraszülött gyermekük otthoni ápolásában, testi, érzékszervi fejlesztésében.”- *igazolást nyert*.

– Az utolsó hipotézisem bizonyításához megkértem a válaszadókat, hogy jelöljék meg a felsoroltak közül (gyermekorvos, koraszülött osztályon dolgozó ápoló, védőnő, gyógytornász), azokat a személyeket, akiktől szívesen fogadnák a koraszülött gyermekük otthoni ellátásával, ápolásával, testi, érzékszervi fejlesztésével kapcsolatos tanácsokat. (2.sz. táblázat)

2. sz. táblázat: Kitől várják a fejlesztő programot a megkérdezett szülők? (%)

Tanácsadó személye	Válaszok megoszlása(%)
Gyermekorvos	49,5 %
Koraszülött-ápoló	43,9 %
Védőnő	63,6 %
Gyógytornász	31,8 %

Korreláció-számítással végzett adatelemzés a következő eredményt hozta:

A szignifikancia vizsgálat alapján elmondhatjuk, hogy akik kérnek az orvostól tanácsot, az nem zárja ki, hogy nem kérnek a védőnőtől is. Nagy valószínűséggel az orvostól és a védőnőtől fogadnák szívesen a felkészítő programot, nem pedig az ápolóktól. Az orvos és védőnő közötti korrelációs kapcsolat negatív irányú ($r=-0,415$), a szignifikancia szint pedig $p=0,01$, tehát akik az orvostól várnak tanácsot, azok 99,9%-os valószínűséggel megkérdezik a védőnőt is.

Ezen eredmények figyelembevételével az ötödik hipotézisem, -melyben „feltételeztem, hogy a koraszülöttek otthoni ellátásával kapcsolatos kérdések megválaszolását a szülők elsősorban az ápolóktól várják”, -nem nyert igazolást. Ennek tapasztalatom szerint az lehet az oka, hogy a szülők főként az orvossal és a védőnővel vannak kapcsolatban, az ápolók tevékenysége elsősorban a csecsemők szükségleteinek kielégítésére irányul, hiszen ma kevésbé elvárás még velük szemben az egészségnevelés, az oktatási feladatok szervezése. Ritkán adódik alkalom a szülőkkel való tartalmasabb beszélgetésre, hiszen a nagy betegforgalom, és a napi beavatkozások, teendők miatt a szülőkkel való kapcsolattartás háttérbe szorul. Szerepet játszik ebben a megfelelő hely és idő hiánya, és nincsenek meghatározva a pontos kompetenciák sem.

V. Megbeszélés

Felmérésem során igen sok pozitív eredményt kaptam, melyek igazolták feltételezéseimet, valamint azt, hogy nem hiábavaló mindennapos küzdelmünk a koraszülött csecsemőkért.

Munkahelyemen főként a táplálás, fürdetés és szoptatás témakörében történik információátadás az édesanyák számára. Mintámban szereplő édesanyák ($n=107$) 70,1%-a elégedett volt az információkkal. Az is pozitívumként említendő meg, hogy a kora-szülött osztályon dolgozó ápolók jelentős részt vállalnak a szülők csecsemőápolás terén történő informálásában, hiszen az orvos után őket jelölték meg második helyen a megkérdezett édesanyák.

Az sem elhanyagolható, hogy igen sok terület van (úszás, torna, védőoltás, vizsgálatok, stb.), ami érdekelné az édesanyákat, de nem kaptak róla megfelelő információt, vagy nem mertek kérdezni.

Osztályunkon főként szóban történik az információátadás a megkérdezettek szerint is (57,0%), időhiány miatt kevesebbszer alkalmazzuk a bemutatással egybekötött szóbeli közlés módszerét.

Vizsgálatomból az is kiderült, hogy a kórházi koraszülött utógondozónak milyen fontos szerepe van a koraszülöttek hazaadása után az otthoni ápolására vonatkozó tanácsok átadásában, megerősítésében.

A rendszeres foglalkozásokon, vizsgálatokon való részvétel jelentős mértékben megviseli a koraszülött gyermekek családját, mind anyagiakban, mind időráfordításban, hiszen a megkérdezettek 44,9%-a havonta viszi koraszülött utógondozásra gyermekét, és 35,5%-uk még hetente 1-2-szer gyógytornára is jár.

Minél kisebb súllyal született egy kora-szülött, annál inkább megviseli családját a rendszeres foglalkozásokon való részvétel. Ez egy lényeges megállapítás, hiszen a magas koraszülési ráta miatt ez igen jelentős számú családot érint. Azonban a szülők igen nyitottak mindenféle információra, felkészítő programra, ami elősegítené koraszülött gyermekük otthoni ellátását, testi, érzékszervi fejlesztése.

Mivel a válaszadók jelentős része tett javaslatot plusz információk átadásának módjára, úgy gondolom, figyelembe kell venni ezen javaslatokat. A legtöbben tájékoztató füzet összeállítását látnák jónak, ezért az ápoló, orvos, védőnő és gyógytornász (team) együttműködésével tervezni kell egy olyan kiadványt, amely praktikus tanácsokat tartalmaz a koraszülött csecsemők otthoni ápolásával, ellátásával, testi, érzékszervi fejlesztésével kapcsolatban. Ezek otthon is könnyen elvégezhető feladatok, gyakorlatok lennének, természetesen a megfelelő szakemberek ajánlásával, és figyelembe véve az egyes gyermekek egyedi igényeit, szükségleteit is.

Ez a tájékoztató füzet tartalmazná a leggyakoribb koraszülött-betegségeken (retinopathia praematurorum, bronchopul-monalis dysplasia, necrotisalo enterocolitis) átesett csecsemők szülei számára, otthoni ápolással kapcsolatos hasznos információkat, tanácsokat, táplálással kapcsolatos lényeges információkat (pl. speciális, koraszülöttek táplálására alkalmas eszközök ismertetése). Hasznos lenne a látás, hallás, mozgás otthoni fejlesztésével kapcsolatos ismeretek átadása is. Olyan egyszerű mozzanatok leírása, melyek otthon is könnyen, biztonsággal elvégezhetőek, és segítik a koraszülött csecsemők érzékszervi- és mozgásfejlődését.

A kórházban tartózkodás időtartama alatt lehetne kiscsoportos foglalkozás keretében, bemutatóval egybekötött előadásokat is tartani az édesanyák részére. Lehetőséget kellene biztosítani akár a játékbabán történő gyakorlásra is, majd ha ez már biztonsággal megy, saját gyermekén is kipróbálhatja a különböző fogásokat, ápolási tevékenységeket.

A legjobb azonban az lenne (mint ahogy az egyik szülő is javasolta), hogy egy meghatározott személy (pl. ápoló) foglalkozzon az édesanyákkal, akinek feladata a koraszülött csecsemők otthoni ellátásával, ápolásával kapcsolatos ismeretek átadása. Ezen felelős személy mind az előadások szervezését, mind a gyakorlati megvalósítást koordinálhatja. Ehhez azonban szükség van megfelelő együttműködésre a gyermekorvossal (neonatólógussal), védőnővel és a gyógytornással is.

Élménybeszámolókkal is színesebbé lehetne tenni a foglalkozásokat, minden édesanya elmondhatná a tapasztalatait, problémáit, melyek hasznosak lehetnek más szülők számára is.

Úgy gondolom, erre nemcsak az én munkahelyemen, hanem minden koraszülöttek ellátását végző osztályon szükség lenne.

Ennek a programnak a segítségével elérhető lenne, hogy a szülők a megfelelő szakemberek segítségével jussanak helytálló információkhoz, ne pedig egymástól „szerezzék be” az esetleg téves ismereteket.

VI. Következtetések, javaslatok

Vizsgálatomból levonható az a következtetés, hogy a koraszülések viszonylag magas száma miatt aktuális problémával állunk szemben a koraszülött csecsemők ellátása, gondozása terén. A kis súllyal született csecsemők ellátása igen nagy anyagi és pszichés terhet ró családjukra. Igen nagy hangsúlyt kell helyezni az otthoni ápolásra, fejlesztésre felkészítő foglalkozásokra, hiszen a szülők számára ez nagy segítséget jelentene. Hangsúlyt kell fektetni továbbá a felkészítő foglalkozások tárgyi feltételeire is, hiszen az esztétikus, rendezett környezet bizalmat kelt. A lehető legjobb az lenne, ha ez a feladat team munkában valósulhatna meg minden koraszülöttet ápoló egészségügyi intézményben. Ehhez elengedhetetlen a team egységes szemlélete és az ápoló betegoktatásban való alapos jártassága.

Szükség lenne a védőnők prevenciós tevékenységének további erősítésére is, hogy időben felkészítsék a várandós anyákat a csecsemő fogadására, hogy egy esetleges koraszülés esetén is tudjanak mindenről.

Az otthoni ellátást segítő eszközök kölcsönzésével (pl. apnoe párna, mérleg) jelentős mértékben megkönnyíthető lenne a koraszülött csecsemők otthoni ellátása. Informálni kell a szülőket, hogy hol lehet ezeket az eszközöket beszerezni, kölcsönözni.

Fontos a szülők szükségleteinek, igényeinek feltárása, követése is, hiszen csak így valósítható meg a személy- és családközpontú ápolás. Ezen információk birtokában elérhető lenne, hogy a szülők felkészülten, hasznos információkkal ellátva fogadhatnák otthonukban a sokszor súlyos, egész életükre kiható betegségekben átesett koraszülötteket.

Irodalomjegyzék

1. Balla, Gy., Nobilis, A., Adamkovich, K. (2003): *Kis súlyú koraszülöttek kórházi ellátása. Gyermekgyógyászati továbbképző Szemle*, 8, 52-58.
2. Czeizel, B. és Gallai, M. (2000): *A korai fejlesztés elméleti és gyakorlati tapasztalatai. Fejlesztő Pedagógia*, 11, 6-9.
3. Edith Müller-Riechmann. (2000): *A koraszülött gyerekek. Akkord Kiadó, Budapest, pp. 93-96.*

[Vissza a tartalomhoz](#)

Egészségügyi Minisztérium Egészségpolitikai Főosztályának tájékoztatója pályázati felhívásokról

(megjelent az Egészségügyi Közlöny LV. évfolyam 2005. évi 7. számában)

Az ápolói humán erőforrás fejlesztése, és az egészségügyi ellátórendszerben folyó minél magasabb szintű betegellátás érdekében az Egészségügyi Minisztérium idén már *ötödik alkalommal írt ki pályázatot.*

Ebben az évben a pályázat területei az alábbiak:

1. Az ápolói szakképesítést nappali képzésben megszerzők munkahelyi-társadalmi ösztöndíjjal történő támogatására 2005. évben a pályázatra fordítható teljes összeg 30 millió forint.

A pályázat célja: az ápolói, csecsemő és gyermekápolói szakképzésben résztvevők számára az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények által történő munkahelyi-társadalmi ösztöndíj biztosításával az ápolói pálya vonzóbbá tételének elősegítése, a nappali képzésben résztvevő tanulók anyagi támogatása.

Pályázhatnak azon *egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények*, amelyek az ápolói humán erőforrást munkahelyi-társadalmi ösztöndíj lehetőségének felhasználásával kívánják biztosítani.

A pályázó intézmény a központi forrásból – tanulónként kapott – havi 10 000 (tízezer) Ft-ot további minimum 5 000 (ötezer) Ft-tal saját forrásból kiegészíti, és szerződést köt a tanulóval. Az elmúlt évek gyakorlata azt mutatja, hogy az intézmények többsége nem csupán 5.000 Ft-tal támogatja a hallgatókat, hanem ennél többel (20.000 Ft-ra is van példa).

A tanuló vállalja, hogy legalább az ösztöndíj támogatás időtartamával megegyező ideig az adott intézménynél marad munkaviszonyban.

2. Az ápolói alapképesítésre épülő szakosító képzések támogatására 2005. évben a pályázatra fordítható teljes összeg 40 millió forint.

A pályázat célja az ápolói alapképesítésre épülő, szakosító képzésben résztvevő ápolók elméleti oktatási költségeinek és vizsgadíjának állami forrásból történő támogatása.

Ez a pályázat *a már dolgozó ápolók* szakképzését segíti.

Pályázhatnak azon *egészségügyi szakképzést végző iskolák/intézmények*, amelyek képzést folytató és vizsgaszervezői joggal rendelkeznek, valamint az adott szakképesítésre vonatkozóan legalább 12 fő képzését megszervezik.

A képzés állami forrásból történő támogatása két célt is szolgál, egyrészt az egészségügyi intézményekben dolgozó ápolók szakképzetségének szakmai struktúráját javítja, másrészt a megszerzett tudással és szakmai ismerettel a minőségi betegellátást segíti elő.

Az egyes képzések tanfolyami költségei 60.000 Ft –tól 100.000 Ft-ig terjednek, valamint 25.000 Ft vizsga költséggel egészülnek ki.

Az előző évek szakképzésenkénti támogatási összegei az idén közel 20%-al növekedtek, ezért a pályázaton nyertes iskolák döntő többsége nem kér további tanfolyami díjat az ápolóktól, mert az Egészségügyi Minisztérium által biztosított forrásból meg tudja szervezni a képzést.

3. Az Egészségügyi Minisztérium 2005. évben kiemelten támogatja a humán erőforrás fejlesztés program keretén belül az onkológiai ellátás területén dolgozók szakosító képzését és továbbképzését szolgáló programokat.

Az onkológiai tudomány terület erőteljes és gyors fejlődése szükségessé teszi a gyakorlati tevékenységek specializációjához kapcsolódó új ismeretek folyamatos bővítését.

A program célja a diagnosztikai és sugárterápiás ellátó területeken, onkológiai centrumokban, a betegek ápolásában, rehabilitációjában és a családok segítésében részt vevő szakdolgozói teamek képzésének, továbbképzésének támogatása, valamint az együttműködő funkciók erősítése a komplex betegellátás érdekében.

Az onkológiai program három alprogram keretében valósul meg.

3.1. Szakosító képzések támogatása:

Idén első alkalommal kerül meghirdetésre az onkológiai ellátás területén meghatározott körben szakmai előképzettségre épülő ápolói, asszisztensi és szakasszisztensi szakosító képzések támogatására szolgáló pályázat.

A 2005. évben a pályázatra fordítható teljes összeg: **35 millió forint.**

A támogatott körbe tartozó szakosító képzések a következők: citológiai asszisztens, hisztokémiai és immunhisztokémiai szak-asszisztens, radiofarmakológiai szakasszisztens, képi diagnosztikai asszisztens (5.4), izotóp asszisztens, onkológiai szakápoló, hospice szakápoló és koordinátor.

A képzési programokban részt vevők számára állami forrásból kerülnek támogatásra az elméleti oktatás költségei és vizsgadíjak.

3.2. Továbbképzések támogatása:

A 2005. évben a pályázatra fordítható teljes összeg: **31, 8 millió forint.**

A továbbképzések támogatására szóló pályázati felhívás a közeljövőben fog megjelenni, a program koordinálását a minisztérium megbízása alapján az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet fogja ellátni.

3.3. Hospice ellátás területén dolgozó szakemberek részére rendezett országos konferencia támogatása:

Az erre fordítható összeg **5 millió forint.**

Az ilyen típusú konferenciák támogatása rendkívül fontos, mert ezek az új ellátási forma (hospice) megerősödését segíti elő, valamint a jövőbeni biztonságos betegellátás feltételeit is jelentősen befolyásolják.

A program az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények, otthoni szakápolási szolgálatok munkatársainak (szakápoló, pszichológus, gyógytornász, dietetikus, mentálhigiénikus, stb.) szakmai tapasztalat cseréjét, valamint továbbképzését segíti elő a konferencián való részvétel támogatásával.

A program szakmai lebonyolítására a minisztérium a Magyar Hospice Palliatív Egyesületet bízta meg, a konferenciára várhatóan 2005. év során kerül sor.

Az időskorúak ellátásának sajátos szempontjai a kálmáncai szociális otthonban

Czink Györgyné

*intézményvezető főnővér, egyetemi okleveles ápoló hallgató
Fehér Akác Szociális Otthon
Kálmánca*

Összefoglaló

A "demográfiai korszakváltás" egyik jellegzetessége az, hogy a fejlett ipari országokban a népesség fokozatosan elöregszik. Ennek hatásai megjelennek a társadalmi szerepek módosulásában (ezzel összefüggésben a munkában, a családban, a szociális és az egészségügyi ellátás terén), és ennek következtében az időskorúak veszik igénybe leggyakrabban a szociális szolgáltatásokat. Az idősök egészségi állapotának romlása mellett (részben azzal összefüggésben) a mentális működések zavara és a különféle lelki problémák is fokozottan jelentkeznek.

Fentieknek megfelelően a szociális otthonokban a szolgáltatások struktúrájában ezekre a szempontokra kiemelt figyelmet kell fordítani, különös tekintettel arra, hogy napjainkban az időskor minőségi újraértékelése folyik, és előtérbe kerül az életmód és életminőség kérdése.

Általánosan ismert tény, hogy a fejlett ipari országokban a népesség fokozatosan elöregszik. Az "öszülő világ" globális problémát jelent. Hatásai megjelennek a társadalmi szerepvállalásban is (munkában, családban, státuszokban, a szociális és az egészségügyi ellátás terén). Napjainkban az időskor minőségi újraértékelése folyik, és előtérbe kerül az életmód és életminőség kérdése.

Az időskor mortalitási és morbiditási mutatói jelentősen eltérnek a többi életkorétól, a fizikai, egészségi állapot romlása mellett a különféle lelki problémák is fokozottan jelentkeznek, és általában a szociális helyzet romlása is megfigyelhető.

Napjainkban Magyarországon a népesség 19,5 %-a 60 évesnél idősebb. Ez az arány 1930-ban csak 9,8 %, 1960-ban pedig 13,9 % volt. Az életkorból eredő biológiai hátrány a társadalmi helyzetből eredő szociális hátrányokkal társulva fokozott veszélyeztető tényezőt jelent az egészségi állapot romlása szempontjából.

Somogy megyére is jellemző az időskorú népesség növekvő száma. A megyében 32 bentlakásos szociális intézmény működik, ebből az időskorúakat ápoló gondozó otthonok száma 26. A férőhelyek száma összesen 2736.

Néhány jellegzetesség:

– A megyében a 60 éven felüli korosztály aránya meghaladja a gyermekkorúakét. Somogy megyében a 2001. évben a 60 évnél idősebb lakosság aránya a teljes népességen belül elérte a 20 %-ot, ez a megyében a lakosság majdnem egyötödét jelenti.

– Somogy megye bentlakásos szociális intézményhálózata a lakónépességhez viszonyított arányát tekintve az országos közép mezőnybe tartozik. A megyében az ilyen típusú férőhelyek 94,1%-át önkormányzat tartja fenn, a megyék országos átlaga 73,8%.

– A férőhelyek megoszlása a fenntartó szerint: települési önkormányzat 15,3%, megyei önkormányzat 81,9%, egyházi szervezet 2,8%.

– A bennlakásos szociális intézményekbe felvételt kérők többsége időskorú (76%), közöttük magas a 71 év felettiek aránya, közöttük egyre nagyobb számban találkozhatók olyan ellátottakkal, akik a szellemi leépülés különféle fázisaiban vannak. E betegségben szenvedők nem igényelnek pszichiátriai ellátást, a szociális otthonokban azonban ellátásuk elsősorban ápolási-gondozási feladat. Ezeknek a gondozottaknak a Szociális törvény 2003. januárjában hatályba lépett módosítása szerint e célra kialakított részlegeket kell biztosítani.

Somogy megyében a megyei önkormányzati fenntartású intézmények közül elsőnek Kálmáncsán került kialakításra a demenciában szenvedő ellátottak számára speciális gondozást biztosító részleg. A beruházás költsége 9 millió forint volt, melyet részben a szakminisztérium pályázatának keretében elnyert összeg, részben a megyei önkormányzat fedezett.

A kálmáncsai "Fehér Akác" szociális otthon 1946. júniusától mint hadirokkant otthon kezdte meg működését, 1954-ben járási szociális otthon lett, 1972. évtől tartozik az intézmény megyei felügyelet alá. Több lépcsőben történt fejlesztés eredményeként 1990 től lett az intézmény 95 férőhelyes. A több pavilonból álló intézményben az időskorú részlegben belül 2003. májusában megvalósult egy 30 férőhelyes ápolási gondozási részleg, amely a demens gondozottak számára intenzív ellátást nyújt. A demencia az éber tudatállapotú személynél észlelt mentális működések zavara, amely elsősorban a kognitív, az intellektuális és az emlékezési funkciók megromlását jelenti. Leggyakoribb oka az Alzheimer betegség, de ilyen tünetek több okból is kialakulhatnak (az agyi keringés elégtelensége következtében kialakuló oxigénhiányos állapot, koponya traumák, toxikus ártalmak, például alkoholizmus, szénmonoxid-mérgezés következtében kialakuló agysejtkárosodások, stb.)

Az intézményben ellátottak megoszlását az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat: Az ellátottak megoszlása

	létszám
Időskorú	42
ebből demens	30
Mozgásfogyatékos	15
Szenvedélybeteg	38
Összes ellátott	95

A demens részleg kialakítására azért volt szükség, mert az elmúlt évek során intézményünkben az ellátottak között egyre több lett az emlékezetzavarban szenvedő ember. Felismertük, hogy a demens ápoltak és gondozottak egészen más hozzáállást, ellátást igényelnek, mint az időskorúak. Számukra fokozottan létkérdés a nyugalom, a megszokott környezet állandóságának biztosítása, a jól képzett ápoló gondozó személyzet, akik speciális szakmai felkészültségükkel és állandó jelenlétükkel biztonságot jelentenek, megnyugtatóan hatnak a zavart állapotú emberekre.

Minden ápoló-gondozónak fel kell készülni a demens, Alzheimer-kóros ellátott ápolására, gondozására, a fokozatosan csökkenő képességek figyelembe vételére. Ez feltétlenül szükségessé teszi az ápolók speciális szakmai továbbképzését, mert az ápolói tananyag nem nyújt elegendő ismeretet ebben a tekintetben. Tisztába kell lenni azzal, hogy a legodaadóbb ápolás sem vezet gyógyuláshoz. Meg kell érteni, hogy az ellátott az eddigi szerepének megfelelni nem tud, egy sajátos, gyakran a régműltből felidézett világban él. Nem képes az értelmi alapokon nyugvó megértésre, ezért súlyos hiba volna ennek a megváltoztatására törekedni. Az ellátás során igen fontos szempont az, hogy a demens személy emberi és személyiségi jogai ne sérüljenek.

Kiemelt jelentősége van a tevékeny élet biztosításának, melyet általában foglalkoztatással valósítanak meg. Ennek során a következő szempontokat kell figyelembe venni:

- A foglalkoztatás az emberi méltóságban megerősít
- A foglalkoztató ápoló a feladatot apró lépésekre bontja (világos cél, világos eszköz)
- A feladat nem frusztrál, hanem siker-élményt nyújt (önbecsülést erősít)
- A feladat épít a megmaradt képességekre
- A feladat önkéntes, szórakoztató, figyelmet lekötő
- A foglalkoztatás stimulálja az érzékszerveket
- Egyénre szabott (életútra épülő)
- Mozgatja az elmét
- Csoportos kisközösségeket formál
- Edzésbe tartja a testet

- Kreativitásra serkent
- Lehetőségeket ad a visszaemlékezésre
- Segít (pozitív módon) az érzelmeket kifejezni.

A foglalkoztatás szerves része az ellátott napi életének.

Azt az alapelvet valljuk, hogy minden interakció (pl.: a fürdetés, öltözködés, étkezés is) foglalkoztatás, és minden tevékenységet az elláttal együtt, őt bevonva végezzük el. Fontos szempont az, hogy a foglalkoztatás tevékenysége nem korlátozódik néhány órára, hanem kiterjedhet akár a nap minden órájára is.

A szociális otthoni ellátás során az ápoló olyan körülmények között dolgozik, mely merőben eltér az intézményi ápolás feltételeitől. Ez az ápolótól speciális ismereteket, nagyfokú önállóságot és felelősségvállalást kíván.

Irodalomjegyzék:

1. *Joan F. Needham, MS, RNC(szerk.) (1998): Gerontológiai ápolás. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest*
2. *Leonard Hayflick (1995): Az öregedés titkai. Magyar Könyvklub, Budapest,*
3. *Mary Ann Christ, Fait J. Hohloch (1999): Az idős beteg ápolása. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest*
4. *Somogy Megyei Önkormányzat (2003): Szolgáltatástervezési Konceptiója (Tervezet) Kaposvár*
5. *Szántó, ZS. és Susánszki, É.*

[Vissza a tartalomhoz](#)

NÉVJEGY

Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

A magyar egészségügy legnagyobb taglétszámú hivatásrendi szakmai köztestületének szervező munkája 2004 őszén befejeződött. A több, mint 35 ezer orvost tömörítő Magyar Orvosi Kamara és a közel 7 ezer fős Magyar Gyógyszerész Kamara után létrejött Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) megalakulásával szinte az összes egészségügyi dolgozó kamarai védettséget élvezhet. A MESZK a Magyar Országgyűlés által 2003. őszén elfogadott LXXXIII. törvény alapján azért szerveződött, hogy a folyamatosan önállóvá váló egyes szakdolgozói munkákat szakmailag és etikailag segítse, önállóan intézze szakterületeit érintő ügyeit, meghatározza és képviselje szakmai, gazdasági és szociális érdekeit, társadalmi szerepének és súlyának megfelelő mértékben járuljon hozzá az egészségpolitika alakulásához, a lakosság egészségügyi ellátásának javításához. Ezzel a hazai egészségügy markáns és az ellátásban meghatározó csoportja is kamarai védettséget élvezhet.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara 2004. március 4-én megtartott alakuló küldöttközgyűlését követően az ideiglenes tisztségviselők, valamint a területi és tagozatszervezők segítségével megkezdődött a tagfelvételi kérelmek 110.000 egészségügyi szakdolgozóhoz történő eljuttatása. A tagfelvételi kérelmeket az adatvédelmi biztos által írásban is jóváhagyott formanyomtatványon bonyolította a Kamara. Ezzel párhuzamosan elindult a helyi, illetve területi szervezetek kialakításának folyamata. A Kamara megválasztott ideiglenes tisztségviselői (Balogh Zoltán, Csordás Ágnes, Bugarszkiné Sárközi Gizella, Kubányi Jolán, Banai Jolán, Mucha Márkné, Rozsos Erzsébet) és területi szervezői számos konferencia és munkaértekezlet keretében ismertették meg a leendő tagokkal a Kamara felépítését, feladatait és működését. Az ideiglenes alapszabályzat, amely a legrészletesebb információkat tartalmazza elektronikus formában is minden érdeklődő rendelkezésére állt az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, a Magyar Ápolási Egyesület, a Magyar Védőnők Egyesülete, valamint a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének honlapján.

A helyi és területi szervezetek kialakítását a MESZK ideiglenes elnöksége által megbízott területi szervezők és területi tagozatszervezők közreműködésével irányított csoportok végezték megyei és fővárosi szinten egyaránt. A Kamarába jelentkezett tagok regisztrálása folyamatosan történik, amelynek nagy részét az országos

működési nyilvántartásra alapozott program és adatbázis segítségével már sikerült feldolgozni. A program működéséhez a technikai háttérrel az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet biztosította.

A helyi és területi szervezetek kialakítása az elektronikusan feldolgozott tagfelvételi kérelmek alapján kezdődött meg június első heteiben. A szervezés hatékony lebonyolítása érdekében külön felkészítés zajlott a területi szervezők, valamint a helyi szervezetek kialakításában közreműködő szervező kollégák részére. A közel 110 helyi szervezet kialakítása augusztus 26-ával, a 20 területi szervezet felállítása pedig szeptember 15-ével fejeződött be.

A szakmai tagozatok létrehozása az újonnan megválasztott területi szervezetek elnökeihez benyújtott kérelmekre kiadott határozatok értelmében jöttek létre. A tagozatok megválasztott területi küldöttei október első két hetében tartották meg országos értekezletüket, ahol sor került 15 szakmai tagozat elnökének és országos küldötteinek megválasztására. A létrejött tagozatok: Felnőtt-ápolás, Gyermek-ápolás, Aneszteziológia-intenzív-ápolás, Közösségi és hospice szakápolás, Asszisztens, Gyógyszertári asszisztens, Képző-diagnosztika, In-vitro labor-diagnosztika, Műtő szolgálat, Védőnő, Szülésznő, Mentésügy, Fizioterápiás-gyógytornász, Dietetikus, Közegészségügyi-járványügyi.

2004. október 26-án került megrendezésre a MESZK első országos küldöttközgyűlése. A 2003. évi LXXXIII. törvény értelmében 4 évre megválasztásra kerültek az országos elnökség tagjai és az Állandó Bizottságok elnökei, tagjai.

A MESZK elnöke: Balogh Zoltán;

Általános alelnöke: Kubányi Jolán;

Alapellátásért felelős alelnöke: Csordás Ágnes;

Járóbeteg-ellátásért felelős alelnöke: Szánti Istvánné;

Fekvőbeteg-ellátásért felelős alelnöke: Somogyvári Zoltánné;

Felügyelő Bizottság elnöke: Priszter Erzsébet;

Minőségfejlesztési Bizottság elnöke: Kárpáti Zoltán;

Oktatási, továbbképzési és tudományos Bizottság elnöke: Betlehem József;

Választási Bizottság elnöke: Szűcsné Kaló Mária;

Külkapcsolatok és Honosítási Bizottság elnöke: Papp Katalin;

Jogi- és Érdekegyeztető Bizottság elnöke: Domján Péterné.

A Kamara főtitkári feladatait Dr. Csák Réka látja el.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara rendszeresen meghívott vendégként részt vesz az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács, az Egészségügy Szakképzési és Továbbképzési Bizottság, valamint a Nemzeti Egészségügyi Tanács ülésein; megalakulása óta aktív tagja a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztalnak. Tagokat delegált az újonnan megalakult Ápolási és a Védőnői Szakmai Kollégiumokba, valamint a Nemzeti Szakképzési Intézet által koordinált, a szakképzés fejlesztését végző 11 munkacsoportba. Meghívottként részt veszünk az Egészségügyi Minisztérium, valamint az Ifjúsági, Szociális, Családügyi és Esélyegyenlőségi Minisztérium által koordinált Egészségügyi és Szociális Ágazati Érdekegyeztető Tanácsok munkájában. Országos Bizottságaink, valamint Országos Szakmai Tagozataink delegált képviselői útján részt veszünk több állandó, valamint ad hoc jelleggel összehívott bizottság munkájában, Így például bekapcsolódtunk a külföldi, nem Európai Unió állampolgárok bizonyítványinak elismerési folyamatába: részt veszünk a szakmai alkalmasságot mérő vizsgabizottság munkájában. Delegált szakértőink bekapcsolódtak az Egészségügyi Minisztérium által kezdeményezett Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság munkájába. Szerepet kaptunk az Országos szakmai szakértői és – vizsgaelnöki névjegyzékbe benyújtott pályázatok értékelését végző bizottságban.

Véleményezési és egyetértési jogkörét gyakorolva több törvénytervezet, illetve rendeletmódosításról részletes javaslatot készített az illetékes tárca számára. Törvényi felhatalmazás alapján területi szervezetünk útján kívánunk bekapcsolódni a Regionális Egészségügyi Tanácsok munkájába.

A Kamara államtól átvállalt feladatként fogja végezni az országos működési nyilvántartás vezetését, valamint megyei szinten vezeti a kamarai tagok nyilvántartását.

A kötelező tagsággal megteremtődött annak a lehetősége, hogy a szakdolgozók együttesen egy egységes etikai kódexnek legyenek alárendelve. Ezzel lehetővé válik, hogy kiszűrjük tagjaink közül azokat, akik nem megfelelő etikai norma alapján végzik szakmai tevékenységüket. Ezzel is azt kívánjuk erősíteni, hogy Kamaránk garanciát jelentsen az egészségügyi szolgáltatást igénybevevők, a hazai lakosság számára.

Az új Kamaramegjelenésével, remélhetőleg még hangsúlyozottabban kerülnek előtérbe a hazai egészségügyi szakdolgozókat, ápolókat érintő kérdései. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara hatékonyan működő köztestület kíván lenni, amely eredményes párbeszédet tud kialakítani a mindenkori egészségügyi tárcával, az önkormányzatokkal, az egészségügyben működő kamarákkal, az országos intézményekkel annak érdekében, hogy a magyar egészségügyben méltó helyet és szerepet kapjanak az egészségügyi szakdolgozók.

Balogh Zoltán, elnök

[Vissza a tartalomhoz](#)
