

N Ó V É R

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2009. június, 22. évfolyam 3. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

A területi gyakorlatok hallgatói értékelése

Tulkán Ibolya, Erdősi Erika, Dr. Pogány Magdolna BSc, MSc, PhD,
Dr. Helembai Kornélia BSc, MSc, PhD

3

Szolidaritás vagy önérvényesítés?

Paramedikális hivatást választott fiatalok értékprioritásai

Tóth Tímea

17

A SZAKDOLGOZÓI SZAKTERÜLETEN ÚJJÁALKULT ÉS ÚJ SZAKMAI KOLLÉGIUMOK TAGNÉVSORA

26

EREDETI KÖZLEMÉNY

Korai rehabilitációs kezelés alatt végzett betegoktatás kapcsolata a koszorúsér betegek későbbi életmódjával

Lehner Béláné

27

Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében - egy felmérés tükrében

Németh Anikó, Irinyi Tamás

33

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE

A korai kötődést segítő tényezők az egészségügyi intézményekben

Pap Kálmán

39

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NÓVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényvel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A NÓVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán Ph.D. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítótér, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 22. No. 3. June 2009

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

Students evaluation of field practice

Tulkán, I., Erdősi, E., Pogány, M., Helembai, K.

3

Solidarity or self-fulfilment?

*The value priorities of young persons choosing a paramedical career**Tóth, T.*

17

LIST OF RE-ESTABLISHED AND NEW PROFESSIONAL COLLEGES

26

ORIGINAL CONTRIBUTION

Relationship between patient education conducted during early rehabilitation and the subsequent lifestyle of coronary patients

Lehner, B.

27

A survey into the well-being of healthcare workers in Csongrád county

Németh, A., Irinyi, T.

33

NURSING IN THEORY

Factors that are conducive to early bonding in healthcare institutions

Pap, K.

39

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, dékán-helyettes

Kárpáti Zoltán

ápolási menedzser

Dr. Oláh András

egyetemi docens, tanszékvezető

Szloboda Imréné

ápolási igazgató

Tóth Ibolya

szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányiné Rimár Ilona

ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*

Markusovszky Kórház, Szombathely

Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*

Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*

SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*

Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsDr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest

Dr. Rácz Jenő, *elnök*

Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné

Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sővényi Ferencné, *szaktanácsadó*Vízvári László, *főigazgató*

Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
<http://observer.hu>

A területi gyakorlatok hallgatói értékelése

Tulkán Ibolya

főiskolai docens, SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Erdősi Erika

főiskolai docens, SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Dr. Pogány Magdolna BSc, MSc, PhD

főiskolai tanár, SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Dékáni Hivatal

Dr. Helembai Kornélia BSc, MSc, PhD

főiskolai tanár, SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: annak feltárása, hogy milyen problémát jeleznek a 2007-ben végzett, ill. 2008-ban közvetlenül a végzés előtt álló főiskolai ápolóhallgatók a képzés szakmai kompetenciákra felkészítésében fontos szerepet játszó területi gyakorlati oktatásra vonatkozóan.

Vizsgálati módszerek: az adatgyűjtés módszere kvantitatív jellegű, írásbeli, egyéni kikérdezésre épült. Nyílt kérdések formájában, 2 kvalitatív jellegű kérdés is szerepelt.

Minta: a vizsgálati mintában 3 képzőintézmény, 6 képzőhely (Szeged, Pécs Zalaegerszeg, Szombathely, Kaposvár Képzési Központok) valamint Nyíregyháza 2007-ben főiskolai ápolóképzésben végzett, ill. abszolutóriumot szerzett, ill. 2008-ban, közvetlenül a végzés előtt álló hallgatói vettek részt, $N = 458$ fő.

Eredmények: a vizsgálat eredményei azt igazolták, hogy a képzés meghatározó részét jelentő területi gyakorlati oktatással kapcsolatos problémák a 2007-ben, ill. 2008-ban végzett évfolyam vonatkozásában azonosak voltak, azaz visszatérők, megoldatlanok.

Következtetések: a vizsgálat alátámasztja a képzőintézmény és a területi gyakorlati oktatást biztosító intézmények együttműködésének szükségességét, jelzi annak lehetséges útjait.

1. A probléma ismertetése

Az Európai Unió ápolóképzésre vonatkozó irányelvei – az Európa Tanács munkacsoportja 3. értekezlet jelentése (1997), a Müncheni Nyilatkozat az „Ápolók és szülész-nők: erő az egészség szolgálatában” (2000), a WHO Ápolói és Szülész-női Európai Képzési Stratégiája (1999), az Európai Parlament és Tanács 2005/36/EK irányelve a szakmai képesítések elismeréséről (2005) – meghatározó dokumentumok az ápolóképzés európai irányvonalának kijelölésében. Ezen irányelvek többsége, bár elsősorban a nem főiskolai végzettségű ápolók képzésére vonatkozik, hatással van az ápolóképzés minden szintjén az elméleti, gyakorlati képzésre, ez utóbbin belül a területi gyakorlati oktatásra. Mivel az ápolói gyakorlat kontextuális közege

országokként eltérő, így az egységes irányelvek ellenére kisebb-nagyobb különbség lehet a képzés során megszerezhető ápolói kompetenciákban is. A „Tuning Educational Structures in Europe” projekt (továbbiakban: TUNING), a felsőoktatási tanulmányi programok összehasonlíthatóságát, átláthatóságát, elfogadását kívánta segíteni Európában. (Bíró, 2007) Ennek keretében összehasonlításra került az európai országok BSc ápolóképzésének területi gyakorlati oktatással összefüggő gyakorlata, és problémáinak tünt a hallgatók klinikai gyakorlat alatti felügyelete/szupervíziója, ill. a betegápolás egyeztetése. Hazai vonatkozásban szabályozott ugyan az elmélet és gyakorlat aránya a főiskolai képzésben – a gyakorlati óraszám az összes tanóra 50-70%-a, min. 95 kredit – de ezen belül a területi gyakorlatok aránya

nem definiált. A főiskolai képzésben részt vevő ápolók szakmai kompetenciájának fejlődésére az oktatási és egészségügyi intézmény egyaránt jelentős mértékben hat, a területi gyakorlatok eredményessége azonban nem feltárt, a MAB¹ is kisebb hangsúlyt fektet a képzés akkreditációja során e szegmens ellenőrzésére. A területi gyakorlati képzés szabályozása, annak sajátos követelményei, körülményei miatt rendkívül komplex. A területi gyakorlatokat egy működő egészségügyi rendszerbe kell illeszteni, megszervezése pedagógiai ismeretekkel rendelkező gyakorlatvezetőt igényel, megoszlik a felelősség az oktatási és a szakmai gyakorlatot biztosító egészségügyi intézmény között a képzés eredményességére vonatkozóan. A területi gyakorlat térben is elkülönül az oktatási intézménytől, nehezen ismételhető elemei vannak, nehézkesen standardizálható.

2. Elméleti háttér

2.1. Az ápolói szakmai kompetencia fogalma

Az ápolóképzésben a területi gyakorlatok alapvető célja olyan valóságos tapasztalat biztosítása a hallgatók számára, mellyel elméleti tudásukra alaposan fejleszthetik szakmai kompetenciáikat, és képessé válnak gyakorlati munkájuk önálló szervezésére. (Budgen, Gamroth, 2008) A kompetencia fogalmának integrált, holisztikus megközelítésében helye van a tudásnak, ismereteknek, emberi interakcióknak, az etikai szemléletnek, értékeknek, de jelentős a környezet szerepe is. (Cowan et al., 2005) A kompetencia a munkafeladat elvégzéséhez szükséges szakmai és emberi alkalmasságot jelenti. (Henczi, Zöllei, 2007) Egy adott szakma gyakorlásához szükséges ismeretek, jártasságok, készségek, attitűdök, nézetek, személyiségjegyek összességéként definiálható. A kompetens szakember egy gyorsan változó helyzetben is boldogul, képes a tevékenységekhez kapcsolódó távlati célokat legalább részben észlelni, képes tudatosan, szándékosan tervez-

ni, képes rutin eljárások elvégzésére. (Eraut, 1999) A szakmai kompetencia fejlődésének legmagasabb szintjét az önálló, gyors, hibátlan ismeret-alkalmazás, a komplex helyzet-észlelés, az újszerű feltételek között is magas színvonalon végzett tevékenység jellemzi. (Henczi, Zöllei, 2007) A területi gyakorlatok valós gyakorlati környezetben megszerzhető tapasztalatokként nélkülözhetetlen részei az ápolóképző programoknak. (Tanner, 2006) Lehetőséget nyújtanak a szakmai kompetenciát alkotó ismeretek és készségek integrálására, fejlesztésére. A kutatások egy része arra utal, hogy a frissen végzettek megfelelő kompetenciákkal rendelkeznek, más kutatások ugyanakkor arra hívják fel a figyelmet, hogy hiányosak a végzettek klinikai, pszichomotoros készségei. Számos kormány és szakmai szervezet az egészségügyi és az oktatási intézmény együttműködésére szólított fel a gyakorlati képzés javítása érdekében (Budgen, Gamroth, 2008), ami a területi gyakorlatok fontosságára és problematikusságára is utal. Európán kívüli és európai szakirodalmi források egyaránt jelzik a területi gyakorlati képzésre vonatkozó problémák fennállását, és felvázolják a megoldó nehézségek leküzdésének lehetőségeit.

2.2. Szakmai kompetenciafejlesztés a területi gyakorlatok tükrében

2.2.1. Egy **izraeli kutatásban** különböző ápolási programok végzős hallgatóinak ápolástechnikai készség-vizsgálata azt mutatta, hogy a végzősök általában kompetensnek érezték magukat. Ez a kompetencia összefüggést mutatott az adott ápolási programmal, az oktatási intézményen belüli gyakorlati készség-elsajátítás lehetőségével, a hallgatók előzetesen megszerzett tapasztalatával, valamint azzal, hogy alkalmazásban álltak-e az egészségügyi rendszerben. A vizsgálatban részt vevő hallgatók 1/3-a azt jelezte azt, hogy nem tud önállóan elvégezni az ápolói hivatás szempontjából meghatározó feladatokat. Ez vélhetően összefüggött azzal, hogy a területi gyakorlatok során nem minden páciensnek volt szüksége az egyes ápolói beavatkozásokra, így kevesebb lehetőség adódott azok gyakorlására. (Greenberger et al., 2005)

¹ MAB: Magyar Akkreditációs Bizottság

2.2.2. A területi gyakorlati oktatás szervezésében jelentős elmozdulás következett be az **Egyesült Királyságban** az elmúlt évtizedekben. A kompetencia alapú megközelítés került elfogadásra az ápolóképzésben és ennek érdekében jelentős hangsúly helyeződött a gyakorlati oktatásra, a szakmai készség-fejlesztésre. (Cowan et al., 2005, Galambos összeáll., 2007) Ennek elsődleges oka az elméleti képzés és gyakorlati oktatás közötti távolság csökkentése volt. (Field, 2004, Landers, 2000) Az oktatási intézmények széles alapozást kínáltak, az élethosszig történő tanulásra kívánták felkészíteni a hallgatókat, míg a munkaerőpiac olyan szakembereket igényelt, akiknek csak minimális továbbképzésre volt szükségük. (Cowan et al., 2005) A frissen végzettek gyakorlati készsége nem felelt meg az ápolásvezetők elvárásainak. (Field, 2004) A végzett nővérek technikai készségének hiánya összefüggést mutatott a képzés alatti nem megfelelő gyakorlással. (Pelletier, 1995) A problémák megoldása érdekében hallgatóközpontú képzést valósítottak meg, ahol tisztázott a felelősség és a munkamegosztás az oktatási intézmény és a területi gyakorlatot biztosító intézmények, ill. személyek között, annak érdekében, hogy elméleti és gyakorlati szempontból kompetensebb, a valós gyakorlati helyzeteket jól ismerő hallgatók érkezhessenek az ápolói pályára. Ebben a feladamegosztásban kiemelt hangsúly helyeződött a területi gyakorlati oktatást biztosító intézményekre, a hallgatók oktatásában résztvevő mentorok kiválasztására, a mind szakmailag, mind pedagógiai értelemben felkészült, kompetens gyakorlati oktatókra, mentorokra. (Andrews, Roberts, 2003, Corlett et al., 2003, Field, 2004, Spouse, 2001) Miután ők irányítják a hallgatók területi gyakorlatát, jelentős a szerepük a hallgatók területi gyakorlatának értékelésében is. A „Fókuszban a gyakorlati képzés” dokumentum (Galambos összeáll., 2007) áttekintést adott a területi gyakorlati oktatással kapcsolatban megfogalmazott törekvésekről. A hallgatónak kezdettől fogva lehetőséget kell biztosítani a beteggel való találkozásra. Létszámfelettiként kell részt vennie a területi gyakorlaton, nem felada-

ta az esetleg hiányzó munkaerő pótlása. A gyakorlati helyszínek kiválasztása során a hallgató érdekeit kell szem előtt tartani. Az oktatási és egészségügyi intézmény között pontosan meg kell határozni a felelősséget és feladatokat a hallgatók területi gyakorlati oktatására vonatkozóan. (Field, 2004, UKCC, 1999) Figyelmet kell fordítani a területi gyakorlati helyszínek folyamatos értékelésére, auditálására, melyet a képző- és egészségügyi intézmény együttesen végez.

Az ápolók oktatására optimálisan alkalmas környezetet a következőkkel jellemezték:

- az adott osztály mindennapi gyakorlata visszatükrözi egy ápolási modell alkalmazását,
- tisztelik a betegek és a személyzet jogait,
- kutatáson alapuló gyakorlatot folytatnak,
- pedagógiai szempontból innovatív környezet jellemzi az osztályt (pl. problémamegoldó megközelítést alkalmaznak, a dolgozók kooperatív szemléletűek, fontosnak tartják a szakmai fejlődést).

A hallgatók támogatása érdekében fontosnak vélik, hogy

- a hallgató előzetes demonstrációs termi felkészítésben részesüljön,
- megfelelő számú és felkészültségű gyakorlatvezető/mentor segítse a hallgatók képzését a gyakorlat teljes időtartama alatt, és ehhez a munkahely biztosítson időt számukra,
- a gyakorlati oktatás vezetője az egyes hallgatókkal való megbeszélés során mérje fel a hallgató tudását, konkrét céljait az adott gyakorlóléhelyre vonatkozóan,
- az oktatási intézmény tanára a gyakorlóléhelyen való folyamatos jelenlétével támogatja a hallgatót,
- a hallgató írásban dokumentálja minden egyes gyakorlóléhelyen az általa végzett tevékenységeket,
- mind a területi gyakorlatvezetőnek, mind az elméleti oktatónak segítenie kell a hallgató elméleti és gyakorlati tudásának integrálását.

A gyakorlati képzést biztosító egészségügyi intézmény feladatait is részletesen definiálták:

- dokumentálnia kell, hány hallgatót fo-

gad, milyen előzetes ismereteket vár el a gyakorlatra érkező hallgatótól, milyen tanulási lehetőséget kínál, figyelembe véve a képzés aktuális szakaszára vonatkozó előírásokat,

- pedagógiai készséggel rendelkező munkatársnak kell foglalkozni a hallgatóval,
- adott szakmaterületen széleskörű, de egyéni igényeket is figyelembe vevő tapasztalatszerzést kell biztosítani a hallgató számára,
- a képzés végén lehetőséget kell adni a hallgatónak az önálló munkavégzésre.

A hallgató szummatív értékeléséhez legalább 4 hetes gyakorlatot tartanak szükségesnek. (Galambos összeáll., 2007)

A területi gyakorlati képzés jelentőségét hangsúlyozza a NIPEC² irányelve is, melyet a 2007-ben induló ápolói programokban kezdtek először alkalmazni. Ennek célja az NMC³ „Sztenderdek a Gyakorlati Oktatás és Értékelés Támogatására” (2007) irányelvek érvényre juttatása, annak igazolása, hogy a különböző ápolói programok hallgatóit olyan szakemberek felügyelik és értékelik, akik erre megfelelően felkészültek. Oktatási szintenként határozták meg (4 szinten) a területi gyakorlatok értékelésével kapcsolatos szerepeket, feladatokat. Attól függ a területi gyakorlatvezető/mentor előzetes képzettségével, felkészültségével kapcsolatos elvárás, hogy milyen programból fogad hallgatót. A hallgatók szakmai tudását olyan mentoroknak kell értékelni, aki felkészült a mentori szerepre, szakmailag hiteles, folyamatos a gyakorlata az adott klinikai területen. Ismeri az ápolókra vonatkozó regisztrációs elvárásokat, az adott ápolói program követelményeit, a gyakorlati értékelés stratégiáit, tisztában van az oktatásban és gyakorlatban zajló lényeges változásokkal. A területi gyakorlatvezetőknek/mentoroknak komoly szerepük van abban, hogy kik kerülhetnek az ápolói szakmába, ezért tisztában kell lenni saját felelősségükkel. Egyértelművé tették a területi gyakorlatot biztosító intézmények gyakorlati oktatáshoz kapcsolódó feladatait, felelősségét is. Naprakész nyilvántartást kell

vezetniük a mentorokról, a hallgató értékeléséről. A mentori listát évente kell frissíteni, elérhetővé kell tenni az oktatási intézmény számára. Biztosítani kell a területi gyakorlati oktatásban résztvevők számára a felkészítést, támogatást, időt, a szupervízió lehetőségét. A fenti irányelvek várható eredményeként jelentős mértékben növekedni fog a területi gyakorlatot vezető szakemberek képzésben betöltött szerepe, és csökken az elmélet-gyakorlat közötti távolság. Az oktatási intézmény feladata is meghatározásra került. Mindent meg kell tennie annak igazolására, hogy a hallgatók megfelelnek az NMC szakmai követelményeinek, mind a képzés során, mind pedig végzéskor. (NMC, 2007)

2.2.3. Finnországban is rendkívül hangsúlyos a gyakorlati képzés, az ápolóhallgatók területi gyakorlatának megfelelő irányítása azonban problémás. A területi gyakorlatvezetés/klinikai szupervízió fogalma és célja sem pontosan definiált. (Häggman-Laitila et al., 2007) A gyakorlati oktatás során a képzőintézményt 1-2 tanár képviseli az egészségügyi intézményben, ahol kijelölt ápolók foglalkoznak a hallgatókkal. A gyakorlati oktatót munkatapasztalatai és nem a végzettsége alapján választják ki a hallgatói gyakorlat vezetésére. A gyakorlati képzést az oktatási intézmény finanszírozza, az egészségügyi és képző intézmény együttesen felügyeli és értékeli. A gyakorlatvezetők/preceptorok szakértők az adott szakterületen, ők irányítják a hallgatót az ápolói feladatok végrehajtása során, felelősek a hallgató felügyeletéért, közvetítik az osztály dolgozói felé a hallgató tanulmányi céljait, munkatervét. A szakmai képzés minőségének fejlesztése, a végzős ápolóhallgatók szakmaiságának megerősítése, a területi gyakorlatok felügyeletének javítása érdekében innovatív modell került kialakításra. (Häggman-Laitila et al., 2007) A területi gyakorlatvezető/preceptor kompetenciájában konkretizálták a szakmai szupervízióval kapcsolatos előzetes elvárásokat. Rendelkeznie kell az ápolói gyakorlat mellett elméleti, klinikai és etikai készségekkel, az ápolói tanterv holisztikus szemléletével, pedagógiai, szervezeti, interakciós és együttműködési kompetenciával,

2 NIPEC: Northern Ireland Practice and Education Council for Nursing and Midwifery

3 NMC: Nursing and Midwifery Council

döntéshozatali képességgel. Motiválnak kell lennie, meg kell tudnia szervezni a hallgató felügyeletét. Képesnek kell lennie saját fejlődési szükségletének felismerésére, pozitív és célorientált kapcsolat kialakítására és fenntartására mind a hallgatókkal, mind pedig a tanárokkal. A területi gyakorlatok során segítenie kell az elmélet gyakorlatban történő alkalmazását, olyan tanulási helyzeteket kell teremtenie, melyek gondolkodásra készítik a hallgatót, fokozatosan növelik önállóságát, felelősségét. Egyéni bánásmódot kell biztosítani a hallgató számára, támogatnia kell az ápolás során adódó megterhelő helyzetekben. Legalább kétszer, a területi gyakorlat félidejében, ill. a végén részt kell vennie a hallgató értékelésében. A területi gyakorlatvezető példát, szerepmodellt is kínál a hallgató számára, azzal, ahogyan az ápolói hivatást képviseli. Erősíti és fejleszti a hallgató szakmai identitását, növeli elkötelezettségét az élethosszig történő tanulás irányában, motiválja a hallgatókat, segíti az adott gyakorlóterület pozitív megítélését. (Häggman-Laitila et al., 2007)

3. Az európai felsőoktatási intézmények területi gyakorlati oktatással kapcsolatos tapasztalata a TUNING projekt alapján

A TUNING projekt munkacsoportja is részletesen foglalkozott a területi gyakorlati oktatással. A területi gyakorlatok minőségének, hatékonyságának növeléséhez a hagyományos, intuitív, előíró módszerek felől a konstruktív, kollaboratív módszerek felé való elmozdulást tartják kívánatosnak. Ehhez szükségesnek ítélik a hallgatókkal való humánus bánásmódot, a megfelelő team-szellemet, a tapasztaltabb ápolók támogató, segítő magatartását, a vezető ápolók vezetési és menedzsment stílusát. A TUNING programban összehasonlításra került számos ország (Belgium, Dánia, Finnország, Németország, Magyarország, Írország, Málta, Hollandia, Norvégia, Lengyelország, Szlovákia, Spanyolország, Nagy-Britannia) BSc területi gyakorlati képzéssel kapcsolatos tapasztalata, melynek

I. táblázat: Felelősség a területi gyakorlat szervezéséért, minőségéért

	Oktató + kórházi nővér	Oktató + klinikai terület koordinátora	Az oktatási és egészségügyi intézmény együtt- működése alapján	Az oktatási intézmény feladata	Az oktatási intézmény és a gyakorlat- fejlesztő ápolói egység	Egészségügyi minisztérium, és az ápolók/ szülésznők szakmai szervezetei
Ország						
B						
DK						
FIN						
D						
H						
IRL						
M						
NL						
N						
PL						
E						
SK						
GB						

Forrás (González, Wgenaer szerk., 2006), Saját szerkesztésben

alapján problémásnak tűnt a hallgatók területi gyakorlat alatti felügyelete/szupervíziója és a betegápolás egyeztetése. A területi gyakorlati oktatásért, a gyakorlat szervezéséért, minőségéért a legtöbb országban az oktatási intézmény felel, többnyire a képző- és egészségügyi intézmény együttműködését biztosító szerződés alapján. **(I. táblázat)** A

hallgatók területi gyakorlati oktatását végző szakemberek többsége regisztrált ápoló (RN), aki egyes országokban speciális pedagógiai ismeretek birtokában végzi a hallgatók területi gyakorlati képzését. **(II. táblázat)** Az ápolásoktatók részvételi lehetősége a területi gyakorlati oktatásban behatárolt a vizsgált országokban. **(III. táblázat)** A hallgatók

II. táblázat: A hallgatók területi gyakorlati oktatását végzők

	A gyakorló-területen dolgozó regisztrált ápoló	Klinikai szupervízor + más regisztrált ápoló	Regisztrált ápoló + 200 órás speciális képzés	Regisztrált ápoló + szakoktatók	Regisztrált ápoló + preceptorok	Az osztály személyzete	Az oktatási intézmény oktatói	Regisztrált ápoló, aki félállásban oktató is
Ország								
B								
DK								
FIN								
D								
H								
IRL								
M								
NL								
N								
PL								
E								
SK								
GB								

Forrás (González, Wgenaar szerk., 2006), Saját szerkesztésben

III. táblázat: Az oktatási intézmény tanárainak szerepe a gyakorlati képzésben

	Demonstrációs termi oktatás	Értékelés	Korlátozott időtartamú területi gyakorlati oktatás	A hallgatók területi gyakorlat alatti látogatása tanácsadás	Nem oktat gyakorlati területen	A hallgatók és a hallgatókat oktató nővérek támogatása	Az oktatási intézmény tanára oktat a gyakorló területen	Sokféle párhuzamos gyakorlat
Ország								
B								
DK								
FIN								
D								
H								
IRL								
M								
NL								
N								
PL								
E								
SK								
GB								

Forrás (González, Wgenaar szerk., 2006), Saját szerkesztésben

gyakorló területi támogatásának formális módszerei is eltérőek. Jellemző, hogy az oktatási intézmény tanára támogatja a hallgatót a területi gyakorlat ideje alatt, szupervíziót biztosít számára, megbeszélésekre kerül sor a hallgató és az oktató között. A hallgató kötelezettsége a portfólió készítés, ill. a lecke könyv vezetése. Az európai gyakorlat azt mutatja, hogy a felsőoktatási intézmény csak limitált kontrollt képes gyakorolni a klinikai környezetben történő tanulás felett. Annak érdekében, hogy a hallgatók képzéséhez megbízható minőségű területi gyakorlólhely álljon rendelkezésre – ilyen módon a képzési követelmények realizálódhassanak – meghatározó az együttműködés az egészségügyi intézmény döntéshozóival.

A területi gyakorlatok minőségi ellenőrzése során különösen hangsúlyosak az oktatás szemszögéből a következők:

- A személyzet száma, végzettsége, szakértelme (szakmai tapasztalata), motivációja, a kutatási eredmények gyakorlatban való alkalmazására való elkötelezettség, a szakmai fejlődés iránti igény adott gyakorlati területen.
- Az adott gyakorlati helyszín ápolási filozófiája.
- A beteg/ápoló arány.
- A betegápolás minősége.
- Tanulási és szupervíziós lehetőségek.
- Az oktatók és a klinikai személyzet közötti kapcsolat. (González, Wagenaar szerk., 2006)

4. Főiskolai ápolóhallgatók területi gyakorlati oktatása hazai környezetben

Az oktatási intézményben elsajátított elméleti és gyakorlati tudás a területi gyakorlatok során integrálódik a mindennapok elvárásaival. (Falus, 2004) A hazai ápolási szakirodalomban az ápolók gyakorlati képzésével foglalkozó források jelentős része a gyakorlati oktatás módszertanával, a területi gyakorlatok szervezési módszerével, a gyakorlatvezetőkkel szemben támasztott elvárásokkal foglalkozik, többnyire a személyes tapasztalatok megosztásával és nem

kutatási eredmények bemutatásával. A főiskolai ápolóhallgatók szakmai gyakorlati képzésére vonatkozó publikációk – bár szakirodalmi forrásokra alapozottan foglalkoznak össze a gyakorlati oktatást érintő lényeges elemekkel – nem adnak választ arra, hogy az egyes összetevők hogyan mérhetők és értékelhetők. Ha meg is felel a gyakorlati képzés a szakirodalom alapján megfogalmazott idealisztikus elemeknek, a szakmai kompetencia fejlődésére, a területi gyakorlatok hatásfokára, problémáira vonatkozóan következtetések ezek alapján nem vonhatók le.

A hazai főiskolai ápolóhallgatók területi gyakorlatára vonatkozóan minimális számban kerültek publikálásra kutatáson alapuló tapasztalatok, a területi gyakorlatok eredményessége tekintetében azonban probléma valószínűsíthető. Egy olyan területi gyakorlatot értékelő vizsgálat adatai utalnak erre, ahol a közreműködő hallgatók jelentős része (25–40%-uk) vélte úgy, hogy kevés alkalmuk volt az adott osztályon teljesítendő feladatok gyakorlására, ill. voltak olyan tantárgyi követelményben meghatározott tevékenységek is (ezt a hallgatók 25–35%-a jelezte), melyek gyakorlására nem nyílt lehetőségük. (Szabó, 2006) A területi gyakorlati oktatás sikeressége szempontjából potenciális probléma forrása lehet az, hogy a gyakorlatok működő osztályokon kerülnek megszervezésre, melynek következtében a betegellátás jelenti a prioritást, így a hallgató érdeke háttérbe szorulhat. Az is veszélyezteti a területi gyakorlat eredményességét, hogy a szakképzésben tanuló és a főiskolai ápolóhallgatók sokszor egy időben, ugyanazon területi gyakorlatvezető irányítása mellett teljesítik gyakorlataikat, akinek ilyen módon többféle képzési program elvárásainak, számos hallgató igényének kell egy személyben megfelelni.

5. A vizsgálat célja

A vizsgálat célja annak feltárása volt, hogy milyen problémát jeleznek a 2007-ben végzett, ill. 2008-ban közvetlenül a végzés előtt álló főiskolai ápolóhallgatók a képzés szakmai kompetenciákra felkészítésében

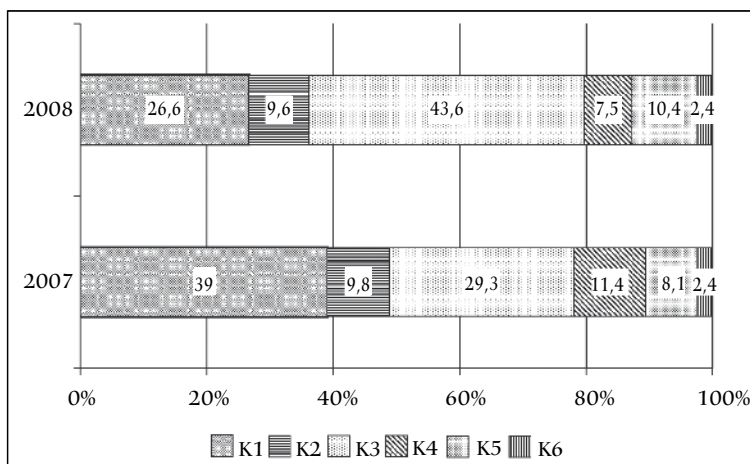
fontos szerepet játszó területi gyakorlati oktatásra vonatkozóan.

6. Vizsgálati módszerek

Az adatgyűjtés módszere kvantitatív jellegű, írásbeli, egyéni kikérdezésre épült. Az önkitöltő kérdőívek többnyire zárt kérdéseket tartalmaztak, de 2 nyílt kérdés formá-

oszlását az **1. ábra** mutatja. A vizsgálati minta N = 123 fő, 2007-ben végzett és N = 335 fő 2008-ban végzős hallgatóból állt, összesen N = 458 fő. A mintában résztvevő, 2007-ben végzettek 9,75%-a, a 2008-ban végzős hallgatók 20%-a nappali tagozaton, a 2007-ben végzettek 90,24%-a, a 2008-ban végzős hallgatók 80%-a levelező tagozaton végezte tanulmányait. A teljes mintára vonatkozóan N = 79 fő a nappali

1. ábra: A 2007-ben végzettek és 2008-ban végzősök képzőhely szerinti megoszlása, % (n=458)



jában, kvalitatív jellegű elemek is szerepeltek. A kérdőív 3 részből állt. Első része az EHTAN Ápolói Kompetencia Kérdőív hivatalos magyar fordítását tartalmazta, amely egy későbbi közleményben kerül bemutatásra. Második része demográfiai jellegű kérdéseket foglalt magába, ill. 11 zárt kérdés segítségével a résztvevők munkatapasztalatát vizsgálta. Harmadik része 34 állítást tartalmazott, melyet a vizsgálatban résztvevők egy 5 pontú Lykert-skálán értékelték (0 = egyáltalán nem értek egyet; 1 = nem értek egyet; 2 = bizonytalan vagyok; 3 = egyetértek; 4 = teljesen egyetértek), és a főiskolai ápolóképzés kompetenciákra felkészítő szerepére, ill. a területi gyakorlati oktatásra vonatkozó problémák feltárását célozta. A vizsgálat 2008. január – május hónap között történt.

7. Vizsgálati minta

A 2007-ben végzett és 2008-ban végzős hallgatók képzőintézmény szerinti meg-

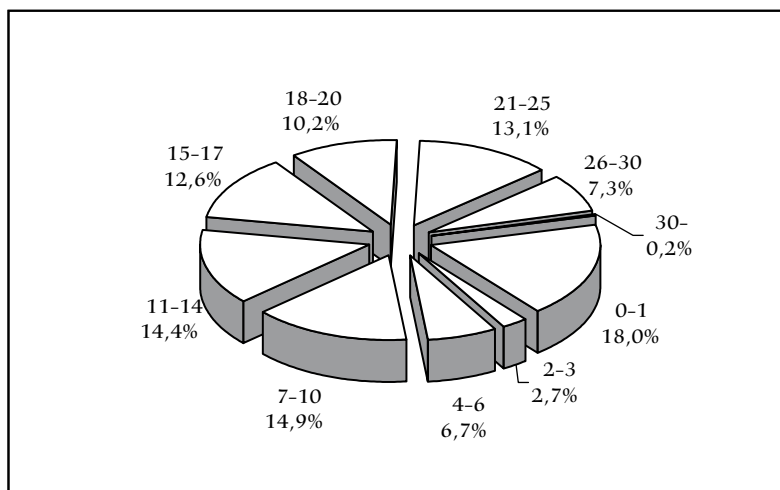
és N = 379 fő levelező tagozatos hallgató aránya. A minta életkori megoszlására jellemző, hogy a 31-35 éves korúak aránya volt a legnagyobb, 27%. A hazai ápolói pályára jellemző a női nem dominanciája. A mintában szereplők többsége, a 2007-ben végzett hallgatók 90,2%-a, a 2008-ban végzős hallgatók 77,9%-a dolgozott a vizsgálat időpontjában. A 2007-ben végzett, ill. 2008-ban végzősök között nem volt jelentős eltérés az egészségügyi ellátás szintje szerinti megoszlásban. A vizsgálat időpontjában dolgozók legtöbbször, 86,6%-uk, kórházakban, klinikákon tevékenykedett. Alapellátásban dolgozott 12%-uk, járóbeteg ellátásban 9,4%. A 2007-ben végzett és 2008-ban végzős hallgatók szakterületi megoszlását együttesen tekintve a vizsgálat időpontjában dolgozók 46%-a – három speciális szakterületen – belgyógyászati, sebészeti, intenzív osztályon tevékenykedett.

A 2007-ben végzett hallgatók 94,2%-a legmagasabb szakmai végzettségként az

egészségügyi főiskolai végzettséget, míg 5,8% az abszolutóriumot⁴ jelölte meg. A 2008-ban végzős hallgatók a vizsgálat időpontjában abszolutóriummal már igen, főiskolai végzettséggel még nem rendelkeztek. Az egészségügyben és/vagy szociális területen végzett munka időtartamát tekintve jelentősnek mondható a mintában (18%) a 0-1 éves munkaviszonnyal rendelkezők és/vagy nem dolgozók aránya, ami a nappali tagozatos hallgatók jelenlétével magyarázható. A minta tekintélyes hányada azonban 7 évnél hosszabb munkatapasztalattal rendelkezik. (2. ábra)

lentmondásos adatok összevetésre kerültek a kitöltött kérdőívekkel. Az adatok elemzése is SPSS programcsomag segítségével történt. A változók közötti kapcsolatok mérésére a Friedman próba került alkalmazásra, melynek segítségével összehasonlítható volt egymással a különböző állítások értékelése. A próba nullhipotézise szerint nincs szignifikáns különbség az egyes állítások értékelése között. A nullhipotézis elvetése esetén, szignifikáns különbség állapítható meg az egyes állítások megítélése között. A próba melléktermékeként adódó „átlag rangszámok” alapján meghatározhatók a

2. ábra: Az egészségügyben/szociális területen való munkavégzés időtartama (év) szerinti megoszlás, % (N=451)



8. Adatbevitel

A kitöltött kérdőívek általános kitöltési kontroll alá kerültek. Az adatok rögzítése az SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 15.0 statisztikai programcsomag segítségével, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával történt. Az adatbevitel dupla rögzítéssel történt, mellyel minimalizálható volt a rögzítési hiba. A nyers adatbázisban ismételt ellenőrzésre kerültek az adatsorok, és az el-

gyengébb, illetve az erősebb értékelésű állítások.

9. Eredmények, megbeszélés

A Cronbach alfa értéke a teljes kérdőívre vonatkozóan 0,872 volt. A Friedman próbát, a vizsgálati mintában résztvevők 34 állításra vonatkozó átlagainak összehasonlítására végeztük el. Az eljárás során minden egyes válaszoló esetében rangsoroltuk az állításokat, azaz egyénenként egy-egy rangszámot rendeltünk az állításhoz, majd minden egyes állítás esetén kiszámításra került az átlagos rangszám. A Friedman teszt eredménye alapján megállapítható, hogy szignifikáns különbség van az egyes állításokra adott válaszok kö-

⁴ A hallgató a képzési program végére ért, minden gyakorlatát, elméleti és gyakorlati vizsgáját teljesítette, szakdolgozat-védés és záróvizsga, nyelv-vizsga szükséges számára a diploma megszerzéséhez

IV. táblázat: Friedman Test a 34 állítás összehasonlításához

N	428
Chi-Square	1716,163
df	33
Asymp. Sig.	,000

zött. **(IV. táblázat)** A rangsor elején elhelyezkedő, alacsonyabb rangszámot kapott állítások jelzik a főiskola kompetenciákra felkészítő szerepével kapcsolatban leginkább problémás területeket, hiszen ezt a vizsgálatban résztvevők „egyáltalán nem értek egyet = 0”, „nem értek egyet = 1”, ill. a „bizonytalan vagyok = 2” válaszai eredményezték. Az elvégzett Friedman teszt alapján legalacsonyabb rangszámmal, mindkét vizsgált évfolyamban ugyanaz a 6 állítás szerepelt **(V. táblázat)** Ezek a problémásnak tekinthető területek az elmélet és gyakorlat egyensúlyára, összhangjára, a gyakorlatok optimális hosszára, a gyakorlóterületek képzési céloknak megfelelő gondos

kiválasztására, a területi gyakorlat értékelési módszereinek, az értékelésben résztvevők körének átgondolására hívják fel a figyelmet. A rangsor végén szereplő állítások a kevésbé problémás területeket tükrözik, melyekre vonatkozóan gyakrabban fordultak elő az „egyetértek = 3”, „teljesen egyetértek = 4” hallgatói minősítések. A legmagasabb rangszámú állítások is megegyeznek mindkét évfolyamban, azaz hasonló volt a két évfolyam megítélése. **(VI. táblázat)** Fontosnak ítélik a hallgatók a mentor képzésfejlesztő tevékenységbe történő bevonását, valamint azt, hogy a személyközpontú gyakorlatvezetés érdekében a területi gyakorlatvezető/mentor tájékozódjon a gyakorlat megkezdésekor a hallgató gyakorlati készség szintjéről. A hallgató motiváltságát is fontosnak tartják, ill. szükségesnek ítélik a területi gyakorlatvezető/mentor folyamatos jelenlétét, irányítását.

A nyílt kérdésekre adott, összegzett válaszok megerősítik a fenti eredményeket és további részletekkel szolgálnak.

V. táblázat: A képzőintézmény kompetenciákra felkészítő szerepére vonatkozó állítások rangsorának összehasonlítása a 2007-es, ill. 2008-as hallgatók körében, legalacsonyabb rangszámok (N = 428)

Rangszám a 2007-es hallgatók körében	Átlag rangszám	Rangszám a 2008-as hallgatók körében	Átlag rangszám
33. A területi gyakorlatok értékelését a tárgyát tanító főiskolai oktató végezze.	9,41	2. A képzésben az elmélet és a gyakorlat egyensúlyban van	12,45
14. A területi gyakorlatok alatt van elég idő az osztályra jellemző gyakorlati feladatok elsajátításához	11,04	14. A területi gyakorlatok alatt van elég idő az osztályra jellemző gyakorlati feladatok elsajátításához	12,71
2. A képzésben az elmélet és a gyakorlat egyensúlyban van	11,42	10. A főiskolán folyó elméleti képzés és a területi gyakorlati oktatás összhangban van	13,10
4. Minden gyakorlóterület megfelel a képzés céljainak	11,49	4. Minden gyakorlóterület megfelel a képzés céljainak	13,38
30. A területi gyakorlatok értékelési módja nem segíti a hallgatók további szakmai fejlődését.	11,89	33. A területi gyakorlatok értékelését a tárgyát tanító főiskolai oktató végezze.	14,38
10. A főiskolán folyó elméleti képzés és a területi gyakorlati oktatás összhangban van	12,68	30. A területi gyakorlatok értékelési módja nem segíti a hallgatók további szakmai fejlődését.	14,80

VI. táblázat: A képzőintézmény kompetenciákra felkészítő szerepére vonatkozó állítások rangsorának összehasonlítása a 2007-es, ill. 2008-as hallgatók körében, legmagasabb rangszámok (N = 428)

Rangszám a 2007-es hallgatók körében	Átlag rangszám	Rangszám a 2008-as hallgatók körében	Átlag rangszám
22. A területi gyakorlatok megkezdése előtt fontos, hogy a területi ápolásoktató/mentor felmérje a hallgató gyakorlati készségének szintjét	22,19	22. A területi gyakorlatok megkezdése előtt fontos, hogy a területi ápolásoktató/mentor felmérje a hallgató gyakorlati készségének szintjét.	19,85
1. A képzés céljai világosak számomra	23,73	11. A hallgató motiváltsága meghatározó a területi gyakorlat eredményességében	21,02
26. A területi gyakorlati ápolásoktatónak/mentornak kezdettől fogva részt kell vennie az ápolóhallgatók oktatási programjának tervezésben	24,50	1. A képzés céljai világosak számomra	21,09
11. A hallgató motiváltsága meghatározó a területi gyakorlat eredményességében	24,55	26. A területi gyakorlati ápolásoktatónak/mentornak kezdettől fogva részt kell vennie az ápolóhallgatók oktatási programjának tervezésben	22,66
24. A hallgatóknak szükségük van arra, hogy a területi gyakorlaton az ápolószemélyzet tagjai közül megbízott felelős személy foglalkozzon velük.	26,71	24. A hallgatóknak szükségük van arra, hogy a területi gyakorlaton az ápolószemélyzet tagjai közül megbízott felelős személy foglalkozzon velük.	24,38

A vizsgálati mintában részt vevő hallgatók **pozitív** területi gyakorlati tapasztalatai:

- Szakmai fejlődésre, sokszínű szakmai tapasztalat-szerzésre, a szakmai ismeretek bővítésére ad lehetőséget.
- Változatos, szakmai kihívást jelentő, önálló munkavégzést kínál.
- Tudás birtokában magabiztosabb munkavégzést tesz lehetővé.
- Holisztikus szemlélet megtapasztalására ad lehetőséget.
- Team-munka, támogató, szakmailag felkészült kollektíva segíti a hallgatók munkáját.
- Erkölcsi elismerés, az ápolói munka szeretetének megtapasztalása.
- A betegek visszajelzései, állapotváltozásuk követése szakmai fejlődésre ad lehetőséget, és egyben a beteg problémáinak mélyebb megértését jelenti.
- Segítőkész, szakmailag felkészült mentori irányítás a területi gyakorlatok alatt.

– A főiskolai oktatók felkészültsége.

A vizsgálatban részt vevő hallgatók **negatív** tapasztalatai részben az egészségügy problémáit tükrözik vissza, részben az oktatási- és egészségügyi intézmény közötti együttműködés szükségességét erősítik.

Strukturális problémák:

- a hallgatók kulturált fogadásának hiánya a gyakorlatokon (pl. az öltözők kifogásolható állapota),
- anyag- és eszközhiány,
- ápolói létszámhiány miatti túlterheltség az osztály dolgozói között,
- időhiány a gyakorlat rövidsége miatt (az osztályon folyó munka átlátásának hiánya),
- más képzőintézmény hallgatóinak egyidejű jelenléte, zsúfoltság,
- kevés a mentor a gyakorlati oktatásban.

A területi gyakorlati oktatás folyamataira vonatkozó problémák:

- az osztály speciális profilja miatt kevés a lehetőség sokrétű ápolási feladat gyakorlására, túl sok a „rutin” feladat végzése,
- az elmélet-gyakorlat között távolság van,
- egy-egy negatív esemény megtapasztalása (pl. idős vagy demens betegekkel, elhunytal való bánásmód, a hallgatók megkülönböztetése szimpátia alapján, fásultság megtapasztalása az ápolók között),
- az egyéni bánásmód hiánya (pl. levelező tagozatos, sok éves munkaviszonnyal rendelkező hallgató kezdőként való foglalkoztatása),
- „üresjárat” a gyakorlat ideje alatt, feleslegesség, ill. kihasználtság érzése,
- ismerethiány, tapasztalathiány, ami nehezíti a területi gyakorlati munkát,
- az oktató és területi gyakorlatot biztosító intézmény közötti kapcsolat hiányosságai.

Dolgozói szemszögből vizsgálva a véleményeket, a problémák egy része az ápolás munka-környezetére vonatkozik, továbbá

- a hallgatói észrevételekkel egybevágóan
- az ápolók túlterheltségére, az egészségügy hosszú ideje megoldatlan problémáira utal.

Strukturális problémák:

- az ápolói létszámhiány miatt nincs elég idő a betegek tényleges ápolására,
- anyag-, eszközhiány, korszerűtlen épületek, gazdasági megszorítások kedvezőtlen hatásai,
- a főiskolát végzett ápoló alkalmazása drágább az intézményeknek, ezért néhány intézménynek nem érdeke főiskolát végzett hallgatók alkalmazása.

A folyamatra vonatkozó problémák:

- az ápolói kompetenciák határai kijelölhetetlenek,
- hiányoznak az ápolókat segítő munkatársak (pl. ápolási asszisztens),
- az ápolási dokumentáció vezetése túl sok időt vesz el a beteg közvetlen ellátásától,

- túlterheltség, túlórák, fokozott fizikai, pszichés megterhelés, nagy felelősség, kiégés veszélye,
- az egészségügyi rendszer folytonos változása megterhelő,
- a szakmai fejlődés támogatottságának hiánya (pl. konferenciákon való részvétel),
- személyes ellentétek az ellátó teamen belül,
- a kliensek, hozzátartozók türelmetlensége.

Az eredményre/következményekre vonatkozó problémák:

- anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya,
- szakmai visszajelzés hiánya a végzett munkáról,
- jövőkép hiánya („minden jó szakember elmegy máshova”).

10. Következtetések

A képzés kompetenciákra felkészítő szerepe, ezen belül a területi gyakorlati képzésre vonatkozó főbb problémák és erősségek megítélésében a 2007-es és a 2008-as hallgatók véleménye nem különbözött. A képzési célokat világosan látták, saját motivációjukat meghatározónak tartották a területi gyakorlatok eredményességében. Válaszaik részben az oktatási intézmény területi gyakorlatok szervezésével kapcsolatos hiányosságaira utaltak, részben pedig a képző és a területi gyakorlatot biztosító egészségügyi intézmény munkakapcsolatára vonatkoztak. Problémásnak látják az elméleti és a gyakorlati képzés közötti egyensúlyt, összhangot, a területi gyakorlati helyszínek képzési céloknak megfelelő kiválasztását, a gyakorlati periódusok rövidségét, a területi gyakorlati értékelés szerepét szakmai fejlődésükben. Fontosnak tartják a területi gyakorlatvezető/mentor bevonását a képzési programok fejlesztésébe, valamint a területi gyakorlatok értékelésébe. A személyközpontú hallgatói gyakorlat érdekében lényegesnek ítélik, hogy a területi gyakorlatvezető/mentor a gyakorlat megkezdésekor tájékoztadjon a hallgatók gyakorlati készség-szintjéről, valamint nélkülözhetetlennek tartják

folyamatos jelenlétét a területi gyakorlat egész időtartamában.

11. Javaslatok

Az elméleti oktatás és a területi gyakorlati képzés egységes szemléletének biztosítása érdekében akkreditációs szempontok kidolgozása ajánlatos az oktatási céloknak megfelelő területi gyakorlatot biztosító intézmények kiválasztásához, melyben jelentős hangsúly helyeződik a területi gyakorlatot segítő munkatársak elkötelezettségére, szisztematikus nyilvántartásukra, továbbképzésükre. A főiskolai ápolóképzés során az ápoláskutatás eredményeinek következetes alkalmazása, a gyakorlati oktatás módszereinek továbbfejlesztése szükséges, az önálló hallgatói munka szem előtt tartásával. Komplex ápolói probléma-helyzetek lehetőségét kell biztosítani a hallgató számára,

melyben biztonságosan alkalmazhatja az evidenciákon alapuló ápolási gyakorlat eredményeit, gyakorolhatja a döntéshozatalt, vállalhatja a felelősséget. Rövid szakmai kurzusok tervezése, indítása szükséges a képzésbe bevont területi gyakorlat-vezetők/mentorok számára. További kutatások szükségesek a főiskolai ápolóképzésben résztvevő mentorok, munkáltatók képzéssel szembeni elvárásainak pontosabb megismerése érdekében.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők nagyon köszönik a 2007-ben, ill. 2008-ban végzett ápolóhallgatóknak, hogy közreműködtek a kutatásban. Tisztelettel megköszönik a kutatásban résztvevő intézmények vezetőinek, a tanár kollégáknak, a tanulmányi osztályok dolgozóinak, hogy önzetlenül segítettek munkájukat.

Irodalomjegyzék

1. Andrews M., Roberts D. (2003): Supporting student nurses learning in and through clinical practice: the role of the clinical guide
Nurse Education Today 23, 7, 474–481.
2. Az Európa Tanács munkacsoportja 3. értekezletének jelentése (1997): Az ápolók szerepe és képzése
Nővér, 10, 4, 20–23.
3. Az Európai Parlament és a Tanács 2005/36/EK irányelve a szakmai képesítések elismeréséről (2005)
http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/hu/oj/2005/l_255/l_25520050930hu00220142.pdf (Letöltés ideje: 2007.11.30)
4. Bíró, Zs. H. (2007): Ekvivalenciától a kompetenciáig Interjú Csákó Mihállyal, az ELTE TáTK Szociológia Intézetének docensével
In: Educatio, 2, 285–292.
5. Budgen, C., Gamroth, L. (2008): An overview of practice education models
Nurse Education Today, 28, 3, 273–283.
6. Corlett, J., et al. (2003): Factors influencing theoretical knowledge and practical skill acquisition in student nurses: an empirical experiment
Nurse Education Today, 23, 3, 183–190.
7. Cowan, T. D., Norman J.I., Coopamah, P. V. (2005): Competence in nursing practice: A contraversiol concept-A focused review of literature
Nurse Education Today, 25, 5, 355–362.
8. Cowan, T.D., Norman, J. I., Coopamah, P.V. (2005): A project to establish a skills competency matrix for EU nurses
British Journal of Nursing, 14, 11, 613–617.
9. Dr. Henczi L., Zöllei K. (2007): Kompetencia-menedzsment
Perfekt Gazdasági Tanácsadó, Oktató és Kiadó Zárkörűen Működő Részvénytársaság pp. 205–232.
10. Eraut, M. (1999): Developing Professional Knowledge and Competence
The Falmer Press, London, p.123–128.
11. Falus, I. (2004): A pedagógussá válás folyamata
Educatio, 3, 359–374.
12. Field, E. D. (2004): Moving from novice to expert – the value of learning in clinical

- cal practice: a literature review
Nursing Education Today, 24, 7, 560-565.
13. Galambos, A. (összeállította): Fókuszban a gyakorlati képzés a UKCC (Egyesült Királyság Központi Tanácsa) ajánlásának összefoglalója
http://www.c3.hu/~etinfo/info2211/211_07.html (Letöltés ideje:2007.10.21.)
 14. González, J., Wagenaar, R. szerk. (2006): Tuning Educational Structures in Europe Universities' Contribution to the Bologna Process. An Introduction. (Bilbao and Groningen) 152 pp.
 15. Greenberger, H., Rechess, H., Riba, S.(2005): Do new graduates of registered nursing programs in Israel perceive themselves as technically competent?
Journal of Continuing Education in Nursing 36, 3, 133-140,
 16. Häggman-Laitila, A., et al. (2007): Nursing students in clinical practice – Developing a model for clinical supervision
Nurse Education in Practice, 7, 6, 381-391.
 17. Landers, M. (2000): The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher
Journal of Advanced Nursing 32, 6, 1550-1556.
 18. Müncheneri Nyilatkozat (2000): Ápolók és szülésznők: Erő az egészség szolgálatában
Nővér, 13, 4, 27.
 19. Pelletier, D. (1995): Diploma-prepared nurses' use of technological equipment in clinical practice
Journal of Advanced Nursing, 21, 1, 6-14.
 20. Spouse, J. (2001): Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective
Journal of Advanced Nursing 33, 4, 512-522.
 21. Standards to support learning and assessment in practice (2007)
NMC standards for mentors, practice teachers and teachers
<http://www.nmc-uk.org/aDisplayDocument.aspx?documentID=4368> (Letöltés ideje: 2009.03.16.)
 22. Szabó Péterné (2006): A betegek és a szakmai gyakorlati képzésben részesülő hallgatók kapcsolata
Nővér, 19, 4, 34-39.
 23. Tanner, C. (2006):The next transformation: Clinical education
The Journal of Nursing Education, 45, 4, 99-100,
 24. United Kingdom Central Council for Nursing and Midwifery, 1999.
Fitness for Practice.Chair: Peach Sir L. UKCC, London, England.
 25. WHO European strategy for nursing and midwifery education (2001)
http://www.euro.who.int/nursing-midwifery/publications/20050629_16 (Letöltés ideje:2008.02.22.)

Students evaluation of field practice

Tulkán, I., Erdősi, E., Pogány, M., Helembai, K.

Aim of the study: To reveal what kind of problems were indicated, by college nursing students who graduated in 2007 or were about to graduate in 2008, regarding the field practice that constitutes an important part of their professional training.

Survey methods: The data-gathering method was quantitative, written, and based on individual interviews. In the form of open questions, two quantitative questions were also included in the survey.

Sample: The survey sample was made up of students who graduated from nursing courses in 2007, or who had passed their final examination and were about to graduate in 2008, at three training institutions and six field training venues in Szeged (Pécs, Zalaegerszeg, Szombathely, Kaposvár training centres) and Nyíregyháza. N=458 persons.

Results: The results of the survey confirmed that the problems related to the field training, which constitutes the decisive part of the course, were the same with regard to the classes of both 2007 and 2008. In other words, the problems remained unresolved.

Conclusions: The survey confirms the need for cooperation between the training institution and the institutions providing practical training, and indicates the possible directions for such cooperation.

Szolidaritás vagy önérvényesítés?

Paramedikális hivatást választott fiatalok értékprioritásai

Tóth Tímea

adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
Ápolástudományi és Egészségpedagógiai Intézet

Összefoglaló

A szerző a kétmintás értékfelmérésben 2003-ban, illetve 2007-ben vette górcső alá a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának elsőéves hallgatóit azzal a céllal, hogy képet alkosson a paramedikális hivatásokat választott fiatalok értékrendjéről, értékprioritásairól. A vizsgálat a Super-féle munkaérték kérdőívvel történt, az adatfeldolgozás során összehasonlította a két mintát, megrajzolta a két értékrangsort, és korrelációkat keresett az értékfaktorok között.

Konklúzióként megállapítható, hogy a Super-kérdőív eredményeiben várható volt az **altruizmus** preferálása, az **önérvényesítés és a társas kapcsolatok** rangos helye, az **anyagi értékek** dominanciájának hiánya, és az **irányítás** értékdimenziója iránti érdektelenség. Viszont nem túl biztató eredmény a **szellemi ösztönzés és a kreativitás** értékeinek háttérbe szorulása, és meglepőnek tűnik a **biztonság** iránti szükséglet prioritásának gyengülése is.

„Az életnek értéket csak a szolgálat adhat,
amellyel az emberek ügye felé fordulunk.”
(Márai Sándor)

Már-már elcsépeltté vált az érték fogalmának határtalan használata, köznapivá, közhelyessé, s úgymond „tudományos divattá” emelkedtek és sülyedtek az értékekhez köthető vizsgálatok és felmérések. Joggal vetődhet fel hát a kérdés, hogy ha az értékek világáról már számos elemző tanulmány született a szakirodalomban az elmúlt években, évtizedekben, akkor ezen cikk szerzője miért szánt mégis ekkora figyelmet az értékeknek, s mi vezette arra, hogy ezt a sokszor és sokféle módon elemzett témakört kutassa a fiatal felnőttkor generációjában?

A témaválasztás aktualitása a mikro- és makrokörnyezetünkben meg tapasztalt anómiák sokaságának és az értékparadoxonok elterjedésének jelenségeiben keresendő.

Elsősorban elementáris feszültségekre gondolok, melyek az egész magyar társadalomban és az egyéni életvezetésben is látens vagy manifeszt módon megjelennek posztmodern korunkban:

- *először* is az individualizmus önmegvalósító filozófiája és a szükségszerű plurális értékrendek paranoid együttesére;
- *másodszor* a fogyasztói magatartásformák és a morális értékvákuum egymással szembenálló kettősségére;
- *harmadszor* a materiális értékek és a posztmateriális értékek preferenciáinak távolságaira;
- *negyedszer* a holisztikus egészségfelfogás értéke és a társadalmi mentálhigiénés állapot közötti szakadékra;
- *ötödször* pedig a profitorientált társadalmi-gazdasági szférák virágzása és a „túlélésért” küzdő segítő szakmák presztízse közötti anómiákra.

Úgy tűnik, ezen értékkризisek miatti dilemmáimban nem vagyok egyedül, hiszen segítségül hívhatnám egy nagyon színvonalas, az értékutatás korszerű eredményeit bemutató mű alap gondolatát: „Azért is támad kedvünk az értéktémában a nagyobb szakszerűségre, mert sokat és rosszul beszélünk ma az értékekről. Az aktuális politikai és médiabeli szómágia része lett az értékekről való beszéd.” (Váriné szerk., 2003.)

Nos, az említett ellentmondások és feszültségforrások közvetlenül és közvetetten is kihatnak arra a 18-26 éves, a pályaválasztás és pályakezdés dilemmáival küzdő, és az értéktudat kiforrottsága szempontjából fontos korcsoportra, amelynél a proszociális magatartáshoz köthető humán értékek kiemelt figyelmet érdemelnek. Úgy vélem, nagyon sok múlik azon, hogy általában *mi jellemzi az egyének általános és humán értékekről alkotott felfogását*, különösen akkor, ha valaki *segítő szakmát* választ hivatásául, s a prevenció, az ápolás, a gyógyítás, a rehabilitáció, vagy a pszichoedukáció területein kíván dolgozni, s valóban „*homo medicus*”-ként kívánja majd a szakmáját művelni.

A leendő segítőben élő értékrend, emberkép egyrészt hatással lehet a segítő tevékenység milyenségére, eredményességére; azaz a segítő szakember munkáját befolyásolja az életfelfogás, az a belső lelkivilág, ahogyan másokról, valamint az emberi természetről vélekedik, amit feltételez a társairól és önmagáról, társai és önmaga viselkedéséről, attitűdjéről. A „segítő” hivatást választó embernek munkája szempontjából nem mindegy például, hogy képes-e bízni másokban, képes-e önmaga és mások fejlesztésére, s hogy fontosnak érzi-e az együttműködést, vagy hogy mennyire preferálja a segítőkészítést, mint *értéket*. Ha a leendő paramedikális szakember biztos abban, hogy a rábízott emberek, a rászorulóknak képesek a változtatásra, az önfejlesztésre, sőt, mi több, ezt maga is gyakorolja, ez alapvetően meghatározza azt, hogy ő, mint ápoló, mint pszicho-educatív szakember, vagy mint egészségfejlesztő, hogyan, milyen humán értékrepertoárt képviselve viszonyul a klienseihez, pácienseihez.

A segítő munkának *másrészt* az is célja, hogy az egyént – a beteget, a rászorulót, a klienst – hozzásegítse az önálló problémamegoldó képességének megerősítéséhez; s nyilvánvaló, hogy az erre irányuló segítő munka akkor válhat eredményessé, ha a segítő szakember reális szakmai és humán önismerettel, értéktudattal, adottsággal készül a pályájára. A vizsgált célcsoport a 18-26 éves korosztály, s ez az életszakasz erősen meghatározó az értéktudat kifor-

rottsága szempontjából. A fejlődéslelektan és andragógia ezt az életfázist a *fiatal felnőttkor* periódusának tartja, és mindenképpen szem előtt kell tartani, hogy melyek ebben az életperiódusban a főbb fejlődéslelektani jellemzők, lehetséges siker- és válságforrások. A felsőoktatási tanulmányokat éppen hogy elkezdő fiatal *értékekről* vallott képzetait, benyomásait, attitűdjét ugyanis erősen befolyásolhatja az az andragógiai törvényszerűség, miszerint a 18-20 éves kor körül egyfajta „korszakváltás” zajlik le az egyén szocializációjában, életútjában, s ez akár átmeneti értékválságot, értékvákuumot idézhet elő az önpróbálásnak ebben az életciklusában.

S. J. Gould kérdőíves vizsgálattal *alszakaszokra* bontotta a fiatal és a középső felnőttkort. A 16-22 éves korig fő mozgásiránynak a szülői háztól való elszakadást jelölte meg, de a tudat, hogy mindig szorosan a családmaghoz tartozunk, elég meghatározónak mondható. 22 és 28 éves kor között már a teljes autonómia időszakát éli a fiatal, mikor is nagy baj esetén kiségitenek a szülők, de már nem vagyunk az oltalmazásra szoruló „kisgyerekek”. Ez a felnőttkori érzelmi leválás gyakran egybeesik a pályaválasztással, az egyetemre kerüléssel, a párválasztással és a pályakezdéssel.

E. Ginzberg ismert elmélete a pályaválasztás *három szakaszáról* a következőképpen fest: 6-11 év között ábrándozás szakasza; 12-17 év között a kísérletezés periódusa; s 18-20-ig a realiztikus szakasz. Ez az a *három exporatív alszakasz*, melyben a fiatal megszerzi a hivatásválasztáshoz szükséges elméleti tudást, megalapozza a pályaidentifikációt. Egyben ez a kikristályosodás életkorszaka is, melyben a fiatal – ha egyelőre nem örökre szólóan is, de mégis csak – elköteleződik egy hivatás mellett. Vagyis itt már egy specifikációról van szó, melyben mérlegeli az érdeklődési területen, adottságokon és a reális társadalmi szükségleteken belüli lehetőségeket, s kiválasztja a számára megfelelőt.

E. H. Erikson pszichoszociális fejlődéslélektanában az embert (gyermeket is, felnőtt-

tet is) az élete során mindig új és új *enerőket* kialakító, kreatív, dinamikus lénynek tekinti, aki képes pozitív változásokra, és életének aktív irányítására. A fiatal felnőttkor legfontosabb kihívása – az intim kapcsolatok kialakításán túl – az elköteleződés valamely pálya mellett, azaz a hivatásválasztás. Ahogy a párválasztás, úgy a hivatásválasztás is felelősségteljes *elköteleződést* igényel. Ha elköteleződünk, mondhatjuk azt, hogy kialakulófélben lévő, vagy kialakult pályaidentitással rendelkezünk, ennek hiányában viszont a konfrontációt kikerülő „korai zárókká”, vagy identitásdiffúzióval jellemezhető, a pályaválasztást halogatókká, az elköteleződést fel nem vállalókká válunk. Ez az időszak is sok nehézséggel jár, de mindenképp hasznos a fejlődés szempontjából, hiszen elkerülhetetlenül egyfajta önmagunkkal történő szembenézést követel.

D. E. Super elméletében hangsúlyozza, hogy az egyén a saját életútjának, pályafutásának megteremtésében aktív cselekvőként, folyamatos döntéshozóként vesz részt, s ez az aktivitás a személyiség önkifejezésének egyik formája. Ez a gondolatmenet azt is jelzi, hogy Super összegzi a klasszikus pályaalakmasság-elmélet és a fejlődéslélektani szemlélet jellemzőit, sőt kiegészíti azzal, hogy a *szakmai énkép* alakulásában nagy hatása van a foglalkozási szereppel való azonosulás folyamatának, ezért Super a szakmai fejlődést és pályaidentifikációt az egyén és a környezet dinamikus interakciójaként magyarázza. A személyiség fejlődése bizonyos életszakaszokban összekapcsolható a szakmai fejlődési folyamatokkal. Szerinte a pályaalakmasság multipotenciális jellegű, hiszen a személyiségek különböznek egymástól érdeklődési körük, képességeik, motivációjuk alapján. Így ezek az egyéni jellemzők több pályára is alkalmassá teszik őket. Épp így a pályák követelmény- és elvárás-rendszere is jelentősen eltér, s a képességek, az érdeklődés és a személyiségbeli jellemzők sajátos konstellációját igénylik. Ennek következtében az egyén egy bizonyos tűrőhatárral rendelkezik az alkalmasság és a pályához való hozzáférhetőség tekin-

tetében. Super ezt az életfázis-elméletét egy nagyon szemléletes és plasztikus pályáívben írta le, amelyet „*életpálya-szivárvány*”-nak nevezett el.

Az általam is görcső alá vett *humán segítő* pszicho-educatív szakmák a pályaidentifikációban is specifikus profillal rendelkeznek, de közös bennük a szakemberek azon törekvése, hogy valamilyen területen *segítsenek az egyénnek* az életvilág megélésében. Mi kell ahhoz, hogy *kompetens segítőkké válhassunk?* Bagdy Emőke szerint elsősorban arra lenne szükség, hogy saját személyiségünket tegyük e szakmai feladatokra alkalmas, kicsiszolt munkaeszközzé. A professzionális autonómia és szakmai identitás a módszertani tudás és személyiségi felkészültség együtteséből formálódik ki. „Valakivé, így segítő szakemberré is csak a másik segítségével válhatunk, melynek során legdöntőbb a szakmai személyiség működtetésének, fejlődésének a szolgálata. E tanulás azért speciális, mert a benne kulcsfontosságú tudásanyagra csak a személyiség rendszerén át tudunk szert tenni, bármely módszer csak az élő anyagon át válik hatékonná, magába véve se jó, se rossz. Az élő anyag pedig a személyiség, önmagam megértése, megtapasztalása az adott, konkrét szakmai helyzetben, viszonylatban, mely páratlanul egyedi jelentések kontextusában tükröződik.” (Bagdy, 2003).

A *kétmintás* felmérésemnél éppen ebből a gondolatkörből indultam ki, s így célja a vizsgált 18-26 éves, segítő szakmát választott fiatalok *munkaértékekhez való attitűdjének* a feltárása. A vizsgált minta *két részből* tevődik össze: az első, korábbi minta a 2003/2004-es tanévben, az akkori Egészségügyi Főiskolai Kar nappali tagozatos hallgatói populációjából került ki, 105-ös elemszámmal, s véletlenszerű mintavétellel. A vizsgált célcsoportban 75 ápoló, 16 védőnő és 14 dietetikus hallgató szolgáltatott adatokat. A második, későbbi minta az Egészségtudományi Kar teljes idejű képzésében részt vevő, Ápolás és Betegellátás Szakon tanuló hallgatók véletlenszerű kiválasztásával állt össze, s 150 fő töltötte

ki értékelhetően a kérdőívet a 2007/2008-as tanévben.

Az alkalmazott teszt állításaiban egy öt pontos skálán kell értékelni, mennyire tartja fontosnak a kitöltő az adott kijelentést, s a kapott válaszok értékelése által megrajzolható egyének, csoportok értékrangsora, illetve az értékek egymáshoz való viszonyítása. Vagyis a teszt azt méri, hogy az értékek milyen súllyal és milyen sorrendben szabályozzák a kitöltő magatartását. A módszer megalkotója, a már korábban idézett D. E. Super 1962 és 1969 között dolgozta ki a módszerét, mely végleges formájában faktoranalízis segítségével 15 értékcsoporthoz különít el, és egy 45 itemet tartalmazó, kényszerválasztáson alapuló tesztként vált közismertté. Super megközelítésére jellemző, hogy tesztjében kiemeli az értékek kettős természetét, vagyis a szubjektív és objektív tényezőket összekapcsolja a pályához kötődő értékvalasztásban.

A 15 értékkör a következő:

1. *Szellemi ösztönzés* értékfaktor – a szellemi kihívás, a gondolkodás, az intellektuális motivációt veszi alapul ez a faktor, vagyis azt, hogy a feladatok iránti igény mennyire erős az egyénben;
2. *Altruizmus* értékfaktor – az ide tartozó értékek a szociális segítő szándékot és készséget jelzik, vagyis azt a célt, hogy az egyén mások életmenetébe, problémáiba, boldogulási kísérleteibe mennyire képes bekapcsolódni;
3. *Anyagiak* értékfaktor – az anyagi értékek dimenziója a megélhetés, életszínvonal, gondtalan élet biztosításának jelentőségét mérik fel;
4. *Változatosság* értékfaktor – a differenciálás igényét méri, továbbá a munkavértékek sorában az örömorientáltságot szemben a feladatorientáltsággal;
5. *Függetlenség* értékfaktor – ez az értékfaktor magában foglalja az autonómiát, az önálló magatartást, illetve a cselekvés és aktivitás ellenőrzési fokát;
6. *Presztízs* értékfaktor – a munka rangja és tisztelete, ugyanakkor a presztízs sok esetben nem választható el élesen a státusztól és bizonyos hatalmi törekvésektől;

7. *Esztétikum* értékfaktor – ez a dimenzió azokat a törekvéseket jelzi, melyek mind a tárgyi eredményességre, mind az elvontabb alkotásokra vonatkoznak, és a „szép”-nek értékelt jelenségek létrehozására szolgálnak a munkában;
8. *Társas kapcsolatok* értékfaktor – a szociális közeg, a mikrokörnyezet jelentősége az egyén számára, melyben a pozitív és építő emberi kapcsolatok a meghatározók;
9. *Biztonság* értékfaktor – e fogalomkörbe tartozik a munka értékéből fakadó stabilitás, amely egyfajta személyes „fedezetet” ad az egyénnek arra, hogy a feladatot képes tartósan megfelelő színvonalon elvégezni;
10. *Önérvényesítés* értékfaktor – ezen értékfaktor sajátosságai az egyén életmód-elképzelései, szerepfelfogásai, melyek bár a vizsgálati mintában szereplő személyek életkorában még nem fejlődnek ki az emberben, viszont a tervek, vágyak szintjén mindenképpen megjelennek az értékrendben;
11. *Hierarchia* értékfaktor – az értékdimenzióban a felügyeleti viszonyok rendje és igazságossága a vizsgálandó érték, illetve a mérték, mely alapján megítélik őket egy rendszerben;
12. *Környezet* értékfaktor – e faktor a fizikai környezet minőségi összetevőit tartalmazza, mely magában foglalja a tárgyi környezet értékét éppúgy, mint az esztétikum megjelenését;
13. *Munkateljesítmény* értékfaktor – az egyén teljesítményének értékét és élményét lehetővé tevő jellemzők sorolhatók e kategóriába;
14. *Irányítás* értékfaktor – ez az érték kategória a mások által végzett munka koordinálásának, a közösségek vezetésének képességére vonatkozatható;
15. *Kreativitás* értékfaktor – az egyén innovációs törekvéseit, ötletgazdagságára való fogékonyságát, s az eredetiség jelentőségének fokát tartalmazza.

(I. táblázat)

I. táblázat: A Super-teszt statisztikai jellemzői az összevont mintában (n = 255)

	Minimum pontérték	Maximum pontérték	Átlag	Szórás
SUPER 1	4 (1)	15 (9)	3.49	1.12
SUPER 2	6 (1)	15 (109)	4.48	0,69
SUPER 3	3 (1)	15 (19)	3.79	1.14
SUPER 4	4 (1)	15 (36)	3.99	0,92
SUPER 5	6 (3)	15 (9)	3.64	1.04
SUPER 6	3 (1)	15 (22)	3.84	1.04
SUPER 7	3 (1)	15 (12)	3.5	1.37
SUPER 8	6 (4)	15 (72)	4.25	0,89
SUPER 9	7 (2)	15 (63)	4.28	0,83
SUPER 10	5 (1)	15 (67)	4.3	0,9
SUPER 11	5 (3)	15 (21)	3.74	1.02
SUPER 12	5 (3)	15 (33)	4.03	0,97
SUPER 13	6 (3)	15 (11)	3.68	1.04
SUPER 14	3 (5)	15 (5)	2.87	1.1
SUPER 15	3 (1)	15 (16)	3.54	1.01

Az **S1 szellemi ösztönzés** faktorának pont-átlaga a középmezőnyben helyezkedik el, s ezen értékkategória adatainak szórása sem rí ki a többi közül. Meglehetősen kevesen adták mind a minimum, mind a maximum értéket erre az értékre, valószínűleg nem a legjelentősebb értékek között tartják számon a hallgatók a szellemi inspirációt, ami felsőoktatási rendszerben tanuló diákoknál meglehetősen elkeserítő jelenség.

Az **S2 altruizmus** a legmagasabb átlag-értékkel, s egyben a legalacsonyabb szórás-értékkel bír. A válaszadó hallgatók ezt az értékkategóriát tekintik a legfontosabbnak, amit a teljesített pontértéken túl a maximum pontértékek magas száma is bizonyít. Míg az előző érték relatíve alacsony megbecsültsége meglepő, addig az áldozatkészség magas preferenciája szinte várható a paramedikális pályára készülőknel.

Az **S3 anyagi tényezők szerepe** nem tűnik dominánsnak az értékek között, ezt az is igazolja, hogy viszonylag kevesen adtak maximum pontszámot erre a dimenzióra.

Ebben a faktorban a megkérdezettek részben a társadalmi realitást képviselik, másrészt hogy elsődlegesen nem anyagi szempontok miatt választják ezeket a szakmákat.

Az **S4 változatosság** értékfaktor szórása nem túl nagy, viszont sokan adtak maximum pontszámot erre az értékre. Az átlag-érték viszonylag magas, s a változatosság jelentősége a középső harmadban kap helyet a válaszadók gondolkodásmódjában.

Az **S5 függetlenség** paraméterei azt mutatják, hogy a hallgatók nem becsülik sokra a függetlenség értékét. Meglehetősen kevesen adtak maximum pontértéket erre a faktorra, a szórás sem mutat nagyszámú eltéréseket az átlagtól. A kapott eredmények alapján nem a függetlenség az az érték, melyre elsősorban vágnak a leendő szakmájukban a hallgatók.

Az **S6 presztízs** nem emelkedik ki különösen a többi értékfaktor közül, mind a szórás, mind az átlag értékei az átlagoshoz közelenek minősíthető. A presztízs prioritásának alacsony foka nyilván összefügg az általános társadalmi megbecsültség hiányának tudatával.

Az **S7 esztétikum** megítélése meglehetősen megosztja a vizsgált célcsoportot, mert ebben a faktorban található a legnagyobb szórás. Ugyanakkor igen kevesen adtak maximum pontot az esztétikum értékére, s az átlag is az értékek alsó harmadában kap helyet. Ez az eredmény megjósolható, hiszen a paramedikális hivatások estében nem elsődleges szempont a szép alkotásának vágya.

Az **S8 társas kapcsolatok** értékdimenzió előkelő helyet foglal el a megkérdezett fiatal felnőttek értékprioritásai között, s ez a magas átlagból is kiderül. A legfontosabb interperszonális értéket igen lényegesnek tartják a hallgatók, s ezt tükrözi a legmagasabb pontszámot adók magas aránya is.

Az **S9 biztonság** faktor eredményei alacsony szórást mutatnak, viszont relatíve magas átlagértéket jelölnek. A biztonság tehát kitüntetett súlyú a diákok számára, s ezt a megállapítást az is alátámasztja, ha megnéz-

zük a legalacsonyabb adott pontszámot, mely kitűnik a többi minimál pontszámok közül.

Az **S10 önérvényesítés** értékdimenzió magas átlageredménye vitathatatlan, s természetesen feltételezhető, hogy ebben a generációban az altruizmus preferálása mellett az önérvényesítés értéke is hangsúlyt kap a hallgatók értékrendjében.

Az **S11 hierarchia** fontossága a középmezőnyben helyezkedik el, ahogy ezt az átlaga is igazolja. Mindenképpen figyelembe kell venni, hogy a vizsgált célcsoport egyrészt életkora, másrészt az egészségügy világának erős hierarchikus jellege miatt is fontosnak érezhetik a hallgatók ezt az értékkategóriát.

Az **S12 környezet** az átlageredmény alapján az értékdimenziók első harmadában kap helyet. A szórás átlagosnak mondható, s egyik részérték sem tűnik ki a többi közül.

Az **S13 munkateljesítmény** nem a leginkább preferált értéktényezők között szerepel, ezt bizonyítják az átlag és a szórás viszonylagosan átlagértékeket jelző eredményei.

Az **S14 irányítás** dimenziójára vonatkozó eredmények egyértelműen jelzik az összevont mintában, hogy az összes faktor közül erre adták a válaszolók a legkisebb arányú maximális pontértéket. Ezzel összefüggésben az átlageredmény is a legalacsonyabb értéket mutatja, azaz a hallgatók nem tekintik preferált értéknek az irányítást – nyilván erre egyik lehetséges magyarázat az életkorukból adódhat.

Az **S15 kreativitás** értéktényező paramétereit szerint a válaszadók meglehetősen háttérbe szorítják a kreativitás képességét: az esztétikummal helyezik azonos szintre az értékrendjükben. Ez annyiban meglepő mutató, hogy a hallgatók a választott szakmájukban – természetesen az irányítás jelentőségének figyelembevétele mellett – szükségük lesz egyéni, önálló, s olykor kreatív döntéseket hozni és megoldásokat alkalmazni.

A Super-féle kérdőív mindenképp alkalmas arra, hogy az értéktényezők közötti rangsorokat felállítsuk, s összevegyük a két különböző évben felvett hallgatói értéktényezők rangsorait. (II. táblázat)

II. táblázat: Az értéktényezők rangsorai a két mintában

Sorrend	2003-as minta	2007-es minta
	(n = 105)	(n = 150)
1.	Altruizmus (1409 pont)	Altruizmus (2018 pont)
2.	Biztonság (1372 pont)	Társas kapcsolatok (1929 pont)
3.	Önérvényesítés (1368 pont)	Önérvényesítés (1924 pont)
4.	Társas kapcsolatok (1323 pont)	Biztonság (1903 pont)
5.	Környezet (1256 pont)	Környezet (1829 pont)
6.	Változatosság (1225 pont)	Változatosság (1828 pont)
7.	Presztizs (1193 pont)	Presztizs (1746 pont)
8.	Hierarchia (1168 pont)	Anyagiak (1708 pont)
9.	Munka-teljesítmény (1168 pont)	Hierarchia (1692 pont)
10.	Anyagiak (1155 pont)	Függetlenség (1654 pont)
11.	Függetlenség (1135 pont)	Munka-teljesítmény (1649 pont)
12.	Kreativitás (1130 pont)	Esztétikum (1594 pont)
13.	Szellemi ösztönzés (1091 pont)	Szellemi ösztönzés (1581 pont)
14.	Esztétikum (1085 pont)	Kreativitás (1581 pont)
15.	Irányítás (929 pont)	Irányítás (1264 pont)

Ami leginkább szembeötlő, az a rangsorok „keretes szerkezete”, azaz az első és az utolsó helyen szereplő értéktényezők a két mintában megegyeznek (1. altruizmus – 15. irányítás). A biztonság a korábbi mintában előkelőbb helyet kap (2. hely), mint a később felvett adatok között (4. hely), s a társas kapcsolatok faktorról cserél helyet (4., illetve 2. hely). Érdekesnek tűnik, hogy néhány évvel ezelőtt inkább a munkában való biztonságot preferálták a hallgatók, míg a közelmúltban a társas kapcsolatok, a csapatszellem jelentősége vált fontosabbá a megkérdezettek értékrendjében.

Az önérvényesítést egyformán jelentős értéktényezőnek gondolták a 2003-as és a 2007-es mintában szereplő hallgatók, hiszen mindkét rangsorban a 3. helyre került ez az értékdimenzió. Ezt a dobogós helyet nyilván

a korszellem és korkíváncsiság is magával hozza, hiszen az *egészséges érdekérvényesítés fontos eszköz egy hivatás sikeres műveléséhez*.

A változatosság, a presztízis ugyanazt a helyet foglalja el mindkét mintában, az anyagiak értékdimenzió viszont a 2007-es válaszok alapján két lépcsőfokkal rangosabb helyen szerepel (10, illetve 8. hely). Az viszont mindkét rangsor eredményeiből kiderül, hogy az *anyagi ellenszolgáltatás, mint értékszempont, nem szerepel a rangsor első harmadában*, egyéb tényezőket jelentősebb szempontnak vélnek a hallgatók a szakmai értékek között.

A szellemi ösztönzés, mint intellektuális inspiráció (13. hely) sajnos nem kapott előkelő helyet az értékrendben – e két értéktípust mindkét adatsorban meglehetősen elhanyagolt értéknek szerepeltetik a válaszadók.

A függetlenség, a hierarchia és a munkateljesítmény értékei mind 2003-ban, mind 2007-ben a 8-11. helyeken találhatók meg. Az esztétikum meglepő módon két fokot előbbre ugrott a későbbi mintában (14., 12. hely), a kreativitás viszont épp fordítva, két szinttel lejjebb csúszott 2007-ben (12., 14. hely).

Végül érdemes megvizsgálni, az értékdimenziók közötti kapcsolatok szorosságát, az értéktényezők közötti *korrelációkat*. A korrelációs együtthatók eredményeiből az tűnt ki, hogy akadnak olyan értékfogalmak, melyek logikailag összefüggnek, mégsem mutatnak a hallgatók választásaiban szoros összefüggést; és természetesen ezzel ellentétes felismerés is van: számos értékdimenzió között mind tartalmában, mind statisztikailag szoros kapcsolatot lehet kimutatni. **(III. és IV. táblázat)**

III. táblázat: Az értéktényezők korrelációs mátrixa, 2003.

(n = 105) p < 0,05 r = 0,195

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15
S1															
S2	0,02														
S3	-0,08	-0,10													
S4	0,24	0,17	0,12												
S5	-0,01	0,02	0,27	0,24											
S6	0,12	-0,01	0,23	0,28	0,35										
S7	0,52	-0,01	-0,07	0,01	-0,01	0,11									
S8	0,00	0,28	-0,07	0,30	0,08	0,18	-0,03								
S9	0,20	0,02	0,09	0,03	0,02	-0,03	0,06	-0,19							
S10	0,08	-0,06	0,09	0,07	0,10	0,03	0,07	0,03	0,30						
S11	0,23	0,19	0,04	0,03	-0,07	0,17	0,19	0,19	0,22	0,20					
S12	0,05	-0,13	0,24	-0,05	0,10	0,16	0,06	0,03	0,24	0,32	0,26				
S13	0,38	0,09	-0,05	0,09	0,04	0,06	0,33	0,09	0,15	0,07	0,33	0,12			
S14	0,22	-0,12	0,20	0,04	0,24	0,42	0,23	-0,14	0,18	0,20	0,25	0,24	0,28		
S15	0,26	-0,03	-0,1	0,21	0,19	0,11	0,26	0,07	0,13	0,20	0,16	0,14	0,32	0,22	

IV. táblázat: Az értéktényezők korrelációs mátrixa 2007

(n = 150 fő) p < 0,05 r = 0,195

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15
S1															
S2	0,13														
S3	0,2	-0,04													
S4	0,24	0,25	0,10												
S5	0,09	0,15	0,27	0,33											
S6	0,17	0,20	0,20	0,20	0,29										
S7	0,41	0,15	0,14	0,08	0,06	0,24									
S8	0,08	0,22	0,02	0,32	0,17	0,29	0,12								
S9	0,16	0,20	0,18	0,07	0,13	0,14	0,08	0,24							
S10	0,07	0,03	0,11	0,24	0,09	0,14	0,02	0,22	0,31						
S11	0,23	0,15	0,14	0,15	0,01	0,22	0,30	0,19	0,32	0,26					
S12	0,19	0,06	0,30	0,09	0,09	0,25	0,15	0,17	0,26	0,29	0,31				
S13	0,35	0,11	0,09	0,06	0,01	0,13	0,21	0,07	0,14	0,19	0,32	0,19			
S14	0,29	0,01	0,22	0,11	0,30	0,26	0,22	0,01	0,12	0,11	0,13	0,17	0,16		
S15	0,23	0,09	0,10	0,25	0,16	0,16	0,28	0,23	0,09	0,23	0,21	0,20	0,26	0,17	

Az értékfaktorok jelölése a III. és IV. táblázatban:

S1: Szellemi ösztönzés

S2: Altruizmus

S3: Anyagiak

S4: Változatosság

S5: Függetlenség

S6: Presztízs

S7: Esztétikum

S8: Társas kapcsolatok

S9: Biztonság

S10: Önérvényesítés

S11: Hierarchia

S12: Környezet

S13: Munkateljesítmény

S14: Irányítás

S15: Kreativitás

Amint azt a *korrelációs együtthatók* eredményei megmutatják, akadnak olyan értékfogalmak, melyek logikailag összefüggnek, mégsem mutatnak a hallgatók választásában szoros összefüggést; és természetesen ezzel ellentétes felismerés is van: számos értékdimenzió között mind tartalmában, mind statisztikailag szoros kapcsolatot lehet érzékelni. Ezekre néhány kiemelt példa a *korrelációs mátrixból*:

Logikailag is és statisztikailag is összefüggő, szoros korrelációt mutató értékfaktorok:

S7 esztétikum – **S15** kreativitás (mindkét mintában)

S9 biztonság – **S10** önérvényesítés (mindkét mintában)

S6 presztízs – **S14** irányítás (mindkét mintában)

S5 függetlenség – **S14** irányítás (mindkét mintában)

S11 hierarchia – **S13** munkateljesítmény (mindkét mintában)

S1 szellemi ösztönzés – **S13** munkateljesítmény

S5 függetlenség – **S6** presztízs (2003-as mintában)

S4 változatosság – **S15** kreativitás (2007-es mintában)

S2 altruizmus – **S8** társas kapcsolatok (mindkét mintában)

Logikailag összefüggő, de statisztikailag nem igazolható korrelációs eredményeket az alábbi értékpárok képviselnek:

S7 esztétikum – **S12** környezet (2003-as mintában)

S3 anyagiak – **S10** önérvényesítés (mindkét mintában)

S8 társas kapcsolatok – **S9** biztonság (mindkét mintában)

S11 hierarchia – **S14** irányítás (2007-es mintában)

Logikailag gyengén összetartozó, de statisztikailag relatíve erős kapcsolatként jelennek meg a válaszokban a következő értékkategóriák:

S1 szellemi ösztönzés – **S7** esztétikum (mindkét mintában)

S4 – változatosság – **S5** függetlenség (mindkét mintában)

S10 – önérvényesítés – **S12** környezet (mindkét mintában)

S3 – anyagiak – **S12** környezet (mindkét mintában)

S8 – társas kapcsolatok – **S15** kreativitás (2007-es mintában)

Logikailag sem, és a statisztikai paraméterek szerint sem tekinthető szorosan összetartozó értékfaktoroknak:

S2 altruizmus – **S12** környezet (mindkét mintában)

S2 altruizmus – **S10** önérvényesítés (mindkét mintában)

S5 függetlenség – **S9** biztonság (mindkét mintában)

S5 függetlenség – **S7** esztétikum (mindkét mintában)

Észrevehető és megjegyzendő különbség a két minta *korrelációs iránya* közötti eltérés: míg a 2003-as értékfaktorok korrelációs együtthatói között több negatív irányú összefüggés szerepel, addig a 2007-es adatokat elemző táblázatban mindössze egyetlen negatív irányú korreláció mutatható ki az **S2** altruizmus és az **S3** anyagiak között.

Összegezve az elmondottakat, az tűnik ki az eredményekből, hogy a paramedikális hivatást választók többre becsülik a hagyományos interperszonális értékeket az individualistábbnak értékelhető, intraperszonális, úgymond „korszerű”, posztmodern értékdimenzióknál. S itt rejtezik a válasz a címben feltett költői kérdésre: szó sincs

„vagy”-ról, sokkal inkább a szolidaritásból is erőt merítő egészséges önérvényesítésről. A fiataloknak persze nehéz feladat lesz ezt az egyensúlyi állapotot megtanulni, vállalni és megjeleníteni ma, az „itt és most” társadalmi-gazdasági valóságában. Mert életük, belső és külső világuk, környezetük érték-specifikumait, a fogalmak jelentéstartalmát, olykor értelmét kell és kellene újragondolni: a szavak bár ugyanazt jelentik, mint tegnap, de a használatuk, funkciójuk, irányuk tartalmát – a lényegét – hozzá kell igazítani

a robbanásszerű változásokhoz. Az értékekre épülő magatartás, cselekvés időtállósága, korokat átfogó történelmisége – az ember humanizálódásától kultúrákon, vallásokon, világnézeteken átívelő s napjainkig ható „örökkévalósága” – vitathatatlan axióma; és mára nyilvánvalóvá vált, hogy az értékekben és értékrendszerekben való gondolkodás, egyéni és kisközösségi, csoportos és osztálytársadalmi, nemzeti és globális méretekben már-már sürgetően időszerű, szükséges és elkerülhetetlen.

Irodalomjegyzék

1. Bagdy, E. (2003): Az emberi kapcsolatok dinamikája In.: Tanulmányok a vallás és lélektan határterületéről szerk. Jelenits, I., Tomcsányi, T. SE – TF Mentálhigiénés Tanszék, Párbeszéd Alapítvány, Bp.
2. Csepeli, Gy. (2001): A szociálpszichológia vázlata József Műhely, Bp.
3. Duró, L., Kékes Szabó, M., Pigler, L. (2005): Nevelés és érték kutatás BBS-INFO, Bp.
4. Super, D. (1994): Önmegvalósítás munkában és szabadidőben in: (szerk.) Ritóók, P. Pályalélektan. Tankönyvkiadó, Bp.
5. Tóth, T. (2007): Értékdominanciák a pályaválasztásban Nővér, 6.
6. Váriné Szilágyi, I. (2003): Értékek az életben és a retorikában Akadémiai Kiadó, Bp.

Solidarity or self-fulfilment?

The value priorities of young persons choosing a paramedical career

Tóth, T.

In 2003 and 2007 the author surveyed first-year students at the Health Sciences Faculty of Semmelweis University, Budapest, in order to gain a picture of the value systems and value priorities of young persons choosing a paramedical career. The survey was conducted using a Super work values inventory. In the course of the data processing the author compared the two samples, drew up the two value rankings, and sought to identify the correlations between the value factors.

*The study concluded that a preference for **altruism** in the Super work values inventory was to be expected, as were the prominent positions of the **way of life** and **associates** categories, the lack of emphasis on **economic return**, and the indifference towards the **management** dimension. However, the low importance attributed to the **intellectual stimulation** and **creativity** values was not an overly encouraging result; and the lower priority attributed to the need for **security** also appears surprising.*

A szakdolgozói szakterületen újjáalakult és új szakmai kollégiumok tagnévsora

Ápolási Szakmai Kollégium

Elnök: Deák Edit

Tagok:

Dr. Balogh Zoltán
Halmosné Mészáros Magdolna
Dr. Helembai Kornélia
Holiné Füstös Márta
Irinyi Tamás
Jakabné Harcsa Erzsébet
Kónya Anikó
Mészárosné Hakucsák Erika
Szabó Gyuláné
Szloboda Imréné
Tulkán Ibolya
Újváriné Siket Adrienn
Wetzelné Gál Anna
Dr. Winiczainé Németh Rita

Védőnői Szakmai Kollégium

Elnök: Holló Rózsa

Tagok:

Barkovics Katalin
Benéné Bagi Judit
Csics Edit
Csordás Ágnes
Hartung Vilmosné
Dr. Horváth Attiláné
Kaló Mária
Kissné Garjaszki Ildikó
Dr. Kiss-Tóth Emőke
Kovács Katalin
Köllner Katalin
Pappné Farkas Erzsébet
Peleiné Imre Judit
Vidó Zoltánné

Dietetikai – humán táplálkozási Szakmai Kollégium

Elnök: Kubányi Jolán

Tagok:

Antal Emese
Dr. Barna Lajosné
Barnáné Susa Éva
Benkóné Szenteczki Magdolna
Fekete Krisztina
Ferencz Pálné
Kovácsné Harman Katalin
Lelovics Zsuzsanna
Nagy Gyuláné Tajti Éva
Németh Istvánné
Porcsalmyné Henter Izabella
Szabó Gyuláné
Szalayné Kónya Zsuzsanna
Szebenszki Erzsébet

Gyógytorna-fizioterápiai Szakmai Kollégium

Elnök: Balogh Ildikó

Tagok:

Dr. Barnai Mária
Benkovics Edit
Béresné Lutter Mária
Egyed Márta
Hock Márta
Dr. Horváth Mónika
Rigó Attiláné
Rochlitz Ildikó
Rónyai Edit
Dr. Saslics Ivett
Tóth Klára
Dr. Tringer Lászlóné
Vámosi Istvánné
Zaletnyik Zita

Korai rehabilitációs kezelés alatt végzett betegoktatás kapcsolata a koszorúsér betegek későbbi életmódjával

Lehner Béláné

diplomás ápoló, osztályvezető főnővér,
I. Kardiológiai Rehabilitációs Osztály,
Állami Szívkórház, Balatonfüred

Összefoglaló

A vizsgálat célja: Az intézetünkben folyó komplex oktatási programokon való részvétel és a betegek későbbi életmódja közti kapcsolat jellemzése.

Vizsgálati módszer és minta: A balatonfüredi Állami Szívkórházban 2004. május 5. – 2005. február 16. között korai rehabilitációs kezelésre érkező 742 koszorúsér beteget vontunk be a vizsgálatba. Kezelésük alatti oktatási programbeli részvételi arányukat elemeztük. Egy év után 340 betegről telefoninterjúban kaptunk adatokat az alapvető életmódi szokásokról. A minta megoszlása: 240 férfi, 100 nő, átlagéletkoruk $62,7 \pm 9,7$ év, 129 fő szívizom infarktus, 36 fő elektív angioplasztika, 175 fő coronaria bypass műtét után kezelésre érkező beteg. Az adatok statisztikai feldolgozása során egymin-tás T-próbát, variancia analízist és leíró statisztikákat alkalmaztunk. Az eredményeket átlag $\pm$ SD formában tüntettük fel, szignifikánsnak a $p < 0,05$ értéket tekintettük.

Eredmények: Külön elemeztük a dohányzási szokásokat, a diétás előírások betartását, a testsúly változását, a fizikai aktivitást, mint legfontosabb életmódi tényezőket. Egy évvel az akut esemény után kevesebb beteg dohányzott (25,4 % vs. 17 %, $p < 0,001$). 67% tartott részleges diétát. A cukor anyagcsere-zavarral bírók (37,2%) és attól mentes betegek diétás szokásai lényegesen eltértek ($p < 0,001$). A betegek súlya számottevően nőtt ($79,2 \pm 13,6$ vs. $81,5 \pm 14,2$ kg, $p < 0,001$). A diétát pontosan tartó betegek súlya kevésbé nőtt ($p < 0,01$), 15,6% végzett sportszerűen fizikai munkát egy évvel az akut esemény után. A fizikailag aktívabb életet élő, diétát pontosan tartó betegek a rehabilitáció alatt gyakrabban látogatták az oktatásokat.

Bevezetés

Amíg a 20. század elején a kardiovaszkuláris betegek a világ összhalálozásának kevesebb, mint 10%-áért voltak felelősek, a század végére a fejlett világ összes halálest-einek 25%-át okozták. 1990–2020 között a fejlődő országokban a férfiak mortalitása várhatóan 137%-kal, a nőké 120%-kal fog emelkedni az iszkémiás szívbetegség következtében (American H. A., 2003).

Az Amerikai Egyesült Államokban 1980–1990 között a rizikótényezők eredményes kezelésével a mortalitás csökkenés 50%-át, újabb gyógyító eljárások eredményességével 47%-át magyarázzák. (Hunink MGM et al., 1997) Az egészségtelen táplálkozásnak (zöldség és gyümölcsfogyasztás alacsony

mértéke, túlzott energia bevitel), a dohányzásnak, a fizikai inaktivitásnak kiemelkedő szerepe van a koszorúsér betegségek kialakulásában.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a kardiológiai rehabilitáció mindazon tevékenységek összessége, amelyek révén a kardiovaszkuláris eseményt elszenvedett betegek – saját tevételes közreműködésükkel – a legjobb egészségi-, fizikai-, mentális – és szociális állapotba kerülhetnek, és ennek révén megőrizhetik, illetve visszanyerhetik az őket megillető társadalmi pozíciójukat és aktív életvitelüket. A kardiológiai ellátás fejlődésével arányosan nő a rehabilitációt igénylő betegek száma (Gianuzzi et al., 2003, World Health Organ Tech. Rep. Ser. 1993). A kardiovaszkuláris történések megelőzése,

a megfelelő fizikai aktivitás fenntartása, a független életvitel, a jó életminőség biztosítása nagy kihívást jelent a kardiológiai rehabilitáció számára. A kardiológiai rehabilitáció az egyik leghatékonyabb módja a szekunder prevenciónak, a kardiovaszkuláris kockázat csökkentésének, ill. a kardiológiai betegek hosszú távú gondozásának. (Clark et al., 2005, Taylor et al., 2004)

Rehabilitációs kezelés fontos eleme a betegek oktatása, ami a lényeges tudnivalók átadását és egészségesebb életmód kialakítására való befolyásolást egyaránt jelenti.

A rehabilitációs program leghatékonyabb akkor, ha az akut szaktól kezdődően történik, és megszakítás nélkül folytatódik a beteg élete végéig. Általános alapelv, hogy az akut kardiális eseményt (pl. infarctus vagy szívműtét) követően minden beteg vegyen részt a korai kardiológiai rehabilitációban.

A szervezett program lehet egyéni vagy csoportos, rehabilitációs központhoz kötött, vagy otthoni aktivitásra épülő is. Az intézeti rehabilitáció előnye, hogy az akut kardiális esemény után rövid idővel már elkezdhető a rehabilitáció, és ebbe bevonhatók a szövődményes, nagy rizikójú, a súlyosabban korlátozott, vagy idősebb betegek is. (Cobelli et al., 1996, Perk et al., 2000)

A betegoktató program eredményességét a program minősége határozza meg (Mullen et al., 1996). A programnak a beteg számára lényegesnek (a beteg tudásával, hitével, körülményeivel szinkronban levőnek), egyénre szabottnak kell lenni, mely lehetőséget ad a visszajelzésre, a beteg újbóli megerősítésére, és cselekvésre, az akadályok elhárítására serkenti a beteget.

A kardiológiai rehabilitációs programokat ma már a szekunder prevenció részének tekintjük. A hazai ajánlások is meghatározzák a kardiológiai rehabilitáció tárgyi- és személyi feltételeit, a programokat, az indikációkat és az ellátandó betegek számát is (Berényi et al., 1997, Veress et al., 1998). A kardiológiai rehabilitációs és szekunder prevenció programok alapvető elemei:

- az optimális orvosi ellenőrzés,
- az akut eseményt követő rizikócsoporthoz való sorolás,
- a gyógyszeres szekunder prevenció,

- a fizikailag aktívabb életmódra nevelés, a fizioterápia,
- a testsúly rendezése,
- leszoktatás a dohányzásról,
- az egyénre szabott diéta és tanácsadás,
- az egészséges életvitel oktatása (Veress, 2003).

A fizikai tréning a kardiológiai rehabilitáció sarokköve, nélküle hatékony, átfogó rehabilitációs programot nem lehet összeállítani. A jól vezetett tréning eredményeként a beteg megérti és megtanulja, felismeri a figyelmeztető jeleket és tüneteket. Minden betegnek lehetőséget kell kapnia, hogy a klinikai állapota alapján szükséges dietetikai intervenció egyéni vagy csoportos formában megvalósuljon.

A dohányzás népegészségügyi jelentősége szükségessé teszi, hogy a kardiológiai rehabilitáció egyik súlyponti kérdése legyen. A dohányzásról való lemondást elősegítő program a kardiológiai rehabilitáció egyik leginkább költséghatékony komponense (Berényi et al., 2008).

A vizsgálat célja

Az intézetünkben folyó komplex oktatási programokon való részvételi arány és a betegek későbbi életmódja közti kapcsolatot feltárása. Az életmódi változások közül a diétás előírások megtartását, a dohányzási szokásokat és az átlagos fizikai aktivitást vizsgáltuk.

Vizsgálati minta és módszer

A balatonfüredi Állami Szívkórházba 2004. május 5. és 2005. február 16. között akut koszorúsér esemény utáni korai rehabilitációs kezelésre érkező összes olyan beteget programunkba vontunk, akik a fenti kritériumnak megfeleltek, részvételi szándékukat írásban jeölték, és akiknél más intervenció (billentyűműtét vagy pl. aneurysma resectio) nem történt. Így 742 beteget vontunk be a vizsgálatba, melyet a helyi Etikai Bizottság engedélyezett, és a betegek részvételi szándékukat aláírásukkal tanúsították. Elemeztük azt, hogy kezelésük alatt milyen arányban vettek részt oktatási programban. Egy év után

minden beteget megpróbáltunk telefonon elérni egy strukturált telefoninterjú formájában történő adatgyűjtéshez. 340 betegről kaptunk adatokat az alapvető életmódi szokásokról (N=340). Közülük 129 fő szívizominfarktust (AMI) szenvedett el, 36 fő elektív perkután koronária angioplasztikai beavatkozáson (PCI) esett át, illetve 175 fő aorto-coronaria bypass műtétben (ACBG) részesült. Átlagos életkoruk: $62,7 \pm 9,7$ év, közülük 240 férfi, és 100 nő.

Oktatási program a balatonfüredi Állami Szívkórházban két szinten zajlik. Az osztályokon ápolói oktatáson belül terápia betanítása is zajlik (pl. inzulin beadásának tanítása). A reguláris oktatási program gerincét jelentő oktatások szerkezete: diétás tanácsadások heti három alkalommal a cukorbetegséggel kapcsolatos tudnivalókról, heti három alkalommal általános étrendi tanácsadás (szívbarát étrend, elhízás diétás kezelése, koleszterinszegény diéta), heti egy alkalommal szakképzett pszichológus segítségével dohányzásról leszoktató tanácsadás, szükség szerint egyéni, illetve csoportos foglalkozás, relaxációs gyakorlat heti két alkalommal. Életmód tanácsadást orvosok és diplomás ápolók tartanak heti két alkalommal. (1. ábra)

Az adatok statisztikai feldolgozása során egymintás T-próbát, variancia analízist és

leíró statisztikákat alkalmaztunk. Az eredményeket átlag $\pm$ SD formában tüntettük fel, szignifikánsnak a $p < 0,05$ értéket tekintettük.

Eredmények

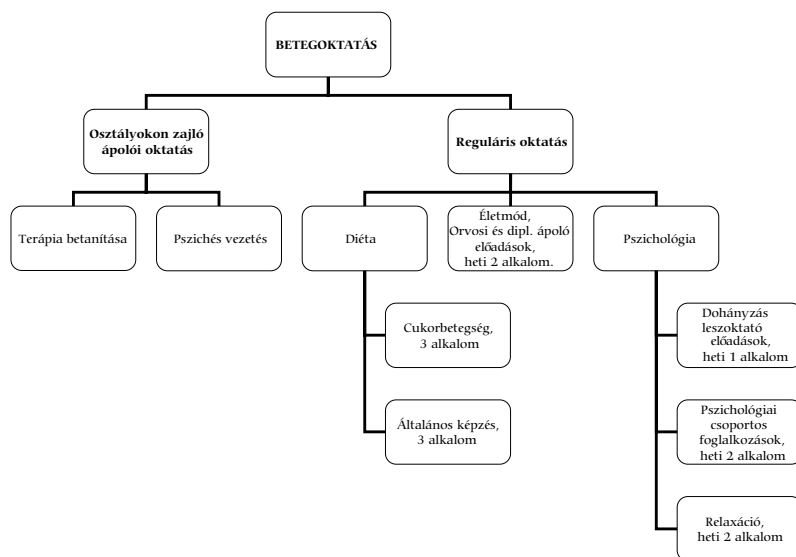
Az oktatási programjainkban való dokumentált részvételi arányt az **I. táblázat** mu-

I. táblázat: Az oktatási programokon való részvétel (N=340)

	Mért részvétel
Reguláris oktatásban részvétel	$4,0 \pm 3,3$
Életmódi oktatás	$1,0 \pm 1,0$
Diéta	$1,7 \pm 1,7$
Pszichológia	$1,3 \pm 1,5$
Ápolói oktatásban részvétel	$5,1 \pm 4,3$
Terápia betanítása	$2,0 \pm 2,3$
Pszichés vezetés	$3,1 \pm 2,9$
Oktatási programban összes részvétel	$9,1 \pm 6,2$

tatja. A betegek magasabb arányban vettek részt ápolói oktatásban, mint reguláris okta-

1. ábra: Oktatási program a Balatonfüredi Állami Szívkórházban



tási egységekben. A reguláris oktatásból leg-
többen a diétás tanácsadásokat látogatták.
Nem volt statisztikailag lényeges különbség
AMI, PCI, ill. ACBG utáni rehabilitációs ke-
zelésre érkező betegek oktatásban való rész-
vételi gyakoriságában.

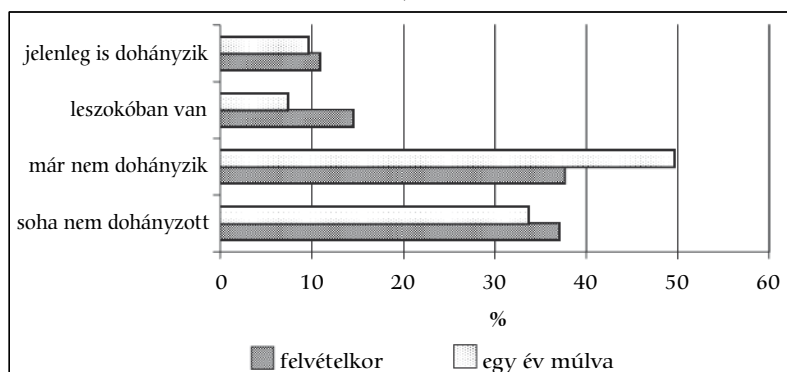
A betegoktatás és diétás szokások egy
éves követését illetően megállapítható, hogy
az egész betegcsoport testsúlya a követési idő
alatt emelkedett ($79,2 \pm 13,62$ vs. $81,5 \pm 14,2$
kg, $p < 0,001$). Az interjú eredménye szerint
az, aki nem tartotta a diétát, annak súlya
átlagosan 2,75 kg-mal nőtt, aki valamelyest
tartotta a diétát, annak a súlya nem változott,
aki körültekintéssel étkezett 1 kg-mal
nőtt a súlya. A diétás szokások szignifikáns
mértékben befolyásolták a súlynövekedés
mértékét ($p < 0,01$). A diétát pontosabban
tartó betegek több diétás előadást látogat-
tak ($p < 0,05$), átlagban két diétás oktatáson
vettek részt.

Rehabilitációs kezelés megkezdésekor a
betegek 37%-a állította, hogy korábban so-
sem dohányzott, 37,6%-a már nem dohány-
zik, 14,5%-a leszokóban levőnek, 10,9%-a
dohányosnak vallotta magát. A követési in-
terjúban ugyanezek az arányok 33,6–49,4–
7,4–9,6%-ra változtak. Egy év múlva tehát
jelentősen nőtt azoknak az aránya, akik
már nem dohányoznak, illetve leszokóban
vannak. Kismértékben csökkent a jelenleg is
dohányzók aránya. A dohányzási szokások
alakulása érzékeskor, illetve egy év múlva a
2. ábrán látható.

„Végez-e rendszeresen fizikai munkát”
kérdésre betegek a következő választ adták:

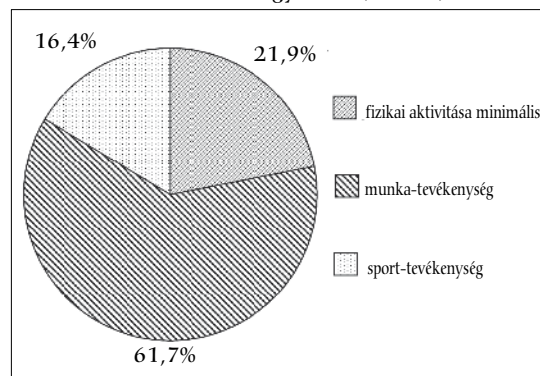
2. ábra: Dohányzási szokások megoszlása felvételtkor,
valamint egy év múlva (N=340)

$P < 0,001$



nem választ 21,9% , munkám során 61,7%,
sportszerűen 16,4% adott. Az egy éves fizi-
kai aktivitás követését a **3. ábra** szemlélteti.
Azok a betegek, akik rendszeresen végeznek
testmozgást egy évvel az index esemény
után a rehabilitációs kezelés alatt több okta-
tásban ($p < 0,05$), illetve reguláris oktatásban
($p < 0,01$) vettek részt.

3. ábra: Fizikai aktivitás megoszlása
a felvétel után egy évvel (N=340)



Megbeszélés

Vizsgálatunkban jellemezni kívántuk a ko-
szorúsér betegség után II. fázisú rehabilitációs
kezeléseken résztvevő betegek oktatási pro-
gramokon való részvételi arányait, illetve kap-
csolatokat kerestünk a részvételi arányok és a
betegek későbbi életmódja között. Eredménye-
ink azt mutatják, hogy a betegek korántsem
a kívánt arányban vesznek részt a felajánlott
reguláris oktatási lehetőségeken. Ugyanakkor

fogékonyak az ápolók által
helyben végzett intervenciók-
ra. Valószínű, hogy ezek az
intervenciók rövidebbek, de
intenzívebbek, személyeseb-
bek, mint a reguláris formák.
A beteg saját ügyének tekinti
a gyógyszeresedést, vagy az
injekciók beadásának elsa-
játítását. Bátrabban fordul
személyes problémájával az
ápolóhoz, akitől egyaránt
vár biztatást és információt.
Jelen vizsgálat nem alkal-
mas arra, hogy ok-okozati

kapcsolatot tárjon fel. A betegek motivációja, együttműködési készsége alapvető motorja a kedvező életmódi változásoknak. Lehetséges, eredményeinket az magyarázza, hogy a jobban motivált, magasabb együttműködési készségű betegek a rehabilitációs kezelés alatt is jól együttműködtek a teammel, nagyobb arányban látogatták a mindenkinek felajánlott oktatási alkalmakat. Később otthonukban is elkötelezettebben tartottak ki a megkezdett életmódi változások mellett. Ugyanakkor az oktatási program célja, hogy a kevésbé motivált betegeket is megszólítsa. Nagyon sok múlik azon, hogy a tanulás során megszerzhető információkat a beteg saját életére nézve relevánsnak tartsa, érthetően kapja meg a szükséges tudást. A diétás oktatásnál kiemelten fontos, hogy a pozitív aspektusok jelentős hangsúlyt kapjanak. Nem a tiltás a lényeg, hanem olyan reális célokat tűzzünk ki, amivel a betegek azonosulni tudnak, mely mellett elköteleződhetnek. A tájékoztatás során gyakran el kell oszlatni közismert téves elképzeléseket, alapvető táplálkozás-élettan információkat kell átadni, tudatosítani kell a rostban gazdagabb, zsírban szegényebb étrend előnyeit. Mindezt lehetőség szerint vonzó példákkal illusztrálva, írásos tájékoztatókkal, receptekkel is példázva.

Ideális esetben egyénre szabott, szervezett dohányzásról való leszoktatást elősegítő program működik a kardiológiai rehabilitációs intézményekben. A csoportos megbeszélések, egyéni tanácsadások megerősítik a már lemondó betegeket, döntésre serkentik a lemondást fontolgatókat, gondolkodásra ösztönzik a még dohányzó betegeket. Eredményeink megerősítik, hogy a kardiológiai rehabilitáció be tudja tölteni ezeket a feladatokat, hiszen egy évvel az akut koszorúsér esemény után jelentősen nőtt a nemdohányzó betegek aránya. Különösen sok téves nézet színezi a fizikai aktivitás kérdését a szívbeteg körében. Még mindig gyakran találkozhatunk a „fizikai kímélet” kifejezéssel. Kardiológiai rehabilitáció során tudatosan kell visszavezetnünk a betegeket a mindennapi feladatok ellátásához. Meg kell mutatnunk az utat, amin járniuk kell, oldanunk kell az indokolatlan tiltásokat, félelmeket, sőt segítenünk kell a betegek elköteleződését abban, hogy fizikailag aktívabb életet vállaljanak fel. Ebben mind a csoportos,

mind az egyéni oktatásnak nagy szerepe van, ami jól egészíti ki az egyénre szabott tréning-programban való részvételt.

Limitációk

Nem vizsgáltuk részletesen az oktatásban való részvétel lehetséges hatását a dohányzási szokások változására. A dohányzás olyan szenvedélybetegség, melynek megváltoztatása e célra kifejlesztett lemondást elősegítő program, illetve megfelelő gyógyszeres kezelés mellett is csak mérsékelt sikerarányt mutat. Bár az oktatásban való részvétel részben a betegek együttműködési szándékát, változtatásra való készségét mutatta, dohányzás tekintetében annyira indirektnek éreztük a kapcsolatot, hogy ennek leírására és statisztikai vizsgálatára nem törekedtünk. A testsúly tekintetében is limitáltak voltak lehetőségeink. Bár felvételkor a betegek tápláltsági állapotát vizsgáltuk (derék- és csípőkörfogot meghatározás, súlymérés, táplálkozási anamnézis felvétele), ennek megismétlésére a telefoninterjú kapcsán nyilvánvalóan nem volt módunk. Így a beteg elmondása alapján ítéltük meg a testsúly változását. Tovább nehezíti a kérdést, hogy betegeink döntő többsége rövidebb-hosszabb kórházi ápolás, ezzel óhatatlanul együtt járó testsúlycsökkenés után került rehabilitációra. E súlycsökkenésbe egyaránt bele tartozik izomtömeg és a testzsírtartalom csökkenése, ami különösen szívműtét utáni negatív energiamérleg esetén jelentős. A súlygyarapodás egy része valószínűleg e folyamatok visszafordulásából adódik.

Vizsgálataink a limitációk ellenére is megerősítik, hogy az intézeti rehabilitációs kezelés alatt kiemelkedő szerepe van az olyan oktatásnak, tanácsadásnak, ami motiválja a betegeket életmódjuk megváltoztatására, és arra, hogy ez lételemükké váljon és egy életen át tartó legyen.

Minden kardiológiai rehabilitációs egységben törekedni kell a szervezett betegoktatásra és megfelelő tudással, gyakorlattal rendelkező team kialakítására. Ekképpen biztosítható, hogy a kardiológiai rehabilitáció betöltse szerepét és segítse a betegek mindennapjaikba, munkájukba való visszaileszkedését.

Irodalomjegyzék

1. American Heart Association. Statistical Fact Sheet-Populations. International Disease Statistics. (2003): Dallas: Tex. American Heart Association;
2. Berényi, I., Czuriga, I., Simon, A., Veress G. (2008): Ischaemiás szívbetegek rehabilitációja Kardiológiai Útmutató, 2, 71-76.
3. Berényi, I., Gara, I., Hoffmann, A. et al (1997): A kardiológiai rehabilitáció szakmai és szervezeti irányelvei (felvétel- és követelményrendszer) Módszertani levél. Kardiológiai és Rehabilitációs Kollégium. Orvosi Hetilap, 138, 2065-2072.
4. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. (2005): Meta-Analysis: Secondary Prevention Programs for Patients with Coronary Artery Disease. Ann Intern Med., 143, 659-672.
5. Cobelli F, Tavazzi L. (1996): Relative role of ambulatory and residential rehabilitation. Journal of Cardiovascular Risk, 3, 172-175.
6. Gianuzzi P, Saner H, Björnstad H, Fioretti P, et al.(2003): Cardiac rehabilitation as secondary prevention. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European society of Cardiology Eur Heart J., 1273-1278.
7. Hunink MGM, Goldman L, Tosteson ANA, et al. (1997): The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990: the effect of secular trends in risk factors and treatment. JAMA, 227, 535-542.
8. Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramirez G, et al. (1996): A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. Patient Educ Couns, 32, 157-173.
9. Perk J, Veress G (2000): Cardiac rehabilitation: applying exercise physiology in clinical practice. Eur. J. Appl. Physiol. 83, 457-462.
10. Rehabilitation after cardiovascular disease, with special emphasis on developing countries: report of a WHO Committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1993, 831, 1-122.

Relationship between patient education conducted during early rehabilitation and the subsequent lifestyle of coronary patients

Lehner, B.

Aim of the study: To define the relationship between participation in the complex education programs under way in our institute, and the subsequent lifestyle of the patients.

Methodology and sample: We conducted our survey with the involvement of 742 coronary patients who arrived at the State Heart Hospital in Balatonfüred, Hungary, for early rehabilitation treatment between 5 May 2004 and 16 February 2005. We analysed the rate of their participation in education programs during their treatment. After one year, we received data from 340 patients, through telephone interviews, regarding their basic lifestyle-related habits. Distribution of the sample: 240 male, 100 female, average age 62.7 ± 9.7 years, 129 arriving for treatment following a heart attack, 36 following elective angioplasty and 175 following a coronary bypass operation. In the course of the statistical process of the data we used single-sample T-test, variance analysis and descriptive statistical techniques. We presented the results in average $\pm$ SD form, with a value of $p < 0.05$ regarded as significant.

Results: We separately analysed smoking habits, compliance with dietary stipulations, changes in bodyweight, and physical activity, as the most important lifestyle factors. One year after the acute incident fewer of the patients smoked (25.4 % vs. 17 %, $p < 0.001$). 67% kept to a partial diet. The dietary habits of those with sugar metabolism disorders (37.2%) and those without, differed significantly ($p < 0.001$) The patients' weight increased significantly (79.2 ± 13.6 vs. 81.5 ± 14.2 kg, $p < 0.001$). The weight of patients who kept precisely to the diet grew by a lesser extent ($p < 0.01$), 15.6% performed sporting physical activity one year after the acute incident. The patients living a more active physical life and keeping precisely to the diet were those who attended the courses more frequently during the rehabilitation.

Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében – egy felmérés tükrében

Németh Anikó

egyetemi okleveles ápoló,

Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Irinyi Tamás

egyetemi okleveles ápoló,

Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika

Összefoglaló

A vizsgálat célja: felmérni a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapotát, valamint azt, hogy a különböző munkarend és ellátási szint miképpen hat a kollégák egészségi állapotára, illetve az egészségügyben eltöltött évek száma mennyire növeli meg a krónikus betegségek előfordulásának esélyét.

Vizsgálati módszerek és minta: keresztmetszeti vizsgálat saját készítésű, önkitöltős kérdőívvel, melyet a MESZK Csongrád Megyében regisztrált tagjai kaptak kézhez.

Eredmények: a saját egészségi állapot értékelését nem befolyásolta a munkaterület, de minél magasabb az iskolai végzettség, annál jobbnak értékelték azt. Szignifikáns összefüggés mutatkozott az egészségügyben eltöltött évek száma, és a krónikus betegségek előfordulása között. Pszichoszomatikus tüneti skálán vizsgálva az egészségi állapotukat, leggyakrabban hát- és derékfájást, gyengeség és fáradtságérzést, fejfájást, alvási problémákat jeleztek a válaszadók. 50,6%-nak van egy vagy több szervrendszert érintő krónikus megbetegedése.

Következtetés: a válaszadók fele szenved krónikus, gyakran több szervrendszert is érintő megbetegedésben. A túlhasznoltak, fáradtnak, gyengének érzik magukat, alvási problémákkal küzdenek. A rendszertelen munkavégzésből és túlterhelésből adódóan gyakrabban jelentkeznek különféle egészségügyi panaszaik, krónikus megbetegedéseik.

A probléma ismertetése

A magyar egészségügyi szakdolgozói társadalom jelenleg súlyos problémákkal küzd, melyek közül első helyen kell említeni a létszámhiányt, valamint a szakdolgozók utánpótlásának elégtelenségét. A létszámhiány minden ellátási területet érint. A szakdolgozók átlagéletkora egyre emelkedik, a kevés számú, frissen végzett munkaerő gyakran az egészségügyi ellátáson kívüli területen helyezkedik el, vagy külföldre távozik magasabb fizetés reményében. A túlterheltség, a folyamatos túlórák miatt egyre nő a szomatikus megbetegedések előfordulási gyakorisága, és ez rontja a dolgozók esélyét arra, hogy a lehető legjobb szomatikus egészségben ériék el a nyugdíjas kort.

Elméleti háttér

Napjainkban az egészségügyi szakdolgozók túlterheltek. Az egészségügy folyamatosan létszámhiánnyal küzd, a munkahelyi megterhelés egyre jobban fokozódik, és egyre gyakrabban tapasztalhatjuk az egészségügyi szakdolgozók megromlott szomatikus állapotát. Kutatások alapján kimutatták, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében gyakrabban fordul elő egészségromlás, mint az egészségügyi dolgozók átlagában. (Hegedűs, 2004) Gyakran fejfájással, hát- és derékfájással, alvási zavarokkal kell megküzdeniük. (Markovic, 2006, Pikó, 2001) A váltott műszak felboríthatja az ember természetes bioritmusát, befolyásolja a társas kapcsolatokat, a mindennapi tevékenységet és a szabadidő

eltöltését. (Molnár, 2002, Pikó, 2001) A szakdolgozók pontosan tudják, hogy mit ér a saját egészségük, de sokszor betegségük esetén nem fordulnak orvoshoz, mivel a táppénzből adódó kereset kiesés hátrányosan befolyásolná a család megélhetését. (Pásztor, 2006)

Az életkor előrehaladtával, az egészségügyben eltöltött évek számával romlik a saját egészség megítélése, nő a pszichoszomatikus tünetképzés. Az éjszakai műszak is rontja az egészség értékelését. (Pikó, 2007) Az alacsony anyagi megbecsültség miatt az ápolók nagy része kénytelen túlmunkát vállalni, hogy biztosítsa a mindennapi megélhetéséhez szükséges anyagi feltételeket. Egy korábbi vizsgálatból kiderült, hogy a szegedi ápolók 40,8%-a kénytelen túlmunkát vállalni, és ez kedvezőtlenül hat az egészségi állapotra. (Piczil, 2005)

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja volt felmérni a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapotát, valamint annak vizsgálata, hogy a különböző munkarend és ellátási szint miképpen hat a kollégák egészségi állapotára, illetve az egészségügyben eltöltött évek száma mennyire növeli meg a krónikus betegségek előfordulásának esélyét. Feltételeztük, hogy a három műszakos munkarendben, és fekvőbeteg ellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók egészségi állapota szignifikánsan rosszabb, mint az egészségügy egyéb területén dolgozóké.

Vizsgálati módszerek és minta

Vizsgálatunkat saját készítésű, önkitöltős kérdőívvel végeztük, mely 16 zárt kérdést, 2 nyílt kérdést és 5 skálát tartalmazott. A kérdőíveket a Magyar Egészségügyi Szak-

dolgozói Kamara Csongrád Megyében regisztrált tagjai (2760 fő) kapták kézhez a 2008/3. Hivatásunk című lappal. A kérdőívek szabadon fénymásolhatóak voltak, így a nem kamarai tagok is kitölthették. A kérdőívek összegyűjtését kamarai tisztségviselők, főnövérek végezték a saját munkahelyükön, valamint postai úton is érkeztek kitöltött kérdőívek a MESZK szegedi irodájába. A kérdőívek beérkezése folyamatos volt 2008. szeptember-december hónapokban. Ilyen módon 999 darab kérdőív érkezett vissza, melyből 980-at lehetett értékelni. A Dél-Alföldi régióban az összes egészségügyi szakdolgozó 15%-a dolgozik alapellátásban, 21%-a járóbeteg ellátásban, 64%-a pedig fekvőbeteg ellátásban. A 980 értékelhető kérdőív 16%-át alapellátásban, 22%-át járóbeteg ellátásban, 62%-át fekvőbeteg ellátásban dolgozó kollégák töltötték ki. Ilyen módon mintánk reprezentatívnak tekinthető. Meglepő módon a kamarai újság mellékletében lévő kérdőívek közül (2760) mindössze 59 darabot juttattak vissza a kollégák. A többi kérdőív kitöltését a kamara tisztségviselői végezték.

Az adatok feldolgozását SPSS 16.0 statisztikai programmal végeztük.

Eredmények

A 980 értékelhető kérdőívet 918 nő és 62 férfi kolléga töltötte ki. A válaszadók átlag életkora 39,5 év, az egészségügyben eltöltött évek átlaga 18,1 év volt. A családi állapot tekintetében 128 egyedülálló, 209 kapcsolatban élő, 491 házas, 127 elvált, 25 özvegy kollégát regisztráltunk. Az iskolai végzettség tekintetében 147 fő végzett szakiskolát, 565 fő szakközépiskolát, 237 fő főiskolát és 31 fő egyetemet. Az **1. táblázat** a mun-

I. táblázat: A munkaterület és munkarend megoszlása a válaszadók körében (n=980)

Munkaterület	Munkarend					összes
	állandó délelőtt	három műszak	állandó éjszaka	ügyelet	délelőtt és délután	
alapellátás	143	0	0	5	3	151
járóbeteg ellátás	182	0	0	5	9	196
fekvőbeteg ellátás	128	403	13	18	1	563
egyéb	26	40	1	2	1	70
összes	479	443	14	30	14	980

katerület és munkarend megoszlását mutatja a válaszadók körében. Az „egyéb” kategóriába a vérellátásban, házi ápolásban, mentésügyben, sterilizálóban, kutatásban és a szociális területen dolgozó kollégákat soroltuk. Látható, hogy a válaszadók többsége (563 fő) fekvőbeteg ellátásban dolgozik, 479 fő dolgozik állandó délelőtti, 443 fő három műszakos munkarendben. A fekvőbeteg ellátásban dolgozó 563 kolléga közül 98 fő dolgozik sebészen, 92 fő belgyógyászatban, 81 fő gyermekgyógyászatban, 78 fő szülészetben, a többiek egyéb területen dolgoznak. Az alapellátásban dolgozók átlag életkora 43,3 év, a járóbeteg ellátásban dolgozóké, 40,0 év, a fekvőbeteg ellátásban dolgozóké 38,1 év, az egyéb területen dolgozók átlag életkora pedig 40,7 év.

Megkértük a szakdolgozókat, hogy értékeljék saját egészségi állapotukat egy 10 fokozatú skálán, ahol 1=nagyon rossz, 10= kitűnő. Mann-Whitney teszttel kerestük a kapcsolatot a három műszakos munkarend és a saját egészségi állapot megítélése között. Ezen kérdés megválaszolásánál 947 választ vettünk figyelembe (33 fő nem válaszolt erre a kérdésre). A statisztikai próba elvégzése után a következő eredményt kaptuk: nem különbözik szignifikánsan az egészségi állapot értékelése a fekvő és nem fekvőbeteg ellátásban dolgozók között. ($p=0,066$) A nem fekvőbeteg ellátásban dolgozók átlag 6,7-re értékelték saját egészségi állapotukat, míg a fekvőbeteg ellátásban dolgozóknál ez az érték 6,5. Elmondható tehát, hogy a munkaterület (alapellátás, járóbeteg ellátás, fekvőbeteg ellátás) nem befolyásolja a saját egészségi állapot értékelését.

Szintén Mann-Whitney teszttel néztük meg a munkarend és az egészségi állapot önértékelése közötti összefüggést. Eredményként elmondható, hogy szignifikáns különbség van a három műszakban és az egyéb munkarendben dolgozók saját egészségi állapotának megítélése között ($p=0,016$). A három műszakban dolgozó kollégák rosszabbnak értékelték saját egészségi állapotukat.

Megnéztük, hogy az iskolai végzettség befolyásolja-e a saját egészségi állapot ér-

tékelését. Kruskal-Wallis teszttel $p=0,001$ értéket kaptunk, tehát az iskolai végzettség nem befolyásolja szignifikánsan a saját egészségi állapot értékelését. Az azonban elmondható, hogy minél magasabb az iskolai végzettség, annál jobbnak értékelik a válaszadók a saját egészségi állapotukat. Szakiskolát és szakközép iskolát végzettek átlag 6,4 pontot, főiskolát végzettek átlag 6,8 pontot, az egyetemet végzettek pedig átlag 7,4 pontot értek el a 10 fokozatú skálán.

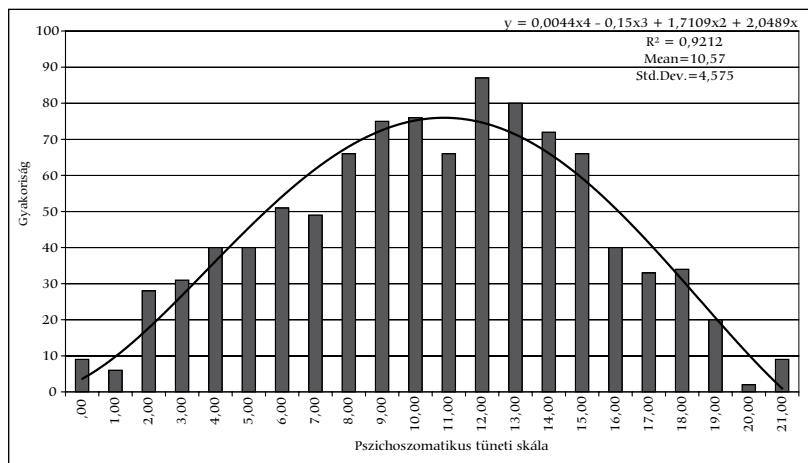
A szakdolgozók jelentős részének munkabeosztása nem teszi lehetővé a rendszeres életvitelt, a helyes táplálkozást, így kíváncsiak voltunk a Body Mass Index-re is. A testtömeg és a testmagasság megadását kértük. A **II. táblázatban** látható, hogy a válaszadók többsége (506 fő) ideális test-súllyal rendelkezik, túlsúlyos 297 fő.

II. táblázat: Body Mass Index értékeinek megoszlása a válaszadók körében (n=980)

BMI	Gyakoriság (fő)	%
Sovány (<18,5)	27	2,8
Ideális súly (18,5-24,9)	506	51,6
Túlsúly (25-29,9)	297	30,3
Obesitas I (30-34,9)	111	11,3
Obesitas II (35-39,9)	32	3,3
Obesitas III (>40)	7	0,7

Az egészségi állapot felmérését egy pszichoszomatikus tüneti skála (Pikó, 1997) segítségével végeztük, mely az alábbi tünetek előfordulásának gyakoriságát mérte a kérdőív kitöltése előtti 12 hónapra vonatkozóan: fejfájás, alvási problémák, gyomorégés és gyomorfájás, gyors vagy szabálytalan szívdobogás, hát- és derékfájás, gyengeség-érzés és fáradtság, idegességből eredő hasmenés. Az egyes tüneteket 0-3-ig terjedően lehetett pontozni, ahol a számok jelentése: 0=soha, 1=ritkán, 2=időnként, 3=gyakran. A maximálisan elérhető pontszám 21 volt. A válaszadók átlag 10,57 pontot értek el, az általuk adott pontszámok normális eloszlást

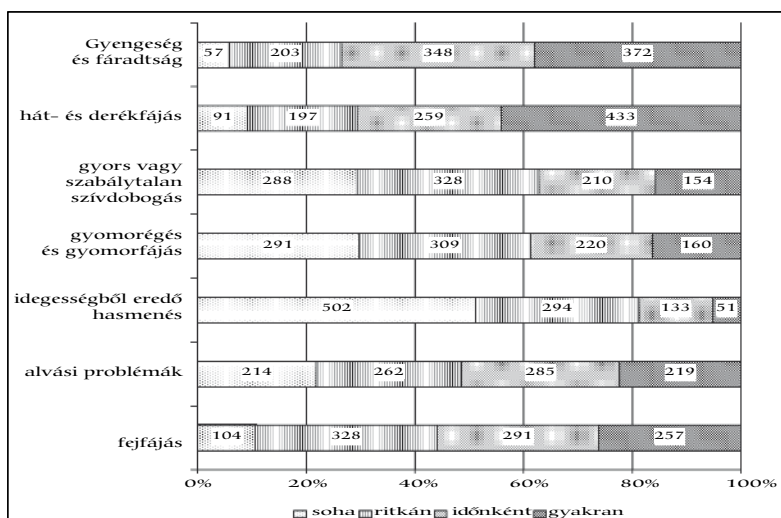
1. ábra: Pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága a válaszadók körében (n=980)



mutatnak (1. ábra). A tünetek előfordulásának gyakorisága a 2. ábrán látható. Emlí-

nek viszont van egy vagy több szervrendszert érintő krónikus betegsége. Kihégyzet pró-

2. ábra: A pszichoszomatikus tünetek megoszlásának gyakorisága a válaszadók körében (n=980)



tésre érdemes, hogy 433 fő válaszolta leggyakrabban előforduló tünetként a hát- és derékfájást, 372 fő válaszolta, hogy gyakran érzi magát gyengének és fáradtnak, és sokan küzdenek fejfájással, alvási problémákkal.

Megkérdeztük a kollégákat, hogy szenvednek-e valamilyen krónikus megbetegedésben, és ha igen, akkor ez mely szervrendszert (szervrendszereket) érint. Ezen kérdésre nem válaszolt 33 fő, így csak 947 válaszadó válaszait vettük figyelembe. A válaszadók 49,4%-nak nincs krónikus megbetegedése, és 50,6%-

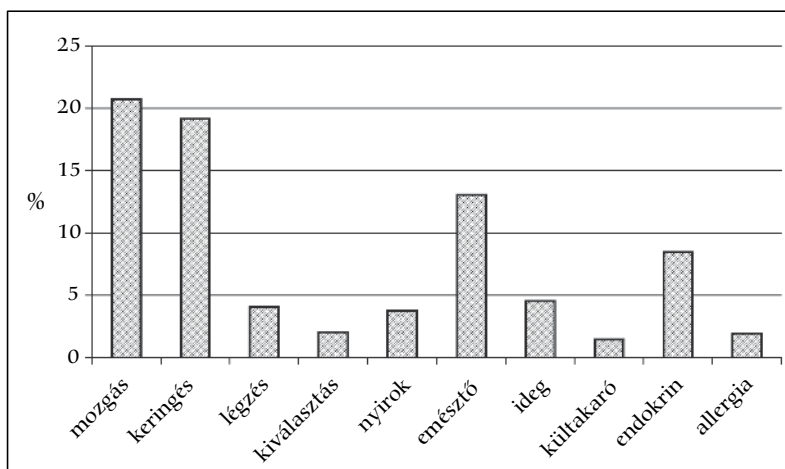
bával kerestünk összefüggést a munkaterület (alapellátás, járóbeteg ellátás, fekvőbeteg ellátás, egyéb) és a krónikus betegségek előfordulása között. Elmondható, hogy a munkaterület szignifikánsan nem függ össze a krónikus betegségek előfordulásával ($p=0,766$). Ugyan ez elmondható a munkarend és a krónikus betegségek összefüggésének elemzése során is: $p=0,423$, tehát nincs szignifikáns összefüggés a krónikus betegségek előfordulása, és a munkarend között.

Azok a kollégák (479 fő), akik valamely szervrendszert érintő krónikus megbetege-

désről számoltak be, gyakran több szervrendszert is megjelöltek. Látható a mozgás-, keringési- és emésztő szervrendszer megbetegedéseinek túlsúlya. Emellett jelentős számban számoltak be az endokrin rendszer krónikus megbetegedéseiről is. (3. ábra)

kat tekintve annál nagyobb mértékben érzik magukat képesnek a hivatás nyugdíjas korig való gyakorlására. Figyelemre méltó a fekvőbeteg ellátás területén dolgozó kollégák véleménye, mivel e területen dolgozók átlagéletkora a legkisebb (Az egyes ellátási terüle-

3. ábra: Krónikus betegségek előfordulásának megoszlása a válaszadók körében, % (n=947)



Khi-négyzet próbával vizsgáltuk, hogy az egészségügyben eltöltött évek száma és a krónikus betegségek előfordulása között van-e összefüggés. A kapott eredmény $p=0,001$, ebből arra a következtetésre jutottunk, hogy szignifikáns összefüggés mutatható ki, vagyis az egészségügyi hivatásban eltöltött évek jelentősen megnövelik a krónikus betegségek előfordulásának esélyét.

Kíváncsiak voltunk, hogy a szakdolgozók a szomatikus állapotukat tekintve képesnek érzik-e magukat arra, hogy jelen hivatásukat nyugdíjas korukig ellássák. Megkértük őket, hogy egy 10 fokozatú skálán jelöljék be, ha egyáltalán nem (1) vagy maradéktalanul (10) képesnek érzik magukat a hivatás nyugdíjas korig való ellátására. 947 válaszadó válaszait figyelembe véve az átlag pont 5,45 volt, így közepesnek mondható ez az eredmény. A pályakezdő fiatalok mind a négy munkaterületen még képesnek érzik magukat szomatikusan arra, hogy hivatásukat nyugdíjas korukig ellássák, a 30-as éveikben egyre kevésbé érzik magukat képesnek, majd ez után emelkedés figyelhető meg, és természetesen minél közelebb érnek a nyugdíjas korhoz, szomatikus állapotu-

teken az átlagéletkorok: alapellátás: 43,3 év, járóbeteg ellátás: 40 év, fekvőbeteg ellátás: 38,1 év, egyéb: 40,7 év.)

Következtetések, javaslatok

Ezen kutatás fényt derített arra, hogy az egészségügyi szakdolgozók jelentős része pszichoszomatikus tünetekkel küzd, leggyakrabban hát- és derékfájással, gyengeség- és fáradtságérzéssel, fejfájással, alvási problémákkal.

Jelen vizsgálatunkból kiderül, hogy a megkérdezettek fele krónikus betegségben szenved, ami legtöbbször a mozgás-, keringési-, emésztő- és endokrin szervrendszert érinti. Ezek a betegségek jelentősen befolyásolják a mindennapi betegellátást, hiszen a nem teljesen egészséges, fáradt ápoló nem tudja munkáját maradéktalanul ellátni, különösen akkor, ha alvási problémákkal is küzd. Gyakorló ápolóként tudjuk, hogy az ápolók többnyire kénytelenek betegen is dolgozni, egyrészt a létszámihiány miatt, hiszen nincs, aki helyettesítse őket, másrészt pedig az irracionálisan alacsony bérezés miatt, hiszen a családok többségének súlyos megélhetési gondot okozna a táppénzből eredő jövedelem kiesés.

A megromlott egészségi állapotból következően nem érzik magukat képesnek a kollégák arra, hogy hivatásukat nyugdíjas korukig tudják gyakorolni. Az utánpótlás

hiánya miatt a szakdolgozói társadalom elöregedőben van, és félő, hogy egyre inkább beteg, megfáradt emberek fognak a betegágy mellett dolgozni.

Irodalomjegyzék

1. Hegedűs, K., Mészáros, E., Riskó, Á. (2004): A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lekiállapota *Lege Artis Medicinae*, 14 (11), 786-793.
2. Markovic, M., Pikó, B., Piczil, M., Kasza, B. (2006): Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán *Nővér*, 19 (3).
3. Molnár, E. (2002): Ápolók egészségi állapota *Nővér*, 15 (4).
4. Pásztor, K. (2006): Az egészségügyi dolgozók orvoshoz-fordulási szokásai *Nővér*, 19 (3).
5. Piczil, M., Kasza, B., Markovic, M., Pikó, B. (2005): Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei *Nővér*, 18 (2).
6. Piko, B., Barabás, K., Boda, K. (1997): Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population *European Journal of Public Health* 7, 243-253.
7. Pikó, B. (2001): A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás *Lege Artis Medicinae*, 11 (4), 318-325.
8. Pikó, B., Piczil, M. (2001): „És rajtunk ki segít...?” Kvalitatív egészségszociológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10 (1) 110-120.
9. Pikó, B., Piczil, M. (2007): A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet Vizsgálat a szabadkai egészségügyi dolgozók körében. *Lege Artis Medicinae*, 17 (1), 65-69.

A survey into the well-being of healthcare workers in Csongrád county

Németh, A., Irinyi, T.

Aim of the study: To assess the general state of health of healthcare workers in Csongrád county, Hungary, and the manner in which the various working regimes and treatment levels affect the state of health of workers, and the extent to which the number of years spent in the healthcare sector increases the likelihood of chronic disease.

Methodology and sample: Cross-section survey with a proprietary, self-completion questionnaire, distributed to the registered members of MESZK in Csongrád county, Hungary.

Results: The respondents' assessment of their own state of health was not influenced by the area of work, but the higher the level of formal qualification, the better they perceived it to be. A significant correlation was found between the number of years spent in the healthcare sector and the incidence of chronic disease. Examining their state of health based on the psychosomatic symptoms scale, the respondents most frequently indicated back and lumbar pain, weakness and fatigue, headaches and sleep disorders. 50.6% of the respondents have a chronic disease affecting one or more organ systems.

Conclusions: Half of the respondents suffer from chronic diseases, which often affect several organ systems. They feel overworked, tired and weak, and struggle with sleep problems. As a result of the irregular working hours and overwork, various health complaints and chronic diseases tend to occur more frequently.

A korai kötődést segítő tényezők az egészségügyi intézményekben

Pap Kálmán

nemzetközi csecsemőmasszázs oktató, masszőr,
Dorogi Szent Borbála Szakkórház és Szakorvosi Rendelő Kht.

Összefoglaló

A korai anya-gyermek kapcsolat kialakulása döntő jelentőségű az egészséges fizikai, szellemi és értelmi fejlődés szempontjából, hiszen meghatározza a gyermek későbbi szocializációs készségét, megalapozva személyiségfejlődését.

A kötődés célja a biztonság keresése egy kötődési személy (az anya) érzelmi elérhetősége által.

A korai kapcsolat többtényezős jelenség, feltétele az anya szenzitív reakciója a gyermek viselkedésére. Ez azonban néhány esetben –például hosszabb kórházi tartózkodás esetén– akadályozott. Ilyen esetben az egészségügyi szakemberek, az orvosok és ápolók feladata a kötődés fenntartása, illetve a hospitalizmus kialakulásának megelőzése.

A szerző a kötődésméletekről, a kötődés kialakulásáról, illetve a korrekciós lehetőségek egy részéről ad áttekintést.

A kötődés

A kötődés a gyermek gondozója közelségének igényét fejezi ki, és azt, hogy ekkor biztonságban érzi magát (Bowlby, 1951).

A modern pszichoanalitikus Jon Bowlby az '50-es években dolgozta ki kötődésméletét a WHO felkérésére, amikor igény mutatkozott e különleges kapcsolat magasabb szintű magyarázatára. Az addigi elméletek ugyanis nem adtak magyarázatot a csecsemő ragaszkodó viselkedésére, illetve az anya gyermekével való altruista magatartására.

Sigmund Freud (1940) érdekszeretet elmélete szerint „a szeretet eredete a táplálkozás kielégített szükségletéhez kötődésben van”. Teóriája szerint az újszülött „ösztlény”, amit az „id” fogalmával jellemez. Az ember viselkedésének motivációja szexuális jellegű, az id az örömezés fenntartására törekszik, melynek központja másfél éves korig (orális szakasz) a szájban van. Elsőleges driveként a táplálkozást jelöli meg, így a baba ahhoz a személyhez fog kötődni, aki e szükségletét kielégíti (leggyakrabban az anya).

Erik Erikson elmélete hasonló Freudéhoz, azonban az életet ő folyamatos identitáskeresésként fogja fel, és nem feltételezi a kötődés fellazulását az orális szakasz vége-

kor, hanem szerinte az megmarad a későbbiekben is. A fejlődést különböző, egymásra épülő konfliktushelyzetekhez rendeli, mely meghatározza a későbbi kompetenciaérzést. Az első ilyen pszichoszociális krízis a csecsemőkor krízise, a szülők irányába kialakuló bizalom — vagy annak hiánya.

Spitz bevezeti a hospitalizmus fogalmát, mely az anya-depriváció hatására alakul ki. Megcáfolja Freud és a tanulásméletek képviselőinek elméleteit, hiszen vizsgálatai bebizonyítják, hogy a fejlődés stagnálása, számos esetben a gyermekek visszafejlődése a fizikai szükségletek kielégítése mellett is bekövetkezik.

Harlow majomkísérletei bebizonyították az érintés kötődésben játszott szerepét, és szintén cáfolják Freud érdekszeretet elméletét. Kísérleteiben kismajmokat vizsgált két „pótanyával”. Az egyik egy „drótanya”, mely táplálékkal látta el a kismajmokat, míg a másik táplálék nélküli „szőronya” volt. A majmok idejük nagy részét a finom, puha tapintatú „szőronyával” töltötték, és kizárólag táplálkozni mentek a másik „pótszülőhöz”.

Konrad Lorenz imprintinggel kapcsolatos kutatásai állatokkal bizonyították az ún. szenzitív periódus létét, vagyis azt az időszakot, amikor az újszülöttnak kapcsolatba

kell kerülnie anyjával ahhoz, hogy a korai kapcsolat kialakulhasson.

Bowlby kötődésemélete hatalmas áttörést hozott a pszichoanalízisben. Magyarázatot ad például olyan kérdésekre, hogy miért ragaszkodik egy csecsemő anyjához, amikor az elutasítóan, számos esetben bántalmazóan bánik vele.

Elmélete úttörő, hiszen nem feltételezi a fizikai szükségletek kielégítésének kötődésben játszott kizárólagos szerepét, de feltételez egy érzékeny periódust, egy – a gyermek jelzéseire – szenzitív személyt, és a két személy (az anya és a gyermek) közötti interakciókat a kötődés kialakulására, melyet evolúciós szempontokkal magyaráz. Elmélete az etológia és a kognitív pszichológia integrációja.

A korai anya-gyermek kapcsolat célja a kötődési személy perspektívájából a biztonság keresése, illetve fenntartása. Cole (1997) szerint a kötődés adja alapját a tanulásnak, tehát egyensúlyt teremt a biztonságérzet és a tanulási tapasztalatok igénye között.

Ahhoz azonban, hogy a gyermek a világ felfedezésére indulhasson, szüksége van egy kötődési személyre, aki – ha baj van, ha megijed – mindig ott lesz és segít.

De ott lesz, és valóban segít? Amikor a csecsemő feltételezi, hogy szüleiiben biztosan bízhat, már erős kötődési biztonságban kell, hogy legyen, vagyis feltételezi, hogy szüleiivel olyan tapasztalatai vannak, amelyek biztosítják őt erről.

A kötődési viselkedés és a biztonságos kötődés nem egy és ugyanaz a jelenség. A ragaszkodó viselkedés része ugyan a kötődési viselkedésnek, de csak a kötődés erősségét mutatja, annak minőségét nem. A ragaszkodás és a kötődés gyakran fordítottan arányos. Amikor a csecsemő a világ felfedezésére indul, nem elég ragaszkodnia szüleihez, kötődnie kell hozzájuk, hiszen a ragaszkodás épp azt jelenti, hogy a közelükben akar lenni.

Biztonságos kötődés a korai interakciók reprezentációja alapján alakulhat ki. Bowlby a belső munkamodell fogalmát vezette be a jelenség magyarázatára. Az anya adekvát reakciója gyermeke jelzéseire a gyermekben megerősíti, hogy a világ, amelybe született, biztonságos hely.

A ragaszkodás tehát a kötődési viselkedésrendszer szerves része, célja a biztonság keresése. Az anya-gyermek kapcsolatban a csecsemő, mint aktív résztvevő van jelen, hiszen az anya választását saját viselkedésével váltja ki.

A kötődési viselkedésrendszer alapja, hogy a gyermek tudni szeretné azt, hogy a szülő elérhető számára. Ez csakis akkor tudatosulhat számára, ha valamilyen szüksége merül fel. Ezt általában sírással jelzi, ezért nagyon fontosnak tartom, hogy a sírásra mindenképpen reagáljon a szülő. Ez a csecsemő egyetlen kommunikációs eszköze, és az egyetlen dolog, melynek segítségével a benne felgyülemlett feszültséget levezetheti. A csecsemő nem rendelkezik azokkal az intellektuális képességekkel, hogy szüleit manipulálják, a csecsemők szükségletei mindig valóságok! Épp ezért van szükség minden síráshoz egy felnőtt biztonságot adó közelségére. A szülők gyermekük sírásának különböző tartalmat tulajdonítanak, ezt a csecsemő differenciált sírása teszi lehetővé. A szülők értékelik a csecsemő jelzését (sírást), átérzik problémáját, és reagálnak rá. E reakció azon túl, hogy a csecsemő szükségletét kielégítették, azt az üzenetet hordozza: fontos vagy. A csecsemő így értékesnek ítéli meg magát, szüleit partnernek tekinti, kapcsolatukat a bizalom alapozza meg. Ez a bizalom ad lehetőséget a későbbiekben a világ felfedezésére, a tanulásra, és alapozza meg a szocializációját, ez lesz az alapja kötődési modelljeinek (belső munkamodelljének), ami a későbbiekben biztos bázist ad egy „kompetens én” kialakulásának. Longitudinális vizsgálatok igazolják, hogy a nagyfokú kötődési biztonságot mutató gyermekek később is stabil kapcsolatokat alakítanak ki, legyen az munkahelyi kapcsolat vagy párkapcsolat.

Az érzékszervek szerepe a kötődés kialakulásában

Dr. William Sears a kötődést segítő nevelés egyik meghatározó szószólója. Hangsúlyozza, hogy a babák jelzéseire adott adekvát reakciók a gyermek kötődési biztonságát erősítik. A kötődés kialakulását a különböző

érzékszervi ingerek segíthetik. Az újszülött látása alig 20–30 cm-re korlátozódik, azonban ez épp elég, hogy a számára fontos vizuális ingereket felvegye: szoptatás közben ilyen távolságra van az anya arca. A kisbáb a születésük utáni napokban már felismerik édesanyjuk arcát, és preferálják is más arcokkal szemben. Ugyanez elmondható az anya hangjáról és illatáról is.

Amikor a baba szemkontaktust vesz fel, az pozitívan hat az idegsejtek velősödésére (mielinizáció). A vizuális inger azonban ennél többre képes. Frederic Leboyer (1975) megfigyelései szerint az újszülött mászó mozdulatokkal a születés után rögtön anyja melléhez férkőzik, arcát fixálja, tekintetével körbejárja. Egy idő után szemkontaktust vesz fel anyjával, majd újra körbepásztázza édesanyja arcát, majd szopni kezd. Azon édesanyák közül, akiknek lehetőségük volt átélni e „szertartást” (ez nagyon hasonlít Lorenz imprintingjéhez), sokkal többen számoltak be pozitív szoptatási tapasztalatokról (kompetenciaérzés szempontjából is fontos kérdés ez), mint akik különböző okokból meg lettek fosztva ettől az élménytől (sűrűségű ellátás, stb.).

Az újszülöttek tökéletes hallással jönnek a világra. Nem csoda, hiszen magzatként az auditív ingerek határozott többségben voltak. A kisbáb az emberi beszédre hangolt észlelési mechanizmusokkal születnek. A baba már magzatként élvezheti a külvilág hangjait, édesanyja hangjáról nem is beszélve. Már születés után édesanyjuk hangját preferálják más hangokkal szemben. E kedves hang ismerős számukra és biztonságot ad. A szülők hangjának érzelmi töltése miatt azt előnyben részesítik egyéb hangokkal szemben. Kutatások bizonyítják, hogy a babák a zene egyéb paramétereit figyelmen kívül hagyva választják szüleik énekét, és a csecsemők megtanulnak bizonyos viselkedésformákat, csakhogy anyjuk hangját hallják. Egy ilyen kísérletben mesét olvastak fel, és amikor a babák gyorsan szoptak, az édesanyjukkal olvastatták a mesét. Amikor lustábban ettek, idegen hang olvasta tovább a szöveget. A babák megtanultak mohón enni csak azért, hogy édesanyjuk hangját hallják.

Az érintés az egyik legfontosabb inger egy csecsemő számára, nélküle nem fejlődhet egészségesen egy gyermek. Érintés hatására számtalan hormon (oxitonin,olecisztokinin, gasztrin és szomatotrop hormon) szekréciója fokozódik. Ez nemcsak megnyugtató a babát (oxitonin, endorfinok), hanem tápanyag-feldolgozásukat is segíti (gasztrin,olecisztokinin). A babák súlygörbéjére ez pozitív hatással van, így a koraszülöttek esetenként 6 nappal korábban hazabocsáthatók, mint a taktilis-kinesztetikus ingert nem kapó gyermekek (Field, 1985). Az érintés befolyással van a gyermek szocializációs készségére, kommunikációs fejlődésére és intelligenciájára egyaránt.

E három ingercsoport (taktilis – érzi anyja bőrét; auditív – hallja hangját, szívverését; vizuális – látja anyja arcát) a szülés után 24 órán belül a normális szintre képes csökkenteni a születés körüli több százszoros stresszhormonszintet (ACTH) az újszülött szervezetében (Epstein, 1981)

Az egészségügyi intézmények szerepe a korai kötődés kialakulásában

A korai anya-gyermek kapcsolat kialakulása a fogantatáskor kezdődik, de a szülés és az utána következő időszak eseményei hatására mélyülhet el. A szülés utáni pillanatok meghatározóak a diád kapcsolata szempontjából. A korábban említett viselkedésformák (Leboyer, 1975) és érzékszervi ingerek (Epstein, 1981) alapvetően befolyásolják e törekeny kapcsolat fejlődését, így a gyermek egészséges személyiségfejlődését, szocializációját.

A szülészeti osztályok feladata, hogy biztosítsák a diádnak az ehhez szükséges feltételeket. Akár természetes szülésről, akár császármetszésről legyen szó, meg kell adni a lehetőséget, hogy a baba életének kezdeti időszakában az anyjával kontaktusba kerülhessen (imprinting időszak). A baba megszületése után a csecsemő ellátása (súlymérés, stb.) az esetek nagy részében várható. Nincs egyértelmű tudományos adat az imp-

rinting időszakra (annak időtartamára) vonatkozóan, azonban sok kórházban bevált gyakorlat, hogy az újszülöttet világrajötte után az anyja mellkasára helyezik, amíg a placenta megszületik, és elvégzik a szükséges feladatokat. Ezután következik egy gyors vizsgálat, mely után visszaadják a babát az anyának, aki vele is marad a rooming-in rendszerű osztályon. Ez az eljárás biztosíthatja a kötődés optimális kialakulását, illetve fejlődését.

Császármetszés után is ajánlott hasonló módon eljárni, amennyiben nyomós ok nem szól ellene (és az esetek túlnyomó többségében szerencsére nem is szól). Bár az imprinting időszakot nem bizonyították embernél, a szülőszobák tapasztalatai révén azonban bizonyítottnak tekinthető egy nagyon hasonló folyamat, melyet optimális esetben az egészséges fejlődés meghatározó momentumaként kell figyelembe venni. A az anyának és újszülöttjének ettől való megfosztása műhibának tekinthető.

A hospitalizmus, és annak megelőzése

Mind az anya, mind a baba számára az egyik legkellemetlenebb élmény, ha a gyermek kórházba kerül. A szeparációs szorongás (mely a hétköznapi életben is gyakran megfigyelhető) a kötődési személytől való elszakadás hatására alakul ki. Ez egy ún. várákózási félelem, amikor a gyermek fél attól, hogy anyja távollétében baj történhet vele, vagy hogy anyja elhagyja. Visszatértekor a baba könnyen megnyugszik, és biztonságban érzi magát. A hospitalizmus az anyától való megfosztás (anya-depriváció) hatására alakul ki, tünetei (a szeparáció tartamával arányban) sokkal súlyosabbak. Kezdetben a gyermek sír, rugdos, kapaszkodik anyjába. Szeretné maga mellett tudni, és tiltakozik az elszakítás ellen. Később a gyermek nyugodtabbá, azonban zárkózottá válik, senkit nem enged közel magához. A harag, a düh, a csalódottság mélyen rejtve marad. Amennyiben a szeparáció tovább folytatódik, újra keresi mások (a nővérek) közelségét, de az anyával (ha meglátogatja) elutasítóan bánik. Ekkor

a gyermek már „beletörődött” sorsába, ez a leválás időszaka. A hospitalizmus szerencsére reverzibilis, tehát megfelelő terápiával kezelhető jelenség. A posthospitalizáció akár hetekkel a kórházból való hazatérés után alakul ki. A gyermek sztereotip viselkedésmódokat vesz fel, szopja az ujját, stb.

A szeparációs szorongás oldására, a hospitalizmus megelőzésére nagy figyelmet kell fordítani. A kórházakban általában lehetősége van a szülőknek arra, hogy gyermekük mellett maradhassanak. Igen ritka eset az, amikor erre nincs mód (véleményem szerint egy szék mindig akad, hogy a szülő gyermeke ágya mellett maradhasson), úgy biztosítani kell az igény szerinti látogatást.

A gyermekápolók és a többi egészségügyi szakdolgozó feladata, hogy biztosítsák a szülőt arról, a lehető legjobban cselekszik, ha gyermeke mellett kíván lenni. Ez természetesen többletmunkát jelent a szakdolgozóknak, hiszen a szülők pszichés támogatása is feladatukká válik, valamint a szülők esetleges negatív hozzáállását is kezelniük kell. Amikor a szülőnek nincs módja a gyermek mellett lenni (pl. nagy távolság, anyagi nehézségek, az otthon lévő többi gyermek), az egészségügyi dolgozók feladata a beteg gyermek komfortérzetének fenntartása. Az anyától való elválást tovább nehezíti az új környezet, az idegen személyek, a beavatkozásoktól való félelem, stb. Az ellátó szolgálat tagjainak ismerni kell a szeparáció és a hospitalizmus összefüggéseit, fel kell ismerniük a tüneteit, és készség szintjén kell alkalmazniuk a prevenciós módszereket. A gyermek számára könnyebbé kell tenni az elválást, és ez nem egyszerű feladat. Megnyugtatóni nehéz ilyenkor egy gyermeket, azonban sokat segíthet egy fénykép vagy egy hangfelvétel, amin az édesanya beszél (mesét mond). Minden apró tárgy enyhítheti a gyermek fájdalmát, így hagyjuk, hogy kis plüssfigurája mellett például a kedvenc kispárnáját is magával hozza. Fontos —bár a mai helyzetben egyre nehezebben kivitelezhető feladat—, hogy a gyermek figyelmét „lekössék”, beszéljenek hozzá (vele), játsszanak, meséljenek (s mindezt fejlettségünknek megfelelő játékokkal, mesékkel). „A személytelen bánásmód, a szó nélküli fürdetés, etetés a gyermekben a magányosság érzését kelti, amely a hospi-

talizáció kialakulásának kockázatát tovább növeli.” Jó, ha az anya a gyermeke szokásairól is beszél, és a gyermekápolók ezek figyelembevételével próbálják – a lehetőségekhez képest – imitálni az otthoni környezetet. Fontos, hogy a szülővel szemben ne „okoskodó” magatartást tanúsítsunk, hanem partneri viszonyt alakítsunk ki.

A gyermek optimális fejlődéséhez különböző ingerekre van szükség. Ezeket az ingereket adjuk meg számára, még ha ez több-letmunkát eredményez is. Fentebb írtam a kötődésben fontos szerepet játszó érzékszervi ingerekről. A csecsemők számára nagyon fontos az érintés, ami nem korlátozódhat pusztán a gondozáshoz szükséges érintésre.

Field kutatásai bizonyítják az érintés (simogatás, babusgatás, masszázs) pozitív hatását csecsemőkre. Ez biztosítja számukra a fizikai közelség általi biztonságérzést. A gondozási feladatok közbeni kommunikáció, a meleg tekintet, a mosoly igen sokat segíthet abban, hogy a gyermek könnyebben elfogadja édesanyja távollétét. Fontos hangsúlyozni, hogy azok a babák, akiket különösen megvisel édesanyjuk hiánya, gyakran alacsonyabb kötődési biztonságot mutatnak az anyával is, így fokozottan kell figyelni érzelmi szükségleteikre. Ez rövidtávon is igen gyümölcsöző lehet, hiszen a gyermek közérzete javul, ami segíti a gyógyulást. Hosszú távon pedig —a kötődés „prevenciós jellegénél fogva”— egy egészséges ember felnövekedését segíti.

Irodalomjegyzék

1. Dániel, R. (2004): Fejlődéslélektani műhelymunka
PPKE, Piliscsaba
2. Hámori, E. (2005): Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete
PPKE, Piliscsaba

Factors that are conducive to early bonding in healthcare institutions

Pap, K.

The formation of an early bond between mother and child is a decisive factor in the child's healthy physical, spiritual and mental growth, since it determines the child's future social skills, thus laying the foundations for development of its personality.

The aim of maternal bonding is to find security through the formation of an emotional bond with the mother.

Early bonding is dependent on several factors, and the mother's receptiveness to the child's behaviour is an important prerequisite. However, in a few cases — for example prolonged stays in hospital — this is prevented. In such cases it is the duty of the healthcare specialists, the doctor and nurses, to maintain the bonding process and prevent the onset of hospitalism.

The author gives an overview of the theories of bonding, the development of the bond, and the opportunities to make improvements.

KIS- ÉS KÖZÉPVÁLLALKOZÁS ÖSZTÖNZÉSE

címmel 40 órás regionális szakmai továbbképzést szervez a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Szervezete, 2009. és 2010-ben

A továbbképzés célja: a vállalkozói aktivitás fokozása az egészségügyi ágazatban, különös tekintettel arra, hogy eddig ez az ágazatban szakdolgozók vonatkozásában gyakorlatilag elenyésző a kis- és közép-vállalkozások száma. Az eddig semmilyen vállalkozási tapasztalattal és bizalommal nem rendelkező tagjainkkal kívánjuk megismertetni a vállalkozási forma mibenlétét, lehetőségeit, előnyeit. Ezzel biztosítani kívánjuk számukra, hogy egzisztenciális lehetőséget lássanak a jövőben a vállalkozási formában.

Tematika: 1: vállalkozásjogi alapismeretek, 2: munkajogi, kártérítési felelősségi ismeretek, 3: gazdasági alapismeretek, 4: marketing, PR és kommunikációs ismeretek, 5: egészségügyi ágazat vállalkozási lehetőségei, szerződéskötési lehetőségek, biztosítási ismeretek.

A továbbképzés vizsgával zárul. A vizsgáról a résztvevők igazolást kapnak.

Regionális időpontok:

2009. szeptember: Kaposvár 2009. október: Nyíregyháza

2010. Szombathely, Pécs, Zalaegerszeg, Miskolc, Budapest

További információ: www.meszk.hu

VÁLLALKOZÁSI JOGI TANÁCSADÁS

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagjai részére a KKC-2007-K project biztosításával vállalkozási jogi (vállalkozásokkal kapcsolatos jogsegély, munkajogi tanácsadás) kérdésekben jogsegély szolgáltatást biztosít.

A megválaszolandó kérdések, valamint az ügyvel kapcsolatos dokumentumok előzetes megküldése után jogászunk egyeztetés alapján, telefonon vagy személyesen, heti gyakorisággal áll rendelkezésre.

Időpont egyeztetés a 06-1-323-2070-es telefonszámon lehetséges Csordás Éva ügyintézőnél (az érvényes MESZK tagsági igazolvány szám megadásával).

Ügyfélfogadási idő: minden szerdán 13.00–15.00 óra között.

Ügyfélfogadás helye: 1082 Budapest, Üllői út 82. (MESZK Országos Szervezet Irodája)

Levelezési cím: Dr. Szalay András, jogász
MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 214.

E-mail cím: meszk@meszk.hu

GAZDASÁGI TANÁCSADÁS

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara tagjai részére a KKC-2007-K project biztosításával 2009. január 15-től gazdasági (vállalkozásokkal kapcsolatos pénzügyi és gazdasági) kérdésekben tanácsadói szolgáltatást biztosít.

A megválaszolandó kérdések, valamint az ügyvel kapcsolatos dokumentumok előzetes megküldése után jogászunk egyeztetés alapján, telefonon vagy személyesen, heti gyakorisággal áll rendelkezésre.

Időpont egyeztetés: 06-1-323-2070-es telefonszámon lehetséges Csordás Éva ügyintézőnél (az érvényes MESZK tagsági igazolvány szám megadásával).

Ügyfélfogadási idő: minden hétfőn 15.00–16.00 óra között.

Ügyfélfogadás helye: 1082 Budapest, Üllői út 82. (MESZK Országos Szervezet Irodája)

Levelezési cím: Dr. Berendi Péter gazdasági és vállalkozási tanácsadó
MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 214.

E-mail cím: meszk@meszk.hu

ÉRTESÍTÉS

Ez úton értesítjük olvasóinkat arról, hogy az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről szóló

18/2007. (IV. 17.) EüM rendeletben foglaltakat a 11/2009. (IV.10.) EüM rendelet

módosította,

mind a beadandó dokumentumok, mind pedig az eljárási díj vonatkozásában.