

Az ápolási dokumentáció bevezetése: hol tartunk 2002-ben?

Mekes Mária

egyetemi okleveles ápoló hallgató, Országos Gyógyintézeti Központ

A vizsgálat célja: Az új egészségügyi törvény kötelezővé tette az ápolási dokumentáció alkalmazását. A vizsgálat célja volt megismerni a törvény betartását, valamint az ápolók véleményét a dokumentáció alkalmazásáról.

Módszerek és minta: A mintát egy egészségügyi szakképzéssel foglalkozó intézmény "ápoló" képzésében részt vevő hallgatók alkották. Kérdőíves módszerrel összesen 52 hallgató válasza került feldolgozásra.

Eredmények: A törvényi rendelkezés ellenére az egészségügyi intézmények egy részében még nem történik meg az ápolási tevékenységek dokumentálása, a működő dokumentáció viszont jelentős terhet ró az ápolókra.

Következtetések: A dokumentációvezetéssel szembeni szervezeti akadályokat el kell hárítani, valamint az ezzel összefüggésben álló munkaerő problémákról gondoskodni kell. Az ápolók megfelelő tájékoztatása jogi kötelezettségeikről és ezek betartása, ellenőrzése nélkülözhetetlen.

Bevezetés

Az ápolás az utóbbi években jelentős változásokat él meg, egyre nagyobb léptekkel zárkózik fel a társ-tudományágak mellé. A rohamos fejlődés szükségszerűvé teszi az eddigi ápoláspolitikai felülvizsgálatát, a lakosság szükségleteihez történő átalakítását. Az egészségügyi ellátás prioritásainak és struktúrájának átszervezéséhez azonban alapvetően adatokra van szükség. Ismert tény, hogy hazánkban évről-évre romlik a lakosság egészségi állapota, egyre több krónikus betegségben szenvedő ember gyógyításával, gondozásával kell megküzdőnünk. Ahhoz, hogy megfelelően tudjunk reagálni ezekre a kihívásokra, elemeznünk kell az eddig gyűjtött információkat. Az ápolásban a legkönnyebben elérhető és összegezhető, elemezhető információ az ápolási dokumentáció formájában áll rendelkezésre. Az ápolási dokumentáció azonban csak akkor informatív, csak akkor használható kutatásra, ha vezetik, nyilvántartják. Ez a vizsgálat arra keresett választ, hogy a törvény szellemével összhangban, milyen az ápolási dokumentáció elterjedtsége, melyek a használattal kapcsolatos főbb szempontok, akadályok.

Jogi, gazdasági, ápolási szükségletek

Az ápolási dokumentáció bevezetését három tényező indokolta: a jogi kötelezettség, valamint a gazdasági és az ápolási szükséglet.

Jogi oldalról az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről tette kötelezővé az ápolási dokumentáció vezetését, ami hivatalos bizonyítékként szerepelhet bírósági peres ügyekben. A törvény 98.§ (5) bekezdése kimondja, hogy: "Az ápolási, gondozási tevékenységről ápolási, gondozási dokumentációt kell vezetni, amely része az egészségügyi dokumentációnak." A 136.§ (2) bekezdése ismerteti az egészségügyi dokumentáció tartalmára vonatkozó előírásokat, a (3) bekezdés pedig felsorolja azokat a dokumentumokat, melyeket az intézmények kötelesek megőrizni. Ezek között szerepel az ápolási dokumentáció is.

A gazdasági szükségletet az egészségügyben történt költségrobbanás indokolta. Köztudott, hogy a modern orvosi diagnosztikus és terápiás eljárások az ellátás legdrágább részét képezik. A nem kis befektetést igénylő beavatkozások indokolatlan alkalmazása a kiadások jelentős növekedését vonta magután. Ennek elkerülésére racionális intézkedések foganatosítása vált szükségessé. Ezzel párhuzamosan az ápolási tevékenység kapcsán is nélkülözhetlenné vált a teljesítmény igazolása.

A dokumentáció bevezetését ápolási szemszögből a magasabb minőség elérése indokolta. Ennek kapcsán törekedni kell arra, hogy a betegeket igényeik, szükségleteik alapján személyre szóló ellátásban részesítsük. Az ellátás keretében az ápolási folyamat szolgál. Ennek gyakorlati megvalósításához nélkülözhetetlen az ápolási dokumentáció korrekt vezetése. Az információk folyamatos gyűjtésével, illetve a felmerült problémák megoldásával a betegellátás biztonságát fokozni tudjuk, ugyanakkor a dokumentáció mindenkori hitelesítésével a személyi felelősség egyértelművé válik.

A beteg szakszerű ellátása mellett az ápolás dokumentálása az egyik legfontosabb ápolási feladat, melyet az ápoló saját kompetenciájában, az önálló funkciók keretén belül végez. A jól összeállított ápolási dokumentáció magában foglalja azokat az információkat a betegről és környezetéről, amelyek segítségével az individuális ápolás három dimenziója mentén gyógyulást elősegítő ellátási tervet készíthetünk.

A színvonal emelésének elengedhetetlen tényezőjeként szerepelnek az ellátás rendszerébe épített kontrollpontok, amelyek mérési és ellenőrzési funkciókat töltenek be. Ennek viszont sarkalatos pontja egy jól működő dokumentációs rendszer.

A vizsgálat célja

Az itt ismertetett vizsgálat arra keresett választ, hogy a törvény szellemével összhangban milyen az ápolási dokumentáció elterjedtsége, melyek a használattal kapcsolatos főbb szempontok, akadályok.

További célt volt annak felmérése, hogy milyen ismeretekkel rendelkeznek az ápolók a törvény megvalósítását illetően, miként vélekednek a végrehajtást nehezítő körülményekről.

Módszerek és minta

A mintát alkotó 52 hallgató egy egészségügyi szakképzéssel foglalkozó intézmény ápolói szakképzésének résztvevői közül került ki. A hallgatók huszonhárom intézményből érkeztek a képzésre (köztük négy vidéki kórházból).

A hallgatók megkérdezése kérdőíves módszerrel történt. Az 52 kérdőívből 39 érkezett vissza. A kérdőív tizenegy zárt és három nyitott kérdést tartalmazott.

A kérdőívben szereplő kérdések három fő problémakörre kérdeztek rá: az ápolási folyamatra, az ápolási dokumentációra, és az olvasott szakirodalomra. Ennek megfelelően az értékelés eredményei is az említett három dimenzió alapján kerülnek bemutatásra.

Eredmények

A kutatásban résztvevő hallgatók életkor szerinti összetételét az 1. táblázat, az egészségügyben eltöltött időt pedig a 2. táblázat mutatja be. Az 1. táblázatból kitűnik, hogy az ápolók 51,28%-a a 20-29 éves korúak csoportjába tartozik. Ők azok, akik az ápolóképzés valamely szintjén már hallottak, tanultak az ápolási folyamatról és annak dokumentációjáról. A 30-39 éves korosztály 20,51%-ban, a 40-49 éves korosztály ugyancsak 20,51%-ban képviseltette magát a vizsgálat során. Különböző továbbképzések keretében ezek a személyek is tájékozódhattak, tanulhattak az említett kérdésekről.

Korcsoportok	Fő	%
20-29 év	20	51,28
30-39 év	8	20,51
40-49 év	8	20,51
50-59 év	3	7,70
Összesen:	39	100,00

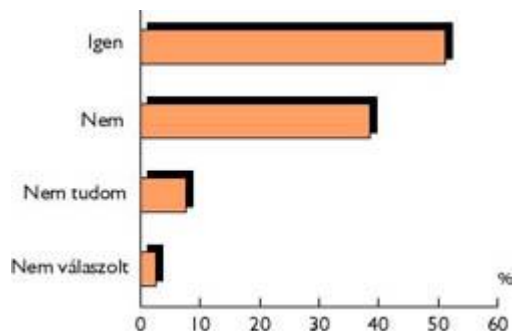
1. táblázat - A hallgatók életkor szerinti összetétele (n=39)

Az egészségügyben eltöltött évek	Fő	%
1-9 év	20	51,28
10-19 év	12	30,77
20-29 év	5	12,82
30-39 év	2	5,13
Összesen:	39	100,00

2. táblázat - A hallgatók csoportosítása az egészségügyben eltöltött idő függvényében (n=39)

1. Az ápolási folyamatra vonatkozó válaszok értékelése

Az ápolási folyamat bármilyen egészségi állapotban lévő egyén ellátására alkalmas, problémamegoldó gondolkodást feltételező módszer, amelynek középpontjában az egyéniség áll szükségletei tükrében. Rugalmas szerkezete olyan keretet nyújt az ápolás számára, amelyben a kiindulópontot és a változtatás irányát az egyén feltárt szükségletei és erőforrásai képezik. Az ápolási folyamat értékeléséből egy fontos adatot kell kiemelni. A feltett kérdés arra vonatkozott, hogy az egyes egészségügyi intézményekben az ápolási folyamat elvei szerint történik-e ma a betegek ápolása. A kapott válaszokat az 1. ábra szemlélteti. Az ábra adataiból megállapítható, hogy az intézmények többségében (51,29%) az ápolás betegközpontú. Azt is észre kell venni, hogy nagyon magas a nemleges választ adók aránya (38,46%). Ha ehhez hozzá számítjuk a bizonytalan válaszokat is, akkor közel egyforma arányban vannak a régi és az új filozófia szerint ápoló intézmények (48,71%).



1. ábra - Az egyes intézményekben az ápolási folyamat elvei szerint történik-e a betegek ápolása? (n=39)

2. Az ápolási dokumentációra vonatkozó értékelés

A vizsgálat eredménye szerint 5 évvel az 1997. évi egészségügyi törvény hatálybalépése után az egészségügyi intézményekben dolgozó ápolók 10,26%-a nem volt tisztában azzal a ténnyel, hogy hazánkban kötelező az ápolási dokumentáció alkalmazása, vezetése. Erre vonatkozóan egy kontrollkérdést is tartalmazott a kérdőív, amely rámutat a hiányosságra (3. táblázatból). A számok jól mutatják, hogy az ápolók 69,24%-a pontosan tudja, hogy melyik törvény kötelez minket az ápolási teendők dokumentálására. Elgondolkodtató viszont, hogy 5,12%-uk miért nincs e tudás birtokában, illetve a kérdésre nem válaszoló 10 fő (25,64%) vajon azért tett így, mert nem akart, vagy mert nem tudott válaszolni (utóbbi esetben a fent említett 5,12% kibővül 30,76%-ra).

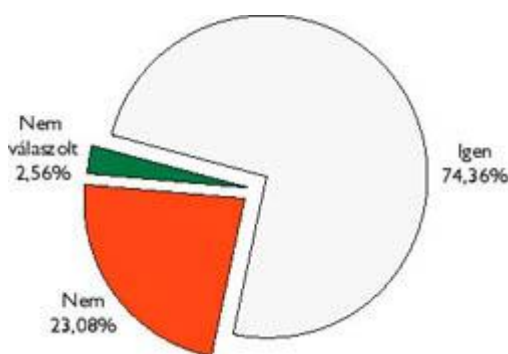
Mi teszi számunkra kötelezővé a dokumentáció vezetését?		
Válaszok	Fő	%
Alkotmány	1	2,56
Szociális törvény	-	-
Egészségügyi törvény	27	69,24
Felsőoktatási törvény	-	-
Nem tudom	1	2,56
Nem válaszolt	10	2,64
Összesen:	39	100,00

3. táblázat - Mi teszi kötelezővé az ápolási dokumentáció vezetését? (n=39)

Az ápolókhöz intézett következő kérdés arra kereste a választ, hogy vajon megterhelőnek érzik-e a dokumentáció vezetését. A válaszokat a 2. ábra mutatja be.

Szembetűnő, hogy az aktív ápolók 74,36%-a megterhelőnek tartja az ápolási dokumentáció rutinszerű alkalmazását. Az igennel válaszoló huszonkilenc ápoló közül huszonegy fő (72,41%) indokolta a választ azzal, hogy elvesz a betegellátás idejéből. (Meg kell említeni, hogy öt ápoló szerint az ápolási dokumentáció vezetése nem vesz el a betegellátás idejéből, igaz, az említett öt ápoló közül kettő intézményében nem dokumentálják az ápolást.)

A továbbiakban arra is kíváncsi voltam, hogy az ápolók véleménye szerint melyek az ápolási folyamat és dokumentáció feltételei. Ezeket a 4. táblázat foglalja össze.



2. ábra - A vizsgálatban részt vevő ápolók véleménye a dokumentáció vezetése által okozott megterhelés mértékéről (n=39)

Ön szerint kell-e változtatni a meglévő feltételeken az ápolási dokumentáció miatt?		
Válaszok	Fő	%
Több ápoló	32	82,05
Több fizetés	20	51,28
Rendszeres továbbképzés	18	46,15
Erkölcsei megbecsülés	24	61,53
Több szakirodalom	12	30,76

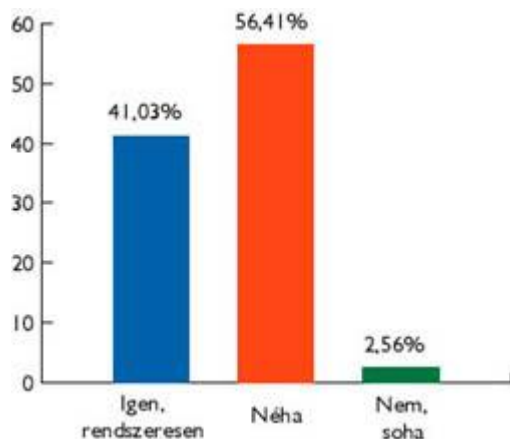
4. táblázat - Az ápolók véleménye az ápolási folyamat és dokumentáció feltételeiről (n=39)

A táblázatból kitűnik, hogy a vizsgált csoport tagjai a létszámnövelésben látják a megoldást (az ápolók 82,05%-a). Láthatjuk azt is, hogy az ápolók kiemelkedően magas arányban tartják fontosnak (61,53%) az erkölcsi megbecsülést. Az 5. táblázatból az is kiderül, hogy a megkérdezettek 30,77%-a mentesül az ápolási dokumentációra vonatkozó negatív bírálat alól.

Arra is választ kerestünk, hogy a betegágy mellett dolgozó ápolók miként vélekednek a számon-kérhetőségről. Az értékelés szerint az ápolók 92,31%-a tartotta alapvető, minden körülmény között megvalósítandó szempontnak, 5,13%-uk csak megfelelő számú személyzet és kellő anyagi juttatás esetén tartja megengedhetőnek, hogy az ápoló aláírásával feleljen tevékenységéért.

3. Az olvasott szakirodalomra vonatkozó adatok elemzése

A kérdőív segítségével azt is felmértük, hogy a vizsgált csoportban az ápolók milyen gyakran, és milyen jellegű szakirodalmat olvasnak. A 3. ábrából és az 5. táblázatból láthatjuk, hogy az ápolók azonos arányban olvasnak kizárólag orvosi, illetve ápolói szakirodalmat. Megfigyelhetjük azt is, hogy többen forgatnak szakkönyveket (23,07%), illetve az interneten elérhető publikációkat tanulmányozzák. A 4. táblázat eredményeit is figyelembe véve érdekes, hogy az ápolók 30,76%-a több szakirodalom megjelenését igényelné.



3. ábra - Milyen gyakorisággal olvasnak szakirodalmat az ápolók a vizsgált csoportban? (n=39)

Milyen szakirodalmat olvas?		
Válaszok	Fő	%
Csak orvosi szakirodalom	11	28,21
Csak ápolóknak szóló szakirodalom	11	28,21
Vegyes	2	5,13
Könyvek, Internet	9	23,07
Nem válaszolt	6	15,38
Összesen	39	100,00

5. táblázat - Az olvasott szakirodalom típusa a vizsgált csoportban (n=39)

Megbeszélés, következtetések

A kutatás arra irányult, hogy megismerjük az ápolási folyamat, illetve az ápolási dokumentáció bevezetésének, rutinszerű alkalmazásának elterjedtségét. A törvényi rendelkezés ellenére az egészségügyi intézmények 10,26%-ában még nem történik meg az ápolási tevékenységek dokumentálása. Figyelembe véve, hogy ezzel jogsértést követnek el, az arány magas. Ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy a már működő dokumentációk vezetése jelentős terhet ró az ápolókra.

A jogi természetű problémák megoldása szükségszerű, hiszen egyetlen intézmény sem tarthat fenn folyamatos jogsérelmet. A beteget éppúgy megilleti a pontos, ápolásáról vezetett dokumentáció tanulmányozásának joga, mint számos más betegjog, amelyet a 1997. évi egészségügyi törvény deklarált. A dokumentáció vezetése jelent egyúttal védelmet az ápolóknak és az intézménynek is, ha a beteg és az intézmény között bírósági eljárásra kerülne sor.

Alkalmazkodni kell a megváltozott igényekhez is, csak a megfelelően dokumentált ápolás segítheti elő a betegközpontú értékszemlélet elterjedését. Létfontosságú azonban, hogy a dokumentáció felhasználását gátló szervezeti és nézetbeli akadályok minél előbb megszűnjenek. Utóbbi a legegyszerűbb módszerekkel, de mégis a legnehezebben oldható meg, mert ehhez évszázados hagyományokat kell áthidalni, ami feltételezi egy új ápolásfilozófiai gondolkodás elfogadását.

A dokumentáció sikeres alkalmazásához elengedhetetlen, és a szerzett tapasztalatok is ezt igazolták, egyértelművé kell tenni minden dolgozó számára miért fontos az elérendő cél az orvosi- és ápolásvezetés számára. Abban az esetben, ha a dolgozók nem érzik azt, hogy munkájuk maguk és az intézmény számára is lényeges, a fejlődés folyamata megreked. Ennek hiányában a legjobban összeállított és előkészített program is kudarccal végződhet.

A jelenlegi kutatás eredményei jelzés értékűek, kezdeti lépést jelenthetnek egy korszerű, dokumentált, tényekre alapozott ápolási kultúra elterjedéséhez.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Az ápolók elégedettsége az ápolási dokumentációval

Raskovicsné Csernus Mariann

Pándy Kálmán Megyei Kórház, Általános Sebészet Osztály, Gyula

Bevezetés

Hazánkban, az 1990-es években kezdődött el a minőségbiztosítási rendszerek bevezetése, kiépítése és fejlesztése az egészségügyben. A minőségbiztosítás rendszere az ápolás folyamataira is kiterjed, ezért az ápolási gyakorlat minőségének fejlesztéséhez feltétlenül szükséges az ápolás szabványainak, standardjainak kialakítása. Ezeknek a minőségi jellemzőknek szoros kapcsolatban kell lenniük az ápolási folyamat egyes lépéseivel. Ahhoz azonban, hogy az ápolási folyamat elemezhető, fejleszthető legyen, írásos formában kell rögzíteni. Erre alkalmas az ápolási dokumentáció.

Az ápolási dokumentáció hazai bevezetésének első szakasza szintén a 90-es évek elejére tehető. A kutatással foglalkozó szakemberek megfigyeléseik és tapasztalataik alapján a bevezetés nehézségeit, a szemléletváltás késleltető hatását, az ápolók ellenállását és a kialakulatlan oktatási rendszert emelték ki. Kérdéses, hogy miként módosultak az előbbi akadályok. Milyen mértékben befolyásolja a hatékony alkalmazást a dokumentáció vezetésével kapcsolatos motiváció, ápolói attitűd?

A jelen kutatás célja tehát annak megismerése volt, hogy milyen tényezők befolyásolják az ápolási dokumentáció alkalmazását a mindennapi ápolási gyakorlat során.

Hipotézis

A bevezetésben megfogalmazott cél vizsgálatát a következő hipotézis eldöntésével végeztük.

Az ápolási dokumentáció vezetéséhez szükséges megfelelő motivációs háttér hiányzik, ez kedvezőtlenül befolyásolja az ápolási dokumentáció eredményes alkalmazását.

Módszerek és minta

A kutatás fő módszerét kérdőíves felmérés alkotta. A kérdőív nyitott, illetve zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott. A kérdőívek a gyulai Pándy Kálmán Kórház, valamint összehasonlításként további két intézmény 150-150 ápolójához jutottak el. Annak érdekében, hogy minél heterogénebb (reprezentatívabb) legyen a minta, az intézményválasztás feltétele volt, hogy a mintát adó intézmények legalább 1000 ápolót foglalkoztassanak. A jelen közlésben az anonimitás elvének megfelelően a kontroll intézményeket A és B betűvel jelöltük.

Eredmények

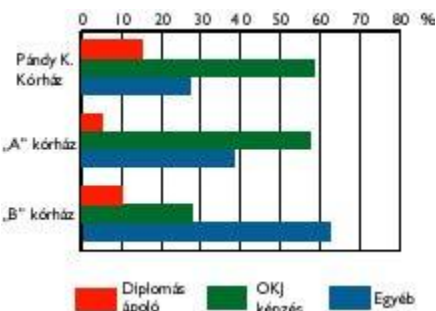
A visszaérkezett válaszok általános jellemzéséből megállapítható, hogy az életkor szerinti megoszlásban döntően a 21 és 30 év közötti korcsoport jellemezte a mintát. A kor megoszlásról az 1. táblázat tájékoztat.

Életkor/ intézmények	Pándy K. Kórház		A		B	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%
20 év alatt	–	–	5	4	4	6
21-30 év	71	54	80	59	25	41
31-40 év	43	33	29	21	15	25
41 év felett	17	13	21	16	17	28
Összesen:	131	100	135	100	61	100

1. táblázat - A kérdőívre válaszolók életkor szerinti megoszlása intézményenként

A nemek szerinti megoszlás tekintetében a nők túlsúlya volt jellemző a mintában. A Pándy Kálmán Kórházban a válaszadók 94%-a volt nő, az A intézményben 98,5%-nak, a B intézményben 88,5%-nak adódott ugyanez az arány.

A válaszadók szakmai végzettségét is mértük, ennek eldöntésére a diplomás ápoló, OKJ-ápoló és egyéb kategóriákat határoztuk meg. Egyéb kategória alatt a kollégák általános ápolói, általános asszisztensi, segédápolói képzéseket jelölték meg. Az 1. ábrán a legmagasabb végzettség szerinti megoszlást láthatjuk. Kiemelésre érdemes a B intézmény, ahol szignifikánsan magasabb volt az egyéb kategóriát bejelölő válaszadók száma a másik két kategóriához képest. A Pándy Kálmán kórházban kiegyensúlyozott szakképzettségi arány mutatkozik.



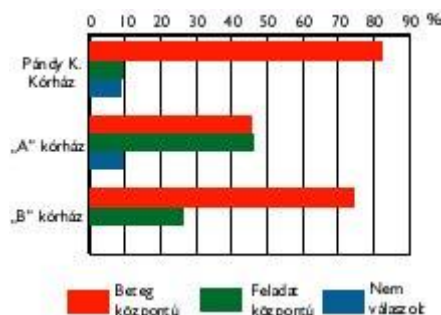
1. ábra - A kérdőívre válaszolók legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlása intézményenként

Az ápolók ápolási dokumentációval kapcsolatos ismereteire kérdeztünk rá először. Általában magas ismertséget regisztráltunk mindhárom intézményben (Pándy Kálmán Kórház: 96%; A intézmény: 97%; B intézmény: 87%). A 2. táblázatból az ismeretek forrása is kiderül, döntően a képzés-továbbképzések során merül fel a dokumentáció megismerése, de a tudományos konferenciák keretében is elsajátíthatnak új ismereteket. Ugyanakkor egyre növekszik a szakirodalom tanulmányozásából származó információ is.

Megnevezés	Válaszadók megoszlása (%) – Intézmények		
	Pándy K. Kórház	A	B
Ápolói, iskolai képzésen	29	37	36,9
Továbbképzésen	26	33	26,2
Kongresszuson, tudományos ülésen	23	12	10,7
Tankönyvekben, szakirodalomban	14	11	14,3
Újságokban, folyóiratokban	7	6	9,5
Egyéb	1	1	2,4
Összesen:	100	100	100,0

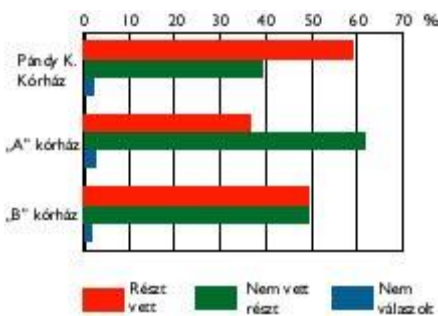
2. táblázat - Milyen fórumok, lehetőségek állnak rendelkezésére, ismeretszerzésre az ápolási dokumentációval kapcsolatosan?

Értelemszerűen, a betegközpontú ellátásra való áttérés az ápolási dokumentáció alkalmazását is magában foglalja. A 2. ábra tanúsága szerint a betegközpontú ápolás kialakítása még mindhárom vizsgált intézményben folyamatban van, egyesekben előrehaladott az áttérés.



2. ábra - Az ápolási munka jellegének megoszlása intézményenként (%)

Ahhoz, hogy a dokumentáció elfogadottá és a napi munka részévé váljék, fontos a célok egységesítése, az ápolást végző team együttműködése, valamint a megértésen alapuló munkavégzés. Ez elősegíthető azzal is, ha a bevezetés kezdetén bevonjuk a team tagjait, számítva véleményeikre, tapasztalataikra. Így saját munkájukat, saját céljaikat látják a munkafolyamatban, jelen esetben az ápolási dokumentáció alkalmazásában. Az erre vonatkozó kérdésben a három intézmény átlagát nézve az tapasztalható, hogy az ideálshoz képest csak az esetek kb. felénél vettek részt az ápolók az ápolási dokumentáció kialakításában (3. ábra).



3. ábra - Az ápolási dokumentáció kialakításában való részvétel szerinti megoszlás %-ban

Azt is megvizsgáltuk, hogy az ápolók dokumentációhoz való hozzáállása a bevezetéshez képest hogyan változott. A méréshez 1-től 5-ig terjedő skálát alkalmaztunk, amelyen az 1-es érték nagyon kedvezőtlen, az 5-ös érték pedig nagyon kedvező tapasztalatot jelölt. A 4. ábrából látható, hogy a bevezetéskor a Pándy Kálmán kórházban tartósan jó, az A intézménynél közepes, a B kórház esetén pedig jelentős százalékban elégtelen volt a jellemzés. Az ábra két oldalát, valamint a 3. táblázatot vizsgálva megállapítható, hogy az eltelt idő során a dokumentációval szembeni ápolói attitűd döntően nem változott.

Annak vizsgálatát is elvégeztük, hogy miként ítélik meg az ápolók saját dokumentációjuk hasznosságát. Erre vonatkozóan az 5. ábra ad útmutatást, amelyből látható, hogy egy kivétellel a hasznosság mérőszámai nem emelkedtek 50% fölé. (A válaszadókat arra kértük, hogy értékeljék a dokumentáció gyakorlati hasznosságát 0 és 100% között, ahol a 100% a maximális hasznosságot jelentette.) Az ápolási dokumentáció hasznosságát mutatja az is, hogy az egészségügyi ellátásban részt vevő team többi tagjainak milyen információt szolgáltat a dokumentáció, mennyire hasznos annak tanulmányozása. A 4. táblázat megoszlásaiból egyértelműen az derül ki, hogy az ellátó team tagjainak többsége nem használja, nem alkalmazza munkája során az ápolási dokumentációt. Jellemzően inkább akkor nyúlnak az ápolási dokumentációhoz, ha azt a szükség úgy kívánja, önmaguktól azonban nem tanulmányozzák a dokumentációt.

A hozzáállás alakulása	A hozzáállás alakulásának megoszlása kórházanként (%)		
	Pándy K. Kórház	A	B
Nőtt	28,5	31,3	23,6
Csökken	13,0	9,9	10,9
Változatlan	58,5	58,8	65,5
Összesen:	100,0	100,0	100,0

3. táblázat - Az ápolási dokumentáció vezetéséhez való hozzáállás változása a bevezetéstől mostanáig

Az intézmények külön-külön történő vizsgálatából kitűnik, hogy a Pándy Kálmán kórházban az ellátó team részéről kedvezőbb hozzáállás tapasztalható, mint az A és a B kórházak esetében. Ez a más intézményekhez képest korábbi bevezetéssel is magyarázható, így több idő állhatott rendelkezésre az alkalmazók körének további bővítésére. Várhatóan hasonló helyzetet tapasztalnánk, ha a felmérést megismételjük 1-2 év múlva az A és B intézményekben.

Ugyanakkor a külső motivációs tényezők egyaránt fontosak az ápolási dokumentáció hatékony alkalmazásában. Az ellátó team tagjai, az orvosok, dietetikusok, gyógytornászok stb. többnyire nem, vagy csak szükséges esetben alkalmazzák az ápolási dokumentációt. Pozitív visszajelzés hiányában az ápolók hajlanak arra, hogy ne fordítsanak időt a dokumentáció vezetésére. A vizsgálat során kapott szóbeli visszajelzések alapján azonban elmondható, hogy a dokumentáció alkalmazásának eredményessége – ha csekély mértékben is – de javul. A fentiekkel összhangban kevesen érzik úgy, hogy a dokumentáció továbbfejlesztése fontos feladatnak tekinthető. A megkérdezett ápolók többsége nem változtatna a jelenlegi helyzeten, sokan a kérdés megválaszolását sem tartották lényegesnek (6. ábra).

A felmérés utolsó, nyitott kérdésében az ápolási dokumentáció alkalmazásáról vallott egyéni nézetekre voltunk kíváncsiak. A jelzők egyaránt tartalmaztak előremutató és kritikus megnyilvánulásokat is. (5. táblázat).

Megbeszélés

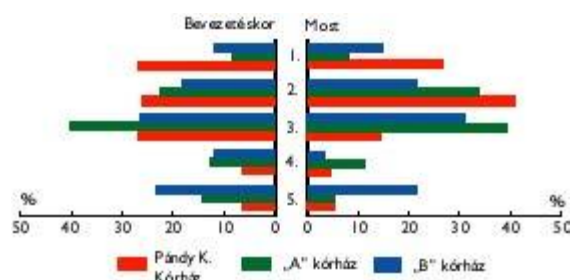
A jelen vizsgálat arra irányult, hogy feltárja az ápolási dokumentáció alkalmazásával kapcsolatos belső és külső tényezők szerepét. Az eredményekből látható volt, hogy a dokumentáció alkalmazása éppúgy függ az ápolók egyéni hozzáállásától, mint az egészségügyi team tagjainak visszajelzésétől. A felmérés arra is ráirányította figyelmünket, hogy a betegközpontú ápolás felé történő átmenet még nem teljesen zajlott le, vannak intézmények, amelyek lemaradásban vannak. Miután sok tekintetben összefügg az ápolási dokumentáció vezetése ezzel az új típusú gondolkodással, várható, hogy a dokumentáció alkalmazásának kiteljesedése összhangban marad a betegközpontú szemléletre történő áttérés ütemével.

Mindenképpen komoly gondot jelent az a visszajelzés, hogy a dokumentációt alkalmazó ápolók maguk sem tartják hatékonynak, értékesnek a dokumentáció használatát. Ebben az adminisztrációs szempontok, időigény, az elmélet és gyakorlat egységének hiánya is fő szerepet játszottak. Mint arra a vizsgálat is rávilágított, néhány ilyen probléma elkerülhető lett volna, ha felhasználók a dokumentáció során elmondhatták volna véleményüket. Erre azonban az esetek kb. felében került sor. A dokumentációval szembeni ellenérzések egy része elkerülhető lett volna a kollégák bevonásával.

Akadályt jelent az is, hogy az egészségügyi személyzet többi tagja nem használja a dokumentációt. Ez nem erősíti az ápolóknak azt a motivációját, hogy a dokumentációt vezessék. Ahhoz azonban, hogy más szakemberek számára megbízható információforrás váljon az ápolók vezetette dokumentációból, szükséges annak precíz vezetése és szakmai szempontok szerinti, tartalmi és szerkezeti egységesítése.

Ugyancsak fontos megemlíteni, hogy a dokumentáció bevezetéséhez képest a felmérés idejében nem változott lényegesen az ápolók hozzáállása. Mindenképpen az ápolásvezetés feladata annak nyomon követése, hogy egy újonnan bevezetett modellel szemben milyen a felhasználói megítélés. Szükségszerű lenne annak vizsgálata, hogy milyen tényezők megváltoztatásával lehetne kedvezően befolyásolni az ápolói hozzáállást ebben az esetben.

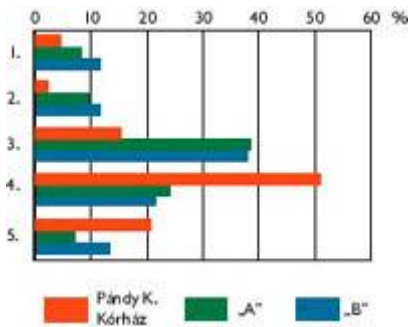
Végezetül, az 1997-es Egészségügyi törvény kötelezővé teszi az intézmények számára ápolási dokumentáció alkalmazását. A törvény azonban nem pontosítja a dokumentáció tartalmát. Ez annak veszélyét rejti magában, hogy egységesítés hiányában eltérő tartalmú és funkciójú megoldások születnek. Időszerű lenne egy olyan konszenzus konferencia létrejötte, amely a hazai tapasztalatokra alapozva javaslatot tenne egy minimum feltételnek megfelelő dokumentáció országos bevezetésére.



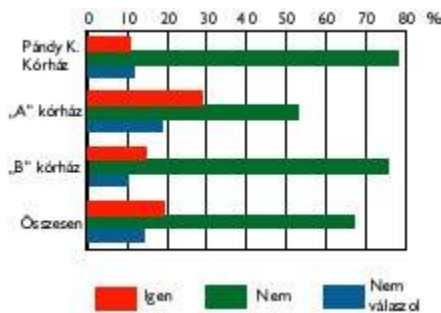
4. ábra: Az ápolási dokumentáció vezetéséhez való hozzáállás bevezetésekor és jelenleg kórházankénti lebontásban.

Betegszám	Alkalmazzák				Szükséges esetben alkalmazzák				Nem alkalmazzák			
	Pándy	A	B	Össz.:	Pándy	A	B	Össz.:	Pándy	A	B	Össz.:
Orvos	22,1	22,7	19,6	24,0	39,3	21,8	30,4	27,9	38,6	55,5	50,0	19,5
Dietetikus	37,0	2,1	12,5	19,7	27,72	22,3	6,3	17,9	35,3	75,5	81,2	21,7
Gyógytornász	53,4	7,4	16,3	29,5	29,7	22,1	10,2	19,1	17,2	70,5	73,5	17,6
Pszichológus	6,5	8,6	9,5	6,4	35,5	11,1	11,9	14,7	58,0	80,3	78,6	21,7
Szociális munkás	15,6	9,8	17,8	12,1	38,5	23,9	13,3	20,4	45,9	66,3	68,9	19,5
Egyéb	100,0	100,0	–	8,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Összesen				100,0				100,0				100,0

4. táblázat: Az ellátó team tagjai alkalmazzák-e az ápolási dokumentációt munkájuk során? A kérdésre adott válaszok megoszlása intézményenként (%-ban)



5. ábra: Véleménye szerint milyen eredménnyel alkalmazzák osztályán az ápolási dokumentációt?



6. ábra - Változtatna-e az osztályán alkalmazott ápolási dokumentációt? (kérdésre adott válaszok megoszlása intézményenként %-ban)

ELŐREMUTATÓ	KRITIKUS
<p>Betegről sok információ. Visszakereshető (jogi védelem). Minőségbiztosítás. Minőségi ápolás. Követhetőség. Javul a nővér-beteg kapcsolat. Egyértelművé teszi a munka menetét. Egy helyen vannak az adatok a betegről. Megkönnyíti az individuális ápolást. Napra kész információ.</p>	<p>Elveszi az időt a betegtől. Nem szeretik a betegek a kérdéseket. Túl sok az adminisztráció. Időigényes. A papírra bármit lehet írni. Az orvosok nem veszik figyelembe. Kevés a nővér. Elmélet és gyakorlat egységének hiánya. Ezen nem múlik a betegközpontú ápolás. Anyagi vonzata.</p>

5. táblázat - Egyéni nézetek az ápolási dokumentációról (kiemelések).

Irodalom

1. Az ápolási folyamat és az ápolási dokumentáció – Lemon Ápolási tananyagcsomag, 4. füzet.
2. Az 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről, 1997. 22-23. oldal.
3. Bártfainé G. T. (1991). Ápolási dokumentáció. ETI: Budapest.
4. Brooks, J. T. (1998). An analysis of nursing documentation as a reflection of actual nurse work. Medical Surgical Nursing, 7, 189-197.
5. Heath, J., Law, G. M. (1984). Az ápolási folyamat – Vajon mi az? Medicina: Budapest.
6. Hunt, J. M., Marks-Maran, D. J. (1987). Az ápolási tervek – az ápolási folyamat működés közben. Egészségügyi Minisztérium: Budapest.
7. Keenan, G., Lober-Aquilino, M. (1998). Standardized nomenclatures: keys to continuity of care, nursing accountability and nursing effectiveness. Outcomes Management for Nursing Practice, 2, 81-86.
8. Potter, P.A., Perry, A.G. (1996). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina: Budapest.

[Vissza a tartalomhoz](#)

A női alkoholizmus ápolói megítélése

Töltösi Evelin

Széchenyi István Főiskola Egészségügyi és Szociális Intézet, Győr, Diplomás ápoló szak IV. évfolyam

Célkitűzés: A női alkoholizmussal szemben megnyilvánuló negatív előítéletek vizsgálata egészségügyi szakdolgozók (ápolók) körében.

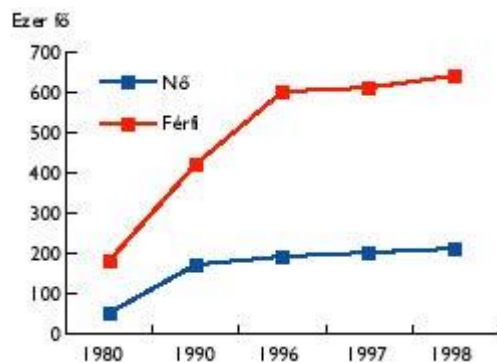
Módszerek és minta: Önkitöltős, kérdőíves módszerre épülő adatfelvétel két eltérő osztály (általános belgyógyászat és pszichiátria) ápolói között, összesen 113 személy bevonásával.

Eredmények: A megkérdezett ápolók egyharmada jellemhibának és nem betegségnek tekinti a női alkoholizmust. A megkérdezett ápolók nem szívesen gondoznak alkoholbeteg nőket, lehetőség szerint kerülik a velük való érintkezést. A betegeket 40%-ban agresszívebbnek, durvábbnak ítélik, mint a nem alkoholista betegeiket. A megkérdezettek 51%-nak a közvetlen családja is érintett az alkoholizmus elleni küzdelemben.

Következtetések: Az alkoholizmusban szenvedő nők az ápolók előítéletes gondolkodása miatt kevesebb törődést, megértést kapnak. A probléma súlyossága miatt indokolt lenne nagyobb hangsúlyt fektetni az ápolók mentálhigiénés képzésére.

Bevezetés

Amikor az alkoholizmusról beszélünk, legtöbbször a férfi alkoholizmusra gondolunk. Annak ellenére, hogy a női alkoholisták száma egyre jobban növekszik, hajlamosak vagyunk a jelenséget szigetszerű problémaként kezelni (1. ábra).

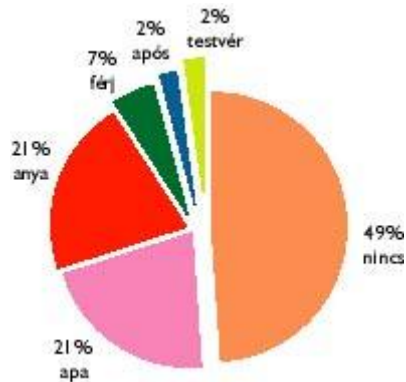


1. ábra – Az alkoholisták becsült száma (Forrás: OPNI)

Az alkoholizmus megítélésében nincs egységes paradigma. Sokféle modell létezik az alkoholizmus kialakulásának magyarázatára. Empirikus adatok igazolják, hogy az alkoholfogyasztásnak több kiváltó oka van. Az ún. pozitív motiváció esetén az alkoholbetegek ital fogyasztásukat pozitívan értékelik (“... mert úgy érzem, olyankor mindent elérhetek”). Negatív motivációról akkor beszélünk, ha az alkoholhoz való menekülés a problémák elfeledését szolgálja. Végül a semleges motiváció esetén a többi emberhez való alkalmazkodást, a szokást emlegetik.

Az alkoholizmus számtalan okra vezethető vissza. Azt, hogy kiből lesz alkoholista, a hajlamosító tényezők, úgy, mint biológiai okok, családi környezet kortárs kapcsolatok és a védelmi tényezők aránya dönti el. A legtöbb esetben az alkoholizmus mögött több ok húzódik meg egyszerre.

Az elmúlt évek jellemző tendenciája a női alkoholisták részarányának feltűnő növekedése, ennek oka, hogy egyes alkoholizmusra hajlamosító tényezők inkább a nőkre jellemzőek (Buda, 1985). A leggyakoribb hajlamosító tényezőket a 2. ábra mutatja be. Valkai (1986) kutatásai szerint sok nő a GYES alatt kezd el inni, jellemzően égetett szeszesitalokat fogyasztanak. A női alkoholizálás számos sajátosságot mutat, ma már a nők fokozott veszélyeztetettsége emelhető ki. Ez nyilvánul az alkohol okozta betegségek gyakoribb és gyorsabb jelentkezésében, a kedvezőtlenebb kimenetelben, és a fokozott biológiai sérülékenységben (Valkai, 1986).



2. ábra - Családon belül alkoholfogyasztó

Az alkoholbeteg nőkről általában elmondható, hogy kevés az önbizalmuk. Nem ritka, hogy önmagukról irreálisan negatívan gondolkodnak. Érzelmileg nagyon sérülékenyek, magukat a második nemnek, nem a másik nemnek tekintik. Vannak olyanok, akik szájalmat, részvétet éreznek irántuk, de sokan bélyegzik meg, címkézik őket. Ennek a vizsgálatnak a célja annak eldöntése volt, hogy létezik-e hasonló magatartás az egészségügyi személyzet körében is.

Hipotézisek

A vizsgálatban két alapvető hipotézist kívántunk elvetni.

1. Az ápolók általában előítéleteket fogalmazznak meg az alkoholbetegekkel szemben.
2. Az előítéletes gondolkodás az alkoholbetegek kezelését, gondozását szolgáló addiktológiai osztályokon dolgozókra is jellemző.

Vizsgálati módszer

Vizsgálatomat a győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház belgyógyászati és pszichiátriai osztályain végeztem. Az adatfelvétel kérdőíves módszerrel történt, a vizsgálat 113, alkoholbetegeket gondozó ápolóra terjedt ki. A párhuzamos felmérésben 76 belgyógyászati osztályon és 37 pszichiátriai osztályon dolgozó ápoló került beválasztásra. A beválasztás nem véletlenszerű módszerrel történt.

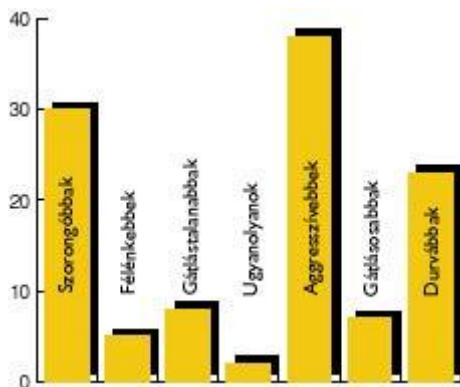
Eredmények

Az ápolók családtagjai között igen sok az alkoholizmusra hajlamos személy (2. ábra). A megkérdezettek közel felénél valamely családtag (vagy családtagok) rendszeres alkoholfogyasztók. Az ábráról kiderül, hogy kb. ugyanakkora mértékben alkoholfogyasztó a családokban az anya, mint az apa. Mindezek indokolhatják az ápolókban is kimutatott előítéletes gondolkodást. Az otthonról hozott modellek feltehetően a munkavégzés során is kihatnak az alkoholista személy megítélésére, ez magyarázhatja azt is, hogy alkoholista személyek ápolás gondot okozhat a személyzet egyes tagjainak.

Az alkoholista kifejezés mind a mai napig megbélyegző. Az ápolók az alkoholizmussal leginkább szociológiai tanulmányaik keretében, mint deviáns viselkedési formával foglalkoznak. Így jobban érthető, hogy a megkérdezettek több mint 2/3-a határozottan akarategyengének, jellemhibásnak látja az alkoholbeteg nőket (1. táblázat). A vizsgálatban résztvevők 40%-a agresszívebbnek gondolja őket már az előtt, hogy sor kerülhetne az első személyes kapcsolatfelvétellel (3. ábra). Elgondolkodtató, hogy mi lehet az oka ennek az ellenszenvnek.

	Fő	Százalék
Gyenge jellem	24	21,2
Beteg	20	17,7
Akarategyenge	38	33,6
Sajnálattraméltó	10	8,8
Segítséget igénylő	21	18,6
Összesen	113	100,0

1. táblázat - Az ápolók megítélése az alkoholfogyasztókról



3. ábra - Az ápolók szerint az alkoholbeteg nők

A válaszadók 21%-a az alkoholizmust jellemhibának, 33,6%-a akaratgyengeségnek tekinti (1. táblázat). Ennek megfelelően 54%-uk sajnálattal tekint az alkoholista nőkre, de magas azok aránya, akik megvetik (24,8%) vagy elkerülik betegeiket (5,3%) (2. táblázat). Az utóbbi két magatartásforma mindenképpen olyan anomáliára hívja fel a figyelmet, amelyet már a képzés során kezelni kell, hiszen az ápolás eredendő hitvallása a beteg segítése, legyen a szükséghelyzet és a beteg bármilyen.

	Fő	Százalék
Nem gondol semmit	12	10,6
Megveti	28	24,8
Szégyelli	6	5,3
Sajnálja	61	54,0
Elkerüli	6	5,3
Összesen	113	100,0

2. táblázat - Az ápolók megítélése az alkoholbeteg nőket illetően

Sokkal megdöbentőbb az a válasz, amelyet konkrétan arra a kérdésre adtak, hogy kedvelik-e az alkoholbeteg nők gondozását. A 4. ábráról leolvasható, a megkérdezett ápolók 34%-a egyáltalán nem szeret, 18% pedig nem szeret alkoholbetegekkel foglalkozni. Ez a tény feltétlen az ápolókat célzó mentálhigiénés képzés és továbbképzés szükségességét erősíti meg, jogszabályokra és kötelességre való hivatkozással sem az ápolók, sem a gondozásra szoruló személyek életét nem tesszük könnyebbé.



4. ábra - Az ápolók attitűdje az alkoholbeteg nőkkel végzett munkával kapcsolatban – Szeret-e alkoholbeteg nőket gondozni?

A megoldást is többféleképpen képzelik el a pszichiátrián és belgyógyászatban dolgozó ápolók. A vizsgálatban részt vevő belgyógyászatban dolgozó ápolók 24%-a a pszichológus segítségére számít, míg a pszichiátrián

dolgozók 20%-a a gondozóközpontok számának emelésével igyekeznének segíteni az alkoholbetegeken. Jelen van a büntetés lehetősége is, a belgyógyászatban dolgozóknál a pénzbírság 11%-ban, a szabadságvesztés 3%-ban javasolt megoldás. Nem kell felhívni a figyelmet ezeknek a nézeteknek a kötelező érvényű megváltoztatására. A pszichiátriai dolgozók továbbra is kötelező gyógykezeléssel orvosolják a problémát. Ezt a nézetet is meghaladta a gyógyítás és a társadalmi felfogás is, törvény szabályozza, hogy senkit nem lehet akarata ellenére kezelésre kényszeríteni. A belgyógyászatban dolgozók közül is sokan ezt a megoldást választják. Felmerül a kérdés, vajon csak ismerethiány miatt vélekednek így a megkérdozett ápolók?

A vizsgálat minden esetre mindkét hipotézis tekintetében megerősítő volt, az ápolók szélesebb körében és a szakgondozók között is jelentős előítéleteket mutatott ki az alkoholbetegek gondozásával szemben.

Következtetések, javaslatok

A vizsgálat során felmerült negatív előítéletek gyökerei a családi környezetben is megtalálhatók. Ez felveti, hogy az ápolóknak szükségük lenne mentálhigiénés segítségre saját problémáik feldolgozásában, amely hozzásegítheti őket előítéleteik levetkezéséhez, a betegekkel szembeni nagyobb empátiás készség kialakításához. Az is nyilvánvaló, hogy az alkoholizmus ápolástanát, lélektanát nem oktatják, de legalábbis kevés gyakorlati haszonnal. Ez mindenképpen az oktatási rendszer feladata lenne, felkészíteni az ápolókat a konfliktusmegoldásra, a változó mentálhigiénés háttérű betegek gondozására.

Szükségszerű az ápolók továbbképzése a betegjogok területén is, ismerniük és tisztelniük kell, hogy a beteg jogaihoz tartozik a választás, önmaga helyzetének, lehetőségeinek ismeretében, ehhez az ápolóknak reális értékelésükkel kell segítséget, információt nyújtani.

Javasolható, hogy a fenti problémák kezelésében az Egészségügyi Világszervezet által kiadott, az alkoholbetegek kezelésének és gondozásának széles társadalmi összefogásra épülő modelljével összefüggésben változtassunk az ápolás alkoholizmusban betöltött szerepén.

Irodalom

1. Allport, W. G. (1977). Az előítélet. Budapest: Gondolat Kiadó
2. Dr. Bálint, I. (1980). Válogatás az Alkoholológia I-IX. évfolyamából. Budapest: Medicina
3. Bóhm, A. (1997). A XX. Századi magyar társadalom. Budapest: Korona Kiadó
4. Dr. Buda B., Dr. Bonta M. (1985). Szemelvények az alkoholológia szakirodalmából. Budapest: Medicina Könyvkiadó
5. Csepeli, Gy. (1997). Szociálpszichológia. Budapest: Osiris Kiadó
6. Losonczy, Á. (1989). Ártó-védő társadalom. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
7. Valkai, Zs. (1986). Miért isznak a nők? Budapest: Magvető Kiadó

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Ápoláskutatás – pénzt, paripát, fegyvert?*

Dr. Zrínyi Miklós, Ph.D. (CWRU-USA), a NŐVÉR szerkesztője

*A 2002. 04. 26-án Gyulán, a Diplomás Ápolók IV. Találkozóján elhangzott előadás szerkesztett változata.

Megtisztelőnek érzem a feladatot, hogy az ápoláskutatás helyzetéről, annak szerepéről beszéljek Önöknek. Mint azt tőlem már megszokhatták, figyelemmel kísérem a jelent, de igyekszem előre haladni, a jövőbe tekinteni. Ez a mai rövid, pár gondolat is ennek jegyében készült.

Mire van szükségünk az ápoláskutatáshoz?

Ahhoz, hogy érdemben az ápoláskutatás jelenéről és jövőjéről beszélhessünk, két fontos tényezőt kell vizsgálnunk, ezek ugyanis alapfeltételei bármilyen jelenben vagy a jövőben kibontakozó ápoláskutatási tevékenységnek. Ez a két fogalomkör a rendelkezésre álló "szellemi" és a "tárgyi" infrastruktúra. A **szellemi infrastruktúra**, egyszerűsítve, a humán adottságokat jelenti, a felhalmozott tudást, amivel a kutatás útjára indulhat. A szellemi infrastruktúra alakulását döntően a képzés-oktatás, az egyetemi kultúra, a tudományos közösség kialakulása és működése határozza meg. A **tárgyi infrastruktúra** azokat az eszközöket (kutatói háttér, intézményrendszer, pénzügyi adottságok) jelenti, amelyek biztosítják, hogy a képzett kutatók elképzeléseiket a gyakorlatban is meg tudják valósítani.

Értelemszerű, hogy a két rendszer egymástól élesen nem elválasztható, az egyik nem létezik a másik megléte, támogatása nélkül. Előadásomban csak az egyszerűbb vizsgálat kedvéért választottam szét őket.

A szellemi háttér kialakítása

Ápoláskutatás nem létezhet két alapvető személy hozzájárulása nélkül, ezek a személyek: **az ápoláskutató és az ápolástudós**. A kettő néha egy és ugyanaz, máskor két különböző szakemberről van szó. Mindkettőre jellemző azonban, hogy egy szakmát sajátítanak el az ápoláson belül, a tudomány és kutatás megértése és használata éppolyan precíz és embert próbáló feladat, mint bármilyen speciális szakápolási területen felhalmozott tudás elsajátítása és gyakorlása.

Az **ápoláskutató** személyében egy klinikailag maximálisan felkészült, az egészségügy mindennapi gyakorlatában feltehetően felelős pozícióban dolgozó szakembert tisztelünk, aki speciális képzése során készség szinten sajátította el a kutatáshoz szükséges elméleti-módszertani ismereteket, képes önállóan kutatási problémák felfedezésére, és javaslatot tud tenni ezeknek a vizsgálatára. Az ápoláskutató ugyancsak képes ápoláskutatói vizsgálatok megszervezésére, nyomon követésére, de széleskörű kutatási ismeretei révén bármely interdiszciplináris munkacsoportban egyenrangúan kell részt vennie.

Ezzel szemben az **ápolástudós** olyan többlet elméleti felkészültséggel rendelkezik, ami lehetővé teszi számára, hogy figyelmét összpontosítsa, kifejezetten ápolástudományi problémák megoldására fókuszálja.

Az ápoláskutató a saját területének gyakorlati problémájára keres megoldást, az ápolástudós, felhasználva akár az ápoláskutató problémáit is, elméleteket készít, amelyek célja, hogy minél szélesebb körben és szakmai területen adjon kiszámítható magyarázatot az ápolási tevékenységek eredményére.

Az ápoláskutatót, ha nem is az általam vázolt tudással és képességekkel, gondolom, felismerték az egyetemi okleveles ápolók egyik énjében. Az egyetemi okleveles ápolók képzése, vélhetően a közeljövőben, tömegképzéssé válhat. Azonban ne legyenek illúzióink, az ápolástudósok képzése a világon mindenütt elitképzés. Az ápolástudós tagja egy szellemi elitnek, amely mindenképpen a tudomány irányítására hívatott. E nélkül a szellemi elit nélkül nem beszélhetünk ápoláskutatásról.

Többször idéztem már közös emlékezetünkbe, hogy a tudomány kezében eszköz a kutatás, a kutatás önállóan nem tudja magát irányítani. Hogy mit és miért kutassunk, abban az ápoláskutatónak is meghatározó szerepe van. De annak eldöntése, hogy a tudomány szempontjából fontos probléma-e a javasolt kutatás, vagy hogy milyen módszerekkel kutassunk, annak eldöntése az ápolástudós feladata. Egyszerűen azért, mert ő rendelkezik azzal a kompetenciával, ami az ilyen nagyságrendű feladatok megértéséhez és feldolgozásához szükséges.

Ha valaki azt hinné, hogy az ápoláskutató (egyetemi okleveles ápoló) és az ápolástudós (doktori végzettségű ápoló) között kibékíthetetlen ellentétek húzódnak meg, akkor téved.

A két személy szinergizmusára épül a kutatás gyakorlati megvalósítása. Ha a nyugati világ ápolástudományi publikációinak szerzői listáját vizsgáljuk, szembetűnik, hogy ritka az egy szerző által készített munka. Legalább két vagy több szerző jegyzi a komolyabb kutatásokat, ugyanis legalább ennyi ember fejében kell elférnie annak a mérhetetlen tapasztalatnak, amivel egy probléma megközelíthető. Ezért nem meglepő, hogy a szerzők között egyaránt ott van az ápolástudós és az ápoláskutató is.

Az elitképzések három lényeges kérdést vetnek fel. Ki fogja kiválasztani az elit tagjait? Ki fogja oktatni az elit tagjait? És milyen rendszer fogja befogadni, és munkával ellátni az elit tagjait?

Szemben a tömegképzésekkel, a doktori hallgatók kiválasztásához nem pontszámokat és felvételi eredményeket kell elsősorban megfontolnunk. Többet nyom a latban a kreativitás, a gondolkodási képesség tisztasága, az egyszerre absztrakt és részletes látásmód, az elkötelezettség, az elhivatottság, az öntudatosság. Ezek kizárólag olyan tulajdonságok, amelyek Florence Nightingale-től kezdve a XX. század legjelentősebb ápolástudósait jellemezték.

Őszintén szólva, nehéz kérdés arra válaszolni, ki fogja kiválasztani ezeket a személyeket. Észrevenni, és helyesen kiértékelni ezeket a tulajdonságokat csak az tudja majd, aki maga is rendelkezik velük.

Ha azonban nem a legjobbak, a legtehetségesebbek kerülnek majd kiválasztásra egy elitképzés során, az eredmény, a kutatás, a tudomány színvonala is csak olyan lehet majd, amilyenek a képviselőik.

Ki oktatja majd az ápolástudósokat?

A tengeren túl, ahol a doktori címet adományozták nekem, az a nézet a meghatározó, hogy ápolástudóst lehetőleg ápolástudós oktasson. Ez persze nem zárja ki, hogy az oktatásban mások is részt vehessenek, sőt. Minél szélesebb látókörrel rendelkezik az ápolástudós, annál nagyobb repertoárral foghat egy-egy tudományos probléma megközelítéséhez.

Egy azonban nem kérdéses: az nem lehet járható út, hogy ápoláskutatást, akár csak az egyetemi képzésben is, olyan szakember oktasson, akinek esetleg nincs ápolás területén szerzett végzettsége, klinikai tapasztalata, és az ápoláskutatásban szerzett gyakorlata.

Az a generáció, amely most fejezi be az egyetemi képzést, másodszor került olyan helyzetbe, hogy a szakdolgozatának megvalósításához szükséges tudást nem tudta megszerezni. Nem képesítették önálló kutatási munka megtervezésére, kivitelezésére, kiértékelésére, és az eredmények közreadására. (Zárójelben jegyzem meg, mint a Nővér ápolástudományi folyóirat szerkesztője, hogy nem elég a hallgatókat kötelezni arra, hogy publikáljanak, mert aki kötelezi őket erre, annak felelőssége is megtanítani a hallgatóit ennek a tudományára). Mindezeket nem merném ilyen nyíltan kijelenteni, ha nem lettem volna magam is felkért konzulens egyetemi

okleveles hallgató mellett, akinek a munkáján keresztül megismerve az ismerethiányok mélységét, az előbbi megjegyzéseim fenntartás nélkül vállalhatók.

Azt hiszem, hogy az egyetemet végzett ápolók előtt fog legelőször megnyílni az út az ápolásban szerethető doktori képzések felé. A doktori iskola elviekben az előzetesen elsajátított tudásra, a kutatói tapasztalatokra épít. Ilyen alapvető hiányosságok pótlása nem a doktori képzés célja lenne, ha erre már létrejött egy képzési fokozat. A doktori iskolának azt kellene tovább csiszolni, ami most hiányzik.

Ez azért is probléma, mert az említett ápoláskutató-ápolástudós szinergizmus sem jöhet létre akkor, ha a felek alulképzettsége akadályozza a szakmai kommunikációt.

Én, mint oktatási rendszeren kívülálló, nem nagyon javasolhatok, inkább egy megjegyzést teszek: hogy a nagyobb baj megelőzhető legyen, ideje lenne visszacsalogatni a képzésbe, ha másképp nem, hát óraadóként, azokat a kollégákat, akik az ápolás vagy a társtudományok területén is jelentős tapasztalatokat halmoztak fel, de céljaik vagy más kényszerek a pályától eltávolították őket. Az ő tudásukra szükség van, nem lehet ilyen magas színvonalú képzéseket ugyanabból az erőforrásból, ugyanabból a szellemi tőkéből megoldani.

Mit fognak oktatni az ápolástudósoknak?

Azt a kérdést, hogy miről fogják a doktori iskola hallgatóit oktatni azért sem feszegetem, mert ennek eldöntése sajátos módon sosem az ápolás kezében van, ugyanakkor a képzés piaci hasznosságát mégiscsak az határozza meg, hogy ez az új személy meg tudja-e oldani azokat a problémákat, amiket a többiek nem. Ha nincs érzékelhető különbség, akkor a szakma és a társadalom értetlenül néz ránk: mi ebben az újdonság?

Ahogy annak idején a diplomás ápolókat, most majd az egyetemi ápolókat, az ápoláskutatókat és tudósokat sem fogják tárt karokkal várni. Ha nem találjuk meg a helyüket, ha nem tudjuk legelső sorban magunk előtt elfogadtatni, hogy a kutatás, a tudományfejlesztés legalább olyan értékes és becsületes szakma, mint az ágy melletti beteggondozás, akkor az igény, hogy ész és értelem vezessen egy szakmát, halva született.

Ha nem tudunk olyan egyetemi kultúrát, légkört, oktatási rendszert kialakítani, amely a kutatót és a kutatást megbecsüli, támogatja, akkor az egészségügyi intézmények sem fogják többre becsülni a kutató munkájának hozadékát.

Most még időben lehetünk, optimista vagyok, hátha ezúttal nem tévesztjük szem elől sem a célt, sem az eszközt. Beszéltünk tehát arról, hogy az emberi tényezők hogyan befolyásolják a kutatás jövőjét. Nézzük meg azt is, hogy a tárgyi feltételek hogyan hatnak a kutatásra.

A tárgyi feltételek hatása a kutatásra

A kutatáshoz, ezt minden nevesebb egyetem és tudományterület tudja és érzékeli, kutatási infrastruktúrára van szükség. Ez az infrastruktúra széleskörű, kutatási eszközöktől kezdve (ebbe tartoznak a méregdrága laborfelszerelések, számítógépek és egyébek, pl. az orvostudományi, biokémiai kutatásban) a könyvtáron át a konferenciákon való részvételig minden beleszámít. Ehhez persze sok pénzre van szükség. A sok pénz önmagában nem elég, bár hasznos. A pénzt azonban jól kell befektetni.

Ilyen jó befektetésnek gondolom, amit már többször, több helyen elmondtam, javasoltam: egy **Nemzeti Ápoláskutatói Intézet** megalapítását. Arra a felvetésre, hogy nem korai-e egy ilyen intézet létrehozása, álljon itt érvnek az amerikai, a kanadai, a dán, a német, vagy a holland központ. Szeretném felhívni arra a figyelmet, hogy ezekben az országokban nem azért van ugyanilyen központ, mert annyi pénzük van, hogy van mire kidobni. Pont fordítva. Az ápolás szakemberei meggyőzték a kormányzatot arról, hogy a hatékony ápolás pénzt takarít meg. Hatékonyságot azonban csak kutatással lehet növelni. Ehhez azonban először pénzre van szükség, ám a megtakarítás megéri majd a befektetést.

Javaslat egy Nemzeti Ápoláskutatói Intézet létrehozására

Mi lehetne a feladata az Ápoláskutatói Intézetnek? Egyrészt egy önálló, szakmailag független, a lakosság egészségi állapotát is figyelembe vevő **kutatási portfólió összeállítása**. Ez röviden annyit jelent, hogy évekre előre el kellene dönteni, mely kutatási témák és területek élvezzenek elsőbbséget. Erre azért van szükség, mert a főiskolai és egyetemi szintű kutatási témák általában partikuláris érdekeket képviselnek, nem összefogott kutatási erőfeszítésnek részei. Az egyéni érdeklődés azonban gyakran nem esik egybe azzal, ami a társadalmi vagy tudományos szükséglet.

Másrészt, rendelkeznie kellene az önálló kutatásra szánt, **önálló költségvetésből származó pénzek elosztásáról**. Ez tehát azt jelenti, hogy az ápolás maga dönt arról, hogy a neki szánt pénzeszközöket milyen kutatásra használja fel. Értelemszerűen ebben vezető szerepet játszik a társadalmi szükséglet is. Bízunk azonban a komoly ápolástudományi szakemberekre annak eldöntését, hogy az ápolás számára mi a fontos, és hagyjunk fel azzal a kísérletezéssel, hogy az ápoláskutatás leple alatt a társtudományok tudásbázisát fejlesszük tovább.

Az önállósággal lehetővé válik folyamatos programok kidolgozása, ugyanis az ápoláskutatás nem függ az aktuális pályázati rendszertől, a külső alapítványi és egyéb forrásoktól, sem az adott intézmény erőforrásaitól. Mindez lehetővé teszi, hogy az egyéni kutatók elképzelései integrálódjanak az Ápoláskutatói Intézet programjaiba való pályázással, ami szakmai garanciát jelent arra, hogy a befektetett pénz valós kutatási

igényeket elégíti ki.

Az Ápoláskutatási Intézet további célja az **elektronikus infrastruktúra kialakítása** is. Kötelezően regisztrálná, és elektronikus hozzáférhetővé tenné az ország összes felsőfokú ápolóképző intézményében készült szakdolgozatot és disszertációt, és ezzel pontot tenne a tudás elérhetetlenségére. Bemutatná az éppen folyamatban lévő tudományos műhelyek projektjeit, a kutatási trendeket. Feldolgozná, és elérhetővé tenné a hazai ápolási szakirodalom összes publikációját, illetve megvásárolná annak elektronikus jogát, hogy a CINAHL angol nyelvű, a világ vezető ápolástudományi adatbázisának teljes szövege írásai között bármely kutatni vágyó ápoló eligazodhasson.

Egy ilyen intézet ideje korán vonná be a munkába a hallgatókat is **hallgatói ösztöndíjrendszerén** keresztül. Lehetőséget adna arra, hogy a legkiválóbb hallgatók önálló munkát javasoljanak, ilyen esetben olyan szakmailag képzett mentort kapnak munkájukhoz segítségül, akinek az irányítása a garancia a munka minőségére. De lehetőség lenne arra is, hogy egy már folyamatban lévő kutatási munkába kapcsolódjon be a hallgató, aki ezáltal a professzionális kutatás technikáját sajátíthatja el, magasan képzett résztvevők társaságában.

A tudomány és a kutatás is gyorsan változik. Ez az intézmény képviselné a **kompetenciát, az irányelveket** az ápoláskutatásban. Közzétenné azokat a szakmai ajánlásokat és szabályokat, amelyeket minden kutatónak figyelembe kell vennie, módszertani útmutatást nyújtana a kutatási területek fejlődésével kapcsolatban.

Ugyancsak erre az intézményre vár a feladat, hogy közlésegye azokat a témajavaslatokat, amelyeket szakmai kollégiumának szakértői állítanak össze, és amelyek a **kutatás irányát** jelentik az adott időszakra. Ez egész pontosan azt jelenti, hogy pl. a népegészségügyi programhoz igazodva, 2002 és 2006 között az ápoláskutatás is a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában próbál támogatást adni. Vagy, ha figyelembe vesszük, hogy a század első évtizede az Egészségügyi Világszervezet szerint a "csont és ízület évtizede", akkor az ápoláskutatásnak is illik erőket koncentrálni a mozgásszervi betegségek tanulmányozására. Azt is tudjuk, hogy egyre súlyosabb gond a mentális-pszichés megbetegedések magas száma, ami tegyük hozzá, sajnos az ápolók között is egyre gyakoribb, érdemes tehát erre is figyelmet fordítani az ápoláskutatás szervezése során. A sor folytatható lenne, hogy mi legyen a prioritás, ehhez kell egy koordinátor intézet megjelenése.

Bár a kutatók attól a ponttól, hogy belépnek a tudomány világába, folyamatos önképzésben vesznek részt, ugyanúgy részt kell vegyenek **folyamatos továbbképzésben**. Ehhez a tudás és kompetencia ebben az intézményben állna rendelkezésre. Továbbmegyek: továbbképzést szolgál a kutatási eredmények megismertetése is. Ehhez hozhatná létre az intézet az **Ápoláskutatás** folyóiratot, ami egyszerre adna hírt a legfrissebb kutatási eredményekről és a módszertani ajánlásokról is.

Az ápolás nemzetközi szakma, az ápoláskutatásban is léteznek nemzetek közötti összefogások. Egy ilyen intézet közös mederbe tudja terelni a **nemzetközi kooperációt** is, szelesebb környezetet biztosítva a hazai szakemberek külföldön történő továbbfejlődésének.

Végezetül ne feledkezzünk meg arról sem, hogy az ápolás tudományos bizonyítékokon alapuló szakma, amihez idehaza csak a tudományos bizonyítékok hiányoznak. Az intézet működése tehát valóságossá tenné a **bizonyítékok felhalmozását**, hozzájárulna a bizonyítékok kiértékeléséhez, javaslatot tehetne a bizonyítékok oktatásba és gyakorlatba történő átültetéséhez.

Hát kérem szépen, se több, se kevesebb nem kell a jó kutatáshoz. A képzett emberfő, aki a szellemet adja, és a háttér, ami az eszközt jelenti a szellem szárnyalásához.

Mi adhatja egy ilyen grandiózus munkához az igazolást?

Talán mindannyian emlékszünk arra, hogy 2000-ben a magyar egészségügyi miniszter is aláírta az Egészségügyi Világszervezet müncheni deklarációját az ápolók és szülésznők szakmai fejlődésének elősegítéséről. Ebből idéznék most egy gondolatot. A szöveg az alábbiak szerint szól:

“ARRA ÖSZTÖNÖZZÜK az EVSZ Európai Régiójának illetékes hatóságait, hogy fokozzák az ápolás és szülésznőség megerősítését szolgáló tevékenységüket, oly módon, hogy:
– támogatják a kutatást és az információk terjesztését az ápolói és szülésznői gyakorlat **tudás- és bizonyíték-alapjainak kidolgozása érdekében.**”

Ez a felszólítás, és akkori egészségügyi miniszterünk kézjegye a dokumentumon, kötelez. A hazai illetékes hatóságokat mindenképpen, de ha mi, ápolók, nem lépünk fel a deklaráció elveinek megvalósulásáért, a papír csak a nyomdafesték értéke marad.

Végezetül hadd idézzem fel Florence Nightingale 1859-ben megjelent híres, “Feljegyzések az ápolásról” kötetéből az alábbi záró gondolatot, ami a megfigyelés és a tények rendszerezésének fontosságára hívja fel a figyelmünket. Azért e kettőt választottam befejezésül, mert minden kutatási tevékenység alapját képezik. Így szól az idézet:

“*Miközben a pontos és objektív megfigyelés életbevágó fontosságát hangsúlyozzuk, sosem szabad szem elől tévesztenünk azt az indokot, amiért is a megfigyeléseket végezzük. Mert a megfigyelés nem azt a célt szolgálja, hogy egymásra halmozzunk mindenholnan összeszedett információkat és kíváncsiságunkat fokozó tényeket, hanem hogy az egészséget növelje, és életet mentsen.*”

Az ilyen kutatásokhoz kívánok Önöknek tudást, szerencsét és kitartást.

Autista gyermek a családban

Krausz Mariann, Mészáros Judit

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar

Az autizmus jelenségeiről az egészségügyi dolgozók – szakellátók kivételével – általában keveset tudnak.

Különösen nem ismerik azt, hogy a család számára mit jelent egy autista gyermek.

A közlemény interjú alapján egy autista gyermeket nevelő anyát mutat be, és az ebből levont következtetéseket ismerteti.

Mindezeket azoknak a figyelmébe ajánljuk, akik – ha ritkán is – találkoznak ilyen problémás családokkal, azért hogy jobban megértsék őket és keressék a segítség különböző formáit.

Az autizmus jelenségével minden ápoló, védőnő, orvos vagy tanár találkozott, de legtöbbször csak tanulmányaik, olvasmányaik során, és így ennek is, mint minden ritka kórképnek az a sorsa, hogy keveset tudunk róla.

Egyes számítások szerint az előfordulási arány 0,04-0,05%-os. (Janetzke, 1995). Magyarországi gyakoriság is ekkörül lehet.

Munkánkban nem kívánunk az autizmus megnyilvánulási formáival, tüneteivel, terápiájával foglalkozni. (Az ezekről szóló magyar nyelven megjelent könyvek egy csoportjának listáját közöljük.) Célunk az, hogy bemutassuk, hogy az autista gyermek mit jelent a család számára, annak érdekében, hogy az ápolók, védőnők és egyéb egészségügyi dolgozók jobban megértsék az ilyen családokat. Úgy véljük, hogy a megértés a segítség első lépése.

Az autista gyermek kommunikációs hiánya, magatartásproblémái, fejlődésük prognózisának bizonytalansága, gondozásukkal kapcsolatos nehézségek, a környezet értetlensége a család számára stressz rizikó faktort jelent.

Hankis és társai (1991) a stresszel való megbirkózás két lehetséges módját mutatják be. Egyrészt szülő neveléssel, információs programokkal a szülőknek segítenek abban, hogy a környezetük szemléletét megváltoztassák, másrészt önszorgító csoportok létrehozásával segítik a szülőket abban, hogy a stressz számukra elviselhető legyen.

Teamünk gyógypedagógus tagja három, egyenként 2-21 órás interjút készített egy autista gyermek anyjával, aki szülői tapasztalatairól beszélt. Jelen munkánkban ezen interjúk alapján készült esettanulmány (Krausz, 2002) következtetéseit kívánjuk bemutatni, amelyek jól tükrözik azokat a problémákat, amelyekkel az autista gyermek családjában meg kell küzdeni.

Az interjú alanya Kanadában élő egyedül álló anya, Katalin M, 2 fiúgyermekkel. Az idősebb fiú egészséges és néhány éve már önálló életet él. A fiatalabb fia nagyon kis súllyal (1700 gr) született és 4 hetes korában engedték haza. A kisfiú 6 hónapos korában az anya elvált a férjétől és gyermekeit szülei segítségével egyedül nevelte.

Kisebbségi fia 4 éves korában diagnosztizálták az autizmust. Ezután az anya és gyermekei különféle programokhoz jutottak, így fogyatékos iskola előkészítő, iskola utáni foglalkozás, egy héten egyszer támogató munkás és testvér csoport a nagyfiúnak. Az autista gyermek az interjú idején 19 éves, nagyon kevés praktikus képességgel rendelkezik és csak néhány kommunikációs jelt használ, egy lakóotthonban lakik.

A diagnózis megszületése

A legtöbb autista gyermek szülei a gyermek második életévében veszik észre, hogy a gyermekük nem úgy fejlődik, mint a többi gyermek. Katalin a fia egy éves kora körül vette észre, hogy megváltozott a viselkedése, arca kifejezéstelenné vált. Kimaradt a fejlődéséből a gagyogás is. Az orvosok azzal biztatták, hogy majd utoléri kortársait. Az anyát a bizonytalanság és az a tudat, hogy a gyermek nem kapja meg a számára szükséges terápiát, arra késztették, hogy "kiharcolja" a diagnózist. Ez a gyermek 4 éves korában született meg.

Szembesülés az autizmussal

A diagnózis felállítása után a gyászolás, az elfogadás és a jövőre felkészülés folyamata következett. Az anyában a remény és a tagadás egyaránt jelen volt. Az volt számára a legnehezebb, hogy a fiától semmiféle visszajelzést nem kapott. Ez az időszak volt az, amikor Katalin végérvényesen szembesült a ténnyel, hogy gyermeke az autizmus súlyos formájában szenved. Már 10 éves volt, amikor úgy érezte, hogy a fia (talán?) felismeri őt.

“Gyümölcstelen áldozatok”

Katalinnak sokszor háttérbe kellett szorítania saját szükségleteit ahhoz, hogy gyermeke változó igényeit ki tudja elégíteni. Bár hisz abban, hogy a sok áldozat pozitív hatással volt fia életére, mégis úgy érzi, hogy nagy árakat fizetett érte.

Mindennapi élet

Interjúalanyunkat nagyon frusztrálta az a tény, hogy a gyermeke gondozása hihetetlenül nehéz feladat volt és állandó kudarcok érték.

Az autista gyermek szüleiben általános a túlterheltség és gyakori a büntudat, amely a nehézségek okának tisztázatlanságából fakad. (Jenetzke 1995)

Szerencsére Katalint segítették a szülei, barátnője és munkatársai. Igen hasznos segítséget nyújtott egy “Szülő Segít Szülőt” szervezet is.

Ilyen szervezet Magyarországon is van l. az Autizmus Alapítvány kiadványaiban.

Évek során Katalin bekapcsolódott különböző autista szülői szervezetekbe, de ahhoz, hogy önmagát megvédje, limitálnia kellett a szervezetekben végzett munkát. Lehet, hogy az is egyfajta önvédelmi aktus volt, hogy autista fiát 10 éves korában lakóotthonba adta.

Megfelelő ellátás elérése

Végiggondolva Katalin történetét, talán az jelentette számára a legnagyobb stresszt, hogy nem tudta ellátni a fiát, mivel nem volt iskola előtti és iskola utáni program, ahol felügyelni tudták volna. Így bele volt kényszerítve abba, hogy gyermekét lakóotthonba adja, mielőtt mentálisan érett lett volna erre a döntésre.

A lakóotthonban Katalin továbbra is fenntartotta kapcsolatát a fiával, az iskolát pedig ahova jár, különösen jónak tartja.

Az anya, mint tanár

Katalin számára fárasztó munkát jelentett az egyszerű önellátó és szociális készségeket megtanítani a fiának.

Visszatekintve úgy gondolja, hogy csak úgy lehet valamit megtanítani, ha addig ismétlik, amíg a magatartás készsége válik. Az autista fiú jelenleg 19 éves. A lassú fejlődés eredményeként egyedül eszik kanállal és villával, önállóan használja a WC-t. Az egyszerű kifejezéseket megérti, így megkönnyíti az anyja számára a kapcsolattartást. Katalin most a praktikus készségek tanításáról a szabadidős tevékenységek tanítására tért át.

Remények és félelmek

Katalin reményei a fia jövőjével kapcsolatban sokszor változtak. A praktikus készségek fejlődése reményeket fakasztott. Félelme abból ered, hogy fiának nincs veszélyérzete. Ezért számos védőmódszert kell alkalmazni. A pubertáskor pedig újabb félelmeket hozott, mert a fiú pszichoszexuális fejlődése addig ismeretlen problémákat vetett fel.

A környezet reakciói

Az autista gyermek magatartását az idegenek, a szomszédok többnyire nevelatlenségnek, a szülői nevelőképtelenség jelének tartják (Janetzke 1995.) Katalinnak is sok stresszt okozott az emberek reakciója a fia viselkedésére. Ha kérdeznek a fiáról, megpróbálja elbagatellizálni a problémákat. (Küzd azért, hogy ne szégyellje a fiát.)

Az autista gyermek testvére

A testvérek számára nehézséget jelent, hogy érzik, hogy valami nincs rendjén, de fogalmuk sincs, hogy mi lehet az. Nem könnyű tudomásul venni, hogy a gyönyörű kisbaba egyszerűen keresztül néz rajtuk. Katalin nagyobbik fia is nagyon szeretett volna kapcsolatot létesíteni az öccsével. Ezt úgy próbálta elérni, hogy az anyja által alkalmazott magatartási módszerek szerint foglalkozott az öccsével, így néha egy kis szabad időt biztosított az anyjának. Ugyanakkor Katalin számára egy újabb stresszt jelentett, hogy állandóan szorongott amiatt, hogy egészséges gyermekét elhanyagolja. A nagyfiú a gyászban és a fájdalomban is osztozott az anyjával.

Szétesés

Katalin sokáig úgy érezte, hogy a fia autizmusával és a családi problémáival (egyedül nevelte gyermekeit) meg tud birkózni. Most, hogy már a fiai önálló életet élnek, van ideje önmagára is. Most derült ki, hogy a stressz, amit átélt, utólag is hat rá. Kezelő orvosa azt mondja, hogy megkésett stressz- szindrómája van. Meg kell tanulnia élni az állandó szülői felelősség nélkül. Újra kell tanulnia a független élethez szükséges készségeket. Jövőjét bizonytalanul látja. Az “üres fészek” okozta depresszió rámutat arra, milyen fontos lenne a szülők számára egy olyan fajta támogatás, ami arra irányulna, hogy hogyan tudnak sikeresen alkalmazkodni ahhoz az állapothoz, amikor a gyermek már nem velük él.

Irodalom

1. Balázs Anna: Pedagógiai irányelvek: az autista, autisztikus, pervazív fejlődési zavarban szenvedő gyermekek fejlesztéséhez, neveléséhez, tanításához (Balázs Anna, Őszi Patrícia, Prekop Csilla és az Autizmus Kutatócsoport munkatársai. Bp. Kapocs: az Autizmus Alapítvány Könyvkiadója (1997).
2. Balázs Anna: Autista a testvérem. Bp. Kapocs: (1998)
3. Frith, Uta: A rejtély nyomában. Bp. Kapocs: (1991).
4. Janetzke, Hartmut R.P.: Autizmus. Hajdúhadház, Élmény Kvk. (1995).
5. Joliffe, Therese: Egy személyes beszámoló. Bp. Kapocs: az Autizmus Alapítvány Könyvkiadója (1997).
6. Krausz, Mariann: Egy anya tapasztalatai autista fiával. Autism: The International Journal of Research and Practice. (közlés alatt)
7. Lord, Catherine: Autizmus és pervazív fejlődési zavarok. Bp. Kapocs: az Autizmus Alapítvány Könyvkiadója (1996).
8. Park, Clara Clairbone: Autista a kislányom. Budapest, Medicina, (2001).
9. Peeters, Theo: Az elmélettől a gyakorlatig. Bp. Kapocs: az Autizmus Alapítvány Könyvkiadója (1997).
10. Segar, Marc: Életvezetési útmutató Asperger szindrómában szenvedő emberek számára. Bp. Kapocs: az Autizmus Alapítvány Könyvkiadója (1997).
11. Williams, Donna: Léttelenül – Egy autista nő naplójából. Budapest, Animula (1999).
12. Williams, Donna: Az autizmus egyes szám első személyében – Újító szándékú pillantás az autizmusra és a vele rokon jelenségekre. Budapest, Pannonica (2001).
13. Wurst, Elisabeth: Autizmus. Bern (etc.): Hans Huber, (1981).

[Vissza a
tartalomhoz](#)

A rendi ápolók történetéről Ápolórendekre és ápolóközösségekre emlékezve – 2. rész

A Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza Otthonápolási Osztályának ápolástörténeti gyűjteménye alapján készült kiadványnak folyóiratunk számára szerkesztett anyaga. A kiadványt összeállította: Kocsis Istvánné, megjelent a Millennium évében.

Kocsis Istvánné

Bethesda Otthonápolási Szolgálat, szolgálatvezető főnövér

Irgalmas Nővérek, Páli Szent Vince szeretetleányai (Filles de la Charité de Saint-Vincent de Paul)

A társulat története

A Társulatot Páli Szent Vince (1589-1660) és Marillac Szent Lujza (1660) alapította 1633-ban Párizsban. Szent Vince, létrehozva az első klauzúra nélküli női közösséget, így határozta meg a "szeretetleányok", az irgalmas nővérek élethivatását:

"Szeressék és kövessék Urunkat, Jézus Krisztust, a szeretet forrását és példaképét. Szolgáljanak neki testileg és lelkileg a szegények személyében, legyenek azok akár betegek, akár gyermekek, akár foglyok vagy olyanok, akik szígyellik megvallani szegénységüket..."



Gyógyszertár

*Szent Vince alapította az első ma is teljes felszereléssel meglevő
gyógyszertárat Franciaországban.*



Páli Szent Vince szeretetlányai

Az irgalmas nővérek életkerete: "... kolostoruk a betegek háza, cellájuk egy bérlakás, kápolnájuk a plébániatemplom, kolostorfolyosójuk a város utcái és a kórházak betegszobái, klauzúrájuk az engedelmesség." Mottójuk: *"Krisztus szeretete sürget minket!"* (2Kor 5.14). Az irgalmas nővérek minden évben március 25-én tesznek fogadalmat egy esztendőre. Negyedik fogadalmukkal a szegények szolgálatára kötelezik el magukat. Főbb munkaterületeik: betegápolás, szegénygondozás, árvák nevelése, börtönpasztoráció, szegény gyermekek tanítása, hajléktalanok gondozása. A társulat mindmáig a legnagyobb létszámú női szerzetesközösség: 74 országban kerekén 32 000 irgalmas nővér szolgálja a szegényeket kb. 3300 intézményben. Közel 6000 nővér missziós országokban tevékenykedik.

A Társulat Magyarországon

Magyar földön első házukat Széchenyi Franciska alapította Pinkafőn 1852-ben, majd 1853-ban Pesten, a Terézvárosban is megkezdték szolgálatukat. Az önálló magyar rendtartomány központi háza 1905-ben nyílt meg Budán, a Ménesi úton. A magyar irgalmas nővérek összesen 94 helyen működtek. A nagyvárad tartományhoz tizenöt helység intézményei tartoztak. A magyar irgalmas nővérek elsősorban a betegápolás és szegénygondozás területén tevékenykedtek, de egyre nagyobb számban vettek részt a tanítás és nevelés munkájában. Sajátos gondozó és nevelő-tanító szolgálatot végeztek a márianosztrai női fegyintézetben: házi-, kézi- és kerti munkára tanították a foglyokat, írni-olvasni az írástudatlanokat, és nem utolsósorban lelki segítséget nyújtottak a börtönlakóknak. Iskoláik voltak az ország minden részén. Az 1950-es feloszlásakor a magyar rendtartományt 1421 irgalmas nővér alkotta. Négy évtized múltán létszámuk 340, 1990-ben öt nővér betegápoló szolgálatot kezdett a budapesti ORFI-ban.



*A régi és a jelenlegi
rendi öltözék*

Az alapítók tanítása szerint: Amikor a szeretet megkívánja, Istent is el kell hagynia Istenért, akár a misét is, ha egy szegénynek kell segítenie. Ahol a szegényt, a szenvedőt találja, ott biztosan megtalálja Istent. A szeretet mellett az irgalmas nővér alaperénye az alázat és az egyszerűség. Monsieur Vincent szerint a társaság addig marad fenn, amíg ez a három erény él a nővérekben.

Páli Szent Vincéről nevezett szatmári irgalmas nővérek (Congregatio Sororum Caritatis de Szatmár)

Történeti visszatekintés

Isten szolgálója, Hám János (1781-1857) szatmári püspök, miután külföldön megismerkedett a Páli Szent Vincéről nevezett gumpendorfi (Bécs) irgalmas nővérekkel – akik egy strassbourgi kongregációból származtak –, magyar

leányokat küldött hozzájuk szerzetesi kiképzésre. A hazatért kis csoporttal alapította meg 1842-ben a szatmári irgalmas nővérek kongregációját. Az új szerzetesközösség szellemi atyja Páli Szent Vince volt.



*Szatmári irgalmas nővér
korhű öltözetbe*



*Páli Sz. Vincéről nevezett szatmári
irgalmas nővérek (Esztergomban ma)*

Az alapító elgondolása szerint a Társulat célja: nőnevelés, az irgalmasság testi és lelki cselekedeteinek gyakorlása, de nem csupán kórházakban és intézményekben, hanem mindenütt megkeresve a szegényeket, elhagyatottakat és betegeket. Az irgalmas nővérek az Úr Jézust szolgálják minden embertestvérükben. Az irgalmas nővéreket az őszinte alázat, a bizalom, a vidámság, a kölcsönös tisztelet és testvéri szeretet hatja át. Kihhasználják a mindennapi élet apró lehetőségeit, hogy egymásnak örömet szerezzenek. Osztognak egymás örömeiben és szenvedésében. A közös hivatás és a közös cél egy családdá forrasztja őket.

A kongregáció gyorsan növekedett. A szatmári irgalmas nővérek egymás után nyitottak iskolákat, szerveztek árvaházakat, szociális otthonokat, építettek kórházakat. Megtalálták az utat a börtönök foglyaihoz, s elindultak a távoli kínai misszió felé is...

Idővel a kongregáció már négy tartományt foglalt magába. Az anyaház Szatmárnémetiben volt, a magyarországi központ Esztergomban, az erdélyi Gyulafehérvárott (ahol 1858 óta működtek), a szlovákiai tartományé Rózsahegy, végül a kínai misszióé Paoking városa. A négy tartományban összesen 80 házban és intézményben szolgálták a legszegényebbeket. A magyarországi tartományban 1950-ig kerekén 600 szatmári irgalmas nővér végezte áldozatos szolgálatát 23 intézményben. Közéjük tartozott a szentség hírében elhunyt Gamauf M. Chrysostoma (1891-1977) nővér.

A szerzetesi képzés egy év jelöltidővel kezdődik. Ezt követi két év noviciátus, hat év ideiglenes fogadalom, végül örök fogadalom.

“Ne felejtjük el: ha hivatásunkban hűek maradunk, ezt csak az imának köszönhetjük. Ha eredményeket érünk el munkánkban, az imának köszönhetjük. Ha kitartunk a szeretetben, az imának köszönhetjük.” (Páli Szent Vince)

Az Istenes Szent Jánosról elnevezett betegápoló irgalmas rend

A rend története

A Portugáliában született Istenes Szent János 1537-től teljesen a betegek és szegények gondozásának szentelte életét. Hivatását a spanyolországi Granadában kezdte, ahol mindenfajta beteget és szűkölködőt egybegyűjtött és páratlan leleményességgel teremtette elő a testi és lelki gondozásukhoz szükséges eszközöket. Az 1550-ben bekövetkezett halála után társai folytatták munkáját. Spanyolországban néhány kórházat alapítottak, majd Itáliában is megkezdték működésüket. Pápai jóváhagyással 1571-ben szerzetesrenddé alakultak. A Rend központja Rómában, a Tiberis szigetén létrehozott kórházuk lett. A rend 1650-ben már 18 rendtartományban 236 kórházzal és 12 566 betegágygal rendelkezett. Irgalmas rendi kórházak 1867-ig csaknem egész Európában, sőt Ausztráliában, Afrikában és a Fülöp szigeteken is létrejöttek; 1998-ban már 50 országban ápoltak naponta 40–50000 embert.

Az alapítót VIII. Sándor pápa 1690-ben szentté avatta, 1886-ban pedig a földkerekség összes kórházának és betegeinek mennyei pártfogójává, majd 1930-ban a katolikus kórházak és betegápoló társulatok védőszentjévé avatták.

Az Irgalmas Rend Magyarországon

Magyarországon 1650-ben létesült az Irgalmas Rend első rendháza Szepesváralján; 1834-ig 13 rendház és kórház létesült (Pozsony, Eger, Temesvár, Pápa, Kismarton, Nagyvárad, Vác, Pécs, Szokolca, Zágráb, Szatmárnémeti, Budapest /1806/).

Az Irgalmas Rend kórházait és azok működtetését biztosító birtokait és házait is államosították 1950-ben. Az 1989-es rendszerváltás megteremtette az ingatlanok visszaadásának törvényi lehetőségét. A Rend a pécsi, a váci

és a budapesti kórház épületeit igényelte csak vissza. A váci volt irgalmas rendi kórházat 1995. óta a Magyar Máltai Szeretetszolgálat működteti. A pécsi kórház tulajdonjogát a Rend visszakapta, de a Pécsi Orvostudományi Egyetem gondjait figyelembe véve birtokosi jogait átmenetileg nem gyakorolja. A Rend budapesti kórháza BUDAIRGALMAS RENDI KÓRHÁZ néven, az ORFI-ból kiválva, a saját tulajdonát képező épületekben 2000. július 1-jétől kezdte meg tevékenységét.



*Ünnepélyes diplomaátadás
az Irgalmas Rend 1978 óta
működő bécsi ápolóképző
iskolájában*

Szent Kamill rendje Magyarországon

A Kamilliánusok 1765-ben telepedtek le Győrben. A Kálvária utcában építettek templomot és kolostort (a mai Szent Kamill templomot és plébániát). A betegeket otthonaikban és kórházakban ápolták. Hitvallásuk: *“Az aratás nagy, de a munkás kevés”*. Áldásos tevékenységüket II. József császár 1785-ben megszüntette, amikor a szerzetesrendeket feloszlatta, és a szerzetes papokat kényszerítette, hogy világi papokként működjenek tovább. Az osztrák Kamilliánusok 1984 óta kapcsolatot kerestek magyar laikus csoportokkal, különösen azok mozgássérülteket segítő közösségeivel; 1991 óta Magyarországon is működnek Kamilliánus Családok, amelyek létesítését Ausztriából kezdeményezték. A Kamilliánus Családoknak saját szervezetük, munkamódszerük és vezetésük van. A magyarországi Kamilliánus Családokat egy államilag is bejegyzett egyesület, a *“Magyar Kamilliánus Családok Társasága Egyesület”* fogja össze. Ennek székhelye Budapesten van. Az 1996. év elején több Kamilliánus Család működött az országban mintegy 550 taggal. További családok létesítése is folyamatban van.

A Kamilliánus atyák 1995 júliusában újra visszajöttek Magyarországra Ausztriából és Lengyelországból. Nyíregyházán is működnek a kórházi betegpasztorációban, szociális otthonokban, illetve a betegek és mozgássérültek pasztorációja megszervezésében a Debrecen-Nyíregyházi Egyházmegyében.

“Az aratás nagy munkájában szükségünk van papokra, szerzetesekre, nővérekre és munkatársakra a Kamilliánus Családokban, valamint lelkipozásra a kórházakban, betegápolásra az öregek otthonaiban, a haldoklóknak nyújtott támogatáshoz, a fogyatékosok ellátására, szociális gondozásra, a Kamilliánus Családok lelkipozására, a harmadik világ egészségügyi megsegítésére.”



*Kamilliánusok korhű
öltözékben*

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Tallózás a sebkezelés témaköréből

Sterilen vagy nem aszeptikusan végzett posztoperatív sebkezelés?

Az amerikai ápoláskutatók által készített vizsgálat arra keresett választ, hogy okoz-e érdemi eltérést a sebgyógyulás folyamatában illetve a költségek tekintetében, ha a sebészeti beavatkozást követően a sebellátást steril vagy nem aszeptikus módon végzik.

Gasztrointesztinális beavatkozáson átesett személyek sebgyógyulási folyamatai között végeztek összehasonlítást, a két csoportot 15-15 férfi és nő alkotta, átlag életkoruk 40,6 (± 13) év volt. A betegeket véletlenszerűen sorolták egyik vagy másik csoportba. A steril vagy nem aszeptikus sebellátást az első posztoperatív kezdték és az

elbocsátásig folytatták napi 3 alkalommal. A sebgyógyulás különbségeinek kimutatására Mann-Whitney U-próbát, a költségelemzésre t-próbát alkalmaztak.

A betegek gondozása 3-tól 9 napig tartott. A két csoport résztvevőinek életkora, a seb típusa, általános állapota és tápláltsága valamint folyadékháztartása kezdetben azonos volt. Az elbocsátáskor mért eredmények alapján a két csoport között a sebgyógyulásban nem volt értékelhető különbség. Ugyanakkor az átlagos költségek a nem aszeptikus csoportban jóval alacsonyabbak voltak.

Az eredmények alapján a steril sebgondozás előnyei nem egyértelműek. A szerzők azonban felhívják a figyelmet, hogy a pilot vizsgálat eredményeit nagyobb mintában meg kell erősíteni, mivel a másodfajú statisztikai hibát nem lehetett egyértelműen kiküszöbölni.

Stotts, N.A. et al. (1997). Sterile versus clean technique in postoperative wound care of patients with open surgical wounds: a pilot study. Journal of Wound, Ostomy and Incontinence Nursing, 24, 10-18.

Sebfájdalom: két módszer az enyhítésre

Az itt bemutatott vizsgálat a sebészeti beavatkozást követő metszésből származó fájdalom intenzitását hasonlította össze két eltérő eljárás alkalmazása során. A szerző két betegcsoportot hozott létre, a kísérleti csoportban a varrat eltávolításáig érintetlen filmbevonatot alkalmaztak, a hagyományos gondozású csoportban a protokollnak megfelelő, 48 óra után eltávolított szárazkötést használtak. A betegek fájdalomcsillapító igényét és az infekció arányokat is összehasonlították.

A mintát 30, méheltávolításra átesett nőbeteg alkotta. A hasi fájdalom mértékét vizuális analóg skálán illetve a McGill Fájdalom Kérdőívvel mérték le. A méréseket 4 napig (az elbocsátásig) végezték.

A két csoport között nem mutatkozott érdemi eltérés a fájdalom megítélésében az első két nap során. A harmadik napon (amikor a szárazkötés eltávolításra került) azonban lényeges különbség alakult ki, a filmtakarás kevesebb sebfájdalommal és kevesebb fájdalomcsillapító fogyasztással járt.

A szerző szerint a sebtakarás egészen a varrat eltávolításig jótékonyan hat a sebfájdalom megelőzésére és fizikális valamint pszichés komfortot nyújt a betegnek. Erre a filmbevonat kifejezetten alkalmas volt, lehetővé tette a seb vizsgálatát anélkül, hogy el kellett volna távolítani a sebfelületről.

Briggs, M. (1996). Surgical wound pain: a trial of two treatments. Journal of Wound Care, 5, 456-460.

Hőpakolás hatása a dekubitusz gyógyulására

Az Amerikában készült vizsgálat arra keresett választ, hogy egy félig abszorbeáló, a sebkörnyezetre helyezett hőpakolás milyen módon befolyásolja a dekubitusz sebgyógyulás folyamatát.

A vizsgálat módszeréről kísérleti eljárást alkalmaztak, kontroll csoporttal való összehasonlítással értékelték az eljárás hatékonyságát. A vizsgálatban 21, 3. és 4. stádiumban lévő felfekvéses beteg vett részt.

Tizenöt betegnél a dekubitusz környezetére félig abszorbeáló hőpakolást helyeztek el napi 4,5 órán át, hétfőtől-péntekig, összesen 4 héten keresztül. Minden más esetben a sebeket hagyományos ellátásban részesítették. Hat betegnél (akik a kontroll csoportot alkották) csak a hagyományos sebgondozást alkalmazták. A vizsgálat befejeztével a sebkörnyezet hőmérsékletét a sebkiterjedés nagyságát mérték.

A sebhőmérséklet a seben belül 0,97°C-kal emelkedett a terápia hatására, a sebkörnyezet hőmérséklete 1,08°C-kal lett magasabb, mindkét eredmény szignifikáns változás volt a vizsgálat kezdetéhez képest mért hőmérsékletekhez viszonyítva. A hőpakolással kiegészített hagyományos sebgondozás jelentősen (60,73%-ban) csökkentette a sebkiterjedés területét, a hagyományos sebellátás önmagában csak 19,24%-al redukálta a sebkiterjedést.

A szerzők megállapítják, hogy a hőkezeléssel való kiegészítés gyorsabb és sokkal eredményesebb sebgyógyulást eredményez, mint a kizárólag hagyományos sebgondozás. A hőkezelés alkalmazásának mellékhatásai nem voltak.

Kloth, L.C. et al. (2000). Effects of a normothermic dressing on pressure ulcer healing. Advances in Skin and Wound Care, 13, 69-74.