

# Ápolók egészségi állapota – 2001

Molnár Edit

Diplomás ápoló, III. Pszichiátriai Osztály, Pándy Kálmán Megyei Kórház, Gyula

**A vizsgálat célja:** Ismert, hogy az egészségügyi szakdolgozók között igen magas a dohányzók aránya, rendszertelenül és helytelenül táplálkoznak, mozgásszegény az életmódjuk és a megelőző szűrővizsgálatokat is elmulasztják. A vizsgálat célja ezért annak megállapítása volt, hogy milyen az egészségügyi dolgozók, kiemelten az ápolók egészségi állapota, hogyan alakul egészség-magatartásuk.

**Módszerek és minta:** A vizsgálat Gyulán, a Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórházában készült 2001. januárjában. Az adatgyűjtéshez önkéntes kérdőívet alkalmaztunk, amely a kórház fekvőbeteg osztályain dolgozó ápolók körében véletlenszerűen került kiosztásra. A visszaérkezett és értékelhető kérdőívek száma 222 darab volt.

**Eredmények:** Az ápolók 3,2%-ban rossznak, 52,7%-ban megfelelőnek, 40,5%-ban jónak, 3,6%-ban kiválónak ítélték saját egészségi állapotukat. Vezető panasz volt a szív-érrendszeri betegség (31,4%), a gerinc táji fájdalom (27,5%) és az endokrin probléma (21,6%). Sokan dohányoztak (41,4%) és fogyasztottak kávé (69,4%). Szűrésre, orvoshoz 61,3% csak panasz esetén megy, 20,3% soha nem fordul szakemberhez.

**Következtetések:** A vizsgálatban szereplő ápolók számos szubjektív és szomatikus panaszt soroltak fel. Egészség ismeretszintjük megfelelő volt, a megelőzést azonban sokan elhanyagolták. Az ápolók egészségvédelmére több figyelmet kell fordítani, ez az intézményeknek elsődleges érdeke. A helyes egészségmagatartást mutató ápolók példával szolgálnak betegeiknek is.

## Bevezetés

Az egészség összetett fogalom, értelmezése összefügg az emberről alkotott képpel, ismeretekkel. A korai biomedicinális szemléletet napjainkban felváltotta a bio-pszicho-szociális szemlélet, amely az egészség összes dimenziójával számol az egészségi állapot meghatározásakor.

Az egészség dinamikusan változó, egyensúlyi folyamat, fenntartásában az egyén magatartásának döntő szerepe van. Califano megfogalmazása szerint “az egyén többet tehet saját egészségéért, mint bármely orvos, kórház, gyógyszer vagy egzotikus gyógyászati eljárás” (Kulcsár, 1998).

Az egészség-magatartás azoknak a viselkedéselemeknek, attitűdöknek az összessége, amelyek az egyén egészségének megóvásában, megromlásában vagy visszaállításában szerepet játszanak, függetlenül attól, hogy ezek a viselkedéselemek tudatosan az egészségre irányulnak-e (Harmath, 1978). Az orvosi szociológia szerint az egészség-magatartás 5 fő tényezőben nyilvánul meg (1. táblázat).

1. Csoport, egyén attitűdje, életstílusa a rizikófaktorokkal szemben.
2. Betegségekre utaló tünetek észlelése és értékelése.
3. Orvoshoz fordulás, betegszerep felvétele betegség esetén.
4. Együttműködés az orvossal a gyógyítás, rehabilitáció folyamán (compliance, non-compliance).
5. Egészségügyi ismeretszint (egészségre, kockázati tényezőkre, betegségekre vonatkozó ismeretek).

1. táblázat – Az egészség-magatartás fő tényezői (Molnár, 1989).

Az egészségügyi dolgozók, orvosok, ápolók hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek, a laikusok előtt, viselkedésük, így az egészségükhöz való viszonyuk is példaértékű lehet számukra. A kutatások viszont arra mutatnak rá, hogy hiába a megfelelő egészségügyi ismeretszint valamint a rizikófaktorok és azok következményeinek ismerete, az egészség-magatartásra ezek nem feltétlen gyakorolnak közvetlen befolyást. Ismert, hogy az egészségügyi szakdolgozók között is igen magas a dohányzók aránya, rendszertelenül és helytelenül táplálkoznak, nem sportolunk, és a szűrővizsgálatokat is igyekszünk elnapolni. A vizsgálat célja ezért annak megállapítása volt, hogy milyen az egészségügyi dolgozók, kiemelten az ápolók egészségi állapota, hogyan alakul egészség-magatartásuk.

## Vizsgálati módszerek és minta

A vizsgálat Gyulán, a Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórházában készült 2001. januárjában. Az adatgyűjtéshez önkéntes kérdőívet alkalmaztunk, amely a kórház fekvőbeteg osztályain dolgozó ápolók

körében véletlenszerűen került kiosztásra. A visszaérkezett és értékelhető kérdőívek száma 222 darab volt. Akérdőív kitöltése önkéntesen és név nélkül történt. A kérdőív kitöltésében részt vevő ápolókat az osztályok típusa szerint csoportosítottuk, az egyes csoportokban kialakult alacsony elemszám miatt azonban az eredmények összevont elemzésből származnak.

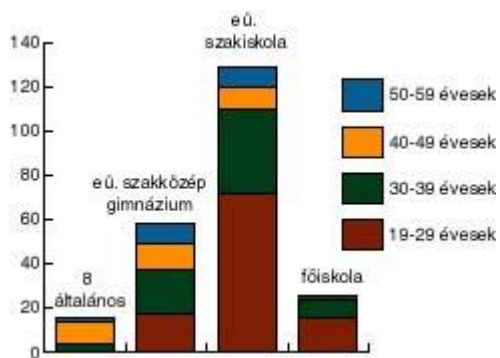
A kérdőív 28, többségében zárt kérdést tartalmazott, amelyek az alábbi kérdéscsoportokból álltak:

1. Demográfiai kérdések (nem, életkor, családi állapot, gyermekek száma, iskolai végzettség)
2. Munkavégzésre vonatkozó kérdések (egészségügyben ledolgozott évek száma, osztály megnevezése, műszakbeosztás, munkahely megközelítése)
3. Társadalmi helyzetre vonatkozó kérdések
  - lakáshelyzet;
  - társadalmi réteghelyzet szubjektív megítélése;
  - jövedelemkiegészítő tevékenység végzése.
4. Egészségi állapot mutatói
  - egészségi állapot szubjektív értékelése;
  - krónikus betegségek;
  - szomatikus és szubjektív tünetek értékelése.
5. Egészségi állapotot veszélyeztető tényezők, rizikómagatartás
  - élvezeti szerek fogyasztása (dohányzás, alkoholfogyasztás, koffein);
  - munkavégzés során felmerülő veszélyforrások.
6. Egészség megőrzésére, védelmére irányuló tevékenységek
  - szűrővizsgálatokon való részvétel.
7. Külső megjelenés.

### Eredmények

A megkérdezett ápolók többsége nő (194 fő, 87,4%) volt, az átlag életkor 32 évnél adódott. A legfiatalabb ápoló 19 éves, a legidősebb 59 éves volt. Az ápolók közel fele (49,5%) a 19-29 éves korosztályba sorolható, legtöbben a 24 és 26 éves korcsoportból kerültek ki (8,1%).

A családi állapot és az életkor összefüggenek. Mivel a megkérdezettek többsége fiatal volt, érthető, hogy a nőtlen/hajadonok aránya magas volt (37%). Házastársi kapcsolatban élt 45%-uk, elvált 16,7%, özvegy 1,4% volt. Élettársi viszonyban a megkérdezettek 19,4%-a élt. A megkérdezettek 53,2%-nak volt gyermeke, a leggyakoribb a kétgyermekes háztartás előfordulása volt (46,6%).



A megkérdezettek legnagyobb része középfokú végzettséggel rendelkezett (80,6%). A főiskolai végzettséggel rendelkező diplomás ápolók aránya is fokozatosan növekszik (1. ábra).

Az egészségügyben eltöltött átlagos idő a minta esetében 10,86 év volt. A megkérdezettek többsége (53,2%) kevesebb, mint 10 éve dolgozott az egészségügyben. Ez azt mutatja, hogy az egészségügyben csökken az idősebb, tapasztalttal rendelkező ápolók száma.

1. ábra – Életkor és iskolai végzettség szerinti megoszlás

A műszakbeosztás a munkavégzés kritikus pontja. A váltott műszakok felboríthatják az ember természetes bioritmusát, befolyásolják családi életét, mindennapi tevékenységeit, szabadidőtöltését. Az ápolók 24,8%-a egy műszakban dolgozott (állandó délelőtti műszak), 17,5% két műszakban, a többség (57,7%) váltakozó három műszakban.

A három műszakban dolgozó ápolókról elmondható, hogy többségük egészségügyi szakközépiszkolai vagy gimnáziumi érettségivel rendelkezik (64,8%), házasságban él (41,4%) és 48,4%-nak egy vagy több gyermeke van. Az is megemlítenő, hogy az elváltak legnagyobb része (48,6%) ugyancsak három műszakban dolgozik, valamint az élettársi viszonyban élők legnagyobb százaléka (74,4%) is a három műszakban dolgozó ápolók közül került ki.

A társadalmi-gazdasági helyzet, az abból adódó feszültségek, ha közvetetten is, de kihatnak az egészségi állapotra. A társadalmi helyzet megítélésére a hazai és külföldi irodalomban is alkalmazott önazonosító,

szubjektív módszert alkalmaztam. Az ápolókat arra kértem, hogy gondoljanak saját társadalmi helyzetükre és sorolják be magukat a megadott öt társadalmi kategória egyikébe (alsó, alsó közép, közép, felső közép, felső). A felső osztályba egyetlen ápoló sem sorolta magát. Alsó osztályba 9,5%, középosztályba többségük sorolta magát (90,5%). A középosztályon belül alsó középosztálybelinek 36,8%, középosztályba tartozónak 60,7%, felső középosztálybelinek 2,5% vallotta magát.

A társadalmi helyzet megítéléséhez kapcsolódik a lakáshelyzet. A megkérdezettek 43,2%-a nem rendelkezik saját lakással. Az alacsony anyagi elismertség mellett a jövedelempótló források játsszák a másik lényeges szerepet, az ápolók 20,3%-a főállása mellett valamilyen egyéb jövedelemkiegészítő tevékenységet is végez.

**Az egészségi állapot értékelésére**, meghatározására több mutatót alkalmaztunk. A saját egészségi állapot szubjektív értékelését az ápolók négyfokozatú skálán végezték. Összességében 3,2%-ban rossznak, 52,7%-ban megfelelőnek, 40,5%-ban jónak, 3,6%-ban kiválónak ítélték saját egészségi állapotukat. Megemlítendő, hogy a megkérdezettek 23%-ának (51 fő) saját bevallása szerint van valamilyen krónikus betegsége (2. táblázat).

Gyakoriság % (n=51)	
<b>Csontrendszeri (gerinc, derék)</b>	<b>27,5</b>
Légzőszervi (allergia, asztma)	9,8
Endokrin (diabetes mellitus, pajzsmirigybetegségek)	21,6
Emésztőrendszeri megbetegedés	5,9
Vérképzőrendszer (anaemia)	1,9
Hangulatzavar (depresszió)	1,9
Szív-érrendszeri betegségek (magasvérnyomás, thrombosis, mitralis insufficiencia, érszűkület, szívritmus zavar)	31,4

2. táblázat – Krónikus betegségek előfordulása a megkérdezett ápolók körében

Egy másik megközelítés alapján az ápolókat arra kértük, hogy az elmúlt 3 hónapra vonatkoztatva értékeljék egyes szomatikus és szubjektív tünetek előfordulását (3. táblázat).

*Az értékelt szomatikus tünetek:*

- megfázásos tünetek;
- hátfájdalom;
- derékfájdalom;
- fejfájás;
- gyomorpanasz, gyomorfájdalom;
- hasmenés;
- székrekedés.

*Az értékelt szubjektív tünetek:*

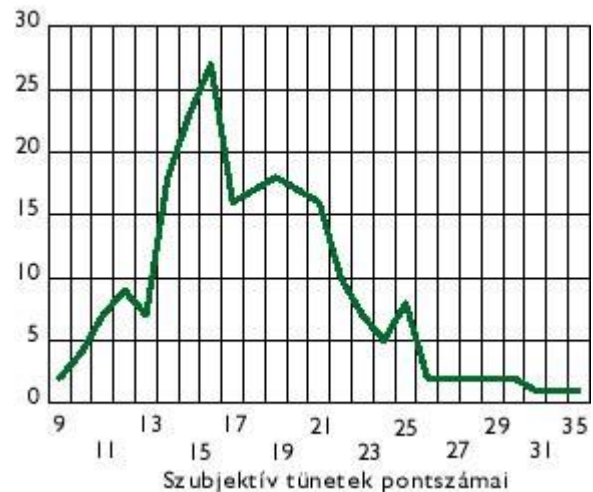
- kimerültség érzése;
- gyengeségérzet;
- szapora szívdobogás, mellkasi fájdalom;
- ingerlékenység;
- lehangoltság;
- feledékenység;
- hiperaktivitás;
- koncentrációs nehézségek;
- alvási problémák.

3. táblázat – Értékelt tünetek

A szomatikus tünetek esetében (2. ábra) legoptimálisabb az állapot, ha a felsorolt tünetek egyike sem jellemző az egyénre. Ebben az esetben a pontszám 7, a legrosszabb állapotban elérhető pontszám 35. A szomatikus tünetek esetében az átlag pontszám 14,2 pont volt. A legalacsonyabb pontszám 8, a legmagasabb pontszám 27 volt. A többség (92,3%) pontszámai 20 vagy ez alatti értéket mutattak, 7,7% értékelte saját állapotát 21 vagy annál nagyobb pontszámmra.



2. ábra – Szomatikus tünetek értékelése



3. ábra – Szubjektív tünetek értékelése

A szubjektív tünetek értékelésében (3. ábra) is a legoptimálisabb, ha a felsorolt tünetek egyike sem jellemző az egyénre, ekkor a pontszám 9 volt. Legrosszabb állapotban a maximális pontszám 45. Az átlagos pontszám 17,9 volt, a legkisebb érték 9, legmagasabb 35 pontnak adódott.

A szomatikus és szubjektív tünetek előfordulási gyakorisága legmagasabb a három műszakban dolgozók körében. A szomatikus és szubjektív tünetek együttes értékelése során a leggyakrabban előforduló panaszok a derék- és hátfájdalom, kimerültség, ingerlékenység, alvási problémák voltak a megkérdezettek körében.

**Egészségi állapotot veszélyeztető tényezők,** rizikómagatartás tekintetében elmondható, hogy a megkérdezett ápolók 41,4%-a dohányzott, 87%-uk rendszeresen, 13%-uk pedig alkalmasszerűen. Arra a kérdésre, hogy hol dohányzik, a többség azt nyilatkozta, hogy bárhol, helytől függetlenül rágyújt, 7,5% csak a munkahelyén, 6,5% pedig csak otthonában végez ilyen tevékenységet.

A dohányzók körében a napi átlagos cigarettamennyiség 13 szál. A legerősebb dohányos napi 30 szál cigarettát szív el átlagosan. A dohányzók többsége (70,7%) kevesebb, mint napi 1 doboz (1-19 szál) cigarettát fogyaszt el, míg 29,3% több mint napi 20 szál cigarettát igényel.

Az ápolók közel negyede (22,5%) soha nem fogyaszt alkoholt saját bevallása szerint, a többség (77%) a környezetnek megfelelően alkalmasszerűen fogyaszt alkoholt.

A megkérdezettek jelentős része (69,4%) fogyaszt kávé, átlagosan 1-2 adag/nap kávé fogyasztanak el. Az 5 adag/nap kávénál többet fogyasztók aránya 2,6% volt, egy fő átlagosan 10-nél több adag kávé fogyasztott naponta.

Az élvezeti szerek mellett a munkavégzés közben is számos tényező veszélyezteti egészségünket. Nyitott kérdés formájában a válaszadóknak is meg kellett fogalmazniuk, hogy mi az a három tényező, amely hivatásuk gyakorlása közben leginkább veszélyezteti egészségüket (4. táblázat). Látható, hogy leginkább a fertőzések, valamint a munkavégzésből adódó stressz, pszichés és fizikai leterheltség okoz gondot az ápolók számára. Kiemelhető a betegek mozgatása, mint veszélyforrás, hiszen a korábban említett krónikus és szomatikus betegségek között is gyakori volt a csontrendszeri, izületi bántalom említése.

Veszélyeztető tényezők	Gyakoriság % (n=222)
Fertőzések	76,4
Stressz	38,9

Fizikai megterhelés	19,2
Lelki, pszichés megterheltség	19,2
Munkahelyi túlhajszoltság, túlterheltség	17,8
Munkahelyi körülmények (zaj, vegyszerek, létszámhiány, sugárzás)	12,5
Betegek mozgatója, emelése	12,0
Felborult bioritmus (három műszak miatt)	10,6
Alacsony munkabér, megbecsültség hiánya	7,2
Kiégés, fátsultság	4,8
Agresszív betegek	4,8
Élvezeti szerek (dohányzás, dohánnyüst, kávéfogyasztás)	4,3
Semmi	6,3

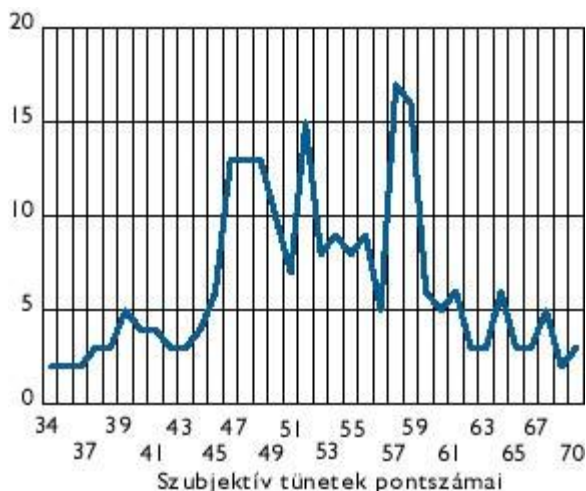
4. táblázat – Egészséget leginkább veszélyeztető tényezők az ápolók megítélése szerint

*Az egészség megőrzésére*, védelmére irányuló tevékenységek is többféleképpen értelmezhetők. Elsőként az ápolók ötfokozatú skálán értékelték a megadott, egészségük megőrzésével kapcsolatos 18 állítást, tevékenységet, attól függően, hogy mennyire jellemző rájuk (5. táblázat). Legoptimálisabb esetben, ha a válaszadó valamennyi állításra a legpozitívabb (legegészségesebb) választ jelölte be, akkor az elért pontszáma 26 volt. Ha minden esetben a legnegatívabb (legegészségtelenebb) választ adta, akkor az elért pontszáma 82 lehetett.

<p><b><i>A megadott egészségmegőrzésre irányuló állítások, tevékenységek</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– megfelelő étkezés;</li> <li>– elegendő alvás;</li> <li>– elégséges pihenés, relaxálás;</li> <li>– rendszeres orvosi ellenőrzésen való részvétel;</li> <li>– megfázás elkerülése;</li> <li>– fertőzések elkerülése munkavégzés során;</li> <li>– túlzások elkerülése;</li> <li>– elégséges testgyakorlás, testedzés, sport;</li> <li>– ellenállás a hangulatrontó hatásokkal szemben;</li> <li>– orvos elkerülése egészséges állapotban;</li> <li>– nem dohányzás;</li> <li>– testsúly ellenőrzése;</li> <li>– szabadidőtöltés szabadban;</li> <li>– túlmunka, túlerőltetés kerülése;</li> <li>– vitaminok szedése;</li> <li>– alkoholfogyasztás kerülése;</li> <li>– nem orvos által javasolt gyógyszerek szedése;</li> <li>– egyéni étrenddel él.</li> </ul>
<p><i>* 1 nagyon jellemező, 2 jellemző, 3 jellemző is nem is, 4 nem jellemző, 5 nagyon nem jellemző</i></p>

5. táblázat

A megkérdezett ápolók átlagosan 53,34 pontot értek el (4. ábra).



4. ábra – Egészségmegőrző tevékenység értékelése

A legkedvezőbb egészségmagatartást mutató ápoló pontszáma 34 pont volt, a legrosszabb egészségmegőrző tevékenységű ápoló 71 pontot ért el. Összességében 50 alatti pontszámot ért el az ápolók 33,8%-a, 50-59 pont között 46,8%, 60 pont felett 19,4% teljesített. (6. táblázat)

<b>Értékelt egészségmegőrzéssel kapcsolatos tevékenységek</b>
Fertőzések elkerülése munkavégzés során (440 pont)
Orvos elkerülése egészséges állapotban (467 pont)
Alkoholfogyasztás kerülése (484 pont)
Testsúly ellenőrzése (580 pont)
Nem dohányzás (590 pont)
Túlzások kerülése (597 pont)
Ellenállás hangulatrontó hatásokkal szemben (599 pont)
Megfázás elkerülése (600 pont)
Szabadidőtöltés a szabadban (612 pont)
Megfelelő étkezés (663 pont)
Elegendő alvás (681 pont)
Vitaminok szedése (693 pont)
Elégséges testgyakorlás (722 pont)
Nem orvos által javasolt gyógyszerek szedése (739 pont)
Túlmunka, túlerőltetés kerülése (745 pont)
Elegendő pihenés, relaxálás (776 pont)
Egyéni étrenddel él (801 pont)
Rendszeres orvosi ellenőrzésen való részvétel (801 pont)

6. táblázat

A kérdőív második részében nyitott kérdés formájában arra kérdeztünk rá, hogy általában mi az a három dolog, amelyet (jelenleg is) feltétlenül megtesz saját egészsége érdekében (7. táblázat). A válaszok között első helyen a mozgás, séta, kirándulás szerepelt. Aktív sportolás már csak jóval alacsonyabb százalékára jellemző, rendszeresen kocog, fut 6,3%, 3,2% rendszeresen úszik, 2,7% pedig rendszeresen kondicionáló gépeket használ. A többség azonban nem vesz részt rendszeres testmozgásban.

	Gyakoriság % (n=222)
Mozgás, séta, kirándulás, torna	38,2

Rendszeres, helyes táplálkozás	36,6
Védőeszközök használata, higiénés szabályok betartása munkavégzés közben	27,7
Káros szenvedélyek kerülése (alkoholfogyasztás, dohányzás, kávéfogyasztás kerülése)	33,5
Pihenés, alvás	23,6
Vitaminok szedése	16,7
Védőoltások felvétele	6,3
Relaxáció, pozitív gondolkodás fejlesztése	8,4
Kikapcsolódás (szórakozás, olvasás, zene)	3,7
Időben orvoshoz fordul	2,6
Személyi higiéné	2,1
<i>Semmit</i>	14,0
Gyógyszerszedés	2,1

7. táblázat – “Mi az, amit feltétlenül megtesz egészsége érdekében?” megkérdezett ápolók válaszai alapján.

Második helyre a táplálkozást sorolták. Próbálnak rendszeresen és megfelelő összetételű étkeket fogyasztani, ennek ellenére az előző válaszokból kiderült, hogy a legtöbb ápoló rendszertelenül táplálkozik.

A rendszeres szűrővizsgálatok kontrollálják egészségi állapotunkat, elősegítik a betegségek korai felismerését. Orvosi vizsgálatra az ápolók legnagyobb része csak panasz esetén (61,3%) vagy szinte soha (20,3%) nem jár. Rendszeres felülvizsgálaton 7,2% jelenik meg, időszakos tüdőszűrésre az ápolók 65,8%-a jár. A vizsgálat ma már évente kötelező jellegű mindenki számára, ennek ellenére 5% szinte soha nem megy el erre a szűrővizsgálatra.

Nőgyógyászati szűrővizsgálatra (mellrákszűrés, méhnyak-rákszűrés) rendszeresen a megkérdezett nők 26,8%-a jár, 29,9% csak panasz esetén fordul nőgyógyászhoz, és szinte soha nem jelentkezik nőgyógyászati rendelésen 12,9%-uk. Fogorvosi vizsgálatra rendszeresen az ápolók 11,7%-a, gyakran 7,2%-a, ritkábban 19,4%-a jár. Panasz esetén fordul orvoshoz több mint felük (57,2%), fogainak állapotát orvossal 4,5% szinte soha nem ellenőrizteti.

### **Következtetések, javaslatok**

Az egészséges életmód nagymértékben a társadalmi-gazdasági helyzet függvénye, de amint ezt a vizsgálat is mutatta, egészség-magatartásunk is meghatározó. A jelen vizsgálat célja a tényfeltárás volt. A vizsgálat során nyert eredményekből megállapítható, hogy a mintában szereplő ápolók rendelkeztek megfelelő egészségügyi ismeretszinttel, ennek ellenére nem tettek meg mindent egészségi állapotuk fenntartása, javítása érdekében. Az ápolás, mint láttuk, pszichés és szomatikus oldalon is egyaránt komoly terheket ró az ápolókra, ezek egyaránt szubjektív panaszokban és konkrét megbetegedést okozó tünetekben is mérhetőek voltak. Bár a szomatikus és szubjektív tünetek saját értékelés szerinti pontmegoszlása átlagos volt, néhány tünet (gerincbántalom, endokrin zavarok és szív-érrendszeri panaszok) magas aránya figyelmeztető jelek. Az egészségmegőrző-magatartás pontértékei is átlagosan alakultak, utóbbival kapcsolatban súlyos probléma, hogy sokan a megkérdezettek közül alig fordulnak panaszaikkal szakemberhez (csak ha ez munkaképtelenséget okozna), nem vesznek részt rendszeresen megelőző szűréseken, és magas volt azoknak az aránya is, akik semmit nem tettek egészségük megóvása érdekében. Természetesen az ápolók egészsége attól is kiemelt kérdés, mert magatartásukkal példaként szerepelhetnek betegek előtt.

Az ápolók egészségének megőrzéséhez az alábbiakat tartom kiemelten fontosnak:

– az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának rendszeres monitorozását, az eredmények felhasználását a munkakörülmények alakításában;

- stressz menedzsment megvalósítása;
- a fertőzések megelőzése, kivédése érdekében a nagyobb odafigyelést, biztonságosabb eszközellátás biztosítását az intézmények részéről;
- a szűrővizsgálatok kötelezővé tételét, védőoltások elérhetőségét;
- intézményi szinten közösségformáló mozgási lehetőségek biztosítását;
- dohányzás mértékének drasztikus csökkentését az egészségügyi dolgozók körében.

## Irodalom

1. Harmat, P. (1978). Az egészség-magatartás néhány szociálpszichológiai és szociológiai kérdése. Orvosi Hetilap, 119 évfolyam, 9 szám.
2. Kulcsár, Zs. (1998). Egészségpszichológia. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
3. Molnár, L. (1989). Orvosi szociológia. Budapest: Medicina Kiadó.

## Ápolók egészsége az USA-ban

*Az Amerikai Ápolók Szövetségének és a NursingWorld.org Internetes Honlap közös on-line egészség és munkabiztonság felmérésének legfontosabb megállapításai.*

A felmérésre összesen 4826 ápoló hivatású személy válaszolt, amelyet a honlapon 2001. július 11. és augusztus 15. között lehetett megtalálni. A válaszadók az ápolói szakma igen széles spektrumát képviselték, közvetlen az ápolás gyakorlatában szerzett több éves tapasztalattal, 70%-uk legalább 10 évet töltött el ápolóként a szakmában, 61%-ukat pedig idejük legalább felében ápolóként foglalkoztatatták.

A megkérdezettek **70%-a** a legelső három, egészségkárosító és munkabiztonságot veszélyeztető tényező közül a **munkahelyi stresszből és túlórából** fakadó akut és krónikus panaszokat emelték ki. Az ápolókra nehezedő nyomás egyre növekszik, 67%-uknak kell havonta legalább egyszer kötelező túlórákat teljesíteni, 10%-uk pedig havonta 8 vagy 10-nél is több alkalommal kényszerül többletmunkára.

A munkahelyi stressz után az alábbi sorrendben határozták meg az egészséggel és biztonsággal kapcsolatos félelmeiket:

- **60%** félt attól, hogy **súlyos gerinc vagy mozgásszervi sérülést** szenved;
- **45%** tartott attól, hogy **HIV fertőzést kaphat egy fertőzött tű vagy más eszköz kapcsán;**
- **37%** érezte annak lehetőségét, hogy **tuberkulózist vagy más fertőző betegséget kap;**
- **25%** a munka közbeni **fizikai támadástól**, erőszaktól tartott;
- **21%** számára a latex vagy más anyagok miatti **allergizálódás** jelentett veszélyt;
- és **19%** a **kimerültség miatti sérülést, autóbalesetet** érezte komoly fenyegetésnek.

Meglepő volt, hogy a válaszadók **kevesebb, mint 20%-a érezte magát biztonságos, az egészségét nem károsító munkakörnyezetben**. A megelőző év során 40% szenvedett munkahelyi balesetet, beleértve a tűszúrás okozta sérülést is. Figyelembe véve, hogy azok az intézmények, amelyekben az ápolók dolgoznak, elsődleges céljuknak az egészség megőrzését és támogatását tartják, a fenti adatok lesújtó képet nyújtanak az intézményekben uralkodó viszonyokról.

A megelőző évben a válaszadó ápolók **17%-át bántalmazták fizikailag a munkavégzés közben, és több mint felüket (57%) fenyegették meg erőszakosan vagy verbálisan** ugyanezen idő alatt. Az ilyen jellegű tapasztalatokról közismert, hogy döntő szerepet játszanak az ápolók pályaelhagyásában is. Az Amerikai Ápolók Szövetsége régóta fellép az ilyen incidensekkel szemben, és elindított egy megelőző illetve a támadást követő poszt-traumatikus segélyszolgálatot.

A megkérdezettek **83%-a folytatta munkáját annak ellenére, hogy súlyos hát- és gerinctáji fájdalommal küszködnek**. Az ápolókat foglalkoztató intézmények kevesebb, mint felében (46%) állt rendelkezésre olyan eszköz, ami a betegemelés és mozgatást segíti elő. Szövetségi törvénykezés hiányában nincs olyan ápolókat védő jogszabály, ami megkövetelné ezek használatát. Az ilyen eszközök azonban megelőzik a súlyos mozgásszervi torzulásokat, a válaszadók 74%-a minden esetben használta az emelőket, ha ezek rendelkezésre álltak.

Majdnem **20% szerint intézményeik nem biztosítottak olyan eszközöket, amelyek a biztonságos túhasználatot segítik elő** az injekciózás, az infúziós terápia és más eljárások esetén. Mindez annak ellenére van így, hogy 2000 áprilisában életbe lépett a "Tűszúrás Megelőzési Törvény", amely az USA minden államában kötelező érvényű. Ez a törvény azt biztosítja, hogy minden egészségügyi intézmény dolgozója olyan eszközökkel dolgozhasson, amelyek garantálják, hogy a tűszúrásból eredő baleset kockázata minimálisra csökken. Bár történtek előre lépések, a törvény megvalósítását csak 2002 áprilisától kezdik ellenőrizni.

A megkérdezett ápolók **61%-a erősítette meg, hogy intézményeik allergén anyagokkal, így pl. latex alapú gumikesztyűvel látják el dolgozóikat**. Ezek számos esetben allergiás megbetegedést okoztak nem csak a



dolgozóknak, de a gondozott betegekben is. Az allergén anyagokkal szemben egyes államokban már létezik szabályozás, az ipari lobby azonban sok helyen megakadályozza, hogy az ápolók természetes anyagokkal végezzék munkájukat.

**Kiemelkedően sokan (88%) jelezték, hogy a munkájukkal kapcsolatos egészségi és biztonsági félelmik miatt nem érzik folytathatónak az ápolási karrierjüket és jelenleg végzett ápolói tevékenységüket.** A 88% közel egyharmada a pályaelhagyás melletti döntésben kizárólag az egészségkárosodás miatti félelmeit tartotta vezető indoknak. Ahhoz, hogy az ápolók elvándorlása meg állítható legyen, és új, fiatalabb ápolók számára a pálya vonzó maradjon, szükséges komoly erőket koncentrálni a munkahelyi körülmények fejlesztésére is. **A megkérdezettek háromnegyede (76%) jelezte, hogy a nem biztonságos munkakörülmények ténylegesen akadályozzák őket a minőségi betegellátásban.** Miután az ápolás minősége és az ápolók által tapasztalt körülmények között egyenes összefüggés van, jelentős vizsgálatokat igényel annak feltárása, hogy miként hat a betegekre és egészségi állapotukra a megromlott ápoló-környezet viszony. A romló munkakörülmények lehetőséget adnak az egészségügyi személyzet tévedéseire, amelyekkel szemben csak a biztonságos munkahelyek nyújtanak védelmet. A biztonságos gondozásnak és a biztonságos egészségügyi intézménynek egyet kell jelenteni.

[Vissza a tartalomhoz](#)

---

## Gyógyhatású készítmények használata onkológiai betegek körében

Tanyiné Katona Edit

Diplomás ápoló, Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet, Onkoradiológiai Osztály, Debrecen

---

**A vizsgálat célja:** Felmérni, hogy az onkológiai betegek körében mennyire elterjedt a különböző gyógyhatású készítmények használata. Választ kapni arra, hogy milyen hatást várnak ezekről a készítményektől, illetve mennyiben befolyásolja a készítmény szedése gyógyulásukat.

**Módszerek:** A vizsgálat kérdőíves, interjú módszerrel történt, a Kenézy Gyula Kórház-rendelőintézet Onkoradiológiai Osztályán onkológiai kezelésben részesült 100 fős minta megkérdezésével.

**Eredmények:** A betegek jelentős része ismert és már használt valamilyen gyógyhatású készítményt. A betegek túlnyomó része tapasztalt kedvező vagy jótékony hatást a készítmény szedésével kapcsolatban. A gyógyhatású készítmény szedését a betegek fele az onkológiai kezelés befejezését követően is folytatni kívánja.

**Következtetés:** A gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények különböző mértékben, de hozzájárulnak a betegek életminőségének, általános állapotának javításához. Ha ezeknek a kiegészítő készítményeknek kedvező szerepe lehet az onkológiai betegek gondozásában, amennyiben alkalmazásukat a betegek egyeztetik kezelőorvosukkal.

---

### Bevezetés

A daganatos betegségek gyógyítása, az erőfeszítések ellenére, még mindig kihívást jelent az orvostudomány számára. Földünkön évente több millió ember halálát okozza daganatos megbetegedés, Magyarország európai viszonylatban is a vezető daganatos halálozás tekintetében. A vezető halálokokat vizsgálva Magyarországon a daganatos betegségek a második helyen szerepelnek (23%), ezeket csak a szív- és agyérbetegségek előzik meg (51%). Míg 1970-ben a daganatos halálozás összesen 22639 fő volt, ez a szám 1999-re elérte a 34255 főt (1. táblázat). Vagyis alig 30 év alatt **51,3%-kal nőtt** a daganatos halálozás Magyarországon. Ez az adat elkeserítő, mert az idejében felfedezett daganatok egy része ma már jól kezelhető illetve gyógyítható.

A hagyományos gyógyítás során rendelkezésre álló terápiák (kemoterápia, sugárkezelés, műtét) elsődleges megoldást jelentenek a kezelésben, ezek azonban nem mindig járnak sikerrel. A hagyományos kezelési módok mellett egyre népszerűbbek azok az alternatív terápiák is, amelyek a daganatok kialakulásának megelőzését és a már kialakult daganatok gyógyítását célozzák. Ezek elsősorban természetgyógyászati megoldások, szerepüknek szükséges nagyobb figyelmet szentelni. Különösen azért, mert egyes betegek az elsődleges kezelés mellett vagy a helyett is alkalmazzák a természetgyógyászati kezelést. Ugyanakkor nem minden készítmény szerepe tisztázott, a betegeknek megfelelő útmutatásra van szükségük az alkalmazhatósággal, hatékonysággal kapcsolatban.

	1970	1980	1990	1995	1998	1999
<b>Férfiak</b>	12010	15359	17644	18644	19194	19227
<b>Nők</b>	10629	12578	13577	14601	14757	15028
<b>Összesen</b>	22639	27937	31221	33265	33951	34255

1. táblázat – A daganatos halálozás alakulása (1970-1999)

Forrás: Demográfiai évkönyv, 1999

Számos olyan készítmény van, ami kiegészítő terápiaként, a hagyományos kezelés mellett a beteg általános állapotának erősítésében, az immunrendszer működésének fokozásában, esetleg a daganatos betegségek megelőzésében is szerepet játszhat.

Az itt bemutatott kutatás célja tehát annak megismerése volt, hogy milyen típusú gyógyhatású készítményeket használnak az onkológiai gondozás alatt álló betegek, és mennyire ismerik ezeket a szereket. Célom volt annak megismerése is, hogy mennyire hisznek a készítmények hatásában, használatuktól milyen eredményt várnak, ki és mi befolyásolta a betegeket valamelyik készítmény kipróbálásában, kikérték-e a kezelőorvos véleményét a készítmény szedésével kapcsolatban, anyagilag mennyire megterhelő a készítmények megvásárlása, és a beteg hogyan értékeli a használt készítmény hatását.

### Hipotézisek

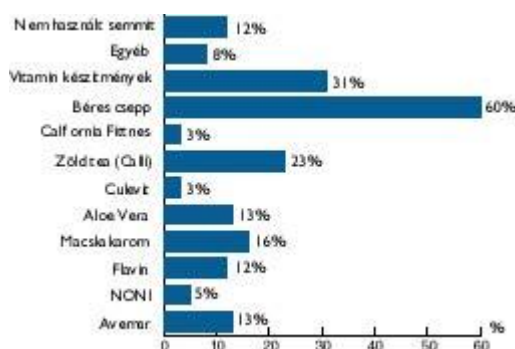
1. A betegek döntő többsége többféle gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmény ismer, és ezek egy részét már ki is próbálta.
2. A betegek a gyógyhatású készítményeknek több kedvező hatását is tapasztalták.
3. A betegek gyógyhatású készítményekkel kapcsolatos ismeretei túlnyomó részben a médiából, illetve a közeli hozzátartozóktól származik.
4. A betegek gyógyulásához csak kis mértékben járul hozzá a gyógyhatású készítmények szedése.

### Kutatási módszer és minta

A kutatás a szerző által összeállított kérdőíves módszer alapján történt. A kérdőívben szereplő kérdések a demográfiai adatok mellett a gyógyhatású készítmények ismeretére, használatára, és a velük kapcsolatos tapasztalatokra épültek. Számos kérdés estében több válasz megjelölésére is lehetőség volt. A kutatás helyszíne a debreceni Kenézy Gyula Kórház onkológiai osztálya volt. A mintavétel az osztályra négy hónap alatt felvett betegek körében történt. Összeségében 130 kérdőív került kitöltésre, 100 kérdőív bizonyult végleges elemzésre alkalmasnak.

### Eredmények

A 100 elemzésre került beteg közül 88% ismert és próbált ki valamilyen gyógyhatású készítményt. Az adatok alapján a legismertebb (60%), a legmagasabb arányban használt (31%) készítmény a Bérés-csepp volt. Ez a készítmény a betegek 1%-ánál "nem vált be". A betegek körében igen elterjedt és kedvelt ez a készítmény, amely szinte mellékhatás nélküli. Legtöbben súlygyarapodást észleltek, fokozott étvágyat, jobb közérzetet említettek (1. ábra és 2. táblázat). A betegek által ismert készítmények közül második helyen a vitamin-készítmények szerepeltek, amelyeket a betegek 24%-a használ, 22%-uk hisz is jótékony hatásukban.



1. ábra – Gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények használatának aránya

A harmadik legismertebb készítmény a zöld tea volt, amit a betegek 23%-a ismert, és 13%-a használta. Érdekes, hogy a viszonylag nagy média érdeklődést kiváltó macskakarom készítményt a betegek csak 16%-a ismerte, és összesen 3% használta. A készítmény jótékony hatásában csak 5% hitt igazán.

Ugyancsak meglepő, hogy az Avemar készítmény ismeretsége is elmaradt a várakozásoktól. Az Avemart a

megkérdezett betegek mindössze 13%-a ismerte, 7%-a használta, és 4% szerint nem vált be a használata. A kérdőíven feltüntetett egyéb gyógyhatású készítmények közül még a Flavinokat, a Nonit, az Aloe Vera családot, és kisebb arányban a Q10-et, a svédcseppet, különböző gyógyteákat és méhpempőt jelölték meg. Az egyes készítmények szedésével kapcsolatban a betegek 63%-a nyilatkozott úgy, hogy tapasztalt valamilyen kedvező vagy jótékony hatást. A leggyakrabban tapasztalt hatás közé sorolták a közérzet-javulást (51%), a testsúlynövekedést (21%), illetve a kedélyállapot kedvező megváltozását. A betegek 10%-ának csökkentette az illető szer használata fájdalmaikat.

Készítmény neve	Ismerem	Jelenleg használom	Jótékony hatásában		Használtam, de nem vált be
			Hiszek	Fenntartással	
<b>Avemar</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
NONI	5	0	1	1	1
Flavin	12	10	8	2	0
Macskakarom	16	3	5	1	2
Aloe Vera	13	4	4	3	2
Culevit	3	1	1	0	1
Zöldtea (Calli)	23	13	12	3	1
California Fitness	3	2	1	0	0
<b>Béres csepp</b>	<b>60</b>	<b>31</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>1</b>
Vitamin készítmények	31	24	22	3	0
Egyéb	8	7	5	2	0
Nem használ semmit	12				

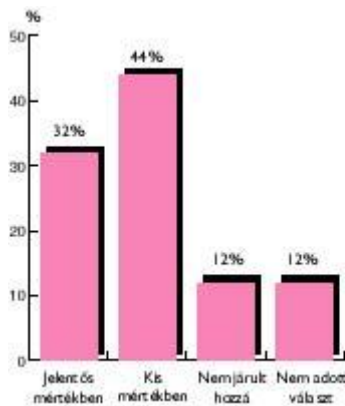
1. táblázat – A gyógyhatású készítmények használatának %-os megoszlása

A készítményekkel kapcsolatos elsődleges információforrásként a médiát (35%) és a hozzátartozót (36%) jelölték meg. Ez azzal magyarázható, hogy sokan fordulnak a természetgyógyászat felé, könyveket, cikkeket, különböző kiadványokat keresnek, figyelik a médiát, hogy hol bukkan fel olyan készítmény, ami hozzájárulhat a gyógyulásukhoz. Azokban a családokban, ahol a beteg fizikai vagy egyéb okok miatt nem képes erre, ott a hozzátartozó veszi át ezt a szerepet. Jellemzően a hozzátartozó az, aki pénzt és időt nem kímélve jár utána a legdrágább készítmények beszerzésének is, hogy ezzel is hozzásegítse családtagját a gyógyuláshoz. A hozzátartozó befolyásoló szerepét erősíti meg az az eredmény is, hogy a kérdéses szer kipróbálását a hozzátartozó (41%) nagyobb arányban javasolta a betegnél (36%).

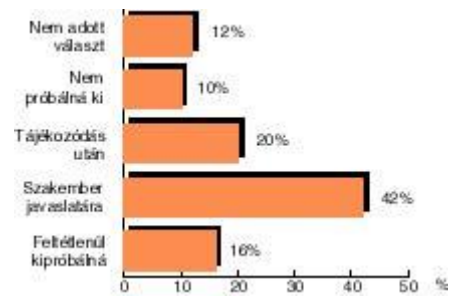
A készítmény szedésével kapcsolatban nem minden esetben kéri ki az onkológus véleményét a betegek. A vizsgálat szerint a betegek 55%-a teszi ezt meg, tapasztalatok szerint azonban ennél kisebb arányban. Van olyan beteg, aki egyszerre több gyógyhatású készítményt szed anélkül, hogy kezelőorvosát megkérdezte volna. Érdekes volt, hogy azok a betegek, akik kezelőorvosuknak jelezték szándékukat, milyen válaszban részesültek. Megállapítható volt, hogy a kezelőorvos 66%-ban engedélyezte a készítmény szedését. Elutasító válasz a leggyakrabban a szerrel kapcsolatban született, amely befolyásolhatja a hagyományosan alkalmazott elsődleges terápiát. Kemoterápia során nem szívesen engedélyezik méregtelenítő teák használatát, hiszen a készítmény a gyógyszert úgymond "kimossa" a szervezetből, vagyis a kemoterápia ezzel értelmetlenné válik, hatása nem érvényesül.

Arra vonatkozóan, hogy a betegek mennyire érzékelik hatásosnak a kiegészítő készítményeket, milyen mértékben járul hozzá gyógyulásukhoz a készítmény szedése, a 2. ábra tájékoztat. A legtöbben, a készítményekhez fűzött remények ellenére, a "kismértékben" választ jelölték meg (44%), 32% viszont úgy gondolta, hogy jelentős mértékű javulást ért el a szer használatával. Ugyanakkor 12% szerint javulásukhoz nem járult hozzá az illető szer használata.

Az előzőekben kapott eredmények alapján a betegek több mint 50%-a döntött úgy, hogy az illető készítményt a továbbiakban is szedné, 28%-a még nem tudja, és 8% egyáltalán nem használná a készítményt. A betegek többsége tehát úgy érezte, hogy érdemes tovább folytatni a készítmény szedését.



2. ábra – Mennyire járul hozzá a készítmény a gyógyuláshoz?



3. ábra – Új készítmény kipróbálásának aránya

Arra a kérdésre, hogy eddigi tapasztalatai alapján kipróbálna-e egy új készítményt, az alábbi eredmények születtek (3. ábra). A betegek továbbra is nyitottak maradtak, a válaszadók 42%-a szakember javaslatára, 20%-a tájékozódás után, 16%-a feltétlenül kipróbálna új készítményt. A konzervatívok aránya 10% volt, ők szakember javaslatára sem próbálnának ki új készítményt.

### Megbeszélés

A vizsgálat eredményeiből kitűnik, hogy az onkológiai betegek körében számos gyógyhatású termék ismert, ezeket ki is próbálták. Véleményük a hatásosságról változó volt, de sokan ragaszkodnak a fogyasztásukhoz. Ebben a hitnek is meghatározó szerep juthat, érdekes ugyanakkor, hogy egyes készítményeket többen szedtek, mint ahányan hittek hatásosságukban.

Érdekes volt az Avemar többi készítményhez viszonyított magasabb elutasítása (4%). Ennek valószínűleg az lehet az oka, hogy sok betegnél kellemetlen mellékhatásokat okozott a készítmény. Említettek például puffadást, hányingert, vagy akár hányást is. Sok betegben már a készítmény bevétele is undort keltett. Annak ellenére, hogy ez a készítmény létfontosságú anyagokat tartalmaz, és az utóbbi időkben kedvező klinikai kipróbálások is támogatták szerepét a megelőzésben, nem igazán nyerte el az általam vizsgált betegek tetszését.

A betegek 10%-a szerint a készítmény csökkentette a fájdalmakat. Miután a legtöbb készítmény nem tartalmaz fájdalomcsillapításra alkalmas komponenst, az ok inkább a hitben kereshető. Az onkológiai gyakorlatban ugyanis számos olyan korszerű fájdalomcsillapítót használnak, amelyek hatékonyan csökkentik a fájdalmakat, és ezek felelősek a kedvezőbb fizikai állapotért.

Sok beteg nem tájékoztatta kezelőorvosát az alternatív terápiairól. Ez tulajdonítható annak is, hogy eleve félnek feltenni ezt a kérdést, és sokszor az ápolókon keresztül próbálják megtudakolni, hogy szedhetik-e az illető szert, vagy sem. Gyakran félnek az elutasítástól is, különösen, ha betegtársuknak nem engedélyezték a szer szedését. E konfliktus feloldását az ápolószemélyzetnek is segítenie kell, tekintettel arra, hogy a betegek olyan készítményt is beszedhetnek, amelyek gyengítik az elsődleges terápia hatását vagy esetleg súlyos interakciókat okozhatnak.

Az a tény, hogy a betegek fele továbbra is folytatja a készítmény szedését, lelki tényezőkre vezethető vissza. Nagyon fontos szerep jut a hitnek, illetve a korábban tapasztalt kedvező hatásoknak. A betegtársak által elmondottak is sok esetben komoly befolyással bírnak. Kedvező eredmény volt, hogy viszonylag nagyobb arányban kérnék ki szakember javaslatát egy új készítmény kipróbálásakor. Ez az arány közel megegyezett az orvost tájékoztató betegek számával. Éppen ezért hangsúlyozni kell az egészségügyi dolgozók felelősségét a készítmények ismeretével kapcsolatban. Tisztázandó a kompetencia kérdése is, ki az, aki felvilágosítást adhat ebben a témában. Kritikus az orvos-beteg, ápoló-beteg megfelelő kommunikációja, a beteg támogatása. Ugyanakkor a biztonságos használat érdekében a beteg orvosi és ápolási dokumentációjában egyaránt fel kellene tüntetni, ha a betegek gyógyhatású készítményt használnak.

### Javaslatok

A jelen vizsgálat is rámutatott, hogy a gyógyhatású készítmények fontos szerephez jutnak az elsődleges kezelés mellett. Ezek a készítmények a szervezet testi, lelki egyensúlyának helyreállításában, az immunrendszer

erősítésében, a citosztatikus kezelések mellékhatásainak csökkentésében, az életminőség javításában és akár a daganatok kialakulásának megelőzésében is részt vehetnek. Szükségszerű lenne ezért az ápolószemélyzet képzése, továbbképzése ezekkel a készítményekkel kapcsolatban annak érdekében, hogy megbízható, a betegek érdekeit maximálisan szolgáló felvilágosítást tudjanak adni. Ugyancsak fontos kutatási probléma annak tisztázása, hogy milyen okok miatt nem tájékoztatja a betegek fele kezelőorvosát alternatív terápia alkalmazásáról. Kérdéses továbbá az is, hogyan lehetne új készítmény kipróbálásakor a betegeket rávenni arra, hogy döntésüket egyeztessék kezelőorvosukkal.

## Irodalom

1. Schmiedel, A.V. (1998). Természetgyógyászati kézikönyv. II. kötet. Budapest: Springer Hungarica.
2. Sztrásnij, A. (1999). Természetgyógyászat. Budapest: SHL Hungary Kft. p.120.
3. Csikai, E.(1993). Talpraállított egészség. Debrecen. p.53.
4. Nagy, G. (1995). Gyógynövények ismertetése, felismerése és gyógyászati felhasználása. Jegyzet. p. 8-11.
5. Nagy, G. (2000). Természetgyógyászat a gyakorlatban. Jegyzet. p. 109-115.
6. Oláh, A. (1989). A rák természetes gyógymódja és megelőzése. Budapest: International House. p.5-14.
7. Tompa, A . (1996). Tények és gondolatok a rákról. Budapest: Rákbetegség Országos Szövetsége. p.20-24.; 77-107.; 140-145.
8. Schimmel, K-C. (1992). A természetgyógyászat tankönyve. Budapest: Sanitas Természetgyógyászat Alapítvány. p.358-381
9. Petri, G. (szerk). Gyógynövények körszerű terápiás alkalmazása. Budapest: Medicina. p. 9.
10. Rápolti, J., Romváry, V. (1996). Gyógyító növények. Budapest: Medicina.
11. Richard, L. (1997). Csodatevő gyógynövények. Gyula: R.A. Kft. p.134.
12. Varró Aladár, B. (1999). Gyógynövények gyógyhatásai. Nyíregyháza: Black and White Kiadó. p. 11; 192-215.

A cikkben említett termékek között gyógyszernek minősülő készítmények is szerepelnek.

## [Vissza a tartalomhoz](#)

---

## A beteg gyermekek jogairól

Kujalek Éva

minőségügyi vezető, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház,  
egyetemi okleveles ápoló hallgató, Pécsi Tudományegyetem

---

**Cél:** *Annak vizsgálata, hogy milyen mértékben érvényesülnek a beteg gyermekek jogai a kórházi ellátás során.*

**Módszerek és minta:** *A Heim Pál Gyermekkorházban 1999. július és 2002. január között kórházi ellátásban részesült gyermekek és szüleik körében, véletlenszerű kiválasztással, 13 zárt kérdésből álló kérdőív alapján, kérdezőbiztosokkal készült felmérés. A kérdéseket az 1997. évi egészségügyi törvényben megfogalmazott betegjogokon kívül az "Európai Charta a kórházban ápolott gyermekek jogairól" elnevezésű ajánlás szempontjainak figyelembe vételével állítottam össze.*

**Eredmények:** *Mind a gyermekek, mind a szülők megítélése alapján kórházunkban a gondozás során érvényesülnek a beteg gyermekek jogai. Ugyanakkor gyermekek és szülők esetében is előfordult, hogy a betegséggel, vizsgálatokkal és beavatkozásokkal kapcsolatos információkat nem értették meg, nem kaptak érthető tájékoztatást.*

**Következtetés:** *Az ápolóknak fokozottan kell figyelniük a beteg gyermekek jogainak érvényesülésére, az erről való tájékoztatásra. A jogokban megfogalmazottak elmaradása éppúgy a gyermek tartós egészségi állapotát befolyásoló tényező, mint a beteg ápolásának szakszerűsége egy akut betegség során.*

---

## Bevezetés

A beteg gyermekekről való külön gondoskodás szükségessége a XVIII. század végén fogalmazódott meg. Ezzel összhangban, Párizsban hozták létre az első gyermekkorházat 1802-ben. Magyarországon néhány évtizeddel később, 1839-ben Schöpf-Mérei Ágost alapította az első, ún. Szegénygyermek Kórházat (Tajti, 1992). Ezt

követően alakultak meg a beteg gyermekek ellátására szakosodott intézmények.

A kórházi környezet gyermekekre gyakorolt hatásával azonban csak a XX. század második felében kezdtek el foglalkozni. A Nemzetközi Gyermejkjóléti Bizottság által 1959-ben végzett felmérés kimutatta, hogy a kórházi tartózkodás 3.–5. naptól kezdődően a 10 éven aluli gyermekek 20-80%-ánál okoz rövidebb-hosszabb, vagy akár életre szólóan tartó pszichés ártalmakat (Polcz, 1980 és Tajti, 1992). Ebben az időszakban az általános gyakorlat világszerte az volt, hogy a gyermekeket családjuktól teljesen elkülönítve kezelték, látogatásra egyáltalán nem, vagy csak igen korlátozottan volt lehetőség (pl. üvegablakon keresztül megtekintéssel). A gyermekek szinte teljes elkülönítése a családjuktól, hétköznapi életüktől – még hosszú idő elmúltával is – különböző mértékű érzelmi zavarokat okozhat.

Ugyanebben az évben Angliában is felmérést végeztek, amelyben a pszichés károsodást édesanyjukkal együtt és az anya nélkül kórházba felvett gyermekeknél vizsgálták. Az első csoport esetében szinte elhanyagolható volt a károsodás mértéke, de a naponta látogatottaknál is 10% alatt maradt (Polcz, 1980 és AFSC, 2001).

A felmérések eredményeinek közzététele után a gyermekek érzelmi szükségleteinek, s azok fontosságának felismerése oda vezetett, hogy az 1960-as években egyre több önkéntes szervezet alakult - a világ minden táján – a kórházban ápoltságukért. Ezek a szervezetek 1988-ban Leidenben tartották első európai konferenciájukat. Itt közösen fogalmazták meg 10 pontban a kórházban ápoltságuk jogait. A harmadik konferencián 1993-ban megalakult az “Európai Szövetség a Kórházban Ápoltságukért” (European Association for Children in Hospital – EACH). Ez a védelmi szervezet magába foglalja mindazokat, akiknek célja a korábban megfogalmazott jogok érvényesülése, érvényesítése (Alderson, 1993 és EACH, 1999). Innentől kezdve ezt a 10 pontot az “Európai Charta a kórházban ápoltságuk jogairól” néven említik (továbbiakban: Charta). Ez a gyermekek kórházi ellátásához szükséges etikai alapelveket tartalmazza (Alderson, 1993)

## **A Gyermejjogi Charta 10 pontja**

A lehető legjobb orvosi ellátáshoz való jog, alapvető emberi jog, különösen a gyermekek tekintetében.

1. Gyermekek kizárólag akkor kerüljen kórházba, ha ápolása, ellátása otthon vagy nappali kórházban nem biztosítható.
2. A gyermekeknek joga, hogy a kórházban szülei, vagy a szülőt helyettesítő személy, mindig vele legyen.
3. A szülőnek biztosítani kell az elhelyezést, és biztatni, segíteni kell ott maradásukat.
4. A szülő ne legyen további költségeknek kitéve, ne kelljen jövedelem-kiesést elszenvednie.
5. A gyermekeknek és szüleiknek joguk van minden információhoz, életkoruknak és értelmi képességeiknek megfelelően.
6. A gyermekeknek és szüleiknek joga van minden információhoz, ami az egészségügyi ellátás során felmerülő döntésekben való részvételhez szükséges. Minden gyermeket meg kell óvni a szükségtelen orvosi kezeléstől és vizsgálatától.
7. A gyermekeket hozzájuk hasonló életkorú gyermekkel kell elhelyezni, s nem a felnőttekkel együtt. Életkor szerint nem lehet a kórházi látogatókkal szemben megszorításokat tenni.
8. A gyermekeknek maradéktalanul biztosítani kell a játékhoz, kikapcsolódáshoz, oktatáshoz való lehetőséget, életkoruknak és állapotuknak megfelelően.
9. A gyermekek joga, hogy ellátásukban folyamatosan olyan szakemberek vegyenek részt, akik képzettek és gyakorlottak, s tekintettel vannak a gyermek fizikai, érzelmi és fejlődési szükségleteire, segíteni tudnak a gyermeknek és családjának.
10. A gyermekekkel tapintatosan és megértéssel kell bánni, magánéletüket tiszteletben kell tartani.

A Charta szemléletét erősítették meg az ENSZ-nek a gyermekek jogairól 1989-ben kiadott alapelvei, amelyeket szinte minden állam elfogadott. Az Egészségügyi Világszervezetnek a betegek jogairól 1994-ben összeállított tervezete is tovább vitte ezeket a jogokat. Utóbbi modellnek ajánlják az egyes országok betegjogi törvényeinek megfogalmazásához (Fedinecz, 1995 és Kovács, 1997).

### **Vizsgálati módszerek és minta**

A vizsgálatra 1999. július és 2002. január között a Heim Pál gyermekkórházban került sor. A vizsgálatot kérdőíves módszerrel végeztem. A 13 zárt kérdésből álló kérdőív kialakításakor a Charta alapelveit tartottam szem előtt, és az abban megfogalmazottak teljesülését mértem. Az adatfelvétel kérdezőbiztosok segítségével történt, akik 130 szülő és 84 gyermek véleményét kérdezték meg. A résztvevőket folyamatosan, véletlenszerűen választottuk ki a jelzett időszak alatt.

### **Eredmények**

A kórházi beutalást, felvételt a válaszadók 98%-a ítélte meg szükségesnek gyermeke jelenlegi betegségénél, bár közülük négy fő úgy nyilatkozott, hogy az otthoni ápolás célravezetőbb lett volna. A nappali kórház, mint

ellátási forma Magyarországon nem nagyon elterjedt a gyermekellátásban, így érthető, hogy a szülők mindössze 29%-a tudta, mit jelent ez. A válaszadást követően a kérdezőbiztosok röviden elmagyarázták a nappali ellátás jelentését. Az ismertető után, az ismételt feltevésekre 88% válaszolta, hogy amennyiben lehetősége lenne rá, igénybe venne ilyen jellegű ellátást. Általánosságban azonban elmondható, hogy a kórházba kerülő gyermekek betegségük jellege miatt hagyományos fekvőbeteg ellátásra szorulnak, és csak igen kevés esetben lehetne ellátásukat nappali kórházi ellátásként megoldani. Kórházunkban az átlagos ápolási idő 4-5 nap.

A gyermeknek a Charta ajánlásán kívül az 1997. évi Egészségügyi törvény biztosítja azt a jogát, hogy a szülő a nap bármely szakában mellette legyen, függetlenül a gyermek állapotától. Ez a jog az ellátás során a válaszadók 96%-a szerint teljesült, mindössze 6 esetben fordult elő kedvezőtlen válasz. A nemleges választ adóknak további kérdéseket tettünk fel. "Kérte-e a szülő, hogy a gyermek mellett maradjon, és a kérés után biztosították-e munkatársaink a lehetőséget?" Mind a hat esetben "igen" választ kaptunk mindkét kérdésre, azaz nem a jog biztosítása maradt el, hanem a tájékoztatás nem terjedt ki erre a felvételkor.

Az együtt maradáson kívül kérdés volt az is, hogy részt vehetett-e gyermeke ápolásában a szülő. A többség igenlő választ adott, mindössze egyetlen szülő találta úgy, hogy nem ápolhatta gyermekét a kórházi ellátás során. A szülők 61%-a nem kívánt a megengedettnél aktívabban részt venni az ápolásban, 39% szeretett volna többet tenni.

A gyermekkel kapcsolatos valamennyi információt, dokumentumot megkapta a válaszadó szülők 96%-a. A gyermek betegségéről a szülő számára érthető módon tájékoztatást ugyancsak 96% kapott.

A gyermekek közül 84 volt olyan életkorban és állapotban, hogy kérdezni lehetett őket. A gyermekek 88%-ának mondták meg a betegségét úgy, hogy ő is értette, 12%-nak nem, vagy számára nem érthetően mondták el.

A választ adó szülők 88%-ának véleménye szerint a kórházi kezelés során a munkatársak nem csak a gyermek testi, hanem lelki problémáival is foglalkoztak. A vizsgálatok, kezelések során a gyermek szeméreméretére tekintettel voltak az őket ellátók a választ adó szülők 93%-a szerint. A kérdés a csecsemőknél nem volt értelmezhető.

Amikor az orvos a gyermek betegségéről beszélt a szülővel, ezt 111 esetben kívülálló nem hallotta, és 19 esetben volt fültanúja a beszélgetésnek más is.

## **Megbeszélés**

A vizsgálat eredményei a gyermekek jogainak érvényesülését mutatták, bár egyes területeken a szokásos gyakorlat javítása szükséges. Részletesebb vagy jobban érthető tájékoztatás szükséges mind a szülők, mind a gyermekek számára. Ehhez olyan környezetet kell biztosítani, ami tiszteletben tartja a szülők és gyermekek személyiségi jogait. A gyermekek szeméreméretére minden esetben tekintettel kell lenni a vizsgálatok, kezelések során. A gondozás során törekedni kell a szülők bevonására, de csak azoknál, akiknél ez igényként felmerül.

A szülők visszajelzése alapján azt tapasztaltuk, hogy az ápolás során nem csak a gyermekek testi, hanem lelki problémáival is törődnek az ápolók, azaz a holisztikus szemlélet megvalósul a betegellátás során. Bár a gyermek-szülő együttlétre, akár a nap 24 órájában is, a lehetőség adott kórházunkban, ennek tárgyi és környezeti feltételei nem minden esetben, illetve osztályon állnak rendelkezésre. Az épületek többsége közel 100 éves, az akkori irányzatnak megfelelően megépített sokágyas kórtermek nagy része mára már átalakításra került. Ahol ez megtörtént, 3 – 4 ágyas kórtermekben biztosított az ellátás. Emellett évek óta folyamatos a gyermek-szülő együttes elhelyezését szolgáló kórtermek és kiszolgáló helyiségek kialakítása – anyagi lehetőségeinktől függően. Valódi megoldást (több más problémára adott válaszként is) egy új, a korszerű igényeknek és a szakmai minimumfeltételeknek megfelelően kialakított épület jelentene.

A gyermekek játékhoz, kapcsolódáshoz, tanuláshoz való jogát többféleképpen igyekszünk biztosítani. A tartósan kórházi kezelésben részesülőket pedagógusok segítik a tanulásban, a kisebbekkel óvónő foglalkozik, hetente kétszer bohóc doktorok vizitálnak, gyakoriak az alkalmi (ünnepi) rendezvények, pl. Gyermeknap, Mikulás. Minden osztályon van televízió, a kórház udvarán és a gyermekek közvetlen környezetében játékok. Mesefigurás falfestés teszi színesebbé a kórtermeket, folyosókat, kezelőket és a liftet.

A gyermekek hasonló korú társaikkal kerülnek elhelyezésre, ezzel kapcsolatban nem tettünk fel kérdést a felmérés során. Nem kérdeztünk rá a szülőknek a gyermek betegségéből adódó anyagi terhei növekedésére sem, sajnos nincs lehetőségünk ezen változtatni.

A kórházunkban végzett felmérés során nem csak a jogszabályban foglaltaknak, hanem az "Európai Charta a kórházban ápolott gyermekek jogairól" ajánlásnak való megfelelést is mértük. A Heim Pál Gyermekkorházban nyújtott ellátás során igyekszünk mindkét dokumentumban leírtaknak megfelelni. Noha az eredmények azt mutatták, hogy összességében érvényesülnek a beteg gyermekek jogai a kórházi kezelés során, ez nem maradéktalanul valósult meg.

A betegjogok kiterjesztése jelentős többletfeladatot jelent a gyermekápolóknak, hiszen a beteg szakszerű ápolásán kívül a szülőt is – gyakran folyamatosan – tájékoztatni, szükség esetén segíteni kell. A szülő kórházi tartózkodása egyúttal azt is jelenti, hogy az ápolás állandó laikus kontroll alá kerül. Az ápolószemélyzetnek képesnek kell lennie arra, hogy ezzel a laikus ellenőrzéssel megbirkózzon, és párhuzamosan segítse a szülő

minél hatékonyabb bevonását a gondozásba.

Mindezek miatt az ápolóknak fokozottan kell figyelniük a beteg gyermekek jogainak érvényesülésére, az erről való tájékoztatásra. A jogokban megfogalmazottak elmaradása éppúgy a gyermek tartós egészségi állapotát befolyásoló tényező, mint egy akut betegség során a beteg ápolásának szakszerűsége. Az ápolónak különösképpen figyelemmel kell lennie a beteg gyermekek jogainak érvényesülésére, ha nincs jelen a jogaikat ismerő és érvényesítő szülő.

Jelen felmérésben a szülők, azaz a gyermekek törvényes képviselőinek véleménye a domináns. Az ő véleményük mellett azonban érdekes és fontos lenne megtudni, hogyan vélekednek maguk a gyermekek saját jogaik érvényesüléséről. Hány éves kortól kérdezhetők ők erről? Lehet-e életkor szerint ezt meghatározni? A felvilágosítás, a tájékoztatás, az információk átadása a gyermek életkorának és értelmi képességeinek megfelelően történik. Lehet-e standardizált, összehasonlítható kérdéseket feltenni minden korosztálynak? Vagy valódi, reprezentatív véleménykutatást végezni kizárólag a nagyobbak (10-14 évesek) megkérdezésével? Amíg ezekre a kérdésekre nem találunk kielégítő választ, folytatni kívánjuk a szülők megkérdezését. Ugyanakkor tudatában vagyunk annak, hogy a gyermekellátásban akár elégedettségi vizsgálatot, akár a jogok érvényesüléséről szóló felmérést végzünk, mind a gyermekeket, mind a szülőket meg kellene kérdeznünk ahhoz, hogy teljes véleményt kaphassunk.

### **Köszönetnyilvánítás**

Köszönöm Baukó Mária ápolási igazgatónak és a Minőségügyi Csoport tagjainak, hogy ötleteikkel, javaslataikkal segítették a felmérést, s köszönet valamennyi munkatársamnak, akik kérdezőbiztosként részt vettek benne.

### **Irodalom**

1. Action for Sick Children [AFSC]. (2001). <http://www.actionforsickchildren.org/>.
2. Alderson, P. (1993). European Charter of Children's Rights. Bulletin of Medical Ethics, Oct., 13-15.
3. EACH: What is EACH? (1999). <http://www.each-for-sick-children.org/>.
4. Fedinecz, S., (szerk.). (1995). A betegek jogai és az ombudsman rendszer. Budapest: Medinfo.
5. Kovács, J. (1997). A modern orvosi etika alapjai. Budapest: Medicina. (565-595).
6. Polcz, A. (1980). A gyermek környezete és életmódja a kórházban. Magyar Pediáter, 14 (2), 56-59.
7. Sándor, J. (1995). A gyermekek vagy felnőttek jogai. LAM, 5 (7), 734-737.
8. Tajti, Fné. (1992). A szülő szerepe a kórházi betegápolásban. Nővér, 5 (4), 51-55.
9. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

[Vissza a tartalomhoz](#)

---

## **A rendi ápolók történetéről Ápolórendekre és ápolóközösségekre emlékezve – 3. 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 főnővér*

### **Ferences szegénygondozó nővérek**

A Ferences Szegénygondozó Nővérek szerzetesrendjét P. Oszlay Oszwald ferences tartományfőnök alapította 1927-ben. A nővérek fogadalommal kötelezték el magukat arra, hogy a szegényeket, elesetteket, betegeket felkarolják, enyhítik inségüket. Az általuk végzett munka alapja az "Egri Norma", majd "Magyar Norma", amely hatékonyan kapcsolta össze a szegénygondozást az egyházi, társadalmi és állami gondoskodással. Intézményeik, szeretetházaik mellett a nővérek külső otthoni gondozást végeztek, igyekezve emberibbé tenni a legszegényebbek sorsát, felkelteni méltóságtudatukat. A rendek feloszlásakor, 1950-ben, több mint 300 szegénygondozó nővérnek kellett beszüntetnie szegényeket szolgáló tevékenységét. Ahol és ahogyan lehetett, karizmájuknak és ferences lelkületüknek megfelelően folytatták a megkezdett munkát, pl. a ludányi anyaházban, amely ideg- és elmeegógyintézet lett.

Franciska anya 1972-ben Bécsben újraalapította a szerzetes rendet. A nővérek itt is beteggondozást végeztek. A társadalmi változásokat figyelembe véve a ferences nővérek 1990-ben itthon is újraindították közösségi életüket



és a legszegényebbek szolgálatát.

Szolgálatuk egyik fő szempontja, hogy ameddig csak lehet a saját otthonukban, eredeti környezetükben gondoskodjanak az idős betegekről, akik csak akkor kerüljenek betegotthonokba, ha az nagyon szükséges. A nővérek jelenleg négy városban két egyházi szociális otthonban, otthoni betegápolásban, hajléktalan konyhán, napközi otthonban, kórházban tevékenykednek. Otthoni betegápolást végeznek Esztergomban, Siófokon és Szécsényben. Nemre, származásra és felekezeti hovatartozásra való tekintet nélkül végzik az otthoni betegápolást az egység szellemében, figyelembe véve mindig az egyéni szükségleteket és igényeket.

*“Igyekszünk életet, örömet, békét árasztani az elmagányosodott, szenvedő testvéreink életébe. Hogy miért tesszük mindezt? Mert megragadott bennünket egy tekintet, Isten tekintete, és az Ő arcát fedezzük fel szükségét szenvedő testvéreinkben.”*



1. kép

*A nővérek a hármaskövületi fogadalomhoz - szegénység, tisztaság, engedelmesség - csatolták az áldozatos szegénygondozást, ezt jelképezi a ruha övének kötött 4 csomó.*



2. kép

*A távoli településekre való eljutást szolgálta a kerékpár*

### **Ferences Mária misszionárius nővérek**

A szemlélődő és apostoli rendet a francia Helene de Chappotin de Neuville, rendi néven Maria de la Passion alapította 1877-ben az indiai Ootacamundban. A Társulat 71 nemzetből 77 országban van jelen Assisi Szent Ferenc szellemében, nyitottan a világmisszió felé mind az 5 kontinensen.

Magyarországon 1899 óta van jelen. A rendek 1950-es feloszlata előtt a magyar nővérek száma 157 volt, közülük 62 külföldi missziókba került. A többiek Budapesten, Füzesgyarmaton éltek. Bölcsődét, óvodát vezettek, népkonyhát létesítettek, ipari iskolában szabás–varrást, háztartási ismereteket tanítottak. Elsősorban árva, szegény sorsú gyermekeket oktattak. Hímzőműhelyükben fiatal lányok számára biztosítottak szakképesítést. Néhány nővér rendszeresen látogatta és gondozta a környék szegény elhagyott betegeit. Ma két közösségük van: Budapesten és Szentendrén

Társulatuk karizmája egyrészt Krisztus követése, aki a világ üdvösségéért kiszolgáltatta magát az Atyának, másrészt Mária magatartása szerinti élet, akinek lényét áthatotta az alázat és a szolgálat szelleme. Életük középpontja az Oltáriszentségben jelen levő Krisztus. Naponta hosszabb időt szentelnek a szentségimádságnak. Szent Ferenc szellemében örömmel telt szívvel próbálnak tanúságot tenni az Evangéliumról különböző tevékenységek által: hitoktatás, pasztorációs munka, betegápolás kórházakban stb. Kápolnáikban örömmel

várják mindazokat, akik hozzájuk szeretnének csatlakozni a szentmiséken, zsolozsmáiknál és a Szentségimádásnál.



3. kép  
*Jelenleg is odaadással ápolnak Budapesten  
a Hermina utca 19-ben*

### **Assisi Szent Ferenc leányai kongregáció**

#### ***A kongregáció célja és lelkisége***

*“...Krisztus szolgálata a szegény, beteg és elhagyott fivérek és nővérek személyében. A nővérek a karitatív apostoli szolgálatnak szentelik magukat kórházakban és magánházakban is, és a különféle gyógyászati és szociális intézetekben...”*

*“...Lelkiségünk különös jele a szegénység, az alázat és az egyesülés Istennel a szeretetben...”*

*“...Apostolkodásunk az Egyházban Krisztus iránti szeretetből végzett szolgálat felebarátaink javára...”*

A kongregáció ösztönző alapítója az osztrák Anna Brunner, 25 éves korában, Linzben kezdte meg ferences szerzetesi életét, mint betegápoló. Előljárói Svájcba küldték kórházi szolgálatra. Mellette házi betegápolást is végzett. Innen került 1889-ben Magyarországra, ahol Gömöri gróftól és beteg unokahúgától ápolta. Gömöri szorgalmazására megkezdte Budapesten egy nővéreközösség megszervezését Szent Ferenc Reguláris Harmadrendje szabályai szerint. Célként az elhagyott betegek szolgálatát jelölték meg. Mindjárt az első időkben több fiatal csatlakozott az alakuló közösséghez Magyarországról, Sziléziából és Lengyelországból. Anna anyja 1894-ben fogalmazta meg az első szabályzatot. A kongregáció ezt az évet tekinti születése esztendejének. Az anyaház 1910-ben a budapesti Tárnok utcában épült fel, de 1935-ig összesen 22 házat létesítettek. Betegszolgálatot végeztek többek között Zircen, Tatabányán, Celldömölkön, Újpesten, Dorogon, Ózdon, Diósgyőrön, Kecskeméten, Mezőhegyesen stb.

A feloszlatakor, 1950-ben 250 ferences nővérnek kellett kivonulnia munkahelyéről. Wagner M. Bernadetta anyja, a legfőbb előjáró segítette a szétszórt nővéreket a legnehezebb időkben. Aki tehetett, valamilyen módon megmaradt a betegek szolgálatában. Tulajdonukban maradt a Bp. Széher úti Szent Ferenc Kórház. A szerzetesrend tulajdonában lévő kicsi, családias 105 ágyas kórházat 63 évvel ezelőtt a rend építette, s ma is működteti. A betegek a belgyógyászati, kardiológiai és röntgen osztályokon a gyógyításon és ápoláson kívül lelki gondozásban is részesülnek.

Az 1989-től újjászerveződő közösség néhány nővére ismét kórházban dolgozik, Márairemetén pedig szociális otthonot vezetnek. Munkaterületük a házi és kórházi betegápolás mellett tanító-nevelő és egyházi szolgálatot is magában foglal. Magyarországon létszámuk 1995-ben 61 fő volt.



4. kép  
*Betegszoba a Szent Ferenc kórházban  
1940-ben*



5. kép  
*Assisi Szent Ferenc leányai*

### **Erzsébet nővérek**

Az Európát behálózó független kolostorok története Aachenben kezdődött, amikor Apollonie Rademacher 1622-ben elvállalta a város ősi, 1336-ban alapított kórháza vezetését. 1626-ban két másik társával felöltötte a reguláris harmadrendi ferencesek ruháját, s az új kis betegápoló közösséget Árpád-házi Szent Erzsébet pártfogása alá helyezte. Ettől kezdve nevezték őket Szt. Erzsébet betegápolóinak.

Magyarországon először Pozsonyban, Esterházy Imre hercegprímás hívására telepedtek le 1738-ban. Budára 1785-ben II. József küldött Bécsből 18 Erzsébet apácát, hogy a polgárság számára is legyen egy nőket ápoló kórház. Az első nővérek Anger Klára vezetésével november 6-án érkeztek Budára hajóval. Anger Klára főnöknő igen sok nehézséggel küzdve építette tovább az új kórházat. Az 1793. június 13-án keltezett királyi okirat 1800 forintot biztosít 18 nővér eltartására. A vallásalaptól 4000 forintot 20 beteg ellátására, 3692 forintot pedig a polgári konfraternitások alapján biztosít a szerzetnek minden időre.

A Szent Erzsébetről nevezett nővérek 1914-ig alapítványokból és adományokból ápolták ingyenesen az arra rászoruló betegeket; 1914-től, amikor már az alapítványok értéket veszítve megszűntek, a szerzet a megbiztosító intézetekkel kötött szerződések alapján ápolta a betegeket. Buda erős héthetes ostroma alatt 1945-ben, úgy az orvosok, mint a nővérek életük állandó veszélyeztetésével gondoskodtak naponta 500 ember ellátásáról, és részesítettek 1400 sebesültet segélyben, ápolásban a kórház egyéb betegein kívül. Ostrom után a nővérek erőn felüli munkát végezve takarították el a romokat, és ápolták tovább az itt maradt vagy újabban beszállított betegeket a még megmaradt kórtermekben. Hogy a házat valamiképpen védjék a tetőről átfolyó hó és esővíztől, maguk mentek fel a tetőre és rakták fel az összevisszaságban lévő még megmaradt cserepeket azon részek fölé, melyeket még rendbe lehetett hozni. Azok, akik ezt szemlélték még ma is érthetetlen csodának tartják, hogy a nővérek közül egy sem zuhant a mélybe a szokatlan új mesterség közben.

A Fő utcai kolostor és kórház függetlenné vált Bécsből. A nővérek száma 1927-ben 39, 1941-ben 62 volt. Az újpesti közpórházban is ők ápoltak. A feloszlatakor 1950-ben 69 jól képzett betegápoló nővérnek kellett elhagynia a kolostort és más munka után néznie. 1989-ben nagy nehézségek közepette kezdték meg életük újjászervezését. Karizmájuk nem változott: "Látjátok, mindig mondtam nektek: csak boldoggá kell tenni az embereket!" (Árpád-házi Szent Erzsébet)

[Vissza a tartalomhoz](#)

---

### **Tallózó**

#### **Életminőség és nem hagyományos gyógymódok alkalmazása daganatos betegek körében**

Amerikai szerzők daganatos betegek körében az alternatív gyógymódok hatásait vizsgálták. Mintájukat 89 kemoterápiára váró vagy azon átesett beteg alkotta, akik átlagos életkora 63 év volt (21 és 88 év között), többségük nő volt, és legalább gimnáziumot végzett. A résztvevőket arra kérték, hogy töltsenek ki és adjanak postára egy életminőséget mérő kérdőívet, illetve számoljanak be arról, hogy milyen alternatív terápiákat használnak a napi gyakorlatban.

A betegek 39,5%-a rögtön a diagnózis megismerése után alternatív terápiát kezdett alkalmazni, ők többnyire 65 éven aluli, iskolázott nők voltak. Az alternatív gyógymódot először elkezdők csoportjában jellemzően hosszabb ideje ismerték diagnózisukat, a daganat újra előfordulása vagy metastasis kialakulása állt fenn, és a gyógyulásnak az esélye már valószínűtlen volt. Az életminőség érzetben különbséget találtak az újonnan és már hosszabb ideje alternatív terápiát folytatók között, az újonnan kezdők magasabb életminőség érzetről számoltak be.

A szerzők szerint a daganatos betegek gyakran élnek a nem hagyományos gyógymódok alkalmazásával, van, aki már a diagnózis után elkezd. Az ápolókat arra kell ösztönözni, hogy minél inkább szélesítsék ismereteiket ezekről a gyógymódokról, hogy használatukban tanácsot tudjanak adni betegeiknek.

### **Ápolói szempontok a nem gyógyszeres fájdalomcsökkentésben**

Ausztráliai kutatók 37 diplomás ápoló bevonásával azt vizsgálták, hogy milyen tényezők befolyásolják nem gyógyszeres úton történő fájdalomcsillapításról hozott döntésüket. Két fő ausztráliai kórház intenzív és onkológiai ápolóiból válogatták a résztvevőket, akik több fókuszcsoporthoz megbeszélésen mondták el véleményüket a nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás kórházi alkalmazhatóságáról.

Az interjúkból kiderült, hogy az ápolók véleménye szerint az alternatív megoldások számos a beteg számára is kedvező megoldást jelenthetnek a fájdalom menedzselésére és általános jólétükre. Például a nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás hatékony megoldásnak tűnt olyankor, amikor a gyógyszer hatására várnak a betegek.

Ugyanakkor az ápolók komoly akadályokat észleltek az alternatív terápia intézményi használatával szemben, amelyek szervezeti és szakmai ellenállást is jelentenek.

Miután a betegek számára előnyös megoldást jelentenek az alternatív fájdalomcsillapítási megoldások, a szerzők további kutatásokat javasolnak ezek megismerése és használatára.

*Helmrich, S. et al. (2001). Factors influencing nurses' decisions to use non-pharmacological therapies to manage patients' pain. Australian Journal of Advanced Nursing, 19(1), 27-35.*

---

### **Közlemények a beteg gyermekek jogairól**

Lowden (2002) írásából egyértelműen kiderül, hogy az elmúlt évtizedben a gyermekek jogainak érvényesítéséről folyó nemzetközi vita egyre erősödött. A gyermekek jogainak kiszélesedését jelentette az Egyesült Nemzetek Szervezet (ENSZ) által 1989-ben ratifikált, a gyermekek jogait egyesítő ENSZ Konvenció (Convention on the Rights of the Child).

Annak ellenére, hogy ezt a dokumentumot majdnem minden állam elfogadta, a helyi szintű törvénykezés és jogszabályok nem minden esetben vannak összhangban vele. A gyermek és a gyermekjogok értelmezése úgy tűnik, hogy a gyermekkor társadalmi értelmezésének befolyása alatt áll. Az egészségügyben a felnőttek a gyermekjogokat több szempontból közelítik meg, és minden esetben a "gyermek legjobb érdekében" hozott döntésekre vezetnek vissza. Döntéseik háttérben gyakran húzódik meg az a hit vagy elképzelés, hogy a gyermek nincs birtokában a döntési képességeknek, nem érti meg a kezelés kimenetelét, célját. Éppen ezért a jogok között a kezeléstől való távolmaradást, a "nem kezelés" lehetőségét gyermekek esetében alig találjuk meg.

A szerző szerint elvárható lenne, hogy a felnőttek pragmatikus értelmezést adjanak a gyermek személyiségi jogainak, és tiszteletben tartásuk autonómiájukat. Amíg ez nem történik meg, addig a gyermek kezelésbe való beleegyezése a felnőttek előjoga marad.

Ezt a megközelítést más szerzők is alátámasztják, és a felnőtt-gyermek viszonyban létező egyenlőtlen erőviszonyokra irányítják figyelmünket (Bricher, 2000). Különösen az indokolatlan, hogy a gyermeket nem kompetensnek nyilvánítsa akár a szülő vagy az egészségügyi személyzet annak alapján, hogy a gyermek nem rendelkezik azzal a tudással, ami a döntéshez szükséges. A gyermek döntési képességei érvényesen ellenőrizhetők, erre megfelelő eljárásokat dolgoznak ki a szakemberek.

Fontos azonban észrevenni, hogy a kezelés során kért beleegyezés nem csak a lényegesebb beavatkozásokat érinti. A gyermek testéhez való hozzáférés joga nem egyértelmű akkor sem, ha oktatási vagy kutatási célból történik. Az ENSZ Konvenció nem biztosít automatikus jogot arra, hogy bármely egészségügyi vagy más személy hozzáférjen a gyermek testéhez, a testet másoknak bemutassa anélkül, hogy erre előzetes beleegyezést kapott volna a gyermektől vagy szüleitől. Ugyancsak kritikus kérdés a gyermek jogainak maximális érvényesítése, ha a gyermek tudományos kutatás alanya. Az ilyen esetekben a szabályok még szigorúbbak, mint a mindennapi gyakorlatban.

Jelen számunk szerzője egyúttal azt is felvetette írásában, hogy hiányzik az objektív módszer, amivel a gyermekek döntési képessége mérhető lenne. Svéd kutatók (Runeson és mtsai, 2000) tanulmányában olyan módszert ismertettek, amely részben megoldást jelenthet a problémára. A kutatók olyan mindennapi szituációkat kerestek, amelyekben a gyermeknek lehetősége volt "hangjának hallatására", illetve amikor megtagadták jogainak érvényre jutását. A szerzők 26, hat és tizenhét év közötti gyermekkel és 21 szülővel készítettek interjúkat,

amelyben arra kérték a résztvevőket, hogy említsenek meg olyan kórházi szituációkat, amikor jogaikat betartották, vagy nem tartották be. Minden esetet egy olyan ötfokozatú skálával elemezték, amelynek minden egyes szintje eggyel növekvő, önmagunkról való döntési autonómiát jelöl. A gyermekek és szülők egyaránt 1-től 5-ig jelölhették be, hogy az adott szituációban mennyire korlátozták döntési szabadságukat. Az eredmények alapján egyértelmű, hogy a mindennapi kórházi szituációk között számos olyan fordul elő, amelyben a gyermek döntési képessége megbízhatóan mérhető, meghatározható.

*Bricher, G. (2000). Children in the hospital: issues of power and vulnerability. Pediatric Nursing, 26(3), 277-282.*

*Lowden, J. (2002). Children's rights: a decade of dispute. Journal of Advanced Nursing, 37(1), 100-107.*

*Runeson, I., Elander, G., Hermeren, G. et al. (2000). Children's consent to treatment: using a scale to assess degree of self-determination. Pediatric Nursing, 26(5), 455-458, 515.*