

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

A szakdolgozói társadalmat járványszerűen megfertőző
kór neve: kiégés

Gyermekápolók vélekedései a gyermekekkel és a szülővel
való együttműködésről a kórházban; az együttműködést
befolyásoló tényezők

Határon túl: Ápolói munka egy svéd
„kis” kórházban



2012. 25. ÉVFOLYAM 5. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover/novindex.htm>

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/
A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2012, 25 (5), 1–44.

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL

Referáló laptól a tudományos igényű folyóiratig:
A NŐVÉR serdülőkkora és felnőtté válása
(1993–2004)

Dr. Fedineczné Vittay Katalin 3

EREDETI KÖZLEMÉNY

A szakdolgozói társadalmat járványszerűen
megfertőző kór neve: kiégés

Irinyi Tamás, Németh Anikó 12

Gyermekápolók vélekedései
a gyermekekkel és a szülővel való
együttműködésről a kórházban; az
együttműködést befolyásoló tényezők

*Miklósi Mónika, Galambosi Elvira,
Perczel Forintos Dóra, PhD.* 19

KITEKINTÉS

Határon túl: Ápolói munka egy svéd „kis”
kórházban

Fuchs Rita 29

SZERKESZTŐI LEVÉL

Elhunyt Madeleine Leininger

Dr. Papp Katalin 37

ÁPOLÁSOKTATÁS

A transzkulturális ápolás jelentősége a hazai
egészségügyi ellátásban

Dr. Balogh Zoltán 39

KITEKINTÉS

Kongresszusi beszámoló

V. Nemzetközi FOHNEU Kongresszus

Hirdi Henriett Éva, Dr. Téglásyné Bácsi Mária 41

GRATULÁLUNK 43

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR

From an abstracting periodical to a scientific
journal: Adolescence and coming of age
of NŐVÉR (1993–2004)

Katalin Fedineczné Vittay 3

ORIGINAL CONTRIBUTION

Epidemic among health care providers:
burnout

Tamás Irinyi, Anikó Németh 12

The opinions of paediatric nurses on
cooperation with children and their
parents in hospital; the factors affecting
such cooperation

*Mónika Miklósi, Elvira Galambosi,
Dóra Perczel Forintos* 19

OUTLOOK

A faraway land: nursing in a “small”
Swedish hospital

Rita Fuchs 29

LETTER FROM THE EDITOR

Madeleine Leininger passed away

Dr. Katalin Papp 37

NURSING EDUCATION

The importance of transcultural nursing
in the health care in Hungary

Dr. Zoltán Balogh 39

OUTLOOK

Summary Report of the 5th International

FOHNEU Congress

Henriett Éva Hirdi, Dr. Mária Téglásyné Bácsi 41

CONGRATULATIONS 43

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja.

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

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

Kiadja: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán (PhD).
Terjeszti: MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E
(1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax:
323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
KIADÓ KFT.

Nyomdai munka: Komáromi Nyomda, Komárom.
ISSN szám: 0864-7003

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

Gyermekápolók vélekedései a gyermekekkel és a szülővel való együtműködésről a kórházban; az együtműködést befolyásoló tényezők

MIKLÓSI Mónika, GALAMBOSI Elvira, PERCZEL FORINTOS Dóra, PhD.

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Gyermekápolók vélekedéseinek vizsgálata a gyermekkel és a szülővel való együtműködésről, valamint az együtműködés háttértényezőinek elemzése.

Vizsgálati módszerek és minta: Tervezett műtéti beavatkozás miatt felvételre kerülő gyermekek szülei (n=91) a hospitalizációt megelőzően egy kérdőívet töltöttek ki, amelyben demográfiai, szocioökonómiai adatokra, a gyermek és a szülő mentális egészségére kérdeztünk rá. A kórházi tartózkodás során a gyermekápoló megbecsülte, hogy milyennek találta a szülővel és a gyermekkel való együtműködését (n=131).

Eredmények: Az ápolók szignifikánsan jobbnak ítélték együtműködésüket a szülővel, mint a gyermekkel. A szülővel való együtműködést befolyásolta a gyermek neme, életkora, a szülő iskolai végzettsége, a családszerkezet, a kórházi tartózkodás hossza. A gyermekkel való együtműködés megítélése összefüggést mutatott a gyermek életkorával, valamint a gyermek proszociális magatartásával.

Következtetések: A gyermekkel és a szülővel való együtműködés megítélését elsősorban demográfiai és szocioökonómiai változók befolyásolják. Ezen tényezők azonosításával sikeresebben készíthetjük fel a gyermekápolókat a szülővel és a gyermekkel való együtműködés problémáinak megoldására.

Kulcsszavak: családközpontú ellátás, együtműködés, gyermekápoló, hospitalizált gyermek, szülők

The opinions of paediatric nurses on cooperation with children and their parents in hospital; the factors affecting such cooperation

Mónika MIKLÓSI, Elvira GALAMBOSI, Dóra PERCZEL FORINTOS

Summary

Aim of the study: To explore paediatric staff nurses' perception of collaboration with hospitalized children and their parents and to study underlying factors.

Methodology and sample: In a prospective longitudinal design, parents of children admitted to hospital for planned surgical intervention (n=91) filled out a questionnaire packet before hospitalization assessing demographical and socio-economical characteristics, as well as mental health status of children and parents. Staff nurses were asked to estimate parents' and children's collaboration during hospitalization (n=131).

Results: Nurses' ratings about parents' collaboration were higher than their ratings about children's collaboration. Child's gender, age, parent's level of education, family characteristics and length of hospital stay had an impact on the perception of collaboration with parents. Child's age and prosocial behavior were related to the perception of collaboration between nurses and children.

Conclusions: Nurses' perception of children's and parents' collaboration was related to demographical and socio-economical factors. Identifying these factors may help to promote partnership among nurses, parents and hospitalized children.

Keywords: family centered care, collaboration, paediatric nursing, hospitalized child, parents

Érkezett: 2012. március. 28. Elfogadva: 2012. július. 28.

MIKLÓSI Mónika, klinikai szakpszichológus, Heim Pál Gyermekkorház és Rendelőintézet, Mentálhigiéniai Központ PhD hallgató, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola
GALAMBOSI Elvira, pszichológus, Heim Pál Gyermekkorház és Rendelőintézet, Mentálhigiéniai Központ
PERCZEL FORINTOS Dóra, PhD., klinikai szakpszichológus, tanszékvezető habil. egyetemi docens
Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék
Levelező szerző (correspondent): MIKLÓSI Mónika, elérhetőség: +36/20-394-8183,
e-mail: miklosi.monika@gmail.com

Bevezetés

Az „együtműködés a gondozásban” elv térhódítása

Az 1950-es évektől kezdve annak a felismerése, hogy a szülő jelenléte, a kórházban a beteg gyermeke mellett, pozitív hatással van a gyermek szomatikus és mentális jóllétére, fontos szemléletváltást indított el, amely az ápoló, a gyermek és a családtagok mind szélesebb körű együtműködését eredményezte az ápolás folyamatában (Casey, 1995; Lee, 2007). Az együtműködés a gyermekápolók munkájának lényeges része lett a mindennapokban, mégis kevés tanulmány foglalkozik azzal, hogy az ápolók milyenek észlelik együtműködésüket a gyermekkel és a szülővel, és milyen háttértényezők befolyásolják ezt.

Az együtműködés fogalmának meghatározása

A család és az egészségügyi dolgozók közötti együtműködés konceptualizálására Frank és Callery (Franck & Callery, 2004) modellje tesz kísérletet. Elméletük szerint az együtműködés elve három területen érhető tetten. Az első a hatékony és empatikus kommunikáció, melynek során a gyermek és a családtagok kifejezhetik egyéni szükségleteiket, preferenciáikat, problémáikat. Ezek figyelembevétele az ápolás folyamatában a személyközpontú ápolás minőségének egyik fontos mutatója. A második terület a gyermek egészségével, kezelésével kapcsolatos döntésekben való részvétel. Ez egyrészt a gyermektől, illetve a szülőtől származó információ beépítését jelenti a döntésekbe, másrészt az együtműködő felek tényleges bevonását a döntések meghozatalába. A gyermektől, illetve a családtól származó információ mennyisége és minősége, valamint a döntésekben való aktív részvétel mértéke tehát az együtműködés színvonalának fontos jellemzői. A harmadik terület a gyermek, illetve a család aktív részvétele a gondozás folyamatában, melyet a szerepek, a felelősség, a gondozási feladatok megosztásának minősége jellemez.

Együtműködés a szülővel

A szülő folyamatos jelenléte a kórházban, illetve bevonása az ápolás folyamatába általánosan elfogadott gyakorlattá vált, de az együtműködés a hétköznapiakban nem mindig problémamentes (Buncsik, 1992; Deák, 2004; Menzel, 1989; Tajti, 1992). A szülők részéről a gyermek egészsége iránt érzett szorongás, illetve a szokatlan környezethez való alkalmazkodás nehezítheti az együtműködést; az ápolóknak megterhelő a szülők szükségleteivel való többlet-foglalkozás, valamint az a tény, hogy munkájukat állandóan kívülálló szemlétára végzik (Ágoston & Kovács, 2004). A Heim Pál Gyermekkorházban végzett korábbi vizsgálatok szerint az ápolók több mint kétharmada (65,9%) fontosnak tartja a szülők jelenlétét a kórházban, mégis jelentős hányaduk (73,4%) számol be arról, hogy a munkája során volt konfliktusa szülővel/gondviselővel (Deák, 2004). Egy, a szülők megkérdezésével készült vizsgálat szerint, a szülők jelentős része (több mint 90%-uk) összességében elégedett az ellátással (Kujalek, 2003), jól alkalmazkodik a szituációhoz, és problémamentesnek látja a kommunikációt az egészségügyi dolgozókkal. Kisebbségük (kevesebb, mint 10%) viszont kevésbé elégedett, nehezen alkalmazkodik a kórházi környezethez, szabályrendszerhez, és az egészségügyi dolgozókkal való kommunikációja nehezített (Kujalek, 2003). A problémás alkalmazkodás háttértényezőinek vizsgálata hozzájárulhat ahhoz, hogy segítsük a gyermekápolókat az együtműködést nehezítő faktorok felismerésében, tudatosításában, és a problémás helyzetek hatékonyabb megoldásában.

Együtműködés a gyermekkel

A nemzetközi szakirodalomban számos tanulmány foglalkozik a gyermekkel való kommunikációval, a gyermek tájékoztatásának módjaival, valamint a gyermeknek az egészségével kapcsolatos döntésekbe és az ápolás folyamatába való bevonásával (Beauchamp & Childress, 2001; Hallström & Elander, 2004; Shields, 2009). A kórház-

ban ápolat gyermekek jogait összefoglaló 10 pontból álló charta (EACH – European Association for Children in Hospital) (Anderson, 1993) is kitér az együttműködés kérdéseire, amennyiben megfogalmazza, hogy a gyermekeknek és szüleiknek joguk van minden információhoz – életkoruknak és értelmi képességeiknek megfelelően – ami az egészségügyi ellátás során felmerülő döntésekben való részvételhez szükséges (5. és 6. pont).

A gyermekek tájékoztatásának – mint az együttműködés alapjának – minőségét több hazai vizsgálat is célozta. Kujalek (Kujalek, 2002) vizsgálatában a megkérdezett gyermekek (n=84) túlnyomó többsége (88%) nyilatkozott úgy, hogy számára érthető módon informálták őt betegségéről. A gyermekek tájékoztatásának azonban nincsenek szabályozott formái. Erre utal Kovács és munkatársainak (Kovács, Árki, & Mramurácz, 2007) országos felmérése, amely szerint a vizsgálatban részt vevő, gyermekeket ellátó egészségügyi intézmények közül (n=61) egyetlen egy sem alkalmazott kifejezetten gyermekek számára készült írásos tájékoztatót; továbbá a kórházak csupán 1,6%-a tájékoztatta a gyermeket szóban a betegségről, a prognózisról és a kezeléssel.

Még inkább fehér folt a gyermek bevonásának kérdése az egészségével kapcsolatos döntésekbe. Nem könnyű megtalálni azokat a kereteket, amelyek – a fejlődésbeli sajátosságok figyelembe vétele mellett – lehetővé teszik a gyermek igényeinek, szándékainak tiszteletben tartását az egészségével, kezelésével kapcsolatos döntésekben (Beauchamp & Childress, 2001; Hallström & Elander, 2004). Ismerünk azonban olyan hazai kísérletet is, amelyben a gyermeket – életkorának megfelelő módon és keretek között – sikerrel vonták be például a fájdalomcsillapítással kapcsolatos döntésekbe (Deák, 2006).

A gyermekkel való (partneri) együttműködés gyakorlata tehát sokkal kevésbé körvonalazott a hazai gyakorlatban, így különösen lényeges az ápoló és a gyermek együttműködésének, valamint az azt befolyásoló tényezőknek a vizsgálata.

A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célkitűzése egyrészt az volt, hogy felmérjük az ápolók vélekedéseit a szülővel, illetve a gyermekkel való együttműködésről, másrészt prospektív, longitudinális elrendezésben vizsgáljuk az ezt befolyásoló demográfiai, pszichológiai, és egyéb jellemzőket. Hipotéziseink a következők voltak:

1. a gyermekápolók vélekedése a gyermekkel és a szülővel való együttműködésről szoros együtt járást mutat: együttműködő szülő gyermekét együttműködőbbnek észlelik az ápolók, míg kevésbé együttműködő szülő esetében a kooperáció a gyermekkel is nehezebbnek bizonyul;
2. a megelőző kórházi tapasztalatok, illetve a hosszabb kórházi tartózkodás javít az együttműködésen, a felek idővel jobban megtanulják annak módjait;
3. a gyermek életkora összefüggésben áll az együttműködéssel; kisebb gyermekekkel és szüleikkel nehezebb együttműködni a gyermek speciálisabb szükségletei, intellektusa, érzelem- és viselkedés-szabályozásának alacsonyabb szintje miatt;
4. alacsonyabb szocioökonómiai háttérrel rendelkező gyermekekkel és szüleikkel nehezebb az együttműködés a rendelkezésükre álló szűkösebb pszichológiai/társadalmi/anyagi erőforrások miatt;
5. a gyermek, illetve a szülő premorbid pszichológiai problémái nehezítik az együttműködést.

A vizsgálati módszer és minta

Résztvevők

A vizsgálatba egy előre meghatározott, három hetes periódusban (2009 júniusában), a Heim Pál Gyermekkorházba (Fül-Orr-Gége Osztály, Orthopédiai Osztály, Sebészeti Osztály, Urológiai Osztály) tervezett műtéti beavatkozás miatt felvételre került gyermekeket és szüleiket vontuk be. A vizsgálatból kizártuk azokat, akiknél a szülő nem volt

elérhető, nem beszélt magyarul, vagy nem volt beszámítható.

A vizsgálat menete

Vizsgálatunkat a Heim Pál Gyermekkorház és Rendelőintézet Intézeti Kutatásetikai Bizottsága etikai engedélyének birtokában kezdtük meg.

A szülőt a hospitalizációt megelőző anesztéziológiai vizsgálat kapcsán szólítottuk meg. A szülő a vizsgálatról szóló részletes írásos és szóbeli tájékoztatás, valamint írásos beleegyezése után egy kérdőívcsomagot töltött ki, amelyben többek között demográfiai adatokra, a szocioökonómiai státuszra, a gyermek és a szülő mentális egészségére kérdeztünk rá. Ezt követően, a beavatkozás napján a gyermekápoló – aki nem ismerte az előzetes felmérés eredményeit – egy, a vizsgálatra összeállított kérdéssor alapján értékelte, hogy milyenek észlelte a szülővel és a gyermekkel való együttműködését.

A vizsgálatban használt eszközök

A gyermekápolók vélekedéseinek felmérése az együttműködésről

A gyermekápolók vélekedéseinek felmérésére Frank és Callery modelljét (Frank & Callery, 2004) alkalmazva egy kérdéssort állítottunk össze (továbbiakban: *Együttműködés az ápolásban kérdőív*, ld. **Függelék**), mely öt-öt állítást tartalmazott

a szülőre, illetve a gyermekre vonatkozóan. A kérdések azt vizsgálták, hogy a gyermekápoló megítélése szerint a szülő, illetve a gyermek összességében mennyire volt együttműködő; mennyire vett részt aktívan az ápolás folyamatában; mennyire vett részt a gyermek egészségével, kezelésével, ápolásával kapcsolatos döntésekben; mennyire szolgáltatott hasznos információt az egészségügyi dolgozók számára; illetve mennyire volt könnyű és problémamentes a felek közötti kommunikáció. A válaszadó egy ötfokú – 1-től (*egyáltalán nem*) 5-ig (*teljes mértékben*) terjedő – Likert-skálán jelölhette meg ítéletét. Az öt-öt kérdésre adott válaszokból képzett összpontszámmal jellemeztük a szülővel, illetve a gyermekkel való együttműködés megítélését, amelynek értékei így 5 és 25 pont közé estek.

Demográfiai adatlap

Az általunk összeállított *demográfiai adatlap* kérdései a következőkre vonatkoznak: a gyermek neme, életkora, ismert krónikus betegsége, a szülő iskolai végzettsége, testvérek száma, családszerkezet, lakáskörülmények, korábbi hospitalizációk. Regisztráltuk továbbá a kórházi tartózkodás időtartamát, a felvevő kórházi osztályt.

Beck Depresszió Kérdőív Rövidített változata (R-BDI)

A szülő mentális egészségének felmérésére alkalmazott R-BDI (Beck & Beck, 1972; Kopp,

Függelék

Kérdéssor arról, hogy a gyermekápolók hogyan vélekednek a gyermekkel és a szülővel való együttműködésről

SZ1 Mennyire vett részt az anya a gyermek gondozásában, ápolásában?
SZ2 Véleménye szerint, mennyire volt a szülő együttműködő?
SZ3 Mennyire vett részt a szülő a gyermeke egészségével, kezelésével, ápolásával kapcsolatos döntésekben?
SZ4 Mennyire szolgáltatott hasznos információt az egészségügyi dolgozók számára a szülő a gyermekkel kapcsolatban?
SZ5 Mennyire volt könnyű és problémamentes a szülővel való kommunikáció?
GY1 Mennyire vett részt a gyermek aktívan az ellátás folyamatában?
GY2 Mennyire volt a gyermek együttműködő az ellátás folyamatában?
GY3 Mennyire vett részt a gyermek a saját egészségével, kezelésével, ápolásával kapcsolatos döntésekben?
GY4 Mennyire szolgáltatott hasznos információt az egészségügyi dolgozók számára a gyermek saját magával, állapotával kapcsolatban?
GY5 Mennyire volt könnyű és problémamentes a gyermekkel való kommunikáció?

Skrabski, & Szedmák, 1995; Rózsa, Szádóczky, & Füredi, 2001) a depressziós tünetek egyik legmegbízhatóbb mérési módszere. A kérdőív kilenc itemet tartalmaz, jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik.

Spielberger Állapot-Vonás Szorongás Kérdőív (STAI)

A STAI (Sipos & Sipos, 1978; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) a szorongás erősségének mérésére kidolgozott, széles körben elterjedt vizsgálóeszköz. A szülőre általánosan jellemző szorongásos hajlamot a húsz kérdésből álló vonás-szorongás alskálával (STAI-T) mértük.

Erősségek és Gyengeségek Kérdőívvel (SDQ)

A gyermek mentális egészségét az *Erősségek és Gyengeségek Kérdőívvel* (Goodman, 2001) vizsgáltuk. A kérdőív széles körben elterjedt mind a nemzetközi, mind a hazai gyakorlatban, mint a gyermekkori érzelmi- és viselkedészavarok megbízható vizsgálóeszköze. A *problémaskála* négy alskála összegzésével készül, melyek az érzelmi zavarok, a hiperaktivitás/figyelemzavar, a viselkedészavar tüneteit, valamint a kortárskapcsolati problémákat vizsgálják. A *problémaskála* mellett a kérdőív tartalmaz egy *proszociális viselkedés* alskálát is.

Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzésekhez a STATISTICA 9.0 (Statsoft, 2010) programcsomagot használtuk. Leíró statisztikákat alkalmaztunk az együttműködés tényezőinek jellemzésére. A gyermekkel és a szülővel való együttműködés megítélését egymintás t-próbával hasonlítottuk össze. Folytonos változóink kapcsolatát Pearson-féle korrelációk együtthatóval vizsgáltuk. A szülővel, illetve a gyermekkel való együttműködés mutatóit két csoport esetében kétmintás t-próbával, több csoport esetében egy-szemponos varianciaanalízissel (ANOVA) hasonlítottuk össze a kategoriális változóink által képzett csoportokban. Post-hoc összehasonlításokra Tukey tesztet alkalmaztunk. A hiányzó adatok pótlása a lineáris regresszió módszerével történt.

Eredmények

Az előre meghatározott időszakban az ápolók 131 szülő-gyermek párossal való együttműködésüket jellemezték. Az együttműködés háttértényezőit vizsgáló kérdőívet 91 szülőltől – Fül-Orr-Gége Osztály (n=34), Orthopédia (n=12), Sebészet (n=23), Urológia (n=22) – kaptuk vissza. A vizsgálatban részt vevő személyek jellemzőit az **I. táblázat** mutatja.

Az Együttműködés az ápolásban kérdőív megbízhatósága

A szülővel való együttműködést mérő skálánk megbízhatósága kiválóan (=0,90; korrigált item-totál korrelációk: 0,645-0,807), a gyermekkel való együttműködést mérő skála megbízhatósága jónak (=0,74; korrigált item-totál korrelációk: 0,391-0,586) bizonyult.

A gyermekkel, illetve a szülővel való együttműködés megítélésének összevetése

Az ápolók szignifikánsan jobbnak ítélték együttműködésüket a szülővel, mint a gyermekkel (átlag_{sz}=21,03 szórás_{sz}=3,34; átlag_{gy}=17,20 szórás_{gy}=3,89; t(90)=7,372; p<0,001), de a szülővel, illetve a gyermekkel való együttműködés megítélése egymástól függetlennek bizonyult (r=0,064 p=0,544). Az ápolók a gyermek együttműködését minden vizsgált területen alacsonyabbnak ítélték meg, leginkább a hasznos információ szolgáltatása, valamint a döntésekben való részvétel esetében. (**1. ábra**) Azoknak az aránya, akik az ápolók vélekedése szerint nem, vagy kevéssé szolgáltak hasznos információval, a szülők között csak 2%, a gyermekek között viszont 42% volt. Hasonlóan, 4% volt azoknak a szülőknek az aránya, akik a gyermek-ápolók értékelése szerint nem, vagy csak kevéssé vettek részt a döntésekben, míg a gyermekek esetében ez az arány 39% volt.

Az együttműködés háttértényezőinek vizsgálata

A kórházi tartózkodás alapján két csoportot képeztünk, és az egy/két napos

I. táblázat: A vizsgálati minta jellemzése, és a szülővel/gyermekkel való együttműködés átlagpontszámainak különbségei a diszkrét változók alapján (N=91)

	N (%)	Szülő-ápoló együttműködés		Gyermek-ápoló együttműködés	
		átlag (szórás)	hatás	átlag (szórás)	hatás
Kórházi tartózkodás hossza					
<i>1 vagy 2 nap</i>	58 (63,7)	21,66 (3,27)	t(89)=2,417	16,78 (4,13)	t(89)=-1,378
<i>több, mint 2 nap</i>	33 (36,3)	19,94 (3,22)	p=0,018	17,94 (3,36)	p=0,172
Megelőző kórházi tartózkodás					
<i>nem</i>	24 (26,4)	21,92 (3,59)	t(89)=1,521	17,71 (3,59)	t(89)=0,747
<i>igen</i>	67 (73,6)	20,72 (3,22)	p=0,132	17,01 (4,00)	p=0,457
Nemek aránya					
<i>fiúk</i>	58 (63,7)	20,47 (3,55)	t(89)=-2,193	16,74 (4,10)	t(89)=-1,494
<i>lányok</i>	33 (36,3)	22,03 (2,71)	p=0,031	18,00 (3,40)	p=0,139
Szülő iskolai végzettsége					
<i>alapfokú</i>	20 (22,0)	19,95 (3,91)	F(2)=4,928	16,20 (4,74)	F(2)=0,854
<i>középfokú</i>	37 (40,7)	20,38 (3,00)	p=0,009	17,40 (3,40)	p=0,429
<i>felsőfokú</i>	34 (37,4)	22,38 (2,95)		17,56 (3,86)	
Lakáskörülmények					
<i>saját tulajdon</i>	82 (90,1)	20,93 (3,35)	t(89)=0,921	17,10 (3,93)	t(89)=0,740
<i>egyéb</i>	9 (9,9)	22,00 (3,31)	p=0,379	18,11 (3,62)	p=0,461
Teljes család vér szerinti szülőkkal					
<i>igen</i>	76 (83,5)	19,53 (4,09)	t(89)=-1,931	16,92 (3,90)	t(89)=1,539
<i>nem</i>	15 (16,5)	21,33 (3,12)	p=0,057	18,60 (3,66)	p=0,127
Testvérek száma					
<i>egyedüli gyermek</i>	23 (25,6)	21,17 (3,77)	F(2)=0,038	15,95 (4,45)	F(2)=1,293
<i>egy testvér</i>	43 (47,3)	20,93 (3,55)	p=0,963	17,70 (4,20)	p=0,283
<i>több testvér</i>	25 (27,5)	21,08 (2,60)		17,48 (2,40)	
Gyermek krónikus betegsége					
<i>ismert</i>	14 (15,4)	21,93 (2,43)	t(89)=-1,031	17,21 (5,13)	t(89)=-0,015
<i>nem ismert</i>	76 (83,5)	20,93 (3,44)	p=0,305	17,19 (3,69)	p=0,988

hospitalizációt átélt csoportot hasonlítottuk össze a hosszabb időt kórházban töltő gyermekek csoportjával. A szülővel való együttműködés megítélése szignifikánsan jobb volt a rövidebb időre hospitalizált gyermekek szüleiben (t(89)=2,417 p=0,018), míg a gyermekek együttműködésének megítélése nem mutatott különbséget a két csoportban (t(89)=-1,378 p=0,172). A korábbi kórházi tapasztalatoknak nem volt hatása sem a szülővel, sem a gyermekkel való együttműködés megítélésére (ld. I. táblázat).

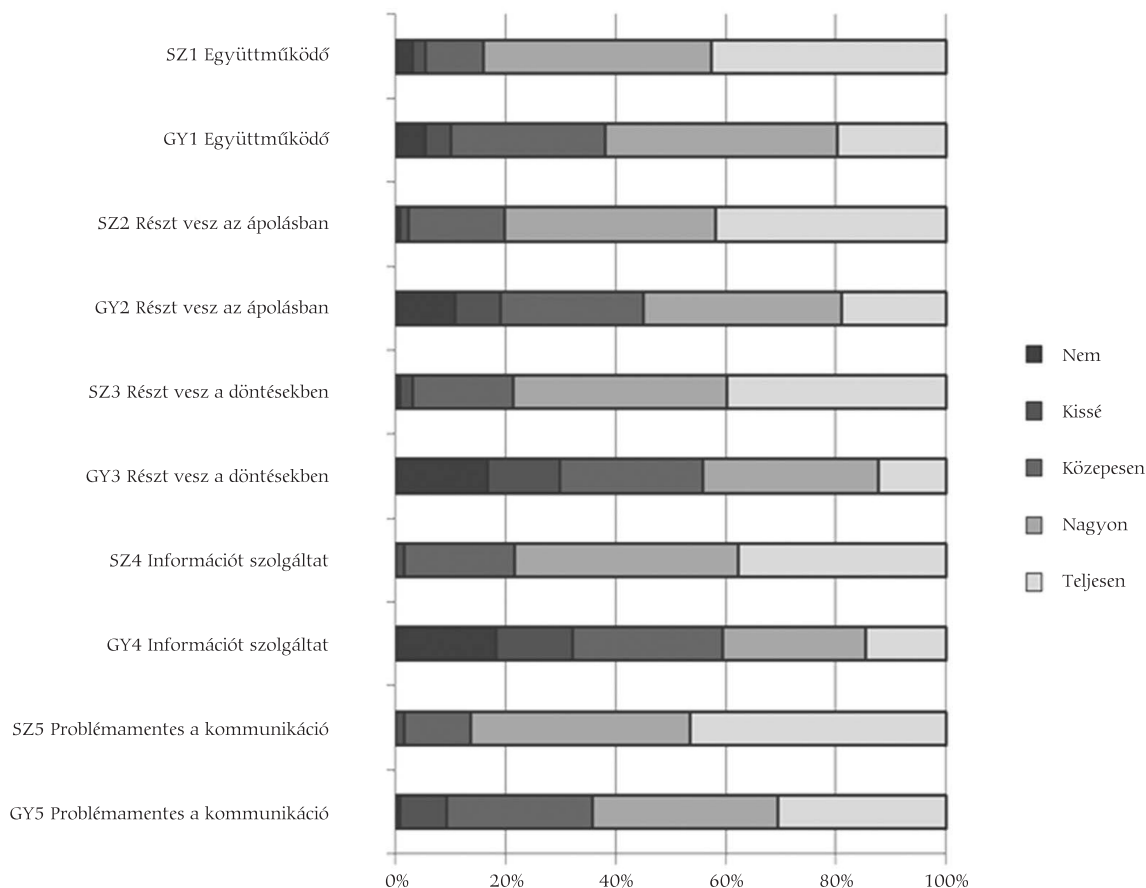
Szignifikáns különbséget találtunk a szülővel való együttműködés átlagpontszámában a gyermek neme szerint (ld. I. táblázat): a fiúk szüleinek átlaga szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a lányok szüleinek átlaga (t(89)=-2,193 p=0,031). A gyermekkel való együttműködés átlaga nem külön-

bözött lányokban és fiúkban (t(89)=-1,494 p=0,139).

A gyermek életkora szignifikáns negatív összefüggést mutatott a szülővel való együttműködés megítélésével (r=-0,252 p=0,016), és szignifikáns pozitív összefüggést a gyermekkel való együttműködés megítélésével (r=0,476 p<0,001). (**II. táblázat**)

A szülő iskolai végzettsége alapján képzett csoportokban (alapfokú, középfokú, felsőfokú végzettség) szignifikánsan különbözött a szülővel való együttműködés megítélése (F(2)=4,928 p=0,009), míg a gyermekkel való együttműködés átlagpontszáma nem különbözött a három csoportban (ld. I. táblázat). A post-hoc összehasonlítás szerint a felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők átlaga magasabb volt, mint a középfokú, illetve az alapfokú képesítéssel

1. ábra. Az ápolók vélekedései a szülővel és a gyermekkel való együttműködésről (N=131)



II. táblázat: A szülővel/gyermekkel való együttműködés átlagpontszámainak összefüggései a gyermek életkorával, illetve a mentális egészség mutatóival

	átlag (szórás)	Pearson-féle korrelációs együttható (r)	
		Szülő-ápoló együttműködés	Gyermek-ápoló együttműködés
A gyermek életkora	7,55 (4,31)	-0,252*	0,476***
Beck Depresszió Kérdőív (rövidített változat)	2,63 (3,86)	-0,132	0,071
Spielberger Vonás-Szorongás Kérdőív	34,24 (8,70)	-0,023	0,096
SDQ Probléma skála	11,63 (3,85)	-0,157	-0,061
SDQ Proszociális magatartás	7,17 (1,83)	-0,159	0,178#

N=91. # p<0,1; * p<0,05; *** p<0,001. SDQ: Erősségek és Gyengeségek Kérdőív, szülői változat.

rendelkező szülőké; ez utóbbi két csoport azonban nem különbözött az együttműködésben az ápolók megítélése szerint.

A teljes családban élő gyermekek szüleinek átlaga az együttműködés-skálán a tendencia szintjén magasabbnak mutatkozott, mint a

más családszerkezetben élő gyermekek szüleinek átlaga ($t(89)=-1,931$ $p=0,057$). A gyermekkel való együttműködés pontszámainak átlaga nem különbözött a két csoportban ($t(89)=1,539$ $p=0,1279$) (ld. I. táblázat).

Nem találtunk különbséget az együttműködés-skálák átlagai között a lakáskörülmények, a gyermek krónikus betegsége, illetve a testvérek száma alapján képzett csoportokban (ld. I. táblázat).

Sem a szülő mentális egészségének mutatói, sem a gyermek érzelmi- és viselkedéses tünetei nem mutattak összefüggést sem a szülővel, sem a gyerekekkel való együttműködés megítélésével (ld. II. táblázat). A gyermek proszociális magatartása a tendencia szintjén pozitív kapcsolatban állt a gyermekkel való együttműködés megítélésével ($r=0,178$ $p=0,091$), de nem a szülővel való együttműködés becslésével ($r=-0,159$ $p=0,131$).

Megbeszélés

Kutatásunk célkitűzése az volt, hogy felmérjük, hogyan vélekednek a gyermekápolók a gyermekkel és a szülővel való kórházi együttműködésről. Továbbá, elemeztük ezen együttműködés háttértényezőit.

A Frank és Callery elméleti modellje (Frank & Callery, 2004) alapján szerkesztett *Együttműködés az ápolásban kérdőív* a szülővel és a gyermekkel való együttműködés megbízható mérőeszközének bizonyult.

Eredményeink szerint az ápolók szignifikánsan jobbnak ítélték együttműködésüket a szülővel, mint a gyermekkel, de a szülővel, illetve a gyermekkel való együttműködés megítélése – hipotézisünkkel ellentétben – egymástól függetlennek bizonyult.

Várakozásunknak megfelelően, a rövidebb (1-2 napos) kórházi tartózkodás során a szülőkkel való együttműködést jobbnak ítélték az ápolók, mint hosszabb hospitalizáció során. A megelőző kórházi tapasztalatok azonban, elvárásunkkal ellentétben nem javították az együttműködést sem a gyermekkel, sem a szülővel. A kevesebb és rövidebb hospitalizáció nagy valószínűséggel a gyermek jobb egészségi állapotára utal, ami kevesebb stresszt, megterhelést jelent a szülőnek, így érthető módon az alkalmazkodás is könnyebb a helyzethez.

A gyermek életkora és az együttműködés összefüggésére vonatkozó hipotézisünket eredményeink csak részben támasztják alá: a gyermekkel való együttműködés meg-

ítélése, elvárásainknak megfelelően, annál kedvezőbb, minél idősebb a gyermek. A szülőkkel való együttműködés viszont negatív összefüggést mutat a gyermek életkorával, azaz kisebb gyermek esetén jobb az együttműködés. Ez az inverz kapcsolat a gyermek életkorával magyarázhatja, hogy miért nem járt együtt a szülővel és a gyermekkel való együttműködés megítélése. Érthető, hogy a kisebb gyermekekkel való együttműködés nehezebb a gyermek speciálisabb életkori szükségletei, intellektusa, érzelem- és viselkedésszabályozásának alacsonyabb szintje, valamint gyengébb betegségbelátása miatt. Lehetséges, hogy az ápoló és az idősebb gyermek sikeres interakciójába a szülő zavaró harmadikként lép be, és a kétszemélyes együttműködést háromszög helyzetű alakítja. Ez megnehezítheti, de legalábbis komplexebbé teszi az ápoló és a többi fél együttműködését. A szülőkkel való együttműködésben szignifikáns különbségeket találtunk a gyermek neme, a szülő iskolai végzettsége, és a családszerkezet szerint. Eredményeink arra utalnak, hogy az alacsonyabb iskolai végzettség, mely a szakirodalom szerint gyakran jár együtt az alacsonyabb szocioökonómiai státusz más indikátoraival is, fontos háttértényező lehet a szülővel való problémás együttműködésben.

Hipotézisünkkel ellentétben, sem a szülő mentális egészségének mutatói, sem a gyermek érzelmi- és viselkedéses tünetei nem mutattak összefüggést az együttműködés megítélésével. Feltételezhetjük, hogy az ápolók rendelkeznek a szülők és a gyermekek negatív érzelmi állapotaira való reagáláshoz szükséges empátiás és kommunikációs készségekkel, így ez az együttműködésben nem okoz fennakadást. A gyermek proszociális magatartása azonban a tendencia szintjén pozitív kapcsolatban állt a gyermekkel való együttműködés megítélésével.

Kutatásunk erőssége, hogy prospektív, longitudinális elrendezésben vizsgálta az együttműködés háttértényezőit, korlátja azonban a relatíve alacsony esetszám, amely nem tette lehetővé a háttértényezők egyetlen modellben történő vizsgálatát. A háttértényezőket vizsgáló kérdőív összeállításánál fontos szempont volt a hozzátartozók terheltségének figyelembe vétele ebben a

stresszel teli élethelyzetben, ezért a vizsgálati minta jellemzése koránt sem teljes körű. Emellett, a hospitalizáció indikációjának szűk köre hatással lehet eredményeink általánosíthatóságára.

Következtetések

Munkánk első fontos tanulsága, hogy kérdőíves módszerrel megbízhatóan vizsgálható, hogyan vélekednek az együttműködésről a kórházi (egészségügyi) ellátásban az ápolók. A kérdőíves módszer előnye a mélyinterjú módszerével szemben az, hogy objektív, költséghatékony és megismételhető, illetve a nagyobb elemszám lehetővé teszi komplexebb statisztikai modellek alkalmazását az eredmények elemzésében.

Az ápolók a szülővel való együttműködésüket az esetek legnagyobb részében megfelelőnek ítélték. Eredményeink megerősítették azt a feltevésünket, hogy a szülővel való együttműködés a gyermekápolók szemléletében általánosan elfogadottá, és mindennapi munkájukban gyakorlattá vált.

Ezzel szemben, a gyermekkel való együttműködés megítélése messze elmaradt a szülővel való együttműködés megítélésétől. Úgy tűnik, a gyermek sok esetben inkább passzív elszenvetője, mint aktív részese a gyógyítás/gyógyulás folyamatának. Fontos ezért hangsúlyozni, hogy az ápolók munkáját segítené, ha képesek lennének olyan kapcsolatot kialakítani, hogy a gyermek aktívabb együttműködésre legyen képes. Ahogy a szülő kórházi jelenlétének, az ápolás folyamatába történő bevonásának elterjedése is hosszú ideig tartó fejlődés eredménye volt, szemléletváltásra van szükség annak felismeréséhez, hogy a gyermek is bevonható partnerként a kórházi mindennapokba. Mint ahogy hasznosnak bizonyult a szülők jelenléte a kórházban – a felelősség, a szerepek, a gondozási felada-

tok megosztása miatt –, úgy a gyermek aktív együttműködése is erőforrást jelenthet a gyógyítás/gyógyulás folyamatában. Ha a gyermek úgy érzi, figyelembe veszik igényeit és befolyásolni tudja azt, ami történik vele, akkor jobb mentális állapotba kerül, kevésbé szorong, együttműködőbb lesz, ami megkönnyítheti a gyermekápolók munkáját, és pozitív hatással lehet a gyógyulás folyamatára is. Reméljük, hogy e szemlélet elterjedésének lehetünk tanúi majd az elkövetkező évtizedben.

Eredményeink szerint a gyermekkel és a szülővel való együttműködés megítélését elsősorban demográfiai és szocioökonómiai változók befolyásolják, azaz a magasabb iskolai végzettséggel jellemezhető szülőkkel jobb volt az együttműködés, mint a középfokú, illetve alacsony iskolai végzettségű szülőkkel.

Ezen tényezők azonosításával sikeresebben készíthetjük fel a gyermekápolókat a szülővel és a gyermekkel való együttműködésben jelentkező problémák megoldására. Az ápolókat – az általános kommunikációs ismeretek oktatásán túl – jobban fel kell készíteni például a fiatalabb gyermekekkel, illetve a különböző társadalmi rétegekhez tartozó szülőkkel való kommunikáció lehetséges buktatóira, és célzott problémamegoldó eszközkészlettel felvértezni, amelyeket alkalmazni tudnak a konfliktushelyzetekben.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk dr. Harmat György főigazgatónak és Deák Edit ápolási igazgatónak támogatásukért és értékes megjegyzéseikért, Bekő Magdolna, Dencsik Zsuzsanna, Guti Tünde, Samu Imréné főnővéreknek, Zilahy Judit asszisztensnek, valamint a Fül-Orr-Gége Osztály, az Orthopédiai Osztály, a Sebészeti Osztály és az Urológiai Osztály nővéreinek a vizsgálatban való részvételért.

Irodalomjegyzék

1. Ágoston, O., Kovács, E. (2004). A szülők kórházi jelenléte: a Fejlődésneurológiai Osztály szülőtájékoztatóinak tapasztalatai a pszichológus szemével. *Gyermekorvos Továbbképzés*, 3(4), 237-239.
2. Anderson, P. (1993). European Charter of Children's Rights. *Bulletin of Medical Ethics*, 10, 13-15.
3. Beauchamp, T., Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edn. Oxford: Oxford University Press.
4. Beck, A.T., Beck, R.W. (1972). Shortened version of BDI. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
5. Buncsik, I. (1992). Tapasztalatom a család ápolásba történő bevonásáról a gyermek kórházi tartózkodása idején. *Batthyány-füzetek*, 4, 16-18.
6. Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.
7. Deák, E. (2004). *Kommunikáció a gyermekápolók és a szülők között.*, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest.
8. Deák, E. (2006). *Fájdalom és közérzet-felmérés, mint az ellátás minőségének egyik mutatója.* Semmelweis Egyetem, Budapest.
9. Franck, L.S., Callery, P. (2004). Rethinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child: Care, Health & Development*, 30(3), 265-277.
10. Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
11. Hallström, I., Elander, G. (2004). Decision-making during hospitalization: parents' and children's involvement. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 367-375.
12. Kopp, M., Skrabski, Á., Szedmák, S. (1995). Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology and sickness absence rate in the Hungarian population. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 1019-1029.
13. Kovács, ZS., Árki, I., Mramurácz, É. (2007). A gyermek jogai a kórházban Országos felmérés 2006. *Gyermekgyógyászat*, 58(6), 442-446.
14. Kujalek, É. (2002). A beteg gyermekek jogairól. *Nővér*, 15(4), 19-21.
15. Kujalek, É. (2003). Mi a szülők véleménye gyermekük kórházi ápolásáról? *Nővér*, 16(5), 3-12.
16. Lee, P. (2007). What does partnership in care mean for children's nurses? *Journal of Clinical Nursing*, 16, 518-526.
17. Menzel, K. (1989). Indikationen für Elternanwesenheit (Medizinisch-Therapeutische Erfahrungen, Praktische Lösungen) *Die Schwester/Der Pfleger*, 28(12), 961-963.
18. Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 384-402.
19. Shields, L. (2009). Questioning family-centered care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2629-2638.
20. Sipos, K., Sipos, M. (1978). The development and validation of the hungarian form of the STAI. *Cross-Cultural Anxiety*. Washington-London: Hemisphere Publishing Corporation.
21. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
22. Statsoft, Inc. (2010). STATISTICA (Data Analysis Software System) (Version 9.0).
23. Tajti, Fné. (1992). A szülő szerepe a kórházi betegápolásban. *Nővér*, 5(4), 51-55.