

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Diplomás ápoló hallgatók szabadidős tevékenységeinek és társas támogatórendszerük legfontosabb elemeinek vizsgálata

Oktatható elsősegély 5-6 éves gyerekeknek?

Orientalis tánc, mint rehabilitációs módszer a rosszindulatú daganatos megbetegedésekben



2014. 27. ÉVFOLYAM 1. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover>



MESZK által rendezett
Kamara tagoknak díjmentes,
Szabadon választható továbbképzések!

„A TE szíved hogy van?”

2014. március 28.

Radiográfusok Tudományos Szakmai Napja

2014. április 5.

III. Különleges Szakmai Nap a Nők jegyében

2014. április 12

„A gyógyulás rejtélye”

2014. május 10.

Helyszín: Lurdy Ház I. emelet Konferencia terem,

Budapest IX kerület, Könyves Kálmán krt. 12-14.

Megközelíthetőség: M3 metróval a Népliget megállóig, onnan az 1-es villamossal 3 megálló a Rákóczi híd irányába.

**A rendezvény minősítése szabadon választott továbbképzésként
folyamatban van.**

Regisztrációs díj:

Kamarai tagoknak: ingyenes

Nem tagoknak: 5.000.-Ft

A regisztrációs díjról átutalási számlát küldünk!

Jelentkezés kizárólag online formátumban a www.meszk.hu honlapon

(Továbbképzések link alatt) lehetséges

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, 2014, 27 (1), 1–40.

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Diplomás ápoló hallgatók szabadidős tevékenységeinek és társas támogatórendszerük legfontosabb elemeinek vizsgálata
Piczil Márta Dr. Pikó Bettina Dr. 3

Családalapítással kapcsolatos hallgatói attitűdök a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán
Váczai Anna, Dr. Feith Helga Judit Phd, Soós Dr. Kiss Zsuzsanna Phd, Dr. Némethné Dr. Gradwohl Edina Phd, Farkas Boglárka 12

MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

Oktatható elsősegély 5-6 éves gyerekeknek?
Bánfai Bálint, Dr. Radnai Balázs, Marton József, Pék Emese, Dr. Deutsch Krisztina, Dr. Betlehem József 18

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Orientalis tánc, mint rehabilitációs módszer a rosszindulatú daganatos megbetegedésekben
Szalai Márta, Rektorovics Kitti Renáta, Prémusz Viktória 26

KITEKINTÉS

Foglalkozás-egészségügyi ápolás Hollandiában: beszámoló tanulmányútról
Hirdi Henriett Éva 35

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

Examination of nursing students's leisure activities and the most important elements of the their social support system
Márta Piczil, Bettina Pikó 3

Attitudes to starting a family among students at Semmelweis University Faculty of Health Sciences
Anna Váczai, Helga Judit Feith, Zsuzsanna Kiss Soós, Edina Némethné Gradwohl, Boglárka Farkas 12

COLUMN OF THE HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

Can be taught first aid for children 5-6 years old?
Bálint Bánfai, Balázs Radnai, József Marton, Emese Pék, Krisztina Deutsch, József Betlehem 18

NURSING IN PRACTICE

Oriental dance as rehabilitation method of malignant neoplastic diseases
Márta Szalai, Kitti Renáta Rektorovics, Viktória Prémusz 26

OUTLOOK

Occupational Health Nursing in the Netherlands: Study Trip Review
Henriett Éva Hirdi 35

A *Nővérben* megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája 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 1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

A kiadvány megjelenését gondozza:

LITERATURA  MEDICA
KIADÓ KFT.

Nyomdai munka: Pauker Nyomda, Budapest.
ISSN szám: 0864-7003

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

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Dr. Csernus Mariann (PhD)

Szerkesztő/Editor

Hirdi Henriett Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial BoardDr. Betlehem József (PhD), *egyetemi docens, dékán*Kárpáti Zoltán, *ápolási menedzser*Dr. Oláh András (PhD), *egyetemi docens, dékán-helyettes*Pápai Tibor, *centrumvezető ápoló*Szloboda Imréné, *igazgató***Szakértők/Experts**Arany Ida, *megyei vezető ápoló*Jakab Judit, *osztályvezető főnővér*Dr. Papp Katalin (PhD), *főiskolai docens*Dr. Papp László (PhD), *főiskolai docens*Tóth Andrea, *osztályvezető*Dr. Tulkán Ibolya (PhD), *főiskolai docens***Tanácsadó testület/Advisory Board**Bagosi Gabriella, *országos vezető ápoló*, GYEMSZI-ETFBoldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*,

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Ápolási Tanszék, SzegedMészáros Magdolna, *elnök*, Egészségügyi Szakmai
Kollégium Ápolás Szakmai TagozatProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár*, MTA
doktora, a MTA rendes tagja, Pécsi Tudományegyetem
Szentágotthai János KutatóközpontRauh Edit, *mb. főigazgató-helyettes*, GYEMSZI-ETTDr. Velkey György, *elnök*

Magyar Kórházszövetség

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Tóth Ibolya, *főtanácsos*,

Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Prof. PhDr. Valérie Tóthova PhD, *dékán*,
Dél-Csehországi Egyetem, Egészségügyi Szociális Kar,
Cseh Köztársaság**NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak. A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait. A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyából eredeti közleményeket (összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket), előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe CD-n (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1450 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassák el a nover@meszk.hu címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatszakértőnek vetjük alá, melyet független szakértők végeznek. A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészletet.

A cikkekből megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.

A megjelent anyagnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus PhD. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Zita Wohlfarth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



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

Diplomás ápoló hallgatók szabadidős tevékenységeinek és társas támogatórendszerük legfontosabb elemeinek vizsgálata

PICZIL Márta Dr., PIKÓ Bettina Dr.

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Annak bemutatása, hogy nappali és levelező tagozatos diplomás ápoló hallgatók hogyan, milyen rekreációs tevékenységgel töltik szabadidejüket. Fókuszban áll az a társas támogatórendszer is, melynek legfőbb elemei segítséget nyújthatnak lelki és anyagi problémák bekövetkezése esetén.

Vizsgálati módszerek és minta: A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán tanuló nappali (n=72) és levelező tagozatos diplomás ápoló hallgatók (n=136) adtak választ az önkítöltéses kérdőív kérdéseire. A válaszadók (N=208) önkéntes alapon vettek részt az adatgyűjtésben.

Eredmények: A szabadidős tevékenységekkel kapcsolatban megállapítható, hogy a diplomás ápoló hallgatók főként pénzbe nem kerülő, többnyire helyhez kötött szabadidős tevékenységeket preferálnak. Társas támogatórendszerük elemei leginkább informális jellegűek, mellőzve a professzionalitást.

Következtetések: Az eredmények alapján megállapítható, hogy szükség lenne a régóta várt reformra annak érdekében, hogy a magasabb bérek és a jobb munkaszervezés következtében megnövekedett szabadidő valóban a rekreációt szolgálja. A társas támogatórendszer elemei között lelki problémák esetén helyet kellene kapniuk a professzionális segítőknek.

Kulcsszavak: rekreációs tevékenységek, társas támogatórendszer

Examination of nursing students' leisure activities and the most important elements of their social support system

Márta PICZIL, Bettina PIKÓ

Summary

Aim of the study: The aim of the examination is to show how and what kind of leisure activities the full-time and part-time nursing students spend their free-time. Also that social supportive system is in the centre which can provide help in case of occurrence of mental and financial problems by its most important components.

Sample and methods: The questionnaire survey was going on at the University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies where the sample consisted of nursing students (N=208) both part-time (n=136) and full-time (n=72).

Results: In connection with leisure activities it can be ascertained that the professional nursing students mainly prefer free and located spare time activities. The components of their social supportive system are especially informal ignoring professionism.

Conclusions: By the achievements it can be established that a long-awaited reform should be carried out in order that in consequence of higher incomes and a better organization of work the extended free-time serves and recreation indeed. In case of mental problems the professional assistants should receive places among the components of social supportive system.

Key words: leisure activities, social supportive system

Érkezett: 2013. február 4. Elfogadva: 2013. április 21.

PICZIL Márta Dr. Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szociális Munka és Szociálpolitika

PIKÓ Bettina Dr. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet
Levelező szerző (correspondent): PICZIL Márta Dr., elérhetőség: Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, 6726 Szeged, Bal fasor 39-45., e-mail: piczil@etszk.u-szeged.hu

Bevezetés

Társadalmunk valamennyi tagja számára természetes, hogy a magyar egészségügy különböző szintjein tevékenykedő dolgozók – a rendkívül nehéz munkakörülmények ellenére is – eredményesen, ember-, idő- és pénzhíányt figyelmen kívül hagyva végzik munkájukat, és tesznek azért, hogy a hozzájuk fordulókat elégedetten hagyják el az intézményt és a rendszert.

Kevés szó esik azonban arról, hogy a szűkös anyagi keretek és a szűkös szabadidő spektrum figyelmen kívül hagyásának lehetetlensége mellett hogyan élnek, hogyan regenerálódnak az egészségügyben dolgozók, milyen rekreációs tevékenységek jellemzik őket? Ugyancsak fontos annak ismerete, hogy milyen módon szerveződik társas támogatórendszerük, annak elemei támaszként működnek-e lelki és/vagy anyagi problémák esetén? Mivel mindennapos elvárás, hogy megfelelő testi és lelki kondícióban történjen a munkavégzés, felértékelődik az ápolók privát szférája, hiszen ez az a terület, ahonnan – feltételezhetően – erőt merítve indulnak és kapcsolódnak be nap, mint nap a gyógyító tevékenységbe.

Régóta ismert tény az ágazatban dolgozók vizsgálata kapcsán, hogy életkörülményeiket és rekreációs tevékenységeiket is nagyban befolyásolja az anyagi helyzet. Bár az ápolói munka fontossága megkérdőjelezhetetlen, az elégtelen bérezés az elégedetlenséget kiváltó okok között előkelelő helyet foglal el, a nem megfelelő szintű anyagi megbecsülés pedig magyarázattal szolgál az ápolók bizonyítottan hátrányos helyzetére és életmódjukkal való elégedetlenségükre. (Horváth & Rigó, 2002; Kövesi, Füzi & Bálint, 1980; Lengyel & Tóth, 2001; Sasváriné, 2001) Elgondolkodtatóak annak a hazánkban végzett presztízsvizsgálatnak az eredményei, mely megállapította, hogy társadalmunk tagjai 156 foglalkozás közül hasznosság szempontjából 11. helyre sorolták az ápolói munkát, a jövedelmezőség alapján azonban csak a 100. helyre került. Ebben az esetben találták a legnagyobb különbséget a hasznosság és a jövedelmezőség között. (Blasszauer & Jakab, 1994) Csongrád megyei ápolók körében végzett vizsgálat arról tudósított, hogy a megkérdezettek sze-

génységtudata nagy, anyagi helyzetük kedvezőtlen, különösen az elvált és az özvegy ápolók kénytelenek nélkülözni. (Pikó, 1999) A béremelés fontosságát bizonyítja az a kutatás, amely Északkelet-Magyarország hat megyéjében zajlott. Az eredmények azt mutatják, hogy az ápolói fizetések emelésének köszönhetően a térségben a fluktuáció 40%-ról 30%-ra csökkent, ugyanakkor a tanulói ösztöndíj bevezetése nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, az ápolói pálya továbbra sem örvend nagy népszerűségnek. (Szloboda, 2004) Sajnálatos, hogy az elmúlt években megfogalmazott reform elképzelések ritkán realizálódtak, ugyanakkor a megvalósult programok nyomán sem rendeződtek megnyugtatóan a fizetések.

Tovább nehezíti a helyzetet, hogy az egészségügyben, az ápolás területén többnyire nők dolgoznak, akikre a munkaidő letelte után a gyerekevelés feladatai várnak, és a család ellátásával kapcsolatos teendőket is nekik kell megszervezniük. Ezen a területen még markánsabban összekapcsolódik a szűkös anyagi helyzet és a szabadidő csekély mennyisége, miközben hangsúlyozottabban kellene érvényesülni a rekreációnak, ugyanakkor fontos lenne az is, hogy problémák esetén célzott támogatást nyújtsanak körül a segítséget kérők. Megjegyzendő, hogy az ápolási tevékenységet végző nők körében magas az elváltak és különélők aránya, ez esetben kirajzolódik a családanya és a dolgozó nő szerepe közötti konfliktus. Aki pedig nem szeretné feláldozni a családi életét a munka miatt, gyakran dönt a pályaelhagyás mellett. (Hajagos, Feith & Kovácsné, 2006) Az ágazatban dolgozó nők többsége úgy érzi, hogy a vállalt terhek tekintetében helyzetük sokkal nehezebb, mint a férfi társaiké, valamint a munkahelyi beilleszkedést és egészségi állapotukat tekintve is hátrányban vannak; a gyermeket nevelő nők karrierépítési lehetőségei pedig sokkal korlátozottabbak a férfiakénál. (Feith, Kovácsné & Balázs, 2005)

Annak érdekében, hogy az ápolásban tevékenykedők és családtagjaik nagyobb anyagi biztonságban élhessék életüket, sokan kénytelenek túlmunkát végezni. Mivel ez a tevékenység ritkán zajlik az ágazaton belül, így az újabb alkalmazkodás, újabb feszültségek előidézője lehet. (Piczil & Pikó, 2002; Piczil, Kasza, Markovic & Pikó, 2005)

Ezen tények ismeretében nem meglepő, hogy az elégtelen bérezés befolyásolja a szabadidős tevékenységek lehetőségét, a munkahelyi leterheltség és a túlmunka vállalása pedig minimálisra csökkenti annak időkereteit. A nagy fizikai és emocionális megterheléssel járó munka után pedig fontos lenne a pihenés, feltöltődés. Az ápolók közül csak kevesen engedhetik meg maguknak, hogy kikapcsolódás, nyaralás céljából elutazzanak, ugyanakkor a moziba, színházba járás lehetősége is csak keveseknek adatik meg. (Hajagos, Feith & Kovácsné, 2006) Legtöbbsen olvasással, televíziózással töltik szabadidejüket, tehát többnyire pénzbe nem kerülő és helyhez kötött tevékenységekkel. Elgondolkodtató, hogy a barátokkal szervezett találkozóira sokaknál csak alkalmanként kerül sor. (Piczil & Pikó, 2002; Markovic, Piczil, Kasza & Pikó, 2006)

Ez utóbbi megállapítás különös figyelmet érdemel, hiszen az egészségügyi dolgozókat körülvevő szupportív rendszer nagyban hozzájárulhat életük stabilitásának megőrzéséhez: a családi, baráti, munkatársi kapcsolatok, kötelek sok esetben nyújthatnak támaszt lelki megterhelést okozó helyzetekben, illetve anyagi krízisek bekövetkezése esetén. A személyközi kapcsolatok nem csak a privát szféra esetében bírnak kiemelkedő fontossággal, a munkakörnyezeti jellemzők sorában is nagy jelentőségűek, minőségük a munkahelyi stressz kialakulásával is összefüggésbe hozható, hiszen a feszültségek egy része a formális és informális személyközi kapcsolatokból, azaz a pszichoszociális munkakörnyezetből ered. (Lambert, Lambert & Ito, 2004; Pikó, 1999; Wheeler & Riding, 1994) Az is bizonyítást nyert, hogy bár az egészségügyi szférában dolgozók fokozott fizikai és pszichikai veszélyekre számíthatnak, a nem megfelelő társas interakciók gyakrabban érik őket felkészületlenül. Emiatt a társas támogatás elégtelensége az egyik legfőbb stresszforrás. (Stewart & Arklie, 1994) Az állítás magyar ápolók esetében is igazolódott, hiszen bizonyítást nyert, hogy munkahelyi stressz és társas támogatás tekintetében kedvezőtlen helyzetben vannak. (Szabó, Hegedűs, Szabó & Kopp, 2008) Figyelmet érdemel az a megállapítás, miszerint az informális szintű kommunikáció gyakran kevésnek bizonyul a problémák megoldásában, a professzionális

segítők intézményi szintű bevonása azonban egyéni és szervezeti szinten is akadályokba ütközik. (Pikó & Piczil, 2000)

Az ápolással, annak alacsony presztízsével kapcsolatos problémák világszerte ismertek, hiszen olyan, fizikailag és emocionálisan egyaránt megterhelő hivatásról van szó, melynek anyagi és erkölcsi elismerése általában nincs arányban a megterheléssel. (Walters, French, Eyles, Lenton, Newbold & Mayr, 1997; Traynor, 1995)

Ausztrál kutatások bizonyították, hogy azokon a munkahelyeken, ahol a fizikai és/vagy pszichés leterheltség nagymértékű, a tényleges problémát gyakran nem igazán a munka jellegéből adódó nehézségek jelentik, hanem a nem megfelelő formális és informális kapcsolatrendszer. Rosszabb helyzetben vannak azok, akik kevesebb társas támogatásban részesülnek, akik a munka előli „meneküléssel” próbálnak megküzdeni a stresszrel, vagy akiket munkatúlerhelés jellemez. (Chang, 2006) Észtországban pedig arra a következtetésre jutottak, hogy a stressz állapotot, az elégedettség és a társas támogatás szorosan összefüggve, nagyban meghatározza a dolgozók közérzetét. (Kaama, Pölluste, Lepnum & Thetloff, 2004)

A vizsgálat célja

A fentebb említett területek fontosságát szem előtt tartva diplomás ápoló hallgatók körében vizsgáltuk a szabadidő eltöltésének módjait, illetve anyagi és lelki problémák esetén az őket körülvevő támogatórendszer elemeit. Nappali és levelező tagozaton tanulók esetében egyaránt érdemes megtudni, hogy miként regenerálódnak, társas támogatórendszerük elemei nyújtanak-e elegendő támaszt?

Vizsgálati módszerek és minta

Kérdőíves adatfelvételünkre a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar diplomás ápoló szakára járó hallgatók (N = 208) körében került sor a 2009-2011 közötti időszakban. A minta levelező (n = 136) és nappali (n = 72) tagozatos hallgatókból állt, akik az adatgyűjtésben

önkéntes alapon vettek részt. A válaszadók 96,2%-a nő volt, az életkor pedig 19 és 51 év között változott. A nappali tagozaton tanulók átlagéletkora 20 év, levelező tagozatos társaiké pedig 33,8 év. Ami a legmagasabb iskolai végzettséget illeti, a levelező tagozatos hallgatók 2,9%-a szakiskolát végzett, 62,5% azok aránya, akik szakközépiskolai végzettség birtokában vállalkoztak továbbtanulásra. 28,7%-uk gimnáziumban érettségizett, 5,9%-uk pedig már rendelkezett diplomával a főiskolai jelentkezés idején.

A nappali tagozaton tanulók 62,5%-a gimnáziumi évek után kezdte meg tanulmányait, 34,7% volt azok aránya, akik szakközépiskolai érettségit szereztek, 2,8%-uknak szakiskolai végzettség jelentette a legmagasabb iskolai végzettséget a megkérdezés időpontjában.

A levelező tagozatos diplomás ápoló hallgatók közül mindenki az egészségügy aktív dolgozója: 61,0%-uk betegágy melletti ápoló, 16,9% a főnővérként dolgozók aránya. A megkérdezettek 6,6% asszisztens, 15,5% pedig az egyéb szakdolgozói kategóriába sorolta magát.

Ami a munkavégzés rendjét illeti, legtöbben (44,1%) két műszakban dolgoznak, a válaszadók 19,1%-a három műszakban tevékenykedik, 30,9%-a állandó délelőtti, 5,1%-uk pedig állandó éjszakai. A levelező tagozatos hallgatók átlagosan 13,6 évet töltöttek az egészségügyben.

Témánk szempontjából nagy fontossággal bír, hogy milyen a válaszadók családi állapota. A dolgozó, munka mellett tanuló hallgatók 43,4%-a házas, 15,4%-uk élettársa kapcsolatban él. 14,8%-uk válás után, 2,9%-uk társa halála után maradt egyedül. A megkérdezettek 23,5%-a hajadon/nőtlen. Gyermeke a válaszadók 39,0%-ának még nincs, egy gyermeket 24,3%-uk, két gyermeket 30,1%-uk nevel. Három gyermeke a válaszadók 5,9%-ának van, négy gyermeke pedig 0,7%-uknak.

A nappali tagozatra járó diplomás ápoló hallgatók 83,3%-a nőtlen vagy hajadon, 13,9%-uknak van élettársa, 2,8%-uknak házastársa. 98,6%-uk gyermektelen, 1,4%-uk nevel két gyermeket.

Az önkéntes kérdőív segítségével a szociodemográfiai adatokon túl rákérdeztünk az életkörülményekre, a rekreációs te-

vékenységekre, és fontosnak tartottuk annak ismeretét is, hogy a vizsgálatban résztvevő diplomás ápoló hallgatók lelki és anyagi problémák esetén kihez fordulnak megoldást remélve, társas támogatórendszerük milyen elemekből épül fel. (Piczil, 2009)

Eredmények

Szabadidős tevékenységek

Fontos lehet annak ismerete, hogy a diplomás ápoló hallgatók milyen módon regenerálódnak, milyen tevékenységek állnak szabadidő-eltöltési szokásaik fókuszában. A kérdéskör nappali tagozatos hallgatók esetében azért is fontos, mert a fiatal korban kialakított szokások meghatározóak lehetnek majd a munkavégzés időszakában, a már dolgozó, levelező tagozatos válaszadók esetében pedig ismereteket szerezhetünk arról, hogy egy – mentális és fizikai értelemben – fárasztó hivatás gyakorlása közben milyen rekreációs tevékenységekkel kapcsolódnak ki, hogyan gyűjtjenek energiát az újabb feladatok előtt.

A kérdőívben olyan, vélhetően nagy gyakorisággal előforduló szabadidős tevékenységekre kérdeztünk rá, mint: mozi, színház, olvasás, TV-nézés, baráti összejövetel, sport, kézimunka, kirándulás. A gyakoriságot a soha, ritkán, alkalmanként, gyakran válaszlehetőségek jelölték.

A nappali tagozatos válaszadók leggyakrabban a televíziót nézik szabadidejükben (65,3%), de a barátok körében töltött kikapcsolódás is kiemelkedő jelentőségű (52,8%). 34,7%-uk gyakran olvas, a preferált műfajokra ez esetben nem kérdeztünk rá. A megkérdezettek 20,8%-a gyakran sportol, ez a tény azonban nem ad optimizmusra okot az életkori értékek ismeretében. A 20 év átlag életkorú hallgatók 37,5%-a alkalmanként, 34,7%-a pedig csak ritkán sportol. Meglepő módon a kulturális intézmények látogatása is alacsony fokú: moziba a fiatalok 9,7%-a soha nem jár, színházba 27,8%-uk. A mozit 12,5%-uk látogatja gyakran, azt pedig, hogy gyakran járna színházba, egyik fiatal sem állította. A kirándulás a válaszadók 48,6%-ának esetében ritkán, 33,3%-ának esetében alkalmanként jelent kikapcsolódást, 9,7%-uk gyakran utazik rövidebb kirándulásra,

6,9%-uk ezt soha nem enged(het)i meg magának. Egyáltalán nem kézimunkázik a fiatalok 50,0%-a, gyakran teszi ezt 4,2%-uk. (*I. táblázat*) A kérdés kapcsán egy fő válaszaiknak hiányával kellett számolnunk.

I. táblázat: Nappali tagozatos hallgatók szabadidős tevékenységeinek előfordulási gyakorisága (százalékos megoszlás)

Szabadidős tevékenység	Soha	Ritkán	Alkalmanként	Gyakran
Mozi	9,7	40,3	36,1	12,5
Színház	27,8	56,9	13,9	0
Olvasás	4,2	27,8	31,9	34,7
Tv-nézés	0	12,5	20,8	65,3
Sport	5,6	34,7	37,5	20,8
Baráti összejövetel	1,4	9,7	34,7	52,8
Kézimunka	50,0	36,1	8,3	4,2
Kirándulás	6,9	48,6	33,4	9,7

A betegagy mellett dolgozó diplomás ápoló hallgatók számára leginkább az olvasás jelenti a kikapcsolódást 53,7%-uk gyakran vesz könyvet a kezébe. A műfaji megjelöléssel kapcsolatban itt sincsenek információink. A levelező tagozatos hallgatók 43,4%-a gyakran néz televíziót kikapcsolódás céljából, 25,7%-uk számára a baráti összejövetelek gyakori előfordulása jelenti a feltöltődés forrását. Hasonlóan a nappali tagozatos hallgatók csoportjához, dolgozó társaik körében is kevesen vannak, akik gyakori sportolással regenerálódnak. A megkérdezettek 19,9%-a soha nem sportol, 44,9%-uk ritkán, 25,7%-uk alkalmanként, 9,5%-uk gyakran. Ez az adatsor azért is elgondolkodtató, mert nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy az egészségügyben dolgozók életmódjukat tekintve is példaként szolgálnak a betegek számára. Moziba 18,4%-uk soha nem jár, színházba 34,6%-uk, kirándulni pedig 5,9%-uk soha nem tud. 42,6%-uk ritkán, 36,8%-uk alkalmanként lazít egy rövid kirándulás erejéig. Érdekes módon a nappali tagozatos hallgatóknál többen – 61,8% – nem kézimunkáznak soha, de magasabb azok aránya is, akik gyakran próbálnak ilyen tevékenységgel kikapcsolódni szabadidejükben: 5,9%. (*II. táblázat*)

II. táblázat. Levelező tagozatos hallgatók szabadidős tevékenységeinek előfordulási gyakorisága (százalékos megoszlás)

Szabadidős tevékenység	Soha	Ritkán	Alkalmanként	Gyakran
Mozi	18,4	47,1	30,8	3,7
Színház	34,6	44,1	19,1	2,2
Olvasás	2,2	14,7	29,4	53,7
Tv-nézés	1,5	25,7	29,4	43,4
Sport	19,9	44,9	25,7	9,5
Baráti összejövetel	3,7	22,8	47,8	25,7
Kézimunka	61,8	22,7	9,6	5,9
Kirándulás	5,9	42,6	36,8	14,7

A rövidebb kirándulások mellett a regenerálódás szempontjából fontos szerep jut a nyaralásnak, hiszen a hosszabb pihenés kiváló alkalmat nyújt a feltöltődésre, erőgyűjtésre a tanulmányok folytatásához, illetve a további munkavégzéshez. A nappali tagozatos hallgatók 22,2%-a a megkérdezést megelőző 5 évben egyáltalán nem engedhette meg magának a nyaralást. Ez a tény, jelentős információt szolgáltat a többnyire szülőkkel élő fiatalok családjának anyagi kondíciójáról is. Minden évben 19,4%-uk nyaralt, ugyanakkor a válaszadó fiatalok 2,8%-a évente két alkalommal is elutazott hosszabb időre. Akik csak egyszer jutottak el nyaralni, inkább országhatáron kívüli célországot választottak. 5 év viszonylatában a nyaralások átlaga 2,9 volt. Levelező tagozatos társaik 19,1%-a egyáltalán nem tudott elutazni nyaralni 5 év alatt, 16,9%-uk egyszer, 23,5%-uk kétszer üdült. 15,4% azok aránya, akiknek lehetősége volt minden évben elutazni, hosszabb pihenés céljából. A dolgozó válaszadók inkább belföldi célpontokat preferáltak, nyaralásaik számának átlagértéke a megkérdezés időpontját megelőző 5 évet tekintve 2,5 volt.

Az egészségügyben dolgozó levelező tagozatos hallgatók szabadidejét jelentősen lerövidíti, hogy 48,5%-uk a jobb megélhetés érdekében kénytelen a kórházi munkája mellett más munkát vállalni. Ez 27,2%-uk esetében a szakmai képezésnek megfelelő munkát jelent, pl. betegápolást, 21,3%-uk azonban más ágazatban, más jellegű mun-

kát végezve próbál plusz jövedelemhez jutni. Legtöbbször a mezőgazdaságban tevékenykednek, növénytermesztéssel, állattartással szereznek többletbevételt, míg többen takarítást vállalnak. A gyermekfelügyelet is preferált terület, néhányan pedig a kereskedelemben, illetve pénzügyi területen dolgoznak kevés szabadidejükben, a fárasztó munka után. Érdekes egybeesés, de azok, akik a pályamódosításon gondolkodnak, ez utóbbi területeket preferálnák, ahol a továbbiakban is emberekkel tudnának foglalkozni.

Erre a jövedelemre nagy valószínűséggel szükség van, hiszen 62,5%-uk házastárssal, élettárssal élve a családi élet szervezésének terheivel is szembesül nap, mint nap, 14,7%-uk pedig gyermekét tartja el. A levelező tagozaton tanuló diplomás ápoló hallgatók 11,0%-a él még szüleivel, 8,8%-a baráttal, ismerőssel, 2,2% pedig más rokonnal.

A nappali tagozatos tanulók életét nagyban megkönnyíti, hogy 76,4%-uk még szüleivel él, 2,8%-uk pedig egyéb rokonával. Gyerekről még senkinek nem kell gondoskodni, ám 13,9% házastárssal, élettárssal él, így a gyermek vállalása előbb-utóbb reális közelségbe kerül/kerülhet.

Társas támogatórendszer

Minden professzió képviselőjének életében fontos az a szupportív rendszer, mely támaszul szolgálhat különböző jellegű problémák esetén.

Felvetődik a kérdés: az egészségügyben dolgozók, illetve az ápolói hivatásra készülő társas támogatórendszere milyen elemekből épül fel, kire, kikre számíthatnak lelki megterhelést jelentő problémák esetén, vagy anyagi gondok bekövetkeztekor?

A társas támogatórendszer elemeit felmérő kérdések a következők voltak:

1. „Kihez fordul, ha lelki problémái vannak?” A következő személyek közül lehetett választani: 1. Házastárs/élettárs 2. Szülő 3. Gyerek 4. Egyéb rokon 5. Barát 6. Szomszéd 7. Munkatárs 8. Pap 9. Pszichológus/pszichiáter 10. Családorvos 11. Senki. A válaszadó több személyt is bejelölhetett.

2. „Kihez fordul, ha anyagi problémái vannak?” A választás lehetőségei: 1. Házastárs/élettárs 2. Szülő 3. Gyerek 4. Egyéb rokon 5. Barát 6. Szomszéd 7. Munkatárs

8. Munkahely (pl. illetményelőleg) 9. Pénzintézet (pl. bank) 10. Önkormányzat (pl. segélyek) 11. Senkihez. Ebben az esetben is lehetőség volt több válasz megjelölésére. (Piczil, 2009)

Lelki problémák kapcsán a nappali tagozatos válaszadók 77,8%-a barátjához fordul, majd a szülők szerepe értékelődik fel: 72,2% a tőlük segítséget várók aránya. A házastárs, élettárs szerepe azért is lehet kisebb, mert ebben az életkorban nem jellemző még az ilyen jellegű kötelék. A válaszadók 27,8%-a kéri társa segítségét. Az egyéb rokonokhoz a fiatalok 8,3%-a fordul. Senki nem venné igénybe háziorvosa segítségét, de pszichológushoz, pszichiáterhez is csak a válaszadók 2,8%-a fordulna lelki problémák esetén. Viszonylag nagyobb, 4,2%-os a paphoz fordulási hajlandóság. Ugyancsak 4,2%- azok aránya, akik senkihez nem fordulnának, senkitől sem várnának segítséget, ha lelki problémáik lennének.

A dolgozó diplomás ápoló hallgatók 58,8%-a házastársához, élettársához fordul leggyakrabban, ha lelki problémái vannak, 53,7%-uk pedig barátját keresi fel. 41,2% azok aránya, akik szüleik segítségét kérik ilyen esetben, és igen magas, 34,6% azok aránya, akiknek munkatársuk meghallgatására, tanácsára van szükségük. Az eddig említett tényezők a problémamegoldás informális csatornáit jelentik, a professzionális segítőkhez azonban nem szívesen fordulnak a válaszadók. Családorvos segítségét 0,7%-uk veszi igénybe, pszichológushoz, pszichiáterhez 2,9% fordul. Paptól 1,5% kér tanácsot lelki problémák esetén, 3,7% pedig azok aránya, akik úgy vélik, nem érdemes senkinek elmondaniuk, ha nehéz helyzetben vannak. Elgondolkodtató, hogy a válaszadók 10,3%-a rokonának, illetve ugyancsak 10,3%-uk gyermekének mondja el a lelki problémákat okozó történéseket. **(III. táblázat)**

Az anyagi problémák esetén történő támaszkeresés a nappali tagozatos hallgatók esetében leginkább a szülőket célozta (93,1%). 18,1%-uk fordulna barátjához. 16,7% azok aránya, akik társukhoz, élettársukhoz fordulnának. Nagy valószínűséggel a fiatal életkor indokolja, hogy a pénzintézethez, illetve az önkormányzathoz fordulás - segélyek kérése céljából - nagyon ritka (0% és 2,8%). A fiatalok 4,2%-a senkit nem jelölt

meg azok sorában, akikre pénzügyi problémák esetén támaszkodhatnak.

III. táblázat. Társas támogatórendszer elemei lelki problémák esetén

Kihez fordul, ha lelki problémái vannak?	Nappali tagozatos hallgatók (%)	Levelező tagozatos hallgatók (%)
Házastárs/élettárs	27,8	58,8
Szülő	72,2	41,2
Gyerek	0	10,3
Egyéb rokon	8,3	10,3
Barát	77,8	53,7
Szomszéd	1,4	1,5
Munkatárs	2,8	34,6
Pap	4,2	1,5
Pszichológus/pszichiáter	2,8	2,9
Családorvos	0	0,7
Senkihez	4,2	3,7

Dolgozó, levelező tagozatos társaik elsőként szüleiktől kérnének segítséget abban az esetben, ha anyagi nehézségekkel szembesülnének: arányuk 50,0%. 35,3% azok aránya, akik valamely pénzintézethez fordulnának kölcsönért, de sokan (31,6%) házastársuk/élettársuk segítségére építenének. A barátok 11,0%-kal, egyéb rokonok 7,4%-kal képviseltetik magukat azok sorában, akiktől anyagi problémák esetén remélnék segítséget a válaszadók. 8,1%-uk számára kézenfekvő a munkahely segítése, leginkább illetményelőleg formájában; az önkormányzat, mint segélyt nyújtó intézmény 0,7%-uknak jelent megoldást. Egy-egy esetben fordult elő a gyermekhez, illetve munkatárhoz fordulás, míg a szomszéd személye ez esetben nem szerepel a támaszt nyújtók között. A vizsgálatban részt vevő levelező tagozaton tanulók 13,2%-a úgy véli, legjobb megoldás, ha senki nem tud pénzügyi problémáiról. (IV. táblázat)

Megbeszélés

Kérdőíves vizsgálatunk eredményei alapján megállapítható, hogy a megkérdezett diplomás ápoló hallgatók szabadidejük jelentős részét pénzbe nem kerülő, helyhez kötött tevékenységekkel töltik. Gyakori a televízió nézése, az olvasás. A művelődési intézmé-

IV. táblázat. Társas támogatórendszere elemei anyagi problémák esetén

Kihez fordul, ha anyagi problémái vannak?	Nappali tagozatos hallgatók (%)	Levelező tagozatos hallgatók (%)
Házastárs/élettárs	16,7	31,6
Szülő	93,1	50,0
Gyerek	0	0,7
Egyéb rokon	6,9	7,4
Barát	18,1	11,0
Szomszéd	0	0
Munkatárs	0	0,7
Munkahely(pl. illetményelőleg)	1,4	8,1
Pénzintézet (pl. bank)	0	35,3
Önkormányzat (pl. segélyek)	2,8	0,7
Senkihez	4,2	13,2

nyek gyakori látogatása nem jellemző, ennek nagy valószínűséggel anyagi okai vannak: a mozi- és színházjegy, illetve a színházbérletek ára jelentősen megterhelné a családi költségvetést. Szerencsés, hogy a barátokkal történő találkozás mindkét vizsgált csoport tekintetében gyakori. A sportolás inkább ritkán vagy alkalmanként van jelen, ez a tény pedig azért érdemel különös figyelmet, mert a rendszeres testmozgás segíthet(ne) levezetni a felgyülemlett feszültséget, jó közérzetet és megfelelő kondíciót biztosíthatna tanulás- és munkavégzéshez egyaránt.

Adatainkat korábbi kutatásainkkal összevetve megállapítható, hogy egy évtized viszonylatában a szabadidős tevékenységek esetében jelentősen csökkent azok aránya, akik dolgozóként gyakran eljutnak moziba, színházba, illetve sportolnak. Nőtt azonban azok száma, akik leginkább olvasnak szabadidejükben, és a baráti találkozások gyakorisága is nőtt. A tv-nézés szinte azonos aránnyal képviselte magát mindkét kutatásban. (Piczil & Pikó, 2002)

Sajnálatos módon az is megállapítható, hogy tíz évvel ezelőtt is kénytelenek voltak a többletjövedelem szerzése érdekében túlmunkát végezni az ápolók. Legújabb vizsgálatunk adatait szemlélve nőtt azok aránya, akiknek elégtelen jövedelme indokolja a kórházi munka mellett más tevékenység végzését. (Piczil & Pikó, 2002; Piczil, Kasza, Markovic & Pikó, 2005)

Az egyént körülvevő társas támogatórendszer fontossága megkérdőjelezhetetlen, ám a magyar ápolók nincsenek kedvező helyzetben e tekintetben. (Szabó, Hegedűs, Szabó & Kopp, 2008) Ha anyagi problémákkal szembesülnek, tanulók és felnőtt, már dolgozó társaik legnagyobb arányban a szülők segítségét veszik igénybe. Számításba jönnek még a házasársak és egyéb rokonok, illetve a pénzintézetek. Korábbi vizsgálataink óta nőtt azok aránya, akik bank segítségét veszik igénybe. (Markovic, Piczil, Kasza & Pikó, 2006) Lelki problémák esetében legnagyobb eséllyel az informális kapcsolatrendszer elemeit mozgósítják kutatásunk alanyai: házasárs, élettárs, barát, szülő, munkatárs segítségére számítanak leginkább. Elgondolkodtató, hogy van, aki a gyermekéhez fordul lelki problémák esetén. Jelzés értékű, hogy magas azok száma, akik hárítják a professzionális segítőkhez fordulás lehetőségét; családorvos, pszichológus, pszichiáter személye ritkán említett azok sorában, akiktől lelki problémák megoldását várják a megkérdézett diplomás ápoló hallgatók. Ez az adat is sajnálatos hasonlóságot mutat korábbi vizsgálataink eredményeivel. Úgy tűnik, egy évtized kevésnek bizonyult a változások eléréséhez, pedig fontos lenne, hogy az egészségügyben dolgozóknak is tudatosuljon: a gyógyító tevékenység végzői számára sem lehet szégyen a segítségkérés, annak nem csak egyéni, hanem szakma-csoportos vagy szervezeti szintű megnyilvánulása is hasznos lehet az ágazatban dolgozók, így a paramedikális személyzet tagjai számára is. (Pikó & Piczil, 2000; Piczil & Pikó, 2003)

Megállapításaink azért is érdemelnek figyelmet, mert a leendő diplomás ápolók a tanulmányaik idején megszerzett elméleti és szakmai ismeretek birtokában hivatásuk magasabb szintű gyakorlására válnak képessé, így elvárás lehet az ágazat felé, hogy presztízsüket emelve, anyagi megbecsültségben, és testi, lelki egészségük védelmének eszközeit, módszereit biztosítottak látva gyakorolhassák hivatásukat.

Következtetések, javaslatok

Fontosnak tartjuk, hogy az egészségügyben dolgozók bérének rendezése minél ha-

marabb valósuljon meg. Amennyiben ez megtörténik, az ágazatban tevékenykedők megszabadulnak attól a kényszertől, hogy túlmunka végzésével, újabb jövedelemforrások megteremtésével próbálják fenntartani életszínvonalukat. A depriváltság érzésének megszűnése, a stabil, kiszámítható jövedelmek lehetővé tehetik a szabadidő eltöltésének kreatív módját is. Fontos, hogy a rekreáció minél teljesebb legyen, hiszen a mindennapi munkavégzés, fizikai, szellemi és mentális értelemben egyaránt megfelelő állapotban kell, hogy történjen. Hazánkban is ismertek már olyan kezdeményezések, melyek a dolgozók testi-lelki jóllétének növelését szervezeti keretek között valósították meg. (Szverle, 2006)

Nagyon sokat beszélünk a hétköznapiakban és szakmai szinten egyaránt azokról a lelki terhekről, melyek az egészségügyben dolgozókat veszélyeztetik. Ezek a problémák fontossá teszik a megoldás lehetőségeinek minél szélesebb eszköztárát, illetve azokat a személyeket is fókuszba helyezik, akik a megoldásban segítséget nyújthatnak/nyújthatnának. Nem szerencsés, ha a munkahelyi problémákat haza viszi a dolgozó, ugyanakkor az is veszélyes, ha magánéleti gondokkal küzdve dolgozza végig a műszakot. Reális az a veszély is, hogy a munkahelyen felgyülemlett feszültséget informális szinten, professzionális kereteket nélkülözve ventilálják ki a paramedikális személyzet tagjai. Korábbi vizsgálataink bizonyították, hogy az ágazatban tevékenykedők azonosítani tudják a stresszorokat, a megoldás módjait tekintve azonban bizonytalanok. (Pikó & Piczil, 2000)

Minden munkahelyen és a munkavégzés minden szintjén szükség lenne olyan szakemberekre, akikkel meg lehetne beszélni a problémákat, hiszen gyakran azonnali segítségre lenne szükség. (Némethné, 2001) Ugyanakkor különösen fontos lenne pszichológus segítségével, esetmegbeszélő csoportok, Bálint-csoportok, szupervíziók, kollegiális konzultációk, tréningek, képzések, továbbképzések szervezésével mindenki számára nyilvánvalóvá tenni: a szervezeti szinten megvalósuló lelki egészségvédelem mindenki érdeke, a segítő szakemberekhez fordulás pedig nem lesz, nem lehet stigmatizáló. További jelentős segítséget nyújthat a munkahely, akár stressz-csökkentő technikák

megtanítására, megtanulására irányuló foglalkozások igénybevételi lehetőségeinek megteremtésével. (Szabó, Hegedűs, Szabó & Kopp, 2008) Ha megvalósul a lelki eredetű problémák megfelelő szintű kezelése, jelentősen csökkenhet a kiégés veszélye is.

A megelőzés vonatkozásában egyéni szinten fontos lenne, hogy mindenki érezzen felelősséget saját lelki egészségéért. Szervezeti szinten pedig elengedhetetlen követelmény lenne az olyan sokszor hangoztatott munkaerőhiány csökkentés, munkaátstrukturálás, a munkakörülmények javítása, a kölcsönös támogatás, a szupportív rendszerek erősítése munkahelyen és azon kívül, de fontos a munka és a privát szféra közötti határ meghúzása is. A felsoroltak mind olyan ténye-

zők, melyek hozzájárulhatnak a munkahelyi feszültségek csökkenéséhez. (Pálfi, 2003)

A prevenció mellett azonban az intervenció kérdésköre is különös fontossággal bír. A beavatkozás több okból is kívánatos: egyrészt segítené a stresszteli szituációk intellektuális, racionális úton való megközelítését, másrészt lehetővé tenné a stresszteli interakciókban a bevonódás csökkentését, illetve segítené a személyzet tagjai közötti támogató, feszültséget csökkentő kapcsolatok szorosabbá tételét, a felelősség megosztására való odafigyelést. A célok megvalósítása érdekében az interdiszciplináris szemlélet mellett fontos az interprofesszionális, annak érdekében, hogy az egészségügyben végzett tevékenység újra vágyott hivatás legyen.

Irodalomjegyzék

- Blasszauer B., Jakab T. (1994). Az egészségügy cselelődjai. Valóság, 5. 68–78.
- Chang, E. M. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22. 30–38.
- Feith H., Kovácsné Tóth Á., Balázs P. (2005). Női szerepek diplomás hallgatóknak jövőképeben. *Nővér*, 18. 3. 5–10.
- Hajagos O., Feith H., Kovácsné Tóth Á. (2006). Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügy szolgálatában. *Nővér*, 19. 3. 31–38.
- Horváth Á., Rigó R. (2002). A mütös szakasszisztensek egy szociális vizsgálat tükrében. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. 28–44.
- Kaama, M., Pölluste, K., Lepnum, R., Thetloff, M. (2004). The progress of reforms: job satisfaction in a typical hospital in Estonia. *International Journal for Quality in Health Care*, 16. 253–261.
- Kövesi E., Füzi I., Bálint Gy. (1980). Az egészségügyi szakdolgozók szociális körülményei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 18. 552–556.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41. 85–96.
- Lengyel É., Tóth I. (2001). Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet dolgozóinak munkahelyi elégedettsége. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 39. 455–468.
- Markovic M., Piczil M., Kasza B., Pikó B. (2006). Egészségügyi szakdolgozók szociális helyzete az ápolás tükrében Szegeden és Szabadkán. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 44. 4–5–6. 73–78.
- Némethné Németh E. (2001). A kiégés szindróma vizsgálata a Vas Megyei Markusovszky Kórház ápolói körében. *Nővér*, 14. 4. 21–22.
- Pálfi F-né (2003). Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? - A kiégés veszélyei ápolók körében. *Nővér*, 16. 6. 3–9.
- Piczil M., Pikó B. (2002). Quo vadis, nővéri hivatás?! Egészségügyi szakdolgozók szociális körülményei Szegeden. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40. 5. 575–582.
- Piczil M., Pikó B. (2003). Az ápolói hivatás pszichoszociális kihívásai. *Kiégtség, kockázati magatartás, társas támogatás. Egészségügyi Menedzsment*, 5. 5. 29–33.
- Piczil M., Kasza B., Markovic M., Pikó B. (2005). Határon innen és túl...Szegedi és vajdasági ápolók élet- és munkakörülményei. *Nővér*, 18. 2. 3–10.
- Piczil M. (2009). Az ápolói hivatás magatartástudományi vizsgálata és egészségvédelme. Doktori értekezés, Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola
- Pikó B. (1999). Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízsének megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37. 1. 79–89.
- Pikó B., Piczil M. (2000). „És rajtunk ki segít...?” - Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10. 110–120.
- Sasváriné Bojtor A. (2001). Ápolói státusz - munkahelyi terhelés. *Egészségügyi Menedzsment*, 3. 23–26.
- Stewart, M. J., Arklie, M. (1994). Work satisfaction, stressors and support experienced by community health nurses. *Canadian Journal of Public Health*, 85. 180–184.
- Szabó, N., Hegedűs K., Szabó G., Kopp, M. (2008). Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21. 1. 10–17.
- Szloboda I-né (2004). A 2002. évi 50%-os béremelés és tanulói társadalmi ösztöndíj hatása a szakdolgozói létszámmellátottságra és létszámútlámpótlásra Északkelet-Magyarország hat megyéjében. *Nővér*, 17. 3. 3–9.
- Szverle V. (2006). Egészségügyi dolgozók lelki egészségvédelme. *Nővér*, 19. 4. 25–26.
- Traynor, M. G. (1995). Job satisfaction and morale of nurses in NHS trusts. *Nursing Times*, 91. 42–45.
- Walters, V., French, S., Eyles, J., Lenton, R., Newbold, B., Mayr, J. (1997). The effects of paid and unpaid work on nurses well-being: the importance of gender. *Sociology of Health & Illness*, 19. 328–347.
- Wheeler, H., Riding, R. (1994). Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing*, 3. 527–534.

Családalapítással kapcsolatos hallgatói attitűdök a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán

VÁCZI Anna, Dr. Feith Helga Judit PhD, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna,
Dr. Némethné Dr. Gradvohl Edina PhD, Farkas Boglárka

Összefoglalás

A vizsgálat célja: Felmérni a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán a hallgatók elképzeléseit gyermekvállalási hajlandóság, gyermekszám preferenciák és az első szülés tervezett időpontjának tekintetében. Megismerni az anyasággal és a női szerepekkel kapcsolatos hallgatói attitűdöket, a tradicionális családmódel relevanciáját napjainkban. Továbbá összehasonlítani a három szakirányon tanulók válaszaiban megmutatókozó különbségeket.

Vizsgálati módszer és minta: A szerzők kvantitatív, önkitöltős szociológiai kutatásukat a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar II., III.- és IV. éves ápoló-, szülésznő- és védőnőhallgatói körében végezték 2012-ben. Az eredményeket SPSS 19.0 program segítségével, leíró statisztikai módszerekkel elemezték. A kérdőívre az értékelhető válaszadási arány 94,1% (N=257) volt.

Eredmények: A hallgatók túlnyomórészt terveztek gyermekvállalást, átlagosan 26,5 évesen. A vágyott gyermekszámánál a kettő vagy három gyermeket preferálták a legtöbben. Többségében házasságban alapítanának családot és a gyermekekről való napi gondoskodást inkább a nők feladatának tekintették, ami a hagyományos családmódellet támasztja alá. Jelenlegi/majdani életükben a legmagasabb arányban a védőnők, a legalacsonyabb számban az ápolók preferálták az anyaságot ($p=0,012$).

Következtetések: Az Egészségtudományi Kar ápoló-, szülésznő- és védőnőhallgatói egyértelműen terveznek családot a jövőben. Az anyai szerepekről tradicionálisan gondolkodnak, azonban ezek teljesítését nehezítheti paramedikális hivatásuk. Főképp az ápolókat és szülésznőket veszélyezteti a szerepkonfliktus majdani életükben – többek között a több műszakos munkarend, valamint a másodállások miatt.

Kulcsszavak: anyaság, ápolóhallgatók, családtervek, női szerepek, szülésznőhallgatók, védőnőhallgatók

Attitudes to starting a family among students at Semmelweis University Faculty of Health Sciences

Anna VÁCZI, DR. Helga Judit FEITH PHD, DR. Zsuzsanna KISS SOÓSNÉ, DR. Edina NÉMETHNÉ GRADVOHL PHD, Boglárka FARKAS

Summary

Aim of the study: To assess the willingness of students at the Faculty of Health Sciences of Semmelweis University, with respect to the preferred number of children and the planned date of the first birth. To gain an understanding of student attitudes in relation to motherhood and the role of the woman and the relevance of the traditional family model today. Further, to examine the differences in responses from students of the three specialist areas.

Methodology and sample: The authors conducted the quantitative sociological survey, based on a self-completion questionnaire, among 2nd, 3rd and 4th year student nurses, student midwives and student health visitors at the Semmelweis University Faculty of Health Sciences. The results were analysed with the SPSS 19.0 program, using a descriptive statistical method. The proportion of useful responses to the questionnaire was 94.1% (N=257).

Results: The majority of the students planned to have children, at an average age of 26.5. The preferred number of children was two or three in most cases. The majority would like to start a family when married, and regard the daily caring for children as mainly the woman's task, which shows support for the traditional family model. In their present/future circumstances, health visitors expressed a preference for motherhood in the highest numbers, and nurses in the lowest numbers ($p=0,012$).

Conclusions: The student nurses, midwives and health visitors at the Faculty of Health Sciences clearly plan to start families in the future. They have a traditional attitude towards the maternal role, but putting these ideas into practice is made more difficult by their paramedical vocation. Nurses and midwives, in particular, are in danger of a conflict of roles in their future lives, for reasons such as the shift working and secondary jobs.

Key words: motherhood, student nurses, family plans, women's roles, student midwives student health visitors

Érkezett: 2013. július 12. Elfogadva: 2013. szeptember 21.

VÁCZI Anna szülésznőhallgató, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

DR. FEITH Helga Judit PhD főiskolai docens, tanszékvezető, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest

SOÓSNÉ Dr. Kiss Zsuzsanna főiskolai docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet, Egészségtudományi Klinikai Tanszék, Budapest

DR. NÉMETHNÉ Dr. Gradvohl Edina PhD főiskolai docens, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest

FARKAS Boglárka szülésznőhallgató, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

Levelező szerző (correspondent): DR. FEITH Helga Judit PhD, elérhetőség: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Társadalomtudományi Tanszék, 1088 Budapest, Vas u. 17., Tel.: + 36/1-486 4910, e-mail: feith@se-etk.hu

Bevezetés

Magyarország népessége 2012. január 1-jén 9 932 000 fő volt. Ugyanebben az évben a KSH mutatói alapján a természetes szaporodás ezer lakosra vetítve $-4,0$, ami 39200 fő tényleges fogyást jelentett. (Központi Statisztikai Hivatal) Ezen adatok tükrében fontos és időszerű megvizsgálni az egészségügyi felsőoktatásban tanuló, többségében gyermekvállalás előtt álló hallgatók családterveit, anyasággal kapcsolatos attitűdjeit. Az Egészségtudományi Kar BSc képzései 8 félévesek, ezért azon hallgatók, akik közvetlenül vagy pár évvel az érettségi után megkezdik felsőfokú tanulmányaikat, a diploma megszerzését követően már optimális korba kerülnek a családalapításhoz. Ugyanakkor közismert, hogy a paramedikális hivatást nehéz összeegyeztetni a családi szerepekkel. Ez a szerepkonfliktus később megnehezítheti ezen szakemberek számára a több gyermek vállalását, később a nagycsaládos létet. Egy korábbi felmérés is alátámasztja, hogy a fekvőbeteg-ellátásban dolgozó orvosnők és diplomás ápolónők között rosszabb szubjektív egészségi állapotot ítélték meg azok, akiknél magasabb volt a munkahely és a család közötti konfliktus. (Feith et al., 2007)

Olaszországban 664 fő körében készült különböző munkarendben dolgozó ápolókat összehasonlító kutatás. Témánk szempontjából érdekes eredménye volt, hogy a családi állapotot statisztikailag befolyásolta ($p=0,012$) a válaszadó munkarendje. (Camerino et al., 2010)

Házasság és gyermekkel rendelkező nővéreket vizsgáló horvát kutatás ($N=128$) eredményei alapján a 8 órás, délelőtti műszakban dolgozó ápolónők szignifikánsan alacsonyabban értékelték a munka és a család konfliktusának szintjét, mint a másik három csoport, akik munkájukat több műszakban látták el. Szintúgy alacsonyabbnak ítélték a munkaidő-szervezés negatív hatását az egészségükre. (Šimunić & Gregov, 2012)

A magánéleti feszültség is jelentősen hozzájárul az ápolókat érő stresszhez, amelyet például az éjszakai műszakokból és a túlórából adódó konfliktus okozhat. Egy indiai kutatásban a résztvevő ápolók 36,8%-a jelezte,

hogy a munka problémát okoz a családi életben. (Kane, 2009)

Hazánkban is készültek hallgatókra vonatkozó kérdőíves kutatások. Egy 2003-as országos felmérés a tanulmányaik befejezése előtt álló – harmad- és negyedéves – diplomás ápoló hallgatók családterveit vizsgálta. Ebben a felmérésben a hallgatók 62,2%-a ítélte úgy, hogy a nők feladata gondoskodni a gyermekről, de a háztartásbeli státuszt 87,1%-uk egyértelműen elutasította. (Feith et al., 2005)

2007 tavaszán védőnőhallgatók körében készült családterveket felmérő országos kutatás. Az eredmények szerint a résztvevő hallgatók 86,6%-a gondolta úgy, hogy a kiegyensúlyozott női léthez elengedhetetlen a gyermekvállalás. Átlagosan 26,19 éves korukban tervezték első gyermeküket, de 32,63 évesen még vállalkoztak volna a szülésre. (Soósné Kiss & Feith, 2008)

Diplomás ápoló-, védőnő- és orvostanhallgatók jövőbeni családképét összehasonlító vizsgálatok eredménye alapján megállapítható, hogy a diplomás ápoló hallgatók a másik két csoporthoz képest statisztikailag bizonyíthatóan kevesebb gyermekszámot jelöltek meg ($p=0,010$). Közülük 16,7%, a medikák esetében 15,6%, míg a védőnőhallgatóknál 4,9% gondolta úgy, hogy az egészségügyi pályán a család és a munka összeegyeztetése lehetetlen. (Feith et al., 2008)

Diplomás ápoló-hallgatókat és orvostanhallgatókat összehasonlító kutatásban az ápolók többsége két gyermek vállalását tervezte, míg a medikák legszívesebben három gyermeket vállalnának, de ténylegesen csak kettőt terveznek megszülni. (Feith, 2009) Ötödéves orvostanhallgató-nők körében készített felmérésben a válaszadók átlagosan 28 éves korukra tették az első gyermek megszületését, és csak 52,8%-uk tervezte, hogy az első három évben otthon maradjon gyermekével. (Feith et al., 2006)

Felsőfokú, egészségügyi képzésben tanuló ápoló- és védőnőhallgatók ideális esetben tervezett gyermekszáma átlagosan 2,5, a reálisan tervezett pedig 2,1 gyermek volt. Nem befolyásolta a gyermekvállalási hajlandóságot a felsőoktatásban eltöltött idő ($p=0,773$), de a végzős (negyedéves) hallgatók az első

gyermek születésére magasabb életkorban vállalkoznának. (Feith & Soósné, 2011)

Anyag és módszer

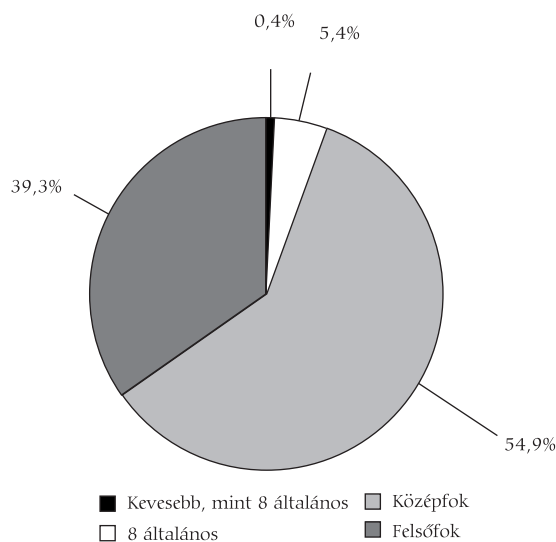
Kvantitatív, szociológiai kutatásunkat 2012 tavaszán végeztük a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán ápoló-, védőnő- és szülésznő BSc képzésben részt vevő hallgatók körében. Vizsgálatunk II., III. és IV. éves, tanulmányaikat nappali tagozaton folytató hallgatóknak irányult. Csoportos önkitöltős kérdőíves módszert használtunk. Az adatokat SPSS 19.0 programba vittük be, majd leíró statisztikai módszerekkel elemeztük. Gyakorisági megoszlási vizsgálatokat, kereszttábla-elemzést, valamint a változók közötti kapcsolatok mérésére Pearson- χ^2 -próbát ($p < 0,05$) alkalmaztunk. Karunk említett női hallgatói körében felmérésünk teljes körű volt. Kérdőívünkre az értékelhető válaszadási arány 94,1% ($N=257$) volt.

Vizsgálatunk során figyelembe vettük a vonatkozó kutatásaitikai követelményeket (kutatási engedélyek beszerzése, anonimitás, önkéntesség).

Eredmények

Kutatásunkban 257 hallgató vett részt, közülük 15,2% ápoló, 38,9% védőnő és 45,9% szülésznő szakirányon folytatta tanulmányait. Évfolyam szerinti megoszlásuk kiegyenlített: 34,2% másodéves, 34,2% harmadéves és 31,5% negyedéves volt a kérdőív kitöltésekor. A mintában szereplő hallgatók átlagéletkora 22,2 év volt. Legtöbben Budapesten éltek (44,8%), míg 10,1% megyeszékhelyen, további 25,3% egyéb városban élt és csak 19,8% származott községből ($N=257$). A hallgatók családjában az édesapáknak 62,9%-ban középfokú, illetve 30,9%-ban felsőfokú végzettsége volt. Édesanyák esetében 0,4% rendelkezett 8 általánosnál kevesebb, 5,4% 8 általános, 54,9% középfokú, 39,3% pedig felsőfokú végzettséggel. (1. ábra) A kapott válaszokat statisztikailag nem befolyásolta a szakirány ($p=0,560$).

1. ábra: Az édesanyák iskolai végzettsége ($N=257$)

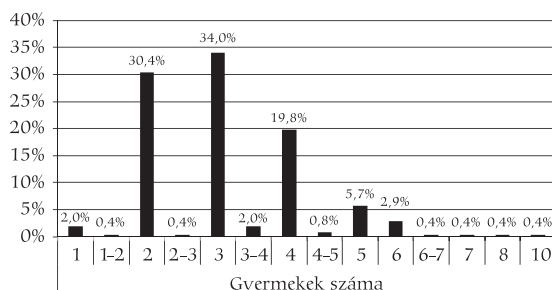


A legtöbb származási családra a kétgyermekes családmodell jellemző: a hallgatók 54,7%-ának egy-, további 21,1%-nak pedig kettő testvére volt. A felméréskor családi állapot tekintetében a legtöbben még hajadonok voltak (73,4%), 20,7% viszont élettársi kapcsolatban élt valakivel, 5,5% volt férjhez. 58,8% számolt be nem házastársi partnerkapcsolat meglétéről ($N=150$), amelyet 88,9%-uk stabilnak ítélt meg ($N=144$). A partnerkapcsolatok 62,3%-a tartósnak tekinthető, hiszen 2 évnél több ideje tartott ($N=146$). A hallgatók 42,6% az édesanyja, további 46,9% mindkét szülő, 6,3% az édesapja, míg 4,3% más családtag nevelő hatására emlékszik leginkább gyermekkorából ($N=256$). A hallgatók 76,0%-át szülei 16 éves koruk előtt együtt nevelték, 18,5% esetében a szülők elváltak vagy külön éltek ($N=254$).

Hallgatóink 96,9%-a szeretne gyermeket vállalni, mindössze 2%-uk bizonytalan és 1,2% jelölte, hogy nem tervezi a gyermekvállalást ($N=255$). Arra a kérdésre, hogy hány gyermeket nevelnének fel, ha legkedvezőbbben („álmaik” szerint) alakulna életük, a legmagasabb arányban három gyermeket jeleztek (34,0%), további 30,4% kettő, 19,8% pedig négy gyermeket nevelne fel ($N=247$). (2. ábra)

Ugyanebben a témában, amikor azt kérdeztük, hogy hány gyermeket szülne/ne-

2. ábra: „Hány gyermeket szülne/nevelne fel, ha legkedvezőbb („álmai” szerint) alakul élete?” (N=247)

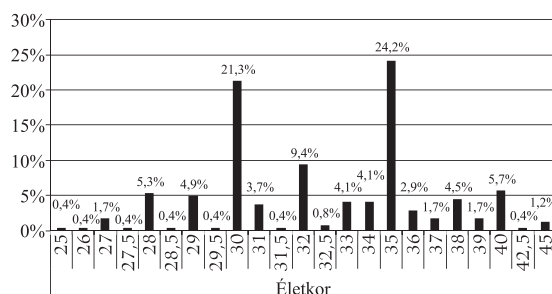


velne fel kevésbé kedvező esetben, az alábbi arányok születtek: a legtöbben (44,3%) kettő, 35,7% csak egy, de minden tizedik hallgató (11,5%) még mindig három gyermeket vállalna (N=235).

Hallgatóink 97,2%-a 30 évesen vagy korábban szeretné megszülni első gyermekét, a legmagasabb arányban (19,8%) a 25 éves kort jelölték meg. Az átlagos életkor a gyermekvállalásra 26,5 év volt. 35 éves vagy annál idősebb életkorban tervezett első gyermek mindössze a válaszadók 1,2%-ánál fordult elő.

A hallgatók 21,3%-a legkésőbb a 30. életévében szülné meg első gyermekét, 24,2%-uk pedig 35. életévében. (3. ábra)

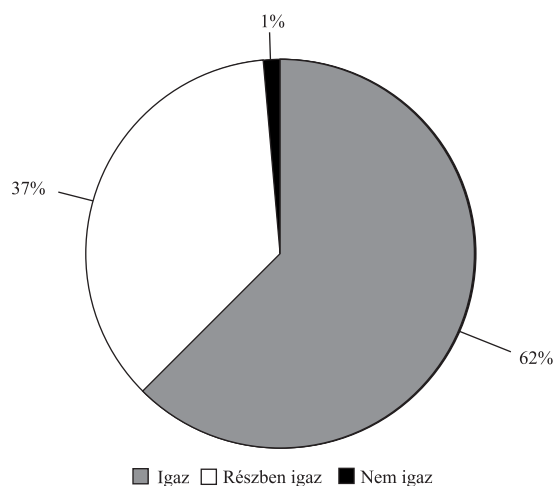
3. ábra: „Melyik az a legmagasabb életkor, amikor még vállalkozna az első gyermeke szülésére?” (N=244)



A gyermekvállalás preferenciáján túl megjelenik a tudatos családtervezés gondolata is, hiszen a kérdőív kitöltőinek 70,0%-a (180 fő) előre meg szeretné tervezni gyermekének megszületését. A hallgatók 65,9%-a konzervatívan gondolkodik a családi állapotról is, hiszen mindenképpen házasságban szeretne csak gyermeket vállalni. A szakirány nem befolyásolta a családalapítás tervezé-

sében ($p=0,537$) és a tervezett családi állapot tekintetében attitűdjüket ($p=0,104$). Emellett azonban megállapítható, hogy a védőnők körében a legmagasabb a házasságot preferáló aránya, esetükben ez 74,7%. A szülész nők közül 60,7%, az ápolóhallgatók körében 59,0% gondolkodik hasonlóan. A tradicionális családmodell jelenik meg azokban a válaszokban is, amelyekben a hallgatók 72,8% tartotta igaznak (N=257), hogy inkább a nők feladata a gyerekekről gondoskodni nap mint nap, továbbá 67,2%-uk gondolja úgy, háziasszonynak lenni ugyanolyan önmegvalósítás, mint egy jó karriert (N=256) felépíteni. Hallgatóink tisztában vannak a gyermekvállalás nehézségeivel is: 51,8-uk igaznak-, 46,3%-uk pedig részben igaznak vélte, hogy a gyermekek nehezebben találnak munkát (N=257), valamint, hogy a gyermek/ek betegsége miatti hiányzás veszélyezteti az állást (N=257). (4. ábra)

4. ábra: „A gyermek/ek betegsége miatti hiányzás veszélyezteti az állását” (N=257)



Egy zárt kérdésben arról kérdeztük a hallgatókat, hogy jelenlegi/majdani életükben mi a fontosabb: az anyaság, a tanult szakma gyakorlása vagy a mindig újabb és magasabb szakmai célok kitűzése és elérése. Több válasz bejelölése is lehetséges volt. Teljes mintánkban 77,8% preferálta az anyaságot (N=257), de a válasz statisztikailag bizonyíthatóan összefüggést mutatott a szakiránnyal ($p=0,012$). Míg a védőnők válaszáiban igen magas ez az arány (87,0%), addig

az ápolóknál egyötöddel kevesebb (66,7%). A választ nem befolyásolta sem az édesanya/nevelőanya iskolai végzettsége ($p=0,913$), sem a testvérek száma a hallgató származási családjában ($p=0,618$).

Szintén alátámasztja a gyermekvállalási attitűdök hagyományos jellegét, hogy a hallgatóknak 78,1%-a szerint nem lehet teljes élete egy nőnek gyermek nélkül ($N=256$). Az anyaság fontosságának megítélésében szerepe lehet az anyai mintának. Édesanyjukat/nevelőanyjukat maximálisan példamutatónak ítélték a válaszadók ($N=256$):

1. *mint anyai példaképet* (67,2%)
2. *mint társat vagy házastársat* (46,9%)
3. *mint háziasszonyt* (71,5).

Megbeszélés

Karunk ápoló-, szülésznő és védőnőhallgatói tradicionális tervekkel rendelkeznek családalapítás tekintetében. Csaknem minden hallgató szeretne gyermeket, az első szülést még harminc éves koruk előtt tervezik, és többségük optimális esetben három gyermeket nevelne fel, tehát nagycsaládban gondolkodik. Az első gyermek vállalásának legkésőbbi időpontját többségében a 30. vagy a 35. életévben jelölték meg, amely eredmény alátámasztja, hogy egyetértenek a tanulmányaik során elsajátított családtervezéssel kapcsolatos ismeretekkel. Gyermeküket házastársi viszonyban, tudatosan tervezve vállalnák, ezen attitűdök a védőnők körében a legerősebbek. Már a származási családra is jellemző, hogy a szülők többségében közösen nevelték őket, és az édesanyák jó példát nyújtottak mint anya, mint házastárs és mint dolgozó nő is. A partnerkapcsolatban élő hallgatóknak igen magas arányban tartósnak ítélték meg jelenlegi kapcsolatukat.

Leendő paramedikális dolgozóként azonban több nehézség is felmerülhet a jövőben a családi és munkahelyi szerepek összeegyeztetésekor. A hallgatóknak jelezték, hogy véle-

ményük szerint gyermekkel nehezebb munkát találni, és a betegségek okozta hiányzás veszélyezteti az állást. Továbbá érdemes megjegyezni, hogy az ápolók és szülésznők esetében a több műszakos munkarend is felboríthatja a családi életritmust, fokozott áldozatot kívánva a partnerektől. Szülésznők esetében további probléma lehet a választott szülésznői feladatok miatti kiszámíthatatlan időbeosztás.

Előző kutatások eredményeit erősíti meg jelen vizsgálat is, miszerint az ápolók kevésbé családorientáltak más egészségügyi szakmákhoz képest (Feith et al., 2008): alacsonyabb arányban preferálták az anyaságot, mint a másik két szakirány. Jelenlegi kutatásaink eredménye kimutatta, hogy ugyanakkor ezen hallgatóknak nagyobb arányban vágnak karrierjük során közép- és felsővezetői állásokra is. (Váczai et al., 2013) Az eredmények ismeretében arra következtethetünk, hogy az ápolói hivatásra készülők továbbra sem látnak megoldást a szakma és a családi élet kihívásainak egyidejű teljesítésére.

Jövőbeni anyai és családi szerepeik ellátását nagyban megkönnyíthetné a rész munkaidős állások biztosítása vagy nagyobb kórházak esetében a dolgozók gyermekei számára fenntartott, a nappali kórházi munka-beosztáshoz igazodó nyitvatartású bölcsőde és óvoda. Különösen nagy segítség lenne ez annak ismeretében, hogy mint ahogyan azt egy 2006-os felmérésből tudjuk: az egészségügyi szakdolgozók alacsonyabb arányban házasok, de magasabb arányban elváltak a nem egészségügyben dolgozókhoz képest. (Hegedűs, Szabó, Szabó, & Kopp, 2008)

Nyilvánvalóan a magasabb egzisztenciális megbecsülés is több gyermek vállalására motiválhatná ezeket a fiatal nőket.

További kutatásokkal nyomon követhető lenne mind a női szerepek változása napjainkban, mind a diplomás paramedikális hivatások helye a társadalomban, hiszen ezek a folyamatok jelennek meg a hallgatóknak attitűdjeiben.

Irodalomjegyzék

1. Camerino, D., Sandri, M., Maurice Conway, P., Companini, P., & Costa, G. (2010). Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International*, 2(5), 1105–1123.
2. Feith Helga, J. & Soósné Kiss, Zs. (2011). Családalapítási tervek és stressz tényezők vizsgálata III-IV. éves ápoló és védőnő hallgatók körében készített országos felmérés eredményei alapján. *Nővér*, 24(2), 11–16.
3. Feith Helga, J. (2009). Női szerepek és konfliktusok egészségügyi diplomás életpályákon. *Orvosi hetilap*, 150(23), 1089–1095.
4. Feith Helga, J., Kovácsné Tóth, Á. & Balázs, P. (2005). Női szerepek diplomás ápoló hallgatók körében. *Nővér*, 18(3), 3–8.
5. Feith Helga, J., Kovácsné Tóth, Á., Hajagos, O. & Balázs, P. (2007). Hivatáspresztízs és önértékelés. *Nővér*, 20(2), 3–10.
6. Feith Helga, J., Kovácsnl Tóth, Ág. & Balázs, P. (2006). Az ötödéves orvostanhallgató-nők karrier- és családtervei. *Lege Artis Medicinae*, 16(6), 585–589.
7. Feith Helga, J., Soósné Kiss, Zs., Kovácsné Tóth, Á. & Balázs, P. (2008). Diplomás ápoló-, védőnő- és orvostanhallgatók családképének és családterveinek összehasonlító vizsgálata. *Nővér*, 21(4), 3–9.
8. Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G., & Kopp, M. (2008). Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók?. Összehasonlító vizsgálat (2002–2006). *Nővér*, 21(1), 3–9.
9. Kane, P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 13(1), 28–32.
10. Šimunić, A. & Gregov, L. (2012). Conflict between work and family roles and satisfaction among nurses in different shift systems in Croatia: a questionnaire survey. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 63, 189–197.
11. Soósné Kiss, Zs. & Feith Helga, J. (2008). Védőnő hallgatóink családalapítással és gyermekvállalással kapcsolatos elképzelései. *Védőnő*, 18(1), 20–22.
12. Váczai, A., Feith Helga, J., Némethné Gradwohl, E., Soósné Kiss, Zs., Farkas, B. (2013). Szakmai karrierrel és jövőképpel kapcsolatos hallgatói attitűdök a Semmelweis Egyetemen. *Nővér*, 26(3), 3–8.
13. www.ksh.hu (Letöltve: 2013.05.28.)



FELHÍVÁS

**FŐISKOLÁT és EGYETEMET VÉGZETT ÁPOLÓK
XI. ORSZÁGOS TALÁLKOZÓJA**

Budapest, 2014. október 2–4.
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar
1088 Budapest, Vas u. 17.

A rendezvényre vonatkozó bővebb információkról a NŐVÉR folyóirat következő lapszámában olvashat.

Oktatható elsősegély 5-6 éves gyerekeknek?

BÁNFAI Bálint, Dr. RADNAI Balázs, MARTON József, PÉK Emese, Dr. DEUTSCH Krisztina,
Dr. BETLEHEM József

Összefoglalás

Vizsgálat célja: Az elsősegélynyújtási ismeretek fiatal életkorban való elsajátítása segíthet abban, hogy felnőttkorra a gyermekek megfelelő alapokkal rendelkezzenek az egyes baleseti szituációkban. A szerzők célja volt, hogy a gyermekek naprakész elméleti és gyakorlati ismereteket szerezzenek az életkorukból fakadó baleseti helyzetekben.

Anyag és módszer: Az oktatás egy falusi és egy városi óvodában történt 2011-ben, 51 fő óvodás részvételével. A 2 alkalommal történő elméleti és gyakorlati oktatást a 3. alkalommal felmérés követte, ami 1 hónappal később megismétlésre került. Az adatgyűjtés módszere a gyerekek tanulás közben történő megfigyelése és egy saját összeállítású értékelő lap alapján történő felmérése volt. A statisztikai elemzést SPSS 17.0 szoftver segítségével történt.

Eredmények: A gyerekek a felmérés során a megszerezhető 38 pontból átlagosan 16,94 pontot értek el. Második alkalommal jobban teljesítettek. A pontszámok közti különbség szignifikáns ($p < 0,05$) volt. A fiúk és a lányok között is jelentős különbség volt kimutatható ($p < 0,05$).

Következtetések: Az óvodások az alapfogalmakat képesek megtanulni, de az összetettebb kérdéseknél már nem teljesítettek pontosan.

Kulcsszavak: elsősegély, óvoda, segítő alkalmasság

Can be taught first aid for children 5-6 years old?

Bálint BÁNFAI, Balázs RADNAI MD, József MARTON, Emese PÉK, Krisztina DEUTSCH PhD, József BETLEHEM PhD

Summary

Aims of the study: Basic Life Saving Activities should be thought in early childhood in order to base helping aptitude for adulthood. The authors's aim was to teach kindergarten children for basic first aid duties and than to examine their results.

Sample and methods: 51 children were involved in the survey. There was two sessions with theoretical and practical games about first aid. On the third session children were tested about their skills and one month later re-tested. The statistical analyses were made with SPSS 17.0 software.

Results: The maximum point of the test was 38 points. The average point of the first test was 16,94 points and the re-test score was higher. The difference between the results was significant ($p < 0,05$). The results showed attitudinal differences between boys and girls ($p < 0,05$).

Conclusions: The 5 and 6 years old children of kindergarten can learn the basic concepts.

Key words: first aid training, kindergarten, helping aptitude

Érkezett: 2013. december 02. Elfogadva: 2014. január 15.

BÁNFAI BÁLINT szakoktató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátás Intézet
Sürgősségi Ellátási Tanszék

DR. RADNAI BALÁZS adjunktus, tanszékvezető helyettes, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Ápolás és
Betegellátás Intézet Sürgősségi Ellátási Tanszék

MARTON JÓZSEF szakoktató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátás Intézet
Sürgősségi Ellátási Tanszék

PÉK EMESE tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátás Intézet
Sürgősségi Ellátási Tanszék

DR. DEUTSCH KRISZTINA djunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Ápolás és Betegellátás Intézet
Sürgősségi Ellátási Tanszék

DR. BETLEHEM JÓZSEF egyetemi docens, tanszékvezető, dékán, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
Levelező szerző (correspondent): BÁNFAI Bálint, elérhetőség: 7621, Pécs, Vörösmarty u. 4.

Tel.: +36-72/513-671; e-mail: balint.banfai@etk.pte.hu

Bevezetés

A különböző mechanizmusokból származó balesetek a leggyakoribb halálokok között szerepelnek nem csak az egész világon, hazánkban is (Bényi, 2007). Ezeknek legnagyobb része otthon következik be, elszenvedői főként a gyerekek (Carlos, 2005). A laikusoknak fontos szerepe van az elsősegélynyújtást igénylő szituációkban, hiszen általában ők azok, akik elsőként észlelik a bekövetkezett balesetet. Ha az elsőként észlelő laikus megfelelő módon képes elkezdni a bajbajutott embertársa ellátását, az nagymértékben megnöveli a bekövetkező további károsodások csökkentésének vagy adott esetben túlélésének az esélyeit.

Elméleti háttér

Több kutatásban foglalkoznak azzal, hogy egyes sérüléstípusok esetén milyen teendői lennének az elsőként észlelő személyeknek, illetve ezekkel kapcsolatosan milyenek az ismereteik (Eldosoky, 2012; Hsiao, 2007; Cuttle, 2010; Cyr, 2012).

Egyiptomban olyan anyákkal töltettek ki kérdőívet, akiknek 12 évesnél fiatalabb gyermekük van. Az eredmények azt mutatták, hogy a leggyakoribb balesettípusok a vágás, törés, égés, mérgezés voltak az elmúlt 1 hónapban. Az is kiderült a vizsgálatból, hogy az anyák fiatalabb életkora, valamint magasabb iskolai végzettsége pozitívan befolyásolja az ismereteket (Eldosoky, 2012).

Vannak olyan helyek, ahol a szokásosnál is gyakoribb az égési sérülések elszenvedése a gyerekek körében (pl. Kambodzsa). Kérdőíves vizsgálatok segítségével mérték fel, hogy milyenek a szülők ismeretei az égési sérülések ellátását illetően. Sajnos sokszor volt tapasztalható a helytelen ellátási módok felsorolása: pl. égési sebbe olajat, tejfölt kenni. Csak kevesen tudták a helyes választ, miszerint a minél előbb lekezdett hűtés (folyó vízzel) az alkalmazandó módszer (Hsiao, 2007; Cuttle, 2010). A különböző okokból bekövetkező fulladásos balesetek is nagyon gyakoriak a gyerekek körében (étkezés közben, zsinór tekeredik a nyakra, vízbe fulladás). A bekövetkezett balesetek utáni teendőikön kívül

nagy hangsúlyt fektettek a balesetmegelőzés hangsúlyozására is (Cyr, 2012).

A helyes teendőket nemzetközi irányelvekben is megfogalmazták (Van de Velde, 2007; International first aid and resuscitation guidelines, 2011). Ezek alapján nagy hangsúlyt kellene fektetni a laikusok képzésére elsősegély terén, mivel nagy szükség van rájuk a teendők időben történő, szakszerű elkezdéséhez. Sajnos erre ma Magyarországon nem fordítanak megfelelő mennyiségű időt (Hornják, 2007). Elsősegély oktatással főként gépkocsivezető-tanfolyamokon lehet találkozni, azonban a megszerzett ismereteket később nem „meri” mindenki alkalmazni egy esetleges éles szituációban. Ennek hátterében sok tényező állhat: gyakorlat hiánya, félelem, ártani nem akarás, stb. (Siklós, 2006). Egy osztrák kutatás kimutatta, hogy az emberek legnagyobb része azért nem segít, mert nem akar bajt okozni (Völker, 2010). Több kutatásban is felmerül a gondolat, hogy a fent említett gépkocsivezető-tanfolyamokon kívül még számos helyen lehetne, sőt kellene elsősegélyt oktatni (pl. munkahelyek, iskolák, stb.) (Siklós, 2006; Völker, 2010). Mivel mindezek eddig szervezett körülmények között nem terjedtek el, így egy balesetnél a segítségnyújtás gyakran a mentőhívásra korlátozódik, ami fontos, de további ismereteket szerezve szakszerűbb segítséget nyújthatnának a laikusok még a szakemberek kiérkezése előtt. Készült olyan kutatás is, amely laikusoknak szervezett elsősegély tanfolyamok tulajdonságait és tapasztalatait foglalja össze (Van de Velde, 2009). A vizsgálat keretein belül olyan elsősegély programokat kerestek, amelyek nem foglalnak magukba újraélesztés oktatást. Foglalkoztak azzal, hogy milyen a jó program (könnyen elérhető az emberek számára, bizonyos idő elteltével ismétlődik, érthető), valamint azt is vizsgálták, hogy milyen eredmények érhetőek el velük. A korábbi tapasztalatok szerint az emberek nagy részében magas a hajlam a segítségnyújtásra, de sokan a félelem, vagy a gyakorlat hiánya miatt nem mernék alkalmazni a tudást. Egy brazil kutatásban pedig azzal kísérleteztek, hogy az ismeretanyagot televízió kereszttűl juttassák el az emberekhez (Capone, 2000).

Kutatásunkban a kisgyermekek körében

végzett elsősegély-oktatással foglalkoztunk. Több szakirodalmi adat is azt támasztja alá, hogy a korai életkorban elkezdett elsősegély-oktatásra a gyerekek fogékonyak, illetve ezek az ismeretek jó alapként szolgálhatnak a későbbiek során elsajátított tudanyaghoz (Eisenburger, 1999; Uray, 2003; Lubrano, 2005; Bollig, 2009, 2011). Thomas Uray és munkatársai osztrák általános iskolákban oktattak elsősegélyt első és második osztályos gyerekeknek. Az átadni kívánt ismeretanyag kialakításához nemzetközi irányelveket vettek alapul. Az eredményeik azt bizonyították, hogy akár 6-7 éves gyerekeknek is oktatható elsősegély, de bizonyos életkorból fakadó jellemzőkhöz igazodni kell. Az ismeretanyagot megpróbálták úgy átadni, hogy az a gyerekek jól megértésük, valamint a felméréshez használt lapon is képek szerepeltek a könnyebb megértés érdekében. A következtetéseiket nem csak az értékelő lap alapján vonták le, hanem az egész oktatásról videófelvétel készült, valamint később a szülőkkel is készítettek interjút (Uray, 2003). Riccardo Lubrano és munkatársai Olaszországban végezték vizsgálatukat, célcsoportjuk a 8-11 éves korosztály volt, akik általános iskolába jártak. A kutatás fő irányelve a „hallgatni-látni-csinálni” volt. Ez alapján először a gyerekek az elméleti háttérrel ismerkedtek meg, ezután megnézhették a teendőket gyakorlatban, a hátralévő időt pedig gyakorlással tölthették. A foglalkozások 45 percesek voltak. A tananyagban a vérző orr, a törött fog és a PBLS (Paediatric Basic Life Support, azaz gyerekeknek szánt alapszintű újraélesztés) szerepelt. A gyerekeknek az oktatást követően ki kellett tölteniük egy 13 kérdésből álló tesztet, amely a megszerzett tudást mérte fel. A teszt megíratását 1 hónappal később megismételték. A vizsgálatot végzők az eredményeket pozitívnak értékelték, fontosnak találnák, hogy az elsősegély oktatása minél fiatalabb életkorban kezdődjön, ugyanakkor a 6-7 éves korosztályt még fejletlennek ítélték meg egy hasonló jellegű oktatáshoz (Lubrano, 2005). Georg Bollig munkatársaival több kutatást is végzett gyerekek körében. Az egyikben ezek közül 4-5 éves óvodásokkal foglalkozott. Egy biciklibaleseten keresztül tanította meg a gyerekeknek a he-

lyes teendőket (pl. segítségkérés, légzés ellenőrzése, stb.). Az eredményei azt mutatták, hogy elsősegély már óvodában is oktatható (Bollig, 2009). Egy másik kutatásukban általános iskolásoknak (6-7 évesek) oktattak elsősegélyt az előzőhöz hasonló módon, tehát egy biciklis baleset segítségével. A tanulók egyik fele részt vett oktatáson, a másik fele pedig kontroll csoportot alkotott. A kapott eredmények az első, majd a 6 hónappal később megismételt felmérés során is szignifikáns különbséget mutattak az oktatáson részt vett gyerekek javára. A szerzők szerint fontos lenne a rendszeres elsősegély oktatás már fiatal életkorban (Bollig, 2011).

Magyarországon is végeztek már olyan vizsgálatot, ahol berendezett baleseti szituációban a gyerekek segítségnyújtási hajlandóságát mérték fel (Lendvai, 1992). Ezt a kutatást egy szombathelyi óvodában végezte Lendvai Rezső és munkatársai, céljuk főként nem az ismeretek átadása volt, hanem annak felmérése, hogy hogyan viselkednek a gyerekek bizonyos baleseti helyzetekben. Ebből következően nem is konkrét ellátási módokra voltak kíváncsiak, hanem a segítségnyújtási hajlandóságot mérték fel. A vizsgálat kedvező eredménnyel zárult, mivel a gyerekek nagy része odament a „sérültekhez”, segítséget hívott, vagy csak próbálta megnyugtatni a bajbajutott személyt. A szakirodalmi adatok alapján érdemes óvodás korú gyermekek között a segítségnyújtási attitűdöt kialakítani és felkészíteni őket alapvető elsősegély-nyújtási tevékenységek elvégzésére.

A vizsgálat célja

Jelen vizsgálatunk célja az volt, hogy két óvoda gyermekei körében végezzünk elsősegély-oktatást és felmérjük a hatására bekövetkező változásokat a gyerekek segítségnyújtási attitűdjében. Távolabbi cél egy olyan rendszer kialakítása, amelyben az óvodás korú gyermekek rendszeres elsősegély-oktatást kapnak, amely ténylegesen az ő nyelvükön íródott, mégpedig azt is figyelembe véve, hogy ezek a gyerekek mit tudnak befogadni, és mi az, amit már nem. Azt gondoljuk, hogy egy ilyen jellegű okta-

tás megfelelő alapokat adhatna a későbbi továbbképzést tekintve.

Anyag és módszer

A vizsgálatra 2011. szeptember és 2011. november között került sor Zala megye 2 óvodájában (Muraszemenye, Letenye). A vizsgálat lefolytatásához szükséges engedélyek beszerzését követően a két célintézményt kerestük meg, melyet az érintett szülők tájékoztatása és írásos beleegyezésük kikérése követett. A vizsgálatba valamennyi szülő írásban beleegyezett. A célcsoportunk az említett óvodákba járó 5 és 6 éves óvodások voltak. Az oktatás elkezdésekor az óvodákba járó összes gyermeket beválasztottuk, akik megfeleltek a beválasztási kritériumnak, tehát, hogy az óvoda nagycsoportjába járnak. Így összesen 51 gyermek alkotta a mintánkat (N=51). Az oktatási tematika felölelte: mentőhívás menete, sebek ellátása, égési sérülés, vérzések, ájulás, félrenyelés/fulladás.

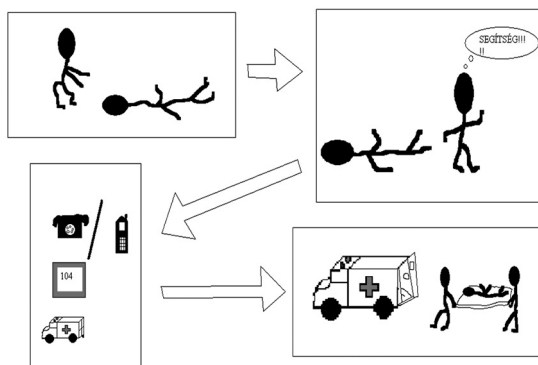
Az átadni kívánt ismeretanyag kiválasztásánál megpróbáltunk arra törekedni, hogy olyan sérülésformákat gyűjtsünk össze, amelyek gyakran előfordulnak a gyerekekkel ebben az életkorban. Ezek keresésénél szakirodalmi adatokra támaszkodtunk (Li, 2012; Conolly, 2007; Breckwoldt, 2007). Ilyenek például a horzsolások, harapás, orrvérzés, félrenyelés, forrázás, égés, stb. Ezekon a sérüléstípusokon kívül sérüléstípusokon kívül fontosnak találtuk, hogy megismertessük velük a mentőhívás helyes menetét. Tehát ezek alkották az oktatási anyag fő irányvonalait. Egy másik tényező, amit mindenképpen figyelembe kellett vennünk, hogy az ismeretanyagot úgy kellett átadni, hogy ők is könnyen megértsék. Ezért is gondoltuk úgy, hogy az interaktivitás lehetőségének megteremtése fontos, hiszen a gyerekek szeretnek saját élményeket mesélni, így erre megvolt a lehetőségük. Azt is fontosnak találtuk, hogy fel kell állítani egy bizonyos ismerethatárt, amin belül kell maradni, mivel ha túllépnek rajta, azt már nem értenék meg a gyerekek. Ezen határok meghúzásánál szakirodalmi adatokra is támaszkodtunk, valamint a saját, oktatás alatt szerzett tapasztalatainkat

is figyelembe vettük (Rónáné, 2004). Több kutatásban kísérleteztek fiatal életkorban elkezdett BLS oktatással, amelyekben azt vizsgálták, hogy mely életkortól képesek ezeket az ismereteket elsajátítani a gyerekek (Li, 2012; Conolly, 2007; Breckwoldt, 2007).

Az ismeretátadás életkorspecifikus technikája

A meghúzott ismerethatárhoz szorosan kapcsolódott az is, hogy a különböző témakörök ismertetése során „gyermeki nyelven” beszéljünk, azaz úgy, hogy az óvodások könnyen megértsék (pl. szakkifejezések, idegen szavak használatának mellőzése). Ebben az életkorban a gyerekek életében nagyon fontos szerepet tölt be a játék (Rónáné, 2004; Porkolábné, 2004; Papp, 2005). Ezt a tényt figyelembe véve döntöttünk úgy, hogy a tanulás segítése céljából szituációs feladatok is kerülnek az egyes témakörökhöz, hiszen így a gyerekek játékosan tudtak tanulni. Ezeknél a kitalált helyzeteknél egy gyermek játszotta az ellátót, egy társa pedig a sérültet. A játékos tanulás érdekében az oktatás során használtunk különböző segédeszközöket (fertőtlenítő oldat, kötszer, műseb, stb.) és egy általunk készített segítő ábrát. (1. ábra)

1. ábra: A mentőhívás helyes menete



A vizsgálat menete

Az elkészített ismeretanyag átadására 2-2 alkalommal került sor mindkét helyszínen. A két alkalom között néhány nap telt el. Az első foglalkozást bemutatkozással együtt 45 perc időtartamra terveztük. Előzetesen tájékoztunk a szakirodalomból az óvodás

korosztály jellemzőiről, beleértve azt is, hogy például mennyi ideig képesek figyelni egy adott témára. Erre vonatkozóan azt találtuk, hogy ez nagyjából 20-30 perc (Rónáné, 2004; Porkolábné, 2004; Papp, 2005). A foglalkozások során megpróbáltuk betartani ezeket az időkereteket, valamint a saját tapasztalatainkat is figyelembe vettük ebben a tekintetben a későbbi alkalmakkor. Az ismeretanyag átadása minden esetben belefért ebbe az időkeretbe, maximum az összefoglaló gyakorlás esett ezen kívül. Mindkét alkalom mindkét helyszínen interaktív beszélgetéssel kezdődött, amelynek egyrészt feszült-ségoldó szerepe volt, másrészt pedig információval szolgált számunkra, hogy milyen alapismeretekkel rendelkeznek az óvodások az adott témakörökkel kapcsolatban.

A témakörök felosztása úgy történt, hogy első alkalommal foglalkoztunk a mentőhívás helyes menetének elmagyarázásával, félrenyeléssel/fulladással, ájulással, illetve ezek ellátásával. Második alkalomra pedig a különböző sebek, harapás, égés/forrázás és az orrvérzés, valamint ellátásuk maradt. A foglalkozásokat az addig tanultakat összefoglaló gyakorlás zárta, valamint a gyerekeknek volt alkalmuk kérdezni, ha valamit nem értettek. Az oktatást követően mindkét helyszínen 2-2 alkalommal felmérés következett. Az első az oktatást követő héten, a második egy hónappal később. Utóbbival azt szeretnénk volna felmérni, hogy egy hónap elteltével mire emlékeznek a megtanultakból. A felmérést az általunk összeállított kérdések és szituációk alapján végeztük. A gyerekeket egyesével mértük fel a csoportszoba egy elkülönített részén azzal a módszerrel, hogy a kérdéseket feltettük nekik, ők pedig szóban válaszoltak. A kérdésekre adott válaszok után páros munka következett, hiszen az egyes szituációk megoldásához két ember kellett („sérült” és ellátó). A szituációkat is beleszámolva összesen 19 kérdés és feladat szerepelt a felmérésben. A pontozás egy ugyancsak általunk készített pontrendszer alapján történt. A gyerekek kérdésenként 0, 1, vagy 2 pontot kaphattak, annak megfelelően, mennyire volt helyes a válasz. A kapott pontokat a felmérés során feljegyeztük, ezekkel tudtunk később dolgozni. Mindkét alkalommal ugyanazokat a kérdé-

seket és feladatokat kellett megoldaniuk a gyerekeknek. Ezeken túl a második felmérés során a számunkra információval szolgáló kérdéseket is tettünk fel az eltelt egy hónapról. Ilyenek voltak: Tetszett az oktatás? Játszottak azóta hasonló játékokat az óvodában, vagy otthon? Meséltek a szüleinek az oktatásról? Az adatok feldolgozása SPSS 17.0 statisztikai program segítségével történt, melynek során leíró statisztikát, Chi-négyzet próbát, 1 és 2 mintás T-próbát alkalmaztunk. Az elért pontszámokat elemeztük az összes résztvevőre vonatkoztatva is, de alkottunk különböző csoportokat is, amelyeknek a pontszámait össze tudtuk hasonlítani. Ilyen összehasonlítási szempontok voltak: falusi óvoda-városi óvoda; fiúk-lányok.

Eredmények

A vizsgálatban összesen 51 fő 5 és 6 éves óvódás vett részt (N=51). Ebből 28 gyermek városi, 23 pedig falusi óvodába járt. A teljes létszámból 26 fő lány, 25 fő fiú volt. A városi óvodában a nemek aránya úgy oszlott meg, hogy 18 fő lány volt, illetve 10 fő fiú. A falusi óvodában ugyanez a szám úgy nézett ki, hogy 8 fő lány és 15 fő fiú volt. (**I. táblázat**)

A felmérés során megszerzett pontszámokat először a teljes mintát összességében tekintve vizsgáltuk. A maximálisan megszerezhető pontszám 38 pont volt. Az első felmérés összpontszámainak átlaga 16,94 pont lett. A legrosszabbul teljesítő gyermek nem szerzett pontot, míg a legjobban teljesítő 33 pontot szerzett. A városi óvodába járó 28 nagycsoportos átlaga 18,64 pont, míg a falusi óvodások átlaga 14,87 pont volt. A kapott számok azt mutatják, hogy a városi óvodába járók az első felmérés során jobban teljesítettek a falusi óvodába járó társaiknál, ugyanakkor a statisztikai elemzéseként alkalmazott 2 mintás T-próba azt mutatja, hogy a két csoport közötti különbség nem szignifikáns ($p=0,110$). A második felmérés eredményeinek az átlaga 17,45 pont lett. A minimum 0 pont, míg a maximum 36 pont volt. A falusi óvodában az elért pontszám 18,78 pont, míg a városi óvodában az átlag 16,36 pont volt.

I. táblázat: A vizsgálatban résztvevő óvodás korú gyermekek főbb demográfiai mutatói

Nem	Fő (N=51)	(%)
Lány	26	51
Fiú	25	49
Lakhely		
Város	28	55
Falu	23	45
Szülők legmagasabb iskolai végzettsége (n=102)		
Max. 8 általános	36	35
Szakmunkás	23	23
Érettségi	33	32
Főiskola/Egyetem	10	10
Beszélt-e otthon az oktatásról		
Igen	47	92
Nem	4	8
Tetszett-e az oktatás		
Igen	51	100
Nem	0	0
Játszottak-e a szituációkhoz hasonló játékokat az óvodában két felmérés között		
Igen	41	80
Nem	10	20

A két helyszínt összehasonlítva az figyelhető meg, hogy a falusi óvodába járók átlagosan jobban teljesítettek, de a két csoport eredményei közötti különbség nem szignifikáns ($p=0,360$). A két felmérést összehasonlítva a pontszámok tekintetében az figyelhető meg, hogy a második felmérés alkalmával a gyerekek átlagosan jobban teljesítettek, a pontok átlaga 16,94-ről 17,45-re emelkedett. A két felmérés eredményei közötti különbség szignifikáns az elvégzett 1 mintás T-próba eredménye alapján ($p<0,05$). **(II. táblázat)** Ennek háttérben az állhat, hogy a gyerekek a két felmérés közötti 1 hónapban többször foglalkoztak önállóan is a témával, így az ismeretek el tudtak mélyülni (ez a tájékoztató kérdéseinkből derült ki). A nemek tekintetében az elért pontszámoknál az figyelhető meg, hogy az első alkalom során a lányok pontszámainak átlaga 19,42 pont lett, míg a fiúké ennél alacsonyabb, 14,36 pont lett. A második alkalommal az eredmények kiegyenlítődték, a fiúnál javulás, a lányoknál kismértékű romlás volt megfigyelhető. A lányok átlaga ebben az esetben 17,19 pont, míg a fiúké 17,72 pont volt. A különbség az első esetben szignifikáns ($p=0,029$) **(II. táblázat)**, míg a második felmérés eredményeit tekintve nem szignifikáns ($p=0,842$). Ez

gondolkodásbeli különbségekre enged következtetni, hiszen összességében a lányok teljesítettek jobban, viszont a bonyolultabb feladatokat mégis a fiúk oldották meg helyesebben mindkét felmérés során (szituációs feladatok, mentőhívás helyes menete). A két felmérésen a kérdésekre adott válaszokat elemezve meg tudtuk vizsgálni, hogy mely témakörök esetében emlékeztek jobban a gyerekek az átadott ismeretekre (pl. sebek kezelésének lehetséges okai), illetve melyek esetében kevésbé (pl. égés fokozatainak felsorolása). Az itt megszerzett tapasztalatok pedig támpontként szolgálhatnak egy esetleges későbbi oktatás során.

Következtetések

Vizsgálatunk során szerzett tapasztalataink – hasonlóan a nemzetközi irodalmakban megjelenő tapasztalatokkal – azt mutatják, hogy már gyermekkorban is eredményesen oktatható elsősegély (Uray, 2003; Lubrano, 2005; Bollig, 2009, 2011). Hasonlóan az ő tapasztalataikhoz, mi is megpróbáltunk felállítani egy bizonyos határt, amelyet nem lehetett átlépni, mert a gyerekek azt már nem tudták volna elsajátítani. Emiatt nem

II. táblázat: A szignifikáns különbségek bemutatása

	Fő	%	Átlag pont	Szignifikancia (p)
1. felmérés (összesen):	51	100	16,94	
				0,05
2. felmérés (összesen):	51	100	17,5	
1. felmérés (fiúk):	25	49	19,42	
				0,029
1. felmérés (lányok):	26	51	14,36	

került bele az oktatási anyagba például a BLS, hiszen sem elméletileg, sem fizikailag nem elég érett ez a korosztály ezen ismeretek elsajátítására (Coennolly, 2007). Az olasz kutatáshoz hasonlóan viszont az orrvérzés részét képezte a mi átadni kívánt ismeretanyagunknak is. A korábban Magyarországon végzett kutatásban, amely a gyerekek viselkedését vizsgálta különböző berendezett baleseti helyszíneken, megfigyelt eredményeket mi is megfigyeltük az általunk vizsgált gyerekeken, tehát, hogy nagyfokú bennük a hajlam a segítségnyújtásra (Lendvai, 1992). A kérdésre, hogy segítenének-e egy bajbajutott emberen, szinte mindenki igennel válaszolt, így ez is a korábbi eredményeket támasztja alá. Az említett kutatások legnagyobb része általános iskolák alsó tagozatos tanulói körében zajlott. Többen azt írták le, hogy a 6-7 éves, vagy fiatalabb korosztály még túl fiatal egy

ilyen jellegű oktatáshoz, de Bollig óvodában végzett vizsgálata – hasonlóan a miénkhez – bizonyítja, hogy már óvodában is oktatható elsősegély (Bollig, 2011). Az is elmondható, hogy a gyerekek nem csak közvetlenül az oktatás után teljesítettek jól, hanem a későbbi újramérés alkalmával is. Az eredményeink alapján azt mondhatjuk, hogy az óvodások az alapvető fogalmakat képesek megtanulni (például különböző sérülések lehetséges okai), de az összetettebb kérdéseknél már nem teljesítettek mindig jól (olyan szituációk, ahol több dolgot kellett megjegyezni és helyes sorrendbe rakni; néhány kérdés, ahol mélyebb ismeretekre volt szükség, mint például az égés fokozatai). Úgy gondoljuk, hogy a kutatásunk egy jó példa arra, hogy van értelme már fiatal életkorban elkezdni az elsősegély oktatását, hiszen jó alapként szolgálhat az ismeretek későbbi elmélyítéséhez, így megfelelő tudással rendelkező, valamint adott szituációban cselekedni képes laikus elsősegélynyújtók képezhetők.

Irodalomjegyzék

- Bényi, M. (2007). A gyermekgyógyászati alapellátás lehetséges szerepe a gyermekkori balesetek megelőzésében. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 12(3-4), 104-109.
- Bollig, G., Myclebust, GA., Ostringen, K. (2011). Effects of first aid training in the kindergarten – a pilot study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19:13.
- Bollig, G., Wahl, HA., Svendsen, MV. (2009). Primary school children are able to perform basic life-saving first aid measures. *Resuscitation*, 80, 689-692.
- Breckwoldt, J., Beetz, D., Schnitzer, L., Waskow, C., Arntz, HR., Weimann, J. (2007). Medical students teaching basic life support to school children as a required element of medical education: A randomized controlled study comparing three different approaches to fifth year medical training in emergency medicine. *Resuscitation*, 74, 158-165.
- Capone, PL., Lane, JC., Kerr, CS., Safar, P. (2000). Life supporting first aid (LSEA) teaching to Brazilians by television spots. *Resuscitation*, 47, 259-265.
- Carlos, ENP. (2005). Unintentional injuries in the home environment: home safety. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 146-154.
- Connolly, M., Toner, P., Connolly, D., McCluskey, DR. (2007). The „ABC for life” programme – Teaching basic life support in schools. *Resuscitation*, 72:270-279.

8. Cuttle, L., Kimble, RM. (2010). First aid treatments of burn injuries. *Wound Practice and Research*, 18(1),4-13.
9. Cyr, C. (2012). Preventing choking and suffocation in children. *Paediatr Child Health*, 17(2), 91-98.
10. Eisenburger, P., Safar, P. (1999). Life supporting first aid training of the public- review and recommendations. *Resuscitation*, 41, 3-18.
11. Eldosoky, RSH. (2012). Home-related injuries among children: knowledge, attitudes and practice about first aid among rural mothers. *Eastern Mediterranean Health Journal*,18(10), 1021-1027.
12. Hornyák, I. (2007). Gyenge motiváció, alacsony szintű tudás. *LAM*, 17(11), 826-827.
13. Hsiao, M., Tsai, B. (2007). „What do kids know”: A survey of 420 Grade 5 students in Cambodia on their knowledge of burn prevention and first-aid treatment. *Science Direct Burns*, 33, 347-351. doi:10.1016/j.burns.2006.08.002
14. International first aid and resuscitation guidelines (2011); International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, 16-98.
15. Lendvai, R. (1992). Elsősegélynyújtási mentálításra nevelés a szombathelyi óvodában. *Magyar Mentésügy*, 12(1), 14-27.
16. Li, F., Jiang, F., Jin, X., Qiu, Y., Shen, X. (2012). Pediatric first aid knowledge and attitudes among staff in the preschools of Shanghai, China. *BMC Pediatrics*,12:121.
17. Lubrano, R., Romero, S., Scoppi, P., Cocchi, G., Baroncini, S., Elli, M., ... Moscatelli, R. (2005). How to become an under 11 rescuer: a practical method to teach first aid to primary schoolchildren. *Resuscitation*, 64, 303-307.
18. Papp, J. (szerk.) (2005). *Képességfejlesztés- képeségmérés az óvodában*. Debrecen: Didakt Kiadó
19. Porkolábné, BK., Balázné, SJ., Szaitzné, GA. (2004). *Komplex prevenció óvodai program*, Pintér É., Páli J. *Komplex prevenció óvodai program*. Budapest: Trefort Kiadó
20. Rónáné, FJ. (2004). Amit az óvónőnek észre kell venni. In: Horváth, J., Horváthné, CM., Rónáné, FJ. *Pszichológiai jelenségek és zavarok óvodáskorban* (pp. 9-28) Budapest: Szort Bt. *Ovizuál Műhely*
21. Siklós, A. (2006). Az elsősegélynyújtás iránti hajlandóság és motiváció. *Nővér*,19(4), 10-16.
22. Uray, T., Lunzer, A., Ochsenhofer, A., Thanikkel, L., Zingerle, R., Lillie, P., Brandl, E., Sterz, F. (2003). Feasibility of life-supporting first-aid (LSFA) training as a mandatory subject in primary schools. *Resuscitation*, 59, 211-220.
23. Van de Velde, S., Broos, P., Van Bouwelen, M., De Win, R., Sermon, A., Verduyck, J., ...Aertgeerts, B. (2007). European first aid guidelines. *Resuscitation*, 72, 240-251.
24. Van de Velde, S., Heselmans, A., Roex, A., Vandekerckhove, P., Ramaekers, D., Aertgeerts, B. (2009). Effectiveness of Nonresuscitative First Aid Trainig in Laypersons: A Systemtic Review. *Annals of Emergency Medicine*, 54(3), 447-457.
25. Völker, TM., Stefan, CDI., Schreiber, W. (2010). Project „Spotlight first aid”. A positional paper on first aid knowledge of Austrian car drivers. *Notfall Rettungsmed*, 13, 125-130.

Felhívás

Meggyőződésünk, hogy a magyar sebkezelés területén megérett az idő az összefogásra, paradigmaváltásra.

Találkozunk a www.sebkezeles.hu weboldalon!



Orientális tánc, mint rehabilitációs módszer a rosszindulatú daganatos megbetegedésekben

SZALAI Márta, REKTOROVICS Kitti Renáta, PRÉMUSZ Viktória

Összefoglalás

A hastánkra az egészséges, fiatal és szép nő szimbólumaként tekinthetünk. Azonban, ha tanulmányozzuk ennek az ősi táncnak a történetét, mindemellett láthatjuk, hogy bizonyos mozdulatait a gyógyításban alkalmazták, illetve egyes keleti országokban alkalmazzák a mai napig.

A daganatos megbetegedések következtében csonkolásos műtéten átesett nő pácienseket nem csak testi károsodás éri, hanem súlyos lelki trauma is. Sérül az énképük, az önbecsülésük, mely sok esetben magára maradottsághoz, társadalmi elszigetelődéshez és végül rokkantsághoz vezet. Szakirodalmi adatok támasztják alá, hogy a daganatos betegségek miatti rokkantassítás erősen növekvő tendenciát mutat

A 2005-ben saját kezdeményezésre létrejött Százszorszép Hastánklub mára onkológiai rehabilitációs módszerré nőtte ki magát, amely integrált módon alkalmazza a mozgás-, zene-, táncterápia elemeit. Ezen felül egy támogató közösséget biztosít a sorstársaknak. Vizsgálattal igazoltuk a módszer hatékonyságát. Szignifikáns javulást mutattunk ki a társas támogatottság, az életminőség-, és az életelégedettség terén.

Kulcsszavak: onkológia, rehabilitáció, hastánc

Oriental dance as rehabilitation method of malignant neoplastic diseases

Márta SZALAI, Kitti Renáta REKTOROVICS, Viktória PRÉMUSZ

Summary

Belly dance is perceived as the symbol of the healthy, young and beautiful woman. However when the history of this ancestral dance is studied, it can be seen, that certain movements are applied in healing, furthermore it is employed in some oriental countries until nowadays.

Women patients with cancer diseases are suffering both from physical damage and psychical trauma after a resective surgery. Their self-image and self-respect are disturbed, which in several cases leads to isolation, social segregation and at last to disability. Based on literary data cancer caused disability shows an intensely increasing tendency.

As an own initiation Százszorszép Hastánklub (Moonflower Belly Dance Club) has been established in 2005, which is developed to an ocological rehabilitation method. This method integrates the elements of movement, music and dance therapie. In addition, it provides a supportive community to the companions. Our examinations confirmed the efficiency of the method. Significant development was demonstrated in the field of social support, quality of life and life-contentment.

Key words: oncology, rehabilitation, belly dance

Érkezett: 2014. január 10. Elfogadva: 2014. február 8.

Bevezetés

A rosszindulatú daganatok kialakulásának növekedése világszerte. Magyarországon a daganatok incidenciáját, illetve a miattuk bekövetkező mortalitási arányokat tekintve,

világviszonylatban a legmagasabb mutatójú országok között helyezkedik el (Ottó et al., 2002). A rokkantsági statisztika alapján, a jogosultsági feltételek szigorítása ellenére az elmúlt 25 évben a rosszindulatú daganatok miatt rokkantossított betegek aránya

SZALAI Márta PhD hallgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola
Osztályvezető főnővér, Országos Onkológiai Intézet

REKTOROVICS Kitti Renáta Gyógytornász, Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet,
Rehabilitációs Centrum

PRÉMUSZ Viktória PhD hallgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola

Levelező szerző (correspondent): SZALAI Márta, elérhetőség: 1131 Budapest, Reitter Ferenc u. 112/A 4/7. Tel.: +36-20/426-9695, e-mail: martaszalai@freemail.hu

100%-kal emelkedett (Józan, 2002). A rák-betegség kialakulásában a pszichés és szociokulturális paramétereknek nagy szerepe van, valamint a beteg szociális élete, az őt érő társas hatások hosszútávon szignifikáns befolyásolják a betegség lefolyását. A rosszindulatú daganatos megbetegedések és kezeléseik életteni következményei közismertek (Garssen, 2004). Az életminőségre gyakorolt negatív hatás összetett, a megjelenő fizikai tünetek lehetnek a betegség, illetve az azt kísérő kezelés következményei, de megjelenhetnek a depressziós állapot manifesztációjaként is. A fizikai és pszichés tünetek állandó interakcióban vannak, hatnak egymásra (Ivanauskienė et al., 2010). A társas kapcsolatok minősége, a társas támogatottság befolyásolja az önértékelést, a testi-lelki jólétet és azt, hogy mennyire tud a személy megküzdeni az élet kisebb-nagyobb nehézségeivel. Sok érintett azonban úgy érzi, hogy problémáival és félelmeivel egyedül marad és hajlik arra, hogy izolálódjon, lemondóvá váljon, amely erősíti a félelemérzést és depressziót (Den Oudsten et al., 2010). Bizonyított, hogy a szorongó személyiségű betegeknek nagyobb valószínűséggel térnek vissza a tünetek, mint azoknál, akiknek szélesebb a támogatói köre (Liu et al., 2010). Egy közösség fokozza az identitásélményt, a pozitív önértékelést és a kontrollérzetet, valamint csökkenti a szorongást. A „jelentős mások” nagymértékben csökkenthetik a beteg aggodalmait és szorongását. Együttérző és empatikus érzelmi megnyilvánulások saját fontosságának tudatát erősítik a betegben, azt az érzést, hogy „érdemes” meggyógyulnia. A támogatásforma jelentősége abban rejlik, hogy általa a beteg elkerülheti a tehetetlenség állapotát, az esetleges depresszív tünetek kialakulását (Brumet et al., 2005). A stresszhatás következményeit tompíthatja, ha a társas környezet segít a helyzet átértékelésében vagy egyéb megküzdési stratégiák kialakításában. A hasonló helyzetben lévő társak között nem fordul elő a megbélyegzés, egymás felruházása negatív címkékkel, és a betegséggel kapcsolatos információkat, tanácsokat is át tudják adni egymásnak (Snyder et al., 2010).

A **művészetterápiák** hatásai közül az irodalom általában azt emeli ki, hogy a belső,

gyakran nehezen megélhető vagy megfogalmazható tartalmak megjelenítését teszi lehetővé, amelynek köszönhetően az érintett maga könnyebben tud ezekkel a tartalmakkal kapcsolatba lépni. Maga a tevékenység egyben sikerélményt, a kreativitás az alkotás élményét is hozza, amely az önbecsülés növekedését eredményezi. Összességében pedig mindezek hozzájárulhatnak a figyelem fókuszálásához és az énhatárok, majd az énvédő mechanizmusok megerősödéséhez (Svensk et al., 2009).

A **mozgásterápiák** jótékony hatással vannak a megélt életminőségre, ételélgedettségére és a társas támogatás érzését növelhetik (Sandel et al., 2005). Az életminőséggel és az egészséggel kapcsolatos fizikai és pszichés jólétre vonatkozó áttekintő tanulmányok és nagy mintát alkalmazó kutatások azt az elképzelést támasztják alá, hogy a rendszeres fizikai mozgás pozitívan korrelál az általános életminőséggel, a fizikai és pszichológiai jóléttel (Chen et al., 2009). A tréning vagy aerobic típusú programok már rövidtávon csökkenthetik az oedemás kar térfogatát, a kardiopulmonális- és az izomfunkciók is javulhatnak, csökkenhet az alvászavarok mértéke, javulhat a kardiovaszkuláris státusz, a tüdőkapacitás és a fáradékonyság (De Backer et al., 2009).

A **táncterápiák** hatásait széles körben vizsgálták daganatos megbetegedéssel diagnosztizáltak csoportjain belül is. Kimutatták, hogy a résztvevők fizikai funkciója mellett az ételélgedettség nő és a depresszió szintje csökken (Kaltsatou et al., 2010; Selman et al., 2012). A test élvezetének, a szabad mozgás örömeinek és az érzelmek kifejezésének köszönhetően a boldogságérzet nő, a stressz szintje csökken és az énképben pozitív változás áll be (Ho, 2005). Mérhető, hogy nem csak a stressz és depresszió szubjektív élménye, hanem a stresszel kapcsolatos hormonok mértéke is csökken tánc hatására (Serlin et al., 2000). A táncterápia eredményeképpen nő a remény, az életerő, és a csoportos foglalkozás miatt nő a társas támogatottság is (Bojner-Horwitz et al., 2003).

A **hastánc** az egyik legősibb táncforma – ősi, mely évezredekkel ezelőtt az anyaság és a termékenység tiszteletére végzett szertartások része volt és egyben felkészítette a

női testet a szülés folyamatára. A tánc a test különböző részeinek izolációjára összpontosít, függetlenített mozdulatok sorára épül. Egy szabad önkifejezési mód, melynek a női szépséget hangsúlyozó mozdulatai vannak. A tánc érzelmekkel van teli, rögtönzésen alapul, általa szabadjára engedhetjük érzelmeinket, érzéseinket, kifejezhetjük pillanatnyi hangulatunkat. A színes ruhák és kiegészítők fokozzák a női identitást. Ezen túl olyan pozitív hatásokkal rendelkezik, mint a nőiség érzésének erősítése, a belső spiritualitás újbóli felfedezése, a test megerősítése és a stressz csökkentése. Kutatások alapján sokféle (szórakoztatás céljából végzett) tánc a nem egészséges – hanem a média által reprezentált – testképet erősíti, ezzel szemben a hastánc széleskörűen befogadó, a természetes testalkatot hangsúlyozza, nem gyakorol konformista nyomást (Downey et al., 2010). Ez különösen fontos, hiszen a mai nők ellentmondásos és negatív érzéseket élnek meg saját és más nők testével kapcsolatban. A belső konfliktus oka az a női ideálkép, amit a reklámokban látnak, amelynek hatására fragmentált lesz a testképük. A hastánc ezzel szemben test elfogadásán keresztül fokozhatja az énértékelést és a magabiztosságot (Giovale, 2006). Hatásai között emellett felsorolhatjuk az életminőség, életelégedettség, valamint az izmok, karmozgás és testézés javulását (Abrão et al., 2005; McAgon, 2003).

A **Százszorszép Hastánc Klub** egyéni kezdeményezéssel jött létre 2005. március 8-án. Kezdeti célja a daganatos nőbetegek testi és lelki rehabilitációja volt, mely rövid időn belül kiegészült az egészségügyi dolgozók kiegészítő prevenciójával is. Így a klubhoz tartoznak főnövérek, ápolónők, asszisztensek, pszichológusok, és gyógytornász is, akik nem csak a saját rekreációjuk miatt látogatják a foglalkozásokat, hanem szakmai tudásukkal is segítik a csoportot, ezzel emelik a klub presztízsét, valamint egy biztonságos szakmai hátteret nyújtanak a klub működéséhez. A hölgyek életkora 25-74 év közötti. A klub működésének és munkájának hatékonyságát nemzetközileg validált, valamint ezt kiegészítendő saját szerkesztésű kérdőívekkel vizsgáltuk. A tudományos kutatási eredmények igazolni engedik hipo-

tézisünket, miszerint a vizsgált paraméterekben pozitív szignifikáns változások álltak be a páciensek életében (Szalai et al., 2011; Szirmai et al., 2013). A klub jellegénél fogva a világon egyedülálló az onkológiai rehabilitáció területén (nem olvasható a nemzetközi szakirodalomban hasonló sem), ezért feltételezzük, hogy egy „keleti tradicionális hungarikumot” hoztunk létre. Munkánkat igazolja az is, hogy a megalakulásunk óta ez a rehabilitációs munka egyfajta módszerre nőtte ki magát, amelyet onkológusok, pszichológusok és ápolók ajánlanak pácienseiknek.

Munkamódszer, szakmai háttér

A **foglalkozások** heti egyszeri rendszerességgel történnek meg, 1,5 óra aktív mozgás, majd utána kb. 2 óra beszélgetés. Ezek a foglalkozások technikai téren tervezettek, de befolyásolhatja alakulásukat a csoport spontaneitása. Az óra előtti félórás gyülekezés jó lehetőséget nyújt a különböző megbeszélést igénylő témák megalapozásában, amelyet az óra után folytatunk. Általában ilyenkor beszéljük meg az elmúlt hét „nagy történéseit”.

Havonta egyszer **vendégeket** fogadunk, akik különböző érdekes és értékes előadást tartanak. Ezek az előadások az élet bármely területét érintik, de középpontjukban a „nő” áll. Számos szakmai előadónk volt (onkológus, plasztikai sebész, bőrgyógyász, kozmetikus, fogorvos...), valamint több életmóddal kapcsolatos előadást hallgattunk meg (sminktanácsadás, táplálkozási tanácsadás, fehérnemű bemutató...). Ezek az előadások hatékonyak az életminőség javításában, az egészségfejlesztésben, az életmódváltásban; és segítséget jelenthetnek egy új magatartásforma kialakításában. De hívtunk már olyan művészt is pusztán a saját szórakoztatásunkra, aki személyével emelte a keddi délutánunk fényét (Fábry Sándor).

Az óra elejét 20 perc **bemelegítéssel** kezdjük, melynek célja, hogy felkészítse a szervezetet a fizikai igénybevételre. Ilyenkor megmozgatjuk minden „porcikánkat”, nem kímélve a belső és intim izmokat sem. A bemelegítő mozdulatokat lágy karmozdulatokkal

kezdjük, majd következnek a váll, mell, has, csípő és alsó végtagi mozgáselemek. A gyakorlatok felépítését úgy alakítottuk ki, hogy a kezdeti lágy és könnyű mozdulatok, aktív és részlegesen megerőltető mozdulatokba menjenek át. Így fejlesztjük a fizikai állóképességet is. Nagy hangsúlyt fektetünk a tartásjavító- és a lymphoedema megelőző gyakorlatokra. Az intim izmok fejlesztése nem csak rehabilitációként, hanem megelőzés-ként is fontos.

A mozgásokat és a táncot tükör előtt végezzük, mert a tükör önmagunk kontrollálásának az eszköze. Így nem csak érezhető, hanem láthatóvá is válik, hogy melyik mozdulat okoz nehézséget. A tükör segít abban, hogy felső végtagok mozgásai szimmetrikusabbak és harmonikusabbak lehessenek, ezáltal a tartás is optimalizálódjon. A bemelegítés során emelkedik a testhőmérséklet, lazulnak az izmok, az ízületek hajlékonyabbá válnak, fokozódik a vérkeringés, nő a pulzusszám.

A bemelegítés eszközkészlete:

- ⇒ a pulzus emelkedésének legfőbb módja a kar minél több elevációs elmozdulása, légző gyakorlatokkal kombinálva;
- ⇒ a felső végtag ízületeinek lazulását és az izmok keringésének fokozását az ízületek egymást követő lassú, összehangolt elmozdulásaival érjük el;
- ⇒ a gerinc elongációjával a hátizmaink előnyújtott állapotba kerülnek;
- ⇒ testtartásért felelős izmok is működésbe lépnek;
- ⇒ a medence- és csípő alapmozdulatainak gyakoroltatásával fokozódik a kismedence vérellátása, lazul a lumbális gerinc és a csípőízület;
- ⇒ egyre dinamikusabb és komplexebb mozgásokkal haladunk a bemelegítés vége felé;
- ⇒ a tánc elmozdulással járó elemei (lépések) megkívánják a test valamennyi ízületének és izmának komplex, összehangolt együttmozgását, az élettani hatások így még intenzívebbek lesznek.

A szimmetrikus karmozgások facilitálják a törzs izmainak kontrakcióját, elősegítve gerincünk fiziológiás tartásának elérését. A teljes mozgáspályán történő flexió és abdukció segíti a paravertebrális izomzat nyújtását és az egész gerinc elongációját. A vállöv rotá-

ciós elmozdulásai és a nyaki gerincszakasz szelektív gyakorlatai lazítják a feszes m. trapezius felső részét. A vállöv szimmetrikus retrakciós irányú elmozdulásai segítik a lapockazáró izomzat (m. trapezius középső rostjai és mm. rhomboidei) aktivitását, miközben a ventrálisan elhelyezkedő m. pectoralis maior és m. biceps brachii rostjai izotóniás excentrikusan nyúlnak.

A mozgás beszűkülését az esetlegesen letapadt műtéti heg is okozhatja. A kitartó és megfelelő odafigyeléssel végzett vállövi mozdulatok során lazul, kontrolláltan nyúlik a heges szövet. A műtött emlő oldali törzsizomzat szelektív lazítása, nyújtása elengedhetetlenül fontos. Az érintett kar abdukciós elmozdulása maga után vonja az azonos oldali törzsizomzat elongációját, korrigálva ezzel a háti gerinc enyhe fokú aszimmetrikus tartását.

Vállövi izom „dysbalance”: a m. infraspinatus-, m. teres minor és maior, a m. deltoideus hátsó része, a m. trapezius középső része, valamint a mm. rhomboidei erejének csökkenése tapasztalható azoknál az embereknél, akiknek a tartása nem megfelelő (hanyag tartás). Orientális tánc során a vállövi retrakciós, illetve a felső végtagok elevációs és horizontális abdukciós irányú elmozdulásai fokozzák a szóban forgó gyengült izmok erejét, miközben a rövidült antagonista m. biceps brachii és a m. pectoralis maior sternalis rostjainak következményes nyújtása is lehetővé válik. Az emlőműtétek után tipikus védekező testtartás alakul ki: a vállöv elevációs- protrakciós helyzetben, a vállízület addukciós-berotációs helyzetben van. Mindez maga után vonja a háti gerincszakasz aszimmetrikus tartását, a nyaki-, vállövi izmok kötöttségét, fokozott tónusát. A sebfájdalom és a védekező testtartás az érintett oldali vállízület mozgásaiban beszűkülését okozza, valamint a légző mozgások is korlátozottá válnak. A csökkenő élettani izompumpa-hatás tovább fokozza az oedema kialakulásának esélyét.

A mellkas emelésekor az egész ventrális törzsizomzat nyúlik, ezzel egyidejűleg a dorzális izomzat aktivizálódik, a vállöv retrakciós, a vállízület kirotációs helyzetbe kerül. Az elevációhoz kapcsolódó légző gyakorlatok fokozzák a tüdő kapacitását és növelik

a légzésben részt vevő izmok erejét. A lazítás ritmusával történik a kilégzés.

A terhelés fokozásával a vázizmokon áthaladó vér mennyisége egyre nő, akár húszszorosára is fokozódhat. A coronaria-keringés is 3–4-szeresére emelkedik. Az intenzívebb izommunka során a bőr kezdetben fokozódó keringése csökkenni kezd, a szervezet elvonja a vért tőle. A hasi szervekben is csökken a vérellátás, a vesében fokozódó vazokonstriktió megemeli a vérnyomást. A szisztolés vérnyomás egyenes arányban nő a fizikai terheléssel, majd rövid idő alatt beáll egy állandósult szintre. A diasztolés vérnyomás is kis mértékben nő. A felső végtag mozgása jobban megemeli a szisztolés vérnyomást. A verőterefogat a mozgás intenzitását követve fokozódik, majd beáll egy állandósult szintre. A perctérfogat is ugyanilyen arányban nő, elérheti a 20–40 l/percet. Intenzív testmozgás során javul a vénás visszaáramlás, mely maga után vonja a szív perctérfogatának emelkedését. A vénás keringést részben a fokozott légzésből adódó mellkasi nyomáskülönbség segíti, mely szívóhatást gyakorol a nagy vénákra. Másrészt a ritmikusan összehúzódó és ellazuló izmok a periférián pumpahatást fejtenek ki az erekre.

A fizikai terhelés intenzitásának megfelelően emelkedik a percventilláció is. A légző izmok mellett a nagy légzési segédizmok is bekapcsolódnak a légzésbe. Kilégzéskor az összes hasizom dolgozik, ez a szervezet számára plusz energiaráfordítást jelent. A megnövekedett szén-dioxid tartalom és a vér hőmérsékletének emelkedése további működésre készíti a légzési és keringési központot. A verejtékmirigyek működése intenzívebb lesz. A tartásjavító mozdulatokat célszerű légző gyakorlatokkal is összekötni a tüdő kapacitásának növelése érdekében.

A terhelés hatása az izomrendszerre:

- ⇒ izom hypertrophia - az izom keresztmetszetének növekedése (az adott keresztmetszet az áthaladó rostok számától és a nem kontraktilis elemek arányától is függ),
- ⇒ myofibrillum-ok száma nő,
- ⇒ nő a kapillárisok száma,
- ⇒ anyagszere kapacitás nő,
- ⇒ kontrakciós idő változik,
- ⇒ csökken a fáradékonyság,

- ⇒ több motoros egység kapcsolódik be a munkába,
- ⇒ a mozgatóegységeken végigfutó ingerületek száma nő (leadási frekvencia),
- ⇒ könnyű izommunkában a mennyiségi szummáció, az intenzitás emelésével a leadási frekvencia növekedése érvényesül,
- ⇒ nőnek az izom kreatinin, CrP, ATP és glikogén raktárai,
- ⇒ nő a glikolitikus enzimaktivitás,
- ⇒ nő a sarcoplasmas reticulum nagysága,
- ⇒ izomrost átalakulás nem jellemző.

A működő izom magas vérátáramlását biztosító tényezők a szimpatikus vazodilatátor rendszer, a pO₂ csökkenés, a szöveti pCO₂ emelkedés, a vazodilatátor metabolitok felhalmozódása, a növekvő hőmérséklet. Az arteriolák és praecapillaris sphincter-ek 10–100-szorosára emelik a nyitott kapillárisok számát. A vér és az aktív sejtek közti diffúziós távolság nagymértékben csökken. A nyirokáramlás fokozódik. Összességében elmondható, hogy a tánc az aerob jellegű testmozgás körébe tartozik, hiszen fokozza a szervezet oxigén-felhasználását.

A mozgás mechanikus ingerként hat a csontra, a megfelelő intenzitású terhelés segíti a csontképződést. Csak ott képződik csontszövet, ahol mechanikai inger éri a csontot, az izmok eredésénél a mikrocirkuláció helyileg fokozódik, csontjaink különösen axiális irányú terhelés révén erősödnek. A rendszeres fizikai igénybevétel nemcsak a prevencióban, hanem a már kialakult csonttritkulás kezelésében is fontos szerepet játszik. A csípőtájéki izmainak megerősítésével, a m. gluteus medius célzott edzésével hatást gyakorolhatunk a kritikus combnyak csontsűrűségének növekedésére is. A tartáskorrekció, a törzsizomzat erősítése, az általános mozgáskészség fokozása, a fizikai állóképesség javítása, a koordináció- és egyensúly fejlesztése mind a csonttritkulás megelőző, illetve szekerprevenációs feladatkörbe tartoznak. Ezt a szerepet a tánc maradéktalanul betölti.

Medenceövi izom „dysbalance”: a m. rectus femoris, a m. iliopsoas, a m. tensor fasciae latae zsugorodásra hajlamos izmok, zsugorodásuk révén a medence fokozott előre billenését, a lumbális lordózis fokozódását okozzák, maga után vonva a lumbális izomzat hiperaktivitását, fájdalmát. Mindebből

következik az antagonista has izomzat és a gluteális izomzat gyengülése, túlnyúlása. Az orientális táncban alapvető mozdulat, a medence hátrabillentése (vagyis a lumbális lordózis csökkenése és a csípőízület extenziója) és az ebben a helyzetben végzett mozdulatok, valamint a csípőtájéki változatos, minden irányú elmozdulása lehetővé teszi a rövidült m. iliopsoas, m. rectus femoris és a lumbális extenzorok lazulását, nyúlását, miközben a hasizomzat a farizomzattal szinergizmusban erősödik.

A hastánc egy kiváló lehetőség a törzs izmainak megerősítésére. Ahhoz, hogy a felső végtagjainkat függetleníteni tudjuk a törzsünkötől, azaz izoláltan mozgassuk őket, a gerincünk szolgál stabil alapul. A törzs izmai akkor is dolgoznak, ha felső végtagi mozdulatok során a gerincünk látszólag mozdulatlan (törzs extenzorok intermittáló feszülése révén). A törzsről eredő, de a vállat elmozdító izmaink szinergizmusban segíthetik és facilitálhatják a közvetlenül gerincünket mozgó izmok tömegét. Tánc során a gerinc harmonikus és koordinált mozgásával követi a felső végtagok, illetve a medence-csípő elmozdulásait, miközben stabil alapot biztosít a mozgásban lévő test számára. A törzsünkön található izmok a légzésben is részt vehetnek, mint légző izmok. A légző izmok a rendszeres testmozgás során erősödnek. Mindebből következik, hogy gerincünk izomzata a tánc során mindvégig fontos szerepet tölt be, dinamikus stabilitást teremt a legbonyolultabbnak tűnő mozgások kivitelezésében is, miközben megadja az ehhez szükséges mobilitást.

A koordináció olyan összehangoltság, mely részben automatikus, részben finoman összerendezett mozgások eredménye. A koordinált mozgásnak plasztikai, ritmikai és dinamikai jellemzői vannak. A neuromuscularis rendszer és a környezet kölcsönhatásán alapul. A reflexmechanizmusokon alapuló mozgásokra épülnek a finoman megtervezett mozdulatok, melyek piramispályához kötöttek. A mozgás sima lefolyását a kisagy korrekciója biztosítja. A koordináció fejlesztésével kialakul az emberben a mozgásérzés, azaz a kinesztézia. A cél tehát a tudatosítás. A testtudatosításban, azaz a **koordináció fejlesztésében** az aláb-

biak játszanak szerepet a tánc eszköztársaságából:

- ⇒ a végtagok és a gerinc különböző szakaszainak izolált elmozdulásai,
- ⇒ a végtagok szimmetrikus és aszimmetrikus mozdulatai,
- ⇒ összetett elmozdulások statikus helyzetekben,
- ⇒ elmozdulással járó komplex gyakorlatok,
- ⇒ átvezetések,
- ⇒ a mozgások facilitációja a keleti zene lágy-ságának és dinamizmusának segítségével.

Az eszközök, mint a fátoly, bot, kard, gyertya módosítják a mozgások térbeli hatását, átvezetést képeznek a mozdulatokhoz, közvetítenek a külvilág felé. Színesítik a mozdulatokat, miközben a dinamikához, ritmushoz is segítséget nyújtanak. Az orientális tánc mozdulatrendszere magában foglalja az **egyensúlyozó képesség fejlesztésének** számos lehetőségét. Ezek a következők:

- ⇒ vertikális helyzetből a gerinc oldalirányú hajlásai az azonos oldali kar vezetésével,
- ⇒ egy helyben történő, dominánsan medence és csípő elmozdulások, melyek során a testsúly ciklikusan áthelyeződik egyik lábról a másikra,
- ⇒ azok a gyakorlatok, ahol a testünk súlyát csak az egyik végtag tartja (stabilitást biztosít), miközben a másik végtag csak érintkezik a talajjal, de nem tölt be teherviselő funkciót,
- ⇒ lépések,
- ⇒ egy helyben történő forgások,
- ⇒ lépéselemekkel egybekötött forgások.

Az orientális tánc mozdulatainak nagy része megkívánja a lábujjhegyen állást. Ez az egy helyben történő mozdulatok és a dinamikus, haladó mozdulatok esetében is igaz. Lábujjhegyen állva nehezebb az egyensúlyi helyzetet megtartani, hiszen csökken a test alátámasztási felülete. Ezekhez a gyakorlatokhoz gyakran a kar elevációját kapcsoljuk.

Alapvetően fontos, hogy az ember ráhangolódjon a gátizmokkal való foglalkozásra, hiszen ezeknek a rejtett fekvésű izmoknak a működtetése megkívánja az odafigyelést, koncentrációt. Tánc esetén a dinamikus és alapos bemelegítés után, a táncóra fő részébe iktatva érdemes foglalkozni a gátizmok megéreztetésével és erősítésével. A kismeden-

ce vérellátását a lumbális gerinc-, medence-, csípő izomzatának izotóniás koncentrikus működései fokozzák. A gátizomzat egészének megfeszítésére a legoptimálisabb helyzet a medence teljes hátrabillentése – ilyenkor a gátizomzat szinergistái a has, illetve a farizmok. Ebben a helyzetben reflexszerűen összehúzódnak a medencefenék izmai, ilyenkor a legkifejezettebb a felfelé húzó hatás. A légzés ritmusával összehangolva még hatékonyabban izomműködés érhető el – a belégzéssel összekötött kontrakció fokozza az intraabdominális nyomást. A kilégzés a laztáshoz hangolódik. Célszerű a végbélzáró izmok megfeszítésével kezdeni a gátizom erősítését, hiszen ezek nagy tömegű és általában jobb állapotban lévő izmok. Ezt követik a hüvely és a húgycső körüli izomgyűrű feszítései. A szelektív izomműködés lényege a végbél körüli, a hüvely körüli izomgyűrű külön működtetése. Szelektív izomműködés az is, amikor az egész gát megfeszül a medence többi izmához képest. A gátizom erősítésének hatékony módja a maximális kontrakcióhoz vezető út szakaszokra bontása, kis megszakításokkal. A visszafelé út is apró megszakításokkal történik. Az érintett izomzat erősödésével a statikus testhelyzetből fokozatosan egyre több dinamikus, lépelemeket is magába foglaló mozgulatot iktathatunk be a tánc mozgulatkészletébe. A gátizomzat tudatos megfeszítésére a tánc összes csípőt érintő álló és elmozdulásos eleménél lehetőség nyílik. Erős izomzattal a medencefenék képes lesz betölteni a fiziológias feladatát, azaz a záró- és alátámasztó funkcióját.

A fizikai mozgás csökkentheti a fáradtságot és megelőzheti az inaktivitásból, haszontalanságból fakadó problémákat is. A tánc egy olyan célzottan a testre és a lélekre pozitívan ható aerob mozgásforma, mellyel egészségmegőrző és gyógyító-, helyreállító hatást gyakorolhatunk a szervezetünkre és az egyes szervek működésére egyaránt. Legnagyobb előnye a változatosság. Nincs edzésjellege, mégis ugyanazokat az előnyöket kínálja, mint a többi mozgásforma. A hastánc mozgulatok szépek és kecsesek, ugyanakkor nagyon megerőltetőek lehetnek. Kimondottan veszélyesek lehetnek bizonyos mozgulatok a különböző műtéti beavatkozások után. Ezért

személyre szabottan kell figyelni a mozgulatok koordinálásánál.

A bemelegítést a táncmozdulatok, **koreográfiák** tanulása követi. A kombinációk sikeres elsajátítása mindenki számára pozitív élményt ad. A hangsúlyosan női mozgulatok gyakoroltatásával erősödik a személyekben az „én” és a „nő” érzése. A kivitelezés során nem a tökéletes technikára helyezük a hangsúlyt, hanem a tökéletesség megtapasztalására. A közös koreográfiás táncok egyéssé tesznek bennünket, erősítik a közös élmény megélését, sokat segítenek az egyén pozitív „én” fejlődésében is.

Az órát mindig az úgynevezett **szabadtánc**cal fejezzük be. Ilyenkor mindenki szabadon táncolhat érzéseinek megfelelően. Ha lehetőségünk van rá, akkor a világítást is halványra kapcsoljuk, hogy átadhassuk magunkat a zenének, az érzéseinknek, és a testünknek. Kizárjuk a problémákat, a külvilágot, csak az „én” létezik. Sok esetben történik meg, hogy valaki valamilyen vizsgálat, vagy orvosi beavatkozás miatt nem tud eljönni a foglalkozásra. Ez nem csak neki okoz feszültséget, hanem a közösség összes tagjának, mivel ilyenkor mindenki a saját szorongását is megéli. Ilyenkor **„dobunk egy táncot”** a távollévőnek. Ez a pár perc sokszor érzelmileg nagyon megindító, és erősen érezhető a csoportösszetartás.

Az aktív mozgással eltöltött másfél óra után nem szabadunk haza, hanem „világmegváltó” **beszélgetéssel zárjuk** a keddi napunkat. A beszélgetések fő témája spontán alakul ki, legtöbbször a mindennapi női élettel kapcsolatosak, és jó kedélyűek. Előfordul, hogy valaki problémáját akarjuk megoldani közösen és az is, hogy együtt sírunk. Sokat beszélünk az öltözködésről, ruhákról, sminkekről, ékszerekről, női szerepekről, intim titkokról, „illő és nem illő dolgokról”, nincs tabu, nincs titok.

Az óra végére érvényesülnek a **hastánc lélekre gyakorolt hatásai**:

- ⇒ „Boldogság hormonokat” szabadít fel;
- ⇒ segíti elfogadni a testünket olyannak, amilyen;
- ⇒ felerősíti a női vonzerőt, és az önbecsülést;
- ⇒ magabiztosságot ad;
- ⇒ segít az önismeretben, a gátlások leküzdésében;

⇒ a zene ellazít, stresszmentessé tesz;
 ⇒ megszépít.

Módszertani megbeszélés

A daganatos megbetegedések megelőzése és kezelése mellett a hosszú távú rehabilitációs módszerek kutatása a népesség nagy részét érintő kérdéskör, mellyel a tudományos világnak aktívan foglalkoznia kell. A daganatos megbetegedés diagnózisa az életminőség romlását és a társas élet radikális megváltozását vonhatja maga után – általában a megélt támogatás hiánya és az izoláció irányába. A társak eltávolodása vagy hiánya pedig tovább fokozza a depresszív tüneteket. A kreatív rehabilitációs programok bizonyítottan pozitív hatással lehetnek a páciensek lelki jóllétére, növelhetik az életminőséget, csökkenthetik a depressziót és szorongást, segíthetik a megküzdést. A mozgásos intervenciók egy speciális formája a táncterápia, melynek céljai inkább a művészetterápiákkal állíthatók párhuzamba, mint a fizioterápiás programokkal. Hastánc csoportunk azonban a kettő ötvöztetését célozza meg, mégpedig művészetterápiás munka folyik fokozott fizikai aktivitás keretei között. Egy hastánc-rehabilitációs program sok tekintetben rokon a különböző művészetterápiákkal. A megvalósítás külső kellékei, az autentikus zene, valamint a tánc improvizációs jellege lehetőséget adnak az ilyen jellegű terápiák hatásainak kibontakozására. A csoport társas támogató jellege pozitív hatást gyakorol a csoporttagok által megélt társas támogatásra. A csoporttagok egymás számára nyújtott

segítsége nagyon sokrétű. Mivel hasonló sorsú betegtársakkal vannak körülveve, ezért az információs támogatás megbízható; a praktikus támogatás (amely akár a betegségre, akár a mindennapi életre vonatkozik), hiteles és megvalósítható; az elszigetelődés és tabu-képzés helyett megértésre és aktív figyelemre számíthatnak, valamint a csoport minden tagja élő pozitív példaképként szolgál.

A pszichoszociális hatásokon túl élvezzük a fizikai aktivitás előnyeit is. A táncoló nők többsége perimenopausalis korban van, rendszeres táncal lehetőségek nyílnak kardio-pulmonális állóképességük javítására és a csontrendszerük erősítésére egyaránt. A zenére történő mozgás során felszabaduló endorfin örömet és optimizmust közvetít. A tánc segít a fogyásban – a testsúly csökkenésével az alsó végtag ízületeire ható terhelés csökken, ez pedig az ízületvédelem alapvető pillére. Az orientális tánc mozdulatkészletéből a felső végtagi elmozdulások fontos szerepet játszanak a műtét oldali kar mozgásszabadságának növelésében, keringésének- és nyirokkeringésének fokozásában, izomzatának erősítésében. A gyakorlatokhoz kötött mély légvételek „szívó” hatást gyakorolnak a perifériás vénás és nyirokkeringésre. A hastánc során a kar elevációs elmozdulásai önmagukban is fokozzák a vérkeringést, azonban ha ezen elmozdulások a csukló és a kéz aktív, dominánsan forgó mozgásaival társulnak, így intenzívebb lesz a hatás. A keringés javításának további lehetősége a vállízület ki- és be rotációval kombinált elevációja, mely szintén jellemző az orientális tánc mozgáskészletére.

Irodalomjegyzék

1. Abrão, AC., Pedrão, L.J. (2005). The contribution of bellydanceto body education, physical and mentalhealth of womenwho go theygymordance. *RevistaLatino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 243-248. doi:10.1590/S0104-11692005000200017
2. Bojner-Horwitz, E., Theorell, T., Maria, AU. (2003). Dance/movement therapy and changes in stress related hormones: A study of fibromyalgia patients with video-interpretation. *The Artsin Psychotherapy*, 30(5), 255-264. doi:10.1016/j.aip.2003.07.001
3. Brummett, BH., Mark, DB., Siegler, IC., Williams, RB., Babyak, MA., Clapp-Channing, NE., Barefoot, JC. (2005). Perceived social supports as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behaviour, and depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 40-45. doi:10.1097/01.psy.0000149257.74854.b7
4. Chen, X., Zheng, Y., Zheng, W., Gu, K., Chen, Z., Lu, W., Shu, X. (2009). The Effect of Regular Exerciseon Quality of Life Among Breast Cancer Survivors. *American Journal Of Epidemiology*, 170(7), 854-862. doi:10.1093/aje/kwp209
5. De Backer, IC., Schep, G., Backx, FJ., Vreugdenhil, G., Kuipers, H. (2009). Resistancetrainingin cancer survivors: A systematicreview. *International Journal of SportsMedicine*, 30(10), 703-712. doi: 10.1055/s-0029-1225330
6. Den Oudsten, BL., Van Heck, GL., Van der Steeg, AF., Roukema, JA., De Vries, J. (2010). Personality predicts perceived availability of social support and satisfaction with social supportin women with early stage breast cancer. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive CareIn Cancer*, 18(4), 499-508. doi:10.1007/s00520-009-0714-3
7. Downey, DJ., Reel, JJ., SooHoo, S. (2010) Body image inbellydance: integrating alternative norms in to collective identity. *Journal of Gender Studies*, 19(4), 377-393. doi:10.1080/09589236.2010.514209
8. Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research. *Clinical PsychologyReview*, 24, 315-338. doi:10.1016/j.cpr.2004.01.002
9. Giovale, H. (2006). Under graduate women, bellydance, and body image: personal narrative and qualitative analysis. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Liberal Studies Northern Arizona University
10. Ivanauskiene, R., Kregzdyte, R., Padaiga, Z. (2010) Evaluation of health-related quality of life inpatients with breastcancer. *Medicina*, 46(5), 351-359.
11. Józán, P. (2002) A halandóság alapirányzata a 20. században és az ezredforduló halálozási viszonyai Magyarországon. *Magyar Tudomány*, 4, 419-439.
12. Kaltsatou, A., Mameletzi, D., Douka, S. (2011) Physical and psychological benefits of a 24-week traditionaldance program inbreastcancer survivors. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 15(2), 162-167. doi:10.1016/j.jbmt.2010.03.002
13. Liu, Y., Pérez, M., Schootman, M., Aft, RL., Gillanders, WE., Ellis, MJ., Jeffe, DB. (2010). A longitudinal study of factors associated with perceive drisk of recurrence in women with ductal carcinomain situ and early-stageinvasive breastcancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 124(3), 835. doi:10.1007/s10549-010-0912-1
14. McAghon, M. (2003). BellyDancing. *Prevention*, 55(11), 88.
15. Ottó, Sz., Kásler, M. (2002). Rákmortalitás és incidencia hazánkban az európai adatok tükrében. *Magyar Onkológia*, 46(2), 111-117.
16. Ho, R. TH. (2005). Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *The Artsin Psychotherapy*, 32, 337-345. doi:10.1016/j.aip.2005.04.005
17. Sandel, SL., Judge, JO., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., Majczak, M. (2005). Dance and Movement Program Improves Quality-of-Life Measuresin Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 28(4), 301-309.
18. Selman, LE., Williams, J., Simms, V. (2012). A mixed-methods evaluation of complementary therapy services in palliative care: yoga and dancetherapy. *European Journal of CancerCare*, 21(1), 87-97. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01285.x
19. Serlin, IA., Classen, C., Frances, B., Angell, K. (2000). Symposium: Support groups for women with breastcancer: Traditional and alternative expressive approaches. *The Arts in Psychotherapy*, 27(2), 123-138. doi:10.1016/S0197-4556(99)00035-0
20. Snyder, KA., Pearse, W. (2010) Crisis, social support, and the family response: exploring the narratives of young breast cancer survivors. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 28(4), 413-431. doi:10.1080/07347332.2010.484830
21. Svensk, AC., Öster, I., Thyme, KE., Magnusson, E., Sjödin, M., Eisemann, M., ... Lindh, J. (2009) Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breastcancer: a randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*. 18(1), 69-77. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.00952.x
22. Szalai, M., Németh, K., Szirmai, A., Kriszbacher, I. (2011). Hastánc, mint mozgásterápia a daganatos betegségekben szenvedő nőbetegek rehabilitációjában. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 49(3), 30-35.
23. Szirmai, A., Szalai, M., Bódis, J. (2013) Egy onkológiai rehabilitációs hastánc csoport társas támogató hatásának kvalitatív elemzése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 51(2) 39-46.

Foglalkozás-egészségügyi ápolás Hollandiában: beszámoló tanulmányútról

Hirdi Henriett Éva

Összefoglalás

A szerző 2012 októberében 4 napot tölthetett Hollandiában szakmai tanulmányúton, a holland foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzési, továbbképzési rendszerének és feladatainak megismerése céljából. A tanulmányút megvalósulását a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége (FOHNEU) támogatta. A tanulmányút rövidsége ellenére a Hollandiában tapasztaltak mély benyomást keltettek a szerzőben.

Kulcsszavak: foglalkozás-egészségügyi szakápolás, ápolóképzés, Hollandia

Occupational Health Nursing in the Netherlands: Study Trip Review
Henriett Éva HIRDI

Summary

In October 2012 the author had the opportunity to spend 4 days in the Netherlands on a study trip. The purpose of the trip was to exchange information about the nursing education facilities and the tasks of Occupational Health Nurses in the Netherlands. The study tour supported by the Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. Although the length of the trip was relatively short, the impact and exposure it brought to the author was definitely enormous.

Keywords: Occupational Health Nursing, nursing training, the Netherlands

Érkezett: 2013. május 10. Elfogadva: 2013. szeptember 2.

Bevezetés

Számos nemzetközi szervezet, többek közt a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO), az Egészségügyi Világszervezet (WHO), a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége (FOHNEU), az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Bizottsága (WHO Regional Office for Europe) fogalmazott meg ajánlásokat, iránymutatásokat, követelményeket a foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzésre vonatkozóan. (FOHNEU 2002; WHO Regional Office for Europe 2003) Ennek ellenére több kutatás is bizonyítja, hogy napjainkban a foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzési rendszere nemcsak a világ egyes országaiban, de az Európai Unión belül is még mindig lénye-

gesen különbözik egymástól. A különböző kutatások eredményeit összevetve azonban megállapítható az is, hogy az évek folyamán lassú, fokozatos, előrelépés figyelhető meg mind a képzés szintjében, mind pedig a foglalkozás-egészségügyi szakápolók által végzett tevékenységek tekintetében. (Rossi, K. 1995; Téglásyné, B. M., Dr. Grónai É., 2004; Sourtzi P. 2008; Hirdi H., és mtsai., 2010.)

Ahhoz, hogy a fejlődéssel, a nemzetközi trendekkel lépést tudjunk tartani fontos, hogy időről-időre kitekintsünk a fejlettebb országok képzési gyakorlatára. 2012 októberében a Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége (FOHNEU) támogatásával lehetőségem nyílt 4 napot tölteni Hollandiában, ahol betekintést nyerhettem

HIRDI Henriett Éva EU-információs referens, Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetsége, EU országos alapellátásért felelős alelnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara PhD-hallgató, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest

Levelező szerző (correspondent): HIRDI Henriett Éva, elérhetőség: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, 1450 Budapest, Pf.: 214. e-mail: hirdi.henriett@gmail.com

a holland foglalkozás-egészségügyi szakápolók képzési, továbbképzési rendszerébe és mindennapi munkájába.

Foglalkozás-egészségügyi ápolás Hollandiában

A foglalkozás-egészségügyi ápolás története hosszú évtizedekre nyúlik vissza Hollandiában. A 18. században Angliából elindult ipari forradalom, a 19. század első felében érte el Európa nyugati országait, így Hollandiát is. A manufaktúrális termelés (háziipar) helyébe a gépesítések hatására a gyáripar lépett, a testi erőt kiszorították a gépek. A vállalatok, gyárak egyre nagyobbak lettek és a munkások egészségi ellátásának megoldása egyre fontosabbá vált.

A II. világháború alatt és azt követően már egyre több vállalat alkalmazott saját ápolót. Persze az ő munkaköri megnevezésük még nem ápoló, vagy foglalkozás-egészségügyi ápoló volt, hanem 'Verbandmeester' magyarul „közös gazda”. Őket tekintik az üzemi/foglalkozás-egészségügyi ápolók elődjének. (FOHNEU, 2013a)

A foglalkozás-egészségügyi ellátás területén alkalmazott 'Verbandmeester'-ek korán felismerték azt, hogy nagyobb esélyük van érdekeik érvényesítésére, ha nem egyénileg, hanem csoportosan lépnek fel. Ezért már – 67 évvel ezelőtt – 1946. március 16-án létrehozták saját érdekképviseleti szervezetüket a Holland Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Egyesületet (Beroepsorganisatie Arboverpleegkunde, BAV hollandul). Az Egyesület azóta is segíti a foglalkozás-egészségügyi ápolók érdekeinek feltárását, képviseletét nem csak hazai, hanem nemzetközi szinten is. A Holland Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Egyesület az egyik alapító tagja az 1993-ban alakult Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének (FOHNEU). (FOHNEU, 2013a)

A foglalkozás-egészségügyi ápolók létszáma az elmúlt évtizedben jelentősen lecsökkent Hollandiában a 2008-ban kirobbant gazdasági világválság következményeként. A válság kezdete óta eltelt öt év leforgása alatt több ezer munkahelyet számoltak fel, mely jelentős kihatással járt a foglalkozás-

egészségügyi szakápolói álláshelyek számára is. A FOHNEU 2005. évi felmérésében még kb. 1200 fős szakápolói létszámot publikáltak, a 2009. évi felmérés 1000 főről tesz említést, ami 16,7%-os létszámcsökkenést mutatott. A 2012. évi felmérés pedig már csak 400 főt határoz meg, ami 66,6%-os drasztikus csökkenést mutat a 2005. évi adathoz képest. (FOHNEU Education Group, 2012)

Foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés és továbbképzés

Hollandiában az első foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés 1984-ben indult. Jelenleg foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés kizárólag a felsőoktatási rendszerben megszerzett főiskolai szintű ápoló képzésre épülve szerezhető meg. Mind a főiskolai ápolói alapképzés, mind pedig a ráépülő szakirányú képzés tandíjköteles, azonban léteznek különböző ösztöndíjak és diákhiteltek, melyek enyhítik ezeket a költségeket. A Bachelor fokozat megszerzése 4 év (8 félév), ezt követően a foglalkozás-egészségügyi szakápoló képzés további 2 év (4 félév), egészidős képzési formában. A foglalkozás-egészségügyi szakápoló szakképzés megszerzésére jelenleg csak Rotterdamban van lehetőség az alacsony hallgatói létszám miatt. A foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés ugyanúgy, mint más országokban, elméleti, és gyakorlati képzést foglal magába. A hallgatók az iskolaidőn belül hetente kétszer gyakorlatra járnak. A kétéves képzés összkreditértéke 120 ECTS kredit. Főbb tárgyak: egészségfejlesztés-egészségnevelés, epidemiológia, munkahelyi kockázatértékelés, kutatásmódszertan, tanácsadás és kommunikációs készség, munka- és szervezetszociológia, jogi ismeretek, munkahelyi elsősegélynyújtás, menedzsment ismeretek, munkabiztonság, egészségi vizsgálatok és surveillance, stb. A szakterület jövőbeni célkitűzése egy egyetemi szintű foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzés elindítása – a FOHNEU kerettantervének alapulvételével – az Utrechti Egyetemen (Universiteit Utrecht hollandul), mely Hollandia egyik legrégebbi egyeteme. (FOHNEU Education Group, 2012)

A foglalkozás-egészségügyi szakápolóknak – tevékenységi körük szélesítése érdekében – lehetőségük van további egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéseken, ún. licenc képzéseken is részt venni, melyek vizsgával zárulnak és bizonyítványt adnak. Ezek a licencek a foglalkozás-egészségügyi szakápolót a szakképesítésére épülő újabb szakmai tevékenységek végzésére jogosítják fel. A foglalkozás-egészségügyi szakápolók körében az egyik legnépszerűbb a nemzetközi utazásokkal kapcsolatos oltások felírását és beadását, illetve az utazási tanácsadás végzésére jogosító licenc. E licenc birtokában a rendszeres külföldre utazással járó munkakörökben foglalkoztatottak számára a foglalkozás-egészségügyi szakápoló egyrészt egyénre szabott oltási tervet tud készíteni, az életkor, az egészségi állapot és a korábbi oltások, illetve az úti cél, az ott tartózkodás jellegének figyelembevételével, másrészt az utazással kapcsolatosan felmerülő speciális tanácsokat tud adni (pl. malária profilaxis, magasság változás, a vénás keringés védelme az utazás során, stb.).

Alap- és működési nyilvántartás

A Holland Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Egyesületet (BAV) volt az első szervezet Hollandiában, amely bevezette az önkéntes ápolói nyilvántartást a foglalkozás-egészségügyi szakápolók körében. A nyilvántartás létrehozásának célja egyrészt, hogy rendelkezésre álljanak olyan adatok, amelyek megbízhatóan mutatják a foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképzettséggel rendelkező ápolók megoszlását az országban, másrészt nyilvántartsa a továbbképzéseken rendszeresen résztvevő és így megfelelő elméleti ismeretekkel és gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező önálló munkavégzésre alkalmas szakápolókat. (FOHNEU, 2013b)

Jelenleg két fajta nyilvántartási rendszer van egy „A” és egy „B” típusú. Az „A” típusú regisztráció feltétele, hogy a jelentkező rendelkezzen államilag elismert ápolói alapvégzettséggel és BSc szintű foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettséggel. Emellett előírás legalább két év foglalkozás-egészség-

ügyi szakterületen szerzett szakmai gyakorlat megléte a regisztráció idején, továbbá minimum heti 16 órás munkaviszony foglalkozás-egészségügyi szakterületen. (Ezekről munkáltatói igazolás benyújtása szükséges.) Ez a nyilvántartás a hazánkban lévő működési nyilvántartásnak felel meg. Az „A” típusú nyilvántartásban regisztrált szakápoló igazolást kap, és jogosult viselni a regisztrált foglalkozás-egészségügyi szakápolói címet.

A „B” típusú regisztráció a hazánkban lévő alapnyilvántartási rendszerhez hasonló, vagyis ez utóbbi a foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartása, és a nyilvántartásba vételhez nem szükséges a gyakorlati idő és a munkaviszony igazolása.

Az „A” típusú, működési nyilvántartás megújításának feltétele az önként vállalt továbbképzési kötelezettség teljesítése. A továbbképzési időszak időtartama 5 év, mely alatt legalább 80 óra időtartamban kell a szakképesítésnek megfelelő elméleti továbbképzésen részt venni. Az elméleti képzés főbb témakörei a következők: munka- és egészségvédelem, munkahelyi kockázatértékelés, munkavállalói távollét menedzsment, betegút-koordináció, tanácsadói ismeretek, stb. Elméleti továbbképzésnek minősül természetesen a szakmai célú tanulmányút, és a szakterületen végzett tudományos tevékenység (előadás tartása, poszter prezentáció és folyóiratban történő publikálás) is. A továbbképzési időszak gyakorlati részének teljesítéséhez a szakápolónak legalább 4 évet kell, minimum heti 16 órában foglalkozás-egészségügyi szolgáltatónál a szakképesítése szerinti munkakörben eltöltenie. A első regisztráció és a megújítás díja is egységesen 150 Euro. (FOHNEU, 2013b)

A foglalkozás-egészségügyi szakápolók tevékenysége

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatók tevékenységeinek jogi keretei elsősorban a Holland Munkakörülményekről szóló 1999. évi XVIII. törvényben jelennek meg. E törvény a munkáltató kötelezettségévé teszi, hogy biztosítsa a foglalkozás-egészségügyi ellátást a munkavállalók számára vagy egy

foglalkozás-egészségügyi szolgálaton keresztül, vagy foglalkozás-egészségügyi szakorvoson keresztül. (EU-OSHA, 2013)

Az általam látogatott egészségügyi szolgáltatónál –, mely egy 500 fős vállalat munkavállalóinak ellátását szolgálta – azt a tájékoztatást adták, hogy általában a munkavállalói közösség szükségleteinek figyelembevételével kerülnek kialakításra a munkahelyen elérhető egészségügyi szolgáltatások. A multidiszciplináris team egyik kulcsszerep-

kavállalóknak csak bizonyos betegségeit kezelik és a nálunk klasszikusan orvosi kompetenciakörbe tartozó foglalkozás-egészségügyi tevékenységek nagy részét a foglalkozás-egészségügyi szakápoló önállóan végzte. Az általam megismert foglalkozás-egészségügyi szakápoló heti általános munkarendjét az **1. táblázat** foglalja össze. Emellett egyéb eseti jellegű, rendszertelenül jelentkező feladatokat is végzett, mint például: az elsősegélynyújtás, a munkahelyi elsősegély-

1. táblázat: Egy holland foglalkozás-egészségügyi szakápoló általános heti munkarendje

	délelőtt	délután
hétfő	előjegyzés alapján előzetes és időszakos alkalmassági vizsgálatok végzése, illetve akut betegellátás	egyéni vagy kiscsoportos egészségfejlesztés, egészségnevelés, tanácsadás
kedd	előjegyzés alapján előzetes és időszakos alkalmassági vizsgálatok végzése, illetve akut betegellátás	egyéni vagy kiscsoportos egészségfejlesztés, egészségnevelés, tanácsadás
szerda	munkavállalói távollét menedzsment, esetmenedzsment, illetve akut betegellátás	munkahelyi veszélyforrások feltárása érdekében helyszíni szemlék végzése
csütörtök	munkavállalói távollét menedzsment, esetmenedzsment, illetve akut betegellátás	krónikus betegség(ek)ben szenvedő munkavállalók gondozása
péntek	esetmegbeszélés a multidiszciplináris team tagjaival, konzultáció a humánerőforrás menedzserekkel és a termelés irányítókkal	----

lője a foglalkozás-egészségügyi szakápoló, de rajta kívül a teamben még számos szakember vesz (vehet) részt: adminisztrátor, ápoló, gyógytornász, szociális munkás, pszichológus, ergonómus, dietetikus, fizioterapeuta, optometrista, és természetesen a foglalkozás-egészségügyi szakorvos. Az előbb felsorolt szakemberek közül e szolgálatban csak a foglalkozás-egészségügyi szakápoló állt főállásban (heti 32 órában) alkalmazásban, a többi szakember rész munkaidőben (heti 2-8 órában) volt foglalkoztatott.

A teamben minden egyes szakember feladata, kompetenciája világosan meghatározott volt, a felelősség pedig megosztott. A csoport tagjai általában hetente ülésznek, hogy egyeztessék az egyes munkavállalók szükségleteit. A multidiszciplináris team ezen felül szorosan együttműködik a humánerőforrás menedzserekkel és a termelés irányítókkal is annak érdekében, hogy támogassák az alkalmazottakat az állásuk megtartásában, velük havonta legalább egyszer értekeznek.

Érdekes volt megtapasztalni, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok a mun-

nyújtók szakmai felkészítése, járványügyi feladatok végzése, védőoltások beadása, stb.

A foglalkozás-egészségügyi szakápoló tevékenységei közül a következő ötöt szeretném kicsit részletesebben ismertetni.

1. Előzetes és időszakos alkalmassági vizsgálat végzése

A szakápoló az adminisztrátor által vezetett előjegyzés alapján fogadja az előzetes és időszakos alkalmassági vizsgálatra érkező felvételre jelentkezőket, illetve munkavállalókat. (Az előjegyzési periódusban 30 perc jut 1 munkavállalóra.) A vizsgálat előtti napon a vizsgálatra érkező személynek egy online kérdőívet, egy ún. „Health and Wellness Questionnaire”-t kell kitölteni a családi, személyi és foglalkozási anamnézisére, illetve táplálkozási és életmódbeli szokásaira vonatkozóan. A számítógépes program jelzi a szakápoló számára a rizikótényezőket. Az egyéni rizikófaktorok alapján személyre szabott állapotfelmérés és vizsgálati csomag kerül összeállításra. A rizikófaktorok megbeszélése egy külön erre a célra kialakított – egyéni tanácsadáshoz megfelelő, nagyon kellemes atmoszférájú – helyiségben, négy-

szemközt zajlik. A fizikális vizsgálatok kiváló technikai feltételek mellett, de mégis kellemes, barátságos környezetben, több különböző helyiségben zajlanak. Rendelkezésre áll külön vérévételi helyiség, vizsgálószoba, EKG helyiség, öltöző, és a hallásvizsgálathoz egy speciális, erre a célra kialakított hangszigetelt vizsgálókabin. (1. ábra) A foglalkozás-egészségügyi szakápoló az alkalmassági véleményének kialakításához kiegészítő szakvizsgálatokat is igénybe vehet.

megjelenik-e a számára elrendelt szakorvosi vizsgálatokon és betartja-e az utasításokat.

3. Egészségnevelés-egészségfejlesztés

A foglalkozás-egészségügyi szakápoló rendszeresen egyéni, illetve kiscsoportos egészségnevelési és egészségfejlesztési feladatokat lát el. E feladatok hatékonyabb ellátása érdekében számos segédeszközt is alkalmaz munkája során. Ezek – a teljesség igénye nélküli felsorolásban – a következők: egészségnevelő folyóiratok, szemléltető

1 ábra: A foglalkozás-egészségügyi központ alaprajza (saját készítés)



2. Munkavállalói távollét menedzsment

A munkavállalói távollét menedzsment a foglalkozás-egészségügyi szakápoló másik kiemelt feladata, mivel a munkavállalók egy évig lehetnek betegállományban igen kedvező „táppénz” kondíciók mellett. A szellemi munkát végzők a betegszabadság első hónapjában, a fizikai munkát végzők betegszabadságuk első 14 napjában fizetésük 100%-át kapják. Az ezt követő időszakban a munkavállalóknak a normál fizetésük 90%-a jár. Ahhoz, hogy ezt a támogatását a munkavállaló megkapja a betegség kezdetének napján 10.00 óráig értesítenie kell munkáltatót. A foglalkozás-egészségügyi szakápoló 6 hétig veheti betegállományba a munkavállalót, ezt követően a szakorvos jogosult az alkalmazottat betegállományban tartani. A szakápoló a betegállomány ideje alatt folyamatos kapcsolatban van a megbetegedett munkavállalóval, figyelemmel kíséri, hogy a

eszközök (modellek), anatómiai mulászok, sebszimulációs készletek, faliképek, audio – és video anyagok, elektronikus információhordozók, filmek, és nyomtatott anyagok. Az egészségfejlesztés témakörei többek közt: személyes higiéné; daganatos megbetegedések megelőzése, szűrővizsgálatok népszerűsítése; szív- és érrendszeri megbetegedések megelőzése, életmód tanácsadás; dohányzás és alkohol-fogyasztás egészségkárosító hatásainak ismertetése; munkahelyi balesetmegelőzés; mentális egészség fejlesztése; egészséget veszélyeztető munkahelyi kockázatok felismerése, stb.

4. Krónikus betegek gondozása

A krónikus betegségben szenvedő munkavállalók ellátásában, gondozásában is egyre nagyobb szerepe van a foglalkozás-egészségügyi szakápolónak, hiszen alapfeladatai révén rendszeresen figyelemmel tudja kísérni az egyes munkavállalók egészségi állapo-

tának alakulását. Jogosultságai segítségével képes koordinálni az ellátási szintek közötti beutalásokat és a szakorvosi vizsgálatokat. A multidiszciplináris team tagjaival közösen segít megtalálni a munkavállalónak a szükséges egészségi és szociális ellátási formákat.

5. Esetmenedzsment

A foglalkozás-egészségügyi szakápoló legújabb feladatköre az esetmenedzsment (Case Management). Az esetmenedzsment folyamán – például egy munkabalesetet, vagy egy foglalkozással összefüggő megbetegedés után – a szakápoló a munkavállalóval együttműködve meghatározza a szükségleteit, az igényeit, személyre szabott cselekvési tervet készít, majd az egyénre szabott terv megvalósítását a prioritások alapján koordinálja, ellenőrzi a munkába történő visszaállítás elérése érdekében.

Javaslat

Mint fentebb ismertetésre került a holland foglalkozás-egészségügyi szakápolók a ma-

gasabb képzettségi szintjüknek köszönhetően, nagyobb önállóságot igénylő szakértői munkákat is végezhetnek. Természetesen a nagyobb önállóság nagyobb felelősséget is jelent. E feladatok elvégzéséhez tehát jól képzett, felkészült szakápolókra van szükség, akik képesek átlátni az egészségügyi ellátás valamennyi szintjét, és a foglalkozás-egészségügyi ellátás keretében a megelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs munkában önálló felelősséggel képesek részt venni.

Úgy gondolom, hogy alapvető társadalmi-gazdasági érdek, hogy a hazai jogi szabályozás újragondolásával – a képzési szint megemelésével, illetve az alapképesítésre ráépülő foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakképesítés meglétének előírásával – a foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók szerepe megerősödjön. A minőségi, hatékony foglalkozás-egészségügyi ellátás megvalósítása érdekében nélkülözhetetlen a főiskolai szintre épülő szakirányú foglalkozás-egészségügyi szakápolói képzési rendszer kialakítása Magyarországon.

Irodalomjegyzék

1. FOHNEU (2002): Core Curriculum. Federation of Occupational Health Nurses within the European Union http://www.fohneu.org/Education/core_curriculum/ (Letöltés ideje:2013.05.09.)
2. WHO Regional Office for Europe (2003) WHO Europe Occupational Health Nursing Curriculum. WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives. Dánia 2003. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/102271/e81556.pdf (Letöltés ideje: 2013.05.09.)
3. Rossi, K.(1995): International survey on the education of occupational health nurses. *Safety Science* 20: 219-223.
4. Téglásyné, B. M., Dr. Grónai É. (2004): Foglalkozás-egészségügyi ápolástan az Európai Unióban. *Foglalkozás-egészségügy*, 1, 23-27.
5. Sourtzi P.: International Issues. In *Occupational Health Nursing*. 3rd Edition. Szerk. Oakley K. John Wiley & Sons, Ltd. 2008. 7. 139-155.
6. Hirdi H., Staun J.M.C., Mészáros J. (2010): A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban. *Nővér*, Budapest, 23(5):3-11.
7. FOHNEU (2013a): The Netherlands. The professional organisation "The Dutch Association For Occupational Health Nursing" <http://www.fohneu.org/members/netherlands/> (Letöltés ideje:2013.05.09.)
8. FOHNEU Education Group (2012): Occupational Health Nursing Education, Practice and Profile in the EU countries. Final Report. 2012. <http://www.fohneu.org/files/Sue/Docs/final%20report%20on%20OHN%20education,%20practice%20and%20profile%202012.pdf> (Letöltés ideje:2013.05.09.)
9. FOHNEU (2013b): The Netherlands. Professional Register: The Domain of the Occupational Health Nurse in the Netherlands <http://www.fohneu.org/members/netherlands/> (Letöltés ideje:2013.05.09.)
10. EU-OSHA (2013): Act of 18 March 1999, containing provisions to improve working conditions (Working Conditions Act) https://osha.europa.eu/fop/netherlands/en/legislation/PDFdownloads/working-conditions-act-25_3_2013 (Letöltés ideje: 2013.05.09.)



MESZK által rendezett
Kamara tagoknak díjmentes,
Szabadon választható továbbképzések!

Diabétesz kezelése, és táplálkozási vonatkozásai

2014. május 14.

V. Foglalkozás-egészségügyi Ápolói Továbbképző Nap

2014. május 24.

Gyermekápolók a „Kincsek őrzői” II. Szakmai Nap

2014. június 5.

Védőnői szakmai Tagozat IX. Országos Konferenciája

2014. szeptember 26.

Helyszín: Lurdy Ház I. emelet Konferencia terem,

Budapest IX kerület, Könyves Kálmán krt. 12-14.

Megközelíthetőség: M3 metróval a Népliget megállóig, onnan az 1-es villamossal 3 megálló a Rákóczi híd irányába.

**A rendezvény minősítése szabadon választott továbbképzésként
folyamatban van.**

Regisztrációs díj:

Kamarai tagoknak: ingyenes

Nem tagoknak: 5.000.-Ft

A regisztrációs díjról átutalási számlát küldünk!

**Jelentkezés kizárólag online formátumban a www.meszk.hu honlapon
(Továbbképzések link alatt) lehetséges**

